

значали желчегонные средства. При выраженном болевом синдроме применяли спазмолитики.

Таким образом, у подавляющего большинства детей с билиарной патологией (90%) имелось сочетанное поражение слизистой верхних отделов пищеварительного тракта: при небольших сроках заболевания (1—2 года) — как правило, изолированные гастриты и дуодениты, а при длительности заболевания до 3 лет и более — распространенное поражение слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки, кардиоэзофагальной зоны. Выявленная при помощи гастродуоденоскопии патология верхних отделов пищеварительного тракта у детей с заболеваниями желчевыводящих путей во многом объясняет наличие у них разнообразной клинической симптоматики, предопределяя проведение соответствующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворожцова Н. Я., Батанина Г. И. Педиатрия, 1973, 7. — 2. Запруднов А. М., Филин В. А. и др. В сб.: Санаторно-курортное лечение детей с заболеваниями органов пищеварения. Пятигорск, 1976. — 3. Куршин М. А., Минеев С. С. и др. В сб.: Хронические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Горький, 1976. — 4. Ногаллер А. М. Аллергия и хронические заболевания органов пищеварения. Медицина, М., 1975. — 5. Пикulina Г. К. Педиатрия, 1973, 7. — 6. Успенский В. И. Гистамин. Медгиз, М., 1963. — 7. Райка Э. Аллергия и аллергические заболевания. Будапешт, 1966.

Поступила 29 марта 1977 г.

УДК 616.36—008.5:616.381—089.85—079.89

ОПРАВДАНА ЛИ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОТОМИЯ В ЦЕЛЯХ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ ЖЕЛТУХИ? ¹

*Доктор мед. наук А. Я. Яковлев, А. С. Лескин, А. П. Гегенава,
Б. Г. Рудик*

Клиника госпитальной хирургии (зав. — заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова, Куйбышевская областная больница им. М. И. Калинина (главрач — В. Д. Середавин) и Чапаевская городская больница (главрач — В. В. Казберов)

Реферат. По мнению авторов, в целях установления причины желтухи, если проводимое консервативное лечение неэффективно, оправдана диагностическая лапаротомия с ревизией желчных путей. Подобное вмешательство даже у страдающих болезнью Боткина, как показали наблюдения (12), не вызывает опасных осложнений. Оно может способствовать более благоприятному течению основного заболевания.

Болезнь Боткина (вирусный гепатит) и механическая желтуха имеют ряд сходных признаков. Провести четкую грань между ними подчас бывает трудно, особенно на догоспитальном этапе. В большинстве случаев диагноз устанавливается только в результате стационарного наблюдения. Поэтому нередки случаи направления больных с паренхиматозной желтухой в хирургические отделения, а страдающих механической желтухой — в инфекционные.

Существующие способы клинического, лабораторного, рентгеновского и инструментального (лапароскопия) обследования больных с различными формами желтух при целенаправленном применении позволяют с достоверностью подтвердить или опровергнуть первичный диагноз. В хирургических отделениях, где широко используются все эти методы, ошибка в распознавании заболевания выявляется в относительно ранние сроки, и больные с паренхиматозной желтухой в них обычно не задерживаются. В инфекционных же отделениях диагноз основывается главным образом на данных клинического и лабораторного исследования. Холагиография и особенно лапароскопия практикуются здесь чрезвычайно редко. Поэтому обследование больных длится дольше, чем в хирургических стационарах, а следовательно, позже выявляются и диагностические ошибки. В результате многие больные с механической желтухой своевременно не подвергаются оперативному лечению.

Нами изучены медицинские документы 253 больных с механической желтухой, госпитализированных в течение 1966—1975 гг. в инфекционные отделения больниц Куйбышевской области в связи с подозрением на болезнь Боткина. Причины, вызвавшие желтуху, и сроки пребывания больных в инфекционных стационарах различных категорий (клинические, городские, сельские больницы) приведены в таблице. Представляя такие раздельные данные, мы имели в виду, что дифференциальная диагностика при

¹ Статья публикуется в порядке дискуссии.

