

И. К. ПИПИА, А. Л. КУРЦИКИДЗЕ

О ПОВТОРНЫХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ
НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

Дается анализ 70 повторных операций, произведенных у 63 больных, подвергшихся в прошлом оперативным вмешательствам на желчных путях.

Освещаются различные технические приемы и методы оперативных вмешательств, примененных у больных при повторной операции. Летальность после повторных операций составила 11,1%, в то время как при других оперативных вмешательствах, выполненных на желчном пузыре и протоках, летальность составила всего 3,7%.

Повторные, и особенно реконструктивные, операции на желчных путях представляют одну из тяжелых глав брюшной хирургии.

Тяжесть их зависит не столько от диагностических затруднений, сколько от технических препятствий, обусловленных мощным спаечным процессом, изменяющим топографоанатомические взаимоотношения в области ворот печени, в результате ранее произведенных, а иногда и многократных оперативных вмешательств. Немаловажное значение имеет и общее состояние больных, нуждающихся в этих операциях. Это в большинстве случаев пожилые и старые люди с длительной обтурационной желтухой или, наоборот, теряющие всю желчь наружу через имеющийся свищ, нередко страдающие приступами септического холангита, с резко пониженной функциональной деятельностью печени и почек и склеротическими изменениями в сердечно-сосудистой системе.

Все это осложняет как предоперационную подготовку, так и проведение самого оперативного вмешательства и, в особенности, отягощает послеоперационный период. Поэтому результаты повторных операций несколько хуже, чем при первичных вмешательствах.

За последние годы повсеместно отмечается увеличение числа оперативных вмешательств по поводу воспалительных заболеваний желчных путей. Это, с одной стороны, способствует раннему оперативному удалению пораженного желчного пузыря, пока воспалительный процесс не вышел за пределы его стенки, но с другой стороны, не всегда полноценное обследование больных, в частности отсутствие условий для рентгеноанометрического исследования в момент операции, приводит к неадекватным, а порой и к ошибочным оперативным приемам, в результате чего больной не излечивается от своего недуга, а нуждается в повторном вмешательстве.

Среди многочисленных причин, вынудивших нас к повторной операции, первое место принадлежит свищам и рецидивным камням желч-

ного пузыря и протоков, затем следуют рубцовые сужения внепеченочных желчных протоков в результате перенесенного язвенного холедохита или фиброзного панкреатита и, наконец, различные технические ошибки, допущенные при первой операции.

Опыт нашей клиники основан на 70 повторных операциях, произведенных у 63 больных (37 женщин и 26 мужчин), что по отношению к общему числу 1029 больных, оперированных по поводу различных доброкачественных заболеваний желчных путей, составляет 6,8%.

Большинство повторно оперированных нами больных имели желчные свищи, оставшиеся после холецистостомии, произведенной в других лечебных учреждениях (13 больных), и рецидивные камни желчных протоков (14 больных).

Больные с наружными желчными свищами поступили в различные сроки — от 3 мес. до 14 лет после первичной операции. Все они имели более или менее выраженные нарушения функции печени в виде гипопротейемии, снижения уровня протромбина, умеренной гипохромной анемии, а трое из них страдало от явно выраженного септического холангита.

Наличие наружного желчного свища позволило нам во всех этих случаях провести фистулохолангиографию, выявившую у 11 больных оставленные в общем желчном протоке камни, препятствующие нормальному поступлению желчи в двенадцатиперстную кишку и заживлению желчного свища.

Одна из наших больных, за 14 лет до поступления в нашу клинику подвергшаяся операции холецистостомии, имела аномальный двухкамерный желчный пузырь, причем одна из этих камер широким свищевым ходом соединялась с просветом общего желчного протока, который в терминальном отделе был закупорен большим холестериновым камнем, переместившимся, по-видимому, из пузыря через холецистохоледохальный свищ. До поступления в нашу клинику больная подвергалась выскабливанию наружного свищевого хода острой ложкой, после чего состояние еще более ухудшилось. Проведенная нами фистулохолангиография выявила как наличие двухкамерного желчного пузыря, так и полулунного дефекта наполнения в дистальном отрезке общего желчного протока, обусловленного застрявшим там камнем. Иссечение аномального пузыря и удаление этого камня с последующим наружным дренированием общего желчного протока привело к стойкому выздоровлению больной.

