

## Внутрипеченочные камни.

Проф. М. А. Чалусова.

Вопрос о внутрипеченочных камнях довольно плохо освещен в литературе, а между тем он имеет и теоретическое, и отчасти немаловажное практическое значение. Каждый мясник знает, что при обработке печени животных в ней иногда можно встретить желчные камни различной консистенции и в различных количествах. Веер указывает, что 8,3% печеночных желчных камней встречается при вскрытиях. Bland-Sutton в своей работе дает рисунок (привожу по С. П. Федорову, стр. 71), где видно, как печеночные ходы наполнены камнями различной величины.

Но как часто внутрипеченочные камни встречаются в печени человека при операциях над желчным пузырем и желчными протоками? Какое они имеют отношение вообще к пузырно-желчнокаменной болезни? Встречаются ли камни одновременно и в печени, и в желчном пузыре? Какая связь существует между внутрипеченочными и пузырными камнями? Какое отношение имеют внутрипеченочные камни к рецидивам желчных камней в протоках и в желчном пузыре?—вот вопросы, которые не только различно решаются разными авторами, но часто и вовсе не затрагиваются. А между тем незнание с вопросом о внутрипеченочных желчных камнях ставит хирурга иногда в неловкое положение как в смысле диагноза, так особенно в смысле прогноза. Посмотрим впрочем, что имеется на этот счет в литературе вопроса.

Проф. С. П. Федоров в своей монографии „Желчные камни и хирургия желчных путей“ говорит: „Мне пришлось однажды удалить через гепатикотомию 60 камней, а также и пузырь, набитый такими же камнями. Благодаря дренажу печеночного протока, в послеоперационном периоде отошло еще 5 камней“.

До 1911 г. наиболее полно вопрос этот был разработан Noguchi, который в одном из своих случаев поставил клинический диагноз „желчного камня в d. choledochus или hepaticus“; при операции, к своему удивлению, он в предполагаемых местах камня, однако, не нашел, а нашел его в веществе печени, на ее нижней поверхности; через гепатикотомию камень был удален; он как-бы плавал в желчи, был очень хрупкой консистенции и был вычерпан ложкой. Больной страдал, по словам Noguchi, настоящими припадками желчнокаменных коликов.

Как проф. С. П. Федоров, так и Noguchi в своих работах ссылаются на авторов, которые встречались с внутрипеченочными камнями или при операциях по поводу печеночных абсцессов, или на секционном столе, причем во многих случаях, как в случае Kosher'a, можно было и ранее заподозрить возможность внутрипеченочного камня. Hawkes определил присутствие такого камня путем рентгенодиагностики.

Конечно, не только Kehr'y, Robson'y, С. П. Федорову, но и многим другим известно, что после полного удаления желчного пузыря при дренировании протоков наблюдается выход желчных камней: в подобных случаях это явление объясняется,—если не ошибаюсь, с легкой руки Кehr'a—по шаблону: „эти камни суть те камни, которые остались незамеченными в протоках при операции“; при истолковании рецидивов камней путаница еще больше: „рецидивы камней—это камни, ускользнувшие при операции вверх по протокам и оставшиеся незамеченными“. Так-ли это,—это, как увидим ниже, еще большой вопрос.

Haasler говорит о внутрипеченочных камнях: „...Nicht nur die groben Veränderungen, wie Leberabscesse und drohende Perforationen, auch andere Arten cholangitischer Herde können unter der Kapsel bemerkbar sein und einen Eingriff erfordern. Auch intrahepatische Steinherde, meiner Ansicht nach ein Hauptursache der Steinrecidive im choledochus. kann man auffinden und zu beseitigen versuchen“...

Поэтому Haasler совершенно справедливо рекомендует при всякой операции на печени, желудке и смежных с ними областях обследовать печень пальпацией, каковое обследование, по Haasler'y, полезно не только в смысле определения внутрипеченочного очага, но и в смысле определения консистенции и величины печени, что нередко служит важным моментом при выработке правильного прогноза.

Из цитируемой мною статьи Haasler'a невидно, встречался-ли он сам с внутрипеченочными желчными камнями, или составил свое мнение на основании только литературных данных. Зато W. Mayo встретил три подобных случая; он говорит: „In all one or more stones were found in the gallbladder or in the adjacent liver border“... G. Connell утверждает, ссылаясь на Hawkes'a и др., что конкреции встречаются и могут быть удалены из любой части желчного аппарата. I. Erdmann, разбирая вопрос о наличии множественных камней одной величины в протоках и желчном пузыре, говорит: „We are all aware of the presence of hepatic stones, and in view of this established fact, I advance the above argument as to the possible migration from the liver to the gallbladder“. Не менее определенно выражается Walton, указывающий на то, что нередко наблюдается одновременное присутствие мелких камней или известкового песка высоко в печеночном протоке (или протоках), в пузыре, в d. cysticus и d. choledochus; эти мелкие конкременты, этот песок, по его мнению, и служат ядрами для образования нижележащих камней. Körte, узнав от проф. Vendra, что при застоях желчи патолого-анатомам нередко приходится встречать в желчных ходах печени различные конкременты, стал держаться такого мнения: „Ich halte dieselben für einen Beweis, dass die Concrementbildung nicht nur in der Blase, sondern unter gewissen Bedingungen auch in den Gallenwegen der Leber vor sich gehen kann, und halte ich dieselben für die Anfänge neuer Gallensteine“.

Не желая затрудждать свою статью дальнейшими цитатами, перейду к описанию своего случая, который, мне кажется, довольно ярко освещает многие стороны вопроса о внутрипеченочных камнях; кроме того, случай этот интересен тем, что здесь дело шло об одновременном присутствии солитарного камня в желчном пузыре и камней на перифе-

при печени, вдали от пузыря; подобных случаев я не встречал в доступной мне литературе.

Больная С., 45 лет, замужняя, поступила в Самарскую Центральную Советскую больницу имени Н. И. Пирогова в 1925 г. Считает себя больной лет 12, когда у ней стали появляться боли в правом боку под ребрами; боли эти иногда совсем проходили, иногда появлялись вновь то сильнее, то слабее, тяжесть же и какают-то неловкость под ребрами чувствовалась почти постоянно, особенно при работе. За последние две недели у больной развились сильные боли в правом подреберье, рвота, затрудненное дыхание и резкая слабость, заставившие ее пролежать в постели три дня. С. всю свою жизнь страдает ревматизмом, причем лет 10 тому назад у ней сильно распухали суставы. Перенесла крупозную пневмонию. Желтухи никогда не наблюдала.

Больная ниже среднего роста, подкожный жирный слой у ней развит очень слабо, мускулатура тоже. В крупных суставах хруст. Сердечный толчек смещен кнутри и книзу. На первом тоне слабый шум, перебой. В правой доле легкого ослабленное дыхание. Правая половина живота вздута, правое подреберье выпячено. Печень прощупывается на два пальца ниже подреберья; в области желчного пузыря определяется опухоль с  $\frac{1}{2}$  кулака величиною, при пальпации болезненная. Селезенка не прощупывается. Поперечно-ободочная кишка болезненна; стул задержан,  $t^{\circ}$  нормальная. Диагноз *cholelithiasis, cholecystitis chronica*.

