

Г. Кер, С.П. Федоров и хирургия желчных путей: прошлое и настоящее

Профессор
Д.Л. Пиковский
(Нижний
Новгород)

В статье представлен всесторонний анализ практического и научного наследия основоположников желчной хирургии Г. Кера и С.П. Федорова. Дана оценка их вклада в развитие проблемы. Рассмотрены различные аспекты хирургии желчнокаменной болезни (ЖКБ): в частности тактические принципы в зависимости от периода развития медицинской науки. Подчеркнута важность стандартизации подходов к оценке результатов хирургического лечения ЖКБ и ее осложнений, а также необходимость изучения опыта различных хирургических школ при оценке собственных результатов и при подготовке хирургических кадров. Дана объективная оценка различных методик при лечении ЖКБ.

H. Kehr, S.P. Fedorov and Surgery of the Bile Ducts: The Past and the Present

D.L. Pikovskiy
Professor,
Nizhniy
Novgorod

The article represents a deep and general analysis of practical and scientific heritage of the Bile surgery founders: H. Kehr and S.P. Fedorov. Valuation of their donation in science development was given. A different aspects of the Bile surgery was looked through, as well as particular tactical principles depends on medicine science's progress periods. Standards of the surgical treatment results and its complications importance was stressed, as well as needs of different surgical schools experience in preparing of surgical personal and estimation of own results of treatment was elucidated. Objectively valuated different methods of the treatment of Cholelithiasis.

Ганс Кер (H. Kehr) после окончания университета в 1881 г. стажировался в клиниках Барденлебена и Бергмана в Берлине, затем до 1886 г. в клиниках Риделя и Брауна в Вене. С 1888 до 1910 гг. работал самостоятельно в Гальберштадте, где приобрел известность как крупнейший специалист в хирургии желчных путей. Последние 6 лет своей жизни работал в Берлине. В 1913 г. издал знаменитую книгу "Die Praxis der Gallenwege-Chirurgie". О своей специализации Кер написал так: "Про хирургов, которые оперируют разное, говорят: он может все! На специалиста указывают пальцем и говорят: он умеет оперировать только на желчных путях!" и далее: "Я оперировал все - и ампутации, и резекции суставов и многое другое, но потом сосредоточился на хирургии желчных путей".

Книга Кера во многих отношениях уникальна. В ней сочетается учебник и атлас (1080 страниц, 117 штриховых и цветных рисунков, 217(!) историй болезни), что дало основание Керу дополнить заглавие словами: "in Wort und Bild", то есть "В словах и рисунках". При этом он исходил из постулата, что главное в обучении хирурга - практика. Это убеждение он заимствовал у своего отца Карла Кера, который будучи педагогом издал книгу: "Praxis der Volksschule", то есть "Практика в народной школе"; к особенностям книги Кера нужно отнести стиль:

1) необычайную свободу изложения с отклонениями не только от темы, но и от проблемы вообще (много цитат из Гете, других немецких поэтов и особенно опер Вагнера), которые по мнению Кера должны были доказать большое сходство хирургии с поэзией и оперным искусством;

2) полемичность с немецкими, английскими и американскими хирургами в тех случаях, когда их мнение не совпадало с мнением Кера:

3) самоутверждение и аподиктичность: Кер утверждал, что в хирургии желчных путей главное - опыт, и его опыт в 2000 операций является достаточным для выработки правил хирургии.

С.П. Федоров окончил Московский университет в 1891 г., работал в клинике А.А. Боброва, в которой в это время осваивались операции на желчных путях. С 1903 г. и до конца жизни (1936 г.)

заведывал кафедрой хирургии в Военно-медицинской академии. Во многих разделах хирургии он имел заметные достижения, но особый успех сопутствовал ему в урологии и в хирургии желчных путей. В своей знаменитой книге "Желчные камни и хирургия желчных путей" он подчеркивает сходство основных положений хирургии мочевыводящих и желчных путей.

С.П. Федоров к 1903 г. приобрел твердую уверенность в необходимости радикального лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) с помощью холецистэктомии (ХЭ). Изменение и совершенствование своих взглядов он отразил в серии статей и выступлениях на Всероссийских съездах. Будучи хирургом с мировой известностью в области почечнокаменной болезни (В. Мейо, 1914 г.) он параллельно изучал вместе со своими учениками (П.С. Иконниковым, В.И. Добротворским, И.М. Тальманом, Н.Н. Еланским и др.) желчнокаменную болезнь.

После выхода в свет книги "Die Praxis..." перед Федоровым, как лидером российских хирургов в проблеме ЖКБ, по-видимому, встала дилемма: что нужно сделать, чтобы у российских хирургов появилось настольное руководство по хирургии ЖКБ, как это получилось у немецких и европейских хирургов. Просто осуществить перевод грандиозного труда Кера невозможно. Помимо безудержного восхваления немецкой культуры, науки, уклада жизни книга Кера содержит много сотен страниц "умозрительного" и отвлеченного текста. Федоров принял решение написать книгу для русского хирурга, примерно в плане книги Кера, но без отступлений, в строго научной лаконичной форме. Получилась великолепная книга, которая стала настольной для многих поколений хирургов и в которой современные хирурги находят ответы на многие злободневные вопросы.

