

ББК 55.6
К68
УДК 616.381-089.191.1

Рецензент **М. В. Данилов**, докт. мед. наук, ст. научный
сотр.
Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР

Королев Б. А., Пиковский Д. Л.
К68 Экстренная хирургия желчных путей. — М.:
Ме-
дицина, 1990, 240 с: ил. — (Б-ка практич.
врача.
Неотложная помощь).
ISBN 5—225—01006—7

В книге изложены патоморфология, клиника, диагностика острых заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Рассмотрены показания к экстренным и срочным операциям, дано определение степени операционного риска. Описаны превентивные, паллиативные и радикальные операции, ведение ближайшего и отдаленного послеоперационного периодов, результаты.

Для хирургов, врачей скорой

К 410805000—146 124—90
039(01)—90

ББК 55.6

ISBN 5—225—01006—7

Издательство «Медицина», Москва, 1990

H(

В ряде разделов, которые сами могли бы стать темой монографии, изложение носит выборочный характер. Так, в главе IX, кроме обычных статистических данных о летальности, представлены осложнения, которые могут стать объектом экстренного вмешательства (релапаротомии); при освещении отдаленных результатов главное внимание уделено не общепринятым анкетным данным, характеризующим самочувствие больных (хорошо, удовлетворительно, плохо), и хирургическому лечению остаточной патологии, а сделана попытка объяснения тех неблагоприятных отдаленных результатов, где отсутствует органический субстрат, что позволяет относить их именно к «постхолецистэктомическому» синдрому. Об этом в хирургической литературе написано очень мало.

Приступая к работе над книгой, мы имели цель рассмотреть проблему в русле единства патогенеза острых поражений желчного пузыря и желчевыводящих протоков, что дает возможность унифицировать тактику и принципы хирургического лечения.

Мы отчетливо сознаем, что истинное оздоровление заключается не только и не столько в оказании экстренной хирургической помощи, сколько в диспансерном выявлении больных с желчнокаменной болезнью и профилактической санации населения в ранних стадиях заболевания. Однако такая профилактическая направленность, снижающая количество экстренных операций, не является и в ближайшем будущем еще не станет главным в хирургическом лечении желчнокаменной болезни, и долго еще вопросы острого холецистита останутся актуальными. Вот почему, с нашей точки зрения, важно обобщить современный опыт оказания помощи больным с острыми поражениями желчного пузыря и желчевыводящих протоков.

Мы хорошо сознаем, что наш труд не является ни безупречным, ни исчерпывающим, и будем признательны тем читателям, которые укажут нам на ошибки, неточности и необходимые исправления.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема острого холецистита на протяжении последних трех десятилетий является актуальной как вследствие широкого распространения заболевания, так и в связи с наличием множества спорных вопросов.

К настоящему времени можно отметить заметные успехи в лечении острого холецистита: снизилась летальность при хирургическом лечении; хирургическое пособие могут получить практически все нуждающиеся в нем. Важным моментом в реализации решений VI пленума правления Всесоюзного общества хирургов явилось четкое и неукоснительное выполнение правил: больной с острым холециститом подлежит госпитализации в хирургическое отделение. Иначе говоря, острый холецистит признан заболеванием хирургическим наряду с острым аппендицитом, прободной и кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки и др. Тем более представляется странным низкий процент хирургической активности при остром холецистите: в среднем по Советскому Союзу оперируют около 30 % из числа больных, поступивших с острым холециститом [Королев Б. А., Пиковский Д. Л., 1985], причем колебания весьма значительны — от 15 до 80 %.

Столь большая разница объясняется скорее всего отсутствием четких и обоснованных показаний к операции. Особенно много разногласий в вопросе о выборе времени вмешательства. Когда оперировать — экстренно, срочно или отсроченно? Во многом ответ на этот вопрос определяется установкой, сформулированной Б. А. Петровым на том же VI пленуме: операция экстренная или срочная на высоте приступа значительно опаснее плановой, после стихания острых явлений.

Тактику по отношению к больным с острым холециститом за прошедшее тридцатилетие можно определить следующим образом: каждого больного с приступом острого холецистита машиной скорой помощи в сопровождении врача доставляют в хирургическое отделение;

больному сразу начинают проводить консервативную терапию, которая продолжается 2—3 сут; если это лечение окажется эффективным, то после полного стихания острых явлений и подтверждения наличия хронического (особенно калькулезного) холецистита больному предлагают операцию; если же эта консервативная терапия окажется неэффективной, то больному производят экстренную (в течение 1-х суток), срочную (в течение 48—72 ч) или «вынужденную» операцию, если консервативная терапия затянулась более чем на 72 ч.

На протяжении всех 30 лет подчеркивалось, что необходимо избегать «вынужденных» операций. Однако практически это никому не удавалось, по-видимому, из-за того, что, во-первых, больные часто поступают поздно, а, во-вторых, хирурги, как правило, старались вывести больного из острого приступа консервативными мероприятиями. В каких-то случаях (пожилой возраст, сопутствующие заболевания) хирурги рассчитывали избежать операции вообще; в других — после временного облегчения внезапно наступало ухудшение (перфорация, острый гнойный холангит) и приходилось оперировать, невзирая на общее состояние, возраст, сопутствующие заболевания и сроки от начала приступа. Естественно, летальность при этом этих операциях была очень высокой: по данным Б. А. Петрова (1956), — 37,2 %.

Так или иначе, но вынужденные операции почти всегда были связаны с неудачами консервативной терапии. Можно констатировать, что и в настоящее время многие хирурги придерживаются установок VI пленума без какой-либо коррекции, хотя во многих современных публикациях звучат призывы к уточнению показателей к экстренной операции при остром холецистите.

Пересмотр установок назрел, хотя бы потому, что в последние годы появились новые методы диагностики и лечения. В этом плане следует упомянуть внедрение операционной холангиографии [Виноградов В. В., 1966; Цхакая З. А., 1968], операционной холедохоскопии [Пурмалис В. Р., 1966; Данилов М. В., 1984], эндоскопической (ретроградной) холангиопанкреатографии [Савельев В. С., 1983; Буянов В. М., 1985], внедрение практических выводов теории желчной гипертензии [Пиковский Д. Л., 1964, 1966, 1968; Гальперин Э. И., 1966, 1970, и др.], внедрение декомпрессионной хирургии, лапароскопической чреспеченочной и прямой пункции желчного пузыря с диагностической и лечебной целью [Березов Ю. Е.,

1977; Буянов В. М., 1985; Дедерер Ю. М. и др., 1983, и др].^а также разработку методов радикального лечения больных с острым холециститом старческого (более 75 лет) возраста [Королев Б. А., Климов Ю. С., 1983; Гостищев В. К. и др., 1987, и др.].

В свете современных достижений медицинской науки, и в частности хирургии, «динамическое наблюдение» за течением приступа без четких клинико-лабораторных критериев неблагоприятного «перелома» болезни представляется устаревшим и неэффективным. Нужны более четкие критерии (факторы риска деструктивного холецистита) для своевременного отбора больных на операцию.

Кроме того, даже ограниченные сроки наблюдения имеют свои максимальные часы, в пределах которых хирург может «на законном основании» проводить консервативное лечение. С этими сроками не все обстоит благополучно; до сих пор неясно, откуда начинать отсчет — с начала приступа или с момента поступления больного в стационар. Но больной может поступить и на 3-й день болезни! Следовательно, сроки наблюдения относятся не к патологическому процессу, а к эффективности терапии вне зависимости от происшедших патологических изменений и времени их развития. Исключение составляет только явный перитонит.

В настоящее время совершенно очевидно, что упущенное время при остром холецистите — такой же неблагоприятный фактор риска, как и при остром аппендиците. А между тем врачи на разных уровнях распоряжаются временем после начала приступа довольно свободно. Врачи службы скорой помощи испытывают свои слабоэффективные средства (атропин, папаверин) в течение длительного времени и только при повторном или неоднократном вызове решают везти больного в стационар. Отмечено, что решение врача службы скорой помощи, оставить ли больного дома или везти в стационар, зависит от многих, порой «парамедицинских» причин. К сожалению, врач службы скорой помощи не вооружен методом прогнозирования течения приступа. Во многом это зависит от устоявшейся терминологии, хотя в этом отношении можно констатировать наличие некоторых сдвигов. В частности, врачи службы скорой помощи, как правило, перестали писать в направлениях «обострение гепатохолецистита» и другие аналогичные диагно-

зы: чаще всего фигурирует диагноз «острый холецистит». Такой диагноз предусматривает драматическую, «хирургическую» ситуацию. Вместе с тем этим термином обозначаются и малые, скоропреходящие, и тяжелые, явно осложненные, приступы. Было бы целесообразно уточнить терминологию на патоморфологической и клинической основе, чтобы сам диагноз стимулировал врача службы скорой помощи к действию и служил определенным и наиболее точным проявлением фактора риска.

Было твердо установлено [Пиковский Д. Л., 1964; Гальперин Э. И., 1966; Пиковский Д. Л., Житникова К. С., 1968; Королев Б. А., Пиковский Д. Л., 1971; Дедепер Ю. М. и др., 1983, и др.], что ведущим в патологии острого холецистита является острая гипертензия, на почве которой развиваются все (или почти все) осложнения; инфекция, конечно, имеет большое значение, но только в условиях гипертензии. Это в равной мере относится к патологии пузыря и протоков.

В 1960 г. мы предложили (Б. А. Королев, Д. Л. Пиковский) выделить острые холециститы с обтурацией пузырного протока (о с т р ы й о б т у р а ц и о н н ы й х о л е ц и с т и т), которая является ведущим звеном в патологии; устранение гипертензии (декомпрессия желчного пузыря, декомпрессия желчных путей) — необходимое условие снятия острых явлений [Пиковский Д. Л., 1964]. Это было показано в ряде работ [Королев Б. А. и др., 1973; Прудков И. Д., 1975, 1981], в которых должное внимание было уделено холецистостомии как надежному декомпрессионному мероприятию. Холецистостомия обеспечивает декомпрессию и сохранение жизни больному, если в организме не произошло необратимых изменений. В последние годы декомпрессии приобрели большую популярность в связи с разработкой метода пункционной лапароскопической холецистостомии. Именно в последнее десятилетие метод декомпрессии, разработанный более 30 лет тому назад [Rosenbaum F.-J., 1955] получил распространение на основе внедрения и совершенствования методов диагностической и лечебной лапароскопии [Березов Б. Е. и др., 1977; Прудков И. Д. и др., 1983; Дедепер Ю. М. и др., 1983; Савельев В. С., 1983; Буянов В. М. и др., 1985, и др.].

Таким образом, к настоящему времени вполне определились теоретические основы хирургии желчных путей и находит свое место практическое внедрение декомпрессионных методов лечения.

Нашей целью является попытка вооружить практического врача теоретической базой, с тем чтобы диагностика острых поражений желчного пузыря и желчевыводящих протоков проходила целенаправленно для выявления «хирургического холецистита»; чтобы хирург мог самостоятельно на прочной теоретической основе выбрать время и метод хирургического лечения. Нашей целью является также анализ не всегда ясных, сложных, спорных вопросов практической хирургии и целесообразная реализация их на базе данных литературы и собственного опыта. В этом отношении уместно очертить круг задач, которые с той или иной полнотой решаются в книге.

1. До настоящего времени не разработаны объективные критерии для прогнозирования течения приступа острого холецистита на этапах врачебного наблюдения: скорая помощь, приемный покой больницы, хирургические отделения. А между тем именно от прогноза возможного исхода приступа и зависит тактика врача на данном этапе.

2. Целесообразна разработка клиничко-лабораторной модели «хирургического острого холецистита», на основании которой можно с достаточной достоверностью прогнозировать исход приступа, определить показания к операции, объем и продолжительность консервативной терапии.

3. Выбор метода лечения и характера оперативного вмешательства обязательно предусматривает степень риска операции. На современном этапе развития хирургии интуитивный подход к оценке риска не удовлетворяет хирургов. Представляется желательной попытка уточнить степень операционного риска с учетом множества объективных и субъективных факторов.

4. В настоящее время «пакет» хирургических вмешательств при острых заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих протоков заметно увеличился за счет разработки и внедрения малотравматичных щадящих операций. В связи с этим возрастает значение дифференцированных показаний к операции с учетом неблаго-

приятных факторов риска (возраст, запущенность основного заболевания, декомпенсация сопутствующих заболеваний).

5. Успехи хирургии желчных путей, внедрение щадящих и эндоскопических операций побуждают к пересмотру традиционных установок относительно экстренных

вмешательств на высоте приступа острого холецистита.

6. Важное значение приобретают технические детали операций на желчных путях, в том числе алгоритм диагностических поисков во время операции, последовательность лечебных манипуляций, выбор окончания холедохотомии, наружного и внутреннего дренирования желчных путей.

7. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения заболеваний желчных путей широко

освещены в литературе. Благодаря достижениям современной хирургии многие причины так называемого постхолецистэктомического синдрома можно выявить и устранить («остаточные» камни, стеноз БСД, панкреатит, грыжа пищеводного отверстия, другие болезни

пищевари-

тельного тракта). Однако остаются некоторые патологические состояния после холецистэктомии, которые и в

настоящее время не выяснены и, по нашему мнению, подлежат дальнейшему изучению.

Глава I

КЛАССИФИКАЦИЯ, ПАТОМОРФОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Под термином «холецистит» объединяют фактически все воспалительные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих протоков, исходя из основополагающего постулата о первичности заболевания желчного пузыря и вторичности поражения желчевыводящих протоков. Под термином «острый холецистит» следует понимать ситуацию, когда у больного впервые в жизни или страдающего хроническим (чаще калькулезным) холециститом возникает приступ с характерной клинической картиной.

Патоморфология при острых поражениях желчного пузыря и протоков имеет широкую гамму изменений от едва заметных до тяжелых деструктивных поражений пузыря и гнойного холангита. Наиболее полно эти изменения представлены в классификации С. П. Федорова (1934) и последующих ее усовершенствованиях [Джавадян А. М., 1957; Орлова Л. С., 1957; Беличенко И. А., 1962, и др.]. Ниже приведена классификация С. П. Федорова, основы которой сохранились до сих пор.

- I. Острый первичный холецистит с исходами в: а) полное выздоровление, б) первичную водянку, в) вторичную воспалительную водянку.
- II. Хронический неосложненный рецидивирующий холецистит.
- III. Осложненный рецидивирующий холецистит: а) гнойный холецистит; б) язвенный холецистит, в) гангренозный холецистит, г) эмпиема пузыря.
- IV. Склероз пузыря.
- V. Актиномикоз пузыря.
- VI. Туберкулез пузыря.
- VII. Воспаление желчных протоков: 1) подострый холангит; 2) острый холангит; 3) гнойный холангит.

В классификациях Л. С. Орловой и И. А. Беличенко сохраняется разделение острого холецистита на простой и осложненный, у А. М. Джавадян — на простей и деструктивный.

Мы также разделяем острые холециститы на простые и осложненные (деструктивные). Разновидности острого

холецистита могут быть представлены в виде схемы, цель которой состоит в максимально возможном объединении групп, сходных не только по клинической картине, но и по показаниям к хирургическому лечению.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

1. Острый простой холецистит.
2. Острый обтурационный холецистит.
3. Острый холецистопанкреатит.
4. Острый холецистит с желтухой.

ПРОСТОЙ ОСТРЫЙ (НЕОСЛОЖНЕННЫЙ) ХОЛЕЦИСТИТ

Под этим термином понимают такое острое воспаление, которое в процессе развития приступа не выходит за пределы желчного пузыря, не приводит к гнойному или гангренозному холециститу и вообще, как правило, не приводит к сколь-нибудь выраженным изменениям стенки желчного пузыря.

Первичный простой острый холецистит

Как и при всяком приступе (первом или повторном), его причиной является острая непроходимость пузырного протока, чаще вследствие блокады его камнем или за счет перегиба, набухания слизистой оболочки, инородного тела (аскариды и др.), а следствием — развитие гипертензии в пузыре. Патогенез острого холецистита будет рассмотрен ниже, но сейчас необходимо отметить, что тяжесть патоморфологических изменений прямо зависит от продолжительности гипертензии и темпа развития инфекции [Дедерер Ю. М. и др., 1983].

К каким патоморфологическим изменениям приводит короткий первый приступ, останется, по-видимому, загадкой, поскольку таких больных не оперируют. Остается неясным также, на каком клиническом материале основывались L. Ashoff и A. Backmeister (1909), а за ними С. П. Федоров и др., когда описывали изменения в желчном пузыре при первичном остром холецистите. Сейчас мы можем фиксировать изменения при первом приступе.

Патоморфологическая картина первичного острого холецистита подробно описана С.П.Федоровым (1905, 1934). По его мнению, эта картина «совершенно похожа» на те изменения, которые встречаются в червеобразном отростке при аппендиците: «Воспалительный процесс протекает не как поверхностный катар слизистой, а с

некоторой инфильтрацией стенки, как флегмонозный. При этом круглоклеточная инфильтрация стенки выражена, однако, не так резко, как при аппендиците, так что при первом приступе анатомически правильнее говорить только об остром серозно-флегмонозном холецистите... Макроскопически пузырь более или менее увеличен, брюшинный покров его напряжен и гиперемирован. Вследствие такого напряжения брюшного покрова пузыря и воспалительной гиперемии его клинически наблюдаются иногда сильные боли...»

Исходами первичного приступа является или полное выздоровление, или первичная водянка желчного пузыря. С. П. Федоров указывал, что восстановление после первого приступа может быть столь полным, что и при гистологическом исследовании не обнаруживаются следы первого приступа. Первичная водянка образуется иногда после острого приступа холецистита при полной закупорке камнем пузырного протока. Пузырь при этом значительно растягивается, стенки его часто чрезвычайно напряжены. Такой пузырь лежит обыкновенно свободно, без всяких спаек в брюшной полости. Содержимое его — прозрачное бесцветное, водянистое и стерильно.

Рентгенологическое исследование после стихания приступа может выявить камни в желчном пузыре при хорошем или ослабленном его опорожнении.

Изучение сравнительно небольшого числа наблюдений дает все же основание характеризовать первый приступ неосложненного острого холецистита как кратковременную (в пределах 3—4 ч) или длительную (при стерильной желчи) обтурацию пузырного протока. За это время не происходит сколь-нибудь значительных изменений в стенке, спастические сокращения мышц желчного пузыря не столь интенсивны, чтобы произошло изгнание камня в общий желчный проток, инфекция маловирулентна. Как показал В. А. Гольбрайх (1986), у многих больных в пузыре, удаленном во время первого приступа (у 29 из 45), желчь оказалась стерильной.

В настоящее время мы очень редко (менее 1 %) встречаемся с первичной водянкой желчного пузыря, которой С. П. Федоров уделял много внимания. В то же время около 1/3 больных с острым холециститом^ по данным разных авторов, поступают с первым приступом.

Гистологическое исследование желчных пузырей, удаленных во время или после первого приступа, показало, что при первичном обтурационном холецистите частота

деструктивных изменений (74,9 %) даже превосходит количество деструктивных изменений (66,9%) при рецидивирующем остром холецистите [Гольбрайх В. А., 1986]. Такое резкое расхождение в оценке первого приступа L. Ashoff и A. Backmeister (1909), С.П.Федоровым (1918, 1934), W. Korte (1928), с одной стороны, и современными хирургами [Василенко Г. Л., 1965; Виноградов В. В. и др., 1970; Рехелис С. Д. и др., 1974; Гурова Е. Г., 1975; Сорокин С. С. и др., 1982; Шалимов А. А. и др., 1983; Saint J., 1942; Hinshow D., Carter R., 1962; Tiwarl V. et al., 1982; Peitsch W., 1986, и др.] — с другой, может быть объяснено двумя факторами.

1. Изменился возрастной контингент больных с первичным приступом острого холецистита: в настоящее время в хирургические стационары часто поступают больные 60 лет и старше, у которых этот приступ протекает по типу деструктивного. Именно у пожилых больных важным элементом в патогенезе первого приступа является сосудистый фактор [Сорокин С. С. и др., 1982].

2. Не исключено, что первому приступу предшествуют воспалительные изменения в стенке. В. В. Виноградов и соавт. (1970), П. И. Червяк и С. В. Дейнека (1983) при гистологическом исследовании желчных пузырей, удаленных во время первого приступа, во всех случаях находили элементы хронического воспаления.

Первый приступ острого холецистита не следует рассматривать как безобидную манифестацию болезни. Наоборот, именно первый приступ может оказаться деструктивным, с молниеносным темпом развития инфекции. С другой стороны, по данным В. Н. Зеркалова и соавт. (1984), у 89,5% больных, поступивших с первичным острым холециститом, приступы повторяются в сроки от 1 мес до 15 лет.

О деструкции желчного пузыря при первом приступе писали также Г. Н. Рогачев (1978), А. Б. Галицкий и соавт. (1982), В. А. Гольбрайх (1986), В. К- Гостищев и соавт. (1987). Данные В. А. Гольбрайха, представленные в табл. 1, показывают, что как при первичном, так и рецидивирующем остром холецистите с закупоркой пузырного протока, если больные не оперируются после приступа, то почти 90 % из них (за исключением лиц старческого возраста, умерших в отдаленные сроки от интеркуррентных заболеваний) продолжают болеть, получают осложнения и оперируются в дальнейшем с большим риском. При первичном простом остром холецистите

Сравнительные отдаленные результаты лечения в трех группах неоперированных больных

Группа больных	Всего больных	Число обследованных	Отдаленный результат			Число умерших от интеркуррентных заболеваний
			хороши	удовлетворительный	плохой	
С первичным острым простым холециститом	280	248 (100)	88 (35,5)	64 (25,8)	78 (31,4)	24 (7,3)
С первичным холециститом с закупоркой протока	150	144 (100)	13 (9Д)	38 (26,3)	80 (55,5)	13 (9,1)
С острым холециститом с закупоркой пузырного протока	377	304 (100)	39 (12,8)	57 (18,7)	190 (62,6)	18 (5,9)

П р и м е ч а н и е . Здесь и далее в скобках указано количество больных в процентах.

положение иное: кратковременный первый приступ, легко поддающийся консервативной терапии, приводит у многих больных к незначительным, вполне обратимым изменениям в стенке желчного пузыря, как об этом писал С. П. Федоров. Такой приступ может быть единственным эпизодом в жизни человека. По крайней мере у 1/3 больных приступы не возобновлялись в течение нескольких лет. Однако при наличии камней первый приступ острого холецистита, как правило, является началом болезни, по поводу которой в конце концов больного приходится оперировать.

Неосложненный рецидивирующий простой острый холецистит

Приступ острого неосложненного рецидивирующего холецистита в клиническом плане мало отличается от первого, но в анамнезе отмечаются один или несколько приступов. Патоморфологическая картина при нем разнообразна и может варьировать от слабых до значитель-

ных воспалительно-склеротических изменений в пузыре и протоках.

В данном случае понятие «неосложненный» относится не к болезни вообще, а к наблюдаемому приступу. Во время операции же в зависимости от давности заболевания и других причин могут быть обнаружены и все признаки хронического воспаления с обострением и без него (камни в просвете, инфицированная желчь и гной), а также изменения в протоках (камни, терминальный стеноз), хотя никаких острых клинических проявлений патологии протоков не было. Следовательно, при остром холецистите приходится решать вопросы, связанные не только с острым воспалением, но и с желчнокаменной болезнью вообще. Ситуацию четко сформулировал W. Mayo (1917): при остром холецистите все проблемы хронического сохраняются, но добавляются проблемы острого. Вот почему при поступлении больного с острым холециститом задача врача не должна ограничиваться снятием приступа; вот почему при остром холецистите и после окончания острого периода хирург должен принять решение относительно дальнейшей судьбы больного — подлежит ли он консервативному или хирургическому лечению.

ОСТРЫЙ ОСЛОЖНЕННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острым осложненным холециститом мы называем такой холецистит, при котором произошла внезапная и стойкая закупорка (в подавляющем большинстве случаев камнем) какого-либо участка желчной системы с развитием в заблокированном участке гипертензии и инфекции.

Типичным примером острого осложненного холецистита является острый обтурационный холецистит, когда в результате вклинения камня в шейку или проток желчного пузыря резко возрастает давление в нем, находившаяся или попавшая на момент обтурации инфекция получает толчок к развитию.

Острый обтурационный холецистит

Патогенез. Пусковым механизмом острого обтурационного холецистита является внезапное и плотное закрытие шейки или протока пузыря камнем. Только с этого момента появляется реальная опасность развития инфекции и деструкции желчного пузыря [Пиковский Д. Л.,

1964; Королев Б. А., Пиковский Д. Л., 1971; Дедепер Ю. М. и др., 1983]. Главная опасность заключается в невозможности прогнозирования болезни: гипертензия может быстро достичь больших величин; инфекция может четко проявиться не с самого начала, а несколько позднее, когда она уже окажется генерализованной; эти осложняющие моменты могут сопровождаться декомпенсацией (в результате интоксикации) сопутствующих заболеваний. Одним словом, нет возможности учесть развитие приступа, если он сопровождается блокированием участка желчной системы, в которой развивается инфекция.

Местная патология складывается из ряда последовательных компонентов: 1) обтурации пузырного протока;

2) резкого нарастания давления в желчном пузыре;

3) стаза в сосудах желчного пузыря; 4) бактериохолии;

5) деструкции стенки пузыря; 6) инфильтрата; 7) мест-

ного и разлитого перитонита. В дальнейшем могут присоединиться холедохолитиаз, холангит, панкреатит, гепатит. Обтурация пузырного протока камнем происходит, по-видимому, в результате активизации двигательной деятельности желчного пузыря на каком-то этапе приступа.

С.П.Федоров (1934) писал: «Воспалительный выпот при закрытом выходе из пузырного протока повышает давление до 710 мм водяного столба». Особо сильная опасность возникает от закупорки *d. cystici* при остром холецистите и очень вирулентной инфекции. Тогда вследствие быстро наступающего перерождения стенки пузыря (ее ломкости) и образования некротических участков и язв на фоне закупорки камнем резко повышается внутрипузырное давление, что может привести к прободению пузыря».

По мнению А. Т. Лидского (1963), «острая эмпиема желчного пузыря» возникает при непроходимости пузырного протока. W. Korte (1928) полагал, что в результате накопления воспалительного выпота в закрытом желчном пузыре быстро повышается давление, которое не только вызывает сильнейшие приступы болей, но угрожает жизнеспособности стенки пузыря и может привести к омертвлению больших или меньших участков ее. J. Saint (1942) указывал на три возможных исхода острой закупорки пузырного протока: 1) образование водянки желчного пузыря при медленном ею растяжении; 2) развитие, эмпиемы пузыря при присоединении воспалений; 3)

В03-

2-438

| * i' *~J'''•"~"iM ')-
Гьедйчвл n ЕрН С " |

17

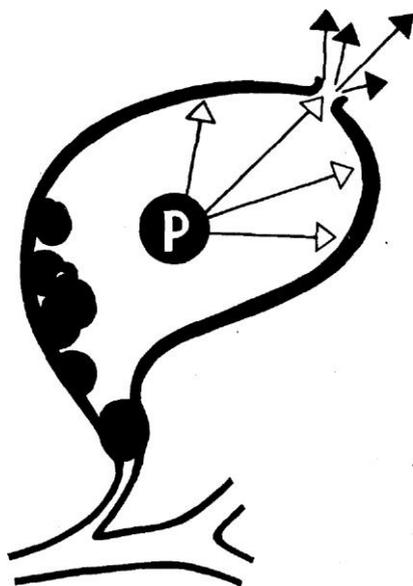


Рис. 1. Механизм перфорации желчного пузыря при выскоком внутрипузырном давлении

никновение некроза при нарушении питания стенки пузыря (рис. 1, 2).

По данным R. Zollinger и соавт. (1955), в начале обтурации вода и желчные кислоты абсорбируются и повышается концентрация желчных пигментов, карбоната кальция и холестерина, которые, смешиваясь со слизью, вызывают повышение осмотического давления: развивается отек стенок пузыря, а сам пузырь резко растягивается. Если в этот момент не произойдет декомпрессии или не будет произведена операция, то неминуемо возникает нагноение, нарушится питание стенки, ведущее к гангрене и прободению.

А. М. Геселевич и соавт. (1957), Т. Zanetti и соавт. (1984) обнаружили изменения сосудов пузыря, сопровождающиеся значительным уменьшением емкости артериальной сети, что представляет реальную опасность для развития тромбоза.

Интересные данные получены Ю. М. Дедерером и соавт. (1983). Они произвели многочисленные измерения давления при остром обтурационном холецистите и установили, что уровень гипертензии в желчном пузыре четко коррелирует с патоморфологическими изменениями: чем

Рис. 2. Очаг деструкции в области дна желчного пузыря как результат нарушенного кровоснабжения



выше давление, тем глубже деструктивные изменения в желчном пузыре.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что фактору острой непроходимости пузырного протока в развитии деструктивного холецистита хирурги придают решающее значение. При большинстве вмешательств (по нашим данным, 96%), произведенных на высоте приступа острого обтурационного холецистита, обнаруживают флегмонозно- или гангренозно-измененный пузырь. Таким образом, термин «острый обтурационный холецистит» имеет несомненное практическое значение, так как с предельной полнотой выявляет и в то же время с достаточной строгостью ограничивает круг больных, которым может потребоваться экстренная или срочная операция.

Изменения в сосудах желчного пузыря Эти изменения в виде стаза, о которых в кратких публикациях сообщили Ю. М. Герусов (1953), А. М. Геселевич (1957), D. Hinshaw и R. Carter (1962), вновь стали объектом исследования в последние годы. Так, С. С. Сорокин и А. С. Сорокин (1982), П. Н. Напалков (1987) сообщили о четком обнаружении склеротических изменений в пузырной артерии и, возможно, сосудистом происхождении деструктивного холецистита у некоторых пожилых людей.

Эти исследования подтверждают выводы Ю. М. Герусова (1953), Т. Zanetti и соавт. (1984) об уменьшении общего объема артериальной сети желчного пузыря при деструктивном холецистите. Можно предполагать, что «немые зоны» — это область нарушенного кровоснабжения с наибольшей вероятностью некроза. Данные литературы и наши исследования подтверждают роль сосудистого фактора в формировании деструктивного холецистита.

Бактериология желчи. Роль инфекции в развитии деструкции желчного пузыря обсуждается в литературе [Дедерер Е. М. и др., 1983; Шкроб О. С. и др., 1983; Staudacher Y., 1981]. Несмотря на то что многие авторы отмечают вторичную роль инфекции в патогенезе острого холецистита [Нам Н. Ф., 1963; Стручков В. И. и др., 1973; Vuori E., 1976], вопросы борьбы с бактериальной инфекцией у больных с острым холециститом, особенно осложненными формами, остаются актуальными [Бондаренко Н. М., 1977; Sain R., 1975]. Так, нагноение ран после операций на желчных путях отмечается у 9—20 % больных [Стручков В. И. и др., 1973; Hoffmen R., 1983], возникновение сепсиса — у 3—10 % [Бабичев С. И. и др., 1981]. По данным О. С. Шкроба и соавт. (1983), у больных с механической желтухой послеоперационные осложнения, связанные с бактериальной инфекцией, занимают второе место и являются непосредственной причиной смерти у 28,6 % больных. В то же время хирургов интересует вопрос о времени инфицирования желчи, главным образом является ли инфекция первичным звеном в патогенезе деструктивного холецистита. С этой точки зрения, представляет интерес работа З. Х. Тузбоя и соавт. (1982). При отключенном желчном пузыре ОХ развился у 173 больных, из них у 44 (25,4 %) была высеяна микрофлора (*Escherichia coli* и др.). При функционирующем желчном пузыре высеваемость отмечена лишь у 13,8%. Авторы приходят к выводу, что далеко не всякий деструктивный холецистит связан именно с развитием инфекции, но при отключенном желчном пузыре вероятность бактериохолии увеличивается почти вдвое. М. Jesus и О. Berger (1983) также отметили одним из факторов увеличения «риска высеваемости» отключенный желчный пузырь. Т. Zanetti и соавт. (1984) связывают патогенез острого холецистита с окклюзией желчного пузыря, расстройством крово- и лимфообращения; присоединение инфекции этот процесс усугубляет. Убедительные данные приводят R. Hoffmann

и соавт. (1983): у 100 оперированных по поводу острого холецистита больных проводили гистологическое и бактериологическое исследование желчного пузыря. При экстренных операциях в первые дни болезни бактериоскопия по Граму не выявила флоры у 90%, а посев — у 80%. При операциях вне приступа (примерно на 10-й день) желчь уже инфицируется. Авторы приходят к выводу, что в начале приступа острого холецистита желчь стерильна. В дальнейшем желчь, как правило, инфицируется.

В. А. Гольбрайх (1986) изучил микрофлору желчи у 112 больных, в том числе у 45 больных с первичным острым обтурационным холециститом. По его данным, содержимое желчного пузыря бывает, как правило, стерильным в первые 48 ч после начала первого приступа. Чаще получен рост при остром обтурационном холецистите большей давности. В первые 72 ч (а именно в это время производились экстренные и срочные операции при остром обтурационном холецистите) высеваемость увеличивается до 92 % в основном за счет рецидивирующих острых обтурационных холециститов. Если при первичном остром обтурационном холецистите соотношение положительных и отрицательных посевов равно 1 : 2, то при рецидивирующем — это соотношение становится равным 4 : 1 (табл. 2). Автор приходит к выводу, что при обтурационном (деструктивном) холецистите болезнь на-

Таблица 2

Данные бактериологического исследования у больных с первичным и рецидивирующим острым обтурационным холециститом в зависимости от сроков операции

Бактериологическое исследование	Операции при первичном остром обтурационном холецистите		Операции при рецидивирующем остром обтурационном холецистите		Всего
	экстренные и срочные	отсроченные	экстренные и срочные	отсроченные	
Положительный посев	13	8	34	11	61
Отрицательный посев	23		9	13	51
Итого . . .	36	9	43	24	112

чинается в подавляющем большинстве случаев не с инфицирования, а с блокады желчного пузыря.

Эти данные представляют определенную ценность, поскольку они подтверждают эволюцию микрофлоры, ее развитие в процессе хронизации болезни. К сожалению, в подавляющем большинстве публикаций речь идет о высеваемости микроорганизмов исключительно в аэробных условиях. А между тем, как свидетельствуют данные последнего времени [Кузин М. И. и др., 1986, и др.], отсутствие роста микробов на обычных средах не означает стерильности материала. Наоборот, есть основание считать, что так называемое стерильное содержимое желчного пузыря при гангренозном холецистите может означать как раз наличие анаэробной неклостридиальной инфекции.

А. Д. Джоробеков (1988) при бактериологическом исследовании желчи у 54 больных холангитом обнаружил рост в аэробных условиях лишь у 22 из них. При использовании же метода газожидкостной хроматографии рост получен у всех 54 больных, причем у 32 в условиях аэро- и анаэробноза.

Следовательно, в условиях гипертензии как аэробная, так и анаэробная инфекция может развиваться бурно и ускорять развитие деструктивного процесса в заблокированном участке желчной системы, что следует учитывать при неудачных попытках консервативного лечения острого холецистита.

Изменения в стенке желчного пузыря. Своеобразное строение желчного пузыря (наличие ходов Лушка) приводит к тому, что даже легкое воспаление распространяется на всю стенку. Поэтому изолированное поражение слизистой оболочки встречается редко.

Как при макроскопическом, так и при микроскопическом исследовании существенной разницы между острым и хроническим катаральным холециститом нет; только в некоторых случаях при остром холецистите с блокадой желчного пузыря последний представляется резко увеличенным и напряженным, хотя стенка и не отечна. Обычно в таких случаях в просвете пузыря находят желчь, окрашенную в различные цвета от темно-зеленого до бледно-желтого. Иногда пузырь содержит совершенно бесцветную жидкость, так называемую белую желчь. Это исход остро го приступа холецистита в первичную или вторичную водянку.

При водянке желчный пузырь резко растянут и

вследствие этого стенка его тонкая, атрофичная, мышечная оболочка почти отсутствует, воспалительные элементы также почти отсутствуют; однако при вторичной водянке, образовавшейся после многократных приступов, стенка может быть утолщена и содержать все элементы выраженного воспаления [Федоров С. П., 1934].

Термин «флегмонозный холецистит» также не отображает всего многообразия изменений, присущих воспалению с таким наименованием. С. П. Федоров подразделял эту форму на серозно-флегмонозный, или неосложненный, хронический рецидивирующий холецистит и флегмонозно-язвенный (флегмонозно-язвенный) холецистит, осложненный.

Между флегмонозным воспалением желчного пузыря и гангренозным холециститом, кроме бесспорной качественной разницы, можно отметить и разницу количественную, обуславливающую переход флегмоны в гангрену. Однако встречаются и такие молниеносные случаи, когда гангрена наступает первично, минуя другие стадии воспаления.

В клинической практике не всегда легко определить характер воспалительного процесса даже в удаленном желчном пузыре.

Образно об этом высказался в 1957 г. Б. А. Петров: «Следует отметить, что иногда биопсия показывала хронический с обострением холецистит, тогда как при операции был обнаружен воспаленный пузырь, из которого через отверстие в стенке выпал камень. Наблюдались случаи, когда больного оперировали при тяжелой картине острого холецистита, у него обнаруживали камень общего желчного протока, а биопсия пузыря показывала лишь хронический холецистит с круглоклеточной и эозинофильной инфильтрацией».

Гистологическое исследование одного или нескольких кусочков стенки пузыря даст представление о диффузных изменениях, но об очаговом некротическом, язвенном процессе можно судить только при изучении макропрепарата: если при выраженном флегмонозном воспалении имеется одиночный небольшой (примерно 1 см в диаметре) участок некроза слизистой оболочки, то такое воспаление расценивалось как флегмонозное; если некроз распространялся на всю глубину стенки или были множественные, хотя бы и поверхностные очаги, то такой пузырь относился к гангренозно-измененным [Петров Б. А., 1957].

При гистологическом исследовании флегмонозно-измененного желчного пузыря обнаруживают стаз в сосудах стенки, который расценивают как предвестник очагской гангрены.

Итак, операционная картина флегмонозного холецистита может быть представлена в нескольких вариантах.

1. Наиболее часто в рану сразу выступает резко увеличенный напряженный с утолщенной и гиперемизированной (иногда до багрового цвета) стенкой желчный пузырь.

Единичные и множественные фибриновые налеты сочетаются с тем или иным количеством прозрачного

или уже мутного выпота или с начавшим формироваться инфильтратом. Сальник почти всегда припаян к нижней поверхности пузыря ближе к дну; он отечен, как бы

ослизнен. От желчного пузыря он отделяется обычно легко, хотя на первый взгляд кажется, что спаяние интимное.

2. Если операцию производят не сразу, а после некоторого периода выжидания, то можно встретить следующее. Выпот, как правило, нет. В рану выступает инфильтрат, на ощупь иногда очень плотный: спереди сальник, снизу поперечная ободочная кишка, сверху печень. Такой инфильтрат тоже легко разделяется, но здесь есть известный риск поранить истонченную стенку пузыря,

так как точно такую же внешнюю картину имеет гангренозный холецистит; омертвевшая стенка прикрыта таким же инфильтратом. После разделения инфильтрата предстает различных размеров (зависит от разрастания фиброзной ткани в стенке), но всегда резко напряженный

пузырь, если он, конечно, не опорожнился от манипуляции хирурга. Отек, утолщение, гиперемия и напряжение стенки без видимых некрозов — вот особенности такого пузыря. Отек почти всегда распространяется на шейку пузыря, печеночно-двенадцатиперстную связку, и дифференцировать ее элементы без специальной препаровки

очень трудно. Дальнейшее распространение отека зависит от заинтересованности соседних органов. При поражении печени и поджелудочной железы отек может распространяться далеко от первичного очага, вплоть до

корня брыжейки тонкой кишки.

3. При операции через много (5—6) дней после начала приступа можно обнаружить третий тип флегмонозно-

ного холецистита, когда желчный пузырь находится в плотном инфильтрате и его очень трудно из этого инфильтрата выделить. Сам пузырь значительно меньше

24

(начало сморщивания), чем в предыдущих случаях, но напряжение его несколько не уменьшается. Стенка имеет более однородный вид, менее гиперемирована, инфильтрат разделяется с большим трудом, и для удаления пузыря приходится прибегать к различным приемам (опорожнение пузыря через прокол, гидравлическая препаровка и др.), которые позволяют удалить пузырь без повреждений.

Чаще всего это удается. На препарате со стороны слизистой оболочки можно увидеть камни и нередко гной, а стенка местами изъязвлена. Но это не свежие некрозы, которые будут характерны в подобной же ситуации для гангренозного холецистита, а скорее «старые язвы».

4. И наконец, флегмонозный холецистит может явиться неожиданной находкой при операции в «раннем» или «холодном» периоде, когда нет никаких указаний на наличие активного патологического процесса: не очень больших размеров желчный пузырь непременно напряжен, стенка плотная, пузырь замурован в инфильтрате; однако имеются и гиперемия, и отек, и часто гной. Если бы хирург не знал, что он оперирует больного через 1 — 2 нед после стихания приступа, то поставил бы операционный диагноз: острый флегмонозно-гнойный (или гангренозный) холецистит. Приходится констатировать, что существует подострый холецистит, при котором желчный пузырь по внешнему виду (да и микроскопически) ничем не отличается от острого флегмонозного холецистита, в то время как клинические признаки острого воспаления весьма слабые или вовсе отсутствуют.

Микроскопическая картина не отличается разнообразием: расслоение тканей и волокон мышечной и фиброзной оболочек отечной жидкостью, содержащей все элементы экссудата, в том числе нейтрофильные лейкоциты и эритроциты. Нередко они группируются вокруг сосудов стенки, создавая островки инфильтрации. В ряде препаратов можно заметить стазы в расширенных сосудах [Aschoff L., Vackmeister A., 1909].

Гангренозный холецистит отличается от флегмонозного наличием участков омертвения. Иногда эти участки располагаются в области шейки, и тогда можно предполагать, что это произошло вследствие прямого давления камня на стенку желчного пузыря. Однако некрозы бывают и в области дна пузыря. Тогда они имеют почти правильную округлую форму, наподобие круглой язвы желудка, и, по мнению многих авторов [Гохман А. И.,

1940; Hynshow D., Carter R., 1962; Glenn F., 1952, 1977, и др.], имеют сосудистое происхождение (т. е. «тензионная гангрена») — результат резкого напряжения в желчном пузыре с последующими циркуляторными расстройствами и гангреной [Сорокин С. С. и др., 1982; Дедерер Ю. М. и др., 1983; Напалков П. Н., 1986].

Описаны случаи гангрены, вызванной анаэробной инфекцией [Стеблин-Каминский, 1926; Пиковский Д. Л., 1952; Петров Б. А., 1955; Ульянов Ю. Н. и др., 1986].

При гистологическом исследовании гангренозно-измененного желчного пузыря картина та же, что и при флегмонозном воспалении, только в препарате попадают обширные дефекты слизистой оболочки и подслизистой основы, а также нередко всех слоев [Лидский А. Т., 1963].

Эмпиема желчного пузыря является исходом острой закупорки пузырного протока при наличии в пузыре инфекции. По мнению С. П. Федорова, эмпиема мало отличается от флегмонозно-гноинного холецистита.

Экстрапузырное распространение инфекции

Инфильтрат. По сравнению с острым аппендицитом при остром холецистите условия гораздо лучше: вокруг желчного пузыря в самой непосредственной близости расположены органы, укрытые иммунноактивной брюшиной. Для преодоления этого барьера инфекция должна обладать особой вирулентностью, и ее экспозиция должна быть достаточно продолжительной. Вот почему, несмотря на большую частоту гнойных холециститов, контактные подпеченочные абсцессы встречаются редко.

Сверху желчный пузырь прикрыт печенью, справа довольно близко к желчному пузырю примыкает двенадцатиперстная кишка и правый изгиб ободочной кишки. Слева — желудок и желудочно-печеночная связка, снизу — ободочная кишка и ее брыжейка, спереди — сальник. При остром обтурационном холецистите во время экстренной или срочной операции сращения желчного пузыря с окружающими тканями и органами еще рыхлые и легко разъединяются тупфером или пальцем вплоть до шейки и пузырного протока. Если в это время операцию почему-либо не производят, то в дальнейшем возможны три пути развития патологического процесса.

1. Приступ стихает быстро при нормализации всех показателей. Это означает, что процесс хорошо отграни-

чен, инфекция надежно подавлена, отек тканей заметно уменьшается или исчезает полностью, остаются лишь исходная патология, очаговая инфильтрация и какое-то количество новых сращений.

2. Приступ стихает медленно, патологический процесс проходит через стадию плотного инфильтрата, сопровождающегося постепенным падением температуры тела и снижением остроты других признаков воспаления. В таких случаях инфильтрат окружает желчный пузырь со всех сторон (часто свободным остается только дно), во время операции выделение пузыря представляет большие трудности, нередко стенка пузыря оказывается поврежденной, из полости пузыря выделяется гной. И хотя операцию производят в стадии полного или почти полного клинического благополучия, в резко измененном желчном пузыре неожиданно обнаруживают гной, а стенка порой некротизирована. Иногда выявляют прикрытую инфильтратом перфорацию на месте некроза стенки. В этих случаях при выделении пузыря открывается перфоративное отверстие, и начало операции омрачается необходимостью очищения желчного пузыря в открытой брюшной полости. В ряде случаев также при запоздалой, «вынужденной» или «ранней» (по Б. А. Петрову) операции во время выделения пузыря из инфильтрата внезапно вскрывается перипузырный абсцесс. Это всегда неприятное осложнение операции, особенно, если хирург не ожидал его. Перипузырный абсцесс может образоваться как при макро-, так и микроперфорации. Здесь ситуация облегчается тем, что после высушивания абсцесса операцию можно продолжать в сравнительно благоприятных в отношении инфекции условиях.

Местный и разлитой перитонит. Во время экстренной или отсроченной операции по поводу острого холецистита в брюшной полости часто обнаруживают выпот. По количеству и по качеству он различен: от нескольких (20—30) миллилитров до 1—1,5 л, от совершенно прозрачного, без запаха до мутного, гнойного, гнойно-желчного и ихорозного грязно-багрового со зловонным запахом.

Мы различаем три вида экссудации при остром холецистите.

1. Небольшое (20—30 мл) или умеренное (100—150 мл) количество прозрачного бесцветного или слегка опалесцирующего экссудата. Он является результатом иммунной реакции брюшины на гнойное воспаление.

Бактериологическое исследование показывает в большинстве случаев отсутствие роста микробов. Такой экссудат не оказывает отрицательного влияния на ход болезни и не является плохим прогностическим признаком. Учитывая результаты операции у этой группы больных, можно даже говорить о том, что светлый и прозрачный выпот является показателем нормальной иммунной реакции и положительным прогностическим признаком. Даже при наличии бактериального роста небольшое количество прозрачного выпота свидетельствует о том, что операция предпринята еще «своевременно», до развития тяжелых гнойных осложнений, точнее — в начале этого процесса, когда он еще управляем.

2. Большое количество (около 300 мл и более) бесцветного или меньшее количество мутного выпота характеризуется скорее не степенью патоморфологических изменений, а ушедшими безвозвратно сроками безопасной операции.

3. Большое количество (более 300 мл) мутного, гнойного выпота в полужакрытых пространствах брюшной полости (поддиафрагмальная, подпеченочная, подвздошные и тазовая области) свидетельствует о разлитом перитоните и декомпенсации защитных сил организма.

Операция в этих случаях, если она так поздно предпринята из благонамеренных побуждений вывести больного из тяжелого приступа консервативными мероприятиями, является грубой тактической ошибкой, требующей сурового хирургического самоанализа.

ГЛАВА II

ПРИЧИНЫ, ПАТОМОРФОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

Все острые поражения желчевыводящих протоков, требующие хирургической коррекции, сопровождаются повышением давления, т. е. желчной гипертензией. Будучи результатом первичной патологии, желчная гипертензия сама создает дополнительные, иногда весьма тяжелые осложнения. Следовательно, желчная гипертензия, с одной стороны, является признаком, а с другой — осложнением. Поэтому мы считаем целесообразным в самом сжатом виде изложить основные положения теории желчной гипертензии. Простой перечень поражений жел-

чевыводящих протоков, сопровождающихся гипертензией, показывает, сколь широкий круг осложнений острого холецистита укладывается в синдром, связанный с повышением давления в желчевыводящей системе: холедохолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСД), острый холецистопанкреатит, острый холецистохолангит, острые поражения билиарной системы без холецистита или со вторичным поражением желчного пузыря, поражения печени при остром холецистите и холангите.

ДАВЛЕНИЕ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКАХ

В норме, т. е. в отсутствии патологии протоков, давление в них колеблется в пределах 120—180 мм вод. ст. Давление меняется в зависимости от многих факторов — глубины вдоха, момента пищеварения (время после приема пищи), характера пищи. Оно может изменяться и в процессе исследования. М. Bergeret и J. Caroli (1942), P. Mallet-Guy (1947) различают давление исходное, давление накопления, когда жидкость вводится в проток, давление прохождения, когда оно достигает максимального уровня, а затем начинает снижаться вследствие прохождения жидкости в кишку, и остаточное давление — установившийся после прохождения жидкости уровень колебания в манометре. В норме давление наполнения достигает 300 мм вод. ст., давление прохождения — 350 мм вод. ст. и больше; остаточное давление всегда на 25—40 мм выше исходного [Mallet-Guy P., 1947].

При остром холецистите, по-видимому, в связи с отеком терминального отдела желчных путей [Шаак Т. В., 1975; Рида Ф. Н., 1976, и др.] средние цифры давления на 10—15 мм выше, чем в межприступном периоде.

Клиническое значение манометрии

В клинической практике манометрию во время операции почти не применяют, но в послеоперационном периоде она позволяет с предельной простотой и очень быстро решать вопрос о прохождении терминального отдела желчных путей и наличии желчной гипертензии. В процессе разработки теории желчной гипертензии возник ряд вопросов: 1) может ли быть напряжение протоков при частичном стенозе? 2) каковы должны быть физические характеристики (расход желчи в единицу времени,

диаметр выходного отверстия, перепад давлений в желчевыводящих протоках и двенадцатиперстной кишке) для того, чтобы желчные протоки оказались напряженными с высокими показателями давления наполнения и давления прохождения? Для решения этих вопросов были проведены специальные исследования с целью определения физического и физиологического смысла давления в желчевыводящих протоках в норме и патологии.

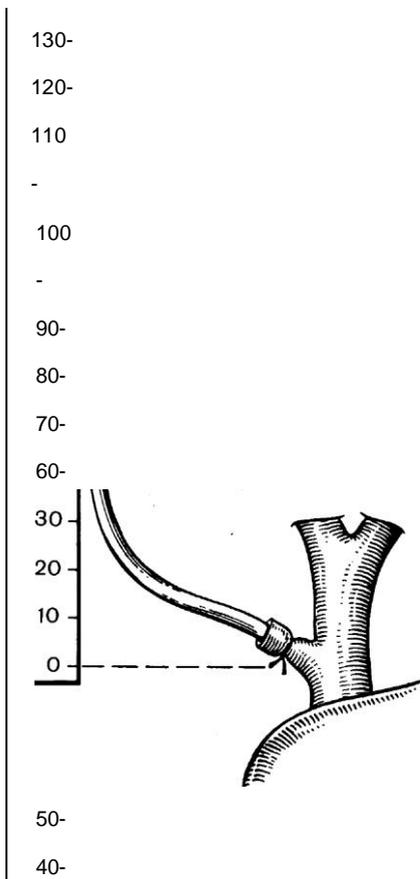
В 1959 г. J. Stalport и соавт., используя специальную аппаратуру (ротаметр, специальная лампа Филлипса, электронный преобразователь), установили, что в норме для изгнания 1 мл желчи в 1 мин (приблизительно) необходимо давление от 100 до 170 мм вод. ст. Однако эти авторы не учитывали диаметра желчнокишечного отверстия, а главное моторной деятельности двенадцатиперстной кишки, давления в ней и других факторов.

А между тем переход желчи из желчных протоков в двенадцатиперстную кишку по своему физическому смыслу аналогичен движению вязкой жидкости по трубам с переменным диаметром. Задачу вычисления калибра желчнокишечного соустья, необходимого для прохождения определенного объема желчи с обозначенной вязкостью, можно решить, если иметь соответствующие исходные данные: 1) разность гидростатических давлений в желчных путях и двенадцатиперстной кишке; 2) вязкость желчи; 3) расход желчи в единицу времени.

Известно, что печень вырабатывает в сутки 0,7 — 0,9 л желчи [Фишер А., 1961]. Даже с учетом неравномерного поступления ее в кишку скорость прохождения желчи не будет превышать 0,15—0,20 л в час. Это подтверждают также данные контролируемой серийной холецистографии. Заранее можно сказать, что желчь в печени, протоках и желчном пузыре имеет различную вязкость. Еще в 1963 г. мы исследовали вязкость желчи [Пиковский Д. Л., Неймарк В. И., 1963] с помощью вискозиметра Оствальда, причем за основу была взята вязкость наиболее концентрированной пузырной желчи, которая в среднем равна 1 П (пуаз). Для определения разности давления в желчных путях и двенадцатиперстной кишке необходимо было определить гидростатическое давление в обеих емкостях. В желчных путях давление в норме не превышает 250—300 мм вод. ст. даже в момент изгнания желчи.

Методику измерения гидростатического давления в двенадцатиперстной кишке мы разработали в 1959 г.

Рис. 3. Измерение давления при наличии декомпрессионного дренажа пузырьного протока.



Для расчетов необходимого диаметра использовали формулу Пуазейля с поправкой на изменение давления в связи с движением жидкости по трубам с переменным диаметром [Королев Б. А., Пиковский Д. Л., 1971].

Подставляя в эту формулу найденные опытным путем значения вязкости, перепада давлений в желчных путях и двенадцатиперстной кишке и различные (минимальные и максимальные) значения расхода желчи в единицу времени, мы получим следующие результаты: при градиенте давления в 100 мм вод. ст. и расходе желчи от 0,1 до 0,3 л в час при различных значениях вязкости желчи от минимального (0,01 П) до максимального (2 П) диаметр желчнокишечного анастомоза может не превышать 2 мм.

Аналогичные расчеты, но по формуле Бернулли произвел Э. И. Гальперин (1966). По его данным, для прохождения суточного количества обычной желчи достаточно отверстия диаметром 1 мм.

Значит, в тех случаях, когда при желтухе мы находим напряжение и даже расширение желчевыводящих протоков, следует говорить о полной и довольно длительной закупорке, так как гипертензия, согласно нашим исследованиям, возникает только при существенном (органическом или функциональном) сужении области сосочка.

Особенно это имеет значение в послеоперационном периоде, когда у больного поставлен полупрозрачный полиэтиленовый дренаж в пузырный проток. По данным простого измерения линейкой столба желчи в поднятой вертикально дренажной трубке (рис. 3) можно ориентировочно судить о наличии патологии в терминальном отделе (табл. 3).

Т а б л и ц а

3

Давление в общем желчном протоке и патология в нем

Давление, мм рт.ст.	больших	Из них с повышенным	Патология				
			только расширение	камни	стеноз сосочка	сдавление головкой поджелудочной железы	послеоперационный стеноз
До 150	66	21	17	3		1	
Выше 150	(100) 143 (100)	(31,4) 131 (91,7)	(25,4) 7 (5,0)	(4,5) 67 (46,7)	21 (Н,7)	(1,5) 25 (17,7)	10 (7)

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ. МИГРАЦИЯ КАМНЕЙ ИЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПРОТОКИ

Перемещение камней из желчного пузыря в желчевыводящие протоки и очевидно, и достоверно доказано. Все виды калькулезного холецистита могут сопровождаться холедохолитиазом, но наиболее часто последний сочетается со сморщенным желчным пузырем. Что в данном случае первично, а что вторично — неясно. Можно лишь с большой логической достоверностью предполагать, что раньше сморщивается и теряет свою эластич-

ность желчный пузырь, а затем при очередном приступе камень попадает в протоки. При холедохолитиазе часто обнаруживают расширенный и короткий пузырный проток.

Диаметр пузырного протока. Различают четыре вида пузырного протока: нормальный (внутренний диаметр 3–4 мм), узкий (внутренний диаметр до 3 мм), широкий (внутренний диаметр более 5 мм), аномалия (необычное впадение пузырного протока).

Сопоставление диаметра пузырного протока и характера поражения общего желчного протока показывает, что чем шире диаметр пузырного протока и чем выше давление в желчном пузыре, тем больше вероятность наличия камней в общем желчном пузыре. По нашим данным, при узком пузырном протоке холедохолитиаз обнаружен у 40,1 %, а при широком — у 56,1 % больных.

Диаметр общего желчного протока, конечно, отражает состояние гипертензии в нем. Относительно его нормального диаметра существуют различные суждения. Анатомы и хирурги при анатомических исследованиях считают, что в норме диаметр должен равняться 0,7 см. Незначительные колебания диаметра означают индивидуальные особенности. Правда, Д. Феррис и Дж. Фиберт (цит. по П. Н. Напалкову, 1987), изучая калибр желчного протока у 112 больных, пришли к выводу, что и при более широких диаметрах возможно отсутствие патологии.

Мы провели измерение диаметра протоков с помощью циркуля у 774 больных (табл. 4).

Сопоставление данных, представленных в табл. 4, показывает, что вероятность органической причины стаза желчи нарастает по мере увеличения диаметра общего желчного протока.

Т а б л и ц а

4

Диаметр общего желчного протока и патология в нем

Диаметр, см	Всего больных	Патология				
		только расширение	камни	стеноз сосочка	сдавление головкой поджелудочной железы	послеоперационный стеноз
До 1,1	48 (100) 152	29 (60,4) 44	4 (8,3) 63	6 (12,5) 15	3 (6,3) 24	.6 (12,5) 6
От 1,3 до						

Диаметр, см	Всего больных	Патология				
		только расширение	камни	стеноз сосочка	сдавление головкой поджелудочной железы	послеоперационный стеноз
Больше 2	(100)	(29)	(41,4)	(9,9)	(15,8)	(3,9)
	79 (100)	3 (3,8)	44 (55,7)	4 (5,7)	16 (20,3)	12 (15,5)
Итого ..	279	76	111	26	43	24

Главным признаком гипертензии желчевыводящих протоков является их расширение, напряжение с клиническим проявлением в виде желтухи. Однако желчную гипертензию обнаруживают чаще, чем механическую желтуху, особенно при остром холецистите. Миграция камней во время приступа может привести к желчному стазу, но желтуха появится лишь через 24—48 ч. В табл. 5 представлены данные о соотношении диаметра общего желчного протока и желтухи, которые свидетельствуют о частом несоответствии этих двух признаков.

Из табл. 5 видна заметная разница в диаметрах как при наличии, так и в отсутствии желтухи. Более того, желтуха может быть при нормальном диаметре, и наоборот, при большом диаметре ее может и не быть.

Таким образом, при выявлении причины желчной гипертензии необходимо учитывать как наличие желту-

Т а б л и ц а

5

Диаметр общего желчного протока при наличии или отсутствии желтухи в анамнезе и при поступлении

Диаметр, см	Всего больных	Желтуха в анамнезе		Желтуха при поступлении	
		имеется	отсутствует	имеется	отсутствует
До 1,1	538	06(19,77)	432(80,3)	109(20,3)	429(79,7)
От 1,2 до 2	158	81(51,3)	47(48,7)	81(51,3)	77(48,7)
Более 2	78	47(60,3)	31(39,7)	61(78,2)	17(21,8)

(в анамнезе и при поступлении), так и диаметр желчевыводящих протоков, измеренный во время операции.

