

М.Ал. Дудченко

**ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ
БОЛЕЗНЬ
в хирургической и терапевтической
практике**

Под редакцией д.м.н., проф. М.Ан. Дудченка



Полтавський літератор
2014

УДК 616.336
ББК 54.132
Д81

Рецензенты:

Доктор мед. наук профессор М.М. Потяженко
Доктор мед. наук профессор В.А. Шапринский

Дудченко М.А. Желчнокаменная болезнь в хирургической и терапевтической практике. – Полтава: «Видавництво «Полтавський літератор», 2014.- с.327

Монография посвящена одной из сложных и наиболее актуальных проблем современной медицины – желчнокаменной болезни. В ней подробно освещены общие вопросы анатомии, физиологии желчновыводящей системы, историческая справка о болезни, причинные факторы, механизмы развития и особенности клинического течения желчнокаменной болезни и её осложнений. Четко изложены принципы консервативной терапии и хирургического лечения холелитиаза с акцентом на эндовидеолапараскопические оперативные методы. Представлены свои материалы исследований, полученных при проведении лапароскопических холецистэктомий с различными методиками тракции передней брюшной стенки. Выявлено преимущество применения изобретенного автором «зонтичного» лапаролифта с целью фиксации передней брюшной стенки при абдоминальных операциях у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

ISBN 978-966-192-077-3

© Дудченко М.А., 2014
© Полтавський літератор, 2014

Дудченко
Максим Александрович

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ в хирургической и терапевтической практике

Монографія

(Рос. мовою)

Медичний редактор – М.Ан. Дудченко
Технічний редактор – А.А. Карпенко
Комп'ютерний набір – М.А. Дудченко
Комп'ютерна верстка – М.І. Боровик

Підписано до друку 31.05.2013 р. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура SchoolBookC. Друк трафаретний.
Умовно-друк. арк. 10,2. Обліково-видав. арк 8,1. Тираж 500. Зам. №195.

Видавництво «Полтавський літератор»
оф. 7, вул. Пушкіна, 115, м. Полтава, 36014,
тел./факс (0532) 56-29-83, тел. (0532) 56-29-58

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників і
розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 1319 від 2.04.2003 р.

Книги и атласы, из которых заимствованы иллюстрации

1. Федоров И.В., Зятдинов К.Ш., Сигал Е.И. Оперативная лапараскопия. М.: «Триада-х», 2004.-464 с.
2. Шалимов А.А., Радзиковский А.П. Атлас операций на органах пищеварения. Киев. «Наукова думка», 2005. – т. 2. – 287 с.
3. Ерёменко В.П., Майстренко Н.А., Нечай А.И. и соавт. Гепатобилиарная хирургия. Руководство для врачей. Под редакцией Майстренко Н.А., Нечай А.И. С.-П. «Специальная Литература», 1999. – 265 с.

Содержание

Предисловие	5
Краткие сведения о билиарной системе	7
Анатомия печени.....	8
Желчевыделительные пути	10
Желчный пузырь	14
Сосудистая система печени	17
Нервная система	20
Желчь.....	21
Функции желчного пузыря	25
Холелитиаз	30
Определение	30
Исторические данные.....	30
Частота и распространенность	31
Этиология	33
Патогенез	38
Патологическая анатомия.	41
Классификация холелитиаза.....	44
Конкременты	47
Клиническая картина	50
Лабораторные исследования	60
Инструментальные исследования	62
Клиника печеночной колики	70
Осложнения холелитиаза	73
Диагностика	77
Дифференциальный диагноз	80
Формулировка диагноза.....	86
Лечение холелитиаза	87
Принципы консервативной терапии.....	87
Хирургическое лечение	105
Результаты хирургического лечения заболеваний билиарной системы	138

Послеоперационная реабилитация больных с холецистэктомией.....	187
Профилактика камнеобразования в домашних условиях	227
Использование лекарственных растений.	228
Употребление бутылочной минеральной воды ...	232
Желчнокаменная болезнь и сопутствующие заболевания.....	234
Острый живот и псевдоабдоминальный синдром ...	234
ЖКБ и холецистогепатит	246
ЖКБ и холецистопанкреатит.....	252
ЖКБ и холедохолитиаз.....	260
ЖКБ и ульцерогенез	272
ЖКБ и постхолецистэктомический синдром	283
ЖКБ и коронарный синдром	293
Заключение	306
Список литературы	309
Книги и атласы, из которых заимствованы иллюстрации	326

гической и терапевтической практике / М.А.Дудченко, І.А. Гиленко, С.В.Байдо [и др.] // Світ медицини та біології. – 2007. - №4. -С. 40-43.

153. Дудченко М.А. Хирургическое и консервативное лечение холециститов / М.А.Дудченко, І.О. Гіленко, С.В. Байдо [та ін.] // Вісн. пробл. біології і медицини. -2007.-в.4.-С.108-113.

154. Дудченко М.А. Эффективность эндовидеолапароскопического холедохэкстрагирования конкрементов в зависимости от методов фиксации брюшной стенки у пациентов метаболической болезнью / М.А. Дудченко //Актуальні проблеми медицини. Полтава-2007.-Т.7.-В.4.-С.199-203.

155. Гіленко І.О. Прогнозування ризику лапароскопічної холецистектомії у хворих похилого та старого віку / І.О.Гіленко, Д.Г.Демянюк, М.О.Дудченко [та ін.] //Хірургія України. -2008.-№1 (26). –С.61-65

156. Дудченко М.А. Эффективность зонтичного лапаролифтинга при эндовидеолапароскопической холецистэктомии у пациентов метаболической болезнью (синдромом) с холециститами / М.А. Дудченко //Харківська хірургічна школа. -2008.-№2.-С.

157. Дудченко М.А. Особенности эндовидеолапароскопического лечения холелитиаза у пациентов метаболической болезнью / М.А. Дудченко // Хірургія України. -2008.-№4.- С. 89-94.

158. Дудченко М.А. Состояние липидного обмена и перекисного окисления липидов у пациентов метаболической болезнью (синдром) с холелитиазом после лапароскопической холецистэктомии / М.А.Дудченко, І.А.Гиленко, С.В.Байдо [и др.] // Хірургія України. -2009.-№3. С.

159. Дудченко М.А. Метаболическая болезнь – синдром. Хирургические и терапевтические аспекты / М.А. Дудченко. – Полтава: «Дивосвіт», 2009.–191с.

Endosc – 2001. – Vol.15. – N 9. – P.942-945.

143. Moreaux J. Traditional surgical management of common bile duct stones: a prospective study during a 20-year experience // Am. J. Surg. — 1995. Vol. 169. № 2. P. 220—226.

144. Neitlich J.D., Topazian M., Smith R.C., Gupta A., Burrell M.I., Rosenfield AT. Detection of choledocholithiasis: comparison of unenhanced helical CT and endoscopic retrograde cholangiopancreatography//Radiology. — 1997. Vol. 203.№ 3. P. 753—757.

145. Pedrosa C.S., Casanova R., Rodriguez R. CT findings in subacute perforation of the gallbladder: report on 5 cases//Eur. J. Radiol. — 1981. Vol. I.№ 22.P. 137—142.

146. Phillips E.H., Carroll B.J., Pearlstein A.R. et al. Laparoscopic choledochoscopy and extraction of common bile duct stones. // World J. Surg. – 1993. – Vol. - 17.- P. 22-28.

147. Rawat B., Loewy J. Value of three-dimensional gradient-echo magnetic resonance cholangiography in diagnosing choledocholithiasis // Can. Assoc. Radiol. J. — 1996. Vol. 106. № 4. P. 265—269.

148. Santambrogio R., Montorsi M., Bianchi P., Opocher E., Verga M., Panzera M., Cosentino F. Common bile duct exploration and laparoscopic cholecystectomy: role of intraoperative ultrasonography // J. Am. Coll. Surg. — 1997. Vol. 185. № 1. P. 40—48.

149. Targarona E., Pons M., Balague C. et al. Acute phase in the only significantly reduced component of the injury response after laparoscopic cholecystectomy. // World J. Surg. – 1996. – Vol. 20. - №5- P. 528-533.

150. Stokes K.R., Clouse M.E. Biliary duct stones: percutaneous transhepatic removal // Cardiovasc. Intervent. Radiol. — 1990. Vol. 13. № 4. P. 240—244.

151. Дудченко М.О. Цироз печінки / М.О. Дудченко.- Полтава «Дивосвіт», 2003. – 216 с.

152. Дудченко М.А. Желчнокаменная болезнь в хирур-

Предисловие

Желчнокаменная болезнь наблюдается во всех странах мира, но в то же время распространенность её неравномерная. Существуют государства, где холелитиаз почти не встречается, тогда, как в других носит эндемический характер. Неравномерность распространения желчнокаменной болезни на земном шаре многие авторы связывают с географическими особенностями, развитием социального статуса человека. Определенная истина в этом присутствует, но оценить заболеваемость холелитиазом только части населения этих стран с преобладанием среди них женщин, людей старшего возраста, определённой наследственности и т.д. с подобных позиций практически невозможно.

Указанные факты свидетельствуют о том, что в этиологии холелитиаза лежит много факторных причин внешней и внутренней среды обитания человека с его индивидуальными генетическими особенностями. Поэтому на желчнокаменную болезнь следует смотреть как на проблему полиэтиологическую со сложным патогенезом возникновения и развития, что требует дальнейшего глубокого изучения с привлечением для этой цели широкого круга ученых разных специальностей, направленных не только для облегчения страдания больных, но и предупреж-

дения возникновения и излечения холелитиаза у людей. Тем более что современные технологии позволяют приблизиться к выполнению поставленной задачи.

Тактика лечения больных желчнокаменной болезнью, несмотря на ее актуальность, далека от совершенства. Это касается трех направлений: 1. Лечение болезни, как патологии всего организма; 2. Избавление больных непосредственно от конкрементов; 3. Предупреждение холелитиаза и лечение постхолецистэктомического синдрома и реабилитация послеоперационных больных.

Исходя из этих позиций, в монографии освещены указанные вопросы согласно современным представлениям и нашего опыта, с точки зрения причинно-следственных связей патологии билиарной системы, подробно остановились на консервативном и хирургическом лечении холелитиаза и принципа этапной послеоперационной реабилитации больных.

Надеемся, что материалы монографии будут полезны как студентам, интернам, так и врачам. Все замечания воспримем с благодарностью.

132. Eldar S., Sado E., Nash E. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective trial // *World J. Surg.* – 1997. – Vol. 21. – N5. – P. 540-545.

133. Febre J.M., Fagot H., Domergue J. Laparoscopic cholecystectomy in complicated cholelithiasis. // *Surg. Endosc.* – 1994. – Vol. 8. – N IO. – P. 1198-1201.

134. Flovers J.L., Zucker K.A., Graham S.M. et al. Laparoendoscopic cholangiography. Results and indication // *Ann. Surg.* – 1992. Vol. 215. № 3. P. 209—216.

135. Fruhwirth J., Koch G., Mischinger H.J. Vascular complications in minimally invasive surgery. // *Surg. Laparoscopy. & Endoscopy* – 1997 – Vol. 7. - N3 –P.251-254.

136. Glavic Z., Begiel L., Simlesa D., Rukavina A. Treatment of acute cholecystitis: a comparison of open vs laparoscopic cholecystectomy. // *Surg. Endosc* – 2001. –Vol. 15. - N4. – P. 398-401.

137. Hashizume V., Sugimachi K. Needle and trocar injury laparoscopic surgery in Japan. // *Surg. Endosc.* – 1997. – Vol. 11. - N 12. – P.1198-1201.

138. Hieronymus P.J., Stevens Ph.D., Marian van de Berg. Clinical and financial aspects of cholecystectomy: laparoscopic versus open technique. // *World J. Surg.* – 1997. – V. 21. - N2I. –P.91-97.

139. Hunt D.R. Common bile duct stones in non-dilated bile ducts? An ultrasound study // *Australas. Radiol.* — 1996. Vol. 40. № 3. P. 221—222.

140. Hunt D.R., Reiter L., Scott A.J. Preoperative ultrasound measurement of bile duct diameter: a basis for selective cholangiography // *Aust. N. Z. Surg.* — 1990. Vol. 60. № 2. P. 189—192.

141. Jeffrey R.B., Federle M.P., Laing F.C., Wall S., Rego J., Moss A.A. Computed tomography of choledocholithiasis // *AJR.* – 1983. Vol. 140. № 6. P. 1179-1183.

142. Kata N.A., Atli M., Daganay M. et al. Practical recommendations for the prediction and management of common bile duct stones in patients with gallstones. // *Surg.*

123. Alponat A., Kum C.K., Rajnakova A., Koh B.C. Predictive factors for synchronic common bile duct stones in patients with cholelithiasis. // Surg. Endosc. – 1997. – V. II. – P. 928-932.

124. Andersson R., Tranberg K.G., Bengmark S. Isolated intraperitoneal accumulation of bile after surgical or diagnostic procedures // Acta. Chir.Scand.– 1988. Vol. 154. № 5-6. P. 375-377.

125. Appel S., Krebs H., Frem D. Techniques for laparoscopic cholangiography and removal of common duct stones // Surg. Endosc.– 1992. Vol.6. № 3. P. 134-137.

126. Baron L.R., Stanley R.J., Lee J.K., Koehler R.E., Melson G.L., Baffle D.M., Weyman P.J. A prospective comparison of the evolution of biliary obstruction using computed tomography ultrasonography // Radiology.– 1982. Vol. 145.№ 1. P. 91-98.

127. Carlson M.A., Wilson S.D., Schulte W.J., Walker A.P., et al. Routine or selective intraoperative cholangiography in laparoscopic cholecystectomy // J. Laparoendosc. Surg.– 1993. Vol.3. № 1/ P. 27-33.

128. Catarci M., Carlini M., Gentileschi P. et al. Major and minor injuries during the creation of pneumoperitoneum: a multicenter study on 12,919 cases. // Surg. Endosc.-2001. – Vol. 15. - №6. – P.566-569.

129. Chan Y.L., Chan A.C., Lam W.W., Lee D.W., Chung S.S., Sung J.J., Cheung H.S., Li A.K., Metreweli C. Cholelithiasis: comparison of MR cholangiography and endoscopic retrograde cholangiography // Radiology.– 1996. Vol. 200. № 1. P. 85-89.

130. Classen M., Philip J. Endoscopic retrograde cholangiography and endoscopic therapy in pancreatic disease // Clin. Gastroenterol.– 1984. Vol 13. № 4. P. 819-842.

131. Contractor Q.Q., el-Essawy O.N., Contractor T.Q., Boujenla M. Abnormal bile duct sonography. The best predictor of choledocholithiasis before laparoscopic cholecystectomy // J. Clin. Gastroenterol.– 1997. Vol.2. № 2. P.429-432.

Краткие сведения о билиарной системе

Печень и желчные пути представляют собой тесно взаимосвязанную и взаимодействующую систему, обеспечивающую организм своей жизнедеятельностью. Она является самым крупным железистым органом, удаление или сильное повреждение которого вызывает смерть человека или животного.

Печень играет важную роль в обмене углеводов (накопление и метаболизм), жиров (утилизация экзогенных жиров, синтез фосфолипидов, холестерина, жирных кислот и т. п.), белков (альбуминов, белковых факторов свертывающей системы крови — фибриногена, протромбина, гепарина и др.), пигментов (регуляция обмена билирубина), жирорастворимых витаминов (А, D, Е, К), витаминов группы В, многих гормонов и биологически активных веществ, а также в желчеобразовании. Участвует в регуляции общего объема крови в организме и кроветворении у плода. В капиллярах печени, т. е. в синусоидах, наряду с эндотелиальными клетками значительное место занимают купферовские клетки. Они выполняют функцию резидентных макрофагов. Следует подчеркнуть, что купферовские клетки составляют более 70% всех макрофагов организма. Им принадлежит главная роль в удалении микроорганизмов, эндотоксина, продуктов распада белков, ксеногенных веществ. Клетки

печени выполняют ключевую роль в продукции провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов, других цитокинов и важных медиаторов воспаления, от которых зависит течение воспалительного процесса, сохранение регулирующей роли иммунной системы и благоприятный исход воспаления, травмы и других повреждающих факторов. Ретикулоэндотелиоциты печени (клетки Купфера), выполняя защитную функцию, фиксируют иммунные комплексы, осуществляют фагоцитоз бактерий, разрушают старые эритроциты и т. п. Кроме того, они вырабатывают белки ранней фазы воспаления (С-реактивный белок), гамма-глобулин и другие вещества, участвующие в иммунной защите организма.

Недостаточность функции печени в организме проявляется нарушением обмена веществ, расстройством желчеобразования, понижением барьерной функции, изменением состава и свойства крови, нарушением функции нервной системы и водно-электролитного баланса.

Анатомия печени

Расположена печень в правом верхнем квадранте брюшной полости, поддиафрагмально. В печени различают острый передний край, немного выпуклую заднюю часть, верхнюю выпуклую поверхность, которая по форме соответствует куполу диафрагмы, нижнюю вогнутую поверхность, на которой расположены 3 борозды, разделяющие печень на 4 доли.

ехінококкозу печінки / О.О.Шалімов, М.Ю.Нічитайло, К.І.Буланов [и др.] // Клінічна хірургія. – 2000. - №1. – С.5-7.

114. Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике / А.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, В.Н. Полупан. – М.: Медицина, 1979. – 368с.

115. Хирургия печени и желчевыводящих путей / [Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В.]. – К.: Здоров'я, 1993. – 512с.

116. Шалимов А.А. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при неопухоловой механической желтухе и холангите / А.А.Шалимов, С.А.Шалимов, М.Е. Ничитайло // Хирургия. – 1993. - №1. – С.13-17.

117. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите: тез. докл II Конгрес хірургів України. – 1998. – С.306-307.

118. Переход к лапаротомному доступу при лапароскопической холецистэктомии: сборн.научн. трудов ХИУВ [Современные аспекты диагностики и лечения болезней органов пищеварения]. – Харьков, 1997. – С.34-36.

119. Шорох Г.П. Ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Г.П.Шорох, Н.В. Завода // Эндоскопическая хирургия. – 1997. - №2. – С.15-19.

120. Шуркалин Б.К. Лапароскопические операции в неотложной хирургии / Б.К.Шуркалин, А.Г.Кригер, А.П. Фаллер [и др.] // Хирургия. – 1999. - №6. – С.43-46.

121. Шуркалин Б.К. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии (причины, способы, предубеждения) / Б.К.Шуркалин, А.Г.Кригер, А.П.Фаллер [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1998. - №2. – С.12-16.

122. Ярема И.В. О профилактике ошибок и осложнений лапароскопической холецистэктомии / И.В.Ярема, И.Ю. Яковенко, А.Г.Карцев [и др.] // Вестник хирургии. – 1998. – Т.157. - №1. – С.53-56.

104. Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, В.В. Одинцов. – М.: Медицина, 1998. – 350с.

105. Феофилов Г.Л., Бородач В.А., Шкуратова Н.И. Компьютерная томография в диагностике холедохолитиаза при выраженной билирубинемии // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1996. № 3. С. 53-56.

106. Хворостов Е.Д. Проблема холедохолитиаза в лапароскопической хирургии / Е.Д.Хворостов, С.А. Бычков // Международный медицинский журнал. – 1999. – Т.5. - №1. – С.114-116.

107. Хворостов Е.Д. Криообработка ложа желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии / Е.Д.Хворостов, С.А.Бычков, Ю.Б. Захарченко // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1997. – Т.1. -№22. – С.24-26.

108. Химич С.Д. Анализ морфо-функциональных особенностей развития и течения некоторых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у лиц с ожирением: автореферат диссертации на соискание ученой степени докт. мед. наук. – М., 2002. – 38с.

109. Эндохирургическое лечение осложненных форм желчнокаменной болезни: тез. докл. II Конгрес хірургів України. – 1998. – С.298-300.

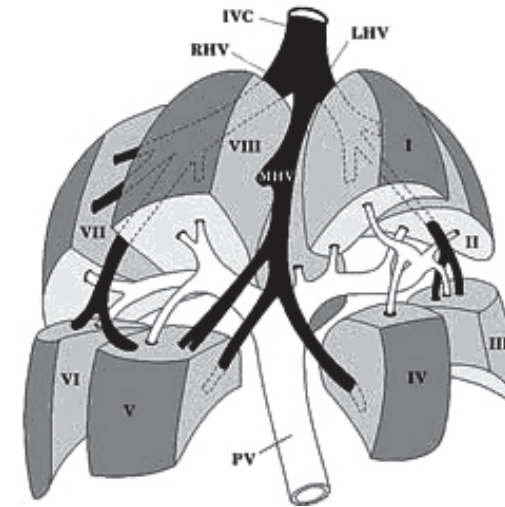
110. Цыб А.Ф., Дергачев А.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих протоков // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1991. № 3. С. 75-81.

111. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков / [Шалимов А.А., Доманский Б.В., Клименко З.А., Шалимов С.А.]. – Киев: Здоров'я, 1975. – 406с.

112. Шалимов С.А. Диагностика и принципы лечения обструктивного гнойного холангита / С.А.Шалимов, М.Е.Ничитайло, А.В.Скумс // Клиническая хирургия. – 1991. - №9. – С.1-4.

113. Шалімов О.О. Радікальне хірургічне лікування

Схематическое изображение сегментарного строения печени с разведением сегментов (по С.С. Couinaud)



I – хвостатая доля, которая ограничена сзади нижней полой веной и спереди главной печеночной бороздой; II и III – левый латеральный сегмент; IV – левый медиальный сегмент; V и VIII – правый передний сегмент; VI и VII – правый задний сегмент. RHV – правая печеночная вена, MHV – средняя печеночная вена, LHV – левая печеночная вена, RPV – правая главная воротная вена, LPV – левая главная воротная вена.

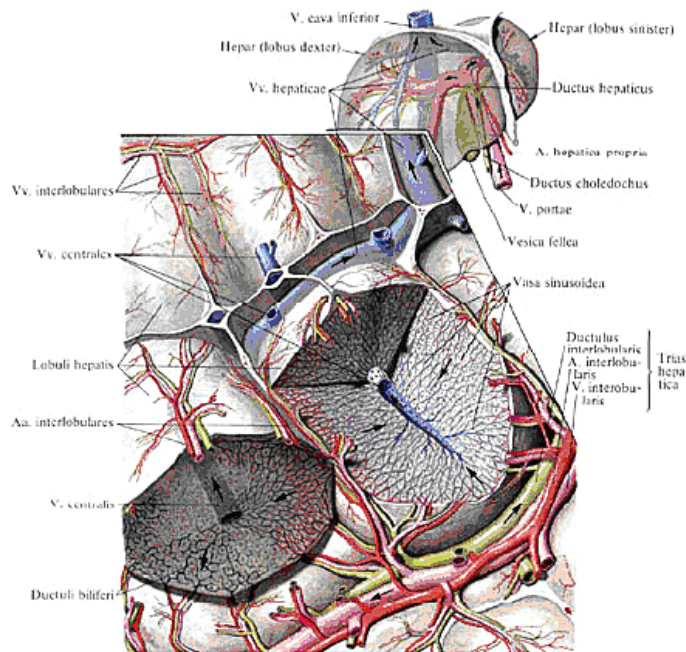
Правая доля отделена бороздой с ложем желчного пузыря от квадратной и хвостатой долей печени. Левая доля отделена бороздой круглой связки печени от квадратной и хвостатой долей. Кроме анатомического деления печени на 4 доли, в практике для более точного описания локализации патологических изменений органа, принято её деление на 8 сегментов. Расположение сегментов при поперечном косом разрезе следующее: 1-й сегмент соответствует хвостатой доле, 4-й сегмент соответствует квадратной доле, 2-й и 3-й сегменты разделяют левую долю печени, соответственно, на нижнюю и верхнюю части. Сегменты с 5-го по 8-й расположены против часовой стрелки

от квадратной доли к хвостатой, при этом границей между 4-м и 5-м сегментами является ложе желчного пузыря. Необходимо отметить, что в связи с отсутствием четких ориентиров возможно только приблизительное определение границ сегментов.

Желчевыделительные пути

Паренхима печени состоит из отдельных гепатоцитов, которые объединяются между собой, образуя множество долек, разделённых прослойками соединительной ткани, в которой проходят желчные протоки, разветвления воротной вены, печеночной артерии и нервов, оплетающих дольки густой сетью.

Строение дольки печени



чнокаменной болезни / А.М.Тищенко, А.В.Малоштан, С.В. Иванников [и др.] // Международный медицинский журнал. – 1998. – Т.4. - №4. – С.76-79.

96. Тищенко О.М. Місцераньової інфекції при лікуванні хворих жовчнокам'яною хворобою «традиційним» і лапароскопічними способами / О.М.Тищенко, О.В.Малоштан, С.В. Іванніков // Шпітальна хірургія. – 1998. - №1. – С.48-50.

97. Тищенко О.М. Лапароскопічна холецистектомія і дренування черевної порожнини при деструктивному холециститі / О.М.Тищенко, О.В.Малоштан, С.В.Іванніков [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. – Серія «Медицина». – Вип.14. – 2001. – С.109-110.

98. Комбинированные эндоскопические вмешательства при осложненной желчнокаменной болезни: сб. тез. 8-й Моск. междунар. конгр. по эндоскоп. хирургии (г.Москва, 21-23 апреля 2004г.). – М., 2004. – С.364-365.

99. Фадеев В.Д., Стукалов В.В., Нечай И.А. Особенности диагностики и хирургического лечения холедохолитиаза у больных с неширокими желчными протоками // В кн. «Диагностика и лечение доброкачественных заболеваний желчных протоков». – Тула, 1991. С. 310-311.

100. Федоров С.П. Желчные камни и хирургия желчных путей / С.П.Федоров. – Петроград: К.Л.Риккер, 1934. – 287с.

101. Федоров И.В. Безгазовая лапароскопия / И.В.Федоров, В.М.Белопухов, В.Н. Воронин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1997. - №1. – С.15-17.

102. Федоров И.В. Оперативная лапароскопия / И.В. Федоров, К.Ш.Зыятдинов, Е.И. Сигал – «Триада X». – Москва, 2004. – 463с.

103. Федоров В.Д. Экстракорпоральная ультразвуковая литотрипсия желчных камней / В.Д.Федоров, В.Г.Стрекаловский, В.С. Помелов // Хирургия. – 1991. - №10. – С.16-21.

С.72-75.

87. Семенов Д.Ю. Эндовидеохирургия в комплексном лечении желчнокаменной болезни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1996. – 17 с.

88. Скрипниченко Д.Ф. Калькулезный холецистит / Д.Ф. Скрипниченко, В.И. Мамчич. – Киев: Здоров'я, 1985. – 135с.

89. Смаков С.В., Ардабаев Н.К. Преимущества и недостатки ультразвукового исследования в диагностике заболеваний желчевыводящих путей // В кн. «Диагностика и лечение доброкачественных заболеваний желчных протоков». – Тула, 1991. С. 88-89.

90. Стрекаловский В.П. Влияние пневмоперитонеума на венозную гемодинамику нижних конечностей при лапароскопических операциях / В.П.Стрекаловский, Ю.Г.Старков, Н.А. Гришин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1998. - №4. – С.26-29.

91. Стрекаловский В.П. Роль интраоперационной диагностики при лапароскопическом лечении желчнокаменной болезни / В.П.Стрекаловский, Ю.Г.Старков, Н.А. Гришин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2001. - №1. – С.16-20.

92. Стукалов В.В., Лыткина С.И., Казакевич Г.Г., Фадеев В.Д., Шейко С.Б. Показания к эндоскопической папиллосфинктеротомии при первичном и резидуальном холедохолитиазе // Междунар. науч. конф. «Актуальные вопросы диагностики и лечения гепатобиллиарной зоны». Тез докл. – СПб., 1996. С. 142-143.

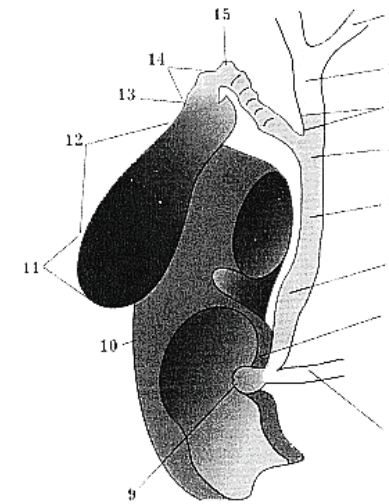
93. Тальман И.М. Хирургия желчного пузыря и желчных протоков / И.М. Тальман. – Л-д: Медицина. – 1963. – 432 с.

94. Тищенко А.М. Лапароскопическая холецистэктомия / А.М.Тищенко, А.В.Малоштан, С.В.Иванников [и др.] // Вестник проблем биологии и медицины. – 1998. - №12. – С.166-171.

95. Тищенко А.М. Лапароскопическая хирургия жел-

Внутрипеченочные желчные ходы идут параллельно разветвлениям воротной вены и печеночной артерии, соединяясь между собой, образуют более крупные внутрипеченочные протоки с последующим формированием внеорганных печеночных протоков правой и левой долей печени.

Схематическое изображение желчевыводящих путей



1 – правый и левый печеночные протоки; 2 – общий печеночный проток; 3 – место слияния общего желчного протока и протока желчного пузыря; 4 – супрадуоденальная часть общего желчного протока; 5 – ретродуоденальная часть общего желчного протока; 6 – внутрипанкреатическая часть общего желчного протока; 7 – ампула Фатерова соска; 8 – панкреатический проток; 9 – Фатеров сосок; 10 – 12-перстная кишка; 11 – дно желчного пузыря; 12 – тело желчного пузыря; 13 – Гартмановский карман; 14 – шейка желчного пузыря; 15 – проток желчного пузыря.

Левый печеночный проток собирает желчь из I, II, III, IV сегментов печени, правый дренирует V, VI, VII, VIII сегменты. Первый сегмент отдаёт веточки желчных ходов, впадающих непосредственно в правый и в левый печеночные протоки (Ductus hepaticus dexter et sinister).

Слияние правого и левого протока у 95% больных происходит вне печени на 0,75-1,5 см от её поверхности и только у 5% слияние происходит в печеночной паренхиме [87, 104].

Левый печеночный проток шире (4-5 мм) и длиннее (2,5-5 см) правого. Расположен левый печеночный проток впереди правого края воротной вены, спереди его довольно часто перекрещивает пузырная артерия и правая ветвь печеночной артерии.

После слияния в воротах печени правого и левого печеночных протоков образуется общий печеночный проток. Диаметр его около 4 мм, длина колеблется от 1 до 10 см (обычно 3-7 см). Общий печеночный проток идет в составе печеночно-двенадцатиперстной связки по её правому краю спереди правого края воротной вены.

Печеночный проток от места включения пузырного протока до двенадцатиперстной кишки переходит в так называемый *общий желчный проток* (ductus choledochus) или холедох. Длина желчного протока составляет в среднем 5-8 см, диаметр 5 мм. Перед входом в ткань поджелудочной железы холедох несколько расширяется, затем постепенно суживается, проходя через ткань железы особенно в месте впадения в двенадцатиперстную кишку. В патологических условиях холедох способен расширяться до 2-3 см и более. Стенка его тонкая и состоит из адвентиции, фиброзного слоя, небольшого количества пучков гладких мышечных волокон и толстой слизистой оболочки с большим количеством слизистых желез.

Холедох разделяют на 4 части: супрадуоденальную (от места впадения пузырного протока до верхнего края двенадцатиперстной кишки), ретродуоде-

чань / О.Я.Савчук, І.Я.Дзюбановский, І.Р. Мисула // Шпитальна хірургія. – 2001. - №2. – С.134-136.

79. Саенко В.Ф. Лапароскопическая холецистэктомия. Первые итоги и перспективы / В.Ф.Саенко, М.Е.Ничитайло, В.В.Дьяченко // Клінічна хірургія. – 1996. - №11,12. – С.3-6.

80. Саенко В.Ф. Применение малоинвазивных операций в лечении холелитиаза, осложненного обтурационной желтухой / В.Ф.Саенко, М.Е.Ничитайло, В.В. Дьяченко // Клиническая хирургия. – 1996. - №4. – С.6-7.

81. Саенко В.Ф. Эндоскопическая хирургия – ее настоящее и перспективы развития / В.Ф.Саенко, М.Е. Ничитайло // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1997. – Т.1. - №2. – С.5-9.

82. Саенко В.Ф. Венозные тромбофлебитические осложнения в абдоминальной и сосудистой хирургии. Факторы риска и меры профилактики / В.Ф.Саенко, И.И.Сухарев, И.В.Гомоляко[и др.] // Клінічна хірургія. – 2001. - №4. – С.5-10.

83. Сахаутдинов В.Г. Технические особенности выполнения лапароскопических вмешательств при остром холецистите / В.Г.Сахаутдинов, О.В.Галимов, Э.Н. Праздников [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1998. - №3. – С.44-45.

84. Сахаутдинов В.Г. Пути улучшения результатов лапароскопической холецистэктомии / В.Г.Сахаутдинов, О.В.Галимов, Е.И. Сендерович [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1997. - №1. – С.47.

85. Сахаутдинов В.Г. Малоинвазивные технологии при оперативном лечении больных с механической желтухой и гнойным холангитом / В.Г.Сахаутдинов, О.В.Галимов, А.Г.Хасанов [и др.] // Вестник хирургии. – 2001. - №1. – С.25-28.

86. Седов В.М. Профилактика осложнений при лапароскопической холецистэктомии / В.М.Седов, В.В.Юрлов, С.С.Ельцин [и др.] // Вестник хирургии. – 1996. - №2. –

мия. Показания и способы завершения / П.В. Огородник // Клінічна хірургія. -2001.-№10-С.10-13.

71. Панцырев Ю.М. Применение декомпрессивных эндоскопических операций при осложненном течении желчнокаменной болезни / Ю.М.Панцырев, А.Ю.Коновалов, А.Г.Паньков [и др.] // Вестник хирургии. – 1992. - №4. – С.32-38.

72. Панцырев Ю.М. Хирургическое лечение острого холецистита, осложненного перитонитом, у больных пожилого и старческого возраста / Ю.М.Панцырев, П.Б.Лагунчик, В.И. Ноздрачев // Хирургия. – 1990. - №1. _С.6-10.

73. Петров Б.А. Хирургия внепеченочных желчных протоков / Б.А. Петров, Э.И. Гальперин. – Москва: Медицина, 1971. – 205с.

74. Пипия В.И., Цхакая З.А., Пипия Г.В., Кршия Т.С., Конджария Т.С., Ломтатидзе Г.В. Вмешательства на желчных путях при обтурационной желтухе путем чрескожного чреспеченочного доступа // Вестн.хирургии.– 1989. Т. 142. № 2. С. 106-108.

75. Родионов В.В. Диагностика и лечебная тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста / В.В.Родионов, В.М.Могучев, В.Л.Прикупец [и др.] // Вестник хирургии. – 1989. - №1. – С.110-113.

76. Савельев В.С. Тактика лечения больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой / В.С.Савельев, М.И.Филимонов, Ю.В. Василенко // Хирургия. – 1995. - №1. – С.23-25.

77. Способы завершения лапароскопической холедохолитоэкстракции: сборн. тез. 8-й Моск. междунар. конгр. по эндоскоп. хир. (г.Москва, 21-23 апреля 2004г.). – М., 2004. – С.309-310.

78. Савчук О.Я. Етапність діагностичної та лікувальної тактики при холецистохоледохолітіазі з використанням ендолaparоскопічних малоінвазивних хірургічних втру-

нальную (до вступления протока в поджелудочную железу), панкреатическую (между головкой поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишкой), интрамуральную (внедрение его в двенадцатиперстную кишку). Прободая стенку двенадцатиперстной кишки со стороны слизистой оболочки, холедох образует *большой дуоденальный сосок (papilla duodeni major (Vateri))*.

В большом дуоденальном соске холедох сначала несколько суживается и затем в подслизистом слое расширяется, образуя ампульное расширение длиной от 4,5 до 9 мм. Ампула заканчивается в просвете кишки сосочком величиной с просыаное зерно. В дуоденальном сосочке имеется мышечный аппарат, состоящий из циркуляторных и продольных волокон – сфинктер Одди.

Мышца Одди. В конце 19 века были опубликованы три работы, посвященные анатомии сфинктера общего желчного протока – Одди (Oddi, 1887), Гендриксона (Hendrickson, 1898) и Гелли (Helli, 1899). Они подробно описали строение сфинктера общего желчного протока у животных и человека [104].

Вокруг холедоха и панкреатического протока располагается мышца, которая образует для обоих протоков настоящий сфинктер. Она независима от мускулатуры двенадцатиперстной кишки, отделена от неё соединительной тканью и состоит из разнообразно переплетающихся между собой круговых, продольных и косых гладких мышечных волокон, в которых преобладают круговые. Мышечные волокна значительной мышечной массой поднимаются по холедоху еще на 1-2 см от стенки двенадцатиперстной кишки. Холедох в своей внутривисцеральной

части до ампулы Фатера окружен сплошной муфтой циркулярных мышечных волокон, принадлежащих только ему и отделяющих его до того места, где он вступает в контакт с панкреатическим протоком. На этот мышечный слой накладываются продольные мышечные волокна. Вирсунгов проток в своем концевом отделе имеет собственный сфинктер, четко отличающийся от сфинктера холедоха. Существует еще собственный сфинктер папиллы, состоящий из круговых, охватывающих половину круга, и продольных волокон.

Собственный сфинктер холедоха состоит из двух частей: нижней циркулярной и верхней части, понимающихся до верхнего полюса ампулы.

Рядом с холедохом несколько ниже его прободает стенку дуоденума и выводной проток поджелудочной железы (ductus Wirsungii). Сам сосочек является конечным отделом общего желчного протока. Их делят на три группы: холедох соединяется с панкреатическим протоком до вершины соска (86%), впадают в ампулу общим отверстием (6%), оба впадают в ампулу самостоятельно, иногда на расстоянии 1-2 см друг от друга (8%).

Желчный пузырь

Желчный пузырь (Vesica fellea) имеет грушевидную форму. Легкой круговой перетяжкой он делится на две части – значительно большую, переднелатеральную – тело (corpus) – и меньшую, постепенно утончающуюся заднемедиальную – шейку (collum). Слепой конец тела обозначают дном (fundus) желчного пузыря. Это самая широкая его часть.

Стенка желчного пузыря состоит из серозной, сли-

О.Б.Милонов, Л.А.Помелова, И.А. Фанштейн // Сов. медицина. – 1985. - №2. – С.99-104.

61. Мирошников Б.И. Возможности ультразвукового исследования в диагностике заболеваний внепеченочных желчных путей / Б.И.Мирошников, И.А. Балабушкин // Хирургия. – 1992. - №1. – С.32.

62. Могучев В.М. Интраоперационная холангиоскопия / В.М.Могучев, В.Л.Прикупец, Г.М. Митрофанова // Хирургия. – 1997. - №6. – С. 33-36.

63. Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Михайлулов С.В., Дроздов Г.Э. Ультразвуковая диагностика холедохолитиаза // Хирургия. – 1993. № 1. С. 37-43.

64. Ничитайло М.Е. Лапароскопическая хирургия в лечении заболеваний желчных путей / М.Е.Ничитайло, В.В.Дьяченко, П.В.Огородник [и др.] // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Т.3. - №3. – С.40.

65. Ничитайло М.Е. Лапароскопическая холецистэктомия: 5-летний опыт / М.Е.Ничитайло, А.Н.Литвиненко, В.В. Дьяченко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т.3. - №3. – С.16-17.

66. Ничитайло М.Е. Методы лечения холелитиаза / М.Е.Ничитайло, А.Н.Литвиненко, В.В. Дьяченко [и др.] // Международный медицинский журнал. – 1999. – Т.5. -№1. – С.110-113.

67. Ньюсхоли Э. Регуляция метаболизма / Э. Ньюсхоли, К. Старт. – Москва: Мир, 1977.-407с.

68. Оганов Р.Г. Гиперинсулинемия и артериальная гипертония: возвращаясь к выводам United Kingdom Prospective Diabetes Study / Р.Г.Оганов, А.А. Александрова // Русский медицинский журнал. -2002.-№10 – С.486-491.

69. Огородник П.В. Застосування лапароскопічної технології в лікуванні холедохолітіазу / П.В. Огородник //Клінічна хірургія. -2001.-№7.-С.26-29.

70. Огородник П.В. Лапароскопическая холедохото-

Мадьяр И; [пер. с нем.]. – Будапешт, 1962. – 278с.

51. Майстренко Н.А. Холедохолитиаз. Руководство для врачей / Майстренко Н.А., Стукалов В.В.–СПб., 2000.– 286 с.

52. Майстренко Н.А., Нечай А.И. Гепатобилиарная хирургия (руководство для врачей).– СПб.: Специальная Литература, 1998.– 264 с.

53. Малоштан А.В. Особенности лапароскопической холецистэктомии у больных хроническим гепатитом / А.В. Малоштан // Експериментальна і клінічна медицина. – 2000.- №1. – С.135-137.

54. Малоштан А.В. Особливості лапароскопічної холецистектомії при гострому холециститі / А.В. Малоштан // Шпитальна хірургія. – 1998. - №3. – С.74-75.

55. Малоштан А.В. Отдаленные результаты лечения больных желчнокаменной болезнью с помощью малоинвазивных технологий / А.В. Малоштан // Харківська хірургічна школа. – 2002. - №3(4). – С.24-27.

56. Предпосылки, лечение и профилактика подпеченочных абсцессов после лапароскопической холецистэктомии: сб. науч. работ. конф., посвященной 40-летию кафедры торакоабдоминальной хирургии ХМАПО [Актуальные вопросы торакоабдоминальной хирургии]. – Харьков, 1999. – С.115-116.

57. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / [Малоштан А.В., Бойко В.В., Тищенко А.М., Криворучко И.А.]. – Харьков, 2005. – 356с.

58. Мехтиханов З.С. Лапароскопическая холецистэктомия – отдаленные результаты и качество жизни пациентов / З.С.Мехтиханов, И.В.Донцов, Тарик-Альбужи [и др.] // Клінічна хірургія. – 2001. - №3. – С.22-25.

59. Мизаушев Б.А., Соболева О.А., Фахми Исам. Ультразвуковая диагностика желтухи // Клинич. Хирургия.– М.:Медицина, 1981.– 168 с.

60. Милонов О.Б. Диагностика и хирургическое лечение хронического бескаменного холецистита /

зистой оболочек, субсерозного и фибромускулярного слоев. Его емкость колеблется от 30 до 70 мл, длина – 7-10 см, наибольшая ширина – 3-4 см. В большинстве случаев покрыт на две трети брюшиной, а на треть прилегает к печени.

Тело пузыря, связанное с печенью довольно рыхлой соединительной тканью, мелкими сосудистыми веточками и лимфатическими сосудами, лежит в неглубокой ямке (*fossa vesica felleae*), которая является передней частью правой сагиттальной борозды.

Клетчатка, фиксирующая желчный пузырь к печени, является продолжением субсерозного слоя, но толще и плотнее его. Она особенно обильна в области шейки, окутывает там начало пузырного протока и переходит непосредственно в клетчатку печеночно-дуоденальной связки.

Связь желчного пузыря с печенью усиливаются ещё благодаря тому, что всегда имеется проникновение из пузыря в толщу печени ветви пузырной артерии. Нередко из печени мелкие добавочные желчные протоки проходят непосредственно в желчный пузырь (ходы Лушки).

Шейка – наиболее подвижная часть пузыря. Длина её 15-18 мм, диаметр – 7-8 мм. Она образует небольшой изгиб под углом, открытым кверху и медиально, и при этом скручивается по продольной оси. Так как пузырный проток отходит от верхней боковой поверхности шейки, то последняя заканчивается слепым мешком – *infundibulum*. Его также называют Гартмановским карманом. У выхода в пузырный проток гладкая мускулатура образует кольцевидный сфинктер, который может замыкать выход из пузыря – сфинктер Люткенса.

Нормальный желчный пузырь не прощупывается. Когда его дно выступает из-под переднего края печени, что имеет место у 55% людей, оно прилежит к передней брюшной стенке приблизительно соответственно углу между правым краем прямой мышцы живота и реберной дугой.

При вертикальном положении человека желчный пузырь расположен справа от средней линии живота приблизительно параллельно позвоночнику. Продольный размер пузыря отстоит от средней линии живота на 1,5-10 см (в среднем на 5-7 см). У людей нормостенического телосложения дно пузыря определяется на уровне III – IV поясничных позвонков. У гиперстеников нижний контур тени пузыря располагается гораздо выше, на уровне I – II позвонков. У астеников дно достигает уровня V поясничного - I крестцового позвонков.

Пузырный проток (ductus cysticus) не визуализируется, так как лежит в толще печеночно-дуоденальной связки, у её правого края, справа от печеночного протока, и закрыт довольно толстым слоем субсерозной клетчатки и жира. Он представляет собой несколько суженную в переднезаднем направлении трубку длиной от 3 до 10 мм, берущую начало от поверхности шейки желчного пузыря, обращенной к воротам печени, где он, изгибаясь, направляется к ним, а затем под углом уходит вниз к печеночному протоку. Соединение пузырного протока с печеночным протоком носит многотиповой характер, но наиболее частым является впадение его под умеренно острым углом (80%), очень острым (до 50%); иногда он спирально обходит печеночный проток сзади и впадает в заднюю или левую его поверхность.

ХМАПО, 1999. – 42с.

39. Клименко Г.А. Повреждения желчных протоков при лапароскопической и лапаротомической холецистэктомии / Г.А. Клименко, Е.П. Яковцов, З.А. Мехтиханов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1999. – Т.4. - №2. – С.226.

40. Ковальков А.И., Романов Г.А., Сачечелашвили Г.Л., Сазонов А.М., Филижанко В.Н., Денисов В.А., Агуреев А.И. Резидуальный холедохолитиаз // *Сов. медицина*. – 1991. №9. С. 66-69.

41. Козырев М.А. Заболевания печени и желчных путей / М.А. Козырев. Минск, 2002. – 250с.

42. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: первые итоги и перспективы: тез. докл. II Конгресса хірургів України. – К., 1998. – С.289-290.

43. Королев Б.А. Безкаменный холецистит как проблема хирургическая / Б.А.Королев, Н.В.Корепанова, Д.Ф. Козырева // *Вест. хирургии им. Грекова*. – 1985. - №3. – С.119-122.

44. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. – М., Медицина. 1990. – 240 с.

45. Кушнир В.К., Королев В.И., Гиршин Г.С., Топчий Г.С. Чрескожная чреспеченочная холангиография и дренирование желчных путей в диагностике и лечении механической желтухи // *Хирургия*. – 1986. № 7. С. 141-146.

46. Лазарев Ф.Л. Эндоскопия при осложненной желчнокаменной болезни / Ф.Л.Лазарев, Б.А. Русинов // *Хирургия*. – 1995. - №5. – С.31.

47. Ланцов В.П., Карлова Н.А. Рентгенологические исследования желчных путей. – Петрозаводск, 1988. – 103 с.

48. Логинов А.С. Лапароскопия в клинике внутренних болезней / А.С.Логинов. – Л.: Медицина, 1964. – 264с.

49. Лукьянова Л.Д. Регуляция дыхания в изолированных гепатоцитах / Л.Д.Лукьянова // *Гепатоцит / под редакцией Л.Д.Лукьяновой*. – Москва: Наука, 1985. – С.66-103.

50. Мадьяр И. Заболевания печени и желчных путей /

нез, диагностика, лечение, сопутствующие заболевания) / В.Т. Зайцев, А.М.Тищенко, Ю.Э.Журов, А.В. Малоштан. – Харьков: РИП «Оригинал», 1998. – 192 с.

30. Зайцев В.Т. Хирургическая тактика при сочетании желчнокаменной болезни и сахарного диабета / В.Т.Зайцев, А.М.Тищенко, Ю.Э.Журов [и др.] // Клиническая хирургия. – 1996. - №2-3. – С. 77.

31. Иваненко В.В. К вопросу об отношении к конверсии в лапароскопической хирургии желчнокаменной болезни / В.В.Иваненко, К.К.Скворцов, К.К. Скворцов // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Т.3. - №3. – С.52.

32. Иванова Т.В. Осложнение лапароскопической холецистэктомии / Т.В.Иванова, С.Н.Малаханов, Б.В.Крапивин [и др.] // Хирургия. – 1997. - №5. – С.67.

33. Иванова Т.В. Неудачи, ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии / Т.В.Иванова, А.В.Оноприев, Б.Х. Оразалиев // Хирургия. – 1995. - №5. – С.20-21.

34. Ивануса Я.М. Опыт первых лапароскопических холецистэктомий / Я.М.Ивануса, С.А.Добродеев, А.А. Левчук // Хирургия. – 1995. - №5.- С.30.

35. Иконников П.С. Материалы к изучению желчекаменной болезни // Труды госп. хир. кл. проф. Федорова. – СПб., 1915. Т.9.

36. Кармазановский Г.Г., Вилявин М.Ю., Никитаев Н.С. Компьютерная томография печени и желчных путей. – Москва: Паганель-бук, 1997. – 358 с.

37. Эндоскопические методы хирургического лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений у больных пожилого и старческого возраста: материалы 8-й Моск. междунар. конгр. по эндоскопической хирургии (Москва, 21-23 апреля 2004). – М., 2004. – С.144-145.

38. Лапароскопическая холецистэктомия: учебно-методическое пособие для хирургов / Г.А. Клименко, Е.П. Яковцов, З.А. Мехтиханов, А.Э. Фетисов. – Харьков:

Сосудистая система печени

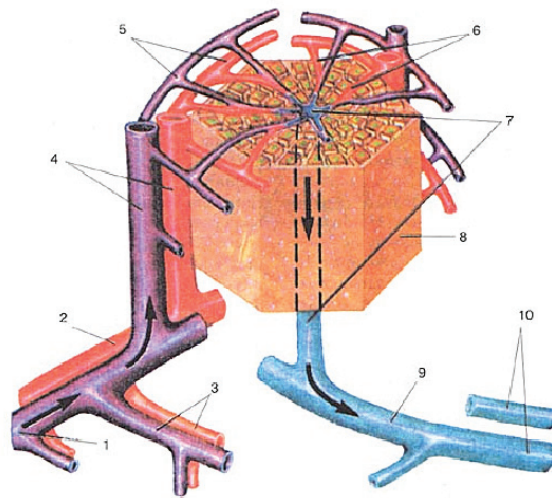
Артерии желчных путей. Печень, желчный пузырь и протоки получают артериальную кровь из общей печеночной артерии (*arteria hepatica communis*). Она выходит из чревной артерии (*arteria coeliaca*) стволом длиной 1,2-4 см, идет почти горизонтально вправо по правой внутренней ножке диафрагмы в задней стенке сальниковой сумки, книзу от хвостатой доли печени, в начальном своем отделе прикрываясь верхним краем поджелудочной железы. Около привратника она входит в печеночно-дуоденальную связку и здесь, позади или тотчас над привратником или двенадцатиперстной кишкой делится на 3 ветви: первые две, почти одинаково мощные – собственно печеночную артерию (*arteria hepatica propria*), отвесно поднимающуюся кверху, и желудочно-двенадцатиперстную артерию (*arteria gastroduodenalis*), спускающуюся книзу позади двенадцатиперстной кишки. Третья, тонкая ветвь – правая желудочная артерия (*arteria gastrica dextra*) проходит к малой кривизне желудка. Место деления лежит на воротной вене, но изредка (10%) может смещаться вправо, заходя за холедох.

Пузырная артерия у 90% людей отходит от правой печеночной артерии и, окруженная рыхлой субсерозной клетчаткой, идет вправо и наискосок к левой боковой поверхности шейки желчного пузыря.

На границе между шейкой и телом артерия делится на две ветви – переднюю и заднюю, которые тянутся к дну пузыря. Первая сразу пересекает свободную поверхность шейки и идет дальше по правой поверхности тела пузыря. Вторая остается на левой стороне, проходя вдоль левого края пузыря и затем – между

ним и его печеночным ложем. Длина ствола артерии – 1-2 см, диаметр её 1-2 мм. При длительном воспалении пузыря, сопровождающемся его увеличением, диаметр артерии увеличивается, иногда вдвое; при сморщенных, атрофических пузырях, просвет сосуда становится меньше. Встречается много вариантов отхождения и расположения пузырной артерии. В типичных случаях отхождения пузырной артерии от правой печеночной артерии её начало располагается справа от печеночного протока. Её ствол короткий, идет вправо горизонтально или книзу. Как бы ни начиналась и как бы ни шла пузырная артерия, она всегда подходит к пузырю со стороны левой поверхности его шейки.

Схема кровоснабжения печени



1. Воротная вена. 2. Печеночная артерия. 3. Сегментарные вена и артерия. 4. Междольковые вена и артерия. 5. Вокругдольковые вены и артерия. 6. Внутридольковые гемокапилляры (синусоидные сосуды). 7. Центральная вена. 8. Классическая печеночная долька. 9. Поддольковая (собирательная) вена. 10. Печеночные вены

20. Экстренная лапароскопия в неотложной хирургии / [Г.И.Дуденко, Г.Д. Петренко, Ю.А. Михайлец, В.Г. Дуденко]. – К.: Здоров'я, 1991. – 176 с.

21. Емельянов С.И. Эндоскопическое удаление слизистой оболочки желчного пузыря после холецистэктомии / С.И.Емельянов, В.В.Феденко, А.А.Барсегян // Вестник хирургии. – 2001. - №2. – С.94-98.

22. Емельянов С.И. Модификация лапароскопической холецистэктомии для технически простых случаев / С.И.Емельянов, В.В.Феденко, Н.Л.Матвеев [и др.] // Хирургия. – 1995. - №5. – С.31.

23. Емельянов С.И. Прогнозирование риска пневмоперитонеума и коррекция растройств венозного кровотока в лапароскопической хирургии / С.И.Емельянов, В.В.Феденко, Н.А.Матвеев // Эндоскопическая хирургия. – 1997. - №1. – С.62-63.

24. Журавлев В.Н. Диагностическая ценность ультразвукового исследования при хирургических заболеваниях желчных протоков // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1979. – 20 с.

25. Завалев В.И. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите (показания, противопоказания, предоперационное обследование) / В.И.Завалев, О.Н.Костин // Эндоскопическая хирургия. – 1997. - №1. – С. 65.

26. Зайцев В.Т. Неотложная хирургия брюшной полости / Зайцев В.Т., Алексеенко В.Е., Булый И.С. – К.: Здоров'я, 1989. – 272 с.

27. Зайцев Т.В. Желчнокаменная болезнь / Зайцев Т.В., Гуревич З.А., Почепцов В.Г. – Х.: Виша школа, 1979. – 168 с.

28. Зайцев В.Т. Хірургічне лікування жовчнокам'яної хвороби при супутньому цукровому діабеті / В.Т.Зайцев, Б.І.Пеєв, Ф.П. Воробйов [та ін.] // Клиническая хирургия. – 1994. - №1-2. – С.17-20.

29. Зайцев В.Т. Желчно-каменная болезнь (патогене-

10. Варивода Е.С. Лечебно-диагностическая лапароскопия у больных с хроническим гепатитом и циррозом печени: автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук / Е.С. Варивода. – Львов, 1990. -16 с.

11. Галлингер Ю.И. Лапароскопическая холецистэктомия / Ю.И. Галлингер, Ф.Д.Тимошин, А.К. Цацаниди // Хирургия. – 1993. - №6. – С.34-39.

12. Галлингер Ю.И. Результаты 1200 лапароскопических холецистэктомий / Ю.И. Галлингер, А.А. Мовчун, В.И. Карпенкова // Хирургия. – 1995. - №5. – С.30.

13. Галлингер Ю.И. Опыт лапароскопических холецистэктомий в лечении осложненных форм калькулезного холецистита / Ю.И.Галлингер, О.П. Примасюк // Хирургия. – 1995. - №5.- С.31.

14. Вахидов В.В., Вахидов А.В., Угаров Б.А., Струцкий Л.П. Проблемы холедохолитиаза, осложненного механической желтухой // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. – Л., 1989. С. 162-163.

15. Галкин В.Н. Обоснование показаний к лапароскопическим операциям при хроническом калькулезном холецистите // Автореф. дис. ... канд. мед. наук.–С.-Петербург, ВМедА, 1996.– 21 с.

16. Грибков Ю.И. Ранняя диагностика и лечение послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта / Ю.И. Грибков, А.С. Урбанович // Хирургия. – 1992. - №2. – С.120-123.

17. Данилов М.В., Вишневецкий В.А., Котовский А.Е. Об интраоперационной диагностике в хирургии, осложненной желчекаменной болезнью // Вестн.хирургии.–1990. Т.144. №3. С. 53-56.

18. Дедерер Ю.М. Желчнокаменная болезнь / Ю.М. Дедерер, Н.П. Крылова, Г.Г. Устинов. – К.: Медицина, 1983. – 176с.

19. Донченко А.П. Бескаменный холецистит / А.П. Донченко, Е.И.Чинченко, Д.В. Квелишвили. – Киев: Здоров'я, 1990. – 110 с.

