

Полученные данные свидетельствуют, с одной стороны, о выраженности дистрофических процессов в паренхиме печени больных ЦПк в сравнении с ХАГ, а другой - более выраженной активации процессов клеточной регенерации, преимущественно за счет развития полиплоидизации гепатоцитов, в меньшей степени за счет митотической активности. Изученные показатели при ХДЗП могут, таким образом, играть существенную роль в дифференциальной диагностике гепатопатий, особенно в случаях малоинформативных биопсий, в то время, когда клинико-лабораторные различия отсутствуют.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. Руководство. М.- Медицина, 1990. 384 с.
2. Мадьяр И. Заболевания печени и желчных путей. Будапешт. 1962. Т.II. 339 с.
3. Логинов А.С., Блок Ю.Е. Хронические гепатиты и циррозы печени. М.: Медицина, 1987. 272 с.
4. Подымова С.Л. Болезни печени. М.: Медицина, 1984. 480 с.
5. Серов Н.А. Нарушения системы гемостаза у больных хроническими диффузными заболеваниями печени и пути их медикаментозной коррекции: Автореф. дис.. канд. мед. наук. Челябинск, 1989. 20с
6. Givan A.L. Flow cytometry: first principles. New York.1992. 202 P.
7. Sherlock S. Diseases of the liver and biliary system. - Blackwell, 1989. 287 p.
8. Taylor W., Milthorpe B.K. An evaluation of DN\ fluorochromes, staining techniques and analysis for flow cytomctry//J.Histochem.Cytochem. 1980. Vol.28. P.1224-1232.

УДК 616.24-127

С.А.Чернядьев, Д.В.Айрапетов, З.И.Эйдлин

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
Кафедра хирургических болезней N 2

В течение длительного времени желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и ее осложнения остаются одним из наиболее частых заболеваний органов брюшной полости. Большое распространение в хирургии ЖКБ получили малотравматичные методы лечения. Одним из способов уменьшения травматичности операции является уменьшение размеров операционного доступа. В нашей клинике сделано 108 минилапаротомных операций при ЖКБ. Применялся трансректальный разрез длиной 3-5 см в правом подреберье. Среди прооперированных было 9 мужчин и 99 женщин в возрасте от 16 до 82 лет, причем 33 пациента были старше 60 лет. В неотложном порядке прооперировано 24 человека, в плановом - 84. Сопутствующую патологию имели 54 % больных, из них 29 % - со стороны двух и более систем. Одному больному с гангренозным холециститом операция сделана при наличии острого инфаркта миокарда. Были выполнены следующие оперативные вмешательства: 78 пациентам - холецистэктомия; 28 - холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха (5 - по Холстеду, 23 - по Керу); двум - формирование холедоходуоденоанастомоза. Можно отметить ряд особенностей минилапаротомных операций. Основ-

ные трудности возникали при манипуляциях в области шейки желчного пузыря, особенно у пациентов с ожирением 2 - 3 ст. (15 человек). Они были связаны с большой глубиной, операционной раной и нечеткой визуализацией элементов гепатодуоденальной связки. Затруднения вызывала катетеризация пузырного протока небольшого диаметра, в связи с чем интраоперационную холангиографию выполняли при подозрении на холедохолитиаз у ранее необследованных больных. У четырех пациентов имелись послеоперационные осложнения: 2- пересечения холедоха, потребовавших реконструктивных операций и 2- желчеистечения из ложа желчного пузыря (этим больным выполнены рела- паротомии). У четырех больных имелись осложнения, связанные с обострением сопутствующих заболеваний. Летальных исходов не было.

С февраля 1995 г, сделана 41 плановая лапароскопическая холецистэктомия. Прооперировано двое мужчин и 39 женщин в возрасте от 20 до 65 лет. 40 пациентов были с ЖКБ, одна больная с холестерозом желчного пузыря. Переходов на лапаротомию не было. У одного больного в послеоперационном периоде имелась серома окологрудинной раны. По сравнению с минилапаротомными операциями обращает на себя внимание несколько более легкое течение послеоперационного периода (отсутствие пареза кишечника, обезболивание ненаркотическими анальгетиками). Однако лапароскопические вмешательства невозможны при холедохолитиазе, требуют более строгого отбора больных, тщательного их обследования, дорогостоящей аппаратуры, что ограничивает их применение.

Продолжает оставаться значительным число неудовлетворительных результатов вмешательств на желчных путях, связанных с неадекватностью коррекции патологии протоковой системы и нежелательными последствиями операций (оставленные камни, стеноз БДС, вновь образованные ка лигатурах камни и т.д.). Такие измненения могут быть обнаружены и устранены в послеоперационном периоде с помощью чресфистульной санации билиарного тракта. Наша клиника располагает опытом 1332 фиброхолецисто- и фиброхолангиоскопий, выполненных у 864 больных. Это позволило в послеоперационном периоде у 12,2% больных исключить наличие камней, у 11 % пациентов выявить камни внепеченочных желчных протоков, которые не были обнаружены при рентгенологическом обследовании. Эндоскопическое удаление конкрементов удается в 94 % случаев. При этом эндоскоп подводится к камню, применяются электрогидравлическая и ультразвуковая литотрипсия, различные виды петель и других санационных инструментов. Для лечения больных со стенозирующим папиллитом разработана техника щадящей папиллотомии под двойным эндоскопическим контролем. После вмешательства сохраняется порционность опорожнения желчных путей, отсутствует дуоденобилиарный рефлюкс. Папиллотомия выполнена у 32 больных, неудач и осложнений не было.

Таким образом, применение малоинвазивных вмешательств существенно улучшает результаты хирургических вмешательств при желчнокаменной болезни.