

The Influence of Personality Peculiarities and Psychoemotional State on Clinical and Endoscopic Remission of Ulcerous Disease

It is established that the psychoemotional state and definite personality peculiarities have reliable influence on the speed of the ulcerous symptomatics cupping and terms of healing. The significance of psychocorrelating therapy in the effectiveness of the treatment of ulcer is shown. The role of acute and chronic stress situations in pathogenesis of this disease is discussed.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов В. П. Ж. невропатол. и психиатр., 1971, 9, с. 1385.
2. Березин Ф. Б. и соавт. Методика многостороннего исследования личности. М., 1976, с. 175.
3. Богач П. Г. В сб.: Кортико-висцеральные взаимоотношения в физиологии, биологии и медицине. Л., 1971, с. 41.
4. Вейн А. М., Родштадт И. В. Клин. мед., 1972, 9, с. 6.
5. Курцин И. Т. Теоретические основы психосоматической медицины. Л., 1973, с. 396.
6. Barbezat G. O. S. Afr. med. J., 1978, 54, 24, 1015.
7. Bauer H. Anaesthesist, 1983, 1, 46.
8. Levin A. et al. S. Afr. med. J., 1981, 59, 1, 113.
9. Piper D. W. et al. Scand. J. Gastroenterol., 1980, 1, 113.
10. Thomas J. Gastroenterology, 1980, 5, 72.
11. Wolf S. Gastroenterology, 1981, 3, 605.

УДК 616.366—089.87—06—072.1

А. А. Гукасян

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОМИИ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

В настоящее время число больных, подвергшихся операции холецистэктомии, продолжает расти. В различные сроки после холецистэктомии у 5—30% больных отмечается развитие постхолецистэктомического синдрома [1, 4]. Наиболее часто причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения желчно-каменной болезни и ее осложнений являются некорригированный или развившийся после операции стеноз большого дуоденального сосочка и оставленные или рецидивные камни общего желчного протока. Повторные операции на желчевыводящих путях представляют определенные технические трудности, сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью, особенно в пожилом и старческом возрасте [5]. Результаты лечения больных этой категории в настоящее время могут быть заметно улучшены благодаря применению эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) [3, 9, 11, 13]. Стеноз большого дуоденального сосочка, встречающийся у 5—20% больных желчно-каменной болезнью, способствует возникновению постхолецистэктомического синдрома [7, 8]. По данным литературы, процент «забытых» камней составляет не менее 5—10 [6, 12, 14].

Нами обследованы больные (21), у которых в сроки от 10 месяцев до 6 лет была выполнена ЭПСТ по поводу постхолецистэктомического

го синдрома. При этом менее года после операции прошло у 1, до 2 лет—у 4, до 3—у 8, до 4—у 5, до 5—у 2, 5,5 года—у одной больной. Среди наших больных было 17 женщин и 4 мужчины в возрасте от 42 до 78 лет, из них 5—старше 70 лет. ЭПСТ была выполнена по следующим показаниям: холедохолитиаз—10, холангит—1, аденома большого дуоденального сосочка—3, доброкачественный стеноз папиллы—6, парафатериальный дивертикул—1 случай. ЭПСТ была произведена через месяц после операции на желчных путях у 5 больных, через год—у 3, 2 года—у 4, 4 года—у 2, 6 лет—у 3 и по одному больному соответственно через 9, 10, 16, 23 года. Из них 14 больным в прошлом произведена холецистэктомия, 1—холецистэктомия и дренирование холедоха, 5—холецистэктомия, дренирование холедоха, холедохотомия и одному больному—холецистодуоденоанастомоз.

Все больные были госпитализированы и обследованы в стационаре. Помимо общепринятых методов клинического и лабораторного обследований, было проведено биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, щелочной фосфатазы, АЛТ, АСТ, амилазы—у 21, рентгеноскопия желудка, 12-перстной кишки—у 17, внутривенная холангиография—у 15, ультразвуковое исследование гепатобилиарной зоны—у 18, гастродуоденоскопия—у 19, эндоскопическая ретроградная холедохография (ЭРХГ)—у 17, посев стерильно взятой желчи из холедоха—у 6.