Вены желчного пузыря впадают в воротную вену. В желчном пузыре отток крови из субсерозного сплетения мелких вен осуществляется пузырьной веной, лежащей книзу от пузырьной артерии и впадающей в воротную вену. Кроме того, отток совершается и через вены, идущие вдоль холедоха, где также имеется венозное сплетение. В последнем выделяются две вены, проходящие по правому и левому краям протока.

Лимфатическая система. Желчный пузырь обильно снабжён лимфатическими сосудами, которые образуют сплетения под слизистой оболочкой, в мышечном и субсерозном слое. Лимфатические сосуды на большей левой части пузыря отводят лимфу к лимфоузлу на левой поверхности пузырьной шейки. Из правой части пузыря лимфа оттекает по многим лимфатическим сосудам вдоль холедоха также к довольно постоянному лимфатическому узлу, лежащему в печеночно-дуоденальной связке над двенадцатиперстной кишкой или под её правым краем на правой боковой поверхности холедоха. Сюда происходит отток лимфы и из узла на шейке пузыря. Эти два узла являются важными ориентирами при хирургических операциях. По первому можно найти пузырьную артерию, проходящую как раз под этим узлом. Второй узел является лучшим ориентиром при релапаротомиях для обнаружения уцелевшего дистального конца протока.

Оба лимфатических узла связаны сосудами с узлами, лежащими вдоль воротной вены и получающими лимфу из нижней поверхности печени и из узлов, расположенных в воротах печени. Дальше вниз и влево пути лимфооттока ведут к головке поджелудочной железы и к ретропилорическим лимфа-

тическим узлам. В конце пути вся лимфа из печени (кроме верхней её поверхности) и желчных путей поступает в лежащие на аорте лимфоузлы, а оттуда – в грудной проток.

Нервная система

Иннервация желчного пузыря и больших желчных протоков осуществляется, главным образом, из блуждающих и симпатических нервов безмякотными нервами, в сплетениях которых местами включены ганглионарные клетки.

Кроме того, диафрагмальный нерв посылает веточки к печеночной капсуле в области венечной и серповидной связок, а также к внепеченочным желчным путям.

Элементами парасимпатической системы желчные пути снабжаются как правило из правого блуждающего нерва, а симпатической – главным образом из правого n. splanchnicus.

Большое количество ветвей выходит из солнечного сплетения, охватывает и сопровождает печеночную артерию, образуя вокруг и вдоль неё печеночное сплетение – plexus hepaticus, которое делится соответственно делению артерии на левую и правую ветви и входит в печень. От правой ветви сплетения отделяется большое количество тонких нервных стволиков частью к желчному пузырю, образуя пузырное сплетение, частью книзу нервными стволиками вдоль холедоха – симпатическое сплетение холедоха, идущее, главным образом, по его боковой и задней поверхностям до самой двенадцатиперстной кишки. Эти нервные ответвления заключены в адвентицию протока.

В стенках желчного пузыря и желчных протоков

Список литературы

1. Альперович Б.И. О диагностических премах во время операций по поводу холецистита // Вестн. хирургии. – 1990. Т. 144. №3. С. 52-53.
2. Диагностика и лечение осложнений портальной гипертензии / [Г.Н. Андреев, Э.А. Апсаров, А.С. Ибадильдин и др.]. – Алматы, 1994. – 320с.
3. Лапароскопические асцитокорректирующие и декомпрессивные вмешательства у больных циррозом печени: тезисы докладов и сообщений V Съезда хирургов республик Ср. Азии и Казахстана; – 20 – 22 мая 1991. – Ташкент, 1991. – С. 134 – 135.
4. Афендулов С.А. Классификация и причины осложнений при лапароскопических операциях на органах брюшной полости / С.А. Афендулов, Е.Н. Белов, В.П. Кочуков // Эндоскопическая хирургия. – 1997. - №1. – С.41.
5. Афендулов С.А. Повторные лапароскопические операции в лечении осложнений после традиционных и лапароскопических вмешательств / С.А. Афендулов, Н.А. Краснолуцкий, Г.Ю. Журавлев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2001. - №1. – С.8-10.
6. Балалыкин А.С. Эндоскопический метод лечения осложненного острого калькулезного холецистита / А.С. Балалыкин, М.В. Авалиани, И.В.Шукшина // Хирургия. – 1990. - №10. – С.38-42.
7. Осложнения лапароскопической холецистэктомии: сборник тезисов 8-й Моск. междунар. конгр. по эндоскоп. хир. (Москва, 21-23 апреля 2004г.) под ред. Ю.И.Галингера.- Москва, 2004. – С.31-33.
8. Батвинков Н.И. Хирургическое лечение больных с механической желтухой / Н.И. Батвинков, П.В. Гарелик, И.К. Кояло [и др.] // Хирургия. – 1993. - №1. –С.17-21.
9. Баторфи И. Опыт 735 лапароскопических холецистэктомий / И.Баторфи, Т. Фазекаш, А. Балинт [и др.] // Хирургия. – 1995. -№5. – С.18-19.

бальнеологических курортов с минеральными источниками для внутреннего и наружного применения. На таких курортах имеются полные возможности комплексного лечения больных желчнокаменной болезнью с учетом их индивидуальных особенностей.

нервные волокна образуют адвентициальные, мышечные и подслизистые сплетения, обеспечивающие иннервацию всех элементов стенок.

Чрезвычайно обильно нервное снабжение сфинктера Одди, в частности между гладкими мышечными волокнами. Там имеется много микроганглиев, особенно вокруг места впадения холедоха и Вирсунгова протока в двенадцатиперстную кишку [87].

Желчь

Печеночные клетки продуцируют жидкий секрет желтовато-коричневого цвета. Главными компонентами желчи являются: соли желчных кислот, фосфолипиды, билирубин, белки и ряд физиологически активных веществ, к которым относятся гормоны щитовидной железы – трийодтиронин, тироксин и витамины – цианокобаламин, фолиевая кислота, ретинол, и α -токоферол. Желчно-кислые соли составляют основную часть плотного остатка желчи. К ним относятся пигменты и муцин, холестерин, жирные кислоты и липиды, неорганические соли. В желчи присутствуют ионы – катионы натрия, калия, кальция и анионы хлора и др. Наконец, в желчи содержатся агенты, воздействующие на метаболические процессы в общем обмене веществ (гормоны, витамины, фосфолипиды и др.).

У человека за сутки образуется 1000-1800 мл желчи (около 15 мл на 1 кг массы тела). Процесс образования желчи - желчеотделение (холерез) - осуществляется непрерывно, а поступление желчи в двенадцатиперстную кишку - желчевыделение (холекинез) - периодически, в основном в связи с приемом пищи. Натощак в кишечник желчь почти не

поступает, она направляется в желчный пузырь, где при депонировании концентрируется и несколько изменяет свой состав, поэтому принято говорить о двух видах желчи - печеночной и пузырной

Удельный вес печеночной желчи равен 1010, а пузырной – 1040. Концентрация основных компонентов в пузырной желчи в 5-10 раз выше, чем в печеночной желчи. Исключение представляет билирубин, который в желчном пузыре в некоторой степени всасывается, и потому концентрируется меньше. Альбумины, постоянно присутствующие в печеночной желчи, в пузырной желчи в нормальной условиях не обнаруживаются. Большая часть минеральных веществ, включая бикарбонаты, также всасывается в желчном пузыре. Реакция пузырной желчи близка к нейтральной (рН 6,0-7,0), печеночная желчь имеет щелочную реакцию (рН 7,5-8,0).

Транспортные механизмы в печени являются самостоятельными для целого ряда веществ, однако один и тот же механизм может осуществлять транспорт нескольких близких между собой соединений. Механизм транспорта липидов отличается от других транспортных механизмов в печени. Липиды накапливаются в вакуолеподобных структурах, в процессе их секреции происходит экструзия содержимого этих структур в просвет желчных капилляров. В образовании желчи некоторое участие принимает эпителий желчных протоков. В мелких протоках осуществляется активный транспорт неорганических компонентов, сопровождаемый выделением соответствующего количества жидкой части желчи, обмен ионами между желчью и межклеточной жидкостью, всасывание некоторых веществ эпителием протоков из желчи в

объеме оснащенных современными инструментами и операционной техникой, исключается возможность хирургических осложнений и летальных исходов при эндовидеолапароскопической холецистэктомии с использованием механических фиксаторов передней брюшной стенки, к которым относится зонтичный лапаролифт.

Хотя лапаротомический метод хирургических вмешательств продолжает оставаться основным в хирургической практике, при холецистэктомиях он используется только при серьезных осложнениях.

Если оперативное лечение холелитиаза не представляет особых затруднений, то консервативное лечение желчнокаменной болезни, как заболевание всего организма, далеко от совершенства. Особенно это касается таких механизмов как генетическое и конституциональное наследство в возникновении желчнокаменной болезни. Не менее сложным в этом процессе являются клеточные, ферментные, иммунологические и другие биохимические механизмы в развитии холелитиаза, зная которые можно было бы предотвратить и остановить ее прогрессирование.

Тем не менее, в настоящее время имеются достаточно консервативных возможностей для лечения как желчнокаменной болезни, так и ее проявлений в форме конкрементов. Не останавливаясь подробно на этом вопросе, так как методы лечения холелитиаза подробно освещены в разделе «Принципы консервативной терапии», общее положение терапии можно сформулировать в такой форме: лучшим подходом в лечении желчнокаменной болезни и послеоперационной реабилитации послеоперационных больных является санаторно-курортное лечение в условиях

Заключение

Желчнокаменная болезнь не только распространенное заболевание среди населения, но имеет тенденцию удваиваться каждые десять лет. Это касается главным образом жителей развитых стран.

Хотя этиологические и патогенетические механизмы возникновения и развития желчнокаменной болезни в основном известны, а диагностика холелитиаза совершенна, все же патогенетическое лечение болезни и особенно его продукта – конкрементов остаются не решенными и желают дальнейшего совершенствования. Тем более что основным методом избавления больного от конкремента продолжает оставаться хирургическое лечение – холецистэктомия. Как известно всякая операция таит в себе определенный риск для жизни человека.

Правда, в последние годы в хирургической практике достигнуты, можно сказать, революционные подходы – внедрение малоинвазивной хирургии – лапароскопические методы. Они используются практически во всех сферах оперативного лечения заболеваний. Особенно успешно этот метод лечения разработан в абдоминальной хирургии и в частности, устранение конкрементов в билиарной системе. При правильном отборе для холецистэктомии больных холелитиазом, достаточно подготовленной высококвалифицированной оперирующей бригады, в полном

кровь и, наконец, выделение в желчь муцина.

Особенностью желчи является то, что в её составе могут экскретироваться также разнообразные вещества, поступающие в организм: различные ксенобиотики, лекарственные вещества и антибиотики. Все они подразделяются на три группы.

К первой группе относятся вещества, концентрация которых в желчи нередко в 10-100 раз превышает их концентрацию в плазме крови. К ним относятся: некоторые антибиотики и другие лекарственные вещества, бромсульфалеин, п-аминогиппуровая кислота, флюоресцеин, фенол красный и др. Эти вещества выделяются в желчь посредством активного транспорта. Ко второй группе относятся соединения, концентрация которых в желчи близка к их концентрации в плазме крови (например, введенных в кровь маннита, некоторых электролитов и др.). Проницаемость ткани печени для этих веществ высока. Сохранение неизменной концентрации вещества возможно лишь при очень быстром его переходе из плазмы крови в желчь. Наконец, к третьей группе относятся вещества, выделяемые с желчью в очень низкой концентрации относительно к их концентрации в плазме крови (например, инсулин, введенный в кровь, хотя и выделяется с желчью, но его концентрации в ней в 10 раз ниже, чем в плазме крови).

На секрецию желчи и её увеличение воздействует главным образом импульсы блуждающего нерва, секретин, гастрин и желчные кислоты, реабсорбируемые из кишечника. Действие всех этих факторов различно. Существуют: гидрохолеретическое действие (например, под влиянием секретина, которое обуславливает увеличение объема отделяемой желчи, но

не влияет на количество её органических компонентов, концентрация которых уменьшается, а количество, выделяемое в единицу времени, не меняется), истинно холеретическое действие (под влиянием блуждающего нерва, поступающих в кровь желчных кислот и т.п.), при котором усиливается отделение как жидкой части желчи, так и её органических компонентов, концентрация кислоты удерживается на высоком уровне; холепоэтическое действие, характеризующееся увеличением отделения и концентрации в желчи основных органических компонентов, особенно желчных кислот, без существенного изменения её объема (под влиянием рациона с высоким содержанием полноценных животных белков).

С физиологической точки зрения разные компоненты желчи имеют неодинаковое значение. Среди них имеются секреторирующие вещества, выполняющие важную роль в пищеварении (например, желчнокислые соли), и экскретируемые вещества, подавляющая часть которых после известных превращений в кишечнике, выделяется из организма (например, желчные пигменты). Некоторые из этих веществ имеют и то, и другое физиологическое значение (например, желчные кислоты). Желчь участвует в процессах переваривания и всасывания жиров и других веществ липидной природы, в эмульгировании пищевого жира в кишечнике и обеспечивает образование мицеллярного раствора липидов.

В её составе выделяются экскретируемые вещества: конечные продукты обмена гемоглобина и других порфиринов, обмена холестерина а также участвующие в общем обменном процессе стимуляции различных функции тонкой кишки (образование

ные нервные импульсы могут вызывать возбуждение рецепторов определенных органов с соответствующей их реакцией, проявляющейся симптомами патологического процесса.

Устраняя путем холецистэктомии холецистолитиазис, исчезает возможность поступления из желчного пузыря импульсов в сердце, приводящих к возникновению коронарной недостаточности и другой патологии в нем.

Существующие интеровисцеральные рефлекторные связи между сердцем и желчным пузырем, при условиях их заболевания, могут вызывать симулирующие синдромы характерные для патологии указанных органов. С целью уточнения истинной болезни необходимо проведение дифференциального диагноза между кардиальной и билиарной патологией.

На современном уровне возможностей лучшим средством для лечения ЖКБ и ИБС является оперативное лечение с использованием малоинвазивной хирургии. Для лапароскопической холецистэктомии необходимо применять механический расширитель брюшной полости – зонтичный лапаролифт.

При наличии противопоказаний к хирургическим вмешательствам с целью лечения ЖКБ и ИБС целесообразно использовать комплексную консервативную терапию.

Для эффективного лечения сочетанной билиарной и коронарной патологии необходимо продолжать дальнейшее изучение этой проблемы и совершенствовать методы диагностики и лечения больных.

узлам, предсердной мускулатуре, верхней части пучка Гиса и венечным артериям. Блуждающий нерв с помощью медиатора ацетилхолина замедляет сердечный ритм, оказывая тормозящее воздействие на синусовый и атриовентрикулярный узлы и коронарные артерии.

Синусовый и атриовентрикулярный узлы находятся исключительно под влиянием блуждающего нерва и в меньшей степени – симпатического. Желудочки контролируются только симпатическим нервом.

Иннервация желчного пузыря и больших желчных протоков осуществляется, главным образом, из блуждающих и симпатических нервов, в сплетениях которых местами включены ганглионарные клетки.

Элементами парасимпатической системы желчного пузыря снабжаются почти исключительно из правого блуждающего нерва, а симпатической – главным образом через правый *n. splanchnicus*.

Блуждающий нерв – двигательный нерв желчных путей, он возбуждает двигательную функцию их мышц и увеличивает тонус сфинктера Одди. Его антагонист симпатический нерв обладает тормозящим действием – он уменьшает тонус и пузыря и сфинктера Одди.

На функцию желчного пузыря оказывает свое влияние солнечное сплетение, которое своими ветвями образует печеночные затем и пузырьные сплетения, иннервирующие желчный пузырь. В печеночное сплетение входят и волокна из блуждающего нерва частью непосредственно, а частью проходя предварительно через солнечное сплетение.

По законам интерорецепторных висцеральных связей раздражители через афферентные и эфферент-

ферментов, моторной функции и др.).

При патологических состояниях состав желчи может резко меняться. Особенно значительные изменения её состава наблюдаются при возникновении холелитиаза, что может быть связано либо с нарушением механизмов образования и секреции желчи гепатоцитами при сохранении секреции других компонентов, либо с полным расстройством желчевыделения – холестазом, когда печеночная жидкость представляет собой продукт желчных протоков, не содержащих специфических компонентов желчи.

Функции желчного пузыря

Регуляция выделения печенью желчи в двенадцатиперстную кишку осуществляется гуморальным путем и нервной системой. Вместе с участием в этой регуляции центральной нервной системы, большое значение имеют собственные нервные ганглии, заложенные в стенках внепеченочных желчных путей.

Желчь гепатоцитами вырабатывается постоянно, но выделяется с перерывами – только при приеме пищи. В интервалах она сохраняется и концентрируется в желчном пузыре.

Самая важная функция желчного пузыря – концентрация желчи. Вторая его функция – хранение концентрированной желчи и потом выделение в кишку, когда это необходимо для пищеварения, т.е. во время и после еды. Не исключается, что желчный пузырь поддерживает на определенном уровне давление в желчной системе.

Давление в желчевыделительном аппарате создается секреторным давлением желчеобразования и сокращениями гладких мышц протоков и желчно-

го пузыря. Эти сокращения согласованы с тонусом сфинктеров и регулируются нервными и гуморальными механизмами.

Давление в общем желчном протоке колеблется от 4 до 300 мм вод. ст., а в желчном пузыре вне пищеварения составляет 60-185 мм вод. ст., во время пищеварения за счет сокращения пузыря поднимается до 200-300 мм вод. ст., обеспечивая выход желчи в двенадцатиперстную кишку через открывающийся сфинктер Одди. Вид, запах пищи, подготовка к ее приему и собственно прием пищи вызывают сложное и неодинаковое у разных лиц изменение деятельности желчевыделительного аппарата, при этом желчный пузырь сначала расслабляется, а затем сокращается. Небольшое количество желчи через сфинктер Одди выходит в двенадцатиперстную кишку. Этот период первичной реакции желчевыделительного аппарата длится 7-10 мин. На смену ему приходит основной эвакуаторный период (или период опорожнения желчного пузыря), во время которого сокращение желчного пузыря чередуется с расслаблением и в двенадцатиперстную кишку через открытый сфинктер Одди переходит желчь, сначала из общего желчного протока, затем пузырьная, а в последующем – печеночная. Длительность латентного и эвакуаторного периодов, количество выделенной желчи зависят от вида принятой пищи.

При полной закупорке холедоха, когда имеется функционирующий желчный пузырь, он некоторое время собирает, концентрирует вырабатываемую желчь печенью, снимает застой её в желчной системе и задерживает развитие желтухи. До 36-48 часов в патологических условиях, при дискинезиях желч-

покоившие болевые ощущения в правом подреберье и сердечной локализации, исчезли. Изменений в артериальном давлении и в показателях ЭКГ в худшую сторону не отмечено. Лица, страдающие гипертонической болезнью (4 чел) и постинфарктным кардиосклерозом (7 чел) в ситуациях, связанных с физическими нагрузками, волнениями, метеорологическими изменениями, вынуждены иногда пользоваться соответствующими лекарственными средствами для поддержания обычного для них образа жизни.

Больные ЖКБ (10 чел) и с постинфарктным кардиосклерозом (17 чел), которые не подвергались холецистэктомии, продолжают жизненный путь, периодически используя рекомендованные в клиниках медикаментозные препараты с целью профилактики и устранения обострения болезни.

Следовательно, приведенные факты подтверждают суждение об участии рефлекторных связей холедохолитиаза в возникновении коронарной недостаточности.

Патогенез возникновения различных патологических изменений в сердце под влиянием калькулеза в желчном пузыре обусловлен особенностями их иннервации.

Сердце иннервируется вегетативной нервной системой, состоящей из симпатических и парасимпатических нервов.

Парасимпатические волокна сердце получает от блуждающего нерва. Преганглионарные волокна имеют свои синапсы во внутрисстеночных ганглиях, расположенных в сердце. Постганглионарные волокна идут к синусовому и атриовентрикулярному

Таблица 17
Количество больных холецистолитиазом до и после холецистэктомии

Симптомы	Тракция брюшной стенки (чел., %)					
	лапаролифт n=98			карбоксиперитонеум n=39		
	до операции	после операции	p	до операции	после операции	p
Боль в области сердца	11,2±0,8	14,2±1,2	>0,05	7,2±0,8	15,4±1,7	<0,05
Боль в области живота	16,3±2,3	17,3±1,4	>0,05	12,8±1,2	17,9±1,8	<0,05
Тахикардия	9,2±0,9	12,2±1,1	>0,05	7,2±0,8	15,4±1,7	<0,05
Аритмия	12,2±1,1	13,2±1,2	>0,05	5,2±0,5	10,3±1,1	<0,05
Одышка	10,2±0,9	12,2±1,1	>0,05	10,3±1,1	17,9±1,8	<0,05
Головная боль	9,2±0,9	13,2±1,2	>0,05	5,2±0,5	12,8±1,2	<0,05
Тошнота	5,1±0,7	8,2±0,8	>0,05	2,6±0,6	2,6±0,6	<0,05
Слабость	8,2±0,8	9,2±0,9	>0,05	5,2±0,5	2,6±0,6	<0,05

Таблица 17 свидетельствует о том, что после холецистэктомии с применением карбоксиперитонеума достоверно увеличивается число больных с указанными симптомами в то время как с применением лапаролифта количество больных с этими симптомами хотя и несколько больше по сравнению с дооперационными симптомами, но показатели их во второй группе недостоверны. Следует обратить внимание на то, что во второй группе были более тяжелые больные, чем в первой, в послеоперационный период клинические симптомы были кратковременными и легко купировались лекарственными средствами. Более того, на второй-третий день после операции все больные чувствовали себя практически здоровыми и жалоб не предъявляли, у 92% больных нормализовались динамические изменения на ЭКГ.

Спустя год по анкетным данным отдаленные результаты свидетельствуют о том, что после холецистэктомии у 106 оперированных больных, ранее бес-

ных путей, по исследованиям Кальна и Шендубе (Kaln, Schöndube, 1926), пузырь может концентрировать желчь в десятки раз, в нем образуется так называемая дегтеобразная желчь, за счет селективного всасывания воды, хлоридов, бикарбонатов. В пузыре концентрируются желчные соли, пигменты и холестерин [87].

Пигменты всасываются только 4-5%. Но в патологических условиях они всасываются полностью, например, при полной закупорке пузырного протока пигменты могут исчезнуть из желчного пузыря за несколько недель, образуя водянки желчного пузыря (желчный пузырь содержит жидкость белого цвета). Холестерин абсорбируется из пузыря в незначительных количествах, а при воспалении слизистой секреция ее может увеличить содержание холестерина в пузырной желчи. В процессе концентрации рН желчи слегка уменьшается, что способствует повышению её кислотности.

Слизистая желчного пузыря за сутки выделяет до 20 г вещества, аналогичного муцину. Оно увеличивает вязкость желчи, и поддерживает коллоидальное равновесие растворимых в ней частей.

В патологически измененном желчном пузыре механизм всасывания в некоторых отношениях может быть извращен. Пузырь может выделять в пузырную желчь бикарбонат и холестерин. Вода и хлориды плохо всасываются, а то и полностью остаются в пузыре. Следовательно, при его воспалении или обтурации d.cysticus концентрирующая способность желчного пузыря ослабевает или полностью исчезает. Наоборот, в этих случаях, скорее всего происходит экссудация в полость пузыря серозной жидкости или слизи.

В нормальных условиях несколько фракций желчи различного удельного веса могут располагаться в пузыре в несколько этажей или слоев, разных по удельному весу и химическому составу.

Наполнение желчного пузыря происходит в отдаленные от еды промежутки. При этом расслабляется его мускулатура, а тонус мышцы Одди повышается. Но замыкание холедоха при этом не является абсолютным и непрерывным. Маленькие количества желчи из печени все же поступают в двенадцатиперстную кишку.

Считается вполне установленным, что одной из основных функций желчного пузыря является опорожнение от содержащейся в нем концентрированной желчи. Особенно активными раздражителями в этом процессе является яичный желток, сливочное масло, какао, олеиновая кислота, лецитин. Другие вещества или малоактивны, или вообще не дают такого эффекта.

Под влиянием пищи, проходящей по дуоденуму, синергическим механизмом вызывается сокращение мускулатуры желчного пузыря и раскрытие сфинктера Одди. В результате пузырная желчь поступает в двенадцатиперстную кишку. Ведущим в этом процессе является первичное сокращение пузыря.

Регуляция функции желчного пузыря осуществляется многофакторным действием. Так, нервная регуляция осуществляется вегетативной нервной системой. Блуждающий нерв – двигательный нерв желчных путей. Он возбуждает двигательную функцию их мышц, его раздражение увеличивает тонус сфинктера Одди. Его антагонист – симпатический нерв, обладающий тормозящим действием – он

тора раза и общей нетрудоспособности почти в два раза с минимальным дискомфортом по сравнению с применением карбоксиперитонеума.

Таблица 16
Результаты холецистэктомии у больных с холецистолитиазом

Показатели	Количество оперированных с	
	зонтичным лапаролифтом n=98	карбоксиперитонеумом n=39
Эффективность (%)	100	100
Летальность	0	0
Осложнения (%)	2,1	7,6
Срок лечения в стационаре (сут.)	2	3
Общая нетрудоспособность (сут.)	6	10
Дискомфорт	минимальный	умеренный

После эндовидеолапароскопической холецистэктомии закончили курс лечения с использованием лапаролифтинга с оценкой хорошо 90,2% больных, удовлетворительно – 9,8 %, а с применением карбоксиперитонеума соответственно: 79,5%, 20,5% больных.

Следовательно, эндовидеолапароскопическая холецистэктомия является эффективным хирургическим методом лечения больных с холецистолитиазом в т.ч. с ИБС. При этом лучшим способом увеличения объема брюшной полости является зонтичный лапаролифт по сравнению с карбоксиперитонеумом.

Изменения отдельных симптомов у больных с холецистолитиазом в дооперационном и послеоперационном периодах приводится в таблице 17.

миокарда.

Эндовидеолапароскопическая холецистэктомия выполнена с использованием зонтичного лифтинга 98 больным и карбоксиперитонеума – 39 больным. Больным с ИМ (7 чел) и со стенокардией напряжения стабильной ФК I, II (21 чел) операции проведены с зонтичным лапаролифтом и только 6 больным стенокардией ФК I применялся карбоксиперитонеум.

Лечившиеся в кардиологическом отделении с ЖКБ и ИМ (20 чел) и стенокардией (2 чел) были выписаны домой для продолжения лечения и на протяжении последующих двух лет из них подверглись холецистэктомии 12 больных с перенесенным ИМ и 2 больных со стенокардией.

Результаты оперативных вмешательств оценивались нами по трехбалльной системе: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими считали те результаты, когда у оперированных больных общее состояние продолжало оставаться стабильным, операции проходили без осложнений. К удовлетворительным результатам относили ухудшение состояния больных с незначительными послеоперационными осложнениями (лигатурные свищи и др.). Неудовлетворительными результатами считали летальные исходы и возникновение значительных осложнений, как в процессе операции, так и в послеоперационном периоде.

Из таблицы №16 видно, что все оперированные больные имели положительные результаты без летальных исходов. Однако при использовании зонтичного лапаролифта для расширения брюшной полости у больных было меньше осложнений в три раза, уменьшение дней лечения в стационаре в пол-

уменьшает тонус и пузыря и сфинктера Одди.

Нервы, приходящие в желчные пути извне, не абсолютно необходимы для регуляции оттока желчи, потому что и после их полной перерезки он продолжается под влиянием аутомоторных ганглиев, собственных нервных центров желчного аппарата, расположенных в толще пузыря и протоков.

Наиболее важной является гормональная регуляция опорожнения желчного пузыря. Когда жирная пища поступает из желудка в дуоденум, слизистая двенадцатиперстной и тонкой кишки выделяют гормоны холецистокинин и секретин. Они всасываются в кровь и вызывают сокращение желчного пузыря с расслаблением мышцы Одди.

Имеются и дополнительные факторы, способствующие опорожнению желчного пузыря и протоков. Сюда относятся давление соседних органов и собственная перистальтика мышцы Одди.

Фармакодинамическая регуляция опорожнения желчи изучалась многосторонне. Из веществ, вводимых в пищеварительный тракт, сильнее всего вызывает сокращения желчного пузыря сернокислый магний, разведенная соляная кислота, оливковое масло.

Морфин и некоторые заменяющие его препараты до 10 минут вызывают спазм сфинктера Одди, терминального отдела холедоха и второй части двенадцатиперстной кишки с ослаблением мускулатуры желчного пузыря и увеличения тонуса сфинктера Люткенса. Атропин расширяет выход из холедоха в дуоденум и ускоряет истечения желчи.

Холелитиаз

Определение

Желчнокаменная болезнь (cholelithiasis) является хроническим полиэтиологическим заболеванием, обусловленным генетически-конституциональным предрасположением с нарушением нейро-гуморальной и гепатобилиарной саморегуляции обменных процессов в организме с дискинезией желчевыводительной системы.

Исторические данные

О желчных камнях было известно еще врачам глубокой древности. Долгие годы их использовали как украшение для людей. При вскрытии трупов Гален находил камни в желчном пузыре. Достоверно установлено, что желчные камни, кроме людей встречаются у многих животных (обезьян, коров, свиней, гусей, и др.)

Впервые желчные камни у человека описал в XIV веке Жентиль де Фолиньо (Gentile de Foligno). Первый трактат по этому вопросу написан Сильватикусом (Sylvaticus) в 1314 году. По свидетельству Morgagni (1760), исследователями положившими изучение холелитиаза, следует признать Vater, Benevieni (1420), Vesalini (XVI в.). Подробное описание желчных камней и клинической картины за-

Следует обратить внимание на тот факт, что все холецистэктомии производились нами (М.А. Дудченко) с использованием малоинвазивной хирургии – эндовидеолапароскопическим методом. При этом в качестве расширителя брюшной стенки применялись пневмоперитонеум (карбоксиперитонеум) - 6 чел и механический разработанный нами аппарат – зонтичный лапаролифт - 22 чел

В хирургической практике для увеличения объема брюшной полости из перечня пневмоперитонеума предпочтение отдают карбоксиперитонеуму потому, что углекислый газ дешевле, доступен, быстро всасывается брюшиной, не поддерживает горение, безвреден для персонала, быстро растворяется при попадании в кровеносное русло. Однако резорбция углекислоты большой поверхностью брюшины создает высокую концентрацию ее в крови, что ведет за собой снижение сократительной функции миокарда, ухудшает предсердно-желудочковую проводимость, снижает артериальное давление, повышает тонус блуждающего нерва, снижает обменные процессы в организме и т.п. Это ограничивает использование его особенно у лиц пожилого и старческого возраста, а также страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой и легочной систем, и опасны развитием тяжелых осложнений, сопровождаемых ИМ, недостаточностью кровообращения, флеботромбозом и т.д. Поэтому большинству больных применялся зонтичный лапаролифт, который не обладает свойствами углекислоты и позволяет применять эндовидеолапароскопическую холецистэктомию более широкому кругу больных, в том числе и перенесших инфаркт

обследованных уменьшилась амплитуда зубца Т, а у 7 увеличилась продолжительность отрезка Q-T и величина систолического показателя.

О наличии стенокардии у больных свидетельствовали классические ангинозные боли, снимающиеся нитроглицерином и отсутствие изменений в крови, характерных для ИМ, а также отрицательная реакция коронарных артерий на физическую нагрузку по данным велоэргометрии.

Клинические проявления ИМ сопровождались ангинозной (16 чел), астматической (2 чел), гастралгической (5 чел), аритмической (3 чел) формой и полной атриовентрикулярной блокадой (1 чел). У всех больных ИМ имело место классические изменения в крови и на ЭКГ.

При объективном исследовании были выявлены положительные симптомы патологии желчного пузыря. Нередко, как больные ИМ, так и стенокардией, отмечали дискомфорт в области эпигастрия с болевым ощущением в правом подреберье, хотя при детальном обследовании у всех больных кроме конкрементов в желчном пузыре другой существенной патологии в пищеварительной системе не определялось.

Все наблюдаемые нами больные с холецистолитиазом, поступившие в хирургическое и гастроэнтерологическое отделение, кроме 10 чел, подверглись холецистэктомии. Указанные 10 больных были выписаны домой с рекомендациями проведения холецистэктомии, которая была осуществлена им на протяжении года.

Из 50 больных с ИБС и ЖКБ холецистэктомия была проведена только 28 чел, среди них с ИМ было 7 и со стенокардией – 21 больной.

болевания, вызванной ими, представил в 1760 году Дж. Морганьи (Morgagni). Он впервые обратил внимание на изменения самого желчного пузыря при холелитиазе. В 1814 году Шеврель (M.Chevreul) исследовал и назвал холестерином вещество, из которого состоят желчные камни. Gembjhaeh (1856 г.) считал воспаление желчного пузыря причиной камнеобразования. Указанная точка зрения особенно была развита в 1892 году Б.Наунином и П.С.Иконниковым (1915 год). Однако Aschoff и Bachmeister (1909 год) установили возможность образования камней в стерильной желчи. Бушард (Ch.Bouchard) в 1882 году обнаружил изменение обмена веществ и конституционального фактора в развитии холелитиаза. Согласно существовавшим теориям продукты воспаления - слизь, пласты эпителия и др. являются основой для агрегации составных частей желчи и образования желчных камней. В 1885 году В.В. Пашутин объяснил образование желчных камней высоким содержанием в желчи труднорастворимого холестерина и малым количеством веществ, удерживающих его в растворе. Л. Ашофф и Бакмейстер (A.Bakmeister) в 1909 году установили роль застоя желчи в процессе камнеобразования. Исследования русских хирургов, М.П. Кончаловского (1930) и А.Л. Мясникова (1949) внесли значительный вклад в развитие представлений о желчнокаменной болезни.

Частота и распространенность

Желчнокаменная болезнь является распространенным заболеванием, хотя характеристика истинной заболеваемости чрезвычайно трудна в связи с

тем, что у значительного числа людей болезнь протекает латентно. Отмечено, что в отдельных странах Европы она достигает почти 40 % (Швеция) в то время как на Африканском континенте среди аборигенов заболеваемость менее 1%, а у некоторых племен вообще отсутствует.

По данным клинических наблюдений [69] в послевоенный период заболеваемость населения увеличивается в два раза каждые 10 лет. Все статистики свидетельствуют, что «каменная» болезнь поражает людей, начиная с 16-20 лет. Так, по Керу в 70-летнем возрасте конкременты находят у каждого третьего. Среди больных примерно в 6 раз преобладают женщины, по сравнению с мужчинами. Интересно отметить, что у молодых девушек желчные камни встречаются редко, и в этом отношении, особой разницы между молодыми девушками и юношами не отмечается.

Достоверными являются патологоанатомические данные: камни в желчных путях, по исследованиям Мадьяра (J. Magyar), обнаруживают в 10 – 20% всех вскрытий в Европе. После 40 летнего возраста этот показатель достигает 25%, а после 70 лет - 50%. В то же время Кароли пишет, что если подсчет производится по протоколам секций, то цифры могут оказаться преуменьшенными, так как на вскрытии желчные пути не всегда исследуются достаточно тщательно. Когда исследования производились специально во время секций, то получали более высокие цифры: Фил (Phul) -15%, Свед Хансен (Svend Hansen) -25%, Крамп (Crump) даже 32% [87].

Характерным является то, что если во время войны число больных холелитиазом резко сокращалось, то за последние годы заболеваемость резко возросла

них оказался несколько замедленным (до 60 ударов в минуту) и только у 5 отмечалась небольшая тахикардия (80-90 ударов в минуту). Границы сердца (преимущественно левая), определяемые перкуссией, оказались в некоторой мере, расширенными у 58 больных; расширение левой границы до 1 см было отмечено у 46 больных, а на 1,5 см. и более – у 23 чел. У 83 больных при аускультации на верхушке сердца определялась приглушенность первого тона. Непостоянный нежный систолический шум на верхушке сердца выслушивался у 63, у 6 больных определялась экстрасистолия.

Артериальное давление у большинства больных (79) оказалось нормальным. Лишь у небольшого числа больных (21 чел) отмечена гипотония (17 чел) или гипертония (4 чел).

Существенные изменения со стороны сердца у 46 больных были выявлены с помощью электрокардиографического метода исследования. Так, у 16 больных наблюдалась синусовая брадикардия, на фоне которой у 3 больных была отмечена синусовая (дыхательная) аритмия и у 3 больных – желудочковая экстрасистолия. У 41 больного выявлено изменение формы зубца Р в двух или во всех стандартных отведениях в виде зазубренности, расщепления и двухфазности, у 25 больных – деформация зубца R, чаще в III отведении, у 19 – изменение зубца Т (инверсия, двухфазность) преимущественно в III отведении. Отрезок Q-T у 28 больных превышал норму до 0,10 секунд, а увеличение систолического показателя наблюдалось у 33 больных. У 24 больных электрическая ось сердца была отклонена вправо, у 22 – влево. При дозированной физической нагрузке у 17 из 28

иногда с нарушением ритма.

Всем больным, которые поступили в хирургическое отделение и 32 больным, переведенным к ним из гастроэнтерологического отделения произведена лапароскопическая холецистэктомия. 10 больных после лечения в гастроэнтерологическом отделении были выписаны с улучшением домой и на протяжении года 7 чел были оперированы с положительным результатом.

Лечение больных, поступивших в клиники, проводилось по стандартным схемам.

Больным ИБС назначались следующие группы лекарственных средств: нитраты (нитро, кардикет), поляризирующая смесь (глюкоза, инсулин, панангин), антикоагулянты (гепарин, фраксипарин) антиагреганты (клопидогрель, кардиомагнил), β -адреноблокаторы (атенолол, пропранолол) или блокаторы кальциевых каналов (амлодипин, веропамил) и симптоматические препараты.

Больным ЖКБ вводились: анальгетики (метамизол, промедол), спазмолитики (платифиллин, дротаверин); проводилась предоперационная подготовка и холецистэктомия. При необходимости назначались симптоматические средства, в т.ч. коронаролитики.

Из 100 больных ЖКБ 52 чел фиксировали внимание на болевые ощущения в области сердца. Часть больных (39) отмечали тупые и колющие боли в области сердца, возникновение которых часто совпадало с усилением или появлением болей в правом подреберье. Кроме болевого синдрома отмечены одышка (7 чел) и сердцебиение (12 чел) или перебои в работе сердца (9 чел).

При исследовании больных ЖКБ пульс у 22 из

и продолжает увеличиваться. В Украине в 2004 году впервые зарегистрировано 39008 больных желчнокаменной болезнью, в 2005 – 39797 лиц. Основным и единственно правильным «лечебным средством» в лечении холелитиаза является хирургический метод. В Украине по поводу желчнокаменной болезни прооперировано в 2004 году 28443, а в 2005 году – 30369 больных [155]. Холецистэктомия стала наиболее частой в мире операцией после аппендектомии. Число операций на желчных путях также неуклонно растет с каждым годом, что связано с увеличением частоты развития желчнокаменной болезни и улучшением диагностики холелитиаза. Вместе с этим увеличивается и количество летальных исходов. Около 6 тыс. человек ежегодно умирает от причин, связанных с осложнениями желчнокаменной болезни, в том числе проводимых по этому поводу оперативных вмешательств [154]. Однако появилась надежда на более благоприятное качество лечение пациентов желчнокаменной болезнью.

Этиология

Как видно с исторического обзора научных исследований о причине развития холелитиаза, можно сделать общий вывод, что действительно желчнокаменная болезнь представляет собой заболевание всего организма с местным проявлением его в виде конкрементов желчных путей. Если это страдание организма в целом, то надо искать многообразие этиологических и патогенетических факторов в его развитии. Действительно, в возникновении болезни следует учитывать прежде всего возраст, пол, бере-

менность и др. В то же время издавна желчнокаменную болезнь описывают, как болезнь людей полных, склонных к перееданию. Однако, С.П. Федоров (1934) отрицал распространенное мнение о том, что «обильный стол предрасполагает к желчнокаменной болезни», так как эта болезнь встречается несомненно у «полных и худых, богатых и бедных, слабых и сильных». Несмотря на это, все же нельзя отрицать, что избыточное питание играет определенную роль в возникновении данной болезни. Значение сидячего образа жизни в этиологии желчнокаменной болезни, хотя и бесспорно, но также преувеличено, так как она встречается и у лиц тяжелого физического труда.

Наследственность является фактором, предрасполагающим к желчнокаменной болезни. Желчные камни довольно часто встречаются у многих членов одной и той же семьи и в различных ее поколениях, особенно по женской линии. Это заболевание чаще наблюдают у людей гиперстенической конституции. Ей свойственны и некоторые особенности обмена веществ, в частности более высокий уровень холестерина в крови. Желчные камни нередко комбинируются.

Сочетание желчнокаменной болезни с некоторыми заболеваниями, сопровождающимися повышением уровня холестерина в крови (атеросклероз, ожирение и др.) указывает на важное значение холестерина фактора. Об этом свидетельствует гиперхолестеринемия при беременности, которая в известных условиях предрасполагает к образованию желчных камней. У многих рожавших женщин конкременты встречаются часто. По данным Шофара у 51% женщин печеночные колики появились во время беременности и у 25% – после родов.

це), но и в нисходящем варианте – абдоминальном. Примерами могут служить такие заболевания как инфаркт миокарда (ИМ), стенокардия, клиника которых может проявляться ангинозной, астматической, абдоминальной (гастралгической, панкреатической, желчной, кишечной) и другими формами, когда больные неоправданно подвергаются оперативным вмешательствам. Это часто встречается в связи с трудной диагностикой между прободной язвой желудка или 12-ти перстной кишки и гастралгической формой ИМ особенно задней стенки.

Нами изучены характер симптомокомплекса ЖКБ сопровождаемой синдромом коронарной недостаточности и абдоминальной формой ИБС с определением принципа лечения больных с сочетанной патологией.

Под наблюдением находилось 150 больных ЖКБ и ИБС в возрасте от 35 до 70 лет. Среди них мужчин было 71 и женщин 79 с длительностью заболевания от трех часов до 10 лет. 100 больных ЖКБ лечились в отделениях гастроэнтерологического хирургического (58) и терапевтического (42) профиля и 50 больных в кардиологии.

При поступлении в клинику всем больным проводилось обследование в полном объеме соответственно стандартам с использованием субъективных, объективных, лабораторных и инструментальных методов исследования.

ИБС сопровождалась ИМ у 27 чел и стенокардией – у 23 чел У всех больных клинически и с помощью УЗИ были выявлены камни в желчном пузыре.

У больных ЖКБ кроме калькулеза в желчном пузыре отмечены периодические боли в области сердца

у больного ЖКБ и ИБС, возникающих, как правило, на фоне атеросклероза. Особенно рельефно эти два заболевания проявляют себя во время приступа желчной колики, при которой могут возникать болевые ощущения в области сердца вплоть до стенокардии. В некоторых случаях боли могут даже являться эквивалентом желчной колики. На это обстоятельство особое внимание обращал С.П. Боткин, который сам страдал ЖКБ и испытываемые им боли в области сердца упорно связывал с заболеванием желчного пузыря.

В своих классических лекциях о желчной колике, С.П. Боткин в 1888 г. подчеркивал, что «...нередко cholelithiasis выражается в явлениях, сосредотачивающихся преимущественно в области сердца. Так, я заметил, что в особенности в тех случаях, где передвижение камня совершается в ductus cysticus, вы нередко не услышите жалоб на расстройство пищеварения, боль, вздутие живота и т.п., но больной будет жаловаться преимущественно на приступы болей в стороне сердца, идущие с ясным изменением его функции, аритмией, затруднением дыхания и т.д., одним словом, с ясной картиной стенокардии, обращающей на себя внимание разве только тем, что такой приступ продолжается гораздо более долгое время: 8-10 часов вместо 1/2 часа или нескольких минут; а после нескольких таких приступов больной ваш вдруг пожелтеет. Но исследуйте его внимательно с самого начала, и вы убедитесь, что печень увеличена, желчный пузырь болезнен и т.д., а затем через некоторое время откроете и конкременты в испражнениях».

Следует обратить внимание и на тот факт, что указанная патология может проявлять себя не только в восходящих симптомах (желчный пузырь – серд-

По мнению А.М. Ногаллера (1991) к развитию желчекаменной болезни предшествуют беременность (у 77,5 % всех больных женщин), нерегулярное питание (53,4 %), малоподвижный образ жизни (48,5 %), избыточная масса тела. (37,8 %) и т.д.

Чистые холестериновые камни доказывают, что в основе желчнокаменной болезни, по крайней мере, некоторых форм, лежит холестериновый диатез. В действительности повышение содержания холестерина в крови отмечается не во всех случаях желчнокаменной болезни.

Между содержанием холестерина в пище и нахождением его в крови и желчи нет строгого количественного соответствия. По данным Ширея желчь при холелитиазе содержит не увеличенное, а даже уменьшенное количества холестерина. Возможно, что это явление зависит от осаждения содержания холестерина в желчи, в которой он находился в состоянии нестойкого коллоидного раствора.

При холелитиазе значение имеет не столько повышенная концентрация холестерина в желчи, сколько то, что холестерин в желчи периодически перестает удерживаться в растворе и выпадает. Так как свойством удерживать холестерин в растворе обладают в сильной степени желчные кислоты (холевая и хенодезоксихолевая), то было высказано мнение, что при желчнокаменной болезни холестериновые сгустки образуются, главным образом, вследствие недостатка в желчи желчных кислот и фосфолипидов, которые на 90% в желчи составляет лецитин (глицериды, фосфорная кислота и холин).

В желчи, полученной на операционном столе у лиц, не имевших желчных камней, соотношение

между холестерином и холатами равно 2:1, при наличии камней – 13:1, при остром холецистите – 3:1. Холестерин выпадает в виде кристаллического осадка, как только в желче уменьшаются желчные кислоты (холаты). Такой же эффект получается и при прибавлении к желчи белков и некоторых жировых веществ. Следовательно, при желчнокаменной болезни следует учитывать и так называемую дисхолию, т.е. нарушение состава желчи, выделяющейся функционально измененной печенью. Желчные камни часто образуются у лиц, перенесших в прошлом гепатит, или больных хроническим гепатитом, принимавших противозачаточные средства, эстрогенные гормоны, при болезнях кишечника, беременности и т.д.

Важным фактором в образовании желчных камней является застой желчи. Причинами его могут служить аномалии желчного пузыря и желчных путей, рубцевания язвы 12-перстной кишки, дуодениты, беременность и др., приводящие к сдавлению устья общего желчного протока и ухудшению оттока желчи. Но наиболее существенным фактором, приводящим к застою, как главному условию образования камней, является функциональное нарушение желчного аппарата, которое называется *дискинезией*, относящейся больше к проблеме неврозов. По причине нейрогормональных изменений происходит дисфункция моторно-эвакуаторной деятельности желчевыводящей системы, проявляющейся гиперили гипомоторным состоянием желчного пузыря, вплоть до его атонии, и гиперкинезом сфинктера Одди. Гипотония создает благоприятные условия для скопления осадка кристаллоидов в желчных путях.

(группа тетрациклина), ферментные (мезим, фестал) и симптоматические препараты.

Разработка профилактических мер по возникновению жёлчекаменной болезни и калькулёзных холециститов и совершенствование методов удаления конкрементов в жёлчных путях сократят необходимость выполнения холецистэктомии, а следовательно, и послеоперационных осложнений – постхолецистэктомического синдрома (болезни).

ЖКБ и коронарный синдром

Если желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является, в основном, хирургической проблемой, то коронарная недостаточность касается главным образом кардиологов. Однако, как в первом, так и во втором случаях, при определенных условиях, указанные патологии могут относиться к этим специальностям и в обратном направлении. Так, например, холецистэктомия (ХЭ) устраняет только продукт ЖКБ, а сама болезнь продолжается и требует дальнейшего консервативного лечения, в тоже время хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС) при стенозировании коронарных сосудов вынуждает кардиохирургического вмешательства с последующим лечением больного, как кардиологом, так и кардиохирургом ради спасения его жизни.

Нередко два конкурирующих заболевания у одного и того же больного находятся в тесной взаимосвязи и при некоторых условиях обуславливают тяжесть состояния, не позволяя больному не только выполнять свою работу, но и пользоваться нормальной для него жизнью. К таким болезням относятся сочетание

стакан воды “Миргородская” без газа. Лечь на правый бок на теплую грелку на 30 минут. Затем завтрак (100-150 грамм творога + стакан настоя шиповника).

Санаторное лечение проводится на курортах Миргорода, Трускавца и других, с питьевыми минеральными водами.

Таким образом, с ростом среди населения заболеваний желчного пузыря, главным образом за счет распространения желчекаменной болезни, увеличивается число холецистэктомий, которые нередко приводят к функциональным и органическим расстройствам гепатохоледоходуоденопанкреатической системы. Современные методы диагностики, высокая квалификация хирургов-гепатологов и лечебные возможности позволяют свести до минимума возможность постхолецистэктомического синдрома. Для этого необходимо ранее определение патологии желчного пузыря, подлежащего к удалению, выявление сопутствующих заболеваний гепатодуоденопанкреатической зоны и лечить их в качестве предоперационной подготовки, мастерски проводить лапароскопическую холецистэктомию с использованием инвазивного контроля в желчных путях. При выполнении операции предусмотреть возможность возникновения функциональных и органических расстройств как связанных с производимой операцией, так и не связанных с хирургическим вмешательством, и включить в алгоритм своих действий ряд мер профилактического и лечебного характера. При возникновении постхолецистэктомического синдрома осуществлять терапию с использованием режима лечения, диеты, спазмолитиков и желчестимуляторов. При необходимости применять антибиотики

Инфекция может способствовать или ускорять формирование камней, изменять их тип, дать им основу, но не является обязательной. Она попадает в желчевыведительные пути гематогенно или лимфогенно, а также из нижнего дуоденального отрезка общего желчного протока, где почти всегда у здоровых людей можно обнаружить присутствие микроорганизмов, например кишечной палочки. Обычным препятствием для проникновения ее вглубь желчных путей является непрерывный отток желчи и сфинктер Одди. Как только отток нарушается, т.е. возникает застой желчи, создаются благоприятные условия для распространения инфекции по слизистым желчных протоков и желчного пузыря.

Микроорганизмы, в первую очередь кишечная палочка, выделяет фермент β -глюкуронидазу, которая трансформирует растворимый конъюгированный билирубин в нерастворимый конъюгированный и находясь в избытке, взаимодействуя с ионами кальция, образует кальция-билирубинат – компонент пигмента желчных кислот.

Таким образом, происхождение желчнокаменной болезни – процесс весьма сложный, в котором играют роль многие факторы, конечным результатом которых является желчнокаменный диатез с литогенной желчью, застой желчи в желчных путях с выпадением в осадок кристаллоидов и изменение коллоидных структур желчи, в том числе обусловленные и инфекцией, которые становятся цементирующим веществом кристаллоидов в формировании желчных камней.

Подтверждением изложенного может служить целый ряд экспериментальных исследований. Одну

из первых экспериментальных моделей создал П.С. Иконников (1915 г.). В результате перевязки пузырного протока у собак с введением у полость пузыря кишечной палочки и других микробов, развивался гнойный холецистит, а через 3-4 месяца образовывались желчные камни. Другие исследователи использовали иные методы с применением инфекционного агента, с нарушением функции сфинктера Одди, с созданием асептического застоя желчи, с введением в полость желчного пузыря инородного тела, с нарушением иннервации желчного пузыря, с кормлением холестерином, с применением неполноценного питания и т.д.

Естественно все разработанные модели образования желчных камней в эксперименте нельзя считать желчнокаменной болезнью поскольку они носят изменения сугубо локального характера, однако каждое исследование является подтверждением отдельных факторов в системе камнеобразования в желчных путях.

Патогенез

В основе механизма развития желчнокаменной болезни до сих пор служат высказанные еще в прошлом веке суждения, которые можно обобщить в следующем виде:

– значение воспаления и инфекции – Мекель Гемсбах (Meckel Hemsbach 1856), С.П.Боткин и Б.Наунин (1892).

– значение стаза желчи и нарушения холестерина обмена (дискразии) – Ашоф и Бакместер (1909), Наунин (1923), Аояма (Aoyama). Торинум (Торинум) и др.

терапия проводится по показаниям возникших осложнений, именуемых постхолецистэктомиальным синдромом.

В принципе режим жизни пациентов после холецистэктомии должен соответствовать здоровому образу жизни с некоторым щажением в первые 7-10 дней и расширением его до индивидуальных возможностей нормального жизненного обитания.

Питание необходимо соблюдать в пределах полноценного сбалансированного набора продуктов с 5-6 кратным приемом пищи, ограничивая, по личностным особенностям, употребление жирных и жареных блюд в первый месяц.

Медикаментозные препараты в целях профилактики и лечения постхолецистэктомиального синдрома применяются на протяжении первого месяца.

Но-шпу рекомендуется принимать по 1 таблетке 3 раза в день после еды 15 дней, затем по 1 таблетке 2 раза в день 10 дней и по 1 таблетке на ночь 10 дней

Пангрол (мезим, фестал) – по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды 15 дней

Лосек (омез) – по 1 капсуле 2 раза в день 7-10 дней

Эспумизан (симетикон) – по 1-2 таблетки (капсулы) 3 раза в день до еды за 30 минут.

Энерлив – по 2 капсулы 3 раза в день после еды 30 дней

Берлитион – по 1 таблетке 2 раза в день до еды 30 дней

Ливергол 70 (140 мг) – по 1 капсуле 3 раза в день 30 дней

Слепое зондирование необходимо проводить через 30 дней после операции. утром натощак выпить 2 таблетки но-шпы и 20 мл 25% раствора магнезии на 1

что для выполнения операции при этих условиях необходимо использовать комплексное интрамуральное исследование.

Профилактикой постхолецистэктомического синдрома является выявление патологии у пациентов проведением комплексного до- и, особенно, интраоперационного исследования гепатопанкреатохоледоходуоденальной зоны, в первую очередь печеночных и общего желчного протока. Предоперационной подготовкой пациентов до операции должно служить предварительное лечение всех сопутствующих заболеваний и предусмотреть консервативную профилактику их обострений, как во время операции, так и в реабилитационный период. К профилактике хирургических дефектов операции, являющихся одной из причин постхолецистэктомического синдрома, относятся: бережное отношение к тканям во время хирургического вмешательства, хорошие знания топографии печеночных и общего желчного протока с учетом вариантов аномалий их расположения.

Лечение больных обычно зависит от причин, вызвавших необходимость удаления желчного пузыря и сути постхолецистэктомического синдрома. Если они не связаны непосредственно с произведенной операцией и обусловлены заболеваниями других органов, то следует проводить соответствующее их лечение. При условии поражения органов билиопанкреатодуоденальной зоны во время холецистэктомии в большинстве случаев приходится производить повторное оперативное вмешательство на желчных путях.

Консервативное лечение пациентов после удаления желчного пузыря сводится к щадящему питанию, приему спазмолитиков и желчегонных. В остальном

Однако С.П.Федоров (1934) писал, что ни одна из существующих теорий “не решает полностью вопроса о камнеобразованию”; Он считал, что “основное значение инфекции, застой желчи и холестеринемии надо считать вполне установленным”. На первое место он выдвигал “дискразию” и застои. Дискразии он предавал “главенствующее” значение, понимая ее широко, т.е. не только гиперхолестеринемии, но и как всякое нарушение обмена в организме, влекущее за собой нарушение электрического заряда, изменение концентрации Н-ионов, а вместе с тем и химического равновесия коллоидов, благодаря которым держатся в растворе камнеобразующие вещества.

Следовательно, нет такого патологического процесса в печени и желчных путях, который всегда обуславливал бы возникновение в них камней. Ни инфекция, ни застой желчи, ни какие-либо другие патологические процессы сами по себе таким свойством не обладают. Они, конечно, играют большую роль в образовании и особенно в последующем росте камней, но не следует видеть в нем основное. Нельзя все сводить к процессам, происходящим только в желчной системе. Основное – это жизненные процессы, происходящие во всем организме, находящиеся в зависимости от особенностей данного организма и влияющих на него условий, от изменений в его состоянии. Процессы, в частности и биохимические, протекающие при камнеобразовании в печени и желчных путях, составляют только часть изменений, совершающихся во всем организме, и эту часть нельзя рассматривать как нечто самодовлеющее, происходящее вне зависимости от всего организма [87].

