

С.П. Фёдоров

Желчные камни и хирургия желчных путей.

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 617
ББК 54.5
С11

С11 **С.П. Фёдоров**
Желчные камни и хирургия желчных путей. / С.П. Фёдоров – М.: Книга по Требованию, 2024. – 302 с.

ISBN 978-5-458-33264-4

ISBN 978-5-458-33264-4

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2024
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2024

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

оперативные приемы, пока он не пришел, наконец, к известным определенным и принципиальным положениям, в роде, напр., обязательной эктомии с дренажем печеночного протока во всех случаях желчнокаменной болезни. Нередко попадаются и совершенно ясные намеки на то, что хирург, не сделавший тысячи операций, недостаточно компетентен, чтобы оценивать или пропагандировать тот или другой оперативный прием. Никто не будет спорить, конечно, что опыт 1000 операций, больше чем опыт ста, но нельзя отрицать и того, что нередко один случай стоит нескольких десятков, так как дает возможность вдумчивому и технически искусному хирургу внести иногда совершенно новые взгляды в область хирургической патологии или техники. Одними цифрами убедить нельзя. Deaver, у которого тоже около двух тысяч операций на желчных путях, и Mayo, у которого их, пожалуй, на 2000 больше, чем у Kehr'a, далеко не во всем согласны с последним.

Стало быть, не все положения Kehr'a, несмотря на его опыт, являются непогрешимыми и недопускающими от них отклонений; стало быть, имеют право голоса и хирурги с меньшим опытом и с меньшими статистиками. Все большие статистики грешат, между прочим, тем, что при большом одноименном материале хирург останавливается на известном оперативном пособии, которое входит, так сказать, в обиход данного больничного учреждения и дает прекрасные результаты не потому, что оно лучшее из лучших, а главным образом потому, что сам хирург и весь персонал до мелочей привыкли к известной операции и известному послеоперационному уходу. Благодаря этому появляется склонность или оперировать большей частью по известному шаблону, или, если это иногда не удается в силу патологических особенностей известной болезни, то является желание дать целый ряд правил, как поступать в каждом необыденном случае. Последнее особенно ясно проглядывает у Kehr'a, который все время целыми рядами рубрик указывает, как должен поступать хирург в каждом случае желчнокаменной болезни. Между тем, болезнь эта столь разнообразна в своих проявлениях и патолого-анатомических изменениях, что почти в каждом случае можно найти что-либо особенно отличающее его от предыдущих, и не всегда возможно одно и то же решение вопроса, как поступить при операции. Поэтому Kehr с таким же успехом мог бы привести все свои 2000 историй болезни и в конце каждой из них написать под цифрами 1, 2, 3, 4... и литерами а, в, с... — правила, как должен поступать хирург в таком-то случае. Некоторые стремления в этом направлении у него, повидимому, существовали: так во II томе своей книги он описывает, как издатель его книги отговорил его от помещения целого ряда историй болезни (от помещения стихов и восхвалений Вагнера и немецких поэтов издатель отговорить Kehr'a очевидно не мог): „Mein Herr Verleger wird mir gern bezeugen, пишет Kehr, dass ich in diesem Abschnitt 15 sehr ausführliche Kranken-geschichten für den Druck bestimmt hatte, er wird mir aber ebenso gern bezeugen, dass er, es gewesen ist, der mich davon abgehalten hat, sämtliche Krankengeschichten hier wiederzugeben" (Kehr. Bd. II. S. 183). И это хорошо, потому что читать книгу Kehr'a из-за необыкновенного многословия и повторения общеизвестных хирургических истин становится, наконец, несколько скучно. Нельзя также повторять на каждом шагу, что при желчнокаменной болезни надо оперировать только по Kehr'у и что те, кто не оперируют согласно его взглядам, недостаточно опытные или применяют нерациональные оперативные приемы (напр. Bd. II, S. 19).

Deaver и особенно Mayo о имеют материал больший, чем Kehr, и результаты после операций несколько не худшие, несмотря на то, что они оперируют на основании собственных принципов, далеко не всегда сходных с Kehr'овскими. Да и маленькие статистики дают часто лучшие цифры, чем статистика Kehr'a. Так, напр., я не мог найти ни у кого такого большого процента (1,5%) случайных ранений при эктомии печеночно-желчного протока, как у Kehr'a. Я лично, при 150 операциях, пока ни разу не ранил этих протоков¹.

¹ Этого не приключалось и при дальнейших операциях (665 опер. 1933 г.).

Kehr пишет, что за последнее время у него почти что не встречается ранений

печеночного протока, но этого достиг он, наконец, только после 1500 операций на желчных путях. Конечно, я отдаю Kehr'у должное: он первоклассный специалист по хирургии желчных путей, труд его должен служить настольной книгой всякого практического хирурга, но это не значит, что это—труд, после которого нет более „истины и откровения". Крупнейшей, же заслугой Kehr'a является его борьба с исключительно консервативным лечением желчнокаменной болезни и, если мне своей работой удастся сделать у наших терапевтов хоть одну сотую того, чего достиг Kehr среди немецких, то я буду считать свою задачу блистательно исполненной.

Что касается оперативной техники, то в ней я во многом придерживаюсь взглядов Kehr'a, с которыми совпадает и мой личный опыт. Эктомию я считаю тоже наиболее радикальной операцией при желчных камнях и, так как оперирую обыкновенно в более или менее тяжелых случаях, то и применяю эту операцию гораздо чаще, чем цистендиз или цистостомию, — в противоположность, стало быть, тем хирургам, которые оперируют „рано", т. е., при первых проявлениях желчнокаменной болезни. Что же касается обязательного вскрытия и дренажа желчного протока, которого требует на основании своего опыта Kehr, то здесь я расхожусь с ним во взглядах, потому что убежден, что дренаж протока несомненно осложняет послеоперационное течение и все-таки не гарантирует вполне от рецидивов.

Сейчас почти все хирурги оперируют не из-за камней, а из-за осложняющей их инфекции. Но и камни сами по себе, как таковые, при закупорках или как причина, предрасполагающая к инфекции, являются иногда объектом для операции. Многие, и я в том числе, оперируют теперь главным образом из-за инфекции, как я думаю, потому что у них нет до сих пор точных объективных данных для диагноза желчных камней. В огромном большинстве случаев желчные камни диагностируются только с большей или с меньшей вероятностью на основании клинических симптомов. Но если бы удалось при помощи лучей Рентгена или как-нибудь иначе всегда распознавать камни и количество их в желчных путях так же, как они диагностируются в мочевых путях, то мы имели бы гораздо более точные и верные показания к оперативному вмешательству, чем те, напр., которые дает Kehr. Мы отлично распознаем теперь камни почек паренхимные, лоханочные и мочеточниковые и, благодаря в значительной степени снимкам, знаем, какие камни и насколько они угрожают здоровью и жизни больных и когда и как надо удалить эти камни. Взгляды хирургов-специалистов по этим вопросам почти одинаковы. Я убежден, что тогда и при желчнокаменной болезни: изменятся взгляды на оперативное вмешательство; легче будет предлагать операцию для предупреждения осложнений в течении этой болезни и не надо будет, согласно предложению Kehr'a, вскрывать всегда (т. е., часто зря) желчный проток, чтобы посмотреть, нет ли в нем камней. Тогда опять найдутся и показания для „идеальной" операции, как нашлись они в последние годы для пиелотомии, которая была одно время совершенно заброшена, потому что не умели еще диагностировать камней при начале заболевания и определять точно их положение в почке.

Описывая операции на желчных путях, я беру наиболее типичные из них и так, как они производятся большинством хирургов или мною лично. Небольшие видоизменения в них или комбинации многих из них, которые так часто встречаются в хирургии желчных путей, предусмотреть все невозможно, и Kehr мог бы написать еще два таких же тома практической хирургии желчных путей, и все же не описать всех встречающихся казуистических особенностей и мероприятий при них. От этой мысли я отказался не потому, чтобы у меня лично не было для того подходящего материала или я не мог бы взять его у того же Kehr'a или других авторов, а потому, что не считал необходимым увеличивать этим объема своей книги. Я думаю, что, зная типические операции и, главное, будучи хирургически образованным, всегда можно найти, как лучше всего поступить в каком-либо казуистически трудном случае. Помнить всю казуистику невозможно, и в тех редких случаях, где хирургу приходится бывать в затруднительном положении, спасают обыкновенно не толстая книга, а находчивость и опыт. Я совершенно согласен с Doyen'ом,

что не все врачи годятся быть хирургами и что хороший хирург должен обладать известными специальными качествами; неимеющему таких качеств лучше не заниматься брюшной хирургией, а особенно хирургией желчных путей. Наконец, ведь и способ, как поступить в известном случае, хотя бы он и был предложен Kehr'ом, Korte, Rotter'ом или еще кем, не будет наилучшим, наиболее удобным и ничем другим незаменимым.

Я считаю, что руководство по специальной хирургии должно заключать основные знания по патогенезу и патологической анатомии разбираемого заболевания, давать ясное представление о клинической картине и течении болезни, помогать в диагнозе и указывать, по возможности, на лучшие оперативные методы, применяемые при лечении. Но не мне судить, насколько я достиг намеченной цели.

В заключение с особым удовольствием благодарю давнего и постоянного сотрудника своего — доктора Н. С. Перешивкина, нашедшего и теперь время для исполнения рисунков к этой книге.

Помещенные в тексте истории болезней обозначены мною теми же номерами, под которыми они находятся в работах П. С. Иконникова: 1) К вопросу о хирургическом вмешательстве при воспалительных заболеваниях желчного пузыря. — Труды госпитальной хирургич. клиники проф. С.П. Федорова. Том II, часть 2-я, Спб. 1908, 2) Его же: Материалы к изучению желчнокаменной. болезни. Ibidem. Том IX. Спб. 1915.

Проф. Федоров. Апрель 1918 год.

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Приступив, по настоятельному желанию Ленмедиздата, к переработке первого (1918 г.) издания „Хирургия желчных путей“, я был поставлен перед рядом вопросов, как справиться более или менее успешно с поставленной задачей. Если бы первое издание представляло собою учебник, то решение их было бы довольно просто: предстояло бы, ознакомившись с достижениями в области хирургии желчных путей за последние 15 лет, пополнить ими это издание. Но моя „Хирургия желчных путей“ не была написана так, как это обычно принято для учебников или руководств; она написана по типу книги Кэра „Die Praxis der Gallenwege - Chirurgie“ издания 1913 г. и под влиянием идей и опыта этого, в то время крупнейшего, знатока в хирургии желчных путей. При этом я не удержался от полемики по некоторым затронутым им вопросам, ибо стиль этой великолепной книги, местами слишком аподиктичен и как бы предполагает познания в области хирургии желчных путей только у одного названного автора.

Затем, изложение материала у меня не вполне соответствует принятому в учебниках: рассматриваемый, напр., вопрос не получает иногда полного освещения в данной главе и разбирается в частностях вновь в одной из следующих, благодаря чему получаются повторения. Но я утешаю себя тем, что *repetitio est mater studiorum*. Кроме того, в книге приводится ряд историй болезни, рисующих более наглядно картину описываемого заболевания, ибо для меня и сейчас еще хорошо изложенная история болезни часто бывает ценнее главы из учебника. Издатель книги Кэра отговорил его от печатания большого числа историй болезни, а я теперь сожалею, что Кэр согласился с издателем, ибо в них было наверно много поучительного.

Исправлять и дополнять книгу новыми да еще многочисленными данными не легко, и потому да простят мне читатели за имеющиеся в слогe погрешности и шероховатости.

После фамилий авторов, упоминаемых в книге, в большинстве указаны годы появления работы и мнений автора, на которого делается ссылка. Это избавляет читателя от обращения во время чтения к указателю литературы за справкой, к какому году относятся цитируемые в книге работа или мнения данного автора.

Хотя первое издание и является теперь уже устаревшим, но, в общем, изложенные в нем основные идеи, касающиеся хирургии желчных путей, претерпели не столь большие изменения и в настоящее время, только больше детализированы, что нашло отражение в этом издании: напр., признано, что „ранние“ операции дают наилучшие результаты, делается большее число операций во время *острого* приступа холецистита, холецистэктомия считают „операцией выбора“ (*operation de choix*), гораздо чаще зашивают наглухо брюшную полость после эктомий и т. п. Дренаж протоков по Кэру все же остался, правда, при более ограниченных показаниях, несмотря на энергичную борьбу против него, доходившую со стороны некоторых немецких хирургов до утверждения, что Кэровский дренаж на двадцать лет задержал развитие хирургии желчных путей. Этиологии и генезу желчных камней посвящено очень много работ, и тем не менее эти вопросы нельзя еще считать вполне разрешенными. •Создано новое учение о дискинетических заболеваниях желчных путей под влиянием вегетативной нервной системы, которыми отчасти объясняют образование камней и рецидивы колик после удалений желчного пузыря. Включена новая глава о паразитарных заболеваниях желчных путей. Затем, благодаря введению в практику Грехэмом (Graham) контрастного вещества (тетраидфенол-фталейновый натрий), значительно усовершенствована рентгенодиагностика заболеваний желчных путей. Словом, в деле понимания клинической картины, патологии этих заболеваний и диагностики их мы, хирурги, значительно двинулись вперед за последние 15 лет.

Несколько иначе обстоит дело с лечением некоторых заболеваний желчных путей и их осложнений: нельзя сказать, чтобы лечение рака желчных путей давало хорошие результаты, хирургические методы восстановления целостности внепеченочных протоков еще

не совершенны, и далеко не всегда успешны современные способы лечения в борьбе с послеоперационными кровотечениями у больных холецистичных или ахоличных.

В этой книге не говорится специально о бескаменных холециститах, ибо клиническое течение их и прогноз в огромном большинстве случаев те же, что и при холециститах с камнями, и метод лечения в настоящее время—эктомия — тот же.

В физиологии желчных путей несомненно много неясного, но Blond (1932), ссылаясь, между прочим, на Halpert'a и Sweet'a, отрицает многое из того, что считается общепризнанным; так напр., он не признает возможности наполнения и опорожнения желчного пузыря через один и тот же канал (d. cysticus), сомневается в самостоятельных активных сокращениях желчного пузыря, наличии жома Oddi, а также и в существовании сфинктера (Berg, Lutkens) у начала пузырного протока и шейки пузыря. Взгляды Blond'a настолько расходятся с установившимися в настоящее время, что я ограничился только упоминанием о них в предисловии, не считая пока возможным руководствоваться ими в дальнейшем изложении.

Рисунки заимствованы главным образом из работ Walzel'я, Rio Branco, а также у Bland Sutton'a, Kehr'a, Korte, Pribram'a, Moynihan'a, Doyen'a, из анатомических атласов Toldt'a, Zuckerkandl'я, из инструментальных каталогов и из учебников Eisler'a (радиография желчных камней) и Wullstein'a и Kuttner'a. Оригинальные рисунки отмечены.

Я, конечно не мог познакомиться со всеми вышедшими из печати за последние 15 лет работами и использовать их в качестве литературных источников, но думаю, что все наиболее важные приняты мною во внимание. Из крупных русских работ по разбираемому вопросу я укажу на работу П. К. Березкина, написанную при ближайшем моем консультативном участии, и работы моих учеников Н. Н Еланского, И. М Тальмана и Н. О. Романцева. Крупная работа Б. Я. Финкельштейна особенно богата литературными указаниями.

*Проф. Федоров. Гагры.
5 октября 1932 г.*

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

АНАТОМИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Нет никакого сомнения, что знание нормальной анатомии и топографических отношений органов в той области, где приходится оперировать, дает хирургу наиболее полную уверенность в предпринимаемых им действиях, сокращает время операции, а главное, почти всегда помогает избежать нежелательных, часто опасных для жизни оперируемого, ранений соседних с полем операции органов. Кроме того, точное знание анатомии данной области позволяет предварительно составить план операции и дополнить его или видоизменить соответственно встретившимся затем аномалиям или патолого-анатомическим изменениям. Та же анатомия помогает объяснять и клинические явления и, стало быть, ставить наиболее верную диагностику в каждом данном случае.

Поэтому мы и видим, что хирурги за последнее время особенно энергично или сами занимались изучением интересовавших их областей, или побуждали специалистов-анатомов к пересмотру и пополнению прежних анатомических данных, в виду вновь нарождавшихся запросов практической хирургии.

Анатомия желчных путей представляла собою как раз одну из таких недостаточно изученных областей к тому времени, когда появилось и стало развиваться хирургическое лечение желчнокаменной болезни. При все более и более частых операциях на желчных путях хирурги скоро убедились, что нередко положение желчного пузыря и топографическое отношение протоков и сосудов *ligamenti hepato-duodenalis* не соответствовали имевшимся данным нормальной анатомии, что попадались неизвестные еще аномалии в ходе желчных протоков, крупных кровеносных сосудов и т. п., словом, стало ясно, что необходим пересмотр анатомии этой области. И вот, благодаря работам хирургов и анатомов, как Terrier, Quenu, Descomps, Ruge, RioBranco, Kehr, Haasler, Волынцев, Суслов, Luttkens, Schumacher и др., мы имеем в настоящее время много новых данных, весьма ценных для оперативного лечения желчнокаменной болезни.

Правда, что при операциях по поводу желчнокаменной болезни, мы встречаемся нередко с такими патологическими изменениями в области желчного пузыря и соседних органов, которые совершенно затушевывают нормальную анатомическую картину, но это обстоятельство еще больше обязывает к точному знанию анатомии данной области и наиболее частых аномалий, здесь встречающихся. Я не хочу сказать этим, что все искусство оперирования на желчных путях зависит только от точного знания нормальной анатомии. Наоборот, это такая область в оперативной технике, где опытный в операциях на желчных путях хирург найдется гораздо скорее и более целесообразно сделает операцию, чем малоопытный, потому что, кроме нормальной анатомии, здесь надо знать хорошо и патологическую, а это достигается только многолетним опытом. Ни в одной области не приходится хирургу бывать иногда в таком затруднительном положении, как при операциях на желчных путях, и; нигде нельзя повредить так больному малейшей ошибкой, допущенной при операции. Благодаря неопытности хирурга, многие операции могут остаться недоделанными или неправильно законченными, что грозит продолжением болезни, а в худшем случае и смертью.

Поэтому я должен посоветовать хирургам, не очень опытным в операциях при желчнокаменной болезни, выбирать вначале более легкие случаи и при операциях внимательно изучать все встречающиеся патологические изменения и аномалии. Чтение классических работ (Kehr, Korte, Bland-Sutton) по желчнокаменной болезни имеет несомненно тоже большое значение, но одно чтение само по себе не даст ни достаточного опыта, ни хорошей техники.

Переходя к нормальной анатомии желчного пузыря и желчных путей, я буду излагать

попутно и некоторые отклонения от нормы, на которые приходится обращать внимание при операциях по поводу желчнокаменной болезни.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ (CYSTIS FELLEA)

Нормальный желчный пузырь представляет собоюместилище для желчи, расположенное на пути главного желчевыводящего протока печени. Пузырь имеет конусообразную или грушевидную форму и широкой своей частью обращен книзу; длина его равняется 7 — 9. см, а наибольшая ширина (диаметр) колеблется от 2,5 до 3 см; вместимость его от 40 до 70 куб. см. В нем различают среднюю часть — тело, нижнюю часть, которая называется дном пузыря, и верхнюю, наиболее узкую, — шейку его. Очень редко пузырь совершенно отсутствует или развит рудиментарно. Тело пузыря, составляющее большую часть его, лежит in fossa vesicae felleae, которая составляет нижнюю часть fossae sagittalis dextrae hepatis. В этой ямке (ложе пузыря) пузырь удерживается сравнительно рыхлой соединительной тканью, из которой легко может быть выделен, и целым рядом маленьких сосудистых веточек, соединяющих его с печенью. Нижняя его поверхность соприкасается обыкновенно или с верхушкой вертикальной части duodeni, или с участком поперечноободочной кишки. Однако, нередко, благодаря конфигурации грудной клетки или самой печени, пузырь перемещается то более кнутри, то более кнаружи. Если он лежит более...

Не хватает страницы 1 (15-16)

...тока шейка отделяется поперечной складочкой. Надо заметить, однако, что в общем границы между шейкой пузыря, его телом и началом пузырного протока выражены обыкновенно очень слабо. Veman, Testut, Волюицев и Суслов посвятили много труда для изучения положения шейки при различных степенях наполнения пузыря.