К 1918 г. (1 издание) автор обладал опытом 150 операций на желчных путях - тогда крупнейшим в России, что позволило ему излагать собственную точку зрения, не всегда совпадающую с точкой зрения Кера, в частности на самообразование и специализацию хирурга.

В предисловии ко второму изданию Федоров писал (1934 г.): "Желчные камни и хирургия желчных путей"... написана по типу Кера... и под влиянием идей и опыта этого, в то время крупнейшего знатока в хирургии желчных путей". Вместе с тем, Федоров не последовал за дидактическими приемами Кера, а изложил свой взгляд на обучение хирурга и постижение специальных знаний и умений: "... в образовании своем хирург должен идти от общего к частностям, т.е. от общей хирургии к ее отделам... для того, чтобы возможно быстро сделаться крупным специалистом". Современным молодым хирургам полезно было бы услышать этот призыв классика.

Федоров полемизирует с Кером и в связи с категоричностью установок. Отдавая должное выдающимся заслугам автора "Die Praxis...", он в ряде случаев оспаривает указания Кера, и на основе данных мировой литературы и собственного уже большого опыта (около 650 операций к моменту выхода второго издания) вносит серьезные коррективы.

Книги Кера и Федорова отличаются блестящим оформлением. По утверждению Федорова ни в одном другом издании столь совершенных рисунков как у Кера не было. Несмотря на то, что первое издание книги Федорова вышло в 1918 г. он сумел поместить в ней великолепные рисунки из работ Кера, Бланд-Саттона, Ашофа, Рио Бранко и др., а также оригинальные рисунки, блистательно выполненные доктором Н.С. Перешивкиным.

В своих книгах и Кер, и Федоров не только излагали мировой и личный опыт хирургии желчных путей, но и прогнозировали ее развитие.

Изучая книги Кера и Федорова, современный хирург не только усваивает основы, но обязательно сопоставляет их с современным состоянием проблемы и собственным опытом.

1. Камни и воспаление. И Кер, и Федоров подчеркивают, что операции на желчных путях производят не по поводу камней, а по поводу воспаления. Конечно, в этом сказалось господствующее в то время мнение об инфекции, как главной причины всех заболеваний желчных путей. Вместе с тем и Кер, и Федоров признали новую теорию Ашофа и Бакмейстера (1909 г.) об образовании первичного холестеринового камня в стерильной желчи застойного желчного пузыря. Вслед за этими авторами Кер отрицал какое-либо влияние биохимических изменений желчи на камнеобразование; Федоров во втором издании упоминает о возможном изменении состава желчи,

когда выпадают кристаллы холестерина. Современные представления о литогенности желчи (Ю.М. Дедерер и др.) уточняют теорию камнеобразования и способы его профилактики. Если Кер предлагал для профилактики ЖКБ реформировать одежду, объявить войну корсетам, заниматься спортом, а для лучшего тока желчи "еду с аппетитом", то в настоящее время терапевты рекомендуют специальные диеты и препараты для достижения баланса желчных кислот и холестерина. Касаясь вопроса функции желчного пузыря и "небезразличности" его удаления, Кер писал, что люди, лишённые желчного пузыря живут лучше тех, кто еще носит желчный пузырь с воспалением. Другое дело - свободно лежащий одиночный камень в невоспаленном желчном пузыре. Это соотносится с мнением Федорова и совпадает с современной точкой зрения.

В самом начале своей книги Кер дает отрицательную характеристику "идеальной" холецистолитотомии и на конкретных примерах показывает к каким разрушительным последствиям может привести одиночный камень. Однако на всех приведенных для доказательства тезиса рисунках камень плотно вклинен в шейку или проток пузыря. Это не "свободно лежащий камень". Здесь уместно привести цитату из книги Федорова: "Многие, и я в том числе, оперируют теперь главным образом из-за инфекции, как я думаю потому, что у нас нет до сих пор точных объективных данных для диагностики желчных камней ... Если бы удалось при помощи лучей Рентгена или как-нибудь иначе всегда распознавать камни и количество их в желчных путях так же, как они диагностируются в мочевых путях, то ... я убежден, что тогда и при ЖКБ изменятся взгляды на оперативное вмешательство, ... тогда опять найдутся и показания к "идеальной" операции, как нашлись они в последние годы для пиелотомии, которая была одно время совершенно заброшена".

Поразительное научное предвидение!

За истекшие десятилетия в диагностике и лечении ЖКБ изменилось многое:

1) с помощью холецистохолангиографии, УЗИ, КТ мы обнаруживаем и считываем камни в желчном пузыре за исключением мелких песчинок;

2) "камненосительство" не является безобидным состоянием - сам Кер в своей книге остроумно заметил: "Носить камни в желчном пузыре - не то же самое, что носить серьгу в ухе!"