Следует заметить, что попытка выскабливания желчного свища острой ложкой была совершенно не оправдана. Уже одно то обстоятельство, что у больной был ахоличный стул, говорило за наличие препятствия в общем желчном протоке, и, конечно же, через наружный желчный свищ воздействовать на это препятствие, не имея представления, камень ли это, опухоль или рубцовое сужение, было невозможно.

Из 13 больных, оперированных нами по поводу наружных желчных свищей после ранее произведенной холецистостомии, в 11 случаях уда-

ление желчного пузыря и оставление камней в общем желчном протоке с последующим его наружным дренированием закончилось выздоровлением, у двух же больных после подобной операции наружные желчные свищи не закрылись, и через 9 и 12 мес. им пришлось наложить холедоходуodenостомию.

Известно, что холецистостомия, являясь нерадикальной операцией, довольно часто требует повторного, в большинстве случаев технически трудновыполнимого вмешательства. Вот почему нам кажется неоправданным стремление некоторых хирургов расширить показания к этой операции. По нашему мнению, холецистостомию следует производить в исключительных случаях у больных старческого и преклонного возраста с тяжелым поражением сердечно-сосудистой системы и функциональными нарушениями печени и почек. Подобные случаи составляют не больше 2—3%. Из 1029 операций лишь у 9 больных мы были вынуждены прибегнуть к холецистостомии, потеряв при этом четверых из них.

Вторая группа больных, подвергшихся повторному вмешательству, состояла из 14 чел. с рецидивными камнями общего желчного протока. У четырех из них можно более или менее уверенно поворотить об истинном рецидиве желчнокаменной болезни, учитывая большую длительность интервала между первичной и повторной операциями, в остальных же 10 случаях дело касалось так называемых «забытых» или просмотренных камней.

Все эти больные имели довольно четко очерченную клиническую картину повторных приступов болевого синдрома, сопровождавшегося подъемом температуры, ознобом и в ряде случаев преходящей желтухой. Пятеро из них имели стойкую желтуху длительностью от 2 до 5 недель. В 10 случаях после удаления камней из общего желчного протока (в одном из них трансдуоденально) операция была закончена наружным дренированием холедоха. В одном случае мы наложили первичный шов на рану общего желчного протока, стенка которого не претерпевала особых изменений и из просвета которого был удален единичный, свободно плавающий камень. В трех же случаях, при наличии множественных мелких конкрементов и замазкоподобной массы, опасаясь рецидива заболевания, мы наложили холедоходуodenостомию.

Довольно многочисленна (17) группа больных с рубцовыми сужениями внепеченочных желчных протоков. Эти сужения могут наступить после рубцевания язвенного холедохита в результате длительного нахождения в протоке камней или дренажа вследствие того или иного повреждения во время операции как на желчных путях, так и при резекции желудка, а также при наличии хронического интерстициального панкреатита. Помимо причины, вызвавшей стриктуру внепеченочных желчных протоков, большое значение имеет уровень поражения, ибо чем выше в сторону ворот печени имеется препятствие к свободному оттоку желчи, тем труднее оперативное вмешательство и хуже его исход.

Приводим пример такой технически трудновыполнимой операции. Больная 39 лет, поступила по поводу стойкой желтухи с уровнем били-

рубина 40 мг%, развившейся на третий день после холецистэктомии, произведенной два месяца назад по поводу острого холецистита. Во время операции, сопровождающейся довольно обильным кровотечением из обширных спаек в подпеченочном пространстве, обнаружили не только рубцы рубцово-склеротические изменения печеночно-двенадцатиперстной связки, что самая тщательная препаровка не выявила просвета общего желчного протока. Лишь высоко в воротах печени был обнаружен небольшой участок печеночного протока. Холапниография, произведенная пункцией этого участка, выявила значительное расширение внутripеченочных желчных ходов и полное отсутствие контрастирования протока дистальнее места пункции. С некоторыми трудностями удалось наложить гепатинодуоденоанастомоз. Постепенно желтуха уменьшилась, и спустя месяц после операции больная была выписана из клиники с небольшой субиктеричностью склер. На протяжении 5 лет после операции больная чувствует себя хорошо и продолжает работать по специальности.