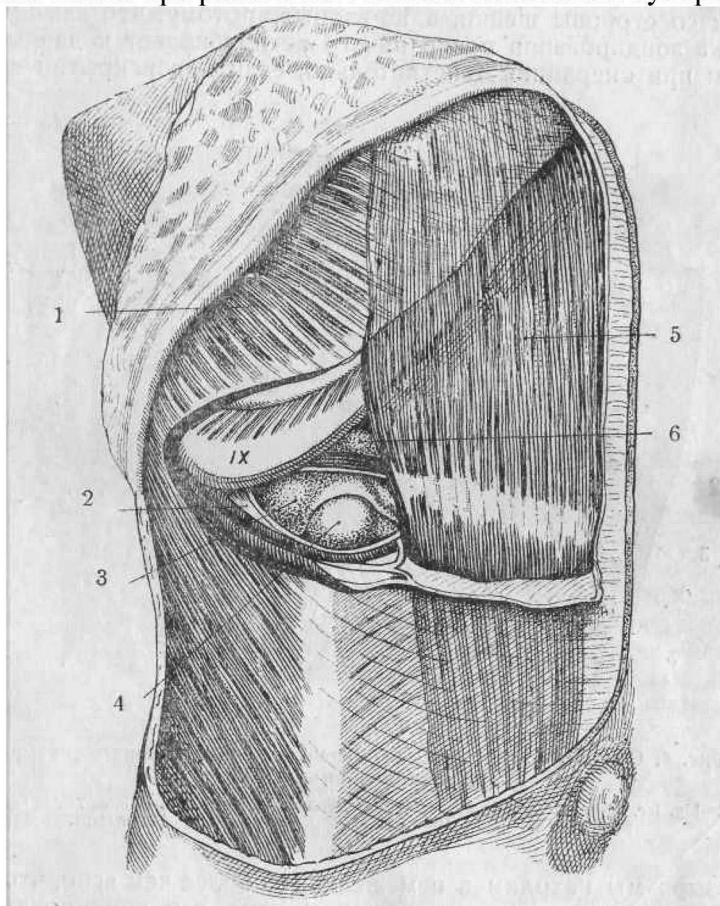


Рис. 3. Положение дна желчного пузыря по Zuckerhandl'ю.

1—M. obt. extern, abdom. 2—Periton. 3—Hepor. 4—Ves. fellea. 5—M. rect. 6—M. trans, abdom.

Соответственно различному при этом положению шейки и изгиба ее по отношению к телу пузыря, изменяется и положение устья пузырного протока со стороны полости пузыря. Этот вопрос особенно разработали Волынцев и Суслов и постарались тщательно описать всевозможные отношения шейки пузыря к пузырному протоку и преподать правила для успешной катетеризации этого протока со стороны желчного пузыря. Их анатомические исследования не имеют, однако, существенного значения для хирурга, прежде всего потому, что хирургу во время операции нет обыкновенно никакой надобности зондировать пузырный проток со стороны шейки, а во-вторых, потому, что даже удачная попытка зондирования ровно ничего не прибавляет к данным, найденным при операции. Действительно, если при вскрытии желчно-

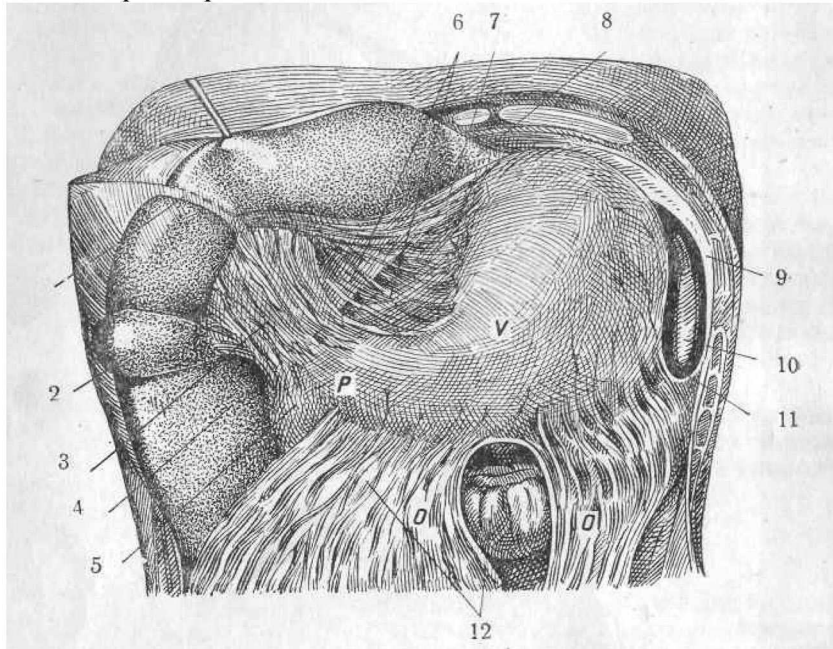


Рис. 4. Отношение lig. hepato-duodenalis к шейке желчного пузыря и пузырному протоку (Kehr).

