

При анализе собственного клинического материала мы отнесли возраст до 15 лет к детскому, а с 15 до 25 лет — к юношескому, основываясь на том, что к этому времени завершается возрастная периодизация человеческой жизни. Аналогичной точки зрения придерживаются М. М. Левин, А. А. Федоровский, Б. А. Дмитриева и др.

За 1946—1963 гг. в клинике лечилось 1252 больных холециститом, причем 98 чел. (8%) были в возрасте до 25 лет, из них 11,2% заболело в детстве, а 88,8% — в юношеском возрасте. 22 чел. были мужского пола, 76 — женского.

Одни авторы (А. В. Смирнов, М. Г. Шрайберг) считают, что клиника острого холецистита в детском и юношеском возрасте такая же, как и у взрослых; другие (А. М. Степанов, З. И. Богданова, С. Д. Голигорский и др.) говорят о больших трудностях диагностики объясняется позднее поступление этих больных в стационары (А. М. Степанов, А. И. Степанов). Так, среди наших больных 89 чел. доставлены службой скорой помощи, и только 9 поступили в плановом порядке.

В первые 6 час. от начала заболевания поступило 3 чел., в первые 24 часа — 23, в первые 3 суток — 19 и после 3 суток — 30 чел. (40%) (у 14 чел. начало заболевания не установлено). Поэтому в 24,5% (у 24 чел.) диагноз был ошибочным.

Болевой синдром был у всех 89 больных с острым холециститом, но типичная локализация болей в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку была только у 50%. Диспепсические расстройства (отрыжка, тошнота, рвота) были у 74 больных, повышение температуры — у 65, желтуха — у 9, увеличение печени — у 21, увеличение желчного пузыря — у 20, защитное напряжение брюшной стенки в правом подреберье — у 56 больных и типичные симптомы Ортнера и Мюсси — в 55%.

Нейтрофильный лейкоцитоз отмечен только в 61%, в 5% — довольно выраженная лейкопения. Исследование дуоденального сока было сделано у 27 больных, и только у 11 обнаружена патология. Внутривенная холеграфия была произведена у 14 больных, патология выявлена в 5%. Желудочный сок исследован у 12 больных, причем кислотность оказалась пониженной у 8.

Таким образом, к особенностям клиники и течения холецистита в юношеском возрасте следует отнести атипичность болевого синдрома, отсутствие температурной реакции (в 35%), отсутствие напряжения брюшной стенки и типичных симптомов холецистита Ортнера и Мюсси (в 40%).

Длительность заболевания до 1 года была у 20 наших больных, от 2 до 5 лет — у 19 и более 6 лет — у 14. У 5 больных начало заболевания не установлено. Выше 40% больных поступили с первым приступом острого холецистита.

С острым холециститом поступило 83 чел., с хроническим рецидивирующим — 11, с постхолецистэктомическим синдромом — 4. У 6 больных из 98 был лямблиозный холецистит и у 2 — дискинезия желчного пузыря.

Из 98 наших больных 86 лечились консервативно; после купирования острого приступа они были направлены для дальнейшего обследования и лечения в терапевтические стационары. 6 чел. оперированы в первые 3 суток от начала заболевания в связи с безуспешностью консервативной терапии, 5 — в первые 2 недели, после стихания острого приступа, в связи с длительностью заболевания и частым повторением приступов. Всем больным сделана холецистэктомия.

При первом приступе острого холецистита оперировано 3 чел., в первые 3 года болезни — 2, в первые 4—8 лет — 6. Послеоперационных осложнений не было.

В вопросах тактики врача при холециститах у больных детского и юношеского возраста единства пока нет. Мы считаем, что показания к операции в детском и юношеском возрасте должны быть ограничены только случаями острых деструктивных форм. Анализ клинического материала и данные литературы показывают, что лучшей операцией при холециститах является удаление желчного пузыря.