Причины, вызвавшие механическую желтуху, и сроки обследования больных в инфекционных стационарах

Категория лечебных учреждений	Причины, обусловившие механическую желтуху	Число больных	Сроки обследования больных, дни											Среднее число дней, проведенных больными в стационаре
			1	2-3	4-5	6-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-70	71-90	115-120	
Клинические больницы	Злокачественные опухоли	141	1	4	3	18	46	35	14	7	7	5	1	27
	Камни желчных путей	33	4	2	—	4	9	9	3	2	—	—	—	19
	Воспалительные заболевания	6	—	3	—	1	1	1	—	—	—	—	—	6
	Итого	180	5	9	3	23	56	45	17	9	7	5	1	
Городские больницы	Злокачественные опухоли	25	1	—	—	—	8	9	3	2	1	—	1	30
	Камни желчных путей	28	8	4	—	6	4	2	3	1	—	—	—	12
	Воспалительные заболевания	5	3	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	6
	Итого	58	12	4	1	6	12	12	6	3	1	—	1	
Сельские больницы	Злокачественные опухоли	6	—	—	—	1	2	—	—	1	2	—	—	33
	Камни желчных путей	6	1	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	3
	Воспалительные заболевания	3	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	10
	Итого	15	1	4	1	3	2	1	—	1	2	—	—	
Всего		253	18	17	5	32	70	58	23	13	10	5	2	

желтухах в условиях инфекционных больниц независимо от их оснащенности и квалификации работающих в них врачей остается трудной проблемой.

Специфическая диагностика болезни Боткина в той мере, в какой она необходима в клинике, мало разработана. Во всяком случае, практическим врачам она недоступна. Диагноз основывается на жалобах больных и некоторых объективных данных, большинство из которых характерно и для механической желтухи. Транспеченочная холангиография, которая все шире используется в целях распознавания заболеваний печени и внепеченочных желчных путей, фактически не применима при холестатической форме инфекционного гепатита [6].

Как видно из таблицы, диагноз болезни Боткина в относительно ранние сроки отвергался лишь у больных с камнями и воспалительными заболеваниями желчных путей. Остается добавить, что при этом диагноз обычно основывался на клинических симптомах (приступообразные боли, перемежающаяся желтуха и пр.). Что касается данных лабораторного исследования крови, мочи, кала и других сред, то они не всегда помогали дифференцировать природу желтухи. И не удивительно, что обтурация желчных путей опухолями, поскольку при этой патологии не бывает обострений, в большинстве случаев диагностировалась поздно.

Несовершенство методов диагностики заболеваний печени и желчных путей, приводя, с одной стороны, к задержке хирургического лечения, с другой, наоборот, в отдельных случаях становится причиной напрасных операций. Здесь имеются в виду чревосечения, которые выполняются иногда при болезни Боткина вследствие диагностической ошибки — предварительного установления у больных механической желтухи. Из литературы нам известно о 247 оперированных по этой причине больных с паренхиматозной желтухой. Ряд авторов считает, что такая операция не вызывает опасных последствий. Более того, они находят, что хирургическое вмешательство оказывает благотворное влияние на течение основного заболевания [2-4].

До недавнего времени к таким сообщениям мы относились с недоверием и считали недопустимыми экспериментальные лапаротомии, если не исключалась болезнь Боткина. Опасение холемического кровотечения и обострения заболевания удерживало нас от попытки уточнить диагноз ценой операции. Наш взгляд на этот вопрос изменился после

изучения результатов произведенных 3 больным по ошибочным показаниям чрезвешечной. После операции состояние больных быстро улучшилось, желтуха исчезла и не возобновлялась [5].

Ныне мы располагаем данными о 12 больных инфекционным гепатитом, которые в связи с превалированием у них признаков механической желтухи подверглись операции в различных больницах Куйбышевской области. Большинство вмешательств (9) выполнено авторами данного сообщения. Ревизией желчевыводящей системы ограничилось вмешательство только у 2 больных, остальным произведены следующие операции: интубация пупочной вены (3), холецистостомия (1), супрадуоденальная холедохотомия с глухим швом (1), супрадуоденальная холедохотомия с дренажем Робсона — Вишневого (2), оментогепатопексия с новоканной блокадой ворот печени (2), холецистэктомия с дренажем Холстедта — Пиковского (1).

