

гидротубации восстановлена у 42 женщин, беременность наступила у 17, из них у 2 — внематочная.

У 98 женщин произведено оперативное восстановление проходимости маточных труб: у 33 — сальпингостомия, у 24 — консервативная миомэктомия и цистэктомия с одновременным восстановлением проходимости маточных труб, у 22 — имплантация труб в матку, у 13 — пересадка яичников в матку и у 6 — сальпингоанастомоз.

С целью предупреждения возможного зарастания просвета маточных труб после операции нами у 72 женщин применялись временные полихлорвиниловые протезы диаметром 4 мм. Один конец трубочки вводили в просвет маточной трубы, а второй с помощью металлического проводника выводили во влагалище. Трубочки удаляли на 5-й неделе после операции.

Пройодимость маточных труб определяли через 3—6 месяцев после операции. Она оказалась сохранившейся у 65 женщин. Длительность наблюдения — от года до 6 лет. Беременность наступила у 23 женщин, у 2 — внематочная.

Таким образом, после рассасывающей терапии, гидротубаций и оперативного вмешательства проходимость маточных труб восстановлена у 186 (49,6%) женщин, беременность наступила у 78 (20,8%). У 63 женщин беременность наступила в течение первого года после лечения и у 15 — через 1—3 года. Чаще женщины беременели в возрасте до 25 лет (31 из 54). В возрасте 26—35 лет беременность наступала в 3,3 раза реже, а в возрасте старше 35 лет — в 4 раза.

При длительности бесплодия до 3 лет беременность наступила у 35 из 84 женщин (41,6%), до 4—6 лет — у 30 из 111 (27,0%), до 7—10 лет — у 10 из 81 (12,3%) и свыше 10 лет — у 3 из 49 (6,1%).

У 61 (78,2%) женщины беременность закончилась родами и у 13 (16,7%) — самопроизвольным выкидышем. У 4 (5,1%) женщин была внематочная беременность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин Т. Я. Тр. III съезда акушеров-гинекологов УССР. Госмедиздат УССР, Киев, 1962.— 2. Мацуев А. И. Акуш. и гинек., 1967, 2.— 3. Шлинман Ш. И. Акуш. и гинек., 1958, 3.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.361.366.367—616—089

СОСТОЯНИЕ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

К. А. Дрягин, К. Я. Сильченко и Ю. И. Строев

Кафедра госпитальной терапии (зав.— проф. К. А. Дрягин) Ленинградского педиатрического медицинского института

Значительной части больных желчнокаменной болезнью с момента возникновения холецистита угрожают такие осложнения, как обтурация общего желчного протока камнем, развитие хронического панкреатита, активного перихолецистита с вовлечением в процесс соседних органов, переход в деструктивную форму холецистита, перфорация желчного пузыря, пузырно-дуоденальные свищи и другие. Из наших 250 больных, перенесших холецистэктомию, в связи с этими осложнениями оперировано 93, т. е. 37,2%. Естественно, что в этих условиях оперативное вмешательство не может быть этапом, завершающим лечение рецидивирующего и хронического холецистита.

Анализ отдаленных результатов холецистэктомии позволил нам выделить несколько групп больных, у которых после операции истинное выздоровление не наступило. Большую часть составили лица, у которых процесс в гепато-панкреатической системе как в функциональном, так и в морфологическом отношении был слишком велик, чтобы всю постхолецистэктомическую клинику связывать с хирургическим вмешательством и с удалением желчного пузыря, у меньшей части отсутствие выздоровления можно отнести за счет неудач хирурга и погрешностей техники операции, еще у меньшей — за счет развития спаечной болезни и спаечной стриктуры внепеченочных желчных протоков. И, наконец, у большой группы больных холецистэктомия не дала ожидаемых результатов вследствие нарушения здоровья по другим причинам.

У больных, которые обратились к нам после холецистэктомии, было диагностировано 27 различных заболеваний; 143 больных (57,2%) страдали двумя-тремя взаимно отягчающими заболеваниями (желчнокаменная болезнь — коронаросклероз; желчнокаменная болезнь — гипертоническая болезнь; язвенная болезнь — хронический колит — желчнокаменная болезнь; желчнокаменная болезнь — хронический

колит — тиреотоксикоз; желчнокаменная болезнь — ожирение — гипотиреоз; желчнокаменная болезнь — почечнокаменная болезнь — пояснично-крестцовый радикулит; желчнокаменная болезнь — сахарный диабет, и другие сочетания).