СТЕНОЗ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

При небольших изменениях терминального отдела при остром холецистите необходимо проводить профилактику возникновения рубцов БСД. Лучше всего это достигается с помощью операционной декомпрессии. Выраженные стенозы терминального отдела в подавляющем большинстве случаев являются осложнением длительно существующего хронического холецистита. При этом в анамнезе насчитывается 2—3 приступа с преходящей желтухой, иногда больные поступают с приступом, сопровождающимся желтухой. Давление в протоках у них более стабильно высокое (200 мм вод. ст. и более), протоки расширены до 12—15 мм, стенки их утолщены, фиброзное перерождение стенки заметно. Сочетание стеноза с камнями встречается чаще, чем изолированный стеноз БСД. Различают три степени стеноза [Виноградов В. В., Корнеев В. Н., 1971], которые прямо зависят от количества фиброзных волокон: I — наличие сужения без функциональных нарушений; II — наличие выраженного сужения с незначительным (12—15 мм) расширением протоков; III — выраженный стеноз с холестазом.

При выраженном стенозе БСД его удается пальпировать через стенку двенадцатиперстной кишки как соединительнотканное образование. Иногда для дифференциальной диагностики с опухолью приходится вскрывать кишку и даже производить экстренную биопсию. По данным В. В. Виноградова и соавт. (1977), П. Н. Напалкова и соавт. (1980), в этих случаях может быть обнаружена доброкачественная (папиллома, фиброма) или злокачественная опухоль.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТ

Несомненно, имеются случаи чистого панкреатита без холецистита и первичный панкреатит с вторичным холециститом («ферментативный холецистит» по Т. В. Шаак, 1975), но в большинстве случаев первично поражается желчный пузырь или желчевыводящие протоки, т. е. имеет место холецистопанкреатит.

Серьезную попытку прояснить локальные причины четанного поражения желчных путей сделал Т. ЕПу (1984). Он сопоставил факторы риска у 75 больных с холедохолитиазом и желчнокаменным панкреатитом и у 75 аналогичных больных, но без панкреатита. Наиболее значительными факторами риска в первой группе по сравнению со второй оказались небольшие камни диаметром менее 5 мм, расширенный (более 2,5 мм) пузырный проток, фиксированные камни в сосочке и рефлюкс контрастного вещества в проток поджелудочной железы. Именно эти предпосылки в качестве важных условий образования желчнокаменного панкреатита отмечают многие хирурги.

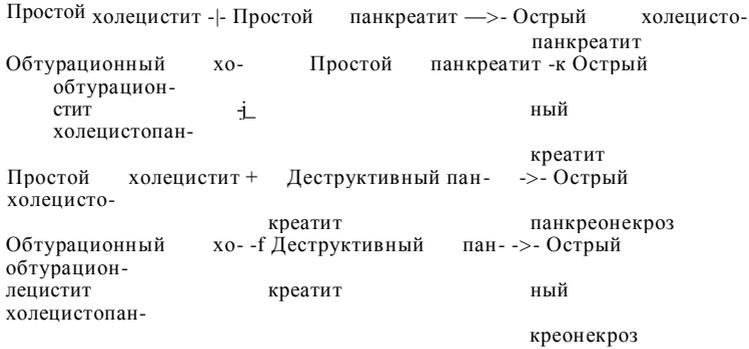
XXVIII Всесоюзный съезд хирургов (1965) дал удобную в практическом отношении классификацию острых панкреатитов.

1. Острый отек поджелудочной железы.
2. Очаговый некроз.
3. Геморрагический некроз.
4. Гнойный панкреатит.

На этой основе Б.А.Петров и Б.С.Розанов (1965) построили классификацию холецистопанкреатита. Сохраняя ее основной принцип — дифференциацию больных по клинико-морфологическим признакам, несколько дополнив ее, мы выделили четыре формы острого холецистопанкреатита [Пиковский Д. Л., Кочнев Ю. В., 19711.

1. Простой острый холецистопанкреатит.
2. Острый обтурационный холецистопанкреатит.
3. Острый холецистопанкреонекроз.
4. Острый обтурационный холецистопанкреонекроз.

Образование этих форм представлено на схеме, в которой показаны возможные сочетания клинико-морфологических изменений в желчном пузыре и поджелудочной железе, при этом изменения в желчном пузыре условно ограничены двумя формами: 1) острым простым холециститом; 2) острым обтурационным холециститом. Изменения в поджелудочной железе также условно ограничены двумя формами: 1) острым простым панкреатитом; 2) острым деструктивным панкреатитом. К последней группе отнесены геморрагический панкреатит, очаговый и тотальный панкреонекроз и гнойный панкреатит. Различные сочетания этих изменений и определяют форму острого холецистопанкреатита.

Образование острого холецистопанкреатита

На основе этой схемы с помощью клинических признаков и простых лабораторных исследований нам удалось поставить уточненный диагноз у 92,5 % больных, и лишь у 7,5 % больных потребовались дополнительные диагностические методы (лапароцентез, лапароскопия или лапаротомия).

Выделение четырех форм острого холецистопанкреатита оказало существенное влияние на выбор метода лечения (табл. 6).

Т а б л и ц а 6

Форма заболевания	Всего больных	Оперировано		Не оперировано
		всего	в том экстренно	
Простой острый холецистопанкреатит	620 (100)	100 (16,1)	1	520(83,8)
Острый холецистопанкреатит	232 (100)	117 (50)	57	115(49,9)
Острый креонекроз	28 (100)	25 (89,3)	14	3(10,7)
Острый холецистопанкреонекроз	17 (100)	17 (100)	13	—
Итого . . .	897(100)	259(29,9)	85(9,5)	638(70,1)

Мы отнюдь не считаем представленную схему ни идеальной, ни исчерпывающей. Безусловно, в практической хирургии встречаются случаи, не укладывающиеся в жесткие рамки короткой схемы. Однако тенденция тактических решений находится в четкой логической связи

с формой холецистопанкреатита. Полагаем, что это обстоятельство оправдывает чисто «хирургический» подход к систематизации острого холецистопанкреатита.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТ

При остром холецистохолангите изменения распространены от терминального отдела и проксимально до внутрипеченочных желчных ходов. Хирургу практически не приходится встречаться с острым простым (катаральным) холангитом. Структура изменений при холангите складывается из наличия выраженной желчной гипертензии (закупорка камнем, стеноз БСД или их сочетание) с последующим развитием гнойной инфекции. Нагноение в желчных путях развивается не сразу: проходит 3—4 сут от начала приступа, иногда больше. Для полного «проявления» гнойного холангита обязательно включение в процесс всех отделов желчной системы, в том числе и печени.

Как отмечали Б. А. Петров и Э. И. Гальперин (1971), холангит часто диагностируют с запозданием или совсем не диагностируют (по данным авторов, из 159 умерших от заболеваний желчных путей 44,6 % умерли от недиагностированного холангита). В настоящее время с появлением специальных методов исследования диагностика острого и хронического холангита стала более надежной [Гальперин Э. И., 1988].

При остром гнойном холангите изменения в желчевыводящих протоках отличаются от изменений при механической желтухе прежде всего темпом своего развития и интенсивностью воспалительного процесса: резко возрастает давление и расширяются протоки, в просвете их появляется смешанный с желчью густой гной; стенка желчного протока утолщается за счет острого отека и инфильтрации. При микроскопическом исследовании обнаруживают выраженную сегментоядерную инфильтрацию стенки, теряется структурное различие слоев. Она становится рыхлой и однородной, красновато-багрового или синюшного цвета, а при наличии участков некроза — зеленовато-черной. Иногда «рыхлость» стенки доходит до того, что ее невозможно ушить, так как нить прорезает стенку при завязывании, как мокрую папиросную бумагу. Все эти изменения при длительном их развитии могут привести к перфорации на ограниченном участке и к серьезным, а иногда и фатальным изменениям в печени.

ОСТРЫЕ ПОРАЖЕНИЯ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ БЕЗ ХОЛЕЦИСТИТА ИЛИ СО ВТОРИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

В подавляющем большинстве случаев острые поражения желчевыводящих протоков являются продолжением, расширением и углублением патологического процесса, начавшегося в желчном пузыре. Поражение желчевыводящих протоков не как осложнение холецистита, а как первичное заболевание или осложнение другого заболевания, хотя и встречается значительно реже, но в практической хирургии имеет определенное значение. Такое поражение протоков наблюдается в следующих случаях.

I. Острые заболевания печени, сопровождающиеся желтухой.

II. Острый панкреатит с желтухой.

III. Острая механическая желтуха: 1) опухолевая;

2) при врожденном отсутствии желчного пузыря.

Острые заболевания печени с желтухой

В экстренной хирургии желчных путей нельзя игнорировать заболевания печени, сопровождающиеся желтухой без поражения желчного пузыря. К ним относится ряд заболеваний, сходных по клинической картине (острый приступ болей, признаки острого воспаления, часто желтуха), но различных по своей сути.

Внутрипеченочный холестаз. Внутрипеченочный холестатический гепатит, как правило, начинается исподволь, достигая клинического выражения через несколько дней. Однако в ряде случаев заболевание начинается остро или возникает в процессе развития болезни внезапно, как приступ острого холецистита. Присоединение желтухи хирург рассматривает как дополнительный аргумент в пользу острого холецистита. Приводя различные толкования понятия «внутрипеченочный холестаз», А. С. Логинов и Л. А. Аруин (1985) приходят к выводу, что это заболевание может быть и механическим, и необтурационным. При выраженных («тяжелых», по А. С. Логинову и Л. А. Аруину) холестазах гистологическая картина чрезвычайно напоминает внепеченочный холестаз, и дифференциальная диагностика по микропрепарату становится трудной.

К сожалению, в настоящее время в хирургической литературе еще нет единого понимания современной классификации острых и хронических гепатитов. В прак-

тической хирургии приходится встречаться с острым приступом, возникающим в результате очагового или диффузного («ступенчатого», «мостовидного» или «мультилобулярного») некроза при хроническом агрессивном (активном) гепатите, остром алкогольном гепатите и обострении цирротического процесса. Приступ, рассматриваемый с сугубо клинических позиций, может увести хирурга в сторону от уточненного диагноза. В таких случаях следует подумать о специальных методах исследования.

Что касается гистологической картины, то отличить разные виды гепатитов при запущенных формах может только высокой квалификации патологоанатом, много лет занимающийся патологией печени. Хирург же должен твердо знать о возможности симулирования специфических и неспецифических гепатитов.

Острый панкреатит с желтухой

При данной патологии изменения в печени зависят как от желчной гипертензии вследствие сдавления терминального отдела желчевыводящих протоков отечной или некротически измененной головкой поджелудочной железы, так и от ретроградного поражения желчного пузыря и протоков богатым протеолитическими ферментами панкреатическим соком. Кроме поражения желчного пузыря («ферментативный холецистит»), поражаются желчевыводящие протоки, главным образом терминальный отдел. Если панкреатит, как это и бывает чаще всего, бескаменный, то в области ампулы и БСД возникает воспалительное набухание и, кроме того, отечная головка суживает терминальный отдел. Возникает вторичная желчная гипертензия, которая в ряде случаев приводит, хотя и к кратковременной, но полной блокаде с возникновением также кратковременной желтухи. Если же продолжительность превышает 5—7 дней и интенсивность ее нарастает, то весьма вероятно закупорка БСД небольшими (3—4 мм в диаметре) белесыми камешками панкреатического происхождения. Эти камешки в основном состоят из кальциевых солей. Как правило, строение и внешний вид таких камней однородны: почти строго округлой формы (вне зависимости от размеров), внешне они напоминают ягоду малины белого цвета. При обнаружении таких камней в терминальном отделе желчевыводящих протоков необходимо произвести ревизию

потока поджелудочной железы (зондирование, панкреатография).

При остром панкреатите хирург должен в самом полном объеме исследовать гепатопанкреатодуоденальную «У и 50 недоучет какой-либо части патологии как минимум приводит к ее продолжению после операции и в ближайшем, и в отдаленном периоде.

Острая механическая желтуха

Опухоли терминального отдела общего желчного протока и БСД. Иногда во время экстренной или срочной операции по поводу гнойного холангита обнаруживают очень плотную головку поджелудочной железы или локализованную опухоль БСД. Поводом к операции в этих случаях служит нарастающая клиническая картина гнойного холангита, который действительно может начаться на почве полной обтурации желчных путей и развития инфекции в застойной желчи. Поскольку судьбу больного в такой ситуации решают не дни, а часы, то хирурги вполне правильно переносят уточнение диагноза на операционный этап (операционная холангиография и др.).

Во время операции обнаружение опухоли всегда является неприятной неожиданностью: хирургу приходится принимать решение на основе недостаточной информации. Конечно, имеются определенные критерии, по которым опухоль можно подозревать с той или иной степенью вероятности. Во всяком случае там, где опухоль исключить нельзя, следует отчетливо представлять себе, с какими опухолями может встретиться хирург. Н. Bismuth и D. Castaing (1984) предлагают пользоваться следующей классификацией опухолей желчных путей и поджелудочной железы.

I. Опухоль головки поджелудочной железы, сдавливающая ретродуоденальную часть желчевыводящих протоков.

II. Экзофитная опухоль БСД:

- 1) доброкачественная;
- 2) злокачественная: а) не прорастающая всех слоев задней стенки; б) прорастающая все слои задней стенки.

III. Инфильтрирующая опухоль:

- 1) инфильтрирующая на протяжении желчевыводящие протоки и проток поджелудочной железы;
- 2) прорастающая головку поджелудочной железы;
- 3) прорастающая сосуды печеночно-двенадцатиперстной связки;
- 4) с отдаленными метастазами (брыжейка, печень, забрюшинное пространство).

В зависимости от вида опухоли тактика хирурга и объем вмешательства различны. Однако чаще всего речь идет о паллиативной операции, причем в определенных случаях она может явиться первым этапом радикальной операции.

Врожденное отсутствие желчного пузыря встречается редко, по нашим наблюдениям, в 0,2 % от общего числа больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни. Отсутствие желчного пузыря не может быть диагностировано до операции, так как отрицательную внутривенную холеграфию оценивают как отсутствие функции желчного пузыря. Следует заметить, что патология протоков в отсутствие желчного пузыря практически ничем не отличается от их патологии при склеротически сморщенном желчном пузыре или после его удаления. Изменения при этих состояниях можно рассматривать вместе, и это рассмотрение актуально, поскольку в сумме они составляют довольно значительный процент клинических наблюдений (по нашим данным, до 4,7%).

Как уже отмечалось, врожденное отсутствие желчного пузыря встречается не чаще, чем 1 раз на 500 операций. Обнаружить эту аномалию удастся только во время операции по поводу острой или хронической механической желтухи. Значительно чаще встречаются неопознанные случаи, когда после тщательной препаровки на месте желчного пузыря обнаруживается фиксированное маленькое (3 X 1,5 — 2 см) соединительнотканное образование, которое при гистологическом исследовании не дифференцируется как желчный пузырь и в то же время не может быть ничем иным.

В таких случаях хирург с равным правом может обозначить найденную патологию как врожденное отсутствие или наличие склеротически сморщенного желчного пузыря.

С помощью чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧПХ), так же как и при внутривенной холеграфии, устанавливают только отсутствие функции желчного пузыря.

Итак, во время операции тщательные поиски последнего неэффективны: желчный пузырь не обнаруживается. Для врожденного отсутствия характерно резкое (до 3,5—4 см в диаметре) расширение общего желчного протока. Особенно это заметно, если больной длительное время страдает желчнокаменной болезнью. Причина такого расширения очевидна: множество приступов сопровожда-

лось желчной гипертензией, которая с самого начала не корригировалась эластичным желчным пузырем.

Особенностью патологии желчевыводящих протоков в отсутствие желчного пузыря является значительное расширение внутрипеченочных протоков. Эта особенность приводит в ряде случаев к «ускользанию» мелких и даже довольно крупных камней в проксимально расположенные протоки. Расширение внутрипеченочных ходов далеко не всегда носит линейный характер; иногда они на отдельных участках колбообразно раздуты или извиты. На операционных холангиограммах это может с одной стороны выглядеть как «лакуна» с камнем в центре, а с другой — отмеченный на снимке дефект наполнения и в самом деле может оказаться камнем. Недооценка этого обстоятельства иногда приводит к «рецидиву» камней, когда камень перемещается в общий желчный проток после снятия гипертензии.

Поводом для вмешательства на желчных путях в отсутствие желчного пузыря является механическая желтуха и признаки холангита. При остром приступе, как правило, наблюдается и то, и другое: в просвете желчевыводящих протоков имеется мутная вязкая желчь, детрит, нередко — гной, и всегда камни разного размера и плотности (есть очень рыхлые, как будто только что сформированные камни) и относительное «сужение» терминального отдела, который почти всегда обтурирован крупным камнем. Внешние признаки поражения печени и гистологическая картина не отличаются от таковых при сочетании механической желтухи и холангита.

Больной П., 69 лет, поступил в августе 1982 г. в одну из больниц г. Горького на 9-й день болезни с жалобами на сильные боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 38,5 °С, озноб, желтуху. Состояние больного тяжелое. Тяжесть состояния усугублялась двумя перенесенными инфарктами сердца, последний из которых был 1,5 года назад. В течение 3 дней в больнице пытались вывести больного из тяжелого состояния с помощью интенсивной консервативной терапии, но эффекта не получено. Состояние больного ухудшалось, и возникла необходимость срочной операции в связи с холангитом.

Под эндотрахеальным наркозом с управляемым дыханием косым разрезом в правом подреберье произведена лапаротомия. В брюшной полости в области печеночне-двенадцатиперстной связки обнаружено около 30 мл жидкости желтоватого цвета. Печень увеличена и резко застойна. Диаметр общего желчного протока 4 см, стенка его резко напряжена. На месте желчного пузыря удалось обнаружить соединительнотканное образование размером 2Х3 см. На разрезе четко просвет не выявлен. (В дальнейшем гистологически обнаружено разрастание соединительной ткани. Слоев стенки желчного пузыря дифференцировать не удалось.)

Произведена холедохотомия. Извлечено несколько крупных камней, гной и замазкообразные мягкие скопления, внешний вид которых напоминал камни. Проподимость протока имелась, хотя отмечалось некоторое сужение БСД. Учитывая состояние больного, решено дальнейших манипуляций, например папиллосфинктеротомии, наложение холедоходуоденоанастомоза, не производить, а ограничиться установкой в общем желчном протоке Т-образного латексного дренажа. В послеоперационном периоде неоднократно производили фистулохолангиографию через Т-дренаж, который стоял у больного в течение 10 мес. К концу этого периода диаметр общего желчного протока уменьшился вдвое.

Больной осмотрен через 4 года. Самочувствие хорошее, жалоб нет, придерживается умеренной диеты.

Таким образом, в отсутствие или при резком склеротическом сморщивании желчного пузыря наблюдаются тяжелые изменения в желчевыводящих протоках, холангит и выраженные изменения в печени. Длительное дренирование, которое в данном случае было наиболее щадящим окончанием операции, позволяет избавить больного от тяжелого холангита даже при некотором нарушении (по-видимому, имел место воспалительный отек БСД) проходимости терминального отдела общего желчного протока.

Следует, однако, заметить, что при склеротически сморщенном желчном пузыре желчные протоки тоже резко расширены, но не до такой степени, как при врожденном отсутствии желчного пузыря. Особенностью патологии в данном случае является наличие на месте желчного пузыря небольшого плотного образования, которое, не имея обычной формы, все же является желчным пузырем. Это соединительнотканная структура, плотно облегающая камень (или реже несколько камней), почти или полностью без просвета. Такой «желчный пузырь» уже «не участвует» в патологии; все изменения локализуются в терминальном отделе желчевыводящих протоков и, конечно, проксимальнее обтурирующего камня.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ И ГИПЕРТЕНЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

Согласно новым данным [Логинов А. С, Аруин Л. И., 1985], собственно холестаза означает не только «стаз желчи», но и «...эксреторную недостаточность печеночных клеток, ведущую к накоплению в кровь всех веществ, эксcretируемых в нормальных условиях в желчь». Эти авторы правильно указывают, что поражение печени при холестазе не зависит от причины последнего. Именно

это обстоятельство дало основание М. А. Козыреву (1984) объединить в единый синдром все виды холестатических желтух. А. С. Логинов, Л. И. Аруин характеризуют холестаза как «...накопление желчных пигментов в гепатоцитах или желчных протоках».

Наиболее полно внешние изменения печени желчной гипертензии можно увидеть при лапароскопии и, конечно, при лапаротомии. Обычно печень увеличена, ее поверхность, капсула (фиброзная оболочка печени) неоднородного цвета, с множеством равномерно расположенных более темных мелких пятнышек округлой формы диаметром чуть больше 1 мм. При многократной атаке холангита начинают появляться признаки фиброза прежде всего под капсулой печени в виде белесых тяжей, затем по передненижнему краю печени («острый край») и, наконец, в виде сморщивания всей печени наподобие шагреновой кожи. На разрезе (например, при краевой биопсии) паренхима имеет выраженную желтую (вместо коричневой) окраску, мало кровоточит, иногда видны мелкие пятнышки, сходные с пятнышками на поверхности печени.

При длительно протекающем холецистите небольшие изменения в печени определяются в области прилегания к ней желчного пузыря в виде резко выраженных фиброзных изменений по краю ложа пузыря. Иногда прикрывающий дно желчного пузыря участок печени истончается и фиброзно перерождается до состояния тонкой (2—3 мм) фиброзной пластинки. При поступлении большого с острым обтурационным холециститом большой давности вместе с увеличенным желчным пузырем пальпируется языкообразно увеличенная правая доля печени («риделевская доля»), которая может достигать огромных размеров, вплоть до верхней передней ости подвздошной кости. Иногда вытянутая «доля» полностью прикрывает желчный пузырь, симулируя его увеличение.

При гнойном холангите изменения в печени зависят от уровня восхождения инфекции. В печени может развиться абсцесс или множество мелких абсцессов (милиарное абсцедирование). Такой внутripеченочный гнойный холангит с множественными абсцессами, как правило, не имеет обратного развития.

Все изменения в печени, связанные с наличием остро го обтурационного холецистита или желчной гипертензии, после снятия последней и удаления желчного пузыря имеют четкую тенденцию к исчезновению. Конечно, всег-

да остаются морфологические знаки прошлых изменений, но они практически никогда не остаются на уровне, диагностированном во время операции, даже если в результате длительной желтухи и приступов холангита наступил вторичный билиарный цирроз печени.

Имеется множество описаний изменений в печени при остром холецистите, холестазе и холангите, обнаруживаемых при гистологическом исследовании биоптатов печени. Д. Л. Пиковский и Н. И. Сметанкин (1958), Г. И. Жидовинов (1971) и др. наблюдали сравнительно небольшие изменения у больных, оперированных во время первого приступа острого холецистита, хотя следует подчеркнуть, что и при первом приступе изменения в печени иногда достигали значительных степеней. Скорее всего, у этих больных, как правило пожилого возраста, первый приступ возник на фоне длительных хронических изменений в печени. Имеется некоторый параллелизм между изменениями в желчном пузыре и признаками воспалительного процесса в печени. При затяжных гнойно-деструктивных процессах с инфильтратом вокруг желчного пузыря, формирующимся на 3—7-й день заболевания, в печени наблюдаются тяжелые дистрофические изменения с некрозами и глубоко проникающей инфильтрацией сегментоядерными лейкоцитами. При этом если воспалительные изменения в желчном пузыре стихают (что выражается в снижении температуры тела, уменьшении напряжения мышц живота, снижении лейкоцитоза), то в печени они еще продолжают на уровне острого воспаления.

Большая Ф., 53 лет, поступила в 1-е сутки с очень тяжелым приступом. В течение года перенесла несколько приступов, в том числе тяжелых. При поступлении — очень высокая температура тела (39,6 °C), желтуха. В день поступления от операции отказалась, а затем состояние улучшилось: уменьшилась температура до субфебрильной, исчезло напряжение мышц брюшной стенки, значительно снизился уровень билирубина в крови. Во время операции, предпринятой через 2 нед после поступления, обнаружен флегмонозно-измененный желчный пузырь с гноем и камнями, которые также содержались и в протоках. Произведена холецистэктомия и холедохостомия по Вишневному.

Биопсия печени показала наличие тяжелых дистрофических и острых воспалительных изменений в паренхиме и строме печени.

Послеоперационный период протекал очень тяжело: с явлениями пареза кишечника, неукротимой рвотой, олигурией и мозговой печеночной комой — и закончился летальным исходом на 6-й день. На вскрытии: перитонита нет, имеется резковыраженная дистрофия печени (характера подострой дистрофии).

Этот и другие наши случаи показывают, что, учитывая патологические изменения печени при тяжело проте-

кающих острых холециститах, время так называемых ранних операций по Б. А. Петрову (7—14-й день от начала приступа) в таких ситуациях не является наилучшим для производства операций. Если по каким-либо причинам не была произведена экстренная или срочная операция, то подготовку к плановому вмешательству приходится удлинять до 3—4 нед вплоть до полного исчезновения воспалительных явлений.

А. С. Логинов и Л. И. Аруин (1985) исследовали биоптаты печени при холецистите и холангите. При срочной операции, предпринятой в первые дни холестаза, изменения в печени сравнительно небольшие и характеризуются главным образом наличием скопления лейкоцитов в желчных капиллярах и клеточных элементах. По мнению А. Rappoport. (1976), локализация холестаза связана с особенностями секреторных механизмов выделения желчи гепатоцитами. Желчные тромбы могут локализоваться между двумя гепатоцитами в желчных канальцах. В течение 1-й недели встречается три вида дистрофии гепатоцитов: 1) ацидофильная, 2) гидропическая, 3) «сотовидная». По дистрофическим изменениям не удастся установить ни происхождение холестаза, ни его «тяжесть». На 2-й неделе холестаза присоединяются изменения портальных трактов (отек, лимфоцитарная и гранулоцитарная инфильтрация) главным образом вокруг желчных ходов. По мнению D. Serrao и V. Carloso (1973), причиной этих изменений следует считать билиолимфатический рефлюкс, которым объясняют также ранее появление фибробластов, располагающихся вокруг желчных протоков. В последнее время в связи с развитием хирургии лимфатической системы на билиолимфатические и портолимфатические шунты стали обращать большее внимание [Таткало И. В., 1970; Пиковский Д. Л., Алексеев Б. В., 1976; Малхасян В. А., Таткало И. В., 1977; Алексеев Б. В. и др., 1982; Панченков Р. Т. и др., 1982, и др.]. Одним из последствий декомпенсации печеночных «балок» как при циррозах печени, так и при затажной желчной гипертензии (в 1966 г. Э. И. Гальперин выявил корреляцию портального и желчного гидростатического давлений при желчной гипертензии) является гиперпродукция печеночной лимфы за счет рефлюкса плазмы при циррозе печени, а также желчи при желчной гипертензии в межклеточные пространства Диссе [Русняк И. и др., 1957]. Не подлежит сомнению факт, что застой желчи ведет к ее инфицированию. А. С. Логинов и

Л. И. Аруин проводят такие данные: количество аэробов в 1 г застойной желчи примерно такое же, как и в 1 г содержимого толстой кишки.

Тщательные морфологические исследования, проведенные многими авторами, показали, что при запущенности заболевания, запоздалом оперативном пособии сопутствующие изменения печени достигают опасных степеней. В это время может не быть никаких клинических проявлений печеночной недостаточности, но сама печень при этом находится в состоянии крайнего функционального напряжения. Наркоз и тяжелая радикальная операция являются решающим дестабилизирующим моментом, приводящим к выраженной печеночной недостаточности.

Иначе говоря, хирург при решении вопроса о времени и объеме операции должен учитывать не только патологические изменения в желчном пузыре и протоках, но и возможные изменения в печени.

ГЛАВА III

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Клиническая картина приступа острого холецистита складывается из ряда признаков, которые можно разделить на основные (ключевые) и вспомогательные. К основным следует относить: 1) характерный приступ болей с типичной иррадиацией; 2) признаки воспаления; 3) признаки гипертензии и нарушения пассажа желчи (желтуха, рвота желчью). К вспомогательным относят все признаки, дополняющие или уточняющие тот или иной ключевой признак.

Конечно, в клинической картине острого приступа далеко не всегда имеется полный перечень симптомов. Наоборот, наличие или отсутствие того или иного признака определяет форму поражения и служит основанием для дифференциального диагноза.

Классификация, приведенная в I главе, не является ни патоморфологической, ни обобщающей, ни полной, ни тем более исчерпывающей. Но она охватывает практически все виды патологии, которая может потребовать экстренной или срочной операции, и по своему характеру может быть отнесена к тактической схеме, признаки которой помогают правильно выбрать метод лечения на

момент осмотра и предсказать клинический прогноз на ближайшее будущее.

Три из четырех групп острого холецистита (острый обтурационный холецистит, острый холецистопанкреатит, острый холецистит с желтухой) объединяет одна общность: в каждой из них находятся больные, которым может оказаться необходимой экстренная или срочная операция. Исключение составляет первая группа (острый простой холецистит). Больным этой группы ни экстренная, ни срочная операция не показана, но она представлена в классификации по двум причинам: 1) эта группа самая многочисленная; 2) для сопоставления с другими группами и для дифференциальной диагностики.

ПРОСТОЙ ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Патоморфологически он соответствует острому несложненному холециститу. Предлагаемое понятие не относится к сущности болезни вообще, к строгой характеристике патологического процесса, а имеет отношение только к переживаемому эпизоду болезни, только к данному приступу. Заболевание может быть глубоким, распространенным, с вовлечением многих органов и систем. Все сложные вопросы болезни возникнут после окончания наблюдаемого эпизода, но данный приступ как раз нетяжелый, короткий, без выраженных признаков воспаления, легко поддается консервативной терапии. Возможно, что раньше у этого же больного были и гораздо более тяжелые приступы и общий фон болезни тяжелый, но при поступлении больного с острым приступом холецистита перед хирургом возникает ряд задач, и первая из них и, может быть, самая главная — оценить характер данного приступа и прогнозировать его течение на ближайшие сутки.

При простом остром холецистите боли могут быть разной интенсивности и даже очень сильные, но локализуются они, как правило, в правом подреберье, иногда ближе к средней линии. Начало болей может быть и внезапным, и постепенно нарастающим, однако они достигают максимума очень быстро, в течение 2—3 ч. Иррадиация болей в общем виде имеет направление вверх и вправо: в правую половину грудной клетки, правую лопатку, правую ключицу. Не исключается и левосторонняя иррадиация (левое подреберье, область сердца, поясничная область), но это бывает значительно реже. Приступ простого острого холецистита может быть первым и повторным.

Особой разницы в ощущениях нет, за исключением, может быть, того, что после очередного приступа боли успокаиваются не сразу, продолжается следовая боль, чего не бывает при первом приступе.

Объективные данные складываются из ряда признаков: температуры тела, частоты пульса, состояния языка и данных пальпации живота. Основных симптомов в перечисленных признаках нет, все вспомогательные. Температура тела лишь иногда бывает субфебрильной, очень редко (и короткое время — 2—3 ч) высокой и чаще всего нормальной. Рвота желчью — редко, пищей — еще реже, напряжение брюшной стенки — незначительное и кратковременное, проходит через несколько часов и быстрее после начала консервативной терапии. Желчный пузырь не пальпируется. Если пальпируется край печени, то это не имеет прямого отношения к приступу холецистита. Число лейкоцитов не превышает $11 \cdot 10^9/\text{л}$, амилаза в моче отсутствует.

Таким образом, острый простой холецистит протекает с малым числом не очень выраженных симптомов. Может ли он перейти в острый обтурационный? Безусловно, если приступ затягивается и продолжается более суток. Это бывает сравнительно редко, и в тех случаях, когда интенсивная терапия начата поздно и в недостаточном объеме. Нельзя, конечно, исключить и такое положение, что обтурация пузырного протока произошла на фоне простого приступа (ведь она может случиться и без всякого приступа). Следовательно, исключить переход одной формы, более легкой, в более тяжелую нельзя, однако для такого перехода необходимо время в отсутствие полноценной терапии. В результате соответствующего лечения приступ постепенно проходит: в более легких случаях — от инъекции папаверина с атропином, в более продолжительных случаях — после интенсивной терапии. Через сутки приступ стихает, нередко полностью, но чаще почти полностью. Во всяком случае через сутки лечения у больного с простым острым холециститом можно начинать обследование. Весь комплекс лабораторных анализов можно выполнить в день почти полного прекращения болей, нормализации температуры тела и прекращения рвоты. Можно выполнить ультразвуковые исследования, в ряде случаев удастся получить удовлетворительную рентгенограмму при внутривенной холеграфии. Однако оральную холецистографию следует производить не раньше 4—5 сут после прекращения приступа. То обстоя-

тельство, что после приступа простого острого холецистита выявляется патология желчного пузыря, требующая хирургического лечения, свидетельствует о необходимости обследования всех больных, поступивших с этой патологией.

Сумма признаков, определяющих показания к плановой операции после приступа острого простого холецистита, следующая:

1. Типичный болевой приступ.
2. Иктеричность склер, наличие желчных пигментов в моче.
3. Амилазурия от 256 ед. и выше.
4. Наличие камней в желчном пузыре при внутри-
венной холеграфии и сонографии.
5. Отсутствие тени пузыря при определенном контрастировании желчного протока.

Первый признак должен быть во всех случаях. Склоняют в пользу операции любые два признака из первых трех. Почти в 100% случаях операция показана при наличии трех первых признаков. Абсолютные показания определяют 4-й и 5-й признаки.

Не имеет значения, какой по счету приступ приходится наблюдать хирургу — первый или очередной. В принципе можно утверждать, что чем меньше приступов перенес больной, тем меньше трудностей придется преодолеть хирургу во время операции.

При простом остром холецистите процесс диагностики можно считать законченным только в том случае, если четко определено, требуется ли больному операция или он может дальнейшее лечение проводить у терапевта.

ОСТРЫЙ ОБТУРАЦИОННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Термин «острый обтурационный холецистит» был введен нами [Королев Б. А., Пиковский Д. Л., 1960] с целью обозначения такого острого холецистита, который в связи с обтурацией пузырного протока является основой всех деструктивных форм и осложнений (флегмонозно-гнойный, гангренозный холецистит, перитонит и др.).

Клиническая картина острого обтурационного холецистита складывается из ряда основных и вспомогательных признаков. К основным мы относим следующие.

1. Характерный и выраженный болевой приступ.
2. Наличие увеличенного болезненного желчного пузыря.

3. Напряжение мышц живота.
4. Симптом Ортнера.
5. Симптом Щеткина — Блюмберга в правом под-реберье.

К вспомогательным относятся симптомы развивающейся инфекции и нарастающей интоксикации.

1. Повышение температуры тела.
2. Лейкоцитоз.
3. Сухой или густо обложенный язык.
4. Рвота желчью.
5. Тахикардия.

Число указанных признаков, по сравнению с такими при простом остром холецистите, не увеличивалось, скорее наоборот, но сами признаки приобретают выраженность, четкость и более легкую выявляемость.

Болевой приступ проявляется интенсивными болями в правом подреберье, которые с начала приступа нарастают и продолжаются довольно длительное время. Если при простом остром холецистите боль может быть связана со спазмами гладкой мускулатуры желчного пузыря или реже раздражением париетальной брюшины инфекционным началом, то при остром обтурационном усилении болей в основном связано именно с перерастяжением желчного пузыря [KorteW., 1928] и раздражением брюшины, поэтому боль, вызываемая пальпацией правого подреберья, значительно острее при остром обтурационном холецистите, чем при остром простом. Иррадиация болей характерная, но могут быть особенности (рис. 4).

Наличие увеличенного болезненного желчного пузыря является важным симптомом, иногда определяющим диагноз. При остром обтурационном холецистите этот симптом встречается в 85—92 % случаев. Однако даже если он отсутствует, на операции всегда определяется увеличенный и напряженный желчный пузырь. На многие сотни экстренных операций исключений мы не встретили.

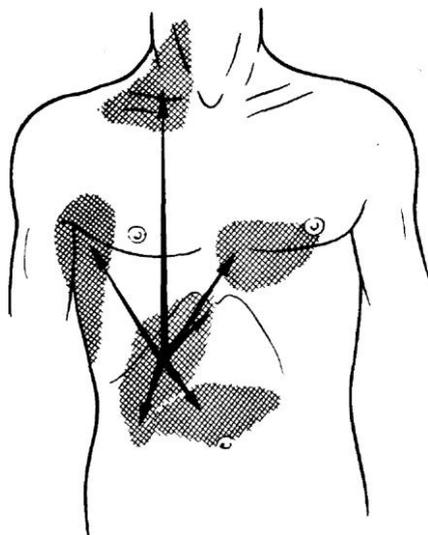
Что может препятствовать пальпации желчного пузыря при остром обтурационном холецистите? Многолетние наблюдения позволили установить следующие факторы:

- 1) интенсивное напряжение брюшных мышц в правом подреберье;
- 2) чрезмерное развитие подкожной жировой клетчатки;
- 3) низкое расположение реберной дуги.

Напряжение брюшных мышц, особенно в сочетании с ожирением, мешает пальпаторному обнаруживанию увеличенного желчного пузыря в 5—7 % случаев.

Чрезмерное развитие подкожной жировой клетчатки,

Рис. 4. Возможная иррадиация болей при остром холецистите (схема)



препятствующее обнаружению в правом подреберье увеличенного желчного пузыря, встречается у 2—3 % от числа больных с острым холециститом. В таких случаях в диагностике помогает наличие других симптомов, главным образом распространения инфекции и гнойной интоксикации.

Определенные трудности для пальпации увеличенного желчного пузыря встречаются при низком расположении реберной дуги, что приводит иногда к ошибочному диагнозу при первичном осмотре больного. И только дальнейшее наблюдение за приступом позволяет установить правильный диагноз.

Напряжение брюшных мышц. Выраженное напряжение брюшных мышц проявляется при заметном экстрапузырном распространении инфекции и раздражении париетальной брюшины экссудатом. Следовательно, в тех случаях, когда оно имеется, следует ожидать в той или иной степени наличие местного или распространенного перитонита, а последний без увеличения желчного пузыря (если не было его опорожнения через прободное отверстие) просто не бывает. Таким образом, выраженное напряжение брюшных мышц подтверждает наличие острого обтурационного холецистита так же, как и пальпация увеличенного желчного пузыря.

Главные симптомы острого обтурационного холецистита — пальпация увеличенного желчного пузыря и наличие выраженного напряжения брюшных мышц в правом подреберье — в комплексе встречаются в 95—98 %, что является достаточным для утверждения о почти абсолютном значении этих симптомов для диагностики данной формы холецистита.

Важное значение имеют симптомы **Ортнера** и **Щетки на — Блюмберга**. И если первый симптом свидетельствует о наличии желчнокаменной болезни, то симптом Щеткина — Блюмберга является абсолютным симптомом воспаления брюшины. Как правило, при лапаротомии в таких случаях находят экссудат. Таким образом, пять основных симптомов острого обтурационного холецистита в различных сочетаниях дают возможность очень высокой точности диагностики этой формы заболевания. Если в составе любых трех основных симптомов имеется и симптом пальпирующегося желчного пузыря, то диагноз острого обтурационного холецистита можно считать достоверным. Четыре или пять основных симптомов тем более дают уточненный диагноз.

В затруднительных случаях, когда в наличии только два основных симптома, приходится прибегать к анализу других (вспомогательных) симптомов и особенно их сочетаний.

Повышение температуры тела встречается у 10—15 % больных с острым холециститом и у 49,2 % — с острым обтурационным.

У больных с простым острым холециститом повышение температуры кратковременное, в среднем до 37,2 °С и не сопровождается другими основными симптомами, а при остром обтурационном оно более стойкое (в среднем до 37,8 °С) и сопровождается другими симптомами.

Гораздо чаще о развитии инфекции свидетельствует лейкоцитоз. При остром обтурационном холецистите высокий лейкоцитоз (в среднем $12 \cdot 10^9/\text{л}$) встречается чаще (63,8%), при остром простом число лейкоцитов в среднем $10 \cdot 10^9/\text{л}$.

Вид языка относится к важным симптомам. При остром обтурационном холецистите язык всегда обложен. Чаще налет белого или серо-белого (бело-серого) цвета. Больной при этом ощущает сухость во рту. В особо тяжелых случаях язык совершенно сухой, обложен серо-коричневым налетом с желтым пятном в центре (рвота желчью!). Чем тяжелее приступ, тем более густой с при-

месью коричневого и желтого налет на языке и тем суше последний.

Состояние языка является не только внешним проявлением, но и истинным отражением степени интоксикации и нарушения водно-солевого обмена, которое характерно для неконтролируемого воспалительного процесса. По состоянию языка до известной степени можно судить и о темпе развития острого холецистита и инфекции. В вопросах диагностики и тактики во всех случаях приходится учитывать состояние языка, особенно в сочетании с другими факторами.

Рвота желчью встречается часто (по нашим данным, в 45,8% случаев). По частоте этого симптома с острым обтурационным холециститом конкурирует только острый панкреатит. Мы уже отмечали, что при холецистите возникает довольно выраженная дуоденальная гипертензия [Пиковский Д. Л., 1959; Виноградов В. В., 1971, и др.], которая резко возрастает при остром обтурационном холецистите. В силу неясных причин в это же время печень, поджелудочная железа, желудок и двенадцатиперстная кишка вырабатывают много соков, и они с большой энергией выбрасываются наружу в виде рвоты желчью, которую не удастся объяснить только спазмом нижнедуоденального сфинктера Окснера. При рвоте наблюдается зияние привратника и антиперистальтика желудочно-дуоденального комплекса. При рвоте желчь выделяется сотнями миллилитров и даже литрами, в то время как количество желчи, извлекаемое обычно при дуоденальном зондировании, колеблется от 50 до 250 мл. Скорее всего желчь накапливается в двенадцатиперстной кишке и желудке при сильном спазме сфинктера Окснера и зиянии привратника, к тому же она разбавляется желудочным и панкреатическим соком. Приходится констатировать, что часть симптомов острого холецистита (в том числе определенное облегчение после рвоты желчью) следует относить за счет острой дуоденальной гипертензии, которая сама по себе чревата осложнениями и настоятельно требует устранения.

Таким образом, по клиническим данным и по патоморфологической интерпретации симптомов можно сделать заключение, что клиника острого обтурационного холецистита значительно рельефнее, чем клиника острого простого, симптомы более определены, патофизиологически лучше обоснованы, более логичны и легче доступны выявлению. Следовательно, установить диагноз в данной

ситуации не труднее, чем диагноз острого холецистита вообще. При определенном опыте хирург, врач службы скорой помощи, терапевт без особых трудностей овладевают навыками диагностики острого обтурационного холецистита.

Тахикардия может явиться следствием сопутствующего сердечного заболевания, но главным образом так же, как и состояние языка, тахикардия определяет степень интоксикации. Имеет значение время появления тахикардии и ее уровень: чем раньше от начала приступа появляется тахикардия и чем чаще пульс, тем больше интоксикация и, следовательно, тем скорее требуется решение о дальнейшем лечении.

Кроме самостоятельного значения (уровень интоксикации), тахикардия, так же как и состояние языка, служит важной деталью в установлении клинического диагноза.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТ

Среди причин острого панкреатита первое место занимает желчнокаменная болезнь. В соответствии с классификацией Малле-Ги острым холецистопанкреатитом называют такое заболевание, при котором имеется сочетание острого холецистита и острого панкреатита вне зависимости от очередности возникновения той или другой патологии. То обстоятельство, что в подавляющем большинстве случаев заболевание начинается с холецистита, свидетельствует о правомерности повсеместно признанного термина.

Симптомы острого холецистопанкреатита можно разделить на две группы: 1) субъективные; 2) объективные. Перечень симптомов и их частота, по нашим данным, представлена в табл. 7.

На основании субъективных и объективных симптомов (при их достаточном количестве) достоверный диагноз острого холецистопанкреатита устанавливают часто. С учетом перечисленных ниже признаков достоверный диагноз можно установить практически у всех больных.

1. Наличие в ближайшем прошлом (не более 2 лет) доказанного в стационаре приступа острого холецистопанкреатита с идентичной клинической картиной.

2. Типичный приступ с достаточно полным набором симптомов, высокой амилазурией, наличием инфильтрата в эпигастральной области, коллапса (шока), повышенной температуры тела, лейкоцитоза, озноба.

Группы симптомов острого холецистопанкреатита и их частота (в процентах)		
Группа	Симптом	Частота
Субъективные симп-томы	Резкие сильные острые боли в эпигастральной области	100
	правом подреберье «опоясывающие»	55,3
	распространенные	35,8
	только в правом подреберье	5,6
Объективные симптомы	Тахикардия	3,3
	Рвота	81,6
	Напряжение мышц в части живота	78,5
	Симптомы Воскресенского	72,1
	Симптом Щеткина — Блюмберга	61,5
	Желтуха, иктеричность или наличие в моче пигментов	35,2
	Симптом Мейо-Робсона	33,2
	Увеличенный желчный пузырь	32,4
	Инфильтрат в области киста	30,2
	Коллапс, шок	9,2
		7,9

3. Высокое содержание амилазы в перитонеальном выпоте, полученном при использовании «шарящего» катетера на фоне типичного приступа.

4. Лапароскопическая картина: серозный или серозно-кровянистый выпот с высоким содержанием амилазы, стеатонекрозы в сальнике и брыжейках, инфильтрат в зоне поджелудочной железы.

5. Соответствующие данные лапаротомии.

В диагностике острого холецистопанкреатита существует три этапа: 1) установление вероятностного (предположительного) диагноза; 2) достоверного; 3) уточненного диагноза. Предположительный диагноз определяют врач службы скорой помощи, дежурный врач приемного покоя на основании анамнеза и осмотра больного. Достоверный диагноз устанавливают после лабораторного обследования и выявления специфических симптомов. Уточненный диагноз формируют только после лапаротомии (лапароскопии). В уточненном диагнозе следует четко отобразить изменения как со стороны желчного пузыря, так и со стороны поджелудочной железы.

Для клинической диагностики форм острого холецистопанкреатита (см. схему) мы с помощью клинико-операционных сопоставлений выделили тот минимум признаков, который определяет прежде всего сам диагноз, а затем и форму заболевания. Для достоверного диагноза этот минимум следующий.

1. Характерные боли и гиперамилазурия.

2. Обтурационный холецистит и гиперамилазурия.

При отсутствии повышенного уровня амилазы в моче достоверность диагноза снижается, и он может быть установлен с большей или меньшей вероятностью по следующим признакам.

1. Характерные боли и коллапс.

2. Характерные боли и достоверный анамнез панкреатита.

3. Обтурационный холецистит и коллапс.

4. Обтурационный холецистит и достоверный анамнез панкреатита.

Из перечисленных симптомов требуют объяснения коллапс и достоверный анамнез панкреатита. Коллапс при наличии характерных болей, а также обтурационного холецистита указывает на поражение поджелудочной железы; речь идет об одномоментном значительном выбросе калликреина в кровь, что приводит к резкому падению артериального давления. Если больной поступает с очередным приступом заболевания с нормальным уровнем амилазы в моче, но в анамнезе имеются достоверные данные о перенесенном ранее панкреатите (стационарное обследование в данном лечебном учреждении или другой больнице), то наблюдаемый приступ в сочетании с признаками холецистита должен рассматриваться как острый холецистопанкреатит.

Краткое описание клиники различных форм этого заболевания позволяет обосновать дифференциальную диагностику их на основе минимума характерных признаков.

Простой острый холецистопанкреатит

При этой форме морфологические изменения в желчном пузыре имеют характер острого катарального или хронического, чаще калькулезного холецистита; изменения в поджелудочной железе — в виде острого отека, хронического панкреатита и его обострения. Состояние больных обычно удовлетворительное или средней тяже-

сти. Боли локализуются преимущественно в эпигастральной области и правом подреберье (в 53,3% случаев). У каждого 3-го больного они носят опоясывающий характер. У 60,1 % больных определяется умеренное напряжение мышц. Симптомы раздражения брюшины отмечены нами лишь у 18,3%. Часто встречаются симптомы Ортнера (у 86,7% больных), Воскресенского (у 61,5%), реже — симптомы Керте (у 41,2%), Мейо-Робсона (у 37,2%). Характерные боли сравнительно легко снимаются введением спазмолитических препаратов.

Рвота после начала консервативного лечения, промывания желудка, локальной желудочной гипотермии у большинства больных прекращается в ближайшие 6—12 ч.

Гиперамилазурия определялась у 89,5 % больных: при поступлении — у 57,8%, со 2—3-го дня — у 23,9%, с 4-го и позже — у 7,8%. Используя сочетания минимума симптомов, клинический диагноз (вероятностный и достоверный) был установлен у 213 из 218 больных (97,7%). У 5 (2,3 %) больных острый холецистопанкреатит был определен лишь на операции. Следует подчеркнуть, что по мере наблюдения, развития клинической картины, накопления лабораторных данных и использования специальных методов исследования (лапароцентез, лапароскопия и др.) число достоверных диагнозов заметно повышается и соответственно уменьшается количество вероятностных и неустановленных (до лапаротомии) (табл. 8).

Т а б л и ц а 8

Частота (в процентах) достоверного и вероятностного клинических диагнозов простого острого холецистопанкреатита

Диагноз	При поступлении	При дальнейшем наблюдении
Достоверный	57,8	89,5
Вероятностный	17,4	8,2
Не установлен	24,8	2,3
Всего ...	100	100

Клиническое течение простого острого холецистопанкреатита благоприятное. У всех больных приступ купируется консервативными мероприятиями. По нашим данным, общие исходы лечения удовлетворительные, 51

больной оперирован в разные сроки после окончания приступа (не менее 1—2 нед). Общая летальность составила 0,46 %, послеоперационная — 1,95 %.

Острый обтурационный холецистопанкреатит

Морфологические изменения в желчном пузыре при этой форме соответствуют таковым при деструктивном холецистите, а в поджелудочной железе обнаруживают острый отек или индукцию паренхимы.

Клинически у этой группы больных преобладают симптомы острого обтурационного, как правило, деструктивного холецистита; симптомы панкреатита четко фиксируются, но не оказывают существенного влияния на клиническую картину. Общее состояние более тяжелое (по нашим данным, средней тяжести — у 64,9 %, тяжелое — у 35,1 %). Для острого обтурационного холецистопанкреатита характерны повышенная температура тела, озноб, высокий лейкоцитоз, многократная упорная рвота. Очень часто наблюдается напряжение мышц (у 89,5 % больных), а также увеличение и напряжение желчного пузыря (у 91,2%). Этот симптом является наиболее характерным. Повышение уровня амилазы в моче было у 77,2 % больных: при поступлении — у 50 %, со 2—3-го дня — у 21%, с 4-го дня и позже — у 7 %. У 22,8% больных амилаза мочи оставалась нормальной.

Клинический диагноз острого обтурационного холецистопанкреатита был установлен у 86 % больных. У 14 % больных сочетанный характер заболевания был определен лишь на операции (табл. 9).

Таблица 9

Частота (в процентах) достоверного и вероятностного клинических диагнозов острого обтурационного холецистопанкреатита

Диагноз	При поступлении	При дальнейшем наблюдении
Достоверный	50,0	77,2
Вероятностный	11,4	8,8
Не установлен	38,6	14,0
Всего . . .	100	100

Клиническое течение этой формы холецистопанкреатита более тяжелое. Острый приступ с трудом удаётся

купируют лишь у части больных. Общая летальность, по нашим данным, составила 3,51 %, послеоперационная — 5,96%.

Острый холецистопанкреонекроз

При этой форме превалируют деструктивные изменения в поджелудочной железе в виде очагового или распространенного некроза. Изменения в желчных путях возможны следующие: желчнокаменная болезнь, хронический или острый катаральный холецистит. Клинически поставить такой диагноз трудно, иногда его устанавливают лишь на операции (до операции заболевание определяется как деструктивный панкреатит). Изменения в желчном пузыре минимальны, поэтому они не оказывают заметного влияния на клиническую картину. Холецистит в данном случае имеет не столько клиническое, сколько патогенетическое значение. Общее состояние больных с острым холецистопанкреонекрозом всегда очень тяжелое, резко выражена картина интоксикации. Болевой приступ возникает внезапно, интенсивность болей прогрессивно нарастает. Постоянными симптомами являются метеоризм, напряжение мышц, симптом Щеткина — Блюмберга, упорная неукротимая рвота, высокий лейкоцитоз. Гиперамилазурия была отмечена нами у 11 из 16 больных и достигала высоких цифр. В отличие от других форм больные с острым холецистопанкреонекрозом поступают в состоянии выраженного коллапса, нередко с яркими признаками перитонита, которые часто прогрессивно нарастают. Перитонит и коллапс при наличии клиники холецистопанкреатита и тем более гиперамилазурия, как правило, свидетельствуют о деструктивном поражении поджелудочной железы. У 12 из 16 больных диагноз острого холецистопанкреатита был определен клинически, у 4 больных заболевание установлено лишь на операции и вскрытии (табл. 10).

Т а б л и ц а 10

Частота (в процентах) достоверного и вероятностного клинических диагнозов острого холецистопанкреонекроза

Диагноз	При поступлении	При дальнейшем наблюдении
Достоверный	7	II
Вероятностный	1	I

Диагноз	При поступлении	При дальнейшем наблюдении
Не установлен	8	4
Всего . . .	16	16

Клиническое течение острого холецистопанкреонекроза очень тяжелое. Консервативное лечение носит в основном характер противошоковой терапии и короткой предоперационной подготовки. По нашим данным, 13 из 16 больных были оперированы, 9 из них экстренно. Умерло 6 больных, 4 из них после операции.

Острый обтурационный холецистопанкреонекроз

При этой форме заболевания некротический процесс в поджелудочной железе сочетается с деструктивными изменениями в желчном пузыре. Клиника заболевания отчасти повторяет картину предшествующей группы, но в связи с наличием деструктивного холецистита диагностика заболевания значительно усложняется. Локализация болей при остром обтурационном холецистопанкреонекрозе преимущественно в правом подреберье, но затем боли распространяются по всему животу. Также постоянными симптомами являются метеоризм, напряжение мышц, симптом Щеткина — Блюмберга, рвота, высокий лейкоцитоз. В отличие от описанной выше формы при остром обтурационном холецистопанкреонекрозе симптом Ортнера всегда резко выражен, иногда удается пальпировать увеличенный, напряженный желчный пузырь. Гиперамилазурия при поступлении отмечена нами у 8 больных. В связи с этим у них был установлен достоверный клинический диагноз. У 2 больных диагноз был определен лишь на операции. Дооперационным диагнозом у этих больных был «перитонит», у одной — «обтурационный холецистит». Течение заболевания всегда тяжелое. Все больные были оперированы (экстренно — 7, отсроченно — 3). Умерло 2 больных.

Таким образом, выделение четырех форм острого холецистопанкреатита основано на клинико-морфологиче-

ских признаках. Форма заболевания определяет выбор соответствующей хирургической тактики.

1. При остром простом холецистопанкреатите с успехом может быть применено консервативное лечение. После обследования и обнаружения желчнокаменной болезни большинству больных показано радикальное хирургическое вмешательство на желчных путях.

2. При остром обтурационном холецистопанкреатите консервативное лечение у большинства больных оказывается безуспешным, они нередко нуждаются в срочной операции в связи с наличием деструктивного холецистита. При успешной консервативной терапии приступа и

после стихания острых явлений показано обследование и хирургическое вмешательство на желчных путях.

3. При остром холецистопанкреонекрозе консервативное лечение преимущественно безуспешно, и больные

нуждаются в срочной операции в связи с перитонитом, вызванным некрозом поджелудочной железы.

При остром обтурационном холецистопанкреонекрозе также показана срочная операция в связи с перитонитом, вызванным как некрозом поджелудочной железы, так и деструктивным холециститом.

Минимум сочетания симптомов: характерные боли, синдром обтурационного холецистита, гиперамилазурия, коллапс, достоверный анамнез панкреатита позволяют в большинстве случаев определить заболевание и его форму. Амилазный тест, как показали наши наблюдения, имеет ведущее значение. С помощью сочетания минимума симптомов достоверный клинический диагноз острого холецистопанкреатита и его форму нам удалось установить при поступлении у 69,6 % больных, а при наблюдении и дальнейшем исследовании в последующие дни — у 92,2%.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЖЕЛТУХОЙ И ОСТРАЯ ЖЕЛТУХА БЕЗ ХОЛЕЦИСТИТА

Желтуха часто сопровождает приступ болей в правом подреберье (по нашим данным, до 30%), но не всегда билирубинемия, билирубинурия, иктеричность склер и выраженная желтуха являются результатом механического препятствия. Более того, даже несомненная внезапно возникающая механическая желтуха неоднородна по происхождению, локализации препятствия, сложности диагностики и вредным последствиям.

Только перечисление причин желтухи, которая появляется после приступа болей (реже совпадает по времени с началом приступа и очень редко предшествует ему), показывает трудности дифференциальной диагностики. Сложность ситуации усугубляется настоятельной необходимостью выяснить причину желтухи именно до решения вопроса об операции.

Сочетание желтухи, сопровождающей острый приступ, с заболеваниями отличается многообразием: 1) острый обтурационный холецистит с желтухой; 2) простой острый холецистит с желтухой; 3) острая механическая желтуха без холангита или с холангитом; 4) острые заболевания и обострение заболеваний печени, сопровождающиеся желтухой.

При совершенно очевидном различии этиологических моментов имеется определенное сходство в проявлении симптома желтухи: она возникает, как правило, через сутки и более от начала заболевания. Обычно появлению желтухи предшествует более или менее сильный болевой приступ или умеренные тупые боли с локализацией в правом подреберье. Время соотношения начала желтухи и приступа болей не всегда поддается уточнению, ибо основывается на данных анамнеза; однако желтуха вследствие желчнокаменной болезни в подавляющем большинстве случаев именно следует за сильным болевым приступом.

Дифференциальная диагностика желтух является одной из сложнейших проблем гепатологии и не может быть исчерпывающе изложена в монографии, посвященной экстренной хирургии желчных путей. В нашу задачу входит исследование этого симптома у больных, поступающих в хирургическое отделение с острым приступом, поскольку качественный анализ желтухи в этой ситуации зачастую определяет выбор метода лечения.

Большинство больных с острым обтурационным холециститом и желтухой поступают в хирургический стационар из дома на машине службы скорой помощи. Если больной поступает в 1-й день болезни, то при поступлении желтухи может и не быть или она только намечается. Более или менее выраженной она становится через сутки и более от начала заболевания. На первый план в самом начале выступает болевой приступ, чаще всего повторный, а желтушность склер или не выявляется, или закономерно рассматривается врачом службы скорой помощи как осложнение желчнокаменной болез-

ни. Если же врача вызывают через несколько дней после начала болезни, когда острота болей снижается, или с самого начала они были невыразительными, а при осмотре выявляется интенсивная желтуха, то довольно часто первым стационаром для больного оказывается диагностическое отделение гепатологического центра при инфекционной больнице. Там больного обследуют несколько дней (иногда недель), лишь потом он после консультации хирурга попадает в хирургическое отделение.

Рассмотрим различные ситуации, когда острый приступ болей в правом подреберье сопровождается желтухой.

Острый обтурационный холецистит с желтухой

При остром обтурационном холецистите наблюдается иктеричность склер, билирубинемия и билирубинурия. Важно установить при этом, является ли желтуха результатом миграции камней в желчные протоки или имеет место реакция печени на воспалительный процесс («гепатит-спутник»). Над хирургом в данном случае довлеет необходимость решения вопроса об экстренной операции, так что предпринимать обширные и долговременные биохимические исследования или применить метод «клинического наблюдения» просто некогда. По-видимому, целесообразно ориентироваться на наличие острого обтурационного холецистита, оставив выяснение природы желтухи на более точную интраоперационную диагностику. Иначе говоря, наличие показаний к экстренной операции при остром обтурационном холецистите позволяет отнести дифференциальную диагностику желтухи на этап операции.

