
ПЛАСТИЧЕСКАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ СВИЩА И ВЫСОКОЙ СТРИКТУРЫ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Кандидат медицинских наук В. М. ВЕЛИЧЕНКО

Из клиники госпитальной хирургии (заведующий — профессор
И. Б. Олешкевич) Витебского медицинского института

Больному П., 38 лет, 8 ноября 1959 г. в райбольнице была произведена холецистэктомия по поводу эмпиемы желчного пузыря. Через две недели образовался желчный свищ, а спустя месяц после операции появилась обтурационная желтуха. 5 февраля 1960 г. больной поступил на лечение в областную клиническую больницу. Жалобы на общую слабость, желтуху, свищ в правом подреберье, через который выделяется слизь и небольшое количество желчи.

Больной правильного телосложения, пониженной упитанности. Кожа, слизистые и склеры имеют интенсивное желтушное окрашивание. Температура субфебрильная. Пульс 78, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Артериальное давление 120/80. Сердце не увеличено, сердечные тоны приглушены. В легких перкуторно-легочный звук, аускультативно — рассеянные сухие хрипы в обоих легких. Язык влажный, чистый. Живот несколько запавший, при пальпации мягкий, безболезненный. Ниже и параллельно правой реберной дуге — операционный рубец, в средней части которого небольшой свищ со слизисто-плотным отделяемым. Стул жидкий, обесчеченный. Мочепуспускание нечастое, безболезненное, моча пенистая, цвета пива. Нервная система — без особенностей. Рентгеноскопически — органы грудной клетки без видимых патологических изменений. Фистулография не удалась. ЭКГ — умеренное нарушение фазы восстановления миокарда левого желудочка.

Кровь: эр. 4 500 000, гем. 77 проц., лейкоцитов 7200, РОЭ 20 мм. Моча: реакция кислая, белка — следы, лейкоцитов 2—3, эритроцитов свежих 0—1 в поле зрения, уробилин —, билирубин +. Днастазы в моче 64 ед. Кал: реакция на стеркобилин отрицательная.

18 февраля 1960 г. — операция. Интратрахеальный наркоз (эфира 120,0) с релаксантами (диплацина 200 мл). Разрезом де Рубена вскрыта брюшная полость. К печени припаян малый сальник и передняя стенка антрального отдела желудка. Спайки разведены, вскрыт свищевой канал, стенкой которого является желудок. Свищевой ход ведет глубоко к воротам печени. При продвижении по свищевому ходу желчь не выделяется. Свищ находится в воротах печени и заканчивается небольшой полостью (с лесной орех), расположенной за капсулой печени. Общий желчный проток выделен на всем протяжении, он сужен, имеет в диаметре 0,2—0,5 см. Продольным разрезом в 1—1,5 см желчный проток вскрыт в средней части. Пуговчатый зонд легко проходит в 12-перстную кишку. В сторону печени зонд не проходит, ввиду рубцового стеноза общего желчного протока у самого свища (в зоне капсулы печени). Суженное место разбужено, после этого зонд удалось провести в оба печеночных протока. При этом установлено: оба печеночных протока расположены внутрипеченочно, в месте их слияния в общий желчный проток внутрикапсулярно имеется отверстие (место пересеченного пузырного протока), являющееся желчным свищом. В целях ликвидации желчного свища решено произвести пластику общего желчного протока поливиниловой трубкой. Длина трубки 11,5—12 см, диаметр ее 0,6—0,7 см. Через разрез в средней части общего желчного протока один конец поливиниловой трубки проведен в 12-перстную кишку. В другом конце трубки сделано боковое отверстие, привязана толстая шелковая нить, последняя проведена через холодох в свищевое отверстие, и с помощью нити трубка (при большом усилии) протянута до уровня бифуркации печеночных протоков, т. е. до уровня свищевого отверстия. Так как проксимальный конец трубки с большой силой внедрен в рубцовый туннель, в дополнительной фиксации ее не было надобности; шелковая нить, использованная для протягивания трубки, удалена. Рана в средней части общего желчного протока ушита кетгутовыми швами и окутана сложенным в два ряда сальником на ножке. В месте желчного свища на капсулу печени наложены шелковые швы, к этому месту подшит сальник на ножке. Ниже холодоха поставлены два марлевых тампона, а к месту ушитого желчного свища подведена широкая резиновая полоска. В брюшную полость засыпан порошок пенициллина и стрептомицина, по 500 000 ед. каждого. Полостное закрытие брюшной полости. Асептическая повязка. Во время операции внутривенно капельно перелито 400 мл консервированной крови, 500 мл полиглюкина и 500 мл физраствора хлористого натрия.

В послеоперационном периоде применялись антибиотики, сердечные средства, внутривенные переливания физраствора поваренной соли, 5- и 40- проц. растворы глюкозы и др. лечебные средства.

26 февраля 1960 г. состояние больного резко ухудшилось: появились боли в животе, больной в холодном поту, пульс 120, положительный симптом Щеткина—Блюмберга, лейкоцитоз (30 500 л.) с резким сдвигом влево. С 1 марта состояние больного стало улучшаться, 24 марта желчный свищ полностью закрылся. 30 марта произведена рентгенография с биллатстом: на рентгенограмме ясно видна поливиниловая трубка, идущая от ворот печени в сторону позвоночника. Выписан в хорошем состоянии.

В данном случае редкий вариант — подкапсулярное (внутрипеченочное) расположение печеночных протоков и крайне высокое отхождение пузырного протока. Это привело к осложнениям после холецистэктомии. Ликвидация высокой рубцовой стриктуры и свища общего желчного протока явилась довольно сложным делом. Мы встретились не столько с трудностями технического порядка, сколько с трудностями выбора подходящего оперативного метода. Нами выполнена пластическая операция с использованием поливиниловой трубки, как постоян-

ного скрытого дренажа, с ушиванием капсулы печени в месте дефекта общего желчного протока. Данная операция привела к благоприятному исходу. Однако, учитывая тяжелые осложнения, наблюдавшиеся в послеоперационном периоде (образование желчного свища и тяжелое течение ограниченного желчного перитонита), мы не можем рекомендовать ее в случаях, подобных описанному.

