

ные анатомические взаимоотношения данных органов затрудняют диагностику, и хирурги, обнаружив одно из заболеваний, ограничивают дальнейшее обследование больного. Так, из 7 больных, оперированных по поводу сочетания желчнокаменной и язвенной болезни, правильный диагноз был поставлен до операции лишь 3 больным. 4 больным был установлен диагноз желчнокаменной болезни, а язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки была выявлена только в ходе операции.

Приводим одно из наших наблюдений.

П., 77 лет, госпитализирована в хирургическое отделение 25.11.82 г. с диагнозом желчнокаменной болезни, острого холецистита. Из анамнеза выяснено, что больная страдает хроническим холециститом в течение 10 лет. Ранее боли в животе носили приступообразный характер, в последние 2—3 года стали беспокоить опоясывающие, иррадирующие в поясницу боли, диспептические явления. После приступа большой была проведена холецистография, при этом желчный пузырь не контрастировался. С учетом данных обследования больная была прооперирована.

8.12.82 г. под общим наркозом разрезом в правом подреберье по Федорову вскрыта брюшная полость. При ревизии выявлены конкременты в желчном пузыре, сращения между ним и большим сальником. В антральном отделе желудка обнаружена каллезная язва размерами 4×3 см, пенетрирующая в головку поджелудочной железы. Произведена холецистэктомия, резекция $\frac{1}{2}$ желудка по Бильрот I. Послеоперационный период протекал гладко, и через 17 сут после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 18 мес, жалоб не предъявляет.

Анализ данного случая показал, что анамнез болезни был собран поверхностно, интерпретирован односторонне. При обследовании больной не выполнены рентгенография желудка и фиброгастроскопия, что, на наш взгляд, позволило бы установить точный диагноз до операции. Совершенно ясно, что только в результате углубленного, целенаправленного обследования больного можно выявлять сочетанные заболевания, в частности сочетание желчнокаменной болезни с язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки. При обнаружении желчнокаменной болезни считаем обязательными рентгенологическое исследование желудка и фиброгастродуоденоскопию.

Холецистэктомия и резекция желудка были проведены 5 больным, причем 3 — из доступа в правом подреберье (Кохера—Федорова). Несомненно, что наилучшие условия для полноценной ревизии органов брюшной полости и свободного оперирования создаются при срединной лапаротомии. Однако, как показывает опыт, в ряде случаев при глубоком наркозе с применением миорелаксантов, благоприятных анатомических взаимоотношениях органов брюшной полости возможны холецистэктомия и резекция желудка из доступа в правом подреберье.

2 больным были выполнены холецистэктомия и селективная проксимальная ваготомия. Послеоперационный период во всех случаях прошел без осложнений. Средний послеоперационный койко-день составил 14,4.

Диагностика сочетания желчнокаменной болезни и грыж брюшной стенки менее сложна. Холецистэктомия и грыжесечение произведены 3 больным с благоприятными ближайшими и отдаленными результатами.

По поводу желчнокаменной болезни и алиментарного ожирения 3 больным сделаны холецистэктомия и еюноилеальное шунтирование с сохранением 10% функционирующей тонкой кишки. У этих пациентов прослежены ближайшие исходы, они признаны удовлетворительными.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что сочетанные операции при желчнокаменной болезни следует выполнять преимущественно в плановом порядке у больных, прошедших полноценное обследование и предоперационную подготовку. При выборе показаний к сочетанному оперативному вмешательству необходимо учитывать наличие в анамнезе приступов острого холецистита, сопутствующие заболевания, возраст, пол, конституциональные особенности больных. Наилучшие условия для проведения сочетанного вмешательства при желчнокаменной болезни создаются при срединной лапаротомии, выполненной под общим обезболиванием.

Благоприятному исходу сочетанной операции при желчнокаменной болезни способствуют высокий уровень квалификации хирургов, а также выполнение вмешательства в специализированном хирургическом отделении.

УДК 616.367—089.85:615.849.19

**Л. Н. Ицкович, Е. М. Васильев, Т. М. Белоусова, В. А. Малофеев (Казань).
Применение лазерного излучения для проведения холедохотомии
и папиллосфинктеротомии**

В настоящее время можно с уверенностью утверждать, что практически нет такой области хирургии, где бы не использовалось лазерное излучение.

В задачу данного исследования входило определение параметров и выявление конструктивных элементов рабочей части хирургических инструментов для холедохотомии и папиллосфинктеротомии с помощью лазерного излучения.

Техника операций на внепеченочных желчных путях, несмотря на значительные успехи, еще не достигла совершенства, поскольку до сих пор нет радикальных мето-

дов и средств остановки кровотечения и желчеистечения, что приводит к несостоятельности и рубцовым деформациям желчеотводящих анастомозов. Кроме того, жесткие требования, предъявляемые к обеспечению гемостаза и герметизации желчных протоков, определяются ограниченным доступом к объектам хирургического вмешательства, их малыми размерами и аномалией желчных путей. Особый интерес в этом плане представляет лазер как средство, способное улучшить качество операций на внепеченочных желчных путях, благодаря режущим свойствам и возможности осуществлять биологическую сварку.

Впервые СО₂-лазер при хирургическом вмешательстве на желчных путях был применен А. А. Вишневым. Максимальный эффект лазерного излучения возможен только при использовании специальных хирургических инструментов.

Совместно с клиникой лазерной хирургии ЦНИЛ 4-го Главного управления Минздрава СССР определен комплект следующих инструментов для любого из типовых вмешательств на внепеченочных желчных путях при помощи лазера: инструменты для лазерной пункции общего желчного протока с использованием культи пузырного протока, для лазерного рассечения стенки общего желчного протока, для лазерного рассечения стенки общего желчного протока без предварительной холецистэктомии, когда нельзя использовать пузырный проток для пункции, для лазерного рассечения трубчатых органов малого диаметра, для лазерной папиллосфинктеротомии с оливами, для лазерной пункции и рассечения стенки двенадцатиперстной кишки.

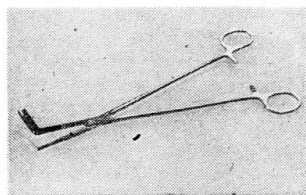
Инструменты для лазерной хирургии выполнены на базе серийных зажимов с целью обеспечения легкой компрессии тканей, редукции кровотока без травмирования ткани, ориентации лазерного луча на предполагаемую линию разреза и защиту подлежащих органов от случайного поражения лазерным лучом (см. рис.).

Обязательными элементами рабочей части верхней branши перечисленных инструментов является продольная прорезь, в которую подается луч лазера, и направляющая для перемещения наконечника светопровода лазерной хирургической установки. Нижняя branша имеет различный профиль в зависимости от анатомического строения оперируемого органа и назначения зажима.

Макетные образцы инструментов испытаны в экспериментах на животных. В таблице приведены сравнительные результаты папиллосфинктеротомии, выполненной лазерным лучом и обычным способом.

Как видно из данных таблицы, количество послеоперационных осложнений при папиллосфинктеротомии существенно уменьшается в результате лазерного рассечения, повышается надежность и безопасность операции, сокращается время ее выполнения. Морфологические исследования позволяют заключить, что заживление раны происходит без образования грубых рубцов и деформации по типу первичного натяжения.

Таким образом, лазерный луч является эффективным средством остановки кровотечения и желчеистечения, а создание специальных медицинских инструментов значительно увеличивает возможности лазерного излучения и способствует внедрению лазерной техники в широкую хирургическую практику.



Инструмент для лазерного рассечения стенки холедоха.

Послеоперационные осложнения у животных после папиллосфинктеротомии

Характер осложнения	Лазерная папиллосфинктеротомия (20 животных)	Папиллосфинктеротомия, выполненная обычным способом (20 животных)
Кровотечение из рассеченной папиллы	—	11
Забрюшинная гематома	—	5
Папиллит	1	10
Послеоперационный панкреатит	—	4
Абсцесс брюшной полости	—	2
Стриктура папиллы	—	3

Примечание. Эксперименты проводились в клинике лазерной хирургии ЦНИЛ 4-го Главного Управления при Минздраве СССР.

УДК 616.346.2—089.87—06:616.34—005.1

Н. А. Мизуров (Чебоксары). Внутрикишечные кровотечения после аппендэктомии

У 2 из 5300 больных, оперированных по поводу аппендицита, мы наблюдали кровотечения в просвет толстого кишечника.

К., 48 лет, поступила с диагнозом острого аппендицита 20.02.78 г. в 12 ч. За 5 ч до поступления появилась острая боль в правой подвздошной области. Клинически определяется картина острого аппендицита. Произведена срочная операция под местной анестезией. Удален флегмонозно-измененный червеобразный отросток. Основание отростка перевязано кетгутом. После обработки йодом культи отростка погружена кисетным и Z-образным швами.