У другой больной, оперированной ранее тоже по поводу острого калькулезного холецистита и холедохита и поступившей к нам со стриктурой дистального отрезка общего желчного протока, был наложен холедоходуоденоанастомоз. Через 7 лет после повторной операции она вновь легла в нашу клинику с тяжелой картиной септического холангита. Сильный озноб, повышение температуры, резко выраженная желтуха, увеличение печени и селезенки свидетельствовали о том, что из просвета двенадцатиперстной кишки через соустье в желчные пути поступает инфекция, поэтому решено было предпринять реконструктивную операцию. Разоблив наложенный нами ранее холедоходуоденоанастомоз и ушив дефект в стенке двенадцатиперстной кишки, мы соединили просвет печеночного протока с изолированным по Ру отрезком тощей кишки. Наступило выздоровление.

В одном случае стриктуры общего желчного протока нам пришлось прибегнуть к пластике его на погружном резиновом дренаже по Вильмсу. Больная, в течение трех месяцев до этого страдавшая от холангита, быстро поправилась, однако через 4 месяца после повторного вмешательства вновь поступила с прежней клинической картиной холангита. Во время третьей операции пришлось удалить резиновый протез, просвет которого был полностью закупорен замазкообразной массой, что и привело к рецидиву заболевания.

Дважды подобная закупорка дренажа пигментными массами привела к развитию холангита у больных с подкожной холецистостомией по Е. В. Смирнову. У одного из этих больных 9 марта 1971 г. была произведена холецистэктомия по поводу острого камневого холецистита, причем при наложении лигатуры на пузырный проток был значительно сужен просвет общего желчного протока, о чем свидетельствовала стойкая желтуха, развившаяся вскоре после операции. При повторном вмешательстве 14 марта эта лигатура была удалена, и общий желчный проток дренирован Кэровским дренажем, после извлечения которого оставшийся желчный свищ ввиду наличия стриктуры общего

желчного протока не закрывался на протяжении 6 месяцев. 20 октября 1971 г. больному произведена подкожная холецистостома по Е. В. Смирнову с оставлением погружного резинового дренажа. Наступило выздоровление. Однако через 7 месяцев после этой операции больной вновь поступил к нам с желтухой, высокой температурой и ознобом. Удаление из небольшого отверстия резинового дренажа, полностью инкрустированного желчными осадками, привело к быстрой ликвидации явлений холангита.

Аналогична история болезни второй больной, оперированной по поводу флегмонозного холецистита, причем из-за наличия большого инфильтрата в области шейки желчного пузыря попытка раздельной перевязки пузырного протока и артерии не удалась, и была наложена общая лигатура. Впоследствии образовался стойкий наружный желчный свищ, ликвидированный подкожной фистулоэнтеростомией на погружном резиновом дренаже, который также пришлось затем удалить, так как закупорка его послужила причиной холангита. 12 раз при наличии рубцового сужения общего желчного протока, выявленного операционной холангиографией, нам удалось наложить холедоходуоденостомию и восстановить свободный пассаж желчи. У одного больного, которому также предполагалось сделать эту операцию, стенка общего желчного протока выше стриктуры была настолько утолщена воспалительным инфильтратом, что технически не удалось наложить соустье с кишечником и пришлось ограничиться лишь введением Кэровского дренажа, через который в послеоперационном периоде проводилась инстиляция протоков антибиотиками. После стихания явлений холангита и контрольной холангиографии, вновь подтвердившей умеренное сужение дистального отрезка общего желчного протока, благодаря чему желчь все же поступала в двенадцатиперстную кишку, дренаж был удален и свищ вскоре закрылся. За год после этой повторной операции у больного дважды наблюдались болевые приступы, сопровождающиеся желтухой, однако оба раза применение спазмолитиков и антибиотиков широкого спектра действия позволило быстро ликвидировать эти явления.

К восстановлению внепеченочных желчных протоков, поврежденных при операции, нам пришлось прибегнуть в 7 случаях, 3 раза в момент производства холецистэктомии и 4 при резекции желудка по поводу язвенной болезни. В 6 из этих случаев трубчатые спайки и рубцовые изменения в области печеночнодвенадцатиперстной связи послужили причиной повреждения общего желчного протока, который вовремя был восстановлен наложением швов вокруг Кэровского дренажа, который извлекался в сроки от 16 до 20 дней после контрольной манометрии и холангиографии.