И Кер, и Федоров четко указали, что свободно лежащий камень в любой момент может ущемиться в шейке и вызвать деструктивный холецистит. Хирурги не удаляли камень из пузыря из-за общего мнения о "порочности" холецистолитотомии и холецистостомии, а холецистэктомия давала в то время высокую летальность. Поэтому радикальные хирурги мирились с "латентным" периодом ЖКБ, особенно при одиночном крупном камне;

3) общая тенденция современной хирургии, направленная на производство щадящих и органосохраняющих операций диктует нам необходимость пересмотра некоторых положений в духе прогноза Федорова и общей тенденции современной хирургии: при наличии камня (одиночного) в функционирующем желчном пузыре с неизменными стенками применить "идеальную" холецистолитотомию из мини-разреза брюшной стенки. Возражения по поводу оставления "камнеобразующего" желчного пузыря можно отвергнуть, поскольку дробление камней (электро- или ультразвуковым "ударом"), а также растворение камней *in situ* считаются вполне легитимными мероприятиями (В.С. Савельев и М.И. Филимонов (1990 г.)). Что касается риска операции, то дробление камней с последующим изгнанием осколков размером до 0.3-0.4 см через холедох и сфинктер Одди не менее рискованно и уж конечно может оказаться весьма неприятным для пациента.

II. Консервативная терапия. Кер со всей силой своего темперамента обрушивается на немецких терапевтов за то, что они продолжали лечить больных ЖКБ лекарствами (холозан и др.), на курортах и т.п. Федоров пишет: "Крупнейшей заслугой Кера является его борьба с исключительно консервативным лечением ЖКБ и если мне своей работой удастся сделать среди наших терапевтов хоть одну сотую того, чего достиг Кер среди немецких, то я буду считать свою задачу блистательно исполненной".

К сожалению, многие врачи поликлиник и даже стационаров "наблюдают" больных с ЖКБ вплоть до тяжелого приступа и экстренной операции. Если в странах Европы и Америки плановые

и экстренные операции соотносятся как 8:1 и даже 10:1 (М.И. Кузин и др.), то в наших хирургических отделениях число экстренных, срочных и отсроченных операций по отношению к плановым соотносятся как 1:1.

III. Показания к операции.

1. В плановой хирургии. По Керу операции подлежат все больные ЖКБ, у которых в анамнезе имеется несколько приступов желчной колики на протяжении 2 и более лет. Кер решительно выступает против "ранних" операций, в начале заболевания, поскольку у таких больных возможны длительные ремиссии. Федоров соглашается с Кером, но все же допускает оперативное вмешательство, если пузырный проток во время ремиссии остается заблокированным. И Кер, и Федоров показания к операции основывали на клинических признаках, извлекаемых, в основном, из анамнеза. Оценка симптомов зависела в большей степени от опыта хирурга и его аналитических способностей. В настоящее время существует только два варианта: больной приходит с результатом УЗИ или он попадает в клинику с приступом, тотчас подвергается УЗИ, и по его результатам показания к операции может ставить сам больной. Проблема исчерпана.

2. В экстренной хирургии (в отличие от плановой) операция производится не по поводу камней, а по поводу воспаления, основу которого все-таки составляют камни в подавляющем большинстве случаев. Кер считал, что операция на высоте приступа более опасна, чем в интервале и серьезно критиковал Мейо, Риделя, Нордмана, Киршнера, Керте за их приверженность к операции на высоте приступа. Сам Кер экстренно оперировал только при перитоните или сепсисе. Федоров соглашался с Кером и считал необходимой экстренную операцию при перфорации или нарастании септических явлений. Оба автора основным критерием необходимости экстренной операции считали наблюдение за развитием приступа. Прекращение приступа оценивалось как желаемый результат консервативной терапии. И Кера, и Федорова удерживало от операции главное - опасность самой операции (распространение инфекции!). Именно это обстоятельство подчеркивал Готц в своем анализе сборной статистики немецких хирургов в 1923 г. Вывод подкреплялся данными о том, что летальность при операциях на высоте приступа в 2 раза выше, чем при операциях в интервале. Эти цифры являлись серьезным аргументом противников экстренных операций и в более поздние годы (1956, 1965, 1968 и др.) Однако в этой сборной статистике таится лукавая ошибка: в ней собраны данные как сторонников, так и противников операций на высоте приступа, которые экстренно оперировали только при перитоните и сепсисе! Разве можно сравнивать результаты этих операций и операций в интервале?

В настоящее время твердо установлено, что не инфекция, а гипертензия в заблокированном пузыре является пусковым механизмом деструктивного холецистита; и не "дезинфекция" обрывает патологический процесс, а декомпрессия. На стр. 214 своей книги Федоров подчеркивает значение повышенного давления в формировании деструктивного холецистита. Именно это обстоятельство побуждает нас расширить показания к операции на высоте приступа при так называемом остром obturационном холецистите (ООХ), при котором всегда обнаруживается флегмонозный или гангренозный холецистит.