Исходя из изложенных предпосылок, механизм

камнеобразования в желчных путях можно представить следующей схемой. Под влиянием разнообразных внешних и внутренних факторов, указанных в обзоре причин возникновения желчнокаменной болезни и других еще не раскрытых влияний, происходят нарушения нервно-гуморальной регуляции липидного обмена с изменением холато-холестеринового соотношения вследствие уменьшения желчных кислот и моторной функции желчных путей в форме гипер- или гипокинетических дискинезий образованием камней. Литогенное состояние желчи при гипомоторной дискинезии желчных путей является благоприятным условием для выпадения кристаллоидов и образования их осадка в желчном пузыре. Перенасыщение желчи кристаллами изменяет еще больше ее коллоидное состояние, а раздражение кристаллами слизистой желчного пузыря способствует возникновению катаррального воспаления и гибели фагоцитарных клеток с выпадением лизосомальных ферментов. Накопление белковых структур в желче с ферментативной активностью приводит к изменению рН в кислую сторону с образованием кристаллоидно-коллоидных субстанций. Белковые вещества являются склеивающим фактором в образовании камней. Ядром, вокруг которого формируется конкремент, могут служить мицеллий (мельчайшие частицы коллоидных структур), миелоподобные образования (эмульсия капелек жира с холестерином или билирубином), везикулы, наполненные холестерином, или еще недостаточно установленные образования. Вокруг ядра формируется камень путем кристаллизации и перекристаллизации первичной, вторичной и т.д. по типу формирования любых камней в природе,

органов, множественные физиологические эффекты гастро-интестинальных гормонов и других биологически активных веществ способствуют вовлечению в патологический процесс других органов при поражении одного из них. С точки зрения клиницистов, существенным является выделение отдельных нозологических форм болезней при поражении органов в системе пищеварения, обусловленных холецистэктомией. В связи с этим, поскольку в терминологии синдром состоит из симптомов, а не болезней, а болезни из синдромов, то логично при удалении желчного пузыря возникающие болезни в других органах называть не «Постхолецистэктомический синдром», а «Постхолецистэктомической болезнью». Такое название возникшей патологии может помочь клиницисту в диагностике и выборе рациональной терапии сочетанных заболеваний.

Как профилактика, так и лечение постхолецистэктомических болезней должны быть комплексными, консервативными, с индивидуальным подходом, а хирургическое вмешательство можно использовать только при абсолютных показаниях, к которым относятся холестаза и желчепотери, обусловленные гепатохоледохолитиазом, стенозирующим процессом печеночных и общего желчного протока или болезнью сосочка двенадцатиперстной кишки, хронический индуративный панкреатит, полные наружные свищи. Относительными показаниями служат: упорный болевой синдром при отсутствии явных признаков нарушения проходимости желчевыводящих протоков; тяжелые сопутствующие заболевания при частичном или проходящем нарушении пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. Естественно,

ществляется за счет блуждающих нервов, чревных нервов и интрамуральных нервных сплетений. Нервные стволы, иннервирующие двенадцатиперстную кишку, имеют густую сеть анастомозов с нервными стволами печени, желчного пузыря с общим желчным протоком и поджелудочной железой. Желчные пути снабжаются кровью из тех же самых источников, что и другие органы гепатопанкреатодуоденальной системы – печеночной артерии и верхне-задней панкреатико-дуоденальной артерии. Лимфатическая система внепеченочных желчных путей прямо связана с печеночными лимфатическими путями, лимфатической системой двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. Эти связи имеют представляющее значение в возникновении различных патологических состояний, в том числе и после холецистэктомии. Многочисленными исследованиями доказано рефлекторное воздействие с желудочно-кишечного тракта на деятельность желчного пузыря (вид и запах пищи) и эмоциональное влияние на выход желчи в кишку. В регуляции деятельности органов дуоденогепатохоледохопанкреатической зоны важное место принадлежит гормональной (гуморальной) активности гастроинтестинальных гормонов (секретин, холецистокинин-панкреозимин, гастрин, глюкагон), биологически активным аминам (гистамин, серотонин, адреналин, норадреналин), кейлонам, простагландинам, эндорфинам и т.д.

Таким образом, единый эмбриогенез, тесные анатомо-топографические взаимоотношения органов дуоденохоледохогепатопанкреатической зоны, общность крово- и лимфообращения и иннервации, многосторонний взаимосвязанный контроль этих

в том числе почечных, зубных и др.

В зависимости от преобладания форм кристаллоидов в желче камни встречаются холестериновые, пигментные (билирубинат кальция), белковые, углекислого кальция или смешанные.

Патологическая анатомия.

Желчный пузырь содержащий конкременты у некоторых больных может быть совершенно не измененным. У большинства же больных патологические нарушения при желчнокаменной болезни связаны с процессами, ведущими к образованию желчных камней, наличием их в желчном пузыре и желчных протоках, а также с миграцией камней по системе желчевыводящих протоков и закупоркой их.

Малоизмененный желчный пузырь нередко встречается, когда конкременты не причиняют никаких расстройств и обнаруживаются случайно. Чаще при желчнокаменной болезни пузырь подвержен патологическим изменениям. Они развиваются, с одной стороны, под влиянием постоянного или чаще периодического нарушения его опорожнения, а с другой – под влиянием инфекции и воспаления. Сплошь и рядом эти факторы сочетаются.

Периодическое или постоянное перерастяжение пузыря с увеличением его размеров ведет к атрофии края печени над пузырем – от давления на нее. Паренхимные элементы в этом месте исчезают. В печени нередко образуется очень глубокая вырезка, печеночный край над пузырем резко истончается, пузырь здесь как бы «возвышается» над диафрагмальной поверхностью печени.

Длительное присутствие в желчном пузыре камней у людей без наличия клинической картины желчнокаменной болезни чаще всего сопровождается увеличением размеров пузыря и наличием в нем воспалительных изменений. Пузырь приобретает белесоватый цвет. Стенки его утолщаются за счет субсерозного слоя. Под брюшиной иногда появляется значительное отложение жировой ткани, особенно ближе к шейке.

Картина гистологических изменений по И.В. Давыдовскому, характеризуется для желчнокаменной болезни появлением так называемых ходов Лушки – разрастание гладких мышц и слизистых желез желчного пузыря. Ходы выстланы призматическим эпителием, достигают мышечной оболочки и субсерозной основы пузыря, способствуют проникновению инфекции и являются, по мнению некоторых авторов, причиной камнеобразования. Существенным является наличие внутристеночных холестериновых гранулем. Они возникают вследствие язвенно-некротических поражений стенок желчного пузыря и проникновения в мышечную оболочку желчи, составные элементы которой оказываются замурованными фиброзной тканью в толще мышечного слоя. Гранулемы локализуются, как правило, в теле и шейке желчного пузыря.

Пузырный проток при желчнокаменной болезни нередко подвергается значительным изменениям как в результате прохождения по нему мелких конкрементов, так и вследствие вовлечения его в воспалительный процесс. При обтурации его в области шейки пузыря возникает водянка или эмпиема последнего. Сам пузырный проток подвергается атро-

пищеварительной системы, в связи с погрешностями в питании и здоровом образе жизни, наблюдались кратковременные их обострения. И только у 1,7% возникновение диспепсии без видимой причины можно связывать с постхолецистэктомическим состоянием. Отсутствие у исследуемых пациентов возникновения послеоперационных расстройств, обусловленных погрешностью операций и обострения хронических заболеваний пищеварительной системы в ранний период после удаления желчного пузыря, на наш взгляд, связаны с использованием малоинвазивной лапароскопической хирургии с применением зонтичного лапаролифтинга, профессионализмом оперирующей бригады, и не менее важным – дисциплинированностью пациентов выполнения программы послеоперационной этапной реабилитации.

Дискуссионным продолжает оставаться вопрос принадлежности к постхолецистэктомическому синдрому обострения заболеваний пищеварительной системы, которые до операции находились в состоянии ремиссии. На наш взгляд, все вновь возникшие и хронические заболевания в стадии ремиссии с обострением после операции следует относить к постхолецистэктомическому синдрому.

Возникновение постхолецистэктомического синдрома, не связанного с производимой операцией, обусловлено нарушением нейрогормональной регуляции, крово- и лимфообращения со снижением иммунологической защиты, тесно взаимосвязанных между собой печени, желчевыводящих путей, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. Эти органы в эмбриогенезе являются производным первичной кишечной трубки. Иннервация их осу-

их выписать из стационара на амбулаторное лечение с соответствующими рекомендациями. Из них 9 пациентов уехали на санаторно-курортное лечение в Трускавец, Миргород, Зеньков.

На протяжении месячного наблюдения и исследования через год после холецистэктомии установлено, что 9 пациентов, которые после операции лечились в санаториях, чувствовали себя практически здоровыми людьми, придерживаясь щадящего режима питания. 32 пациента жили обычной прежней жизнью, избегая злоупотребления пищей. 13 пациентов иногда ощущали дискомфорт в животе, который легко устраняли приемом рекомендованных лекарств. И только у 5-ти пациентов спустя 4-6 месяцев после холецистэктомии возникли обострения, имевшихся у них заболеваний пищеварительной системы, которые вынудили провести амбулаторное лечение. У одного пациента без видимых причин возник синдром диспепсии.

После удаления желчного пузыря у 10% пациентов возникли следующие расстройства желудочно-кишечного тракта: гастродуоденит у 5%, диспепсия у 3,3%, колит у 1,7% пациентов. Эти заболевания проявлялись легким течением и в короткий период (3-5 дней) устранялись.

Следовательно, у пациентов, которым по показанием проведена эндовидеолапароскопическая холецистэктомия с использованием механического расширителя брюшной полости, прошедших лечебную предоперационную подготовку с этапной постоперационной реабилитацией, послеоперационные расстройства в организме не отмечены. У некоторых пациентов, которые имели до операции заболевания

фическим изменениям – он становится более узким и тонкостенным. Иногда, когда при этом имеется значительный склерозирующий процесс клетчатки печеночно-дуоденальной связки, такой атрофичный пузырный проток очень плотно спаивается с печеночным протоком и плохо различается на фоне его стенки.

В некоторых случаях, при свободно проходимом пузырном протоке, нередко приходится наблюдать толстостенный, укороченный, с большим просветом пузырный проток со сглаженными клапанами в нем, возможно, от неоднократного прохождения конкрементов.

Конкременты общего печеночного протока и холедоха значительно чаще наблюдаются в пожилом возрасте при длительном анамнезе желчнокаменной болезни. Появляются они там, как правило, выходя из желчного пузыря, и имеют диаметр 2-3 мм. В холедохе эти конкременты «растут» благодаря оседанию на них пигмента и солей. Возникновение первичного камня в холедохе встречается значительно реже.

Большая часть камней холедоха располагается в самой широкой его части над двенадцатиперстной кишкой. Холедох, при холедохолитиазе, резко расширяется. Стенка его воспалена, отечна, гипертрофирована. Описаны случаи, когда холедох достигал толщины соответствующей тонкой кишки и диаметр его доходил до 4-5 см. Камни в протоках часто очень подвижны и легко перемещаются (флотирующий камень). Камни могут лежать в образованной дивертикулообразной нише, практически не нарушая отток желчи и не мешая зонду проходить в дуоденум. При obturации протока возникает механическая желтуха.

Внутрипеченочный литиаз встречается, по многим авторам, в очень широких пределах: от 0,38 до 18%, в среднем он составляет 4-5%.

При макроскопическом исследовании паренхима печени может выглядеть без изменений в том случае, когда внутрипеченочных камней немного и желчные ходы не инфицированы. При хроническом процессе, с повторными ангиохолетическими приступами, паренхима проявляет признаки фиброза с желчным застоном образуя на поверхности белесоватую фиброзную «паутину». Когда конкременты находятся в расширенных желчных протоках в непосредственной близости от глиссоновой капсулы печени, паренхима может иметь сосочковый вид, создавая впечатление опухолевых метастазов.

Камни могут быть одиночными и множественными, доходя иногда до превращения одной из долей, обычно левой, в набитый камнями мешок.

Классификация холелитиаза

До настоящего времени существенной классификации холелитиаза не существовало. А между тем состояние патологии диктует ее необходимость. Ведь в современных условиях жизни людей довольно быстрыми темпами распространяется желчнокаменная болезнь, которую справедливо считают сейчас «болезнью века», болезнью цивилизации.

Классификация, прежде всего, необходима для более полного представления о больном и болезни, сформулированной в диагнозе, патогенетической терапии и хирургического лечения.

На наш взгляд, классификацию холелитиаза можно сформулировать в следующем варианте:

цистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Мужчин было 24, женщин – 36, в возрасте от 27 до 65 лет с длительностью заболевания до 7 лет. Всем лечившимся в клиниках академии проводились в полном объеме клинко-лабораторное и инструментальное исследование, где была установлена желчекаменная болезнь с множественным калькулезным холециститом у 47 лиц и хронический калькулезный холецистит у 13 лиц. Воспаление желчного пузыря находилось в стадии ремиссии.

Исследуемые имели сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистой системы у 16 пациентов, бронхо-легочной – у 6, пищеварительной – у 47, мочеполовой – у 3, эндокринной – у 2 пациентов. Среди них 11 пациентов имели по 2-3 сопутствующих заболеваний. У 13 пациентов, кроме калькулезного холецистита, другие заболевания отсутствовали. Перед операцией 21 пациент прошли стационарное лечение, обострившихся у них заболеваний, которое служило предоперационной подготовкой, 7 лиц самостоятельно принимали лекарственные препараты в профилактических целях, чтобы избежать обострения заболевания. Всем пациентам выполнена эндовидеолопароскопическая холецистэктомия с использованием зонтичного лифтинга. У 3 пациентов, имевших и гипертоническую болезнь, в конце операции возник гипертензивный криз легкой степени, который легко купирован гипотензивными и седативными средствами.

У всех 60-ти пациентов, которым проведена холецистэктомия, хирургическое вмешательство, как во время операции, так и в ближайший период, протекало без осложнений, что позволило через 3-5 дней

зультатов после холецистэктомии составляет 11,9%. К ним относятся заболевания близлежащих органов в виде различных по интенсивности болей, диспепсических расстройств, симптомов поражения общего желчного протока (обтурационная желтуха, холангит) и другие заболевания, наступающие сразу или через некоторое время после операции.

Функциональные расстройства и морфологические изменения в рядом расположенных органах, к которым относятся двенадцатиперстная кишка, печень, желчевыводящие пути и поджелудочная железа, обусловлены тем, что пищеварительная система генетически, топографически и функционально тесно связаны между собой. Эти органы не только близки по местонахождению в брюшной полости, но и тесно взаимодействуют между собой при пищеварении и распределении питательных веществ. Поэтому заболевания или удаления одного из этих органов, в зависимости от характера и степени тяжести поражения, могут нарушить гармоничное взаимодействие в пищеварительной системе и нанести существенный вред пострадавшему пациенту.

Как свидетельствует литература, изучению состояния организма после удаления желчного пузыря уделяется недостаточно внимания, а имеющиеся сведения по этому поводу весьма противоречивы. Это касается, как терминологии, относящейся к «Постхолецистэктомическому синдрому», так и его сущности.

Нами изучены частота и характер патологических состояний в организме после удаления желчного пузыря и варианты их профилактики и лечения.

Исследование проведено на 60-ти пациентах, которым проведена эндовидеолапароскопическая холе-

Холелитиаз (chole – желчь, lithias – каменная болезнь)

1. Болезнь:

- желчнокаменная болезнь
- конкременты желчных путей

2. Возникновение:

- первичное
- вторичное

3. Локализация конкрементов:

- желчный пузырь
- пузырный проток
- печеночный проток
- холедох
- внутripеченочная
- смешанная

4. Количество конкрементов:

- единичные
- несколько
- множественные

5. Величина конкрементов:

- мелкие (от до 5 мм)
- средние (от 0,5 см до 1,5 см)
- крупные (от 1,5 см до 7 см и более)

6. Состав конкрементов:

- холестериновые
- пигментные (билирубинат кальция)
- белковые
- углекислого кальция
- смешанные

7. Течение:

- бессимптомное
- легкое
- средней тяжести

- тяжелое

8. Фаза:

- обострения
- ремиссии

9. Осложнения:

- пролежни
- перфорация
- водянка
- эмпиема
- холецистит
- холангит
- реактивный гепатит
- желтуха
- другие

Характеризуя представленную классификацию, следует указать, что холелитиаз может проявляться желчнокаменной болезнью, как первичное заболевание организма в целом с проявлением его образованием камней в желчной системе или конкрементами, которые могут быть как первичными, так и вторичными, возникшие вследствие изменения местных процессов (инфекция, аномалии, инородные тела и др.)

Конкременты, как продукт заболевания организма, носящий общий или местный характер, могут локализоваться как в печени, так и в желчевыводящей системе. При этом они могут быть единичными и множественными, мелкими и крупными, различного физико-химического состава, или носить смешанный характер.

Клинические проявления болезни, как правило, носят индивидуальные особенности, и имеют различную степень тяжести течения и фазу проявления

вативной терапии язвенной болезни с последующей холецистэктомией.

Имеют место определенные трудности диагностики сочетанной патологии (ЯБ и ЖКБ) в связи с нередким бессимптомным течением одного из заболеваний.

Особенностями клинического течения сочетанных заболеваний пищеварительного тракта является преобладание симптомов заболевания, обострение которого более выражено в данный период.

Оптимальными методами лечения сочетанных заболеваний для ЯБ является предложенная консервативная терапия с применением «дипромака», а ЖКБ – лапароскопическая холецистэктомия с использованием «зонтичного» лапаролифта. Рекомендовать лечение и реабилитацию таких больных на курорте Трускавец, где используются минеральные воды, позволяющие одновременное лечение различных заболеваний ЖКТ.

Учитывая сложные патоморфологические и патофизиологические изменения в организме больных с сочетанием ЯБ и ЖКБ, актуальным остаётся дальнейшее изучение этиологии и патогенеза, совершенствование диагностики и разработка более современных принципов лечения и тактики ведения больных данной категории.

ЖКБ и постхолецистэктомический синдром

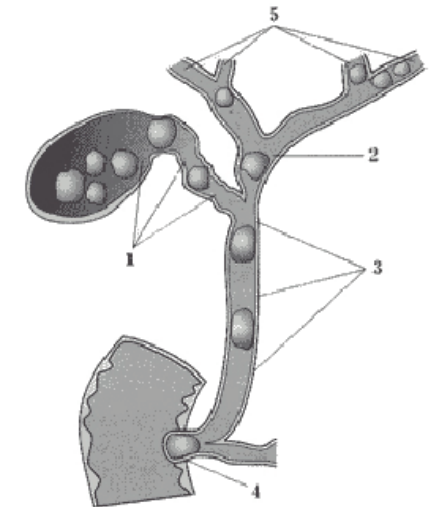
Постхолецистэктомический синдром характеризуется совокупностью патологических состояний в организме после удаления желчного пузыря. По сводной статистике число неудовлетворительных ре-

ной и пониженной кислотности желудочного сока преобладала гипокинетическая дискинезия желчных путей, а при повышении кислотообразования чаще наблюдалась гиперкинетическая дискинезия.

Безусловно не подлежит сомнению, что патологические изменения при дискинезии желчных путей происходят главным образом в сфинктерном аппарате. Это явление подтверждают исследования Ф. И. Комарова с сотр. (1983), в которых был установлен нормальный тонус сфинктера Одди только у 37 из 103 больных с дуоденальным ulcerогенезом. Почти с одинаковой частотой встречалась гипертония сфинктера Одди при ускоренном, замедленном и нормальном опорожнении желчного пузыря. Гипотония сфинктера Одди и Люткенса отмечались преимущественно при ускоренном опорожнении желчного пузыря (у 24 из 31 больного), тогда как гипертоническое состояние сфинктерного аппарата более свойственно замедленному опорожнению пузыря (у 24 из 45 больных).

Таким образом, сочетание язвенной и желчно-каменной болезни нередко встречаются среди пациентов с патологией ЖКТ. Своими патоморфологическими и патофизиологическими изменениями отягощают взаимосвязанное их течение, усиливая страдания больных. В клинической картине преобладают симптомы заболевания, обострение которого более выражено в данный период. В то же время наличие сочетанной патологии (ЯБ и ЖКБ) способствует прогрессированию и усугубляет патологический процесс в каждом из пораженных органов. Клинически оправданной при сочетанной патологии является предложенная тактика предварительной консер-

болезни, сопровождаясь разнообразными осложнениями или протекать бессимптомно с выявлением камней при исследовании больного по поводу других заболеваний или на секционном столе.



- 1 – конкременты желчного пузыря и пузырного протока
- 2 – конкременты общего печеночного протока
- 3 – конкременты общего желчного протока
- 4 – вклиненный камень Фатерова соска
- 5 – конкременты внутрипеченочных протоков

Конкременты

Желчные камни у разных людей, а изредка у одного и того же человека различны по своему составу, форме, цвету, консистенции, размерам, количеству. Они могут располагаться в печени, внепеченочных протоках, желчном пузыре, пузырном протоке. Самая частая локализация их – желчный пузырь, самая редкая – внутрипеченочная – не больше 1%.

Желчные камни могут быть самых разных размеров – от «песчинки» до больших конкрементов, являющихся полным слепком желчного пузыря, имеющих в длину 6-8 и толщину 3-7 см. Самые большие камни весят 20-30 г. В литературе описаны уникальные желчные камни весом в 50, 70 и 80 г.

Когда камни множественные, они чаще бывают разной величины, при этом нередко можно разделить их в отношении размеров на несколько групп, значительно отличающихся одна от другой, т.е. нет постепенных переходов между ними. С.П. Федоров удалил желчный пузырь, который содержал 20 тысяч камней: один с лесной орех, несколько десятков с чечевицу, несколько сотен с зерно гречихи, несколько сотен с просяное зерно. А остальные с булавообразную головку. На 94,1% камни состояли из холестерина и пигмента, остальные 5,9% составляли минеральные соли.

Песок может встречаться вместе с большими камнями. Песок и гравий состоят из билирубина и извести. Вместе со сгустившейся желчью они иногда образуют в желчных протоках и пузыре замазкообразную массу желто-бурого цвета, нередко с коричневатым оттенком.

По составу желчные камни делятся на холестериновые, пигментно-холестериновые, сложные холестерино-пигментно-известковые, пигментные и известковые.

Холестериновые камни состоят в основном из холестерина с незначительной примесью белка, извести и пигмента. Эти камни чаще округлой формы, белесовато-желтого цвета, гладкие, легкие, плавают в воде, легко горят и сгорают без остатка. На распиле в центре камня иногда располагается пигментное ядро, от которого радиально расходятся кристаллы холестерина. Чистый холестериновый камень может превратиться в пигментно-холестериновый и холестерино-пигментно-известковый, однако центральная часть его всегда состоит из чистого холестерина.

Сложные холестерино-пигментно-известковые

холецистолитиазу. Такого мнения придерживаются и другие авторы.

Следует подчеркнуть, что у преобладающего большинства больных сочетанное заболевание протекало упорно, длительно и с относительно частыми обострениями. Нередко первично возникшие заболевания уходило на второй план в рубрику сопутствующей болезни, а вторично проявившееся заболевание становилось основной болезнью, что приводило к изменению плана лечения больного.

Причинами торпидности течения сочетанных заболеваний являлись как усиление взаимосвязанных органических изменений, так и дополнительно включающиеся патологические процессы. Так, в ряде случаев перигастриты и перидуодениты распространялись на желчный пузырь. На присоединение этих перипроцессов указывали изменения болевого синдрома, который становился более длительным с локализацией в правом подреберье. Сращения иногда вызывали перегибы и стриктуры, которые нарушали отток желчи и создавали условия для инфицирования билиарного тракта.

Существенную роль в симптомокомплексе сочетанных ЯБ и ЖКБ играла вегетодистония. Дискинезии желчных путей изменяли клиническую картину болезни. Так, у больных с ulcerogenezom и холецистолитиазом, у которых преобладали синдромы ЯБ с присоединением гиперкинетической дискинезии боли вначале локализовались преимущественно в правом подреберье иногда с иррадиацией в правое плечо и четко связывались с приемом жирной пищи, хотя до этого жиры облегчали боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, что характерно для ЯБ. При нормаль-

втором случаях, на наш взгляд, являлась следствием перевозбуждения терморегулирующего центра обусловленной вегетативной реакцией. Возникновение лейкоцитоза с тенденцией к нейтрофильной реакции со сдвигом влево и ускорение СОЭ свидетельствовало о возникновении воспалительных процессов как в самих органах, так и вокруг них в виде перипроцессов.

Что касается инструментальных исследований, то в недалеком прошлом ведущее место в диагностике придавали рентгенологическому методу. Как выяснилось позже, примерно в 30-35% случаев, имеющиеся в желудке язвы не обнаруживаются рентгенологически, несмотря на достаточную их глубину. Поверхностные же язвы, захватывающие только слизистую, естественно, выявляются при рентгенологическом исследовании еще реже. То же относится и к рентгенологической диагностике ЖКБ. Лучшими методами диагностики в настоящее время являются фиброгастродуоденоскопия для ЯБ и УЗИ-для ЖКБ, хотя методы диагностики постоянно совершенствуются.

Развитие сочетанной патологии органов пищеварения часто возникало под воздействием одних и тех же этиологических факторов практически одновременно. В других случаях по мере прогрессирования патологического процесса к заболеванию одного органа присоединялось поражение второго, третьего, вследствие чего страдала в той или иной степени вся пищеварительная система в целом. Определенно утверждать, какая патология была первичной, а какая вторичной в каждом отдельном случае не представлялось возможным. Все же просматривается тенденция, что дуоденальный ульцерогенез предшествовал

камни – наиболее частый вид желчных камней. В подавляющем большинстве они множественные и имеют разнообразную форму. Величина их колеблется от просяного зерна до куриного яйца, цвет от белесовато-сероватого до черного. На распиле эти камни имеют концентрическое строение. Ядро их состоит из пигментов и холестерина. Иногда поверхность конкрементов шероховата с белесоватыми очагами. Чаще всего эти камни развиваются на фоне воспалительных процессов в стенках желчного пузыря и протоков, что в общем-то воспалительный компонент в этом случае не является обязательным.

Пигментные камни чаще всего образуются вследствие застоя желчи в печени, внепеченочных желчных путях. Наблюдаются они и при гемолизе. Как правило, они множественные, мелкие, диаметром до 1-1.5 см, мягкой консистенции. На разрезе гомогенные, буровато-черного цвета. Зачатки этих камней образуются во внутривнутрипеченочных желчных ходах в виде белковой основы, желчных пигментов и незначительной примесей известковых солей (микролиты), которые могут являться основой пигментно-известковых камней желчных протоков и пузыря.

Известковые камни – плотные белесоватые бугристые образования, возникающие вследствие воспаления, когда десквамированные фрагменты эпителия пропитываются известковыми солями. Эти конкременты встречаются очень редко.

Все желчные камни имеют белковый остов. Его импрегнируют и на нем кристаллизуются выпадающие из желчи холестерин, соли кальция и пигмент. Эта основа очень нежна и едва определяется в чистых холестериновых камнях, образующихся при нали-

чии воспаления в желчном пузыре, когда в его содержимом имеется много белковых веществ.

Таблица 1
Типы жёлчных камней человека: частота и локализация (по Leuschner, 1987)

Тип	Состав	Частота	Локализация
Холестериновые камни	75% холестерина, пигменты, известковые соли, муцины, белки.	70-90% всех камней желчного пузыря	Желчный пузырь и общий желчный проток
Сложные камни	Тот же что и выше, но с выражено меньшим содержанием холестерина	20%, с возрастом увеличение частоты	То же, что и выше
Кальцибилирубиновые камни (так называемые коричневые пигментные камни)	Менее 30% холестерина, много билирубината кальция	60% всех камней общего желчного протока после операции	Общий желчный проток; редко – желчный пузырь
“Черные пигментные камни”	Чёрный пигмент, муцины, белки	5-30%	Желчный пузырь; редко – общий желчный проток

Клиническая картина

Холелитиаз чаще протекает совершенно бессимптомно. Подавляющее большинство людей с камнями в желчном пузыре (75-90%) и в холедохе (около 20%) не имеют никаких связанных с этим расстройств. Нередко желчные камни впервые обнаруживаются на вскрытии или при случайных исследованиях, произведенных по другому поводу. Ощупывание такого желчного пузыря совершенно безболезненно. При латентных камнях желчного пузыря могут иметься самые различные патологоанатомические изменения. Камни могут быть различного состава, единичные и множественные, подвижные и не смещающиеся, совершенно не нарушающие функцию желчного пузыря. Последний может быть почти нормальным, а с другой стороны, изменения в нем весьма тяжелыми.

полностью снимает его. Точно также приемы соды не оказывают заметного болеутоляющего эффекта при ЖКБ. Пигментация кожи от грелок при ЯБ локализуется в подложечной области, при ЖКБ – в правом подреберье. В пользу преобладания обострения ЖКБ говорит то, что при пальпации после болевого приступа отчетливо проявляется болезненность области желчного пузыря. При этом может иметь значение и то обстоятельство, что в отличие от обострения ЯБ, при котором имеющаяся болезненность уменьшается постепенно, при ЖКБ она нередко исчезает в течение нескольких часов или дней после приступа желчной колики.

Определенное значение в характеристике сочетанных заболеваний имеет желудочная секреция. При ЯБДПК и хроническом калькулезном холецистите рН желудочного сока, как правило, повышался значительно, нередко до более выраженных цифр, особенно при длительном течение болезни. ЖКБ сопровождалась низкими значениями рН-метрии. Для сочетанных заболеваний закономерным являлось сохранение рН желудочного сока в пределах нормальных цифр (рН-1,5-2). В этом процессе, надо полагать, существенная роль принадлежит местным рефлексным и гормональным взаимосвязям.

При неосложненных ЯБ и ЖКБ температура тела, как правило, была нормальной. Однако при ЯБ у некоторых больных отмечалось незначительное монотонное повышение температуры, обычно не превышающей 37,3-37,5°. Редко при желчной колике температура кратковременно повышалась до 40° С, при нормальных показателях крови. Температурная реакция подобного типа, как в первом, так и во

наоборот, как правило, чувствуют облегчение. При ЖКБ и холецистите чаще бывают тупые боли более постоянного характера, не связанные столь остро с временем приема пищи, а при приступах желчной колики характерны внезапно наступающие весьма интенсивные боли, отдающие в правое плечо и лопатку. При обострении обоих заболеваний одновременно картина боли носит характер острого живота без четкой локализации, хотя при щадящем объективном исследовании можно определить более выраженные симптомы конкретного патологического процесса.

Поведение больного во время болевого приступа также имеет свои особенности. При желчной колике больные чаще всего не могут лежать спокойно, они мечутся в постели в поисках такого положения, при котором боли уменьшались бы, в то время как язвенные больные, принимают чаще вынужденное, нередко «скрюченное» положение, с ногами, подтянутыми к животу, обычно остаются некоторое время неподвижными. Кроме того, боль при ЯБ, за исключением перфорации, не достигает такой интенсивности, требующей инъекции морфина или омнопона, что весьма часто имеет место при желчной колике. Положение больного при обострении сочетанной патологии также зависит от заболевания, симптомы которого преобладают. Чаще поведение больного в постели сменяется то возбуждением, то адинамией, однако реальное устранение болевого синдрома возможно на фоне адекватной консервативной терапии или оперативного вмешательства.

Рвота при ЖКБ обычно неукротимая и не облегчает болей, в то время как при ЯБ, появляясь на высоте болевого приступа, заметно облегчает или даже

Для определения тактики ведения и лечения больного холелитиазом необходимо провести полное всестороннее изучение, для чего необходимо использовать все методы клинической диагностики, к которым относятся субъективные, объективные и лабораторно-инструментальные исследования. К этому необходимо глубоко знать клиническое течение эпидемической болезни, которая имеет свои особенности в проявлении симптомов и синдромов индивидуально у конкретного больного.

Клиника жёлчнокаменной болезни проявляется тремя вариантами: доклиническая или физико-химическая, латентная или бессимптомная, камненосительство и клинически выраженная.

Доклинический вариант протекает бессимптомно в течение многих лет. У больных при этом варианте клинические проявления отсутствуют. Печень продуцирует литогенную желчь – перенасыщенную холестерином и с уменьшенным содержанием в ней желчных кислот и фосфолипидов (лецитина). Распознать такой вариант желчнокаменной болезни можно на основании следующих признаков:

1. Наследственная отягощённость по желчнокаменной болезни;
2. Наличие клинических и лабораторных проявлений нарушенного обмена веществ, в частности холестеринового обмена, ожирение, сахарный диабет, подагра, гиперлиппротеинемия, ксантомадоз;
3. Обнаружение признаков литогенной пузырчатой желчи: она перенасыщена холестерином, в ней уменьшено содержание лецитина, фосфолипидов,

жёлчных кислот, обнаруживаются холестериновые «хлопья», кристаллы и их преципитаты («песок»), нарушение мицеллярных свойств желчи, изменяющийся индекс литогенности;

Индекс литогенности – частное от деления количества холестерина, находящегося в исследуемой жёлчи, на максимальное количество его, которое может быть растворено при данном соотношении жёлчных кислот и фосфолипидов (лецитина). Для определения индекса литогенности существуют специальные таблицы М.С. Сачец. Желчь считается литогенной, если индекс литогенности больше 1.

И.Д. Мансурова и М. Шоджонов (1975) использовали для определения литогенности жёлчи реакцию экспериментального образования камней по Маки и Сузуки. К 10 мл нативной жёлчи прибавляют 0,5 мл 0,08 % раствора бетта-глюкоронидазы (100 ЕД) и инкубируют в термостате при температуре 36.6°C в течении 48 ч. При этом выпадает осадок различного цвета и плотности в зависимости от химического состава и степени литогенности жёлчи. К полному объему инкубованной смеси добавляют 0,5 мл 0,5% раствора кальция карбоната, 0,5 мл 0,5 % раствора альбумина и 0,5 мл 0,5 % раствора кальция хлорида. В течении 10 мин пробирку вращают и на сутки вновь помещают в термостат.

Проба расценивается как положительная (т.е. жёлчь считается литогенной) при выпадении плотного осадка в виде песка или камня, которые не растворяются при встряхивании.

Латентный вариант или бессимптомное камне-носительство характеризуется теми же литогенными физико-химическими изменениями жёлчи и сфор-

мические явления, которые по числу больных занимали среднее место по сравнению с больными ЯБ и ЖКБ раздельно взятыми.

Таблица 15

Частота симптомов при различных заболеваниях (в %)
Особенностями клинического проявления соче-

Симптомы	ЯБ	ЖКБ	Сочетание ЯБ и ЖКБ
Боли в области эпигастрия	44	58	74
Тошнота	28	46	48
Изжога	61	31	42
Отрыжка	56	47	49
Рвота	44	28	36
Анорексия	10	29	21
Запоры	43	41	43
Поносы	8	19	26

танных заболеваний являлась зависимость их от преобладания степени выраженности обострившегося заболевания (ЯБ, ЖКБ) и характеризовались теми симптомами и синдромами, которые сопровождают течение отдельно взятой патологии.

Боль относится к характерному основному клиническому синдрому как для ЯБ, так и для ЖКБ (калькулезному холециститу). Однако болевые ощущения при этих заболеваниях имеют определенное различие. Если для боли связанной с ЯБ будет четко выражена связь ее возникновения с приемом пищи, особенно острой, то при ЖКБ такие боли сравнительно редки, кроме того, они обычно усиливаются после приема жирной пищи, в частности сливочного масла, от которого язвенные больные,

центре к концу 3-го дня терапии болевые и диспепсические явления значительно уменьшились или совсем прекратились, а к 6-му дню у всех больных вообще исчезли. Начиная с 3-5 дня язвы продолжали эпителизироваться и к 10-15 дню полностью зарубцевались. Больные чувствовали себя практически здоровыми и переводились в хирургическую клинику для холецистэктомии. Через 3-5 дней после операции выписывались для реабилитации в домашних условиях и спустя 1-2 месяца направлялись на санаторно-курортное лечение.

В отдаленный период через 3-6 месяцев после операции все 97 больных продолжали свой обычный жизненный режим с некоторым ограничением пищевых продуктов соответственно диетам № 1 и 5, находились на диспансерном учете и в медицинской помощи не нуждались.

Для сравнения особенностей клинического течения ulcerогенеза и холелитиаза, а также сочетания этих заболеваний у одного и того же больного, были проанализированы по 100 историй болезни больных, которые лечились в ГЭ центре и хирургической клинике.

Распределение больных по клиническим признакам представлено в ниже следующей таблице.

Представленная таблица свидетельствует о том, что при ЯБ у больных преобладают симптомы диспепсического характера, на втором месте болевой синдром, затем запоры. У больных ЖКБ больше беспокоили боли в области правого подреберья, меньше диспепсические явления, затем анорексия и поносы. У больных с сочетанными заболеваниями больше беспокоили боли в области эпигастрия без выраженной локализации, менее выраженными были диспеп-

мировавшимися конкрементами с бессимптомным течением.

Подавляющее большинство людей с камнями в жёлчном пузыре. Не меньше 75-90 % из них, и около 20 % людей с камнями в холедохе не имеют никаких связанных с этим расстройств. Нередко жёлчные камни впервые обнаруживаются на вскрытии или случайно при исследованиях, произведённых по другому поводу. Ощупывание такого жёлчного пузыря совершенно безболезненно. Это связано с неодинаковой болевой реакцией различных зон жёлчного пузыря на нахождение в них конкремента.

Обычно выделяют три зоны:

- «немая» зона – дно и тело жёлчного пузыря (нахождение в ней камня не вызывает болевых ощущений в отсутствие воспаления слизистой оболочки);
- зона умеренной чувствительности – шейка жёлчного пузыря и прилегающая к ней часть его тела (перемещаясь в эту зону, камень вызывает нарушение оттока жёлчи; сокращения жёлчного пузыря сопровождается умеренными болями);
- зона резкой болезненности (зона протоков) в месте нахождения в протоках конкрементов возникает спазм, сопровождающийся ишемией стенки, нарушением оттока жёлчи, растяжением вышележащих отделов протоков, гиперперистальтики, что является причиной боли и усиления спазма (порочный круг), продолжающихся до отхождения конкремента, сгустка слизи или введения спазмолитиков.

При латентных жёлчных камнях могут иметь место различные патологоанатомические проявления. Камни могут быть различного состава, единичные и

множественные, подвижные и не смещающиеся, совершенно не нарушая функцию жёлчного пузыря, или, наоборот, при уже не функционирующем пузыре. Последний может быть почти нормальным, а с другой стороны изменения в нём – весьма тяжелыми.

Нередко приходится видеть пожилых людей, никогда не имевших никаких расстройств со стороны жёлчных путей, у которых внезапно появляются осложнения жёлчнокаменной болезни, которая раньше, может быть, в течении десятилетий, ничем себя не проявляла. Расстройство иногда возникает с переходом камней в холедох. Первым проявлением заболевания нередко является внезапно возникающая полная обтурационная желтуха.

Клинически выраженный вариант характеризуется тремя формами клинического течения:

- диспепсическая;
- болевая торпидная;
- болевая приступообразная (жёлчная колика) [17].

Диспепсические расстройства могут быть единственным проявлением жёлчнокаменной болезни. Они могут быть очень небольшими и весьма значительными, периодическими или постоянными. Иногда они существуют много лет, а потом к ним присоединяются боли, приступы печеночной колики или какие-нибудь другие осложнения. Диспептические расстройства могут наблюдаться и у больных с выраженной клинической картиной жёлчнокаменной болезни и холецистита в интервалах между приступами. Расстройство появляется в разное время после еды, чаще через 20-30 мин и длится час-два, даже три. Имеется тягостная отрыжка, нередко упорная, звучная, частая, усугубляющаяся аэрофагией, а за-

од обострения имели в желчном пузыре камни, которые были или впервые выявлены или их наличие подтверждено с помощью УЗИ. Следовательно, в ГЭ центре лечились 71 больной с сочетанным активным ульцерогенезом и холецистолитиазом. Среди них у 49 больных преобладали симптомы ЯБ, а из остальных 22 больных у 12 чел заболевание проявлялось характерными признаками для холелитиаза, у 6 больных патологический процесс сопровождался болями и диспепсическим синдромом, у 4-х заболевание протекало бессимптомно и было выявлено только с помощью УЗИ и ФГС. Все больные с наличием язв подвергались комплексной консервативной терапии, в состав которой входили: режим лечения №2, диета №1 и 5, антибиотики: амоксициллин, кларитромицин; блокаторы протонной помпы: ланзап или оmez, дипромак, галстена, симптоматические препараты.

Послеоперационным больным с зарубцевавшимися язвами в плане реабилитации в ГЭ центре проводилось лечение: режим №3, диета № 1 и 5, галстена, дипромак, симптоматические препараты.

14 послеоперационных больных, которые сначала поступили в хирургическое отделение с ЖКБ и зарубцевавшимися язвами, переведены в ГЭ центр, где в результате 3-5 дневной реабилитации и контрольных исследований были выписаны со значительным улучшением для продолжения восстановительного лечения в поликлинических условиях с рекомендацией приема бутылированных минеральных вод или направления их на бальнеологические курорты с питьевыми минеральными водами для санаторного лечения.

У 71 больного язвенной и желчнокаменной болезнью под влиянием консервативного лечения в ГЭ

ни в желчном пузыре. При ФГС выявлено рубцовые изменения в пилородуоденальной зоне у 14 чел и ЯБ ДПК у 22 больных.

Все 12 urgentных больных прооперированы в ближайшие часы. Больным с желчной коликой (4 чел) проведена лапаротомическая (3 чел) и лапароскопическая (1 чел) холецистэктомия. Urgentным больным с ЯБ (8 чел) проведено при перфорации (1 чел) и кровотечении (2 чел) ушивание язвы 12- перстной кишки. Резекция желудка по Бильрот -1 осуществлена при язвенном кровотечении 1 больному и 2 больным с перфорацией язвы ДПК, остальным больным (2 чел) проведена операция по Бильрот- 2. Одному больному одномоментно выполнены холецистэктомия и ушивание язвы. Больным (14 чел), у которых были обнаружены рубцовые изменения ульцерогенеза и холецистокалькулез, после кратковременной подготовки, произведена холецистэктомия с переводом в ГЭ центр для продолжения реабилитации и наблюдения за состоянием слизистой и язвенных рубцов ДПК.

Больные, поступившие в плановом порядке в хирургическое отделение (22 чел) для холецистэктомии с сочетанной ЯБ ДПК в стадии обострения и ЖКБ, были переведены в ГЭ центр для консервативного лечения с последующим, после рубцевания язв, возвращением в хирургическое отделение для оперативного лечения. После холецистэктомии реабилитацию осуществляли в клинике внутренней медицины с продолжением восстановительного лечения по месту жительства и в санаторно-курортных условиях. Все послеоперационные больные выписаны из стационара с положительным результатом.

Поступившие в ГЭ центр 49 больных с ЯБ в пери-

тем – ощущение полноты или давления широко в эпигастрии. Иногда очень беспокоит изжога. Нередко больные жалуются на чрезмерное образование газов в кишечнике. Возникают и усиливаются эти расстройства после определённых видов пищи. Больные плохо переносят жирные, жаренные, острые блюда, яйца и т.д. Отказ от этих блюд часто даёт облегчение. Наряду с качеством и характером пищи, очень большое значение имеет и количество её. Расстройства большие и тягостные после обильных еды и питья.

Болевая торпидная форма характеризуется тем, что больных беспокоят ноющие боли в эпигастрии, правом подреберье. Эти боли, как правило, неинтенсивные, выраженных болевых приступов не наблюдается. Боли усиливаются после нарушения диеты, интенсивных физических нагрузок, психоэмоциональных стрессов, резкой смены погоды, трясовой езды. Характерна иррадиация боли в правую лопатку, плечо, ключицу, правую половину шеи; возможны диспепсические явления, как при диспепсической форме.

Объективное исследование таких больных выявляет зоны гиперестезии в правом подреберье, под правой лопаткой, болезненность в зоне проекции жёлчного пузыря и эпигастрии. Появляются положительные симптомы Мюсси, Ортнера, Мерфи, Кэра, Боткина, Захарьина и др., однако объективно они не резко выраженные.

Возможно развитие астено-невротического синдрома, который проявляется общей слабостью, недомоганием, снижением работоспособности, раздражительностью.

Болевая торпидная форма может длиться долго,

у многих больных она трансформируется в болевую приступообразную форму.

Печеночная колика характеризуется тем, что болевой приступ возникает внезапно, может длиться часами, редко более суток.

Наиболее частыми причинами, вызывающими приступ колики, являются погрешности в диете (употреблении жирной, острой пищи), приём алкоголя, физические и психические перенапряжения.

Следует обратить внимание на клинические особенности течения жёлчнокаменной болезни в зависимости от локализации камня.

Холецистолитиаз по своей клинической симптоматике полностью соответствует вышеизложенной. Наиболее характерным при выраженной форме заболевания является болевой синдром – печеночная колика. Она возникает вследствие спастических сокращений мускулатуры жёлчного пузыря, направленных на то, чтобы протолкнуть камень в пузырный и далее в общий жёлчный проток. Иногда камень действительно выходит из жёлчного пузыря и может быть обнаружен при тщательном исследовании каловых масс. Однако наиболее часто после ликвидации спазма в пузырно-шеечном отделе (самопроизвольно или под влиянием спазмолитических средств) камень проползает обратно в так называемую «немую» зону (тело жёлчного пузыря). После купирования приступа прекращается рвота, нормализуется температура тела, постепенно исчезает боль.

Камни больших протоков могут лежать в холедохе годами, оставаясь более или менее подвижными и не причиняя никаких расстройств. Холедох при этом обычно расширен, отток жёлчи из него свободен. Ког-

заболеваний ульцерогенеза и холецистолитиаза, определение тактики лечения этих больных.

В работе проанализированы особенности одно-временного клинического течения у одного и того же больного ЖКБ и ЯБ 12-перстной кишки (ЯБ ДК) с учетом эффективности отдельных методов их лечения. Под наблюдением находилось 97 больных, госпитализированных в хирургическое отделение в ургентном порядке (12 чел), на плановое лечение (36 чел) и в гастроэнтерологический центр (49 чел) Полтавской областной клинической больницы им. Н.В. Склифосовского с 2006 по 2010 год. Мужчин было 41, женщин – 46 в возрасте от 34 до 70 лет. Длительность заболевания до 6 лет. Все больные обследовались согласно стандартной схемы диагностики. Лечение проводилось консервативное с использованием предложенного нами дипромака (патент на изобретение № 95052208 от 25.12.1996 г.) и хирургическое – эндовидеолапароскопическая холецистэктомия с применением изобретенного нами для увеличения объема брюшной полости «зонтичного лапаролифта» (Патент № 26235 от 10.08.2007 г.).

В направлениях на госпитализацию указывалось только одно заболевание, которое требовало стационарного лечения. В хирургическое отделение поступило 48 больных. Из них в ургентном порядке госпитализировано с перфоративной язвой желудка 1 и 12-перстной кишки 4 больных; с язвенным кровотечением 3 чел и желчной коликой 4 больных. У 36 больных в диагнозе указаны ЖКБ и сопутствующие заболевания гастропатии (12 чел), в том числе перенесенную ЯБ в анамнезе (6 чел). При УЗИ печени и билиарной системы у всех больных обнаружены кам-

ЖКБ и ульцерогенез

В последние годы язвенная болезнь (ЯБ) и желчнокаменная болезнь (ЖКБ) как отдельные нозологические формы являются весьма распространенными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Определение частоты развития сочетанной патологии, в связи с возможностью бессимптомного течения у части больных, остается одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии. По данным многочисленных авторов в развитых странах в течение жизни как одной так, и другой болезнью страдает от 10 до 20 % всего взрослого населения.

Вопросы о взаимоотношения ЯБ и ЖКБ спорны. Ясно только то, что эти два заболевания до некоторой степени являются антагонистами. Действительно, холелитиаз встречается преимущественно у тучных гиперстенического телосложения женщин, тогда как ЯБ – у мужчин с пониженным или нормальным питанием. Не совпадает и возрастные категории больных с соответствующей патологией. Среди страдающих холелитиазом преобладают лица старше 45 лет, а ульцерогенез – удел молодого и зрелого возраста.

При столь существенных различиях в конституциональных и возрастных предпосылках эти заболевания, казалось бы, должны встречаться совместно лишь в порядке случайного совпадения. В то же время в литературе можно найти указания о нередком (от 2% до 11,3%) сочетании ЯБ с билиарной патологией. Нас больше интересовали клинические проявления сочетанной ЯБ и ЖКБ и особенности лечения указанной группы больных.

Изучение клинических особенностей сочетанных

да возникают расстройства, связанные с камнями в жёлчных протоках, то они клинически проявляются различным образом. Иногда это только диспепсические нарушения.

Когда камень застревает в холедохе и ущемляется в нём, он может давать длительные и тяжелые боли, проявляющиеся прежде всего печеночной коликой с последующей лихорадкой, желтухой и острым увеличением печени. Характерной является именно такая последовательность развития симптомов. Можно сомневаться в диагнозе камней холедоха, если появление желтухи предшествовало болевому приступу или вспышке холангита с лихорадкой или если желтуха появилась через много дней после них.

Клиническое течение холедохолитиаза может выражаться только в присутствии острого холангита. Болевой синдром отсутствует. Проявлением холангита является вспыхнувшая инфекция в жёлчных протоках, сопровождается часто высокой температурой с выраженными ознобами и всеми симптомами характерными для тяжелого течения воспалительного процесса в организме.

Выраженная желтуха является наиболее выраженным симптомом для камней жёлчных протоков. Через 8-12 часов от начала приступов печеночной колики заметно окрашивание склер и кожи. Моча становится тёмной. Через 1-2 дня развивается резко выраженная желтуха. Интенсивность её в последующие дни может возрастать. Отмечается брадикардия. Билирубин крови повышается с прямой реакцией. Имеется напряжение мышц брюшной стенки в правом подреберье. Самый характерный признак – это быстрое и резкое увеличение печени. Край печени

тупой и несколько болезненный при ощупывании. Это печень жёлчного стаза, характерная для обтурирующих камней холедоха. Иногда при глубокой пальпации имеется более выраженная болезненность в области жёлчного пузыря, в эпигастрии справа и посредине. Моча становится тёмно-коричневой, в ней определяются жёлчные пигменты и жёлчные соли. Стул обесцвечивается, принимает светло-серую окраску, бледный, липкий, остро пахнущий, зловонный, содержит много жира. Под микроскопом в испражнениях находят капли нейтрального жира, кристаллы жирных кислот и мыл.

У многих больных с самого начала развивается кожный зуд. Нередко, когда стихают сильные боли, он становится их основной жалобой. Особенно беспокоит он ночью, лишает сна. Но и днём зуд их не покидает. Сильнее он на ладонях, пальцах рук, спине, голенях. На коже всегда имеются расчёсы - до крови. С открытием выхода жёлчи в кишечник все явления как-то толчкообразно идут на убыль и вскоре исчезают.

Внутрипеченочный холелитиаз встречается приблизительно у 5 % больных холелитиазом. Обычно внутрипеченочный холелитиаз сочетается с наличием камней в жёлчном пузыре и общем жёлчном протоке.

Развитию камней во внутрипеченочных протоках способствуют застой жёлчи и инфекция в общем жёлчном и общем печеночном протоках.

К основным симптомам внутрипеченочного холелитиаза относятся: боли в области правого подреберья; желтушность; тошнота; горечь и сухость во рту; увеличение и болезненность соответствующей доли печени.

Для верификации диагноза применяют внутрипеченочную холангиографию, УЗИ, а в самых слож-

не восполняется необходимыми знаниями, а больные – квалифицированной медицинской помощью. Особую группу составляют больные с заболеваниями холедоха, сочетающихся с болезнями других органов, которые являются противопоказанными для необходимого оперативного вмешательства по поводу патологии холедоха. Облегчающим фактором для этой цели является использование эндовидеолапароскопических операций с механическим фиксатором передней брюшной стенки (зонтичный лапаролифт), а в консервативной терапии – комплексного этапного лечения с применением фармакологических и природных лечебных средств.

Для хирургического лечения холедохолитиаза у больных с различными заболеваниями, противопоказанными для литотомических и лапароскопических операций с применением карбоксиперитонеума, лучшим вариантом является эндовидеолапароскопическая холелитотомия с использованием механического фиксатора передней брюшной стенки – зонтичного лапаролифтинга.

В консервативном лечении больных с холангитом наиболее целесообразным является комплексная терапия лечебным питанием, медикаментозными препаратами с последующим этапным включением физиотерапии и природных лечебных средств в условиях курорта или некурортной обстановке.

С целью улучшения качества лечения больных патология холедоха как и его билиарной системы требует дальнейшего всестороннего изучения.

тику желчного пузыря, улучшает эвакуацию желчи, при УЗ высокой интенсивности (0,8-1,0 Вт/см²) – понижает тонус желчного пузыря и сфинктеров, расслабляет желчные протоки. Использовали лазерную и магнитотерапию.

В конце обострения переходили на внекурортное применение бутылочных питьевых минеральных вод (Миргородская, Березовская, Моршинская).

Лечение основных или других заболеваний, которые сопутствовали течению обострившегося холангита, проводились по принципу симптоматической терапии, к тому же комплексное лечение холангита оказывало терапевтическое действие на все заболевания, имевшие место у больного. В результате стационарного лечения к концу суток основные синдромы холангита начали исчезать или уменьшаться. Температура нормализовалась на $4,7 \pm 1,1$ суток. Субъективные и объективные симптомы исчезли спустя $5,4 \pm 1,5$ суток. Отклонения в лабораторных исследованиях нормализовались через $6,8 \pm 2,1$ суток. Длительность лечения в клинике составило $7,6 \pm 2,8$ суток. Все больные закончили курс лечения со значительным улучшением и рекомендациями продолжать лечение на курортах с питьевыми минеральными водами или санаторно-курортными факторами во вне курортной обстановке.

Таким образом, среди населения заболевания печени и желчного пузыря неуклонно продолжают прогрессировать, что влечет за собой естественное участие в этом процессе транспортной системы желчи - холедоха. Однако до последнего времени патологии желчевыводящих путей уделяется недостаточно внимания, в связи с чем, практическая медицина

ных случаях – даже операционную холангиографию.

Внутрипеченочные камни встречаются во всяком возрасте, но все же чаще у пожилых людей. Клиническая картина разнообразна. Нередко она бедна симптомами, нет болей, желтухи, значительного увеличения печени. Заболевание открывается случайно, иногда на вскрытии. Наблюдаются больные с тяжелыми расстройствами типичными для желчно-каменной болезни, если камнями закупоривается печеночный проток или холедох: печеночная колика, желтуха, холангит с лихорадкой, ознобами и увеличением печени.

Ятрогенный холелитиаз требует особого внимания. Дело в том, что камни в желчных путях могут возникать не только в результате общих этиопатогенетических факторов, но и по причине врачебных вмешательств как терапевтического, так и хирургического профиля. Нередко, назначая больному лекарственные препараты по поводу определённого заболевания, врачи недостаточно знакомятся с побочными их действиями, принося определенный вред больному, хотя врачебная мудрость гласит: “Не вреди больному!”. Так, для лечения атеросклероза до сих пор назначаются гиполипидемические средства группы фибратов (безафибрат, клофибрат, атромид, фенофибрат, этиофибрат и др.), а между тем как фибраты, так и ингибиторы синтеза холестерина (аторвастатин, ловастатин и др.) имеют много побочных действий. Особенно это касается участия их в камнеобразовании в билиарной системе за счет увеличения секреции холестерина в желчи с уменьшением количества синтезирующих желчных кислот, способствуя образованию литогенной желчи с образованием камней.

Таковыми свойствами кроме упомянутых обладают никотиновая кислота, эстрогенные и противозачаточные гормональные средства, продукты питания, богатые полиненасыщенными жирными кислотами у больных холелитиазом, гипертриглицеремия и лечение голодом, что способствует нарушению функции желчного пузыря с застоем желчи и снижением содержания жирных кислот. Литогенность такой желчи ведёт к камнеобразованию или росту камней у больных желчнокаменной болезнью.

Хирургическая ятрогения в образовании холелитиаза сводится к оперативным вмешательствам как в целях дообследования больных с введением в желчные ходы различных инородных тел (резиновые и пластмассовые дренажи), так и применяемых при лечении с оставленными лигатурами при наложении на разрез общего или печёночного протока. Возникшие структуры после оперативных вмешательства могут вызвать стаз желчи с формированием камней.

Во всех подобных и других случаях с предрасположением к образованию камней в билиарной системе и при использовании литогенных препаратов необходимо в профилактических целях применять препараты хенодесоксихолевой кислоты (хенофальк, хенохол) или урсодесоксихолевой кислоты (урсофальк, урсосан, урсо-100). Возможно их сочетанное применение только в половинных дозах.

Лабораторные исследования

Хотя лабораторная диагностика является обязательной для всех больных холелитиазом, показатели

тифиллина), ненаркотические анальгетики (аналгин 2 мл 50% раствора с димедролом или баралгин, омнопон, дроперидол).

Из антибиотиков назначались препараты, которые проникают в желчь в высоких концентрациях (ампиокс по 0,5 г через 6 часов в/м, метрагил 0,2 г в/в или макролиды, цефалоспорины, флуконазол). С дезинтоксикационной целью применяли 5% раствор глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида, реосорбилакт, желчегонный чай и др. Для повышения общей реактивности организма назначались иммуномодуляторы (иммуномакс, гепон, тималин).

После купирования болевого синдрома, прекращения рвоты и улучшения общего состояния переходили на внутренний прием лекарственных средств с включением урсофалька (0,25 г перед сном) для растворения холестериновых кристаллов и профилактики образования желчных камней, галстену (по 10 капель на столовую ложку воды 3 раза в сутки), как гепатопротектора, проявляющегося в уменьшении выраженности синдрома цитолиза и внутрипеченочного холестаза, нормализации моторной и эвакуаторной функции желчевыводящих путей, устраняющей симптомы диспепсии. Галстена (комплексный гомеопатический препарат) оказывает желчегонное, спазмолитическое, противовоспалительное действие, предупреждает образование камней в желчных путях.

В фазе затухающего обострения назначались физиотерапевтические процедуры ультразвуковой терапии, которая при низкой интенсивности (0,2 Вт/см²) оказывает нормализующее влияние на тонус и кине-

хронического холангита в стадии обострения, имели хронический холецистопанкреатит (6 чел), язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки с хроническим холециститом (3 чел), желчнокаменную болезнь с хроническим холестатическим гепатитом (2 чел), хронический эрозивный гастродуоденит с дуоденогастральным рефлюксом (1 чел).

Обострение хронического холангита протекало на фоне обострения других заболеваний и сопровождалось внезапной рвотой с ознобом, повышением температуры до 39-40° С, выраженной болью в правом подреберье, желтизной склер, умеренной гепатомегалией, подтвержденной УЗИ, лейкоцитозом, ускорением СОЭ, гипербилирубинемией с прямой реакцией. При зондировании некоторых больных в порции «В» желчи определяли лейкоциты на все поле зрения с выделением кишечной палочки или протей, стафилококка.

В период обострения холангита больного переводили на постельный режим. Вместо диеты, которой придерживался лечившийся, назначали только питье теплой жидкости (некрепкий сладкий чай, соки из фруктов и ягод разведенные водой, отвар шиповника, миргородская минеральная вода) небольшими порциями до 3-6 стаканов в день, несколько сухариков. Затем по мере улучшения состояния и уменьшения боли назначалась в ограниченном количестве протертая пища с последующим включением нежирного творога, отварной рыбы, протертого мяса, белых сухарей и переходом на диету №5.

С целью купирования болевого синдрома применяли периферические М-холинолитики (1 мл 0,1% раствора атропина сульфата или метацина, 0,2% пла-

клического анализа не имеют достоверных различий по сравнению с аналогичными показателями у больных без желчнокаменной болезни. Выявленные некоторые изменения в крови обычно связаны с воспалительными заболеваниями желчного пузыря или поджелудочной железы, а также холангитом.

Изменение *биохимических показателей* крови носят более определенный характер. Повышение уровня билирубина, в большинстве случаев за счет его прямой фракции, позволяет подтверждать механическую желтуху. Увеличение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) указывает на изменение печени, вызванное нарушением желчеоттока.

Средние показатели билирубина у больных с холедохолитиазом составляют $56,8 \pm 22,4$ мкмоль/л, а у больных желчнокаменной болезнью не осложненной холедохолитиазом $11,3 \pm 1,2$ мкмоль/л ($P < 0,05$); АЛТ соответственно $1,96 \pm 0,26$ мкмоль/л и $0,32 \pm 0,05$ мкмоль/л ($P < 0,05$); АСТ – $1,21 \pm 0,16$ мкмоль/л и $0,24 \pm 0,04$ мкмоль/л ($P < 0,05$) [49].

Дуоденальное зондирование позволяет получить желчь из двенадцатиперстной кишки (порция «А»), из желчного пузыря (порция «В») и печеночных протоков (порция «С»). Желчь подвергается микроскопированию для характеристики ее плотной части и подсчета форменных элементов. В хирургической практике это исследование не имеет существенного значения и используется при подозрении на воспалительный процесс, паразитарные включения (амебиаз, описторхоз, лямблиоз) и выяснение состава кристаллоидов, из которых состоят конкременты. Чрезмерное внимание к числу лейкоцитов в желчи

приводит к ошибочной диагностике несуществующего холангита, так как заборная олива постоянно находится в двенадцатиперстной кишке и гиперлейкоцитоз в дуоденальном содержимом скорее свидетельствует о дуодените, а не о воспалительном процессе в желчном пузыре и желчных протоках.

Инструментальные исследования

Ультразвуковой метод при обследовании больных холелитиазом занял главенствующее положение при оценке калькулезного поражения вне- и внутрипеченочных желчных путей. В диагностике желчнокаменной болезни УЗИ в настоящее время практически вытеснило пероральную и внутривенную холангиографию. Показаниями к ультразвуковому исследованию служат: предварительные данные клинического, лабораторного и инструментального исследований о наличии конкрементов в печени и протоках у больных калькулезным холециститом и оперированных на желчевыводящих путях; клинические признаки желтухи и повышения уровня билирубина крови, сомнительные и отрицательные результаты рентгенологического исследования; исключение патологии в соседних с желчевыводительной системой органах; определение показаний и оценка эффективности папиллосфинктеротомии и неоперированного удаления камней из желчных протоков через фистульный ход; контроль эффективности консервативного лечения осложнений холедохолитиаза [93].

Выявляемость камней в желчном пузыре достигает 98-99%, в желчных протоках меньше 65-80%, что связано с частым расположением камней в конеч-

менно последовательно проводились сначала холецистэктомия, а затем холедохолитотомия с удалением конкрементов с холедоха. Эндовидеохоледохолитотомия осуществлялась с использованием зонтичного лапаролифтинга поскольку лицам с сопутствующими заболеваниями карбоксиперитонеум был не только не показанным, но даже противопоказанным. Более того, таким больным с указанными сопутствующими заболеваниями непоказанными являлись и литотомические операции.

Следовательно, изучаемые нами больные с наличием конкрементов в желчном пузыре и холедохе с сопутствующими заболеваниями ожирением, сахарным диабетом, гипертонией, коронарной ишемией сердца, сердечной недостаточностью в возрасте старше 50 лет, представляли собой лица с отягощенным состоянием и соответствующим риском для операций, как открытым, так и лапароскопическим с карбоксиперитонеумом методами. В тоже время позволяет утверждать о возможности проведения эндовидеолапароскопических операций на органах абдоминальной области при условии механических расширителей объема брюшной полости с наличием умеренно выраженных сопутствующих заболеваний сердечнососудистой, эндокринной и других систем.

Гарантом успеха подобных операций являются правильный отбор больных, необходимая оснащенность операционных, квалификация оперирующих и сработанность оперирующей бригады.

Консервативная терапия холангитов проводилась комплексно с использованием режима лечения, диеты, фармакотерапии, физиотерапии и санаторно-курортного лечения. Лечившиеся 12 больных, кроме

дохолитиазом. Продолжительность операции в обеих группах лечившихся также была разной. По времени она составляла в первой группе $42,6 \pm 6,1$ минут, а во второй - $31,5 \pm 3,7$ мин с разницей в 10 мин.

В группе больных только с холецистолитиазом и холедохолитиазом длительность болевого синдрома ($1,3 \pm 0,2$ суток), лихорадки ($1,6 \pm 0,4$ суток) после операции была в два раза меньше в сравнении с группой, которая имела сопутствующие заболевания (соответственно: $2,7 \pm 0,3$; $3,5 \pm 0,25$ суток). Активация пациентов после операции наступала также в два раза раньше в первой группе больных ($4,3 \pm 0,6$ часа), чем во второй.

Выписано со стационара с хорошей оценкой 88,5% и удовлетворительной – 11,5% больных.

Экстрагированные из холедоха конкременты по своему виду напоминали камни, содержащиеся в желчном пузыре. Они в основном плотные, часто неопределенной формы, округленны, фесентированы, некоторые легко разрушались при надавливании, иногда с камнями в протоках содержалась желчная «замазка».

Извлечение конкрементов с холедоха способствовало сравнительно быстрому исчезновению желтушности. Какого - либо существенного различия в клиническом течении болезни после устранения конкрементов и желтухи в лечившихся больных не отмечено.

Следует обратить внимание на тот факт, что у всех наших больных холедохолитиаз протекал на фоне холецистолитиаза, который, наиболее вероятно, являлся источником перемещения конкрементов из желчного пузыря в холедох. Всем больным одновре-

ном отделе холедоха, который прерывается головкой поджелудочной железы и газом в двенадцатиперстной кишке.

УЗИ позволяет определить не только наличие камней, но и размеры, форму желчного пузыря, толщину его стенки, что очень существенно при диагностике острого калькулезного холецистита.

УЗИ позволяет в большей степени достоверности определить камни желчных протоков у больных желтухой. При нерасширенных желчных протоках это проблематично [49].

Все авторы, занимающиеся УЗИ в диагностике холедохолитиаза, приводя свои данные о важном значении определения ширины желчных протоков как непрямом признаке холедохолитиаза. Исследователями выявлено, что вначале расширяется общий желчный проток, затем общий печеночный, а только потом – внутripеченочные [42, 93, 132].

Нормальный диаметр холедоха по данным УЗИ оценивается по разному и разброс здесь довольно велик, от 4мм до 9 мм. Возраст и пол имеют существенное влияние на размер холедоха, и их следует учитывать в клинической практике [49, 57, 93].

Признаки холедохолитиаза можно разделить на прямые и косвенные. К первым относится наличие в просвете общего желчного протока эхогенного образования с акустической тенью. Ко вторым – расширение гепатохоледоха, расширения внутripеченочных протоков, эхогенные структуры без акустической тени в их просвете, расширение вирсунгова протока. Изолированное расширение внутripеченочных протоков или уменьшение размеров желчного пузыря, свидетельствует о высоком расположении камней в

холедохе [82]. Расширение вирсунгова протока, как правило, отмечается при фиксированных конкрементах ампулярной части холедоха [132]. При нерасширенном холедохе процент ложноотрицательных результатов достигает 34,7% [23, 133].

Использование УЗИ интраоперационно повышает эффективность метода до 98,2% [16, 141].

Следовательно, ультразвуковое исследование является высокоинформативным и в то же время не инвазивным методом исследования холелитиаза.

Компьютерная томография в диагностике холелитиаза имеет определенное значение. Диагностическая ценность данного метода исследования составляет 87-92% [45, 99, 104]. Однако следует сразу же оговориться, что УЗИ в диагностике холелитиаза имеет некоторое преимущество. Так, большинство исследователей единодушны во мнении, что холестериновые камни из-за близких значений плотности камня и окружающей его желчи практически нельзя диагностировать [35, 119, 134, 138]. Г.Г. Кармазановский и соавт. (1997) придерживается той точки зрения, что только наличие в камне обызвествления позволяет при исследовании дать правильное заключение. Более того, при компьютерной томографии число конкрементов можно определить только при их размерах более 1 см. Все это в равной мере относится и в отношении холедохолитиаза.

Характерными симптомами холедохолитиаза считают: умеренное расширение протока и его центральной части, когда камень прилежит к стенке протока неплотно, а плоскость среза проходит через верхний или нижний полюс камня; ободок повышенной плотности в дистальном отделе общего желчен-

болезни, а также хирургический опыт и технические возможности нашей клиники.

Результаты холецистэктомии с холедохолитотомией оценивали по двухбальной системе: хорошие и удовлетворительные. Такие показатели связаны с тем, что у оперированных больных отсутствовали летальные исходы и тяжелые осложнения. Удовлетворительную оценку относили к тем больным, у которых в период операции или сразу после завершения возникали легко купируемые некоторые реакции, связанные с сопутствующими заболеваниями. Среди 26 больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни с холедохолитиазом, 19 пациентов имели ожирение – III-IV степени (4 чел), сахарный диабет (3чел), гипертонию (5 чел), ИБС (5 чел), сердечную недостаточность I-II А стадии (2 чел). У больного с ожирением, в виду избытка абдоминальной жировой клетчатки и спаечного процесса вокруг желчных путей, вынуждены были перейти на литотомическую холецистэктомию с холедохотомией. Во время выхода из наркоза один больной с гипертонической болезнью жаловался на головную боль и неприятные ощущения в области сердца с тахикардией, причиной которых явилась гипертензия, которая была устранена гипотензивными препаратами. Больной с сахарным диабетом отметил у себя признаки гипергликемии, которые прекратились после введения инсулина. В дальнейшем послеоперационный период протекал в обычном лечебном режиме, хотя срок лечения в стационаре ($3,6 \pm 0,4$ и $1,8 \pm 0,2$ дней) и общая нетрудоспособность ($6,1 \pm 0,7$ и $3,5 \pm 0,4$ дней) в группе с сопутствующими заболеваниями были в два раза длиннее по сравнению больными только с холе-

больным с холедохолитиазом, увеличивая дозу масляных тюбажей для изгнания малых конкрементов из холедоха. Статистическую обработку полученных результатов исследований проводили вариационно-статистическим методом с использованием t-критерия Стьюдента. Статистически достоверные показатели считались при значении $p < 0,05$.

Многочисленные исследования свидетельствуют, что клинико-биохимические показатели (повышение уровня сывороточного билирубина, аланин – аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы), как и УЗИ (расширение общего протока до 8-10мм), позволяют только заподозрить наличие холедохолитиаза. По данным некоторых авторов 28-47% пациентов с доказанным в ходе оперативного вмешательства холедохолитиазом такой важный показатель, как стойкая или периодическая желтуха никогда не отмечался. Высокой информативностью обладают ядерно-магнитно-резонансная холангиография (до 96,8%) и фиброхолангиоскопия (98,4%). К сожалению последние два метода диагностики мало доступны по многим причинам.

Эндовидеолапароскопическая интраоперационная холангиография точно устанавливает локализацию конкрементов, а холедохолитотомия при холедохолитиазе является основным методом извлечения конкрементов. Используя эти методы в окончательной диагностике и оперативном удалении камней с холедоха, учитывалось мнение большинства авторов, что все хирургические вмешательства должны быть индивидуализированы с учетом общего состояния, наличия соматической сопутствующей патологии и вторичных осложнений желчнокаменной

ного протока [139].

Использование спиральной компьютерной томографии повышает вероятность выявления камней гепатикохоледоха, особенно в сочетании с внутривенным контрастированием желчных протоков [89, 137].

Магниторезонансная томография является близкой по своей диагностической ценности к спиральной компьютерной томографии. При прямом сопоставлении данного способа исследования желчевыводящих путей и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии установлено чувствительность метода, достигающая 95%.

Использование трехмерной реконструкции спиральной и магниторезонансной томографии позволяет не только с большой вероятностью выявить протоковые камни, но и воссоздать объемное виртуальное изображение желчевыводящих путей, выявить особенности их строения и соотношения с соседними анатомическими структурами.

Рентгенологическое исследование расширяет возможности оценки желчного пузыря и желчных протоков печени.

Обзорная рентгенография позволяет обнаружить камни в желчном пузыре, если они богаты кальцием. Иногда выявляется газ в желчных путях (аэробилия), что объясняется самопроизвольно возникшим или созданным во время операции соустьем желчных протоков с двенадцатиперстной или тонкой кишкой.

Пероральная холецистография основана на использовании контрастных веществ. Накануне дня исследования внутрь принимаются препараты билитраст или иодогност, можно другие. Всасываясь в кишечнике, контрастное вещество попадает в пе-

чень и выделяется вместе с желчью. При проходном пузырьном протоке оно контрастирует желчный пузырь, а находящиеся в нем камни создают дефект наполнения и легко распознаются. Желчные протоки при этом обычно не визируются.

Внутривенная холеграфия проводится с внутривенным введением препаратов билигност или билиграфин или другие. Уже через 15 минут после введения всей дозы 20-25 мл наступает фаза наполнения и контрастирования желчного пузыря, а через 45-60 минут – фаза сокращения пузыря и эвакуация желчи в кишку. При этом исследовании, помимо желчного пузыря, контрастируются желчные протоки, что позволяет определить их ширину и в части случаев конкременты (20-30 %)

Ретроградная холангиопанкреатография осуществляется с помощью фиброгастроуденоскопа. Обнаруживается и контрастируется большой дуоденальный сосок. Ретроградно вводится рентгеноконтрастное вещество (кардиотраст или верографин и др.), что позволяет хорошо контрастировать всю билиарную систему, а в части случаев и панкреатический проток.

Чрескожная, чреспеченочная холангиография занимает определенное место в диагностике холелитиаза. Информативность чрескожной чреспеченочной холангиографии достигает 98%. Методика проведения исследования заключается в том, что тонкую иглу с мандреном вводят через кожу в печень и далее в один из внутривенных желчных протоков. Это хорошо контролируется с помощью УЗИ или введением небольшой порции контрастного вещества. Как только контрастируются протоки, вводят остальные

с наличием конкрементов в желчном пузыре, то после предоперационной подготовки с помощью эндоскопической операции сначала производили холецистэктомию, методика которой описана во многих руководствах, а затем переходили к холедохолитотомии.

В основном холедохолитотомия проводилась в супрадуоденальной части холедоха. Сначала накладывали держатель на холедох, на 1см отступив от места перехода за 12 перстную кишку. Для предупреждения кровотечения в держатель захватывались веточки гастродуоденальной и панкреатикодуоденальной артерии. Передняя стенка холедоха приподнималась на держалках, пунктировалась и вскрывалась в продольном направлении узким скальпелем. После вскрытия холедоха желчь удалялась электроотсосом. Холедохолитическое отверстие расширялось до 15-20 мм. Камни из холедоха удалялись при помощи окончатых щипцов, ложечек Фолькмана, зондов Фогарти, промыванием и другим. Ушивание раны холедоха выполнялось в продольном направлении, а при малом диаметре – поперечном. На рану холедоха накладывали узловатые швы синтетической нитью на атравматической игле. Расстояние между стенками было 1-1,5 мм. Нить не проходила в просвет протоков и не захватывала слизистую оболочку протока. После убежденности в отсутствии конкрементов в протоке холедохолитотомию завершали с помощью глухого шва.

Больные с холангитом без конкрементов подвергались консервативному лечению с применением антибиотиков, галстены, урсофалька, уролесана, масляных тюбажей. Иногда этот метод применяли

Следовательно, несмотря на некоторые достижения в консервативном и оперативном лечении пациентов с заболеванием желчных путей многие вопросы требуют дальнейшего изучения. В первую очередь это касается методик эндовидеолапароскопической хирургии при лечении пациентов с заболеваниями билиарной системы.

Исследование проведено на 38 пациентах желчно каменной болезнью с заболеванием холедоха. Среди них было 22 женщины и 16 мужчин в возрасте от 26 до 60 лет и длительностью заболевания до двух лет. По поводу холедохолитиаза лечилось 26 больных, холангитом – 12. Локализация конкрементов была в дистальном отделе холедоха (17 чел) и в супрадуоденальной его части (9 чел).

Все больные подвергались общеклиническому изучению с использованием дуоденального зондирования в возможных случаях, УЗИ, ядерно-магнитно-резонансной холангиографией. Интраоперационная холангиография использовалась, главным образом больным при расхождении данных дооперационной УЗИ и интраоперационной находки камней.

С целью экстрагирования конкрементов с холедоха использовалась общепринятая методика – эндовидеолапароскопическая холедохолитотомия с применением в качестве механического расширителя брюшной полости, изобретенного нами зонтичного лапаролифта (Патент на корисну модель №26235 від 10.09.2007). В виду наличия сопутствующих заболеваний большинству оперированным больным карбоксиперитонеум был не показан, а в отдельных случаях даже противопоказан.

Поскольку у больных холедохолитиаз был связан

20-30 мл контрастного вещества и заполняют всю билиарную систему.

В последние годы этот метод исследования используется и с лечебной целью для эндобилиарных вмешательств у больных механической желтухой, вызванной камнями желчных путей. Следует обратить внимание, что применение методики сопряжено с осложнениями: внутрибрюшные кровотечения, желчеистечение, желчный перитонит, образование внутрибрюшных абсцессов и наружный желчных свищей.

Интраоперационная холангиография является основой интраоперационной диагностики холедохолитиаза [49]. Она дает ценные сведения о строении, функциональных или органических изменениях желчных протоков [1, 39, 136].

У 20% оперированных холедохолитиаз не проявляется до операции желтухой, во время операции протоки оказываются не расширенными, и только операционная холангиография обнаруживает у таких больных камни в желчных протоках [119, 120, 127]. При отработанной методике исследования осложнения интраоперационной холангиографии встречаются крайне редко или отсутствуют [115].

Методика интраоперационной холангиографии осуществляется с помощью рентгенотелевизионных или передвижных рентгенхирургических установок. Сначала приготавливается йодсодержащее контрастное вещество (уротраст или верографин) разбавленное физиологическим раствором до 25-30% концентрации, которым предварительно заполняется соединительная трубка со специальной канюлей для введения ее в культю пузырного протока [49].

Интраоперационная холангиография проводится через пузырный проток. После лигирования и перевязки его проксимальной части и наложения лигатуры-держалки на дистальную часть на передней стенке пузырного протока, отступя 1,0-1,5 см от гепатикохоледоха выполняется разрез. Вводится канюля для интраоперационной холангиографии с измерительным шариком, после чего лигатуру-держалку на дистальной части пережимается и фиксируется устройство для лигирования пузырного протока.

Для повышения диагностической эффективности операционной холангиографии канюля, вводимая в пузырный проток, продвигается не более чем на 1,5 см.

Контрастное вещество вводится в желчные протоки в два этапа. Первый этап подразумевает медленное введение порции контрастного вещества (10-12 мл) с целью выявления проходимости терминального отдела холедоха и большого дуоденального соска. Вторая порция контрастного вещества (8-10 мл) вводится быстро для создания рефлюкса вводимого раствора во внутривенные протоки, а также для их тугого заполнения.

При проведении лапароскопической холецистэктомии интраоперационная холангиография осуществляется полихлорвиниловым катетером диаметром 0,8 мм через пузырный проток. Особенностью проведения интраоперационной холангиографии при лапароскопических операциях является возможность «перекрытия» троакарами изображения гепатикохоледоха и более сложное его канюлирование через культю пузырного протока.

Холецистолография. При наружном желчном

вожжающих как острый, так и хронический холецистит, а с другой – болезни протекают выражено при остром холангите и обтурационной желтухе. При таких состояниях диагностика заболевания затруднена, а тяжесть больного требует решительных действий с определенным риском хирургического вмешательства, особенно при сочетанных заболеваниях сердечнососудистой системы, ожирения, сахарного диабета с холедохолитиазом, который встречается у 6% пациентов моложе 60 лет и до 33% и более – у лиц старше 80 лет.

Частота холедохолитиаза при холецистите составляет около 10%. В тоже время конкременты в протоковой системе при плановой холецистэктомии обнаруживают в 3,2%-22,1% случаев. При острой холецистэктомии холедохолитиаз встречается более чем в 12%-26,4% наблюдений. Нередко (1-9%) в послеоперационный период выявляются резидуальные камни в желчных протоках. Не выявленный и не устраненный во время операции холедохолитиаз занимает ведущее место (10-50%) в структуре причин постхолецистэктомического синдрома. По данным большинства авторов у больных с острым и хроническим холециститом, осложненным холедохолитиазом, послеоперационная летальность колеблется от 12 до 37%. Нераспознанный и неизлеченный холедохолитиаз одна из основных причин неудач в хирургии холелитиаза.

Сравнительно трудными в диагностике и лечении холангита, особенно гнойной его формы, требующей не только интенсивной консервативной терапии, но при наличии обтурации холедоха и хирургического вмешательства.

ем проводить в полном объеме комплексное консервативное и хирургическое лечение, решая в каждом конкретном случае последовательность и радикальность их использования.

Учитывая участие инфекции в возникновении острого холецистита и холецистопанкреатита и вовлечение ее в патологический процесс при аутоиммунном панкреатите, в консервативную терапию необходимо включать антибиотики и симптоматические препараты (спазмолитики, ингибиторы протеаз и др.) с решением вопроса о показаниях хирургического вмешательства.

При остром калькулезном холецистите и холецистопанкреатите показана холецистэктомия с консервативным лечением.

Больным с острым и хроническим холецистопанкреатитом необходимо в лечении использовать комплексную терапию с учетом холецистита и панкреатита. При отдельных заболеваниях холециститом или панкреатитом учитывать возможность распространения патологического процесса на рядом расположенные органы, что требует использования профилактических лечебных мер.

ЖКБ и холедохолитиаз

Болезни внутри – и внепеченочных желчных протоков продолжают оставаться в практической медицине сложными, а в теоретических вопросах не достаточно изученными. Определенные трудности проблемы холедоха связаны с особенностями течения его заболеваний воспалительного или калькулезного характера, которые встречаются с одной стороны в стертых, бессимптомных, атипичных формах, сопро-

свище всегда имеется возможность ввести рентгеноконтрастное вещество по свищевому ходу и получить контрастирование желчных протоков, что позволяет установить причину сохраняющегося наружного выделения желчи.

Фиброгастродуоденоскопия занимает важное место в обследовании больных с желчнокаменной болезнью. Она позволяет выявить или исключить сопутствующие заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, маскирующиеся клиническими проявлениями желчнокаменной болезни [6].

В процессе исследования обращается внимание на наличие желчи в двенадцатиперстной кишке, ее характер. При осмотре области большого дуоденального соска большое значение придается виду дуоденальной продольной складки, наличию парафатеральных дивертикулов, изменениям самого соска, характеру устья и его размеры, возможности введения в него катетера [59].

При эндоскопии устанавливаются признаки фиксированного камня большого дуоденального соска: отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке, отек и гиперемия соска, резкое увеличение его в размерах, вздутие и напряжение дуоденальной складки. При локализации конкремента в преампулярном отделе холедоха наблюдается вздутие продольной складки в просвет двенадцатиперстной кишки при отсутствии или менее выраженных изменениях со стороны большого дуоденального соска.

Признаки фиксированного камня большого дуоденального соска: отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке, отек и гиперемия соска, резкое увеличение его в размерах, вздутие и напряжение

дуоденальной складки были выявлены у 2,6% больных [49].

Следовательно, современная клиническая медицина имеет достаточный перечень инструментальных методов исследования холелитиаза у больных. Тем не менее имеется достаточно фактов, свидетельствующих о необходимости совершенствования настоящих и изобретения новых эффективных диагностических средств для определения наличия заболевания у больных.

Клиника печеночной колики

Боли начинаются довольно быстро, иногда сразу или даже спустя несколько часов после воздействия причины. Бывает, что сначала они не очень мучительны, но постепенно становятся все более жестокими и невыносимыми. Реже они сразу интенсивны и нестерпимы. Они носят постоянный характер, не соответствуя их названию «колика». Интенсивность боли, после того как она держалась более или менее долго, может периодически ослабевать с тем, чтобы после некоторого интервала вернуться с новой силой.

Приблизительно у половины больных боли начинаются широко в подложечной области и отсюда распространяются в правое подреберье, где становятся жестокими и потом распространяются по всему животу. У другой половины они начинаются и держатся в правом подреберье. Боли иррадируют в спину, между лопатками, под правую лопатку, в самый верхний отдел правого плеча, иногда кверху в грудь, на грудину, в шею справа. Могут наблюдаться и другие иррадиации – в левое подреберье, но главным образом все же кверху и крайне редко книзу, напри-

пользовать физиотерапевтические и санаторно-курортные методы лечения.

При наличии осложнений острого холецистита, панкреатита и холецистопанкреатита а также хронических форм заболеваний применяли разнообразные способы хирургического лечения. В случае рецидивирующего панкреатита – хирургическое устранение закупорки или сужения протоков поджелудочной железы. Такими методами служили пластика сфинктера, панкреатоэктомия, иногда частичная резекция поджелудочной железы.

При крайне тяжелом состоянии больного или при невозможности выполнить холецистэктомию прибегали к холецистостомии или холецистолитотомии. Эти методы применяются при холецистите, осложненном холедохолитиазом, стриктурой фатерова соска, холангитом, перихоледохиальным лимфаденизмом, желчным свищем и другим. Наряду с удалением желчного пузыря во время операции устраняли препятствие оттоку желчи или производили коррекцию нарушения внепеченочных желчных протоков. С этой целью по показаниям производили холедохолитотомию с ушиванием наглухо отверстия в протоке или дренирование последнего с помощью Т-образной трубки либо через культю пузырного протока, а также холедоходуоденостомию или энтеростомию с выключением сегмента тощей кишки по Ру или Брауну, трансдуоденальную папиллотомию, папиллосфинктеротомию или папиллосфинктеропластику.

Таким образом, в условиях хирургического стационара имеются все возможности больным острым и хроническим воспалительным заболеванием желчного пузыря, поджелудочной железы с их сочетани-

жением дозы до 10000-20000 ЕИК. Контрикал применяется в целях профилактики панкреатита при операциях на органах брюшной полости, в том числе при операциях на желчных путях и др.

При дуоденостазе проводили непрерывную аспирацию кислого желудочного содержимого с помощью тонкого зонда, внутривенно через каждые 8 часов вводился квамател 20 мг или фамотидин 20 мг; внутрь – буферные антациды (маалокс, ремагель, фосфолюгель) через каждые 2-3 часа; внутривенно – полиглюкин 400 мг/сутки, альбумин 10% 100 мл/сут, глюкоза 50% - 500 мл/сутки.

После купирования выраженного болевого синдрома, обычно с 4 дня от начала лечения назначали дробное (4-6 раз в день) питание, щадящую диету (отварное мясо и рыба, вареные овощи, паровой белковый омлет, творог, каши, отвар шиповника, черной смородины, фруктовые соки, печеные яблоки). При каждом приеме пищи принимали полиферментные препараты: креон 10000 или по 1-2 капсулы мезима, фестал, панзинорм; блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов – ранитидин или фамотидин 20 мг, можно омез 2 раза в день, или др.

В комплексную терапию включали иммуномодуляторы (иммунномакс, гепон или др.), витамины (комплексные препараты), желчегонные (аллохол, холензим или др.).

Остается спорным применение глюкокортикоидных гормонов при обострении хронического холецистопанкреатита. Имеются сведения, что при отечных формах панкреатита положительное действие оказывают преднизолон, супрастин, тиосульфат натрия.

В период ремиссии заболевания целесообразно ис-

мер, в нижний отдел живота.

Всегда имеется тошнота, особенно в начале приступа. Часто наблюдается рвота, иногда очень сильная, сперва пищей, а потом слизью и, главным образом, желчью. Бывает, что больные сами вызывают рвоту, в надежде получить от этого облегчение, но оно получается редко и ненадолго. Больной не может принимать что-либо через рот – ни пищу, ни лекарства – все извергается рвотой. Стул задержан, часто имеется сильный озноб, гусиная кожа.

Весьма характерно поведение больных во время приступа. Они очень беспокойны, громко стонут, нередко кричат, не лежат в одном положении, не садят живот и брюшную стенку, мечутся в постели, часто перекатываются с боку на бок, ложатся на живот и сразу опять поворачиваются на спину, прижимая подушку в верхней половине живота. Иногда больные резко сгибаются. Всем этим они очень отличаются, например, от больных с перфорацией язвы желудка, у которых всякое движение усиливает боль, давление на живот невозможно.

В тяжелых случаях, протекающих с резкими изменениями в пузыре, очень рано, наряду с коликой, развиваются и могут принимать грозный характер явления тяжелой общей интоксикации с картиной шока. Это протекает с изменениями в печени, почках с нарушениями водного, солевого и белкового баланса в организме, иногда с одновременным острым панкреатитом, пневмонией.

У стариков изредка приходится видеть, что печеночная колика и обострение хронического калькулезного холецистита проявляются не столько сильным болевым симптомокомплексом, сколько тошнотой,

рвотой, крайне тяжелым общим состоянием, особенно сердечно-сосудистыми расстройствами с аритмией, цианозом, коллаптоидным состоянием.

У больных желчнокаменной болезнью, у которых имеются повторные приступы печеночной колики, иногда наблюдается коронарная недостаточность со стенокардией. Наблюдается исчезновение или резкое улучшение сердечных расстройств после холецистэктомии.

Во время колики повышения температуры сначала отсутствует. Она быстро повышается с развитием холецистита, в неосложненных случаях до невысоких цифр, и с улучшением состояния больного снижается. При тяжелом воспалительном процессе в пузыре температура поднимается до 39-40°C, иногда сопровождается ознобами. Но в зависимости от процессов в пузыре длительной лихорадки все же не бывает. Она резко выражена и затягивается лишь при развитии холангита и других осложнений.

У некоторых больных уже на следующий день после приступа развивается желтуха. Желтуха может быть очень небольшой, а может быть интенсивной. При камнях в холедохе она становится более стабильной.

Обычно имеется разной выраженности лейкоцитоз: небольшой при легких формах и резко выраженный с большим сдвигом влево в формуле белой крови при остром флегмонозном и гангренозном холецистите.

В легких случаях боли скоро начинают ослабевать. Иногда они сразу обрываются. Но бывает, что интенсивность их все возрастает. По стихании жестоких болей больной крепко засыпает. В ближайшие 1-2 дня у больных остается резкая слабость, раз-

К болеутоляющим веществам относятся анальгин, диклоберл, баралгин, дроперидол, новинган. Довольно эффективными для снятия боли существуют различные смеси перечисленных препаратов или сочетания других. Примером может служить следующая литическая смесь: изотонический раствор хлорида натрия 500 мл, баралгин 5 мл, димедрол 1% - 1 мл, промедол 2% - 2 мл, атропин 0,1% - 1 мл, папаверин 2% - 2 мл, сернокислая магнезия 25% - 5 мл, ноокаин 0,5% - 50 мл, эуфилин 2,4% - 10 мл, аскорбиновая кислота 5% - 5 мл, кокарбоксылаза 100 мг – внутривенно капельно по 30-40 капель в минуту; контрикал 30000-40000 ЕИК внутривенно. В необходимых случаях используется паранефральная новокаиновая блокада.

Проводили антибиотикотерапию. Для этой цели внутривенно или внутримышечно вводили: амоксицилин 1 г через 8 часов, кларитромицин 1 г через 8 часов или цефтриаксон по 2 г через 12 часов, офлоксацин 0,4 г через 12 часов, ципрофлоксацин 0,2 г через 12 часов, меронем 0,5 через 12 часов или другие с применением противогрибковых препаратов (флуконазол 0,2 г внутрь или внутривенно или нистатин 500000 ЕД через 12 часов внутрь).

При рвотах лучшими препаратами являются метоклопрамид, церукал, реглан внутривенно или внутримышечно по 5-10 мг 3-4 раза в сутки, ондансетрон 8 мг, разведенного в 50-100 мл изотонического раствора.

В комплексную терапию включали ингибиторы протеаз: контрикал или гордокс, инвитрил по 20000-40000 ЕИК внутривенно струйно или капельно. В тяжелых случаях используются ударная доза до 120000-160000 ЕИК/сутки, с последующим сни-

гнойными и висцеральными осложнениями, а также при развитии перитонита показано экстренное оперативное вмешательство. Больным с острым и хроническим калькулезным холециститом показано холецистэктомия. Все больные с острым некалькулезным холециститом и панкреатитом без осложнений, а также холецистопанкреатитом получают консервативное лечение. Терапия проводилась при тщательном клиническом и лабораторном контроле.

Больным назначали постельный режим, в течении 3-5 дней голод и холод (при панкреатите) на эпигастральную область в сочетании с назначением приема щелочных минеральных вод.

Самым мучительным для больных с острым холециститом, панкреатитом и холецистопанкреатитом являются боль и рвота, которые требуют неотложной помощи во избежание развития осложнений типа коллапса и шока. Ведущей причиной болевого синдрома считается спазм сфинктера Одди и повышенное давление в общем протоке поджелудочной железы и холедохе. Для снятия или уменьшения боли наиболее эффективными применяли атропин и метацин, которые кроме устранения спастических явлений, понижают секрецию желудочного и панкреатического сока. Атропин или метацин назначали по 1 мл 0,1% раствора внутривенно или подкожно 2-3 раза в сутки, в дальнейшем принимали внутрь по 8-10 капель 2-3 раза в сутки. Менее выраженное действие оказывали но-шпа, папаверин (2% - 2 мл), платифиллин (0,2% - 2 мл). Целесообразными препаратами, которые обладают болеутоляющим, седативным и противорвотным действием являются антигистаминные – димедрол, супрастин.

битость, а у многих и довольно значительные боли в правом подреберье, которые постепенно стихают в течении нескольких дней.

В разгар колики обследование живота очень трудно. Он иногда несколько вздут, особенно в верхней половине, но это далеко не всегда. Имеется напряжение мышц и болезненность при пальпации в правом подреберье.

Даже при самой тяжелой колике, когда она стихает, в интервалах между болями напряжение брюшной стенки может быть сравнительно небольшим, и имеющаяся болезненность при пальпации может быть не очень резкой. На следующий день напряжение мышц иногда совсем не определяется, и болезненность может быть совсем небольшой. У других больных напряжение мышц полностью исчезает через 2-3 дня, а болезненность при пальпации, постепенно уменьшаясь, проходит к 4-7 дню. У этих больных изредка удаётся прощупать несколько увеличенный желчный пузырь. Может определяться умеренно увеличенная печень. На 3-5 день такой больной уже ходит и отлично себя чувствует.

Осложнения холелитиаза

Наиболее частым осложнением жёлчнокаменной болезни является воспалительный процесс в жёлчной системе.

Острый холецистит сопровождается деструктивными некробиотическими процессами в системе жёлчного пузыря. Он проявляется сильными болями в области правого подреберья и резкой болезненностью при пальпации в проекции жёлчного пузыря, значительным напряжении передней брюшной стен-

ки в этой зоне, высокой температурой тела, интенсивными симптомами интоксикации (головная боль, сухость языка, губ, отсутствие аппетита), существенными изменениями общего анализа крови воспалительного характера, к которым относятся: увеличение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Эмпиема жёлчного пузыря чаще всего развивается при остром холецистите, ущемлении камня в пузырном протоке, наличии вирулентной инфекции. Она сопровождается резкими болями в области правого подреберья, лихорадкой с потрясающими ознобами. Пальпируется увеличенный, резко болезненный, напряжённый жёлчный пузырь, длительное время сохраняются симптомы раздражения брюшины, резко выраженными симптомами интоксикации и воспалительными изменениями общего анализа периферической крови.

Перихолецистит возникает вследствие воспалительного процесса в жёлчном пузыре, что приводит к образованию спаек, сращений жёлчного пузыря с поперечной ободочной кишкой, желудком, сальником. Развитие спаечного процесса приводит к нарушению моторной функции кишечника, желудка, боли в правом подреберье становятся постоянными.

Холангит резко ухудшает общее состояние и сопровождается высокой температурой тела септического характера, потрясающими ознобами с признаками тяжелой интоксикации и воспалительных изменений крови, выраженными болями в области правого подреберья, увеличенной и болезненной печенью, присоединением желтухи.

Реактивный гепатит может возникать при хо-

графические и физиологические взаимоотношения, общность крово- и лимфообращения и иннервации, множественные эффекты гастро-интестинальных гормонов и других биологически активных веществ при наличии многостороннего контроля этих органов, создают условия при возникновении патологического процесса в одном органе развитие заболевания в другом органе. Знание о высокой частоте и определенной последовательности вовлечения в патологический процесс этих органов может существенно помочь клиницистам в правильной ориентации диагностической и лечебной тактики работы с больным.

Следовательно, холециститы, панкреатиты и холецистопанкреатиты являются аутоимунным агрессивным воспалением, сопровождающимся инфекцией в начале заболевания организма как пусковой механизм или в более поздние сроки их развития как осложняющийся фактор в ослабленном организме. Разница в них заключается только в том, что на определенных этапах развития патологического процесса могут преобладать те или другие факторы и степень выраженности заболевания. С этих позиций лечение холецистопанкреатитов содержит в себе много общих черт, а если холециститы и панкреатиты возникают как отдельные заболевания, то необходимо иметь в виду вероятность вовлечения в воспалительный процесс рядом расположенного органа.

Общепринятым является положение о том, что больные с острым холециститом, панкреатитом и холецистопанкреатитом, а также хроническими их формами течения в стадии обострения должны госпитализироваться в хирургические отделения. При деструктивных формах воспалительного процесса с

Клиническая картина холецистопанкреатита и показатели анализа крови (лейкоцитоз, сдвиг влево, увеличение СОЭ), ферментов крови (повышение α -амилазы, липазы, трипсина), биохимии крови (активность трансаминаз, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, содержание билирубина, холестерина, общих липидов; мочевины и креатинина, электролитов), рентгеноскопии грудной клетки и брюшной полости (плевральные и абдоминальные выпоты), ультразвукового исследования и компьютерной томографии (размеры, эхоплотность, форма, структура, контуры, подвижность органа) полностью соответствовали данным хирургического наблюдения и результатам хирургического вмешательства у лечившихся больных, что свидетельствует о возможности по клинико-лабораторным и инструментальным исследованиям решать диагнозы указанных заболеваний. Методом анализа результатов исследования выявлено, что у 69% больных острым холециститом, главным образом, сопровождаемого наличием калькулеза в желчном пузыре, без достаточных клинических проявлений панкреатита, имеются дистрофические и дегенеративные изменения в поджелудочной железе, а при хроническом холецистите этот показатель достигает 88%. Точно так же у больных острым панкреатитом холецистит имели 38,5% больных, а с хроническим панкреатитом – у 63,5% больных. При холецистопанкреатите заболевание протекало наличием как холецистита, так и панкреатита. Такая взаимосвязь и взаимообусловленность связана с особенностями этих органов, к которой относятся единый эмбриогенез желчного пузыря и поджелудочной железы, их тесные анатомопо-

лелитиазе вследствие воспалительного процесса в печени. Он проявляется увеличением печени, субиктеричностью склер и кожи, повышением активности в крови аланиновой аминотрансферазы, органоспецифических ферментов – аргиназы, фруктозо-1-фосфатальдозы и др.

Водянка жёлчного пузыря при хроническом рецидивирующем каменном холецистите развивается вследствие непроходимости пузырного протока в основном камнями или рубцовыми изменениями.

Нормальная слизистая оболочка пузыря легко всасывает из жёлчи воду, но не всасывает жёлчных пигментов. В замкнутом жёлчном пузыре, наоборот, жёлчь всасывается и вместо нее жёлчный пузырь наполняется светлой жидкостью, продуцируемой стенкой жёлчного пузыря. Слизистая оболочка пузыря в условиях закупорки протока претерпевает особое воспаление без грубых анатомо-гистологических нарушений.

Главными клиническими симптомами водянки жёлчного пузыря служит прощупывание в правой половине живота большой, гладкой, эластической опухоли, имеющей форму овала, груши, огурца и дающий симптомы зыбления. Это образование связано с печенью и движется с ней, безболезненное. Обычно образованию водянки жёлчного пузыря предшествует печеночная колика.

Жёлчные свищи связаны с образованием некроза в результате давления камня на слизистую оболочку или гнойного расплавления окружающей камень стенки жёлчного пузыря.

Свищи бывают внутренние и наружные. К внутренним свищам принадлежат соустья пузыря с вну-

тренними органами: двенадцатиперстной кишкой, поперечноободовой кишкой, желудком и др. Наружные свищи образуются вследствие проникновения камня через стенку брюшной полости.

Для распознавания внутренних свищей с большим успехом применяется рентгенологический метод. При этом важное диагностическое значение имеет симптом газа в жёлчном пузыре или в жёлчных протоках.

Кишечная непроходимость может возникать вследствие проникновения с жёлчного пузыря камня, который затем обростает кишечным содержимым и вызывает обтурационную кишечную непроходимость. Такое состояние возможно при проникновении в кишечник достаточно большого камня или значительном по размеру свище.

Стеноз общего печеночного протока при холецистолитиазе возможен вследствие перехода воспалительного процесса на общий печеночный проток, что приводит к развитию воспалительного стеноза (синдром Мирицци). В этом случае больных беспокоят давящие или коликообразные боли в области правого подреберья. Желтухи может и не быть, так как полной обтурации общего жёлчного протока не происходит. В диагностике синдрома Мирицци важная роль принадлежит УЗИ.

Рубцовый стеноз сосочка Фатера развивается наиболее часто при холедохолитиазе, обычно при расположении камней в препапиллярной области. Механизм развития рубцового стеноза сосочка Фатера – это воспалительный процесс, реже ущемление камня в сосочке Фатера.

Основные клинические проявления рубцового

12 лет. Мужчин было 37, женщин – 49. Поступили в клинику хирургии с диагнозом острый холецистит 52 больных, острый панкреатит – 18 больных, острый живот – 16 больных. Всем больным проведено клиничко-лабораторное и инструментальное исследование (R-скопия, УЗИ, компьютерная томография), где было установлено: острый калькулезный (14 человек) и бескаменный (9 человек) холецистит, хронический калькулезный (21 человек) и бескаменный (8 человек) холецистит в стадии обострения; острый панкреатит у 10 больных и хронический панкреатит в стадии обострения у 8 больных; хронический калькулезный холецистопанкреатит в стадии обострения у 12 человек и хронический бескаменный холецистопанкреатит в стадии обострения у 4 человек. Все больные поступили по скорой помощи.

Согласно существующим стандартам лечение больных проводилось хирургическими, консервативными и смешанными методами. Из 52 больных с острым (19) и хроническим (23) холециститом (с калькулезом 35 человек) выполнена холецистэктомия 49 больным. Консервативная терапия проведена 4 больным с острым холециститом и 6 больным с обострением хронического холецистита. С острым панкреатитом прооперировано 6 из 10 человек, 4 больных лечились консервативно, с обострением хронического панкреатита из 8 больных подвергнуто хирургическому вмешательству 3 больных и 5 больным проведено консервативное лечение. С хроническим холецистопанкреатитом 16 больным проведена холецистэктомия (с калькулезом 12 и бескаменным – 1) и 3 больным с бескаменным холециститом осуществлена консервативная терапия.

гепатитом, благодаря регенеративным свойствам гепатоцитов, создаются реальные возможности выздоровления от этих заболеваний.

ЖКБ и холецистопанкреатит

Желчный пузырь и поджелудочная железа анатомически и функционально тесно взаимодействуют между собой. Панкреатический сок и желчь через ампульную систему фатерова соска и саморегулирующие механизмы выделяются в двенадцатиперстную кишку, выполняя существенную роль в пищеварении. Нарушение функции или отключение одного из этих органов ведет к изменению деятельности триады пищеварительной системы, к которой относится двенадцатиперстная кишка, желчевыделительная система и поджелудочная железа. Возникший патологический процесс в одном из них рано или поздно включает распространение на соседние органы. Так, например, холециститы в 85% случаев являются причиной возникновения панкреатитов, а ферменты поджелудочной железы могут вызвать тяжелые формы ферментативного холецистита.

Если заболевания отдельно взятых холециститов и панкреатитов в диагностике и лечении определены, то холецистопанкреатиты меньше всего описаны в литературе, о них недостаточно информирована практическая медицина, неопределена тактика ведения таких больных и лечение, особенно, это касается калькулезного холецистита. Изложенное состояние вопроса определило направление наших исследований.

Под наблюдением находилось 86 больных в возрасте от 31 до 67 лет с давностью заболевания до

стеноза сосочка Фатера такие же как и при обтурации холедоха. В диагностике существенное значение имеют внутривенная холецистография, томографическое исследование и лапароскопическая холангиография.

Диагностика

Говоря о холелитиазе (желчные камни), в смысловом понимании подразумевается наличие конкрементов в гепатобилиарной системе, характеризующееся как желчнокаменная болезнь. Камни в желчных путях могут иметь разное происхождение, хотя состав и принцип их формирования по существу один и тот же. Все же следует различать конкремент как продукт общего заболевания организма с проявлением его в виде образования камней в желчной системе и конкременты как вторичный процесс, возникший в основном, вследствие местных патологических изменений в функционирующем органе. Примером могут служить камни воспалительного характера или инкрустация вокруг инородного тела.

С точки зрения хирургической практики с устранением вторичных конкрементов, как правило, решается вопрос об удалении местных причин их возникновения. Что касается желчнокаменной болезни, то удаление камней является только частью лечения больных, поскольку с исчезновением конкрементов заболевание продолжается и требует длительного консервативного лечения, чтобы предотвратить рецидив их возможно другой локализации.

Если диагностика холелитиаза представляет определенные трудности, то различить первичные от вторичных конкрементов по механизму их разви-

тия представляется не менее сложным процессом. В окончательном решении этих вопросов большее значение имеют современные инструментальные методы диагностики.

Известную диагностическую ценность представляет анамнез заболевания, послужившего причиной обращения к врачу или настоящей госпитализации. При этом детально изучаются: появление первых признаков болезни и причинные связи, динамика развития симптомов заболевания. Проведенные ранее исследования и лечение, его эффективность, причина настоящего обращения к врачу.

В анамнезе жизни существенным является профессиональная деятельность и условия труда, образ жизни и семейный анамнез, перенесенные заболевания.

Из объективного исследования, помимо изучения статуса всех систем организма, особенно существенным является внешний вид больного (ожирение) и особое исследование желчного пузыря.

Желчный пузырь расположен на нижней поверхности печени и имеет мягкую консистенцию, поэтому в норме он недоступен пальпации. Проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку соответствует месту пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой или нижним краем увеличенной печени. Прощупать желчный пузырь удается только при значительном его увеличении, вследствие растяжения и атонии стенок, переполнении камнями, гнойного воспаления (эмпиемы), водянки, реже при опухолевом поражении. Обычно такой увеличенный желчный пузырь выявляют при пальпации печени. Размеры желчного пузыря, его форма, консистенция, смещаемость, наличие болез-

ный холецистит в процессе заболевания вовлекают в патологический процесс печень с развитием неспецифического реактивного гепатита.

В результате проведенной холецистэктомии и консервативной терапии к третьему дню состояние больных значительно улучшалось. Исчезли боли и диспепсические явления, нормализовалась температура, восстановился аппетит, улучшилось самочувствие, физическая активность. К 7-му дню больные чувствовали себя практически здоровыми, нормализовались показатели патологии крови, печень возвратилась к нормальным показателям у большей половины больных. К 10-му дню все лечившиеся выписаны со стационара с оценкой значительного улучшения и рекомендацией: щадящий режим питания (диета 5), внутренний прием но-шпы, лосека, пангрола, берлитиона, триовита, преднизолона (5 мг). В дальнейшем санаторно-курортное лечение.

Таким образом, желчекаменная болезнь с калькулезным холециститом в большинстве случаев сопровождается неспецифическим реактивным гепатитом. Чем длительнее холелитиаз и тяжелое его проявление, тем больше происходит повреждение печени, что требует раннего хирургического лечения и целенаправленной консервативной терапии.

У больных калькулезным холециститом развитие неспецифического реактивного гепатита является закономерным патологическим процессом, что всегда надо иметь в виду при лечении таких больных.

При своевременном хирургическом и консервативном лечении больных калькулезным и бескаменным холециститом в сочетании с реактивным

лась в зоне проекции желчного пузыря с положительными симптомами его патологии.

При лабораторном исследовании постоянно выявлялись признаки воспалительного заболевания в организме. У 82,4% больных наблюдался умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и увеличением СОЭ у 2/3 больных. Почти у половины наблюдаемых больных определялась гиперпротеинемия (более 86 г/л). Средняя концентрация белка в сыворотке крови составляла $87 \pm 6,8$ г/л. У 62,7% исследуемых больных концентрация фибриногена была 4,1 г/л и составляла $5,8 \pm 1,8$ г/л. У 84,9% больных оказывалась положительной та или другая осадочная проба (тимоловая и др.), подтверждающие диспротеинемию у них. Выявлены признаки целостности мембран гепатоцитов по повышению активности аминотрансферазы (у 57,8%) и аспартатамино-трансферазы (у 39,2%). Повышение активности этих ферментов обычно было умеренным. О холестазах свидетельствуют активность щелочной фосфатазы, которая была у 83,2% больных выше 6 ЕД и составляла $6,8 \pm 1,8$ ЕД. Умеренная преходящая гипербилирубинемия была у 32,3% больных, больше за счет прямой реакции.

УЗИ и компьютерная томография выявляли диффузные изменения в печени, подтверждающие воспалительный их характер.

Выявленные изменения в печени при остром и хроническом калькулезном холецистите повторяют патологию у больных хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии только с меньшей активностью и выраженностью.

Следовательно, острый и хронический калькулез-

ности зависят от характера патологического процесса. Так, увеличение желчного пузыря при атонии стенок, эмпиеме и желчнокаменной болезни обычно умеренное, а пальпация такого пузыря, как правило, болезненная.

В том случае, если при пальпации в правом подреберье, выявляется болезненность и локальная резистентность передней брюшной стенки, однако увеличение печени и желчного пузыря не определяется, необходимо проверить так называемые желчно-пузырные симптомы. Прежде всего используют метод проникающей пальпации в точке желчного пузыря. О патологии желчного пузыря свидетельствует резкая болезненность в указанной точке при проведении проникающей пальпации на высоте вдоха «животом» (симптом Кэра), либо, если больной делает вдох «животом» после проникновения пальцем врача в глубину правого подреберья (симптом Образцова-Мерфи). Кроме того у больных с патологией желчного пузыря выявляют и другие симптомы: болезненность при легком поколачивании кончиками пальцев в точке желчного пузыря на вдохе (симптом Василенко), боль в правом подреберье при поколачивании ульнарным краем кисти правой руки по обеим реберным дугам (симптом Грекова-Ортнера), болезненность в точке поверхностного расположения правого диафрагмального нерва, выявляется путем одновременного надавливания кончиками пальцев в промежутке между ножками обеих кивательных мышц над медиальными концами ключицы (симптом Мюсси) и другие.

Лабораторные исследования включают, кроме общих анализов крови и мочи, дуоденальное зондиро-

вание. Из биохимических исследований сыворотки крови определяют билирубин и его фракции, холестерин, активность щелочной фосфатазы и др.

Инструментальные исследования включают визуализацию билиарной системы с помощью обзорной рентгенографии брюшной полости, УЗИ, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, и других диагностических технологий, с помощью которых удастся определить камни в желчной системе.

Для диагноза желчнокаменной болезни имеют значения: в анамнезе – боли, связанные с приемом жирной, жареной пищи, которые появляются в разные сроки после еды, проявляются неодинаковой интенсивностью и продолжительностью, носят приступообразный характер по типу печеночной колики. Довольно часто боли иррадиируют в спину, грудную клетку, правое плечо. Объективные признаки: болезненность в области проекции желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Кера, Захарьина, Боткина, Мюссе и др., положительные зоны Захарьина-Геда (3,4,5 шейные и 6,9 грудные позвонки справа), часто пониженная секреторная функция желудка, патологические изменения в желчи порция «В» (кристаллоиды, лейкоциты и другие), возможно повышение температуры, рентгенологическое, ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография по характерным признакам определяют наличие конкрементов в гепатобилиарной системе.

грудной клетки. Боли были чаще тупые, ноющие, почти постоянные. Чувство тяжести и распираания в правом подреберье имели 94,1% больных. Острые боли, напоминающие желчную колику, имели половина больных с острым холециститом и 1/3 больных с хроническим холециститом в стадии обострения. Причиной появления или усиления болей в правом подреберье, как и диспепсические расстройства, в большинстве случаев являлись нарушением режима питания и погрешности в диете. Довольно часто (39,6%) причиной усиления болей было нервное напряжение.

Многие больные жаловались на неприятные ощущения в области сердца (49,6%) и другие различного характера боли (28,6%), а иногда и на нарушение ритма сердца.

У всех больных с помощью УЗИ, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии установлено наличие конкрементов в желчном пузыре.

Наиболее важным в диагностике хронического неспецифического реактивного гепатита у больных холециститом является пальпаторное и с помощью перкуссии исследование печени. У всех больных с острым и обострением хронического калькулезного холецистита выявлена умеренная гепатомегалия, у больных с хроническим калькулезным холециститом в стадии ремиссии умеренное увеличение печени обнаружено у 1/3 случаев.

У 2/3 больных печень выступала из правого подреберья. Почти всегда отмечалась ее выраженная болезненность при пальпации. У 36,9% больных орган был уплотнен. Плотноватая консистенция и более выраженная болезненность печени чаще определя-

биохимическое и инструментальное обследование. Установлено острый калькулезный холецистит у 21 чел, хронический калькулезный холецистит в стадии обострения у 14 чел, в стадии ремиссии – у 7 чел. Всем больным проведена с предоперационной подготовкой холецистэктомия.

Лечение неспецифического реактивного гепатита проводили с помощью разработанного нами метода лечения «Способ лечения алкогольного цирроза печени», содержащего смесь из Д-фруктазы, рибоксина, эссенциале, мексидола, преднизолона для внутривенного введения и приема внутрь гепона с лазерным облучением крови (Декларационный патент на винахід за заявкою № u 2012 09280).

У всех больных описываемой группы в анамнезе и при обследовании отсутствовали какие-либо указания и признаки наличия и перенесенных в прошлом вирусных гепатитов. Чаще всего острый и хронический холецистит и сопровождаемый их неспецифический реактивный гепатит (у 73,8% больных) выявлены в возрасте 40-60 лет. Чем чаще рецидивировал хронический холецистит, тем сильнее поражалась печень. У 89,6% больных выявлены и другие заболевания пищеварительной системы: хронический гастродуоденит у 61,9% больных, хронический колит – у 54,7%, дуоденальная язва – у 14,3%, хронический панкреатит – у 27,6% больных, некоторые больные имели по 2-3 сопутствующих заболеваний.

Наиболее постоянным был болевой синдром. У всех больных отмечались боли в правом подреберье. У $\frac{3}{4}$ больных наряду с болями в правом подреберье были боли в эпигастральной области. У половины больных боли irradiровали в правую половину

Дифференциальный диагноз

Анатомо-топографическое соотношение, функциональные взаимосвязи, общность регуляции таких органов пищеварения как пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка, печень, желчные пути, поджелудочная железа, создают закономерные предпосылки для возникновения сходных клинических проявлений при заболевании какого-то из этих органов. Поэтому существуют определенные трудности при распознавании холелитиаза. Для ее диагностики следует использовать определенные дифференциально-диагностические критерии. Главными из них являются все симптомы и синдромы при субъективном, объективном и лабораторно-инструментальном исследовании.

Поскольку в дифференциальном диагнозе холелитиаза некоторые заболевания пищеварительной системы и вблизи расположенные органы имеют много общих симптомов, то на первом этапе необходимо определить локализацию патологического процесса, на втором этапе, убедившись, что основная болезнь находится в гепатобилиарной системе, распознавание заболевания осуществляется среди патологии в желчной системе и на третьем – отличить основу образования конкрементов и к какой форме заболевания они относятся – ко вторичному калькулезу воспалительного происхождения в желчных путях или к желчнокаменной болезни как к общему заболеванию организма. Ибо следующим шагом лечащего врача должно быть патогенетическое лечение с использованием консервативных и хирургических методов для этой цели.

Итак, периодичность приступов выраженных одинаковых болевых явлений при полном благополучии

между ними свидетельствует или об острых процессах в одном и том же органе, что мало вероятно, или о рецидивах одного и того же заболевания. Повторные приступы болей такого характера больше говорят за обострение какого-то хронического заболевания, чем за повторение острых его форм.

Основной и пожалуй, единственной жалобой больного является боль в области эпигастрия и правом подреберье. При чем боль приступообразная с иррадиацией в правую половину грудной клетки и руку, лопатку. Связано с приемом жирной пищи и холодной воды. Она сопровождается тошнотой и неукротимой рвотой.

Приступы болевых ощущений, связанных с приемом пищи и локализацией в эпигастрии и правом подреберье, возможны при заболевании желудка и двенадцатиперстной кишки, в особенности при язвенной болезни. Однако боли при язвенной болезни возникают после приема кислой, острой, грубой пищи. Употребление жирных блюд облегчает боль. Болевые ощущения после рвоты уменьшаются или даже прекращаются. Иррадиация болей бывает в спину, но не вверх грудной клетки. Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки, фиброгастроскопия определяют наличие язвы, если она имеет место у больного.

Заболевание поджелудочной железы – панкреатит также протекает с приступом болей или другими болевыми ощущениями в эпигастральной области и подреберьях, иногда с неукротимой рвотой, но эта боль больше выражена в левой половине эпигастральной области, слева от пупка с иррадиацией в спину, левую часть позвоночника, левую лопатку, левую по-

повреждают гепатоциты. Дегенерирующие гепатоциты становятся аутоантигенами с последующим развитием аутоиммунного воспаления в печени, образуя неспецифический реактивный гепатит.

Поскольку реактивный гепатит у больных калькулезным холециститом протекает скрытно, а проявления как острого так и хронического калькулезного холецистита в стадии обострения бывают выраженными, то внимание больного и врача, обычно в связи с болевым синдромом, сосредотачиваются на патологии желчного пузыря, лечение которого завершается общепризнанным хирургическим методом – холецистэктомией. Латентно текущий реактивный гепатит прогрессирует и только тогда, когда уже присоединяются цирротические изменения в печени с клиническими проявлениями, больной вынужден обращаться к врачу. В этот период лечение такого больного весьма затруднительное.

Вопросу калькулезного холецистита и реактивного гепатита придается весьма малое значение, в то же время среди населения желчекаменная болезнь, а с ней холециститы и реактивные гепатиты, переходящие в цирроз печени, прогрессируют. Растет потеря трудоспособности, инвалидность и смертность.

Нами изучены особенности течения калькулезного холецистита с реактивным гепатитом и обоснованы методы их лечения.

Исследование проведено на 42 больных в возрасте от 28 до 60 лет с длительностью заболевания до 7 лет. Мужчин было 16, женщин – 26. Почти все больные доставлены в клинику хирургии машиной скорой помощи с диагнозом «острый живот». Больным в полном объеме проведено клиническое, лабораторное,

научно-практические конференции на уровне районных и областных лечебных учреждений.

Обеспечить семейных врачей, врачей участковых больниц и поликлиник миниатюрной диагностической аппаратурой для своевременной диагностики у пациентов неотложных состояний.

Для этого необходимо разработать алгоритмы диагностики и лечения наиболее угрожающих заболеваний острого живота, интенсивнее совершенствовать клиническую и лабораторно-инструментальную диагностику неотложных состояний при заболеваниях органов брюшной полости.

ЖКБ и холецистогепатит

Печень и желчный пузырь являются единой системой желчеобразования и выделения желчи с организма. Если печень в физиологическом отношении представляет собой «биохимическую лабораторию», где происходят метаболические и обезвреживающие процессы, конечным продуктом которых является желчь, обеспечивающая нормальную жизнедеятельность организма, то желчный пузырь, являясь резервуарным органом, своей ритмической деятельностью обеспечивает кишечник желчью, участвующую в пищеварении. Они взаимосвязанные и взаимозависимые своей генетической особенностью и саморегуляцией.

Холестаз и камни в желчной системе приводят к асептическому или инфекционному воспалительному процессу в желчном пузыре. Продукты воспаления, токсины, инфекция (при нарушении оттока желчи в двенадцатиперстную кишку) легко проникают по желчным протокам в печеночные ходы долек,

ловину плечевого пояса, положительные симптомы: точка Дежардена (на линии от пупка до правой подмышечной впадины, в 5-7 см от пупка) и Губергрица (точно такая же, только слева), зоны Шоффара (треугольник, образованный линией от пупка до точки Дежардена, от нее перпендикуляром по средней линии и по ней к пупку) и слева Губергрица, а также Мейо-Робсона (в левом реберно-позвоночном углу). Имеет значение повышение температуры, лейкоцитоз, ускорение СОЭ и высокое содержание амилазы крови (свыше 32г/ч*л). УЗИ определяет изменение эхогенности в определенных областях поджелудочной железы.

Свинцовая колика может сопровождаться приступообразными болями в животе. В большинстве случаев, при этой колике боли локализуются в середине живота, бывают разлитыми, успокаиваются от глубокого надавливания. Характерно повышение артериального давления и появления типичной свинцовой каймы на деснах.

При аппендиците боли могут начинаться в верхней половине живота, но в дальнейшем они перемещаются с левой в правую подвздошную область. Определяется болевая точка Мак-Бурнея, стойко сохраняется феномен мышечной защиты с наклоном к расширению мышечного напряжения, нарастает выраженность симптомов Щеткина-Блюмберга, Ровзинга. Увеличивается нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ. Если червеобразный отросток расположен высоко в брюшной полости, под печенью, тогда от желчной колики удастся дифференцировать с помощью желтушности и иррадиации болей при последней. УЗИ помогает в диагностике.

При правосторонней почечной колике боли локализируются в правой половине живота, пояснице с иррадиацией в пах, половые органы и ногу. Часто наблюдаются расстройства мочеиспускания, дизурия, олигурия, анурия. В моче – эритроциты, кристаллы солей.

Исключив патологию в близлежащих органах к гепатобилиарной системе, переходят ко второму этапу исследования. Заболевания печени и желчных путей характеризуются различными болевыми ощущениями вплоть до печеночных коликов в правом подреберье, в эпигастрии с иррадиацией в правую половину грудной клетки и т. д., что соответствует патологии гепатобилиарной системы.

Подобные боли, да еще с приступами печеночной колики возможны при дискинезии желчных путей, холециститах, желчнокаменной болезни.

При дискинезии желчного пузыря связь возникновения болевого синдрома с отрицательными эмоциями, отсутствует напряжение брюшной стенки во время печеночной колики. Наличие общего невроза. Отрицательные результаты дуоденального зондирования и, главным образом, контрастная холецистография, УЗИ, не выявляют конкрементов, но указывают на гипертонию желчного пузыря.

Острый холецистит или хроническая его форма в период его обострения характеризуется, кроме болей, ознобами, повышением температуры, лейкоцитозом, ускорением СОЭ. Печень, почти всегда увеличена, болезненна. Дуоденальное зондирование показывает, что порция «В» мутная, содержит слизь, лейкоциты, эпителиальные клетки. Холецистография, УЗИ могут выявить деформацию желчного пузыря без наличия камней.

большинстве случаев острого живота (при перитоните, перфорации полых органов, механической непроходимости кишечника, внутренних кровотечениях и др.) необходимо оперативное лечение. При тяжелом состоянии пациента с выраженной интоксикацией, обезвоживанием, необходимо проведение интенсивной предоперационной подготовки в течении 2-3 часа с целью коррекции возникших нарушений. В случаях крайне тяжелого состояния пациента (массивное желудочно-кишечное кровотечение) оперативное вмешательство производят сразу же после поступления пациента в стационар, параллельно выполняя реанимационные мероприятия.

Пациент с псевдоабдоминальным синдромом должен быть срочно госпитализирован, желательна в многопрофильный стационар, где имеются условия для комплексного обследования. Лечение, как правило, консервативное, направлено на основное заболевание, обусловившее развитие псевдоабдоминального синдрома.

Таким образом с ростом количества пациентов с острым животом и параллельно с ним псевдоабдоминальным синдромом на догоспитальном уровне врачами иногда допускаются ошибки в дифференциальной диагностике острых заболеваний брюшной полости, что приводит к несвоевременному оказанию специализированной помощи пациентам с угрожающим состоянием.

Для повышения квалификации врачей, особенно первичного звена, по вопросам неотложной медицинской помощи населению целесообразно больше освещать их в медицинской литературе, интернете и систематически проводить тематические семинары,

цитоз, ускоренная СОЭ, ревматоидный фактор, волчаночные клетки), ЭКГ, ФГС, УЗИ, компьютерная томография, МРТ, биопсия ткани окончательно решает вопрос диагноза.

Эндокринная патология (4 больных), в частности сахарный диабет, тиреотоксикоз, надпочечниковая недостаточность могут протекать с кризовыми состояниями по типу острого живота. В основе этой патологии лежат токсическое влияние продуктов, которые накапливаются в организме вследствие нарушенных функций эндокринных желез и изменение деятельности симпато-адреналовой системы.

В диагностике этих заболеваний существенное значение имеет полноценное клиничко-лабораторное и инструментальное исследования, с помощью которых можно установить гипергликемию при сахарном диабете; зоб, тахикардию, глазные симптомы, повышение тиреоидных гормонов при тиреотоксикозе; болезнь Аддисона, гипокортицизм – при надпочечниковой недостаточности.

Таким образом, глубокий анализ, результатов всестороннего обследования пациента с болями в животе, позволяет методом дифференциальной диагностики, установить сущность патологического процесса в его организме, которая решает правильную тактику лечения.

Лечение. Характер лечебных мероприятий при остром животе зависит, прежде всего, от причины заболевания. При некоторых воспалительных процессах, не сопровождающихся развитием перитонита проводят комплексное консервативное лечение, включающее диету, противовоспалительные, дезинтоксикационные и другие мероприятия. Однако в

Желчнокаменная болезнь, в частности, неосложненная форма характеризуется тем, что вслед за внезапно проходящей печеночной коликой, больной сразу же чувствует себя здоровым. Он не испытывает болезненности при пальпации области печени и желчного пузыря. Обычно не остается «температурного хвоста», отсутствуют «элементы воспаления» в дуоденальном содержимом. При рентгенографии или УЗИ выявляются камни желчного пузыря или другой локализации желчной системы. Присоединение желтухи после печеночной колики подтверждает мнение о нарушении проходимости холедоха возможно малым конкрементом. Кратковременное повышение температуры возможно вследствие нарушения терморегулирующего центра, обусловленное болевым фактором или легкой интоксикацией.

Завершающим этапом дифференциального диагноза холелитиаза является определение механизма образования камня и его локализация. Весьма существенным является уточнение происхождения конкремента у больного. Для образования первичных камней, как продукта желчнокаменной болезни, характерным являются предрасполагающие факторы, к которым относятся: наличие у больного родовых, семейных, наследственных камненосителей, таких заболеваний как ожирение, атеросклероз, сахарный диабет и т. д. перенесенные роды. Главным показателем служит выявление множества камней с локализацией их в различных областях желчной системы. Для вторичных камней, которые образуются по причине, главным образом, местных изменений в желчных путях за счет воспалительных процессов или механических факторов, которые не представляют

трудности в их определении.

Локализацию камней в желчной системе легче всего определить инструментальными и оперативными методами исследования.

Формулировка диагноза

Желчнокаменная болезнь с множественными камнями в желчном пузыре, холедохе смешанного состава с частыми приступами печеночной колики, средней тяжести течения, осложненной хроническим холециститом, обтурационной желтухой тяжелой степени, период обострения.

Желчнокаменная болезнь, постхолецистэктомический синдром: хронический панкреатит рецидивирующее течение средней тяжести период обострения, хронический гастродуоденит с сохраненной кислото- и секреторной функцией желудка, период обострения.

Желчнокаменная болезнь с внутривнутрипеченочными камнями без нарушения желчевыделения, латентное течение.

Хронический калькулезный холецистит рецидивирующее течение средней тяжести период обострения.

Холангиолитиаз, осложненный обтурационной желтухой, средней тяжести период обострения.

Хронический калькулезный холангит, осложненный обтурационной желтухой, средней степени тяжести период обострения.

Послеоперационный камень холедоха без нарушения функции желчевыделения, латентное течение.

определяются систолический шум над аортой, ультразвуковые изменения. В обоих случаях боль снимают препараты нитратов.

В большинстве заболеваний, протекающих с псевдоабдоминальным синдромом, передняя брюшная стенка не изменена. Болезненность при пальпации, особенно глубокой, всей передней брюшной стенки или ее части, определяется не резко выраженной. Напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Щёткина-Блюмберга, как правило, отсутствуют, а если бывают не резко выраженными, то они часто меняют интенсивность.

Диффузные болезни соединительной ткани (5 больных), к которым относятся ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит, гемморагический васкулит - иногда начинаются болями в животе, нередко интенсивными, приступообразного характера при менее выраженной основной симптоматике. При этих болезнях абдоминальный синдром связан с развитием полисерозита и васкулита с вовлечением в этот процесс брюшины по типу ограниченного перитонита. Тщательно собранный анамнез с фиксацией внимания на перенесенные болезни, наследственность, всестороннее объективное исследование, в том числе кожи, при котором легко установить высыпания (пурпура), бабочка (системная красная волчанка), атрофия ее (склеродермия), дерматит, миозит (дерматомиозит), деформация суставов (ревматоидный артрит), гипертония с нефротическим синдромом (узелковый периартериит), узловатая эритема, подкожные узелки, порок сердца (ревматизм), а также исследования крови (лейко-

стических и лечебных действий. Для установления истинного заболевания, которое могло вызвать абдоминальную боль, пациента обследуют по системам в полном объеме. Это дает возможность дополнительными симптомами определить симулирующее заболевание с картиной острого живота. Так, при межреберной невралгии, опоясывающем лишае, кроме болей в животе пальпация позволяет обнаружить болезненность в межреберных промежутках или по ходу распространения лишая локальными изменениями на коже. Для крупозной пневмонии характерно усиление голосового дрожания, притупление легочного звука и изменение границ легких, а при аускультации – ослабленное или бронхиальное дыхание и влажные хрипы или крепитация, шум трения плевры. Кашель, особенно с мокротой, одышка, повышение температуры, рентгенологическое исследование – подтверждают патологию дыхательной системы.

Ишемическая болезнь (3 больных), сопровождающаяся острым коронарным синдромом и абдоминальной ишемией (брюшная жаба), могут напоминать картину истинного острого живота. Острый инфаркт миокарда, гастралгическая форма и брюшная жаба протекают выраженной болью со страхом смерти. При инфаркте миокарда характерными дополнительными синдромами будут: кардиогенный коллапс или шок, нарушения ритма сердца и проводимости, шум трения перикарда, изменения в крови (лейкоцитоз при нормальной СОЭ и через 4-5 дней наоборот, ферментемия – повышение аминотрансфераз, тропонины), ЭКГ подтверждают диагноз инфаркта миокарда. При абдоминальной ишемии

Лечение холелитиаза

Лечение больных желчнокаменной болезнью проводится комплексно с использованием хирургических и консервативных методов, учитывая как индивидуальную особенность течения заболевания, так и состояние организма в целом.

Принципы консервативной терапии

Течение холелитиаза сопровождается различными состояниями больного и зависит от пола, возраста, периодов обострения и ремиссии, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний и т. д. В зависимости от проявлений болезни определяется тактика лечения с учетом индивидуальных особенностей каждого человека в отдельности.

Психотерапия. Изучая больного, необходимо обратить внимание на его психический статус с учетом типа нервной системы. В беседе с больным о сути его болезни следует подчеркивать о благоприятности течения заболевания, объяснить причину неприятных ощущений, ознакомить с результатами обследования и сказать, что исход заболевания зависит от выполнения больным врачебных рекомендаций. В период обострения заболевания необходимо госпитализировать больного в хирургическое отделение, где, находясь под наблюдением хирурга, решать вопросы его лечения.

Режим жизни. До комплексного лечения и профилактики рецидива болезни относится и формирование здорового образа жизни с правильным режимом работы, отдыха, физической тренировки организма, питания. От этих факторов в большинстве своем зависит успех выздоровления и нахождение больного в

состоянии практически здорового человека.

Профессия, как и трудовая деятельность, семейное благополучие, должны удовлетворять человека в положительных эмоциях, исключая психические и физические перенапряжения.

Отдых, как лечебный фактор, должен быть активным и плодотворным. Книжки, выставки, музеи, театры – все это доступно каждому. Если использовать их, жизнь человека станет богаче, расширяется круг интересов, меньше будет отрицательных эмоций, а, следовательно, в организме улучшится обмен веществ и сопротивление его к внутренним и внешним раздражителям.

Режим лечения. По целенаправленности психической и физической нагрузки в зависимости от состояния больного и тяжести течения болезни в лечебных стационарных учреждениях обычно используют четыре режима.

Первый режим (строго постельный) назначается тяжелым больным, у которых имеется угроза еще более тяжелых осложнений или угроза для жизни больного. Больной находится в условиях полного покоя под постоянным наблюдением врача. Все физиологические отправления обеспечиваются с активной помощью медицинского персонала. Речь идет, в основном, о наличии у больного тяжелых сопутствующих заболеваний, главным образом сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Второй режим (постельный) ограниченной подвижности. Может быть переходным для первого, из первого в третий двигательный режим по мере укрепления общего состояния и уменьшения угрозы для жизни больного.

относятся УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия, консилиум специалистов, диагностическая лапаротомия, биопсия.

В практической медицине врач нередко встречается с симптоматикой, характерной, но не являющейся такой для острой патологии органов брюшной полости, т.е. с псевдоабдоминальным синдромом. Характерным для псевдоабдоминального синдрома является боль в животе различной локализации. Одновременно может наблюдаться боль в разных отделах грудной клетки, в поясничной области, наружных половых органов и др. у таких пациентов нередко возникает рефлекторная рвота, которая, как правило, не содержит примесей застойного содержимого, что столь свойственно некоторым заболеваниям, обуславливающим картину острого живота. Возможны задержка стула и газов, связанная с проходящим парезом желудочно-кишечного тракта, учащение стула с жидкими испражнениями, примесь алой крови и мелена.

Следовательно, при псевдоабдоминальном синдроме в большинстве случаев имеется симптоматика, характерная для заболевания острого живота, что нередко приводит к диагностическим ошибкам с роковым исходом. Однако, при тщательном изучении пациента можно избежать неточности в определении болезни.

В дифференциальной диагностике псевдоабдоминального синдрома и острого живота, для которых характерна выраженная боль в животе, важное значение имеет анамнез основного заболевания, его осложнений с учетом в прошлом приступов болей в животе, характера результатов проведенных диагно-

разование, имеющее форму колбасы. При перкуссии устанавливается высокий тимпанический тон. При аускультации слышно сильное урчание, заканчивающееся шумом выливающейся бутылки. Отсутствие шумов указывает на парез кишок. Брюшные рефлексы угасают. В крови постепенно нарастает лейкоцитоз с нейтропенией. Рентгенологическое исследование показывает скопление газов и чаши Клойбера.

Перитонит (4 больных) характеризуется внезапно появляющейся большой интенсивности болью, локализующейся в большинстве случаев в мезогастрии без определенной иррадиации, быстро распространяющейся на весь живот, упорной рвотой. Язык сухой, обложенный. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации выражена разлитая болезненность всей брюшной стенки, отмечается некоторая резистентность брюшной стенки. Наблюдается резко положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Иногда при аускультации выслушивается шум трения брюшины, а над раздутым кишечником (парез кишок) можно услышать шум плеска. Вскоре повышается температура, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

Дифференцирование отдельных форм острого живота происходит на основании их характерных признаков, описанных вкратце в клинической картине каждой из этих форм.

Что касается многих других заболеваний, относящихся к диагнозу острый живот, то обычно реже встречающиеся острые болезни диагностируются в процессе исследования пациентов на предмет уточнения наличия перечисленных, чаще встречающихся заболеваний острого живота и при необходимости диагностики используют другие методы, к которым

Назначение второго режима преследует цель повышения нервно-психического тонуса организма, ликвидации последствий значительного ограничения для восстановления двигательных нагрузок. При втором режиме все движения выполняются в постели. Используется дыхательная гимнастика, применяется 10 – 15 минутная гимнастика для сердечно-сосудистой системы.

Третий режим (полупостельный, тренирующий) применяется при значительном улучшении состоянии больного. Больной может находиться половину времени вне койки. Назначение третьего режима производится с целью общетонизирующего воздействия физических упражнений, ограничиваются гигиенической гимнастикой в положении лежа, сидя, стоя в палате или кабинете лечебной физкультуры; разрешаются прогулки, лечебная ходьба и т. д.

В комплекс упражнений лечебной гимнастики включаются дыхательная гимнастика, упражнения на расслабление, движение с умеренным сопротивлением и т. д.

Четвертый режим (общий) тренирующий назначается всем больным, у которых состояние не требует врачебных вмешательств. Задачей этого режима является постепенное повышение выносливости организма к физической нагрузке, общее укрепление организма.

Основными методами физических упражнений являются утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная физкультура, терренкур.

При переходе с одного режима на другой следует пользоваться реабилитационными функциональными и лабораторно-инструментальными показателями.

Лечебное питание. Полноценное функциональное состояние организма, особенно высших отделов нервной системы, зависит от условий внешней среды, одним из важных факторов которой является питание.

Диета входит как в профилактику, так и в лечение больных желчнокаменной болезнью. Она ограничивается №5 в лечебном питании. Пища не должна содержать большого количества холестерина и вообще жировых веществ. Из пищи исключаются яйца, мозги, баранина, жирные сорта мяса, рыбы, сало, маренные, острые блюда, копчености. Больные должны воздерживаться от продуктов, вызывающих у них печеночные колики (сдобное тесто, холодные, жирные закуски и т. д.)

Основу пищевого режима при желчнокаменной болезни обычно составляют углеводы и растительные белки (мучные блюда, сахар, овощи, фрукты, нежирное молоко, творог и т. д.)

В пищевой рацион следует включить немного мяса и рыбы (в вареном, а не жареном виде). Белковая пища, особенно мясо, значительно увеличивает продуцирование печенью желчных кислот. При желчнокаменной болезни это особенно полезно потому, что: 1) увеличение содержания желчных кислот в желчи способствует удержанию в растворе холестерина; 2) холаты, попадая в кишечник, всасываются и, поступая вновь в печень, стимулируют в свою очередь желчеобразование и желчеотделение. Принимать пищу следует чаще (5 - 6 раз в день). Количество пищи на один прием не должно быть большим. Следует рекомендовать прием большого количества жидкости, т. к. это способствует разжижению и усилению се-

дируя одновременно в правое и левое подреберье, в лопатки, надплечье, иногда в область сердца. Часто повторная неукротимая рвота. Язык сухой, густо обложенный желтым или бурым налетом. Живот обычно вздут. При пальпации мягкий, болезненный в подложечной области. Симптом Воскресенского (отсутствие пульсации брюшной аорты) выражен часто. Положительный симптом Мейо-Робсона (болезненность в реберно-позвоночном углу). Резко ослаблена перистальтика кишечника вплоть до ее прекращения. В крови умеренный или высокий лейкоцитоз с небольшим сдвигом влево и лимфопенией, ускоренная СОЭ, гипергликемия, гипокальциемия, гипербилирубинемия; гиперамилаземия, гипертрипсинемия, гипердиастаземия, гипердиастазурия; гиперкоагуляция. Инструментальное исследование (рентгенологическое, УЗИ, КТ, ФГДС) дополняют решение дифференциальной диагностики острого панкреатита.

Острая непроходимость кишечника (10 больных) возникает вследствие механического заворота, обтурации, странгуляции кишок, динамической, спастической и паралитической непроходимости. Она сопровождается внезапной резкой диффузной, иногда локальной, болью в брюшной полости с чувством надвигающейся смертельной угрозы. Прекращается отхождение газов, стул задержан, появляется рвота сначала пищей, затем обильным количеством желтоватой горькой жидкостью, сменяющейся зловонной массой (каловая рвота). Задержка газов и фекалий с развитием метеоризма, усиливается кишечная перистальтика. При пальпации брюшной стенки определяется эластическое уплотнение или опухолевое об-

Острый холецистит (25 больных) сопровождается внезапно возникающей болью, чаще вскоре после приема острой, жирной пищи. Довольно острая и интенсивная боль с самого начала, в большинстве случаев, носит схваткообразный характер, затем сменяется постоянной или с самого начала может быть постоянно ноющей и нарастающей по интенсивности. Обычно локализуется в правом подреберьи, но может захватывать и всю эпигастральную область. Характерна иррадиация боли в правую половину грудной клетки, правое плечо, лопатку, надплечье, а также в область сердца (холецисто-коронарный симптом Боткина). Частая рвота, не приносящая облегчения. Живот иногда несколько вздут, при тяжелых формах не участвует в дыхании. При пальпации отмечается выраженная болезненность в правом подреберьи, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, фрэнкиус-симптом, Боткина, Захарина и др. иногда прощупывается увеличенный желчный пузырь в виде тугоэластичного, округлого, резко болезненного образования. Печень обычно не увеличена, напряжение мышц, симптом Щёткина-Блюмберга свидетельствует о деструктивном холецистите. В крови лейкоцитоз и сдвиг влево, ускоренная СОЭ. Инструментальное исследование (рентгенография без контраста, УЗИ, КТ, лапароскопия) могут быть решающими в диагностике острого холецистита.

Острый панкреатит (9 больных) проявляется болью постоянного характера в верхней части живота. Возникает внезапно, чаще после погрешностей в диете, приема обильной жирной пищи, алкоголя. Резкая, бывает распирающей, сверлящей, сжимающей, отдает в спину или как бы опоясывает, ирра-

креции желчи. Во время обострения болезни диета должна быть более строгой: назначают каши на воде, кисели, компоты, протертые овощи, фрукты, протоквашу.

Лечебная физкультура. Физические упражнения относятся к лечебным средствам функциональной терапии желчнокаменной болезни. Применение физических упражнений с лечебной целью основано на значении движения жизнедеятельности человека, как стимулятора всех основных физиологических функций организма. При правильном подборе упражнений и дозировке лечебная физкультура является одним из эффективных методов лечения и профилактики различного рода заболеваний, к которым относится и желчнокаменная болезнь.

Основными средствами лечебной физкультуры являются разнообразные физические упражнения, выполняемые больными самостоятельно, под руководством преподавателя, со специальными снарядами и без них. Систематические занятия физическими упражнениями с лечебной и профилактической целью оказывают благоприятное влияние на нервную систему, обмен веществ, на отправления внутренних органов и на опорно-двигательный аппарат больного.

Под влиянием лечебных физкультурных мероприятий изменяется психо-эмоциональное состояние и реактивность больного. Активные движения усиливают кровообращение и кровоснабжение тканей, значительно повышают окислительные процессы и обмен веществ и т. д.

Физические упражнения не являются специфическим средством лечения желчнокаменной болезни, но они оказывают общеукрепляющее действие.

Применяемые в практике лечебной физкультуры комплексы движений могут быть использованы для лечения больных желчнокаменной болезнью. К этим комплексам относятся: утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, экскурсии и ближний туризм, игры подвижные и спортивные, купание, плавание, гребля, спортивные упражнения в дозированной форме (бег), катание на лыжах, коньках и т. д. Все перечисленные виды физических упражнений можно использовать как в стационарных условиях, так и в повседневной жизни больных желчнокаменной болезнью.

Утренняя гигиеническая гимнастика восстанавливает работоспособность органов кровообращения и дыхания после сна, ликвидирует застойные явления в тканях, что ведет к увеличению циркулирующей крови в почках и повышает выделение продуктов межклеточного обмена из организма.

Физические упражнения тренируют сердце, легкие, нервную систему, улучшают обмен веществ, функции печени, желудочно-кишечного тракта и т. д.

Лечебная гимнастика или лечебная физкультура оказывает более сильный терапевтический эффект, чем утренняя гигиеническая гимнастика, и имеет уже выраженную целенаправленность. Сеанс лечебной гимнастики строится по принципу повышения общего тонуса организма и щажения или повышения тренировки больного органа.

Типичное построение урока лечебной гимнастики предусматривает так же, как и в утренней гимнастике, вводный, основной и заключительный разделы.

Вводная и заключительная часть (по 2-3 мин.)

кровообращения; воспалительные процессы в придатках матки, внематочная беременность и др.

Симптоматика для дифференциального диагноза патологических состояний, вызывающих симптомокомплекс «острый живот» у наших больных.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (17 больных) характеризуется чрезвычайно резкой интенсивной невыносимой болью, появляющейся внезапно («удар кинжала») в эпигастральной области или правом подреберье и постепенно распространяется по всему животу. Живот втянут, ладьевидный, не участвует в дыхании, при пальпации определяется резкое напряжение мышц (живот как доска) и выраженная болезненность всей брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При перкуссии – исчезновение границ печеночной тупости. При аускультации – кишечные шумы отсутствуют. В крови лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. R-скопия – наличие свободного газа в брюшной полости. ФГС – язва.

Аппендицит (23 больных). В начале заболевание не имеет четкой локализации, затем боль постепенно нарастающая, возникает в подложечной области, перемещаясь в левую и далее в правую подвздошную область, сопровождаясь тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, температура субфебрильная. Живот обычной формы, при пальпации болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Щёткина-Блюмберга. В крови лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. Лапароскопия – червеобразный отросток утолщен, гиперэмирован, брыжейка его инфильтрирована.

Из остальных 17 пациентов, которым в клинике был оставлен диагноз острый живот, после дополнительных исследований и наблюдения у 12 определены хирургические заболевания, пять из них подверглись операции, а четыре продолжали консервативное лечение, 4 проведена диагностическая лапаротомия, где у 3 был установлен окончательный хирургический диагноз и прооперированы, одному с синдромом пурпурной брюшины.

Следовательно, при первичном врачебном осмотре 100 пациентов с клинической картиной острого живота, оперативное вмешательство подтвердило нозологические формы неотложных хирургических болезней у 88%, у 12% пациентов заболевание проявилось псевдоабдоминальным синдромом. Это обстоятельство требует более подробного рассмотрения и проведения дифференциального диагноза между хирургическими заболеваниями, относящимся к болезням острого живота и болезнями, симулирующими эту патологию. К тому же, если учесть частоту острого живота (до 100 причин) и расхождение диагнозов только при аппендиците (35,1%) и кишечной непроходимости (73,5%), то становится ясной крайняя необходимость в углубленном знании этой патологии.

Причины возникновения острого живота многочисленны и могут быть сгруппированы в следующем порядке: повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства; воспалительные заболевания, в т.ч. перитонит; перфорация полого органа; внутренние кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и брюшную полость; непроходимость кишечника; острые нарушения мезентериального и аортального

осуществляется ходьбой с движением рук и ног и дыхательными упражнениями.

В основной части следует больше внимания уделять интенсивности движений: легкий бег, легкие подскоки и т. д. Наиболее существенная особенность сеанса – возможность тщательной индивидуализации в подборе и проведении упражнений.

Помимо указанных видов лечебной физкультуры, надо максимально использовать для больных желчнокаменной болезнью весь двигательный режим: ходьбу, экскурсии, туризм, купание, плавание, катание на лыжах, велосипедах и т. д.

Правильное регулирование двигательного режима включает также и дозировку покоя. Всегда должно соблюдаться чередование физических упражнений с отдыхом.

Медикаментозная терапия. Препараты, назначаемые при желчнокаменной болезни, можно разделить на болеутоляющие, желчегонные, антимикробные и растворители камней.

Болеутоляющие препараты используются как для купирования болевого синдрома при обострениях болезни, так и для устранения монотонных ноющих болей, ощущения тяжести в правом подреберье.

При интенсивных болях в правом подреберье, мучительной тошноте и повторной рвоте, не приносящей облегчения, назначают один из периферических М-холинолитиков: 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата или метацина, 1 мл 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата подкожно, 1 мл 0,1 % раствора хлорозила подкожно или внутримышечно. Периферические М-холинолитики обладают высокой спазмолитической активностью, причём хлорозил в

2-3 раза эффективнее атропина и метацина. Кроме того, периферические М-холинолитики оказывают противорвотное действие, угнетают секрецию поджелудочной железы, кислото- и ферментообразование в желудке. Атропин вызывает ряд побочных действий: сухость во рту, расширение зрачков, диплопию, повышение внутриглазного давления, изредка – затруднение мочеиспускания, психические расстройства.

После купирования интенсивных болей препараты этой группы могут быть назначены внутрь: метацин в дозе 0,004-0,006 г 2-3 раза в день.

Противопоказаниями к назначению периферических М-холинолитиков являются: глаукома, аденома предстательной железы.

Для купирования болей применяются также митропные спазмолитики: 2 мл 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл 2 % раствора Но-шпы подкожно или внутримышечно 2-3 раза в день, 2 мл 0,25 % раствора феникаберана внутримышечно. Миолитики можно сочетать с М-холинолитиками для усиления эффекта обезболивания.

При сильных, упорных болях можно использовать ненаркотические анальгетики: анальгин 2 мл 50 % раствора внутримышечно или внутривенно в сочетании с папаверином, Но-шпой и димедролом; баралгин 5 мл внутримышечно. При некупирующихся болях приходится применять один из наркотических анальгетиков: 2 мл 2 % промедола внутримышечно; 1 мл 1 % раствора просидола внутримышечно или подкожно; 1 мл – 50 мг раствора трамадола подкожно или внутримышечно.

При интенсивных болях можно применять 2-4 мл

спечить облегчение врачевания, все же она остается сложной профессией мышления и действий, анализа и силы психологической проницательности, сопровождаемые продолжительным и увлеченным сотрудничеством врача с больным. Особенно это касается диагностики острых болезней брюшной полости при первичном осмотре врачами скорой помощи, поликлиники, приемных отделений больниц, от которых зависит судьба больного. Для решения диагностических задач в каждом конкретном случае необходимы глубокие знания дифференциальной диагностики неотложных состояний, которые практическому врачу необходимо постоянно совершенствовать, чтобы меньше допускать диагностических ошибок, ведущих к неправильной лечебной тактике больного, нередко заканчивающейся катастрофой.

В клинику врачами скорой помощи и участковыми врачами было направлено 100 пациентов с диагнозом острый живот. В приемном отделении больниц диагноз острого живота был оставлен 73 пациентам, 25 пациентам установлен диагноз нозологической формы и 2 пациента с псевдоабдоминальным синдромом направлены в терапевтическое отделение для лечения и хирургического наблюдения. В хирургическом отделении 71 пациент после окончательного решения вопроса о хирургическом заболевании переведены в операционную, 17 пациентам продолжалось дообследование и наблюдение с тем же диагнозом острый живот. 12 пациентов после установления внутренней патологии с окончательной нозологической формой болезни выписаны для дальнейшего консервативного лечения в специализированных терапевтических отделениях больниц.

Желчнокаменная болезнь и сопутствующие заболевания

Острый живот и псевдоабдоминальный синдром

Врачам нередко в своей практической деятельности встречаются пациенты с острым животом, требующим срочного хирургического лечения. В свою очередь часто приходится дифференцировать острый живот с различными внутренними болезнями, симулирующими это грозное заболевание, получившие название псевдоабдоминального синдрома. Острый живот не являясь окончательным диагнозом, служит только тревожным сигналом, заставляющим медработника принять немедленные меры для экстренной госпитализации больного. Псевдоабдоминальный синдром – термин, объединяющий заболевания и патологические состояния различных органов и систем организма с симптоматикой, характерной для острой патологии органов брюшной полости.

Боль при многих патологических процессах, происходящих в организме человека, часто выступает на первый план среди других ощущений больного. Она сопровождает классические или типичные по своему проявлению болезни, нередко с атипичным течением и даже с казуистическими случаями. Хотя в наше время прогрессивная технизация медицины стремится все более и более автоматизировать и обе-

0,25 % раствора дроперидола в 200-300 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно, а также паранефральные новокаиновые блокады.

Периферические М-холинолитики и миотропные спазмолитики эффективны в основном при гиперкинетических типах дискинезии желчного пузыря, для которых характерны интенсивные боли. При гипотонической дискинезии желчного пузыря (тяжесть в правом подреберье) препараты холинолитического и спазмолитического действия противопоказаны. В этих случаях рекомендуются холинокинетики, которые повышают тонус желчного пузыря. К ним относятся: растительные масла, сернокислая магнезия, сорбит, кселит, прозерин и др.

Регулирующим влиянием на тонус гладкой мускулатуры желчных путей и противорвотным действием обладает метоклопрамид (церукал), который можно применять внутрь или внутримышечно по 10 мг 3-4 раза в день при любом типе дискинезии желчевыводящих путей. Подобным свойством обладает раствор галстена по 10 капель на столовую ложку воды и запить таким же количеством воды.

Желчегонные средства разделяют на три основные группы:

- препараты стимулирующие образование печеную желчи (истинные холеретики);
- препараты стимулирующие желчевыделение;
- желчеразбавители, водогонные средства (гидрохолеретики);

К истинным холеретикам относятся препараты содержащие желчные кислоты и синтетические холеретики.

К препаратам содержащим желчные кислоты от-

носятся: аллохол, холензим, хологон, лиобил, деколин, фестал и т. д.

Синтетическими холеретиками являются: оксафенамид, циквалон, никодин, холестил и др.

Препаратами, стимулирующими желчевыделение служат в основном вещества растительного происхождения, которые используются в виде отваров (цветки бессмертника, кукурузные рыльца, петрушка и т. д.), настоев (мята перечная), экстрактов (холопас, холафрукс, танафлон и др.), ампулах (курепар).

Все препараты растительного происхождения повышают секрецию желчи, уменьшают её вязкость, оказывают противомикробное, противовоспалительное, спазмолитическое действие.

К желчеразбавителям и гидрохолеретикам относятся в основном минеральные воды («Нафтуся», «Миргородская», «Березовская», «Моршинская» и др.) и соли «Барбара», «Моршинская» и др.

Солевые растворы, ксилит, сорбит, масло подсолнечное, облепиховое, оливковое благодаря холекинетическому действию вследствие раздражению слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, вызывают выделение холецистокинина, который способствует сокращению желчного пузыря и расслаблению сфинктера Одди.

Антибактериальная терапия проводится в период присоединения инфекции и развития воспаления в желчных путях. Микробное воспаление в желчном пузыре развивается тогда, когда инфицирование происходит на фоне застоя желчи, наличия конкрементов, дистрофии слизистой желчного пузыря и депрессии иммунных механизмов.

Антибактериальные препараты назначаются при

Употребление минеральных вод вне курорта должно сопровождаться соблюдением лечебного питания, при необходимости приемом медикаментозных веществ, способствующих окислению или ощелачиванию реакции мочи.

Курс приема бутылочных минеральных вод не должен превышать 30 дней, так как длительное употребление минеральных вод способствует камнеобразованию. Промежутки между приемами минеральных вод должны составлять не менее трех-шести месяцев.

Способ приема минеральных вод описан в разделе «Принципы консервативной терапии - Санаторно-курортное лечение»

Мнение некоторых исследователей о том, что разлитая в бутылки минеральная вода является неполноценной лечебной водой, можно считать ошибочным.

мендуется принять простую ванну 36-37° С, 8-10 минут, капли Галстена, но-шпу, платифилин.

Постоянно следить за работой кишечника, добиваться, чтобы стул был ежедневно.

Противопоказаны для курортного лечения следующие категории больных: больные желчнокаменной болезнью, у которых приступы протекают с высокой температурой, часто повторяются, особенно если приступы сопровождаются желтухой; острыми заболеваниями печени; цирроз печени (далеко зашедшая форма хронического поражения печени); гнойными холециститами; гепатитами с затянущимися желтухами; опухолями печени и желчных путей.

Употребление бутылочной минеральной воды

Минеральные воды для внутреннего приема используются как лечебное средство и в домашней обстановке. Однако тождества в действии источниковых и бутылочных минеральных вод на организм не может быть уже потому, что даже при закупорке бутылок как корковыми пробками, так и кроненкорками теряются летучие вещества и, в первую очередь, углекислота. Все же газация и соответствующая закупорка посуды надолго сохраняют минеральную воду в более или менее постоянном физико-химическом состоянии. Из бутылочных минеральных вод можно рекомендовать Трускавецкую, Лубенскую, Миргородскую, Моршинскую, Березовскую, Ессентуки и др.

При всех желчных диатезах с отсутствием или наличием камней в желчных путях прием бутылочных минеральных вод должен осуществляться под контролем анализов мочи.

наличии основания предполагать об инфекции в желчной системе по клиническим и лабораторно-инструментальным данным исследования.

Выбирая антибактериальные препараты для лечения калькулёзных холециститов и холангитов, надо учитывать степень их проникновения в желчь.

К проникающим в желчь в очень высоких концентрациях относятся: макролиды (эритромицин, олеандомицин, кларитромицин и др.) и пенициллины (ампициллин, оксациллин, ампиокс и др.). В достаточно высоких концентрациях проникают в желчь: тетрациклины (тетрациклин, доксациклин, эрициклин и др.), пенициллин, фуразолидон, цефалоспорины, нитроксолин, невидграмон и др. Слабо проникают в желчь стрептомицин, ристомидин.

При обострении хронического калькулёзного холецистита или холангита лечение антибактериальными препаратами проводится в течение 7 дней, при этом необходимо учитывать побочные эффекты препаратов и гепатотоксичность.

Антибактериальные средства целесообразно сочетать с желчегонными препаратами, оказывающими бактерицидное и противовоспалительное действие (циквалон по 0,1 г 3-4 раза в день перед едой, никодин в таблетках по 0,5 г 3-4 раза в день перед едой).

При обнаружении в желчи паразитов проводится антипаразитарная терапия.

При лямблиозе в желчи используется антилямблиозные препараты: фуразолидон по 0,15 г 3-4 раза в день в течение 5-7 дней; трихопол (флагил, метро니다зол) по 0,25 г 3 раза в день после еды 5-7 дней; аминохиолин 0,1 г 3 раза в день в течение 5 дней.

При наличии описторхоза, фасцилёза, клонорхо-

за наряду с эритромицином или фуразолидоном, назначают хлосил по 2 г в виде порошка в ½ стакана молока через каждые 10 мин. 3-5 раз в течении 2 дней подряд. Проводятся 2 курса с интервалами 4-6 мес.

Медикаментозное растворение камней было предпринято еще в 1937 году путем назначения микстуры, содержащей смесь желчных кислот. Однако широкого применения этот метод не находил до 1972 года, когда впервые было описано полное растворение желчных камней в результате применения чистой хенодезоксихолиевой кислоты. В последствии были разработаны вопросы лечения пациентов и дозировка препарата. Из современных медикаментозных препаратов применяются хенодезоксихолевые (хенофальк, хеносан) и урсодезоксихолевые (урсофальк, урсосан, урсо-1000) кислоты. Установлено, что медикаментозному растворению поддаются холестериновые камни, составляющие 70 % всех камней желчного пузыря.

Показанием для медикаментозного растворения камней служит высокий операционный риск. К сожалению для назначения хенодезоксихолиевой кислоты достаточно много противопоказаний, связанных с такими заболеваниями, как сахарный диабет, различные гепатиты, патология желудочно-кишечного тракта, сопровождающаяся диареей, язвенная болезнь, патология почек. Как правило, основную массу пациентов, которым назначают медикаментозное лечение, составляет контингент, в силу тех или иных причин уклоняющийся от операции. Главный критерий, оказывающий влияние на результаты лечения – правильный отбор больных. Основные условия позволяющие назначить медикаментоз-

ше назначается такая же доза, как и для взрослых. Курс лечения 2—3 недели и более в зависимости от течения заболевания. Курс лечения фламином может быть повторен.

Противопоказания для приема препарата не установлены. Фламин не вызывает побочных явлений. Фламин выпускается в таблетках по 0,05 г. Рекомендуется сохранять в сухом, затемненном от света месте.

Отвар из листьев брусники. Берется горсть листьев брусники на 3 стакана воды, кипятится 10 минут, затем процеживается и выпивается в теплом виде по 1 стакану 3 раза в день до приема пищи.

Очный цвет полевой (курслеп). Берется 20,0 г на 1 л кипятку, настаивается 20-30 минут, процеживается и принимается в теплом виде по 1 стакану 3 раза в день за час до приема пищи.

Пастушья сумка. Берется 40,0-50,0 г на 1 л кипятка, настаивается 20—30 минут, процеживается и принимается в теплом виде по 1 стакану три раза в день до еды.

Из новейших медикаментов рекомендуется для лечения при хронических воспалительных заболеваниях печени и желчных путей принимать вовнутрь аллохол по 2 таблетки 3 раза в день после еды, курс – 1-2 месяца, через 3 месяца рекомендуется лечение повторить.

Холензим – по 1 драже 3 раза в день после еды, принимать 1,5 месяца, затем сделать месячный перерыв, в дальнейшем – по совету врача.

Из *тепловых процедур* рекомендуется при приступах печеночной колики применять грелку, лампу Минина на 10-15 минут. При приступах желчнокаменной болезни, если отсутствует температура, реко-

мл воды заварить, как чай, и принимать по 1 столовой ложке 3—5 раз в день.

Рекомендуется прием экстракта рылец кукурузы, приготовляемого в аптеках, по 40—50 капель 2—3 раза в день. Как в первом, так и во втором случае для усиления желчегонного действия необходимо увеличивать прием жидкости (чай, кипяченая вода и т. д.).

Настой бессмертника. Необходимо взять две столовых ложки сбора, облить двумя стаканами кипящей воды, кипятить 10 минут, по охлаждению процедить и принимать по 1/4 – 1/2 стакана 3 раза в день за 20 минут до еды.

Мята перечная. Применяется внутрь в виде чая, 1 чайная ложка листьев мяты на 1 стакан кипятку; после одночасового настоя процедить и выпить в течение дня в несколько приемов.

Золототысячник. Берут 20,0 г травы, заливают 1 литром кипятку, настаивают в течение 20—30 минут, после процеживают и принимают по 1 стакану в теплом виде за час до приема пищи.

Лапчатка гусинная. Приготавливается и принимается так же, как и золототысячник.

Фламин. Препарат, получаемый из цветов бессмертника и сушеницы песчаной. Содержит несколько действующих веществ, представляет собой аморфный порошок желтого цвета, горького вкуса.

Фламин применяется для лечения хронических воспалительных заболеваний печени, желчного пузыря и желчных путей (гепатиты, холециститы, холангиты и гепатохолециститы).

Фламин применяется во внутрь в дозе 0,05 г 3 раза в день за 30 минут до еды с небольшим количеством теплой воды 1 — 1/2 стакана. Детям до 7 лет и стар-

ное лечение включают в себя чисто холестериновые рентгенонегативные конкременты размером не превышающем 15-20 мм и полное сохранение функции желчного пузыря, наполненного камнями не более чем наполовину. Свободная проходимость пузырного и желчного протоков. Растворение таких камней может потребовать более 2 лет.

Только при этих условиях следует определяться о целесообразности использования метода растворения камней в желчном пузыре.

Методика лечения как хенофальком и урсофальком, так и комбинированным их применением, одинаковая. С той только разницей, что при лечении комбинированным способом доза этих препаратов уменьшается наполовину каждого из них.

Препараты выпускаются в капсулах по 0,25 г, применяются перед сном. Доза препарата зависит от массы тела больного. При массе тела до 60 кг перед сном принимают 750 мг (3 капсулы), при массе до 75 кг – 1000 мг (4 капсулы), при массе до 90 кг – 1250 мг (5 капсул), при массе свыше 90 кг – 1500 мг (6 капсул).

Продолжительность лечения зависит от величины камней, длительности их существования и составляет от 3 месяцев до 2-3 лет. Камни обычно растворяются через 12 и более месяцев лечения. Если через 2 года не обнаруживается никакого уменьшения или растворения желчных камней, то проводить лечение в большинстве случаев бесполезно.

Естественно, что хенотерапия больных с холестериновыми желчными камнями показана прежде всего при повышенном риске операции, больных органов дыхания, лицам пожилого возраста и при отсутствии выраженных симптомов холецистита.

Недостатками медикаментозного метода является:

- Необходимость селекции больных. Лучшие результаты получены у пациентов, имеющих плавающие холестериновые камни размерами до 5 мм. Количество таких больных – не более 15%.

- Недостаточная эффективность метода. При самом тщательном отборе растворить конкременты удается не более чем у 50-60% больных.

- Высокий процент рецидивов. В течение первых пяти лет после курса медикаментозного растворения ежегодно у 10% пациентов конкременты образуются вновь.

Многолетний опыт применения медикаментозного растворения желчных камней показал, что лечение наиболее эффективно у пациентов с единичными конкрементами, молодого возраста и не страдающих ожирением, то есть никак не подходящих к группе высокого риска оперативного вмешательства.

Несколько иначе обстоит дело с неоперативным удалением камней из желчных протоков при их наружном дренировании. Речь идет о так называемых «оставленных» камнях в желчных протоках после холецистэктомии и холедохолитотомии.

Теоретической предпосылкой использования гепарина для растворения желчных камней явились экспериментальные исследования, согласно которым отрицательный заряд сообщаемый гепарином, абсорбируется мицеллой желчных кислот и лецитином, повышает дисперсность коллоидной структуры желчи, что и приводит к фрагментации камней [158].

Введение в желчные протоки раствора гепарина для разрушения «оставленных» камней применялось нами у семи пациентов, которым была прове-

Приготовление настоя с очищенных плодов производится таким же образом, с той разницей, что ту же порцию (одну столовую ложку) заваривают в четырех стаканах кипятка и после десятиминутного кипячения настаивают 2—3 часа.

Настой шиповника не только содержит витамины, необходимые для больных желчекаменной болезнью, но, кроме того, является мочегонным и желчегонным средством. Если у больных желчнокаменной болезнью имеются сопутствующие заболевания печени и желчевыводящих путей, настоем следует принимать теплым (но не подогревать, а долить немного кипятка). При гиперацидных гастритах настоем надо пить за 1—1,5 часа до еды, при пониженной секреторной деятельности желудка за 20—30 минут до еды.

Точно так же следует иметь в виду и хронические колиты: при поносах настоем пить теплый, при запорах — холодный.

Эти условия необходимо соблюдать не только при употреблении остальных настоев и лекарственных растений, но и во время приема бутылочных минеральных вод.

Холосас является вытяжкой (экстрактом) из ягод шиповника. Выпускается во флаконах и в таблетках по 0,5 г. Можно принимать изредка вместо настоя шиповника по 1 чайной ложке (1 таблетке) 3—4 раза в день до еды, запивать 1/2—1 стаканом кипяченой воды.

Рыльца кукурузы в народной медицине применяются как мочегонное и желчегонное средство. Они содержат стигмостерол, жирные и эфирные масла, сапонины, смолу и витамины С и К.

Можно готовить настоем самому: 20 г рылец на 200

способствующих обильному выпадению кристаллов холестерина в желчи;

- прием достаточного количества витаминов, особенно А, В, С, Д, Е;
- систематическое лечение как дремлющей инфекции в организме, так и инфекции желчных путей;
- использование медикаментозных веществ;
- периодические приемы настоев и вытяжек из желчедиуретически действующих лекарственных растений;
- использование бутылочных минеральных вод.

Поскольку в предыдущем разделе мы охарактеризовали основные методы санаторного лечения больных желчнокаменной болезнью и одновременно указывали на использование их в повседневной жизни больных, то в данном разделе остановимся только на характеристике и способах применения желчегонных веществ и бутылочных минеральных вод.

Использование лекарственных растений.

Шиповник. Употребляются ягоды шиповника красного или лилово-черного цвета. Они содержат витамины А, С, К и кислоты.

Плоды шиповника можно заваривать как чай (настой) и пить. Настой шиповника делается так: ягоды быстро промываются холодной водой, затем одну столовую ложку цельных плодов заливают двумя стаканами кипятка и кипятят 10 минут. Вся эта масса вместе с водой настаивается в течении суток. Затем настой процеживают через плотную марлю. Принимают по 1/2 стакана за 30-40 минут до еды.

дена лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационная холангиография. В каждом отдельном случае при возникновении больших технических трудностей, либо при отсутствии достаточного арсенала технического обеспечения и инструментария решался вопрос о эндоскопической папилосфинктеротомии в послеоперационном периоде. Операция заканчивалась лапароскопическим наружным дренированием холедоха через культю d.cysticus по Холстеду-Пиковскому.

Методика лечения больных в послеоперационном периоде состояла в следующем: на каждые 250 мл изотонического раствора NaCl добавлялось 25000ЕД гепарина, и в течении дня двумя или тремя порциями вводились 750 мл этого раствора капельно через наружный дренаж в желчные протоки на фоне предварительной инъекции спазмолитиков (атропин или платифиллин). Раствор предварительно подогревался на водяной бане до 37°C. У трех пациентов успех промывания желчных протоков гепарином был отмечен на 5-7 сутки. При контрольных холангиографиях можно было наблюдать, что при промывании протоков изменяются очертания конкрементов, наступают их фрагментация и вымывание распавшихся камней в двенадцатиперстную кишку. Остальным пациентам была выполнена эндоскопическая папилосфинктеротомия на 8-9 сутки.

Таким образом, прежде чем планировать оперативное вмешательство по поводу «оставленных» камней следует прибегать к применению гепарина, которое в части случаев может привести к успеху.

Экстракорпоральная литотрипсия как метод ударноволновой литотрипсии также имеет свои по-

казания и противопоказания.

Показанием к литотрипсии служат солитарный камень не более 3 см или не более 3 камней диаметром меньше 1 см, холестеринового состава, при нормальной сократимости желчного пузыря и свободном прохождении желчных путей.

К противопоказаниям относятся более значительные размеры камней, нарушение функции желчного пузыря, нарушение свертывания крови.

Лучшим вариантом литотрипсии камней желчного пузыря является сочетание этого метода с использованием растворителей камней.

В середине 80-х годов было предложено контактное растворение желчных камней. Растворитель – метилтетрабутиловый эфир – вводят в желчный пузырь после его чрескожной чреспеченочной пункции. Способ не получил широкого распространения.

Физиотерапия. При выраженном обострении желчнокаменной болезни физиотерапевтическое лечение больных не проводится.

При стихании острых явлений можно рекомендовать местное тепло в виде грелок, компрессов. В межприступный период можно проводить физиотерапевтическое лечение.

Физиотерапия оказывает обезболивающее, спазмолитическое, трофическое действие, позволяет диффузно влиять на различные типы дискинезии желчного пузыря и сфинктеров, понижая их тонус при гипертонии и повышая тонус и сокращения желчного пузыря при гипотонии.

В фазе ремиссии больным желчнокаменной болезнью рекомендуются парафиновые, озокеритовые аппликации на область правого подреберья. Они

пы консервативной терапии – Санаторно-курортное лечение».

Профилактика камнеобразования в домашних условиях

До настоящего времени отсутствуют полноценные объективные критерии, с помощью которых можно было бы характеризовать степень выздоровления больных желчнокаменной болезнью. Клинические наблюдения показывают, что каменная болезнь является длительным заболеванием, и одного курса санаторного лечения совершенно недостаточно для выздоровления некоторых больных. Значительное улучшение состояния здоровья и выздоровление наступает только у больных, систематически, на протяжении длительного времени, занимающихся профилактикой камнеобразования не только путем ежегодного санаторно-курортного лечения, но и в домашних условиях.

Благодаря комбинированному курортно-домашнему профилактическому лечению больные желчнокаменной болезнью длительное время остаются практически здоровыми или полностью выздоравливают.

Профилактика камнеобразования в домашних условиях также должна быть комплексной. К этому комплексу факторов относятся:

- соблюдение режима труда, отдыха, питания;
- использование с лечебной целью климатических факторов и воды;
- систематические занятия общеукрепляющей и лечебной гимнастикой;
- ограничение в пищевом рационе продуктов,

- Климатолечение.
- Терренкур.
- Купание.
- Физиотерапия.
- Медикаментозное лечение.

Курортное лечение – это целый комплекс лечебных и оздоровительных мероприятий, в задачу которых входит поставить организм в такие условия, чтобы он получил максимальную пользу от применяемых лечебных процедур, чтобы во время пребывания на курорте выработать у человека полезные условные рефлексы, которые создавали бы благоприятные условия для жизнедеятельности организма.

В нашей повседневной жизни мы не всегда обеспечиваем ритмическую деятельность нашего организма, нередко допускаем несвоевременный прием пищи, несвоевременный и недостаточный сон, недостаточный отдых после работы. Вот почему важно во время пребывания на курорте организовать свой отдых так, чтобы все органы нашего тела были поставлены в определенные условия ритмичной смены напряжения и покоя.

Режим должен быть индивидуальным.

Санаторно-курортный режим – это комплекс мероприятий, регулирующих все стороны деятельности курорта, порядок и последовательность приема лечебных процедур, питания, отдыха, культурных развлечений.

Основной целью курортного режима является максимально полное использование всех лечебных факторов имеющихся на курорте.

О санаторно-курортном лечении больных более подробно описано в предыдущем разделе «Принци-

улучшают кровоток, трофику тканей, обладают рассасывающим действием и способностью вызывать спазмолитический эффект при гипертонической дискинезии желчевыводящих путей.

Электрофорез 5 % раствором новокаина, 10 % раствором магния сульфата обладает болеутоляющим и спазмолитическим действием при сопутствующей гипертонической дискинезии желчевыводящих путей.

Импульсный ток низкой частоты стимулирует правый диафрагмальный нерв, повышая тонус и кинетику желчного пузыря.

Синусоидальные модулированные токи (СМТ) стимулируют двигательную функцию желчного пузыря, обладают обезболивающим и трофическим эффектом. Назначаются при гипотонии и гипокинезии желчного пузыря.

Бальнеотерапия положительно влияет на функциональное состояние центральной и вегетативной нервной систем, различные виды обмена веществ, состояние тонуса желчевыводящих путей. При гипертонической дискинезии рекомендуются углекислые и жемчужные ванны, при сочетании с гипертонической дискинезией – радоновые, сероводородные.

Санаторно-курортное лечение на питьевых бальнеологических курортах является весьма полезным в терапии заболеваний гепатобилиарной системы. Лечение возможно только в фазе ремиссии заболевания.

Украина богатая страна такими курортами, к которым относятся: Трускавец, Миргород, Моршино, Березовские воды и др. Раннее и теперь широко используются курорты Кавказских минеральных вод с их богатейшими минеральными источниками для внутреннего и наружного применения: Эссентуки,

Железноводск, Пятигорск и др.

Эффективность лечения на курортах обусловлена комплексом лечебных средств. К ним относятся: природный ландшафт, режим, диета, питьевые и для наружного применения минеральные воды, физиотерапия, лечебная физкультура, терренкур, климатотерапия, бальнеотерапия.

Что касается основного лечебного средства – питьевых минеральных вод, то приём их регламентируется кислото- и секретобразующей функцией желудка. Всем больным желчнокаменной болезнью, дискинезией желчных путей и холециститом назначается тёплой температуры минеральная вода по 150-200 мл при пониженной секреции желудочного сока, перед едой за 10-20 мин, при нормальной – за 30 мин, при повышенной за – 45-50 мин. Пить маленькими глотками. Для лечения в домашних условиях используются обычные минеральные воды (Миргородская, Моршинская, Березовская и др.). Принцип приёма их такой же, как и на курортах. Лечение можно проводить месячными циклами через 6-12 месяцев.

Консервативная терапия холелитиаза имеет свой предел. При участвовавших приступах печеночной колики, наличие больших камней, эмпиеме желчного пузыря, острых холециститах больные госпитализируются в хирургическое отделение, где решается вопрос оперативного лечения.

Всем нехирургическим методам лечения желчнокаменной болезни присущ общий недостаток – непатогенетичность терапии. Тот факт, что причина не устранена, приводит к высокому проценту рецидивов. Еще в 1882 году Лангенбух сказал: «**Желчный пузырь должен быть удален не потому, что он**

для лечебного воздействия на конкременты. В то же время при наличии сопутствующих заболеваний, кроме общих противопоказаний, и в послеоперационном периоде физиотерапия может применяться больным в полном объеме, изложенном в «Принципы консервативной терапии» – раздел «Физиотерапия».

Физиотерапевтические методы лечения больных желчнокаменной болезнью больше всего применяются в санаторно-курортных условиях.

Санаторно-курортное лечение в послеоперационном периоде в плане реабилитации и лечения желчнокаменной болезни показано всем больным с холецистэктомией. Лучшим местом для этой цели являются бальнеологические курорты с минеральными водами для внутреннего и наружного применения.

В условиях санатория на бальнеологических курортах используется весь комплекс лечебных средств, который необходим для лечения больных желчнокаменной болезнью с их сопутствующими заболеваниями и индивидуальными особенностями.

Кроме отдыха в комфортных условиях, рельеф местности, красота природы и архитектурные строения, благоприятно влияют на эмоционально-психическое и нервное состояние прибывшего на лечение человека.

К основным лечебным факторам санаторно-курортного лечения желчнокаменной болезни, реабилитации послеоперационных больных, отдыха и профилактики заболеваний относятся:

- Санаторно-курортный режим.
- Лечебное питание.
- Внутреннее и наружное применение минеральных вод.

Этот труд для оздоровления имеет наивысший показатель, и влияние его на организм превышает суммарно гимнастическим занятиям на воздухе, как ходьба, гребля, волейбол, штанга, т. е. подъем груза. Можно привести еще много примеров о положительном действии на организм физического труда на воздухе. Однако труд на садово-огородном участке, где преимущественно работают люди среднего и пожилого возраста, приносит пользу организму только при соблюдении режима движений и питания. Эти условия надо постоянно учитывать.

При нарушении режима труда, отдыха и питания можно иногда нанести ущерб здоровью. Поэтому необходимо упорядочить свой жизненный режим. При возникновении каких-либо неприятных ощущений или необъяснимых явлений в организме следует своевременно обращаться за советом к врачу и периодически контролировать свое состояние здоровья с помощью соответствующих медицинских показателей.

Таким образом, если физические упражнения и питание осуществлять правильно под самоконтролем и с помощью врачебного наблюдения, то они могут оказаться ключом к лечению и профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности гипертонической болезни, атеросклероза, ишемической болезни сердца и мозга с ее наиболее тягостными осложнениями – инфарктом миокарда и инсультом.

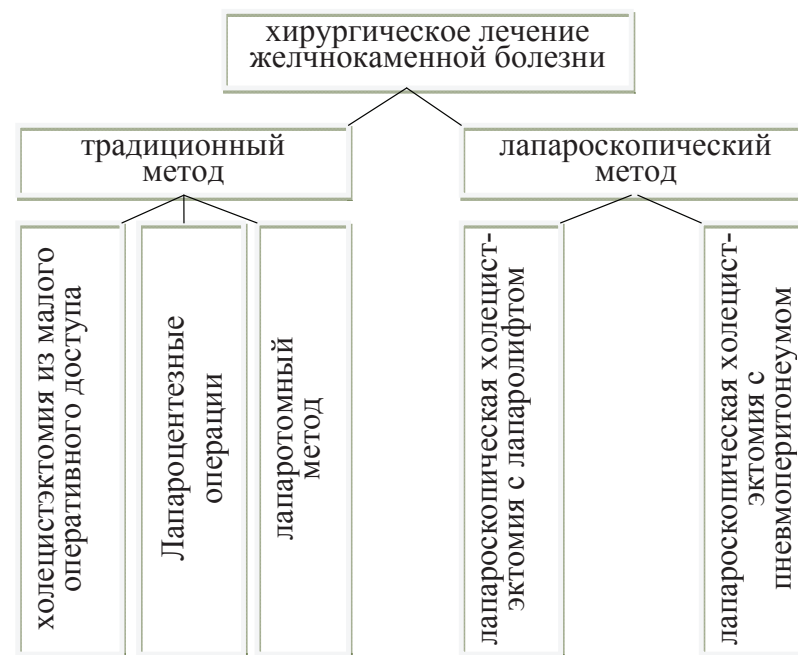
Лекарственные средства в реабилитационных и профилактических целях рекомендуется применять в виде препаратов, изложенных в разделе «Принципы консервативной терапии – медикаментозное лечение».

Физиотерапия является вспомогательным видом лечения желчнокаменной болезни, но не применяется

содержит камни, а потому что их продуцирует». Следовательно, консервативные методы лечения следует рассматривать только как вспомогательные и использовать лишь в исключительных случаях. Вопрос о назначении неоперативного лечения должен принимать только хирург.

Хирургическое лечение

Основное место в лечении желчнокаменной болезни принадлежит хирургическим методам.



Их делят на две основные группы: щадящие операции, которыми являются эндоскопические вмешательства (лапароскопические манипуляции) и лапароцентезные операции и вторая группа – операции,

требующие стандартной лапаротомии.

К щадящим операциям относятся холецистостомия и холецистолитотомия [71, 120]. Холецистостомия возродилась благодаря совершенствованию эндоскопических методов, позволивших заменить ревизию органов брюшной полости, проводимую путем пальпации и осмотра, комбинированным лапароскопически-рентгенологическим исследованием.

Холецистостомия выполнялась в тех случаях, когда при остром холецистите ставились показания к срочной операции, а состояние больного и качество хирургического пособия не допускало радикального вмешательства [296, 297, 298, 329, 334]. В отличие от пункционной микрохолецистостомии лапароскопическая холецистостомия позволяет не только обеспечить декомпенсацию желчного пузыря, но и удалить из него конкременты. Противопоказаниями к ней является значительное сращение вокруг желчного пузыря, его склерозирование, наличие некротических изменений его стенки. Лапароцентезные операции, к которым относятся лапароцентезная холецистостомия, холецистолитотомия, холецистэнтеростомия, отличаются от лапароскопических особенностями техники выполнения и большим удобством манипуляции на желчном пузыре. Палиативные операции составляют 0,5 % от всех видов холецистэктомий по поводу желчнокаменной болезни в основном за счет районных больниц.

Эндоскопические транспапиллярные операции характеризуются разработанной техникой ретроградной эндоскопической папиллосфинктеротомией проведенной после ретроградной панкреатохоледохографии и удалением камней из общего желчного

лугах, на водных бассейнах). Этому придавал большое значение Л.Н. Толстой. Его сын Илья Львович в «Моих воспоминаниях» отмечает, что «отец всегда любил физический труд как полезное, здоровое упражнение и как общение с природой». Л.Н. Толстой писал, что «уставать и даже очень сильно на воздухе, весной, в путешествии или на пахоте – есть положительное благо во всех отношениях, а остальное, то есть отсутствие усталости в труде – есть зло».

Он постоянно старался сочетать умственный и физический труд. После умственного труда принимал участие в полевых работах (косил, пахал, сеял и т. д.), пилил и колол дрова.

Труд нужен человеку как воздух, вода, пища. Без труда немисливо развитие способностей человека, его здоровье. Труд служит стимулом жизнедеятельности и развития. Без него теряется способность к продолжительной жизни. Виктор Гюго в 82 года писал: «Ничего не делать – это несчастье стариков».

Ныне окончательно установлено, что все долгожители – это, прежде всего, труженики. Надо всем пенсионерам и больным, прекращающим привычную производственную работу, рекомендовать сохранение некоторого объема трудовой деятельности. Так как отрыв от общественной жизни и труда неизбежно приводит к ускорению процессов старения, сокращению продолжительности жизни.

Физический труд на садово-огородных участках весьма полезен. Его значение для оздоровления организма велико. Это – уникальное «лекарство» для укрепления деятельности мышц, нервной системы, улучшения обмена веществ, общего состояния организма и др.

вышает сопротивляемость организма к простудным заболеваниям. Увеличивается легочная вентиляция. При выполнении упражнений в воде, во время плавания, активно работают все группы мышц тела, развивается сила, выносливость, ловкость.

Давление воды на поверхность тела, массаж потоками воды тренирует работу сердечно-сосудистой системы. Давление воды на грудную клетку помогает сделать полный выдох. Это способствует развитию мышц грудной клетки, дыхание становится полнее.

Плавание, как упражнение, приносит огромную пользу гармоничному физическому развитию людей самого разного возраста. При выполнении упражнений в воде, плавании происходит чередование работы важнейших мышечных групп. Горизонтальное положение тела при плавании способствует равномерному передвижению крови по сосудам, оказывает благоприятное влияние на сердечно-сосудистую систему. Дополнительная затрата усилий на преодоление, сопротивление воды при дыхании, прекрасно развивает дыхательный аппарат, препятствует возникновению у людей среднего и пожилого возраста различных заболеваний.

Во время плавания и упражнений в воде тело омывается водой, очищает от продуктов выделения кожу, оказывает ей большую аэробическую услугу.

Систематические занятия в водных бассейнах придает телу правильную форму и красоту, уменьшают вес, улучшается кровообращение, а, следовательно, повышается поглощение кислорода.

Самым эффективным отдыхом, способствующим оздоровлению, является физическая работа на воздухе (садово-огородные участки, в поле, в лесу, на

протока с помощью катетера, снабженного специальным приспособлением (корзинка Дормиа) для захвата камней. Мелкие камни после сфинктеротомии обычно отходят самостоятельно. Абсолютным противопоказанием к ретроградной сфинктеротомии служит острый панкреатит, стенозы терминального отдела холедоха на обширном протяжении, нарушения свертываемости крови [71]. Удалить камни этим методом удается у 85-95% больных. Послеоперационная летальность составляет около 1%. Осложнения (кровотечения, панкреатиты, холангиты, рестенозы, перитонит) наблюдались у 7-9% больных [4, 71].

Как видно из представленного материала, щадящие методы оперативного лечения холелитиаза имеют целый ряд существенных недостатков, поэтому основными в арсенале хирурга остаются операции, требующие стандартной лапаротомии. Эта группа операций наиболее разработана и апробирована.

Открытые полостные операции, благодаря широкому доступу позволяют выполнить радикальные вмешательства и полноценную ревизию желчевыводящих путей и остаются основным видом хирургических вмешательств в большинстве периферийных хирургических стационаров при лечении холелитиаза. В настоящее время большинство хирургов [10, 11, 27] предпочитают выполнять холецистэктомию из верхнесрединного разреза. Опасность возникновения послеоперационных грыж при этом доступе меньше, чем при косых и комбинированных разрезах.

Техника операций на желчном пузыре и желчных путях многократно описаны и достаточно хорошо разработаны. По-прежнему существует два равноправных метода холецистэктомии – от шейки и от

дна, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Поэтому в выборе метода холецистэктомии всегда должен быть индивидуальный подход.

Постарение и омоложение с прогрессирующим ростом количества пациентов с холелитиазом и необходимость, в связи с этим, снижения летальности и осложнений, сопровождающих патологию билиарной системы, заслуживают особого внимания в плане изучения этой проблемы в целом и разработок принципов сочетания максимальной хирургической активности и большего щажения при остром и обострении проявления холелитиаза, когда возникает необходимость срочной операции [29, 46, 48, 64].

Конкременты холедоха наиболее часто проявляются болевым синдромом и обтурационной желтухой. В тоже время встречаются стертые, бессимптомные и атипичные случаи, осложняющие как острый, так и хронический калькулезный холецистит, что при неполноценной интраоперационной ревизии приводит к выявлению резидуальных камней в желчных протоках в послеоперационный период [47, 62]. Для извлечения камней с холедоха существует много видов оперативных вмешательств. К ним относятся основные в различных модификациях: идеальная холедохолитотомия с глухим швом, холедохолитотомия с наружным дренированием, холедохолитотомия с внутренним дренированием, операции на большом дуоденальном сосочке (папиллотомия, неполная папиллосфинктеротомия, тотальная папиллосфинктеротомия со сфинктеропластикой). Свободно лежащие в просвете камни обычно удаляют без больших трудностей путем легкого сдавливания протока пальцами и смещения камней в сторону

и купание в открытом водоеме на воздухе – прекрасная оздоровительная процедура аэробического характера. Человек имел отношение к водной среде за несколько тысячелетий до новой эры.

Основная задача упражнений в плавательном бассейне - это увеличить максимальное потребление кислорода (МПК), что является основной целью занятий. МПК – лучший показатель здоровья человека. Занятие в оздоровительных группах, в плавательном бассейне имеют большое значение, как профилактика заболеваний опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта и особенно для укрепления и улучшения состояния центральной нервной системы.

Обычно, когда речь ведут о целебных свойствах воды, всегда вспоминают высказывание Гиппократ. Он писал, что вода действует на тело смачиванием, охлаждением и разогреванием. Вода вызывает раздражение и реакцию, влияет химически и механически. Она может дать тепло и отнять его. Великий физиолог И.П. Павлов говорил: «С детства для меня вода, река – это все». Как сказал один из родоначальников водолечения Себастьян Клейп: «Вода – это божественно восстанавливающее упавшие силы средство никогда не ошибающейся природы, смело, без перемешек, внутренне и наружно употребляемое, действует полнее и быстрее, нежели какое-либо другое лекарство».

Погружение в воду, упражнения в воде, плавание, благотворно влияет на организм человека. Давление воды, некоторое охлаждение тела, во время занятий, развивает повышенный обмен веществ, активизирует деятельность организма. Занятие плаванием по-

мышцы спины и брюшного пресса, рук и ног. Сердце начинает энергично сокращаться, увеличивается жизненная емкость легких, через которые проходит в минуту около 3-4 литров кислорода, то есть в 10-15 раз больше, чем в состоянии покоя.

Никакие лекарственные средства не успокаивают так быстро и стойко уставший организм, как после прогулки. Недаром народная поговорка трактует «Пешком ходить – долго жить».

Систематическая ходьба особенно необходима для людей пожилого возраста, которым она заменяет гигиеническую гимнастику. Ходьба для них должна стать обязательной составной частью суточной жизнедеятельности организма. Ее надо совершать каждый день, в любую погоду.

Для среднего и пожилого возраста на ходьбу на воздухе следует отводить не менее двух часов в сутки, а в выходные дни - до 3-4 часов.

Во время ходьбы не рекомендуется долго разговаривать. Вдох и выдох надо делать только через нос, на три шага вдох и на 3-5 шагов выдох.

Дыхание должно совершаться в определенном ритме и как можно глубже: выдох тренировать, делать его плавным и продолжительным, за которым следует глубокий вдох. При таком режиме лечение будет более ритмичным и полезным.

Плавание оказывает мощное тренирующее воздействие на весь организм, так ритмичные движения в воде развивают легкие, повышают силу мышц.

Все водные процедуры (плавание, обливание, душ и др.) с давних времен зарекомендовали себя как активное средство закаливания организма, повышения его защитных качеств. Плавание

холедохотомического отверстия. Одним из прогрессивных современных методов в холедохолитотомии является удаление камней с помощью холедоскопа, который позволяет выполнить ревизию и даёт хорошую визуализацию внутренней части дистального отдела холедоха, правого и левого печеночных протоков. Камни могут быть удалены с помощью предложенных для этой цели инструментов (ложечки, щипцы «Долиэтти», катетеры Фоггартти, «Север», петля Дормиа и др.), вакуум-насоса, отсасывания с промыванием протока и других импровизированных приспособлений [118, 149].

Специфическими осложнениями по поводу холедохолитиаза являются деструктивная и гнойная формы панкреатита, перитонит, дуоденальный свищ, забрюшинная флегмона, внутрикишечное кровотечение, гепаторенальная и гепатоцеребральная недостаточность, холемическое кровотечение [50].

По данным большинства авторов у больных хроническим и острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, послеоперационная летальность колеблется от 12 до 37% [10, 19], что и явилось причиной отказа от них большинства хирургов.

Таким образом, несмотря на некоторые достижения в оперативном лечении пациентов билиарной системы многие вопросы в теоретическом и особенно в практическом аспекте остаются не решенными. В первую очередь это касается методологии и методик, щадящих и малотравматичных операций, к которым относится эндовидеолапароскопическая хирургия. Соответствующие исследования в предоперационном периоде могут улучшить качество оперативных вмешательств при лечении пациентов с заболеваниями

билиарной системы.

Лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время является «Золотым стандартом» в лечении желчнокаменной болезни. 95% всех холецистэктомий в мире выполняется этим методом. Техника операции заключается в том, что после наложения в брюшную полость пневмоперитонеума через троакарные проколы вводят видеокамеру и два или три манипулятора, с помощью которых и производится удаление желчного пузыря.

Однако исследованиями установлены и отрицательные стороны действия карбоксиперитонеума, как одного из наиболее часто применяемой разновидностей пневмоперитонеума, на организм пациентов, подвергшихся операции.

В связи с недостатками пневмоперитонеума при выполнении эндовидеолапароскопии разрабатываются механические подъемники брюшной стенки для увеличения внутрибрюшного пространства.

В настоящее время в мире создано более 10 различных вариантов подъемников для лифтинговой лапароскопии: проволочные, Т-образные, присасывающие, вопросительного знака, спиральные.

Другие лапаролифты имеют незначительные модификации. В тоже время на 3-м конгрессе Европейской ассоциации эндохирургов (Люксембург, 1995) было отмечено, что ни один из этих изобретенных лапаролифтов не устраивает хирургов полностью.

К недостаткам безгазовой лапароскопии относят:

1. Форма пространства напоминает усеченную пирамиду.

2. Устройство для безгазовой лапароскопии поднимает один или два из четырех квадратов брюш-

сильно наклоняет корпус вперед, почти всю нагрузку принимают на себя мышцы спины. Сутуловатость при ходьбе мешает нормальному дыханию.

О правильной походке режиссер К.С. Станиславский писал: «Человеческие ноги от таза и до ступней напоминают мне хороший ход мягкого вагона. У него, благодаря множеству рессор, сгибающихся уменьшая удары во всех направлениях, верхняя часть, где сидят пассажиры, остается почти неподвижной, даже при бешеном движении вагона и при толчках во все стороны. То же должно происходить при ходьбе или беге. В эти моменты верхняя часть туловища с грудной клеткой, плечами, шеей и головой должна оставаться без толчков, спокойной и совершенно свободной в своих движениях, как пассажир первого класса в своем удобном купе!»

В ходьбе участвует еще мышечно-связочный аппарат, тренируется большая группа мышц. Как и всякий вид физической деятельности, ходьба способствует улучшению обмена веществ, если идти со скоростью пять километров в час, обмен веществ повышается почти в два раза. Ходьба для пожилого человека является лечебным средством.

При исполнении физических упражнений или физического труда в результате адаптации к нагрузкам возможны болевые ощущения в мышцах, подавленное настроение и др. Следует не обращать на это внимание и продолжать утреннюю гимнастику и ходьбу, водные процедуры.

Полезными занятиями является гребля, велосипед, лыжи. Они более активно вовлекают в работу

Ходьба доступна всем людям и не знает межсезонья. Осенние дожди и зимние снегопады, и морозы не являются препятствием для движения. Людям пожилого возраста надо начинать ходьбу с медленного темпа (70-80 ш/мин) и с протяженностью маршрута 2-3 км, через каждые два дня в среднем увеличивать дистанцию на 300 м. Постепенно темп ускоряется с увеличением суточного километража до 7-10 км. Молодым и тренированным людям можно ходить в более быстром темпе (110-130 шагов/мин) до 10-20 км в день.

Особенно полезны прогулки в лесу, парках, за городом, сопровождающиеся некоторыми наблюдениями за измерением явлений природы.

Для людей более молодых по возрасту полезно заниматься бегом, что в 5-8 раз увеличивает энергетические затраты организма. Двадцать минут бега равноценны часовой прогулке шагом. Полезно совершать бег и ходьбу за городом в полуобнаженном состоянии (трусах, шортах, купальном костюме), сочетая физическую тренировку с воздушными ваннами. В этих условиях укрепление здоровья значительно повышается.

При движении человек совершает значительную работу. Наш шаг складывается из множества движений в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах и мышцах ног и рук, туловища в целом.

Для того чтобы сделать шаг одной ногой, должно прийти в движение более 50 мышц. Над их действием мы не задумываемся, а совершаем шаги почти автоматически. Жалобы на боль в спине являются результатом привычки наклоняться вперед при ходьбе, так как во время длинных переходов, если человек

ной стенки. Боковые каналы полости малодоступны для просмотра.

3. Эндоскопия у тучных пациентов затруднена [95].

В связи с этими недостатками возникают различные осложнения. К интраоперационным осложнениям при эндовидеолапароскопической холецистэктомии относятся: отрыв пузырной артерии от печеночной, повреждение воротной вены и печеночной артерии, повреждение холедоха и печеночного протока, неправильная перевязка пузырного протока и повреждение двенадцатиперстной кишки или ободочной кишки, печени.

Осложнениями, возникающими в ранний послеоперационный период, являются: внутрибрюшные кровотечения, перитониты, нарушение истечения желчи, механическая желтуха.

Все же благодаря положительным качествам механические подъемники брюшной стенки позволили расширить показания к лапароскопическим операциям для заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем:

1. Сердечно-сосудистая недостаточность.

2. Ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь II-III степени.

3. Инфаркт миокарда в анамнезе.

4. Перенесенные операции на сердце.

5. Обструктивные операции заболеваний легких [95].

Расширяя показания, следует всегда помнить о противопоказаниях к эндовидеохирургическим вмешательствам. Противопоказания для их выполнения включают в себя следующие состояния.

Абсолютные противопоказания:

- Острый инфаркт миокарда;

- Острое нарушение мозгового кровообращения;
- Некорректируемая коагулопатия;

Относительные противопоказания:

- Непереносимость общего обезболивания;
- Разлитой перитонит;
- Перенесенные ранее операции в зоне объекта вмешательства;
- Склонность к кровотечениям;
- Поздние сроки беременности;
- Ожирение III-IV степени [95].

Подбор пациентов для эндовидеолапароскопических операций чрезвычайно важен. Тем более что при патологии билиарной системы более половины пациентов имеют избыточный вес. При сравнении результатов лечения пациентов холелитиазом с ожирением отмечено повышение летальности более, чем в 5 раз. Это связано с тем, что у пациентов с ожирением с одной стороны, уменьшение пространства брюшной полости усложняет технику оперативного вмешательства, а с другой, гораздо чаще встречаются различные сопутствующие заболевания: артериальная гипертония, атеросклероз, ишемическая болезнь, сахарный диабет и др.

Следует иметь в виду, что на состояние пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы отрицательное воздействие оказывает напряжение пневмоперитонеума. Особенно это влияние усиливается у лиц с избыточной массой тела. Повышение внутрибрюшного давления влечет за собой высокое стояние диафрагмы с ухудшением экскурсии легких, более горизонтальное положение сердца и деформацию магистральных сосудов грудной клетки. Компрессия забрюшинных сосудов снижает возврат крови к серд-

Получение положительного тренировочного эффекта достигается большей частью не сразу, а находится в зависимости от состояния организма, продолжительности упражнений, иногда и от интенсивности их исполнения. Реакция на физические упражнения весьма субъективна. Процесс улучшения оздоровления организма идет с первых дней занятий, при этом происходит более продуктивная работа сердца и легких, улучшается нервное состояние, циркуляция крови, идет более эффективное снабжение кислородом всех органов и систем. И время максимального тренировочного эффекта, и излечение заболевания, безусловно, наступит.

Наиболее благоприятное время для пешеходных прогулок являются утренние часы. Воздух в это время более чистый. Много содержит кислорода.

Темп ходьбы и энергозатраты в зависимости от самочувствия, состояния здоровья и тренированности представлены на таблице 14.

Таблица 14

Энергозатраты в зависимости от скорости и темпа ходьбы

Скорость км/час	Темп шаги/мин	Энергозатраты кал/час на 70 кг веса
3,0	70	195
3,5	80	210
4,0	90	230
4,5	100	250
5,0	110	290
5,5	120	340
6,0	130	390

стью 100-120 шагов в минуту. Пониженная скорость шагомером не регистрируется (менее 80 шагов в минуту). Быстрая - в темпе 150-180 шагов в минуту - ходьба способствует максимальному потреблению кислорода и оказывает более выраженный тренирующий эффект. Размер шага изменяется в зависимости от времени года. Так, зимой в период гололеда, а также на рыхлом песке шаг короче, летом - на сухих дорогах - он длиннее. Средняя длина шага 0,7 м и измеряется в интервалах 0,67 - 0,73 м. Размер шага носит индивидуальный характер.

Основные физические упражнения, относящиеся к системе оздоровления, как ходьба (преимущественно быстрая), бег (спортивный, трусцой или «джоггинг»), плавание, гребля, велосипед, лыжи, коньки, волейбол и другие следует рассматривать как лечебное средство для восстановления и улучшения здоровья. Дозирование их разнообразное в зависимости от возраста человека, вида заболевания, цели, климатических и природно-ландшафтных условий, требует соответствующих экспериментов и наблюдений, как специалистов врачей, так и самоучёта исполнителей. Только совместными исследованиями можно лучше и быстрее установить положительный тренировочный эффект.

Ходьба, как наиболее распространенное и легко исполнимое упражнение, с применением водных процедур (утром и вечером), имеют практический интерес и заслуживают дальнейших рекомендаций. Особенно это полезно использовать при лечении гипертонической болезни, сердечно-сосудистых заболеваний, неврозов и заболеваний легких, у больных метаболической болезнью.

цу по нижней полой вене и увеличивает депонирование крови в венах нижних конечностей.

У пациентов с гипертонической болезнью особенно неблагоприятная ситуация складывается в кровообращении верхней половины тела. У пациентов при сочетании холелитиаза с ожирением и гипертонической болезнью частота геморрагических инсультов более чем в 20 раз выше, чем при отсутствии этих сопутствующих заболеваний [98,101,102].

Во время лапароскопических операций у пациентов с ожирением и варикозной болезнью вен нижних конечностей в связи с расширением и перерастяжением венозной стенки и травмы ее интимы возникновение флебитов увеличивается в 4 раза [149]. При сочетании холелитиаза и сахарного диабета, особенно с ожирением, результаты эндовидеолапароскопической холецистэктомии более неблагоприятные, а состояние пациентов более тяжелое, как по росту осложнений, так и по летальности [26, 68, 97, 99, 100, 103]. Как известно ожирение, артериальная гипертония, сахарный диабет составляют основу метаболической болезни, что следует учитывать в технологии выполнения эндовидеолапароскопических операций у пациентов с заболеванием билиарной системы.

Факторы риска, которые сопровождали выполнение эндовидеолапароскопических операций у пациентов с холелитиазом, способствовали возникновению различных осложнений. Они в порядке угасающей значимости располагаются следующим образом: старость, старше 75 лет, ранее перенесенные операции в зоне непосредственной близости от подпеченочного пространства, острые воспаления, ожирение, сахарный диабет, сердечно-сосудистые

заболевания, мужской пол [52,149].

Конкременты в протоковой системе при плановой холецистэктомии обнаруживаются в 3,2 – 22,1% случаев, при остром холецистите холедохолитиаз встречается более чем в 12-26,4% наблюдений. Если у пациентов моложе 60 лет холедохолитиаз отмечается в среднем у 6%, то у пациентов старше 80 лет - до 33% и более [149]. Частота холедохолитиаза при холелитиазе составляет около 10%. Нераспознанный и неизлеченный холедохолитиаз одна из основных причин неудач в хирургии холелитиаза. Невыявленный и неустраненный во время операции холедохолитиаз занимает ведущее место (10-57 %) в структуре причин постхолецистэктомического синдрома. Резидуальные конкременты в общем желчном протоке диагностируют в среднем у 1-9% пациентов после холецистэктомии. Рецидивный холедохолитиаз встречается в 3-4 раза реже.

Диагностику холедохолитиаза осуществляют до, во время и после лапароскопической холецистэктомии. Четыре основных фактора позволяют заподозрить холедохолитиаз, холангит по данным УЗИ: расширение внепеченочных желчных путей более 8 мм, повышение уровня трансаминаз и прямого билирубина.

При сочетании всех четырех факторов вероятность холедохолитиаза достигает 99%, при их отсутствии частота холедохолитиаза равна – 7%. Оптимальным способом коррекции холедохолитиаза считают дооперационную эндоскопическую папиллосфинктеротомию с извлечением конкрементов из протоков [5]. К недостаткам этого метода относятся:

- атрофия слизистой оболочки желудка;

другом случае достигаются положительные показатели. Разница только в том, что ходьба более продолжительная. Она рекомендуется почти всем. Бег полезен в более молодом возрасте. Бег запрещен людям с тяжелыми сердечными заболеваниями, т.е. тем, которые недавно перенесли болевой приступ в области сердца, с сердечной недостаточностью, с аритмией сердца, при определенных формах диабета и других заболеваниях.

Полезно бег сочетать с ходьбой, что приводит к разнообразию нагрузок с увеличением потребления кислорода и развитию выносливости организма, оказывают тренирующее воздействие на сердечно-сосудистую и дыхательную системы. В данном случае ходьба будет являться активным отдыхом. При равномерном беге, ходьбе активным отдыхом служат также интервалы времени, когда сокращается скорость движения. Наши наблюдения показали, что сочетание равномерного движения с активным отдыхом служат условием повышения оздоровления. Частота сердечных сокращений в большинстве случаев не превышает 120-130 ударов в минуту и быстрее вырабатывается нормальное их постоянство. Правда, в начале тренировок колебание этой частоты идет быстрее и чаще, а затем показатели стабилизируются.

Наблюдения показывают, что люди, систематически выполняющие физические упражнения, значительно улучшают умственную работоспособность и память. Замечено, что качество пилотирования самолетов значительно выше у пилотов, которые ранее занимались физкультурой.

Ходьба оказывает существенные положительные сдвиги в организме, если она совершается со скоро-

лёгких за счёт остающегося в дыхательных путях увеличенного количества остаточного воздуха.

Дыхательные упражнения при физической нагрузке повышают деятельность сердечно-сосудистой системы. Облегчения функции кровообращения достигается и правильным дыханием в повседневной жизни человека. Это особо имеет значение при употреблении больными повышенного количества жидкости, являющейся дополнительной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему. Дыхательный акт должен быть полным, с участием всего дыхательного аппарата, свободный и без усилий. Дышать надо через нос. Продолжительность вдоха (2-5 секунды) должна быть меньше выдоха (3-8 секунды).

После гимнастики благотворно действует обтирание тела водой комнатной температуры. Гимнастика должна быть ежедневной на протяжении всей жизни больного.

Лечебная гимнастика или лечебная физкультура оказывает более сильный терапевтический эффект, чем утренняя гигиеническая гимнастика и имеет уже выраженную целенаправленность. Сеанс лечебной гимнастики строится по принципу повышения общего тонуса организма и щажения или повышения тренировки больного органа.

Физическая культура и физический труд. Динамические физические нагрузки на воздухе являются почти единственным средством укрепления здоровья и профилактики многих заболеваний. Среди физических тренирующих средств наиболее доступной является ходьба или бег.

Рассматривая результаты оздоровления, получаемые при ходьбе или беге, можно отметить, что в том и

- холангиты;
- рестеноз большого дуоденального сосочка.

Другими методами лечения холедохолитиаза являются: лапароскопическая холедохолитотомия, экстракорпоральная литотрипсия с целью измельчения конкрементов перед экстракцией. При невозможности выполнения эндоскопической или лапароскопической холедохолитотомии при доказанном холедохолитиазе выполняется конверсия [14].

При остром холецистите ввиду трудности создания экспозиции вследствие напряжения желчного пузыря, утолщения и уплотнения его стенок, что мешает наложить зажимы на орган, лапароскопическую холицистэктомию начинают с пункции желчного пузыря [25]. При извлечении воспаленного желчного пузыря желателно использовать контейнер для предотвращения инфицирования тканей передней брюшной стенки [25].

Следовательно, эндовидеохирургический метод лечения абдоминальной патологии оправдывает себя и является общепризнанным. Отмечены определенные успехи в оперативном лапароскопическом лечении заболеваний органов билиарной системы. Однако, остается совершенно не разработанной технология оперативных вмешательств при хирургических заболеваниях билиарной системы у пациентов с различными состояниями холелитиаза и сопутствующих заболеваний.

Мировой опыт показывает, что эндовидеохирургия находит все более широкое применение и входит в повседневную практику не только на органах брюшной полости, но и на органах организма в целом. Украинская эндохирургия по этим направле-

ниям идет вслед за опытом передовых зарубежных клиник.

По поводу эндохирургии имеется много литературы, написан целый ряд руководств, в которых освещены все современные методы диагностики, показания и противопоказания для выполнения хирургических вмешательств, методы эндоскопических операций на определенных органах и конкретно при определенных заболеваниях. Поэтому, на наш взгляд, нет необходимости в нашей работе подробно описывать методику эндовидеолапароскопических операций при хирургических заболеваниях желчевыделительной системы. Эти вопросы подробно освещаются в практическом руководстве «Оперативная лапароскопия» И.В Федорова, К.Ш Зиянова, Е.И Сигал (2004), руководство для врачей «Холедохолитиаз» (2000) Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов и др. Тем не менее для начинающего практикующего хирурга, который будет знакомиться с этой книгой, может возникнуть интерес к затронутой проблеме и получить, хотя бы в общих чертах, подробности об эндовидеолапароскопической холецистэктомии, которая выполняется в передовых странах в 90-95% по поводу самой распространенной хирургической патологии – холелитиаза.

Качество эндовидеолапароскопической операции во многом зависит от инструментария и аппаратуры, профессионально-слаженной подготовленности оперирующей бригады с учетом правильно отобранных показаний для операции больных.

Оборудование. Для проведения в полном объеме эндовидеолапароскопической холецистэктомии (и других операций) используется полный комплект

Напитки рекомендуются: кофе, какао, молоко без сахара, отвар шиповника, соки несладких свежих фруктов и ягод, томатный сок.

Исключаются: сладкие фруктовые и ягодные соки, сладкий квас, лимонады на сахаре.

Таким образом, знания основ питания здорового и больного человека поможет подобрать наиболее целесообразный и индивидуальный пищевой рацион каждому, в целях лечения и профилактики заболеваний.

Режим питания влияет на долголетие. В этом отношении имеется ряд интересных примеров. Как сообщает турецкая газета «Акшан», самым старым человеком в мире является 203-летняя женщина по имени Макаранжо, которая живет в Боливии в деревне Сонта Фана, в 60 км от местечка Квунто. Она отличается хорошим здоровьем и сама выполняет все домашние работы.

На вопрос корреспондента о причинах ее такого долголетия она ответила, что в течение всей своей жизни работала на воздухе и ограничивала употребление мяса.

В период реабилитации послеоперационных больных физические упражнения используются в том же режиме, как и при лечении больных желчнокаменной болезнью, изложенной в разделе “Лечебная физкультура. Принципы. Консервативное лечение”.

Только следует подчеркнуть важность включения в комплекс гигиенической и лечебной гимнастики дыхательных упражнений, которые способствуют повышенному поступлению кислорода в организм и улучшению всех окислительных процессов в нем. Неполный слабый выдох ухудшает вентиляцию в

двух в сутки.

Молочные продукты рекомендуются: молоко, простокваша, кефир, творог нежирный или полужирный, сыр несоленый или нежирный, сметана ограничено.

Исключаются: мясной и кулинарный жир.

Крупы, макаронные изделия, бобовые рекомендуются: каши из ячневой, гречневой, перловой, пшеничной, овсяной круп, горох ограничено с учетом нормы углеводов.

Исключаются: манная крупа, рис, макаронные изделия.

Овощи рекомендуется: капуста, салат, тыква, кабачки, огурцы, помидоры, баклажаны. С учетом нормы углеводов картофель, морковь, свекла, зеленый горошек.

Исключается: в маринованном и соленом виде.

Супы рекомендуются: на некрепком нежирном мясном, рыбном, грибном бульоне с картофелем, овощами, фрикадельками с разрешенными крупами, борщ, щи, свекольник, окрошку.

Исключаются: жирные бульоны, молочный с крупами и лапшой, из бобовых.

Фрукты, сладкие блюда и сладости рекомендуется: кисло-сладкие фрукты и ягоды в любом виде. Компоты, муссы, желе, ореховое печенье на сорбите, ксилите, сахарине.

Исключаются: виноград, изюм, финики, инжир, бананы, сахар, мед, варенье, конфеты, мороженое.

Соусы и пряности рекомендуются: соусы на овощном отваре, слабых и нежирных мясных, грибных и рыбных бульонах, хрен, перец, горчица.

Исключаются: острые, соленые и жирные соусы.

инструментов и аппаратов, которые называются «Эндохирургический комплекс». Основным узлом этого комплекса, позволяющий передавать изображение на экран монитора представлен эндовидеосистемой. Она состоит из жесткого эндоскопа, оптической системы с миниатюрной видеокамерой, световодного жгута для передачи света и монитора видеоизображения. Сигнал передаваемый видеокамерой на монитор, можно записать на любой цифровой носитель информации для последующего просмотра и анализа своих действий и юридической ответственности.

Жесткий эндоскоп состоит из наружной и внутренней трубок, между которыми уложено оптическое волокно для передачи света от осветителя в полость тела. Внутренняя трубка содержит оптическую систему из миниатюрных линз и стержней. Эндоскопы бывают диаметром 10, 5, 3 мм с увеличением в 12-15 раз. С помощью жесткого эндоскопа можно видеть все, что происходит в среде видимого пространства. Более того, с помощью видеокамеры можно различать объекты во время операции и записывать их. Для освещения внутренних полостей при проведении эндохирургических вмешательств используются осветитель – прибор с ксеновой лампой, которая сведена с гибким световодным жгутом, представляющим собой сотни тонких стеклянных волокон, находящихся в общей оболочке лапароскопа. Появился новый прибор видеолапароскоп, в котором совмещены видеокамера и жесткий эндоскоп.

Для обеспечения подачи газа в брюшную полость с целью создания необходимого пространства и поддержания заданного давления при проведении операции используется прибор названный инсуффлятор. С этой

целью в большинстве случаев холецистэктомии мы использовали, разработанную нами механическую модель, названную зонтичным лапаролифтингом (Патент на корисну модель №26235 від 10.09.2007р. Пристрій для безгазових лапароскопічних операцій).

Аспирация и ирригация в зоне операционного поля, которая используется при всех лапароскопических операциях, проводится приборами, «*аспиратор-ирригатор*» с мощными и регулируемые подачей и вакуумным отсасыванием стерильной жидкости.

Для рассечения тканей и обеспечения гемостаза широко применяется прибор для получения высокочастотных импульсов, именуемый «*электрохирургический генератор*», УЗИ-скальпель.

Последним звеном в передаче изображения с целью восприятия видеоинформации человеческим глазом во время оперативных вмешательств является «*видеомонитор*». Медицинский монитор лишен всяких недостатков и электрозащита надежна во всех отношениях.

Для записи, долговременного хранения и просмотра видеоизображения применяется «*видеомагнитофон*» и другие носители электронной памяти. С помощью этого устройства изображение можно тиражировать, показывать по телевидению, использовать в качестве учебного пособия, дает возможность коллективно анализировать ошибки и неточности выполнения операции.

Инструменты в эндохирургической практике используются в двух вариантах: металлические (многократного использования) и пластиковые (однократного использования). Хирурги при операци-

все пряности.

Из напитков рекомендуются: чай, некрепкий кофе, кофе с молоком без сахара. Соки ягодные, фруктовые, овощные.

Исключаются: Сладкие соки, какао, сладкий квас, лимонад на сахаре.

Диета №9 при сахарном диабете

Диета может использоваться при аллергических состояниях и заболеваниях ревматизмом, ревматоидным артритом, бронхиальной астме, отеком Квинке, крапивницей и др. При изготовлении сладких блюд и напитков используются заменители сахара.

Рекомендуемые и исключаемые продукты и блюда.

Хлеб и мучные изделия. Рекомендуются: ржаной, белково-пшеничный, белково-отрубный, пшеничный 2-го сорта в пределах нормы углеводов.

Исключаются: сдобные и сладкие мучные изделия.

Мясо и птица. Рекомендуются: нежирная говядина, телятина, баранина, обрезная и мясная свинина, кролик, куры, рубленные и куском, отварные, тушеные, и жареные после отваривания, студень говяжий, курица заливная. Постная ветчина, докторская, диабетическая, говяжья колбасы, сосиски.

Исключаются: жирные сорта, гусь, утка, жирная ветчина, колбасы копченые, консервы.

Рыба. Рекомендуются: нежирная в отварном, запеченном и изредка жареном виде; заливная. Вымоченная сельдь ограничено, консервы в томатном соусе или в собственном соку.

Исключаются: жирные виды, соленая, икра.

Яйца рекомендуется в вареном и жареном виде до

Яйца можно варенные или в виде омлета.

Из молочных продуктов **рекомендуется**: молоко, кефир нежирный, простокваша, сметана ограничено, творог, сыр нежирный и несоленый.

Исключаются: молоко топленое, сливки, ряженка, йогурт сладкий, творог жирный, сыр соленый и жирный.

Жиры **рекомендуется** в виде сливочного и растительного масла ограничено.

Исключается: свиное сало, говяжий и бараний жир, кулинарные жиры.

Крупы, макаронные изделия и бобовые **рекомендуются** в ограниченном количестве, гречневая и перловая в виде рассыпчатых каш.

Исключаются: другие крупы, макаронные изделия, бобовые.

Овощи **рекомендуются** сырые и в любом приготовлении. Квашеная капуста в отмытом виде.

Исключаются: маринованные и соленые овощи.

Супы **рекомендуются** овощные с фрикадельками, борщ, щи, окрошка, свекольник.

Исключаются: картофельные, с макаронами, крупами, бобовые, молочные.

Фрукты, сладкие блюда и сладости **рекомендуются** в виде кисло-сладких фруктов и ягод, желе, мусс на желатине, компоты с использованием вместо сахара ксилита, сорбита.

Исключаются: арбузы, виноград, изюм, инжир, финики, конфеты, мед, варенье, сахар, мороженое, кисели.

Соусы и пряности **рекомендуется**: томатный, слабый грибной, уксус.

Исключается: острые и жирные соусы, майонез,

ях, как правило, используют оба типа инструментов.

И.В. Федоров (2004) разделяет все лапароскопические инструменты на несколько групп их функциональной принадлежности:

- Инструменты доступа;
- Инструменты для создания экспозиции;
- Инструменты для рассечения тканей и создания гемостаза;
- Инструменты для соединения тканей;
- Инструменты для извлечения органов и санации полостей;
- Дополнительные и специальные инструменты.

Инструменты доступа. Обеспечивающими проникновение в пространства и полости для последующего введения манипуляционных инструментов и выполнения основных этапов эндохирургических вмешательств, являются *игла Вереша и троакары*. *Игла Вереша* служит для наложения первичного пневмоперитонеума после пункции передней брюшной стенки, а троакары выполняют функцию проникновения в полость через покровы и сохранения созданного инструментального канала и его герметизации. Троакар предназначен для обеспечения доступа к операционному полю и создания оперативного пространства. Их используют для введения миниатюрных инструментов.

Стилет троакара имеет несколько разновидностей: конический, пирамидальный, атравматический.

Винтовой фиксатор троакара ввинченный вместе с троакаром в брюшную стенку фиксирует сам тубус винтом.

Троакар для динамической лапароскопии может

быть оставлен в толще брюшной стенки для повторных эндохирургических процедур (для лечения перитонита и других целей).

Переходники (конвертеры, редюсеры) применяются для работы инструментами в троакарах.

Канюля Хассона предназначается для герметизации троакарной раны при использовании метода «открытой» лапароскопии. Метод «открытой» лапароскопии показан ранее оперированным больным, когда велика вероятность спаечного процесса в брюшной полости.

К инструментам для создания благоприятного доступа к тканям (экспозиции), позволяющим выполнять различные манипуляции относятся: зажимы для захватывания, удержания органов и тканей, ретракторы для мягкого отведения тканей, способствующие оптимальному доступу к оперируемому органу.

Для *рассечения тканей и обеспечения гемостаза* относятся высокочастотная электрохирургия (крючок Редика, петлевой электрод, «лопаточка», шарообразный, игольчатый электрод и их аналоги), диссектор (для тупой припаровки), ложка-манипулятор Зигунова (для тупой припаровки и отведения тканей), биполярные щипцы (для коагуляции тканей), щипцы биопсийные (для гистологического исследования тканей).

К инструментам для соединения тканей относятся: клипаторы (аппликаторы, эндоклипперы) для наложения клипс, сшивающие аппараты типа «Endo GIA 30-60» со сменными одноразовыми кассетами, эндоскопы для наложения механического ниточного шва, сшиватель органов для ушивания брюшины и других ситуаций, требующих сведения тканей.

болезнях вода принимается медленными глотками, в остальном – быстрыми глотками.

Сочетание диетического питания с применением показанных минеральных вод успешно влияет на восстановление нарушенной деятельности организма.

Представляется примерное питание больных сахарным диабетом и ожирением разработанное Институтом питания АМН СССР.

Диета №8 при ожирении

Пищу готовят в вареном, тушеном, запеченном виде. Вместо сахара используют его заменители (ксилит, сорбит, сахарин). Ограничивают жаренные, рубленые и протертые изделия. Пищу готовят без специй и соли.

Хлеб рекомендуется пшеничный из муки грубого помола и ржаной хлеб в ограниченном количестве, белково-пшеничный и белково-отрубной хлеб.

Исключается: изделия из пшеничной муки высшего сорта, сдобного и слоеного теста.

Из мясных продуктов рекомендуется нежирное мясо (говядина, телятина, кролик) и куры в отварном, тушеном и обжаренном после предварительного отваривания виде, сардельки.

Исключается: жирные сорта мяса, гусь, утка, мозги, ветчина, сосиски, колбасы вареные, копченые, консервы.

Рыба рекомендуется нежирные сорта в отварном, запеченном, фаршированном и заливном виде, продукты моря (паста «Океан» и др.).

Исключается: жирные сорта рыбы, копченая, соленая, рыбные консервы, икра.

При хронических заболеваниях органов пищеварения и мочевыделительной системы широко используют *минеральные воды* в курортной и вне курортной обстановке. Действие минеральных вод зависит от физико-химического состава и биологических свойств. Лучшее воздействие оказывает терапевтическое влияние слабоминерализованные минеральные воды, к которым относятся: трускавецкая, нафтуса, березовская, гоголевская, эссентуки №20 и др. Они оказывают нормализующее влияние на главные функции пищеварительных желез, способствуют восстановлению деятельности печени и желчных путей, поджелудочной железы, кишечника, стимулируют выведение из организма токсических и конечных продуктов обмена веществ, являясь тканепромывающими жидкостями. Способ приема минеральных вод связан с состоянием секреторной деятельности желудка и наличия сопутствующих заболеваний. Средняя однократная доза минеральной воды 200мл, принимается трехкратно в зависимости от времени приема пищи.

Лечебные воды, принятые вместе с пищей или незадолго до ее введения, стимулирует желудочную секрецию и наоборот, чем больше времени между приемом воды и пищи, тем будет выраженнее ее тормозной эффект. Минеральные воды принимаются при высокой желудочной секреции за 1-1,5 часа, при нормальной за 30-40 мин, при низкой – за 10-25 мин до еды.

При заболеваниях горла, печени и желчных путей, поджелудочной железы, кишечника с явлениями поносов необходимо пить воду теплую, в остальных случаях – комнатной температуры. При перечисленных

Инструменты для наложения узлов служат для низведения и фиксации шовного материала (для наложения непрерывного шва, иглы скорняжной и спиралевидной формы, иглодержатель). Аппарат Оспанова предназначен для наложения анастомозов при соединении полых органов желудочно-кишечного тракта.

Инструментами для извлечения органов и санации полостей являются сачок для извлечения органов с эвакуацией наружу, трехлепестковый ранорасширитель, аспиратор-ирригатор, морцеллятор для внутривидеостопного измельчения и удаления тканей в эндохирургии.

Структура эндохирургической операционной состоит из мобильного и легко управляемого операционного стола, на котором больной надежно фиксируется так, чтобы ничто не мешало работе операционной бригады, аппаратуры и инструментария для выполнения операций.

Операционная бригада состоит из хирурга, анестезиолога, одного-двух ассистентов в зависимости от сложности оперативного вмешательства, операционной сестры с полным набором инструментов для лапароскопической и лапаротомической операций. От слаженности бригады, их взаимопонимания и квалификационной подготовки зависит успех операции.

С целью свободных эндовидеолапароскопических хирургических манипуляций весьма важным является создание необходимого *рабочего пространства в брюшной полости*, для чего используется пневмоперитонеум и механические подъемники брюшной стенки. Лучшим из них в первом случае является карбоксиперитонеум, во втором – лапаролифты, ко-

торые используются для безгазовых лапароскопических операций.

Наше приспособление, названное зонтичным лапаролифтингом, для безгазовых лапароскопических операций отличается от существующих других моделей тем, что за счет расширения его конструктивных и функциональных возможностей разрешает создать в брюшной полости адекватное пространство для проведения лапароскопических операций, не ограничивает свободу экстракорпоральных движений рукояток рабочих инструментов, сокращает длительность операции и обеспечивает повышение эффективности исполнения безгазовых лапароскопических операций. Он функционирует следующим образом.

В сложенном (закрытом) виде лапаролифтинг свободно вводят в раскрытую троакаром брюшную полость, при этом фиксирующая рукоятка размещается практически перпендикулярно к брюшной стенке. После введения рабочей части в брюшную полость, фиксирующую (удерживающую) рукоятку подтягивают вверх, раскрывая тем самым лопасти подобно зонтику. Лапаролифтинг закрепляют с помощью раскладного штатива для фиксации рабочей части на поднимающемся и удерживающемся приборе, установленном возле левой подвздошной области больного, и исполняют тракцию передней брюшной стенки. Вся конструкция размещена непосредственно над брюшной стенкой. После установления предложенного зонтичного лапаролифтинга он удерживает переднюю брюшную стенку во время проведения лапароскопических операций, не ограничивая движения лапароскопических инструментов, как в брюшной полости, так и вне её.

Принимать в течении дня по 200-250 мл молока 5-6 раз. Всего в сутки 1-1,5 л.

Кефирный день. Используется при болезнях печени, ожирении, подагре, сердечно-сосудистой системы. Принцип приема такой же, как и молока.

Творожистый день. Применяется при болезнях печени, сердечно-сосудистой системы, ожирении, подагре. В течении дня используется 400 г творога, 500 мл кефира, 50 г сахара.

Яблочный день. Рекомендуются при ожирении, подагре, болезнях печени, кишечника, почек, сердечно-сосудистой системы. Через каждые 2-3 часа в течении дня принимается по 300 г свежих яблок, при колитах – протертые без кожуры и семян.

Компотный день. Используется при болезнях печени, почек, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, ожирении, подагре. Приготавливают компот из 1,5 кг свежих яблок или 250 г сухих фруктов, 100 г сахара, 1,5 л воды. Выпивают в течении дня 5-6 приемами.

Морковный день. Применяется при тех же показаниях, что и яблочный, компотный дни, по 800 г сырой тертой моркови на весь день 5-6 кратным приемом.

Арбузный день. Рекомендуются при атеросклерозе, гипертонической болезни, нефритах, мочекаменной болезни, заболеваниях печени, подагре. Принимается 5-6 раз в день по 300 г зрелого арбуза.

Разгрузочные дни можно использовать периодически с учетом общего состояния, питания больного, переносимости и т.д. Мышечная активность определяется в зависимости от индивидуальных особенностей организма.

рой, хлеб из муки грубого помола, жилистое мясо и т.д. При всех заболеваниях можно принимать молоко и молочные продукты, если больные хорошо переносят их, соки, витаминизированные настои. При наличии запоров рекомендуется прием средств стимулирующих моторную функцию кишечника. К ним относятся употребление натошак холодных сладких напитков, холодного отвара шиповника, с сахаром или медом, настоя гриба, овощные соки - морковный, свекольный, капустный и особенно картофельный; пюре – свекольные, морковные, из вареных сухофруктов (чернослив, курага); протертые компоты, печеные яблоки, кефир, простокваша, ряженка и др.

При заболевании печени и желчных путей, поджелудочной железы исключаются жареные, жирные, холодные, сокогонные (бульоны) блюда, а также продукты, вызывающие брожение кишечника. Пища должна быть механически и химически щадящей, с частым приемом дробными порциями. В пищевом рационе необходимо увеличить содержание белка и липотропных веществ (блюда из творога, соевой муки, яичного белка, гречневой и овсяной крупы). Животные жиры частично заменяются растительными. Используются соки, настои, минеральные воды.

Положительный эффект при некоторых заболеваниях оказывают так называемые контрастные диеты или их называют разгрузочными днями. Они могут быть различными и желающий использовать их может применить на практике в зависимости от желаний, переносимости и интереса к тому или другому продукту.

Молочный день. Рекомендуется при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, ожирении, подагре.

Лапаролифтинг легко поддается стандартным методам предстерилизационной обработки и стерилизации лапароскопических инструментов.