В 7-ом случае, наряду с каллезной язвой малой кривизны желудка, имелся камневый холецистит, осложненный внутренним свищем между шейкой желчного пузыря, местом слияния правого и левого печеночных протоков и просветом двенадцатиперстной кишки с застрявшим в этом свище большим желчным камнем. Этот камень почти полностью закрывал просвет двенадцатиперстной кишки, вследствие чего у больной была

выражена картина субкомпенсированного стеноза привратника. Во время операции, в момент мобилизации двенадцатиперстной кишки и разделения спаянных с ней органов, выяснилось, что внепеченочные желчные протоки разобщены. Проксимально виднелись просветы правой и левой ветви печеночного протока, а дистально — его основного ствола. Поместив несколько кетгутовых нитей в просветы правого и левого печеночного протоков и скрутив дистальную часть нитей в один жгут, мы ввели его в просвет печеночного и далее общего желчного протока и узловыми швами восстановили целостность поврежденных протоков. Операция была закончена удалением желчного пузыря и резекцией желудка. К сожалению, эта большая операция, производимая под местной анестезией, оказалась слишком травматичной для ослабленной больной, и, несмотря на энергичные противошоковые меры, к вечеру она скончалась.

Из 63 больных, подвергшихся повторным или реконструктивным операциям на желчных путях, умерло 7 (11,1%). Если учесть, что общая смертность при всех операциях по поводу различных неопухолевых заболеваний желчных путей на нашем материале равна 3,7%, то станет ясно, насколько тяжелее протекают повторные операции, что главным образом обусловлено глубокими патоморфологическими и патофизиологическими изменениями как печени и желчевыводящих путей, так и всего организма.

Как литературные данные, так и опыт нашей клиники указывают на значительную трудность проведения повторных и реконструктивных операций на желчных путях.

Неполноценное обследование больных с различной патологией желчного пузыря и протоков как до операции, так и на операционном столе приводит к ошибочным манипуляциям или к неверным оперативным приемам, что и служит затем причиной необходимости в повторном вмешательстве.

Тщательное предоперационное обследование больных с использованием современных методов рентгенодиагностики и применение манометрии и холангиографии в момент операции, осторожное анатомическое оперирование с учетом многочисленных вариантов строения желчных путей и питающих их сосудов помогут выбрать правильную тактику при производстве первичной операции и тем самым намного снизить случаи повторных и реконструктивных вмешательств на желчных путях.

Факультетская хирургическая клиника
Тбилисского медицинского института

Поступила 26/VI 1972 г.

ბ. ჯ. ჟიჟია, ა. ლ. კურშიკიძე

ღებულის პიჯიბერით ჯრჯნაჲ ბჲ ჯბრუჲაბიბიგოღუჲს
ჯბრუღუსიბიგბიბიბიბიბიბიბიბიბი

ა. მ. ფ. ნ. ფ. ნ. ი. მ.

Հողվածով տրվում է հեղինակների կողմից կատարված 70 վիրահատությունների վերլուծությունը 63 հիվանդների մոտ, որոնք անցյալում ենթարկ-

վել են վիրահատական միջամտության լեղային ուղիներում: Կրկնակի վիրահատության համար ցուցմունք են հանդիսացել լեղային խոռակները և լեղապարկի ու ծորանների կրկնվող քարերը՝ 27 դեպքում, արտալյարդային լեղածորանների սպիավոր նեղացումները՝ 17 և առաջին վիրահատության ժամանակ թույլ տրված տեխնիկական սխալները՝ 7 դեպքում: Մյուս 12 հիվանդների մոտ կրկնակի վիրահատության համար ցուցմունք են հանդիսացել բաղադրված ալյա պատճառներ:

Կրկնակի վիրահատությունները հեղինակների մոտ կազմել են լեղապարկի և լեղային ուղիների բոլոր վիրահատությունների 6,8%-ը: Հոդվածում լուսաբանվում են վիրահատական միջամտության զանազան տեխնիկական եղանակներն ու մեթոդները: Մահացությունը կրկնակի վիրահատություններից կազմել է 11,1%, այն դեպքում, երբ լեղապարկի և ծորանների ալյա վիրահատությունների ժամանակ այն կազմել է ընդամենը 3,7%: