

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ВТОРОЙ МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. Н. И. ПИРОГОВА

*Заслуженный деятель науки РСФСР
профессор А. В. Гуляев*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

МОСКВА — 1973

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ВТОРОЙ МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. Н. И. ПИРОГОВА

*Заслуженный деятель науки РСФСР
профессор А. В. Гуляев*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

МОСКВА — 1973

Лекция

К АКТОВОМУ ДНЮ ИНСТИТУТА

В целом, патология желчных путей — широкая, многообразная область, мы можем осветить лишь какую-то ее часть. Представителю хирургической клиники естественно остановить свой выбор на разделах, представляющих наибольшее значение для практической хирургии.

Назовем всю совокупность заболеваний желчных путей, т. е. желчевыводящей системы, холепатиями. Этот термин в наиболее общем виде выражает такую совокупность, не определяя ни этиологии, ни локализации, ни нозологических деталей.

Холепатии могут быть органическими, т. е. характеризоваться выраженными морфологическими изменениями, и функциональными, без выражаемого морфологического субстрата в желчных путях (атонии, дискинезии и т. п.).

Возможности хирургического лечения функциональных холепатий весьма сомнительны, и они нас затрагивают больше в дифференциально-диагностическом отношении.

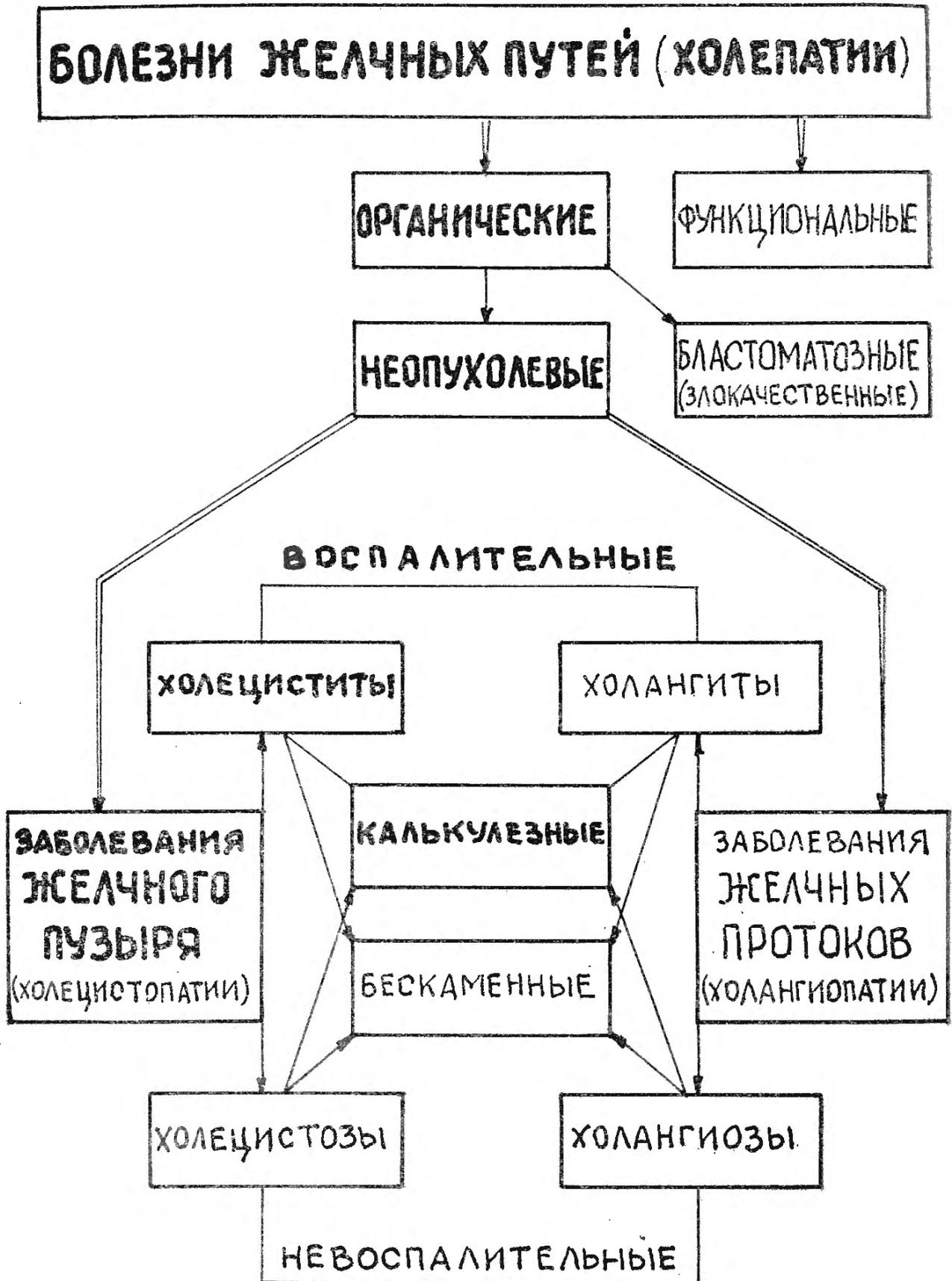
В органических холепатиях резко различаются между собой две группы: те, в основе которых лежат злокачественные опухоли (рак желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков, холангиогенный рак печени, ретикулосаркомы желчных путей и т. д.), и те, в основе которых нет злокачественного бластоматозного процесса. Назовем их, соответственно, бластоматозными и небластоматозными, подразумевая только злокачественные опухоли (холепатии, зависящие от доброкачественных опухолей, — папилломы желчных путей, фибромиомы желчного пузыря и т. п. — удобнее, по ряду соображений, отнести в группу небластоматозных холепатий, что и делают многие авторы в своих классификациях).

Злокачественные опухоли желчных путей («бластоматозные холепатии») — особая статья со своей хирургической спецификой и онкологическими аспектами, а встречаются они несравненно реже неопухолевых заболеваний, мы их не будем касаться.

Небластоматозные заболевания желчных путей могут быть:

1) воспалительными (холециститы и холангиты) и невоспалительными (холецистозы, холангиозы);

ТАБЛИЦА 1



- 2) калькулезными и бескаменными;
- 3) захватывающими преимущественно желчный пузырь (холецистопатии) или желчные протоки (холангиопатии).

Эта система представлена на схеме (табл. 1), в которой жирным шрифтом оттенены нозологические группы, с преобладающей частотой встречающиеся в хирургической практике. Тем самым наглядно определяется выбор темы и последовательность ее изложения.

Из всех болезней желчных путей в хирургической практике наиболее часто встречаются органические, неопухолевые заболевания желчного пузыря, преимущественно калькулезные холециститы. Им и будет уделено основное внимание.

Что касается заболеваний желчных протоков (холангиопатий), то они более редкое явление, чем заболевания желчного пузыря, но связаны с последними патогенетически, а с воспалительными их поражениями (холангитами) и желчными камнями (холангиолитиазом) всегда приходится считаться, как с осложнением холецистита.

Из 3,2 тысяч операций на желчных путях, произведенных в нашей клинике за 21 год моего ею заведования, более 90% операций приходится на холециститы, простые и осложненные. Из всех же операций, сделанных по поводу холециститов или холецистозов, 83% падает на калькулезные.

У Арианова⁺ — те же соотношения: из 1.459 холецистэктомий при холециститах и холецистозах 85% приходится на долю калькулезных.

Камни желчного пузыря и протоков. Желчнокаменная болезнь

Если обобщить большие клинические статистики и учесть секционные данные, окажется, что 10% населения земного шара являются носителями желчных камней. Это значит, круглым числом и в самом широком обобщении, что из 3 миллиардов населения нашей планеты 300 миллионов (число равновеликое населению Советского Союза) обладают желчными камнями. Цифра серьезная, хотя и очень приблизительная.

Колебания очень широкие в зависимости от пола, возраста, образа жизни, этнографических условий и прочего: от 3,5% в Японии (Мияке, 1930) до 15—18% всех взрослых в Средней Европе (Хес, 1961).

Процессы камнеобразования в настоящее время хорошо изучены в биохимическом, физикохимическом, отчасти в патофизиологическом отношении, но представления об клини-

* А. А. Arianoff — «Les cholécystoses», Bruxelles, 1966.

ческом значении остаются дискуссионными, в то время как точка зрения на этот предмет во многом определяет лечебную тактику при желчнокаменной болезни.

По распространенному мнению, желчные камни, как один из ведущих патогенетических факторов холецистита, должны быть устранены хирургически, коль скоро они обнаружены. В настоящее время такая точка зрения находит большое число сторонников. Аргументация сводится к тому, что камни желчного пузыря, даже если они в данный момент не вызывают больших жалоб, рано или поздно поведут себя не корректно — приведут к воспалительному процессу, возможно, деструктивному, к ряду осложнений, таких, как холангит, гепатит и другие, что в свою очередь отразится на функциях печени, поджелудочной железы и других органов. В конечном счете, операция все-таки потребуется, но ее придется производить в менее благоприятных условиях — в менее подходящем возрасте больного и при поношенном уже состоянии ряда физиологических систем.

