

папиллотомы позволят выполнять строго дозированное рассечение измененных участков БСДК и максимально сохранять нормально функционирующие его отделы. Необходимым условием для применения ЭЧПТ является использование широких дренажей холедоха в ходе рутинных операций и создание благоприятных условий для чресфистульных фиброхоледохоскопий в послеоперационном периоде.

УДК 616.366—003.7-089-083.98-059

СРОЧНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В. В. ХОДАКОВ, В. Б. ДАИС, Т. Н. ЖЕЛНИНА, А. М. ОЖЕХ

Кафедра общей хирургии СГМИ

Проблема хирургического лечения желчнокаменной болезни и, в первую очередь, ее осложнений в настоящее время далека от окончательного разрешения. Наиболее значимыми следует считать вопросы ургентной хирургии, т. к. именно при выполнении срочных операций на органах билиарного тракта наблюдается большое количество неудовлетворительных результатов. Послеоперационная летальность у больных острым холециститом составляет 6—11% [38]. Еще выше она у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной длительной механической желтухой. Трудно считать удовлетворительными и отдаленные результаты неотложных операций на желчных путях, которые во многом объясняются тем, что при выполнении первичных срочных операций довольно часто остается неустранимой патология протоков и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

Пути улучшения результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни мы видим в пересмотре некоторых аспектов хирургической тактики. В основном это касается выбора времени операции, ее объема, а также соблюдения принципов этапного хирургического лечения.

Считаем, что экстренная операция показана больным острым холециститом, осложненным разлитым перитонитом. Объем вмешательства зависит от состояния больного. Наиболее целесообразной в этом случае является холецистэктомия, при необходимости дополненная холедохостомией и обязательным дренированием брюшной полости. У больных с большим операционным риском

можно сократить объем вмешательства и выполнить декомпрессию холецистостомию или холедохостомию с дренированием брюшной полости.

Пациентам с острым холециститом без разлитого перитонита необходимо проводить интенсивную терапию, направленную на устранение явления воспаления в желчном пузыре и компенсацию нарушенных функций органов и систем. При безуспешности консервативной терапии вопрос о срочной операции решается в первые 6—8 ч с момента госпитализации и тем раньше, чем старше больной. План оперативного пособия предусматривает не только холецистэктомию, но и вмешательства на гепатикохоledoхе и большом дуоденальном сосочке. Если состояние больного или технические возможности хирурга не позволяют одновременно устранить патологию желчных путей, в таком случае применяется лапароскопическая холецистостомия по И. Д. Прудкову [29]. После стихания воспалительного процесса через свищ желчного пузыря осуществляется эндоскопическая чресфистульная санация желчных путей. Стеноз БСДК, а также холедохолитиаз могут быть устранены с помощью эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии.

В наших наблюдениях по поводу острого холецистита оперировано 457 больных, общая послеоперационная летальность составила 3,3%. Одномоментная радикальная операция произведена на 235 пациентам, из них 57 — в сочетании с трансдуоденальной папиллосфинктеротомией. Летальность при вмешательствах на БСДК составила 5,2%. Лапароскопическая холецистостомия, как первый этап лечения, произведена 222 больным (летальность 4,5%). Радикальные вмешательства в последующем выполнены 74 пациентам, только холецистэктомию — 20, холецистэктомию, дополненную папиллосфинктеропластикой, — 37; холедоходуоденостомией — 7; холедохолитотомией — 10. Умерли в этой группе трое больных (4%). У 98 холецистостомия стала окончательной операцией. В последующем свищ закрывался самостоятельно или, в противном случае, предпринималась операция закрытия свища. У 17 (из 98) чел. вторым этапом хирургического лечения стала эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия. Умерла одна больная. С функционирующим свищем выписаны 24, продолжают лечение 9 больных.

Разделение хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезни на этапы уменьшает травматичность вмешательства и тем самым способствует улучшению результатов лечения. При этом первый этап (наружное дренирование желчного пузыря или холедоха) может быть выполнен в любом хирургическом отделении, второй этап — радикальная хирургическая коррекция обнаруженной патологии или эндоскопическая санация — выполняют-

ся в специализированном гастроэнтерологическом хирургическом отделении.

