

© Ю.А. Краснокутский, 2006
УДК «405»: 616 - 089. 48: 616. 367

ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ СКРЫТОГО ДРЕНАЖА В ГЕПАТИКОХОЛЕДОХЕ

Ю.А. Краснокутский
ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр специализированных
видов медицинской помощи»

Скрытый (погружной, потерянный) дренаж в хирургии желчевыводящих путей впервые применил Е. Доуен в 1892 году [3]. Первыми успешно использовали линейный погружной дренаж в 1910 году и Wilms в 1912 году [1,4,6].

В современной хирургии скрытый дренаж облегчает формирование билиодигестивных соустьев, обеспечивает раннюю декомпрессию швов, предупреждает сужение анастомозов [3,4,5].

Наряду с достоинствами скрытого дренажа в раннем послеоперационном периоде, имеется один общий недостаток для дренажей, выполненных из различных материалов (красная и латексная резина, полиэтилен, силикон, лавсан) - их низкая инертность [1, 3, 4].

Многочисленные исследования подтверждают мнение о низкой инертности дренажей и рекомендуют использовать их в тех случаях, когда имеется большая вероятность самопроизвольного отхождения или неинвазивного удаления дренажа эндоскопом.

Среди осложнений при использовании скрытых дренажей на первом месте стоит механическая желтуха, возникающая в результате обтурации просвета солями желчных кислот с образованием полимера желчных пигментов не растворимого в воде, спирте, хлороформе, щелочах, разведенной кислоте [3, 4]. Описаны случаи как преждевременного отхождения потерянного дренажа, так и чрезмерно длительного пребывания его в просвете билиодигестивного анастомоза [3].

Самостоятельное отхождение дренажа может затянуться до 12-18 месяцев без нарушения рабо-

тоспособности больного [3,4]. Время нахождения скрытого дренажа в желчных протоках составляет, по разным данным, от 2-3 недель до 6-лет [1-4].

Пребывание резинового скрытого дренажа в гепатикохоledoхе на протяжении 12 лет с развитием механической желтухи представляется достаточной редкостью.

Приводим наше наблюдение.

Больная Н., 51 года, поступила в хирургическое отделение 24 марта 1992 года с жалобами на боль в эпигастрии, сухость во рту, кожный зуд, общую слабость. Больной себя считает в течение месяца, когда появилась боль в подложечной области и в правом подреберье. За две недели до поступления появилось желтушное окрашивание склер и кожи. В 1980 году перенесла холецистэктомию. Со слов больной, послеоперационный период протекал гладко. Приступила к работе через два месяца после операции. В течение двенадцати лет дважды находилась на стационарном лечении по поводу кратковременной желтухи, отмечала появление темной мочи и светлого кала.

При поступлении состояние больной средней тяжести, избыточного питания, кожные покровы и склеры интенсивно иктеричны. Пульс 92 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык суховат, густо обложен. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Нижний край печени выступает на 3 см. ниже края реберной дуги. В правом подреберье линейный рубец после лапаротомии по Федорову.

Ультразвуковое исследование от 24 марта 1992 года - печень гиперэхогенна, малоструктурна, внутривнутрипеченочные протоки умеренно расширены.

Холедох неравномерно расширен, в проксимальном отделе до 16 мм, стенки его неравномерно значительно уплотнены, в просвете холедоха мелкие плотные структуры. Ложе удаленного желчного пузыря без особенностей. Размеры поджелудочной железы обычные. В проекции лоханки левой почки - конкремент 13 мм.

Анализы при поступлении: билирубин общий 128,2 мкмоль/л; АСТ 0,6 ммоль/л; АЛТ 1,0 мкмоль/л; щелочная фосфатаза 854 ед/л; общий белок 84 г/л; диастаза крови 20,4 г/л; остаточный азот 21,3 ммоль/л; ПТИ 92%, фибриноген 9,76 г/л; эр. $3,3 \times 10^{12}$ /л, НБ 110 г/л, лейкоц. $10,3 \times 10^9$ /л; СОЭ 69 мм/ч.

Рентгеноскопия грудной полости и желудка: органы грудной полости и пищевод не изменены. Желудок обычных размеров, складки умеренно утолщены. Перистальтика и эвакуация не нарушены. Двенадцатиперстная кишка без видимых изменений.

За время нахождения в больнице состояние больной ухудшилось, появилась тошнота, рвота, высокая температура, ознобы, желтушность кожи и склер стала интенсивнее.

По неотложным показаниям 28 марта 1992 года, больная оперирована с предположительным диагнозом: постхолецистэктомический синдром, холедохолитиаз, холангит (хирург Краснокутский Ю.А.).

Под комбинированным эндотрахеальным наркозом выполнена верхне-срединная лапаротомия. Антральный отдел желудка и начальный отдел двенадцатиперстной кишки спайками подтянуты к нижней поверхности печени.

При тупом и остром разделении спаек обнаружен супрадуоденальный отдел холедоха, диаметром до 1,5 см, двенадцатиперстная кишка частично мобилизована. При пальпации печеночно-двенад-

цатиперстной связки выявлен каменистой плотности фиброзный тяж в проекции гепатикохоледоха. Произведена продольная дуоденотомия - область фатерова соска выглядит в виде уплотненного кратерообразного бугорка, просвет его не дифференцируется. Рана двенадцатиперстной кишки ушита двухрядными швами. Выполнена продольная холедохотомия, в просвете холедоха - мутная желчь, слизь с хлопьями, замазкообразные массы и воздух. Зондирование проксимального отдела холедоха и печеночных протоков не удалось, книзу определяется широкое холедоходуоденальное соустье. Зажимом Халстеда из просвета гепатикохоледоха удалена перфорированная резиновая трубка диаметром 1,0 см, длиной 10 см, просвет которой полностью забит желчными солями (рис.).