Во время операции тактика хирурга, выбор метода и объем операции уточняется в зависимости от полученных диагностических результатов. При ясном диагнозе острого обтурационного холецистита и очевидных показаниях к операции желтуха не является поводом для откладывания операции с целью уточнения причин желтухи или попыток консервативными средствами «снять» ее. Скорее, наоборот, появление желтухи при данном заболевании свидетельствует о появлении осложнения и необходимости неотложного решения тактических проблем. При наблюдении за больными с острым обтурационным холециститом, когда желтуха появляется сразу вслед за разрешившимся приступом, возникают диагностические и тактические проблемы.

Неоднократно мы были свидетелями закономерного развития болезни, когда клиническая картина четко отображает патогенез. Воспалительный процесс в желчном пузыре регрессирует; патология переходит в общий желчный проток, холецистит становится необтурационным, но появляется желтуха. Если бы больной поступил в клинику именно в этот момент, то такой холецистит с полным основанием можно было бы назвать необтурационным (простой острый холецистит с желтухой), при котором тактика имеет свои особенности.

Простой острый холецистит с желтухой

Следует подчеркнуть, что далеко не всегда последовательность развития симптомов проходит на глазах у хирурга. Нередко смена симптомов происходит еще до поступления в больницу, и выяснить их нужно с помощью тщательного собирания анамнеза. Нужно иметь в виду, что больные пожилого возраста в период обострения болезни мало обращают внимания на свой рассказ, многие плохо слышат. От врача требуется терпение и настойчивость, тем более что лабораторное и рентгенологическое исследования при простом остром холецистите с желтухой мало что дают. Отсюда возникает настоятельная необходимость внедрения ультразвукового исследования (УЗИ) в практику экстренной хирургии желчных путей. На эхограммах, как правило, видны камни в желчном пузыре, а в желчевыводящих протоках они просматриваются у 90 % больных. Весьма важным элементом экстренной эхограммы является расширение диаметра общего желчного протока, что может указывать на наличие желчной гипертензии, а также толщина стенок желчного пузыря и общего желчного протока, что в свою очередь свидетельствует о наличии выраженного воспаления.

Острая механическая желтуха

Острая механическая желтуха без холангита. Диагностика механической желтухи складывается из следующих компонентов.

1. Анамнез: наличие в анамнезе приступов и желтухи, последовательность симптомов (вначале приступ болей, затем желтуха), доказанная желчнокаменная болезнь по данным прежних обследований.

2. Объективные данные: интенсивная желтуха, интенсивно окрашенная моча, обесцвеченный кал, кожный зуд, болезненный край печени в правом подреберье, отсутствие желчи при дуоденальном зондировании.

3. Лабораторные данные: высокий уровень билирубина в основном за счет конъюгированного, отсутствие

стеркобилина в кале, низкие цифры аминотрансфераз

вскоре после появления желтухи, нормальный или близкий к нормальному расклад белковых фракций, умеренный лейкоцитоз и СОЭ, близкая к нормальной сулемовая проба.

В большинстве случаев приведенных данных достаточно для дифференциальной диагностики, однако они столь категорично значимы только в первые дни болезни. В дальнейшем вследствие нарастания давления и, следовательно, нарушения печеночных функций границы субъективных ощущений, объективных и особенно лабораторных данных стираются, диагностика характера желтухи становится трудной и приходится прибегать к дополнительным методам дифференциальной диагностики желтух. К ним относят: 1) пункционную биопсию печени;

2) чрескожную чреспеченочную холангиографию (пероральная и внутривенная холангиография исключаются из-за потери концентрационной способности печени);

3) хроматографическое дуоденальное зондирование;

4) компьютерную томографию (КТ); 5) -ультразвуковое исследование; 6) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ); 7)

лапароскопическое контрастное исследование желчных путей.

Сравнительно высокоинформативны ЧПХ, КТ, УЗИ, ЭРХПГ. ЧПХ информативна при условии, что игла попадает во внутривенный проток, однако ее инвазивность настолько велика, что некоторые хирурги используют ее только непосредственно перед лапаротомией. Применение иглы Хиба облегчило процедуру, уменьшило травматичность, но не сделало ее популярной, тем более что во время освоения этой методики появились совершенно неинвазивные КТ и УЗИ. КТ позволяет получить изображение желчного пузыря, желчевыводящих протоков, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, печени с включенными в них патологическими очагами и субстанциями. Однако вряд ли удастся производить

это исследование по дежурству. Гораздо более доступно
УЗИ, которое, будучи совершенно необременительным
для больного, является в то же время эффективным в

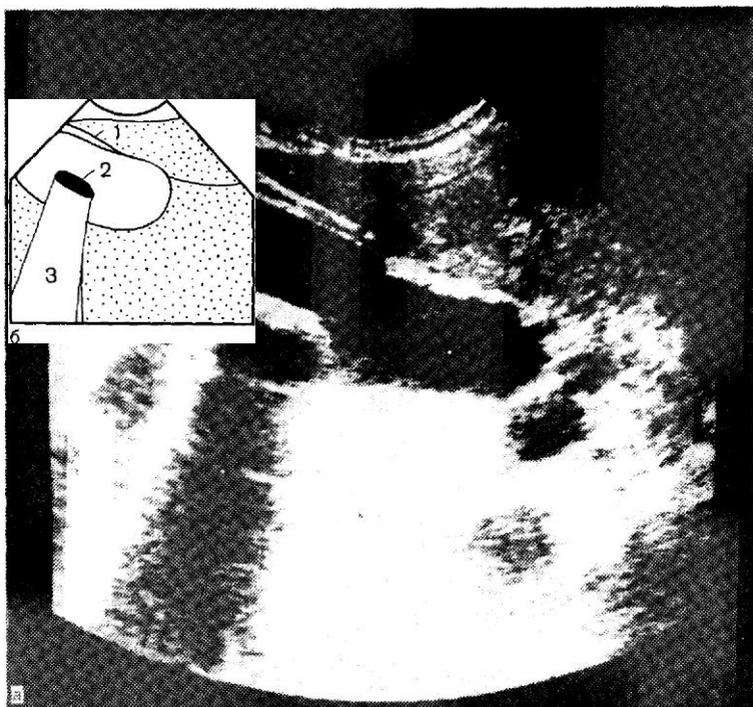


Рис. 5. Ультразвуковое исследование при остром калькулезном холецистите, а — эхограмма; б — схема: 1 — воспалительно измененная стенка желчного пузыря (стенка имеет двухслойный контур, внутри нее — эхонегативная жидкость); 2 — конкремент в просвете желчного пузыря; 3 — конусовидная тень от конкремента.

отношении выявления патологии желчного пузыря и желчевыводящих протоков (рис. 5, 6).

Однако наиболее информативными, хотя и в достаточной степени инвазивными, являются ЭРХПГ и лапароскопическое контрастное исследование. В тех случаях, когда в первую очередь поводом для диагностических поисков является патология желчного пузыря, целесооб-

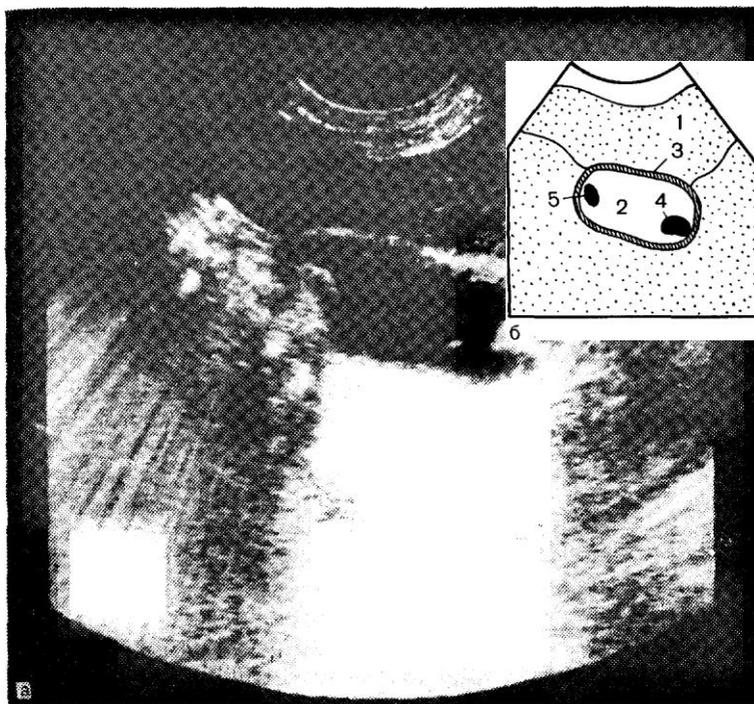


Рис. 6. Ультразвуковое исследование при остром обтурационном холецистите, а — эхограмма; б — схема: 1 — печень (правая доля); 2 — желчный пузырь; 3 — утолщенная воспалительная стенка желчного пузыря (толщина 8 мм); 4, 5 — конкременты в желчном пузыре (диаметр 9 и 12 мм).

разнее воспользоваться лапароскопией. Она поможет выяснить состояние желчного пузыря, наличие выпота, его характер. Пункцией желчного пузыря можно воспользоваться и для прямой холангиографии; если же в клинике преобладают симптомы механической желтухи, то предпочтительнее ЭРХПГ. При наличии технических возможностей (аппаратура!) и овладении методом при

обнаружении стеноза БСД, камней терминального отдела ЭРХПГ может перейти в лечебную процедуру — эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Надо все же отметить, что эта операция разрешает механическую желтуху путем рассечения стенозированного БСД, низведения камней терминального отдела и декомпрессионного дренирования с помощью назобилиарного зонда, однако не устраняет патологии желчного пузыря, в частности острый обтурационный холецистит. Поэтому у многих больных после ЭРХПГ требуется дополнительное оперативное лечение в связи с необходимостью удаления желчного пузыря. В определенной степени такая же ситуация возникает при лапароскопической пункционной декомпрессии желчного пузыря — снятие гипертензии не избавляет большинство больных ни от холецистита, ни от камней желчного пузыря.

Наличие большого выбора диагностических методов и средств характеризует современный прогресс в хирургии желчных путей. В то же время все увеличивающееся количество методов при их прочном внедрении может вызвать дополнительные проблемы: когда и как применять тот или иной метод. Ситуация напоминает определенный момент в гепатологии, когда для оценки состояния печени применяли десятки функциональных проб. Обилие результатов, не всегда совпадающих, создавало путаницу, и во многих случаях скопление бланков с анализами просто увеличивало объем историй болезни и объем работы лаборатории.

В целях рационального использования аппаратуры, рабочего времени, исключения ненужных исследований важна, на наш взгляд, последовательность действий и использования методов.

1. Анамнез и объективные данные. В экстренной хирургии подробно собранный (без упущений!) анамнез дает не менее 60 % информации, необходимой для диагностики острого холецистита и желтухи.
2. Объективные данные (осмотр, перкуссия, аускультация, пальпация) в сочетании с элементарными анализами из набора экспресс-методов доводят информативность до 80 %.
3. УЗИ позволяет довести информативность до 90 — 92% [Нестеренко Ю. А., 1986]. Будучи неинвазивным методом, оно должно применяться в первую очередь.
4. Лапароскопию и ЭРХПГ следует применять только в случаях сложной диагностики.

Эти методы, получившие распространение в последнее десятилетие, совершили заметный поворот в трудной дифференциальной диагностике желтух. Врач-эндоскопист, владеющий ЭРХПГ, представляет огромную ценность для хирургического отделения. Однако до настоящего времени еще мало примеров использования ЭРХПГ в экстренной хирургии, поэтому включать этот метод в обычный арсенал средств экстренной хирургической бригады пока еще нет возможности.

Значительно менее дорогим и более доступным исследованием является лапароскопическая пункция желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Эта диагностическая операция одинаково ценна как для уточнения диагноза, так и для декомпрессии.

Таким образом, путем последовательного применения методов по их возрастающей информативности удается не только уточнить диагноз, но и осуществить декомпрессию желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Совсем иначе обстоит дело при механической желтухе с холангитом.

Острая механическая желтуха с холангитом. Острый гнойный холангит, возникающий одновременно или вслед за механической закупоркой, проявляется сразу, вполне определенными симптомами, которые быстро прогрессируют.

Основные симптомы острого холангита следующие.

1. Высокая температура тела; она всегда выше 38°C и достигает $39,5\text{—}40^{\circ}\text{C}$.

2. Желтуха. Уровень билирубина крови зависит от продолжительности закупорки протоков, емкости желчно-печеночного «дерева» (т. е. какая часть его занята камнями), высоты закупорки (чем дальше от терминального отдела, тем больше давление, тем тяжелее поражение гепатоцитов, тем выраженнее желтуха).

3. Ознобы. Каждый или почти каждый подъем температуры тела сопровождается ознобом с последующим чувством жара, обильным потом, слабостью.

4. Билирубинурия. Интенсивная.

5. Олигурия. Этот симптом находится в прямой связи с количеством атак холангита, продолжительностью болезни, уровнем закупорки, состоянием гепатоцитов. Плохой прогностический признак.

6. Бактериально-токсический шок — признак фатальной запущенности заболевания. Он характеризуется комплексом выраженных симптомов генерализации

фекции: очень высокая температура тела, озноб, нарастающие желтухи, падение артериального давления, резкая тахикардия, тахипноэ, олигурия, спутанность сознания, иногда эйфория.

7. Лабораторные данные: лейкоцитоз более $20 \cdot 10^9/\text{л}$. Остаточный азот крови повышен почти вдвое, резко снижена сулемовая проба, нарушен альбумино-глобулиновый коэффициент, коагулограмма (главным образом снижается протромбиновый индекс).

В экстренных случаях приходится ограничивать обследование экспресс-методами (лейкоциты, билирубин в крови и моче, остаточный азот, протромбиновый индекс).

Достоверным можно считать диагноз механической желтухи с гнойным холангитом при наличии следующих признаков: желтухи, высокой температуры тела, ознобов, высокого лейкоцитоза, снижения функциональных проб печени, бактериально-токсического шока.

Острые заболевания и обострения заболеваний печени, сопровождающиеся желтухой

Острый гепатит. Следует помнить, что сильные боли в животе (правом подреберье) могут возникнуть при некоторых заболеваниях печени. Бывает это не часто, однако иногда хирург во время операций неожиданно для себя вместо воспаленного желчного пузыря обнаруживает измененную печень и только это.

По нашим данным, во время четырех экстренных операций был выявлен интактный желчный пузырь, увеличенная, «отечная» печень в отсутствие какой-либо другой патологии.

Вот почему в практической деятельности хирургических отделений важнейшую роль играют дополнительные методы исследований. Хотя в настоящее время хирурги и предпринимают операции по поводу различных форм гепатита [Сафьин И. А., 1983; Бебуришвили А. Г., 1987] и лапаротомия не создает фатальную ситуацию, все же следует признать, что обнаружение во время экстренной операции гепатита вместо острого холецистита является грубой диагностической ошибкой.

Обострение циррозов печени. Как известно, монотонно-прогрессирующее течение цирроза печени часто нарушается каким-нибудь осложняющим эпизодом (кровотечение, массивные некрозы). Если массивные некрозы

локализуются в правой доле печени, то не исключен острый приступ болей в правом подреберье, сопровождающийся симптомами воспаления (напряжение мышц живота, резкая боль при пальпации в правом подреберье, высокая температура тела, высокий лейкоцитоз), что и приводит к неправильному диагнозу острого холецистита.

При поверхностном осмотре больного (плохо собранный анамнез), игнорировании некоторых симптомов портальной гипертензии (спленомегалия, расширение вен брюшной стенки, асцит), ошибка диагноза такого рода случается тем чаще, чем больше хирург имеет склонность именно к экстренным операциям при остром холецистите и чем больше его уверенность в своих дедуктивных и мануальных способностях.

Опытный хирург в подавляющем большинстве случаев быстро устанавливает диагноз на основании ограниченного числа симптомов. Однако если при этом ему покажутся излишними «малые» и «нетипичные» симптомы, то не исключено, что в каком-то случае он будет наказан неожиданной находкой при лапаротомии.

К сожалению, в экстренной хирургии мало стандартности и гораздо больше индивидуальности. Хирург со склонностью к экстренным операциям желчных путей и с высокоразвитыми дедуктивными способностями обязан самым тщательным образом собрать и осмыслить анамнез, чрезвычайно внимательно и последовательно произвести осмотр больного и обязательно помнить о возможностях дополнительных методов обследования.

При циррозе печени обострение болей в животе иногда связано с инфицированием асцитической жидкости, в особенности через несколько дней после парацентеза. Здесь уместно применить лапароцентез («шарящий» катетер) с немедленным бактериоскопическим исследованием полученного материала. Еще более информативной является лапароскопия, которая позволяет уже во время манипуляции установить диагноз и даже применить некоторые лечебные мероприятия.

Изучение собственных диагностических ошибок подтверждает вывод о том, что экстренные и срочные операции в хирургии желчных путей не могут производиться без тщательного собирания анамнеза, подробного осмотра, правильной интерпретации и срочной оценки полученной информации. В противном случае ошибки и просчеты неизбежны. Попытки упростить диагностику, унифицировать тактику и лечение острого холецистита

обращены прежде всего к опытным хирургам и хирургам-гепатологам, часто оперирующим на желчных путях. И все же как опытному хирургу-специалисту, так и менее опытному общему хирургу постоянно нужно помнить о наличии дополнительных инвазивных методов исследования, применение которых дает достоверную диагностику, почти в 100% случаев.

ИНВАЗИВНЫЕ ДИАГНОСТИКО-ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДЫ

Чрескожная чреспеченочная холангиография

О ЧПХ и декомпрессионном дренировании внутрипеченочных протоков написано много. Одно время (70-е годы) эта методика подверглась сильной критике из-за множества осложнений, которые вынудили сторонников метода пойти на компромисс: рекомендовать эту методику применять непосредственно перед лапаротомией. Применение гибкой тонкой иглы Хиба заметно снизило процент осложнений в виде кровотечений и желчеистечения. Однако же ЧПХ не стала более распространенной. Этому препятствует малое количество игл Хиба и операционных рентгеновских установок с электронно-оптическими преобразователями.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

Как метод диагностики ЭРХПГ, по-видимому, стала достоянием всех крупных хирургических клиник и отделений. Значительно меньшее распространение получила ЭПСТ, совсем мало публикаций о применении ее в экстренной хирургии. Прежде всего это связано с тем, что эндоскопические вмешательства в течение всего дежурства возможны в условиях четко работающего мощного эндоскопического отделения с достаточным количеством врачей-эндоскопистов высокого класса. Кроме того, широкому внедрению мешает довольно большой процент неудач и осложнений.

Так, В. С. Савельев и А. С. Балалыкин (1987) отмечают, что неудачи ЭПСТ (при том условии, что в клинике за 10 лет выполнено 650 таких операций) составляют 18%, и далее пишут: «Необоснованные действия недостаточно опытного врача могут повлечь развитие осложнений и дискредитировать операцию».

При весьма высокой квалификации врачей-эндоскопистов клиники осложнения составили 7 %, а летальность — 1,8 %. О применении ЭПСТ у 306 больных, в том числе у 77 на высоте приступа, сообщают В. В. Родионов и соавт. (1987). При этом наблюдался ряд осложнений: 1) кровотечения из места разреза БСД (17,3%); 2) панкреатит и амилазурия (2,2%); 3) отрыв корзинки Dormia у 2 больных и другие осложнения. Летальность составила 7,8%. В этом отношении вывод, что «ЭПСТ следует применять как операцию выбора при холедохолитиазе вне зависимости от возраста и наличия сопутствующих заболеваний в качестве основного метода лечения...» [Савельев В. С, Балалыкин А. С, 1987], представляется нам преждевременным или во всяком случае должен относиться к мощным эндоскопическим отделениям с большим количеством высококвалифицированных врачей-эндоскопистов. К этому следует добавить некоторые данные зарубежных авторов, также основанные на большом материале.

P. Goinard и G. Pellisseer (1982) — известные французские хирурги, давно и плодотворно работающие в области хирургии желчных путей, пишут, что ЭПСТ — значительно более опасная и травматичная процедура, чем открытая папиллосфинктеротомия (ПСТ), и выполнять ее можно только в тех случаях, когда открытая ПСГ абсолютно противопоказана.

J. Goodall (1985) предупреждает о возможности кровотечения, которое он наблюдал у 9 % больных (27 из 300) после ЭПСТ, причем у большинства из них в течение первых 24 ч после процедуры. Умерло 3: один без операции, 2 — после экстренного вмешательства. V. Paoliccii и соавт. (1985) анализируют причины вынужденных лапаротомий у 33 больных в связи с осложнениями ЭПСТ; у 10 больных оказалось невозможным удалить камни или произвести ЭПСТ. У 23 больных экстренные операции произведены на фоне осложнений: гнойный холангит (12), перфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки (5), кровотечения (4), отрыв корзинки Dormia (2). После операции умерло 5 больных — 4 от прогрессирующего холангита и один от кровотечения.

M. Carboni и соавт. (1983) анкетировали 130 хирургов Европы и Америки. Авторы получили сведения о 25 541 операции открытой ПСТ и 14 125 ЭПСТ. Выявленные при этом осложнения представлены в табл. 11.

**Осложнения после открытой и эндоскопической
папилосфинктеротомии [CarboniM. et al., 1983]**

Осложнение	Частота ‰	Леталь- ность	Осложнение	Частота ‰	Леталь- ность
ПТ*осле открытой ПСТ			После ЭПСТ		
Панкреатит	0,6	0,4	Панкреатит	1,5	0,34
Кровотечение	0,6	0,1	Кровотечение	2,4	0,3
Холянгит	0,5	0,1	Холянгит	1,2	0,2
Расхождение швов	0,5	0,2	Перфорация стенки перстной кишки	0,9	0,2
Общее число осложнений	2,2	0,8	Общее число осложнений	6,0	1,0
Рецидивы в отдаленном периоде	1,0	—	Рецидивы в отдаленном периоде	4,7	—
Стеноз БСД	0,6	—	Стеноз БСД	2,8	—

Приведенные фактические данные не должны создавать пессимистического отношения к ЭПСТ, которая является крупнейшим достижением 80-х годов в хирургии желчных путей. Однако они предостерегают от эйфории и безоглядной гонки за модой. ЭПСТ отнюдь не «рядовая процедура» без осложнений, а тонкая операция, требующая тщательного отбора, точных показаний и безукоризненного выполнения. Возможно, в крупнейших эндоскопических центрах ЭПСТ может стать альтернативой открытой ПСТ, однако в большинстве хирургических отделений она еще долго будет «операцией освоения» и «операцией внедрения». На наш взгляд, ЭПСТ сегодня скорее операция «крайнего средства», нежели операция выбора.

Таким образом, можно сформулировать показания к ЧПХ, ЭРХПГ и ЭПСТ в качестве диагностической и лечебной манипуляции (операции) следующим образом.

1. Эти вмешательства применяют до лапаротомии с целью уточнения диагностики и проведения декомпрессии.

2. ЧПХ и отведение наружу желчи разрывает патологическую цепь декомпенсации и позволяет выполнить операцию в условиях состоявшейся декомпрессии.

3. ЭРХПГ — ценнейшая процедура, доводящая до-

стоверность диагностики поражения
желчевыводящих
протоков почти до 100%.'

4. ЭПСТ иногда может явиться самостоятельным вмешательством, но чаще ее применяют вслед за диагностической ЭРХПГ для снятия желчной гипертензии, после чего риск радиальной операции снижается.

Лапароцентез и лапароскопия

Эти мероприятия позволяют верифицировать диагноз, установить степень и распространенность патологического процесса в печени, желчном пузыре, желчевыводящих протоках и поджелудочной железе. Главной задачей лапароцентеза является получение экссудата, чтобы по его виду и концентрации в нем амилазы определить более или менее достоверно характер поражения поджелудочной железы и необходимость операции. Значительно более информативна лапароскопия. Во время манипуляции можно визуально оценить степень изменений в печени, желчном пузыре и желчевыводящих протоках, количество и вид экссудата, наличие стеатонекрозов. Но, кроме этого, лапароскопия из диагностической может быть переведена в лечебную. При этом в случае наличия обтурационного холецистита или желчной гипертензии (вследствие закупорки камнем или сдавления головкой поджелудочной железы) можно сделать лапароскопическую холецистостомию, затем выполнить прямую холангиографию и осуществить дренирование брюшной полости.

ГЛАВА IV

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИСТУПА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

В большинстве учебников, руководств и монографий консервативная терапия острого приступа подается как универсальное мероприятие для любого приступа острого холецистита вне зависимости от формы, предполагаемых патоморфологических изменений, времени, прошедшего от начала клинических симптомов, наличия перитонеальных явлений, желтухи, сопутствующего панкреатита. Конечно, имеются общие для всех больших формы и методы лечения, но все же в каждом конкретном случае нужно применять и индивидуальные схемы.

Совершенно очевидно, что консервативные мероприятия больному с простым острым холециститом должны отличаться от помощи больному с острым обтурационным холециститом или острым холецистопанкреатитом.

Целью лечения каждого приступа является приведение больного в состояние, какое он имел до начала приступа, а задачи варьируют в зависимости от характера патоморфологических изменений, образовавшихся к моменту начала лечения. Например, при простом остром холецистите задачей является снятие спазма гладкой мускулатуры желчного пузыря, при остром обтурационном — дезобтурация пузырного протока. При остром холецистопанкреатите задача усложняется, поскольку необходимо также уменьшить выработку активного панкреатического сока и нейтрализовать его действие. При назначении консервативной терапии целесообразно учитывать не только форму заболевания, но и место, где больному будет проведено лечение: дома, в приемном отделении больницы, в хирургическом стационаре.

Имея в виду, что каждая ситуация требует индивидуализации помощи, сделаем попытку моделирования и содержания помощи в соответствии с возникшей ситуацией.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Дома: холод на живот, инъекция атропина с папаверином, наблюдение в пределах 30 мин. В отсутствие заметного улучшения — доставка больного в дежурную больницу. Дома наркотики вводить нельзя (при очень сильных болях непосредственно перед транспортировкой можно ввести 1 мл 1 % или 2 % промедола).

В приемном покое: подтверждение диагноза (общий анализ крови, анализ мочи общий, на амилазу и желчные пигменты), повторное введение спазмолитиков, холод на живот, инфузионная терапия. При отсутствии «коек наблюдения» в приемном покое инфузионную терапию проводят в хирургическом отделении или по показаниям в реанимационном отделении. Больного с первым приступом простого острого холецистита при исчезновении болей, отсутствии повышенной температуры тела после наблюдения в течение 10—12 ч врач приемного покоя может отправить домой.

В хирургическом отделении: в дополнение к спазмолитическим средствам и холоду на живот больному начинают (или продолжают) инфузионную и антибакте-

риальную терапию. При простом остром холецистите эффект обязательно проявится в первые 8—12 ч лечения. Если эффект лечения не наступает в течение 12 ч (а тем более, если в этот временной промежуток отмечается ухудшение), то скорее всего имеет место диагностическая ошибка или последовательно развивается осложненный холецистит. В этих случаях диагноз изменяют и корригируют лечение.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Дома: установив эту форму заболевания, врач службы скорой помощи не должен пытаться снять приступ. Больного нужно немедленно доставить в дежурную больницу.

В приемном покое: врач подтверждает диагноз острого обтурационного холецистита и также никаких лечебных действий не проводит, а немедленно переводит больного в хирургическое отделение.

В хирургическом отделении: прежде всего решают принципиальный вопрос о дальнейшем лечении. Больному нужно четко сказать, что у него заболевание приняло опасное течение и единственно правильным видом лечения будет хирургическое вмешательство время операции будет уточнено в процессе наблюдения и лечения. Будет сделана попытка снять приступ с помощью лекарственной терапии. Если она удастся, то, может быть, обойдется без экстренной операции, но если приступ в течение определенного времени не стихнет, тогда операция неизбежна. После этого предупреждения начинают интенсивную консервативную терапию, задачей которой является деблокирование желчного пузыря, что дает возможность перевода больного в «холодный» период. В случае возникновения необходимости хирургического лечения эта терапия послужит предоперационной подготовкой. Необходимые мероприятия: холод на живот, инъекции спазмолитических средств, дегидратационная инфузионная терапия, восполнение водно-электролитного и белкового баланса, локальная желудочная гипотерапия (промывание желудка холодной водой), новокаиновая блокада круглой связки печени (блокада окологепаточной клетчатки менее эффективна). Критериями оценки эффективности лечения являются: стихание или заметное уменьшение болей, исчезновение напряжения брюшной стенки, падение температуры тела, снижение

числа лейкоцитов и уменьшение или исчезновение пальпировавшегося желчного пузыря. Если выраженный эффект отсутствует, у больных моложе 60 лет в течение суток, у больных более старшего возраста в течение 12 ч следует прекращать консервативную терапию и предложить больному операцию в более конкретной форме. Предшествующая консервативная терапия ставит, таким образом, эквивалентом предоперационной подготовки.

Консервативная терапия, как правило, бывает эффективной, когда ее проводят в первые часы заболевания и с самого начала — в полном объеме.

При остром обтурационном холецистите эффективность консервативной терапии необходимо оценивать через небольшие промежутки времени, в пределах 3—4 ч. При таком методе точнее вырисовывается тенденция течения заболевания. Настойчивое консервативное лечение целесообразно при четко выраженной тенденции к обратному развитию процесса, совпадающему с клиническим улучшением. При 3-кратной оценке «без перемен» (наблюдение 12 ч) у больных старше 60 лет и 6—8-кратной оценке «без перемен» у больных более молодого возраста возникает необходимость решения вопроса о целесообразности дальнейшей консервативной терапии, поскольку не произошло деблокирование шейки пузыря и, следовательно, воспалительный процесс не регрессирует. Очевидное, явное нарастание процесса на протяжении 2—3 оценок на фоне продолжающейся непрерывной интенсивной терапии является четким сигналом к прекращению консервативного лечения и переходу к хирургическому.

По мнению большинства хирургов, стихание приступа при остром обтурационном холецистите дает возможность снизить риск хирургического вмешательства, поскольку операция будет плановой. В то же время опыт практически всех хирургов свидетельствует о том, что многие больные (особенно пожилого возраста), пережив страдания и волнения, связанные с приступом, от предлагаемой операции отказываются. По нашим данным, количество их составляет 15—20%, причем повторяемость приступов не имеет значения, скорее наоборот: чем больше приступов было в прошлом, тем сильнее уверенность больного в благополучном исходе и наблюдаемого приступа. Здесь необходимо подчеркнуть, что судьба больных, перенесших приступ острого обтураци-

онного и простого острого холецистита, резко отличается. В разное время мы выясняли судьбу неоперированных больных с учетом клинического течения приступа. Р. Д. Глезер, Е. В. Иванов (1971), изучив отдаленные результаты у 630 из 810 неоперированных больных с острым холециститом в сроки от 2 до 8 лет (77,8% от числа выписанных), установили следующее. Двое умерли от рака поджелудочной железы, 10 — от интеркуррентных заболеваний. У 421 больного (68,1 %) приступы продолжались. При этом 108 больных (25,6% от 421 и 17,4% от 618) были оперированы в течение 2 лет после консервативного лечения в стационаре, причем 74 пациента (68,5%) — на высоте приступа по поводу деструктивного холецистита.

Примерно аналогичные результаты в тот же временной период приводят А. Г. Лидский (1963), по данным которого консервативное лечение острого холецистита дало 64,5 % плохих результатов; Г. С. Трегубов и Че—Ван — Гынь (1968), у которых плохие результаты получены у 84,1 % больных, леченных консервативно в хирургическом стационаре.

Сходные данные привел В. А. Гольбрайх в 1986 г., т. е. через 15 лет после Ф. Д. Глезера и Е. В. Иванова. Были изучены отдаленные результаты консервативного лечения в сроки от 2 до 7 лет приступа острого холецистита.

При первичном остром холецистите отдаленные результаты консервативного лечения приступа были следующими. При обтурационном холецистите: хорошие — 10,2 %, удовлетворительные — 29,6 %, плохие — 60,2 %, при простом: хорошие — 38,3%, удовлетворительные — 27,8%, плохие — 33,9 %; 3) при рецидивирующем обтурационном: хорошие — 13,6%, удовлетворительные — 19,9%, плохие — 66,5%.

Эти данные позволяют сделать по крайней мере два достаточно достоверных вывода: 1) перенесенный острый обтурационный холецистит (первичный или рецидивирующий) примерно у $\frac{2}{3}$ больных влечет за собой повторение приступов, т. е. необходимость оперативного лечения в ближайшие после лечения годы; 2) перенесенный первичный простой острый холецистит может не повторяться у $\frac{2}{3}$ больных в сроки 2—7 лет, что позволяет в этих случаях, как правило, воздержаться от предложения операции в наблюдаемом первом приступе необтурационного простого острого холецистита.

Дифференцирован-

ный подход к оценке эффективности консервативного лечения приступа острого холецистита в плане отдаленного результата позволяет более четко обосновать показания к хирургическому лечению у больных, благополучно перенесших наблюдаемый приступ; продолжая изучать острый обтурационный холецистит и особенности его течения, мы установили определенную зависимость между возрастом и продолжительностью приступа, с одной стороны, и патоморфологическими изменениями и исходами лечения, с другой стороны.

В нашей клинике Н. А. Грачевым и М. Р. Гуткиным в 1987 г. проведена работа в плане выяснения влияния возраста и продолжительности консервативного лечения на клинику и тяжесть патоморфологических изменений (по материалам за 1983—1986 гг.). Изучено 209 историй болезни больных, оперированных по поводу острого обтурационного холецистита. Из них 58,4 % имели возраст 60 лет и старше. На высоте приступа оперирован 161 больной (77%). Соотношение флегмонозных и гангренозных холециститов (в том числе перфоративных) в зависимости от сроков оперативного вмешательства наглядно представлено на рис. 7, 8. На графиках видно, что значительно чаще инфильтраты выявляются в тех случаях, когда операцию предпринимают на 4—5-й день после начала приступа. Еще более прямая зависимость прослеживается при анализе обнаружения камней в желчевыводящих протоках: при операциях на 4—5-й день после начала приступа эта патология встречается в 2 раза чаще, чем при операциях в первые 2 дня.

Суммируя данные по консервативному лечению больных с приступом острого холецистита, можно прийти к следующим выводам.

1. Приступ простого острого холецистита в подавляющем большинстве случаев заканчивается благополучно. Лечение такого приступа не составляет большого труда, не требует больших затрат, а ситуация не грозит больному осложнениями. Дальнейшая судьба этих больных зависит от полноты обследования в «холодном» периоде, обнаруженной патологии и степени доверия к лечащему врачу, убеждающему больного в необходимости оперативного удаления камней и желчного пузыря. Первый же приступ простого острого холецистита может вообще пройти без всяких последствий и не повториться в течение всей жизни или весьма длительного времени. По нашим данным, после первого приступа операции без

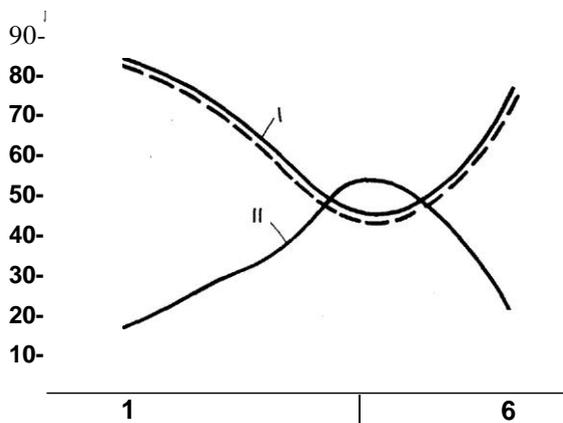


Рис. 7. Соотношение частот флегмонозных (I) и гангренозных (II) холециститов в зависимости от времени выполнения экстренных и срочных операций.

На оси абсцисс—день операции; на оси ординат—частота признака (%).

выписки из стационара подверглись лишь 4 % больных. Конечно, это меньше, чем необходимо, но со всей очевидностью свидетельствует о благополучном исходе такого приступа.

2. Приступ острого обтурационного холецистита качественно отличается от приступа острого простого. Как отмечено выше, даже после первого приступа до 40 % больных вынужденно оперируются в ближайшие 2 года, а после первого приступа острого обтурационного холецистита всего продолжают страдать 87 % из числа неоперированных больных. Мы не можем утверждать, что все эти 87 % получили полноценное консервативное лечение; однако среди 40 % оперированных в ближайшие 2 года в равной мере были больные, получившие полный курс интенсивной терапии, и больные, получившие ограниченное лечение (холод на живот, инъекции атропина с папаверином). Сравнительно легкое течение первого приступа острого обтурационного холецистита не избавляет больного от повторных приступов. У подавляющего большинства больных, перенесших первый приступ и получивших консервативное лечение, повторные приступы также носили характер острого обтурационного холецистита. Следовательно, консервативное лечение может обрывать первый приступ при этой форме заболевания, но на сам патологический процесс оказывает мало влияния.

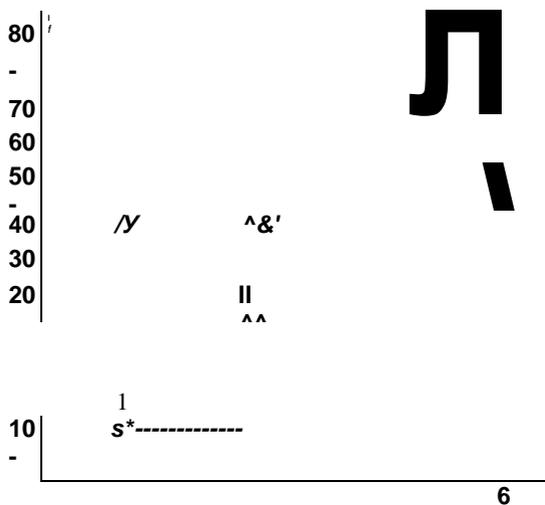


Рис. 8. Соотношение частот инфильтратов (I) и выявления камней в желчных протоках (II) в зависимости от времени выполнения экстренной и срочной операции.
По осям — то же, что и на рис. 7.

Еще меньшее воздействие консервативное лечение оказывает на повторный приступ. Это вполне понятно, если сопоставить клиническую картину рецидивирующего острого обтурационного холецистита с теми изменениями, которые происходят в желчном пузыре после повторных приступов (склероз, изъязвление стенки пузыря, нарушение выделительной функции, инфицированное содержимое и др.). Следовательно, при остром обтурационном холецистите консервативное лечение более эффективно при первом приступе и в начале заболевания; затянувшийся приступ (поступление больного на 2—3-й день болезни и более) или рецидивирующий хуже поддается консервативной терапии. Поэтому в таких случаях следует принять решение относительно сокращения сроков консервативной терапии. Именно упорное лечение затянувшегося или рецидивирующего острого обтурационного холецистита приводит к запоздалым операциям, которые обуславливают высокую летальность и худшие отдаленные результаты. Общее правило применения консервативной терапии можно сформулировать следующим образом.

1. Консервативная терапия более эффективна при простом остром холецистите и малоэффективна при остром обтурационном.
2. При остром обтурационном холецистите

эффе-
ктивность консервативной терапии обратно
пропорцио-

84

нальна числу перенесенных приступов, продолжительности (в часах) данного приступа и возрасту.

3. Подавляющее большинство больных, поступивших с острым обтурационным холециститом, подлежит хирургическому лечению, ибо консервативное лечение приступа даже при самом благоприятном исходе на собственно патологический процесс практически влияния не оказывает. Об этом больные должны знать с первых минут пребывания в хирургическом стационаре.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТА

Консервативное лечение не может быть стандартным. Оно меняется в зависимости от варианта течения приступа как этап лечения острого холецистопанкреатита или как короткая предоперационная подготовка. Следует только подчеркнуть, что достоверный и даже предположительный диагноз острого холецистопанкреатита диктует необходимость применения консервативной терапии в полном объеме с нарастающей интенсивностью, если отсутствует немедленный или быстрый (1—3 ч) эффект.

Если нет перитонита, то во всех случаях, в том числе и при панкреонекрозе, проводят консервативную интенсивную терапию. Прежде всего необходимо выполнить обязательные мероприятия.

Дома: инъекции спазмолитических средств, промывание желудка холодной водой (12°C), активное отсасывание содержимого из желудка. В приемный покой больного желательна доставить с зондом и пузырьком со льдом на эпигастральную область.

В приемном покое: уточняют диагноз с помощью лабораторных исследований, если есть необходимость в проведении лечения именно в приемном покое, следует продолжить промывание желудка на фоне инфузионной терапии: вводят большие дозы изотонического раствора хлорида натрия, 5 % или 10 % раствор глюкозы с соответствующим количеством инсулина, максимально возможные дозы ингибиторов.

В хирургическом отделении: больного необходимо как можно быстрее перевести в хирургическое отделение. При тяжелой форме острого холецистопанкреатита желательна поместить больного в отделение реанимации. Критериями оценки эффективности лечения являются нарастание или ослабление болевых ощущений, нарастание или ослабление признаков интоксикации (тахикардия,

многократная рвота, одышка, цианоз, олигурия, высокая температура тела, лейкоцитоз), исчезновение или ослабление напряжения в эпигастральной области, исчезновение пальпируемого пузыря.

Целью консервативного лечения острого холецистопанкреатита в стационаре является остановка и ограничение аутолиза поджелудочной железы. В задачи лечения входит: 1) активное удаление желудочного содержимого, чтобы оно не попало в двенадцатиперстную кишку и не стимулировало экскреторную деятельность поджелудочной железы; 2) охлаждение поджелудочной железы для снижения ее функции; 3) связывание активных ферментов с помощью ингибиторов протеаз; 4) детоксикация с помощью введения жидкости, электролитов и специальных растворов (гемодез и др.); 5) борьба с болью и шоком различными способами, за исключением введения морфина, вызывающего спазм сфинктера Одди; 6) профилактика и борьба с почечной недостаточностью; 7) при наличии острого обтурационного холецистопанкреатита желательна дезобтурация шейки желчного пузыря (мероприятия те же, что и для борьбы с острым панкреатитом).

При остром холецистопанкреатите по сравнению с острым острым и острым обтурационным холециститом у большинства больных эффект лечения наступает быстрее. Многочисленные наблюдения за течением приступа показывают, что после 1—3 промываний желудка холодной водой боли уменьшаются, позывы на рвоту стихают, больные ощущают облегчение.

Как в случаях неэффективного лечения по болевому критерию, так и в случаях сохраняющейся или усиливающейся интоксикации становится необходимым применение дополнительных мер активной консервативной терапии с учетом ее цели и задач.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ЖЕЛТУХОЙ

Больные с острым холециститом, осложненным желтухой, поступают как из дома на машине службы скорой помощи, так и из стационаров, не имеющих хирургического отделения, в основном из инфекционной больницы. Клиническое течение приступа у этих больных разнообразное, но схематично их можно разделить на две группы: больные, поступающие при явном стихании

болевых симптомов, которое совпадает с появлением желтухи, и — на высоте приступа.

Консервативное лечение первой группы: на догоспитальном этапе никаких лечебных мероприятий не требуется. При поступлении в стационар главной задачей является дифференциальная диагностика механической желтухи. При небольшой (общий билирубин до 30—35 мкмоль/л) желтухе, при закончившемся или явно стихающем приступе, кроме спазмолитических средств, назначают инфузионную терапию в виде вливаний 5 % раствора глюкозы с инсулином.

Следует учесть, что, согласно теории желчной гипертензии, при механической желтухе невысокий и неувеличивающийся уровень билирубина свидетельствует о кратковременной закупорке. Поэтому обычной терапии вполне достаточно для довольно быстрого снятия желтухи.

Контролировать эффективность терапии следует, конечно, по общеклиническим данным (повышение температуры тела, озноб, тахикардия), а также данным лабораторного исследования (лейкоциты, желчные пигменты в моче, билирубин крови). При благоприятном течении болезни больного, поступившего в стационар после приступа с незначительной желтухой, можно рассматривать в большинстве случаев как планового. Совсем иначе следует оценивать больного, поступившего на высоте приступа.

Здесь также возможно по меньшей мере два варианта:

1) небольшая или умеренная желтуха (общий билирубин 35—45 мкмоль/л), сопровождающая тяжелый приступ;

2) выраженная желтуха, ознобы, высокая температура тела, олигурия, высокий лейкоцитоз.

Критерием оценки эффективности терапии является снижение билирубина крови, стихание местных симптомов, воспалительной реакции и общей интоксикации; ориентиром для прекращения интенсивной терапии и переходе к хирургическому лечению будет явное нарастание местных признаков воспаления (общий и местный перитонит, инфильтрат на фоне нарастающей или стабильно высокой температуры тела, а также нарастающего и стабильно высокого лейкоцитоза).

При всех обстоятельствах не следует затягивать консервативную терапию больше 72 ч от начала приступа. Неблагоприятное сочетание необходимости и опасности операции в указанной ситуации диктует применение малых щадящих декомпрессионных вмешательств, которые позволяют разрешить приступ без существенного

отягощения состояния больного операционной травмой. Возможность использования малотравматических операций при остром обтурационном холецистите, осложненном небольшой желтухой, заметно расширяет тактические варианты лечения острого приступа, позволяет ограничить сроки консервативной терапии рамками «управляемого» воспалительного процесса, т. е. до развития осложнений и необратимых изменений. Нередко бывает так: затяжная болезнь, диагностика трудна, в том числе из-за отсутствия диагностических средств, врач наблюдает течение болезни и делает доступные анализы, которые у многих больных неинформативны. Больной долгие недели лежит в терапевтическом или инфекционно-диагностическом стационаре (к сожалению, иногда и хирургическом), пока тактическая мысль врача не обратится к дополнительным методам диагностики и лечения. В этом отношении современное состояние лечения сложной группы больных с острым холециститом и умеренной желтухой получило положительный сдвиг, что позволило заметно улучшить результаты лечения.

Тем не менее решение вопроса о прекращении консервативного лечения при выраженной желтухе и признаках холангита относится к самым трудным в экстренной хирургии желчных путей и основано главным образом на личном опыте. Можно сформулировать несколько правил лечения таких больных.

1. Больные с интенсивной механической желтухой должны лечиться только в хирургическом (желательно специализированном) отделении. Если больной в силу разных обстоятельств попал в терапевтический или инфекционный стационар, и там проводят дифференциально-диагностическое обследование и консервативное лечение, малейшее указание на наличие холангита (повышение температуры тела, рост числа лейкоцитов и главное озноб) должно служить сигналом для немедленной консультации хирургом и перевода больного в хирургический стационар.

2. Интенсивная консервативная терапия должна быть мощной (включая большие дозы антибиотиков, детоксикационную инфузионную терапию, форсированный диурез и др.) и короткой.

3. Сигналом к прекращению консервативной терапии и показанием к операции может явиться один из трех

неблагоприятных признаков: а) повторный озноб; б) высокая (39°C и выше) температура тела или нарастаю-

ший лейкоцитоз в течение 3 дней подряд; в) нарастающая желтуха при умеренной гипертермии (37,5—38,0°C).

4. Не следует стремиться непременно улучшить состояние больного без операции. Следует помнить о возможности проведения превентивных (дренаж

лимфатического протока, лапароскопическая декомпрессия желчного пузыря, чреспеченочная декомпрессия

желчных протоков) и щадящих (холецистостомия)

операции, которые без большого риска позволяют бороться с желчной гипертензией.

5. Именно при механической желтухе на высоте приступа острого холецистита уместно использование дополнительных мер диагностики и лечения.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА

На протяжении всей истории хирургии желчных путей многие видные хирурги (Н. Кehr, С. П. Федоров, А. В. Мартынов и др.) предостерегали от экстренных операций в критических ситуациях. Считалось совершенно необходимым испытать консервативную терапию. Главным аргументом являлось то обстоятельство, что необходимо снизить риск операции.

Возраст

В последнее время появились публикации [Королев Б. А., Климов Ю. С., 1983; Гостищев В. К. и др., 1987, и др.], свидетельствующие о том, что в пожилом и старческом возрасте при своевременной доставке больного, соответствующей его подготовке можно успешно оперировать даже при наличии осложненного течения болезни. Более того, согласно нашим данным [Королев Б. А., Пиковский Д. Л., 1984, 1985], консервативное лечение больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом должно быть короче, чем у более молодых. Основания для этого следующие.

В пожилом и старческом возрасте деструктивный процесс развивается быстрее. Не так уж редки наблюдения, когда через сутки или через несколько часов от начала первого приступа во время операции обнаруживается гангренозный холецистит.

Клиническая картина у больных пожилого и стар-

ческого возраста по сравнению с более молодым контин-
гентом «запаздывает». Точнее —
патоморфологические

изменения не успевают реализоваться в симптомы. Поэтому операция, предпринятая по «изменению клинической картины», оказывается запоздалой.

Это обстоятельство нередко не учитывают, и в стремлении улучшить состояние больного хирург назначает продолжение консервативной терапии, в то время как резервные силы у больного исчерпаны. В этих условиях хирургу приходится решать сложную и альтернативную задачу: продолжение консервативной терапии может улучшить состояние больного, но при неэффективности или малой эффективности означенной терапии реальностью является вероятность пропустить срок сравнительно малоопасной операции. С другой стороны, риск оперативного вмешательства на минимуме резервных сил значительно возрастает. Число тактических ошибок весьма велико, и это подтверждается высокой неоперационной и послеоперационной летальностью у больных пожилого и старческого возраста. По данным Г. Н. Рогачева (1978), летальность в 17 центральных районных больницах Московской области у больных до 45 лет составила 1,3%, а от 60 до 75 лет — 46,1 %; среди больных 70 лет и старше, доставленных в 1-й день болезни, летальность составила 8,3%, а среди аналогичного контингента, доставленных после 3 сут, летальность составила 63,6 %. Среди неоперированных летальность равна 5% (умерли без операции 62 человека из 1226 неоперированных больных с острым холециститом). Данные Liedberg (цит. А. Schmauss, 1983): в сроки от 5 до 12 лет наблюдений из числа неоперированных умерли 7 % больных. Все это свидетельствует о чрезвычайно важном значении сокращения времени интенсивной терапии у больных пожилого возраста и своевременной (до развития декомпенсации) оценке ее эффективности.

Запущенность заболевания

Она свидетельствует о возникших осложнениях на фоне распространения процесса экстрапузырно или по каналам. Сюда следует отнести перитонит (общий и отграниченный), перфорацию, гангренозный и флегмонозно-язвенный холецистит, гнойный холангит и холецистопанкреонекроз, возникшие в течение нескольких дней «наблюдения».

Следовательно, запущенность заболевания, так же как и возраст, является фактором риска и должна

побуждать к экстренной или срочной операции без предварительной консервативной терапии. Нужно помнить, что при запущенном патологическом процессе значение фактора времени увеличивается во много раз.

Мужской пол

В руководствах, монографиях и статьях, посвященных желчнокаменной болезни, отмечается преобладание среди больных холециститом женщин. Соотношение мужчин и женщин оценивается как 1:3, 1:4, 1:7 и так далее вплоть до 1:16 [Тальман И. М., 1963].

Среди оперированных нами больных соотношение мужчин и женщин составляет 1:7, что в основном соответствует данным литературы. Однако по возрастным группам соотношение мужчин и женщин меняется. Так, в возрасте до 40 лет соотношение мужчин и женщин было 1:8,5, от 50 до 59 лет—1:6,9, старше 60 лет — 1:5,7.

Общая летальность среди мужчин значительно выше, чем среди женщин, и почти равняется летальности больных пожилого возраста.

Мужчины чаще, чем женщины, поступают с тяжелыми формами острого холецистита. У мужчин деструктивные изменения в желчном пузыре, особенно гангренозные формы холецистита, встречаются, по нашим данным, чаще, чем у женщин (соответственно 53 и 37%).

Поражение печени и поджелудочной железы, определяемое во время операции, у мужчин постоянно более выражено. Изменения поджелудочной железы отмечены нами у мужчин в 42,4%, у женщин — в 25,8% случаев. В основном у мужчин наблюдаются индуративные формы панкреатита.

Создается впечатление, что мужчины, оперированные по поводу различных форм желчнокаменной болезни, хуже переносят операцию, что связано у них с более выраженными изменениями желчных путей, более часто встречающимися сопутствующими заболеваниями.

Важной особенностью желчнокаменной болезни у мужчин является частая желтуха, наблюдавшаяся в 47,5 % случаев, в то время как у женщин она имела место в 31,1 % случаев.

Течение и клиника желчнокаменной болезни у мужчин во многом напоминают таковые у лиц пожилого возраста. Как свидетельствуют наши данные, заболева-

ния желчных путей у мужчин протекают более тяжело, чем у женщин, поэтому требуются более быстрая диагностика и более быстрое решение о показаниях к операции.

Сопутствующие заболевания

Сопутствующие заболевания не только усугубляют общее состояние больных и тем самым повышают степень риска хирургического лечения, но и способствуют более быстрому переходу в состояние декомпенсации. По данным И. Н. Грудинской (1968), в этой группе больных структура сопутствующих заболеваний распределена следующим образом (табл. 12).

Т а б л и ц а 12

Частота сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста	
Сопутствующее заболевание	Всего больных
Коронарокардиосклероз с выраженной стенокардией	44
Капюлиосклероз с недостаточностью вообращения	81
Инфаркт миокарда. нелавно ный	20
Гипертоническая болезнь	43
Стенокардия	42
Сердечно-легочная недостаточность	7
Выраженная эмфизема и пневмосклероз	107
Туберкулез легких в активной фазе	2
Бронхоэктатическая болезнь	2
Бронхиальная астма	3
Лиабет	5
Гемипарез	8
Несросшийся перелом бедра	2
Туберкулез тазобедренного сустава	1
Глаукома	3
Катаракта	3
Аденома предстательной железы	1
Болезнь Ипенко — Купинга	1
Хронический алкоголизм	1
Всего ...	376

Хотя табл. 12 составлена на основании анализа историй болезни 200 больных, которым в силу разных причин была произведена паллиативная операция —

холецистостомия, тем не менее она отражает и современное общее соотношение сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста. Исключение составляет диабет, который в хирургии желчных путей 80-х годов встречается заметно чаще и достигает 5 % от числа оперированных. В хирургической практике, особенно при остром холецистите, приходится встречаться со всеми видами сердечно-сосудистых нарушений, возникающих на фоне атеросклероза, коронаросклероза, различной степени сердечной недостаточности.

Приступ острого холецистита, если он возникает на фоне серьезного сердечного заболевания, приводит к его декомпенсации. Особенно страдает сердечная деятельность при острой закупорке пузырного и общего желчного протока [Corbi J. et al., 1970].

Холецистокардиальный синдром. В настоящее время твердо установлена взаимосвязь желчной колики и сердечно-сосудистых расстройств. Здесь необходимо отметить, что первым серьезно обратил на это внимание С. П. Боткин (цит. по Б. П. Кушелевскому и К. Н. Пасынковой, 1963). Одним из первых хирургов, описавших холецистокардиальный синдром Боткина, был R. Babcock (1904). G. Hodge и A. Messer (1948), J. Corbi и соавт. (1970) электрокардиографически выявили отрицательное влияние растяжения желчевыводящих протоков и подтвердили свои эксперименты в клинических наблюдениях. Они также установили, что гипертензия желчного пузыря и желчевыводящих протоков ведет к нарушению кровотока в аорте, правой венечной и общей печеночной артериях. Сходные изменения ЭКГ при тракциях желчного пузыря описали S. Glotzer и J. Varcham (1955). Объяснили они это рефлекторными воздействиями. Аналогичного мнения придерживались Г. С. Герасимов (1955), И. М. Ганджа (1959), И. Б. Гордон (1962) и др. Наоборот, Г. А. Дроверт (1959), наблюдая сосудистые реакции у больных с патологией печени, утверждал, что эти реакции могут привести к глубоким гиперреактивным (спазм) или гипореактивным (ишемия миокарда) изменениям. Л. Я. Губергриц (1963) отмечал, что примерно у 12 % больных с холециститом наблюдаются боли в области сердца. И хотя он считал, что в подавляющем большинстве изменения в сердечной мышце, регистрируемые на ЭКГ, носят функциональный характер, все же при определенных условиях не исключены морфологические изменения в сердечной мышце.

Наши наблюдения показали, что боли в области сердца при остром холецистите могут зависеть от нескольких причин.

1. Иррадиация болей в левое подреберье и область сердца (чаще при холецистопанкреатите).

2. Рефлекторная стенокардия, сопровождающая приступ холецистита и исчезающая нередко с прекращением приступов или удалением пузыря.

3. Сопутствующая стенокардия, возникающая без связи с холециститом.

Не всегда удается четко дифференцировать холецистит и заболевание сердца, так как иногда на ЭКГ у пожилого больного с острым холециститом определяются выраженные нарушения питания сердечной мышцы.

Необходимо особо подчеркнуть, что при тяжелых формах острого холецистита могут быть и тяжелые поражения сердечной мышцы вплоть до инфаркта. Тем не менее не может быть и речи об отказе от операции при наличии абсолютных показаний (перитонит, гангрена).

Показания к операции при остром холецистите и сопутствующей коронарной недостаточности следует ставить на основании изменений в желчных путях.

Если показания к экстренной или срочной операции явные, а стенокардия нерезко выражена или боли в области сердца зависят от иррадиации (холецистопанкреатит), то тактика хирурга ясна: следует оперировать, поскольку есть прямая угроза для жизни. При приступе средней тяжести и нерезко выраженной стенокардии при эффективной новокаиновой блокаде операцию следует отложить и произвести отсроченную операцию, предварительно подготовив больного. Гораздо сложнее решение вопроса при маскированном холецистите и явной коронарной недостаточности с явлениями нарушения питания сердечной мышцы.

Наши наблюдения показывают: тяжелые изменения в сердце, сопутствующие острому холециститу и возникающие на фоне острого воспаления желчных путей, чаще всего свидетельствуют о крайне тяжелом холецистите с камнями в желчных протоках и нагноением. Все эти больные — пожилые люди в возрасте от 60 до 70 лет и старше; операция у них, конечно, тяжела и опасна, но является единственным шансом на спасение.

В настоящее время для нас ясно, что экстренная и срочная операция у подобных больных в 1-е сутки после начала приступа является методом выбора, ибо даль-

нейшее продолжение консервативной терапии с целью снять приступ холецистита или стенокардии или оба вместе ведет только к ухудшению состояния больного, и тяжелые изменения в сердце являются не противопоказанием к операции, но должны побуждать хирурга на более срочную операцию.

Сложным является положение, когда острый холецистит маскируется выраженной стенокардией. Причем при ретроспективном рассмотрении симптомов (после установления диагноза) невозможно понять как, по какой причине не был распознан холецистит.

Больной К-, 49 лет. Доставлен в терапевтическое отделение 26.04.60 г. через 3 нед после очередного приступа с жалобами на боли в области сердца и обеих подлопаточных областях, больше слева. Ноющие боли в области сердца беспокоят больного с июля 1955 г., когда внезапно возникли резкие боли, и с диагнозом инфаркта миокарда больной был госпитализирован. В сентябре 1957 г. вновь госпитализирован по поводу нового инфаркта миокарда.

Последний приступ начался 03.04. Вновь появились боли за грудиной, в области сердца, с иррадиацией в левую руку и лопатку. Валидол болей не снял; они утихли только после инъекции пантопона. Для уменьшения болей в течение 3 нед неоднократно производились инъекции наркотиков. Анализ крови без патологических изменений. ЭКГ от 26.04: сквозной переднеперегородочный инфаркт миокарда без нарушения гемодинамики. При пальпации живота болезненность в правом подреберье; остальные отделы не напряжены, безболезненны. На основании клинической картины и данных электрокардиографического исследования диагностирован инфаркт миокарда.

29.06 через 3 мес от начала заболевания возник приступ резких болей в правом подреберье и эпигастральной области. Клиническая картина острого холецистита расценена врачами как «абдоминальная форма инфаркта». Диагноз как будто подтверждало дальнейшее течение болезни. На следующий день картина острой сердечной недостаточности (тахикардия, одышка, застой в легких). На ЭКГ от 29.07: ухудшение в зоне $У_3$ и V_4 , где отмечено исчезновение отрицательных T_{U_3} и T_{V_4} . Больной осмотрен хирургом. Заключение: данных за «острый живот» нет. 05.08 развился новый приступ и на этот раз с типичной картиной холецистита. Однако хирург не распознал его. Такой же приступ повторился 07.08.