Действительно, по хирургическим статистикам, в том числе и нашей, при желчнокаменной болезни лучшие результаты получаются после операций, сделанных в ранние сроки от начала заболевания, когда оно еще не запущено. Но мы не располагаем терапевтическими статистиками, касающимися тех больных с желчными камнями, которые не попадают в сферу хирургической видимости, или не имея для этого достаточных оснований, или удовлетворяясь без хирургического риска консервативным лечением в течение многих лет, а то и десятилетий.

Нам кажется, что ряд недоразумений в подходе к хирургическому вмешательству при желчных камнях вызван отождествлением понятий «камненосительство», «желчнокаменная болезнь» и «холецистит».

Из носителей желчных камней только часть заболевает или чувствует от них неудобство. Какова эта часть, определить сложно, по некоторым статистикам — всего 5%. Такая цифра явно преуменьшена, так как базируется на экстраполированных секционных данных, катанестические сведения при которых не достоверны. Весьма вероятно, что многие, у кого камни найдены посмертно при вскрытии, страдали при жизни от этих камней, хотя желчекаменная болезнь не была диагностирована и не выносилась на титульный лист истории болезни в числе сопутствующих заболеваний. Но, если и не в 20 раз (5%), число страдающих желчнокаменной болезнью все-таки меньше числа камненосителей. Это полезно помнить, определяя показания к хирургическому вмешательству.

Нельзя забывать и фармакологический арсенал, которым мы вооружены лучше наших предшественников. Правда, старая и заманчивая идея растворить камни химическим пу-

тем пока что реализована только в пробирке, но предложен ряд фармакологических препаратов («Штейнанит» и другие) с выгодным сочетанием ингредиентов — желчегонным, желче-разжижающим, антипастическим, а возможно и растворяющим желчный песок, которые в некоторых случаях холелитиаза позволяют надеяться на лечебный и профилактический эффект.

В камнеобразовании играют роль многие агенты, выходящие за рамки локальной патологии желчного пузыря. Возникновение желчнокаменной болезни свидетельствует о широких нарушениях в обмене веществ, эндокринной и других системах, без устранения которых одно только удаление камней (хирургическим ли путем или фармакологическим их растворением, даже если бы его удалось надежно осуществить) не гарантирует стойкого излечения, если только этим ограничиться. Необходимо рассматривать камнеобразование с позиций общих нарушений гомеостаза, без устранения которых профилактика желчнокаменной болезни проблематична.

Что же касается хирургии, то чистые формы камненосительства не являются объектом ее приложения. Вопрос о хирургическом вмешательстве может возникнуть при клинически выраженной желчнокаменной болезни, ее осложнениях или присоединении воспалительного процесса, т. е. холецистита.

Холецистит, калькулезный и бескаменный

Желчные камни могут оставаться до поры до времени латентными, тем не менее, они всегда таят угрозу вспышки воспалительного процесса, травмируя слизистую желчного пузыря, открывая входные ворота для микроорганизмов и предрасполагая к инфекции. В развитии воспалительного процесса играют роль и нейродистрофические нарушения, связанные с камнями как источником постоянного раздражения.

В норме желчь стерильна, выделение микроорганизмов не входит в нормальную функцию желчевыделительной системы, это показал еще С. П. Боткин. Но в гепатодуоденальной зоне достаточно путей для инфицирования — восходящего из двенадцатиперстной кишки, лимфогенного или гематогенного из отдаленных очагов, а прорыв барьера быстро ведет к воспалительному процессу, отнюдь не асептическому.

Способствует инфекции и застою желчи в желчном пузыре и протоках — обычный спутник желчнокаменной болезни. Где застой — там инфекция, это общая закономерность патологии, с которой мы встречаемся на каждом шагу, не только при заболеваниях желчных путей.

Присоединение к желчным камням воспалительного процесса в стенке желчного пузыря знаменует переход болезни в

новое качество — возникновение холецистита со всеми его клиническими проявлениями и путями дальнейшего развития. Это и есть калькулезный холецистит, в патогенезе которого желчные камни играют видную роль и частота которого обусловлена частотой камненосительства и желчно-каменной болезнью.

Для калькулезного холецистита характерна склонность к рецидивирующим обострениям воспалительного процесса. Если очередной приступ заканчивается благополучно, то наступает более или менее длительный и относительно спокойный промежуток до нового приступа, но каждый приступ оставляет необратимые изменения в стенке желчного пузыря, которые в конечном счете ведут к потере ее эластичности, нарушению функции, склерозированию и сморщиванию. В общей сложности такие холециститы (их принято называть «хроническими рецидивирующими») тянутся годами и десятилетиями. Консервативное лечение дает лишь временный эффект, рано или поздно больной и врачи приходят к заключению, что терапевтические средства исчерпаны и возникает вопрос об оперативном пособии.

Если при чистых формах желчнокаменной болезни без сопутствующего воспаления еще могут идти разговоры о допустимости в отдельных случаях «идеальной» холецистолитотомии, удалении только камней с сохранением желчного пузыря, то при калькулезном холецистите такая возможность нацело отпадает. Стойкого результата можно ожидать только от холецистэктомии — удаления желчного пузыря вместе с содержащимися в нем камнями. Так как это отнюдь не восстановительная, а ампутационная операция, то прежде чем говорить о ее полезных сторонах приходится задуматься об ущербе, который она сама может причинить больному.

Всем понятно, что по своей физиологической значимости желчный пузырь не может быть приравнен к червообразному отростку, удаление которого не ведет само по себе к каким бы то ни было физиологическим нарушениям в организме и отсутствие которого ничем на организме не сказывается, как ни пытались доказать противное. У желчного пузыря свои, достаточно хорошо изученные функции и, если они даже заменимы, то ценой серьезных адаптационно-компенсаторных перестроек, которые никак нельзя признать безразличными для больного.

После удаления желчного пузыря его резервуарная функция ложится на всю систему внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков, к которым тем самым предъявляется требование физиологически несвойственной им емкости, связанное с периодическими застоями желчи и ведущее к их расширению. Априорно можно предположить, что отсутствие желчного пузыря создает условия для камнеобразования в

протоках, вынужденных адаптироваться к отсутствию этого резервуара. В худшем случае при этом можно ожидать образования камней во внутривнутрипеченочных желчных ходах. Одно это соображение требует достаточно строгих оснований для удаления желчного пузыря.

При глубоких изменениях в желчном пузыре, являющихся результатом хронического холецистита (склероз, сморщивание, отключение при облитерации, рубцевании или закупорке пузырного протока и т. п.), пузырь теряет свое значение и его удаление не вносит никаких новых утрат.

Но если его функция сохранена и он сам по себе не служит очагом агрессии, показания к его удалению становятся спорными.

Нет надобности решать этот вопрос умозрительно. В результате хирургической активности, притом повсеместной, у нас и за границей сейчас накопилось достаточно людей, лишенных желчного пузыря. Изучение их благосостояния, в частности функций пищеварения и состояния заинтересованных органов (печени, поджелудочной железы, желудка, почек и других) — наша прямая исследовательская задача.

Непосредственный исход операции — еще не достаточный критерий к оценке ее эффективности для стойкого излечения больного. При определении показаний к холецистэктомии в холодном периоде нельзя обойтись без ясного представления об отдаленных результатах этой операции.

Оказывается, что компенсаторные способности желчевыводящей системы таковы, что она обычно справляется со своими функциями в новых условиях. Через какое-то время после удаления желчного пузыря (порядка 1 года) завершается необходимая адаптация и в большинстве случаев не остается никаких неприятностей ни со стороны кишечного пищеварения, ни со стороны самой системы желчеотделения. К такому заключению приводят многочисленные наблюдения больных после холецистэктомии с детальным и всесторонним их исследованием через достаточно большие сроки после операции.

Однако в ряде случаев отдаленные результаты холецистэктомии не удовлетворительны.

С тех пор как мы стали заниматься проблемой холециститов к нам стали поступать (это обычное явление) больные из различных мест, оперированные в других больницах как московских, так и иногородних, неудовлетворенные результатами операции. И у нас самих нет-нет да и проскальзывали операционные неудачи.

Для обозначения таких неудовлетворительных результатов в литературе лет 25 тому назад появился термин «посхолецистэктомный синдром». Мортон еще в 1948 г. пользовался этим термином, а Малле-Ги и Кестенс так и назвали свою

книгу, вышедшую в 1970 г. и изданную в 1973 г. на русском языке в прекрасном переводе Б. В. и О. Б. Милоновых, — «Синдром после холецистэктомии».

На наш взгляд, это понятие требует уточнения. Тщательное изучение таких больных с применением современного клинического, лабораторного, рентгенологического исследования и специальных диагностических методов позволило расшифровать причины неудовлетворительных результатов операции в подавляющем большинстве случаев.

Следует различать ту категорию оперированных, у которых болезненные явления, сохранившиеся или заново возникшие после операции, зависят от операционных погрешностей и неудач (включая диагностические ошибки, неправильный выбор операции и продолжение болезненного процесса, не устраненного операцией), и ту категорию, где прямых послеоперационных осложнений нет, основное заболевание устранено, а болезненные явления всецело зависят от физиологических пертурбаций, вызванных отсутствием желчного пузыря и нарушением его нейрогуморальных связей.

Строго говоря, только это последняя категория может быть квалифицирована как постхолецистэктомный синдром, т. е. симптомокомплекс, зависящий от отсутствия желчного пузыря с недостаточностью компенсаторных перестроек или от последствий такого недостатка.

Наиболее достоверно судить о причинах этой патологии можно на основании повторных операций, которые позволяют с секционной точностью определить источник болезненных явлений с применением к тому же наиболее убедительных методов операционной диагностики (холангиография манометрия, биопсия и проч.).

За 21 год в нашей клинике произведена 221 повторная операция на желчных путях у 188 больных (41 больного пришлось оперировать по нескольку раз). Из них 52 больных первоначально были оперированы в нашей же клинике, а 136 поступили после операций, сделанных первично в других лечебных учреждениях.

Как и в статистиках других авторов, преобладающим поводом для повторной операции (81 случай) были камни в желчных протоках, чаще во внепеченочных, в единичных случаях — в расширенной культе пузырного протока и редко — внутрипеченочные. Таким образом, холангиолитиаз составляет 37% по отношению к общему числу повторных операций, то же, что и у других авторов (В. М. Ситенко и А. И. Нечай — 32%, Малле-Ги и Кестенс — 36%). А дальше и начинаются затруднения, ведущие к принципиальным разногласиям.

Обнаружив камни, при повторной операции важно и для

теоретических постулатов, и для практических решений знать, образовались ли эти камни после удаления желчного пузыря заново, в результате создавшихся новых условий для камнеобразования, о которых мы говорили, или это попросту забытые, незамеченные, одним словом — оставленные камни, существовавшие уже при первичной операции.

Условимся называть камни, сохранившиеся со времен первой операции, «забытыми», не предвещая, по недосмотру, случайно или сознательно они оставлены. Камни же, возникшие заново после первой операции, будем называть «вновь образованными». Такое лингвистическое уточнение устраняет некоторые недоразумения, существующие в литературе, но, конечно, еще не решает вопроса по существу. Дело в том, что нет совершенно надежных клинических, инструментальных и лабораторных признаков, опираясь на которые можно было бы с полной уверенностью отнести обнаруженный при повторной операции камень к «забытым» или «вновь образованным». Особенно это относится к отдаленным срокам большой давности, когда операционное исследование при повторной операции приходится сопоставлять со старой документацией, не достаточно полноценной в современных представлениях. Это чувствуют все авторы, анализирующие отдаленные результаты. С течением времени и совершенствованием диагностических методов такое затруднение смягчается и приходит возможность более убедительно судить о характере камней, найденных при рецидиве заболевания, или так называемом постхолецистэктомном синдроме. Но и сейчас уже могут быть высказаны некоторые предположения на этот счет.

Из 81 больного, у которых при повторной операции мы обнаружили камни в желчных протоках, у 70 это были достоверно «забытые» камни, существовавшие еще при первой операции. У 11 же (т. е. у 13%) имелись основания предполагать новое камнеобразование.

У Малле-Ги соотношение более резкое — возможность заподозрить новое камнеобразование он констатировал в 47% всех случаев холецихолитиаза, обнаруженного при повторной операции после холецистэктомии, сделанной в прошлом.

Так или иначе, априорное соображение о возможности камнеобразования в протоках после холецистэктомии получает свое подтверждение. Только отсюда нужно делать правильные выводы, отнюдь не в сторону огульного отказа от холецистэктомий, а в сторону предупреждения нового камнеобразования путем дополнения холецистэктомии в соответствующих случаях желчевыводящими анастомозами. О них будет речь дальше. И разумеется, холецистэктомия при желчно-каменной болезни не снимает необходимости дальнейших консервативных мер профилактики камнеобразования, о чем говорилось.

Подробный анализ наших наблюдений при повторных операциях на желчных путях сообщался в докладах, публиковался в печати (А. М. Джавадян, Л. Б. Крылов и др.); нет необходимости здесь повторять эти сведения. Что бы к ним не возвращаться, подчеркнем только еще одно обстоятельство.

В числе поводов для повторных операций фигурируют патологические процессы в окрестности терминального отдела общего желчного протока, являющиеся осложнением существовавшего у больного холецистита: хронический (индуративный) панкреатит, стенозирующий папиллит, местный лимфаденит (т. наз. «перихоледохальный»). Они послужили причиной повторных операций у 56 наших больных. Обращает на себя внимание, что хронический панкреатит и стенозирующий папиллит потребовали повторного вмешательства главным образом у тех больных, у которых первая операция по поводу хронического холецистита производилась в поздние сроки заболевания, превышающие трехлетний период. Это служит предостережением для больных, страдающих хроническим рецидивирующим холециститом, и заставляет рекомендовать им хирургическое лечение холецистита прежде чем разовьются стойкие изменения в смежной зоне.

Что касается лимфаденита в окрестности общего желчного протока, он, редко оставаясь после холецистэктомии, принимает самостоятельное течение, а если это происходит, то боли возобновляются в течение первых 2 месяцев после операции. У нас он послужил в качестве единственного повода для повторного вмешательства всего в 3 случаях.

При всем значении желчных камней в возникновении холецистита они не служат единственной его причиной. После того как Ридель в 1908 году опубликовал свою работу «Холецистит без камней» (6 случаев), число наблюдений у многих авторов стало нарастать, но в еще большем количестве появились сомнения в правомерности понятия «бескаменный холецистит» и разногласия в трактовке этого явления. И сейчас нет единого взгляда не только на патогенез, диагностику и лечение бескаменных холециститов, но и на формы поражений желчного пузыря, которые могут быть отнесены в эту нозологическую группу. Помимо истинных холециститов с достоверным острым или хроническим воспалительным поражением желчного пузыря сюда относят и случаи холестерозов (диффузные и локализованные формы холестерозов, полипозы и аденоматозы желчного пузыря, его доброкачественные опухоли и проч.), не являющиеся в строгом смысле слова воспалительными заболеваниями.

Для понимания патологии желчных путей и углубленных клинических разработок такие уточнения необходимы, для

хирургической же практики нет большой погрешности отнесения и этих форм к холециститам, тем более, что воспалительный процесс, обычно, а при обострениях обязательно, им сопутствует. Шеечный же холецистит, цистицит и «сифонопатию» (по номенклатуре Дебрея, предложившего этот термин в 1963 г.) по праву следует отнести к холециститам.

Опасно другое — принять за бескаменный холецистит проявления функциональных расстройств в желчевыводящей системе, при которых удаление желчного пузыря становится не только бесполезным, но и вредным. От этого в свое время предостерегал С. И. Спасокукоцкий (1930 г.) в своих работах о бескаменных холециститах и желтухах. Одна из причин, которую он раскрыл, — дуодениты, перидуодениты и хроническая дуоденальная непроходимость. (В последующем эта патология была разработана А. Н. Бакулевым и Т. П. Макаренко).

Мы разработали свой материал за последние 9 лет (аспирант Ю. И. Грибков). Из общего числа 154 операций при бескаменном холецистите 67 были произведены в остром периоде, а 87 — в холодном. Только в одном случае имела место дискинезия (по классификации В. В. Виноградова — психосоматическая форма); хирурги проявили выдержку, удовлетворившись после операционного рентгеноконтрастного и манометрического исследования диагностической лапаротомией, и сохранили желчный пузырь; за истекшие после операции три года боли, беспокоившие больную до операции, не возвращались.

Во всех остальных случаях при операции был обнаружен морфологический субстрат.

Анализ наших наблюдений хронического бескаменного холецистита позволяет прийти к выводу, что это самостоятельная нозологическая группа, включающая в себя многообразные морфологические проявления. Диагностика бескаменного холецистита крайне трудна, но располагает некоторыми опорными клиническими признаками; в основном же она опирается на специальные методы исследования желчных путей, среди которых видное место занимает рентгенодиагностика.

Хирургическое лечение должно производиться по строгим показаниям в зависимости от характера выявленного патологического процесса.

Острый же бескаменный холецистит по клинике, течению и прогнозу во многом сближается с острым калькулезным и требует сходной хирургической тактики, о чем речь будет ниже.

Мы исследовали отдаленные результаты хирургического лечения калькулезного и бескаменного холециститов у 700 больных. Они представлены в следующей таблице (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Холециститы	Общее число больных	Отдаленные результаты в процентах			
		Хорош.	Удовл.	Плохие	Всего
Калькулезные	579	73%	15%	12%	100%
Бескаменные	121	62%	19%	19%	100%
В с е х	700	71%	16%	13%	100%

Обращают на себя внимание худшие результаты операций при бескаменных холециститах. Это объясняется главным образом сложностью патологии бескаменных холециститов, при которой хирургическое вмешательство не всегда оказывается эффективным по отношению ко всем звеньям их патогенеза.

Застой желчи и желчная гипертензия

Застой желчи — важнейший фактор в патологии желчных путей. Основоположник учения о желчнокаменной болезни С. П. Федоров утверждал, что желчные камни всегда вторичного происхождения и образуются только при застое желчи. При этом он заметил, что еще за 20 лет до появления теории Ашофа о «застойном желчном пузыре» русский врач Дохман в своем докладе на III Пироговском съезде (1888 г.) пришел к заключению, что камни образуются непременно при условии застоя желчи.

И обратно, камни и другие патологические агенты создают со своей стороны условия для застоя желчи как в желчном пузыре, так и во всей желчевыводящей системе. Чаще всего застой связан с камнями: в острой стадии к ним присоединяется отек слизистой желчных протоков и воспалительный инфильтрат в районе шейки желчного пузыря и печечно-дуоденальной связки, при хроническом течении застою способствуют рубцовые изменения в протоках и склерозирование желчного пузыря.

Принципиально отличен застой, связанный с дистониями неврогенного характера — стойкий спазм сфинктера Одди при одновременной атонии желчных протоков и пузыря. Впрочем, при длительном нарушении согласованного ритма моторной функции пузыря, протоков и сфинктера в них развиваются, в конце концов, те же морфологические изменения склеротического порядка, которые делают патологическую ситуацию необратимой, а консервативное лечение не эффективным.

Первоначальное понимание застоя желчи как фактора, создающего условия для камнеобразования и для развития

инфекции, в настоящее время расширено; это явление всесторонне изучено и во многом расшифровано.

Помимо атонических механизмов (типа «застойного пузыря» Ашофа) застой желчи (холестааз) может вызываться многочисленными органическими и функциональными затруднениями для оттока желчи, создающими повышенное гидростатическое, а вернее — гидродинамическое давление во всей желчевыводящей системе или в определенных ее отделах. Это явление Д. Л. Пиковский назвал в 1964 г. «желчной гипертензией»; за последнее десятилетие оно получило всестороннюю разработку в патогенетических и клинических аспектах многих советских и зарубежных авторов.

Синдром желчной гипертензии неминуемо связан с первичным или вторичным вовлечением в процесс желчных протоков. Поэтому констатация желчной гипертензии, определение ее степени, устойчивости и причин — важнейшая диагностическая задача, которая определяет некоторые хирургические решения.

Помимо таких симптомов, как желтуха, где механическая подоплека ясна из бьющих в глаза клинических симптомов, речь идет о выявлении скрытых от клинического взора моторных нарушениях, ведущих тем не менее к застою и далеко идущим последствиям.

Дооперационная диагностика носит только ориентировочный характер и далеко не всегда способна предоставить необходимые детальные сведения. Поэтому в случаях хирургического вмешательства по поводу холецистита при малейшем подозрении на вовлечение в процесс желчных протоков обязательна их операционная ревизия.

Обязательный этап операционного исследования — контрастная рентгенохолангиография, усиленная в необходимых случаях двойным контрастированием.

Рентгенолопическое исследование на операционном столе выгодно сочетать с холангиоманометрией, позволяющей определить состояние и тонус фатерова сосочка. Дело в том, что хирургическое пособие по поводу желчной гипертензии совершенно различно для случаев, где она обусловлена причинами, локализованными в зоне терминального отдела холедоха, и для случаев, где желчная гипертензия является следствием дуоденального стаза и только отражением дуоденальной гипертензии. Поэтому мы оцениваем показатели рентгенохолангиоманометрии в сопоставлении с данными дооперационной дуоденоманометрии, которая у нас в клинике производится безбаллонным методом с записью на электронном аппарате.

Значительно повышает возможности операционного исследования желчных протоков рентгенохолангиография с наблюдением при помощи телевизионной приставки к операционному рентгеновскому аппарату. Такая установка позволяет наб-

людовать каждую фазу движения контрастного вещества по желчным протокам и конкурирует с манометрическими исследованиями в определении состояния фатерова сосочка и функции сфинктера Одди.

Е. Унгехойер и П. Брандт из Франкфурта-на-Майне в своем докладе на 24 Международном хирургическом конгрессе в Москве в 1971 г. характеризовали телевизионную рентгенохолангиографию при операционной ревизии желчных путей вообще как метод, позволяющий исключить все остальные.

Мы имели возможность убедиться в удобстве телевизионной холангиографии, особенно когда она сочетается с рентгенокинематографией, в одной из клиник больниц, с которой связаны по своей хирургической деятельности. Следует только иметь в виду, что рентгеноскопическое исследование под наркозом во время операции не адекватно физиологическим условиям, с чем нужно считаться. Впрочем, это относится и к манометрическим исследованиям.

Прямой осмотр желчных протоков при помощи холедоскопа соблазнителен возможностью сочетать его с необходимыми хирургическими манипуляциями, скажем, извлечением камней, удалением папиллом, дилатацией сфинктера и т. п. Однако жесткие инструменты оказались грубыми, очень неудобными и после многократного испытания мы от них отказались. Большой интерес представляет холедоскопия с применением волоконной оптики. В нашем институте фиброэндоскопии успешно разрабатываются в клиниках, руководимых проф. В. С. Савельевым и проф. Ю. Е. Березовым.

Коль скоро операционное исследование констатировало желчную гипертензию и определило ее характер, возникает задача устранения этого очень серьезного синдрома. При холециститах удаление желчного пузыря — холецистэктомия только косвенно и в небольшой мере может повлиять на застой желчи в желчных протоках. При выраженной желчной гипертензии не приходится рассчитывать на успех только холецистэктомии, необходимы дополнительные хирургические приемы, обеспечивающие стойкую декомпрессию желчных путей и свободный отток желчи в кишечник для предупреждения рецидивов холедохолитиаза и таких осложнений как холангиты и панкреатиты. Таких приемов предложено много, в принципе они сводятся к трем: внешнему (наружному) дренированию, внутреннему дренированию через дуоденальный сосочек и обходным желчеотводящим анастомозам.

Наружный дренаж (холедохостомия, гепатикостомия, чреспеченочный дренаж желчных путей и подобные им вмешательства) преследуют целью обеспечить свободный отток желчи наружу в острой ситуации, когда другие способы

не выполнимы или рискованы по тяжести состояния больного.

К отрицательным сторонам наружного дренажа относится большая потеря с оттекаемой желчью и панкреатическим соком важных компонентов обмена — электролитов, белков и других, что не так просто восстановить парентеральным путем и не всегда возможно компенсировать обратным введением желчи. В отдаленном же периоде возможно развитие рубцовых стриктур, которые нередко приводят больных к повторным операциям. Повторное вмешательство может потребоваться и в том случае, когда в дальнейшем свищ не закроется самостоятельно.

Тем не менее, наружный дренаж спасал многих больных от прямой смертельной опасности в крайне тяжелой обстановке и оправдывает себя как вынужденный паллиатив, отводящий непосредственную угрозу, когда не приходится заботиться о сколько-нибудь отдаленном будущем. В 35% всех холедохотомий нам пришлось завершить операцию наружным дренажем, преимущественно по А. В. Вишневному.

Другая возможность улучшить отток желчи — вмешательства на дуоденальном сосочке и в его районе, если здесь причина холестаза. Сюда относятся: сфинктеро-(папилло-) томия, трансдуоденальный холедоходуоденоанастомоз, погружной (т. наз. «потерянный») дренаж холедоха. Эти способы имеют более ограниченное хождение и целесообразны только при строгих показателях, когда доказана локализация препятствия в интрамуральной части холедоха и органическая ригидность сфинктера Одди. Рассечение сфинктера Одди при функциональных расстройствах его тонуса — вмешательство сомнительного эффекта. Обычно эти расстройства сочетаны с моторными нарушениями всей системы желчных протоков и часто являются лишь даталью более широкой дискинезии, хирургическое лечение которой вообще проблематично.

Дренирование желчных путей с помощью погружного дренажа, проводимого через фатеров сосочек в двенадцатиперстную кишку, иногда полезно как завершающий момент реконструктивной операции, но такой дренаж не всегда самостоятельно отходит по миновании в нем надобности. Инкрустируясь солями, он сам становится препятствием и требует оперативного извлечения, что в нашей практике встречалось неоднократно.

Вообще к трансдуоденальным вмешательствам на дуоденальном сосочке мы относимся сдержанно, оставляя для них самые узкие показания.

Наилучшее решение задачи надежного и стойкого устранения холестаза и желчной гипертензии мы видим в третьей категории методов — обходных желчеотводящих

а на сто м о з а х между магистральными желчными протоками и тонкой кишкой (им присвоено не совсем удачное название «билиодигестивных»: билиарная система тоже входит в дигестивную).

Вопросы, связанные с этими анастомозами, как и вся проблема холестаза и желчной гипертензии, служили темой специальных дискуссий на ряде конференций и в хирургических обществах (Всероссийская конференция хирургов, г. Калининград, VII. 1968 г.; Симпозиум в НИИКиЭХМЗдр. СССР, Москва, II 1970 г.; Дискуссия в Хирургическом обществе Пирогова, Ленинград, V. 1972 г.; XIII Пленум правления Украинского общества хирургов, Харьков, XI. 1972 и др.), освещены в монографиях последнего времени (Е. В. Смирнов, С. Д. Попов, 1969; Б. А. Петров, Э. Н. Гальперин, 1971; Д. Л. Пиковский, 1971; А. А. Вишневский, Я. Л. Ульманис, Э. В. Гришкевич 1972; В. В. Виноградов, В. А. Вишневский, В. И. Кочиашвили; 1972; А. В. Смирнов, О. Б. Порембский, Д. И. Фрид, 1972), публиковались в журнальных статьях из крупных клиник (И. И. Кальченко, Т. П. Макаренко, Н. И. Махов, О. Б. Милонов, П. Н. Напалков, В. С. Савельев, Д. П. Чухриенко, А. А. Шалимов и др.).

Мы участвовали в некоторых из этих дискуссий, высказали свое мнение в Московском и Ленинградском хирургических обществах и опубликовали свои работы в печати. Поэтому не будем останавливаться на чисто хирургических сторонах очень многообразной методики обходного желчеотведения, представляющих интерес только для хирургов, работающих в этой области. Ограничимся представлением нашего опыта и некоторых общих положений нашей позиции.

За 20 лет мы выполнили 639 анастомозов между желчными путями и желудочно-кишечным трактом, из них 539 при неопухолевых заболеваниях желчных путей и поджелудочной железы. Сюда относятся: холедохолитиаз (наиболее частый повод для этих анастомозов), панкреатиты, стриктуры и некоторые другие заболевания холангио-панкреато-дуоденальной зоны.

При неопухолевых заболеваниях мы предпочитаем наложение прямого сообщения между общим желчным протоком в его супрадуоденальном отделе и двенадцатиперстной кишкой (супрадуоденальная холедоходуоденостомия).

С накоплением опыта мы все больше убеждались в преимуществах этой операции, а по мере изменения контингента больных с возрастанием осложненных случаев находили все больше показаний к ее применению.

За последние 7 лет мы произвели в три раза больше подобных вмешательств, чем за предыдущий 14-летний, т. е. вдвое больший период, а летальность снизилась втрое — с 12 до 4%. Учитывая возраст больных, осложненные формы заболе-

ваний, по поводу которых накладывался холедоходуоденоанастомоз, и ряд других превходящих условий, такое снижение операционной летальности можно считать существенным успехом.

Анализ непосредственной операционной летальности показал ее причины и тем самым позволил выработать необходимые предупредительные меры. Наиболее частыми причинами послеоперационных смертей были: недостаточность швов анастомоза, печеночная недостаточность и панкреонекроз. На предупреждение этих осложнений и была направлена профилактика.

Для страховки швов анастомоза от их недостаточности до полного заживления мы стали в последние годы широко применять временную послеоперационную декомпрессию желчных путей узким дренажем через культю пузырного протока. Такой дренаж, предложенный еще в 1897 г. Халстедом, был после 60-летнего периода забвения введен в хирургическую практику Д. Л. Пиковским в 1964 г. и получил хорошую оценку ряда хирургов (Е. И. Смирнов, Э. В. Гришкевич с соавторами и др.).

Предпосылки для печеночной недостаточности в избытке созданы заболеванием, а реализация обеспечена операционными стрессовыми влияниями. Не останавливаясь на фармакологических средствах борьбы с этим осложнением заметим, что при желтухе одно из главных требований профилактики гепатаргии — не затягивать холемию, устранять ее хирургическим путем (желчеотведение), если кратковременные попытки консервативного лечения оказались безуспешными.

Следующая причина летальности при холедоходуоденоанастомозе — послеоперационный панкреонекроз. Но это имеет больше отношения к холецистопанкреатитам, о которых мы скажем несколько позже.

Эффективность холедоходуоденостомии, как и всякой операции дальнего прицела, характеризуется отдаленными результатами. О них можно говорить начиная с полутора лет, прошедших после операции. Именно к этому сроку завершается адаптация к новым условиям желчевыделения и пищеварения. Наблюдавшиеся иногда в более раннем послеоперационном периоде диспептические явления к этому времени обычно исчезают.

Мы изучили отдаленные результаты в сроки от полутора до 15 лет у 242 оперированных больных. Для точной статистической выкладки, конечно, потребовалось бы стопроцентное обследование всех оперированных, но это нам, как и всем другим авторам, не доступно. Однако возможная статистическая погрешность нивелируется тем, что, если часть больных с плохими результатами операции предпочитает обратиться за помощью в другое лечебное учреждение, то другая часть

не склонна к повторным исследованиям, будучи удовлетворена исходом.

Те больные, у которых изучены отдаленные результаты, подвергались обстоятельному клиническому, лабораторному и рентгенологическому исследованию, при необходимости в стационаре.

По трехбалльной системе хорошие результаты зарегистрированы у 73% больных. Эти больные полностью восстановили трудоспособность, не предъявляют никаких жалоб, часто не соблюдая особой диеты. Ретроспективный анализ результатов показал, что большинство из них было оперировано по поводу холедохолитиаза без грубой патологии в поджелудочной железе и печени, т. е. заболевание не было слишком запущенным. С другой стороны, во всех случаях при операции было констатировано выраженное расширение желчных протоков без признаков дуоденостаза, т. е. были соблюдены основные показания к операции. Наконец, операция у них протекала гладко, и хорошее качество широкого анастомоза по его завершении не оставляло сомнений, следовательно, не было технических или методических погрешностей и шероховатостей в выполнении вмешательства.

Посредственные отдаленные результаты выявлены у 13% больных, плохие — у 14%. Неудовлетворительные результаты операции (посредственные и плохие) приходятся главным образом на долю больных с панкреатитом, первичным или сопутствующим.

Лечение хронического панкреатита, равно как последствий острого деструктивного, далеко еще не решенная проблема. Обходный желчеотводящий анастомоз — только часть решения этой трудной комплексной задачи, и отрицательный результат операции преимущественно обусловлен тяжестью заболевания и необратимостью основного процесса.

В литературе имеются указания на более благоприятные результаты применения в таких случаях анастомозов желчного протока или желчного пузыря не с двенадцатиперстной, а с тощей кишкой (Е. В. Смирнов, О. Б. Милонов и др.). У нас этого не получилось: при панкреатите только у двух больных из 20-ти после наложения желчного соустья с тощей кишкой получен хороший отдаленный результат. По-видимому, любой обходный анастомоз не решает сам по себе комплексную задачу лечения панкреатита.

Из этого раздела нашего клинического анализа можно сделать следующие выводы.

Операции, направленные на улучшение оттока желчи в кишечник, приобретают первостатейное значение в хирургии желчных путей и поджелудочной железы. Из таких операций заслуживает внимания супрадуоденальная холедоходуоденостомия. Показания к ней возникают почти всегда, когда

имеется выраженное расширение магистрального желчного протока (до поперечника, превышающего полтора см.), свидетельствующее, как правило, об органической желчной гипертензии.

Но увлекаясь показаниями нельзя забывать противопоказаний, таких как острые воспалительные (инфильтративные или деструктивные) изменения в области гепатодуоденальной связки и поджелудочной железы, сопутствующий перитонит.

Важное условие для холедоходуоденостомии — создание широкого желчеотводящего соустья, обеспечивающего хороший сброс желчи в двенадцатиперстную кишку, при отсутствии признаков дуоденостаза. Узкий желчный проток — серьезное противопоказание к супрадуоденальной холедоходуоденостомии.

Достаточно ясно, что при дуоденальном стазе холедоходуоденостомоз окажется по меньшей мере бесполезным, а чаще — вредным. В том и смысл манометрических и других исследований двенадцатиперстной кишки при холестазах, чтобы не впасть в такую ошибку при выборе операции. Дуоденальный стаз требует дуодено-еюноанастомоза, а из желчеотводящих соустьев еще можно ожидать пользу от холецисто — или холедохоеюностомии.

Противники желчекишечных анастомозов опасаются забрасывания кишечного содержимого через анастомоз в желчные и панкреатические пути с возможностью инфицирования тех и других. Наши клинико-рентгенологические исследования в отдаленном послеоперационном периоде не подтвердили этого опасения, если анастомоз достаточно широк и содержимое через него так же легко выбрасывается обратно, как забрасывалось.

Некоторые авторы видят главный недостаток именно супрадуоденальной холедоходуоденостомии в поданастомозном терминальном отрезке холедоха, образующем слепой мешок с застоем в нем инфицированного содержимого, осадков сгустившейся желчи, желчного песка и камней. Такое опасение справедливо лишь для тех случаев, где этот сегмент чрезмерно длинен и замкнут у выхода неудаленным камнем или рубцом стенозированным дуоденальным сосочком. При таких обстоятельствах, действительно, может возникнуть вопрос о предпочтении ретродуоденального анастомоза супрадуоденальному, но это довольно редкие случаи.