Конкрементов или опухолей, которые могли бы быть причиной механической желтухи, не обнаружено ни у одного оперированного. Ревизию желчного пузыря и желчных путей проводили с использованием холангиографии и холангиоанометрии. У всех больных печень была увеличена и полнокровна, имела необычный темно-красный цвет, а при рецидивах заболевания — желтоватый. Увеличенной оказывалась и селезенка. Несомненно, у них была паренхиматозная желтуха. Все оперированные выздоровели. Рецидивов желтухи у них не зарегистрировано. Приводим два наблюдения.

1. Ч., 54 лет, переведена в хирургическое отделение Чапаевской городской больницы из инфекционной больницы 6/VII 1973 г. с подозрением на механическую желтуху. Этот диагноз казался вероятным тем более, что 11/II 1973 г. больная перенесла холецистэктомию. При поступлении она жаловалась на боли в правом подреберье, тошноту, общую слабость, кожный зуд, Билирубин крови — 2,8 мг% ван-ден-Бергу, реакция прямая, быстрая. Выказано предположение о закупорке дистального отдела общего желчного протока «забытым» камнем. При операции (14/VII 1973 г.) печень оказалась увеличенной, набухшей, темно-красного цвета. Ревизия желчных путей с применением холангиографии и супрадуоденальной холедохотомии не выявила препятствий для оттока желчи. Операция завершена наложением холедохостомы с дренажем по Робсону — Вишневскому. Билирубин крови 20/VII 1973 г. — 0,65 мг% по ван-ден-Бергу. Наступило выздоровление. Ч. находится под наблюдением. Рецидива желтухи не было.

2. К., 24 лет, в сентябре 1972 г. поступил в Чапаевскую городскую инфекционную больницу по поводу болезни Боткина. Выписан по выздоровлении. В последующем, однако, у него возобновлялась желтуха, сопровождаясь болями в правом подреберье и сильным кожным зудом. При очередном рецидиве, когда уровень билирубина в крови достиг 1,6 мг% по ван-ден-Бергу, а консервативное лечение не давало обнадеживающих результатов, было высказано мнение, что больной страдает механической желтухой, и его перевели в хирургическое отделение городской больницы. 4/X 1973 г. он был оперирован, поскольку не исключалась обтурационная природа желтухи. Это мнение, однако, оказалось ошибочным — конкрементов или других причин, которые могли обусловить механическую желтуху, при ревизии не выявлено. Печень увеличенная, набухшая, желтовато-золотистого цвета. *Операция завершена оментогепатопексией и интубацией пупочной вены. Осложнений и рецидивов не отмечено. Пациент находится под наблюдением.

Как же объяснить выздоровление больных паренхиматозной желтухой после чрезвешечной?

Манипуляция в области ворот печени и неизбежное травмирование ее при этом, по нашему мнению, вызывают ответную реакцию, приводя к угнетению (торможению) функции большого органа. Хирургам хорошо известно, что в первые дни после операции на печени и желчевыводящих путях уменьшается секреция желчи [1]. Печеночные клетки (они, как известно, характеризуются способностью быстро восстанавливаться) вследствие травмы, по-видимому, впадают в состояние функционального покоя, получая благоприятные условия для регенерации.

Допускаем, что операция с ревизией желчевыводящей системы может быть эффективной и при сывороточном гепатите.

ВЫВОДЫ

1. У больных с затянувшейся желтухой, особенно при неэффективности консервативного лечения, оправдана диагностическая лапаротомия.

2. Ревизия желчных путей у больных с паренхиматозной желтухой не приводит к опасным осложнениям. По нашим данным, она даже может способствовать более благоприятному течению основного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беккерман Ш. И. Хирургия, 1967, 1. — 2. Розанов Б. С., Топчашвили З. А. Там же, 1968, 8. — 3. Ситенко В. М., Нечай А. И. Вестн. хир., 1965, 5. — 4. Пьер Малле-Ги. Там же, 1965, 11. — 5. Яковлев А. Я., Лескин А. С. Сов. мед., 1974, 5. — 6. Ганчев Г., Баев С., Кючуков И. Хирургия (болг.), 1975, 2.

Поступила 24 ноября 1977 г.