Жалобы, связанные с перенесенными ранее операциями на желчном пузыре, желчевыводящих путях, отсутствовали у 11 обследованных, 9 больных жаловались на неопределенные боли в брюшной полости, связанные с приемом пищи, 1 пациент—на отрыжку, изжогу и 3—на диспептические расстройства. Клинический анализ крови выявил отклонения в виде ускорения СОЭ у 6 (в пределах 10—46 мм/час), лейкоцитоз— $9,4 \cdot 10^9/\text{л}$ — $12,6 \cdot 10^9/\text{л}$ у 2 больных. Биохимические исследования крови отклонений, свидетельствующих о выраженных нарушениях функций печени и поджелудочной железы, не выявили.

С помощью внутривенной холангиографии получены следующие данные: у 1 больного контрастирования желчевыводящих путей не отмечено, у 2—следы контраста в холедохе, у 12—четкое его контрастирование при ширине холедоха: до 1 см—у 9, до 1,5 см—у 4, до 2 см и более—не отмечено. При ретроспективном анализе рентгенограмм, выполненных в период первоначального обследования и лечения, до устранения обструкции общего желчного протока у 7 больных наблюдалось расширение холедоха до 1,5—2,5 см. При контрольном обследовании этих больных у 2 выявлен в той или иной степени расширенный холедох. В одном случае (из 15) возникло подозрение на наличие конкрементов в холедохе у 1 больного, которое в дальнейшем не подтвердилось.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) гепатобилиарной зоны у 6 больных выявлены изменения в поджелудочной железе, которые свидетельствуют о наличии хронического неосложненного панкреатита, у 2—неровность контуров железы при нормальных или уменьшен-

ных ее размерах, у 4—повышенная эхоплотность поджелудочной железы. Расширения главного панкреатического протока не отмечено. К сожалению, во всех этих случаях мы не смогли провести ретроспективный анализ, так как во время первой госпитализации УЗИ не проводилось. Клинических проявлений панкреатита не было отмечено ни у одного из этих больных.

При рентгеноскопии желудка у 1 пациента выявлен хронический гастрит, у 6—гастродуоденит. У 7 обследованных патологии со стороны желудка не отмечено, у 5 обнаружен холедоходуоденальный рефлюкс. Глубина заброса контрастного вещества в холедох не превышала, как правило, 5—6 см, но у 2 больных отмечено контрастирование печеночных ходов. Ширина холедоха во всех случаях выявленного рефлюкса колебалась от 0,4 до 1,2 см, тогда как ширина соустья с 12-перстной кишкой была равна ширине холедоха.

При гастродуоденоскопии у всех больных отмечено совпадение результатов с данными рентгенологического исследования, при котором были выявлены явления хронических гастритов, гастродуоденита. При визуальной оценке зоны, соответствовавшей эндоскопической операции, мы обращали внимание на положение, форму, величину эндоскопического холедоходуоденоанастомоза, состояние подлежащей к соустью слизистой оболочки, сохранность продольной складки. У 12 больных соустье имело округлую или овальную форму, у 6—щелевидную. Размеры его колебались от 0,3—0,4 до 1,5 см.

В одном случае размер холедоходуоденального соустья был менее 3 мм. У этой больной не было жалоб, отсутствовали признаки гипертензии в холедохе. Однако с целью профилактики формирования стеноза произведена дополнительная ЭПСТ. У 10 пациентов, у которых отсутствовала продольная складка, ниже соустья была выявлена «площадка» бархатистой слизистой рассеченного большого дуоденального сосочка характерного вида, у 2 больных—сохранившаяся на небольшом протяжении продольная складка. Наличие парафатериального дивертикула, выявленного в период первоначального обследования и выполнения ЭПСТ, было подтверждено у 3 пациентов. У 1 пациентки устье анастомоза оказалось глубоко втянутым под поперечную складку 12-перстной кишки и недоступно осмотру и канюляции. Ни в одном случае не было отмечено воспалительных изменений в зоне эндоскопического холедоходуоденоанастомоза. Подозрение на холедохолитиз, возникшее у одной больной при внутривенной холангиографии, не подтвердилось при контрастировании холедоха; произведена дополнительная ЭПСТ.

Рентгеноскопия, проводимая во время ЭРХГ, позволила установить, что у всех больных, кроме одной, сохранена функциональная полноценность холедоха: после удаления катетера мы отмечали достаточно быстрый сброс контрастного вещества в просвет кишки. В одном случае, как по данным внутривенной холангиографии, так и при ЭРХГ, отмечено значительное (до 3 см) расширение холедоха, расширение печеночных ходов и замедленный сброс контрастного вещества в просвет кишки. Сравнение ширины холедоха, по данным

внутривенной холангиографии и ЭРХГ, показало полное совпадение результатов.