УДК 611.36

О ТАК НАЗЫВАЕМЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ ПЕЧЕНИ ЧЕЛОВЕКА

Н. А. Мифтахов

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. — проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Термин «дополнительные» или «добавочные» желчные протоки был введен еще в XVIII столетии Форейном для обозначения желчных протоков с необычным маршрутом и, главное, с необычным местом впадения во внепеченочные желчные пути, а именно — в общий или желчный протоки. По широко распространенному представлению, эти протоки якобы проводят дополнительный дренаж желчи наряду с долевыми или сегментарными протоками печени человека и таким образом являются

«дополнительными» или «добавочными» по отношению к так называемым «основным» внутрипеченочным желчным протокам.

Некоторые авторы (Хили и Шрой, 1953; Куино, 1957) считают более подходящим термин «абберрантные», т. е. отклоняющиеся от обычных мест впадения сегментарных желчных протоков.

Существовало мнение, что в основном дополнительные протоки расположены в правой доле печени (А. Лурье, 1933; Л. Г. Фишман и А. Н. Кревер, 1930; Бюиссенс, 1959; Хили и Шрой, и др.). Правда, И. И. Сосновик (1962) отмечал наличие дополнительных протоков и в левой доле печени. Однако эти данные не встречали подтверждения в работах других авторов.

Вопрос о дополнительных внутрипеченочных желчных протоках имеет не только чисто анатомическое, но и хирургическое значение. Чтобы выяснить, существуют ли они, мы обследовали 200 коррозийных препаратов печени человека.

В результате было установлено, что классическая схема распределения желчных протоков правой доли не соответствует действительности. Расположение протоков в этой доле отличается крайней вариабильностью. В большинстве случаев правый печеночный проток как главный коллектор отсутствует (на 110 препаратах из 200, или в 55%) и заменяется двумя, тремя или четырьмя сегментарными протоками: передне-нижним, передне-верхним, задне-нижним, задне-верхним, причем места их впадения сильно варьируются. Так, на 9 препаратах (4,5%) нами было отмечено впадение сегментарных протоков правой доли во внепеченочные желчные пути: на 8 препаратах — в общий печеночный и на одном — в желчный проток (рис. 1).

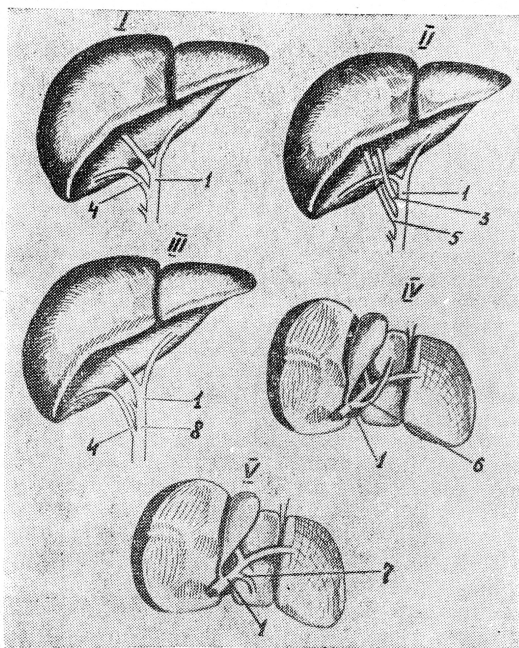


Рис. 1. Схемы впадения протоков правой, квадратной и хвостатой долей в общий печеночный и желчный протоки.

I вариант: общий печеночный проток (1) образуется дихотомически из слияния двух протоков, задне-нижний проток правой доли (4) впадает в общий печеночный (1); II вариант: в общий печеночный проток (1) впадают передне-верхний (3) и задне-верхний (5) протоки правой доли (4) впадает в желчный проток (8); IV вариант: в общий печеночный проток (1) впадает желчный проток квадратной доли (6); V вариант: в общий печеночный проток (1) впадает желчный проток хвостатой доли (7).