Впервые мысль о холецистите возникла у консультанта-терапевта 04.09, т. е. чере 5 мес. 10.10 возник тяжелый приступ при типичной картине острого холецистита и явной иктеричности склер. На ЭКГ от 11.10 вновь отмечены ишемические нарушения. Холецистит был расценен как сопутствующее заболевание.

12.10 больной осмотрен консилиумом врачей. Диагноз: рецидивирующий калькулезный холецистит с желтухой на фоне коронарной (хронической) недостаточности с частыми обострениями и ишемией миокарда. При осмотре состояние тяжелое. По мнению консилиума, имеется некоторое стихание явлений. Операция не предложена в связи с тяжелым состоянием больного. Однако в дальнейшем многократные приступы показали, что оперативного вмешательства избежать не удастся.

02.12 произведена операция под эфирно-кислородным эндотрахеальным наркозом с управляемым дыханием. В брюшной полости выпота нет. В правом подпеченочном пространстве определялся инфильтрат. После отделения сальника и припаянных к печени поперечной ободочной и двенадцатиперстной кишки обнаружен «пенетрирующий» желчный пузырь, залегающий в толще печени. Пузырь сморщен, склерозирован, шейка отсутствует. Печень увеличена, плотна, серозеленого цвета, с массой подкапсулярных пятен: край острый, много рубцов под капсулой. Общий желчный проток резко расширен и напряжен, стенка его гиперемирована и утолщена. Печеночно-двенадцатиперстная связка и поджелудочная железа покрыты большим слоем жира.

С большим трудом удален желчный пузырь. Ложе его мало кровоточило. Пузырный проток с трудом выделен из инфильтрата. Произведена холангиография. Все протоки резко расширены. На снимке определялись мелкие камешки, заполняющие проток. Общий желчный проток вскрыт. Удалены мелкие камни, замазкообразная желчь и густой гной. Однако хорошей проходимости зонда после этого не было. Наложен холедоходуоденоанастомоз. Оставлены дренаж и тампон.

Макропрепарат: желчный пузырь размером 5х2х2 см. Стенка резко утолщена, полностью склерозирована, просвета нет, так как весь пузырь выполнен камнями (белесые, смешанные), замазкообразной желчью и гноем. Слизистая оболочка отсутствует.

Послеоперационный период без осложнений. Через 31 день больной выписан. Всего в больнице провел 241 день. На протяжении последующих 5 лет изредка ощущает боли в сердце. Лекарств не принимает. Ни разу не имел листка нетрудоспособности. Работает по специальности (инженер гидрометеослужбы). На ЭКГ: стойкие рубцовые изменения сердечной мышцы, но клинически стенокардия не проявляется.

Приведенная история болезни поучительна во многих отношениях. Во-первых, трудностью диагностики. Однако при ретроспективном рассмотрении ясно, что если бы лечащие врачи предположили возможность сочетанного поражения, то верный диагноз был бы установлен в начале заболевания. Данные ЭКГ действовали гипнотически, даже на очень опытных врачей. Лишь повторные явные приступы острого холецистита с желтухой вынудили переклочить внимание на патологию печени.

Во-вторых, тяжелый осложненный холецистит сочетался с серией инфарктов миокарда. Наличие последних не подлежит сомнению. Каждый приступ холецистита сопровождался резким приступом коронарной недостаточности. При этих условиях трудно было поверить, что источником всей патологии является желчный пузырь.

В-третьих, тяжелую операцию больной со значительными и множественными ишемическими изменениями в сердце перенес хорошо. Нам кажется, что важную роль в этом сыграло отлично проведенное обезболивание. В дальнейшем практически исчезла стенокардия, что

является абсолютным доказательством и вторичного происхождения ее, и правильности выбранного в конце концов метода лечения.

Анализ наших данных о хирургическом лечении больных с холециститом и сопутствующим холецистокардиальным синдромом Боткина показывает следующее.

1. Холецистокардиальный (коронарный) синдром

Боткина встречается нередко, но истинная стенокардия с расстройством коронарного кровообращения имеет место только при очень тяжелых изменениях в желчных путях, связанных в основном с ущемлением камня (обтурация пузырного или общего желчного протока).

2. Несмотря на тяжелые изменения в сердце и желчных путях, больные удовлетворительно переносят хирургическое вмешательство, если оно приводит к восстановлению проходимости желчных путей.

3. Большой опасностью при операциях у этих больных является недостаточное обезболивание.

Именно у больных с сердечной патологией при выполнении серьезной операции обезболивание должно быть совершенным.

4. Показания к операции у больных с холецистокардиальным синдромом еще настоятельнее, чем у других

больных с желчнокаменной болезнью.

Промедление с

операцией во имя снятия «кардиального» синдрома приводит к необратимым изменениям как в системе желчных путей, так и в сердце.

Гипертоническая болезнь у больных молодого возраста встречается редко; ее частота (около 18%) как сопутствующего заболевания при остром холецистите зависит от удельного веса старших возрастных групп. Однако существенного влияния на показания к операции и их исходы она не оказывает, и предпринимать какие-либо лечебные мероприятия в плане подготовки не требуется. Исключения составляют те редкие случаи, когда больные поступают в состоянии гипертонического криза. Тогда в процессе подготовки к операции необходимо провести стандартные действия (инъекции дибазола, сульфата магния и др.), которые не только снимают криз, но помогают дифференциальной диагностике. Дело в том, что сильные головные боли, рвоты при кризе на фоне острого холецистита создают впечатление очень тяжелого поражения желчных путей, но после стихания гипертонического криза симптомы острого холецистита как бы «обнажаются», и вырисовываются яснее в меру своей остроты и тяжести.

У подавляющего большинства больных после экстренной операции под общей анестезией артериальное давление немного или весьма значительно снижается, но практически никогда не возрастает.

Многочисленные экстренные и срочные операции убеждают в том, что только гипертоническая болезнь тяжелой степени может оказать отрицательное влияние на точность диагностики и объем операции и потребовать дооперационной коррекции. Противопоказанием к экстренной операции гипертоническая болезнь не является.

Хронические заболевания легких. Если учитывать все случаи (и всех степеней) хронической пневмонии, эмфиземы легких, пневмосклероза, бронхиальной астмы, туберкулеза легких, то частота этих сопутствующих поражений, по нашим данным, составляет от 1 до 55 % в разных возрастных группах. Эти заболевания особенно должны учитывать анестезиологи при выборе вида анестезии, ведения самого наркоза и операции и корригирующего лечения в послеоперационном периоде.

На решение вопроса об экстренной и срочной операции они также не оказывают существенного влияния. Только при тяжелых легочных заболеваниях, сопровождающихся сердечной недостаточностью (частота их среди больных старше 60 лет составляет 0,2%), возникает вопрос о применении неингаляционного наркоза (периуральной анестезии) или местной анестезии для выполнения паллиативной операции.

Что касается бронхиальной астмы, то при ней мы считаем показанным эндотрахеальный наркоз с релаксантами и не только как вспомогательное средство операции, но и как лечебное воздействие на «патогенетический субстрат» болезни (санация бронхиального дерева), которое вне зависимости от объема операции приводит к более или менее длительной ремиссии.

Таким образом, большинство сопутствующих легочных заболеваний не требует предоперационного лечения и не является противопоказанием к экстренной и срочной операции.

Диабет. В последние 15—20 лет среди сопутствующих заболеваний диабет встречается чаще, до 5 %, по нашим наблюдениям. У нас нет достоверных данных о том, что диабет ухудшает течение острого холецистита. Более того, имеются данные, свидетельствующие о том, что операционный риск у больных диабетом мало отличается от операционного риска у больных, не отяго-

щенных диабетом. Так А. Нjortrup и соавт. (1985) сравнивают две группы, включающие по 224 больных (первую группу составляют больные с диабетом, вторую — без него), оперированных по поводу окклюзии сосудов, переломов бедра, абдоминальной патологии (в том числе и по поводу острого холецистита). Больные обеих групп равны по возрасту, полу, массе тела и виду операции. Средняя продолжительность диабета — 8,5 лет.

В первой группе умерли 5 человек, во второй — 6. Количество и характер осложнений в группах не отличались. Авторы пришли к выводу, что наличие диабета и даже уровень гликемии до и после операции не оказывают влияние на исходы и количество осложнений. Это одна из немногих работ, авторы которой серьезно и долго и в сравнимых группах изучали вопрос о хирургическом риске при диабете. В то же время не вызывает сомнения факт, что во время приступа острого холецистита течение диабета заметно ухудшается вплоть до декомпенсации. На диабет влияние оказывает интоксикация, нарушение функции печени, нарушение энтерального питания. Кроме того, имеет значение способ лечения до появления острого приступа. Как правило, больных пожилого возраста с диабетом лечат с помощью перорального приема противодиабетических средств или пролонгированных препаратов инсулина, действие которых при умеренной степени диабета вполне достаточно для компенсации углеводного обмена. Однако в стрессовой ситуации эти препараты не «срабатывают». При остром приступе в связи с сильным стрессом и отсутствием перорального питания колебания уровня глюкозы в крови могут быть быстрыми и резкими. Вот почему самыми важными моментами консервативного лечения являются как можно более быстрая диагностика диабета (в особенности в тех случаях, когда он ранее диагностирован не был) и переход на инъекции простого инсулина в соответствии с потреблением углеводов. Вместе с анализом крови на лейкоцитоз исследуют уровень сахара крови, а также удельный вес и сахар мочи. Как известно, расчеты производят таким образом, что на потребление 4 г углеводов вводят 1 ЕД инсулина. Во время острого приступа ориентир следует держать не на схему, а на истинную гликемию, подбирая дозу простого инсулина в соответствии с уровнем сахара.

Во избежание диабетической комы даже экстренную операцию не следует начинать до коррекции гликемии.

Отсрочка операции на несколько часов менее опасна, чем выраженная гипергликемия или, наоборот, гипогликемия. Вместе с тем нецелесообразно доводить уровень глюкозы в крови до нормальных цифр, лучше держать его на уровне, в 1,5 раза (или около того) превышающим норму, для того чтобы избежать гипогликемии. Для более качественного контроля желательно повторять анализы крови через каждые 3 ч, держать больного в реанимационном отделении под постоянным наблюдением реаниматологов. Следует также иметь в виду, что оперативное вмешательство на высоте приступа должно быть коротким по времени, чтобы не получить во время самой операции декомпенсации диабета. Для этого поручать операцию следует наиболее опытной, а лучше специализированной хирургической бригаде.

Вместе с тем не нужно упрощать ситуацию и автоматически при наличии диабета как сопутствующего заболевания выполнять экстренную или срочную операцию в виде превентивной или паллиативной. Нужно помнить, что при повторной операции вновь возникает та же проблема коррекции диабета. В связи с этим следует стремиться в пределах разумного риска и с помощью высококвалифицированной хирургической бригады к радикальной операции.

ГЛАВА V ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА ВЫСОТЕ ПРИСТУПА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ. ТЕРМИНОЛОГИЯ

Прошло более 100 лет с тех пор как С. Langenbich выполнил первую холецистэктомию. С начала XX века эта операция является нормальным и адекватным вмешательством при желчнокаменной болезни. Вместе с расширением представлений о патологии желчных путей, предложением ряда операций, уточнением показаний к ним появилось большое количество дополнительных терминов. Одни термины позволяли уточнить характер, другие — время, третьи — объем операции.

К сожалению, в последующие годы отдельные хирурги уже устоявшимся терминам придавали новое значение, другие — без ревизии новых значений пользовались ими как узаконенными; и порой становилось трудно разобратся что именно обозначает тот или иной термин.

В основном путаница в терминологии относится к определению времени производства операции по отношению к началу заболевания и к острому приступу.

«Ранняя» операция. Первоначальный смысл этого термина в конце XIX и начале XX века определяли В. Riedel и W. Mayo, которые вкладывали в это понятие операцию на высоте приступа вне зависимости от времени, прошедшего с начала приступа и с начала заболевания. Позднее С. П. Федоров (1918), W. Korte (1928) этим термином обозначали операцию в начале заболевания, до развития выраженных морфологических изменений. В 1923 г. G. Hotz на конгрессе немецких хирургов привел большую статистику, в которой показал, что операция на высоте приступа значительно опаснее операции в интервале. С тех пор почти в течение 30 лет этот термин был непопулярен. Лишь в 1950—1956 гг. он вновь возник в статьях Б. А. Петрова и в его докладе на VI пленуме правления Всесоюзного общества хирургов в ноябре 1956 г. в Ленинграде. Однако Б. А. Петров «ранней» назвал не операцию на высоте приступа или в начале заболевания, а операцию в интервале, производимую после стихания острых явлений. Именно в этом смысле термин «ранняя» операция применялся в публикациях 60—80-х годов.

Таким образом, **термин «ранняя» операция**, имея три различных толкования, дискредитирован. Редакция журнала «Хирургия» в № 2 за 1987 г. сделала попытку вернуть термину первоначальное значение, относя к «ранним» все виды операций на высоте приступа, за исключением экстренных, производимых по жизненным показаниям. Это вполне соответствует терминологии англоязычных авторов, которые под термином «ранняя» операция (early-operation) понимают вмешательство на высоте приступа в первые 2—3 дня после поступления [Glenn F., 1977; Bhaumik N. et al., 1982; Kinoshita H. et al., 1983, и др.]. Нам представляется правильным выделение экстренных операций по жизненным показаниям, но тогда разрушается семантический строй термина «ранняя» операция.

По всему видно, что в ближайшие годы термин «ранняя» операция уступит более определенному термину, не дискредитированному многозначием. В этом отношении мы считаем целесообразным пользоваться терминами, обозначенными в «Энциклопедическом словаре медицинских терминов» (ЭСМТ).

Экстренная операция. Под этим термином, согласно ЭСМТ, подразумевается такое оперативное вмешательство, которое назначают сразу после поступления больного, например, при прободной язве, остром аппендиците, перитоните любой этиологии, внутреннем кровотечении и др. ЭСМТ не уточняет, какой временной промежуток между назначением и выполнением является предельным — 1, 2, 3 ч или больше. Кроме того, имеется существенная разница в необходимой экстренности, например, при ущемленной грыже и острой кишечной непроходимости, при внутреннем кровотечении в связи с внематочной беременностью и внутренним язвенным желудочным кровотечением; остром аппендиците без перитонита, остром аппендиците с местным перитонитом и остром аппендиците, осложненным распространенным или общим перитонитом. Во всех приведенных случаях операция нужна экстренная, но цена упущенного времени везде разная.

Следовательно, в круг вмешательств, относимых к экстренным, входят как операции, предпринимаемые сразу при поступлении (при прободной язве, внематочной беременности, ущемленной грыже, перитоните любого происхождения и др.), так и вмешательства, производимые через сравнительно небольшой промежуток времени, в течение которого проводят консервативную терапию, необходимое наблюдение или подготовку к операции (при желудочном кровотечении, острой кишечной непроходимости и др.).

При остром холецистите, осложненном перитонитом, операцию назначают немедленно после поступления. Иногда же операцию производят в день поступления (менее 24 ч с момента поступления), т. е. ситуация напоминает аналогичную при острой кишечной непроходимости и желудочно-кишечном кровотечении.

Итак, под экстренной операцией (в соответствии с ЭСМТ) мы понимаем такое вмешательство, которое производят в течение 1-х суток с момента поступления больного с острым холециститом.

Срочную операцию производят в течение 24—48 ч с момента поступления. Разница между экстренной и срочной операцией состоит в том, что экстренную операцию производят при явно плохом (для исхода приступа и возможности консервативного лечения) прогнозе, а срочную операцию — в связи с желанием избежать экстренную или при ошибочно благоприятном прогнозе. У большин-

ства больных процесс развивается не столь стремительно, и, как правило, через 48 ч еще нет необратимых изменений. Но это имеет место в основном тогда, когда прошло не так много времени от начала приступа. По экспериментальным данным О. П. Тарасенко (1971), при однодневном остром холецистите катаральные изменения наблюдались у 52%, а деструктивные — у 48% животных; при трехдневном соответственно 40 и 60 %, а при семидневном — 20 и 80%. Клинические наблюдения подтверждают это положение. Большинство хирургов срок 48—72 ч считают временем принятия правильного решения относительно операции на высоте приступа. Так, Н. Н. Малиновский и соавт. (1982), В. Gardner и соавт. (1973) рассматривают как активную тактику операцию на высоте приступа у больных, поступивших в первые 3 сут заболевания.

Итак, срочная операция отличается от экстренной тем, что хирург вначале думал, что оперировать этого больного не придется и начал лечить его консервативно, полагая оперировать после стихания острых явлений. В процессе выполнения своего плана он видит, что ошибся в прогнозе; лечение не помогает. Понимая, что дальнейшее упорство чревато катастрофой, он решается на операцию.

Какой же срок имеет хирург для всех этих размышлений и мероприятий? После VI пленума Всесоюзного общества хирургов «декретированным» сроком были 72 ч. В настоящее время в связи со значительным улучшением диагностики, значительным снижением опасности операции на высоте приступа (и в то же время преобладающего числа пожилых больных, что диктует необходимость чаще оперировать именно на высоте приступа), разработкой превентивных и этапных щадящих декомпрессионных вмешательств этот порог неэффективной терапии должен быть снижен.

Мы считаем, что срок до 48 ч — самое большое, что может себе позволить современный хирург при затруднениях в прогнозе.

Поэтому операцию в пределах этого срока (в отличие от экстренной, которую предпринимают сразу или через несколько часов после поступления), мы предлагаем называть срочной.

Разумеется, изложенные соображения относительно терминологии и сроков оперативного вмешательства имеют отношение только к острому обтурационному холецис-

титу. При простом остром холецистите таких проблем нет.

В отличие от 50-х годов, когда выведение больного из приступа острого холецистита являлось основной задачей хирурга, а операция считалась чрезмерно опасной, в настоящее время само оперативное вмешательство на высоте приступа перестало быть пугающим мероприятием даже для больных весьма преклонного возраста. Тем не менее большинство операций на высоте приступа, — по данным А. А. Ашрафова (1984), более $\frac{2}{3}$ у пожилых и около $\frac{2}{3}$ у молодых — производят после безуспешной консервативной терапии, т. е. «вынуждено» по «срочным» показаниям.

Если при простом остром холецистите необходимость в экстренной операции отпадает сразу при первичном осмотре, то при остром обтурационном, наоборот, сразу становится очевидной неизбежность операции, о чем следует сообщить больному вполне определенно, без тени колебаний. Другое дело, что при благоприятных условиях, например при снятии приступа с помощью медикаментозной терапии или без нее, операцию можно отложить, перенести на более поздний срок (хорошо это или плохо мы рассмотрим ниже). Речь идет не об отказе от операции, которая больному обязательно показана, а о некоторой ее отсрочке. Такую операцию мы и называем **отсроченной**. Этот термин вполне согласуется с общим семантическим строем предыдущих терминов, а также с соответствующей общехирургической терминологией (например, «отсроченный» шов).

Таким образом, относительно оперативного лечения острого холецистита наиболее целесообразно применение следующих терминов: экстренная операция, срочная операция, отсроченная операция. Термин «вынужденная» операция, предложенный Б. А. Петровым (1957), не имеет четкого обоснования, но его иногда приходится применять для объяснения конкретной ситуации.

Число вариантов операций на желчных путях еще 25—30 лет назад было довольно ограниченным, но в настоящее время, особенно с внедрением декомпрессионных вмешательств, число их резко увеличилось, что требует определенной упорядоченности в их обозначениях.

Радикальные операции — ясный термин, обозначающий удаление патологического субстрата или восстановление утраченных функций. По отношению к заболева-

ниями желчных путей речь идет о холецистэктомии с необходимыми по показаниям дополнениями. На наш взгляд, следует различать два вида радикальных операций при остром холецистите.

1. Холецистэктомия, т. е. удаление желчного пузыря различными техническими вариантами (от шейки, от дна, субсерозно, без холангиографии, с холангиографией, без дренажа пузырного протока, с дренажем пузырного протока, мукоклаз по Прибраму).

2. Расширенная холецистэктомия — удаление желчного пузыря с ревизией желчевыводящих протоков и дополнениями (холедохотомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия, холецистохоледохоеюностомия, пиллосфинктеротомия и пластика, первичный шов после холедохотомии, первичный шов после повреждения протока, наружное дренирование через холедохотомическое отверстие).

В 40-е и 50-е годы, когда решался вопрос об операции, в том числе экстренной или срочной, то в подавляющем большинстве случаев имелось в виду производство именно радикальной операции. Сдержанность некоторых хирургов или даже отрицательное отношение к операциям на высоте приступа имело причиной боязнь операционного риска, вследствие, как казалось, обязательного выполнения именно радикальной операции.

Разработка теории желчной гипертензии в 60-е годы и внедрение в практику хирургических клиник декомпрессионных вмешательств способствовало расширению показаний к хирургическому лечению острого холецистита, в том числе и на высоте приступа. Декомпрессионные вмешательства, имея общей целью снятие гипертензии, различают по объему, задачам и технике выполнения.

Современный хирург обладает большим выбором хирургических вмешательств: от радикальных, которыми он пользуется в подавляющем большинстве случаев, до малотравматичных щадящих декомпрессионных операций, которые применяют в особо тяжелых случаях.

Щадящие (декомпрессионные) вмешательства. Возможность с помощью пункции желчного пузыря через брюшную стенку или небольшого разреза ее под местной анестезией снять желчную гипертензию, как правило, избавляет хирурга от опасностей «наблюдения», «пробного лечения» и сложных гамлетовских размышлений у постели пожилого больного с «вызревающим» деструктивным холециститом. Если еще в 1973 г., когда вышла

наша монография «Холецистостомия при остром холецистите», скептическое отношение к ней хирургов полностью оправдывало изречение Ross, что холецистостомия является «пасынком» в семье хирургических операций, то сейчас после работ И. Д. Прудкова (1974), Ю. Е. Березова (1977), Г. И. Лукомского (1980), В. М. Буянова (1980), В. С. Савельева и соавт. (1981), Ю. М. Дедерера (1983), Г. И. Жидовинова (1987) и др. холецистостомия стала в определенных ситуациях обычным хирургическим вмешательством.

Это становится особенно важным в свете данных последнего десятилетия об увеличении числа острых холециститов вообще, у больных пожилого и старческого возраста в частности, что приводит к более частым операциям на высоте приступа, в том числе щадящим. По данным Б. Д. Савчука (1982), удельный вес острого холецистита в 1973—1977 гг. составлял 34,8% от всех острых заболеваний органов брюшной полости, а в 1978—1982 гг. — 43,3%! Деструктивных холециститов соответственно 12,7 и 19,2%! По его же данным, экстренно оперировано в первый период 16,3 %, а во второй — 23,8 % от числа поступивших с острым холециститом.

Б. Д. Савчук убежден в необходимости различать желчную колику и «холецистит с пальпируемым желчным пузырем». Его расчеты и проценты относятся ко всем 968 больным, поступившим с острым холециститом в период с 1973 по 1982 г. Если же число экстренных операций отнести только к «холециститу с пальпируемым желчным пузырем», то, естественно, их процент значительно возрастает. Тезис о показаниях к операции при остром холецистите можно сформулировать следующим образом: все виды острого холецистита, сопровождающиеся закупоркой любого протока на любом уровне, подлежат хирургическому лечению во время приступа или вскоре после него.

Вопрос заключается не в определении, кого из числа больных с острым обтурационным холециститом нужно оперировать. Оперировать нужно всех! Вопрос заключается в том, кого из больных с этой патологией можно не оперировать или нельзя оперировать экстренно и срочно. В этом отношении большое значение имеет прогнозирование течения приступа острого холецистита, особенно первого приступа острого обтурационного холецистита.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ПРИСТУПА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

В процессе лечения острого приступа холецистита роль хирурга заключается не только в проведении различных мероприятий диагностического и лечебного характера, но и в постоянном наблюдении за течением приступа. При остром простом холецистите приступ всегда завершается благоприятно (за исключением, конечно, тех случаев, когда этот приступ переходит в приступ острого обтурационного холецистита).

В последнем случае хирург обязан предугадать направление развития патологического процесса и выполнить операцию до появления необратимых изменений.

Возможные варианты течения приступа острого обтурационного холецистита

Восстановление первоначального статуса. Это наблюдается в 40—45 % случаев. Благоприятный прогноз консервативного лечения находится в связи с рядом факторов: 1) интенсивное лечение, начатое вскоре после начала приступа, нередко дает положительный эффект; 2) первый приступ лучше поддается лечению, чем рецидивирующие; 3) молодой возраст также является благоприятным признаком для успешного консервативного лечения приступа острого обтурационного холецистита; 4) постепенное усиление, а не внезапный, резкий с самого начала тяжелый приступ, также является условно-благоприятным фактором.

Таким образом, с точки зрения прогноза течения данного приступа острого обтурационного холецистита наилучшими шансами обладает сравнительно молодой больной, поступивший в самом начале с первым приступом. Наиболее вероятным исходом такого приступа является успешное его купирование с помощью интенсивной консервативной терапии.

Дальнейшее развитие патологического процесса с риском появления осложнений присуще большинству больных с острым обтурационным холециститом, причем чем больной старше, чем больше времени прошло от начала приступа, тем меньше шансов на успех консервативного лечения. У этих больных процесс стихания приступа непредсказуем, и откладывание операции очень рискованно. Поэтому у больных пожилого и старческого

возраста вне зависимости от количества перенесенных ранее приступов консервативная терапия должна быть ограничена во времени. Именно непредсказуемость, невозможность более или менее точного прогноза развития тяжелого приступа у пожилого больного заставляет чаще прибегать к операциям на высоте приступа, которые в современной хирургической литературе не приобрели еще однозначной терминологии.

Прогнозирование течения первого приступа острого обтурационного холецистита

Первый приступ может быть истинно началом болезни или ему может предшествовать небольшая клиническая симптоматика, и тогда первый приступ началом болезни не является. Изучая тщательно этот вопрос, В. А. Гольбрайх (1986) установил, что у 93,4% больных первые клинические признаки болезни обозначались именно данным приступом. В то же время 59,3 % больных с первичным острым обтурационным холециститом удалось вывести из приступа и предложить им плановую операцию. В этом главная специфика первичного острого обтурационного холецистита и его отличие от рецидивирующего.

Каковы основные клинические параметры у больных с острым обтурационным холециститом, когда прогноз завершения первого приступа вполне благоприятный?

Субъективные симптомы. 1. Боли имеют самостоятельную тенденцию к некоторому (пусть незначительному) ослаблению.

2. Отсутствие рвоты или однократная рвота желчью.
3. Отсутствие озноба.

4. Продолжительность сильных болей не превышает 12 ч.

Объективные симптомы. 1. Температура тела в пределах $37,5 \pm 0,3^\circ\text{C}$

2. Тахикардия отсутствует.
3. Язык обложен, но не сухой.
4. Живот мягкий и безболезненный во всех отделах, за исключением правого подреберья.
5. Напряжение брюшной стенки в правом подреберье незначительное или отсутствует.
6. Желчный пузырь умеренно болезненный, пальпируется четко.
7. Лейкоцитоз крови не превышает $12 \cdot 10^9/\text{л}$.

8. Остаточный азот крови не повышен.
9. Желчные пигменты в моче — реакция отрицательная.

10. Явная тенденция к улучшению в течение 4—6 ч при пробном консервативном лечении.

При наличии перечисленных параметров консервативное лечение, проведенное своевременно и в достаточно полном объеме, как правило, достигает успеха; больного можно дополнительно обследовать и оперировать через 7—10 дней. В этих случаях наша установка не отличается от общепринятой по отношению ко всем острым холециститам без дифференцирования.

Вопрос об экстренной операции возникает при повторяющихся уже в стационаре приступах или при многочасовой обтурации пузырного протока, когда «вызревает» флегмонозный или гангренозный холецистит. Удаление такого пузыря, содержащего к тому же один или несколько камней, принесет больному огромную пользу в виде избавления от возможных опасных для жизни осложнений, последующих приступов, длительных периодов стационарного лечения. Образно говоря, существует реальная «опасность» благополучного исхода первого приступа: закладывается «фундамент» «больного-хроника», который на собственном опыте познает возможность благополучного исхода приступа, и в дальнейшем убежденно отказывается от операции до тех пор, пока не возникнут тяжелые осложнения. Отказы от операций случаются тем чаще, чем реже в данном учреждении производят экстренные и срочные операции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА НА ВЫСОТЕ ПРИСТУПА ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Большинством хирургов благосклонно и с удовлетворением был встречен доклад G. Hotz на конгрессе германских хирургов в 1923 г. В своем весьма аргументированном докладе он на сборном материале более чем в 12 000 операций показал, что результаты экстренных вмешательств по меньшей мере в 2 раза хуже, чем операции в интервале. После этого в мировой хирургической практике, в том числе и в нашей стране, концепция преимущества плановой операции стала определяющей. В то же время в 1956 г. на VI пленуме правления Все-союзного общества хирургов наряду с основополагающим положением Б. А. Петрова о преимуществе «ранней»

операции, т. е. операции после стихания острых явлений, убедительно прозвучали доклады Г. Г. Караванова, В. И. Стручкова, С. А. Масумова и др. о хороших результатах операций на высоте приступа.

В последующее десятилетие появилось много публикаций в периодической печати с пропагандой активной тактики [Ермакова В. А., 1958; Климов В. Н., 1958; Королев Б. А., Пиковский Д. Л., 1960; Мороз Н. А., 1960, и др.]. Большая конференция по острому холециститу в декабре 1964 г. в Ленинграде, конференция в 1966 г. в Саратове и Балакове приняли резолюции о необходимости более активной тактики на высоте приступа острого холецистита.

Дальнейшим этапом развития хирургии желчных путей явилась Всероссийская конференция 1968 г. в Калининграде. На этой конференции в резком контрасте с 1956 г. и большинством последующих публикаций прозвучал доклад Б. А. Петрова, Э. И. Гальперина и К. А. Ивановой из МНИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, в котором были подвергнуты ревизии положения VI пленума. Оказалось, что по результатам экстренные операции не оправдали возлагавшихся на них надежд. Кроме высокой летальности, появились явные признаки нарастающего количества послеоперационных осложнений, требующих повторных операций. Что же произошло? Каковы причины этого положения?

При всем том, что решения VI пленума сыграли заметную роль в улучшении оказания помощи больным с острым холециститом (госпитализация только в хирургические отделения, необходимость экстренной и срочной операции при неэффективной 3-суточной терапии, ценные рекомендации по дооперационной подготовке и операционной диагностике, анестезии, технике операции и послеоперационному периоду), два момента, на наш взгляд, сыграли отрицательную роль: 1) декретированное VI пленумом 3-суточное наблюдение с целью выведения больного из приступа; 2) априорная убежденность в преимуществе операции в интервале перед операцией на высоте приступа.

Время наблюдения в хирургическом стационаре. Пресловутые 72 ч наблюдения, в течение которых рекомендовалось принять решение о необходимости экстренной операции, нередко оборачивались против больного. Иногда при сомнительных показаниях или сомнительном прогнозе операции хирург «дотягивал» больного без опера-

ции до 72 ч, но не так уж редко операция оказывалась запоздалой.

Предпочтительна ли отсроченная операция? Выше уже было отмечено, что нельзя сравнивать группы экстренно оперированных и благополучно перенесших приступ. Это разные контингенты, и отличаются они не только по тяжести приступа, но и по возрасту, продолжительности приступа и самого заболевания. Сравнивая эти группы (больные первой группы оперированы в пределах 48 ч от первых симптомов, второй — позже), В. Gardner и соавт. (1973) приводят следующие данные: все больные подвергались единой консервативной терапии (зонд, инфузионная терапия, антихолинэргетики, отдельным больным — антибиотики и др.). Летальность в первой группе — 13% (из 84 умерли 11), во второй группе — 7% (из 172 умерли 12); среди умерших в первой группе возраст старше 69 лет имели 89%, во второй — 50%. Среди лиц моложе 69 лет в первой группе летальность составила 3,6%, а во второй — 2,3%. Желтуха в первой группе отмечена у 31% больных, во второй — у 36%, среди умерших в первой группе — у 36%, а во второй — у 58%. Средняя продолжительность госпитализации в первой группе составила 11,7, во второй — 23,8 дня. Послеоперационные осложнения в первой группе отмечены у 6% больных, во второй — у 15%. В первой группе перфорацию желчного пузыря или гангрену имели 21 (25%) больных, во второй аналогичное осложнение обнаружено у 7 больных (4%).

Из интересной работы В. Gardner и соавт. (1973) можно сделать вывод, что клиническое купирование приступа и ограничение очага инфекции (погружение деструктивно-измененного желчного пузыря в инфильтрат) симулирует благополучие. По мнению этих авторов, «ранние» (экстренные и срочные) операции должны быть рекомендованы, поскольку они эффективные, дают меньше осложнений и в 2 раза меньший койко-день. К тому же эти авторы напоминают, что в очень тяжелых случаях можно прибегать к холецистостомии.

Многие хирурги в разные годы и в разных аспектах проводили исследование желчи, взятой из деструктивно-измененных желчных пузырей. А. Schmauss (1978) показал, что при закупорке пузырного протока усиливается воздействие фосфолипазы А и образуется мембранотоксичный лизолецитин, который приводит к некрозу пузыря через несколько часов. По мере нарастания давления

увеличивается токсичность этих веществ. В начале первичного деструктивного холецистита инфекция в желчи отсутствует, она присоединяется в дальнейшем по мере развития деструктивного процесса. А. Schmauss считает, что экстренная операция может решить большинство проблем в короткое время. «Консервативная терапия деструктивного холецистита — опасная игра» — заключает он в конце своей интересной статьи.

Э. И. Гальперин и Ю. М. Дедерер (1987) отмечают, что купирование приступа практически всегда может быть достигнуто декомпрессией пузыря. В настоящее время это можно считать доказанным благодаря работам Ю. Е. Березова и соавт. (1977), Ю. М. Дедерера и соавт. (1977, 1983), Г. И. Лукомского и соавт. (1980), В. М. Буянова (1984, 1985), С. А. Касумьяна (1986), Г. И. Жидовинова (1987), Постолюк П. М. и соавт. (1989) и др. На заседании общества хирургов Москвы 06.03.86 г. прозвучало единодушное мнение московских хирургов о том, что декомпрессия желчного пузыря, выполненная с помощью разреза или пункции, полностью разрешает приступ, и это совершенно не зависит от характера микробной флоры. Следует только декомпрессию произвести до развития омертвления всех слоев стенки желчного пузыря. С. А. Касумьян (1986), Г. И. Жидовинов (1987) показали, что тот же абсолютный эффект получается при механической желтухе. Сегодня мы можем с удовлетворением констатировать, что выдвинутая нами в 1960 г. концепция острого обтурационного холецистита получила практическое подтверждение.

«

Факторы, влияющие на выбор времени оперативного вмешательства, и показания к операции

.*

Известно, что **пожилой возраст и сопутствующие заболевания** увеличивают риск операции. В связи с этим они безусловно являются помехой при определении показаний к экстренной и срочной операции. Практически все или почти все опасения хирурга как раз и относятся к больным пожилого возраста, отягощенным также сопутствующими заболеваниями. По нашему мнению, это вопрос центральный.

Как уже отмечалось, наиболее частыми серьезными сопутствующими заболеваниями являются атеросклероз с его вариантами и диабет. При остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста в полной мере

проявляет себя «синдром взаимного отягощения», когда в результате острого приступа и последующей интоксикации наступает декомпенсация сопутствующих заболеваний, и, наоборот, декомпенсация сопутствующего заболевания приводит больного к неоперабельному состоянию. Эти рассуждения вполне логичны, когда речь идет о радикальной операции. Но, имея в арсенале варианты хирургической декомпрессии, мы можем разорвать порочный круг. Своевременный обрыв процесса в желчном пузыре непременно приведет к улучшению общего состояния и создаст наиболее благоприятные условия для лечения сопутствующего заболевания. Многие хирурги считают, что сопутствующие заболевания не являются противопоказанием к операции, а, наоборот, диктуют экстренное вмешательство, опять-таки имея в виду хирургическую декомпрессию, как один из вариантов в ситуации высокого хирургического риска. В этом отношении уместно процитировать Э. И. Гальперина и Ю. М. Дедерера (1987), когда они пишут о сопутствующем диабете. «Значительно более сложная ситуация возникает в тех случаях, когда сахарный диабет сочетается с... острым холециститом, при котором может потребоваться экстренное хирургическое вмешательство, так как деструктивный процесс ...у больных диабетом при остром холецистите развивается особенно быстро. В связи с этим многие авторы считают, что диабет при остром холецистите является не противопоказанием, а показанием к срочному хирургическому вмешательству».

Таким образом, рассматривая вопрос о возрасте и сопутствующих заболеваниях с точки зрения показаний к экстренной и срочной операции в свете современного развития хирургии желчных путей, мы приходим к выводу, который резко отличается от существовавших ранее представлений: ни возраст, ни сопутствующие заболевания не являются противопоказаниями для экстренной и срочной операции; наоборот, если имеется острый обтурационный холецистит, даже в том случае, если приступ является первым, пожилой или старческий возраст служит дополнительным показанием к «ранней» (экстренной или срочной) операции.

По понятным причинам такая установка в той же или еще большей степени относится к рецидивирующему острому обтурационному холециститу, когда имеется тот или другой продолжительности анамнез заболевания. Иначе говоря, **острый обтурационный холецистит есть**

прямое показание к экстренной и срочной операции. Отсроченная операция показана только в том случае, если приступ имеет явную, неоспоримую тенденцию к стиханию, если точно установлено, что произошла дезобтурация пузырного протока, и состояние больного возвращается к исходному уровню.

Вопрос об абсолютных показаниях к экстренной операции особых разногласий не вызывает. Все хирурги сходятся во мнении, что наличие перитонита во всех его видах является безусловным показанием к экстренной операции. Однако, по нашему мнению, показания к экстренной операции не ограничиваются наличием симптомов перитонита. Показанием к экстренной операции служат и другие ситуации.

Затянувшийся на срок до 48 ч приступ острого обтурационного холецистита. К сожалению, доставка больных с острым холециститом позже 24 ч превышает 50 %, а в больницах районного звена доставка больных позже 1-х суток болезни превышает 60 % [Рогачева Г. Н., 1977, и др.]. В этих случаях хирург должен принимать решение на основе уже реализованной ситуации: если приступ не имеет тенденции к стиханию в течение 2 сут, то какие основания у хирурга рассчитывать на то, что плотно ущемленный в шейке камень сдвинется в ту или иную сторону и наступит декомпрессия? Вероятность ухудшения состояния в таких случаях равна вероятности стихания приступа: еще не наступила декомпенсация основного и сопутствующих заболеваний — эти обстоятельства позволяют рассчитывать на возможность выполнения сразу радикальной операции. Экстренная операция, предпринятая сразу после поступления больного (в пределах 2 сут от начала приступа), в подавляющем большинстве случаев возможна в радикальном варианте, и более чем у 90 % больных может быть ограничена холецистэктомией без вмешательства на протоках.

Затянувшийся на срок более 48 ч приступ острого обтурационного холецистита чреват большим разнообразием осложнений (панкреатит, холангит, инфильтрат, печеночная недостаточность, декомпенсация сопутствующих заболеваний), и эти состояния в полной мере можно назвать «нестандартными ситуациями» [Гальперин Э. И., Дедерер Ю. М., 1987]. Именно с этих позиций мы попытаемся представить ориентиры для назначения экстренной операции у больных, поступивших более чем через 2 сут от начала приступа.

1. Приступ продолжается более 48 ч у больного любого возраста, не страдающего сопутствующими заболеваниями, нет перитонита, нет желтухи, нет панкреатита. Такого больного нужно оперировать экстренно и по радикальной программе, ибо дальнейшая «опасная игра» в консервативную терапию чревата непредсказуемыми осложнениями.

2. Приступ продолжается более 48 ч у больного моложе 70 лет, без сопутствующих заболеваний, имеется нечетко очерченный инфильтрат, небольшая желтуха, интоксикация. Экстренная операция с радикальной программой показана также в связи с опасностью развития осложнений и в то же время реальной возможностью быстрого и радикального излечения.

3. Приступ продолжается более 48 ч у больного 70 лет и старше без сопутствующих заболеваний и с осложнениями, указанными в пункте 2. Показана экстренная операция, но программа операции должна соответствовать степени операционного риска. Конечно, степень операционного риска необходимо учитывать при любой операции, но при остром обтурационном холецистите у больных пожилого и старческого возраста учет этот должен быть предельно строгим.

4. Приступ продолжается более 48 ч у больного 60—69 лет при наличии сопутствующих заболеваний и с осложнениями, указанными в пункте 2. Показана экстренная операция по щадящей программе с перспективной последующей радикальной операцией.

5. Приступ продолжается более 48 ч у больного 70 лет и старше при наличии сопутствующих заболеваний и с теми же осложнениями. Показана экстренная операция по щадящей программе с учетом невозможности последующей радикальной операции.

Затянувшийся более 48 ч приступ острого обтурационного холецистита с механической желтухой и холангитом. Показана экстренная операция вне зависимости от возраста. Наличие сопутствующих заболеваний, отягощающих прогноз, диктует предварительную декомпрессию желчных путей с последующей радикальной операцией. При наличии начинающейся печеночной недостаточности требуется особая предоперационная подготовка.

Приведенные ситуации, вероятно, не исчерпывают показаний к экстренной операции, но в определенной степени очерчивают круг возможностей течения острого

обтурационного
экстренная

холецистита,

при

которых

я*

115

операция кажется адекватной. Следует еще раз подчеркнуть, что показания к экстренной операции должны соотнобразовываться со степенью операционного риска.

Срочные операции

Срочные операции производят не сразу после поступления, а через некоторое время. Особенность этой операции состоит в том, что ее производят после достаточно полного обследования как лабораторного, так и рентгенологического или сонографического, а также после неэффективной пробной консервативной интенсивной терапии, которая одновременно является предоперационной подготовкой. Выполняет операцию наиболее квалифицированная хирургическая бригада и в организационно благоприятных условиях.

Следовательно, говоря о срочной операции, необходимо прежде всего решить вопрос о целесообразности достаточно продолжительной консервативной терапии у больных с острым обтурационным холециститом.

Чего мы добиваемся с помощью интенсивной консервативной терапии? Естественно — дезобтурации пузырного протока. Но хорошо это или плохо? Во многих случаях хорошо: спадает отек стенки желчного пузыря, обтурирующий камень возвращается в просвет желчного пузыря, проходимость которого восстанавливается, приступ благополучно разрешается. Но примерно в 10—15% случаях камень перемещается в общий желчный проток. Возникающая при этом желтуха укажет на появление такого осложнения, хотя известно, что иногда такие камни могут некоторое время ничем не проявляться. Это уже плохо, поскольку в отсутствии каких-либо признаков холедохолитиаза камни обнаруживаются недостаточно надежно. Хирург, который осматривает больного вечером, назначает интенсивную терапию на ночь, а на утро следующего дня срочную операцию, бывает весьма доволен, если при осмотре утром удастся прощупать по-прежнему увеличенный желчный пузырь: значит все на месте, можно быть уверенным, что пузырный проток закупорен плотно и камни в общий желчный проток не продвинулись.

Так, может быть, при остром обтурационном холецистите вообще не нужно проводить консервативное лечение, а оперировать больного на высоте острой обтурации? К сожалению, это еще невозможно. Прежде всего

потому, что в настоящее время нет необходимых для этого условий: больные доставляются поздно, дежурная хирургическая бригада, особенно в ночное время, не может создать оптимальных условий для адекватной операции, да и квалификация дежурной бригады не всегда соответствует сложившейся ситуации. Имеется также много больных, требующих предварительной терапии в качестве хотя бы предоперационной подготовки.

Итак, показания к срочной операции: ее производят в течение первых 2 сут от момента поступления, т. е. операцию не производят немедленно, но ее необходимость вполне очевидна или по крайней мере не исключена. Откладывают операцию не потому, что она не показана, но и не потому, что каждому больному нужно непременно провести консервативное лечение, потерпеть в этом неудачу и лишь после этого получить право на срочную операцию. При поступлении больного с острым холециститом, в том числе и с острым обтурационным, может возникнуть ряд вопросов, на которые нет немедленного ответа. Хирургу нужно подумать, осмыслить ситуацию. Для этого требуется время. Но это время должно быть использовано эффективно, не просто «наблюдать», а оказывать помощь, т. е. назначить по возможности полную консервативную терапию.

Ситуации могут быть следующими.

1. Недостаточно достоверный диагноз.

Необходимо

время для уточнения диагноза с применением всех видов экспресс-диагностики. Случаи сложной диагностики нередки, особенно, если больной поступает с первым приступом.

2. Декомпенсация сопутствующих заболеваний, например диабета. Необходима его коррекция, на что тоже требуется время.

3. У больного первый приступ, он доставлен вскоре после начала в удовлетворительном общем состоянии.

Показано пробное лечение. При его неэффективности в течение 12—24 ч — операция.

4. Больной доставлен в удовлетворительном состоянии

и от операции отказывается. Проводят пробное интенсивное лечение в течение 12—24 ч. За это время хирурги обязаны применить весь арсенал психологического воздействия для убеждения больного в необходимости операции и произвести ее в случае неудачи консерватив-

ной терапии.

Больной после первого приступа острого обтурацион-

ного холецистита может быть отпущен домой без операции только в том случае, если у него не выявлены камни или при невозможности это сделать. Он обязательно должен быть предупрежден о возможности повторного приступа. Больные, перенесшие повторные приступы как острого простого, так и острого обтурационного холецистита, подлежат полноценному обследованию. Большой, благополучно перенесший повторный приступ, должен быть обязательно оперирован в плановом порядке. Если у такого больного при обследовании обнаруживается функционирующий желчный пузырь без камней, то это означает, что диагноз острого обтурационного холецистита был ошибочным.

Больных с простым повторным острым холециститом оперируют в плановом порядке при выявлении камней или обоснованном подозрении на их наличие.

Отсроченные операции

Отсроченные операции имеют свои особенности. Если больной оперируется после нетяжелого и не очень застарелого простого острого холецистита, то фиброзно-воспалительные изменения в зоне операции сравнительно небольшие. Но если больной перенес острый обтурационный холецистит, даже первичный, то изменения, обнаруживаемые через 2—3 нед после приступа, могут быть весьма значительными.

Еще E. Th. Kocher приглашал терапевтов почаще заглядывать в операционную, когда оперируют их пациентов с желчнокаменной болезнью. При внешнем клиническом благополучии обнаруживают и флегмоны, и гангрены, и перфорации, но главным образом многослойные инфильтраты, неимоверно затрудняющие выполнение радикальной операции. Наши сотрудники В. И. Круч (1975), В. А. Гольбрайх (1986) подробно рассмотрели этот вопрос. При отсроченной операции после перенесенного острого обтурационного холецистита В. И. Круч обнаружил у 41,9% больных изменения, которые с полным основанием могли быть отнесены к самому пику приступа (табл. 13).

В. А. Гольбрайх через 10 лет анализировал ту же ситуацию (больные оперированы в 1976—1985 гг.) после перенесенного первичного острого обтурационного холецистита и получил следующие данные: из 54 больных, которым выполнены отсроченные операции, у 24 (44,4%)

Патоморфологические изменения в желчном пузыре при отсроченной операции после перенесенного приступа острого обтурационного холецистита

Изменение в желчном пузыре	Всего больных
Флегмонозный и гангренозный холецистит	65
Хроническая эмпиема	21
Хроническая водянка	10
Хронический калькулезный холецистит	59
И т о г о . . .	155

обнаружены флегмонозные и гангренозные холециститы. Та же картина наблюдается при отсроченных операциях по поводу рецидивирующего острого обтурационного холецистита.

Выше приводились аналогичные данные и других авторов. На основании этих фактов можно сделать ряд выводов: 1) клиническая картина с известными симптомами не всегда соответствует патоморфологическим изменениям, особенно в поздних стадиях острого приступа холецистита; 2) операция после стихания приступа у ряда больных сложнее, чем операция на высоте приступа, особенно в его начале; 3) тезис Б. А. Петрова, В. В. Виноградова и других о преимуществах отсроченной операции как более легкой и менее травматичной с полным основанием можно отнести к больным, перенесшим приступ простого острого холецистита и лишь в малой степени может быть отнесен к больным, перенесшим острый обтурационный холецистит.

Риск операции на высоте приступа острого обтурационного холецистита

Определение риска предстоящей операции является одной из основных задач в процессе подготовки к ней. В ряде клинических учреждений в обязательном порядке заключение о риске операции включается в предоперационный эпикриз. Как выразить это заключение? Любые многословные рассуждения pro et contra только запутают проблему. Поэтому многие анестезиологи и хирурги стараются выразить риск операции в степенях или процен-

тах. В нашей стране получили распространение схемы В. А. Гологорского (1973), Г.А.Рябова и соавт. (1983). Именно синтез из этих 2 схем был рекомендован на совместном заседании обществ хирургов и анестезиологов в Москве в 1986 г. В законченном виде схема представляется достаточной простой и универсальной. В этом ее преимущество и в то же время недостаток. Будучи доступной для большинства хирургов и анестезиологов, она в то же время является весьма приблизительной и не учитывает ряда факторов, относящихся к специфике того или иного раздела хирургической практики. Совершенно очевидно, что никакая схема или формула не может выразить риск операции в абсолютных единицах; они могут выразить лишь относительную опасность операции в сравнении с аналогичной у больного, неотягощенного отрицательными моментами (пожилой возраст, сопутствующие заболевания, запущенность патологического процесса и др.). Следовательно, при определении степени или процента риска нужно обязательно обозначить исходный уровень, который при вполне благоприятных условиях дает наименьшее количество осложнений и летальных исходов. Иначе говоря, исходным уровнем должна быть такая описательная или лучше цифровая модель, которая ситуационно обеспечивает почти безопасную операцию. Универсальная схема или формула здесь не срабатывают.

Исходный уровень риска при аппендиците или грыже один, а при раке пищевода другой.

Нам кажется, что усовершенствованию оценки риска операции будет способствовать спецификация решения задачи для определенного типа операций.

По отношению к оперативным вмешательствам по поводу холецистита такие попытки предпринимались в разное время, с разной степенью приближенности. Так, К. Блажа и С. Кривда (1968), касаясь операций на желчных путях, писали: «Операции на печени и желчных путях считаются самыми деликатными, самыми ответственными и приносят наибольший процент непредвиденного в рамках брюшной хирургии». Более подробных данных операционного риска при хирургических вмешательствах на желчных путях они не представили.

Серьезную попытку рассмотреть риск операций на желчных путях предприняли Л. В. Полуэктов и Ю. Т. Цуканов (1973). Они предложили формулу, основанную на довольно обширной информации о больном. С помощью

этой формулы они определяли две градации — обычный риск и высокий риск.

Заметно продвинулись в определении риска операции при остром холецистите А. М. Шулутко и соавт. (1989). Они четко выделили факторы риска, применив математическую теорию распознавания образов (ТРО). Безусловно, с помощью ТРО можно у большинства больных предсказать правильный прогноз, по нашим данным, до 83% [Пиковский Д. Л., 1964]. Однако для практических целей в настоящее время и ближайшем будущем использование ЭВМ для прогнозирования исхода у конкретного больного по понятным причинам маловероятно. В связи с этим представляется целесообразным создание такой формулы определения риска операции, которую практический хирург мог бы использовать в повседневной работе, не обращаясь к ЭВМ, и в которой были бы отражены главные факторы, определяющие исход операции; состояние больного, сложность и травматичность вмешательства и уровень квалификации хирурга.

Определение «весов» отдельных признаков, характеризующих состояние больного (по 16 параметрам) и сложность первичной операции на желчном пузыре и желчевыводящих протоках (10 градаций), проводилось экспертным методом.

Экспертный метод широко применяют в различных областях народного хозяйства, спорте, искусстве, научных исследованиях, государственных экзаменах. Как правило, средняя оценка при достаточном числе экспертов является объективным отражением сути явления. Разночтения в строгой количественной оценке факта, явления, признака связаны с различием компетентности экспертов. В нашем методе экспертной количественной оценки это обстоятельство учтено следующим образом: двенадцать экспертов независимо друг от друга оценивали в баллах каждый из 16 критериев состояния больного (его «толерантности» к операции) и каждую из 10 первичных операций, применяющихся в хирургии желчных путей. Для коррекции различий в компетентности были применены формулы, предложенные Т. Gordon и О. Helmer (1951) в интерпретации П. Л. Визира и Е. С. Аппельбаум (1979), что позволило ввести соответствующие поправки. Во всяком случае оценка «рутинных клинических и лабораторных показателей, традиционно определяемых у больных в общехирургических отделениях» [Шулутко А. М. и др., 1989] с помощью экспертного метода

с поправками Т. Gordon и О. Helmer, практически не уступает «слепой» выборке ЭВМ. Дело в том, что в ЭВМ поступает информация из историй болезни, качество которых во многих случаях небезупречно, в то время как экспертная оценка признаков производится хирургами достаточно высокой квалификации.

Сходную методику применили для получения индекса скрининга в выявлении гастроэнтерологических заболеваний и рака желудка Н.М. Ломакина и соавт. (1982), С. А. Гешелин (1983), А. Х. Исмаилов (1989) и др. Однако во всех прогностических схемах и моделях отсутствует важный элемент хирургической ситуации — уровень квалификации хирурга. Вероятно, нет необходимости доказывать степень влияния профессиональной подготовленности хирурга, особенно в тех случаях, когда предпринимается сложная операция (по нашим данным, 34,5 % стандартных вмешательств на желчных путях экспертами отнесены к сложным и очень сложным).

Длительные размышления в связи с попытками наиболее полно представить в индексе риска хирургическую ситуацию привели нас к убеждению, что наиболее важными, практически исчерпывающими являются три составные части: 1) состояние больного, 2) сложность планируемой операции, 3) уровень профессиональной подготовки хирурга.

Состояние больного. Каждый параметр получил то или иное цифровое значение на основании скорректированного суммарного опыта 12 экспертов. Основным предварительным условием экспертной оценки было не установление абсолютной ценности данного признака в диагностике заболевания или осложнений, а относительное значение признака в плане его положительного или отрицательного влияния на исход операции. Присваивая тот или иной балл конкретному признаку, эксперты исходили из двух заданных положений: 1) разница в количественных градациях внутри одного признака должна соответствовать представлению эксперта об уровне влияния данного признака на исход операции, 2) с учетом того, что баллы имеют знак (-f) или (—), и с целью предельно возможной унификации оценок было предположено, что сумма баллов больного с минимальным риском должна быть равной или близкой к 0. Если сумма превышает 0 (4-1 или больше), то риск соответственно уменьшается, т. е. риск операции у больного с положительным балансом связан не с состоянием больного, а с другими при-

чинами (сложность операции, квалификация хирурга, случайные обстоятельства). Параметры, характеризующие больного с острым холециститом, их градации и оценка в баллах со знаком (+) или (—) представлены ниже.

1. Возраст:

до 59 лет (+2),

60—69 лет (—1),

70—74 года (—2),

75 лет и старше (—4).

2. Старческая дряхлость при возрасте 7-5 лет и старше:

отсутствие (+ !) >

наличие (—2),

выраженная (—4).

3. Сердечно-сосудистая недостаточность:

отсутствие (+2),

I степень (0),

II степень (—3),

декомпенсация (—3).

4. Диабет:

отсутствие (+ 1),

без коррекции (0),

корректируется без инъекций (—1),

корректируется инсулином (—3),

декомпенсирован (—7).

5. Выраженный атеросклероз:

отсутствие (0),

наличие без сердечно-сосудистой недостаточности

(-1),

наличие с компенсированной сердечной недостаточ-

ностью (—2),

с явлениями декомпенсации (—6).

6. Пол:

мужской (—1),

женский (0).

7. Гипертоническая болезнь:

отсутствие (+ 1),

I степень (0),

II степень (—2),

III степень (—4).

8. Ожирение:

отсутствие (+2),

I степень (0),

II степень (—2),

III степень (—4). ■*

9. Продолжительность болезни:
первый приступ (+1),
второй — третий приступ (0),
несколько приступов (—1),
много приступов (—2).
10. Длительность приступа с нарастающей или неизменяющейся симптоматикой:
до 24 ч (0),
до 48 ч (—2),
до 72 ч (—4),
больше 72 ч (—6).
11. Перитонит:
отсутствие (-f-3),
местный (—2),
разлитой (—8),
общий (—15).
12. Панкреатит:
отсутствие (+2),
лабораторный (—1),
клинико-лабораторный (—3),
с перитонеальными явлениями (—7),
панкреанекроз (—11).
13. Механическая желтуха:
отсутствие (+3),
давность 1—3 дня (—2),
давность 3—7 дней (—4),
больше 7 дней (—6),
с холангитом (—10).
14. Печеночная недостаточность:
отсутствие (+2),
лабораторная (—2),
клиническая (—10),
церебральная (—20).
15. Дыхательная недостаточность:
отсутствие (+2),
I степень (—1),
II степень (—4),
одышка в покое (—8).
16. Неэффективная консервативная терапия:
в течение 12 ч (—0),
в течение 24 ч (—2),
в течение 48 ч (—4),
в течение 72 ч (—6),
больше 72 ч (—10).
- Мы проанализировали 455 историй болезни больных

с острым холециститом (437 выписанных и 18 умерших), оперированных экстренно, срочно и отсроченно с 1982 по 1988 г. включительно.

Установлено, что при сумме баллов (Т) от $-|18$ до -10 исход был благоприятный (летальности не было), но при сумме баллов, равной -10 , послеоперационный период был очень тяжелым. При сумме баллов от -43 до -79 исход был неблагоприятным во всех случаях. Все больные умерли от печеночной, сердечной и легочной недостаточности.

Ретроспективный анализ историй болезни больных с острым холециститом, умерших после операций на желчных путях, показывает, что их средний индекс Т равен -52 , т. е. математическое выражение «толерантности» к операции (общее состояние больных перед операцией) находится далеко за пределами положительной или нулевой суммы.

Исходя из предпосылки, что положительная или нулевая сумма признаков означает минимальный риск операции, следует сделать вывод, что индекс «Т», равный -40 и больше, означает крайнюю степень риска. Следовательно «толерантность» больного, выраженная индексом от 0 до -40 , включает в себя разные степени риска, которые необходимо учитывать при выборе метода операции.

Для соотношения индекса «Т» и объема операции необходимо различные вмешательства на желчных путях также выразить в баллах сложности, что и было выполнено нами с помощью изложенного выше экспертного метода. В табл. 14 приведен практически исчерпывающий перечень первичных лапаротомных (без эндоскопических) экстренных, срочных и отсроченных операций на желчных путях.

Т а б л и ц а 14

Первичные операции на желчном пузыре и желчных путях с оценкой их сложности в баллах

Вид операции	Балл сложности
Операции на желчном пузыре	
Холецистостомия	
Хлецистэктомия без особенностей	3
Холецистэктомия + декомпрессионное дренирование пузырного протока	4

Вид операции	Балл сложности
Холецистэктомия при наличии инфильтрата	
Холецистэктомии в сочетании с вмешательствами на желчевыводящих протоках	
Холецистэктомия -f- холедоходуоденостомия	
Холецистэктомия + холедохостомия	
Холецистэктомия + холедохолитотомия + первичный шов	
Холецистэктомия + папиллосфинктеротомия	
Холецистэктомия + холедоходуоденостомия + папиллосфинктеротомия	10

Нет необходимости доказывать, что усложнение характера операции, ее продолжительности и травматичности увеличивает неблагоприятный прогноз в тем большей степени, чем выше индекс «Т» с отрицательным знаком. При высоком отрицательном значении индекса «Т» хирургу следует действовать крайне осмотрительно; возможно расчленять вмешательство на этапы со снижением риска операции на первом этапе за счет уменьшения уровня травматичности операции, а на последующих воспользоваться улучшением ситуации для снижения отрицательного индекса «Т».

