

пилоропластика по Холле — 7, стволовая ваготомия и антрумэктомия по Гоффмейстеру-Финстереру — 1. На диспансерном учете (наблюдении) находятся 17 неопределенных больных.

Приводим одну из историй болезни.

Больной К., 29 лет, поступил в клинику 25.03.85 г. Жалобы на слабость, наличие черного жидкого стула. Болен в течение трех суток, заболевание проявилось резкой слабостью, головокружением, потерей сознания, неоднократной меленой. При поступлении состояния тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 120 в 1 мин., АД — 110/70 мм рт. ст. При зондировании желудка — отделяемого не получено, ректально — мелена. Гемоглобин — 74 г/л, эритроциты — $2,6 \times 10^{12}$, дефицит ОЦК — 14%, дефицит глобулярного объема — 58%. После подготовки выполнено экстренное эндоскопическое исследование. Выявлено, что источником кровотечения явилась одна из двух хронических дуоденальных язв, расположенная на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, до 1,2 см в диаметре, средней глубины, прикрытая свежим тромбом-сгустком. Была выполнена моноактивная коагуляция тромбированного сосуда и введен склерозант под основание язвы. Риск рецидива кровотечения признан большим, однако в связи с длительностью и тяжелой степенью кровопотери от срочного оперативного вмешательства решено отказаться, и больному выполнена эндоскопическая ваготомия. В последующем — гладкое течение, признаков рецидива не выявлено, пациент через 23 дня выписан на амбулаторное лечение. При контрольном эндоскопическом исследовании через месяц после выполнения ЭВ язвенные дефекты зарубцевались.

Таким образом, применение эндоскопической ваготомии больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями создает благоприятные условия для защиты язвенного дефекта от пептического действия желудочного сока. При язве двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, эндоскопическая ваготомия может быть применена в срочном порядке как часть комплексного лечения, уменьшающего вероятность повторного возникновения кровотечения.

УДК 616.366-002-089-08

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, В ТОМ ЧИСЛЕ
ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛАНГИТОМ
И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ,
С УЧЕТОМ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЩАДЯЩИХ ОПЕРАЦИЙ
НА БИЛИАРНОМ ТРАКТЕ**

М. И. ПРУДКОВ

Кафедра хирургических болезней № 2 СГМИ

Хирургическое лечение больных urgentными неопухолевыми заболеваниями желчного пузыря и протоков остается одним из наи-

более сложных разделов неотложной абдоминальной хирургии. Преобладание больных пожилого и старческого возраста, разнообразие патологических процессов в билирном тракте и сопутствующих заболеваний затрудняют своевременную диагностику и лечение [38]. Общие положения, касающиеся тактики хирургического лечения этой группы заболеваний, периодически уточняются на съездах и конференциях по мере совершенствования способов диагностики и хирургического лечения. Тем не менее реально применяются различные тактические схемы, поскольку они определяют не только современным уровнем развития хирургии, но и особенностями работы, принципами организации лечебно-диагностического процесса и технической оснащенностью конкретных хирургических стационаров [10].

В нашей клинике осуществляется полный объем неотложной помощи больным urgentными хирургическими заболеваниями желчных путей. При их лечении придерживаемся активной хирургической тактики и максимально используем возможности стационара — сразу при поступлении проводим полное обследование больных с привлечением клинической и экспресс-лабораторий, смежных специалистов; выполняем рентгенологические и эндоскопические исследования. При поступлении формулируется развернутый диагноз с подробной характеристикой предполагаемых изменений во всех отделах желчных путей. Применяемая тактическая схема у больных с острыми заболеваниями внепеченочных желчных протоков заключается в следующем. Консервативное лечение при катаральном холецистите и неясной клинике проводится в течение 6—8 ч. Наличие деструктивных форм холецистита, перитонита, а также неэффективность консервативной терапии являются показанием к неотложной операции, которая выполняется в любое время суток. При холангите и механической желтухе назначается медикаментозная терапия на 2—3 дня. В случае ее неэффективности больных оперируют в неотложном порядке, как правило, в дневное время.

