

ОТКРЫТАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии, Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар, Россия

Открытая холецистэктомия, характеризующаяся удалением желчного пузыря после вскрытия его просвета, производится при технических сложностях выделения этого органа, когда опасность повреждения воротной вены и других элементов печеночно-двенадцатиперстной связки, печени, дуоденум и даже нижней полой вены реальна, если операцию осуществлять по обычной методике. Опасность технической ошибки возрастает при атипичном варианте развития магистральных желчных протоков.

При описанных ситуациях Прибрам предложил производить мукоклазию (удаляют содержимое пузыря, слизистую оболочку коагулируют, а затем стенку пузыря подшивают вворачивающимися швами к ложу пузыря); Бейке - иссечение части стенки желчного пузыря с выскабливанием или коагуляцией оставшейся части слизистой оболочки; Торек - удаление всей наружной стенки пузыря с последующим выскабливанием слизистой оболочки и наложением вворачивающих швов на край его ложа; Федоров - резекцию желчного пузыря под контролем пальца, введенного в его просвет через разрез стенки; Кер - вскрытие общего желчного протока через культю пузырного протока при помощи желобоватого зонда (по одной линии рассекают стенки обоих протоков).

Из 511 наблюдений острого холецистита открытая (атипичная) холецистэктомия была выполнена у 49 больных (9,8%). Технические трудности выполнения холецистэктомии обычным путем были обусловлены или плотным инфильтратом, находившимся вокруг всей поверхности пузыря (19 больных, или 38,5%), или только в зоне его шейки (30 пациентов, или 61,5%). Удаление пузыря начинали с его пункции. Затем производили вскрытие его просвета с дополнительным удалением жидкого содержимого и с инструментальным извлечением камней. После этого вскрывали просвет пузыря и осуществляли пальцевую ревизию его полости с определением изнутри места расположения шейки. Частично острым и тупым путем за этапом с использованием скальпеля и ножниц отделяли стенку дна пузыря от печени. Кровотокающие сосуды ложа пузыря перевязывали с прошиванием, так как обычные швы не удерживались на тканях. При наложении швов помнили о том, что на расстоянии около 10 мм от ложа пузыря по нижней поверхности печени проходит внутрипеченочный желчный проток, при проколе которого возникает сильное желчеистечение в брюшную полость. Технические же возможности производства полноценной перитонизации ложа желчного пузыря у этих больных отсутствуют. Под контролем пальца и зрения осторожно достигают места перехода шейки пузыря в его проток. У 32 больных (65,3%) из 49 выявлена полная непроходимость просвета пузырного протока, при этом у 11 из них (22,4%) имелись симптомы механической желтухи, что потребовало производства холедохотомии (по методу Кера), а затем холангиографии, которая показала наличие у этих пациентов камней в терминальном отделе холедоха. Только у 4 (8,2 %) больных камни удалось удалить через холедохотомическое отверстие. У остальных 7 больных (14,3%) произведено только наружное дренирование протока по методу Холстеда, а камни были удалены через 7-14 дней после операции эндоскопическим путем после выполнения папиллотомии. У остальных 17 больных пузырный проток был проходим, и им произведено дренирование холедоха по Пиковскому. Фистулография, выполненная через 8-10 дней после операции, показала присутствие камней в просвете холедоха у 4 больных (8,2%). Камни были удалены после папиллотомии эндоскопическим методом. Подпеченочное пространство у всех 49 больных дренировано трубкой, а у 15 (30,6%) - дополнительно тампоном и резиновой перчаткой. Умерло 2 больных (4,1%) в возрасте 72-76 лет от сердечно-сосудистой недостаточности.