Говоря об опасности операции на высоте приступа Федоров писал: "...если оперировать во время колик (подчеркнуто СФ) нужно удалить желчный пузырь и во многих случаях дренировать и протоки. Если же делать такие радикальные операции... то процент смертности будет гораздо выше". В последующие годы, когда заходила речь об операции на высоте приступа практически всегда подразумевалась ХЭ и связанные с ней сложности и опасности. В настоящее время в особо тяжелых случаях применяется экстренная декомпрессия желчного пузыря - под контролем УЗИ, лапароскопическая или лапаротомная холецистостомия, с помощью которых удастся не только спасти жизнь больного, но и подготовить пациента к радикальной операции в более благоприятных условиях. Конечно, экстренную операцию по поводу острого катарального холецистита производить не нужно - это будет врачебная ошибка; но, если диагностируется ООХ, то хирург всегда обнаружит серозно-флегмонозный (в первые часы болезни), флегмонозный или гангренозный холецистит. По данным В.И. Круча (1971), С.А. Гольбрайха (1986) больные, перенесшие ООХ, но неоперированные (положительный эффект консервативного

лечения приступа) в подавляющем большинстве случаев в течение 2-3 лет вновь попадают в клинику с новым приступом. И Кер, и Федоров предостерегали хирургов от расширения показаний на высоте приступа из-за опасности самой операции. В этом смысле целесообразно рассмотреть преимущества, полученные в конце XX столетия по сравнению с его началом:

1) качество анестезии. В настоящее время она может быть определена как близкая к идеальной;

2) доступ. Широкий разрез брюшной стенки (Кохера, Кера, Черни, Федорова) оказывают неблагоприятное влияние на дыхание в п/о периоде, особенно у пожилых больных. В то же время внедрение лапароскопической техники и операций из мини-доступов (М.И. Прудков, А.М. Шулуто, А.Г. Бебуришвили) позволяют не только уменьшить риск операции, но и значительно сократить сроки пребывания в стационаре;

3) вмешательство на протоках значительно утяжеляет операцию. В настоящее время в особо тяжелых или сложных случаях извлечение камней из холедоха, устранение стеноза можно отложить и в дальнейшем выполнить эндоскопическую папиллотомию;

4) борьба с трансоперационной инфекцией обеспечивается мощными антибиотиками. Во времена Кера и Федорова никаких средств эффективной борьбы с инфекцией, кроме асептики и антисептики не было. Можно понять осторожность и предубежденность этих хирургов к операциям на высоте приступа. И в то же время нельзя понять современных хирургов, склонных воздерживаться от экстренных и срочных операций, опираясь на аргументы 60-80-летней давности.

IV. Холедохотомия. Весьма эмоциональной критике подвергался сам Кер, когда в категорической форме требовал ревизовать протоки при каждой операции на желчных путях. В оправдание этого положения он в своей книге приводит ряд историй болезни, когда при отсутствии каких-либо признаков холедохолитиаза, он вскрывал протоки и находил там камни. Федоров возражал против такого императива из-за бесспорного утяжеления операции. Но что хотел Кер и почему он так настаивал на своем предложении? Так же как и современные хирурги он хотел знать имеется ли изменение протоков. Но в его время других надежных способов выяснить это не было. Сейчас, когда мы широко пользуемся УЗ диагностикой и операционной холангиографией (ОХгр) диагностическая холедохотомия как способ обнаружения камней отвергнута. Более того, еще до операции с помощью эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) можно достоверно обнаружить камни и другие изменения протоков. Что касается ОХгр, то блестящие результаты ее применения породили некоторую эйфорию: решениями Московского общества хирургов и специальных конференций (1972 и более поздние годы) было определено, что без ОХгр желчный пузырь удалять нельзя. В последнее время в связи с возросшими возможностями дооперационной диагностики или во время экстренной операции по поводу первого приступа ООХ хирурги отказываются от ОХгр, упрощая и облегчая тем операцию. И если позже выяснится, что камень все же остался в протоке, то его можно удалить с помощью эндоскопической папиллотомии.

V. Зондирование протоков и в настоящее время является правомерной манипуляцией для поисков камней, других изменений протоков, например проходимости большого дуоденального сосочка. Зондирование выполняется по тем же правилам, которые применяли Кер и Федоров. В настоящее время рекомендуется зондировать протоки только после ОХгр из-за возможности искажения последней.

VI. О желчной гипертензии. При ЖКБ патологическим процессом "управляют" камни. Именно они создают феномен обтурации с последующим присоединением или активацией имеющейся в желчном пузыре и протоках инфекции. Пока камни находятся в относительном покое, обмен желчи (приток-отток в желчном пузыре удовлетворителен, а проходимость желчи в двенадцатиперстную кишку не нарушена), гнойный процесс не возникает. Обтурация в любой части желчной системы приводит к нарастанию гидростатического давления. Как подчеркивали и Кер, и Федоров именно повышение давления в пузыре и протоках является пусковым механизмом нарастающего воспалительного процесса, который позднее получил следующее объяснение: в результате нарастающего давления в заблокированном участке (напр. в желчном пузыре) наступает лимфатический отек, в кровеносных сосудах возникает стаз. Присоединившаяся инфекция усиливает экссудацию и, следовательно, давление. В этот момент важнейшим средством лечения