Следовательно, зонтичный лапаролифтинг обеспечивает в брюшной полости адекватное рабочее пространство для проведения лапароскопических операций, не ограничивает свободу экстракорпоральных действий рукояток рабочих инструментов, сокращает длительность операций и обеспечивает повышение степени эффективности исполнения безгазовых лапароскопических операций.

Подготовка больного к операции определяет ее успех. Прежде всего необходимо тщательное обследование больного в плане субъективного и объективного статуса, изучить результаты лабораторных и инструментальных исследований. На основании результатов исследования в предоперационной подготовке планируют систему мероприятий для укрепления его состояния и возможности перенести операцию, учитывая связанную с ней психическую и физическую травму, возможность кровопотери, развития шока и инфекции и развернуть регенераторные процессы для восстановления нарушенной целостности организма.

Важное значение имеют меры психического воздействия на больного. Чуткость и внимательность врача, его голос, выражение глаз, теплые дружеские руки, серьезность, уверенность, способность внушить больному убеждение в том, что с операцией всё будет хорошо, создать у него оптимистическое настроение, умение быстро реагировать на жалобы больного и симптоматическими средствами облегчать его страдания. Всё это в наименьшей степени повышает тонус

сердечно - сосудистой системы и улучшает функции всего организма, чем средства фармакологии. Надо всегда помнить слова В. М. Бехтерева: «Если больному после разговора с врачом не становится легче – это не врач»

Надо при подготовке к плановой операции еще на догоспитальном этапе обеспечить больному устранение болей, тишину, покой, свежий воздух, удобную постель, хороший сон, целесообразную диету, ежедневный стул, ванну и энергичное лечение нарушений со стороны органов дыхания, сердечно –сосудистой системы и т. д.

При наличии каких-либо сопутствующих заболеваний, которые могут ограничить возможность плановых операций лучшим вариантом является предварительное лечение таких больных в амбулаторных или стационарных условиях по профилю их сопутствующих болезней.

В тех случаях, когда возникает резкое ухудшение состояния связанное обычно с обострением холелитиаза и его осложнений прежде всего решается вопрос о времени оперативных вмешательств и предоперационной подготовки. О сроках операции существуют различные мнения, которые регламентируются от немедленного оперативного вмешательства до 1-2 – недельного выжидания. Естественно все ситуации течения болезни у конкретного больного решаются индивидуально ради спасения жизни пострадавшего. С этой целью используются все лечебные возможности и в первую очередь речь должна идти о применении лекарственных средств.

При наличии болевого синдрома при холелитиазе, в зависимости от происхождения и степени вы-

капустный сок и др.), липотропными веществами (творог, овсяная крупа). Если у больного имеется атеросклероз необходимо уменьшать количество животного жира и увеличивать растительные масла. Ограничивается употребление легко усвояемых углеводов (сахар, мед).

Диетический режим при заболеваниях почек сводится к ограничению и даже исключению поваренной соли. Употребление белка и жидкости зависит от преобладания отдельных проявлений болезни и уровня почечной недостаточности. Снижается физическая активность. Весьма важным для них является дыхательная гимнастика с использованием свежего воздуха.

При сахарном диабете ограничивается прием углеводов и жиров. Исключается мед, сахар и другие сладости.

Ожирение требует увеличение дозированной физической тренировки с ограничением калорийности пищи, главным образом, за счет уменьшения углеводов при умеренном содержания жира. Ограничивается также жидкость, поваренная соль, сокогонные вещества, пряности и приправы. Рекомендуется увеличение содержание в пищевом рационе растительной клетчатки (капуста, свекла, морковь и др.). Прием пищи должен быть частым и не большими порциями.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта пища рекомендуется механически и химически щадящей, т.е. продукты следует тщательно отваривать и измельчать. В рацион не следует включать овощи, содержащие повышенное количество растительной клетчатки, незрелые фрукты и ягоды с грубой кожу-

низм и зная механизм отклонений при различных заболеваниях, разработаны научно обоснованные диеты с целью лечения больных.

В зависимости от лечебного назначения диеты некоторые продукты в рационе ограничиваются количественно или полностью исключаются, другие допускаются только после специальной кулинарной обработки. В лечебном питании заложены принципы приема пищи здоровым организмом с той только разницей, что оно является щадящим для функции пораженного органа или системы. При улучшении общего состояния организма пищевой рацион постепенно расширяется до нормального питания с увеличением мышечной нагрузки на свежем воздухе.

При заболеваниях сердечно-сосудистой системы больным ограничивается двигательный режим, однако в показанных случаях, под наблюдением врача они должны продолжать дозированные физические упражнения с использованием свежего воздуха. Для них готовятся все блюда без соли, мясо и рыбу должны принимать только в вареном виде с механической обработкой продуктов. Весьма целесообразно ограничение приема не только поваренной соли, но и жидкости, сокогонных веществ, напитков, возбуждающих центральную нервную систему и деятельность органов кровообращения (бульоны, крепкий чай, кофе, какао, острые, соленые закуски и приправы). Исключаются из пищевого рациона продукты и напитки, вызывающие повышенное газообразование в кишечнике (капуста, бобовые), а также продукты богатые холестерином (внутренние органы животных, мозги, яичные желтки, икра). Целесообразно введение продуктов, богатых калием (картофель, урюк,

раженности боли применяются различные группы болеутоляющих средств. К ним относятся:

– наркотические анальгетики – рапифен, альфентанил (близкие к фентанилу) в дозе 500 мкг (1 мл) внутривенно, морфин 1 % - 1 мл подкожно и 50 мг внутрь, трамадол 100 мг подкожно, внутримышечно, фентанил 100 мкг (2 мл) внутримышечно или внутривенно, промедол 2% - 1 мл подкожно. Эффективность этих препаратов увеличивается при сочетании их с холинолитиками (атропин, платифилин и др.);

– неопиоидные анальгетики – кеторолак 30 мг (1 мл), нефопан 10 мг (1 амп.) внутримышечно или внутривенно;

– ненаркотические анальгетики – анальгин 50% (1 мл), баралгин 5 мл, тантум 50 мг внутрь, дексалгин 25 мг и др.;

– транквилизаторы – сибазон, седуксен, диазепам, феназепам, нозепам и др.

Лихорадящим больным, больным с острым холециститом, холангитом проводится антибиотикотерапия. Более эффективное действие препаратов этой группы зависит от знания возбудителя инфекции и чувствительности её к антибиотикам. С этой целью используются следующие группы и препараты:

– группа пенициллина, резистентная к пенициллиназе – клоксациллин 0,5 г через 6 часов внутримышечно, аугментин 0,5 г через 8-12 часов внутривенно или 625 мг внутрь и др.;

– группа цефалоспоринов – цефтриаксон 0,5 г через 8-12 часов внутримышечно или внутривенно, кейтен 0,5 г через 8-12 часов внутримышечно или внутривенно и др.;

– группа макролидов – азитромицин 0,25 г внутрь

1-2 раза в сутки, кларитромицин 0,5 г через 12 часов внутримышечно или внутривенно и др.;

– других групп – тетрациклина, рифампицина, линкозамина, фторхинолонов и др. Предпочтение отдается, как правило, антибиотикам пути выведения и депонирования которых, происходит через желче-выделительную систему.

При назначении антибиотиков следует учитывать возможность развития кандидозов. Для чего с профилактической целью рекомендуется применение флуконазола по 200 мг в капсулах или в ампулах для внутреннего или внутривенного введения или микозорал, низорал, нистатин и др.

При подобных состояниях у большинства больных появляется гиповитаминоз, а в некоторых случаях доходящий до авитаминоза. Поэтому целесообразно назначение: витаминов А в виде каротина 5 мг 0,5% раствор 1 мл внутримышечно, 0,5% - 1 мл В₁, 0,05% - 1 мл В₆, С 5% - 1 мл. Некоторые из них можно принимать во внутрь.

У тяжелых больных надо энергично бороться с гипопротеинемией и обезвоживанием. Наряду с переливанием крови и плазмы, показано ежедневное капельное внутривенное введение в зависимости от состояния в дозе от 0,5 до 2 л: альбумин, рефортан, стабизол, 5% глюкоза, реополиглюкин, раствор Рингера, изотонический раствор натрия хлорида, реосорбилат или др.

Для борьбы с кровотечением, наряду с переливанием крови и плазмы, перед операцией желтушным больным назначают таблетки викасола по 0,01 г 3 раза в день или внутримышечно 0,3% викасол 5 мл 2-3 раза в сутки. Инъекции продолжают в день

питания они содержат необходимые для организма микроэлементы, особенно значительное количество йода, незаменимые аминокислоты, витамины группы В, особенно В₆, используемые для лечения и профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы. Не рекомендуется злоупотребление поваренной солью, целесообразнее отдавать предпочтение максимальному ее ограничению. Прием жидкости определяется ее расходом, средняя суточная доза должна составлять примерно 1,5-2 л. Питательную воду лучше принимать в естественном виде, а не кипяченую.

Витамины и минеральные вещества содержатся в достаточном количестве в свежих овощах, фруктах, соках и других пищевых продуктах. При необходимости можно использовать отдельные витамины в лекарственных формах.

При возникновении или обострении хронического заболевания в организме происходят нарушения функции различных органов и систем, что приводит часто к изменениям обменных процессов, которые в свою очередь оказывают отрицательное воздействие на весь организм. В зависимости от характера и тяжести заболевания физическая тренировка должна быть прекращена или в допустимой дозе ограничена. Для восстановления нарушенных функций в организме применяется лечебное питание. Хронические заболевания в стадии затишья требуют в период оздоровительных физических упражнений также соответствующих пищевых ограничений в пределах необходимых диет. По всем вопросам диетического питания необходимо посоветоваться с лечащим врачом.

Поскольку каждый пищевой продукт обладает особым присущим ему свойством действия на орга-

нию пищевого центра и деятельности пищеварительных желез.

В этом процессе важнейшее место принадлежит приему пищи в одно и то же время. Правильный порядок питания способствует ритмичной деятельности органов пищеварения. Нерегулярное питание приводит к ломке выработанного стереотипа и к нарушению физиологического ритма в деятельности пищеварительного аппарата, понижает усвояемость пищи, а иногда вызывает различные заболевания, прежде всего желудочно-кишечного тракта.

Не менее важным является также соблюдение умеренности в еде. Прием большого количества пищи влечет за собой торможение деятельности желудочных желез. Удлинение периода пищеварения сопровождается чувством тяжести в животе, понижением работоспособности, сонливостью и способствует возникновению ожирения, а вместе с ним атеросклероза, болезней печени и т.д.

Продолжительность еды имеет большое значение для пищеварения. Хорошо пережеванная пища легко переваривается в организме.

Наиболее целесообразно принимать пищу четыре раза в день, всегда в одно и то же время. Например, завтрак в 8 час, обед в 13 час, ужин в 18-19 час, перед сном в 22 часа. Распределение калоража ориентировочно должно быть следующим: завтрак 25-30% калорий, обед 40-45%, ужин 20-25%, перед сном 5-10%.

Следует обратить внимание на использование в питании натуральных пищевых продуктов. Большую питательную ценность имеют продукты моря, к которым относятся рыба, креветки, кальмары, морская капуста и т.д. Кроме основных компонентов

операции и 3-5 дней после нее. Можно применять децинон.

Препаратами, улучшающими метаболизм и уменьшающими гипоксию тканей, является милдронат 500 мг внутривенно, фосфокреатин, неон, рибоксин и др.

С целью восполнения дефицита калия и магния рекомендуется препарат аспаркам, панангин, магне В₆ и др.

Иммуностимулирующими и иммуномодулирующими средствами, которые необходимо применять у ослабленных больных, являются: левомизол (декарис), пентоксил, иммуномакс, гепон или др.

Накануне и рано утром в день операции больной получает большую очистительную клизму. Ему бреют весь живот и лобок, а у мужчин еще переднюю поверхность грудной клетки. Он принимает мыльную ванну. На ночь перед операцией назначается снотворное: амбарбитал (50-200 мг), дономил (15 мг), зопиклон (7,5 мг), амитал-натрия (200 мг) или др.

Если есть необходимость к срочной операции при остром калькулезном холецистите находящегося в шоке, то необходимо вывести из шокового состояния и подготовить больного к операции введением внутривенно 1 мл 1% промедола, глюкозы с витаминами, сердечных средств, крови. Перед операцией следует сделать очистительную клизму и опорожнить мочевой пузырь.

Утром в день операции больной ничего не ест. Пить разрешается в последний раз за 2-3 часа до операции.

В назначенный день операции для окончательного решения всех вопросов хирургического вме-

шательства следует перечитать историю болезни и все материалы о больном и еще раз обследовать его, обращая внимание на живот. При обследовании хорошо подготовленного к операции больного легче получить более конкретное представление об анатомических отношениях и патологоанатомических изменениях, о размерах, положении, границах печени, желчного пузыря и соседних органов и т. д. В свете всех этих данных окончательно устанавливается целенаправленность операции, вид оперативного вмешательства, радикальность его, могут быть внесены изменения в методику обезболивания, в намеченный способ операции, технику его, темпы выполнения. В зависимости от всего перечисленного окончательно решается весь процесс проведения операции.

Выбор метода обезболивания. Адекватное обезболивание и максимальная релаксация мышц брюшной стенки – основное условие успешного выполнения эндовидеолапароскопической операции на желчных путях.

На этапах предоперационной подготовки хирург и анестезиолог совместно выбирают объем и тактику оперативного лечения.

Премедикация показана всем больным. Ее цель – снижение болевых ощущений, психоэмоционального напряжения, гипотонии гладкой мускулатуры, желчных путей, сфинктера Одди, двенадцатиперстной кишки. Премедикацию проводят в течении суток перед плановой операцией и за 40-60 минут перед срочными.

Преиндукция проводится в основном транквилизаторами. Возможное совместное применение этих препаратов с премедикацией (седуксен, сибазон,

Масло растительное	-	94,0	-	817	-	-	-
Картофель свежий	1,1	0,1	13,0	63	-	0,1	10,0
Капуста свежая	0,9	0,1	3,5	20	-	-	30,0
Свекла свежая	1,3	0,1	8,1	39	-	-	10,0
Морковь свежая	0,6	0,2	6,3	30	9,0	-	5,0
Лук репчатый	0,9	0,1	7,5	36	-	-	10,0
Яблоки разные	0,2	-	10,1	42	0,1	-	7,0
Мед натуральный	1,0	-	75,9	315	-	-	2,0

Примечание. Взято из книги «Лечебное питание» под ред. И.С. Савоценко, изд-во «Медицина», 1971.

Правильное питание человека определяется не только качественным составом пищи, но и ритмом, включающим такие элементы как регулярность приема пищи, число ритмов на протяжении дня, соблюдение физиологически правильных интервалов между ними и распределения суточного набора пищи в течение дня.

Благодаря наличию пищевого центра, который омывается кровью, содержащей пищевые вещества, в организме возникает чувство аппетита и голода или сытости и безразличия. Это зависит от обеднения или насыщения крови пищевыми веществами. Возбуждение пищевого центра может возникнуть и рефлекторным путем через зрительные, обонятельные, слуховые и другие анализаторы (запах, вид пищи и др.). Для стимуляции аппетита необходимо создавать такие условия, которые способствовали бы возбужде-

Надо иметь в виду, что при сгорании 1 г жиров образуется тепла 9,3 ккал, углеводов – 4,1 ккал, белков – 4,1 ккал.

Представленная ниже таблица 13 может помочь в составлении индивидуального пищевого рациона в плане количественного и качественного набора основных продуктов исходя из суточной энерготраты.

Таблица 13
Состав и калорийная ценность основных пищевых продуктов

Продукт	Химический состав в г			Калор. в ккал 100г	Витамины в мг		
	белки	жиры	углеводы		А	В ₁	С
Хлеб ржаной	5,5	0,6	39,3	190	-	0,15	-
Хлеб пшеничный	6,9	0,4	45,2	217	-	0,03	-
Крупа гречневая	8,0	1,6	64,8	312	-	0,5	-
Пшено	7,4	1,9	62,4	303	-	-	-
Горох	19,3	3,2	50,3	315	-	-	-
Молоко коровье	3,1	3,5	4,9	66	0,1	0,05	1,0
Творог нежирный	14,1	0,6	1,2	68	-	-	-
Сыр советский	25,0	30,0	2,4	391	0,9	0,03	-
Говядина жирная	14,3	16,7	-	214	-	-	-
Говядина средняя	16,0	4,3	0,5	108	0,04	0,2	-
Свинина жирная	11,7	30,2	-	329	-	-	-
Карп	15,3	4,4	-	103	-	-	-
Яйца	10,7	10,1	0,5	140	1,3	0,07	-
Масло сливочное	1,0	84,0	0,6	787	1,2	-	-

димедрол, промедол в сочетании с атропином). Для ускорения вводного наркоза можно производить дополнительное фракционное введение дроперидола (10 мл) и фентанила (до 5 мл)

На фоне вводного наркоза (нейролепсии) после введения миорелаксантов (папаверин 2% - 1-2 мл, но-шпа 2% – 2-4 мл или др.) вводится в наркоз и поддерживание анестезии. Ее проводят следующими препаратами.

Кетамин (кеталар, кетанест, калипсол) обладают не раздражающим ткани свойством. Для вводного наркоза вводится внутривенно в дозе 2 мг/кг массы тела больного. После введения через несколько секунд наступает сон и хирургическая стадия наркоза. Продолжительность анестезирующего действия кетамина при внутривенном введении составляет 7-11 мин. По окончании анестезии кетамин (через 7-11 мин) большая часть препарата сохраняется в организме в неизменном состоянии, что способствует кумулированию и потенцирующему эффекту кетамина при его сочетанном применении с другими наркотическими средствами.

Тиопентал натрия и гексенал относятся к барбитуратам ультракороткого действия и применяются в основном в виде вводного наркоза в дозе 300-500 мг в 1-2% растворе.

Оксибутират натрия используется как для вводного, так и для основного наркоза. На этапе индукции препарат вводят медленно внутривенно в течение 15 мин и более из расчета 90-100 мг/кг массы тела. Его целесообразно применять после предварительного введения дроперидола в дозе, необходимого для обеспечения нейролепсии 2-й степени. Продол-

жительность снотворного эффекта при такой анестезии при указанной дозе составляет около 2-х часов. В указанной выше дозе оксибутират натрия обладает только гипнотическим эффектом. Для достижения поликомпонентной анестезии необходимо использовать центральные наркотические анальгетики.

Диприван (пропофол) по своему гипнотическому действию обеспечивает один из компонентов общей анестезии – медикаментозный сон, который наступает через 30-40 сек после начала введения препарата внутривенно. Через 10 мин его концентрация не превышает 40% исходной. Пробуждение наступает при достижении в плазме крови концентрации 1 мг/мл. При применении дипривана для индукции в обычных дозах (1,5-2 мг/кг) наблюдается снижение артериального давления и брадикардия. Для уменьшения побочных действий дипривана во время индукции в наркоз обосновано введение кетамина, вызывающего тахикардию и повышение артериального давления. При исследовании дипривана для индукции его необходимо вводить фракционно (примерно 40 мг каждые 10 сек) для появления клинических признаков клинического сна.

Положение больного на операционном столе зависит от выбора хирургом наиболее удобного для себя варианта. В принципе применяют французскую и американскую позиции больного на операционном столе и расположения операционной бригады вокруг него. При американской позиции больной лежит на спине со сведенными ногами. Хирург находится слева от больного. Справа от головы больного напротив глаз оперирующего расположен экран. При французском варианте больной тоже лежит на спине, но

на большие расстояния тратит 12-15 ккал/мин.

Таблица 12
Расход энергии в зависимости от массы тела при ходьбе со скоростью 5-6 км/час

Вес в кг	Ккал мин	Вес в кг	Ккал мин	Вес в кг	Ккал мин	Вес в кг	Ккал мин
51	4,05	61	4,55	71	5,05	81	5,55
52	4,10	62	4,60	72	5,10	82	5,60
53	4,15	63	4,65	73	5,15	83	5,65
54	4,20	64	4,70	74	5,20	84	5,70
55	4,25	65	4,75	75	5,25	85	5,75
56	4,30	66	4,80	76	5,30	86	5,80
57	4,35	67	4,85	77	5,35	87	5,85
58	4,40	68	4,90	78	5,40	88	5,90
59	4,45	69	4,95	79	5,45	89	5,95
60	4,50	70	5,00	80	5,50	90	6,00

Зная свой вес, основной обмен, затрату энергии по профессии можно определить суточный расход энергии и в соответствии с этим рассчитать суточный рацион, используя данные таблицы 12. Лицам, выполняющим легкий физический труд, который определяется в среднем 3 тыс ккал, рекомендуется включить в рацион питания в сутки 105 г белка (из них 65 г животных белков), 99 г жиров и 415 г углеводов. При увеличении расхода энергии, в т.ч. физической тренировки, покрывать энергию необходимо в основном за счет углеводов и частично жиров и только 20% восполнять белками. Не следует повышать калорийность пищи более чем на 5% по сравнению с расходом энергии.

ют энергии (до 3000 ккал/сутки) лица умственного труда, к которым относятся ученые, педагоги, врачи, инженеры, конторские служащие и т.д. Несколько больше (3500 ккал/сутки) расходуют рабочие, связанные с механизированным трудом (шофера, трактористы, токари, текстильщики и т.д.) До 4000 ккал/сутки затрачивают слесари, водопроводчики, сельскохозяйственные рабочие и лица, выполняющие частично механизированный труд. Больше всего (4,5 – 5 тыс. ккал/сутки) энергии расходуют рабочие тяжелого физического труда (грузчики, шахтеры, землекопы, лесорубы и т.д.).

Поскольку многие используют физическую тренировку в профилактических и лечебных целях, то, естественно, их интересует затрата при хождении. Надо подчеркнуть, что расход энергии обуславливается не только физическими усилиями, но имеет прямое отношение к массе тела. Энергетические затраты человека при ходьбе представлены в таблице 12. Если человек идет в гору при угле 15° и скорости 2 км/час, то расход его энергии со средней массой тела составляет 6,4 ккал/мин, а при скорости 7,2 км/час – 14 ккал/мин. Подъем по лестнице сопровождается затратой энергии в 15-17 раз больше, чем при ходьбе по ровной местности.

На ходьбу по асфальтной дороге при скорости 5,5 км/час человек тратит 5,6 ккал/мин, на ходьбу при такой же скорости по траве – 6,3 ккал/мин.

Спортивные упражнения значительно увеличивают трату энергии. Так, например, бег человека со средней массой тела при скорости 8 км/час способствуют расходу энергии 9 ккал/мин, а при скорости 12 км/час – 20 ккал/мин. Плавание увеличивает расход энергии до 11 ккал/мин, велосипедист при гонке

только с разведенными ногами. Хирург находится между нижними конечностями больного, монитор и эпигастральный троакар несколько отдалены от оператора.

Методика проведения типичной видеолапароскопической холецистэктомии. Операционное поле обрабатывается растворами антисептиков трижды. Под эндотрахеальным наркозом в над- или подпупочной области, в зависимости от строения грудной клетки, наличия послеоперационных рубцов, толщины подкожно-жировой клетчатки, проводится игла «Вереша». Для проверки качества проникновения иглы в брюшную полость без повреждения самих органов и кровеносных сосудов используется следующий прием. При открытом кранике канюля иглы заполняется стерильным физиологическим раствором, производится тракция передней брюшной стенки с помощью цапок наложенных в области пупка, создается отрицательное давление в брюшной полости и физиологический раствор перетекает из канюли в свободную брюшную полость. После этого, через иглу «Вереша» с помощью инсуффлятора нагнетается газ. Как правило, с этой целью используется углекислый газ или закись азота. Давление газа в свободной брюшной полости для адекватной визуализации не должно превышать 14 мм рт.столба. Разрезом до 1 см по верхнему или нижнему краю пупка видна «белая линия» живота. С помощью цапки производится тракция передней брюшной стенки вверх за пупок. Одновременно другой рукой первый троакар подводится под 450 к «белой линии» и поступательными движениями вперед и вправо с прокручиванием проводится в брюшную полость. В этот лапаропорт устанавли-

вается оптика видеоаппарата. Проводится ревизия брюшной полости путем разворачивания оптики на 360°. При отсутствии другой патологии визируется крупная связка печени справа. После рассечения кожи над мечевидным отростком проводится второй троакар по направлению ко дну желчного пузыря Ø 10 мм. Третий лапаропорт Ø 5 мм устанавливается по правому подреберью под 90° ко второму троакару, проведенного в эпигастрии так, чтобы место прокола на передней брюшной стенке было локализацией приблизительно к месту проекции дна желчного пузыря. Четвертый троакар устанавливается так же, по правому подреберью ниже третьего на 5-8 см. Через четвертый лапаропорт вводится зажим, который накладывается на дно желчного пузыря и вторым ассистентом проводится тракция желчного пузыря вверх и вперед вместе с правой долей печени. После рассечения спаек, если такие имеются, с помощью электрокоагуляции виден карман Гартмана на который накладывается мягкий зажим, проведенный через третий лапаропорт. С помощью этого зажима шейка желчного пузыря оттягивается от печени вперед на себя, тем самым увеличивая треугольник «Калло».

Электрокоагулятором производится субсерозное выделение шейки желчного пузыря справа и слева вверх на 1/3 вдоль печени. После визуализации артерии и протока желчного пузыря производится раздельное их клипирование. Артерия желчного пузыря пересекается над лимфатическим узлом, расположенным латерально артерии протока желчного пузыря, клипируется дважды. Мягкий зажим перекладывается на уходящую культю артерии протока желчного пузыря и смещается кверху. Производится типичная

180	88,0	83,9	89,9	88,1	87,5	84,1	84,4	81,6
182	90,6	87,7	91,4	89,3	89,5	86,5	85,4	82,9
184	92,0	89,4	92,9	90,9	91,6	87,4	88,0	85,8
186	95,0	91,0	96,6	92,9	92,8	89,6	89,0	87,3
188	97,0	94,4	98,0	95,8	95,0	91,5	91,5	88,8
190	99,5	95,6	100,7	97,4	99,4	95,6	94,8	92,9

Примечание. Для лиц с астенической конституцией прибавляют 3-5% от цифры веса, указанной в таблице, с гиперстенической – вычитают 1-2%.

Излишек веса, превышающий норму на 10-29% - начальная степень ожирения, на 30-49% – вторая, а более 50% – третья степень ожирения считается тяжелым заболеванием. Физические упражнения являются главным лекарством в лечении нарушения жирового обмена. В связи с этим не следует увлекаться едой. Ведь «человек ест, чтобы жить, а не жить, чтобы есть» – таково мудрое изречение Сократа.

При нормальной массе тела калорийность пищи должна соответствовать расходу энергии. В результате проведенных исследований и их анализа А.А. Покровский (1974) приводит ориентировочный расчет траты энергии человеком в зависимости от его массы и выполняемой работы. Если учесть, что основной обмен в среднем равен 1300- 1500 ккал в сутки, то при легкой работе человек дополнительно расходует 1,5 ккал/мин, при умеренной – до 5 ккал/мин, при тяжелой – 7,5 ккал/мин и при очень тяжелой работе – до 10-12 ккал/мин. Выполнение работы в сидячем положении уменьшает энергетические затраты на 1,9-2,2 ккал/мин.

Следует отметить, что суточная затрата энергии зависит и от профессии. Так, меньше всего расходу-

$$\text{Нормальная масса тела} = \frac{\text{Рост (см)} \times \text{окружность грудной клетки (см)}}{240}$$

рассчитать по предлагаемой таблице.

Таблица 11
Максимальный нормальный вес (в кг) мужчин и женщин в зависимости от роста и возраста при нормальном среднем телосложении

Рост в см	30-39 лет		40-49 лет		50-59 лет		60-69 лет	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
148	55,0	52,3	56,6	54,7	56,0	53,2	53,9	52,2
150	56,7	53,9	58,1	56,5	58,0	55,7	57,3	54,8
152	58,7	55,0	61,5	59,5	61,1	57,6	60,3	55,9
154	61,6	59,1	64,5	62,4	63,8	60,2	61,9	59,0
156	64,4	61,5	67,3	66,0	65,8	62,4	63,7	60,9
158	67,3	64,1	70,4	67,9	68,0	64,5	67,0	62,4
160	69,2	65,8	72,3	69,9	69,7	65,8	68,2	64,6
162	71,0	68,5	74,4	72,2	72,7	68,7	69,1	66,5
164	73,9	70,8	77,2	74,0	75,6	72,0	72,2	70,0
166	74,5	71,8	78,0	76,5	76,3	73,8	74,3	71,5
168	76,2	73,7	79,6	78,2	77,9	74,8	76,0	73,3
170	77,7	75,8	81,0	79,8	79,6	76,8	76,9	75,0
172	79,3	77,0	82,8	81,7	81,1	77,7	78,3	76,3
174	80,8	79,0	84,4	83,7	82,5	79,4	79,3	78,0
176	83,3	79,9	86,0	84,6	84,1	80,5	81,9	79,1
178	85,6	82,4	88,0	86,1	86,5	82,4	82,8	80,9

холецистэктомия от шейки с помощью электрокоагуляции. Ложе пузыря коагулируется «шариковидным» электродом или лопаточкой. Подпеченочное пространство промывается раствором антисептика, последний эвакуируется наружу с помощью электронасоса. Невскрытый желчный пузырь помещается в эвакуационный пакет. Через четвертый лапаропорт вводится силиконовый дренаж и устанавливается в подпеченочное пространство, после чего снаружи фиксируется к коже.

Желчный пузырь захватывается зубчатым зажимом, помещается в пластиковый контейнер и выводится через доступ в эпигастрии или околопупочный, предварительно расширив его с помощью эвакуатора-расширителя, наружу. Послеоперационная рана после выведения желчного пузыря ушивается двумя узловыми швами с помощью шорной иглы. Послеоперационные раны ушиваются наглухо. Поверх ран накладывается асептическая наклейка.

Послеоперационное ведение определяется состоянием больного в период обострения болезни, во время операции и восстановительный период, наличием сопутствующих заболеваний.

Клиническая картина периода пробуждения и восстановление психомоторного статуса зависит от индивидуальных особенностей больного и многих других факторов внешнего и внутреннего характера, которые имели место при поступлении больного в стационар и до пробуждения.

У практически здоровых пациентов с наличием конкрементов при успешно выполненной лапароскопической холецистэктомии, как правило, отсут-

ствуют субъективные и объективные признаки перенесенной операции, за исключением поверхностных следов на коже, связанных с введением в брюшную полость троакаров. Такие больные желчнокаменной болезнью уже на вторые-третьи сутки спокойно оставляют стационар и на 14-й день целесообразно их направить на санаторно-курортное лечение с питьевыми минеральными водами. В дальнейшем продолжать лечение желчнокаменной болезни для профилактики образования конкрементов в желчных путях.

Сопутствующие заболевания в зависимости от их выраженности продолжают лечение в амбулаторных или стационарных условиях, в зависимости от проявления болезни. В послеоперационном периоде стационарные больные получают:

1. Спазмолитики;
2. Обезболивающие;
3. Антибиотики;
4. Антиагреганты.

Осложнения лапароскопической холецистэктомии. Наиболее значимыми осложнениями при лапароскопической холецистэктомии является повреждение внепеченочного желчного протока (6 чел на 1000 операций) При открытой холецистэктомии этот показатель в 2-5 раз ниже. В тоже время общая летальность после лапароскопической холецистэктомии ниже (0,06-0,1%), чем после открытой операции (0,2-0,4%)

В фундаментальном исследовании проведенном D. Deziel et al, выполнивший 77604 лапароскопических холецистэктомий, авторы проводят следующее распределение осложнений по локализации (таб. 2)

энергии. Однако сюда относится не только прием высококалорийной пищи, но и возрастающая гипокинезия. На фоне снижения мышечной активности существенное значение в возникновении ожирения принадлежит употреблению повышенного количества жиров и особенно злоупотребление углеводами рафинированного ряда, куда относится сахар, мед, конфеты и др.

На жировой обмен оказывает влияние также частота приема пищи, количество употребляемой воды, поваренной соли и т.д.

Так, одно-двукратный прием обильной пищи по сравнению с трехкратным употреблением того же количества продуктов способствует накоплению жира в организме.

Развитие ожирения влечет за собой не только увеличение массы тела, но и повышает нагрузку на все органы и системы. При этих условиях параллельно отложению избыточного жира в организме стимулируется синтез холестерина, жирных кислот, триглицеридов, атерогенных липопротеидов, изменяется функция симпатoadреналовой системы, состояние коагулирующих свойств крови, проницаемости капилляров и т.д., т.е. активируются те механизмы, которые способствуют развитию атеросклероза, ишемической болезни сердца, гипертонии и других заболеваний. В связи с этим следует всегда обращать внимание на количественную сторону питания, калорийность пищи и расход энергии. Контролем рационального питания служит нормальный вес тела. А. А. Покровский (1974) предлагает расчет нормальной массы тела в виде следующей формулы:

Нормальный вес каждого человека можно также

в рацион вводят паровые мясные или рыбные котлеты, отваренную курятину и рыбу нежных сортов, а дальше - кормить больных основательно, но придерживаться печеночной диеты (№5). Свежие фрукты – апельсины, мандарины, яблоки, виноград – должны быть составной частью стола. Точно также в питании должны присутствовать молочные продукты – творог, кефир, простокваша, сметана.

После операции назначаются на несколько дней антибиотики группы пенициллина (ампиокс, аугментин или др.), макролиды (эритромицин, макропен или др.), тетрациклины и т.д.

Целесообразно введение в организм больного витаминов в форме поливитаминов для внутреннего приема или парентерального введения.

По мере улучшения общего состояния и рубцевания раневых операционных участков увеличивается физическая нагрузка с использованием гимнастики и лечебной физкультуры, расширяется сбалансированное лечебное питание в пределах нормальной калорийности продуктов. Это имеет значение для тех больных желчнокаменной болезнью, у которых часто встречаются сопутствующие заболевания как ожирение, сахарный диабет, гипертония др.

Необходимо учитывать количественное содержание белков, жиров, углеводов, воды, различных солей, витаминов и определенное соотношение между пищевыми веществами. Тем больным, у которых имеется нарушение липидного обмена с явлениями ожирения, необходимо уменьшить калорийность питания.

В основе ожирения лежит превышение энергетической ценности пищевого рациона над расходом

Таблица 2

Повреждения внепеченочных желчных протоков

Участок повреждения	Число больных
Общий желчный проток	271
Общий печеночный проток	38
Аберрантный проток	48
Правый печеночный проток	8
Пузырный проток	94
Всего	459 (0,59%)

Как указывает И.В. Федоров и соавт. (2004) повреждения внепеченочных желчных путей проявляются в виде желчеистечения, желчной гипертензии и их комбинаций.

1. Желчеистечение:

- из ложа желчного пузыря (ходов Люшка, дополнительных печеночных протоков);
- из культи пузырного протока;
- из гепатикохоледоха, при его краевом ранении;
- при полном пересечении магистральных желчных протоков;

2. Желчная гипертензия:

- полная окклюзия части билиарного тракта;
- частичная окклюзия магистральных протоков;
- полная окклюзия билиарного тракта;

3. Сочетание желчной гипертензии и желчеистечения.

Кровотечение резко затрудняет операцию и является одной из причин лапаротомии. Источниками геморагий могут быть:

1. Пузырная артерия.
2. Правая печеночная артерия.

3. Общая печеночная артерия.
4. Воротная вена.
5. Сосуды ложа желчного пузыря.
6. Сосуды передней брюшной стенки.

Диагностика интраоперационного кровотечения обычно не сопровождается трудностями. Лечебная тактика при ранениях сосудов зависит от локализации и размеров повреждения. При точечных ранениях крупных сосудов кровотечение останавливают прижатием и местным использованием гемостатиков (гемостатическая губка, капрофер). В случаях профузного кровотечения, особенно при неясной анатомии происхождения, показана конверсия.

При диагностике кровотечения в раннем послеоперационном периоде больному показана релапаротомия. По данным многих авторов, если источник кровотечения не обнаруживается, проводится эвакуация сгустков, санация антисептиками, устанавливается дренаж.

Подобного принципа перехода от лапароскопического метода к лапаротомическому способу хирургического лечения и в отношении желчеистечения придерживаются и большинство хирургов.

Карл Левинсон определил десять золотых принципов, позволяющих предотвратить осложнения в хирургии.

1. Смирение. Знайте свои ограничения как человеческого существа и как хирурга. Знайте предел разрешающей способности метода и специальности в целом. Не попадайте в ситуации, к которым вы не подготовлены.

2. Соблюдайте критерии выбора. Будьте аккуратны при отборе пациентов на операцию. Если женщи-

В первые сутки больной должен получить 2-3 литра жидкости - 5%-ный раствор глюкозы и физиологический раствор под контролем суточного количества мочи с определением её относительной плотности.

Как только больной полностью проснется и если у него нет тошноты и рвоты, ему предлагается понемногу пить. Можно разрешить высасывать дольки апельсина или мандарина. На другой день после операции разрешается уже пить свободно.

При появлении тошноты и рвоты больному вводится внутримышечно церукал 1 мл – 5 мг 2-3 раза, можно галстену по 10 капель на столовую ложку внутрь. При упорной рвоте надо ежедневно вводить в вену до 100 мл 5%-ного раствора поваренной соли.

Парез кишечника сопровождается ослаблением перистальтики кишок и метеоризмом. Таким больным помогает введение газоотводной трубки – 10-15 см на 10-15 минут с часовыми перерывами. Можно поставить маленькую клизму – из 100 мл 5-10% поваренной соли, сифонную клизму. При отсутствии гипертонии целесообразна инъекция прозерина по 1 мл 0,05%-ного раствора один-два раза в сутки.

Если у больного возникла послеоперационная задержка мочи, то таких лиц следует катетеризировать, вводят прозерин или пилокарпин 1мл 1%-ного раствора подкожно.

Как только начнут отходить газы, больного надо начать кормить, вначале понемногу – 4 раза в день. Можно давать сладкий чай с сухарями, несколько кусков черствого хлеба с небольшим количеством масла, овощной суп, каши, компоты, фруктовые кисели, немного черной или красной икры. На 3-й день

ет больного в палату. Оперированный находится под непрерывным наблюдением, пока не проснется. В палате должны быть обеспечены свежий воздух, тепло, абсолютная тишина, удобная и теплая постель, в случае надобности – кислород. Каждые полчаса медсестринская сестра сгибает по 3-4 раза в тазобедренном и коленном суставах одну за другой ноги больного. Когда полностью проснется, он сам должен совершать эти действия и особенно делать дыхательную гимнастику. Затем присоединяется движения руками и головой. Все это необходимо для профилактики послеоперационной пневмонии, флеботромбоза в нижних конечностях и эмболии легочной артерии. К вечеру больному придается, с помощью подголовника, полусидячее положение, со слегка согнутыми ногами. Под коленями помещается валик из перегнутой посередине подушки. На другой день больного кладут попеременно то на один, то на другой бок. Потом от него требуют, чтобы он сам почаще переварачивался с боку на бок. Важнейшая задача – как можно раньше возбудить активность больного, снять боязливость, добиться глубокого дыхания, громкого голоса, интереса к окружающему.

Под кожу назначается сульфокамфокаин по 1-2 мл 2-3 раза в день и 10% -ный кофеин по 1 мл 2-3 в день. На ночь вводится 1 мл 1-2% промедола или 2% -ный омнопона.

При сердечной недостаточности внутривенно капельно вводится поляризующая смесь (5-10% глюкоза 200 мл + инсулин 6Д + панангин 10 мл) с коргликоном 1 мл 0,06% -ного раствора, не лишне добавить 20 мл 2% -ного рибоксина. Дают увлажненный кислород или озон.

на перенесла два кесаревых сечения, вероятно, это не лучший кандидат для лапароскопии.

3. Не используйте не подходящий инструмент и оборудование. Не пользуйтесь услугами людей, которые не знают что они должны делать. В этих вопросах не место терпимости и снисходительности. Лапароскопия – бригадная работа, где на карту поставлена жизнь пациента. Вы не в праве допускать плохой игры кого-либо.

4. Устанавливайте троакары правильно. Плохая техника введения и плохое расположение – основная причина многих осложнений. Ничто не может испортить вам день, чем ранение эпигастральных сосудов. Ты можешь справиться с этим осложнением без труда, но это неблагоприятное начало для твоей операции.

5. Не допускайте плохого изображения. Если вы не видите – не делайте. Никогда не продолжайте операцию, если вы не уверены в анатомии. Печально видеть на пленке преступную небрежность врача, где лапароскоп загрязнен и света явно недостаточно.

6. Не работайте на кровоточащих органах. Если вы видите, как остановить кровотечение, в первую очередь очистите операционное поле, а затем идентифицируйте проблему. Тогда вы сможете ликвидировать проблему. Если кровотечение настолько неприятно, что вы не можете осушить операционное поле, следует перейти к лапаротомии.

7. Не доводите до серьезных осложнений. Не поддавайтесь панике, если началось кровотечение или наступило осложнение.

8. Будьте аккуратны с жизненно важными структурами. Мышцы и матка достаточно прочны, а моче-

точник – нет. Понимайте какие структуры вокруг вас устойчивы, а какие нет, следовательно и поступайте.

9. Приглашайте консультанта своевременно, а не позже, чем нужно. От этого выиграете и вы и пациент. Во-первых консультант войдет в операционную как король и найдет вас потным испуганным, измученным. Он спокойно продолжит операцию и вы будете чувствовать себя лучше. Быстро позвать на помощь – прекрасная возможность прикрыть свои тылы, если что-то случится в дальнейшем.

10. Будьте крайне насторожены с послеоперационными симптомами. Принцип Левинсона: если возникают какие-то проблемы после операции, скорее всего они являются результатом самой операции, пока не доказано обратное. Если имеются боли в груди, думайте об эмболии, вместо того, чтоб говорить о банальной простуде.

Результаты хирургического лечения заболеваний билиарной системы

Для выяснения эффективности хирургического лечения желчнокаменной болезни выработки метода реабилитации послеоперационных больных нами проведено изучение пациентов, которые оперированы в хирургических клиниках Украинской медицинской стоматологической академии г.Полтавы.

В исследовании разных оперативных методов лечения больных холелитиазом применялись технологии лапаротомической хирургии и эндовидеолапароскопических операций с использованием газовых (карбоксиперитонеум) и механических (зонтичный лапаролифт) фиксаторов передней брюшной стенки.

Предлагается сменить профессию, принимая во внимание его физические ограничения, особые интересы и способности.

После больничной фазы стабилизации, в зависимости от метода лапароскопической или лапаротомической операции и состояния больного (1-2 недели), больной подвергается второй фазе восстановления (1-2 недели) – мобилизация (выздоровление) в реабилитационном отделении или в домашних условиях под диспансерным наблюдением участкового врача. В третью фазу – постконвалесценции или поддерживающую (реактивности), в зависимости от состояния, часть больных возвращается к прежней работе или решается вопрос об их трудоспособности и дальнейшем лечении.

Спустя 1-3 месяца после операции больных целесообразно направить на питьевые бальнеологические курорты.

Поскольку лапароскопические и лапаротомические холецистэктомии имеют свои сложности, как хирургических вмешательств, так и тяжесть переносимой операции, то и методы реабилитации будут зависеть от указанных обстоятельств у конкретного больного.

Удачно проведенная и благополучно оконченная холецистэктомия еще не может полностью предвещать благоприятный исход хирургического лечения. Иногда большая травматичность, серьезные нарушения гомеостаза, обусловленные тяжестью основного заболевания, требует напряжения компенсаторных возможностей организма больного в послеоперационном периоде.

С операционного стола анестезиолог сопровождает

и т.д. Больному разрешается совершать не резкие движения конечностями и повороты в постели на бок практически с первого дня после стихания болевого синдрома и диспепсических явлений во время обострения болезни или сразу после операции. На 2-3 ий день после оперативного вмешательства начинают индивидуальные занятия лечебной физкультурой, продолжительностью 3-5 минут. Комплекс гимнастики строится так, чтобы сложность упражнений, их продолжительность и интенсивность постепенно увеличивалась до щадящей обычной физической нагрузки.

Медицинская реабилитация предусматривает максимальное восстановление нарушенной функции организма с использованием режима лечения, диетического питания, медикаментозных средств.

В предоперационной подготовке, во время операции и в послеоперационный период используются медикаментозные препараты, направленные на поддержания динамического равновесия процессов жизнедеятельности организма: гемодинамики, легочной вентиляции, водно-электролитного баланса и т.д.

Социально-экономическая реабилитация подразумевает преодоление эмоциональных расстройств в связи с социальными трудностями, возникшими по причине заболевания желчнокаменной болезнью, перенесенной операцией и возможностью возникновения постхолецистэктомического синдрома. Для их устранения требуется оценка всех социальных проблем. Изучаются условия жизни, труда, профессии, финансовые проблемы больного. В зависимости от его состояния разрешается возвращение к прежней жизни и работе или переход на облегченный труд.

Основным методом оперативного лечения больных холелитиазом являлась холецистэктомии в классических лапаротомическом и лапароскопическом вариантах.

Под наблюдением находилось 300 больных холелитиазом в возрасте от 35 до 70 лет, которым была произведена холецистэктомия. Среди них женщин было 68,8%, мужчин – 31,2%.

Длительность заболеваний в большинстве случаев установить было невозможно из-за вялого и латентного течения болезни. Все же по ориентировочным и суммарным признакам было установлено, что как холелитиаз, так и калькулезные холелититы, в начале болезни сопровождались диспепсией, проявлениями холелитопанкреатита, холелитокардиальным или холелитокоронарным синдромами, вегетативно – невротическим синдромом. По клиническим признакам наиболее легко диагностировались калькулезные холелититы и холелитиаз по наличию желчной колики.

Большинство больных как мужчин (47,1%), так и женщин (74,5%) имели регистрацию проявления болезни до трех лет. Обычно это были синдромы уже развернутой картины заболеваний или их осложнения. Первые клинические признаки у преобладающего большинства больных с изучаемыми заболеваниями установить не представлялось возможным. Из 300 больных с доказанными заболеваниями желчных путей до поступления в клинику в 21% больных заболевания не проявлялись клинической симптоматикой и явились случайной находкой при диспансеризации или обследовании при исследованиях по поводу других заболеваний. Причинами обращения за

квалифицированной медицинской помощью остальных 79% больных были различной степени выраженности боли в верхней половине живота или чувство тяжести в правом подреберье с периодическими приступами колик, общее ухудшение самочувствия и снижение работоспособности, повышение температуры тела, отклонение воспалительного характера в крови, анемия неясного генеза, эпизоды гемморагии, либо сочетания этих и других симптомов.

Причинные условия возникновения билиарных заболеваний у больше половины больных (73%) установить не удалось. Зато среди относительно выявленной этиологии при холелитиазе большинство указывало на беременность и послеродовый период, генетический фактор, влияние внешней среды, особенности питания. Поскольку по клиническим и морфологическим исследованиям у больных с неясным происхождением холелитиаза отсутствуют другие факторы их возникновения, то надо полагать, что в их развитии принимали участие латентная инфекция и скрытые формы течения как острых, так и хронических форм болезней пищеварительной системы. При поступлении в клинику холелитиаз сопровождался: ожирением (212 чел), гипертонией (112 чел), сахарным диабетом II типа (96 чел), атеросклерозом и ишемической болезнью сердца (128 чел), мозга (64 чел), подагрической полиартралгией (44 чел) и другими симптомами (300 чел). Степень ожирения оценивалась по индексу масса тела (в кг) / рост (в м²), абдоминальное ожирение определялось по коэффициенту: объем талии (см) / объем бедер (см) – 0,8-0,9.

Методы исследования, в основном использовались те, которые описаны в прежнем разделе.

целесообразного метода избавления организма от продукта болезни, учитывая состояние больного и характер камней со всеми их свойствами.

В конечном итоге смысловое значение комплексного лечения холелитиаза сводится, если не к излечению больного от желчнокаменной болезни с профилактикой камнеобразования, то хотя бы вылечить его до урона практически здорового человека, чтобы он мог спокойно жить и трудиться.

Разрабатывая схему восстановительного лечения больных холелитиазом, необходимо начинать ее с первых дней проявления болезни или ее рецидива, подготовительного периода, проведения операции, послеоперационной реабилитации и индивидуальных особенностей организма, с учетом возможных осложнений и т. д. Для этой цели используются основные принципы восстановительного лечения, к которым относятся психологическая, физическая, медицинская, социально-экономическая реабилитация.

Психологическая реабилитация заключается в преодолении с помощью врача отрицательных эмоций, возникающих в связи с заболеванием. Наиболее частой психологической реакцией является беспокойство больного относительно своего физического состояния и способности вернуться к нормальному образу жизни. Известно, что доверие к врачу и психотерапия позволяют пациенту спокойно воспринимать свое заболевание, что способствует, в том числе, положительному эффекту лечения.

Физическая реабилитация включает действия по восстановлению активных функций организма больного. Сюда относится своевременная и адекватная активизация больного, лечебная гимнастика, массаж

желчном пузыре, реже в холедохе и еще меньше во внутривнутрипеченочных протоках.

Предпринимаемые различные методы лечения холелитиаза до настоящего времени не привели к окончательному решению. Существует два направления в лечении больных желчнокаменной болезнью. Первое – это лечение сущности заболевания холелитиаза, т.е. болезни организма и второе – устранение продукта этой болезни из организма – конкрементов.

Зная, в общих чертах, причинно-следственную связь холелитиаза, определен, до некоторой степени, патогенетический принцип консервативной терапии болезни. Попытки устранения конкрементов желчных путей с организма за счет растворения их, экстракорпоральная литотрипсия проявили себя успешными только в отдельных конкретных случаях. Наиболее успешным на современном этапе методом избавления больного холелитиазом от камней в желчном пузыре и холедохе остается холецистэктомия с холедохолитотомией. Но и в этом вопросе существуют также две позиции. Одна из них – холелитотомия с холецистэктомией продолжает оставаться в хирургии основной, а вторая, наиболее эффективная и перспективная, - лапароскопическая холецистэктомия.

Если обобщить характеристики методов лечения холелитиаза, то ее можно сформулировать в общих чертах современной комплексной технологией, заключающейся в том, что лечить надо не только желчнокаменную болезнь, а больного с его индивидуальными особенностями. В отношении устранения желчных конкрементов, то и здесь должно быть индивидуальное решение вопроса об использовании наиболее

С целью диагностики и наблюдения за динамикой патологического процесса в результате лечения, всем больным в клинике выполнялось комплексное обследование, включающее общеклинические, специальные лабораторные и инструментальные методы исследований.

При оценке клинической картины больных учитывались такие субъективные проявления, как слабость, утомляемость, снижение работоспособности, чувство тяжести в верхних отделах живота, похудание диспепсическое расстройство в виде ухудшения аппетита, тошноты, наличие кожного зуда, повышение температуры. Визуально определялась окраска кожных покровов и видимых слизистых, расширение подкожных вен передней брюшной стенки, наличие асцита и отеков нижних конечностей. Мануально оценивались размеры, положение, форма, консистенция и характер поверхности печени, симптомы патологии желчного пузыря, наличие спленомегалии; производились измерение окружности живота и бедер, контролировалось изменение веса пациентов.

Использовали общеклинические лабораторные методы и показатели гематологического анализатора, дуоденальное зондирование.

В комплекс обязательных методов исследования входили ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, компьютерная томография, эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. При наличии показаний выполнялись ректороманоскопия и фиброколоноскопия, контрастное рентгенологиче-

ское исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, ирригоскопия. Ультразвуковое исследование органов гепатопанкреатодуоденальной зоны производили на аппарате D-250 фирмы «Aloka» (Япония). ФГДС и РПХГ выполняли с использованием фиброгастродуоденоскопа фирмы «Olimpus» (Япония).

Из ангиографических методов исследования применялась чрескожная чреспеченочная портография. Методика чрескожной чреспеченочной портографии применялась у 9-и больных в варианте, описанном Н.А. Борисовой (1996).

Лапароскопические манипуляции выполнялись инструментами фирм: «Auto Suture» («USSC»-США).

Оценка качества жизни больных, которые перенесли хирургические операции по поводу заболеланий холелитиаза, исполнена с помощью опросника SF-36. Мы использовали русскую версию опросника, которая включала 36 вопросов, отображающих 9 концепций (шкал) здоровья; физическую трудоспособность, социальную активность, степень ограничения физической трудоспособности и социальной активности, психическое состояние, энергичность и утомление, боль, общую оценку здоровья и его изменения на протяжении последнего года. Опросник SF-36 обеспечивает количественное определение жизни за указанными шкалами. При этом показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по определенной шкале. Полученные данные статистически обработаны с учетом достоверность отличий.

Таблица 3

тической системы перед холецистэктомией с одной стороны, для лечения пациентов в полном объеме с его заболеваниями в предоперационный период, а с другой – при отсутствии органической патологии в этой системе органов необходимо предусмотреть возможность их возникновения и определить профилактику их развития в постреабилитационный период. Поскольку холецистэктомия устраняет только продукт болезни, которую следует длительное время лечить, необходимо для этой цели использовать все консервативные методы. Только при таких условиях можно неудовлетворительные результаты лечения устранить или значительно их уменьшить в послеоперационный период вследствие холецистэктомии.

Таким образом, анализ данных литературных источников и наших наблюдений свидетельствует о том, что вопросы лечения заболеваний билиарной системы нуждаются в дальнейших исследованиях, разработках более совершенных диагностических методов, а также методологии и технологии хирургического и консервативного лечения заболеваний печени и желчных путей с определением границы возможностей их использования в терапии и оперативных вмешательствах с целью индивидуального оздоровления пациентов.

Послеоперационная реабилитация больных с холецистэктомией.

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) представляет собой заболевание всего организма, продуктом которого являются конкременты в желчевыводящих путях. Больше всего этот процесс концентрируется в

исхождения, особенно в близлежащих органах пищеварительной системы, связанных с выраженными или длительно текущими заболеваниями желчной системы, в особенности желчного пузыря. Главным в этом процессе является необходимость своевременной диагностики и лечения, патологических состояний, которые именуются сопутствующими заболеваниями и осложнениями основной болезни. К постхолецистэктомическому синдрому относятся и те функциональные или органические изменения в организме, которые возникли после холецистэктомии, как основной причины их развития. Трудно себе представить, чтобы теснейшие топографические взаимоотношения органов дуоденохоледохогепатопанкреатической зоны, общность крово- и лимфообращения и иннервации, многосторонняя единая регуляция этих органов, множественные эффекты гастро-интестинальных гормонов и других биохимически активных веществ, при длительном сосуществовании изолированных болезней или устранение одного из этих органов пищеварения, неизбежно не вовлекли бы в функциональный, а затем в органический патологический процесс другие органы. Часто мы являемся свидетелями таких заболеваний, как холецистопанкреатит, ферментный холецистит, холецистохолангиогепатит, гастродуоденит, язвенная болезнь и т.д. Важным вопросом в этом взаимосвязанном и взаимообусловленном сложном процессе патологических изменений является выявление возникновения или наличия заболеваний в пищеварительной системе до или после холецистэктомии. Для этого необходима тщательная диагностика возможных заболеваний дуоденохоледохогепатопанкреа-

Определение концепций здоровья по опроснику SF-36

При статистической обработке полученных в ходе

№	Шкала	Пункты	Определение
1	Физическое функционирование	10	Возможность человека выполнять физическую нагрузку на протяжении своего обычного дня
2	Роль физических проблем в ограничении	4	Физическая возможность человека исполнять свою профессиональную деятельность или работу дома (пенсионеры)
3	Физическая боль	2	Выраженность боли
4	Общее восприятие здоровья	5	Субъективная оценка общего состояния здоровья
5	Життєдеятельность	4	Субъективная оценка настроения, энергетичность, жизненных сил
6	Социальная активность	2	Эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми
7	Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	3	Эмоций на возможность человека заниматься профессиональной деятельностью или домашней работой (пенсионеры)
8	Психическое здоровье	5	Субъективная оценка эмоционального состояния
9	Сравнение самочувствия после операции	1	Изменение оценки состояния здоровья после операции

исследования данных предполагалось, что измеряемые величины распределены по нормальному закону, являются случайными и независимыми. Математическая обработка данных анатоми-экспериментальных и клинических исследований проводилась по методикам, описанным А. И. Венчиковым и соавт. (1974). С использованием статистических программ находилась средняя арифметическая (M), сумма квадратов центральных отклонений ($\acute{\alpha}$), среднее квадратическое отклонение (σ), исходя из которого рассчитывались средняя ошибка средней арифметической (m) и суммарная ошибка разности средних величин.

Соотношение разности сравниваемых средних к суммарной ошибке разности (td) сопоставлялась со значением t в таблице вероятности P по распределению Стьюдента. Данные считались достоверными, если уровень значимости соответствовал условию $p < 0,05$. Результаты обрабатывались на компьютере Pentium-166 с использованием программ Excel 8,0 фирмы Microsoft (1997 г.).

Техника лапароскопических операций описана во всех руководствах по применению мини-инвазивных технологий. Все же в них встречаются противоречивые мнения по технологии выполнения отдельных фрагментов операций или хирургической тактики при возникновении тех или иных осложнений. Поэтому мы вынуждены были дать краткое описание осуществляемой техники эндовидеолапароскопической операции, которая нами описана ранее и была использована при осуществлении хирургических вмешательств, связанных с заболеваниями билиарной системы.