Таким образом, ЭПСТ, являясь альтернативной хирургической операцией у больных, перенесших холецистэктомию и другие операции на внепеченочных желчных протоках и большом дуоденальном сосочке, должна быть методом выбора [2, 10].

Кафедра грудной хирургии
и анестезиологии ЕРГИУВ

Поступила 17/XI 1989 г.

Ա. Ա. Դուկասյան

ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԿ ՊԱՊԻԼՈՍԿԻՆԵՐՈՏՈՄԻԱՅԻ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴԵՈՒՆԵՐԸ
ՀԵՏԵՈՒՆԵՑԻՍԵԿՏՈՄԻԱ ՀԱՄԱՆԱԿԱՆՇԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Հետախույզիատեսկոտմիկ համախտանիշի կապակցությամբ հետազոտվել են 21 հիվանդ, որոնց մոտ 10 ամսից մինչև 6 տարվա ժամանակահատվածում կատարվել է էնդոսկոպիկ պապիլոտոմիա կամ պապիլոսֆինկտերոտոմիա:

Բերվում են նրանց կլինիկական, լաբորատոր-բիոքիմիական հետազոտությունների, ստամոքսի և 12 մատնյա աղու ունեցնող լուսանցման, ներերակային խոլանգիոգրաֆիայի, լեղուղիների գոտու գերձայնային հետազոտության, գաստրոդուոդենոսկոպիայի, հետազարձ խոլանգիոգրաֆիայի, ընդհանուր լեղաժորանից վերցրած լեղու նմուշի ստերիլության քննությունների տվյալները:

Ցույց է տրված, որ այդ վիրահատությունները հանդիսանում են վիրաբուժական վիրահատման ակտերնատիվ ձևը այն հիվանդների մոտ, որոնք ենթարկվել են խոլեցիստէկտոմիայի և արտալյարդային լեղուղիների այլ վիրահատմանների՝ ընդ որում դա պետք է լինի ընտրության առաջին մեթոդը:

A. A. Ghoukassian

Remote Results of Endoscopic Papillosphincterotomy at Postcholecystectomic Syndrome

It is shown that endoscopic papillotomy is an alternative surgical operation for patients after cholecystectomy or other operations of extrahepatic biliary ducts and major duodenal papilla.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абасов И. Т., Иоф Н. М., Гицаятов Л. А. и др. Сов. здравоохран., 1983, 1, с. 22.
2. Балалыкин А. С., Шукишина И. В., Климов П. В., Оразалиев Б. Х. Вестн. хир., 1988, 2, с. 29.
3. Благоевдов Д. Ф., Вишневский В. А., Графская Н. Д. и др. Вестн. хир., 1980, 3, с. 22.
4. Милонов О. Б., Мовчун А. А., Смирнов В. А. и др. Хирургия, 1988, 6, с. 109.
5. Мовчун А. А. Дис. докт. М., 1984.
6. Нечай А. И., Ситенко В. М., Жук А. М. и др. Вестн. хир., 1983, 3, с. 3.
7. Нидерле Б., Кецлик М. Хирургия желчных путей (пер. с чешского). Прага, 1982.
8. Панцирев Ю. В., Рябов В. И., Ноздрачев В. И. и др. Проблемы хирургии желчных путей (тез. Всесоюзн. конф. по хирургии желчных путей). М., 1982, с. 89.
9. Савельев В. С., Балалыкин А. С., Корнилов Ю. М. и др. Вестн. хир., 1983, 2, с. 35.
10. Ташкинов В. И., Ташкинов Н. В. Хирургия, 1987, 2, с. 21.
11. Ledogri G., Ricci E., Bertoni G., Conigliaro F., Pedrazzoli C., Rossi G. Minerva Chir., 1987, 15, 42(21), 1741.
12. Cooperman A., Gelbfish G., Zimmon D. Surg. Clin. N. Amer., 1982, 62, 833.
13. Roseland A., Solhaage J. World J. Surg., 1988, 12, 111.
14. Vayre P., Jost J. J. Chir. (Paris), 1981, 118, 1625.