

каменным холециститом, особенно оно эффективно при недлительном анамнезе заболевания.

Хотя консервативная терапия у больных с плохими отдаленными результатами и купировала приступы холецистита, у большинства из них вскоре развились новые обострения. Так, у 46,9% пациентов обострение возникло в первые полгода, у 18,4% в сроки от 6 месяцев до 1 года и у 34,7% — через год и более после консервативного лечения.

Вследствие повторных приступов холецистита стационарное обследование и лечение потребовались 274 больным, а 115 нуждались в периодической врачебной помощи. 95 больным была предложена операция, но 26 от нее отказались. Длительность заболевания холециститом у них исчислялась сроками от 6 до 21 года. У этих лиц сложилось мнение о пользе консервативной терапии, так как она давала положительный эффект при обострении холецистита.

Приведенные данные свидетельствуют о неутешительных результатах консервативного лечения острого холецистита. Однако это, конечно, не значит, что от консервативного лечения следует отказаться. У подавляющего большинства больных под влиянием консервативной терапии воспалительные явления стихают, и вопрос о дальнейшей лечебной тактике должен решаться после полного клинического обследования. Если клиническое обследование устанавливает, что желчный пузырь функционирует и что в нем нет камней, консервативное лечение следует считать достаточно эффективным. Тактику длительного консервативного лечения больных с рецидивирующим калькулезным холециститом необходимо признать ошибочной.

Поступила 20 ноября 1972 г.

УДК 616.366—002:616—089.8

ВЫБОР ДРЕНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Канд. мед. наук С. Я. Кнубовец, Ф. В. Новиков

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. А. Кузнецов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Осложненные формы острого и хронического холецистита встречаются у 40—60% оперированных больных [1, 2]. Нами подвергнуты анализу истории болезни пациентов, прооперированных с 1960 по 1972 г. по поводу холецистита и его осложнений (741 чел.). Наши наблюдения показывают, что число больных с осложненным холециститом за последние годы увеличилось.

Мы использовали следующие методы операционной диагностики: холангиографию — у 472 чел., манометрию — у 304, дебитметрию — у 142, внеполостную трансиллюминацию — у 53, холедохоскопию — у 14, мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру — у 321. У 298 больных последовательно проводили манометрию и холангиографию, у 137 — манометрию, дебитметрию и холангиографию. При стертой клинической картине комплексное применение по показаниям перечисленных выше методов уточняет диагноз холедохолитиаза, стеноза фатерова сосочка, холангита, панкреатита и гепатита. Так, холедохолитиаз был выявлен у 28,3% больных, стеноз фатерова сосочка — у 27,6%, острый и хронический панкреатит — у 16,7%, различные формы холангита — у 25,2%, гепатит — у 15,8%. Согласно клинико-рентгеноманометрической характеристике стеноза фатерова сосочка [4], стеноз 1-й степени констатирован у 22,8% больных, 2-й — у 43,7% и 3-й — у 33,5%.

Холедохотомия произведена нами у 279 (37,7%) больных, у которых были различные сочетания осложненного течения холецистита. Так, холедохолитиаз отмечен у 209 чел., панкреатит — у 76, стеноз фатерова сосочка — у 169, холангит — у 146, гепатит — у 91.

Наружное отведение желчи в качестве единственного метода, заканчивающего вмешательство, произведено нами у 132 больных (17,8% всех оперированных и 47,3% оперированных на холедохе), преимущественно при установлении проходимости фатерова сосочка четырехмиллиметровым резиновым катетером и расширении холедоха до 15 мм после удаления одиночного камня или нескольких камней, а также у тяжело больных с острой обтурационной желтухой, холангигепатитом, холецистопанкреатитом.

Применение дренажа после удаления множественных мелких камней, что было произведено у ряда больных, не может считаться лучшим завершением холедохотомии. Изменения фатерова сосочка после временной декомпрессии холедоха снова приводят к желчной гипертензии. Холедохотомия и последующая ревизия не исключают полностью просмотр камней и не всегда обеспечивают точное определение стадии и степени изменений фатерова сосочка. Поэтому показания к наружному дренированию, а также к операциям, создающим отток желчи и панкреатического сока в кишечник, должны быть строго очерчены и, как мы полагаем, не могут заменять друг друга.

Каждая билиодигестивная операция должна быть выбрана для данного больного с учетом присущих ей преимуществ и недостатков.