Методом выбора считается одномоментное хирургическое лечение — холецистэктомия с устранением всей имеющейся патологии протоков и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). С целью снижения травматичности хирургического пособия у больных с высоким операционным риском, а также для повышения его радикальности применяются различные щадящие операции. Среди них как известные эндоскопические вмешательства (лапароскопическая катетеризация желчного пузыря, лапароскопическая холецистостомия, чресфистульное эндоскопическое удаление камней из желчного пузыря и протоков), так и операции, усовершенствованные или разработанные нами: чресфистульные эндоскопические вмешательства с применением пероральной фибродуоденоскопии

(эндоскопическая чресфистульная субтотальная и дозированная папиллотомии), чресфистульные эндоскопические вмешательства (электрогидравлическая литотрипсия, дилатация БДС) и минилапаротомные операции на глубокорасположенных отделах билиарного тракта (мукоклазия желчного пузыря, холецистэктомия, холедохолитомия, холедохостомия, наложение билиодигестивных соустьев) [12, 30].

В большинстве случаев вмешательство выполняется традиционным способом из верхнего срединного лапаротомного доступа. Обязательными компонентами экстренного радикального вмешательства считаются интраоперационная холеграфия, а при вмешательствах на холедохе — холангиоскопия и зондирование БДС. Наличие органических изменений в БДС или в дистальном отделе холедоха является показанием к внутреннему дренированию общего желчного протока. Все случаи холедохотомии завершаются наружным дренированием гепатикохоледоха Т-образным дренажем диаметром не менее 6—7 мм. Контрольное обследование билиарного тракта в послеоперационном периоде включает исследование микрофлоры и активности амилазы в отделяющейся желчи, чрездранажную холеамниометрию, чрездранажную холангиографию или рентгенотелевизионную холескопию, чресфистульную фиброхолангиоскопию. В случае обнаружения в послеоперационном периоде неустранимой патологии протоков или БСДК в течение трех недель на Т-образном дренаже формируется свищевой канал, ведущий в гепатикохоледох. Через свищ в протоки вводится манипуляционный фиброхоледохоскоп. Подвижные камни небольшого диаметра захватываем ловушкой и извлекаем целиком. Крупные и вколоченные камни предварительно разрушаем с помощью аппарата УРАТ-1М и специального зонда. При выявлении стеноза БСДК выполняется чресфистульная эндоскопическая папиллотомия с применением разработанного нами папиллотомы. Вмешательство, как правило, производится под двойным эндоскопическим контролем — чресфистульной фиброхолангиоскопии и пероральной фибродуоденоскопии.

У больных с высоким риском одномоментной радикальной операции объем лапаротомного вмешательства можно ограничить и завершить хирургическое лечение эндоскопическими манипуляциями.

Больным, которые по соматическому состоянию способны перенести неотложную лапаротомию, выполняется холецистэктомия, по показаниям дополненная холедохостомией на широком Т-образном дренаже. Удаление камней из гепатикохоледоха и ликвидация стеноза БСДК выполняются с помощью манипуляционной фиброхолангиоскопии после формирования свища на дренажной трубке.

При высоком риске неотложной лапаротомии для выведения больных из тяжелого состояния применяются различные лапаро-

экспериментальные способы дренирования биларного тракта. Выбор способа дренирования определяется уровнем окклюзии желчных путей и характером патологического процесса. При остром холецистите желчный пузырь дренируем путем лапароскопической чреспеченочной катетеризации желчного пузыря или лапароскопической холецистостомии. Первый вариант лапароскопического дренирования чаще применяется при этапном радикальном лечении, холецистостомия — как самостоятельная паллиативная операция. При длительной механической желтухе выполняется лапароскопическая холецистостомия, а при гнойном холангите — холедохостомия мини-лапаротомным способом. Дальнейшее лечение проводится после купирования острых явлений с учетом общей оценки состояния больного. Пациентам, состояние которых позволяет выполнить лапаротомно, применяется традиционное хирургическое лечение. При необходимости плановое хирургическое лечение разделяется на лапаротомный и чресфистульный этапы. Паллиативные операции (с сохранением желчного пузыря) производятся тем больным, состояние которых не позволяет рассчитывать на успех любого из приведенных выше вариантов радикального хирургического вмешательства. По показаниям они дополняются чресфистульным удалением камней или эндоскопической чресфистульной папилотомией.

Поэтапное внедрение разрабатываемой нами тактики позволило значительно улучшить результаты лечения больных острым холециститом, холангитом и механической желтухой (табл. 1).

Из представленных данных видно, что количество больных, поступавших в стационар, за равные промежутки времени оставалось сравнительно стабильным. В начальный период работы, когда придерживались активно-выжидательной тактики и почти не пользовались щадящими операциями, летальность составляла 1,4% при невысокой хирургической активности и низкой радикальности лечения. Переход на активную тактику с широким использованием эндоскопических операций и этапного лечения позволил значительно увеличить радикальность, а общая летальность при этом снизилась.