Больные каждой из перечисленных выше групп могут страдать коликами, болями, диспепсией. Лихорадка и повторная желтуха, симптомы, более характерные для болезней желчных путей, также могут быть не специфичными. Так, желтуха у наших оперированных больных была вызвана обтурацией общего желчного протока камнем или спайками, панкреатитом, холангитическим гепатитом, тиреотоксическим гепатитом, болезнью Боткина.

Затруднения в выяснении причин этих нарушений привели к тому, что в клинику в последние десятилетия вошел термин «постхолецистэктомический синдром» ([8, 9]), сущность которого клиницисты понимают по-разному. А. Т. Лидский, И. М. Тальман к «постхолецистэктомическому синдрому» относят «рецидив» камней в желчных протоках, холангит, панкреатит, стеноз фатерова соска, функциональные нарушения сфинктера Одди. Г. М. Маждраков, классифицируя постхолецистэктомические расстройства, выделяет преимущественно болевой синдром, преимущественно диспептический и другие. Тем самым он подтверждает, что диагностика этих расстройств и причин, их вызывающих, весьма затруднительна. Проф. П. Н. Напалков перечисляет 33 разновидности повторных операций на желчных путях при «постхолецистэктомических синдромах». Уже одно это свидетельствует о большом разнообразии анатомических соотношений в системе желчных путей у оперированных больных.

Мы наблюдали больных, оперированных в возрасте от 15 лет до 81 года (средний возраст — 52 года), из них 75 были оперированы в возрасте до 40 лет. Средняя продолжительность заболевания до операции — 10,7 года. Часть больных оперирована через 30—48 лет с момента первых проявлений холецистита. С первым приступом холецистита оперировано только 25 чел. (10%). Бескаменный холецистит был у 36 чел., у 214 на операции были найдены камни. Соотношение мужчин и женщин — 1:7. Отдаленные результаты холецистэктомии прослежены нами на разных сроках в зависимости от обращаемости больных. Самые ранние наблюдения начинались с момента операции, самые поздние — через 21—22 года после нее. Продолжительность наблюдений — от 1 года до 10 лет.

В анамнезе у этих больных выяснялись длительность заболевания, частота обострений, наличие лихорадки, желтухи, диспепсического синдрома, характера и локализации болей до и после операции, а также и причины обострений: погрешности в диете, инфекция, физическое напряжение, рефлекторные влияния со стороны других больных органов.

87 больным была произведена холангиография, только у 4 изображения желчных протоков не получилось.

Электрофорез сывороточных белков (121 чел.) позволил индивидуализировать течение болезни, степень ее тяжести и степень функциональной недостаточности печени.

Изменение сывороточных гликопротеидов было более характерным для острой фазы заболевания и в большинстве случаев наблюдалось параллельно с изменением протеинограммы.

Исследование липопротеидов, а также электролитов (Na, K и Ca) сыворотки крови большого диагностического значения не имело. Только у отдельных больных (особенно при желтухе) отмечалась гипокалиемия.

Исследование углеводной толерантности по методу Штауба — Трауготта выявило нарушение инкреторной функции поджелудочной железы у 60 из 110 больных. Частота инкреторной недостаточности поджелудочной железы нарастала параллельно возрасту больных, следовательно, ее нельзя объяснить только патологией со стороны печени и желчных путей.

В наших наблюдениях не имела дифференциально-диагностического значения и галактозная проба (40 больных), хотя отклонения от нормы обнаружены у 17 больных (у 14 гипергликемический коэффициент превышал 1,5, а у 3 был высокий постгликемический коэффициент).

При выяснении функциональной недостаточности печени наиболее пригодным оказался метод изотопного исследования ее с бенгальской розовой — йод-131, что согласуется с литературными данными. Эта проба в ряде случаев была более чувствительной, чем другие пробы, примененные нами. Из 44 обследованных этим методом больных у 39 обнаружено нарушение поглотительной или выделительной функций печени.

Таким образом, для диагностики отдельных послеоперационных осложнений применяется весь комплекс исследований, однако необходимо подчеркнуть значение анамнеза и клиники заболевания.