Третьим и достаточно важным условием влияния на исход операции является уровень квалификации хирурга.

Уровень квалификации хирурга (рейтинг) как составной части вычисления операционного риска до настоящего времени не нашел своей количественной характеристики из-за сложности составления уравнений. Прав С. А. Гешелин (1983), когда отверг показатель летальности, как единственное измерение качества хирургической работы. Без дополнительных данных о хирургической активности, контингенте оперируемых, осложнениях и даже среднего пребывания больного на койке показатель летальности далеко не полностью отражает ситуацию. Об этом писали также Haddad и соавт. (1987), определяя уровень квалификации хирургов с учетом осложнений. Следует не только учитывать указанные параметры, но и определить их взаимоотношения, что в

конечном счете обозначит цифровой показатель рейтинга. Взаимоотношение составных частей, определяющих качество хирургической работы (хирургическая активность, сложность операций, и, конечно, летальность) может быть выражено в виде уравнения, в котором рейтинг хирурга прямо пропорционален хирургической активности (число операций с учетом их сложности) и обратно пропорционален числу смертельных исходов. Формула (рейтинг) имеет следующий вид:

$$R = \frac{N_1 A_1 + N_2 A_2 + N_3 A_3 + \dots + N_n A_n}{L} \cdot K$$

где R — рейтинг, N_1, N_2, N_3, N_n — число операций данного класса; A_1, A_2, A_3, A_n — баллы сложности данного класса операций, полученные методом экспертной оценки; K — коэффициент сложности: отношение суммы баллов сложных операций (вмешательства на протоках) к сумме баллов простых операций (холецистостомия, холецистэктомия); L — число смертельных исходов после всех операций на желчных путях, произведенных данным хирургом за исследуемый период времени: 1 — цифра, включаемая в формулу для того, чтобы при нулевой летальности не получилось деление на 0.

Мы изучили результаты операций у 10 хирургов, выполнивших 455 экстренных, срочных и отсроченных операций на желчных путях за период с 1982 по 1988 г.

Ниже приводим пример расчета R у одного хирурга.

Данный хирург (Д.) за указанный период произвел 67 следующих операций на желчных путях при остром холецистите:

1. Холецистостомии 12 (1 балл)
2. Холецистэктомии 8 (3 балла)
3. Холецистэктомии с дренажом
пузырного протока 31 (4 балла)
4. Холецистэктомии с
холедохостомией 4 (6 баллов)
5. Холецистэктомии с
холедоходуоденостомией 7 (6 баллов)
6. Холецистэктомии,
холедохотомии с первичным швом общего желчного
протока 1 (7баллов)
7. Холецистэктомии с папиллосфинктеротомией
4 (8 баллов)

Суммы баллов по классам операций у хирурга (Д.) составляют $N_1 A_1 = 12 \cdot 1 = 12$; $N_2 A_2 = 8 \cdot 3 = 24$;

$N_3A_3 = 31 \cdot 4 = 124$; $N_4A_4 = 4 \cdot 6 = 24$; $N_5A_5 = 7 \cdot 6 = 42$; $N_6A_6 = 1 \cdot 7 = 7$; $N_7A_7 = 4 \cdot 8 = 32$. Общая сумма баллов равна 265, причем за простые операции — 160, а за сложные — 105. Отношение суммы баллов сложных операций ($N_4A_4 + N_5A_5 + N_6A_6 + N_7A_7$) к более простым ($N_1A_1 + N_2A_2 + N_3A_3$), т. е. коэффициент К равен 0,65. Общее число летальных исходов на 118 операций равно 6 ($L = 6$).

Подставляя все полученные цифры в формулу, получили

$$\sim \frac{(12+244-124+24+42+7+32) \cdot 0,65}{6+1} \frac{265-0,65}{7} \cdot 26$$

Этот рейтинг довольно низкий, несмотря на достаточно высокую хирургическую активность. Произошло это из-за сравнительно большого количества летальных исходов после комбинированных операций (на 11 вмешательств на желчевыводящих протоках — 4 летальных исхода). Хирургу пришлось ограничить диапазон вмешательств на желчных путях.

Формула рейтинга предназначена прежде всего хирургам, которые хотели бы проанализировать свою работу за определенное время. Это окажется полезным для выявления как технических, так и тактических ошибок. С другой стороны, показатель рейтинга необходим и может быть использован при определении индекса риска операции у больного с острым холециститом.

При наличии необходимой информации о состоянии больного (T), сложности планируемой операции (A) и рейтинга хирурга (R) можно вычислить индекс риска для конкретного больного с острым холециститом по формуле:

$$Q = T - 0,99 + R'$$

где Q — индекс риска; A — сложность планируемой операции; T — «толерантность», выраженная в баллах со знаком (+) или (—); R — рейтинг.

Множитель 10 носит чисто математическую функцию. Поскольку он вводится в каждую формулу, то относительные значения индекса не меняются: множитель 0,99, не изменяя существенно показатель T , позволяет пользоваться формулой и в тех случаях, когда сумма (T) при разных знаках может оказаться равной 0. Показатель R всегда целое число.

Ниже приведены ретроспективные расчеты индекса

риска операции у больных, оперированных на желчных путях.

1. Больная Ч., 49 лет. Оперирована экстренно 22.02.88. Выписана на 12-й день после операции. Ее данные $T=+18$, $A=4$, $R=31$.

$$\frac{0}{v} \quad \frac{Ю-4}{+18-0,99+31} \quad \frac{40}{17,8+31}$$

т. е. индекс риска меньше единицы, иначе говоря небольшой. Если бы этой больной требовалась более сложная операция ($A=6$ и выше), то пришлось бы для снижения риска поставить на операцию хирурга с большим рейтингом.

2. Больная О., 57 лет. Оперирована экстренно 20.11.84. Выписана на 14-й день после операции. Ее данные: $T=+9$, $A=3$, $R=101$.

$$\frac{0-}{v} \quad \frac{Ю-3}{+9 \cdot 0,99+101} \quad \frac{30}{8,9+101} \quad - \quad ?$$

т. е. индекс риска ничтожно малый.

3. Больная Г., 77 лет. Оперирована экстренно 03.10.85. Выписана на 14-й день после операции. Ее данные: $T=0$, $A=6$, $R=290$.

$$v \quad 0 \cdot 0,99 + 290 \quad 0 + \quad 290$$

т. е., несмотря на пожилой возраст и сложную операцию, больная послеоперационный период перенесла благополучно и была выписана в удовлетворительном состоянии.

4. Больная Г., 84 лет. Оперирована экстренно 18.03.82. Ее данные: $T=-43$, $A=6$, $R=101$.

$$\frac{0}{v} \quad \frac{Ю-6}{-43 \cdot 0,99+101} \quad \frac{60}{-42,6+101}$$

т. е. индекс риска больше единицы. Для снижения риска, возможно, следовало ограничить объем операции или поручить ее хирургу с большим рейтингом. Больная умерла 23.03.82 от печеночной недостаточности.

5. Больной У., 73 лет. Оперирован срочно 19.02.82. Его данные: $T=-61$, $A=6$, $R=26$.

$$\frac{0}{v} \quad \frac{"-в}{-61 \cdot 0,99+26} \quad \frac{60}{-60,4+26}$$

индекс риска большой, поскольку имеет отрицательный знак. Больной умер 20.02.82 от сердечно-легочной, печеночной недостаточности.

6. Больная Г., 77 лет. Оперирована срочно 10.09.86. Ее данные:

$T=-54$, $A=6$, $R=26$.

$$\frac{0}{v} \quad \frac{Ю-6}{-54-0,99+26} \quad \frac{60}{-53,4+26} \quad - \quad 2 \quad 1$$

т. е. риск абсолютный, поскольку разность получается с отрицательным знаком.

Анализ историй болезни показывает, что индекс Q с отрицательным знаком практически свидетельствует о сомнительной операбельности больного. В этих случаях

исход операции зависит не столько от его состояния, на

9-438

129

которое уже нельзя оказать воздействие, сколько от мастерства хирурга, имеющего высокий рейтинг.

Анализ историй болезни умерших больных показывает, что хирургам с очень высоким рейтингом (более 200) целесообразно вычислять индекс риска только при планировании предельно сложных (в частности, реконструктивных) вмешательств у очень тяжело больных с «толерантностью» порядка —50 и больше. При экстренной ситуации хирургу с рейтингом, близким к 200, доступна любая операция, а весь ее риск должен быть отнесен за счет общего состояния больного и запущенности заболевания.

Таким образом, хирургу, особенно молодому, имеющему не очень большой рейтинг, перед экстренной и срочной операцией у тяжелобольного пожилого возраста с острым холециститом целесообразно проанализировать ситуацию, вычислив операционный риск с учетом состояния больного, сложности оперативного вмешательства и собственного рейтинга.

ГЛАВА VI МЕТОДЫ ОПЕРАЦИЙ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ НА ВЫСОТЕ ПРИСТУПА С ОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОГРАФИЕЙ

Каждый хирург, много оперировавший на желчных путях, найдет в своей памяти одну или несколько «сохраняющих» операций, предпринятых в конкретной сложной ситуации. И все же миллионы холецистэктомий, произведенных за 100 лет существования этой операции, достаточно убедительное доказательство ее правомерности и радикальности.

Многочисленные исследования показали, что холецистэктомия без дополнительных манипуляций дает более 80 % хороших отдаленных результатов при достигнутой в настоящее время минимальной летальности. Следовательно, до настоящего времени она является основной операцией при всех формах холецистита, в том числе и при остром холецистите. Ее не производят только тогда, когда к ней имеются противопоказания или риск операции
чрезмерный.

>

В литературе нет четких критериев противопоказаний к холецистэктомии.

Хирург, достаточно часто выполняющий эту операцию, делает ее в любой ситуации, если нет осложняющих обстоятельств, в том числе и в случаях повышенного риска. Если он не владеет лапароскопической холецистостомией, если показания к холецистэктомии он видит только в возможности ее технического исполнения, то, как правило, всегда будет стараться выполнить радикальную операцию. Здесь уместно напомнить, что практически никогда не бывает «единственной» причины отказа от холецистэктомии, гораздо чаще их много. В этом отношении удержаться от расширенной операции помогает сопоставление всех благоприятных и неблагоприятных факторов в формуле Q.

В самом деле, разве мы отказываем в радикальной операции больным старше 80 лет? И только на основании возраста? Конечно же, нет. В выборе объема операции имеют значение все факторы риска, но можно выделить главные: 1) продолжительность приступа острого обтурационного холецистита; 2) наличие сопутствующих заболеваний и их выраженность; 3) наличие осложнений. И, конечно же, собственный рейтинг хирурга, его честно осознанное кредо, как специалиста по хирургии желчных путей.

Еще раз подчеркнем, что нормальной экстренной и срочной операцией при остром обтурационном холецистите является холецистэктомия. В уточнении нуждаются положения, когда хирург вынужденно отказывается от холецистэктомии. В каких случаях можно отказаться от нее по соображениям технических сложностей?

1. Многодневный плотный инфильтрат, во время выделения которого произошло повреждение элементов печеночно-двенадцатиперстной связки.

2. Небольшой склерозированный нефункционирующий микропузырь, фиксированный на печеночно-двенадцатиперстной связке. Наличие такого пузыря обычно сопровождается механической желтухой. Основные действия хирурга при этом направлены на ликвидацию желчной гипертензии. После весьма трудного удаления такого пузыря выясняется, что у него нет полости или она менее 1 см³. Иногда хирург до конца операции не знает, что он удалил — большой склерозированный лимфатический узел или сморщенный пузырь. Поэтому, если удаление такого образования сопряжено с риском поврежде-

дения элементов печеночно-двенадцатиперстной связки, лучше воздержаться от холецистэктомии.

3. В редких, но имевших место случаях к большому удивлению хирурга желчный пузырь представляется малоизмененным, без признаков гипертензии, с одной-двумя плоскими невоспаленными спайками, без камней. Речь идет не о хроническом холецистите, а о тех случаях, когда при явной клинике острого обтурационного холецистита, сопровождающегося высокой температурой, лейкоцитозом, явлениями интоксикации, во время лапаротомии не обнаруживают ни перитонеального выпота, ни деструктивного холецистита. У хирурга наступает стрессовое состояние, у него может отказать тормозная логика, и он производит холецистэктомию по мотивам «провалившегося камня», «спаечного процесса» и других столь же «убедительных» доводов.

Во-первых, хирург должен быть готов к такой ситуации, она не должна застать его врасплох. Во-вторых, необходимо придерживаться золотого правила С. П. Федорова (1918, 1934), И. М. Тальмана (1963), А. Г. Лидского (1963) — не удалять очень мало или совсем неизмененный желчный пузырь.

В 70-е годы очень много написано статей о малоизмененных желчных пузырях, о холестерозе, цервиците и др. Вероятно, в каких-то случаях хронический холецистит может иметь такое выражение. Но что совершенно не вызывает сомнений, так это положение, что при клинической картине острого обтурационного холецистита удаление малоизмененного (катаральный?) желчного пузыря при экстренной или срочной операции является ошибкой. В плане ближайших и отдаленных результатов в таких случаях и больного, и хирурга ждет глубокое разочарование.

Таким образом, отказ от экстренной или срочной холецистэктомии правомерен при: 1) непреодолимых технических трудностях (для данного хирурга в конкретной ситуации); 2) при высоком риске расширенной холецистэктомии с учетом квалификации хирурга; 3) при внезапных осложнениях течения самой операции; 4) при минимальных изменениях в желчном пузыре, явно исключающих деструктивный (флегмонозный, гангренозный) холецистит. Из четырех перечисленных пунктов видно, что только второй пункт может быть реализован до операции, во всех остальных случаях решение принимают во время операции.

Итак, решение об экстренной или срочной операции принято, вопрос об обезболивании после обсуждения с анестезиологом решен в пользу эндотрахеального наркоза с управляемым дыханием. Под этим видом обезбоживания в нашей стране оперируют почти всех больных с острым холециститом. Исключения составляют немногочисленные операции под перидуральной анестезией. Под местной анестезией производят только малотравматичные (щадящие) операции.

Положение больного на операционном столе

Примерно 10—15 лет назад мы обязательно укладывали больного на валик и поднимали его после лапаротомии настолько, чтобы при разных конструктивных строениях больного приблизить печеночно-двенадцатиперстную связку к поверхности раны. В последнее время валиком пользуемся редко, только в тех случаях, когда выясняется особая глубина операционного «колодца». Отказ от заманчивого для хирурга валика связан с тем, что неестественное положение больного на столе приводит к дополнительному давлению на грудную клетку и затруднению дыхания в послеоперационном периоде, особенно у лиц пожилого возраста.

Доступ

Испытав многие доступы для холецистэктомий, мы убедились в том, что при разных ситуациях следует варьировать доступы. Однако эти варианты ограничены тремя более или менее типичными: косой в правом подреберье, срединный или трансректальный справа. При остром холецистите без перитонита и без желтухи в подавляющем большинстве случаев применяют косой разрез в правом подреберье.

Разрез

Перед разрезом на фоне полной релаксации целесообразна ориентировка в положении желчного пузыря, чтобы разрез по возможности провести над ним. Если передняя брюшная стенка не очень толстая, если область лапаротомии еще не полностью занята сальником, то удастся определить степень увеличения или опущения переднего края печени и место расположения желчного пузыря. В последнее время в абдоминальной хирургии вообще и в хирургии желчных путей в частности появилась обосо-

ванная тенденция к небольшим разрезам [Гальперин Э. И., Дедерер Ю. М., 1987, и др.].

При наличии специальных зеркальных крючков и ранорасширителей для плановой холецистэктомии достаточен разрез длиной 8 см и даже меньше. L. Goso и L. Chambers (1983) описали «мини-холецистэктомию», при которой разрез кожи равен 4 см (!).

Нет нужды доказывать, что при экстренной или срочной операции такая «эквilibристика» недопустима: необходимо провести полноценную ревизию, при наличии выпота высушить поддиафрагмальное пространство, хотя бы на ощупь обследовать поджелудочную железу, а также печеночно-двенадцатиперстную связку, хорошо отграничить зону операции от излияния инфицированного содержимого. В конце операции по возможности надежно ушить ложе.

Вместе с тем «укорочение» разреза в правом подреберье весьма целесообразно, так как большой разрез — это прежде всего большая травма. Кроме того, длинный разрез, при котором пересекаются чувствительные и двигательные нервные волокна правой половины брюшной стенки, отражается в послеоперационном периоде ограничением ее подвижности и значительной болью.

С учетом всего сказанного в последние годы мы сократили длину разреза в правом подреберье почти в 2 раза (около 15 см) и это оказывается достаточно при условии такого же рассечения фасций и мышц. Анестезиологами было отмечено, что при сравнительно небольшом разрезе больные пожилого возраста быстрее адаптируют дыхание, для снятия болей требуется меньше анестетиков, больные раньше активизируются. При сравнительно небольшом разрезе можно ограничиться пересечением косых мышц, не затрагивая прямой мышцы, что позволяет рассчитывать на частичное сохранение брюшного дыхания после операции.

При рассечении мышц следует подумать об их восстановлении после операции. J. Buckal (1983) изучал осложнения в ране после 1129 больших лапаротомий и установил, что наложение однорядного шва на все мышечные слои с апоневрозами и отдельного на кожу снижает число эвентраций в 5 раз (!) по сравнению с послынным ушиванием раны. Но совершенно очевидно, что однорядный шов получится прочным и аккуратным только при сохранении формы мышцы по всей линии разреза. Вот почему уже много лет при рассечении мышц мы стараемся отдельно пере-

вязывать сосуды, проходящие в глубине мышц, что дает возможность почти на всем протяжении их рассекать без дополнительной кровопотери и деформации.

Следовательно, рассечение мышц брюшной стенки следует вести с наименьшей травмой волокон и по возможности с отдельной перевязкой сосудов мышц тонкими нитями.

Лапаротомия

После лапаротомии хирург должен сориентироваться относительно наличия выпота и инфильтрата.

Выпот. Наличие его определяется сразу. В зависимости от качества и количества необходимо проделать ряд мероприятий.

1. Если выпота мало (менее 100 мл), он слегка желтоватый и не очень мутный, то необходимо сразу же взять мазок для микроскопии и посев (в заранее заготовленную пробирку) и электроотсосом удалить выпот. Убедиться (с помощью тампонов на корнцанге), что выпота нет под куполами диафрагмы и в боковых каналах. При локализации выпота только в зоне желчного пузыря техника операции вплоть до ушивания брюшной стенки стандартна.

2. Если выпота немного (100—150 мл), но он мутный, возможно, с запахом, желчный пузырь в инфильтрате, то в этих случаях наиболее частой находкой является гангренозный холецистит. Возможна перфорация, прикрытая сальником, двенадцатиперстной или толстой кишкой. После осушивания выпота в зоне операции (удаление его из-под диафрагмы и других отделов брюшной полости будет выполнено позднее) производят важнейшую в этих случаях манипуляцию — пункцию желчного пузыря и полное удаление желчного экссудата. После удаления содержимого пузыря можно проводить манипуляции, связанные с экспозицией (обследование диафрагмальных пространств, правого бокового канала) и выделением желчного пузыря тупым и острым путем.

3. При разлитом желчном перитоните главным становится полное удаление экссудата и промывание брюшной полости. Между этими этапами производят по возможности непродолжительные манипуляции на желчном пузыре и желчевыводящих протоках. Поскольку клиническая картина разлитого перитонита предполагает выбор верхне-среднего разреза брюшной стенки, то при обнаружении такого разреза следует продлить книзу, примерно на 10 см ниже пупка, с тем чтобы можно было под контролем

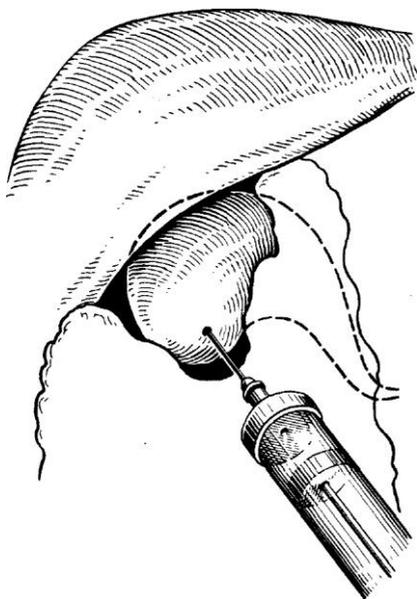


Рис. 9. Пункция желчного пузыря и отсасывание содержимого сразу после лапаротомии.

глаза высушить и промыть все отделы брюшной полости.

Инфильтрат. Хирург принял решение произвести холецистэктомию. Если имеется хотя бы небольшая площадка свободной стенки желчного пузыря, то манипуляции в брюшной полости начинают с его пункции и удаления содержимого. Если же такой площадки нет, то

ее нужно

создать путем осторожного отодвигания сальника. Уместно напомнить, что мощный инфильтрат в подавляющем большинстве случаев является свидетельством гангренозного холецистита, а обычной локализацией некроза — дно желчного пузыря. Поэтому выгоднее освобождать площадку несколько проксимальнее дна на нижней стенке. Здесь меньше вероятности попасть на участок некроза и получить опорожнение содержимого в брюшную полость (рис. 9).

Перевязка пузырного протока

Желчный пузырь можно удалить от дна и от шейки. На заре хирургии желчных путей были принципиальные сторонники той или другой методики. В последние 15—20 лет хирурги удаляют желчный пузырь любым путем, и это не вызывает возражений. В настоящее время сложилось такое мнение, что хирург удаляет пузырь как ему удобнее

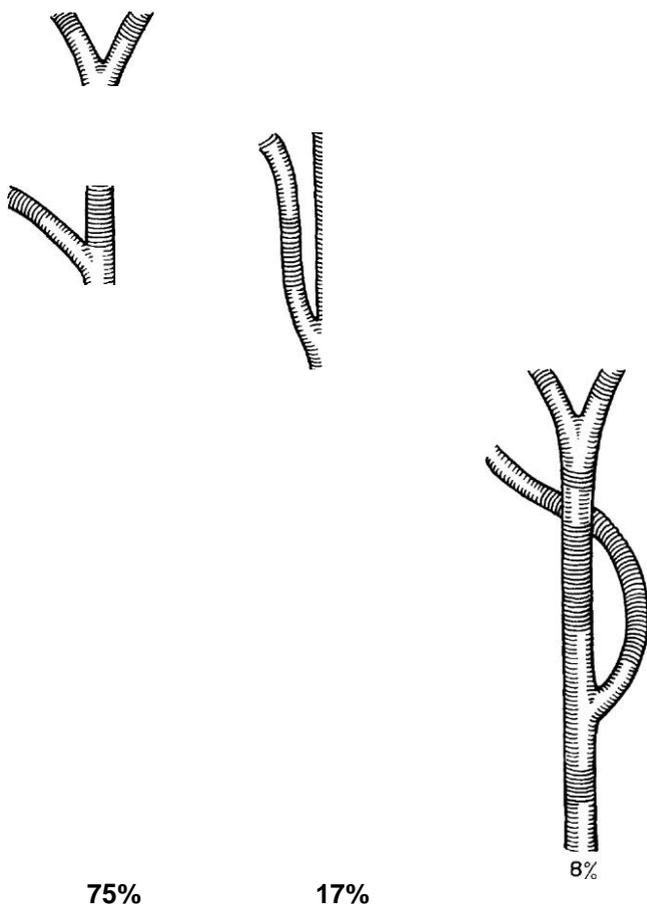


Рис. 10. Варианты впадения пузырного в общий желчный проток
(Смирнов Е. В., 1976).

в конкретной ситуации. И все же из многочисленных публикаций следует, что большинство хирургов предпочитают удалять желчный пузырь от шейки, а удаление желчного пузыря от дна рассматривается как вынужденная, хотя и закономерная манипуляция.

Мы считаем, что в тех случаях, где это возможно, дальнейшим этапом следует выполнить перевязку пузырного протока для профилактики «проваливания» камня в общий желчный проток во время выделения желчного пузыря. Хорошо отгородившись салфетками, длинными крючками отодвигают желудок и печень, а толстую кишку и сальник оттягивают широким брюшным зеркалом или рукой. Хороший доступ к шейке получается, если помощник

левую руку с раздвинутыми пальцами достаточно глубоко заводит в рану. Надсекают брюшину печеночно-двенадцатиперстной связки над местом расположения пузырного протока. Здесь следует проявить осторожность. Дело в том, что расположение и конфигурация пузырного протока весьма переменны. В многочисленных руководствах и монографиях [Федоров С. П., 1934; Смирнов Е. В., 1976, и др.] представлены разные варианты хода очень длинного и, наоборот, очень короткого пузырного протока, что иногда приводит к повреждению общего желчного протока (рис. 10).

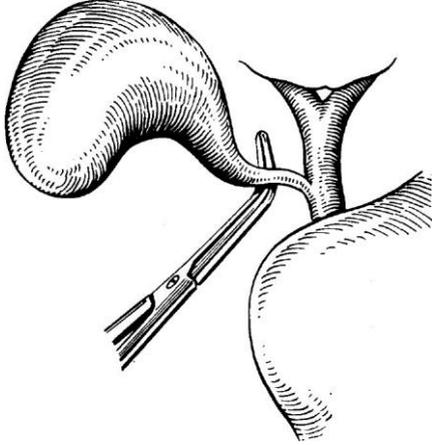


Рис. П. Выделение пузырного протока диссектором.

Поскольку при остром холецистите шейка вместе с

печеночно-двенадцатиперстной связкой часто представляются в виде однородного инфильтрата, этот этап операции следует вести осмотрительно, строго визуально, неукоснительно соблюдая ряд правил.

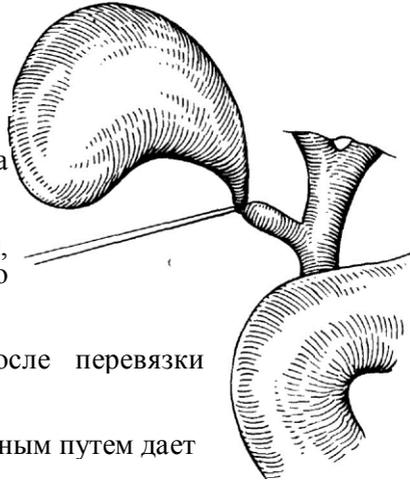
1. Убедиться в том, что пузырный проток является непосредственным продолжением шейки пузыря.
2. Убедиться в том, что перевязку пузырного протока можно произвести под контролем зрения (рис. 11).
3. Убедиться в том, что в лигатуру попадает пузырный проток и только он, а общий желчный проток просматривается в обе стороны от пузырного.
4. Этапную перевязку пузырного протока проводить непосредственно у шейки (рис. 12).

Перевязав пузырный проток с соблюдением всех этих правил, можно приступить к следующему этапу.

Выбор следующего этапа

Следующий этап зависит от собственного опыта и привычки хирурга; можно произвести осмотр, ощупывание, измерение калибра общего желчного протока; можно заняться препаровкой пузырного протока до его впадения в общий желчный, а можно выполнить операционную холангиографию, чтобы получить максимум информации перед удалением желчного пузыря и решить вопрос о расширении объема операции (вмешательство на желчевыводящих протоках).

Рис. 12. Превентивная перевязка пузырного протока у шейки желчного пузыря с целью профилактики миграции камней.



Не настаивая на единственно целесообразном продолжении операции, укажем, что операционная холангиография именно сразу после перевязки пузырного протока имеет ряд преимуществ.

1. Наименее инвазивным путем дает возможность получить почти исчерпывающую информацию о патологии протоков (калибр, наличие камней, состояние терминального отдела и БСД), что позволяет без особых колебаний выбрать направление и очередность дальнейших этапов.

2. Сокращает общую продолжительность операции, поскольку во время проявления пленки (7—10 мин) удается удалить желчный пузырь, иногда ушить ложе, измерить калибр и ощупать общий желчный проток.

Операционная холангиография

Операционная холангиография при экстренной и срочной операции является неотъемлемой составной частью техники холецистэктомии. В соответствии с решениями многочисленных конференций операционную холангиографию необходимо выполнять во всех случаях, где произведена холецистэктомия или она предполагается. Это подтверждается публикациями в отечественной и зарубежной литературе. Вместе с тем ряд хирургов делают операционную холангиографию не всегда и по довольно строгим показаниям. Так, E. Deitch и V. Voci (1982) производят

ее только при билирубинемии 102,6 мкмоль/л и расширении протока более 1,5 см. M. Kuhl и D. Dorner (1982) считают, что операционная холангиография при мелких камнях не информативна и поэтому сочетают ее с манометрией. На преимущество манометрии в выявлении сопутствующего панкреатита указывает Н. Bradley (1982).

Как же обстоит дело в настоящее время? Может ли хирург с помощью осмотра, пальпации, измерения диаметра протока, манометрии, операционной сонографии, т. е. абсолютно неинвазивных методов, выявить патологию протоков и обойтись без операционной холангиографии? Нужно ли ее избегать?

Ответим сначала на вопрос, нужно ли избегать операционной холангиографии. Какие отрицательные моменты содержатся в ней?

1. Операционная холангиография удлиняет время операции. Однако при хорошей стандартизации исследования она займет от 7 до 10 мин, включая время, затраченное на интубацию пузырного протока. Можно не доказывать, что эта потеря времени компенсируется полученным результатом.

2. Расход пленок и контрастного вещества (две пленки размером 30X40 см и 20 мл раствора уротраста, верографина и др.).

3. Снимок производят в операционной без соответствующей защиты. Если хирург и анестезиолог (все остальные лица на время снимка без всяких помех покидают операционную) производят холангиографию 5—6 раз в неделю, то не исключено избыточное облучение выше допустимых нормативов. Применение электронно-оптического преобразователя снижает дозу облучения, но таких аппаратов в операционных еще мало.

Мы применим следующие меры предосторожности: после установки рентгеновской трубки над раной в операционной остаются анестезиолог, анестезист и хирург, производящий манипуляцию. В зависимости от калибра протока вводят контрастный раствор (5, 7 или 10 мл), при этом шприц не отделяют от трубочки, что предотвращает вытекание раствора; анестезист вводит миорелаксант; хирург, анестезиолог и анестезист уходят в предоперационную (5 с); рентгенолаборант включает аппарат (меньше 1 с), после чего анестезиолог и хирург возвращаются в операционную; хирург вводит дополнительно контрастное вещество, и снова повторяется экспозиция как и во время первого снимка. Таким образом все участники операции

(кроме, естественно, больного) полностью избегают воздействия рентгеновского облучения.

4. При гнойном холангите не исключено продвижение в печень инфицированной желчи. Изначально высокое давление в желчевыводящих протоках после введения контрастного вещества еще больше увеличивается. При плотной закупорке терминального отдела контрастное вещество вместе с инфицированной желчью поднимается в желчную систему печени. Хотя такая ситуация встречается редко, тем не менее об этом забывать нельзя. Профилактикой такого осложнения будет быстрая декомпрессия, т. е. отведение наружу контрастного вещества и желчи сразу после снимка.

5. Повреждение общего желчного протока при пункции последнего для введения контрастного вещества. В настоящее время контрастное вещество с помощью пункции вводят только при повторных операциях после холецистэктомии. При первичной операции практически все хирурги (или подавляющее большинство) вводят контрастное вещество через трубочку, которой интубируется пузырный проток. Только в очень редких случаях его не удается интубировать, и тогда тоже приходится прибегать к пункции или (при наличии такой возможности) вообще отказаться от операционной холангиографии.

6. Как показали исследования В. С. Житниковой (1969), Ф. М. Рида (1975), операционная холангиография приводит к увеличению гидростатического давления в желчной системе вследствие отека БСД, в свою очередь связанного с раздражающим действием контрастного вещества, а также и рефлюкс-панкреатиту. По данным Ф. М. Рида (1975), давление в общем желчном протоке после холангиографии увеличивается на 10—20 %, достигает максимального уровня через час и держится, как правило, в течение 24—72 ч. Опыт показал, что это осложнение преходящее, но мы еще не знаем (это можно выяснить, вероятно, только сопоставлением больших адекватных клинических групп), к каким отдаленным последствиям приводит некорригированная послеоперационная желчная гипертензия, отек БСД «раздражающего генеза», кратковременный рефлюкс-панкреатит. Поэтому мы при-

даем большое значение немедленному удалению контрастного вещества после операционной холангиографии и декомпрессии.

Следует привести ряд публикаций последнего времени. Так E. Pelissier и J. Meyer (1982) производили опера-

ционную холангиографию у 94 % больных и выявили совершенно бессимптомные камни в желчных протоках у 60 больных, что составило 36 % от всех случаев холедохолитиаза. Забытые камни составили 4,1 % от всех случаев холедохолитиаза и 0,7 % от всех случаев желчно-каменной болезни. Интересные данные приводят G. Pesce и соавт. (1984); из 433 больных с холедохолитиазом у 112 ни в анамнезе, ни при поступлении не было желтухи. О камнях, вызывающих желтуху, пишут многие хирурги. Особое значение это имеет при операциях по поводу острого холецистита. Даже при полной закупорке общего желчного протока желтуха может еще не проявиться в течение 1—2 дней. Вот почему операционная холангиография при остром холецистите особенно ценна. Вместе с тем необходимо четко представлять себе, что и она не является абсолютом. E. Deitsch и Voci (1982) ограничивают применение операционной холангиографии, поскольку, по их данным, при поголовном ее применении у 44 % больных получен отрицательный результат.

Нам кажется, что 56 % находок патологии протоков очень высок и вполне оправдывает ее частое применение. К сожалению, дооперационная сонография, выявляя 95 %> камней желчного пузыря, не имеет даже приблизительно такого эффекта в обнаружении камней общего желчного протока. Поэтому операционная холангиография является по существу обязательной составной частью техники холецистэктомии.

Выше уже отмечено о возможности операционной холангиоскопии. Но в этом отношении любопытные данные приводят R. Mau и A. Corfield (1985) из Великобритании, которые применили операционную холангиоскопию у 467 больных. До применения холангиоскопии остаточных камней было 4 %, а при применении холангиоскопии — 9 % (!). Авторы объясняют это недостаточным опытом хирургов, плохой визуализацией камней при кровотоке, проскальзыванием камней при перемещении холедохоскопа. Однако при остром холецистите холангиоскопию применяют редко, во много раз реже холангиографии, хотя бы потому, что для холангиоскопии нужна холедохотомия, а ее производят не чаще 15—20 % операций при остром холецистите. Поэтому сравнение операционной холангиографии и холангиоскопии для данной ситуации неактуально.

Таким образом, на сегодняшний день мы не видим возможности чем-либо заменить операционную холангиогра-

фию для диагностики патологии желчевыводящих протоков, хотя, как было указано выше, она имеет недостатки, к которым следует добавить ошибки интерпретации. Несмотря на отмеченные недостатки, мы производим операционную холангиографию при всех операциях за незначительным исключением (водянка, первичный острый обтурационный холецистит).

Для успешной операционной холангиографии важно быстро и надежно интубировать пузырный проток. Поскольку наша техника интубации пузырного протока на протяжении последних 25 лет не меняется и вполне нас удовлетворяет, считаем необходимым остановиться на деталях ее, тем более что «микродетали» этого этапа операции имеют важное значение. Однажды нам пришлось наблюдать демонстрационную операцию по поводу простого холецистита, когда опытный хирург — специалист в хирургии желчных путей — опустил маленькую деталь техники, и в течение 30 мин не мог интубировать пузырный проток.

Техника интубации пузырного протока. К интубации пузырного протока следует приступить после перевязки его у шейки желчного пузыря. Для этого используют полихлорвиниловую (лучше) или полиэтиленовую трубку, желательно новую (не бывшую в употреблении, поскольку при повторном кипячении она размягчается). Наружный диаметр ее должен более или менее соответствовать внутреннему диаметру пузырного протока, хотя большого значения это не имеет.

Кончик трубки косо срезают, с тем чтобы его можно было завести в маленький разрез пузырного протока. Срез не следует делать слишком острым, так как тонкий острый кончик упирается в стенку, сгибается и в пузырный проток не идет.

После подготовки конца трубки и проверки ее проходимости смазывают погружаемый ее конец раствором метиленового синего или бриллиантового зеленого на протяжении примерно 4 см. Это нужно для того, чтобы в любой момент проведения трубки было ясно, на какую глубину она вошла.

Остроконечными ножницами надсекают в поперечном направлении (отверстие 2—3 мм) нижнюю стенку пузырного протока. Желательно это сделать на расстоянии примерно 1 см от места впадения пузырного протока в общий желчный. Выделение желчи из разреза означает, что интубация пройдет благополучно.

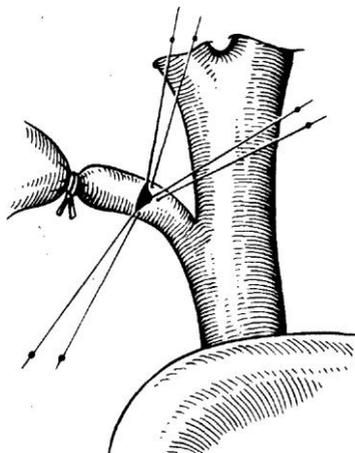


Рис. 13. Подготовка к дренированию пузырного протока.

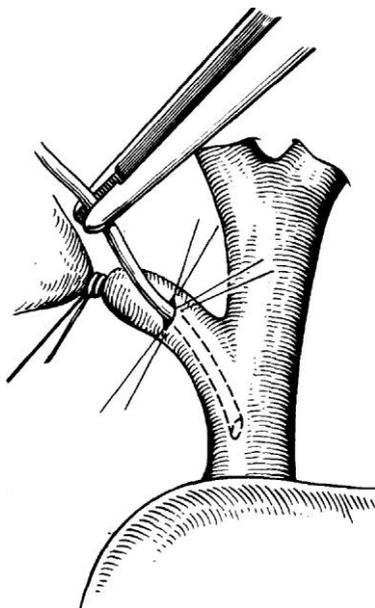
а — расположение держалок для раскрытия линейного разреза пузырного протока; б — дренажная полиэтиленовая трубочка для интубации.

Заметно облегчает установление трубки в пузырном протоке предварительное зондирование тонким (1 — 1,4 мм) пуговчатым зондом. При этом можно увидеть направление хода пузырного протока и убедиться в его проходимости.

Проведение даже срезанной трубки не всегда удается сразу. Для этого, чтобы не было множества бесплодных попыток с травмой разрезанных краев, мы накладываем две — три тонкие держалки на свободный край частично рассеченного пузырного протока (рис. 13).

После легкого натяжения держалок, пробного проведения зонда, трубка легко погружается в пузырный проток на необходимую глубину — 3—4 см (рис. 14). Считаем погружение достаточным, если кончик трубки выступает в просвет общего желчного протока на 5—8 мм. Является досадной помехой более глубокое проведение трубки, поскольку наложение ее тени затрудняет чтение рентгенограммы. Кроме того, если трубка глубоко вошла в сторону печени (в правый или левый печеночный проток), на рентгенограмме может выявиться псевдоблокада другого долевого протока. В таких случаях приходится подтягивать трубку, вновь ее укреплять и повторять снимки. Если

Рис. 14. Погружение дренажной трубочки в пузырный проток.



же трубка упирается в терминальный отдел, то хорошая рентгенограмма получится только при выраженном стенозе БСД (контуры общего желчного протока обозначаются при обратном токе контрастного вещества). Если же трубочка проходит через БСД, то понятно снимки делать бесполезно, и тем более бесполезна дренажная функция трубки.

Ответственным моментом является укрепление трубки в пузырном протоке. Если конец смазан красящим раствором, то удержание ее в нужном положении нетрудно. Некоторые хирурги предлагают производить циркулярную насечку на трубке с тем, чтобы нить вошла в это «углубление». Возможно, это имеет смысл при утолщенной инфильтрированной стенке протока, когда последний неплотно прижимает трубку.

Для надежной фиксации трубочки мы придерживаемся следующих правил.

1. При неинфильтрированном пузырном протоке: нить для перевязки должна быть тонкой (№ 1 или № 2), так как тонкая нить лучше охватывает трубку. После завязывания нити хирург пинцетом делает несколько тракций и убеждается в надежной фиксации (рис. 15). Одновре-

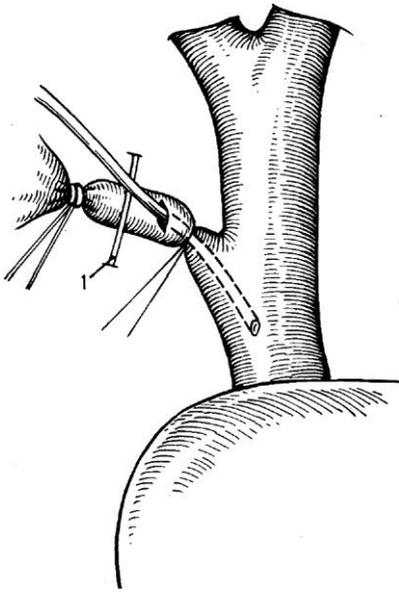


Рис. 15. Укрепление дренажной трубочки в пузырном протоке с помощью крестового шва.

1 — линия рассечения пузырного протока.

менно с этим или сразу после этого ассистент вводит 3—4 мл изотонического раствора хлорида натрия или новокаина из подсоединенного ранее шприца и по сопротивлению столба жидкости определяет проходимость декомпрессионного дренажа пузырного протока. Если все в порядке, то можно приступать к операционной холангиографии.

2. При инфильтрированном пузырном протоке нить для перевязки должна быть толще (№ 3). Если пузырный проток инфильтрирован, просвет его узкий, то введение трубки через боковой разрез пузырного протока может оказаться затруднительным, и тогда приходится пересекать полностью пузырный проток, накладывая три держалки и вводить трубку в пересеченный пузырный проток. Остальные манипуляции такие же, как в первом варианте.

Введение контрастного вещества является следующим этапом. Специальных контрастных растворов для операционной холангиографии не существует. Обычно используют урографин, верографин, которые выпускают в виде 50 % и 70 % растворов. Для операционной холангиографии достаточно 25 % раствора. Контрастность при этом получа-

ется удовлетворительная, и в то же время не перекрываются контрастным веществом мелкие камешки.

Введение контрастного вещества должно быть свободным, без напряжения и без большого давления с темпом примерно 10 мл в 1 мин. При более быстром введении происходит ирригация жидкости нередко с затеканием в проток поджелудочной железы.

Операционное поле освобождают от металлических инструментов, прикрывают салфетками. Дренажную трубку со шприцем укладывают на операционный стол. В операционной остаются только хирург, который вводит контрастное вещество, и анестезиолог с анестезистом. Миорелаксанты вводят непосредственно перед введением контрастного вещества. Затем хирург и анестезиологи покидают операционную, производится снимок (выдержка менее 1 с), хирург и анестезиолог возвращаются в операционную. При необходимости проведения второго снимка рентгенолаборант меняет кассету и включает аппарат с интервалом в 3 мин без дополнительного или с дополнительным введением $^{*}/_2$ дозы контрастного вещества, что зависит от калибра общего желчного протока. Естественно, повторяется вся «мизансцена» на период включения аппарата. Участники операции возвращаются, кассеты с пленками уносят для проявления, операция продолжается.

Поскольку решение об удалении желчного пузыря при остром холецистите принимают только на основании изменений в нем, то нет необходимости для ожидания результатов рентгенографии и поэтому сразу же приступают к холецистэктомии.

Удаление желчного пузыря

Удаление желчного пузыря от шейки является наиболее последовательным этапом операции. Пересекают полностью надсеченный ранее пузырный проток. Потягивая за лигатуру, наложенную на шейку желчного пузыря, и подтягивая пузырь за зажим Люера, изложенного на месте пункции последнего, идентифицируют желчно-пузырную артерию в толще печеночно-двенадцатиперстной связки. Наложение зажима на желчнопузырную артерию нужно вести таким образом, чтобы он располагался близко к стенке пузыря, и в то же время оставалось место между желчным пузырем и зажимом. На периферический отрезок артерии накладывать зажим не нужно. После рассечения артерии значительного кровотечения, как правило, не бы-

вают; но если и появится струйка крови, ее можно легко остановить наложением зажима. Зато именно по струе крови из периферического конца желчнопузырной артерии хирург надежно убеждается, что пересечена именно она, а не какая-нибудь другая артерия или что-то другое.

После пересечения и перевязки желчнопузырной артерии можно считать, что все опасные моменты позади. Если операция будет ограничена только холецистэктомией, то остается удалить желчный пузырь, ушить ложе и зашить брюшную полость с дренажем или наглухо.

Перевязка желчнопузырной артерии, удаление желчного пузыря от шейки и ушивание ложа в простых случаях занимает время от момента последнего снимка до возвращения рентгенолаборанта с готовой рентгенограммой. Такая последовательность операции позволяет до известной степени «нейтрализовать» потерю времени от применения операционной холангиографии.

Выделение желчного пузыря от дна желательно вести субсерозно. Оно может быть осуществлено как до перевязки желчнопузырной артерии, так и после. При классическом выделении желчного пузыря от дна и функционирующей при этом артерии выделению пузыря мешает кровотечение из мелких сосудов. При остром холецистите эта деталь приобретает важное значение: место приложимого режущего инструмента (ножницы, скальпель) заливает кровью, нередко инфильтрированная стенка «сопротивляется» наложению мелких зажимов, в связи с чем не всякое движение скальпелем или ножницами контролируется зрением, и в этом почти заключительном этапе удаления желчного пузыря может произойти повреждение его стенки с вытекающими «последствиями» в буквальном смысле этого слова. Такое осложнение операции чаще происходит при гангренозном холецистите, и излияние содержимого желчного пузыря в свободную брюшную полость, даже если обходится без тяжелых последствий, портит настроение хирургу и нарушает эстетику операции.

Поэтому мы во всех случаях, где это возможно без особого риска, сначала перевязываем артерию, а потом уже приступаем к удалению желчного пузыря от дна.

Задача перед хирургом стоит вполне определенная: удалить желчный пузырь без повреждения его стенки и по возможности закончить операцию без тампонов. Наилучшим образом это достигается именно субсерозным выделением желчного пузыря.

Субсерозное выделение желчного пузыря. Заранее об-

речена на неудачу попытка субсерозного выделения желчного пузыря при остром гангренозном холецистите с обширными зонами некроза, захватывающими его верхнюю стенку. Очень трудно выделять желчный пузырь у больных с многолетним холециститом и многодневным приступом. В этих случаях брюшинный покров пузыря интимно спаян с подлежащими слоями. Вместе с тем общий отек тканей в зоне операции создает возможность быстрого, можно сказать, молниеносного выделения желчного пузыря целиком из ложа, столь же быстрого его удаления с последующим ушиванием ложа толстыми нитями с мощным захватом печеночной ткани для остановки кровотечения.

Некоторые хирурги соблазняются простой и быстрой такой холецистэктомией. Однако за этим часто приходится ставить тампоны к ложу, и, кроме того, такое пальцевое быстрое выделение желчного пузыря возможно при напряженном пузыре, т. е. исключается отсасывание содержимого в начале операции, а это в свою очередь чревато последствиями, о которых отмечено выше. Конечно, встречаются ситуации, когда удалить желчный пузырь нужно быстро. Если хирург и анестезиолог решают, что риск дополнительного получаса операции больше риска возможного излияния в брюшную полость содержимого пузыря и ведения послеоперационного периода с тампонами, то выбирают вариант быстрой операции.

Возможно ли субсерозное выделение пузыря, определяют в самом начале. Для этого нужно ввести раствор новокаина (изотонический хлорида натрия) под серозную оболочку пузыря для гидравлического расслоения тканей. Если новокаин легко уходит под серозную оболочку и отслаивает ее, то можно рассчитывать на хорошее субсерозное выделение. Если же новокаин приподнимает серозную оболочку на ограниченном участке (около или менее 1 см) и выливается обратно, то шансов на субсерозное выделение мало.

Хорошая инфильтрация новокаином верхней и боковых стенок желчного пузыря позволяет стандартизировать дальнейшее его выделение. Острым скальпелем осторожно обозначают линию выделения, рассекая стенку желчного пузыря на глубину инфильтрированной серозной оболочки. Линия разреза идет все время на расстоянии около 10 мм от ложа. Если линия разреза обозначена удачно, то на прилегающий к печени край серозной оболочки накладывают зажимы типа «москит» и ножницами не форсированно проникают в «межслоевое» пространство (рис. 16).

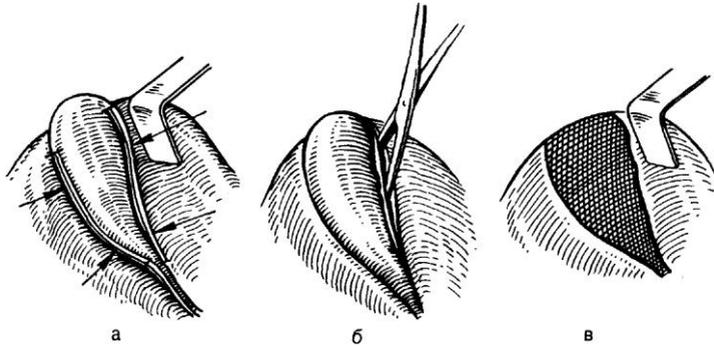


Рис. 16. Субсерозное выделение желчного пузыря.

а — рассечение брюшинного покрова желчного пузыря (указано стрелками);
б — выделение пузыря из ложа острым путем; *в* — ложе пузыря после холецистэктомии.

Раздвигая branши ножниц, производят расслоение и в то же время определяют, как это происходит — легко или с преодолением «межслоевых» сращений. Дальнейшее выделение желчного пузыря следует вести от периферии к центру, растягивая края серозной оболочки и продвигаясь вглубь с помощью безопасных сечений. При этом зажимами типа «москит» захватывают мелкие сосуды, которые можно тут же «отжечь» с помощью электрокаутера или перевязать тонкими нитями. Необходимо подчеркнуть, что одновременно на желчном пузыре не должно висеть более трех пар зажимов. Если зажимов много, то они мешают работать, хирурги то и дело их задевают, они срываются, причем с крохотными кусочками ткани, и повторно наложить зажим часто не удается совсем. Выделение желчного пузыря сопровождается кровотечением. В то же время чистое его выделение при надежно оставленном кровотечении из ложа иногда позволяет закончить удаление пузыря без ушивания ложа.

Ушивание ложа желчного пузыря

Если удалось выделить и удалить желчный пузырь с оставлением небольшой полоски брюшины, то закрытие ложа не вызывает затруднений даже в тех случаях, когда по центру продолжает немного кровоточить. Кровотечение остановится после нормального ушивания ложа. Не следует стремиться во что бы то ни стало остановить небольшое кровотечение из обнаженной печени в глубине

«чаши» ложа. Обычно попытки наложить зажим оказываются неудачными, не удается также прижигание электрокаутером.

Как раз в этот момент или немного раньше приносят в операционную снимки. Рассматривать снимки необходимо внимательно, полностью отключившись от операционного поля. Обычно мы вводим временный большой тампон к ложу. Он позволяет, с одной стороны, отвлечься от операции без риска кровопотери, с другой — большинство мелких сосудов, прижатых тампоном, тромбируется, и кровотечение заметно уменьшится.

Если в операционную снимки еще не доставили, то к ушиванию ложа приступаем сразу после удаления желчного пузыря.

Можно ушивать ложе одиночными швами, а можно и непрерывным. Конечно, лучше ушивать ложе рассасывающимися нитями. Однако неплохие результаты получаются при использовании капроновых нитей № 2 или № 3.

Можно начинать шов ложа от периферии, но можно и от центра. Если шить от периферии, то лучше применять одиночные швы, и наоборот, если шить от центра к периферии, то можно выполнить непрерывный (лучше кетгутовый) шов.

Мы предпочитаем наложение шва на ложе непрерывной нитью (кетгутом) от центра к периферии. Поскольку основное кровотечение происходит из нижнезадних отделов ложа, то первые несколько стежков приводят к остановке кровотечения, и шов ложа спокойно завершается. Целесообразно вести шов не только с захватом обоих листков брюшины, но и глубины ложа. Это позволяет плотнее прижать стенки ложа к печени и предупреждает образование полости, если будут сшиты только края брюшины.

Критерием надежного ушивания ложа является «сухое» подпеченочное пространство и отсутствие просачивания крови как из ложа, так и из проколов печени. После ушивания на время интерпретации холангиограмм целесообразно временно поставить большой тампон к ушитому ложу.

Интерпретация холангиограмм

Обычно рентгенологи неохотно дают заключение по мокрым снимкам, резонно ссылаясь на обнаруживаемые впоследствии изменения, которые остались незамечен-

ными. Хирург, который многие годы рассматривает снимки в операционной, в большей степени полагается на свой опыт, тем более что ответственное решение ему приходится принимать сразу же после рассмотрения снимков. В особо сложных случаях можно пригласить в операционную рентгенолога и совместно обсудить ситуацию.

Мокрые и недостаточно промытые пленки следует рассматривать быстро. Кстати, плохо отмытые пленки (а это связано с необходимостью быстрой доставки их в операционную) теряют свое качество; при ретроспективном рассмотрении снимков хирург с удивлением констатирует, что детали выявляются хуже, чем на мокрых снимках.

Для более спокойного и удобного рассмотрения снимков мы заимствовали у В. В. Виноградова способ оценки снимка с помощью простого устройства. В плоскую ванну из оргстекла, заполненную водопроводной водой, погружают снимок, и в проходящем свете хорошо просматривают детали рентгенограммы. Пленка в это же время продолжает промываться, что сохраняет качество снимка на длительное время (рис. 17).

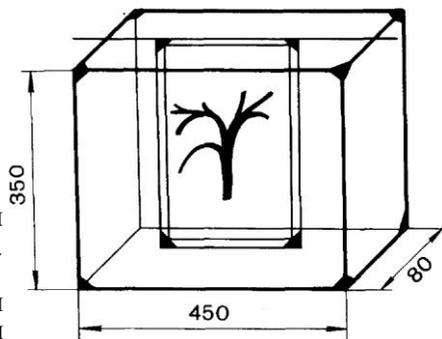
Вариантов патологии, выявляемой при операционной холангиографии, много. Специально этому вопросу посвящены монографии Э. И. Гальперина и Н. Л. Островской (1964), Л. Д. Линденбратена и Л. Б. Наумова (1976) и др. Мы считаем целесообразным рассмотреть типичные ситуации, возникающие во время экстренной или срочной операции.

Нормальная холангиограмма. При экстренной и срочной операционной холангиографии более 70 % рентгенограмм можно отнести к нормальным: равномерное (не фрагментарное) распределение контрастного вещества с заполнением обоих печеночных протоков, диаметр общего желчного протока не более 1 см, небольшое сужение в области сфинктера Миризи, конусообразное сужение терминального отдела. Во время первого снимка в двенадцатиперстной кишке содержится около $\frac{1}{3}$ контрастного вещества, «отверстие прохождения» не менее 2 мм. Непременным условием характеристики операционной холангиограммы как нормальной является безукоризненный технически выполненный снимок.

Рефлюкс контрастного вещества в проток поджелудочной железы не следует рассматривать как выраженную патологию. В. В. Виноградов (1977) и др. указывают, что рефлюкс может выявиться и при полном отсут-

Рис. 17. Ванна для рассмотрения операционных холан-

гиограмм.
Чертеж-схема. Размеры даны
в
миллиметрах.



ствии какой бы то ни
было патологии.
Вместе с тем,
сопоставив две группы
больных с рефлюксом и
без него

[Пиковский Д. Л., 1964], мы определили, что в первой группе статистически достоверно чаще встречаются сопутствующие панкреатиты. В литературе имеется подтверждение приведенного факта. Так, Т. ЕПу (1984), рассматривая местные предрасполагающие факторы риска желчнокаменного панкреатита, отмечает, что среди больных с холецистопанкреатитами рефлюкс контрастного вещества в проток поджелудочной железы встретился у 67 %, а без панкреатита — только у 18 %.

Заметный, а особенно глубокий рефлюкс настораживает, и мы считаем целесообразным и необходимым принять меры профилактики панкреатита. К ним в первую очередь должно быть отнесено декомпрессионное дренирование, которое начинают тотчас после операционной холангиографии; во-вторых, введение на операционном столе ингибиторов протеаз, и, наконец, при необходимости (тахикардия, олигурия, рвота, амилазурия и др.) специальные мероприятия по профилактике и лечению острого панкреатита. Следовательно, рефлюкс контрастного вещества в проток поджелудочной железы, хотя и не является ни патологией, ни результатом плохо проведенной операционной холангиографии (введение контрастного вещества под давлением), при экстренной и срочной операции его расценивают как сигнал, требующий внимания реаниматолога и хирурга, а иногда и специальных мероприятий.

Камни в желчевыводящих протоках. Большое значение имеет качество снимка. На хорошем снимке можно сосчитать количество дефектов наполнения и затем сравнить с количеством удаленных камней. Недостатки

камни следует искать, применив средства операционной диагностики — осмотр, пальпацию, зондирование, холангиоскопию, а также повторную рентгенографию.

Естественно, обнаружение камней в желчных протоках свидетельствует о необходимости продолжения операции и удаления камней через разрез общего желчного протока. Вместе с тем при ухудшении состояния больных приходится ограничивать операцию данным этапом. Тогда незаменимую услугу оказывает декомпрессионный дренаж пузырного протока, через который можно вводить холиевую кислоту, монооктаноин и другие препараты для растворения камней.

В хирургической литературе очень много публикаций, касающихся причин оставления камней в общем желчном протоке. Подчеркивается, что при использовании существующих методов операционной диагностики камни в протоках остаются реже. Как правило, остаточные камни являются результатом неполного их удаления. По данным Е. Pelissier и J. Meyer (1982), число забытых при холедохолитиазе камней составляет 0,7 % по отношению ко всем случаям желчнокаменной болезни; по нашим данным, — 0,46 %. За последние 5 лет частота оставляемых камней сохраняется на уровне 0,5 % (2 случая на 412 операций).

Среди причин оставления камней основной является ошибочная трактовка некачественных рентгенограмм и недооценка других симптомов холедохолитиаза. По нашим данным, в подавляющем большинстве случаев камни общего желчного протока обнаруживаются у больных, поступивших с механической желтухой или холангитом, а также у тех больных без желтухи, которые поступали через 72 ч и больше от начала приступа.

Расширение диаметра общего желчного протока (11 — 12 мм и более). Среди причин расширения общего желчного протока главными являются камни, стеноз БСД и панкреатит.

Множественные и к тому же мелкие камни — весьма неприятная находка, и в этих ситуациях необходимо применить дополнительные методы исследования: пальпацию на зонде, акустическое зондирование, а при достаточно широком общем желчном протоке — холангиоскопию. И обязательно в конце операции перед зашиванием брюшной стенки произвести контрольную холангиографию.

Рассмотрению подлежат оба снимка — основной и

контрольный. Последовательно сравнивают идентичные участки: сначала проходимость терминального отдела, затем область БСД и протока поджелудочной железы, форму терминального отдела, калибр желчевыводящих протоков, область сфинктера Миризи и заполняемость желчных ходов. На протяжении многолетней практики в хирургии желчных путей нам на контрольных рентгенограммах приходилось обнаруживать оставленные камни.

Если на операционном столе сравнительно молодой пациент, операция и наркоз протекают нормально, то лучшее решение — удалить оставленный камень. Однако при остром холецистите у пожилого больного, да еще когда анестезиолог просит закончить операцию или у него нет уверенности в благополучном завершении, можно решиться на оставление камня, однако при непременном условии сохранения декомпрессионного дренажа пузырьного протока или Т-образного дренажа. В дальнейшем после благополучного выхода больного из кризисного состояния, его достаточной реабилитации, через 2—3 нед можно выполнить повторную операцию или сделать попытку извлечения камня с помощью ЭПСТ или, наконец, попробовать у очень пожилых дряхлых больных растворение камней монооктаноином через дренаж. При всех вариантах обязательным условием является сохранение декомпрессионного дренажа пузырьного протока.

Стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Изолированный стеноз БСД встречается очень редко. Как правило, это осложнение сочетается с холедохолитиазом, холангитом или просто калькулезным холециститом [Янгибаев З. Я., 1987]. Диагностика стеноза БСД стала достоверной только с внедрением в практику операционной холангиографии. Однако, несмотря на то что операционная холангиография получила широкое распространение во многих случаях, особенно во время экстренной и срочной операции, такое осложнение не регистрируется. По мнению О. Б. Милонова (1980), невыраженный стеноз (I и отчасти II степени) нередко служит основой патологии, которая в итоге может оказаться поводом для повторной операции.

При стенозе I степени терминальный отдел представляется суженным на небольшом протяжении (2—3 мм), а контрастное вещество медленно покидает желчевыводящие протоки, что видно при сравнении первого и второго снимков, произведенных с интервалом в 3 мин. В те-

чение этого срока при стенозе I степени в двенадцатиперстную кишку переходит около $1/3$ контрастного вещества. При стенозе II степени на втором снимке определяется не более $1/3$ контраста в двенадцатиперстной кишке, а при стенозе III степени в двенадцатиперстной кишке обнаруживают только следы контраста, которое заполняет все желчевыводящие протоки вплоть до мелких внутриспеченочных.

Сужение терминальной части общего желчного протока по типу «копья» может иметь разные причины (острый отек головки поджелудочной железы, хронический диффузный панкреатит, хронический индуративный панкреатит, даже начальные формы опухоли головки поджелудочной железы). Если сужение терминального отдела сочетается с нерасширенными протоками, то это может свидетельствовать о преходящем сужении, которое возникло недавно, возможно, в ходе данного приступа. Если сужение констатируется вместе с расширенным общим желчным протоком, то это означает, что сужение стойкое и требует коррекции.

Изолированное расширение желчевыводящих протоков без какой-либо другой патологии встречается редко; но хирург бывает весьма озадачен, если такое расширение обнаружено во время экстренной или срочной операции. В этих случаях необходимо использовать другие методы исследования, в частности манометрию.

При наличии тонкой трубочки, укрепленной в пузырьном протоке, можно многократно измерить давление в желчевыводящих протоках на любом этапе операции, сделать заключение о наличии или отсутствии желчной гипертензии и принять решение о необходимости коррекции. Как правило, при удовлетворительной проходимости контрастного вещества давление не будет высоким, несмотря на расширение общего желчного протока. Следовательно, вопрос о коррекции будет решаться на основании данных зондирования, рентгеноконтрастного исследования (диаметр протока), а также с учетом давления в протоке и темпа прохождения контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. При «проскочившем» камне остаточное расширение протока не сопровождается ни сужением БСД, ни нарушением проходимости; при папиллите некоторое повышение давления возможно, но при этом важным параметром будет низкий порог давления прохождения, что опять-таки позволит отказаться от холедохотомии. И, наконец, существует

анатомический вариант, когда при сравнительно широком общем желчном протоке проходимость контраста и давление в нем остаются нормальными.

После удаления жёлчного пузыря, ушивания ложа, проведения контроля на гемостаз необходимо принять решение относительно трубочки, которой интубирован пузырный проток. Операционная холангиография не выявила никакой патологии, общий желчный проток около 10 мм, камни не прощупываются, проходимость контрастного вещества удовлетворительная. Как поступить с трубочкой, укрепленной в пузырном протоке?

Декомпрессионное дренирование пузырного протока

Можно удалить трубочку, перевязать одной или двумя лигатурами пузырный проток и на этом операцию закончить.

Однако здесь уместно вспомнить, что операционная холангиография иногда приводит к увеличению давления в общем желчном протоке вследствие химического раздражения слизистой оболочки терминального отдела и ее отека.

К. С. Житникова и Ф.Рида (1975) исследовали остаточное давление, активность амилазы желчи и проводили дебитометрию перед операционной холангиографией и после нее у 100 больных (72 больных произведена холецистэктомия с декомпрессионным дренированием пузырного протока, 8 — первичный шов общего желчного протока с декомпрессионным дренированием, 11 — ПСТ с декомпрессионным дренированием, 4 — холедохостомия Т-образным дренажом). После операции активность амилазы желчи в пределах 16—64 ед. выявлена у 48 больных, а у 52 больных активность амилазы оттекающей по дренажу желчи превышала 64 ед. и колебалась от 128 до 4096 ед., хотя до операционной холангиографии у 9 больных активность амилазы в желчи не выявлялась вообще, а у остальных не превышала 64 ед. Данные авторов представлены в табл. 15.

Приведенные в табл. 15 данные свидетельствуют о том, что имеется определенная коррелятивная связь между послеоперационной желчной гипертензией и активностью амилазы желчи. Следует подчеркнуть, что из 48 больных, у которых совпали уровень высокого давления и повышенная активность амилазы желчи, 35 имели холецистопанкреатит. Следовательно, холецистопанкреатит

Число больных с измененным давлением в желчных протоках и активностью амилазы желчи, взятой из декомпрессионного дренажа пузырного протока

Остаточное давление 1	Активность амилазы (ед.) во время операции				Активность амилазы (ед.) после операции		
	0	2—32	64	128	2—64	128—256	512 и выше
Число больных до холангиографии							
Нормальное	7	24	6	—	8	1	1
Пониженное						1	1
Повышенное	2	61			40	36	12
Итого . . .	9	85	6		48	38	14
Число больных после холангиографии							
Нормальное	—	31	—	—			
Пониженное	—	47	21	1			
Повышенное							
Итого	—	78	21	1			

и высокая активность амилазы желчи создают ситуацию, при которой временное отведение желчи представляется весьма целесообразным.

Хотя операционная холангиография не оказывает большого влияния на уровень давления в протоках и активность амилазы желчи, все же прослеживается определенная тенденция к их увеличению после операционной холангиографии особенно при наличии желчной гипертензии.

После операции и в ближайшем послеоперационном периоде эти соотношения нагляднее: гипертензия держится в течение 6—8 дней, повышенное содержание амилазы желчи — в течение 4—5 дней. Как правило, давление повышено после любых манипуляций на протоке, но и простая операционная холангиография также может в отдельных случаях вызвать некоторую желчную гипертензию. Е. В. Смирнов (1976), например, указывает, что рефлюкс контрастного вещества в проток поджелудочной железы в отсутствие какой-либо другой патологии является абсолютным показанием для декомпрессионного дренирования пузырного протока.

»

Е. В. Смирнов приводит операционную холангиорентгенограмму, на которой виден рефлюкс контрастного вещества в проток поджелудочной железы и сброс его по тонкой хлорвиниловой трубочке, укрепленной в пузырьном протоке. Обсуждая вопрос о глухом шве брюшной стенки после холецистэктомии, Е. В. Смирнов замечает: «Не следует зашивать брюшную рану наглухо после холецистэктомии и потому, что в первые дни после операции, вследствие отека слизистой желчного протока и послеоперационного пареза двенадцатиперстной кишки, значительно повышается давление желчи в желчевыводящей системе — желчная гипертензия, при которой весьма реальную опасность представляет попадание желчи в брюшную полость из-за соскальзывания лигатуры с культи пузырьного протока. Однако нет необходимости и в широкой тампонаде марлевыми тампонами, особенно в связи с тем, что после удаления желчного пузыря полезно дренировать пузырьный проток тонкой ниппельной трубочкой на несколько дней, пока не восстановится нормальное давление желчи в желчных путях». Через эту трубочку можно в послеоперационном периоде проводить холангиографию и холангиоманометрию, что лишней раз укажет на свободную проходимость общего желчного протока, при которой выделение желчи через эту трубочку прекращается самостоятельно и она может быть извлечена. Именно возможность применить эти исследования в послеоперационном периоде позволили нам выполнить повторную операцию без выписки из стационара у 12 больных, у 4 из которых во время операции вследствие плохих снимков и, следовательно, неправильной интерпретации холангиографии были оставлены камни в желчевыводящих протоках. Следовательно, декомпрессионный дренаж пузырьного протока предназначен не для удаления инфицированной желчи, а для послеоперационной декомпрессии, манометрического и рентгенологического контроля. В связи с этим мы считаем показанным такой дренаж при следующих обстоятельствах.

1. Как один из способов наружного дренирования после холедохотомии (взамен дренажа А. В. Вишневого, Кера и др.).

2. Как обязательное мероприятие после первичного шва общего желчного протока.

3. Как превентивная декомпрессия после холедоходуоденоанастомоза (ХДА) и ПСТ (защита анастомоза).

4. Как декомпрессия желчных протоков и протоков поджелудочной железы при наличии сопутствующего панкреатита.

5. Как профилактика панкреатита при рефлюксе контрастного вещества в проток поджелудочной железы (по данным операционной холангиографии).

6. Как способ достоверного и надежного манометрического и рентгенологического контроля в послеоперационном периоде по следующим показаниям: а) незначительное сужение терминального отдела желчных путей и БСД, не требующего хирургической коррекции; б) незначительное расширение общего желчного протока неясного происхождения с достаточной проходимостью БСД и отказе от холедохотомии; в) при неуверенности в отсутствии какой-либо остаточной патологии в желчных путях.

Отметим и некоторые недостатки декомпрессионного дренирования пузырного протока.

1. Иногда неплотно фиксированный дренаж выпадает или после досрочного его удаления случается подтекание желчи с определенными клиническими проявлениями:

боль, повышение температуры тела, лейкоцитоз, иногда озноб. По нашим данным, выпадение трубки ранее 8-го дня после операции встретилось 0,3 % от числа оперированных с применением этого вида дренажа. Оно произошло на 3—5-й день после операции. Лишь у одной больной клиническая картина заставила предпринять релапаротомию и перевязать пузырный проток. Летальных исходов в этой группе не было.

2. Вследствие значительного утолщения стенки пузырного протока и применения более толстой (№ 3) нити для кисетного шва декомпрессионный дренаж плотно фиксируется, а затем хирург испытывает трудности при удалении трубочки. Не следует прилагать чрезмерных

усилий для ее удаления, так как это вызывает неприятные ощущения, боль в правом подреберье и даже отрыв трубочки, как это случилось у одного нашего больного, что повлекло релапаротомию для удаления оставшейся части. В случае затруднения при извлечении

трубочки

следует эту манипуляцию отложить, подвесить к трубочке груз (150—200 г) на 2—3 дня, после чего трубочка отойдет сама или ее можно будет удалить без помех.

3. Удлиняется срок постельного содержания больного, так как в течение нескольких дней он «привязан» к приемному сосуду. Это возражение объективное и серьез-

ное. Однако ежедневное измерение давления и контроль за желчеотделением позволяет через 3—4 дня дренирования убедиться в хорошей проходимости терминального отдела, трубочку завязать и назначить больному активный режим. Тем не менее срок послеоперационного периода удлиняется на 3—4 дня по сравнению с гладким послеоперационным периодом после холецистэктомии без декомпрессионного дренирования.

Констатируя такое положение, с сожалением, мы все же должны отметить, что благодаря декомпрессионному дренажу пузырного протока мы полностью отказались от тампонов, и это обстоятельство позволяет убедиться в том, что общее число койко-дней на более чем 6000 операций снизилось. На все эти операции мы ни разу не имели истечения желчи в результате соскальзывания лигатуры с культи пузырного протока, в 2 раза уменьшилось такое грозное осложнение, как недостаточность анастомоза при холедоходуоденостомии. Летальность при холецистэктомии (без вмешательства на протоках) составила 1,2 %, при холедохотомии с первичным швом — 1,9 %, резко уменьшилось число осложнений в виде печеночной недостаточности. Улучшение непосредственных результатов операций на желчных путях мы относили в первую очередь за счет декомпрессии в ближайшем послеоперационном периоде.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ НА ВЫСОТЕ ПРИСТУПА БЕЗ ОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ

Отрицательные моменты операционной холангиографии, многовариантность рентгенологической картины, в ряде случаев низкое качество снимков, ошибки интерпретации являются основанием для поиска ситуаций, когда без ущерба для больного можно было бы выполнить холецистэктомию без холангиографии, которая определенным образом отличается от холецистэктомии с операционной холангиографией и по длительности, и по травматичности, и по течению послеоперационного периода. В каких же случаях можно отказаться от операционной холангиографии?

Мы считаем, что представление об остром обтурационном холецистите и технические приемы при экстренной холецистэктомии дают возможность уменьшить процент операционной холангиографии. Какие же условия

необходимы для того, чтобы можно было отказаться от операционной холангиографии?

Образование камней в общем желчном протоке происходит исключительно редко; попадание в него камней без приступа, без каких-либо признаков желчнокаменной болезни практически можно исключить. Поэтому первый приступ с закупоркой пузырного протока камнем свидетельствует о том, что в самом начале болезни и данного приступа перекрыт доступ камням в общий желчный проток. Если операцию производят с определенными предосторожностями (пункция пузыря, превентивная перевязка пузырного протока), то в таких случаях холецистэктомия без операционной холангиографии достаточно гарантирует от возможности просмотра патологии протоков.

<

В. А. Гольбрайх (1986) исследовал этот вопрос и установил, что при первом приступе острого обтурационного холецистита камни в протоках встречаются по крайней мере в 3 раза реже, чем при рецидивирующем. Подтверждает это положение И. А. Подъяблонская (1987). По ее данным, из числа экстренно оперированных ревизия общего желчного протока предпринята у 7,3 % больных, в то время как общая цифра вмешательств на протоках составляет 31 % на 1760 операций. Вместе с тем наличие каких-либо болей в анамнезе, а тем более приступов предусматривает непременно выполнение операционной холангиографии: Еще раз напомним данные E. Pelissier и J. Meyer (1982), которые, проводя операционную холангиографию у 94 % больных (правда, при хроническом холецистите), обнаружили бессимптомные (без желтухи) камни у 60 больных, что составляет 36 % от всех случаев холедохолитиаза. Однако при этом всегда были другие симптомы, гипербилирубинемия, повышение щелочной фосфатазы крови, наличие желчных пигментов в моче, увеличение диаметра общего желчного протока и др.). Это, а также аналогичные исследования и наш клинический опыт свидетельствуют о том, что при патологии протоков в связи с желчной гипертензией необходимо применять не только операционную холангиографию. Она не абсолютна, и патологию протоков выявляют с ее помощью немногим более 85 %, при этом ложноположительные результаты составляют 8—10 %, а некорректные холедохотомии — 6 %.

Патологию протоков следует диагностировать и с помощью пальпации, измерения диаметра общего желчного

протока, манометрии, дебитометрии, а также зондирования, добываясь четкого ответа на три кардинальных вопроса: есть ли камни, имеется ли сужение терминального отдела, какова степень и протяженность сужения. Операционную холангиографию можно не производить при острой водянке и обострении хронической эмпиемы желчного пузыря при условии, что эти диагнозы были установлены раньше, но больные от операции отказывались, а во время поступления с приступом желчный пузырь по-прежнему пальпируется на своем месте.

Больная К-, 49 лет, «призналась» в наличии у нее давней (более 10 лет) водянки желчного пузыря. Признание оказалось вынужденным в связи с появившимися в последнее время неприятными ощущениями в зоне желчного пузыря и колющими болями. Во время осмотра обнаружен резко увеличенный, подвижный, легко смещаемый безболезненный желчный пузырь. Естественно, больной была предложена операция, от которой она сразу же и без колебаний отказалась, ссылаясь на десятилетнее относительное благополучие. В дальнейшем периодически возникали ноющие, колющие и другого характера боли, которые ни разу не могли быть расценены как приступ. Примерно через 8,5 лет после первого осмотра у больной однажды появились сильные боли в правом подреберье, рвота желчью, повысилась температура тела до 38,5 °С. При осмотре отмечалась выраженная болезненность в правом подреберье, умеренное напряжение мышц. Желчный пузырь прежних размеров, подвижность его ограничена, а пальпация болезненна.

Больная согласилась на экстренную операцию, во время которой обнаружен огромный растянутый желчный пузырь, переполненный мутным бесцветным с хлопьями экссудатом и большой одиночный камень, закупоривший шейку пузыря. Диагноз: нагноившаяся водянка желчного пузыря. Произведена холецистэктомия от шейки с раздельной перевязкой пузыря протока и желчнопузырной артерии. Течение послеоперационного периода гладкое. Через 48 ч больная самостоятельно ходила. На протяжении последующего десятилетия во время периодических осмотров констатируется полное отсутствие жалоб.

Удивительно похожая история оказалась у другой больной, которой также не сразу была произведена операция. У нее удален водянно-измененный желчный пузырь без признаков острого воспаления. Операционную холангиографию, так же как у больной К-вой, не производили; через 20 лет после операции — незначительные периодические боли в правом подреберье.

Таким образом, экстренную и срочную операцию холецистэктомии без операционной холангиографии можно выполнить при следующих условиях.

1. При первом приступе острого обтурационного холецистита без какого-либо «печеночного» анамнеза.
2. При водянке и эмпиеме желчного пузыря.

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ

Осмотр и пальпация общего желчного протока

К сожалению, при экстренной и срочной операции хорошо осмотреть общий желчный проток удастся не всегда, особенно в инфильтрированных тканях. До удаления желчного пузыря это можно сделать при хорошем доступе и четкой экспозиции. При этом нужно стремиться (во избежание травмы протоков) увидеть хотя бы небольшие участки проксимальнее и дистальнее впадения пузырного протока в общий желчный. Для того чтобы обнаружить камни в терминальном отделе, тем более мелкие, необходимо произвести мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру (рис. 18), и тогда желчевыводящие протоки становятся доступными пальпации на всем протяжении. Мобилизация по Кохеру заключается в том, что рассекают заднюю париетальную брюшину справа от двенадцатиперстной кишки, на протяжении около 10 см вдоль видимого наружного ее края. Затем пальцами, заведенными в забрюшинное пространство, раздвигают рыхлую клетчатку настолько, чтобы в образовавшуюся полость вошли четыре пальца руки. Тогда свободно и уверенно можно охватить печеночно-двенадцатиперстную связку, хорошо ее ощупать на всем протяжении, включая также терминальный отдел, БСД и головку поджелудочной железы. Наилучшим образом и почти с полной достоверностью удается ощупывание об-

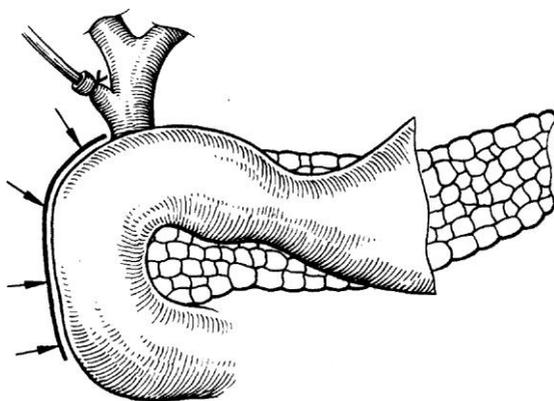


Рис. 18. Мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру.

В. В. Виноградов и Корнеев (1971), О. П. Аверина (1971) и др. считают расширенным проток, если его диаметр превышает 10 мм, Е. Pelissier и J. Meyer — 12 мм П.Н.Напалков и Н. А. Пострелов (1971) проводили измерение рентгеноконтрастной тени желчного протока у 227 больных с механической желтухой. С помощью специальной математической обработки статистических данных они пришли к заключению, что расширение общего желчного протока больше 11 мм обуславливает необходимость холедохотомии, а свыше 16 мм — наложения билиодигестивного анастомоза. Вариабельность диаметра определяет условность указанного критерия, однако в практической хирургии важно остановиться на одной определенной цифре. Среднее числовое значение предельного калибра гепатикохоледоха, по данным 18 авторов, равно $10 \pm 0,8$ мм. Следовательно, диаметр в 11 мм уже можно считать условно патологически увеличенным, 12 мм — безусловно патологическим расширением общего желчного протока. В связи с этим появляется необходимость точного измерения диаметра гепатикохоледоха. Для этой цели мы пользуемся ученическим циркулем. Необходимо только обнажить поперечник протока. Если этого не сделать и измерять его диаметр с брюшиной печеночно-двенадцатиперстной связки, то размеры будут завышены. Диаметр гепатикохоледоха в 11 мм мы считаем условно патологическим, т. е. считаем целесообразным дальнейшие диагностические поиски с целью обнаружения или полного исключения патологии желчевыводящих протоков

Зондирование желчных протоков

До внедрения в хирургическую практику операционной холангиографии зондирование протоков было главным интраоперационным диагностическим приемом. Н. Kehr (1913), например, считал необходимым зондировать протоки практически во всех случаях в поисках бессимптомных камней. Целью зондирования было установить наличие камней и выявить проходимость желчевыводящих протоков. В настоящее время цели зондирования остались теми же, но результат его рассматривается в контексте с операционной холангиографией. Вместе с тем удачное зондирование (в смысле обнаружения патологии) может дать больше информации, чем операционная холангиография [Янгибаев З., 1987]. Например,

очень маленькие камни (до 2 мм в диаметре) в нефилтрированном общем желчном протоке хорошо пальпируются на зоне; распознаются увеличенные плотные лимфатические узелки, симулирующие камни; при палпации на зонде можно достоверно убедиться, что они расположены за пределами стенки общего желчного протока; ощупывание фиксированного зондом БСД через стенку двенадцатиперстной кишки дает представление не только о его стенозе (проходимость зондов разного диаметра), но и о степени рубцовых изменений, и, наконец, о наличии опухоли БСД.

Зондирование можно вести и через разрез пузырного протока и через его культю и естественно через холедохотомическое отверстие, если уже произведена холедохотомия. Важно убедиться в том, что в пузырном протоке камней нет (это с абсолютной достоверностью определяется пальпацией) и он не заблокирован (свободно выделяется желчь).

Пузырный проток редко впадает в общий желчный перпендикулярно. Угол между пузырным протоком и печеночным всегда меньше 90° . Поэтому беспрепятственное проведение зонда в гепатикохоледох предусматривает косое его направление. Если зонд полиэтиленовый, то он принимает форму «лекального» пути самостоятельно. Если зонд стандартный, металлический (матовый), то ему нужно придать «лекальный» изгиб, открытый угол которого около 120° . Мы используем зонды с оливами разного диаметра (от 3 до 12 мм). Зонды сделаны из мягкого металла и легко принимают необходимую форму.

Операционная манометрия и дебитометрия

Эти методы в настоящее время самостоятельного значения не имеют. Однако при совместном их применении они могут дать дополнительную информацию, тем более что для этого исследования не нужно дополнительных действий и на него уходит мало времени. Нормальное давление находится в пределах 80—150 мм вод. ст. Более высокое давление свидетельствует о наличии желчной гипертензии. М. Kuhl и D. Dorner (1982) считают, что невыявленные операционной холангиографией мелкие камни могут фиксироваться в БСД и вызывать временную гипертензию. Можно измерить дебит желчи, если определить снижение уровня желчи в вертикально поднятой дренажной трубочке за единицу времени. При хорошей

проходимости трубочка опустеет за 30±Ю с. Если этого не произошло, то, следовательно, имеется значительное сужение терминального отдела желчных путей или какая-то другая причина, затрудняющая отток желчи.

Обилие методов интраоперационной диагностики патологии протоков конечно же свидетельствует об отсутствии единого и абсолютно достоверного метода. В то же время число забытых камней, нераспознанных стенозов и другой патологии билиарной системы уменьшается в той мере, в какой хирург овладел методами операционной диагностики, применяет их по показаниям (в нужный момент — подходящий метод), правильно интерпретирует полученные факты и умеет произвести адекватное вмешательство.

Очень важно, что именно при экстренной или срочной операции по поводу острого обтурационного холецистита в связи со стойкой закупоркой пузырного протока встречается наибольшее количество случаев, когда операция может быть выполнена без ревизии (обследования) общего желчного протока, без операционной холангиографии, без манометрии и дебитометрии.

а

ГЛАВА VII ЭКСТРЕННАЯ И СРОЧНАЯ ХОЛЕДОХОТОМИЯ

/

ПОКАЗАНИЯ К ХОЛЕДОХОТОМИИ

Прежде чем обсуждать этот вопрос, необходимо сделать некоторые уточнения, главным образом относящиеся к достижениям теории и практики хирургии желчных путей.

Общие цели холедохотомии сузились. Если корифеи хирургии (Н. Керг, С. П. Федоров, А. Т. Лидский, В. В. Виноградов и др.) в холедохотомии видели наибольшую степень надежности операционной диагностики, то в настоящее время диагностическую холедохотомию применяют только в комплексе с другими методами или для выполнения лечебной манипуляции. Диагностическая она становится лишь в том случае, если указания других методов на патологию протоков оказались недостаточными или ошибочными.

Иначе говоря, в настоящее время диагностическая холедохотомия (при наличии условий для выполнения операционной холангиографии) потеряла свое значение как самостоятельная диагностическая интраоперационная процедура.

Теория желчной гипертензии позволяет обосновать в ряде особо тяжелых случаев отказ от продолжения операции (вмешательство на протоках), если достигнута основная цель — декомпрессия желчных путей.

Если в одновременно вышедших монографиях в 1963 г. И. М. Тальмана и А. Т. Лидского настоятельно подтвердилось положение С.П. Федорова: «до тех пор, пока не установлена патология желчевыводящих протоков, желчный пузырь удалять нельзя», то в настоящее время этот вопрос уже не является столь актуальным. Наличие декомпрессионного дренажа пузырного протока и достаточного оттока по нему желчи позволяет в случае необходимости остановить операцию на этом этапе с последующей коррекцией патологии протоков после выведения больного из тяжелого состояния. Это обстоятельство находит подтверждение в разработке и внедрении ЭПСТ. Как свидетельствуют В. М. Буянов (1985), М. В. Данилов и соавт. (1985) и другие авторы, им удавалось после выявления камней или стеноза БСД во время операции или в послеоперационном периоде (фистулография через декомпрессионный дренаж пузырного протока) удалять обнаруженные камни с помощью ЭПСТ или через дренаж общего желчного протока корзинкой Дормиа. Более того, в ряде случаев П. М. Постолову и соавт. (1987) удалось растворять камни общего желчного протока путем введения через декомпрессионный дренаж пузырного протока монооктаноина.

Таким образом, говоря о показаниях к холедохотомии, мы имеем в виду те случаи экстренных и срочных операций, когда хирург и анестезиолог решают, что нет препятствий к продлению расширенного оперативного вмешательства.

В настоящее время можно говорить о трех задачах, решаемых с помощью вскрытия общего желчного протока: удаление камней, удаление инфицированной желчи, длительная декомпрессия. Отсюда логически вытекают показания к холедохотомии.

1. Камни в желчевыводящих путях.
2. Широкий пузырный проток при наличии мелких камней в желчном пузыре.

3. Холангит.
4. Острый отек головки поджелудочной железы.
- /■
5. Стеноз БСД. 0)
6. Расширение диаметра общего желчного протокам

Камни в желчевыводящих протоках. Возможности диагностики камней желчевыводящих протоков в настоящее время весьма обширны. Однако все дооперационные методы диагностики относятся к плановой хирургии желчных путей. Что касается экстренной хирургии, то диагностические средства ограничены клиническими симптомами и операционной холангиографией.

Среди клинических показаний для холедохотомии на первом месте стоит желтуха.

В настоящее время трудно вообразить хирургическое отделение любого уровня, в котором хирургия желчных путей существует без операционной холангиографии.

Вместе с тем можно представить и такую картину: во время дежурства оказалась необходимой экстренная операция, а операционную холангиографию провести нельзя по техническим или организационным причинам. Для выявления проходимости желчевыводящих путей во время операции (при отсутствии операционной холангиографии) остается метод калибровочного зондирования, которое при узком пузырном протоке лучше всего произвести из холедохотомического разреза.

Широкий пузырный проток при множестве мелких камней даже в отсутствии желтухи является показанием к операционной холангиографии и зондированию. Последовательность действия должна быть именно такой, а не наоборот. Во время экстренной холецистэктомии после удаления пузыря зияющий пузырный проток «приглашает» провести зондирование. Соблазн велик, так как проведение зонда займет 2—3 мин и тяжелая экстренная операция может быстро закончиться. Однако следует подумать о неудачном зондировании, когда не обнаруживаются ни камней, ни стеноза или, наоборот, обнаруживаются стеноз, но происхождение его неясно. В этих случаях предварительное зондирование, которое травмирует слизистую оболочку с кровотечением из нее сгустками крови, симулирующими камни на рентгенограммах, может затруднить диагностику. Из простого просчета и «перестановки ходов» операция может оказаться неадекватной.

Современные показания к холедохотомии в связи с камнями такие же, как и несколько десятилетий назад.

д/ы считаем, что делать холедохотомию при очень мелких камнях в желчном пузыре и широком пузырном протоке следует только при том условии, что никакие другие методы обнаружения камней применить нельзя.

Холангит. При остром холецистите холангит встречается, как правило, в сочетании с камнями или стенозом БСД и только в очень редких случаях как самостоятельное заболевание.

Холедохотомия при остром холангите (а именно с таким холангитом хирург встречается при остром холецистите) показана всегда и без всяких исключений. В отличие от механической желтухи, которую можно купировать с помощью различных пункционных холецистостомий, при холангите такие вмешательства могут оказаться неэффективными. Даже при удачной холецистостомии, т. е. при казалось бы надежном отведении желчи, может наступить осложнение в виде повторной закупорки камнем пузырного протока с возобновлением атаки холангита, но в уже гораздо худших условиях.

Целью любой операции при холангите является холедохотомия, отведение инфицированной желчи и декомпрессия. Холедохотомическое отверстие при этом должно быть широким, достаточным для удаления камней, зондирования, холангиоскопии и промывания желчных путей. Эти манипуляции можно попытаться произвести через пузырный проток, если его диаметр равен или превышает 1 см.

Мы согласны с Э. И. Гальпериным (1987) и Г. И. Жидовиновым (1987), что тонкий декомпрессионный дренаж пузырного протока при гнойном воспалении как в желчном пузыре, так и в желчевыводящих протоках не обеспечивает адекватного оттока желчи. Однако если после промывания, удаления камней, гноя пошла негустая и на вид чистая желчь, то тонкий (3 мм внутреннего диаметра) дренаж обеспечит полное отведение желчи.

Это утверждение не следует понимать как рекомендацию такого вида дренажа при гнойном холангите. Здесь мы предпочитаем Т-образный полусферический латексный дренаж, если не предпринят другой вид хирургической декомпрессии (ПСТ, ХДА, холедохозентеростомия) или в сочетании с ними.

Острый отек головки поджелудочной железы. Выше уже отмечалось, что, по данным разных авторов, острый приступ холецистита сопровождается симптомами острого панкреатита от 5 до 25 %, а по данным И. А. Подъяб-

лонской (1987), — 35%. Обычно выраженными бывают несколько ключевых симптомов — характерные боли, амилазурия, частая рвота, иктеричность склер.

Последний симптом может создать трудную проблему в отношении показаний к холедохотомии. Задача эта решается только по ходу операции.

О с м о т р и п а л ь п а ц и я . В условиях общего отека тканей или наличия инфильтрата определить отек головки поджелудочной железы с помощью пальпации довольно трудно. Даже четкое визуальное и пальпаторное подтверждение этого обстоятельства не решает вопрос о холедохотомии, ибо увеличение головки поджелудочной железы может произойти как без механических причин, так и при наличии камней в терминальном отделе.

Р а с ш и р е н и е ж е л ч е в ы в о д я щ и х п р о т о к о в при отеке головки поджелудочной железы носит умеренный характер (11 — 12 мм) или протоки могут оставаться в пределах нормального калибра.

М а н о м е т р и я и д е б и т о м е т р и я . Давление в желчевыводящих протоках меняется и значительно, но дебитометрия, как правило, свидетельствует о наличии затруднения в желчеотделении, если опорожнение столба желчи после достижения максимальной отметки (180—200 мм вод. ст.) происходит за удвоенное или утроенное время.

Следует отметить, что на основании данных осмотра, пальпации и замеров протоков, а также замедления дебита при отеке поджелудочной железы полностью решить вопрос о холедохотомии нельзя. Холедохотомия, предпринимаемая только на основании наличия отека поджелудочной железы с некоторым расширением протоков, некоторой гипертензией и нарушением дебита, будет холедохотомией диагностической, так как приведенные выше методы диагностики только указали хирургу на возможность патологии протоков.

Решающим исследованием является операционная холангиография. При отеке головки поджелудочной железы рентгенологическая картина будет характерной: равномерно расширенный общий желчный проток без дефектов наполнения, с равномерным копьевидным сужением терминального отдела и незначительным сокращением во времени опорожнения контрастного вещества.

Главным вопросом является следующий: какова причина сужения и затруднения оттока желчи — стеноз БСД

или сдавление желчевыводящих протоков отечной головкой поджелудочной железы? Если исключен стеноз БСД и установлено, что сужение связано именно с отеком поджелудочной железы, холедохотомия не показана. Более того, при остром холецистите с сопутствующим реактивным отеком поджелудочной железы она может оказаться вредной, поскольку в результате внутрипротоковых манипуляций панкреатит обычно обостряется, отек может перейти в некроз со всеми вытекающими последствиями. Вот почему операционная холангиография при отеке поджелудочной железы приобретает особое, можно сказать решающее значение в тактике хирурга. Необходимо подчеркнуть, что зондирование протоков и пробное выскабливание без прямого указания операционной холангиографии на наличие камней или стеноза недопустимо.

Холедохотомия при отеке поджелудочной железы не нужна, но совершенно необходима декомпрессия, которая в исчерпывающем виде обеспечивается дренажом пузырного протока. Можно отметить, что острый отек поджелудочной железы при остром холецистите с умеренной желчной гипертензией и есть одно из абсолютных показаний к оставлению декомпрессивного дренажа пузырного протока.

Стеноз БСД может проявляться клинически еще до операции, или выявляется только во время операции. В подавляющем большинстве случаев стеноз БСД сопутствует холедохолитиазу, но бесспорно также, что имеется ряд больных, у которых стеноз существует изолированно, без холедохолитиаза или после самостоятельного отхождения камней из БСД [Виноградов В. В. и др., 1983]. При остром холецистите затруднение проходимости желчи в двенадцатиперстную кишку может зависеть и от стеноза, и от отека БСД (папиллит), и от застрявшего в сосочке маленького камешка, но, к сожалению, отсутствуют четкие дифференциально-диагностические рентгенологические признаки, и в вопросе о показаниях к холедохотомии приходится полагаться на комплексное исследование.

Расширение диаметра общего желчного протока. На наш взгляд, наиболее информативными (естественно, в сочетании с полученными данными операционной холангиографии) являются измерение диаметра и зондирование общего желчного протока.

Расширение общего желчного протока при рентгенологической картине затруднительного оттока (даже в от-

сутствии прямых указаний на камни и стеноз) требует зондирования через пузырьный проток, а если проток узкий, то необходима диагностическая холедохотомия главным образом для зондирования и пальпации на зонде.

Таким образом, диагностическая холедохотомия показана при рентгенологическом симптоме затруднительного оттока желчи, расширенном более 11 мм общем желчном протоке и суженном БСД, когда через него не удастся провести 3-миллиметровый зонд.

Эти рекомендации пригодны для операций у больных, не имеющих повышенного риска, и для высококвалифицированной (специализированной) хирургической бригады.

При экстренной операции у хирурга имеется выбор: продолжить операцию, обосновав показания к холедохотомии и выполнить ее в полном объеме, включая устранение причины желчной гипертензии, или в случае операции у тяжелобольного пожилого возраста ограничиться удалением желчного пузыря и декомпрессией желчевыводящих протоков. При этом необходимо четко обосновать и записать в истории болезни (описании операции) совместное с анестезиологом решение о необходимости оставки операции на определенном этапе.

ТЕХНИКА ХОЛЕДОХОТОМИИ

Когда принято решение о вмешательстве на протоках, необходимо провести это расчетливо и без лишней задержки операции,

Доступ. Большое значение имеет доступ с хорошим визуальным обзором зоны операции. Для этого нужны длинные и широкие крючки, достаточный кожный и апоневротически-мышечный разрез (если доступ затруднен из-за малого разреза брюшной стенки, его следует расширить) и достаточно опытные помощники.

Желательно очистить от брюшины площадку на общем желчном протоке (хотя бы на две длины разреза), но при остром холецистите с инфильтрацией протока делать это нужно осмотрительно, поскольку возможно кровотечение из мелких сосудов.

Вскрытие протока и удаление его содержимого. Данный этап является важным и ответственным моментом

холедохотомии. Вскрытие напряженного расширенного общего желчного протока не представляет затруднений, но если проток сравнительно узкий, да еще в нем низкое давление, тогда этот момент операции может быть чреват осложнениями в виде прокола или разреза обеих стенок. Чтобы избежать этого осложнения, тем более неприятного, если оно останется незамеченным, целесообразно перед разрезом общего желчного протока предпринять некоторые профилактические меры.

1. Приподнять переднюю стенку общего желчного протока с помощью двух держалок на уровне середины расстояния от впадения пузырного протока до стенки двенадцатиперстной кишки. После рассечения стенки эти держалки удаляются.

2. Пунктировать приподнятую стенку с помощью изогнутой иглы.

3. Когда из пункционного отверстия показалась желчь, расширить его тонким и острым скальпелем, например глазным (рис. 20). Широкий проток можно сразу проколоть глазным скальпелем (не проколоть заднюю стенку!), расширить отверстие продольно на длину 1 — 1,5 см (в зависимости от размеров камней и головки зонда) и немедленно наложить три держалки.

Во-первых, эти держалки, наложенные через все слои, дадут возможность легко заводить зонды, не травмируя при этом стенки общего желчного протока; во-вторых, эти держалки при потягивании (при необходимости их можно временно завязать и снять перед ушиванием холедохотомического отверстия) останавливают кровотечение. Время, затраченное на наложение держалок, компенсируется свободным введением зондов в дистальную часть общего желчного протока.

Перед тем как вскрыть общий желчный проток, после того как большими салфетками будет ограждено подпеченочное пространство, необходимо включить электроили вакуум-отсос. При гнойном холангите, например, в связи с высоким давлением в протоках после рассечения из них хлынет гной. Нельзя допускать попадания гноя (или инфицированной желчи) в подпеченочное пространство и сальниковое отверстие. Первичный прокол или разрез не должны превышать 2 мм и именно через это отверстие желательно эвакуировать жидкое содержимое желчных центральных протоков. Эта манипуляция продолжается до снятия избыточной гипертензии (желчь

не фонтанирует), после чего можно расширить отверстие,

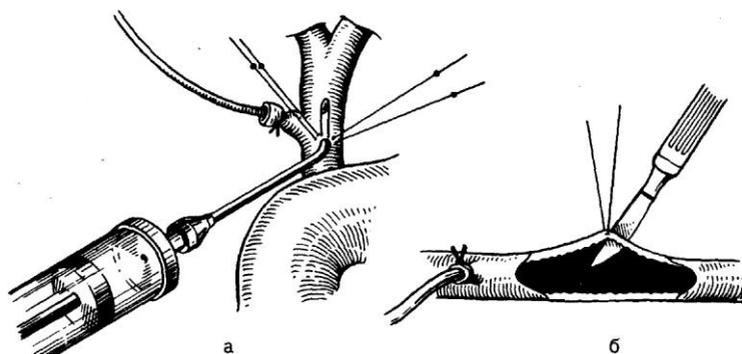


Рис. 20. Пункция общего желчного протока изогнутой иглой (а) и рас-
сечение стенки его скальпелем (б).

ввести катетер Нелатона в проксимальном направлении и хорошо отсосать желчь из внутривенных протоков. Если пальпируются камни, то продолжение операции на данном этапе будет заключаться в удалении камней.

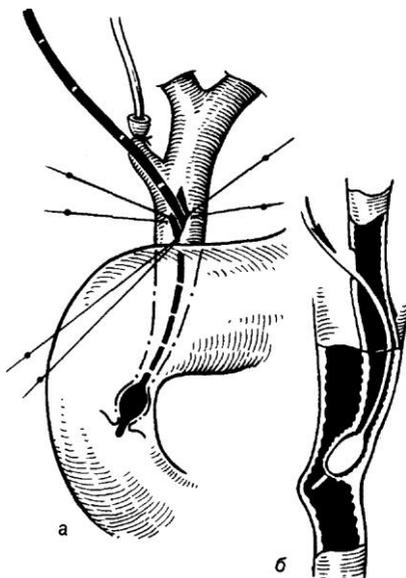
Удаление крупных камней производят с помощью окончатых зажимов, которые хорошо удерживают камни и не очень их разрушают. Более громоздкие конструкции не получили распространения.

Мелкие камни, зафиксированные на операционной холангиограмме, из проксимальных отделов извлекают с помощью узких ложек Фолькмана или промывания через катетер Нелатона с последующим отсасыванием. Камни дистального отдела также удаляют окончатыми зажимами и ложечками Фолькмана. Выше отмечалось, что манипулировать ложечками Фолькмана в зоне поджелудочной железы нужно осторожно, чтобы не спровоцировать панкреатит.

Наличие множества мелких камней создает дополнительные трудности в их обнаружении и полноте удаления. При широком общем желчном протоке и наличии хорошего инструмента можно контролировать процесс извлечения камней с помощью холангиоскопии [Кузин М. И., Данилов М. В. и др., 1987]. Лучшие результаты дает зондирование и извлечение мелких камней с помощью баллонных катетеров с одновременным холангиоскопическим контролем.

Зондирование. Его можно проводить до удаления камней, если они не очень большие (около 3—4 мм), и после удаления камней как в дистальном, так и в прокси-

Рис.21. Проведение зонда через растянутое холедохотомическое отверстие до стенозированного большого сосочка двенадцатиперстной кишки (а) и положение его в прожке и сосочке (б) — продольный срез.



мальном направлении. Здесь, как рекомендовал С. П. Федоров (1934), уместно поменяться местами с ассистентом, и тогда зонд вводят правой рукой, а проток на зонде ощупывают левой. При зондировании дистального отдела зонд удерживают левой рукой, ощупывание производят правой (рис. 21).

СПОСОБЫ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕДОХОТОМИИ

После того как закончится удаление камней и инфицированного содержимого, встанет вопрос о закрытии холедохотомического отверстия. Вероятно, нет более спорной проблемы, чем выбор метода окончания холедохотомии. Поскольку нет единственного универсального метода, хирург может применять чаще какой-нибудь любимый метод, может его энергично пропагандировать и все же не избежит применения всех остальных методов, которых, кстати, не так уж много.

1. Первичный «глухой» шов общего желчного протока.
2. Наружное дренирование Т-образным дренажом по Керу.
3. Внутреннее дренирование: ХДА, ПСТ, холедохоеюноанастомоз (ХЕА).

Среди обширной, можно сказать, необъятной литературы по поводу вмешательств на желчевыводящих протоках специально о холедохотомии при остром холецистите написано сравнительно мало. Конечно, нет особо больших различий в плановой и экстренной операции с того момента, когда уже принято решение о холедохотомии. Больших различий нет, но маленькие существуют. Хирурги о них мало думают во время операции, может быть, отчасти и потому, что эти различия еще не систематизированы. Мы рассмотрим различные аспекты расширенных холецистэктомий последовательно по каждой операции отдельно в плане показаний, техники, послеоперационного периода и результатов.

Первичный («глухой») шов общего желчного протока

Термин по отношению к полному ушиванию холедохотомического отверстия не совсем верен. «Глухой» шов раны, глухой шов брюшной полости предусматривает создание герметичности. Здесь же остается естественный выход желчи, т. е. герметичности нет. Не говорим же мы о «глухом» шве по отношению ушитой кишки!

Мы называем такой шов первичным швом общего желчного протока [Королев Б. А., Пиковский Д. Л., 1971], что, с нашей точки зрения, более точно отражает суть происходящего. Но, понятно, дело не в терминологии. Очень многие хирурги относятся к «глухому» шву общего желчного протока резко отрицательно; другие, наоборот, при каждой операции ищут возможности защитить проток без дренирования. Действительно, без всякого сомнения рана желчного протока при первичном шве заживает первичным натяжением, в то время как при дренировании общего желчного протока рана заживает вторичным натяжением.

Возражения против «глухого» шва сводятся к тому, что после манипуляций на общем желчном протоке (удаление камней, зондирование, даже операционная холангиография) в нем повышается давление. По мнению В. В. Виноградова (1977), после «глухого» шва через него всегда в том или ином количестве просачивается желчь. Ни один хирург не может гарантировать полную герметичность наложенного на общий желчный проток шва. Тем более если это нельзя проконтролировать во время операции.

Заметно расширились возможности применения первичного шва в связи с нашим предложением о декомпрессионном дренаже пузырьного протока, при котором отсутствуют главные недостатки «глухого» шва.

1. Устраняется давление, приводящее обычно к просачиванию желчи.

2. Хирург получает возможность в конце операции проверить герметичность наложенного им шва путем нагнетания изотонического раствора хлорида натрия через дренажную трубку под высоким давлением (более 600 мм вод. ст.), которого никогда не достигает послеоперационная гипертензия, если нет механической желтухи.

3. Хирург может через декомпрессионный дренаж пузырьного протока выполнить контрольную холангиографию с целью обнаружения забытых камней или другой «остаточной» патологии.

По мнению всех без исключения хирургов, «глухой» шов абсолютно противопоказан, если в протоке остались камни или другая неустранимая патология.

4. В послеоперационном периоде при декомпрессионном дренировании пузырьного протока можно следить и за давлением, и за дебитом желчи и уловить момент полного восстановления проходимости желчи, документировать его холангиограммой. И, наконец, с помощью послеоперационной фистулохолангиографии можно определить качество наложенного шва (деформация общего желчного протока, сужение его в месте наложения шва и др.).

Если сравнить летальность при первичном шве общего желчного протока с летальностью при ХДА, наружном дренировании или ПСТ, то она окажется в 3,5; 4 и почти в 6 раз меньше, чем при названных операциях. По логике многих научных публикаций (мы уже писали о подобном способе сравнения статистических данных) следовало бы прийти к выводу о явных преимуществах первичного шва перед другими методами окончания холедохотомии. Простой анализ собственного материала показывает, однако, что подобное утверждение вводило бы в заблуждение. Дело заключается в том, что при всех преимуществах декомпрессионного дренажа пузырьного протока первичный шов общего желчного протока применялся редко, всего в 4,3 % случаев на 3000 операций, в то время как наружное дренирование составило 8,2 %, ХДА — 10,4 %, а ПСТ — 7,5 %.

Применение декомпрессионного дренажа

пузырного

12*

179

протока позволило нам за 17 лет (1965—1982) получить после первичного шва общего желчного протока результаты (летальность 1,9%), почти не уступающие результатам холецистэктомий без вмешательства на протоках (летальность 1,2%).

Хорошие результаты первичного шва связаны прежде всего с тем, что он применялся у наиболее легких больных со строго очерченной, полностью выявленной и устранимой патологией, а главное по узким и четким показаниям. Когда же на одной базе клиники первичный шов стали применять чаще (20,3% от числа всех операций, 70% от числа всех холедохотомий), то летальность поднялась до 4,9% (10 летальных исходов на 203 операции).

При наличии декомпрессионного дренажа пузырного протока любое вмешательство на общем желчном протоке можно завершить первичным швом. Однако для этого необходимо наличие трех условий: 1) полностью устраненная без всяких сомнений патология; 2) умеренное расширение общего желчного протока; 3) отсутствие активного воспаления в просвете и стенке протока.

Под условием «полностью устраненная патология» следует понимать такую ситуацию, когда адекватная операция выполнена в полном объеме и нет никаких оснований для озабоченности и возможности повторного вмешательства. Ошибки при этом, конечно, бывают, и при «глухом» шве они приводили к трагической ситуации. Если оставленный камень закупоривал терминальный отдел, а хирург, не разобравшись в ситуации, не производил своевременно релапаротомии, то больной мог умереть от холангита и печеночной недостаточности. С применением декомпрессионного дренирования пузырного протока ситуация меняется. При той же остаточной патологии желтухи не будет (дренаж!), большой дебит желчи через дренаж и высокое давление в общем желчном протоке укажут хирургу на неблагополучие и необходимость фистулохолангиографии. Эта манипуляция объяснит причину желчной непроходимости (камень, отек БСД, панкреатит) и поможет хирургу целенаправленно устранить выявленную патологию, применив для этой цели консервативную терапию, ЭПСТ или повторную операцию.

Умеренное расширение общего желчного протока предполагает калибр протока 11—15 мм с сохранением тонуса. Резко расширенный проток — неблагоприятная

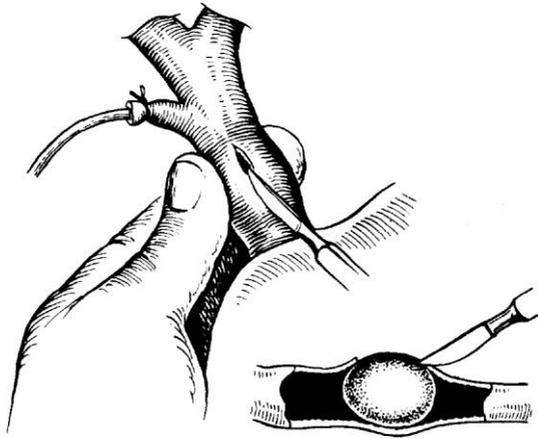


Рис. 22. Извлечение одиночного крупного камня из общего желчного протока.
 а — фиксация камня с рассечением над ним общего желчного протока; б — примерное соотношение длины рассечения протока и диаметра камня (продольный срез).

ситуация, особенно опасная при первичном шве общего желчного протока (застой желчи, нагноение, недостаточность шва).

При резком расширении протока, как правило, приходится применять внутреннее дренирование.

Отсутствие активного воспаления относится не только к содержимому просвета общего желчного протока, но и к изменениям самой стенки. Здесь необходимо подчеркнуть, что при остром обтурационном холецистите во время экстренной или срочной операции, связанной с необходимостью холедохотомии (камни, стеноз, холангит), следует исходить из априорной предпосылки о непреходящем наличии инфекции, в том числе и в отсутствие явного гноя. А раз так, то первичный шов во время экстренной или срочной операции фактически противопоказан. Исключения составляют те редкие случаи, когда во время операции в начале приступа при малоизмененном общем желчном протоке в нем определяется одиночный камень, над ним рассекается малоизмененная стенка, камень без труда «рождается», желчь чистая, прозрачная, декомпрессионный дренаж пузырного протока работает (рис. 22). Во всех других случаях сохраняется опасность инфекции и расхождения швов. Преимущество первич-

ного шва не столь очевидно, чтобы во имя его выполнения повышать риск операции.

В 1987 г. Э. И. Гальперин и Ю. М. Дедерер писали: «Мы редко прибегаем к такой операции («глухому» шву — Б. К. и Д. П.), так как считаем, что значительно безопаснее произвести временное дренирование, если проток вскрыт и произведена его инструментальная ревизия». И далее ... «показания к глухому шву общего желчного протока могут быть несколько расширены, если оставлять в протоке тонкую дренажную трубку, проведенную через пузырьный проток».

В.В.Родионов и соавт. (1987) считают, что декомпрессионное дренирование пузырьного протока позволяет чаще накладывать «глухой» шов. Так, на 34 холедохотомии, предпринятые после неполного эффекта ЭПСТ, 24 раза накладывался «глухой» шов с декомпрессионным дренированием пузырьного протока, 3 раза ХДА и 7 — Т-образный дренаж по Керу. С. Maigne и соавт. (1983) при экстренных операциях у больных старше 75 лет в 60 случаях из 88 операций с наружным дренированием после холедохотомии воспользовались также декомпрессионным дренированием пузырьного протока.

В. К. Гостищев и соавт. (1987) писали, что после внутрипротоковых манипуляций вследствие опасности развития желчной гипертензии возможности для наложения глухого шва вообще отсутствуют.

Мы не являемся убежденными противниками первичного шва общего желчного протока, однако после внутрипротоковых манипуляций и особенно при остром холецистите, когда инфильтрация стенки общего желчного протока очевидна, мы предпочитаем дренирование Т-образной трубкой через холедохотомическое отверстие. Если в хирургическом отделении отсутствует Т-образный дренаж, то после первичного шва декомпрессионную функцию успешно выполнит дренаж пузырьного протока.

Наружное дренирование общего желчного протока

Во время «первой волны» хирургического лечения заболеваний желчных путей (начало XX века), когда хирурги все более широко производили вмешательство на протоках и также широко дискутировался вопрос о закрытии холедохотомической раны, появились первые работы Н. Kehr о наружном дренировании общего желчного протока. На протяжении короткого времени (около

15 лет) Н. Kehr в многочисленных публикациях настойчиво (а по выражению В. А. Вельяминова — «назойливо») пропагандировал необходимость холедохотомии с целью поиска камней и, следовательно, наружного дренирования общего желчного протока во время каждой холецистэктомии. Это вызывало протест и возражения. Вполне логичные выводы из ежедневных клинических наблюдений и опыта 2000 операций (в то время очень немногие хирурги — Н. Deaver, W. Mayo — могли представить такие материалы) вначале, может быть, в силу категоричности стиля изложения не были поняты многими хирургами. Позднее, через 17 лет, в 1934 г. в предисловии ко второму изданию своей книги С. П. Федоров писал: «Дренаж протоков по Керу все же остался, правда, при более ограниченных показаниях, несмотря на энергичную борьбу против него, доходившую со стороны некоторых немецких хирургов до утверждения, что керовский дренаж на двадцать лет задержал развитие хирургии желчных путей».

Значение Кера как клинициста заключается в том, что он на много десятилетий опередил хирургическую мысль. В самом деле, какие задачи стоят перед современным хирургом? Да почти те же самые, что и в начале века: обнаружить патологию в общем желчном протоке, выполнить адекватную операцию и тем самым уберечь больного от рецидива болезни. Но у современного хирурга для этой цели есть несколько способов: дооперационные — холеграфия, УЗИ, КТ, ЧПХ, пункционная лапароскопическая холеграфия, ЭРХПГ; интраоперационные — операционная холангиография, холангиоскопия, трансиллюминация, акустические методы, и, наконец, как крайнее средство — диагностическая холедохотомия. Но главное — операционная холангиография! И хотя у современного хирурга с помощью современных методов имеется возможность обнаружить не только камни, но и другую патологию (сужение терминального отдела желчевыводящих протоков, его характер и протяженность, панкреатит), холедохотомия как диагностическая манипуляция, несмотря на ограниченные показания, остается в арсенале средств комплексной операционной диагностики.

Давно замолкли споры о целесообразности операционной холангиографии, имеются несколько решений научных конференций о ее производстве при каждой операции. Отклонения от этих установок, особенно в экс-

тренной хирургии, носят весьма ограниченный характер. Обязательная операционная холангиография наилучшим и эффективнейшим образом заменила обязательную холедохотомию. Но ведь задача операции от этого не изменилась! И современная хирургия желчных путей отдает должное Н. Кehr за постановку задачи, которая в настоящее время решается с помощью надежных методов исследования, главным образом операционной холангиографии.

Так что не может быть и речи о «...задержке развития хирургии желчных путей на 20 лет». Скорее, наоборот, требование Н. Кehr об обязательной холедохотомии явилось той сверхзадачей, которая через 25—30 лет привела к внедрению операционной холангиографии. Можно сказать и так: требование Н. Кehr о ревизии желчевыводящих протоков во время каждой операции сохранило актуальность и в наши дни, и нашло современное выражение в виде нескольких авторитетных решений о необходимости операционной холангиографии при каждой операции на желчных путях. Правда, многолетние наблюдения показали, что есть абсолютная корреляция между отрицательными интраоперационными исследованиями с одной стороны и отсутствием патоморфологических находок с другой. Поэтому хирурги в настоящее время ищут надежные критерии возможности избежать рентгеновское исследование во время операции, но при самых результативных поисках обойтись без операционной холангиографии можно у 10—12 % больных. В остальных же случаях она неизбежна. Чем же было вызвано такое неприятие и неприязнь хирургов к категорическому требованию Н. Кehr обязательной холедохотомии и дренирования, особенно резко выразившимися в рецензии В.В.Вельяминова (1913) на книгу Н. Кehr «Die Praxis der Gallenwegechirurgie»? Прежде всего тем, что Н. Кehr не мог удовлетворительно объяснить теоретическую основу необходимости дренирования.

Это удалось сделать только с позиций теории желчной гипертензии. Дренируя общий желчный проток после манипуляций на нем (холедохотомия, сочетающаяся с инструментальными поисками камней), Н. Кehr не только удалял инфицированную желчь (часто она не была инфицирована), но производил декомпрессию. Именно декомпрессия создает лучшие условия для заживления раны желчного протока и стихания воспалительного процесса в любом отделе желчных путей. Как и в других

случаях, теория «догнала» практику. В последнее время хирурги пришли к твердому выводу, что декомпрессия обрывает течение воспалительного процесса задолго до того, как из желчного пузыря или желчевыводящих протоков исчезает инфекция.

Вот почему в настоящее время большинство хирургов после холедохотомии и манипуляций на общем желчном протоке, в том числе и в тех случаях, когда выполняют билиодигестивное шунтирование, дополняют вмешательство наружным дренированием. Правда, в отличие от прежних лет во многих случаях вместо толстого дренажа, вставленного в общий желчный проток, используют тонкий ниппельный декомпрессионный дренаж пузыря протока. Так, З. Янгибаев (1987) писал, что на 127 случаев наружного дренирования после ПСТ в Институте хирургии им. А.В.Вишневского АМН СССР 116 раз (91,3 %) применялся тонкий дренаж через культю пузырного протока и только 11 раз (8,7%) — Т-образный дренаж.

Недостатки и осложнения наружного дренирования в основном связаны только с техническими погрешностями, они практически не содержат методологических пороков. Технически это наиболее простой способ завершения холедохотомии.

Среди возражений против наружного дренирования наиболее существенным является вопрос о желчепотере. Действительно, после длительной желтухи (иногда 1 — 1,5 мес), когда желчь не попадает в кишечник, наступает период в 2—3 нед, когда желчь выливается наружу. Однако этот недостаток не столь велик.

Во-первых, при дренировании наружу выделяется только часть желчи; если проходимость терминального отдела удовлетворительная, то обычно отделяется не более 20 % вырабатываемой печенью желчи, и происходит это в течение 2 нед. Такая потеря желчи практически не требует компенсации.

Во-вторых, при обильной потере желчи через дренаж следует предположить затруднение оттока и ставить вопрос о необходимости применения диагностических (фистулохолангиография) и лечебных мер. В этом случае Дренаж великолепно выполнил свою превентивную функцию «сигнализатора».

Наконец, в-третьих, важна диагностическая функция Дренажа, когда по каким-то причинам не устранено механическое препятствие (камень, стеноз, опухоль), и желчь

целиком в огромном количестве (600—900 мл) выливается наружу. Ситуация быстро проясняется: потеря желчи большая. И хотя наружное дренирование спасло жизнь больному, все же обильная потеря желчи должна быть устранена любыми методами, вплоть до выполнения повторной операции.

При всех обстоятельствах нужно иметь в виду, что отказ от наружного дренирования при неустранимой причине механической желтухи чреват летальным исходом или в лучшем случае полным желчным свищом. Таким образом, и в этих обстоятельствах наружное дренирование оказывается весьма полезным.

Способы наружного дренирования. Существует несколько способов наружного дренирования, каждый из которых (за некоторым исключением) имеет свои преимущества. Кратко охарактеризуем их.

1. Т-образный дренаж Кера. О нем много уже сказано. Можно добавить также, что его применяют при остром холецистите, при холангите, у лиц пожилого и старческого возраста в качестве временного (2—3 нед) и длительного (до 2 лет) наружного дренирования. Иначе говоря, Т-образный дренаж является наиболее универсальным дренажом после холедохотомии.

