

С. З. ОГАНЕСЯН, Х. А. АНАПЮСЯН, С. С. ОГАНЕСЯН, Г. К. ХАЧАТРЯН,
Э. А. ДЖАНГИРОВ, В. Г. ОГАНЕСЯН, Г. А. ПИВАЗЯН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕЛИТИАЗОМ

Обобщен опыт хирургического лечения больных хроническим холециститом и холелитиазом. Описаны методы исследований, позволяющие установить правильный диагноз и определить показания к наиболее адекватной операции. Даны описания операций, произведенных по поводу холецистита и холелитиаза.

Проблема холецистита и холелитиаза до настоящего времени далека от окончательного решения, в связи с чем мы решили поделиться нашим опытом.

В факультетскую хирургическую клинику ЕрМИ за последние 5 лет поступили 946 больных с каменным и бескаменным холециститом. Нами изучены результаты оперативного лечения 237 больных.

Из общего числа больных у 78 заболевание сопровождалось механической желтухой, причем у подавляющего большинства желтуха была обусловлена воспалительной инфильтрацией в области перехода пузырного в общий желчный проток и только в 5,3% наблюдений — механическими причинами (камни, песок, замазкообразная желчь).

Современный арсенал методов исследований (дуоденаж, холецистохолангиография, эндоскопическая ретроградная холангиовирсунгография, лапароскопия, чрезкожнопеченочная холеграфия и т. д.), а также интраоперационная холангиография позволяют в большинстве случаев установить правильный диагноз и определить показания к наиболее адекватной операции.

Придавая большое значение предоперационной подготовке, мы считаем целесообразным проводить ее в сжатые сроки.

Операцию производим под эндотрахеальным наркозом с применением косого разреза параллельно правой реберной дуге. После вскрытия брюшной полости и создания необходимого доступа к желчному пузырю производим осмотр органов подпеченочного пространства. При обнаружении воспаления или камней желчного пузыря не следует начинать операцию удаления желчного пузыря, она может быть выполнена в конце, когда необходимость холецистэктомии станет бесспорной. Необходимо закончить ревизию панкреато-билиарной системы, произвести визуальную, пальпаторную, а при необходимости и инструментальную оценку состояния общего желчного протока. Исследование холедоха должно охватывать не только супрадуоденальный, но также ретродуоденальный отдел, головку поджелудочной железы и область фатерова сосочка. Если после такого обследования обнаружены камни или воспаление только желчного пузыря, то операция заканчивается холецистэктомией без применения дополнительных методов исследования желчных путей (холангиография, манометрия и т. д.).

Применение интраоперационных методов исследования считаем необходимым только в тех случаях, когда до операции не удалось до-

статочно четко определить характер патологического процесса и сделать выбор метода операции, а также когда имеется подозрение на холангит, панкреатит, камни в общем желчном или печеночном протоках и установлено расширение холедоха более 1 см, утолщение стенок его, перегибы, сдавления, рубцовая деформация, наконец, наличие в холедохе мутноватой жидкости, замазкообразной желчи и т. д. Неинвазивная интраоперационная холангиография и другие методы исследования удлиняют сроки операции, нарушают условия асептики и ухудшают результаты лечения.

Из 237 произведенных операций в 63 случаях холецистэктомия была произведена по поводу бескаменного холецистита. Из 174 операций по поводу калькулезного холецистита у 122 вмешательства закончилось холецистэктомией.

У 52 больных, кроме патологии со стороны желчного пузыря, были обнаружены камни, замазкообразная желчь и другие изменения в холедохе. В этих случаях производилась холедохотомия с удалением камней и ревизией проходимости дистального отдела холедоха.

Чаще всего операция завершалась наружным дренированием холедоха, подводился резиновый дренаж к винслову отверстию с выводением его через отдельный разрез.

Лучшим в функциональном отношении методом операции мы считаем соустье в постбульбарном отделе 12-перстной кишки с поперечным рассечением ее стенки.