3/II 25 г. операция под местной инфильтрационной анестезией 1% раствором кокаина. Разрез по краю правого подреберья. Печень темно-сизого цвета, значительно увеличена; желчный пузырь в сращениях, достигающих величины кулака; последовательное отделение сращений с желудком, салынником, с печенью и поперечно-ободочной кишкой. Сам пузырь значительно увеличен, темнокрасного цвета, стенки его плотны, толсты и напряжены; через них прощупывается камень величиною с грецкий орех. *Dd. cysticus, hepaticus* и *choledochus* свободны. При пальпации печени на ее наружно-верхней поверхности, приблизительно по *lip. mamillararis dext.*, у края ребер, прощупывается узел величиною и формой с миндалем; через разрез печени удалена целая цепочка камней; печеночная рана закрыта швами, кровотечение ничтожно, желчи незаметно. Желчный пузырь удален, дренаж желчного протока, изолирующая полоска марли по ходу дренажа; рана живота, кроме места выхода дренажа и полоски, зашита наглухо. Повязка. Больная перенесла операцию без единой жалобы; пульс слабый, как и до операции, тошнота.

4/II. Больная слаба;  $t^{\circ}$  нормальна. *Ol. samphogae* под кожу.

5/II. Рвота; пульс слаб и част, иногда больная теряет сознание;  $t^{\circ}$  нормальна. Промыт желудок, в котором оказалось много желчи; после того рвота и тошнота прекратилась. *Ol. samphogae* под кожу.

6/II. Больная еще слабее, пульс частый, малый; впрыснута 10,0 камфарного масла и 3 литра физиологического раствора. Несмотря на это слабость продолжала прогрессировать, и в 6 ч. веч. наступила смерть; вскрытие, вследствие несогласия родственников, произведено не было.

Солитарный камень, удаленный из пузыря, во влажном виде был почти черного цвета; местами на нем, особенно по его малой окружности, выступали вкрапления беловато-желтоватого цвета подобно бородавкам на коже. Наибольшая окружность камня—7 сант., наименьшая—6 сант., вес  $\frac{2}{3}$  золотника. Тот же камень в сухом виде был серого цвета, вкрапления же своего цвета при высыхании не меняли. Цепочка камней из периферии правой доли печени состояла из 17 камней различной величины и причудливых форм, беловато-желтоватого цвета; все свойства их,—форма, цвет и консистенция,—ничем не отличались от таковых же свойств вкраплений в солитарный камень желчного пузыря, ибо эти вкрапления можно было без труда выковырять из почти черной массы большого камня и подвергнуть изучению.

Оставляя в стороне разбор вопроса о причине смерти больной, постараемся проанализировать нашу находку по возможности со всех сторон. Прежде всего спросим себя, одновременно-ли образовались большой камень пузыря и камни желчных протоков в периферии печени? Очевидно, нет: большой камень с поверхности оказался состоящим из почти черной массы, да и величина камней не говорила в пользу одинакового возраста их,—ясно, что камень пузыря был старше. По своему строению этот

камень оказался пигментно-холестеариновым, маленькие же камешки в периферии печени были известковые. Большой камень на распиле обнаруживал радиарное расположение основной пигментно-холестеариновой массы, за исключением периферического слоя, бывшего в 1—1,5 мм. толщиной и во влажном состоянии представлявшего почти черным (слой этот, очевидно, был самым молодым); маленькие камушки состояли из равномерной известковой массы без пигмента. В большом камне в темный периферический слой его были вкраплены камешки различной величины известкового характера, мало чем отличавшиеся от камешков с периферии печени.

Откуда,—спрашивается теперь,—взялись эти вкрапления в большой камень? Может быть только два решения этого вопроса, а именно, что эти вкрапления или образовались на месте, в желчном пузыре, или они принесены с потоком желчи из печени. В первом случае мы должны предположить, что в однообразной химической среде (желчь в пузыре) в одно и то же время образуются по крайней мере два вещества—черный пигмент, отлагающийся равномерным слоем на периферии, и выпадения извести, в виде вкраплений оседающие в то же время и в том же пигменте. Но подобное объяснение—по меньшей мере натяжка; гораздо проще, естественнее и логичнее думать, что желчные камни могут образоваться и одновременно, и в разное время, всюду по желчным путям, где есть для того подходящие условия, нам почти неизвестные; по желчным путям с током желчи камни могут передвигаться вниз по *d. hepaticus*, причем могут заходить с желчью в пузырь или проходить прямо по *d. choledochus* в *duodenum*, с током желчи из пузыря по *d. cysticus* передвигаться в *d. choledochus* и т. д. Могут-ли они естественными силами, т. е. сокращением желчного пузыря, действием жема *Oddi*, перистальтикой *duodeni* и других кишек и т. п. быть загнаны высоко в желчные ходы против тока желчи, который обуславливается теми же силами,—это большой вопрос.

