

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.

Из 39 больных, оперированных способом С. П. Федорова (в клинике госпитальной хирургии лечебного факультета, зав.—проф. Г. Н. Захарова), у 22 рубец окрепший (у 1 резко болезнен по всей длине), у 15 — атрофичный, у 2 — келоидный (у 1 — с выраженной гиперестезией). У 4 больных снижена чувствительность кожи выше рубца и у 15 — ниже рубца. У 24 больных ниже рубца обнаружены зоны анестезии. У 36 больных снижены брюшные рефлексы. Ширина рубца в среднем составляла 0,75 см, длина — 26 см. Дефекты по длине разреза диаметром от 6 мм до 10 см выявлены у 15 пациентов, вентральные грыжи — у 8. Они возникли в сроки до 3 лет после операций, величиной от голубиного яйца до головы новорожденного.

Исследованиями электровозбудимости мышц передней брюшной стенки определена полная реакция перерождения у 22 больных при раздражении первой и второй моторных точек прямой мышцы и у 3 больных в области третьей точки. У 36 пациентов возбудимость третьей точки была снижена, хронаксия ее колебалась от 0,25 до 1,44 мл/сек. При раздражении IX и X межреберных нервов — у всех больных, VIII — у 24, XI — у 12, XII — у 3 сокращения имелись до рубца. Иными словами, при непрямом раздражении не было получено сокращения в соответствующих сегментах прямой мышцы живота.

При электромиографическом исследовании констатировано изменение электрической активности вплоть до «биоэлектрического молчания», что указывает на поражение периферических мотонейронов.

Из 36 больных, оперированных по Рио-Бранко (в клинике общей хирургии, зав.—доц. Н. В. Герасимов), у 11 рубцы келоидные, у 17 — окрепшие и у 6 — атрофичные. Чувствительность кожи выше рубца сохранена у всех больных. Ниже рубца у 22 больных она ослаблена. У 11 больных выявлена анестезия кожи. Брюшные рефлексы снижены справа у 34 больных. Ширина рубца в среднем равна 1 см, длина — 30 см. У 17 пациентов обнаружены дефекты по длине разреза (из них 6 по ходу поперечного) диаметром от 6—10 мм до 8—15 см. Послеоперационные грыжи были у 6 больных размером от голубиного яйца до головы взрослого человека; они возникли в сроки от 6 мес. до 1 г. 8 мес. после операции.

Хронаксиметрические исследования показали, что у всех больных возбудимость сохранена при раздражении первой моторной точки прямой мышцы живота, а также VII, VIII и XII межреберных нервов. У 35 больных полностью отсутствует реакция на раздражение во второй моторной точке прямой мышцы. При раздражении третьей моторной точки у 13 больных отмечено частичное сохранение нервно-мышечной возбудимости. Удлинение хронаксии до 0,65 мл/сек. (при норме 0,2 мл/сек.) выявлено в точке наружной косой мышцы у 27 больных.

Электромиограммы (у 5 больных) обнаружили тождественную асимметрию биотоков в мышцах, выражающуюся в уменьшении частоты и величины биопотенциалов, что указывает на одностороннее повреждение периферических мотонейронов.

Из 25 больных, оперированных по Н. И. Голубеву, у 16 рубец окрепший, у 3 — частично атрофичный и у 4 — частично келоидный. Чувствительность кожи ниже рубца снижена у 3 пациентов. У 2 больных брюшные рефлексы как справа, так и слева ослаблены. Ширина рубца в среднем равна 0,17—0,8 см, длина — 24 см. Дефекты в рубце диаметром от 0,4 до 1,3 см отмечены у 3 больных (в сроки от 1 до 3 мес. после операции). Послеоперационных грыж нет. У 2 пациентов через месяц после операции выявлено удлинение хронаксии в области 2-й моторной точки прямой мышцы до 0,41 мл/сек.

При раздражении гальваническим током двигательных точек мышц передней брюшной стенки и межреберных нервов наблюдалась хорошая реакция, что указывает на сохранение в них электровозбудимости.

Электрическая активность в мышцах по данным электрограмм у всех 5 исследованных больных не была нарушена.

Итак, нашими исследованиями установлено, что после разрезов передней брюшной стенки по С. П. Федорову и Рио-Бранко наблюдаются нарушения чувствительности кожи ниже рубца, значительно снижаются брюшные рефлексы, имеются атрофические изменения в мышцах. При этих разрезах передней брюшной стенки всегда повреждаются IX и X межреберные нервы, частично VIII и XI, а иногда и XII. В результате значительно удлиняется хронаксия, снижаются биопотенциалы в мышцах. Это может способствовать возникновению послеоперационных грыж.

Менее травматичным и значительно лучшим в функциональном отношении является разрез по Н. И. Голубеву. Электродиагностические (отсутствие удлинения хронаксии) и электромиографические исследования указывают на отсутствие повреждения периферических мотонейронов. Вследствие этого не возникает атрофических изменений в наружной косой (разъединенной по ходу волокон) и прямой (смещенной к средней линии вместе с иннервирующими ее межреберными нервами) мышцах, и в них сохраняется нормальный тонус.