У 13 больных был наложен холедоходуоденоанастомоз с двумя летальными исходами.

Очень редко возникает необходимость в производстве папиллосфинктеропластики. Эту операцию мы произвели у двух больных с вколоченными камнями в большом дуоденальном соске при рубцовых изменениях сфинктера Одди и наличии замазкообразной желчи и гноя в гепатикохоледохе. Общий желчный проток в обоих случаях был расширен свыше чем на 2 см.

В послеоперационном периоде считаем целесообразным применение комплексной терапии, включающей мероприятия, направленные на устранение шока и интоксикации, коррекцию водного, минерального и белкового баланса, борьбу с инфекцией.

В случаях, когда до или во время операции устанавливается и панкреатит, одновременно производится соответствующее лечение.

В раннем послеоперационном периоде у двух больных были выявлены «забытые» камни, что привело к обильному выделению желчи по дренажу из брюшной полости. Это осложнение сопровождалось желтухой и холангитом, а также признаками раздражения брюшины. В одном случае через дренажную трубку выпал небольшой камень, после чего состояние больного улучшилось, и через месяц свищ окончательно закрылся, во втором—возникла необходимость производства повторной операции, которая имела летальный исход.

В связи с неполноценностью первого оперативного вмешательства, причиной которого была ошибка, допущенная при операции, наступили нарушения функционального состояния печени и желчевыделения. Чем

продолжительнее это состояние, тем глубже поражение печени, что может явиться причиной печеночной недостаточности при повторных операциях на желчных путях.

По нашим данным, послеоперационная летальность составила 2,03%. Причины смерти—перитонит, инфаркт миокарда, диабетическая кома с явлениями динамической кишечной непроходимости и общей интоксикацией, двусторонняя крупноочаговая пневмония, гнойный холангит, осложненный множественными абсцессами печени.

Кафедра факультетской хирургии ЕрМИ

Поступила 3/VI 1982 г.

Ս. Զ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Խ. Ա. ԱՆԱՓԻՈՍՅԱՆ, Է. Հ. ԶԱՆԳԻՐՈՎ, Ս. Ս. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ,
Հ. Դ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ, Վ. Հ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Գ. Ա. ՊԻՎԱԶՅԱՆ

ԽՈՒՆՑԻՍՏԻՏՈՎ ԵՎ ԽՈՒՆԼԻԹԻԱԶՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՎԻՐԱՐՈՒԹԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հանրագումարի է բերված Երևանի բժշկական ինստիտուտի ֆակուլտետային վիրաբուժության կլինիկայի խոլեցիստիտով և խոլելիթիազով հիվանդների վիրաբուժական բուժման հինգ տարվա փորձը: Նկարագրված են հետազոտության մեթոդներ, որոնք մեծ մասամբ հնարավորություն են տալիս հաստատելու ճիշտ դիագնոզը և գտնելու ցուցումներ համապատասխան վիրահատության համար: Տրված են խոլեցիստիտի և խոլելիթիազի կապակցությամբ կատարվող վիրահատությունների նկարագրությունները:

S. Z. HOVANISSIAN, Kh. A. ANAPIOSSIAN, E. A. JANGIROV
S. S. HOVANISSIAN, G. K. KRACHATRIAN, V. G. HOVANISSIAN
G. A. PIVAZIAN

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLECYSTITIS AND CHOLELITHIASIS

The experience of the surgical treatment of patients with chronic cholecystitis and cholelithiasis is summarized. The methods of investigation are described which allow to give the correct diagnosis and chose the most adequate operation.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Виноградов В. В., Базилевич Ф. В., Лютфалев Т. А. Вестн. хир., 1981, 6, стр. 23.
2. Витебский Я. Д. В. кн.: Актуальные вопросы хирургии желчных путей (Всероссийская конференция хирургов). Калининград, 1968, стр. 69.