За то понимание природы процесса, которое я хочу здесь выкристаллизовать, говорит целый ряд фактов. Внутрпеченочные камни, прежде всего, совсем не так редки, как об этом принято думать. Не нагромождая цитат, я беру только работу *Miyake*. Этот автор и его товарищи установили, что желчнокаменная болезнь встречается в Японии гораздо реже, чем в Германии; при этом на 56 операций над желчным пузырем и прот-ками внутрпеченочные камни встретились ему всего 3 раза, т. е. в 5,4%; из этой же работы *Miyake* видно, что на 257 вскрытий лиц, имевших желчнокаменную болезнь, внутрпеченочные камни встретились 22 раза, т. е. в 8,5%,—цифра, почти совпадающая с цифрой *Beer*'а. Однако и сумма этих цифр, 13,9%, еще не выражает частоты внутрпеченочных камней, хотя и эта сумма сама по себе почтенна и заслуживает внимания.

Изучая истории болезней того же *Miyake*, мы на 56 случаев его материала находим, что у 26 больных камни были только в *d. choledochus* или *d. hepaticus*, или и тут и там; о *d. cysticus* и желчном пузыре часто говорится: „никаких патологических изменений не имеют“. Как разрешить эту загадку? Повидимому, это можно сделать трояко: 1) камни образовались и росли в пузыре и затем были изгнаны отсюда, причем попали не только в *d. choledochus*, но и в *d. hepaticus*; 2) камни обра-

зовались и росли до момента операции или в *d. hepaticus*, или в *d. choledochus*; наконец, 3) это—внутрипеченочные камни, образовавшиеся в печеночных желчных ходах и постепенно продвигавшиеся вниз вместе с током желчи. Известно, что пузырь остается нормальным при камне только тогда, когда этот камень находится в нем очень недолго и при особо благоприятных условиях; обычно же налицо имеются изменения одной или всех стенок пузыря; поэтому принять „особо благоприятные условия“ для 26 больных вряд-ли возможно. Далее, допустить рост камней в *d. hepaticus* или *d. choledochus* возможно только при их ущемлении—или полном, или частичном, что возможно для камней чаще всего средней величины (маленькие же проходят в большинстве случаев беспрепятственно и незаметно); но для допущения образования и длительного роста камней в *d. hepaticus* или *d. choledochus* до момента ущемления надо создать особые условия; надо думать, что эти условия и создаются появлением внутрипеченочных камней и в *d. hepaticus*, и в желчном пузыре, и в *d. choledochus*, и даже в *d. cysticus*.

Таким образом, если только часть этих 26 находок,—ну, хоть только 10%,—прибавить к 13,9%, то мы получим общую частоту внутрипеченочных камней около 25%. Надо думать все-таки, что они фактически встречаются еще чаще.

Если изучать внутрипеченочные камни в связи с клиническими историями больных и с точки зрения химического их состава, то во многих случаях нетрудно убедиться, что в том или ином конгломерате имеется вкрапление, пришедшее из другого места. Особенно большой материал в этом отношении представляют т. н. комбинационные камни, а также ущемленные камни пузыря и протоков; эти последние камни на стороне, обращенной к току желчи, имеют часто острые, бугристые вкрапления, которые вполне подобны внутрипеченочным конкрециям, наблюдавшимся в моем случае; в комбинационных камнях нередко ядро или ядра тоже допускают их внутрипеченочное происхождение.