Таблица 1

Хирургическая активность и летальность при лечении больных острым холециститом, в т. ч. осложненным холангитом и механической желтухой

Годы	Показатели			
	количество больных	оперативная активность, % частота	частота радикального лечения, %	общая летальность, %
1979—1980	931	30	24	1,4
1981—1982	1037	48	35	1,3
1983—1984	964	50	41	1,9
1985—1986	924	48	42	0,8
Всего:	3856	44	36	1,3

Увеличение частоты радикальности хирургического вмешательства представлено в табл. 2.

Таблица 2

Объем радикального хирургического лечения больных острым холециститом, в т. ч. осложненным холангитом и механической желтухой.

Годы	Показатели		
	количество больных	холецистэктомия %	холецистэктомия+операции на протоках и БДС, %
1979—1980	225	92	8
1981—1982	362	85	15
1983—1984	399	77	23
1985—1986	389	68	32
Всего:	1375	79	21

Суммируя приведенные данные, следует отметить, что изменение хирургической тактики и широкое использование многовариантного хирургического лечения, существенно различающегося по степени травматичности, позволило в значительной степени индивидуализировать лечение и улучшить его результаты. Так, частота операций, преследующих радикальные цели, в общей структуре больных возросла с 24 до 42%, а операций на протоках и БСДК — с 8 до 32%. При этом как общая, так и послеоперационная летальность в указанной группе больных существенно снизилась. Однако снизить частоту паллиативных операций менее 12% от числа оперированных таким путем не удавалось без риска существенно ухудшить ближайшие исходы операций.

В 1987 г. для радикального лечения наиболее тяжелых больных, которым ранее применялось лишь паллиативное лечение, нами на основе традиционной лапароскопии, минилапаротомного доступа и элементов «открытой» лапароскопии была разработана методика щадящего оперирования на глубоко расположенных отделах билиарного тракта. К настоящему времени таким способом выполнено 25 холецистэктомий, в 18 наблюдениях дополненных операциями на протоках. В последующем санация протоков и вмешательства на БСДК по показаниям были проведены с помощью чресфистульных вмешательств. 17 пациентов из 25 были старше 75 лет, средний возраст больных этой группы составил 74 года. Послеоперационное течение было значительно более легким, чем после лапаротомии. Обычно больные вставали и начинали активный образ жизни на первые-вторые сутки после операции. Случаев послеоперационного пареза кишечника мы не наблюдали. В ближайшем послеоперационном периоде умер один больной. Летальный исход был обусловлен генерализацией инфекции при вялотекущем гнойном холангите и холангиогенных абсцессах печени, что не было распознано до операции.

Выводы

1. Активизация хирургической тактики с широким использованием лапароскопических, эндоскопических и чресфистульных операций позволяют индивидуализировать хирургическое лечение больных острым холециститом, холангитом и механической желтухой, реально улучшить его результаты.

2. Перспективным представляется дальнейшее совершенствование хирургической тактики с учетом возможностей методики щадящего оперирования на глубоко расположенных отделах билиарного тракта.

УДК 616.381-072.1:616.366-002-089.5

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ И ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ОСЛАБЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ

А. И. НИКИФОРОВ, М. В. ЛАГУНОВ

Кафедра хирургических болезней № 2 СГМИ

Важнейшей проблемой хирургической гериатрии является лечение острого холецистита. Актуальность ее обусловлена ростом заболеваемости желчнокаменной болезнью, которой страдает каждый шестой-восьмой человек в возрасте старше 60 лет. У большинства престарелых больных острый холецистит протекает на фоне сопутствующих заболеваний. В настоящее время пациенты старше 60 лет составляют 50% и более от числа поступивших больных острым холециститом [38].

Консервативная терапия у этого контингента больных не всегда эффективна, а оперативное лечение чревато осложнениями и высокой послеоперационной летальностью. Снижение послеоперационной летальности — главная задача в лечении острого холецистита у пожилых и старых больных.

Основные вопросы хирургической тактики — сроки, анестезиологическое пособие, объем оперативного вмешательства — разными хирургическими коллективами решаются по-своему. Большинство придерживается активной хирургической тактики у ослабленных больных острым холециститом. Дискутабельным остается выбор объема оперативного вмешательства, применение тактики двухэтапного лечения.

В этапном хирургическом лечении холецистита все шире используются лапароскопические способы декомпрессии желчного