2. Дренаж-сифон-манометр А. В. Вишневого заключается в том, что резиновую трубку с боковым отверстием вставляют через холедохотомическое отверстие в сторону печени, а его ушивают над трубкой. Новым по сравнению с аналогичным дренажом Мейо-Робсона

явилось предложение А. В. Вишневого регулировать отток желчи с помощью приподнимания и опускания дренажной трубки.

Общим недостатком дренажей А. В. Вишневого и Мейо-Робсона является их не очень надежная фиксация. Иногда дренажная трубка немного выскальзывает из протока, боковое отверстие выходит за его пределы, и тогда происходит утечка желчи в подпеченочное пространство.

3. Тонкий (ниппельный) дренаж через культю пузырного протока. Правильное и частое применение наружного дренирования является одним из самых важных мероприятий для улучшения результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений.

4. Транспапиллярные дренажи Долиотти, Смирнова, Пиковского в настоящее время применяют редко в связи

с опасностью блокирования устья протока поджелудоч-
186

ной железы и реальной возможностью панкреатита. Приводить здесь характеристику и технику исполнения нет необходимости, тем более что в экстренной хирургии их не применяют совсем.

Холедоходуоденостомия

При механической желтухе разного происхождения применяют билиодигестивные анастомозы. К ним относят ХДА и ХЕА. В экстренной хирургии — практически только холедоходуоденостомию. Впервые эта операция была выполнена Riedel в 1888 г. Эта операция, разрешающая желчную непроходимость, особенно после работ F. Sasse (1913), A. Jurasch (1923), Т. А. Грасмика (1929), получила широкое распространение. Привлекала она хирургов прежде всего тем, что решала задачи лечения с помощью знакомых любому хирургу навыков: сшивания двух полых органов, т. е. наложения анастомоза, в принципе не отличающегося от межкишечного или желудочно-кишечного анастомоза, которыми владеет любой хирург. Да и результаты — исчезновение желтухи и болей — проявлялись в течение ближайших дней после операции. Особое значение приобретала возможность создания желчнокишечного анастомоза без детализации патологии терминального отдела. Имеет ли место неудалимый или трудно удалимый камень, стеноз БСД, хронический панкреатит — во всех этих случаях желтуха разрешалась полностью и больной при благополучном исходе послеоперационного периода быстро поправлялся.

Привлекательность этой операции заключалась также и в том, что, кроме «хирургической» простоты исполнения, формирование показаний к холедоходуоденостомии также укладывалось в несложную схему.

В конце 20-х годов появились работы, в которых авторы — известные хирурги, настаивали на том, что ХДА должен заменить наружное дренирование. Так, Т. Грасмик (1929) писал, что наружное дренирование должно проводиться в исключительных случаях, главной операцией после холедохотомии должна быть холедоходуоденостомия. В 1956 г. L. Ratschke категорически настаивал на том, что холедоходуоденостомия — универсальная операция, заменяющая все другие, в том числе и наружное дренирование. Однако если за период с 1926 по 1956 г. ХДА все чаще применялся в хирургии желчных путей, в том числе экстренной, то по публикациям после

1956 г. преимущества этой операции не представлялись хирургам столь очевидными, широкие показания хирурги суживают, приближая их к показаниям абсолютным.

В годы широкого применения этой операции мало уделялось внимания ее недостаткам. Лишь в последнее время появились работы, рассматривающие недостатки ХДА как с точки зрения физиологической, так и с точки зрения остающегося в выключенной терминальной части желчевыводящих протоков патологического процесса [Краковский А. И., 1977; Васкер А., 1985]. Большим недостатком является также нефизиологическое отделение желчи вне фаз пищеварения из-за исключения деятельности всех желчных сфинктеров; в результате этого давление в желчевыводящих протоках регулируется только выработкой желчи в печени, с одной стороны, и моторной функцией двенадцатиперстной кишки — с другой.

Зависимость функции ХДА от состояния двенадцатиперстной кишки диктует строгие требования к ее моторной деятельности и гидростатическому давлению в ней. Даже минимальные стазы, дискинезии, атонии и особенно деформации двенадцатиперстной кишки в зоне дуоденоеюнальной складки [Витебский А. Д., 1976] составляют определенную группу изменений, при которых наложение ХДА опасно.

О. С. Кочнев (1981) резко ограничивает показания к холедоходуоденостомии во время экстренной или срочной операции. Однако другие авторы [Шапошников А. В. и др., 1984; Нахинсон Р. А., Хоменко Ц. Б., 1986; Подъяблонская И. А., 1987] считают холедоходуоденостомию наиболее показанной как раз в ургентной хирургии, поскольку она является более или менее доступным выходом из сложной ситуации.

И. М. Тальман (1963) предлагает узкие, «абсолютные», и очень широкие, «относительные», показания. К абсолютным относятся: 1) обтурация протоков опухолью; 2) врожденные атрезии и кисты; 3) стриктуры протоков; 4) желчные свищи. К относительным: 1) желчнокаменная болезнь; 2) гепатит; 3) холангит; 4) лимфаденит печеночно-двенадцатиперстной связки; 5) стриктура БСД, фиброз мышцы Одди, папиллит, оддит; 6) функциональные расстройства мышцы Одди; 7) язвенная болезнь желудка.

Нетрудно заметить, что по этим показаниям ХДА можно накладывать каждому второму больному с желч-

нокаменной болезнью и жалобами на боли в правом подреберье.

В 70-е годы хирурги больше обращают внимание на противопоказания. Еще И. М. Тальман (1963) заметил, что даже самые горячие сторонники ХДА считают его противопоказанным при: 1) нерасширенном и особенно тонкостенном общем желчном протоке; 2) трудных анатомических соотношениях и у очень тучных субъектов; 3) «неподатливой» грудной клетке с высоким стоянием печени и глубоким расположением протока; 4) наличии аскарид в желчных протоках; 4) при гепатитах, печеночной недостаточности с желтухой и проходимым БСД; 6) септических гнойных холангитах; 7) дискинезии; 8) стазах и дискинезиях двенадцатиперстной кишки.

И. А. Подъяблонская (1987) отмечает, что существует ряд показаний к холедоходуоденостомии, которые основаны на невозможности гарантировать полноту удаления камней при неясной картине операционной холангиографии, когда анастомоз накладывают «на всякий случай» в виде страховки. Хирург может позволить себе это в связи с малой травматичностью операции. В. В. Родионов и В. М. Могучев (1983) считают, что добавление холедоходуоденостомии к холецистэктомии не вызывает увеличения летальности, которая, по мнению С. Me Shergu и F. Glenn (1980), резко возрастает только при экстренных операциях. Н. Finsterer (1952), N. Lygidakis (1982) считают, что летальность при холедоходуоденостомии значительно ниже, чем при наружном дренировании и ПСТ. Такое же мнение высказывают А. Ц. Гуляев и соавт. (1980), В. М. Могучев (1983). Что же касается отдаленных результатов, то еще Н. Kehr в 1913 г. отмечал в качестве неблагоприятных последствий ХДА дуоденобилиарный рефлюкс с развитием холангита.

Наличие дуоденобилиарного рефлюкса является серьезным противопоказанием к наложению ХДА. В связи с этим в 60-е и более поздние годы появились предложения заменить холедоходуоденостомию холедохоеюностомией с выключенной по Ру петлей тонкой кишки [Литтманн И., 1982]. Однако это не решило проблемы, так как ХЕА значительно сложнее ХДА как для хирурга, так и для больного [Петровский Б. В. и др., 1980; Pitt H. et al., 1981]. Кроме того, отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке приводит к гормональным расстройствам поджелудочной железы и общего пищеварительного процесса.

Особую проблему составляет рубцовое сужение наложенного анастомоза. По мнению Р. Malle-Guy (1953), к моменту завершения воспалительного процесса в желчевыводящих протоках и зоне анастомоза последний суживается на 30%. Это дало основание В.В.Виноградову (1977) и другим накладывать очень широкий анастомоз (до 3—4 см в диаметре) с расчетом на его последующее сужение. В. В. Виноградов указывал, что наложением широкого анастомоза устраняется также опасность холангита в связи с дуоденобилиарным рефлюксом: попадающее в желчевыводящие протоки содержимое быстро эвакуируется, и холангит, как правило, не возникает. Убедительнее, однако, звучит суждение В.С.Савельева и М.И.Филимонова (1976) о том, что причиной рубцевания ХДА является воспалительный процесс, который чаще возникает при наличии «слепого» мешка. Это подтверждается данными N. Lygidakis (1984), который с помощью электронной микроскопии обнаружил, что при расширении общего желчного протока происходит разрастание прилегающей к анастомозу соединительнотканной прослойки.

Суммируя данные литературы, можно убедиться в том, что холедоходуоденостомия является распространенной операцией, наиболее привычной для хирурга. Хотя относительно этой операции существует ряд нерешенных проблем (показания к операции, техника и неблагоприятные последствия), все же ряд хирургов применяют ее чаще других вмешательств на протоках, в том числе и при экстренных и срочных операциях.

По мнению И. А. Подъяблонской (1987), основными критериями невозможности наложения ХДА являются инфильтрация печеночно-двенадцатиперстной связки и дуоденостаз. Именно состояние этих органов при остром деструктивном холецистите нередко останавливает хирурга. И тогда он или отказывается от холедоходуоденостомии или идет на риск (для больного!). Частично исход зависит и от техники наложения анастомоза. За последние десятилетия существенных изменений в этом плане не произошло. Большинство хирургов отдают предпочтение методу Юраша — Виноградова, но необходимо заметить, что при этом методе двенадцатиперстная кишка как бы поворачивается вокруг продольной оси, что может сказаться на последующей функции этого весьма чувствительного органа. Наложение ХДА в любой модификации основано на обходном шунтировании желчного протока с двенадцати-

перстной кишкой и базируется на герметичности билиодигестивного шва.

Возможные опасности при выполнении анастомоза в условиях ургентной хирургии. Перитонит. Любой анастомоз, в том числе (и особенно) билиодигестивный, в условиях перитонита таит опасность недостаточности любого из 30—40 швов, наложенных для сшивания органов. Мы считаем, что холедоходуоденостомия в условиях перитонита не имеет ни обоснований, ни оправданий.

Ущемленные в БСД камни. В настоящее время в клиниках, где метод ЭПСТ стал рутинным, оставление камня в БСД не является столь драматичным — при стойком благополучии в послеоперационном периоде это вмешательство разрешает ситуацию. Однако новый приступ рефлюкс-холангита и рефлюкс-панкреатита может наступить не сразу после операции, а в неведомом будущем, и тогда ситуация вновь становится драматичной.

Инфильтрированные стенки общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки могут явиться причиной недостаточности анастомоза, особенно если операцию производят экстренно или срочно по поводу флегмонозного или гангренозного холецистита более чем через 48 ч от начала заболевания.

Узкий тонкостенный проток. Наложение ХДА ошибочно из-за значительных трудностей адаптации стенок анастомоза: крошечный дефект превращается в большую недостаточность анастомоза.

Наложение швов нитями из нерассасывающегося материала с захватом слизистой оболочки сшиваемых органов. Нити с течением времени инкрустируются солями с образованием камней.

Широкое рассечение двенадцатиперстной кишки (2—3 см, а по мнению некоторых хирургов, 4 см) при наложении широкого ХДА приводит к частичному пересечению активных мышечных волокон стенки двенадцатиперстной кишки с парезом ее и той или иной выраженности дуоденостазу, дуоденобилиарному рефлюксу с возможными холангитом и недостаточностью анастомоза.

Далеко не полный перечень опасностей при наложении экстренного и срочного ХДА позволяет заключить, что эта операция при всей привлекательности для общего хирурга таит в себе такое количество предвиденных (и непредвиденных) осложнений, что можно твердо отвергнуть ее

(за очень редким исключением) как операцию выбора при остром холецистите с поражением желчевыводящих протоков. Эти исключения сводятся к наложению ХДА при тубулярном сужении общего желчного протока в панкреатической части и отсутствии неблагоприятных условий в виде воспалительной инфильтрации печечно-двенадцатиперстной связки, дуоденостаза и наличии проходимого БСД.

Техника холедоходуоденостомии описана во всех руководствах и учебниках. Можно согласиться с И. А. Подъяблонской (1987), что предпочтительнее метод Юраша — Виноградова. Однако и этот метод не избавляет больного от участвующего в патологическом процессе поданастомозного «мешка». Кроме того, при резком (более 2 см) расширении общего желчного протока и широком анастомозе попадание пищи в атонический общий желчный проток становится правилом. Не требует доказательств положение, что если имеет место резкое расширение желчного протока, то это почти всегда связано со стенозом или блокадой БСД. Следовательно, для исключения образования «мешка» нужно выполнить ПСТ. Но тогда зачем нужна холедоходуоденостомия? Разве только в тех редких случаях, когда имеется двойное сужение (в панкреатической части общего желчного протока и БСД).

Однако есть ситуации, когда операцию можно закончить с помощью прямого ХДА, но без дуоденобилиарного рефлюкса и «мешка». Речь идет о тех случаях, когда имеется резко расширенный, дилатированный общий желчный проток с утолщенными фиброзно-измененными стенками, но без «свежей» воспалительной инфильтрации. Тогда можно наложить анастомоз конец в бок (конец общего желчного протока в бок двенадцатиперстной кишки), так называемый терминологический холедоходуоденоанастомоз. Такую операцию впервые выполнил W. Mayo в 1905 г. (цит. В. В. Виноградов и соавт., 1977). В дальнейшем она пропагандировалась М. Х. Камаловым (1959), Е. В. Смирновым (1961), Г. Г. Каравановым (1966), Я. Д. Витебским (1967), L. Dragstedt (1943), G. Mamma (1955), L. Grassi (1969) и др.

Такую операцию мы впервые выполнили в 1955 г. и в дальнейшем с неизменным успехом использовали ее неоднократно, но по самым строгим показаниям.

Больной П., 30 лет, поступил в клинику 06.03.60 г. с жалобами на сильные боли в правом подреберье, рвоту. Приступ болей начался 05.03. Болен 4 года. Приступ четвертый. Три предыдущих сопровождались

рвотой, высокой температурой тела и желтухой. При поступлении выра-
женная желтушность склер и кожных покровов. Пульс 115 в 1 мин. Резкое
напря-
жение и резкая болезненность при пальпации в правом подреберье
и эпигастральной области. Лейкоцитоз $12,4 \cdot 10^9/\text{л}$. Уромилаза 128 ед
,,о Вольгемуту. Билирубин 16,07 мкмоль/л. Протромбиновый индекс
80%; свертываемость крови в норме. Анализ мочи: реакция кислая, плот-
ность 1022, число лейкоцитов 1—3 в поле зрения, положительная реак-
ция на уробилин и желчные пигменты. Общий белок 75,3 г/л, фракцион-
ные белки: альбумины 50,9 %; глобулины: а, 8,9 %, а₂ 12,9 %; β 10,9 %;
γ 16,3 %; фибриноген крови 5,5 г/л.

Диагноз: острый калькулезный холецистит, панкреатит, механиче-
ская желтуха. 07.03 произведена операция под эфирно-кислородным
эндотрахеальным наркозом с управляемым дыханием. Разрез Черни.
В брюшной полости небольшое количество желчного выпота. Печень
увеличена, серовато-коричневого цвета с кожистым краем, мйгка, с мно-
жеством рубцов под капсулой. Желчный пузырь размером 10X5X3 см,
с утолщенной гиперемированной стенкой. Шейка пузыря в большом
плотном инфильтрате. Пузырный проток не дифференцируется. Желчный
пузырь вскрыт. Из него удален гной и большое количество фасетчатых
камней от горошины до размеров грецкого ореха.

Общий желчный проток расширен, напряжен, стенка его утолще-
на; двенадцатиперстная кишка не изменена. Желчный пузырь в связи
с инфильтратом удален по частям.

Вскрыт общий желчный проток. Из протока удалено 10 камней и за-
мазкообразная масса. Однако после этого проходимость протока не вос-
становилась. Дистальный отдел протока с большими воспалительными
изменениями. Стенка резко утолщена, склерозирована, а просвет сужен.
В то же время супрадуоденальная часть общего желчного протока и об-
щий печеночный проток изменены мало. Во время трудного удаления
камней и замаски отверстие в протоке расширилось и заняло большую
часть диаметра, в связи с чем решено было выделить до конца проток
и соединить его с кишкой конец в бок. Оказалось, что такой анастомоз
выполняется легче, чем бок в бок, без напряжения, достаточной ширины.

В послеоперационном периоде на 5-й день при общем удовлетвори-
тельном состоянии отмечались не очень сильные боли в животе и поясни-
це. Амилаза мочи 512 ед. На 8-й день желтуха исчезла. На 10-й день сня-
ты швы. На 15-й день больной был выписан за нарушение
режима.

Осмотрен через 2 года. Жалуется на возникающие иногда тупые
боли в области печени; неумеренно употребляет алкоголь.

Понятно, что молодой больной с хорошо сохраненной
функцией печени, оперированный в течение 1-х суток забо-
левания, хорошо перенес операцию. И мы не относим быст-
рое выздоровление за счет метода операции. Несмотря
на то что терминологический ХДА имеет определенные
преимущества и дает неплохие непосредственные и отдаленные
результаты (отсутствие «слепого» мешка в дис-
тальной части общего желчного протока, отсутствие натя-
жения и, следовательно, деформации двенадцатиперстной
кишки и др.), его следует применять только в тех редких
случаях, когда другой способ внутреннего дренирования
нельзя использовать. Необходимо помнить, что для нало-

жения терминологического ХДА нужно отделять общий желчный проток от сосудов, что в условиях воспалительного инфильтрата весьма рискованно.

Папиллосфинктеротомия

Папиллосфинктеротомия (ПСТ) как операция окончания холедохотомии и внутреннего дренирования желчных путей прошла сложный путь становления, признания, внедрения. Будучи ровесницей ХДА, она вначале применялась чрезвычайно редко, только для извлечения ущемленных в сосочке камней.

Лишь после многочисленных работ Р. Mallet-Guy (1947—1965), Н. Doubille и J. Mulholland (1958), А. А. Арианова (1959—1965), Р. Goinard и G. Pellissier (1960), В. В. Виноградова (1962), В. Kourias и С. Teirris (1966) и др. ПСТ стали применять как метод внутреннего дренирования при устранении стеноза БСД. Это стало возможным в связи с широким и основательным внедрением методов диагностики патологии терминального отдела желчевыводящих протоков (операционная холангиография, манометрия, дебитометрия).

В 60-е годы ПСТ использовали настолько часто, что появилась статистика не только числа произведенных операций, но и осложнений, главными из которых являлись послеоперационный панкреатит и ретродуоденальный абсцесс вследствие недостаточности швов задней стенки двенадцатиперстной кишки. Эти осложнения в основном обусловили довольно высокую послеоперационную летальность (6—8 %). Причиной их возникновения явилось техническое несовершенство ПСТ, а не порочность идеи операции. При сравнении наложения ХДА и ПСТ последняя явно проигрывала из-за большего числа осложнений и высокой летальности. На основании множества публикаций складывалось коллективное мнение хирургов о том, что ПСТ — операция не только сложнее холедоходуоденостомии, но опаснее и тяжелее для больного. Если хирургу нужно было выбирать между этими операциями, то вся литература рекомендовала наложение ХДА. Более того, сторонники ПСТ, ярко описывая преимущества этой операции перед холедоходуоденостомией, неизменно признавали, что последняя проще в выполнении и легче для больного [Виноградов В. В., 1962; Арианов А. А., 1959, и др.].

В 1976 г. Е. В. Смирнов писал, что технические трудности операции, послеоперационные осложнения со смер-

тельными исходами, развитие ретенноза, а также холангита в отдаленные сроки заставляют большинство хирургов сдержанно относиться к папиллосфинктеротомии.

Логическим развитием этого взгляда явился твердый постулат (не подвергающийся ни сомнению, ни анализу) о том, что холедоходуоденостомия предпочтительнее ПСТ; в экстренной ситуации [Панцырев Ю. М., 1978], у тучных [Jones S., 1978], ослабленных и тяжелобольных [Дударенко Б. И., 1978; Fry D. et al., 1983] и главным образом у больных пожилого и старческого возраста [Подъяблонская И. А., 1987].

Еще 8—10 лет назад эта сдержанность имела оправдание. Сейчас хирургия желчных путей достигла значительного прогресса, результаты ПСТ улучшаются. Так, Michak (1983) сообщает о летальности в 3,5 % на 242 операции, З. Янгibaев (1987) о 0,9% на 212 операций.

Улучшение результатов авторы связывают с улучшением диагностики, уточнением показаний к выбору метода и совершенствованием техники.

Первые папиллосфинктеротомии мы выполнили в 1959 г.; в 1964 г. сформулировали показания к этой операции, но техника вмешательства усовершенствовалась на протяжении трех десятилетий. Если проследить изменение техники ПСТ по периодам, то первые 72 операции (1959—1970 гг.) производились нами через широкое поперечное вскрытие двенадцатиперстной кишки на уровне БСД, с поиском и рассечением его в глубине кишки без идентификации протока поджелудочной железы. Последующие 118 операций (1971—1979) характеризовались попыткой с помощью зонда Соле-Ройга реализовать предложение Р. Goinard и G. Pelissier (1960) о приближении сосочка к разрезу передней стенки (специальный зонд, широкая мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру), транспапиллярным дренированием общего желчного протока по нашей методике [Пиковский Д. Л., 1963], идентификацией протока поджелудочной железы. Начиная с 1980 г., 136 операций произведены по методике, которая будучи вполне адекватной характеризуется значительно меньшей травматичностью, что позволяет выполнять ее как в urgentных условиях, так и у больных преклонного возраста.

За период с сентября 1982 г. по сентябрь 1987 г. в госпитальной хирургической клинике Горьковского медицинского института на базе городской больницы № 35 произведено 91 ПСТ. Все больные поступили экстренно.

В этот период из 384 операций на желчных путях 257 (66,9%) были произведены экстренно и срочно. Больных пожилого (60 лет — 74 года) и старческого возраста (75 лет и более) (58,3 %) было 152. Эти больные в основном подвергались экстренным и срочным операциям (67,1 % от числа оперированных в возрасте старше 60 лет). Внутреннее дренирование у них производилось в 2,6 раза чаще, чем у молодых (34,4 и 13,2% соответственно).

Как уже отмечалось, прогресс в улучшении результатов ПСТ заключается главным образом в усовершенствовании техники. Именно разработка техники во всех подробностях позволила включить эти операции в арсенал средств экстренной и геронтологической хирургии желчных путей. Так, из 56 операций внутреннего дренирования, предпринятых у больных старше 60 лет на высоте приступа, 43 (76,7 %) составила ПСТ. Из 43 больных 20 имели возраст 75 лет и старше, а 7 были старше 80 лет.

Показанием для операции на высоте приступа служили: 1) нестихающий приступ острого обтурационного холецистита в течение 12—24 ч; 2) нарастающая механическая желтуха и холангит; 3) сочетание обоих показаний.

В группе больных 60 лет и старше, которым производилась ПСТ, у 21 был ущемленный в БСД камень, у 15 — сочетание камней и стеноза БСД и у 7 — стеноз БСД без холедохолитиаза.

При выполнении ПСТ необходимо помнить о следующих положениях: 1) патология сосредоточена в терминальном отделе общего желчного протока; 2) нарушена проходимость терминального отдела (камни, стеноз); 3) имеется необходимость ревизии протока поджелудочной железы; 4) объем операции должен быть согласован с анестезиологом; 5) хирургическая бригада должна владеть методом операции на профессиональном уровне.

По нашему мнению, наиболее удобен разрез в правом подреберье. При первичной операции на первом этапе производят холецистэктомия. Удаление большого деструктивно-измененного желчного пузыря освободит правое подпеченочное пространство со значительно лучшим обзором печеночно-двенадцатиперстной связки.

После холецистэктомии (или при возможности до нее) производят операционную холангиографию, пальпацию, измерение диаметра общего протока, зондирование его через культю пузырного протока, ощупывание протока и БСД на зонде. Решающим фактором в выборе метода

завершения холедохотомии является операционная холангиография.

Многолетняя дискуссия о преимуществе наложения ХДА или ПСТ выявила определенные преимущества последней: не остается «слепого» мешка, частично сохраняется сфинктерный аппарат, можно проконтролировать проток поджелудочной железы, - не деформируется двенадцатиперстная кишка. Однако допустим, что эти два метода по функциональному результату равноценны, и хирург одинаково применяет обе операции. Тогда на первый план выступают степень риска и целесообразность. Можно считать доказанным, что стеноз БСД протяженностью менее 15 мм наилучшим образом устраняется с помощью ПСТ. Протяженное сужение терминального отдела (15 мм и больше) безопаснее устранить с помощью супрадуоденального ХДА.

Итак, после тщательного интраоперационного обследования и удаления желчного пузыря решено, что показана ПСТ. Поскольку результаты ее прямо зависят от техники операции, остановимся подробнее на принципиальных положениях и деталях. В некоторых случаях можно выполнить ПСТ без холедохотомии [Литтманн И., 1982]. Это легко удастся только при ущемленных в БСД камнях. Чаще попытки выполнить ПСТ без холедохотомии приводят к длительным поискам БСД на широко раскрытой двенадцатиперстной кишке и в ряде случаев приходится все же вернуться к холедохотомии. При широком пузырном протоке иногда удастся путем его рассечения получить достаточно широкое отверстие для проведения зонда с оливой.

Мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру является обязательным моментом операции. Она позволяет ощупать головку поджелудочной железы, в некоторых случаях (выраженный фиброз) и сам БСД; но важнее всего то, что после мобилизации удастся выдвинуть далеко вперед заднюю стенку двенадцатиперстной кишки, что не только облегчает рассечение БСД, но и делает этот момент операции более безопасным.

Холедохотомия должна быть достаточной для проведения необходимой оливы и удаления самого большого из обнаруженных камней. Если стенки протока эластичные, малоинфильтрированные, имеется уверенность в том, что отверстие растянется при небольшом усилии, то можно стенку рассечь на длину чуть меньше необходимой; если же общий желчный проток сильно инфильтрирован, рубцово изменен, то разрез во избежание разрывов должен

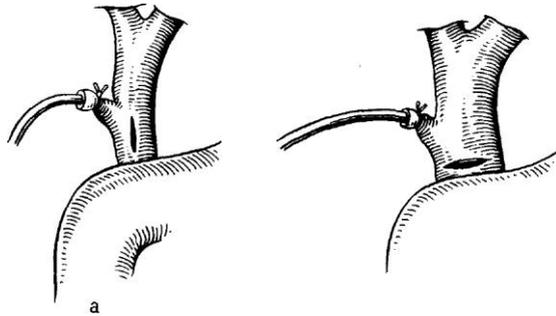


Рис. 23. Рассечение общего желчного протока для наложения холедо-
ходуоденоанастомоза.
а — продольное; б — поперечное.

соответствовать диаметру проходящих через него образований (рис. 23).

Проведение зонда в двенадцатиперстную кишку начинают с выбора оливы. Применяемый нами зонд отличается двумя особенностями: 1) сменные оливы, что позволяет подобрать необходимую по диаметру; 2) на каждой оливе имеется калибровочный щуп (диаметр 3 мм), который при проведении зонда сразу может дать представление о степени стеноза БСД (рис. 24).

Рассечение двенадцатиперстной кишки производят на том уровне, который укажет щуп оливы. Разрез кишки производят минимальный — 6—8 мм (рис. 25), чтобы через разрез прошел щуп. Осторожно продвигают вперед зонд (а лучше надвигать переднюю стенку кишки на БСД, заблокированный сзади оливой) до того, как удастся увидеть комплекс «БСД на зонде» (рис. 26).

О. Б. Милонов (1977) также придает большое значение выдвигению вперед на зонде стенозированного сосочка. Удобен модифицированный зонд Соле-Ройга с пластмассовым стержнем и металлической оливой [Петровский Б. В. и др., 1980]. Такой зонд имеет все преимущества перед металлическим, поскольку свободно повторяет изгибы желчных протоков.

Мы считаем, что исключение из этапов ПСТ широкого рассечения двенадцатиперстной кишки позволяет не только облегчить операцию, но и существенно уменьшить число осложнений по следующим соображениям.

1. Совершенно необходимая для ПСТ мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру снижает ее моторную деятельность.

Рис. 24. Зонд для трансдуоденальной папиллосфинктеротомии со сменными оливками.

1 — резьба на зонде для крепления оливы.

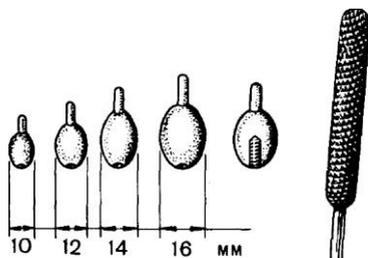
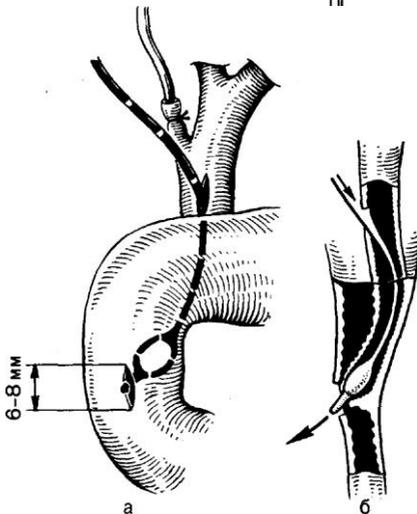


Рис. 25. Продвижение зонда к переднему дуоденотомическому отверстию (а) и идентификация в нем зондового шупа и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (б) — продольный срез.



2. Помимо этого, широкое раскрытие кишки нарушает функцию ее еще больше.

3. Парез двенадцатиперстной кишки чреват, по данным З. Янгибаева (1987), с одной стороны, недостаточ-

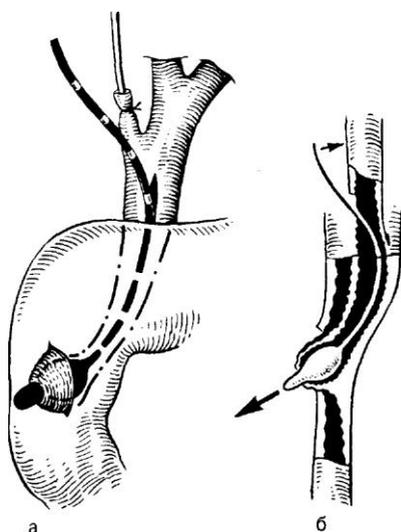


Рис. 26. Проведение ка зонде стенозированной большого сосочка двенадцатиперстной кишки через дуоденотомическое отверстие за пределы кишки (а) и положение зонда и сосочка в желчном протоке и двенадцатиперстной кишке (б) — продольный срез.

ностью швов на протоке (9,6 %) и шва кишки (1 %), с другой — панкреонекрозом (7,9%).

Расщепление БСД. Следующим этапом является собственно расщепление БСД. Сначала наносят разрез (на 11 часах по циферблату) длиной 2—3 мм (рис. 27). Затем проводят рассечение на всю длину выпуклой части оливы (9—11 мм), накладывая при этом последовательно швы на правую стенку ампулы вплоть до верхнего угла разреза. После удаления зонда можно убедиться, что расщепление БСД выполнено адекватно (рис. 28).

В некоторых случаях после расщепления БСД (в частности, при извлечении множественных мелких камней) возникает разной степени кровотечение, остановить которое удается путем прошивания краев, но с риском заметно сузить вновь созданное выходное отверстие. Профилактикой кровотечения может стать расщепление сосочка лазерным скальпелем или сшивание расщепленных краев ампулы с помощью сшивающих аппаратов [Янгибаев З., 1981, 1987]. Однако расщепление БСД лазером производят только в единичных учреждениях, снабженных достаточно портативной аппаратурой.

Идентификация устья протока поджелудочной железы. После удаления зонда ампулу растягивают на держалках и идентифицируют проток поджелудочной железы. Это важный этап операции, позволяющий убедиться в том, что

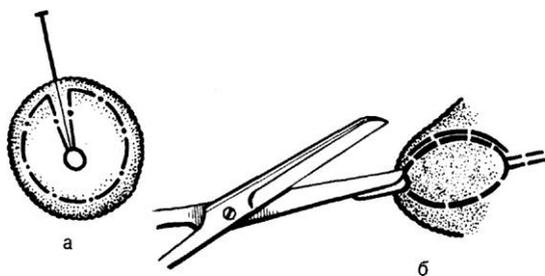


Рис. 27. Направление режущего инструмента при рассечении большого сосочка двенадцатиперстной кишки, а — вид спереди: линия намеченного разреза; б — вид сбоку.

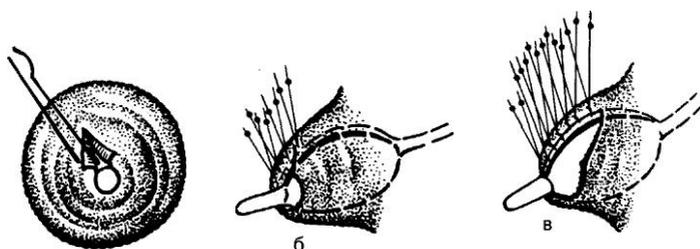


Рис. 28. Этапное рассечение

большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

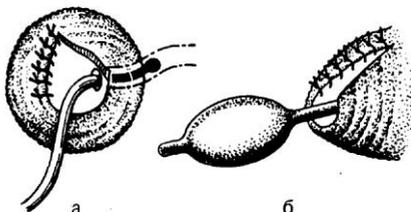
а — направление рассечения и первый шов, соединяющий стенки протока и двенадцатиперстной кишки; б — дальнейшее рассечение стенозированного сосочка: швы наложены на латеральную сторону протока; в — окончание рассечения сосочка: пройден наиболее широкий диаметр оливы и наложены швы на латеральные стенки протока и кишки.

устье этого протока не попало ни в разрез, ни в шов, а проходимость его проверяется тонким зондом. Кроме того, под визуальным контролем можно наложить швы на левую часть рассеченного сосочка (рис. 29).

Заключительный этап. Швы срезают, рассеченный сосочек погужают в просвет двенадцатиперстной кишки.

Рис. 29. Последние этапы папиллосфинктеротомии.

а — идентификация протока поджелудочной железы: в проток введена силиконовая трубочка (диаметр около 1,5 мм); б — проверка проходимости сосочка: через папиллосфинктеротомическое отверстие проведен зонд с оливой большого диаметра.



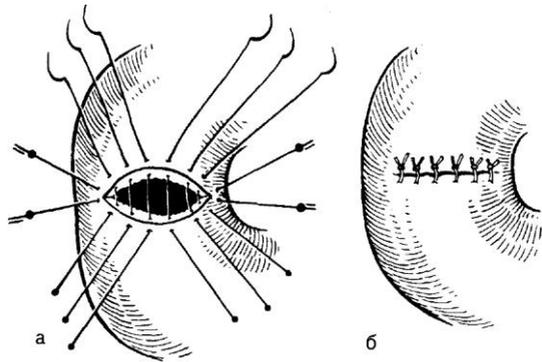


Рис. 30. Наложение двухрядного шва на разрез передней стенки двенадцатиперстной кишки.

а — прецизионные швы без захвата слизистой оболочки; б — серо-серозные

швы.

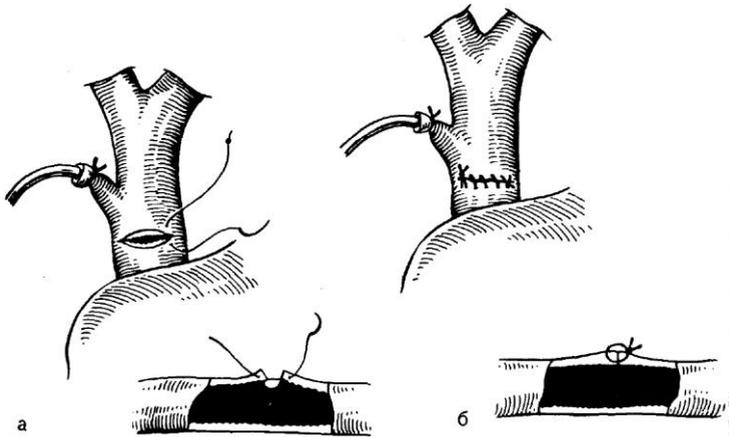


Рис. 31. Наложение однорядного шва на холедохотомическое отверстие, а — техника наложения однорядного прецизионного (без захвата слизистой оболочки) шва; б — общий вид желчного протока после ушивания холедохотомического отверстия.

Накладывают прецизионный двухрядный шов без захвата слизистой оболочки на переднюю стенку двенадцатиперстной кишки (рис. 30).

<

Каждую ПСТ мы сопровождаем наружным декомпрессионным дренированием. При достаточно толстой (2—3 мм) и крепкой стенке желчного протока можно наложить прецизионный первичный шов, желательно без захвата

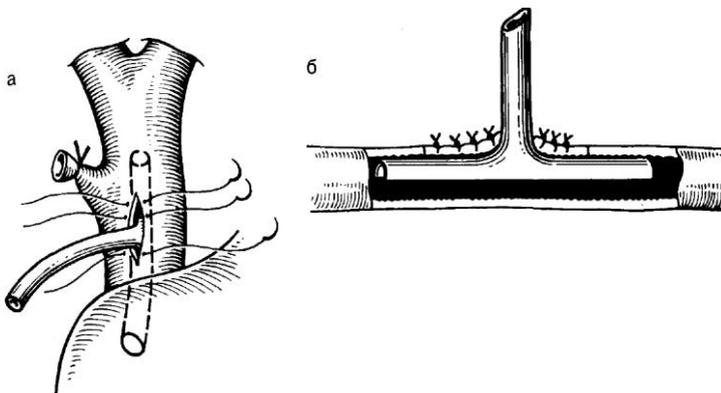


Рис. 32. Укрепление Т-образного латексного дренажа в холедохотомическом отверстии.

а — наложение отдельных прецизионных швов на рану общего желчного протока; б — общий вид после укрепления Т-образного дренажа (продольный

срез).

слизистой оболочки, и обязательно оставить дренаж в культе пузырного протока (рис. 31). Если же стенка протока сильно инфильтрирована, отечна, что чаще всего и встречается при экстренной и срочной операции, то первичный шов может оказаться ненадежным. Поэтому в большинстве случаев в холедохотомическое отверстие вставляем тонкостенный латексный Т-образный дренаж с открытой нижней поверхностью бранши и фиксируем его в отверстии протока отдельными швами (рис. 32).

Изложенные данные относительно трансдуоденальной ПСТ свидетельствуют о том, что эта операция проделала большую эволюцию от редко применяемой и рискованной до операции выбора при патологии терминального отдела желчных путей. Благодаря усовершенствованной технике операции и прежде всего именно детальной разработке технических приемов ПСТ в настоящее время стала обычной операцией, которую можно производить в условиях экстренной хирургии и у очень пожилых больных.

Следует подчеркнуть, что в отличие от наложения ХДА, которую выполняет любой хирург, ПСТ следует производить хирургу, достаточно много оперирующему на желчных путях и хорошо знакомому с деталями техники, так как именно упущение мелких деталей делает эту операцию сложной. Она безусловно более сложна для хирурга, но

более радикальна и менее опасна для больного при правильном и щадящем ее исполнении.

Оценивая различные манипуляции на желчевыводящих протоках (диагностические, лечебные), нужно четко себе представлять зависимость выбора того или иного метода от множества факторов — создавшихся условий, состояния больного, квалификации хирургической бригады, наличия аппаратуры, развития в клинике диагностических служб и еще ряда моментов.

Задача хирурга заключается в том, чтобы в результате «многофакторного» анализа творчески создать мини-алгоритм действий применительно к данному больному в данное время и выполнять его, постоянно корректируя по ходу операции.

УШИВАНИЕ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

Ушивание брюшной стенки по правилам хирургии полагается производить послойно, так же как выполнялся разрез и вхождение в брюшную полость. Однако в последнее время появились публикации, подвергающие этот принцип сомнению. Так, J. Vuckal (1983) считает, что в брюшной стенке должно оставаться как можно меньше нитей, и предлагает ушивать брюшную стенку двумя слоями: 1) брюшина, мышцы, апоневроз; 2) кожа. Пока еще нет обоснованных доказательств преимуществ такого ушивания раны. Правда, если в послеоперационном периоде удастся избежать раневой инфекции, то заживление такой раны ничем не отличается от заживления раны при послойном ушивании. Когда имеется значительное количество выпота в зоне операции или в брюшной полости, в особенности если выпот мутный, то мы принимаем некоторые меры предосторожности: вводим антибиотики, разведенные новокаином, во все слои раны, что не только предохраняет от нагноения, но и дает непосредственный обезболивающий эффект после пробуждения больного; ушиваем рану по всей длине, не оставляя в ране дренажей и по возможности травмированных тканей (раздавленных мышц, подкожной жировой клетчатки); при ушивании раны стараемся четко сопоставить все слои, чтобы не было в конце ушивания избытка тканей. Дренажные трубки выводим через отдельные проколы боковой стенки ниже уровня раны вне зависимости от количества дренажей. Как правило, их бывает два: 1) декомпрессионный дренаж пузырьного

протока, 2) резиновая трубка, которая поставлена в подпеченочное пространство (сальниковое отверстие). Именно такое дренирование, как стандартное мероприятие при холецистэктомии по поводу острого холецистита, позволило нам практически исключить применение тампонов. Для тампонады единственным показателем осталось продолжающееся кровотечение из ложа пузыря после неоднократных и безуспешных попыток его остановки.

Так называемый улавливающий («информационный») дренаж в подпеченочное пространство мы ставим после каждой холецистэктомии по поводу острого холецистита (100 %). Обоснованием для этого послужили наши исследования в 1980 г., которые выявили, что в подпеченочном пространстве в течение первых 3 сут после операции накапливается (и оттекает по дренажу) от 50 до 150 мл кровянистой жидкости, иногда (редко) слегка окрашенной желчью; в отдельных случаях выделяется чистая желчь. Когда оттекает чистая желчь, это означает, что соскочила лигатура с пузыря протока (имеются в виду те случаи, где нет декомпрессионного дренажа пузыря протока) или этот дренаж не функционирует при наличии дополнительных вскрытых мелких желчных протоков ложа пузыря, либо поврежден общий желчный проток. Как правило, желчеистечение (если нет повреждения протока) через несколько дней прекращается, и тогда удаляют улавливающий дренаж, который сыграл свою роль наилучшим образом. Но даже если дренаж не обеспечивает адекватного оттока, он по крайней мере сигнализирует о неблагополучии и его причине и диктует необходимость принятия соответствующих мер вплоть до релапаротомии.

В подпеченочном пространстве жидкость накапливается и при отсутствии каких-либо осложнений. Это подтверждают С. Elboim и соавт. (1983) после исследований у 105 больных подпеченочного пространства с помощью УЗИ на 4-й день после операции. Скопление жидкости в подпеченочном пространстве они обнаружили у 23,8 % больных, чаще после экстренных операций и после холедохотомии.

О. С. Кочнев (1981) неоднократно наблюдал скопление лимфы в подпеченочном пространстве после операции на желчных путях, связанных с необходимостью широкой мобилизации двенадцатиперстной кишки. При обильном лимфоперитонеуме (О. С. Кочневу приходилось Удалять до 1 л лимфы при релапаротомии) появляется клиника слабовыраженного и вялотекущего хилезного

перитонита. Истечение лимфы из улавливающего дренажа укажет на наличие такого осложнения.

Исследуя бактериологически отделяющуюся из брюшной полости жидкость, мы обнаружили бактериальную загрязненность в 21 % случаев. Какими отрицательными моментами (кроме неприятного ощущения у больного во время удаления трубки) можно «упрекнуть» послеоперационное дренирование подпеченочного пространства? Таких моментов нет! Зато сколько больных было спасено и адекватным оттоком, и своевременной сигнализацией о неблагополучии! Никакие статистики (больших статистик, кстати, нет) не являются достаточно убедительными в пользу «глухого» ушивания брюшной полости и дренирования подпеченочного пространства «по показаниям».

Опыт многих тысяч операций с таким дренажем разочаровывал нас только в тех редких случаях, когда осложнение возникло, а дренаж по какой-то причине не функционировал. В известной мере помогает сохранению проходимости дренажной трубки периодическое активное отсасывание, первое из которых следует произвести через несколько часов после операции.

Мы считаем, что дренаж брюшной полости не улучшает результатов операции; но его отсутствие в тех редких случаях, когда он необходим, может обернуться досадной оплошностью, которая заставляет хирурга в дальнейшем сотни раз оставлять дренаж заведомо без всякой пользы, чем один раз лишить больного такой простой и безвредной страховки.

Таким образом, нет никаких оснований отказываться от дренирования подпеченочного пространства после холецистэктомии.

ГЛАВА VIII

ДЕКОМПРЕССИОННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Как уже неоднократно отмечалось в предыдущих главах, современное понимание сути патологии острого холецистита и острого поражения желчевыводящих протоков базируется на примате гипертензии перед инфекцией. На этом теоретическом положении основаны экстренные декомпрессионные операции, которые позволяют быстро вывести больного из критического состояния с небольшим операционным риском. В сущности подавляющее боль-

шинство декомпрессионных операций сводятся к различным методам холецистостомии.

До 80-х годов вопрос о показаниях к холецистостомии решался относительно просто: показана эта операция была в тех случаях, когда холецистэктомия не могла быть выполнена из-за общего состояния больного, технических трудностей или же если хирург решал ограничить операцию удалением одиночного камня при малоизмененном желчном пузыре, либо, наконец, при остром панкреатите для отведения желчи богатой протеолитическими ферментами.

В 1973 г. нами было предложено различать два вида холецистостомии — широкую и декомпрессионную [Королев Б. А. и др., 1973]. Последняя подразумевала почти обязательную повторную операцию, поэтому ее еще называли этапной. В конце 70-х — начале 80-х годов число методов холецистостомии увеличилось за счет внедрения лапароскопической холецистостомии.

Однако появление новых методов повлекло за собой и изменение показаний к холецистостомии. Теперь следует говорить о трех целевых установках при определении показаний к планируемой холецистостомии.

1. Холецистостомия пункционная с помощью лапароскопа.
2. Холецистостомия как операция декомпрессии (лапароцентезная или декомпрессионная холецистостомия).
3. Холецистостомия как операция паллиативная без планирования повторной операции.

Декомпрессионные холецистостомии могут стать этапом радикальной операции в тех случаях, когда отведение желчи выводит больного из тяжелого состояния, и риск радикальной операции снижается. В 1987 г. Г. И. Жидовинов анализировал 184 различные шадящие операции, выполненные у больных пожилого и старческого возраста, которым в связи с невозможностью одномоментной радикальной операции выполнены различные холецистостомии.

Из числа оперированных 77 % имели возраст 70 лет и старше, а 14,7 % — 80 лет и старше. У 13,5 % больных острый обтурационный холецистит осложнился механической желтухой, у 20,6 % отмечался местный или разлитой перитонит, у 26,1 % наблюдался воспалительный инфильтрат в области желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки.

Самой частой операцией была лапароскопическая холецистостомия, которая дала возможность в дальнейшем

выполнить 89 радикальных и 6 паллиативных операций. Непосредственно после лапароскопической холецистостомии летальных исходов не было.

Второй по частоте была лапаротомная холецистостомия, подразделяющаяся на лапароцентезную [Савельев В. С., 1977] и широкую [Королев Б. А. и др., 1973]. Синонимом лапароцентезной холецистостомии в хирургической литературе служит декомпрессионная холецистостомия [Королев Б. А., Пиковский Д. Л., 1971].

Выполнено 67 лапаротомных холецистостомии, в том числе 21 декомпрессионная и 46 широких с 13 непосредственными летальными исходами. Высокая летальность обусловлена запоздалыми операциями, связанными с поздним поступлением больных. Тем не менее лапаротомная холецистостомия позволила спасти жизнь 54 больным, а у 19 из них произвести радикальные операции с одним летальным исходом.

Применение щадящих операций привлекает тем, что с помощью малотравматичного вмешательства удается снять гипертензию желчных путей. Однако только у части больных (около 25 %) это вмешательство становится окончательным: остальных приходится повторно оперировать. И хотя операция, расчлененная на два этапа, в каждом из последних менее рискована, все же проблем остается много. По-нашему, при остром обтурационном холецистите следует стремиться выполнять операцию в ранние сроки приступа (лучше в 1-й день) с тем, чтобы у большинства больных она оказалась радикальной. Поздние сроки поступления, осложнения, декомпенсация сопутствующих заболеваний диктуют систему охранительных мер в виде превентивных, этапных и паллиативных операций.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ

Наиболее частым показанием к лапароскопической холецистостомии является безуспешность консервативной терапии при остром обтурационном холецистите у больных с высоким операционным риском. Противопоказанием к использованию вмешательства служит наличие разлитого перитонита или обширного спаечного процесса в брюшной полости.

В хирургической практике применяют несколько методов лапароскопической холецистостомии.

1. Кожная холецистостомия — желчный пузырь подтягивают и подшивают к небольшому разрезу на коже

[Прудков М. И. и др., 1981; Лукичев О. Д. и др., 1983; Малышев Ю. И. и др., 1984].

2. Апоневротическая холецистостомия — желчный пузырь подтягивают и подшивают к апоневрозу брюшной стенки, что способствует выполнению операции при сравнительно малоподвижном желчном пузыре и особенно у тучных больных [Чутак И. В., 1984].

3). Пункционная чреспеченочная холецистостомия — дренаж проводят через иглу, введенную в желчный пузырь чрескожно, чреспеченочно (Сотников В. Н. и др., 1981; Крендаль А. П., 1982; Ермолов А. Е. и др., 1984).

4. Пункционная чреспузырная холецистостомия — дренаж вводят с помощью иглы в желчный пузырь через его переднюю стенку [Тальянский Г. И., Семков Г. Н., 1982; Кочнев О. С. и др., 1983; Постолов П. М. и др. 1986].

В последние годы все большее распространение получает пункционная чреспузырная холецистостомия [Ким И. А., 1980; Кац В. Н., 1982; Кочнев О. С., 1984; Буянов В. М. и др., 1985; Жидовинов Г. И., 1987].

Оснащение. Для лапароскопии применяют лапароскопы отечественного и зарубежного производства с торцевым или боковым расположением объектива и холодной оптикой, троакары, компрессор, инструменты для местной анестезии и наложения швов.

Дренаж. Для обеспечения герметичности дренирования желчного пузыря и большей надежности метода чреспузырной холецистостомии Г. И. Жидовинов (1988) разработал специальный дренаж с увеличенным внутренним диаметром, позволяющий свободно эвакуировать из пузыря желчь большой вязкости.

Трудности эвакуации густого желчепузырного содержимого опасны нарушением оттока желчи, переполнением пузыря, увеличением пункционного отверстия и подтеканием желчи в брюшную полость.

Для изготовления дренажа с увеличенным внутренним диаметром используют отработанную одноразовую систему для переливания крови. Толстая стенка системы (не менее 1 мм) позволяет наносить фиксирующие элементы (насадки треугольной формы) без вскрытия просвета дренажа. Для введения столь широкой трубки вместо пункционной иглы применяют троакар, который представляет собой тонкостенную металлическую трубку с мандреном, имеющим заостренный концев. Внутренний диаметр металлической трубки равен 5,2 мм, длина 24 см. Для удобства работы на трубке смонтирован павильон,

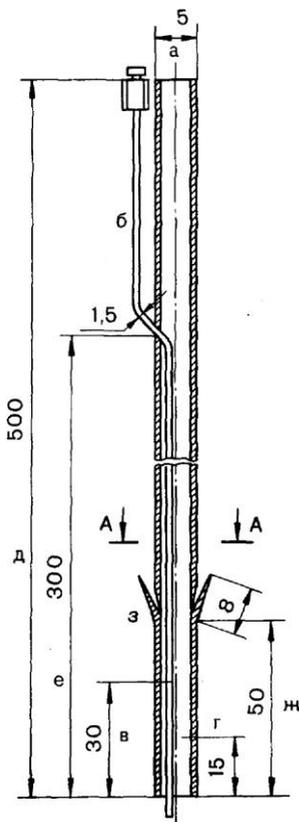


Рис. 33. Схема-чертеж трубки для введения в желчный пузырь после лапароскопической пункции его [Жидовинов Г. И., Корсаков А. В., 1986]. Цифры означают размеры в миллиметрах.

а — диаметр основной трубки; б — диаметр тонкой трубки, введенной через пункционное отверстие в основную; в, г — расстояние от кончика трубки до боковых отверстий; д — длина всего дренажа; е — расстояние от кончика основной трубки до пункционного отверстия, через которое проведена тонкая трубочка; ж — расстояние от кончика трубки до сформированных лепестков; з — длина выкроенных лепестков; А—А — поперечный разрез трубки-катетера на уровне «лепестков».

в котором имеется паз для установки шпильки мандрена. После пункции желчного пузыря мандрен извлекают из трубки. По каналу трубки вводят дренаж, наружный диаметр которого равен 5 мм (рис. 33). Это дало возможность по каналу дренажа через отверстие в его стенке проводить в желчный пузырь промывочный катетер диаметром от 1 до 1,5 мм. Катетер используют для постоянного орошения полости пузыря антисептическими растворами или растворами антибиотиков.

Техника. Под местной анестезией 0,25 % раствора новокаина накладывают пневмоперитонеум через нижнюю левую точку Калька. Через левую верхнюю точку Калька вводят лапароскоп. После осмотра брюшной полости, желчного пузыря и уточнения показаний к лапароскопической холецистостомии желчный пузырь

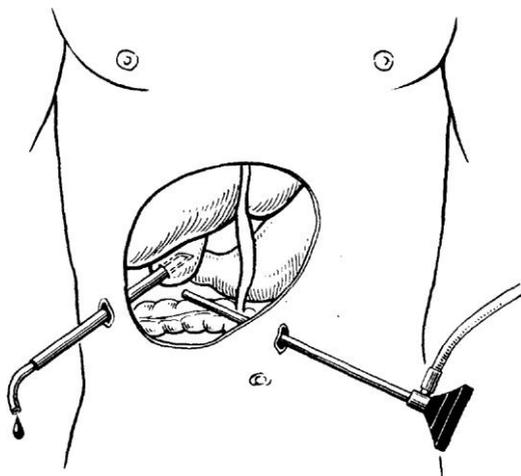


Рис. 34. Пункция желчного пузыря под контролем лапароскопа (схема).

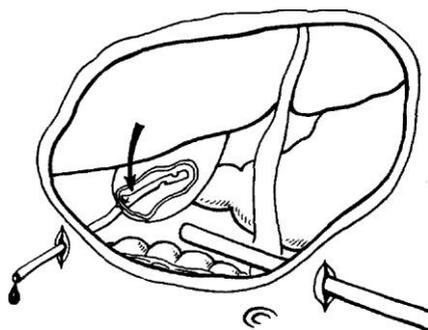


Рис. 35.
Лапароскопическая
холецистостомия. В желчный
пузырь введен катетер
(ука-
зано стрелкой).

пункцируют специальной иглой, внутренний диаметр которой соответствует наружному диаметру дренажа. На момент пункции пузыря больного переводят на внутривенный наркоз.

Пункцию желчного пузыря проводят через переднюю стенку в области дна (рис. 34). По каналу иглы или троакара в полость пузыря вводят дренажную трубку, а иглу извлекают (рис. 35). Дренаж подтягивают наружу до ощущения легкого сопротивления. Фиксирующие элементы дренажа расправляются и упираются в слизистую оболочку желчного пузыря по окружности пункционного отверстия (рис. 36). К желчному пузырю и правому боковому каналу брюшной полости подводят страхующие

Рис. 36. Часть препарата желчного пузыря, удаленного через несколько дней после лапароскопической холецистостомии; раскрытые лепестки надежно зафиксировали дренажную трубку в стенке желчного пузыря.

дренажи, которые удаляются на 2—3-й день. Дренажи дополнительно фиксируют отдельными узловыми швами к коже.

Холецистостомия завершается введением по дренажу в желчный пузырь контрастного вещества под контролем рентгенотелевизионной установки и производится фистулохолецистохол ангиография.

Сравнение послеоперационной летальности в идентичных клинических группах с превентивной лапароскопической холецистостомией и без нее показало, что применение последней в комплексном лечении острого холецистита и его осложнений снизило послеоперационную летальность с 12,1 до 5 %. Это связано с тем, что лапароскопическая холецистостомия позволила: 1) быстро и надежно снимать приступ острого обтурационного холецистита; 2) ограничить применение экстренных радикальных операций при очень высоком операционном риске; 3) устранить синдром холестаза с помощью сравнительно несложного вмешательства; 4) проводить прямое рентгеновское исследование желчных путей и устанавливать топический диагноз.

ЛАПАРОЦЕНТЕЗНАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ

Лапароцентезная холецистостомия является одной из разновидностей классической холецистостомии, которая заключается в создании наружного желчного свища.

Наряду с устранением гипертонии в желчном пузыре и желчных протоках холецистостомия обеспечивает эва-

куацию инфицированного содержимого желчного пузыря и желчевыводящих протоков, что быстро приводит к улучшению состояния тяжелых больных, если еще не успели развиться необратимые изменения в желчном пузыре и печени (Нихинсон П. А. и др., 1986).

Холецистостомию применяют, как правило, у больных пожилого и старческого возраста в 1,9—4,8% [Креко-тенъ А. К. и др., 1983; Нихинсон Р. А. и др., 1986, и др.], до 18—22% [Панцырев Ю. М. и др., 1982; Нидерле Б. и др., 1982].

Ю. М. Дедерер и В. И. Прохоров (1981) анализировали результаты применения холецистостомии и отметили большие колебания послеоперационной летальности: от 35—60 до 15—25 %. У некоторых авторов послеоперационная летальность снижается до 11,5—11,9% и даже до 10,6% [Glenn F., 1977]. Но следует отметить, что эта летальность средняя во всех возрастных группах. Естественно, в пожилом и старческом возрасте она будет выше. По данным F. Glenn (1977), у больных до 50 лет после холецистостомии летальность составляет 3,7% на 54 операции, в возрасте 50—64 лет — 6,6% на 91 операцию, а в возрасте 65 лет и старше — 15% на 156 операций.

Высокая летальность (35—60%) фигурирует у тех авторов, которые выполняли холецистостомию редко, только у крайне тяжело больных [Рогачев Г. И., 1975; Lupinskiy M. I. и др., 1976; Vazquez C, Martiner M., 1979, и др.].

Г. И. Жидовинов (1987) изучил и сравнил два периода (1965—1973 гг. и 1974—1984 гг.) применения холецистостомии: до широкого внедрения пункционных лапароскопических холецистостомии и после их внедрения.

В первом периоде, за 8 лет, произведено 1290 операций на желчном пузыре и желчевыводящих протоках, в том числе 145 (11,2%) холецистостомии с летальностью 12,4%. Во втором периоде, за 11 лет, оперировано 1811 больных. Из них у 137 (7,5%) произведена холецистостомия с летальностью 19,7%. Увеличение летальности связано с тем, что во втором периоде холецистостомия производилась по более узким показаниям, только у крайне тяжелобольных.

Больные, подвергшиеся холецистостомии, имели разнообразные сопутствующие заболевания, частота которых представлена в табл. 16.

Как видно из табл. 16, среди сопутствующих заболеваний преобладает сердечно-сосудистая патология

Частота (в процентах) сопутствующих заболеваний у больных, подвергшихся холецистостомии

Сопутствующее заболевание	Частота
Стенокардия	6
Постинфарктный кардиосклероз	8
Атеросклеротический кардиосклероз	28
Острый инфаркт миокарда	2
Гипертоническая болезнь	12
Ревматизм	7
Пневмония, диффузный пневмосклероз	13
Хронический бронхит, эмфизема легких	14
Сахарный диабет	8
Цирроз печени	2
Всего . . .	100

Это повлияло и на структуру летальности: почти у 40 % из числа умерших причиной смерти послужили обострение и декомпенсация сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний.