является декомпрессия и отведение или удаление инфицированной желчи. Если отведение выполнено своевременно (до развития абсцессов, некрозов, недостаточности печени) больной избегает смертельной опасности. Следовательно, главным элементом патологического процесса является обтурация и гипертензия, а главным лечебным мероприятием - декомпрессия (УЗ, лапаротомная или лапароскопическая холецистостомия, ХЭ, наружное или внутреннее отведение желчи). Роль желчной гипертензии в "хирургических" заболеваниях желчного пузыря и протоков была разработана в 1964 г. (Д.Л. Пиковский). В эти же годы Э.И. Гальпериным было установлено, что для прохождения суточного количества желчи достаточно отверстия диаметром в 1 мм. Следовательно, по Э.И. Гальперину механическая желтуха наступает только при почти полной закупорке общего желчного протока.

VII. Наружное и внутреннее дренирование желчевыводящих протоков. В начале XX века хирурги заканчивали холедохотомию введением в проток резиновой трубки (Мейо-Робсон) или наложением билиодигестивного анастомоза. Кер категорически настаивал на наружном отведении желчи через Т-образный дренаж. Другие хирурги (Зассе, Ридель, Юраш) отстаивали преимущество внутреннего дренирования. Федоров склонялся в сторону Кера, хотя не одобрял его позицию относительно частоты холедохотомии и, следовательно, Т-дренажа. А.В. Вишневский (1926 г.) предложил "дренаж-сифон-манометр". Поднимая и опуская сборный сосуд он регулировал давление в протоках и темп желчеотделения. Идея послеоперационного контроля над внутрипротоковым давлением получила развитие на основе теории желчной гипертензии. Было предложено оставлять на несколько дней тонкую хлорвиниловую трубочку, через которую вводилось контрастное вещество во время ОХгр, для декомпрессии и контроля за состоянием желчевыводящих протоков после операции (Д.Л. Пиковский). В настоящее время большинство хирургов применяют и наружное дренирование и билиодигестивные анастомозы по показаниям, хотя отдельные хирурги (И.А. Подьяблонская, 1987 г.) предпочитают внутреннее дренирование. Озабоченность хирургов вызывает нередко возникающий в отдаленном периоде дуодено-билиарный рефлюкс с развитием холангита. Для профилактики этого осложнения предлагались широкие анастомозы (В. В. Виноградов), холедохоеюноанастомозы (А.И. Краковский), термилатеральные анастомозы (Мейо), однако полностью устранить этот недостаток анастомозов пока не удалось. Отдельные хирурги заканчивают холедохотомию первичным ("глухим") швом.

Со времен Кера и Федорова существенные изменения претерпели показания к диагностической холедохотомии. Показания к лечебной холедохотомии обуславливаются дооперационной и операционной диагностикой. Что касается окончания холедохотомии, то отношение хирургов к разным методам сугубо индивидуальное.

VIII. Холангит является тяжким осложнением ЖКБ, как правило, в результате обтурации камнем холедоха, внутрипротоковой гипертензии и вспышки инфекции. Диагноз ставится, в основном, клинически (желтуха, высокая температура, ознобы). В отличие от Кера и Федорова в настоящее время диагноз дополняют лабораторные данные: билирубин крови, желчные пигменты в моче, лейкоцитоз и формула белой крови, аминотрансферазы и другие функциональные пробы печени; эти исследования дополняют, но не определяют диагноз.

Кер различал острый и хронический холангит. При остром холангите оперировать не нужно. Ссылаясь на терапевтов, он отмечает, что острый холангит лечится консервативно, и только при переходе острого холангита в гнойный, показана операция. При хроническом холангите операция обязательна.

Федоров различает острый, подострый и хронический холангит и также считает показанной операцией при гнойном и хроническом холангите. Современные хирурги усматривают прямую связь холангита с камнями в гепатикохоледохе. Осознана особая опасность возникновения гнойного холангита и его осложнений (главным образом множественных абсцессов печени. Поэтому наличие камней в холедохе является прямым показанием к операции не только из-за развития механической желтухи, но и главным образом из-за возможности развития холангита. Мнение Кера о

необходимости выжидания 2-3 недели при остром холангите вызывало удивление Федорова и отвергается современными хирургами.

IX. Летальность. Анализируя летальность у немецких и американских хирургов Кер пытается объяснить разницу в цифрах разным объемом операций: у Кохера, Поппера - по 3%, у Керте -21%, у Кюммеля-20%; но первые двое производили в основном холецистолитотомию, а другие оперировали в основном осложненные случаи, включая рак. "Легкие случаи оперирует каждый, тяжелые случаи - специалист") поэтому у специалиста летальность выше. И далее: "Больные умирают не от операции, а от осложнений". В отличие от других хирургов он в 66% случаев оперировал по абсолютным показаниям, включая перитонит, сепсис, эмпиему, рак. Приведя данные американских хирургов с низкой летальностью, он обращается к ним с такой фразой: "Вы оперируйте кого хотите, а мы будем оперировать кого нужно".