Гепатикохоледох промыт фурацилином и 0,25% новокаином. Холедох дренирован силиконовой трубкой по Вишневному. В подпеченочное пространство введены две дренажных трубки в виде «фашины».

Послеоперационное течение гладкое. Фистулохолангиография: холедох диаметром 12 мм, конкрементов нет, проходимость не нарушена. Дренаж из холедоха удалён. Выписана 20 апреля 1992 года в удовлетворительном состоянии.

Ретроспективно, по архивным данным выяснено, что 12 лет назад больная перенесла холецистэктомию, холедоходуоденостомию по Финстереру на скрытом дренаже. Послеоперационный период протекал гладко. Больная знала о наличии скрытого дренажа, но позже забыла.

Целью настоящего сообщения является редкость столь длительного бессимптомного пребывания резинового дренажа в билиарной системе и возможность ретроградной миграции дренажа из просвета холедоходуоденального соустья в гепатикохоледох.

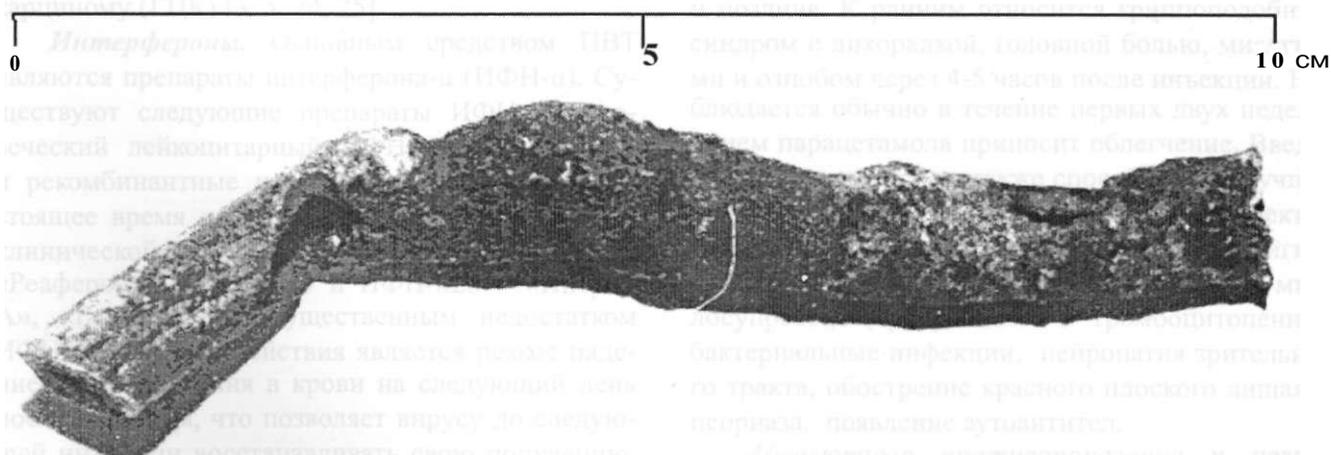


Рис. Дренаж, удаленный во время операции.

I ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

Гепатикохоledох промыт фурацилином и 0,25% новокаином. Хоledох дренирован силиконовой трубкой по Вишневскому. В подпеченочное пространство введены две дренажных трубки в виде «фашины».

Послеоперационное течение гладкое. Фистулохолангиография: хоledох диаметром 12 мм, конкрементов нет, проходимость не нарушена. Дренаж из хоledоха удалён. Выписана 20 апреля 1992 года в удовлетворительном состоянии.

Ретроспективно, по архивным данным выяс-

нено, что 12 лет назад больная перенесла холецистэктомию, хоledоходуоденостомию по Финстереру на скрытом дренаже. Послеоперационный период протекал гладко. Больная знала о наличии скрытого дренажа, но позже забыла.

Целью настоящего сообщения является редкость столь длительного бессимптомного пребывания резинового дренажа в билиарной системе и возможность ретроградной миграции дренажа из просвета хоledоходуоденального соустья в гепатикохоledохах.

Литература

1. Брегадзе, И.Л. Наружные желчные свищи / И.Л. Брегадзе, П.А. Иванов. - М., 1965. - 144 с.
2. Вишневский, А.А. Желчеотводящие анастомозы / А.А. Вишневский, Я.Л. Ульманис, Э.Л. Гришкевич. - М., 1972. - 304 с.
3. Гальперин, Э.И. Рубцовые стриктуры желчных протоков / Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузовлев, С.Р. Карагюлян. - М., 1982. - 240 с.
4. Смирнов, Е.В. Реконструктивные операции на желчных путях / Е.В. Смирнов, С.Д. Попов. - М., 1969. - 288 с.
5. Федоров, С.П. / С.П. Федоров // Тр. XVIII съезда Российских хирургов. - М., 1927. - С. 192-194.
6. Wilms. // Deutsche Medizinische Wochenschrift. - 1912. - P. 15.

Ключевые слова: гепатикохоledохах, скрытый дренаж

Key words: hepaticocholedochous, internal drainage