

мических диагностических исследований в практику всех учреждений, оказывающих экстренную хирургическую помощь, в-третьих, четкую организацию своевременной госпитализации указанной категории больных в хирургические отделения.

Очень большое значение в предупреждении послеоперационного острого воспаления брюшины имеют высокая культура организации работы операционного блока, нежное, щадящее обращение с тканями, внедрение в оперативную технику новейших аппаратов и инструментов, ускоряющих операцию и не допускающих загрязнения брюшной полости содержимым желудочно-кишечного тракта. Профилактическая антисептическая обработка района операции в конце операции, а в показанных случаях повторное орошение раствором антибиотиков в послеоперационном периоде, особенно при установленной чувствительности к ним микробов, должны применяться в самых широких пределах.

Следующее направление, в котором должна быть развернута работа по профилактике острого перитонита, состоит в дальнейшем изучении этиологии и патогенеза, в ранней диагностике, совершенствовании лечения и профилактики наиболее распространенных воспалительных заболеваний червеобразного отростка, желчного пузыря, протоков и печени, поджелудочной железы, перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, а также различных форм механической и динамической кишечной непроходимости. Эти заболевания, действительно считающиеся главными «поставщиками» острого гнойного перитонита, до сих пор, к сожалению, не только не уменьшаются в числе, но, наоборот, даже имеют тенденцию к расширению. Особенно это касается острого холецистита и панкреатита.

В вопросах этиологии и патогенеза, дифференциальной диагностики и даже сроков и методов оперативного лечения этих заболеваний до сих пор еще много неясных сторон. Но уже и то, что выяснено, позволяет органам здравоохранения и практическим врачам поднять на более высокий уровень профилактики заболеваний брюшных органов, ведущих к развитию перитонита. В связи с этим еще раз хочется подчеркнуть здесь необходимость, во-первых, усиленной работы по уточнению этиологии и патогенеза и ранней диагностики аппендицита, холецистита и панкреатита; во-вторых, расширения санитарного просвещения населения по вопросам острых заболеваний живота и, в-третьих, резкого повышения культуры, гигиены питания, режима питания, повышения популярности среди населения диетического питания.

Каковы бы ни были результаты научных изысканий по уточнению причины и механизмов возникновения названных заболеваний, вопросы питания должны играть главенствующую роль в профилактике и лечении заболеваний органов пищеварения и их грозных осложнений.

Служба диетического питания населения, облегчающая профилактику и лечение заболеваний органов пищеварения, должна быть возложена главным образом на систему общественного питания.

Только при этом условии можно рассчитывать на оздоровление условий питания, обеспечение различных возрастных групп населения соответствующим питанием, организованным на современных достижениях советской гигиены, и только при этих условиях можно ожидать резкого сокращения таких распространенных заболеваний, как гастриты, полипозы, на фоне которых часто развиваются язвенная болезнь и рак, аппендицит, холецистит, панкреатит и перитонит.

Поступила 16 июля 1964 г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТОПОГРАФИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Асп. Н. А. Мифтахов

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
(зав. — проф. В. Х. Фраучи) Казанского медицинского института

Нами исследовано распределение внутрипеченочных желчных протоков на 200 коррозийных препаратах печени.

Считалось, что желчь дренируется из правой доли печени через главный коллектор — правый печеночный проток. Мы нашли правый печеночный проток лишь на 90 препаратах из 200 (45%).

Куино (1957) отмечает наличие правого печеночного протока у 55% исследованных им препаратов.

В распределении протоков правой доли резко выражена двухэтажность: желчные протоки висцеральной поверхности печени не сообщаются с протоками диафрагмальной. Это отмечают П. И. Тофило (1941), Н. Д. Демешко (1955), Б. Г. Кузнецов (1957), Хили и Шрой (1953).

Основными или сегментарными протоками правой доли являются передне-верхний и задне-верхний протоки для верхнего этажа и передне-нижний и задне-нижний для нижнего. Передне-верхний проток найден на 198 препаратах, передне-нижний — на 27; задне-верхний — на 43 и задне-нижний — на 198.

Распределение желчных протоков в левой доле печени отличается значительно большей стабильностью. Левый печеночный проток — главный коллектор желчи в левой доле — был найден на 191 препарате. На подавляющем большинстве препаратов левый печеночный проток формировался из слияния двух сегментарных протоков левой доли — переднего и заднего дугообразных.

Из квадратной доли печени желчь дренировалась одним, двумя, тремя и даже четырьмя протоками. Наличие одного протока наблюдалось на 144 препаратах (72%); двух — на 43 (21,5%), трех — на 12 (6%) и четырех на одном (0,5%).