Но эти сегментарные протоки с необычным местом впадения нельзя называть дополнительными, добавочными или отклоняющимися. Они ничего не дополняют и ни от чего не отклоняются, а представляют собой один из многих вариантов распределения протоков правой доли при отсутствии правого печеночного протока (рис. 2). Нами установлено наличие 10 других вариантов, при которых протоки правой доли уже не впадают во внепеченочные желчные пути. Упомянутые выше протоки дрени-

руют желчь из правой доли, и выключение их неизбежно привело бы к застою желчи и циррозу в тех или иных отделах правой доли.

Таким образом, дополнительных протоков в правой доле не существует, и едва ли можно пользоваться ранее применявшимся в литературе термином «дополнительный» или «добавочный» по отношению к желчным протокам правой доли.

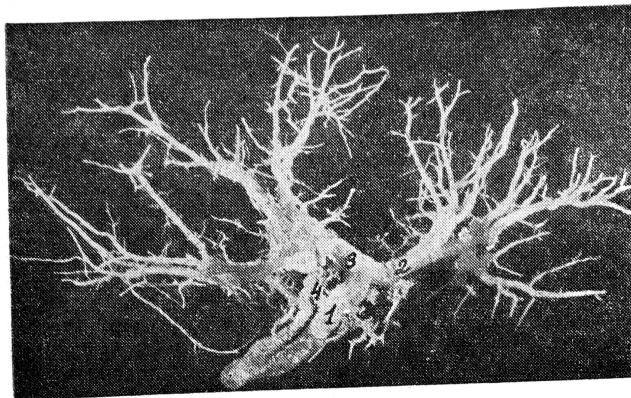


Рис. 2.

Общий печеночный проток (1) формируется дихотомически из слияния левого печеночного (2) и передне-верхнего протока правой доли (3). Правый печеночный проток как основной ствол отсутствует и заменяется двумя протоками: передне-верхним (3) и задне-нижним (4). Задне-нижний проток правой доли (4) впадает в общий печеночный (1) проток.

Что касается левой доли, то при обследовании наших 200 препаратов мы не нашли в ней каких-либо дополнительных протоков. Мы смогли только подтвердить результаты всех авторов, изучавших распределение желчных путей левой доли.

Интересно отметить, что желчные протоки квадратной и хвостатой долей могли впадать во внепеченочные желчные пути, подобно тем протокам правой доли, которые раньше назывались дополнительными. Так, например, на 3 препаратах проток, дренирующий желчь из квадратной доли, впадал в общий печеночный проток. На одном препарате в общий печеночный проток впадал желчный проток хвостатой доли.

Констатация отсутствия дополнительных протоков в печени имеет практическое значение. Все внутрипеченочные желчные протоки равноценны в том смысле, что они дренируют желчь из соответствующих отделов печени. Это делает особо ответственной задачу хирурга, проводящего операцию на печени и системе желчевыводящих путей. Желчные протоки, впадающие в систему внепеченочных желчевыводящих путей, ни в коем случае не должны повреждаться: это может привести к выключению дренирования желчи с вытекающими отсюда осложнениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурье А. Вестн. хир., 1933, 2. — 2. Сосновик И. И. Анатомия внутрипеченочных желчных путей и ее значение для хирургии. Автореф. докт. дисс., Л., 1962. — 3. Фишман Л. Г. и Кревер А. Н. Вестн. рентгенол., 1930, 1. — 4. Buussens N. Acta Anatomica, 1959, 38, 1—2, 63—78. — 5. Couinaud C. Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales. Paris, 1957, 530 (Les voies biliaires intra-hepatiques). — 6. Healey A. Schroy P. C. Arch. Surg., 1953, 66, 5, 599—616.

УДК 616.613—003.7—039.31—616—089.5—031.84

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИТАЗОВОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ¹

В. Е. Кузьмина и Б. И. Зак

Кафедра урологии (зав. — доктор мед. наук В. Е. Кузьмина) Казанского ГИДУВА им. В. И. Ленина

Предложенная Л. Г. Школьниковым и В. П. Селивановым (1955) внутритазовая анестезия при переломах таза относится к разновидностям новокаиновой блокады. Она нашла широкое применение в травматологии.

¹ Должено на XVI научной сессии Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР, Казань, 1965.