1—Lig. ter. 2—Vexs. f. 3—Lig. hep. d. 4—for. Winsl. 5—Duod. 6—Oment rain. 7—Lig triang. 8—hep. s. 9—Diaphr. 10—Lien. 11—Lig. phren. col. 12—Colon trans.

го пузыря мы находим в нем желчь, то более чем ясно, что пузырный проток проходим, и тогда не к чему его зондировать. Если же мы не находим в пузыре желчи, т. е. имеем закрытие протока, то зондирование тоже не имеет смысла, ибо оно не определит причины закупорки ducti cystici: имеется ли там инфильтрат, рубец или камень? Диагностировать с уверенностью камень зондом нельзя даже в более крупном желчном протоке, а рубец или инфильтрат вообще не поддаются определению зондом, и всякий хирург-клиницист знает теперь, что через найденный непроходимым во время операции пузырный проток вдруг, спустя 6 — 10 и более дней после холецистостомии, когда рассосутся инфильтраты, может начать вытекать желчь.

Гораздо интереснее объяснение Суслова о причине изгиба шейки пузыря. Суслов пишет об этом так: „Вначале art. cystica прилежит к известным отделам желчных путей; по мере роста желчные пути растут скорее и, так как артерия отстает, то они образуют складки, колена, естественно изгибаясь в сторону наименьшего сопротивления и перегибаясь через относительно натянутый сосуд". Этим же могут объясняться и скручивания или изгибы шейки, о которых говорит Sarrey.

Висцеральная брюшина проходит над шейкой пузыря и покрывает ее всю так же, как и ductus cysticus, переходя дальше в lig. hepato-duodenale (рис. 4). Нижняя поверхность тела пузыря также покрыта брюшиной, которая составляет собой непосредственное продолжение серозного покрова печени. Благодаря этому брюшинному покрову, желчный

пузырь является обыкновенно малоподвижным, но в некоторых случаях брюшина одевает все или почти все тело пузыря, и тогда он висит на ней, как на брыжейке, и делается очень подвижным. Такой пузырь можно называть *vesica pendulans*; вообще отношение серозного листа брюшины к желчному пузырю очень похоже на таковое же у слепой кишки (*coecum mobile*). Подвижность эта бывает иногда настолько велика, что Krukenberg находит возможным говорить даже о „блуждающем желчном пузыре". Имея такую длинную брыжейку,— *mesocystis*—пузырь при перекручивании ее может подвергнуться омертвению, при клинических явлениях очень острого холецистита, на что имеются уже литературные указания. Верхняя поверхность тела пузыря, лежащая в *fossa vesicae felleae* и обыкновенно брюшиной не покрытая, при наличии брыжейки, конечно, тоже одета серозным покровом.

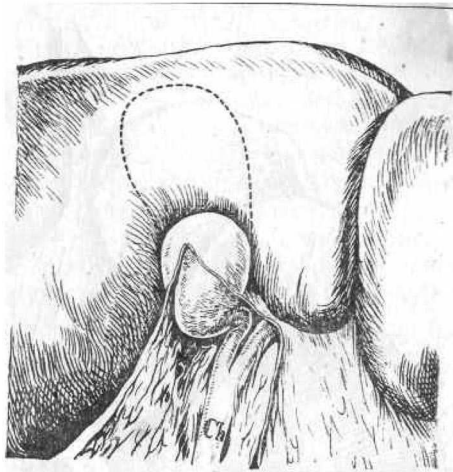


Рис. 5. Внутрипеченочное положение желчного пузыря. Ch—холедох.

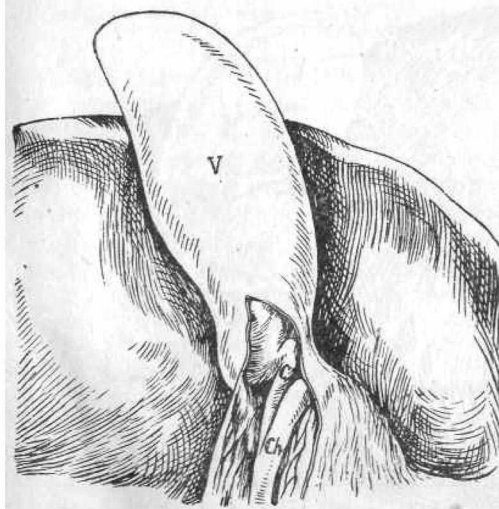


Рис. 6. Бужиннообразный желчный пузырь со свободным дном.
Ch—холедох. C—пузырный проток.