Богатые анатомические и физиологические связи системы желчевыделения и панкреатической системой создают взаимную зависимость этих систем и в их патологии. К проявлениям такой зависимости относятся холецистопанкреатиты — сочетанное заболевание обеих систем с очень сложными патогенетическими соотношениями. Освещение этой темы во всем ее

объеме отклонило бы от прямой темы нашего сообщения, но совершенно умолчать о панкреатитах при изложении заболеваний желчных путей невозможно.

Повседневно встречаясь по ходу своей клинической работы с острыми и хроническими панкреатитами и разрабатывая вопросы их хирургического и консервативного лечения мы специально занимались изучением холецистопанкреатитов. Первые итоги этой работы были доложены на 28 Всесоюзном съезде хирургов в Москве в 1965 году на основе анализа 154 операций. В марте 1970 г. на заседании Московского хирургического общества мы сделали доклад о лечении острого панкреатита на материале клинических наблюдений (за 12 лет) 620 больных, из которых 444 были оперированы. В 73% всех случаев у них встретилось одновременное поражение желчных путей.

К предстоящей научной сессии Ленинградского института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе мы подготовили новый доклад о хирургической тактике при остром панкреатите. Число наблюдений возросло уже до 735, оперированы 518 больных. У преобладающего большинства оперированных произведены сочетанные операции с включением методов хирургической санации желчных путей, таких как холедохотомия, наружный дренаж, обходные желчеотводящие анастомозы и др.

Острый холецистит. Ургентная хирургическая тактика при острых заболеваниях желчных путей

Перед этим мы рассматривали воспалительные заболевания желчных путей в их общем патогенетическом и клиническом аспектах, как хронические заболевания с длительным течением, и, определяя хирургическую тактику при них, имели в виду реализацию оперативного вмешательства в холодном периоде, почти не касаясь острой стадии.

Но, как было сказано, для холециститов характерны рецидивирующие обострения, а каждый острый приступ ставит перед хирургом свои задачи неотложного характера, решение которых зависит от особенностей процесса и его течения.

Как и во всяком остром воспалительном процессе, при холецистите, калькулезном или бескаменном, возникшем первично или как обострение хронического, можно наметить три стадии:

1. **Острая стадия** — в разгаре приступа;
2. **Подострая стадия** — в период его стихания (сюда относятся и резидуальные, остаточные явления после острого приступа);
3. **Холодная стадия** — окончательная ремиссия, а при хроническом рецидивирующем холецистите — межприступный, спокойный период относительного благополучия.

Мы понимаем под «острым холециститом» любой острый приступ холецистита, желчнокаменной болезни или холецистоза, независимо от того, первичный он или обострение хронического, так как для диагностики, прогноза и непосредственной лечебной тактики важнее стадия процесса — острая или холодная, чем вопрос о первичном или рецидивном его возникновении. Разумеется, последнее обстоятельство также учитывается, но не оно является решающим на высоте приступа.

К «острому холециститу» можно отнести и подострую стадию, поскольку она является прямым продолжением острой, никогда не наступает первично как таковая и сохраняет многие клинические и морфологические черты, присущие острой стадии.

Холодную стадию, в том числе и окончательную ремиссию после острого приступа, можно отнести к «хроническому холециститу», так как диагностические и лечебные задачи при ней, о которых мы говорили, отличны от тех, которые возникают в остром периоде.

Мы отнюдь не забываем очевидного положения, что стадии заболевания не стабильны. Острый приступ, если он не осложнился, закономерно переходит в подострую, а затем холодную стадию.

По характеру патологического процесса в клинической диагностике достаточно деления острого холецистита на две группы — «простой» и «деструктивный».

Простой острый холецистит чаще называют «катаральным», хотя точнее было бы назвать «серозным». Сюда же можно без большой погрешности отнести т. н. «желчнокаменную болезнь без инфекции» в периоде острого приступа желчной колики и холецистозы в острой, но не осложненной стадии.

Основное отличие «простых» (катаральных) форм то, что они протекают без выраженной реакции с стороны брюшины.

К деструктивным формам мы относим флегмонозный, в том числе в инфильтративной стадии, и гангренозный холецистит с прямыми их осложнениями (эмпиемой желчного пузыря, его прободением и т. д.). Отличие деструктивных форм то, что все они протекают с местным или разлитым, пропотным или прободным, желчным или гнойным перитонитом.

Возможно последовательное развитие клинической картины от симптомокомплекса желчной колики через острый простой холецистит в его деструктивную форму, но возможно и непосредственное возникновение более тяжелой картины без предшествующих легких стадий. Последний вариант обычно наблюдается при тех гангренозных холециститах, которые возникают первично как таковые в результате острой ишемии при глубоких нейродистрофических нарушениях в стенке желчного пузыря, чаще всего у лиц пожилого возраста.

Для окончательного заключения о характере острого прис-

тупа и его перспективах требуется наблюдение в динамике. Это обстоятельство играет свою роль в вопросах лечебной тактики.

Мыслимы три тактических принципа: активно-хирургический, консервативный и выжидательный:

1. Активно хирургический принцип требует при остром холецистите, как правило, экстренной операции... если нет особых обстоятельств, сдерживающих такую активность.

2. Противоположный принцип — настоятельно консервативный — требует, как правило, воздержания от операции в острой стадии... если опять-таки нет особых обстоятельств, побуждающих к немедленному вмешательству.

3. Выжидательный принцип определяет решение на операцию или отказ от нее лишь после обстоятельного наблюдения за течением приступа с оценкой в динамике клинических и лабораторных показателей.

На первый взгляд, казалось бы, нет существенной разницы в этих трех принципах. Регламентируя правило, они допускают достаточно широкие исключения из него в ту и другую сторону. Однако ведущая тенденция отражается на выборе лечебной тактики в каждом отдельном случае.

Хирургия лишь постепенно занимала свои позиции в лечении заболеваний желчных путей. При желчнокаменной болезни долгое время господствовала консервативная тактика и большая часть хирургов, если и производила операцию, то минимальную — холецистолитотомию — удаление камней с сохранением желчного пузыря.

На III Съезде российских хирургов в 1902 г. П. И. Дьяконов выступил решительным сторонником оперативного лечения при распознанных случаях этого заболевания, причем рекомендовал удалять желчный пузырь.

Только на XV Съезде российских хирургов в 1922 г. стали более решительно высказываться за удаление желчного пузыря (Э. В. Буш, А. Н. Окиншевич), а на XVI съезде в 1924 г. уже были разговоры о ранней операции по поводу острого холецистита. Б. К. Финкельштейн представил наибольший материал — 346 операций на желчном пузыре с изложением показаний к вмешательству. О. С. Бокастова проследила отдаленные результаты в 64 случаях, которые оказались хорошими в 69%.

17 лет тому назад, в ноябре 1956 г. в Ленинграде состоялся VI Пленум правления Всесоюзного общества хирургов, одной из программных тем которого был острый холецистит. Мы участвовали в этом пленуме. Пленум принял решение, суть которых сводилась к следующему.

1. Ни непосредственные, ни отдельные результаты консервативного лечения острых холециститов не удовлетворяли ни хирургов, ни терапевтов.

2. Хотя острый холецистит не всегда требует оперативного вмешательства — приступ может прекратиться самостоятельно и не всегда оставляет необратимые изменения в желчном пузыре, но всегда следует считаться с такой возможностью и иметь в виду, что течение процесса в любой момент может привести к необходимости вмешательства. Поэтому больной требует наблюдения хирурга с самого начала острого приступа.

3. Операцией выбора была признана холецистэктомия, и пленум достаточно четко определил показания и противопоказания к ней и оптимальные сроки ее производства при разных условиях.

Через 12 лет после этого, 5 лет тому назад (в июле 1968 г.) в г. Калининграде состоялась Всероссийская конференция хирургов по проблеме «Хирургия желчных путей». Конференция приняла решения о лечебной тактике при остром и хроническом холецистите. Признано, что неотложная операция при остром холецистите необходима только у больных с разлитым перитонитом. В остальных случаях необходимо пристальное наблюдение, причем срочное вмешательство требуется при неразрешающемся воспалении желчного пузыря и особенно при гнойном холангите. Рекомендовано производить операцию по стихании острого приступа, не выписывая больного из стационара. Для подавляющего большинства случаев рекомендованы сроки хирургического вмешательства порядка 7 — 10 дней после приступа.

Кроме того конференция рекомендовала своевременное оперативное вмешательство при хроническом холецистите как меру профилактики тяжелых осложнений в случаях его обострения.

Обязательным условием операции признано (что очень важно) не только удаление желчного пузыря, но и ревизия желчных протоков с соответствующими мерами по находке. В тяжелых случаях признана полезной декомпрессия пузыря (холецистостомия) и протоков.