В своем анализе летальности Федоров отмечает, во-первых, что достоверность статистики тем больше, чем больший материал публикует автор, а во-вторых, что статистика одного учреждения может меняться во времени, несмотря на стабильность качества работы. Так, Мейо в 1907 г. показывает летальность при холецистостомии -0.9%, на 52 холедохотомии 1 смертельный исход, а 10 лет спустя соответственно 14% и 7.84%. Федоров связывает это с изменением показаний к операции. У Федорова за 1903-1921 гг. общая летальность составила 12.1% на 162 операции, а к 1931 г.-на 641 операцию, включая рак, - 9.4%.

Анализируя контингент умерших Федоров выделяет группу больных, погибших от холемических кровотечений на фоне длительной механической желтухи: 21 больной из 59 умерших. Эти цифры дают представление о тяжести контингента, и 9.4% летальности не кажутся слишком большими даже по современным меркам.

Современные хирурги практически не встречаются с холемическими кровотечениями: стали оперировать раньше, особенно при механической желтухе и холангите. В настоящее время наличие больного с многомесячной желтухой является экзотическим случаем.

Федоров считал, что летальность значительно уменьшится (до 0-2%), если хирурги будут производить операции у молодых больных вскоре после начала болезни. В отличие от других хирургов (например, Мейо) такую операцию он называл не "ранней", а "своевременной", то есть производимой до развития осложнений.

В свое время высокая летальность при операциях на высоте приступа вынуждала хирургов воздерживаться от операции, выжидая ремиссии приступа и увеличивая тем самым число осложненных случаев, а следовательно, и летальных исходов. Порочный круг! Хирурги 20-30-е гг. не в силах были разорвать этот порочный круг. Федоров писал: "Статистика Готца и мой личный опыт продолжают удерживать меня в лагере тех хирургов, которые предпочитают оперировать холециститы в периоде затишья". Еще в 1951 г. мой учитель Е.Л. Березов находился под впечатлением статистики Готца. И в 1956 г. на VI пленуме Правления Всесоюзного общества хирургов в Ленинграде (П.Н. Напалков, Н.А. Блинов, В.В. Виноградов и др.) и в 1968 г. на конференции в Калининграде (Б.А. Петров и др.) высказывались против операции на высоте приступа. Сейчас положение изменилось. Многие хирурги (В.Ф. Сухарев в институте им. Джанелидзе, Р.А. Нихинсон в Красноярске, А.Г. Бебуришвили в Волгограде и др.) острый холецистит при закупоренной шейке оперируют экстренно и срочно, а летальность при этом сопоставима с летальностью при операциях в плановом порядке.

X. Отдаленные результаты. Данные Кера, Федорова и других авторов начала века и 20-х годов об отдаленных результатах трудно сопоставлять с более поздними статистиками, прежде всего потому, что в старых работах рассматриваются общие результаты (холецистостомии и эктомии). Ученик Федорова И.М. Тальман в 1963 г. сделал попытку сравнения данных старых (1920-1931 гг.) и более новых (1955-1961 гг.) статистик. Из приведенных им таблиц можно сделать заключение, что в цифрах полного выздоровления (от 55 до 88% в первый период и от 32 до 85% во второй период) большой разницы нет, хотя именно во втором периоде начала усиленно внедряться операционная холангиография. В настоящее время мало работ по отдаленным результатам, хотя значительно возросло число публикаций по повторным операциям. Это,

конечно, не связано с ухудшением техники профессионалов; но обвальное увеличение количества операций привело к операционному столу много решительных и малоопытных хирургов...

По поводу достоверности статистических данных Федоров писал: "Я сомневаюсь даже, существуют ли статистики отдаленных результатов, обнимающих все (подчеркнуто СФ) оперированные тем или другим автором случаи холелитиаза...". Федоров с тонкой иронией отмечает, что результаты в группе относительного успеха операции одни авторы относят к удовлетворительным, другие довольствуются термином "улучшение". И в настоящее время лишь в единичных публикациях достигается тот "уровень достоверности", о котором писал Федоров. Так, в хирургической клинике им. С.П. Федорова Военно-медицинской академии создана уникальная система наблюдения за больными, перенесшими операцию на желчных путях и язвенной болезни. В.М. Ситенко и А.И. Нечай в книге "Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях" (1972) подробно изложили суть системы, которую во всех отношениях можно считать исчерпывающей: в их картотеке-архиве содержатся сведения о каждом (97.2%) из 421 оперированных на желчных путях за многие годы наблюдения. К сожалению, работ с такой широтой охвата очень мало. Поэтому объективная оценка результатов затруднена так же, как и во времена Кера и Федорова. Э.И. Гальперин и Н.В. Волкова в книге "Заболевания желчных путей после холецистэктомии" (1988) приводят данные отечественной и зарубежной литературы за период с 1972 до 1984 гг., в которых фигурируют те же цифры неудач (5-25%), приводимых Кером (1913) и Федоровым (1934) в своих монографиях. Э.И. Гальперин и Н.В. Волкова главной причиной неудач холецистэктомии считают оставленные во время первой операции камни в холедохе. По мнению Кера число оставляемых камней в холедохе уменьшается по мере накопления опыта. Это замечание актуально и в настоящее время.