Особенно много данных в пользу нашего взгляда доставляет путаница по вопросу о рецидивах желчнокаменной болезни. Обычно различают истинный и ложный рецидив; „под ложным,—говорит проф. С. П. Федоров,—разумею возврат колик на почве камней незамеченных и оставленных при операции, а под истинными—образование вновь камней после несомненного удаления прежних из желчных путей“. Нельзя настаивать, чтобы это определение отличалось большой законченностью. Такой авторитет, как Кehr, категорически говорит: „Was die echten Recidive anlagt, so freue ich mich versichern zu können, bisher auch nicht ein einziges beobachten zu haben“... Riedel, хотя сам, как и Кehr, не видел их, но допускает их возможность. Mayo на первые 1500 оперированных наблюдал один истинный рецидив. Проф. Федоров,—повидимому, с неохотой—допускает истинные рецидивы камней, особенно в тех случаях, где „единственная“ лаборатория камней, желчный пузырь, удален; он склонен камни, появляющиеся после операции, и колики—точно такие же, или более интенсивные, или менее интенсивные, чем до операции,—считать следствием оставленных случайно по тем или другим причинам камней при операции. Другими словами говоря, истинные рецидивы он склонен отождествлять с ложными рецидивами.

Неприятно, что проф. Федоров и др. этот вопрос рассматривают с точки зрения успехов желчной хирургии, между тем как надлежащая

постановка его не может угрожать или поколебать сколько-нибудь завоевания хирургии желчных путей. Обращаясь к фактам, я возьму маленькую работу Kocher'a и Matti. По приводимым в ней историям болезней легко установить возврат симптомов колик, спустя различное время после операции, на 100 случаев 17 раз т. е. в 17<sup>0</sup>/<sub>100</sub>; на эти 17 случаев однажды, т. е. в 5,8<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, отмечен камень в протоках при полном удалении пузыря и дренаже желчного протока. Я не буду приводить других работ; проф. Федоров указывает на подобные же случаи Körte, Steinhäl'я, Vakes'a и др. Во всех этих и подобных случаях существует большая склонность авторов объяснять все явления колик оставлением камней при операции даже в тех случаях, когда после операции прошло много времени, иногда до года. На основании того, что я сказал выше, необходимо большую часть этих ложных и истинных рецидивов отнести не на счет оставленных камней, а на счет или продвижения внутрипеченочных камней, уже ранее образовавшихся, или образования их в печеночных ходах. Лишь ничтожное количество таких случаев можно отнести за счет послеоперационных сращений, причем в большинстве случаев боли после сращений все-таки носят иной характер.

На основании всего вышеизложенного я могу придти к следующему ряду выводов, которыми не мешает пользоваться при операциях над желчным пузырем и желчными путями:

- 1) Внутрипеченочные камни встречаются при желчнокаменной болезни в более, чем 25<sup>0</sup> %, всех случаев.
- 2) Одним из диагностических признаков их является увеличение печени.
- 3) При всякой операции в области печени необходимо тщательно пальпировать этот орган во всех доступных местах.
- 4) При множественных мелких камнях желчного пузыря, независимо от их химической природы, особенно при слабых патолого-анатомических изменениях его стенок, необходимо думать о возможности внутрипеченочных камней.
- 5) При крупных гладких камнях в желчном пузыре имеется меньше оснований думать о внутрипеченочных камнях.
- 6) При крупных камнях с неравномерными наростаниями, шипами, вкраплениями лучше иметь в виду возможность присутствия внутрипеченочных камней.
- 7) В громадном числе случаев рецидивы желчнокаменных коликов при целом или удаленном желчном пузыре есть результат обычного „неудачного“ прохождения по протокам внутрипеченочных камней.
- 8) При указанных выше находках, при увеличении печени, перигепатитах—прогноз надо ставить, в смысле рецидивов, с осторожностью.
- 9) Признание важности вопроса о внутрипеченочных камнях несколько не подрывает ценности нашей хирургической терапии желчнокаменной болезни; наоборот, наш взор из желчного пузыря привыкнет глубже и вернее проникать в сущность процесса, и, может быть, недалеко то время, когда мы пойдем в глубину вещества печени более смело.
- 10) При крупных и мелких камнях, встречающихся одновременно в желчном пузыре, когда крупные и мелкие камни „несколько“ различ-

