

## ИНВАГИНАЦИОННАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ

Доц. А. М. Артемьев

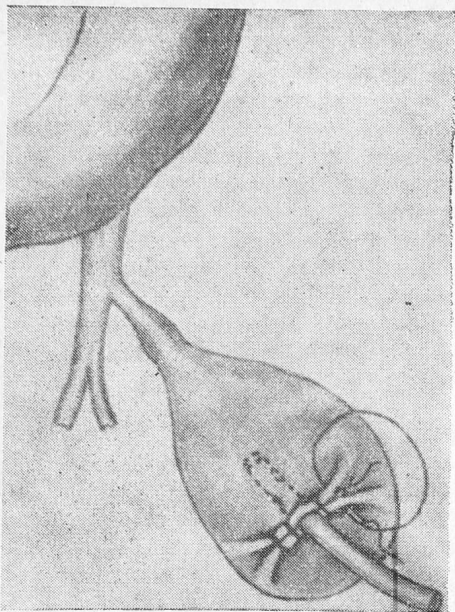
*Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. В. С. Ворончихин) Ижевского  
медицинского института*

При остром холецистите и желчнокаменной болезни по определенным показаниям нередко прибегают к холецистостомии. Целесообразность этой щадящей, органосохраняющей, дренирующей и спасительной операции у тяжелых, пожилых и старых больных с желчным перитонитом, резким нарушением функции печени признают многие хирурги [1, 3, 4, 6].

Техника наложения холецистостомии описана в учебниках и монографиях и выполняется двумя способами. При первом после вскрытия дна пузыря и введения трубки края раны фиксируют отдельными узловатыми швами к передней брюшной стенке (к брюшине с апоневрозом) с целью предупреждения попадания инфицированной желчи в полость брюшины. Дренажную трубку дополнительно ограничивают тампонами. При втором после введения и фиксации трубки через колотый разрез дна пузыря и трубку ограничивают от полости брюшины несколькими марлевыми салфетками для предупреждения подтекания желчи в полость живота и возникновения перитонита. Через 7—9 дней марлевые салфетки удаляют под внутривенным тиопенталовым или ингаляционным наркозом [5]. При обоих методах создают искусственное сращение пузыря с брюшной стенкой и прилежащими органами, что, по нашему мнению, отрицательно сказывается в последующем на функции пузыря. Фиксированный пузырь резко ограничивает глубокое дыхание, необходимое особенно для больных пожилого и старческого возраста. После извлечения трубки, как правило, образуется длительно функционирующий наружный желчный свищ, даже при наличии свободной проходимости гепатохоледоха в двенадцатиперстную кишку. Применяемый кисетный шов вокруг трубки часто не спасает больных от желчного свища, так как лигатура легко инфицируется и отходит вместе с трубкой наружу, слизистая выпадает в рану и прирастает к коже живота; формируется губовидный свищ, требующий в последующем оперативного закрытия. Длительная потеря желчи отрицательно сказывается на пищеварении и психике больных, не говоря уже о действии желчи на окружающие ткани и кожу живота.

С целью устранения упомянутых недостатков и осложнений в факультетской хирургической клинике Ижевского медицинского института за последние два года холецистостомия производится по видоизмененной методике.

Модификация заключается в следующем. После вскрытия полости брюшины желчный пузырь ограничивают марлевыми салфетками от брюшной полости. Затем на дно пузыря накладывают 2 шелковые лигатуры-держалки. Разрезом между лигатурами вскрывают полость пузыря; содержимое удаляют электроотсосом. Просвет пузыря обильно орошают теплым 0,25% раствором новокаина. Струей жидкости при промывании удаляют замазку, песок, мелкие камни и инфицированную желчь. После орошения полость пузыря проверяют пальцем и удаляют оставшиеся камни. Камень, вклинившийся в шейку или пузырьный проток, извлекают через продольный разрез стенки над камнем. Рану зашивают однорядным внутриузелковым серозно-мышечным швом по Пирогову — Матешуку. После удаления конкрементов убеждаются в проходимости пузырьного протока (зондированием, поступлением свежей порции желчи из желчного протока, по свободному поступлению новоскаинового



Дренажная трубка фиксирована дополнительными боковыми швами. Показана методика наложения шва.

раствора в гепатохоледох и контрастной рентгенографией). Одновременно контролируют проходимость общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку (зондированием и рентгеноманометрией). В случае общего тяжелого состояния больного операцию быстро завершают наложением свища.

Отступя от краев раны до 2 см по бокам накладывают два внутриузелковых серозно-мышечных шва без захватывания слизистой оболочки пузыря. При затягивании швов свободные края раны погружают (инвагинируют) в полость пузыря. Между лигатурами в просвете оставляют резиновую трубку. Лигатуры затягивают и завязывают. Если трубка фиксируется лигатурами недостаточно прочно, то ближе к трубке накладывают дополнительный шов. Углы раны зашивают 2—3 узловатыми внутриузелковыми серозно-мышечными швами (см. рис.).