Федоров к 1917 году на 91 операцию камни оставил у 5 больных (5.5%). В.М. Ситенко и Д.И. Нечай в 1972 г. приводят данные 15 современных авторов, которые оставляли камни в 2-4%. Эти цифры настораживают, особенно в связи с расширяющимся внедрением лапароскопических ХЭ. Каковы окажутся отдаленные результаты этих операций? Масштабных работ по этой проблеме пока нет, но необходимость их очевидна.

XI. Повторные операции на желчных путях. С самого начала развития хирургии желчных путей возникла проблема повторных операций, прежде всего потому, что производилось много холецистостомий, после которых оставались камни в пузыре и протоках, желчные и слизистые свищи. Кер много внимания уделил "вторичной" ХЭ, Федоров же (через 20 лет после Кера) анализировал в основном причины неудач после ХЭ. Тогда (при ограниченных диагностических возможностях) они у Федорова составили на 641 операцию - около 9%. В настоящее время гигантский рост числа операций на желчных путях, естественно, привел к росту абсолютного числа (отнюдь не в %) повторных операций после неудачных ХЭ.

Сложность и сугубая индивидуальность повторных операций привели к многочисленным (Н.П. Кулиш, 1981 г., насчитал 112 (!) терминов, относящихся к реконструктивным операциям) и несогласованным терминам.

Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузовлев, С.Р. Карагюлян в монографии "Рубцовые структуры желчных протоков" (1982 г.) писали: "...объективной интерпретации результатов лечения во многом мешают терминологическая неопределенность и связанная с ней неоднородность представленных наблюдений" Федоров дал четкий анализ причин повторных операций и указал, что "самыми серьезными и опасными" являются свищи гепатохоледоха после незамеченных повреждений во время первой операции. Э.И. Гальперин и соавт. в первой фразе монографии пишут: "Трудности и опасности хирургии желчных путей достигают кульминации при лечении больных с Рубцовыми стриктурами желчных протоков". Как видно из сказанного, изменений в оценке сложности повторных операций за 50 лет практически не произошло! Проблема осталась сложной и далеко нерешенной во всех аспектах (причины, профилактика, лечение).

XII. Нестандартные ситуации. В обширном предисловии к своей книге и на протяжении всего последующего текста Кер подчеркивает особую сложность операций на желчных путях и связывает это с многообразием патологоанатомических изменений в зоне операции. Нестандартность

ситуации требует от хирурга хорошего знания анатомии, патанатомии, возможных аномалий, но главным является большой опыт в хирургии желчных путей. В подтверждение своей мысли о сугубой индивидуальности оперативных вмешательств Кер приводит 217 историй болезни и множество рисунков, уточняющих технику операции вообще и применительно к приведенной истории болезни, в частности.

Федоров в конце своей книги приводит цитату из Цандера: "Каждый случай требует индивидуального обсуждения" и заканчивает книгу следующей фразой: "Из всего сказанного в моей книге ясно, что опыт хирурга имеет решающее значение". В настоящее время ХЭ стала рядовой операцией, практически доступной большинству стационарных хирургов; однако некоторые хирурги (прежде всего молодые), незнакомые с предупреждениями классиков, попадают в ситуации, которые с полным основанием можно назвать нестандартными.

О том, что нестандартные ситуации являются объективной реальностью свидетельствует оригинальная монография Э.И. Гальперина и Ю.М. Дедерера "Нестандартные ситуации при операции на печени и желчных путях" (1987 г.). Оказалось, что в 1987 г. нестандартных ситуаций не меньше, чем в 1913 г. (Кер) или в 1934 г. (Федоров). Авторы "Нестандартных ситуаций..." так же, как и Кер, излагают преимущественно свой личный опыт и так же, как и Кер, дают прямые рекомендации как поступать в определенных случаях. Приходится констатировать, что несмотря на огромные успехи в хирургии желчных путей, нестандартные ситуации являются составной частью хирургической специальности, и современным хирургам весьма полезно не только знакомиться с трудами классиков, но и тщательно изучать их, сопоставляя с современными монографиями и собственным опытом.

XIII. Эндоскопическая хирургия желчных путей. Современная хирургическая доктрина в отношении заболеваний желчных путей может быть сформулирована следующим образом:

Задача 1 - сохранить жизнь больного (особенно актуально у пожилых больных в экстренной хирургии).

Задача 2 - по возможности излечить больного радикально.

Задача 3 - сохранить трудоспособность пациента. Эти задачи решаются или одномоментно, или этапными операциями.

Бурное развитие медицинской техники и внедрение специализированной аппаратуры подарило хирургам методы почти абсолютной диагностики и спасения большой группы больных с помощью малотравматичных, в том числе эндоскопических операций. С внедрением эндоскопической технологии риск таких операций как холецистостомия, холецистэктомия, папиллотомия, билиодигестивные анастомозы заметно уменьшился. Однако лапароскопические операции применимы не всегда и не везде. Метод имеет определенные ограничения: в экстренной хирургии, при легочной и сердечной недостаточности, при наличии у больного кардиостимулятора (водителя ритма).

