

После этого больная еще дважды лечилась в стационаре: с 18/IX-61 г. по 11/XI-61 г. и последний раз — с 18/XI-61 г. по 23/II-62 г. (день смерти).

Прогрессировала кахексия, обнаруживалось незначительное уплотнение печени в ее правой доле в зоне желчного пузыря.

Смерть больной произошла 23/II-62 г. при нарастающей сердечной слабости, резко выраженной желтухе и малокровии. Клинический диагноз: первичный рак печени, вторичное малокровие, дистрофия миокарда, раковые метастазы в легкие.

Патологоанатомический диагноз (прозектор А. В. Константинов). «Рак желчного пузыря с прорастанием в луковицу двенадцатиперстной кишки и частично в пилорическую заслонку желудка с последующим расплавлением стенок и образованием единой общей полости из желчного пузыря и луковицы двенадцатиперстной кишки с небольшим сужением последней; камень общего желчного протока с расширением его просвета в среднем отделе, единичные мелкие метастазы рака во всех долях легкого, обширные фиброзные спайки в области желчного пузыря и луковицы двенадцатиперстной кишки, резко выраженные дистрофические изменения внутренних органов».

Л. Х. Мавзютов (Казань). Ушивание конец в конец и канализация общего желчного протока после полного его пересечения¹

Повреждения общего желчного протока при резекции желудка встречаются в 0,2—1,8% операций при аномалии в расположении протока, при захвате протока вместе с сосудом (остановка кровотечения), при рубцовых сращениях в области печеночно-двенадцатиперстной связки и смещении протока.

При полной перерезке протока применяют: 1) сшивание конец в конец без дренажа протока; 2) наложение анастомоза центрального отрезка общего желчного протока с желудком или с двенадцатиперстной кишкой без дренажа протока (холедохо-гастро- или дуоденоанастомоз) или анастомоз с тощей кишкой; 3) обе первых операции со скрытым дренажем желчного протока резиновой или полихлорвиниловой трубкой; 4) холецистоэнтеро (гастро)стомию с перевязкой обоих отрезков протока; 5) скрытый длительный управляемый дренаж по Е. В. Смирнову, когда центральный конец дренажной трубки, введенной в проток, подшивается к нему, а латеральный выводится в двенадцатиперстную кишку; 6) дренаж по Фелькеру с модификацией по Б. С. Розанову и Е. В. Смирнову, с анастомозом центрального конца желчного протока со свободным концом тонкой кишки, взятой в 15 см от Трейцовой связки, и последующим У-образным энтероэнтероанастомозом; 7) при большом дефекте общего желчного протока (главным образом при раковых поражениях) — пластику протока резиновой трубкой и окутыванием места дефекта сальником; 8) пластику свободным участком тонкой кишки на сосудистой ножке; 9) пластику трубкой желудка на ножке.

В нашем наблюдении при пересечении общего желчного протока по предложению проф. В. Н. Шубина была применена модификация канализации резиновой трубкой при сшивании конец в конец.

И., 24 лет, поступил 10/XI-61 г. с диагнозом: органический стеноз привратника на почве язвенной болезни желудка. 17/XI-61 г. произведена резекция желудка (Л. Х. Мавзютов). Обезболивание — местное, с премедикацией накануне и в день операции. Во время выделения двенадцатиперстной кишки из сращений был случайный перерезан общий желчный проток, подтянутый к верхней горизонтальной части кишки. В рубцах найден дистальный отдел протока длиной около 2—2,5 см, проксимальный конец длиной 0,3 см обнаружен в глубине операционной раны, под печенью, также в рубцах. В дистальном отрезке желчного протока, в 2 см от места пересечения, сделано отверстие, через которое вставлен резиновый катетер № 10, проведенный через проксимальный отдел протока до печени. Желчный проток шит пятью однорядными швами над дренажем с помощью атрауматических игл. К месту швов протока подведены две марлевых полоски и резиновая трубка. Швы на брюшную стенку.

В первые двое суток после операции из общего желчного протока по трубке вытекало 300 мл желчи, к 9 дню количество желчи уменьшилось до 50 мл. Из трубки, введенной в брюшную полость, в первые дни вытекало до 100 мл желчи, на 4—5 день — по 50 мл, с 6 дня истечение желчи прекратилось, трубка удалена. Марлевые полоски удалены на 11 день, трубка из желчного протока — на 12. Из свища в операционной ране по средней линии живота выделялось 10—20 мл желчи. Свищ закрылся на 14 день, заживление раны первичным натяжением. В первые 3—4 дня после операции кал был умеренно обесцвечен, в последующие дни окраска стала нормальной. На 23 день больной выписан в хорошем состоянии.

¹ Доложено на заседании хирургического общества ТАССР в декабре 1961 г.