По мере «сужения» показаний к лапароцентезной холецистостомии повышался «удельный вес» сопутствующих заболеваний как основной причины летального исхода. В последние годы показанием к лапароцентезной холецистостомии служили сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации у больных старческого возраста, для которых радикальная операция расширенного объема абсолютно непереносима.

Техника лапароцентезной холецистостомии заключается в малой лапаротомии (разрез 5—6 см), подшивании желчного пузыря к передней брюшной стенке, дренировании желчного пузыря через его разрез и укрепления в нем дренажной трубки. Операция простая, эффективная, но влечет за собой повторное вмешательство.

ШИРОКАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ

Широкая холецистостомия, которая в ряде случаев (до 59,8%), по данным И. Н. Грудинской (1968), избавляет больных от желчных коликов, все же должна быть отнесена к операции паллиативной, поскольку в ходе операции сохраняется желчный пузырь — резервуар, облада-

ющий самыми подходящими условиями для камнеобразования.

В данном разделе широкая холецистостомия рассматривается как паллиативная операция. Целью широкой холецистостомии наряду с декомпрессией и спасением жизни является по возможности избавление больного от желчных камней и внутрипузырной инфекции методом длительной санации.

Основное отличие широкой холецистостомии заключается в том, что ее применяют как окончательное вмешательство. Больные, которым выполнена широкая холецистостомия, редко являются объектом повторных операций. Именно такие больные составляют те 76,6 % хороших и удовлетворительных результатов операций, о которых писали мы в 1973 г. [Королев Б. А. и др., 1973].

Показания к широкой холецистостомии и особенности техники ее выполнения. В последние годы широкую холецистостомию мы применяем только в тех случаях, когда по ходу приготовленной по всем правилам операции, проводящейся у пожилого больного с сопутствующими заболеваниями под общей анестезией квалифицированной бригадой, выясняются чрезвычайно сложные технические условия для холецистостомии или остается невыясненной до конца патология протоков, а также при одиночном крупном камне и умеренных изменениях в желчном пузыре, позволяющих надеяться на восстановление его функции, или когда при серьезной операции в брюшной полости (резекция желудка и др.) выявляется одиночный крупный камень в малоизмененном желчном пузыре. Во всех остальных случаях при необходимости холецистостомии производят пункционную или лапароцентезную холецистостомию. Выполняя широкую холецистостомию, следует иметь в виду, что для обследования желчных путей и удаления камней из пузыря необходимо хорошее обезболивание и широкий доступ к желчному пузырю и протокам. Основные технические приемы на желчном пузыре при широкой холецистостомии отличаются от лапароцентезной следующим: более широкий разрез брюшной стенки, достаточное сечение желчного пузыря, удаление по возможности всех камней. В заключение важно отметить, что в последние годы появились публикации об успешном применении различных лекарственных средств для растворения конкрементов непосредственно в желчном пузыре и протоках [Tritapere R., 1983; Shortslleve M., 1984; Tritapere R. et al., 1985; Rova-

ti V., Lesina A., 1985). Преспективным также является метод ультразвукового дробления камней непосредственно в желчных путях [Прудков М. И., 1981; Lear J., 1984]. В последние годы в ряде учреждений (Институт хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР и др.) стали применять метод чрескожных пункций и удаления кист различного происхождения (печеночных, панкреатических и др.) под контролем аппаратов УЗИ и компьютерного томографа (Тодуа Ф. И. и др., 1987, и др.). Хорошие перспективы в этом отношении открываются перед пункцией желчного пузыря под контролем аппарата УЗИ без лапароскопии. В связи с этим не исключено, что в ближайшем будущем роль холецистостомии в сочетании с растворением или ультразвуковым дроблением камней в лечении острого холецистита, особенно у больных пожилого и старческого возраста, станет обычным способом лечения желчнокаменной болезни и в том числе острого калькулезного обтурационного холецистита.

ГЛАВА IX

ИСХОДЫ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

ЛЕТАЛЬНОСТЬ

В литературе приведено множество статистических данных о летальности при остром холецистите. Со всей очевидностью выявлена зависимость исходов от возраста, отчасти от пола (у мужчин летальность выше), запущенности заболевания, метода лечения (хирургической, нехирургической), а также от ряда других причин.

В статистических исследованиях хирурги пытаются выявить главные причины летальности, однако это мало кому удается, поскольку к летальному исходу у конкретного больного ведут несколько, иногда много причин: возраст (в старших возрастных группах имеет значение каждое пятилетие), глубину и запущенность патологии (от невыявленного перитонита или холангита умирают и молодые люди), время и объем оперативного вмешательства (своевременная и не обязательно радикальная операция спасает жизнь больного). Однако в стороне от статистических исследований остались два вопроса: 1) значение уровня квалификации хирурга именно в хирургии желчных путей; 2) статистика исходов консервативного лечения острого холецистита.

Никто не может отрицать, что иногда опытный хи-

рург-специалист выберет единственно возможное время для вмешательства и выполнит единственно возможную радикальную или паллиативную операцию и спасет жизнь больному, прогноз которого казался абсолютно безнадежным. Отсутствие данных о значении квалификации хирурга в исходах операций на желчных путях (впрочем, и других операций тоже) приводит к неопределенности итоговых цифр осложнений и летальности особенно в тех случаях, где авторы пытаются выявить причины неблагоприятных исходов. Если взвесить и сравнить объективные, независимые, неуправляемые факторы риска (возраст, глубина, распространенность патологии, запущенность заболевания) и субъективные, зависимые, управляемые (выбор времени, объема операции и ее исполнение), то можно с полным основанием утверждать, что во многих летальных исходах решающую роль сыграло несоответствие объективных и субъективных факторов. Поскольку субъективные факторы практически не учитываются, нельзя говорить о достоверном изучении причин непосредственных исходов операций. Ориентироваться можно только на общие цифры летальности. И если мы находим в них большое разнообразие, есть основание отнести его (разнообразие!) как за счет объективных, так и за счет субъективных факторов.

Суммарные данные литературы свидетельствуют о снижении общей операционной летальности после холецистэктомии до 1—2%. Сюда относят и первичные холецистэктомии, и холецистэктомии после лапароскопической холецистостомии, произведенные по поводу острых и хронических холециститов. При неосложненном хроническом холецистите летальность близка к нулю.

При осложненном холецистите летальность колеблется от 5 до 15%; в маломощных хирургических отделениях (но все же публикующих свои материалы) летальность выше. Г. Н. Рогачев (1975) при обследовании 17 центральных районных больниц Московской области (которые свои данные не публиковали) обнаружил летальность очень высокую. Сравнительно недавние публикации [Эсперов Б. Н., Бривас А. Р., 1987] свидетельствуют о некотором снижении летальности после различных операций по поводу острого холецистита в связи с дифференцированным подходом к хирургическому лечению. На 402 экстренных, срочных и отсроченных операций при остром холецистите умерли 26 человек, что составляет 6,46%.

По нашим данным до 1981 г. включительно (более 6000 операций), общая операционная летальность составила 3,4%. С 1982 по 1987 г. она снизилась до 2,8%, причем при холецистэктомии без вмешательства на протоках летальность составила 1,35%, а в последние 3 года — 0,9%. Снижение летальности шло не за счет улучшения объективных показателей (скажем, уменьшения возраста оперируемых, удельного веса осложненных случаев, сроков доставки больных в стационар), а за счет совершенствования субъективных факторов (повышение квалификации хирургических бригад, внедрения новых принципов организации экстренной и плановой хирургии желчных путей, лучшего отбора на экстренную и срочную операцию больных, улучшение качества прогнозирования течения приступа и определения объема вмешательства).

Резервом дальнейшего снижения летальности является улучшение объективных факторов, снижение количества неадекватных операций и серьезных осложнений.

Следует остановиться на большом контингенте больных с острым холециститом (40—60%), которых выписывают из стационара без операции. Летальность среди неоперированных составляет от 0,1 до 0,5%. Однако при этом не учитывается важное обстоятельство, что из числа выписанных около 10% вскоре вновь поступают в стационар и оперируются по поводу осложненного холецистита. Довольно высокая летальность после этих операций попадает в разряд операционной летальности. А между тем, если бы эти больные подверглись операции после стихания приступа без выписки из стационара, то летальность, не превышая 1 %, была бы в 10 раз меньше! Так может быть было бы правильнее относить летальность после осложненного острого холецистита у больных, выписанных ранее из стационара без операции, на счет консервативного лечения? Ведь считается же летальность от спячной непроходимости после аппендэктомии как случай смерти «от последствий аппендицита»!

По нашему мнению, настало время хирургам взять на себя ответственность и за группу больных с острым холециститом, отпускаемых без операции из стационара, в том числе и нуждающихся в хирургическом лечении. Иначе говоря, необходимо резко поднять хирургическую активность (сейчас она составляет 30—40 % на 250 000 статистически обобщенных случаев) среди больных с острым холециститом. Как уже отмечалось, заметным резервом улучшения непосредственных результатов операций

является успешная борьба с серьезными послеоперационными осложнениями. Мы не будем останавливаться на преходящих осложнениях, удлиняющих койко-день но мало влияющих на исход (нагноения раны и др.) и более серьезных осложнениях, требующих общехирургического подхода (пневмония, тромбоэмболия, ишемическая болезнь сердца и др.). Для хирурга, оперирующего на желчных путях, гораздо важнее анализ осложнений, при которых необходимо принять очень важное решение

о необходимости релапаротомии.

Дело в том, что грозные послеоперационные осложнения (перитонит вследствие продолжающегося воспалительного процесса или желчеистечения из травмированных во время операции желчевыводящих протоков; недостаточность швов после ХДА или ПСТ; кровотечение из желчнопузырной артерии, ложа желчного пузыря, поврежденной печени и ряд других осложнений) перестали рассматриваться хирургами как фатальные с обязательным летальным исходом при неудаче консервативного (лечения).

В последние годы многие больные были спасены ранней релапаротомией при возникновении тяжелых осложнений. И вместе с тем нельзя не отметить, что релапаротомии нередко безнадежно запаздывают. Вот почему в разделе об осложнениях необходимо заострить внимание именно на тех из них, при которых может понадобиться релапаротомия.

ОПАСНЫЕ ДЛЯ ЖИЗНИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПОТРЕБОВАТЬ РЕЛАПАРОТОМИИ

Подпеченочный и поддиафрагмальный абсцессы

При остром холецистите, в том числе осложненном, эти абсцессы встречаются исключительно редко. Поддиафрагмальный абсцесс может явиться результатом

1 благополучного исхода разлитого перитонита в виде

осумкованного гнойника под правым куполом диафрагмы. Подпеченочный абсцесс встречается несколько чаще, поскольку осумкованный гнойник при перфорации желчного пузыря может сместиться медиальнее последнего.

Можно лишь отметить, что подпеченочный и поддиафрагмальный абсцессы могут встретиться в исключительно

запущенных случаях, которые в настоящее время встре-

чаются реже. Эти гнойники обнаруживают при релапаротомиях по поводу гнойных послеоперационных осложнений. Проблемы здесь больше диагностические и тактические, чем хирургические. Хирургу психологически трудно сформулировать диагноз, после которого ничего другого не остается, как «приговорить» больного и себя к релапаротомии.

Во время снятия швов в начале релапаротомии уже можно сориентироваться относительно тяжести патологии: в тяжелых случаях отмечается просачивание выпота через швы брюшной стенки. Область операции закрыта органами и тканями, образующими инфильтрат. На 1-й неделе после операции инфильтрат рыхлый, и разделение его не представляет затруднений. Ориентиром для поиска подпеченочного абсцесса служит двенадцатиперстная кишка и печеночно-двенадцатиперстная связка. Абсцесс обычно локализуется в области названной связки, он ограничен неполностью. При более поздней релапаротомии полость абсцесса ограничена плотным инфильтратом, разделение которого не так безопасно: можно повредить один из органов, образующих инфильтрат.

Поддиафрагмальный абсцесс при релапаротомии может ничем не проявиться. Абсцессы на 1-й неделе после операции представляют из себя полость, ограниченную рыхлыми сращениями и заполненную жидкостью с малой вязкостью. В более поздние сроки ограничение абсцесса более основательное, а содержимое — более густой гной. Если на 1-й неделе спайки легко разделяются тупо, то в более поздние сроки вскрытие абсцесса представляет известные трудности. Следует иметь в виду, что в результате сращений полостей может быть две или больше и они могут располагаться не только над куполом печени, но и позади нее.

В особо затянувшихся случаях абсцесс может проникнуть в паренхиму печени и прорваться через подпаянную диафрагму в плевральную полость, нижнюю долю легкого с образованием желчнобронхиального свища.

Желчный перитонит

Желчный перитонит после холецистэктомии возникает на почве ограниченного количества осложнений.

Недостаточность культы пузырного протока. Причиной этого осложнения может быть соскальзывание лигатуры

с культы, ее развязывание или прорезывание. Такое осложнение может привести к желчному перитониту или к желчному свищу. Во время релапаротомии обнаруживают свободно изливающуюся желчь, а в случае запоздалой релапаротомии — желчные затеки. Если желчь не инфицирована, то с помощью повторного завязывания культы, дренирования или тампонирования удается устранить осложнение; при развитии инфекции в излившейся желчи хирургу приходится иметь дело с гнойными затеками, требующими дополнительной санации и дренирования.

При дренировании культы пузырьного протока тонким полиэтиленовым дренажем возможно его выпадение. Такое осложнение, по нашим данным, встретилось в 0,13%.

Если выпадение произошло после 4 дней дренирования, то релапаротомии не потребуется, тем более если рядом поставлен контрольный «улавливающий» дренаж. Если же выпадение произошло в первые 2—3 дня после операции, то возможна ситуация, когда нужна экстренная релапаротомия. После снятия швов и раздвигания органов обнаруживают сравнительно небольшого размера желчное «озерцо» с зияющей культей пузырьного протока. Предпринятая своевременно релапаротомия является достаточным мероприятием для устранения этого осложнения.

Частичное или полное повреждение желчевыводящих протоков характеризуется обильным истечением желчи. В этих случаях тщательное установление «улавливающего» дренажа не только способствует быстрой ориентации в создавшейся ситуации, четкому установлению диагноза и, следовательно, своевременному вмешательству, но и поможет в процессе самой релапаротомии выйти непосредственно к желчевыводящим протокам. К тому же хороший дренаж суживает «поле орошения» желчью.

Подтекание желчи после наложения глухого шва на желчный проток вызывает такие же изменения, как и частичные повреждения протока. К «утечке» желчи приводит недостаточность шва на фоне большей или меньшей остаточной гипертензии. Количество вытекающей через дефект желчи зависит не столько от размеров отверстия (если оно больше 1 мм), сколько от уровня остаточной гипертензии. При точно установленной хорошей проходимости желчи в двенадцатиперстную кишку и наличии «улавливающего» дренажа небольшое отверстие

протоке закрывается самостоятельно. Тем более нет показаний для релапаротомии, если «глухой» шов подстраховать дренажом культи пузырного протока. Опасная недостаточность «глухого» шва становится реальной при наличии гипертензии. Если она связана с послеоперационным отеком БСД, то через 3—4 дня последний стихает, ток желчи в двенадцатиперстную кишку восстанавливается, количество отделяемого через дренаж уменьшается и все завершается благополучно.

Если же гипертензия связана с ор/аническим препятствием (стеноз БСД, обтурирующий камень, сужение протока на месте «глухого» шва), то имеется реальная опасность продолжающегося желчеистечения, и здесь в зависимости от создавшихся условий релапаротомия может оказаться показанной. Вот почему истинной профилактикой этого осложнения является дренирование культи пузырного протока тонким дренажем.

Холангиография через дренаж культи протока помогает выявить причину желчеистечения, наличие органического препятствия, размеры «сброса» желчи, качество наложенного первичного шва и позволяет установить показания к релапаротомии.

Подтекание желчи при наружном дренировании редко бывает поводом для релапаротомии. При T-образом дренаже практически такая необходимость отсутствует. При дренировании по Мейо-Робсону и А. В. Вишневному такая возможность возникает, если: 1) деформируется дренирующая трубка, желчь через нее не идет, а подтекает помимо трубки; 2) дополнительное отверстие с 1—2-го дня после операции выходит за пределы протока (трубка плохо укреплена) и желчь изливается в открытую брюшную полость. Релапаротомия безусловно необходима в первом случае; во втором — решение зависит не от причины утечки желчи, а от результата: сколько выделяется по трубке желчи и сколько ее течет помимо (соотношение количества), размера дополнительного отверстия в трубке, возможности ее удаления (хорошая проходимость желчи в двенадцатиперстную кишку).

Во многом решению вопроса о релапаротомии помогает экстренная фистулохолангиография.

Недостаточность шва при ХДА является очень неприятным осложнением. Если оно диагностировано в первые дни после операции, то лучшим решением будет экстренная релапаротомия. Только в первые 2—3 дня ткани в области анастомоза еще способны удерживать «ремонт-

тирующие» швы. В последующие дни они инфильтрируются, становятся рыхлыми, швы не держат ни на желчном протоке, ни на двенадцатиперстной кишке, и тогда релапаротомию приходится ограничивать дренированием или тампонированием зоны анастомоза и ждать заживления дефекта. Вот почему психологически трудное решение о релапаротомии следует принимать в первые дни, еще до появления дуоденального содержимого в оттекающей желчи, раздражения и мацерации кожи, истощения и других последствий длительно существующей недостаточности ХДА.

Недостаточность задней стенки двенадцатиперстной кишки после ПСТ. После ПСТ имеется два специфических осложнения: дефект задней стенки двенадцатиперстной кишки и панкреонекроз. Дефект стенки кишки может образоваться в результате чрезмерно глубокого рассечения сфинктера при протяженном стенозе БСД. Любые ограничения длины разреза в миллиметрах не спасают от такого осложнения, если папиллотомия не контролируется осмотром задней стенки двенадцатиперстной кишки и если при рассечении протяженного стеноза она плохо сшита со стенкой желчного протока.

Для контроля последней рассекают желудочно-ободочную связку и осматривают двенадцатиперстную кишку со стороны сальниковой сумки. Не всегда можно увидеть дефект, но даже при внебрюшинном повреждении кишки видна большей или меньшей площади гематома под брюшиной — это и есть надежный симптом повреждения стенки, и его нужно устранять. Даже незначительные повреждения вызывают просачивание в забрюшинное пространство содержимого двенадцатиперстной кишки с последующим нагноением, расширением дефекта и образованием дуоденального свища. Если во время ПСТ контроль задней стенки двенадцатиперстной кишки не производится, то указанная патология выявляется к концу 1-й, иногда 2-й недели послеоперационного периода. Неясность клинической картины и нечеткое представление о возникшей патологии приводит к запоздалой релапаротомии. Полностью оправдывается известный хирургический афоризм, «когда хирург подумал о релапаротомии, то он уже с ней опоздал». При такой запоздалой релапаротомии сочетанная патология в виде обширного инфильтрата в панкреатодуоденальной зоне (возможно с распадом тканей в центре), подпеченочного абсцесса, свободного желчно-дуоденального содержимого

в полузакрытых пространствах брюшной полости, а главное непроходимости двенадцатиперстной кишки должна быть непременно устранена. В сущности запоздалая операция при отмеченном осложнении ПСТ предпринимается не только в связи с гнойной интоксикацией (хотя и она имеет важное значение), сколько в связи с истощением пациента из-за дуоденальной непроходимости. Разумеется, чем раньше будет произведена релапаротомия, тем больше шансов на спасение жизни больного. От хирурга в данной ситуации требуется тонкое знание клиники и мужество для принятия решения о релапаротомии. При таком осложнении она никогда не бывает преждевременной, зато часто бывает запоздалой и в связи с этим нередко бесполезной.

Послеоперационный панкреонекроз

Послеоперационный панкреонекроз может возникнуть после любой операции на органах брюшной полости. Это неспецифическое осложнение возникает после внезапного подъема внутрипротокового или внутритканевого давления вследствие усиленного образования или внезапного затруднения оттока панкреатического сока с его активными протеолитическими ферментами. Такой неспецифический панкреатит (панкреонекроз) трудно прогнозировать и предупредить. Что касается специфического панкреонекроза, то он значительно чаще (2 % случаев) возникает после ПСТ. Причиной такого панкреатита может послужить тотальная ПСТ с рассечением панкреатической части общего желчного протока и травмированием при этом участка головки поджелудочной железы. Вообще после ПСТ часто обнаруживаются повышенная амилаземия и даже амилазурия. По-видимому, при этой операции поджелудочная железа травмируется чаще, чем удается констатировать. Как правило, эта скоропреходящая амилазурия через 2—3 дня заканчивается без последствий.

В отдельных случаях довольно быстро нарастает клиника панкреонекроза, и при релапаротомии обнаруживаются множество стеатонекротических бляшек, отечную с множествами стеатонекрозами поджелудочную железу, желчную гипертензию с небольшой желтухой и некроз железы в области головки. Возможны также и другие локальные участки некрозов в железе (очаговый панкреонекроз). В закончившихся летально случаях прихо-

дилось обнаруживать на вскрытии тотальный некроз поджелудочной железы. Опасность ситуации не столько в очаговом некрозе, сколько в его локализации (участок головки, примыкающий к двенадцатиперстной кишке).

Как правило, показания к срочной релапаротомии начинают вырисовываться на 4—5-й день после первых проявлений послеоперационного панкреатита и определяются главным образом степенью динамической непроходимости двенадцатиперстной кишки. Наихудшим видом послеоперационной патологии в виде осложнений ПСТ является **сочетание незамеченного повреждения двенадцатиперстной кишки с панкреонекрозом.**

Конечно, перечисленные осложнения не исчерпывают показаний к экстренной релапаротомии. Возможны и другие случаи, но перечисленные ситуации не меньше чем на $\frac{9}{10}$ очертили круг осложнений, требующих экстренной релапаротомии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА БОЛЕЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ БЕЗ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Отдаленные результаты. При изучении отдаленных результатов операций по поводу острого холецистита выявляется также определенная зависимость от объективных и субъективных факторов. Особое значение имеет адекватность вмешательства по отношению к возрасту и характеру патоморфологических изменений. Например, холецистостомия по поводу бескаменного флегмонозного холецистита может дать стойкое выздоровление, в то время как та же операция при оставленных камнях в желчном пузыре и желчевыводящих протоках обязательно потребует повторной операции. Поэтому вряд ли имеют смысл статистические выкладки об отдаленных результатах холецистостомии без дальнейшей детализации. Последнее же приводит к дроблению чисел со снижением статистической достоверности.

Наиболее однородной статистической группой являются больные, перенесшие холецистэктомию без вмешательства на протоках. Хорошие отдаленные результаты в среднем составляют $70 \pm 5\%$, удовлетворительные (улучшение) — 20—25% и плохие — 4—6%. Плохие результаты получаются, как правило, после неадекватных операций («забытый» холедохолитиаз, не выявлен-

ный стеноз БСД). Кроме того, причиной рецидива болей могут быть панкреатит, гепатит и другие сопутствующие заболевания (грыжа пищеводного отверстия, язва двенадцатиперстной кишки, хронический аппендицит и др.).

Выявление патологии протоков, БСД и сопутствующих заболеваний заметно улучшает отдаленные результаты. Достаточно полная диспансеризация оперированных больных позволяет эти неучтенные во время первой операции изменения устранить.

Однако у ряда больных при самых тщательных поисках определенной патологии выявить не удастся, и тогда у них остается на долгие годы неопределенный, никого и ни к чему не обязывающий диагноз: «постхолецистэктомиический синдром». Больные, у которых после холецистэктомии рецидивируют боли без каких-либо указаний на органическую патологию, составляют около 1/3 из числа больных с плохими результатами.

Мы не будем анализировать причины плохих результатов, связанных с наличием органической патологии (камни, стеноз БСД, панкреатит), которые поддаются специальной диагностике и описаны во всех монографиях и учебниках. Значительно больший интерес представляют неудачи хирургического лечения после операций, техническое исполнение которых не вызывало тревоги у хирурга.

Возможные причины рецидива болей после холецистэктомии без органической патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны. Может ли культя пузырного протока сама по себе вызывать «рецидивы» болезни? Каковы причины появления большой культи? Следует ли обращать специальное внимание на культю при экстренных и срочных операциях по поводу желчнокаменной болезни, осложненной холангитом?

Мы считаем целесообразным более подробно остановиться на этом не столько непосредственно из-за культи, сколько из-за тех изменений в ее интрамуральных нервных элементах, которые без какой-либо органической патологии способны индуцировать приступы.

Эти вопросы давно обсуждаются хирургами [Петров Б. А., Гальперин Э. И., 1966; Королев Б. А., Пиковский Д. Л., 1971; Виноградов В. В., 1971; Ситенко В. М., Нечай А. И., 1972; Милонов О. Б., 1980, и др.]. В настоящее время установлено, что в подавляющем большинстве случаев большая культя пузырного протока сочетается

с желчной гипертензией в результате обтурации желчевыводящих путей. Если культя меньше 2 см и не содержит камней, то ее значение невелико и симптомы исчезают вместе с декомпрессией желчевыводящих путей. Если же культя более 2 см (а она может достигать и 5—6 см), то она безусловно свидетельствует об обтурации протоков, и ее значение в патологии приближается к значению воспаленного желчного пузыря.

Кроме «пузырного» резервуара с развитием в культе инфекции, сама культя может быть носителем и причиной рецидива болей в связи с разрастающейся в ней нервной культы [Муслимов З. Г., Карев В. Д., 1971].

Больная Б., 35 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные боли в правом подреберье, временами приступы острых болей. В 1964 г. перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через месяц после операции возобновились боли в правом подреберье. Лечилась многократно в разных стационарах. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Внутривенная холеграфия: общий желчный проток не расширен, тень его однородна. В связи с частыми приступами, инвалидизацией больной в возрасте 35 лет, решено произвести ревизию желчных путей. На операции 02.12.66 г. установлено: незначительное увеличение печени, желчевыводящие протоки не расширены, головка поджелудочной железы без патологии. Обнаружена культя пузырного протока длиной 4,5 см. На дистальном ее конце определяется уплотнение. Другой патологии не выявлено. Иссечена избыточная культя пузырного протока, произведена периаартериальная неврезектомия общей печеночной артерии по Малле-Ги, дренирование культы пузырного протока.

Препарат: удаленная культя пузырного протока около 4 см, в просвете слизи, конкрементов нет, на конце культы уплотнение. Гистологический диагноз (срез по уплотнению) — неврома культы пузырного протока.

Описание невромы: в рубцово-измененной и рыхлой соединительной ткани располагаются многочисленные крупные пучки нервных волокон, пересекающихся в различных направлениях с образованием очень узких петель. Каждый нервный ствол покрывается утолщенным периневральным футляром, содержащим в полости значительное количество тканевой жидкости. Преобладают реактивно раздраженные безмиелиновые нервные волокна. Волокна настолько плотно прилегают друг к другу, что в целом создается единый, внешне гомогенный ствол фибриллярного строения. Особенно богата невроматозными разрастаниями зона рубца культы, где они формируют конгломераты. По периферии невромы образуется широкопетлистое сплетение из тонких нервных волокон, распространяющихся в отечной рыхлой соединительной ткани. Как в компактных, так и в разреженных отделах невромы обнаруживаются миелиновые нервные волокна в состоянии сильного раздражения и дегенерации.

По мнению гистолога, болевой эффект можно связать с наличием множественных концевых невроматозных клубков, хаотическим ростом разных по физиологической характеристике нервных волокон и сдавливанием их склерозирующей тканью культы пузырного протока.

Удаление невromы и периаpтеpиальная невpэктомиа печеночной артерии привели к практическому выздоровлению. Большая обследована через 6 лет. Приступов нет, работает по прежней специальности, соблюдает диету. Иногда ощущает боли в левом подреберье. Считает повторную операцию весьма эффективной.

Приведенный пример показывает, что остаточная культя пузырного протока может провоцировать приступ не только при своем удлинении и расширении, но и в результате появления «ампутационной» невromы в культе.

В литературе имеются указания на возможность образования невromы в культе пузырного протока. R. Cattell (1961) дал анализ 52 наблюдений ампутационных невром желчных путей, возникающих после холецистэктомии и других операций, а N. Womack и R. Grider (1947), исследуя гистологически культы пузырных протоков при повторных операциях на желчных путях, высказали предположение, что нервные разрастания в культях могут спровоцировать «боль ампутированных». И. К. Родионов в 1953 г. впервые установил, что изменения интрамуральных нервных элементов желчного пузыря при холецистите неодинаковы и зависят главным образом от продолжительности и характера воспалительного процесса в стенке.

По данным А.В. Шапошникова (1984), при холецистите (в большей степени хроническом) появляются участки регенерированной нервной ткани, которые могут служить неврологической основой рецидива болей. Писали об этом явлении многие авторы, но лишь в работах А. Ф. Семенкова (1970) и А.В. Шапошникова (1965, 1984) изменения интрамуральных нервных элементов в какой-то степени связывались с отдаленными результатами после холецистэктомии.

Эти интересные факты позволяли предположить определенную зависимость между состоянием интрамуральной нервной системы желчного пузыря и плохими отдаленными результатами операций, при которых не обнаруживается органическая патология.

В 1971 г. З. Г. Муслимовым и В.Д. Каревым было изучено клиническое течение заболевания у 100 больных, оперированных по поводу острого и хронического калькулезного холецистита, и произведено нейрогистологическое исследование 96 препаратов удаленных у них желчных пузырей. У 4 больных, оперированных повторно по поводу длинной культы пузырного протока, гистологически исследованы остатки этой культы. У 11 больных па-

параллельно с желчным пузырем гистологически изучена стенка общего желчного протока (кусочки взятые во время холедохотомии), а у 10 больных — желчный пузырь вместе с пузырным протоком.

Затем полученные данные были сопоставлены с отдаленными результатами у всех 100 больных, из которых 47 оперированы через длительный срок после приступа а 49 — во время (26) или вскоре после острого приступа (23).

Следует подчеркнуть, что нет принципиального морфологического различия изменений желчных пузырей, удаленных как при экстренной и срочной операциях, с одной стороны, так и при отсроченной — с другой стороны. Во второй и третьей группах отмечалась гнойная инфильтрация стенки желчного пузыря и наличие гноя в его полости.

Исследования показали, что интрамуральные нервные элементы желчного пузыря распределяются неодинаково в его различных отделах. В полном соответствии с литературными данными было установлено, что самой насыщенной ими областью являются шейка желчного пузыря и пузырный проток, где, кроме многочисленных нервных пучков и волокон, отмечается большое скопление ганглиозных клеток I и II типов Догеля (рис. 37). Такое богатство нервными элементами шейки желчного пузыря делает ее высокочувствительной частью этого органа.

Изучение отдаленных результатов у больных, у которых исследовался интрамуральный нервный аппарат, выявило четкую зависимость между степенью патологических изменений стенки желчного пузыря и отдаленных результатов: чем глубже и острее воспалительный процесс, тем лучше отдаленные результаты. Объяснение этому факту авторы пытались найти в изменениях интрамурального нервного аппарата при воспалениях желчного пузыря. Патологические процессы в нервных элементах желчного пузыря при различных формах холецистита наиболее отчетливо выявляются в области шейки.

При остром холецистите и бурно протекающей клинической картине в иннервационном аппарате желчного пузыря морфологические сдвиги в основном характеризовались самыми глубокими дегенеративными изменениями.

Гибель нервных элементов при остром холецистите связана с тяжелыми деструктивными изменениями стенки

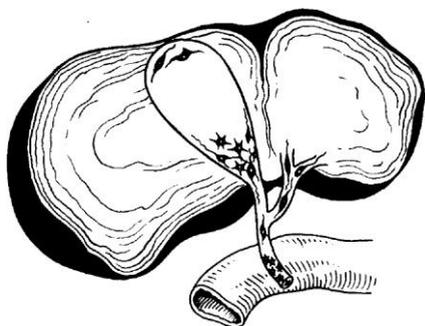


Рис. 37. Топография скопленных интрамуральных нервных элементов в желчном пузыре и желчевыводящих протоках [Муслимов З. Г., Карев В. Д., 1971].

желчного пузыря. Эти данные подтверждают наблюдения П. М. Шорлуяна и А. В. Шапошникова (1968), А. В. Шапошникова (1984).

Не исключено, что полученные З. Г. Муслимовым и В. Д. Каревым данные в известной мере объясняют парадоксальный факт лучших отдаленных результатов после удаления значительно измененных желчных пузырей.

По-видимому, это можно объяснить и тем, что при деструктивном холецистите поражение интрамуральных волокон и ганглиев носит необратимый характер. Тем самым нарушается рефлекторная дуга, связывающая желчный пузырь с соседними органами и экстрамуральными отделами нервной системы.

В результате значительных морфологических нарушений, развивающихся длительно в стенке желчного пузыря (хронический атрофический, хронический склеротический холецистит), формирование грубой соединительной ткани мешает нормальному росту регенерирующих нервных волокон. Поэтому образуются микроневромы, зоны иннервации с извращенной импульсацией, т. е. возникают патогенетические факторы возобновления болей после холецистэктомии.

⁴ Эти данные не имеют точной корреляции; все же определяется тенденция, которую можно сформулировать следующим образом: результат операции тем лучше, чем большей дегенерации подверглись нервные элементы желчного пузыря. Иначе говоря, наибольшее значение имеет форма воспалительного процесса: чем острее воспалительный процесс (флегмона, гангрена), тем меньше количество выявленных нервных элементов, тем лучше отдаленные результаты. В тех же случаях, когда при вялотекущем воспалительном процессе преобладают

реактивные изменения нервных элементов, отдаленные результаты нередко бывают плохими или недостаточно хорошими.

Повседневные клинические наблюдения и представленные исследования показывают, что для улучшения отдаленных результатов необходимо оперировать по обоснованным показаниям при наличии достаточно выраженных морфологических и функциональных изменений в желчном пузыре (но до развития осложнения), т. е. по тем показателям, которые С. П. Федоров называл «своевременными».

Таким показаниям соответствует экстренная, срочная и отсроченная операция при остром обтурационном холецистите.

ЛИТЕРАТУРА

- Аминев А. М., Горбунов О. М.* К хирургическому лечению обтурационной желтухи // Вести, хир. — 1980. — № 12. — С. 52—56.
- Буянов В. М., Перминова Г. И., Шестаков Н. Ю.* Новые аспекты лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. — 1985. — № 9. — С. 146—147.
- Веронский Г. И., Штофин С. Г.* Хирургическая тактика при остром холецистите // Хирургия. — 1989. — № 1. — С. 20—24.
- Гальперин Э. И.* О тактике лечения острого холецистита // Хирургия. — 1983. — № 11. — С. 114—116.
- Гальперин Э. И., Дедерер Ю. М.* Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. — М.: Медицина, 1987. — 335 с.
- Гринев М. В., Онушин В. А.* Острый бескаменный холецистит как хирургическая проблема // Хирургия. — 1989. — № 1. — С. 15—19.
- Данилов М. В., Котовский А. Е., Велькер С. И.* Рациональная тактика и техника первичной операции на желчных путях как основной способ улучшения результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни // Клини. хир. — 1985. — № 9. — С. 7—11.
- Дедерер Ю. М., Крылова П. П., Устинов Г. Г.* Желчнокаменная болезнь. — М.: Медицина, 1983. — 176 с.
- Дедерер Ю. М., Устинов Г. Г.* Проблема лечения острого холецистита // Хирургия. — 1983. — № 11. — С. 110—114.
- Ермолов А. С., Пономарев В. Г., Титова И. В.* Эндоскопическая холецистостомия при остром холецистите // Хирургия. — 1984. — № 9. — С. 155—155.
- Житникова К. С., Гольбрайх В. А.* Отдаленные результаты лечения первичного острого обтурационного холецистита // Актуальные вопросы эзофагогастроэнтерологии. — Волгоград, 1984. — С. 180—186.
- Зайцев В. Т., Гуревич З. А., Почепцов В. Г.* Желчнокаменная болезнь. — Харьков: Вища школа, 1979. — 168 с.
- Затевахин И. И., Крылов Л. Б., Сабиров Б. У.* Острый холецистопанкреатит. — Ташкент: Медицина, 1986. — 141 с.
- Захаров Ф. Г., Колядо В. Б.* Комплексная оценка здоровья и здравоохранения по Российской Федерации (на примере холецистита) // Методические и социальные проблемы медицины и биологии. — М., 1981. — Вып. 3. — С. 13—19.
- Земское В. С., Колесников Е. Б., Скиба В. В.* и др. Хирургическое лечение острого холецистита // Клини. хир. — 1985. — № 9. — С. 10—14.
- Зеркалов В. Н., Хазанов А. И., Ивлев А. С.* К вопросу целесообразности консервативного лечения острого калькулезного холецистита // Воен.-мед. журн. — 1984. — № 6. — С. 60—60.
- Караванов Г. Г., Павловский М. П., Орел Г. Л.* и др. Выбор метода завершения холедохотомии // Хирургия. — 1981. — № 1. — С. 22—26.
- Климов Ю. С., Хавина Е. М.* Острый холецистит у стариков как проблема неотложной хирургии // Экстренная хирургия. — Горький, 1984. — С. 18—25.
- Королев Б. А., Климов Ю. С.* Хирургическое лечение острого холецистита

- у больных старческого (75—89 лет) возраста//Хирургия. — 1983. — № 8. — С. 7—11.
- Королев Б. А., Пиковский Д. Л.* К вопросу о «хирургическом» остром холецистите (острый обтурационный холецистит) //Хирургия. — 1985. — № 8. — С. 96—102.
- Кочнев О. С.* Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. — Казань: Изд-во Казан, ун-та, 1984. — 288 с.
- Краковский А. И.* Хирургическая тактика при остром холецистите// Хирургия. — 1983. — № 8. — С. 3—7.
- Крекотень А. К., Синавин А. М., Завалишин Н. И., Кореньков В. В.* Непосредственные результаты хирургического лечения острого холецистита //Вопросы хирургической гастроэнтерологии. — Владивосток, 1983. — С. 16—18.
- Крендаль А. П.* Наружное дренирование гепатохоледоха и желчного пузыря под эндоскопическим контролем//Хирургия желчных путей и поджелудочной железы. — Запорожье, 1982. — С. 151—152.
- Крылов Н. Л., Вязицкий П. О., Селезнев Ю. К.* и др. Контролируемая декомпрессия желчного пузыря при остром холецистите //Хирургия. — 1986. — № 2. — С. 60—64.
- Кузин М. И., Благовидов Д. Ф., Данилов М. В.* Дискуссионные вопросы хирургии острого калькулезного холецистита//Клин. мед. — 1978. — № 3. — С. 137—141.
- Лисицын К. М., Шапошников Ю. Г.* Неотложная хирургия органов брюшной полости. — М.: Воен. изд-во, 1984. — 224 с.
- Литтманн И.* Оперативная хирургия: Пер. с нем. — Будапешт: Изд-во Акад. наук Венгрии, 1982. — 1175 с.
- Лукичев О. Д., Фильминов М. И., Забин И. М.* Методика лапароскопической холецистостомии//Хирургия. — 1983. — № 8. — С. 125—127.
- Лукомский Г. И.* Обоснование срока первично-отсроченной операции при остром холецистите // Хирургия.— 1981. — № 11. — С. 119.
- Макар Д. А., Фильц О. В., Андрущенко В. П.* Острый обтурационный холецистит//Клин. хир. — 1983. — № 9. — С. 35—37.
- Малиновский Н. Н., Савчук Б. Д., Рубашина И. С.* Хирургическое лечение осложненного калькулезного холецистита//Болезни желчных путей и поджелудочной железы. — М., 1982. — С. 3—6.
- Малиновский Н. Н., Башилов В. П., Артамонов В. Н.* и др. Хирургическая тактика при желчнокаменной болезни у больных с высокой степенью оперативного риска //Всероссийский съезд хирургов, 31-й: Тезисы докладов. — Ташкент, 1986. — С. 230—231.
- Мамедов И. М., Эфендиев В. М., Алиев С. А.* Сравнительная оценка различных подходов к хирургическому лечению желчнокаменной болезни у больных группы высокого риска//Хирургия.— 1989.— № 3. — С. 96—99.
- Мамчич В. И.* О классификации острого холецистита//Хирургия желчных путей и поджелудочной железы. — Запорожье, 1982. — С. 59—60.
- Милонов О. Б., Смирнов В. А., Ахаладзе Г. Г.* и др. Причины неудовлетворительных отдаленных результатов супрадуоденальной холедоходуоденостомии и их хирургическая коррекция-Хирургия. — 1982. — № 11. — С. 15—18.
- Мышкин К. И., Дубошина Т. Б., Коростышевская А. А.* Хирургическая тактика при остром холецистите у больных атеросклерозом и ишемической болезнью сердца//Вестн. хир. — 1980. — № 5. — С. 52—55.
- Напалков П. Н., Качурин В. С.* Пути снижения летальности при остром холецистите//Вестн. хир. — 1984. — № 1. — С. 142—143.

- Нечай А. И., Стукалов В. В., Жук А. М.* Неоперативное удаление камней из желчных протоков при их наружном дренировании. — Л.: Медицина, 1987. — 159 с.
- Панцырев Ю. М., Рябов В. И., Ноздрачев В. И.* и др. Принципы хирургического лечения осложненного острого холецистита у больных старческого возраста//Хирургия желчных путей и поджелудочной железы: Тезисы докладов. — Запорожье, 1982. — С. 73—73.
- Пиковский Д. Л.* Техника холецистэктомии в свете современных достижений хирургии желчных путей//Клин. хир.— 1978. — № 10. — С. 1—5.
- Пиковский Д. Л.* Новые принципы диагностики, тактики и хирургического лечения острого холецистита//Острый холецистит (пути совершенствования, диагностики и лечения).—Горький, 1988.— С. 16—28.
- Постолов П. М., Овчаров А. #., Житникова К.- С.* Лапароскопическая холецистостомия при остром холецистите у больных с повышенным операционным риском//Хирургия.— 1989. — № 1. — С. 24—29.
- Прудков И. Д., Ренева Т. Г., Ходаков В. В.* и др. Отдаленные результаты лапароскопической холецистостомии у больных желчнокаменной болезнью//Физиология и патология гепатобилиарной системы. — Томск, 1983.— С. 134—135.
- Родионов В. В., Мозучее В. М., Прикупец В. Л.* и др. Диагностика и лечение острого холангита//Хирургия.— 1986. — № 7. — С. 21—25.
- Родионов В. В., Мозучее В. М., Прикупец В. Л.* Диагностическая и лечебная тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста//Вест. хир. — 1989. — № 1. — С. 110—113.
- Савельев В. С., Яблоков Е. Г.* Острый холецистит//Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. — М., 1986.— С. 299—328.
- Савельев В. С., Балалыкин А. С.* Эндоскопическая папиллотомия в хирургической практике//Хирургия.— 1987. — № 7. — С. 35—40.
- Савчук Б. Д.* Хирургическая тактика при остром холецистите//Болезни желчных путей и поджелудочной железы. — М., 1982. — С. 64—67.
- Сорокин С. С., Сорокин А. С.* Клинико-патогенетическое обоснование хирургической тактики при остром холецистите у больных пожилого возраста//Клин. хир.— 1979. — № 9.— С. 42—44.
- Стручков В. И., Лохвицкий С. В., Мисник В. И.* Острый холецистит в пожилом и старческом возрасте. — М.: Медицина, 1978. — 183 с.
- Сухарев В. Ф., Зрячих Г. А.* Двадцатипятилетний опыт оперативного лечения больных острым холециститом//Вестн. хир.— 1980.— № 5.— С. 51—57.
- Торицын В. А.* Дискуссионные вопросы лечения острого холецистита// Хирургия. — 1985. — № 1. — С. 98—102.
- Тоскин К. Д.* Лечение больных острым холециститом в urgentном хирургическом отделении//Общая и неотложная хирургия. — Киев, 1978. — Вып. 7. — С. 23—25.
- Тузбоя З. Х., Корепанов В. И., Навзуров Ф. Х.* Роль антибиотиков в лечении обструктивного холецистита//Болезни желчных путей и поджелудочной железы. — М., 1982. — С. 70—72.
- Цацаниди К. Н., Пугачев А. В., Крендаль А. П.* и др. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной острым холангитом//Хирургия. — 1984. — № 2. — С. 8—13.
- Цацаниди К.-Н., Крендаль А. П., Пугачев А. В.* и др. Эндоскопия в диагностике и лечении механической желтухи//Хирургия.— 1985.— № 12.— С. 153—153.

- Шалимов А. А.* Лечебная тактика при остром холецистите//Хирургия желчных путей и поджелудочной железы. — Запорожье 1982 — С. 112—113.
- Шалимов А. А., Шалимов С. А., Подпратов С. С.* и др. Современная тактика лечения острого холецистита // Клин. хир. — 1983 — №4 — С. 1—4.
- Шалимов С. А., Арбер А. Л., Гаевская В. А.* и др. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия при подготовке больных с механической желтухой к радикальной операции //Хирургия. — 1986 — №2 С. 44—47.
- Шапошиников Ю. Г., Решетников Е. А., Варданын В.* Особенности клинического течения и принципы хирургического лечения острого холецистита //Хирургия. — 1983. — № 1. — С. 61—66.
- Шкроб О. С., Ветшев П. С., Соколов А. Л., Наволоцкая Т. И.* Бактериальная инфекция у больных с механической желтухой //Хирургия — 1983. — № 8. — С. 74—77.
- Шулутко А. М., Лукомский Г. И., Сурин Ю. В.* и др. Прогнозирование риска операции при остром холецистите//Хирургия — 1989 — № 1. —С. 29—32.
- Эсперов Б. Н., Бригас А. Р.* Лечебная тактика при остром холецистите// Хирургия. — 1987. — № II. —С. 143—145.
- Alinder G., Herlin P., Lindgren B., Holmin T.* The cost-effectiveness of early or delayed surgery in acute cholecystitis//Wld J Surg — 1985. — Vol. 9, — N 2. — P. 329—334.
- Arianoff V. A., Arianoff A. A.* Analyse par tranches g'age de 472 Cholecystites aiques operees//Acta chir. belg. — 1985. — Vol. 85 N 5 — P. 279—285.
- Benmark S., Alinder G., Hammarstrom E.* Modern Trends in der Gallenle chirurge//Zbl. Chir. — 1983. — Bd 108, N 16. — S. 1001—1006.
- Blarney S. L., Osborne D. H., Carter D. C.* Prediction of risk in biliary surgery//Brit. J. Surg. — 1983. — Vol. 70, N 9. — P. 535—538.
- Bornman P., Terblanche J.* Subtotal cholecystectomy: For the difficult gallbladder in portal hypertension and cholecystitis//Surgery.— 1985.— Vol. 98, N 1.—P. 1—6.
- Braun L., Schneider A.* Problematik der Choledochoduodenostomie//Langenbecks Arch. Chir. — 1980.— Bd 351, N 2.—S. 119—123.
- Carboni M., Negro P., Tuscano D.* et al. Stato attuale della sfinterotomia chirurgica ed endoscopica//Minerva chir. — 1983. — Vol. 38, N 21. — P. 1771—1774.
- Chodoff R. J.* Results of early operation for acute cholecystitis// Abdomin. Surg. — 1978. — Vol. 20, N 9. — P. 178—179.
- Chodoff R. J. A.* Surgical technique to facilitate cholecystectomy in difficult situations//Abdomin. Surg. — 1982. — Vol. 24, N 9/10. — P. 126—127.
- Deutsch V., Voci V.* Operative cholangiography. The case for selective instead of routine operative cholangiography//Amer. Surg. — 1982. — Vol. 48, N 7.— P. 297—301.

- Elboim C, Boldman L., Hann L.* et al. Significance of postcholecystectomy Subhepatic fluid collection//Ann. Surgeon. — 1983. — Vol. 198, N2. —P. 137—141.
- Elly T. R.* Gallstone pancreatitis. Local predisposing factors //Ann. Surg. - 1984. - Vol. 200, N 4. - P. 479-485.
- Flutue V., Undor A., Gerasim R.* et al. Riscul chirurgical la bolnavii cu icter obstructiv//Chirurgie.- 1985. -Vol. 34 N 1. --P. 21-28.
- Fry D. E.* Surgical techniques in the management of distal biliary tract obstruction//Amer. Surg. - 1983. - Vol. 49, N 3. - P. 138-142.

- Glenn F.* Biliary tract disease//Surg. Gynec. Obstet. — 1981. — Vol. 153, N 7.— P. 401—402.
- Goco L., Chambers L.* Mini-Cholecystectomy and operative Cholangiography//Amer. Surgeon. — 1983. — Vol. 49, N 3. — P. 143-145.
- Goinard P., Pellissier G.* Transduodenale et endoscopique sphincterotomie//Lyon Chir. — 1982. — Vol. 78, N 5. — P. 325—327.
- Goodall I.* Bleeding after endoscopic sphincterotomy//Ann. Roy. Surg. Engl. — 1985. — Vol. 67, N 2. — P. 87—88.
- Hjortrup A.* Influence of diabetes mellitus on operative risk//Brit. J. Surg. — 1985.— Vol. 72, N 10. — P. 783—785.
- Hoffmann R., Amgwerd R., Kessler W.* et al. 1st die Cholecystitis acuta im Primarstadium infektiös//Helv. chir. Acta.— 1983. — Bd 50, N 4. — S. 403—406.
- Johnson A., Rains A.* Prevention and treatment of recurrent bile duct stones by choledochoduodenostomy//Wld J. Surg. — 1978. — Vol. 2, N 4. — P. 487—496.
- Kricke E.* Cholezystitis bei Patienten über 70 Jahre//Zbl. Chir. — 1983. — Bd 108.— S. 1026—1032.
- Lopez E. V., Florez J. B., Fernandes C. H.* et al. Acute cholecystitis clinical and therapeutic evaluation//Abdomin. Surg.— 1983.—Vol. 25, N 11/12.— P. 103—106.
- Lygidakis N.* Angiocholitis aigues suppurees Comparasion du drenage biliare intere et externe//Chirurgie (Paris). — 1982. — Vol. 108, N 6. — P. 496—499.
- Lygidakis N.* Incidence and significance of primary stones of the common bile duct in choledocholithiasis//Surg. Gynec. Obstet.— 1983.— Vol. 157, N 5. — P. 434—436.
- May R., Corfield A.* An assesment of operative choledochoscopy — a worthwhile procedure or not? Ann. roy. Coll. Surg. Engl. — 1985. — Vol. 67, N 2. — P. 96—98.
- Michot F., Pare R., Levy E.* et al. Approche therapeutique des angiocholites aigues graves. À propos de 17 observations//Med. Chir. Dig.— 1979.— Vol. 8, N 1. — P. 17—19.
- Morton C.* Cost containment with the use of "Mini-cholecystectomy" and intraoperative cholangiography//Amer. Surgeon. — 1985. — Vol. 51, N 3. — P. 168—169.
- Navarra S., Melita P., Calbo L.* et al. Colecistiti acute. Trattamento immediato o differito?//Minerva chir. — 1983. — Vol. 38, N 19. — P. 1393—1396.
- Norrey S., Herlin P., Holmin T.* et al. Early or delayed cholecystectomy in acute cholecystitis? A clinical trial// Brit. Surg. J. — 1983.— Vol. 70, N 3. — P. 163—165.
- Oetell R., Schkeuditz F.* Acute cholezystitis — Friihoperation oder primar konservative Therapie?// Dtsch. Gesundh. — Wes. — 1978. — Vol. 33, N 46. — S. 2186—2190.
- Paolucci V., Hottenrot Ch., Schehuber D.* Complicazioni della papillotomia endoscopica; Trattamento chirurgica//Minerva dietol. gastroent. — 1985.— Vol. 31, N 3. — P. 487—489.
- Peitsch W.* Die Friihcholezistectomie bei akute Cholezystitis — ein risikoarme Eingriff//Actual chir. — 1986. — Vol. 21, N 3. — P. 116—121.
- Sallentin W., Kern R., Kandzia P.* Torsion der Gallenblase — Uberrasschingsbefund bei der Fruhoperation der acuten Cholecystites//

Dtsch. Gesundh. — Wes. — 1980. — Bd 35, N 52. — S. 2142—2144.
Schmauss A. K., Weckner W. Angeforderter Kornmentar//Zbl. Chir.—
1983.— Bd 108. — S. 1032—1037.
Schweisinger W., Kurtin W., Levine B. et al. Cirrosis and alchoism as

- pathogenetic factors in pigment gallstone formation//Curr Sum — 1986.— Vol. 43, N 2.— P. 159—160. //v-uir. surg.
- Shortsleeve M. J., Schatzki S. C, Lee D. L.* Monoctanoin was inflused through a cholecystostomy tube to dissolve multiple gallstones and re-establish cystic duct patency in a patient who was not a caudate for surgery//Radiology. — 1984. — Vol. 153. — P. 547—550.
- Sianesi M., Ghirarduzzi A., Pergudani M.* et al. Cholecystectomy for acute cholecystitis: Timing of operation, bacteriologic aspects and postoperative course//Amer. J. Surg. — 1984. — Vol. 148, η 5 — P 609—612.
- Sjodahl R., Tagesson C, Wetterfors J.* On the pathogenesis of acute cholecystitis//Surg. Gynec. Obstet. — 1978. — Vol. 146, N 2.— P. 199—202.
- Spay G., Remington M., Delorme E.* Drainage externe et sphincteromie endoscopique//Lyon Chir. — 1982. — Vol. 78, N 5. — P. 325—327.
- Strohmeyer G.* Acute Cholezystitis: Wann operieren?//Munch med. Wschr. — 1984. — Bd 126. — S. 103—103.
- Tiwari V., Grewal R., Sing T.* Early cholecystectomy in cholecystitis//Indian J. Surg. — 1982. — Vol. 44, N 6. — P. 332—365.
- Tritapere R., Padova C, Pozzoli M., Montrosi W.* Dissoluzione cou monoctanoina dei calcoli biliare residui post colecistectomia//Minerva chir. — 1985. — Vol. 40, N 7, — P. 501—504.
- Vazquez C. R., Martinez M. S.* Morbiletalidad en la chirurena de la lithiasis biliar//Rev cuba Cirug. — 1979. — Vol. 18, N 6.—P. 493—497.
- Wolff H., Halm M., Ludwig K.* et al. Leber—Gallen- und Pancreaschirurgie. — Berlin: VEB Verlag Volk u. Gesundheit, 1978. — 472 S.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	5
Глава I. Классификация, патоморфология, патогенез острого холецистита	11
Простой острый (неосложненный) холецистит.....	12
Первичный простой острый холецистит.....	12
Неосложненный рецидивирующий простой острый холецистит	15
Острый осложненный холецистит.....	16
Острый обтурационный холецистит	16
Экстрапузырное распространение инфекции.....	26
Глава II. Причины, патоморфология, патогенез острой гипертензии желчевыводящих протоков.....	28
Давление в желчевыводящих протоках	29
Клиническое значение манометрии	29
Холедохолитиаз. Миграция камней из желчного пузыря в желчевыводящие протоки.....	32
Стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки	35
Острый холецистопанкреатит	35
Острый холецистохолангит	38
Острые поражения билиарной системы без холецистита или со вторичным поражением желчного пузыря	39
Острые заболевания печени с желтухой	39
Острый панкреатит с желтухой	40
Острая механическая желтуха	41
Изменения в печени при остром холецистите и гипертензии желчевыводящих протоков	44
Глава III. Клиника и диагностика различных форм острого холецистита.....	48
Простой острый холецистит	49
Острый обтурационный холецистит.....	51
Острый холецистопанкреатит.....	56
Простой острый холецистопанкреатит	58
Острый обтурационный холецистопанкреатит	60
Острый холецистопанкреонекроз.....	61
Острый обтурационный холецистопанкреонекроз.....	62
Острый холецистит с желтухой и острая желтуха без холецистита	63
Острый обтурационный холецистит с желтухой	65
Простой острый холецистит с желтухой	66
Острая механическая желтуха.....	66

Острые заболевания и обострения заболеваний печени, сопровождающиеся желтухой.....	72
Инвазивные диагностико-лечебные методы.....	74
Чрескожная чреспеченочная холангиография.....	74
Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография . . .	74
Лапароскопия и лапароскопия.....	77

Глава IV. Консервативное лечение приступа при различных формах острого холецистита.....

Лечение простого острого холецистита.....	78
Лечение острого обтурационного холецистита.....	79
Лечение острого холецистопанкреатита.....	85
Лечение острого холецистита с желтухой.....	86
Консервативное лечение и факторы риска.....	89
Возраст.....	89
Запущенность заболевания.....	90
Мужской пол.....	91
Сопутствующие заболевания.....	92

Глава V. Хирургическое лечение на высоте приступа острого холецистита.....

Виды операций. Терминология.....	100
Прогнозирование течения приступа острого холецистита	107
Возможные варианты течения приступа острого обтурационного холецистита.....	107
Прогнозирование течения первого приступа острого обтурационного холецистита.....	108
Хирургическая тактика на высоте приступа острого обтурационного холецистита.....	109
Факторы, влияющие на выбор времени оперативного вмешательства, и показания к операции.....	112
Срочные операции.....	116
Отсроченные операции.....	118
Риск операции на высоте приступа острого обтурационного холецистита.....	119

Глава VI. Методы операций и интраоперационных исследований при остром холецистите.....

Холецистэктомия на высоте приступа с операционной холангиографией.....	130
Положение больного на операционном столе.....	133
Доступ.....	133
Разрез.....	133
Лапаротомия.....	135
Перевязка пузырного протока.....	136
Выбор следующего этапа.....	138
Операционная холангиография.....	139
Удаление желчного пузыря.....	147
Ушивание ложа желчного пузыря.....	150
Интерпретация холангиограмм.....	151
Декомпрессионное дренирование пузырного протока	157
Холецистэктомия на высоте приступа без операционной холангиографии.....	161
Другие методы операционной диагностики.....	164
Осмотр и пальпация общего желчного протока.....	164
Измерение калибра гепатикохоледоха.....	165

Зондирование желчных протоков	166
Операционная манометрия и дебитометрия	167
Глава VII. Экстренная и срочная холедохотомия	168
Показания к холедохотомии	168
Техника холедохотомии	174
Способы завершения холедохотомии	177
Первичный («глухой») шов общего желчного протока	178
Наружное дренирование общего желчного протока	182
Холедоходуоденостомия	187
Папиллосфинктеротомия	194
Ушивание брюшной стенки после операции на желчных путях	204
Глава VIII. Декомпрессионные операции при остром холецистите	206
Лапароскопическая холецистостомия	208
Лапароцентезная холецистостомия	212
Широкая холецистостомия	214
Глава IX. Исходы операций на желчных путях	216
Летальность	216
Опасные для жизни послеоперационные осложнения, которые могут потребовать релапаротомии	219
Подпеченочный и поддиафрагмальный абсцессы	219
Желчный перитонит	220
Послеоперационный панкреонекроз	224
Отдаленные результаты операций на желчных путях. Возможные причины рецидива болей после холецистэктомии без органической патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны	225
Литература	232

Производственное издание
БОРИС АЛЕКСЕЕВИЧ КОРОЛЕВ,
ДАВИД ЛЬВОВИЧ ПИКОВСКИЙ

Экстренная хирургия желчных путей

Зав. редакцией — канд. мед. наук Э. М. Попова

Редактор И. А. Павлова

Мл. редактор В. И. Лукьянова

Художественный редактор А. Г. Прозоровская

Оформление художника Ф. К. Мороз

Технический редактор В. И. Табенская

Корректор Л. А. Кокорева

ИБ 4910

Сдано в набор 10.07.89. Подписано к печати 13.10.89.

Формат бума-

ги 84X108/з2- Бумага офс. №1. Гарнитура литерат. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 12,60. Усл. кр.-отт. 25,41. Уч.-изд. л. 13,39. Тираж 80.000 экз.

Заказ № 438. Цена 80 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина»
101000 Москва, Петроверигский пер., 6/8

Ярославский полиграфкомбинат Госкомпечати СССР,
150014 Ярославль, ул. Свободы, 97.