В следующие годы, по мере накопления коллективного опыта, эти рекомендации подвергались новому обсуждению, проверялись, уточнялись и корректировались на различных авторитетных конференциях. При этом некоторые изменения во взглядах обуславливались не столько переменой мнения, сколько переменой обстановки (возрастание общего числа больных с острым и хроническим холециститом, увеличение числа пожилых и престарелых, учащение осложненных форм и др.).

Как и у других хирургов, наше отношение к острым холециститам претерпевало известные изменения, главным образом связанные с изучением различных вариантов их течения и с уточнением их характеристик.

В отличие от острого аппендицита острый холецистит в подавляющем большинстве случаев не требует немедленного хирургического вмешательства, которое в остром периоде сопряжено с менее благоприятными условиями, чем операция в холодной стадии. Поэтому первой заботой должно быть стремление купировать острый приступ консервативным путем, с тем, чтобы произвести операцию в холодном периоде, если после обстоятельного клинического обследования больного подтвердится необходимость вмешательства.

Для окончательной ремиссии требуется при благоприятных условиях срок порядка трех недель. Только по истечении такого срока можно с достаточной уверенностью рассчитывать на ликвидацию не только явных, но и скрытых остаточных явлений острого воспаления, которые затруднили бы операцию и создали неблагоприятные условия для послеоперационной репарации. Поэтому мы осторожно относимся к рекомендации ранних операций через 7—10 дней после острого приступа и оперируем в эти сроки лишь при особых показаниях.

Если же при наблюдении больного в течение первых часов (2—3 суток от начала приступа) острые явления не стихают, а тем более усиливаются, нарастают признаки местного перитонита и расширяется его зона, выжидание с хирургическим вмешательством становится опасным и возникает необходимость операции в острой стадии процесса. Но и в таких случаях по возможности желательно отнести вмешательства на утренние часы, чтобы осуществить его в более удобных условиях плановой операционной с необходимым оснащением (операционная холангиография, манометрия и проч.) и подбором бригады хирургов и анестезиологов.

Немедленную операцию мы сейчас предпринимаем только при явных признаках осложненного деструктивного процесса с угрожающими явлениями разлитого перитонита, например, прободного.

Решение о необходимости оперировать в остром периоде или возможности купировать процесс консервативным путем желательно принять до истечения трех суток (72 часов) от начала приступа — срок, обычно достаточный для решения этого вопроса при наблюдении больного в стационаре с учетом динамики элементарных лабораторных показателей.

Оптимальный срок для операции в остром периоде — 72 часа от начала приступа — в значительной мере условен. Он продиктован соображением, что за такое время еще не развиваются большие инфильтративные изменения в окружности желчного пузыря, особенно его шейки, и в гепато-дуоденальной связке, которые сильно осложняют операцию. Но далеко не всегда, особенно при повторных приступах, по времени,

прошедшему от начала приступа, можно предугадать степень произошедших патологоанатомических изменений. Кроме того, нарастающие явления интоксикации и перитонита могут и в более позднем периоде заставить отказаться от выжидательной тактики и предпринять срочное хирургическое вмешательство.

При наблюдении за течением острого приступа холецистита следует иметь в виду, что при деструктивном, особенно гангренозном процессе в определенный период может наступить картина мнимого улучшения — исчезновение болей, улучшение самочувствия, уменьшение напряжения брюшной стенки, болезненности и других признаков раздражения брюшины, при сохранении неблагоприятных общих показателей — тахикардии, сухости языка, токсического сдвига лейкоцитарной формулы, дегидратации, иногда цианоза и других проявлений высокой интоксикации. В таких случаях возникают жизненные показания к хирургическому вмешательству независимо от срока заболевания.

Особого внимания и активной тактики требуют случаи так называемого **окклюзионного холецистита**, когда острый приступ развивается на фоне отключенного желчного пузыря. При развивающейся эмпиеме последнего, когда температура, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы и другие показатели гнойного процесса нарастают, показано вмешательство в остром или подостром периоде, даже если явления местного перитонита стихают и процесс локализовался. В таких случаях при исчезновении напряжения брюшной стенки и выраженных симптомов раздражения брюшины отчетливо прощупывается напряженный и резко болезненный желчный пузырь, обычно прикрытый инфильтрированным сальником. Если консервативные меры с применением спазмолитических средств не снимают приступа в течение ближайших суток, необходимо срочное вмешательство, так как рассчитывать на его самостоятельное завершение не приходится.

Особого отношения требуют также те случаи осложненных холециститов, где в острый процесс вовлечены желчные протоки (холангиты) или поджелудочная железа (холецистопанкреатиты), особенно если это сопровождается желтухой.

Если отсутствуют вышеперечисленные условия, требующие при остром холецистите (калькулезном или бескаменном, безразлично) операции в остром или подостром периоде, удалось приступ купировать консервативным путем и достигнуть ремиссии, больной подвергается детальному клиническому, рентгенологическому и лабораторному исследованию. При подтверждении диагноза холецистита, особенно калькулезного, целесообразно в принципе предложить операцию, не выписывая больного из стационара, если к тому нет особых причин. Операция в периоде ремиссии после острого приступа не

обладает особыми отличиями от «плановой» операции хронического холецистита в холодном периоде.

Операция выбора при остром холецистите — холецистэктомия (типичное удаление желчного пузыря, со дна или от шейки — в зависимости от обстановки). При ее невыполнимости в типичном виде — удаление пораженных стенок пузыря и его слизистой, лучше с применением термо-или электрокоагуляции, по Прибраму-Вишневному, а в очень тяжелых случаях — у стариков — при выраженной сердечно-легочной недостаточности и других отягчающих условиях — обеспечение свободного оттока инфицированной желчи и гнойного содержимого желчного пузыря путем холецистостомии — наложения свища на желчный пузырь с наружным дренажем.

Если в острой стадии необходимо вмешательство на желчных протоках (при холангите, холедохолитиазе и т. п.), показана холедохотомия, санация желчных путей и наружный их дренаж без каких-либо осложнений вмешательства, например, обходными анастомозами.

Таким образом, в самых общих чертах лечебная тактика при остром холецистите, вообще острых холепатиях, может быть сформулирована следующим образом. Главное стремление — ликвидировать острый процесс, по возможности консервативным путем, однако при вооруженном наблюдении. В случаях безуспешности, явной бесперспективности или угрозы опасных осложнений — хирургическое вмешательство в острой или подострой стадии.

Придерживаясь такой тактики, мы на 1900 операций по поводу холецистита, произведенных за последние 8½ лет — I.1965-VI.1973 (повторные операции сюда не включены) — в 28% случаев оперировали в остром периоде, до истечения первых 3 суток от начала приступа, в 21% — в ближайшей ремиссии, не выписывая больного из клиники, и в 51% — в холодном периоде (к последней категории отнесены и операции больных, поступивших в клинику в холодном периоде по поводу хронического холецистита).

Как видно, при всех стремлениях обойтись во время приступа консервативными мерами, это далеко не всегда достижимо.

Некоторые соображения необходимо высказать и по отношению к ряду консервативных мероприятий, дополняющих при остром холецистите хирургическое вмешательство, а иногда заменяющих его, прежде всего — применения антибиотиков.

Открытие антибиотиков, которых еще не знали ни Кер, ни С. П. Федоров, ни С. И. Спасокукоцкий, повлияло на отношение к воспалением желчных путей, особенно, гнойным. Но увлечение антибиотиками быстро привело к разочарованиям. Уже в 1956 г. упоминавшийся VI Пленум правления все-

союзного общества хирургов в своих решениях предостерегал от переоценки действия антибиотиков при острых холециститах.

В настоящее время вопросы гнойной инфекции — волнующая проблема хирургии во всех странах. Она связана с появлением в природе антибиотикоустойчивых форм патогенных микроорганизмов и с весьма неприятными последствиями нерационального использования антибиотикотерапии. Освещение этого вопроса далеко увело бы нас от непосредственной темы и мы ограничимся декларацией только некоторых общих положений.

1. При воспалительных заболеваниях желчных путей не целесообразно профилактическое назначение антибиотиков в надежде на предупреждение гнойной инфекции, перитонита и других осложнений. Не оказав стойкого эффекта, превентивное применение антибиотиков резко понизит их лечебное действие, когда в нем возникает действительно серьезная необходимость.

2. При показаниях к операции антибиотикотерапия не может рассматриваться как метод, конкурирующий с хирургическим вмешательством, а лишь как дополнение к последнему.

3. Применяя антибиотики, следует с подчеркнутой строгостью следить за клиническим течением процесса. Желчный перитонит, подавленный, но не излеченный антибиотиками, не дает яркого раздражения брюшины даже при скоплениях желчного экссудата в брюшной полости, определяемого перкуторно. Однако при этом сохраняются многие тревожные признаки общей интоксикации, нарушений гемодинамики и микроциркуляции. Несоответствие между общими и местными признаками служит опорным пунктом в диагностике и прогнозе.

В осложнениях острого холецистита видное место принадлежит распространению гнойной инфекции. Наряду с желчными ходами три циркуляторные системы — печеночная артерия, воротная вена и лимфатическая система — уподобляют ее в смысле путей инфицирования легкому с его системами бронхиальной и легочной артерий, лимфатическим аппаратом и воздухоносными путями. Здесь можно найти много аналогий в развитии нагноительных и деструктивных процессов.

