

КОМБИНИРОВАННЫЙ ДРЕНАЖ ХОЛЕДОХА И ПОДПЕЧЕНОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

С.Н. Хунафин, А.З. Муллаянова, Г.А. Мурзин, А.Ф. Бикметов, Н.Н. Калимуллин

*Кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсом термической травмы
(зав. – проф. С.Н. Хунафин) Башкирского государственного медицинского университета,
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова (главврач – Р.Я. Нагаев),
городская клиническая больница № 18 (главврач – С.С. Куватов), г. Уфа*

В последние годы отмечается рост числа больных с желчнокаменной болезнью и, как следствие его, с осложнениями, в том числе желчным перитонитом. Скрытое течение, трудность диагностики желчного перитонита и запоздалое хирургическое вмешательство ведут к повышению частоты тяжелых послеоперационных осложнений и летальности. В связи с этим в клиническую практику прочно внедрились УЗИ органов брюшной полости и методы интенсивной терапии после операций на желчевыводящих путях.

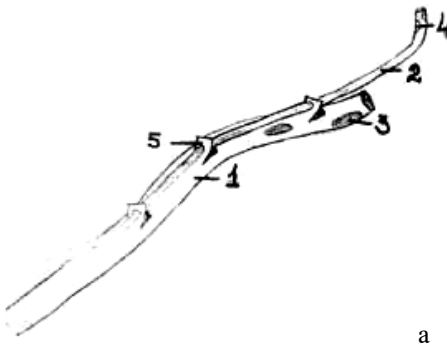
Из 130 больных желчным перитонитом, возникшим в до- и послеоперационном периодах у пациентов с острым деструктивным и хроническим калькулезным холециститом, леченных с 1996 по 2006 г., 74 (56,9%) поступили в клиники с деструктивными формами холецистита, осложненными желчными перитонитами, и у 56 (43,1%) желчный перитонит возник после операций по поводу желчнокаменной болезни.

УЗИ органов брюшной полости было проведено 89 (70,1%) пациентам. Это исследование позволяет выявить наличие конкрементов в желчном пузыре, определить их размер, состояние стенки пузыря, её толщину, возможное расслоение и участки перфорации, а также воспалительные инфильтраты и абсцессы в подпеченочной и околопузырной областях, скопление жидкости в брюшной полости. Дифференцировать характер свободной жидкости затруднительно, но по наблюдениям желчь и кровь, в отличие от асцитической жидкости, по эхо-признакам имеют взвесь и характерные, возникающие впоследствии тонкие септильные перегородки.

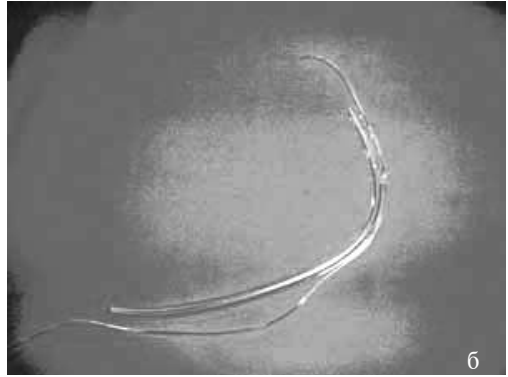
Одно из приоритетных мест в диагностике желчного перитонита занимает диагностическая лапароскопия, позволяющая визуально определять наличие (отсутствие) желчи в брюшной полости, локализацию и ее распространенность. Эти данные дают возможность не только избрать правильную оперативную тактику, но и сделать оптимальный доступ для полноценной ревизии и адекватной санации брюшной полости. Диагностическая лапароскопия применялась нами у 11 (8,6%) пациентов, у которых в связи со скудными стертыми клиническими проявлениями диагностика была затруднена, в то время как лапароскопия подтвердила развитие желчного перитонита.

Достоверными симптомами развития послеоперационного желчного перитонита, являются отделение желчи по дренажам брюшной полости (у 33), а также отсутствие или резкое снижение количества желчи по дренажу холедоха в сочетании с усилением абдоминального болевого синдрома (у 9). У 29 из 56 пролеченных нами больных с послеоперационным желчным перитонитом отмечалось распространение желчи по всей брюшной полости, у 27 – излившаяся желчь локализовалась в подпеченочном пространстве. Анализ наших наблюдений показал, что в ранней диагностике послеоперационных желчных перитонитов имеются определенные трудности, обусловленные течением перитонита без выраженных клинических признаков.

Причинами развития желчного перитонита являлись в основном технические ошибки: недостаточная фиксация дренажа холедоха; несформировавшийся свищевой ход дренажа, в связи с которым после его удаления желчь из холедоха распространя-



а



б

Комбинированный дренаж холедоха и подпеченочного пространства: а – схема; б – фото.

лась по свободной брюшной полости, миграция дистального конца подпеченочного трубчатого дренажа в сторону от Винслово отверстия, не позволившая ему выполнить свою дренажную роль и тем самым “просигнализировать” о наличии желчи в подпеченочном пространстве. Следовательно, весьма актуальна организация контроля за дренированием подпеченочного пространства.

Нами было разработано и применено устройство, позволяющее производить одновременно дренирование как холедоха, так и Винслово отверстия и подпеченочного пространства.

Предлагаемый дренаж (см. рис.) состоит из двух силиконовых трубок (1 и 2) длиной 0,5 м, диаметром 6 и 4 мм, которые в рабочей части имеют отверстия (3, 4) диаметром 2 и 4 мм соответственно. Трубка (2) свободно проходит через кольца (5) с внутренним диаметром 5 мм, которые находятся в трубке (1). После завершения основного этапа операции проводят данный дренаж в брюшную полость через контрапертуру в правом подреберье, при этом силиконовую трубку меньшего диаметра с отверстиями – в проксимальный отдел холедоха и фиксируют кетгутовой лигатурой с проши-

ванием, а другую силиконовую трубку – за печеночно-двенадцатиперстную связку в Винслово отверстие. Дренаж фиксируют к коже больного капроновыми лигатурами с прошиванием раздельно каждой трубки. В послеоперационном периоде трубку, находившуюся в подпеченочном пространстве, удаляют на 3–5-е сутки при отсутствии отделяемого из подпеченочного пространства после рассечения фиксирующего кольца. Трубку из холедоха удаляют на 12–16-е сутки после операции при купировании явлений холангита и признаков механической желтухи после холангиографии.

Комбинированный дренаж холедоха и подпеченочного пространства был установлен 20 больным, поступившим в хирургическое отделение и оперированным по поводу острого деструктивного калькулезного холецистита, холедохолитиаза, холангита, механической желтухи. Отмечены снижение сроков пребывания больных в стационаре за счет возможности раннего удаления дренажей из подпеченочного пространства и холедоха, уменьшение количества послеоперационных осложнений, снижение травматичности за счет формирования одного раневого канала в брюшной полости.