Только что приведенное описание формы и положения желчного пузыря можно считать более или менее типичным. Однако, имеется еще много индивидуальных вариаций в форме пузыря и отношении к серозному покрову брюшины, которые надо считать тоже нормальными. Знать их важно хирургу для того, чтобы при операции не находить патологических изменений в желчном пузыре там, где их нет.

Я уже упоминал о случаях, когда пузырь со всех сторон окутан брюшиной, так что висит, как на брыжейке, длиною иногда до 5 см., которая связывает пузырь с печенью и влево переходит непосредственно в *lig. hepato-duodenale*. Такая брыжейка бывает выражена иногда частично, только у дна или только у шейки пузыря и встречается в 5% случаев.

Обратные отношения, т. е. очень малое распространение брюшинного покрова на пузырь, встречаются гораздо реже. Пузырь погружается тогда глубоко в паренхиму печени, иногда настолько, что в области дна его он „как глаз" выглядывает на передней поверхности печени через дефект в ее паренхиме. Шейка пузыря лежит большей частью только подбрюшинно (рис. 5), и очень редко весь пузырь до отхода d. cystici бывает погружен в ткань печени. Внутривнутрипеченочное положение пузыря, конечно, затрудняет иссечение его. При плоском ложе пузыря иссечение его тоже легче, чем при глубоком ложе.

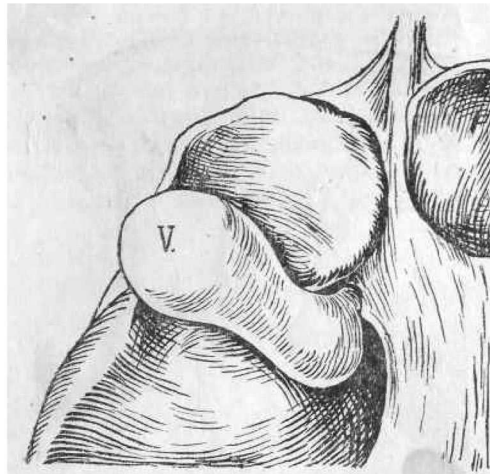


Рис. 7. Пузырь в форме песочных часов с отонической шейкой.

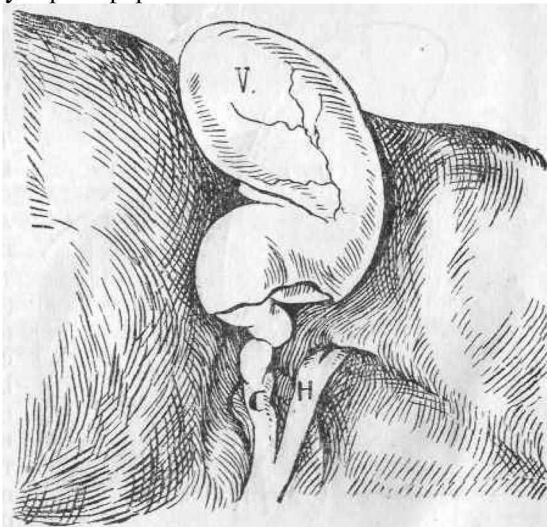


Рис. 8. Нормальный согнутый под углом желчный пузырь.

С—пузырный проток. Н—холедох.

Вариации формы пузыря чаще встречаются в области шейки, чем в области тела его. Так, *кольцевидные* перехваты вблизи свободного дна пузыря (рис. 6) бывают гораздо реже, чем на границе между телом пузыря и шейкой. Здесь перехваты могут быть выражены настолько, что пузырь принимает форму песочных часов (рис. 7).

Одностороннее существование такого перехвата дает перегибы пузыря вправо (рис. 8) или влево (рис. 9, а, b). Тело и шейка пузыря стоят в таких случаях друг к другу под углом, причем это не зависит от каких-либо рубцов или патологических сращений. Шейка и тело соединены между собой соединительнотканной перемычкой (9 а), по разделении которой ясно показывается и становится доступной шейка пузыря (9 b). Чаще всего встречаются перегибы влево. Это, по Kehry, пузырь формы „почтового рога".