Многочисленные анатомо-физиологические и экспериментальные работы показали существование в печени ряда шлюзов, реализующих при соответствующих условиях прямые сбросы крови и лимфы, минуя естественный капиллярный путь, типа гломусов, некапилляризированных артериально-венозных анастомозов, портакавальных сообщений и проч. Осуществляя свои функции по распределению крове- и лимфообращения — депонирующие, вообще, циркуляторные функции — эти системы в патологических состояниях создают воз-

возможность распространения инфекции, минуя естественную последовательность. Это изменяет классические представления, строго разграничивающие гемогенный, лимфогенный и холангиогенный патогенез холангитов, в частности абсцидирующих, гепатитов, пилефлебитов и проч.

Такие особенности циркуляции в печени создают вместе с тем дополнительные предпосылки для использования двух лечебных методов: введения лекарственных веществ через почечную вену, как это было предложено Г. Е. Островерховым и А. Д. Никольским, и новокаиновых блокад круглой связки печени по Б. С. Розанову. Обоими этими методами мы охотно пользуемся при соответствующих осложнениях воспалительных заболеваний желчных путей.

Возрастные аспекты и операционный риск

В руководстве С. Д. Терновского по хирургии детского возраста (Изд. 3-е, Медгиз, 1959) заболевания желчных путей не упоминаются — холециститы и желчнокаменная болезнь исключительно редко становятся предметом деятельности детского хирурга. А в руководстве по детской хирургии учеников С. Т. Терновского — Ю. Ф. Исакова и С. Я. Долецкого (Изд. «Медицина», 1971) заболевания печени и желчного пузыря уже отводится отдельная глава — с наблюдаемым ростом заболеваемости желчных путей расширяется и их возрастная граница, хотя сфера хирургической активности в детском возрасте остается весьма ограниченной.

В основном воспалительные заболевания желчных путей — на первом месте холецистит, особенно острый, — печальная прерогатива старших возрастов.

Почти на 3 тысячи операций, произведенных нами по поводу неопухолевых заболеваний желчных путей за 21 год (повторные операции из этого счета исключаются), только 4% приходится на возраст до 30 лет, 26% — на возраст от 30 до 49 лет, а 70% — на возраст свыше 50 лет, из них 14% — старше 70-ти.

Мало того, наблюдается изменение этих соотношений в сторону относительного увеличения в группе оперированных числа лиц пожилого и старческого возраста. Это представлено на следующей таблице (табл. 3).

Такая динамика обусловлена, во-первых, демографическими сдвигами — удлинением жизни, сдвигом средней возрастной границы и общим увеличением в стране людей старшего возраста; во-вторых — большей хирургической решительностью в настоящее время, по сравнению с предыдущим, и сужением возрастных противопоказаний для оперативного вмешательства (конечно, минимального), что себя оправдало лучшими, чем прежде, результатами.

Таблица 3

Соотношение возрастов больных, оперированных по поводу холецистита

Период		Возраст оперированных				Всего
		меньше 30 лет	30—49 лет	50—69 лет	70 лет и старше	
1952—1964 гг		5%	31%	52%	12%	100%
1965—1973 гг		3%	24%	58%	15%	100%
Всего	число больных	118	758	1593	406	2875
	процент	4%	26%	56%	14%	100%

Таблица 4

Операционная летальность по возрастам

Период		Возраст оперированных				Всего
		меньше 30 лет	30—49 лет	50—69 лет	70 лет и старше	
1952—1964 гг		0	9	33	29	71
		54	310	508	119	991
		0	2,9%	6,5%	24%	7,2%
1965—1970 гг		0	1	36	18	55
		44	242	675	191	1152
		0	0,4%	5,3%	9,4%	4,8%
1971—1973 гг		0	3	7	5	15
		20	206	410	96	732
		0	1,5%	1,7%	5,2%	2%
Всех		0	13	76	52	141
		118	758	1593	406	2875
		0	1,7%	4,8%	13%	4,9%

Примечание. В знаменателе — число больных данного возраста, оперированных в данный период; в числителе — число умерших после операции в этой группе.

На таблице 4 показана операционная летальность при воспалительных заболеваниях желчных путей в процентах к числу оперированных данной возрастной группы за 3 периода работы нашей клиники.

Достаточно наглядно достигнутое снижение операционной летальности, не только общее, но и у стариков. Вместе с тем достаточно отчетлива зависимость операционной летальности от возраста.

Геронтологическую остроту проблеме придает более высокая заболеваемость стариков холециститом, большая тяжесть заболевания у них, со склонностью к гангренозному процессу и молниеносным первично-деструктивным формам сосудистого генеза, а вместе с тем, больший, по понятным причинам, риск жизненно-показанного хирургического вмешательства.

Программой темой XXIII Конгресса Международного общества хирургов (Буэнос-Айрес, IX. 1969 г.) были геронтологические проблемы, среди которых видное место занимала хирургия желчных путей (советская хирургия была представлена докладами Б. А. Петрова, В. В. Виноградова, Б. А. Королева, П. Н. Напалкова).

Геронтологическим аспектам хирургического лечения холецистита посвящен ряд работ наших сотрудников (В. И. Хохлов, Г. Ф. Шипилов и др.).

Вопросы хирургического риска особенно остро выступают в преклонных годах пациента. Не требует доказательств очевидное положение, что операционная летальность является функцией возраста. Вопрос в пределах этой функции.

Когда в хирургический стационар поступает больной определенного пола, возраста, конституции, с определенным состоянием физиологических систем и т. д., в разгаре острого приступа холецистита, с типичной, не вызывающей диагностических сомнений клинической картиной, возникает дилемма: оперировать или лечить консервативно? Третьего не дано. Если оперировать, то когда? Может лечить консервативно?

Решать эти вопросы оптимально возможно только на основе вероятностного прогноза, зависящего от развития заболевания в данных конкретных условиях.

Острый приступ может развиваться или в благоприятном направлении стабилизации, локализации и реституции, или в неблагоприятном направлении деструкции, распространения и осложнений. При развитии процесса в благоприятном направлении риск не оправдан — консервативное лечение купирует острый приступ, а дальнейшее будет решаться уже в стратегическом аспекте в холодном периоде. При развитии в неблагоприятном направлении благополучный исход консервативных мероприятий маловероятен и хирургическое вмешательство при всех его опасностях сохраняет надежду на успех и служит выходом из положения.

Располагая большими статистическими сведениями, или, если говорить языком современной теории исследования операций, располагая солидным запасом информации и пользуясь теорией вероятностей, мы можем с достаточной вероятностью и в количественном выражении прогнозировать исход и принимать оптимальное решение. Многообразие конкретных условий создает, конечно, большую сложность программирования и требует введения многих параметров, но в перспективе мы неминуемо должны будем прийти к такой системе решения тактических задач хирургии, в частности применительно к холециститу и возрастным оценкам операционного риска при нем.

Сейчас эти аспекты разрабатываются во Всесоюзном институте клинической и экспериментальной хирургии Минздрава СССР, в Институте хирургии АМН СССР им. А. В. Вишневского, в Киевском институте туберкулеза и грудной хирургии МЗ УССР, в ряде других научно-исследовательских учреждений, а в нашем 2 МОЛГМИ — на кафедре и в отделе медицинской и биологической кибернетики (проф. С. А. Гаспарян, д. т. н. Г. Я. Волошин), в контакте с которыми мы приступили к работе в этом направлении при заболеваниях желчных путей.

Настоящее сообщение делается от лица Клиники хирургических болезней 2 МОЛГМИ и коллектива врачей, разрабатывающих проблему хирургии желчных путей. Благодарю товарищей по клинике и ее больничным базам за их вклад в разработку этой проблемы. Очень признателен за их труд и помощь доцентам клиники М. И. Антонову, А. Б. Галицкому и Л. Б. Крылову — докторантам по частным разделам этой работы. Особая благодарность профессору кафедры А. М. Джавадян, которая еще в пору своей докторантуры увлеклась хирургией желчных путей, посвятила ей свою докторскую диссертацию, а сейчас продолжает развивать эту тему на новом уровне, выполняя большую научную и организационно-методическую работу.

Мы остановились лишь на избранном круге вопросов хирургии желчных путей. С возможной объективностью мы постарались осветить некоторые дискуссионные стороны этой актуальной для нашего времени медицинской проблемы.

Многолетняя работа, большое число клинических наблюдений, хирургический опыт и специальные исследования по ряду частных разделов позволяют нам представить некоторые свои соображения в этой области. Мы касались опасений, контрдоводов и возражений, которые высказывались или могут быть высказаны по этому поводу. Если некоторые наши позиции, даже не встретив сочувствия, дадут повод для размышлений, будем считать наше выступление оправданным.

Л49917 от 14.IX.1973 г. Объем 2,25 печ. л. Тир. 700 экз. Зак. 2875.

Типография, пр. Сапунова, 2