Острый панкреатит, как осложнение желчнокаменной болезни вследствие обтурации камнем устья БСДК или рубцового стеноза его, является показанием к срочной операции. Вмешательство начинается с диагностической лапароскопии. Диагностировав панкреатит, выполняем лапароскопическую холецистостомию и операционную холецистохолангиографию. У больных с ущемленным камнем БСДК и стенозом вмешательство расширяем. Производим трансдуоденальную папиллосфинктеротомию, наружное дренирование вирсунгова протока, абдоминализацию поджелудочной железы по В. А. Козлову [11], катетеризацию правой желудочно-сальниковой артерии для проведения инфузионной терапии. Если состояние больного позволяет, то выполняем холецистэктомию и дренирование холедоха. У больных с высоким риском операции ограничиваемся холецистостомией; за последние три года она предпринята 9-ти, из них умерли двое.

Пациентам с желчнокаменной болезнью, осложненной длительной механической желтухой (более 12—10 дней), срочную операцию выполняем в течение первых трех суток с момента госпитализации. Операция начинается лапароскопической холецистостомией, которая надежно обеспечивает ликвидацию холестаза и предупреждает развитие печеночной недостаточности. В случае грубого рубцового сморщивания желчного пузыря ограничиваемся наружной холедохостомией. Во время наложения свища извлекаем свободно доступные камни. Камни, плотно вклиненные в терминальном отделе холедоха, а также находящиеся во внутрипеченочных протоках, удаляем эндоскопическими методами после устранения желтухи в случаях, если радикальная операция не выполнена из-за высокого операционного риска. Всего оперировано 135 чел. Лапароскопическая холецистостомия произведена 79 больным, наружная холедохостомия с оставлением желчного пузыря — 20, 36 больным на первом этапе лечения осуществлена холецистэктомия и наружное дренирование холедоха. Все они оперированы в хирургических отделениях больниц области и направлены в клинику для долечивания. Эндоскопическая санация была эффективной у 3 больных, им сделана эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия по поводу стеноза БСДК. Камни удалены через свищ холедоха или через рассеченный БСДК. Все остальные пациенты на втором этапе лечения были подвергнуты радикальному вмешательству на желчных путях. Холецистэктомия выполнена 99 больным, из них у 7 она сочеталась с холедоходуоденостомией; у 61 — с холедохолитотомией и папиллосфинктеротомией; у 31 — с папиллосфинктеротомией. Общая послеоперационная летальность в этой группе больных составила 5,9%.

Таким образом, применение эндоскопических операций на первом этапе лечения больных желчнокаменной болезнью, пугающих в срочном хирургическом вмешательстве, позволяет уменьшить травматичность и риск операции; использовать более активную хирургическую тактику в наиболее тяжелых случаях; осуществлять тщательное обследование и адекватную предоперационную подготовку больных перед этапом радикальной коррекции патологии билиарного тракта; в целом — способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни.

УДК 616.37—005: [616.366—003.7 + 616.33—002.44

НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕЛИТИАЗОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Л. А. ХОМЕНКО

Кафедра хирургических болезней № 2 СГМИ.

Сочетание различных форм панкреатита с холелитиазом и язвенной болезнью сегодня не является редкостью. М. И. Кузин с соавт. [14] указывают, что у 25% больных, оперированных по поводу калькулезного холецистита и его осложнений, отмечен сопутствующий хронический панкреатит. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) нарушения функции поджелудочной железы отмечены в 16,1% случаев [3]. Наиболее серьезные отклонения в функциональной активности поджелудочной железы выявлены у больных с осложненным течением язвенной болезни [28]. Вовлечение в патологический процесс поджелудочной железы нередко отягощает течение основного заболевания и является причиной неудовлетворительных результатов лечения.

При оценке функционального состояния поджелудочной железы применяют самые различные лабораторные методы, но практически никогда не учитывается состояние кровообращения в ней. Это объясняется отсутствием на сегодняшний день простого, безопасного и надежного способа определения органичного кровотока поджелудочной железы.

Для изучения регионарного кровообращения в клинике большое распространение получил метод электроплетизмографии (ре-