Из обратившихся к нам 250 больных только у 16,4% результаты операции были плохими. «Рецидив» камней был у 6,8%, спаечная стриктура желчного протока — у 1,6%, ошибочная перевязка внепеченочных желчных протоков — у 0,8%, спаечная болезнь — у 3,2%, широкая культи пузырного протока — у 1,2%, острый локализованный перитонит — у 0,4%, длительно не заживающие свищи — у 0,4%, вентральная грыжа — у 2%.

Заболевания, имеющие непосредственное отношение к гепато-панкреатической системе (холангит, панкреатит, желчнокаменный диатез, дискинезия желчных путей, ламблиз, рак желчных путей, болезнь Боткина), составили 58,8%. У 24,8% больных были

Отправными пунктами для установления диагноза внутрипеченочного холангита были лихорадка до 40°, ознобы, желтуха, лейкоцитоз, характерная реакция крови.

Внепеченочный катаральный холангит был у 37 больных. У большинства из них он протекал легко и не вызывал серьезных опасений. Как правило, у этих больных можно было ограничиться консервативным лечением: желчегонными средствами, физиотерапевтическими методами, дренажем желчных путей.

Сравнительно высокий процент (15,2) составили больные с функциональными нарушениями в системе желчных путей, но, по нашему мнению, у большинства так называемая дискинезия не являлась самостоятельным заболеванием. Она протекала чаще на фоне неврозов, климакса, хронических инфекций. Только у 1 больного мы не нашли объясняющих жалобы обстоятельств. Кстати, за большой период наблюдения (до 10 лет) ни у одного из этих больных никаких серьезных последствий не было. Мы получили успех при лечении их настойкой барбариса, физиотерапевтическими процедурами и психотерапевтическим воздействием. Контактируя с этими больными в течение ряда лет, мы постепенно добились у них выраженного улучшения.

Лямблиоз желчных путей, как известно, не может считаться постхолецистэктомическим заболеванием; у части больных он наблюдался и до операции.

Итак, многообразие патологии у перенесших холецистэктомию вызывает сомнение в праве пользоваться термином «постхолецистэктомический синдром», так как он расхолаживает врача в поисках сущности заболевания и не способствует ни правильному пониманию болезни, ни, тем более, нужному патогенетическому лечению оперированных больных.

Термин «постхолецистэктомический синдром» в широком смысле не следует применять. Диагноз должен предусматривать нозологическую форму болезни, как это принято во всех других случаях. Нам кажется, что при построении диагноза у больных, перенесших холецистэктомию, на первое место надо ставить причинный диагноз, например: «желчнокаменная болезнь, камень желчного протока; холецистэктомия в... году» и т. д.

Развитие постхолецистэктомических заболеваний из-за самой операции не должно ограничивать показания к хирургическому лечению холецистита.

ВЫВОДЫ

1. Из 250 больных, обратившихся к нам после холецистэктомии, у 67,6% жалобы были связаны с перенесенным холециститом и операцией, в 7,6% — с болезнями печени и желчных путей самостоятельного значения, в 24,8% они никакого отношения к гепато-панкреатической системе не имели.
2. Современные методы диагностики позволяют отказаться от термина «постхолецистэктомический синдром» и выделить четкие нозологические формы заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лейцингер Н. Р. Тр. Смоленского мед. ин-та, 1952, т. IV.—2. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. Медгиз, М., 1963.—3. Напалков П. Н. Хирургия, 1965, 1.—4. Сильченко К. Я. Клини. мед., 1962, 8.—5. Симонян К. С. Спаечная болезнь. Медицина, М., 1966.—6. Тальман И. М. Хирургия желчного пузыря и желчных протоков. Медгиз, М., 1963.—7. Ташев Т. А., Маждраков Г. М. Болести на черния дроб и жлъчните пътища. Медицина и физкультура, София, 1959.—8. Berk J. E. Gastroenterology, 1958, 34, 1060.—9. Pribram O. B. The post-cholecystectomy syndromes. 13. Congres international de chirurgie. Bruxelles, 1950, 836.

УДК 616.361—616—089

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОТОМНЫХ РАЗРЕЗОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

З. Н. Бесова

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. Н. И. Голубев) педиатрического факультета Саратовского медицинского института

Для выяснения вопроса о влиянии перерезки нервов на функциональное состояние мышц передней брюшной стенки и для сравнения степени травматичности разрезов, применяемых при выполнении операций на желчных путях, были изучены отдаленные результаты (сроки — от 1 мес. до 9 лет) у 100 больных, оперированных способами С. П. Федорова, Рио-Бранко и Н. И. Голубева.