Аппаратура для эндоскопических операций одна из самых дорогих. Оснащение этой аппаратурой рядовых хирургических отделений, оперирующих много больных с ЖКБ затруднено, поэтому "владение" аппаратурой и подготовка специалистов происходит медленно. Создается впечатление, что темп нарастания количества операций (период освоения) обгоняет темп подготовки специалистов. Это чревато не только техническими ошибками, но и чисто врачебными, например, неправильно поставленные показания. В период освоения метода и накопления материала это особенно заметно, но затем среди сотен операций они теряются, и создаются фон общей эйфории. Но когда придет черед подсчитывать отдаленные результаты, эти ошибки скажутся с той же неумолимостью, как и при традиционных операциях. И снова вспоминаем слова Кера и Федорова о значении опыта хирурга. Однако под "опытом" мы понимаем не только постоянное пребывание в операционной (Кер), но и общую хирургическую эрудицию (Федоров), а также изучение монографий, представляющих опыт других хирургов. Бесспорно лучшими из них являются монографии Кера и Федорова; но в арсенале современного хирурга, оперирующего на желчных путях, желательно иметь и другие: И.М. Тальмана (1963),

А.Т. Лидского (1963), В.В. Виноградова, Е.В. Смирнова, А.А. Шалимова и других авторов, перечисленных в указателе литературы к данной статье.

Список литературы

1. *Kehr, H.* 2. Die Praxis der Gallenwege - Chirurgie. In WortundBild. Munchen, 1913. S. IOSO. 27.
2. *Федоров С.П.* Желчные камни и хирургия желчных путей. М.-Л., 1934. С. 392.
3. *Виноградов В.В.* Заболевания фатерова соска. М., 1962. С. 112.
4. *Виноградов В.В., Мазиев П.Н., Гришкевич Э.В.* Рентгеноманометрическое исследование желчных путей. Л., 1966. С. 163.
5. *Виноградов В.В., Вишневский В.А., Кочиаши-лиВ.И.* Билиодигестивные анастомозы. М., 1972. С. 191.
6. *Галеев М.А.* Желчнокаменная болезнь. Уфа, 1975. С. 262.
7. *Гальперин Э.И., Волкова Н.В.* Заболевания желчных путей после холецистэктомии. М., 1988. С. 269.
8. *Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагюлян С.Р.* Рубцовые стриктуры желчных протоков. М., 1982. С. 240.
9. *Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М.* Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М., 1987. С. 336.
10. *Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г.* Желчнокаменная болезнь. М., 1983. С. 176.
11. *Ищенко И.Н.* Операции на желчных путях и печени. Киев, 1966. С. 173.
12. *Королев Б.А., Пиковский Д.Л.* Осложненный холецистит. М., 1971. С. 240.
13. *Королев Б.А., Пиковский Д.Л., Грудинская И.Н.* Холецистостомия при остром холецистите. М., 1973. С. 104.
14. *Королев Б.А., Пиковский Д.Л.* Экстренная хирургия желчных путей. М., 1990. С. 240.
15. *Краковский А.И., Дунаев Ю.К.* Повторные операции на желчных путях. Томск, 1978. С. 214.
16. *Лидский А.Т.* Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. М., 1963. С. 446.
17. *Малле-Ги П., Кестенс П.Ж.* Синдром после холецистэктомии. М., 1973. С. 140.
18. *Напалков П.Н., Артемьева Н.Н., Кичурин В.С.* Пластика терминального отдела желчного и панкреатического протоков. Л., 1980. С. 182.
19. *Нечай А.И., Стукалов В.В., Жук АМ.* Неоперативное удаление камней из желчных протоков при их наружном дренировании. Л., 1988. С. 159.
20. *Нихинсон Р.А., Дудникова Г.Ю.* Хирургия острого холецистита. Красноярск, 1992. С. 156.
21. *Очкин А.Д.* Желчнокаменная болезнь, холецистит и их хирургическое лечение. М., 1949. с. 102.
22. *Петров Б.А., Гальперин Э.И.* Хирургия внепеченочных желчных протоков. М., 1966. С. 198.
23. *Пиковский Д.Л.* Патология и классификация синдрома желчной гипертензии. В кн. Желчная гипертензия и холецистит. Волгоград, 1971. С. 7-14.
24. *Ситенко В.М., Нечай А.И.* Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях. Л., 1972. С. 240
25. *Смирнов Е.В., Попов С.Д.* Реконструктивные операции на желчных путях. Л., 1969. С. 288.
26. *Смирнов Е.В.* Хирургические операции на желчных путях. Л., 1974. С. 238.
27. *Шалимов А.А., Доманский Б.В., Клименко Г.А., Шалимов С.А.* Хирургия печени и желчных протоков. Киев, 1975. С. 408.
28. *Шапошников А.В.* Холецистит. Патогенез, диагностика и хирургическое лечение. Ростов н/Д, 1984. С. 224.