

МАНОМЕТРІЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

МАНОМЕТРІЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ – У 58 із 246 хворих, прооперованих на обтураційну жовтяницю, що зумовлена жовчнокам'яною хворобою, операцію завершували зовнішнім дрениванням жовчних проток. Проведення в післяопераційному періоді манометричного контролю жовчних проток дозволяє своєчасно діагностувати негерметичність системи холедох-дренаж, припинити втрату жовчі по дренажу та ставити питання про його видалення.

МАНОМЕТРИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОК В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ – У 58 из 246 прооперированных больных с обтурационной желтухой, что обусловлена желчекаменной болезнью, операцию заканчивали наружным дренированием желчных проток. Проведение в послеоперационном периоде манометрического контроля желчных проток позволяло своевременно диагностировать негерметичность системы холедох-дренаж, приостановить потерю желчи по дренажу и ставить вопрос о его удалении.

Biliary ducts manometry in postoperative period – in 58 of 246 patients operated for obstructive jaundice caused by cholelithiasis, operation was concluded with external drainage of biliary ducts. Manometric control of biliary ducts in postoperative period permits to diagnose opportunely unhermeticity of choledoch-drainage system, to pause bile loss through drainage and to raise the question about its ablation.

Ключові слова: обтураційна жовтяниця, зовнішнє дренивання жовчних проток, манометрія, фістулохолангіографія.

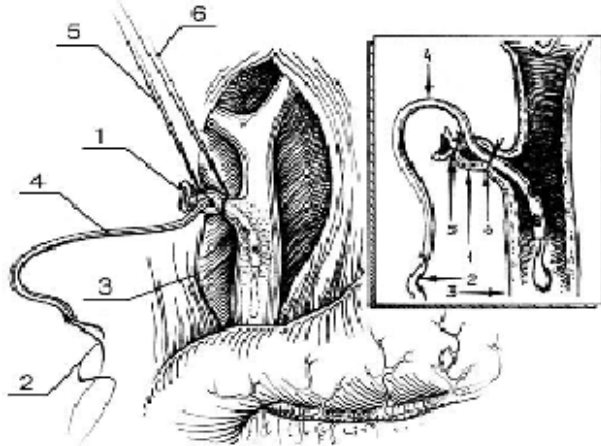
Ключевые слова: обтурационная желтуха, наружное дренирование желчных проток, манометрия, фистулохолангиография.

Key words: obstructive jaundice, external drainage of biliary ducts, manometry, fistulocholangiography.

У 68 із 246 прооперованих хворих на обтураційну жовтяницю (ОЖ), що зумовлена жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ), операцію завершували зовнішнім дрениванням жовчних проток (ЗДЖП). Показами до нього були: діагностична холедохотомія у 1 хворого, холедохолітотомія – у 21 і супровідний холангіт, панкреатит – у 46 пацієнтів. Головною умовою для виконання ЗДЖП була відсутність під час операції перешкоди органічного характеру для пасажу жовчі в дванадцятипалу кишку.

Найчастіше використовували дренаж з тонкої поліхлорвінілової трубки, проведеної в загальну жовчну протоку (ЗЖП) через куксу міхурової протоки (МП) за Піковським (у 51 хворого). Цей спосіб добре оберігає шов холедоха від небезпеки жовчної гіпертензії і дозволяє проводити рентгеноманометричне спостереження в післяопераційному періоді. У хворих з широкою куксою МП з метою попередження випадіння дренажу та підтікання повз нього жовчі, ми застосовували нашу модифікацію дренивання холедоха за Піковським [1]. Суть її полягає в тому, що проведення дренажу в ЗЖП здійснювали через бокову стінку кукси МП (рис.1).

Після виконання холецистектомії, голкою, кінець якої ключкоподібно зігнутий, через куксу МП (1) з боку слизової, проколювали її бокову стінку. В просвіт голки вводили жилку (2), проксимальний кінець її виведений на зовнішню бокову стінку кукси МП фіксували і забирали голку. Дистальний кінець жилки через куксу МП проводили в холедох (3), одночасно підтягуючи її проксимальний кінець. По жилці, в просвіт холедоха вводили дренажну поліхлорвінілову трубку (4). На куксу МП накладали дві лігатури (5,6) – вище і нижче місця введення дренажу. Дренаж



окремо фіксували лігатурою до кукси МП. Дренування ЗЖП через її рану (за Вишневським, Холстедом, Кером) застосовували лише у виключних випадках – при некротично-зміненій куксі МП, неможливості через неї провести дренаж.

На третю добу після оперативного втручання та відновлення перистальтики кишечника, виконували манометричний контроль жовчних проток шляхом під'єднання дренажу холедоха до запропонованого нами пристрою для дослідження жовчних проток [2]. У випадках, коли залишковий тиск в ЗЖП протоці дуже низький (3-5 мм вод. ст.), відсутні коливання тиску в капілярному манометрі при диханні хворого, робимо висновок, що система холедох-дренаж негерметична і у вільну черевну порожнину може підтікати жовч. Припиняти втрату її по дренажу небезпечно. Повторне дослідження жовчних проток проводимо лише через 6-7 днів, коли в результаті злукового процесу дренажна трубка буде повністю відмежована від вільної черевної порожнини. При високому залишковому тиску і низькій пропускній здатності холедоха не слід припиняти втрату жовчі, а також підключати систему до назогастрального зонда. При такому підключенні та положенні хворого з припіднятою головою періодично виникає підвищення тиску в жовчних протоках, що перевищує секретоний тиск гепатоцитів і негативно впливає на функцію печінки. В таких випадках жовч може бути зібрана в ємкість і окремо введена хворому під час прийому їжі.

Якщо система холедох-дренаж є герметична, залишковий тиск в ЗЖП не вище 140 мм вод. ст., пропускна здатність холедоха не порушена – “дебіт” складає 20-40 мл, то на третю добу після операції можна припинити втрату жовчі по дренажу, встановивши ємкість для її збирання на рівні залишкового тиску, тобто використати “сифон-дренаж” О.В.Вишневського. Таке припинення втрати жовчі при збереженні відкритої системи є стахувальним. У випадку виникнення ускладнень, що супроводжуються підвищенням тиску в жовчних протоках (наприклад, при загостренні панкреатиту), жовч витікатиме у ємкість. При сприятливому перебігу післяопераційного періоду, на шосту добу дренаж перев'язуємо, але з видаленням його не поспішаємо до повного відмежування його від вільної черевної порожнини (12-14 день), особливо у хворих похилого і старечого віку.

Після фістулохолангіографії іноді підвищується залишковий тиск в ЗПЖ, що є результатом пошкодження слизової її рентгеноконтрастними розчинами. Тому після проведення рентгенологічного дослідження дренажну систему необхідно обов'язково промити фізіологічним розчином. Бажання отримати якісні рентгенограми, шляхом використання концентрованих розчинів рентгеноконтрастних препаратів не виправдане, так як тінь невеликого конкремента може бути перекрита контрастним розчином. Для фістулохолангіографії, як правило, використовуємо рентгеноконтрастні розчини в концентрації 20-30 %.

1. Ковальчук Л.Я., Максимлюк В.І., Кубей В.І. Спосіб дренування загальної жовчної протоки //Тези Всеукраїнського симпозиуму хірургів: Актуальні питання хірургії в світлі особистого досвіду. – 1992.– С.34-35.

2. Максимлюк В.І. Пристрій для дослідження жовчних шляхів // Шпитальна хірургія. – 1998. – № 1.– С.111-112.