Из хвостатой доли желчь выводилась через один проток на 52 препаратах (26%); через два — на 90 препаратах (45%); через три — на 50 (25%); через четыре — на 6 (3%) и через пять — на 2 (1%).

На основании наших изысканий можно сделать новые выводы относительно сегментарного деления печени по распределению желчных протоков. Такое деление варьирует у разных индивидуумов. Принятая в литературе схема сегментарного деления печени (наиболее детально разработанная Куино — 1954, Хили и Шроом — 1953, Менза — 1958, Н. Д. Коршуновой — 1960, Ю. М. Релиным — 1962, В. Ф. Забродской — 1963) правильна лишь в отношении левой, квадратной и хвостатой долей, правая же доля может состоять из четырех, трех или двух сегментов. Соответственно этому и общее число сегментов всей печени может варьировать, равняясь восьми (четыре сегмента правой доли, два сегмента левой и сегменты квадратной и хвостатой долей), семи или шести сегментам.

Нам отмечено, что наиболее часто выпадают передне-нижний и задне-верхний сегменты правой доли (ввиду выпадения соответствующих протоков).

Согласно нашим исследованиям, нуждается в уточнении и классическая схема формирования общего печеночного протока из соединения правого и левого. На наших препаратах формирование общего печеночного протока из слияния двух ветвей вообще наблюдалось менее чем на половине обследованных нами препаратов (97 из 200 — 48,5%). Формирование из соединения правого и левого печеночных протоков отмечалось на 65 препаратах (32,5%). На большинстве наших препаратов отсутствовал правый печеночный проток, а на некоторых препаратах не было и левого. При отсутствии правого и левого печеночного протоков в формировании общего печеночного протока принимали участие те или иные протоки правой или левой доли.

На некоторых препаратах в образовании общего печеночного протока принимали участие протоки квадратной и хвостатой долей.

Мы установили, что наряду с дихотомическим образованием общего печеночного протока наблюдалось триподиальное (три формирующие ветви расположены в разных плоскостях), трихотомическое (три ветви расположены в одной плоскости) и рассыпное (с четырьмя, пятью и шестью ветвями) формирование общего печеночного протока.

Образование общего печеночного протока более чем из двух ветвей отмечали П. И. Тофило, П. П. Гостюнина, Н. Д. Демешко, Л. М. Нечунаев, И. И. Сосновик, Б. В. Огнев и А. А. Сызганов, Файнзингер, Гюттнер, Гюттель и Зебок. Однако у всех этих авторов формирование общего печеночного протока из слияния более чем двух ветвей наблюдалось лишь на небольшой части исследованных препаратов.

На основании наших опытов с введением контрастной массы во внутривенные желчные протоки и изучения коррозионных препаратов можно считать установленным, что не существует анастомозов между протоками правой и левой долей. Этот вопрос давно обсуждается, причем выявились три точки зрения: 1) анастомозы между правой и левой долями печени существуют (Лангенбух — 1882, И. И. Волынцев — 1902, А. М. Долиотти и Э. Фольянти — 1957); 2) анастомозы существуют в определенных местах (Ореккиа — 1951, Скартоцци и Энрико — 1952, Лонгмайер и Санфорд — 1948); 3) нет анастомозов (Ш. И. Каванишвили, Г. И. Баиров, Хиортзю, Анфосси, Куино). По-видимому, можно считать установленным отсутствие анастомозов между какими-либо внутривенными желчными протоками.

Наши исследования выявили ряд необычных мест впадения внутривенных желчных протоков. На 26 препаратах протоки правой доли при отсутствии правого печеночного протока впадали в левый печеночный проток (такое явление получило название «сдвига» или «перемещения» протоков справа налево). На одном препарате наблюдалось впадение протока левой доли в правый печеночный проток. На 7 препаратах задне-нижний проток правой доли впадал в общий печеночный проток, на одном препарате передне-верхний и задне-верхний протоки и на одном препарате задне-нижний проток правой доли впадали в желчный проток. На трех препаратах в общий печеночный проток впадал проток, дренирующий желчь из квадратной доли, и на одном — из хвостатой.

Протоки с необычными местами впадения часто назывались «дополнительными», «отклоняющимися» или «аберрантными». По нашим данным, такие протоки нельзя считать дополнительными, поскольку наблюдается исключительная вариабельность распределения внутривенных желчных протоков (особенно в правой доле). В частности, при преобладающем отсутствии правого печеночного протока, естественно, наблюдаются различные необычные места впадения внутривенных желчных протоков, прежде всего протоков правой доли.

Данные о распределении внутрипеченочных желчных протоков имеют большое практическое значение.