ного строения, надо думать, что эти мелкие „несколько“ иного строения камни суть, вопреки мнению Романцева, ничто иное, как внутрипеченочные камни, попавшие в пузырь из печени; благодаря своей причудливой форме, камни эти могут вполне симулировать „мелкие обломки“ прежде бывшего в пузыре большого камня.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Проф. С. П. Федоров. Желчные камни и хирургия желчных путей. 1918 г.—2. Романцев. Цит. по С. П. Федорову.—3. Noguchi. Arch. f. klin. Chir., B. 96, H. 3.—4. Haasler. Ibid. B. 83, H. 4.—5. Ehrhardt. Ibid., 83, H. 4.—6. Miyake. Ibid., B. 101, H. 1.—7. Körte. Ibidem. B. 89, H. 1.—8. Exner und Heyrovsky. Ibid., B. 86, H. 3.—9. Kocher und Matti. Ibidem, B. 81, H. 1.—10. Erdmann. Annals of surg., 1914, № 6.—11. Moyiniam. Ibid., 1909, № 6.—12. Mayo, Ibid., 1906, № 2.—13. Connel. Ibid., 1908, № 4.—14. Walton. Ibid., 1911, № 1—2.—15. Beer. Arch. f. klin. Chir., B. 74, H. 1.

Prof. M. A. Tschalusoff. (Samara). Die Lebersteine.

Auf dem Grunde theils eigener Beobachtungen, theils—der Literaturangaben, kommt der Verfasser in dieser Frage zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Die Lebersteine kommen bei Cholelithiasis mehr als in 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub> aller Fälle vor. 2) Als ein der diagnostischen Merkmale erscheint die Vergrößerung der Leber. 3) Bei jeder Operation in der Region der Leber ist es notwendig sorgfältig in allen zugänglichen Stellen dieses Organ zu palpieren. 4) Bei Mehrzahl der Steine der Gallenblase unabhängig von ihrer chemischen Natur, besonders bei schwachen pathologisch-anatomischen Veränderungen der Blasenwände muss man an die Möglichkeit der Lebersteine denken. 5) Bei grossen, glatten Steinen in der Gallenblase gibt es weniger Gründe an die Lebersteine zu denken. 6) Bei grossen Steinen der Gallenblase mit ungleichmässigen Auswachsen, Zapfen, Einschlüssen, ist es besser die Möglichkeit der Anwesenheit der Lebersteine in Aussicht zu haben. 7) In sehr grosser Zahl der Fälle sind die Recidive der Gallensteinkoliken bei ganzer oder entfernter Gallenblase ein Erfolg des Durchgehens der Lebersteine durch die Gänge. 8) Bei oben bezeichneten Funden, bei Vergrößerung der Leber, Perihepatiten—muss man die Prognose in dem Sinne der Recidive mitstellen. 9) Die Anerkennung der Wichtigkeit der Frage über die Lebersteine untergräbt nicht im geringsten den Wert unserer chirurgischen Therapie des Cholelithiasis, im Gegenteil unser Blick aus der Gallenblase gewöhnt sich tiefer und richtiger in das Wesen des Processes durchzudringen und vielleicht ist nicht weit die Zeit wenn wir dreister in die Tiefe der Lebersubstanz gehen werden. 10) Bei grossen und kleinen Steinen, die man zu gleicher Zeit in der Gallenblase zusammentrifft, wenn diese grosse und kleine Steine einen verschiedenen Bau haben, muss man denken dass diese kleine Steine nichts anderes sind als Lebersteine, die aus der Leber in die Blase gerathen waren, aber nicht die Bruchstücke des früher in der Blase gewesenen grossen Steines.