При хирургическом холелитиазе и калькулезных холециститах в настоящее время наиболее оправданным считается холецистэктомия. Все же следует подчеркнуть, что, несмотря на широкое распространение лапароскопической хирургии во всем мире, традиционный метод хирургии продолжает оставаться основным в хирургической деятельности. В то же время до конца не решены вопросы сравнительной оценки эффективности «открытой» лапароскопической хирургии при лечении заболеваний билиарной системы, а также способов наложения карбоксиперитонеума и механического поднятия брюшной стенки для создания необходимого рабочего пространства в брюшной

год после операций качество жизни пациентов за показателями шкалы сравнения лучше после эндовидеолапароскопических операций и значительно лучше у тех пациентов, которым проведены эндовидеолапароскопические вмешательства с использованием механического расширения брюшной полости лапаролифтингом, чем при применении для этой цели карбоксиперитонеума.

Говоря об отдаленных результатах проведения холецистэктомии и выявленных в связи с ней симптомов и синдромов заболеваний, большинство исследователей объясняют эти патологические изменения издержками хирургических вмешательств, которые вынуждают повторные операции, чтобы избавить пациентов от всего того, что связано с оперативным вмешательством и мешает его нормальной жизнедеятельности. Такое собирающее понятие, объединяющее комплекс патологических состояний, наблюдаемых после удаления желчного пузыря, чаще в виде различных по интенсивности болей, диспепсических расстройств, симптомов поражения общего желчного протока (перемежающаяся обтурационная желтуха, холангит) наступающих сразу или через некоторое время после операции, получило название *постхолецистэктомического синдрома*. Безусловно, все погрешности, связанные с холецистэктомией, и проявляющиеся различными изменениями в организме, вправе назвать постхолецистэктомическим синдромом, требующим тщательной проверки возможных ошибок, дефектов при проведении хирургических манипуляций и их устранение. Однако, доказана возможность возникновения различной патологии, функционального или органического про-

нием механического подъемника брюшной стенки – зонтичного лапаролифтинга.

Дополнительно для оценки качества жизни больных холелитиазом, которые перенесли хирургические операции проведены с помощью опроса по системе SF-36. Среди них качество жизни оценили у 35 больных, которые перенесли операции открытым методом и 50 больных – с использованием эндовидеолапароскопическим способом при применении для фиксации брюшной стенки зонтичного лифтинга (25 больных) и карбоксиперитонеума (25 больных).

Результаты самооценки разных аспектов качества жизни больных представлены на таблице 10.

Таблица 10

Качество жизни больных через год после холецистэктомии разными видами операций

№	Шкала	Лапаротомичный метод	Эндовидеолапароскопический метод с	
			зонтичным лифтингом	карбоксиперитонеумом
1	Физическая активность	36,4±2,91	85,28±3,76	71,12±4,18
2	Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	18,1±3,64	75,32±6,73	61,84±8,41
3	Физическая боль	37,8±5,15	79,51±5,71	66,35±5,22
4	Общее восприятие здоровья	20,7±4,82	65,84±7,65	54,61±8,48
5	Жизнеспособность	22,8±5,04	58,73±5,34	46,92±5,27
6	Социальная активность	31,5±4,37	83,27±7,41	71,29±7,16
7	Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	24,36±5,12	79,16±5,63	68,13±5,06
8	Психическое здоровье	39,6±4,93	76,38±6,19	64,56±6,17
9	Сравнительное самочувствие после операции	22,9±3,68	58,46±4,78	46,74±3,92

Примечание: для всех групп сравнения $P < 0,05$

Таблица 10 свидетельствует о том, что через один

полости с целью свободных эндовидеолапароскопических манипуляций.

Для решения этих вопросов осуществлялась последовательная технология в проведении эндовидеолапароскопических операций с использованием тех сторон ее, которые довольно полно освещены в литературе. Общие положения технических особенностей эндовидеолапароскопических манипуляций (техника интра – и экстракорпорального лигирования, требования к оборудованию, инструментарию и шовному материалу) нет необходимости описывать, поскольку они четко освещены в предыдущим разделе и в руководствах и учебных пособиях [21,41,51,65]. В отношении обоснования рационального расположения троакарных точек при выполнении эндовидеохирургических холецистэктомий, мы руководствовались следующими правилами расположения троакаров в лапароскопической хирургии [21], а именно:

- лапаропорты устанавливали в анатомически выгодных точках;

- количество манипуляционных портов было минимально – необходимым (минимум два рабочих троакара, и один для видеосистемы);

- расстояние от места введения троакара до зоны интереса составляло примерно половину длины используемого инструмента (около 15 см);

- инструменты, введенные через порты, встречались в операционном поле под углом меньше прямого [21].

Расположение лапаропортов проводили согласно математическому обоснованию С.В. Байдо (1997). Видеопорт располагали в околопупочной точке и до-

полнительные лапаропорты устанавливали: 10 мм – в подмечевидной области, 5 мм – в точке на 1,5–2 см ниже края реберной дуги по среднеключичным мышцам с обеих сторон.

Безгазовая техника позволила расширить показания к лапароскопическим операциям, за счет категории больных с серьезными сопутствующими заболеваниями. Ранее эти больные оперировались традиционным открытым методом из-за реальной опасности побочных эффектов карбоксиперитонеума.

Североамериканская Ассоциация Гастроинтестинальных эндоскопических хирургов (SAGES) сформулировала следующие показания к выполнению лапароскопии с механическим поднятием брюшной стенки:

- обструктивные заболевания легких;
- сердечно – сосудистая недостаточность;
- перенесенный инфаркт миокарда;
- перенесенные операции на сердце и крупных сосудах;
- врожденные и приобретенные пороки сердца.

Предложенный нами зонтичный лапаролифт соответствует мировым стандартам для лечения хирургической патологии в брюшной полости.

Предлагаемая модель лапаролифта вводится через проделанный укол брюшной стенки над местом проводимой операции и путем подтягивания передней брюшной стенки образуется объемное пространство, позволяющее осуществление необходимости оперативных вмешательств на определенных органах.

Он создает хорошие интра- и экстракорпоральные пространственные взаимоотношения между лапаро-

54%. В тоже время ряд авторов приводят статистические данные, согласно которым хорошие отдаленные результаты после холецистэктомии составляют 80-90% [420]. Очевидно, значительные различия отдаленных результатов зависят от отбора пациентов на операцию и субъективной оценки ее результатов. При анализе отдаленных результатов холецистэктомии установлено, что они зависят, прежде всего, от диагностических ошибок до и во время операции. Прослеживается зависимость отдаленных результатов холецистэктомии от длительности заболевания. Чем длительнее течение заболевания, тем чаще поражаются желчные протоки и смежные органы [111]. По данным О.Б. Милонова (1985), результаты хирургического лечения в зависимости от продолжительности консервативного лечения оказались лучше в сроки операции до 5 лет. По данным литературы, основными причинами неудовлетворительных результатов холецистэктомии является сопутствующая патология, к которой относятся хронический рецидивирующий панкреатит, хронический гепатит, стеноз дистального отдела холедоха, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и дуоденостаз [15,18,56]. Действительно, и по нашим данным выявлена закономерность: чем длительнее протекает патология билиарной системы, тем больше в связи с ней возникает патологических процессов в различных органах, особенно пищеварительной системы. Поэтому, в тех случаях заболеваний билиарной системы, когда консервативная терапия исчерпана и становится малоэффективной, на помощь лечению должна включаться оперативная технология. Лучшим вариантом ее является эндовидеолапароскопическое хирургическое вмешательство с использова-

тодом у больных приводим показатели авторов различных стран мира в 80-е годы 20 века в таблице 9.

Таблица 9
Отдаленные результаты холецистэктомии лапаротомическим методом

Автор	Год опубликования сведений	Число обследованных	Отдаленные результаты (%)		
			хорошее	удовлетворительное	плохое
Г.Ганчев и соавт.	1980	34	61,7	26,5	11,8
Ю.И. Грибков и соавт.	1984	91	62,6	17,6	19,8
Б.А. Королев и соавт.	1985	78	41,0	51,3	7,7
О.Б. Милонов и Т.А. Оппель	1985	238	54,0	33,0	12,0
А.П. Доценко и соавт.	1986	106	68,0	20,7	11,3
Ю.И. Грибков и соавт.	1988	180	62,2	26,6	11,2
Р.А.Никинсон и соавт.	1988	-	68,1	23,4	8,5
M. Angelescu и соавт.	1980	52	88,0	8,5	3,5
Y. Gzadinazi и соавт.	1983	73	94,6	2,7	2,7
I. Alawneh, W. Tnicle	1977	71	68,3	22,5	11,2

Как видно из таблицы 9 отдаленные результаты по данным литературы весьма противоречивы. Частота неудовлетворительных результатов колеблется в широких пределах от 2,7 до 19,8%. Значительные количественные различия обнаруживаются и в оценке хороших и удовлетворительных результатов лечения. Т.И. Новгородская и соавторы (1976) отметили хорошие отдаленные результаты только у 34,2% прооперированных пациентов, Б.А. Королев (1985) – у 41%, О.Б. Милонов и Т.А. Опель (1985) – у

лифтом, инструментами и объектом операции даже при абдоминальном ожирении. Эта модель практически не ограничивает свободы экстракорпоральности движений рукояток рабочих инструментов, а ограничения свободы движений лапароскопа носит принципиальный характер, так как «мертвая» зона возникает вне операционного поля лапароскопических манипуляций на органах верхних этажей брюшной полости.

Установка зонтичного лапаролифта и тракция брюшной степени сопровождается минимальной травмой тканей и не нарушает принципов малоинвазивной хирургии. Кроме того, использование при лапаролифтинговых операциях бесклапанных троакаров, позволяет расширить перечень применения хирургических инструментов. Сочетание на практике традиционных хирургических и лапароскопических инструментов создает условия для расширения оперативных возможностей хирурга, значительно сокращает затраты на дорогостоящие лапароскопические инструменты.

При холелитиазе и калькулезных холециститах, в том числе у пациентов с метаболической болезнью, хирургическое лечение пациентов осуществляется методом удаления желчного пузыря.

При безгазовой технике выполнения эндовидеолапароскопической холецистэктомии предварительно в брюшную полость вводили лапаролифт в месте проекции оперируемого органа. После введения лапаролифта в брюшную полость, через троакарный прокол вводили видеокамеру и два или три манипулятора, с помощью которых производили удаление желчного пузыря. Изображение с видеокамеры передавалось

на стоящий в операционной монитор. Желчный пузырь захватывали у дна в области кармана Гартмана, оттягивали вниз и вправо. При помощи ножниц и а-образного электрода пузырь выделяли из спаек и сращений. Выделение пузырного протока и пузырной артерии достигали путем тщательной препаровки тканей в области шейки пузыря. С помощью специального инструмента вблизи шейки пузыря на пузырный проток накладывали клипсу. При необходимости проведения холангиографии пузырный проток дистальнее клипсы надсекали, вводили катетер, проток зажимали поверх катетера и вводили контрастное вещество.

Если отсутствовала необходимость холангиографии, пузырный проток пересекали сразу между двумя клипсами. В дальнейшем выделяли пузырную артерию, клипировали двумя клипсами и пересекали между ними. Выделение желчного пузыря проводили путем рассечения тканей и их коагуляции. Желчный пузырь удаляли через окологупочный прокол, который в некоторых случаях несколько расширяется. Ложе пузыря промывали раствором антисептика, содержимое из брюшной полости аспирировали. Операция заканчивалась дренированием трубочкой подпеченочного пространства и удалением из брюшной полости инструментов. Рану на брюшной стенке ушивали.

Эндовидеолапароскопические операции на органах гепатопортобилиарной системы с использованием зонтичного лапаролифтинга имеют преимущество вследствие малой травматичности, более легкого течения послеоперационного периода, хорошего косметического эффекта, сокращения сроков пребывания

лось, то заметным является отличие в организме при выполнении операций в зависимости от метода увеличения брюшного пространства. Так, при применении зонтичного лапаролифтинга у больных с холецистэктомией в отдаленном периоде хорошее состояние имело 90% больных, удовлетворительное 8%, неудовлетворительное – 2%, то при использовании карбоксиперитонеума получены показатели соответственно: 76,6%; 20,3%; 3,1%. Следует подчеркнуть, что течение болезней до операции у лиц, которым осуществлялось лапароскопическая холецистэктомия с зонтичным лифтингом, сравнительно была тяжелее. Объяснение такому различию можно искать в особенностях проведения операций с механическим подъемником и наполнителем брюшной полости углекислым газом, который имеет определенное отрицательное влияние, как на организм пациента при лапароскопической холецистэктомии, так и на возможности выполнения оперативных манипуляций хирургом.

Аналогичная оценка качества жизни анкетным методом после лапароскопических операций проводилась и в других центрах билиарной хирургии [147], где получены сходные результаты. Все эти показатели эффективности эндовидеолапароскопической холецистэктомии по отдаленным результатам лечения больных с патологией билиарной системы свидетельствуют о более результативных операциях, если при их выполнении используется механический подъемник брюшной стенки, в частности зонтичный лапаролифтинг.

Для некоторой ориентировки об отдаленных результатах холецистэктомии лапаротомическим ме-

холелитиазом приведен в таблице 8.

Таблица 8

Самооценка больных холелитиазом до двух лет после холецистэктомии в зависимости от фиксатора брюшной стенки

Оценка	Кол-во пациентов n=64	Оперированы в % с:	
		зонтичным лифтингом n=100 (%)	карбоксиперитонеумом n=64
хорошо	139 (84,7%)	90	76,6
удовлетворительно	21 (12,9%)	8	20,3
неудовлетворительно	4 (2,4%)	2	3,1

Как видно из таблицы 8 84,7% больных после холецистэктомии не предъявляли никаких жалоб и жили обычной жизнью, не придерживаясь каких-либо ограничений в питании, связанных с билиарной системой. При оценке «удовлетворительно» 12,9% больных предъявляли жалобы на периодические боли и диспепсические явления или другие жалобы, связанные в основном с сопутствующими заболеваниями. При оценке состояния «неудовлетворительно» (2,4%) к жалобам относились: необходимость соблюдения постоянной диеты в пределах пятого лечебного стола и принимаемого медикаментозного лечения, в основном, спазмолитики, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, ферментные и другие препараты, относящиеся к стабилизации обменных процессов, которые улучшают функцию пищеварительной системы и общего состояния.

Если после лапароскопической холецистэктомии вследствие холелитиаза в показателях состояния больных по жалобам особого различия не наблюда-

пациентов в стационаре. Однако, как свидетельствует разнообразие новшеств в инструментарии и оперативных приемах существующие методики эндовидеолaparоскопической хирургии продолжают желать лучшего. Технология выполнения лапароскопических операций и на сегодняшний день является далеко не совершенной и нуждается в дальнейших исследованиях, изобретениях и доработках.

Эффективность холецистэктомий у больных холелитиазом.

Из 300 оперированных 33,3% больным проведена лапаротомическая холецистэктомия и 66,7% – эндовидеолaparоскопическая с использованием карбоксиперитонеума (25%) и зонтичного лифтинга (75%). Все больные оперированы по общим и относительным показаниям. Противопоказанным больным хирургические вмешательства проводились по жизненным показаниям. Почти всем больным, которым выполнены холецистэктомии, осуществлялась консервативная предоперационная подготовка и реабилитационное лечение в клинических и амбулаторных условиях.

Учитывая наличие у больных ожирения и у большинства из них патологии сердечно-сосудистой системы и нарушения обменных процессов в организме, в предоперационной подготовке достаточное внимание уделялось понижению массы тела, главным образом, за счет ограничения калорийности пищи и поваренной соли, с включением в пищевой рацион клетчатки, особенно яблок, растительных масел, разгрузочных дней, кратковременного лечеб-

ного голодания, слабоминерализованной минеральной воды. Назначались физические упражнения в виде лечебной физкультуры, хождения вообще и терренкура в частности. Для оздоровления функции кишечника применялась гидроколонотерапия с лазерным излучением. С целью улучшения окислительно-восстановительных процессов в организме использовалась оксигенотерапия, в основном, в форме озона. Медикаментозные препараты были направлены на ликвидацию явной и латентной инфекции в виде антибиотиков, а также для улучшения деятельности сердечно-сосудистой системы и обменных процессов в организме.

Преобладание количества больных, которым была проведена лапароскопическая холецистэктомия с зонтичным лифтингом над лицами, которым осуществлены такие же операции только с карбоксиперитонеумом объясняется тем, что, во-первых, карбоксиперитонеум используется при эндовидеолапароскопической холецистэктомии по существу во всем мире, нас же больше интересовала и результативность хирургических вмешательств при патологии билиарной системы с изобретенным нами зонтичным лапаролифтингом.

Во-первых, среди больных у большей части установлены ожирение, артериальная гипертензия, ишемия сердца и мозга, сердечная недостаточность. С указанной патологией сердечно-сосудистой системы оперировали больных эндовидеолапароскопическим методом с использованием зонтичного лапаролифтинга, поскольку часть из них была непоказанной для оперативного вмешательства с применением карбоксиперитонеума [70].

шатательств выяснены в сроки до двух лет у 164 больных холелитиазом, оперированных нами в 2005-2009 годах. Исследуемым предлагалось ответить на вопросы по жалобам, которые имели место в послеоперационный период: боль, тошнота, рвота, отрыжка, горечь во рту, изжога, повышение температуры, ознобы, общая слабость, понижение работоспособности, состояние симптомов и сопутствующих заболеваний. Выясняли, по какой причине возникала необходимость обращаться для обследования и лечения, в каких лечебных учреждениях это происходило и их результаты. Последним вопросом была самооценка по степени качества своего состояния в послеоперационный период: «хорошее», «удовлетворительное», «неудовлетворительное». Выясняли метод фиксации брюшной стенки (зонтичный или карбоксиперитонеумный) при лапароскопической операции по их памяти или из выписки истории болезни о проведенной холецистэктомии.

Под оценкой «хорошо» понимали отсутствие каких-либо жалоб при общем состоянии практически здорового человека. При оценке «удовлетворительно» подразумевали наличие периодических болей в эпигастральной области и диспепсических явлений с некоторым ухудшением общего состояния. «Неудовлетворительная» оценка свидетельствовала о необходимости постоянно соблюдать диету, принимать медикаментозное лечение в связи с заболеваниями билиарной системы и поджелудочной железы с периодическим снижением работоспособности или общего состояния.

Анализ отдаленных результатов после эндовидеолапароскопической холецистэктомии у больных с

холитотомии не отмечено.

Таким образом, изучаемые нами группы больных с наличием конкрементов в желчном пузыре и холедохе с синдромами ожирения, сахарного диабета, гипертонии, ишемии сердца и мозга, сердечной недостаточностью в возрасте старше 50 лет, представляли собой лиц с отягощенным состоянием и соответствующим риском для операций открытым и лапароскопическим с карбоксиперитонеумом методами позволяют утверждать о превосходстве зонтичного лапаролифтинга в осуществлении эндовидеолапароскопических операций при хирургических заболеваниях не только билиарной системы, но и органов брюшной полости.

Отдаленные результаты эндовидеолапароскопических холецистэктомий у больных холелитиазом.

Эффективность консервативной терапии или хирургического вмешательства у больных оценивается не столько по непосредственным результатам их воздействия, сколько по отдаленным показателям состояния органа или системы органов, подвергнутых действию лечебных средств и жизнедеятельности организма в целом.

Для выяснения результатов эндовидеолапароскопической холецистэктомии при холелитиазе, использовали анкетирование для тех, кто не смог явиться в клинику на беседу. При необходимости обследования и лечения пациентов госпитализировали в гастроэнтерологическую клинику или проводили эти действия в амбулаторных условиях с последующей нас информацией.

Отдаленные результаты лапароскопических вме-

Следовательно, среди больных с холелитиазом, подвергнутым эндовидеолапароскопическим операциям, преобладали лица старшего возраста и длительностью заболевания более одного года. Большинство из них имели заболевания ССС, вследствие чего оперированы с использованием зонтичного лапаролифтинга.

При отсутствии положительных результатов консервативной терапии лечение больных с холелитиазом до недавнего времени осуществлялось с помощью открытой холецистэктомии, которая считалась основным стандартом в лечении этой группы заболеваний. При плановых открытых операциях летальность у больных не превышала 0,5% по некоторым данным, количество осложнений составляло 5-15%. С внедрением в практику лапароскопической хирургии и других методов изменило взгляды на оперативное лечение холелитиаза. Эффективность различных способов лечения холелитиаза представлены в таблице 4.

Как видно из приведенной таблицы 4 наиболее эффективным избавлением от желчных конкрементов является лапароскопическая холецистэктомия. Такой факт лечения холелитиаза считается общепризнанным в мире. В связи с этим и аналогичными нашими результатами холецистэктомии мы решили, что отсутствует необходимость еще раз доказывать превосходство лапароскопической холецистэктомии над открытым хирургическим методом. Поэтому анализ лапароскопических холецистэктомий в этой работе нами не приводится. В то же время, как уже указывалось, существуют абсолютные и относительные противопоказания и показания к осуществле-

нию лапароскопических холецистэктомий.

К абсолютным противопоказаниям относятся:

Таблица 4

Результаты эффективности лечения холелитиаза в зависимости от методов лечения

	ОХЭ	ЛХЭ	ЭКЛТ	МР
Возможность применения, %	98	90-95	7-16	15-30
Эффективность, %	100	100	60-95	40-90
Результаты				
– летальность, %	<1	<1	0	0
– осложнения, %	4-8	2-5	5	0
– повреждение ВЖТ	0,1-0,2	0,2-0,6	–	–
– рецидив, %	0	0	50	50
Сроки лечения				
– в стационаре	3-7	1-2	<1	–
– общая нетрудоспособность	20-40	7-14	1-2	<1
Дискомфорт	выраженный	слабый	слабый	Нет

Примечание: 1. ОХЭ – открытая холецистэктомия, 2. ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, 3. ЭКЛТ – экстрокорпоральная литотрипсия, 4. МР – медикаментозное растворение.

- Острый инфаркт миокарда
- Острое нарушение мозгового кровообращения
- Некорригированная коагулопатия
- Рак желчного пузыря
- Плотный инфильтрат в зоне «шейки» желчного пузыря

- Поздние сроки беременности

Относительные противопоказания:

- Непереносимость общего обезболивания
- Разлитой перитонит
- Перенесенные ранее операции в зоне объектов вмешательства
- Склонность к кровоточивости
- Ожирение III-IV степени

Показаниями к лапароскопической холецистэк-

ными показателями было почти в четыре раза больше.

Сроки лечения в стационаре и общая нетрудоспособность точно также у оперированных с помощью зонтичного лапаролифтинга почти на половину меньше, чем у пациентов, которым применялся карбоксиперитонеум.

Длительность болевого синдрома ($1,4 \pm 0,15$ суток), лихорадки ($1,6 \pm 0,16$ суток) после операции в два раза меньше в первой группе в сравнении со второй (соответственно: $2,8 \pm 0,4$; $3,3 \pm 0,7$ суток). Активация пациентов после операции ($4,2 \pm 0,6$ часа) наступала также в два с половиной раза раньше с зонтичным лапаролифтингом, чем при карбоксиперитонеуме ($10,6 \pm 3,1$ часа). $P < 0,05$.

Продолжительность лапароскопической операции у пациентов метаболической болезнью с холедохоли-тиазом была на 14 минут меньше при использовании лифтинга по сравнению с карбоксиперитонеумом, что имеет большое значение для пациентов старшего возраста и имеющих дополнительную патологию, которая сопровождает метаболическую болезнь.

Экстрагированные с холедоха конкременты по своему виду напоминают камни, содержащиеся в желчном пузыре. Они в основном плотные, часто неопределенной формы, округлены, фесентированы, некоторые легко разрушались при надавливании, иногда с камнями в протоках содержалась желчная «замазка».

Извлечение с холедоха конкрементов способствовало сравнительно быстрому исчезновению желтушности склер и кожи в обеих группах пациентов. Какого-либо существенного различия в клиническом протекании болезни при устранении желтухи между методами фиксации брюшной стенки после холедо-

существовали неудовлетворительные результаты операции и летальные исходы. Такое состояние можно объяснить правильным отбором пациентов для выполнения методики фиксации брюшной стенки при лапароскопической холедохолитотомии.

Несмотря на ограниченное количество наблюдаемых нами больных с холедохолитиазом, которым применялся карбоксиперетонеум при лапароскопической холедохолитотомии, все же четко вырисовывается определенная закономерность в преимуществе зонтичного лапаролифтинга над карбоксиперетонеумом в эндовидеолапароскопической холедохолитотомии. Так при лапароскопической холедохолитотомии с применением зонтичного лапаролифтинга хорошие результаты получали почти все пациенты (94,4%), кроме одного (5,6%), который имел гипертензию и сердечную недостаточность III ст. до операции, проявившуюся сразу же после операции повышением АД до 160/100 мм рт.ст. и чувством одышки. С помощью лекарственных препаратов, в течение часа эти синдромы были устранены у больных.

У больных, которым произведена лапароскопическая холедохолитотомия с помощью карбоксиперетонеума хорошие результаты отмечены у семи оперированных (77,7%) и удовлетворительные результаты имели два (22,3%) больных.

Осложнения в виде сердечно-сосудистой недостаточности в первые часы после операций имели один в первой группе и два больных во второй группе наблюдаемых. Разница между ними только в том, что у лиц, оперированных с зонтичным лапаролифтингом, они составляли 5,6%, а с карбоксиперетонеумом – 22,3%, то-есть во второй группе с удовлетворитель-

томии служат:

- Хронический калькулезный холецистит
- Холестероз желчного пузыря
- Полипоз желчного пузыря
- Острый холецистит [44, 52, 94, 104].

В период внедрения лапароскопии показания к этой операции были весьма ограничены. В последующем, по мере накопления опыта, показания к лапароскопической холецистэктомии стали шире и в настоящее время практически приближаются к таковым, которые являются общепризнанными в открытой хирургии. В настоящее время лапароскопическим доступом выполняют не только изолированную лапароскопическую холецистэктомию, но и интраоперационную холангиографию, холедохолитотимию с эксплорацией общего желчного протока, наложение билидигестивных анастомозов [96].

Вопрос об относительных противопоказаниях нами рассматривался в каждом конкретном случае индивидуально в зависимости от оснащенности операционной.

Сложность вопроса заключается только в создании рабочего пространства в брюшной полости поскольку многие больные имели ожирение различной степени с преобладанием абдоминальной его формы.

Технические трудности выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с избыточным весом встречались на всех этапах: введение иглы Вереша и первого троакара в брюшную полость, собственно холецистэктомии, ушивании троакарных ран. Игла Вереша чаще попадала в предбрюшную клетчатку или сальник. Контролировать это при чрезмерно развитой жировой клетчатке передней

брюшной стенки очень трудно. Техника введения первого троакара открытым методом Гассана весьма затруднительна. Поэтому при введении иглы Вереша и троакаров у пациентов с избыточным весом повышаются требования к точности этой манипуляции. Введение иглы осуществлялось строго перпендикулярно брюшной стенке, а введение троакаров проводилось перпендикулярно брюшной стенке по направлению к желчному пузырю.

В связи с уменьшением рабочего пространства, связанного с ожирением, возникали некоторые сложности с выделением желчного пузыря, что способствовало возрастанию средней продолжительности внутрибрюшного этапа лапароскопической холецистэктомии, учащению послеоперационных осложнений с вынужденными лапаротомиями. Не менее сложный у больных с ожирением завершающий этап операции – ушивание троакарной раны с возможными гнойно-воспалительными осложнениями троакарных ран.

Как известно избыточный вес, особенно значительный, часто сопровождается патологией сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом и другими синдромами и симптомами, что является фактором риска тяжелых осложнений. Поэтому во всех руководствах по оперативной лапароскопии ожирение III-IV степени отнесено к относительным противопоказаниям лапароскопической холецистэктомии. Однако рост лиц с избыточным весом во всем мире, сопровождаемый различными сопутствующими заболеваниями и осложнениями, требующими оперативных вмешательств, вызывает необходимость разрабатывать и для спасения их жизни новых

холедоха применялся редко (2,1 -4,3%).

Следует обратить внимание на тот факт, что у всех наших пациентов холедохолитиаз протекал на фоне холецистолитиаза или калькулезного холецистита, которые являлись источниками перемещения конкрементов из желчного пузыря в холедох. Всем пациентам одновременно последовательно проводились сначала холецистэктомия, затем холедохолитотомия с удалением конкрементов.

Большинство больных с холедохолитиазом (66,7%) было подвергнуто эндовидеохоледохолитотомии с использованием зонтичного лифтинга по сравнению с расширением брюшной стенки карбоксиперитонеумом (33,3%). В решении вопроса о подъеме брюшной стенки в лапароскопической операции нас интересовало, главным образом, состояние больных, которым считается не показанным и даже противопоказанным использование эндовидеолапароскопических операций с карбоксиперитонеумом. Таким пациентам лапарохоледохолитотомия применялась с зонтичным лапаролифтингом, который оправдал себя в эндовидеолапароскопической холецистэктомии и наложении портальных анастомозов. Тем более что у больных с холедохолитиазом имеют место отягощающие, а иногда и тяжелые синдромы обменного характера (сахарный диабет и др.) и патологии сердечнососудистой системы.

Качество холедохолитотомии определялось по тем же показателям, которые использовали в оценке результатов холецистэктомии у больных с холецистолитиазом. В то же время необходимо подчеркнуть, что как при лифтинговом так и при карбоксиперитонеуме лапароскопической холедохолитотомии, от-

и вторичных осложнений желчнокаменной болезни, хирургическим опытом и техническими средствами данного лечебного учреждения [51].

С целью экстрагирования конкрементов с холедоха нами использовалась общепринятая методика холедохолитотомии. В основном она проводилась в супрадуоденальной части холедоха. Сначала накладывали держатель на холедох, на один сантиметр отступив от места перехода за двенадцатиперстную кишку. Для предупреждения кровотечения в держатель захватывались веточки гастродуоденальной и панкреатикодуоденальной артерии.

Передняя стенка холедоха приподнималась на держалках, пунктировалась и вскрывалась в продольном направлении узким скальпелем. После вскрытия холедоха желчь удалялась электроотсосом. Холедохолитическое отверстие расширялось до 15-20 мм. Камни из холедоха удалялись при помощи окончатых щипцов, ложечек Фолькмана, зондов Фогарти, промыванием и др. Ушивание раны холедоха выполнялось в продольном направлении, а при малом диаметре – в поперечном. На рану в холедохе накладывали узловые швы синтетической нитью на атравматической игле. Расстояние между стенками было 1-1,5 мм. Нить не проходила в просвет протоков и не захватывала слизистую оболочку протока. После убежденности в отсутствии конкрементов в протоке холедохолитотомию завершали с помощью глухого шва.

По данным Республиканского центра хирургической гепатологии глухой шов холедоха стал применяться очень широко (до 50%) по сравнению с предыдущим десятилетием [40,42], когда глухой шов

оперативных технологий.

Не менее сложным оказалось создание у больных с ожирением необходимого пространства в брюшной полости для свободы выполнения хирургических манипуляций с помощью наложения карбоксиперитонеума, который оказывает отрицательное воздействие на сердечно-сосудистую систему и организм в целом.

Кроме карбоксиперитонеума для создания пневмоперитонеума используют различные другие газообразные вещества. В брюшную полость вводят закись азота, воздух операционной, инертный газ-гелий, аргон. Кислород не применяют из-за опасности взрыва при работе с высокочастотной электроэнергией. Все же предпочтения отдают углекислому газу, который дешевый, доступен, быстро всасывается брюшиной, не поддерживает горение, безвреден для персонала, быстро растворяется при попадании в кровяное русло [96]. Однако напряженный углекислотный перитонеум оказывает и неблагоприятное воздействие на пациента во время операции в двух направлениях: механическое и резорбтивное.

Механическое воздействие обусловлено повышенным давлением в брюшной полости (10-25 мм рт. ст.) и проявляется так называемым «абдоминальным краш-синдромом». При этом происходит компрессия органов брюшной полости и магистральных сосудов забрюшинного пространства, поднятие и ограничение подвижности куполов диафрагмы. Раздражение блуждающего и диафрагмального нервов оказывает существенное влияние на режим работы сердечно-сосудистой системы и других органов с нейрогуморальной регуляцией. Указанные воздействия вызывают

снижение объемного кровотока как по воротной, так и по печеночной артерии [54].

Обилие резорбтивного углекислого газа в организме оперируемого происходит за счет большой поверхности брюшины, находящейся под давлением интраперитонеального газа, что усиливает его всасывание, насыщение им крови в системе воротной вены.

Высокая концентрация углекислоты в крови снижает сократительную функцию миокарда, ухудшает предсердно-желудочковую проводимость, снижает артериальное давление, повышает тонус блуждающего нерва, что уменьшает частоту сердечных сокращений. Углекислота способствует увеличению диссоциации оксигемоглобина, повышает проницаемость клеточных мембран для кислорода и увеличивает его сродство к тканям, снижаются обменные процессы, уменьшается потребление кислорода и т.д. [98].

Перечисленные факторы и их воздействие на пациентов, особенно пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой и легочной системы, опасны развитием тяжелых осложнений инфаркта миокарда, сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, ишемии внутренних органов, флеботромбоза и эмболии легочной артерии. Риск осложнений возрастает у больных со сниженным кардиопульмональным резервом и продолжительностью операции более двух часов. Поэтому подобным категориям больных показаны лапароскопические операции без наложения пневмоперитонеума [95].

Преимущества безгазовой лапароскопии заключается в том, что отсутствуют необходимость в ин-

зять летальность при этой патологии с 22 до 9,8% [18,78,79,80]. Особенно при этом эффективна эндоскопическая папиллосфинктеротомия [54,109]. При механической желтухе, сопровождающейся острым холециститом, считают, что первоначально в хирургическом лечении должна быть использована эндоскопическая санация протоковой системы [61,77]. В дальнейшем, если пузырьный проток проходимый, эндовидеолапароскопическая холецистэктомия выполняется на следующие сутки, если заблокирован, то лапароскопическая холецистэктомия выполняется через 5-6 суток. При этом холедохолитоэкстракция может быть выполнена, как через холедохотомный доступ, так и через культю пузырьного протока [54]. Что касается лечения холецистохоледохолитиаза, то в настоящее время используются две полярно противоположные тактики. Одни авторы считают подобное состояние болезни абсолютно противопоказанным для лапароскопической холецистэктомии и лечение возможным только с помощью лапаротомии [2,3,24,31,125]. Другие [30,31] считают возможным применение лапароскопической холецистэктомии при холелитиазе эндоскопическим способом с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии или же экстракции конкрементов с помощью лапароскопической холедохолитотомии. Следовательно, в настоящее время не существует общепринятого лечения холедохолитиаза. Непременной проблемой остается хирургическая тактика при лечении пациентов с конкрементами холедоха. Все же большинство авторов считают, что она должна быть индивидуализирована с учетом общего состояния больного, наличием соматической сопутствующей патологии

ших больных не применялась по той причине, что, с одной стороны, для этого оперативного вмешательства имеются немало абсолютных и относительных противопоказаний, а с другой - возникновение многих осложнений в отдаленный послеоперационный период. Главное преимущество лапароскопической холедохотомии перед ретроградной и эндоскопической папиллосфинктеротомией – сохранение сфинктерного аппарата большого двенадцатиперстного соска [104,106].

В связи с широким применением высокоинформативных диагностических методов, к которым относится УЗИ, интраоперационная холангиография, показания к диагностической холедохотомии значительно участились. Холедохолитотомия наиболее часто используется при удалении конкрементов из желчных протоков.

Лапароскопическая холедохолитотомия впервые была произведена во Франции G. Vertu в 1991г., в России С.И. Мельниковым в 1994г., в Украине – М.Е. Ничитайло и его школой в 1996г. Эффективность этой методики одномоментного извлечения конкрементов из холедоха установлена у 95% пациентов [54,60,63,66,72,73].

При желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой, вследствие обтурации холедохолитиазом, большинство исследователей считают необходимым двухэтапное лечение, особенно у лиц старшего возраста или с тяжелыми соматическими заболеваниями [71]. На первом этапе рекомендуются желчеразгрузочные операции (эндовидеолапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и др.), позволившие сни-

суффляторе и неудобствах, связанных с поддержанием герметичности брюшной полости, и возможность гемодинамических, дыхательных и метаболических расстройств, обусловленных пневмоперитонеумом и адсорбцией углекислого газа, а также исключается вероятность прямых осложнений, к которым относятся газовая эмболия, пневмоторакс, пневмомедиастинум и др. Вместе с тем при механических подъемниках имеется возможность использования более простых, надежных и дешевых инструментов, которые применяются при открытой хирургии.

Благодаря механическим подъемникам брюшной стенки при выполнении лапароскопических операций расширены показания к безгазовой лапароскопии, к которым относятся заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы:

- Сердечно-сосудистая недостаточность
- ИБС и гипертоническая болезнь II-III степени
- Инфаркт миокарда в анамнезе
- Пороки сердца
- Перенесенные операции на сердце.

Несмотря на положительные и отрицательные стороны подъемников брюшной стенки большинство исследователей полностью не удовлетворены существующими моделями механических увеличителей брюшной полости.

Представляем сравнительные результаты эффективности эндовидеолапароскопической холецистэктомии, выполненной с использованием карбооксиперитонеума и зонтичного лапаролифтинга.

Результаты оперативных вмешательств оценены по трехбалльной системе: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Хорошими результатами считали, когда у больных общее состояние продолжало оставаться стабильным, операции проходили без возникновения какого-либо осложнения и в отдаленные сроки послеоперационного периода они не наблюдались. К удовлетворительным результатам относили ухудшение состояния больных, у которых в процессе операции или в ближайший период возникало ухудшение общего состояния и течение основных или дополнительных критериев холелитиаза с незначительными послеоперационными осложнениями (лигатурные свищи и др.). Неудовлетворительными результатами считали летальные исходы и случаи, когда возникали значительные осложнения, как в процессе выполнения оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде.

Таблица 5
Результаты лапароскопической холецистэктомии у больных с холецистолитиазом.

Таблица 5 свидетельствует о существенном раз-

Показатели	Количество оперированных	
	зонтичный лифтинг (150)	карбоксиперетонеум (50)
Эффективность %	100	100
Летальность	0	0
Осложнения %	0	5,4
Срок лечения в стационаре (дней)	1,7	3,4
Общая нетрудоспособность (дней)	4	9,4
Дискомфорт	минимальный	Слабый

личии в показателях эффективности эндовидеолапароскопической холецистэктомии при использовании методик с зонтичным лифтингом и карбоксиперетонеумом. Так, при использовании обеих методик рас-

выполнении эндовидеолапароскопического холедохоэкстрагирования конкрементов. Вопросы, касающиеся различных синдромов у больных с холедохолитиазом, решались по общим принципам лечения этой группы больных. При необходимости проводили предоперационную подготовку и коррекцию выявленных нарушений. Основным методом эндовидеолапароскопического извлечения конкрементов при холедохолитиазе являлась холедохолитотомия.

После осмотра и интраоперационной холангиографии точно устанавливалась локализация конкрементов. Интраоперационная холангиография использовалась, главным образом, при расхождении между данными дооперационного УЗИ и интраоперационной находкой. К обязательной диагностике холедохолитиаза у всех пациентов с помощью холангиографии не прибегали по той причине, что она дает ложноположительные результаты (10-20%) и опасность облучения пациентов и персонала операционной.

Техника холангиографии осуществлялась с помощью холецистохолангиографии. Под контролем видеосистемы пунктировали желчный пузырь, аспирировали желчь и вводили контраст. Если этот метод не удавался, то делали пункции холедоха. Через дренаж вводили 10 мл рентгеноконтрастного препарата (велографита, уротраста, кардиотраста) разведенного (1:1) теплым физиологическим раствором. Выводили снимок. Затем через 5-6 минут еще раз вводили 10 мл разведенного контрастного препарата и повторяли рентгенограмму. При выполнении интраоперационной холангиографии каких-либо осложнений этой процедурой не замечено.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у на-

и наличии возможных сложных аномалий [85].

Компьютерная томография далека от оптимальной диагностики холедохолитиаза, поскольку небольшие конкременты, особенно в нерасширенных протоках, чаще холестериновые, трудно определяются. Зарубежные специалисты считают, что практически не дающая осложнений ядерно-магнитно-резонансная холангиография может решить проблему дооперационной диагностики холедохолитиаза с общей точностью до 96,8% [142].

Фиброхолангиоскопия, обладая высокой информативностью, безопасностью для пациента и технической простотой, позволяет диагностировать конкременты холедоха у 98,4% [58]. К сожалению, наиболее эффективные инструменты и аппаратура для решения диагностической проблемы холелитиаза недоступна практической медицине по многим причинам.

Предметом нашего изучения являлось использование современных методов увеличения объема брюшной полости при эндовидеолaparоскопическом экстрагировании конкрементов из холедоха.

Исследование проведено на 27 больных с холедохолитиазом. Среди них были 21 женщина и 6 мужчин в возрасте более 50 лет и длительностью заболевания до 2 лет. По локализации конкременты были в дистальном отделе холедоха (19 чел) и в супрадуоденальной его части (8 чел). Такое расположение конкрементов требовало тактических и оперативно-технических решений при проведении лапароскопического извлечения конкрементов. В тоже время нас интересовала эффективность использования карбоксиперитонеума и зонтичного лифтинга при

ширения брюшной полости для проведения оперативных вмешательств осложнений при применении зонтичного лифтинга по сравнению с карбоксиперитонеумом было меньше на 5,4%, срок пребывания в стационаре после операции меньше в 2 раза, общая нетрудоспособность с учетом дня операции – в 2 раза, также меньше ощущался дискомфорт, связанный с операцией.

Установлено, что в результате эндовидеолaparоскопической холецистэктомии с зонтичным лифтингом больные с холецистолитиазом закончили курс лечения с оценкой хорошо 94,5%, удовлетворительно-5,5%, неудовлетворительно-0, с использованием карбоксиперитонеума: 85,6%, 9,0%, 5,4%.

Следовательно, использование зонтичного лифтинга при осуществлении эндовидеолaparоскопических операций имеет существенные преимущества по сравнению с карбоксиперитонеумом. Что касается осложнений при выполнении лапароскопических хирургических вмешательств, то по этому вопросу у большинства исследователей отсутствует единое мнение. Как известно, основным критерием выбора операции является не только ее сложность, но и количество возникающих при этом осложнений. В то же время имеется множество разногласий в определении самого термина «осложнение». То, что одними исследователями считается «осложнением», другими трактуется как разновидность стандартной ситуации [6, 7]. Поэтому, по мнению авторов, мировой опыт лапароскопических операций трудно поддается сравнительному анализу, а осложнения нуждаются в систематизации. Предлагаются негативные и неблагоприятные ситуации разделить на три группы:

1. Неудачи – это прекращение операции лапароскопическим способом и переход к открытому доступу (в связи с развитием местных осложнений, при которых невозможно продолжение операции, невозможностью дифференцировки органов, поломкой аппаратуры и т.д.).

2. Ошибки – это неправильные хирургические действия, приводящие к осложнениям сразу или в послеоперационном периоде.

3. Осложнения – любые отклонения от благоприятного течения операции и послеоперационного периода [54].

Н. Troide (1992) выделяет пять групп осложнений:

- Нехирургические, которые не наносят вреда больному (плохой обзор);

- Неблагоприятные хирургические ситуации в процессе операции, влияющие на ход операции (увеличение ее длительности и др.).

- Неблагоприятные хирургические ситуации с последствиями для пациента, увеличивающие длительность послеоперационного периода (инфицирование раны, гематомы и др.);

- хирургические осложнения, изменяющие состояние пациента, тактику, виды и длительность лечения (ранения органов и др.);

- фатальные осложнения, приводящие к смерти больного.

Т. Ronske (1992) фиксирует внимание на трех группах осложнений: анестезиологического пособия, лапароскопии и непосредственно лапароскопической операции.

Другие авторы различают «малые» и «большие»

ном выявлении и устранении препятствий к оттоку желчи в кишечник.

Вопрос о диагностике конкрементов в холедохе продолжает оставаться актуальным и довольно сложным, требующим иногда использования для этой цели всех возможных средств.

Как отмечают некоторые авторы [139], четыре основных фактора позволяют заподозрить наличие у пациента холедохолитиаза: плохо поддающийся лечению холангит, расширение внепеченочного желчного протока по данным УЗИ более 8 мм, повышение уровня трансаминаз и прямого билирубина. При сочетании всех четырех факторов вероятность холедохолитиаза достигает 99%, в то же время холедохолитиаз при обычном исследовании УЗИ обнаруживают не более, чем у 30% пациентов. Действительно, многочисленные исследования подтверждают, что клинико-биохимические показатели (повышение уровня сывороточного билирубина, аланин- и аспартатами-нотрансферазы, щелочной фосфатазы), как и УЗИ (расширение общего желчного протока до 8-10мм) позволяют только заподозрить наличие холедохолитиаза [133]. По данным И.В. Яремы, И.Ю. Яковенко, А.Г. Карутва [1998] у 28-47% пациентов с доказанным в ходе оперативного вмешательства холедохолитиазом такой важный показатель, как стойкая или периодическая желтуха никогда не отмечался.

Недостаток возможности выявления конкрементов визуально-инструментальным осмотром при эндоскопической лапароскопии дополняется интраоперационной холангиографией и УЗИ, что улучшает диагностику патологии протоков. Это помогает хирургу правильно сориентироваться в проходимости желчных путей

после ранее проведенных операций на желчных протоках и гельминтозы.

После холецистэктомии при соответствующих условиях могут образовываться конкременты в желчных протоках, но в большинстве случаев эти конкременты не выявленные при первой операции.

При плановой холецистэктомии конкременты в желчных протоках обнаруживаются в 3,2-22,3% случаев, при остром холецистите холедохолитиаз встречается более часто у 12-26,4% наблюдений [135]. Наличие конкрементов в желчевыводящих протоках достоверно увеличивается с возрастом пациентов. Так если у пациентов моложе 60 лет холедохолитиаз встречается в среднем у 6% то у пациентов старше 80 лет – до 33% и более [54]. Существует прямая зависимость между величиной расширения внепеченочных желчных протоков и частотой обнаружения холедохолитиаза. При наружном диаметре гепатикохоледоха до 8 мм конкременты обнаруживаются только у 3,5-3,9% пациентов, при диаметре 9-11мм – у 52,9%, при диаметре 12-15 мм – у 95,1% и при диаметре 16 мм и более – у 100% пациентов [52].

Не выявленный и не устраненный во время операции холецистэктомии холедохолитиаз занимает ведущее место (10 – 57%) в структуре причин постхолецистэктомического синдрома [55]. Резидуальные конкременты в общем желчном протоке диагностируют, в среднем, у 1-9% пациентов после холецистэктомии. Рецидивный холедохолитиаз встречается в 3-4 раза реже [89,96]. Поэтому при каждой операции по поводу холедохолитиаза и воспалительном заболевании желчных путей мы всегда придерживаемся принципа школы А.А. Шалимова (1975) о тщатель-

осложнения лапароскопической холецистэктомии. К «малым» относят легко устранимые осложнения, не опасные для жизни больного операции. Большинство авторов подобные осложнения в своих работах не учитывают. Поскольку подавляющее большинство негативных явлений по существу являются закономерным следствием любого вмешательства и к осложнениям отнести быть не могут.

А.С. Балалыкин и соавт. (2000) полагают, что необходимо учитывать все, даже незначительные осложнения лапароскопических операций и потому приводит более высокий процент интраоперационных осложнений (от 24 до 43%). Указывая в то же время на незначительное количество «больших», по их мнению «тяжких» осложнений (0,6%).

Следовательно, для лапароскопической холецистэктомии характерны все типичные для открытых операций осложнения, хотя они различаются по частоте и характеру [131]. Широкое применение лапароскопической технологии в билиарной хирургии повлекло за собой возникновение целого ряда специфических осложнений: большие и малые повреждения протоковой системы [113,114]; повреждения внутренних органов [36,37,38]; гнойно-воспалительные процессы [68,90,91], электроожоги стенки желчных протоков и брюшины; симптомы остаточного пневмоперитонеума [31,32,84,112]. Общее количество осложнений после удаления желчного пузыря лапароскопическим методом колеблется от 2,1 до 45,2% [8,9,42,43,44,80,82]. При этом послеоперационная летальность составляет от 0,07 до 1,1%, а 0,5-1% пациентов превратились в «желчных калек» [126].

Мировая литература свидетельствует, что частота возникновения осложнений при лапароскопической хирургии билиарной системы колеблется от 15,7% [41] до 36,5% [32]. Сюда включается:

- перфорация полых органов брюшной полости иглой Вереща или троакарами -0,18% [121];
- повреждения электрокоагулятором диафрагмы и кишечника – 0,24% [110,111];
- различные виды повреждений общего желчного и общего печеночного протока – 0,08% [169];
- повреждение крупных забрюшинных сосудов при лапароскопических операциях является редким (0,06-0,2%), но чрезвычайно опасным осложнением [55,128,130];
- кровотечения из а.сystica, ложа желчного пузыря, спаек;
- перфорация стенки желчного пузыря и выпадение конкрементов в брюшную полость - 3,9% [41], 10% [81], 12% [33], 14% [9].

Представленные литературные данные (о происшедших изменениях в организме больных, которым была осуществлена лапароскопическая холецистэктомия) не позволяют провести сравнение возникших осложнений у оперированных по поводу холелитиаза, поскольку отсутствуют сведения о числе оперированных лиц; наличии патологических изменений, обусловленных желчнокаменной болезнью; сопутствующих заболеваниях в организме пациентов и т. д.

Наши больные, которым была проведена эндовидеолапароскопическая холецистэктомия, в большинстве своем представляют особую группу, состоящую из больных метаболической болезнью с

возможности в современных условиях результативного оперативного лечения всех больных с холелитиазом. Лучшим вариантом для этой цели является применение механического подъемника брюшной стенки - зонтичного лапаролифтинга.

Доказательством положительного эффекта оперативного лечения холелитиаза с помощью зонтичного лапаролифтинга стало почти отсутствие, каких – либо осложнений, как во время операции, так и в отдаленные сроки послеоперационного периода при стабильном общем состоянии, уменьшении сроков пребывания в стационаре и общей нетрудоспособности, а также улучшения течения метаболических синдромов.

Холецистэктомии и холедохолитотомии у пациентов с холелитиазом. Хирургическое лечение главного желчного протока находится в центре внимания ученых и практических хирургов, но многие вопросы и положения по-прежнему остаются спорными и нерешенными. А между тем патофизиологические процессы в организме играют существенную роль в камнеобразовании любого происхождения и локализации.

Конкременты холедоха по своему происхождению в основном связаны с желчнокаменной болезнью [69]. Частота холедохолитиаза при желчнокаменной болезни составляют 10-15% [139]. У пациентов с калькулезным холециститом они встречаются у 15-20% [40,66]. Первичный холедохолитиаз наблюдается только у 2-5%. Возникает он обычно при нарушении оттока желчи из желчевыводящих протоков и наличии воспалительного процесса в них. Причиной возникновения холедохолитиаза могут быть узлы ниток

больных. Следует только обратить внимание на тот факт, что в послеоперационный период проявившие себя клинические симптомы были кратковременными и легко купировались обычными лекарственными средствами. Что касается других клинико-лабораторных и инструментальных исследований у больных с холецистолитиазом, то дооперационные их показатели в сравнении с послеоперационными существенно достоверно не изменялись. Точно так же это касается и методов увеличения брюшного пространства при эндовидеолапароскопической холецистэктомии, к которым относятся зонтичный лапаролифтинг и карбооксиперитонеум.

Таблица 7

Изменение симптомов болезни при холецистэктомии у больных холецистолитиазом (M±m).

Симптомы	Фиксация брюшной стенки			
	зонтичный лапаролифтинг		карбооксиперитонеум	
	до операции	после операции	до операции	после операции
Тахикардия	9,7±0,8	14,6±1,2	11,1±0,8	22±2,6
Аритмии	12±1,2	14,6±1,3	18,1±0,9	22,8±2,5
Боль в области сердца	8,5±0,8	10,9±0,9	5,6±0,2	16,6±1,8
Боль в животе	13,4±1,6	15,6±2,6	11,1±0,9	22,8±2,4
Одышка	10,9±0,9	13,4±1,3	11,1±0,9	27,7±2,6
Головная боль	10,9±1,0	14,6±1,8	11,1±0,8	22,7±2,7
Тошнота	4,9±0,7	7,4±0,7	5,5±0,3	16,6±1,3
Слабость	8,5±0,9	9,7±1,1	11,1±0,8	22,8±2,4
Субфебрилитет	13,4±2,0	12,1±1,1	12,2±1,5	27,8±3,4

Таким образом, по всем показателям проведенных исследований, относящимся к эффективности эндовидеолапароскопической холецистэктомии у больных с холецистолитиазом в зависимости от метода фиксации брюшной стенки свидетельствуют о воз-

холецистолитиазом, ожирением, сахарным диабетом, гипертонией и другой патологией с сердечной и легочной недостаточностью, старшего возраста и т. д. При этом если в группе оперированных с использованием карбооксиперитонеума (50 чел), малые осложнения имели место у двух человек (4%), то при применении зонтичного лапаролифта – у одного, которые можно было бы отнести ко всем приведенным классификациям после лапароскопических операций к осложнениям.

К малым осложнениям, которые имели место у оперированных, мы отнесли возникший у одного гипертонический криз в интраоперационный период и у двух нарастала одышка, перешедшая в удушье. Эти патологические состояния были легко купированы лечебными возможностями в операционной. Эти больные лечились ранее по поводу патологии сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, наши исследования подтвердили эффективность использования лапароскопической хирургии при абдоминальных оперативных вмешательствах и показали преимущество зонтичного лифтинга, в сравнении с использованием карбооксиперитонеума.

Преимущество лапароскопических над лапаротомическими доступами при холецистэктомии отметили американские исследователи и по экономическим показателям [129]. Так стоимость лапароскопической холецистэктомии составила 1181 \$, открытой 873 \$ при 9,5% конверсий и 4% релапаротомий (в связи с кровотечением и желчетечением). Потребность в медикаментозном и перевязочном материале при лапароскопической холецистэктомии в 2 раза

меньше, однако, высока стоимость инструментария и оборудования. Общая «больничная» стоимость лапароскопического лечения – 1430 \$, лапаротомного – 1316 \$. После- и догоспитальная реабилитация стоит соответственно 486 \$ и 1199 \$. В итоге малоинвазивная технология оказывается экономичнее и надежнее.

Продолжительность лапароскопической холецистэктомии у больных с холецистолитиазом зависит от многих факторов: возраста, сочетания различных синдромов, длительности и тяжести течения болезни и т. д. Показатели длительности периода операции в зависимости от характера расширителя брюшной полости представлены на таблице 6.

Таблица 6
Продолжительность холецистэктомий с помощью подъемников брюшного пространства.

Группа	Количество больных	Время (мин)	
		зонтичный лифтинг	карбоокси перетонеум
Средний показатель оперированных	200	46±8,7	64,2±7,4
до 60 лет	46	48±4,1	56±4,7
старше 60 лет	30	86±7,5	106±8,4
с ожирением III-IV степени	8	106±9,7	128±11,3
с сердечно-сосудистой патологией	22	92±9,1	108±9,8
с сахарным диабетом	6	59±6,7	84±7,8

Примечание: $p < 0,05$

Как свидетельствует таблица 6 сочетание различных компонентов заболеваний у больных с холецистолитиазом существенно влияло на время проведения эндовидеолапароскопической холецистэктомии. Важным является и метод увеличения объема брюш-

ной полости для оперативных манипуляций. Так меньше на 18 минут делается операция с зонтичным лифтингом по сравнению с карбооксиперитонеумом у всех оперированных больных. Более выраженные показатели продолжительности холецистэктомии у более сложных больных, к которым относятся возраст (на 20 мин), ожирение (на 22 мин) и сердечно-сосудистые патологии (на 16 мин), что существенно влияет на общее состояние оперированных, сроки реабилитации и выздоровление. Только по этим показателям можно утверждать о значимости метода холецистэктомии с зонтичным лифтингом при эндовидеолапароскопической операции больных с холецистолитиазом.

Существенным в характеристике результативности метода увеличения брюшной полости для эффективности выполнения эндовидеолапароскопической холецистэктомии является сравнение зонтичного лифтинга и карбооксиперетонеума.

Изменение показателей отдельных симптомов и синдромов течения холецистолитиаза в дооперационный и после операционный периоды приводится в таблице 7.

Результаты проведенных исследований об изменении клинических симптомов (табл. 7) при эндовидеолапароскопической холецистэктомии с различной фиксацией стенок брюшной стенки свидетельствуют о недостоверности ($p > 0,05$) изменений всех приведенных симптомов при использовании в оперативных вмешательствах с зонтичным лапаролифтингом, тогда как применение карбооксиперитонеума с этой целью достоверно ($p < 0,05$) увеличивало клинические симптомы, указывающие на ухудшение состояния