Таким образом, по нашей методике трубку оставляют в свободной брюшной полости без тампонов, и

дно пузыря не фиксируют к брюшной стенке. Полость брюшины после орошения 0,25% раствором новокаина зашивают послойно с выведением и фиксацией трубки на поверхность кожи.

При случайном выпадении или извлечении трубки из пузыря истечения желчи в брюшную полость и наружу не наблюдалось, так как отверстие закрывалось инвагинированными свободными краями стенки пузыря, в частности слизистой оболочкой. Это мы проверяли контрастной холецистохолангиографией. Снимки делали до и после извлечения трубки в различные сроки пребывания в пузыре, причем ни разу не встретили попадания контраста в полость брюшины.

При наложении инвагинационной холецистостомы необходимы следующие два условия: 1) чтобы стенка пузыря сохраняла достаточную ригидность без значительных пато-морфологических изменений; 2) нужно быть уверенным в отсутствии полной блокады общего желчного протока, так как при закупорке дренажной трубки могут возникнуть осложнения.

При остром деструктивном и хроническом склерозирующем холецистите, когда стенки резко утолщены, к такой методике прибегать не следует ввиду возможности прорезывания швов; к тому же трудно рассчитывать на то, что грубо измененные, лишенные эластичности стенки при инвагинации выполнят роль «обратного клапана».

По данной методике оперировано 11 больных. 7 больным пожилого и старческого возраста инвагинационная холецистостомия была произведена по поводу обострения калькулезного холецистита с тяжелым течением и резкой интоксикацией организма. Этим больным холецистэктомии по жизненным показаниям произвести было нельзя. 6 из них выздоровели. 1 больная, 75 лет, на 4-е сутки после операции скончалась. Холецистостомию ей накладывали по поводу перфоративного холецистита с разлитым желчным перитонитом. Перфорация наступила в области шейки пузыря (пролежень от камня). На остальном протяжении

пузырь был без значительных воспалительных изменений, поэтому и было решено наложить инвагинационную холецистостому, а перфоративное отверстие ушить. Заболевание осложнилось расстройством мозгового кровообращения, правосторонним гемипарезом. На секции швы на пузыре держались прочно, истечения желчи в полость живота мимо трубки не было. До наступления смерти по трубке выделялось до 400—500 мл желчи за сутки.

1 больной, 23 лет, свищ был наложен в связи с гнойным холангитом с множественными мелкими подкапсулярными абсцессами печени. Холецистостомия была дополнена гепатохолангиостомией. Больная выздоровела.

У 1 больной, 56 лет, к дренированию через пузырь прибегли по поводу холецистопанкреатита с геморрагическим некрозом. Кроме того, дополнительно было произведено вскрытие капсулы поджелудочной железы с новокаиновой инфильтрацией вокруг железы и дренирование сальной сумки. Наступило выздоровление.

У 1 больного, 42 лет, была закрытая травма печени с повреждением гепатохоледоха. На рану печеночно-желчного протока наложили однорядный внутриузелковый серозно-мышечный шов по Пирогову — Матешуку и инвагинационную холецистостому. Больной выздоровел.

1 больная, 68 лет, оперирована по поводу механической желтухи, вызванной вклинившимся в область фатерова соска камнем. Произвели супрадуоденальную холедохотомию и трансдуоденальную супрапиллярную холедохолитодуоденостомию. На раны желчного протока в супрадуоденальной части и двенадцатиперстную кишку был наложен однорядный внутриузелковый серозно-мышечный шов. Для декомпрессии гепатохоледоха была наложена инвагинационная холецистостомия. Выздоровление.

Таким образом, из 11 оперированных с применением инвагинационной холецистостомии больных 10 выздоровели. После удаления трубки свищи у всех закрылись на 2—3-и сутки. Истечения желчи из свища после удаления трубки ни у одного из оперированных не наблюдалось. Закрытие стомы в короткие сроки можно объяснить отсутствием выпадения в рану слизистой оболочки.

Инвагинационная холецистостомия проста по технике выполнения, исключает тампонаду брюшной полости и фиксацию пузыря к передней брюшной стенке, предупреждает образование спаек и наружных желчных свищей. Она не влияет на физиологическую функцию пузыря, в частности на моторную, не нарушает функцию дыхания, что особенно важно у больных пожилого и старческого возраста с легочно-сердечными заболеваниями.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Житник Р. И. Вестн. хир., 1961, 4.— 2. Матешук В. П. Сабуров Е. Я. Техника резекций и анастомозов с применением однорядного внутриузелкового шва. Ярославль, 1962.— 3. Напалков П. Н. Хирургия, 1955, 5.— 4. Петров Б. А. Тр. 6-го пленума Всесоюзн. об-ва хирургов. Л., 1957.— 5. Смирнов Е. В. Хирургические операции на желчных путях. Медгиз, 1961.— 6. Шаханова Э. А. Вестн. хир., 1959, 2.