При выпадении системы внепеченочных желчных путей (при их непроходимости или атрезии) необходимо создавать искусственные анастомозы внутрипеченочных желчных путей с желудочно-кишечным трактом. Наложение анастомозов должно проводиться различно в зависимости от степени разрушения общего печеночного протока, от сохранения или отсутствия его начального отдела. Если культя общего печеночного протока отсутствует, то наложения анастомозов надо проводить с каждой ветвью, формирующей общий печеночный проток. Это является прямым следствием отсутствия анастомозов между внутрипеченочными желчными протоками.

Если образующие общий печеночный проток ветви не поддаются выведению, рекомендуется проводить анастомозирование внутрипеченочных желчных протоков с желудочно-кишечным трактом с предварительной резекцией печени. Такая резекция скрывает доступ к более мелким желчным протокам, с которыми по отдельности нужно производить анастомозирование. В частности, необходимо накладывать отдельные анастомозы на желчные протоки правой и левой долей, поскольку между этими протоками нет естественных анастомозов.

Особенно затруднительным является наложение анастомозов между желудочно-кишечным трактом и протоками правой доли. Мы полагаем, что наилучшим способом искусственного дренирования желчи из правой доли является анастомозирование четырех протоков правой доли с желудочно-кишечным трактом (по два протока на каждый этап).

Для отведения желчи из левой доли печени при невозможности выделения левого печеночного протока мы считаем наиболее удобным анастомозировать с желудочно-кишечным трактом передний дугообразный проток (он больше по калибру, чем задний).

При проведении резекции левой доли печени необходимо учитывать, что нередко такая резекция может повредить дренированию желчи из других отделов печени, прежде всего из правой доли. Поэтому перед проведением долевой резекции вначале следует установить, какой вариант распределения внутрипеченочных протоков имеется в данной печени.

Еще большее значение имеют данные о распределении внутрипеченочных желчных протоков. Перед сегментарной резекцией печени хирург должен путем предоперационной холангиографии уяснить распределение внутрипеченочных желчных протоков.

По нашим же данным, возможны три варианта сегментарного деления печени, и только лишь после установления того, какой именно вариант имеется у данного больного, хирург может приступать к резекции печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. Вест. хир. им. Грекова, 1959, 2.— 2. Волинцев Г. И. О показаниях к хирургическому лечению при заболеваниях желчных путей. Докт. дисс. Москва, 1902.
3. Гостюнина П. И. Анатомия желчных протоков печени человека. Автореф. канд. дисс. Волгоград, 1952.— 4. Демешко Н. Д. Распределение крупных желчных протоков в печени человека. Автореф. канд. дисс. Воронеж, 1955.— 5. Забродская В. Ф. Хирургия. 1963, 8.— 6. Кеваншвили Ш. И. Тр. Тбил. гос. мед. ин-та. 1954, 8.— 7. Коршунова Н. Д. Сб. науч. тр. Ивановского гос. мед. ин-та, 1960, вып. 23.— 8. Кузнецов Б. Г. К анатомии внутриорганных ветвлений кровеносных сосудов и желчных протоков печени человека. Автореф. канд. дисс. Горький, 1957.— 9. Огнев Б. В. и Сызганов А. Н. Тр. 18 съезда росс. хирургов, М., Медгиз, 1926.— 10. Репин Ю. М. Тр. Ленингр. сан-гигиен. мед. ин-та, Л., 1962, т. 74.— 11. Сосновик И. И. Анатомия внутрипеченочных желчных путей и ее значение для хирургии. Автореф. докт. дисс. Л., 1961.— 12. Тофило П. И. Топографическая анатомия внутрипеченочных желчных протоков по данным холангиографии. Автореф. канд. дисс. Л., 1941.— 13. Anfossi C. Arch. Sc. Med. 100. 1955.— 14. Couinaud C. Le foie Paris. 1957.— 15. Couinaud C. Journ. Chir., 70, 4, 1954.— 16. Dogliotti A. M., Fogliati E. Surg., 1954, 36, 1.— 17. Fainsinger M. South., Afric., J. Med. Science, 1950, 15, 3.— 18. Hittner I., Huttl T. u Zsebok Z., Zbl. f. Chir., 1953, 78, 45.— 19. Healey J. E. and Schroy R. C. Arch. Surg., 1953, 66, 5.— 20. Hjortsjo C. H. Acta anatom., 1951, 11, 4.— 21. Langenbuch C. Chirurgie der Leber und der Gallenblase, B. 12, 1894, Stuttgart.— 22. Longmire W. P. and Sanford M. C. Surg., 1948, 24.— 23. Mensa C. Min., Chir., 1958, 13, 8.— 24. Orecchia C. Min., Chir., 1951, 6, 50.— 25. Scartozzi C., Entrico L. Min., Chir., 1952, 7.

Поступила 24 февраля 1964 г.