В последние годы появился ряд работ, авторы которых весьма положительно высказываются о холедоходуоденостомии. Билиодигестивные анастомозы различных видов нами выполнены у 72 больных (9,4% всех оперированных), у 68 из них — после холедохотомии (9,2% всех оперированных и 24,4% оперированных на холедохе). Показаниями являлись мелкие множественные камни, замазкообразная масса, песок при расширении холедоха более 15 мм и утолщении стенок; стеноз фатерова сосочка II и III степени; индуративный панкреатит, приводящий к сдавлению интрапанкреатического отдела холедоха. У 45 больных одним из оснований к холедоходуоденостомии послужил холедохолитиаз, у 11 — индуративный панкреатит. Ширина холедоха достигала в среднем 21,3 мм.

Присущие холедоходуоденостомии недостатки — синдром «слепого мешка», сужение холедоходуоденального соустья, со временем приводящее к билиарному стенозу со вспышками холангита, отсутствие полной гарантии в выявлении камней терминального отдела холедоха, невозможность использования его для анастомоза при диаметре менее 15 мм определяют необходимость выбора операций, которые могли бы это устранить. Таким вмешательством, по нашему мнению, является папиллосфинктеротомия. Надо отметить, что эта корригирующая операция, свободная от недостатков, присущих холедоходуоденостомии, лишена и ряда преимуществ последней (не устраняется билиарный стаз, так как интрапанкреатический отдел холедоха сдавливается головкой поджелудочной железы). Мы считаем, что при папиллосфинктеротомии может быть осуществлен достаточный дренирующий эффект, и применяем ее как метод выбора. Она произведена нами у 67 больных (9,0% всех оперированных и 23,7% оперированных на холедохе), причем у 1 без вскрытия холедоха. Показаниями к папиллосфинктеротомии были вколоченные камни и стеноз фатерова сосочка I, II и III степеней, одиночные и множественные камни холедоха с явлениями холангита, отечной формы панкреатита (гнойный холангит не составлял исключения). У 60 больных были камни, у 7 — стеноз III степени без холедохолитиаза. Ширина холедоха до 10 мм была у 3 больных, до 15 мм у 33 и свыше — у 31.

При рассечении фатерова сосочка создаются условия для тщательной ревизии холедоха ретроградным путем. У 1 больного ввиду рубцового стеноза сосочка с переходом процесса на устье вирзунгианова протока потребовалось произвести вирзунготомию.

Отсутствие достаточно достоверных и технически простых способов диагностики склероза устья вирзунгианова протока, по-видимому, может объяснить нам панкреатические колики у больных как после холедоходуоденостомии, которая только устраняет желчную гипертензию, так и после папиллосфинктеротомии, которая лишь «приоткрывает занавес» для ревизии поджелудочной железы. Холедоходуоденостомия не приближает нас к оптимальным условиям для ревизии протоков. Вследствие этого просмотренные камни, вколоченные в сосочек, могут послужить причиной панкреонекроза [3] и рецидива холедохолитиаза.

Папиллосфинктеротомия в сочетании с холедоходуоденостомией выполнена у 3 больных. У них были явления холедохолитиаза (множественные камни и одиночные) со стенозом II и III ст., панкреатит, гнойный холангит при ширине холедоха более 15 мм. При этой операции одно вмешательство удачно дополняет другое: папиллосфинктеротомия обеспечивает отток панкреатического сока и дренирует ретродуоденальный отдел холедоха, а холедоходуоденостомия создает достаточный отток желчи в кишечник.

У 13 больных (1,7% всех оперированных и 4,7% оперированных на холедохе) холедохотомия закончена первичным швом, у 6 из них — в сочетании с декомпрессионным дренажем через пузырьный проток.

ВЫВОДЫ

1. Показания к наружному дренированию после холедохотомии следует ставить с большой осторожностью при удалении множественных камней и наличии сопутствующих изменений фатерова сосочка, отдавая предпочтение операциям внутреннего дренирования.

2. Холедоходуоденостомия и папиллосфинктеротомия не должны конкурировать между собой, показания к ним должны быть строго очерчены с учетом преимуществ и недостатков каждого из методов. У ряда больных эти вмешательства могут сочетаться друг с другом.

3. Первичный шов холедоха после холедохотомии целесообразно дополнять декомпрессионным дренажем через пузырьный проток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беличенко И. А. Хирургическое лечение холецистита в свете отдаленных результатов. Автореф. канд. дисс., М., 1961.— 2. Гришкевич Э. В. Диагностика и хирургическое лечение хронического холецистита и сопутствующих заболеваний желчных путей. Автореф. канд. дисс., М., 1963.— 3. Могуцев В. М. Хирургия, 1970, 6.— 4. Харитонов И. Ф., Кнубовец С. Я. Казанский мед. ж., 1967, 5.