

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневиц

24.06.2011 г.

Регистрационный № 032-0411

**МЕТОД ДРЕНИРОВАНИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА  
СКРЫТЫМ САМОУДАЛЯЮЩИМСЯ ДРЕНАЖОМ**

инструкция по применению  
(патент РБ № 5406, приоритет от 29.12.2008)

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

АВТОРЫ:

д-р мед. наук, проф. Жандаров К.Н.;

канд. мед. наук, доц. Савицкий С.Э.;

Белюк К.С.;

Ушкевич А.Л.

Гродно 2011

Целью данной инструкции является описание метода дренирования общего желчного протока скрытым самоудаляющимся дренажом, разработанным в клинике (патент на полезную модель № 5406, приоритет от 29.12.2008) при выполнении «традиционных» оперативных вмешательств на желчных путях, определение показаний и противопоказаний к выполнению этого вида дренирования. Данный метод дренирования общего желчного протока может быть применен при хирургическом лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом, стенозом большого дуоденального сосочка и механической желтухой. Использование скрытого самоудаляющегося дренажа позволяет купировать билиарную гипертензию в раннем послеоперационном периоде, завершить холедохотомию малотравматичным «глухим» прецизионным швом холедохотомического отверстия без риска несостоятельности последнего, устранить недостатки наружного дренирования и сократить продолжительность стационарного послеоперационного лечения.

### **ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ**

Хирургия, гепатология. Уровень внедрения: областной, республиканский.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

Оборудование, применяемое для дренирования общего желчного протока скрытым самоудаляющимся дренажом, должно позволять производить все этапы открытого хирургического вмешательства по поводу желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом.

Для выполнения предлагаемого способа необходимо наличие:

- стандартный большой абдоминальный набор хирургических инструментов;
- скрытый самоудаляющийся дренаж;
- фиброхоледохоскоп;
- набор зондов Доллиоти;
- монополярная коагуляция;
- монофиламентный рассасывающийся шовный материал 4/0 или 5/0;
- рассасывающийся шовный материал (кетгут 4/0);
- набор резиновых перчаток, халатов, хирургических нитей с иглами и перевязочный материал.

### **ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом, стенозом большого дуоденального сосочка и механической желтухой при выполнении одноэтапных открытых оперативных вмешательств на внепеченочных желчных протоках и большом дуоденальном сосочке.

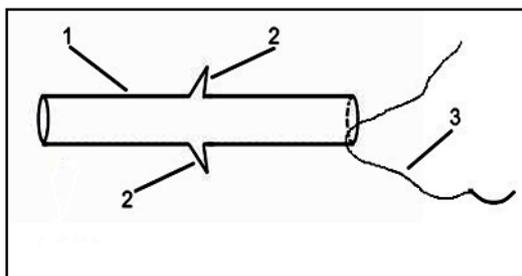
## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

1. Общие противопоказания к полостным хирургическим операциям.
2. Наличие резко выраженных признаков острого гнойного холангита, замазкообразной желчи с крошками и мелкими конкрементами.
3. Отсутствие уверенности в полной санации и проходимости общего желчного протока и большого дуоденального сосочка.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕМОГО МЕТОДА**

Технология дренирования общего желчного протока скрытым самоудаляющимся дренажом включает все этапы открытого хирургического вмешательства по поводу желчнокаменной болезни осложненной холедохолитиазом. Так, под общим обезболиванием в положении пациента на спине с подложенным под спину валиком в области X–XI ребер выполняется верхнесрединная лапаротомия. Визуализируется желчный пузырь и печеночно-двенадцатиперстная связка. Производится холецистэктомия. Холедохотомия выполняется традиционно в супрадуоденальной части холедоха в продольном направлении, до 1–2 см длиной (в зависимости от предполагаемого размера конкремента) или по методике А.А. Шалимова и соавт. (1996), как продолжение рассечения передней стенки культи пузырного протока с переходом на общий желчный проток. Производится холедохолитотомия, санация и ревизия желчевыводящей системы с помощью фиброхоледохоскопии и зондов Доллиоти. При нарушении проходимости терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка выполняется антеградная или трансдуоденальная папиллосфинктеротомия; последняя по показаниям может быть дополнена папиллосфинктеропластикой. При уверенности в полной санации и проходимости общего желчного протока и большого дуоденального сосочка, а также при отсутствии резко выраженных признаков острого гнойного холангита, замазкообразной желчи с крошками и мелкими конкрементами производится дренирование холедоха скрытым самоудаляющимся дренажом.

Скрытый (потерянный) самоудаляющийся дренаж (рис. 1) предназначен для устранения желчной гипертензии, возникающей в первые 1–6 дней после оперативных вмешательств на желчных путях и большом дуоденальном сосочке, и представляет собой однопросветную полихлорвиниловую трубочку длиной до 6 см, внутренним диаметром 0,3 см и наружным 0,4 см. Отступив 3 см от дистального конца дренажа, выполняют 2 надреза под углом 45° в виде лепестков, последние отогнуты в виде «елочки». Отступив 0,4 см от проксимального конца рассасывающимся шовным материалом (кетгут 4/0) прошивают угол дренажа для последующей фиксации за слизистую оболочку общего желчного протока.



**Рис. 1. Скрытый самоудаляющийся дренаж**

- 1 — однопросветная полихлорвиниловая трубочка;  
 2 — лепестки в виде «елочки»;  
 3 — рассасывающийся шовный материал.

Через холедохотомическое отверстие изготовленный дренаж вводится в общий желчный проток и далее через большой дуоденальный сосочек в просвет двенадцатиперстной кишки таким образом, чтобы 2 изготовленные ранее заусеницы в виде «елочки» препятствовали его обратному движению в проток, а проксимальный конец фиксируется рассасывающейся нитью (кетгут 4/0) к слизистой оболочке холедоха в области холедохотомического отверстия для препятствия преждевременного отхождения дренажа. После рассасывания кетгута на 6–10 сут дренаж самостоятельно отходит в просвет двенадцатиперстной кишки и, продвигаясь по желудочно-кишечному тракту, выходит наружу.

Холедохотомическое отверстие ушивается «глухим» прецизионным непрерывным «матрачным» швом, монофиламентной рассасывающейся нитью 4/0 или 5/0 без захвата слизистой оболочки общего желчного протока. Подпеченочное пространство и малый таз дренируются полихлорвиниловыми трубками с последующим послойным ушиванием лапаротомной раны.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ. ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

1. Подтекание желчи по улавливающему дренажу вследствие негерметичности шва холедохотомического отверстия из-за нарушения техники ушивания холедохотомического отверстия неатравматичными иглами с редкими стежками и узловыми швами с сужением просвета общего желчного протока.

2. Несостоятельность «глухого» шва общего желчного протока вследствие обтурации просвета общего желчного протока и скрытого самоудаляющегося дренажа «забытыми» конкрементами, замазкообразной желчью с крошками и мелкими конкрементами.

Избежать данных ошибок и осложнений возможно при достаточном уровне подготовки хирургической бригады, тщательном наложении «глухого» шва холедохотомического отверстия с использованием прецизионной техники непрерывным «матрачным» швом монофиламентной рассасывающейся нитью 4/0 или 5/0 без захвата слизистой оболочки и

сужения просвета общего желчного протока, интраоперационной ревизии желчевыводящей системы с помощью фиброхоледоскопии. Применяют дренирование общего желчного протока скрытым самоудаляющимся дренажом только в случае уверенности в полной санации и проходимости желчных путей, а также при отсутствии резко выраженных признаков острого гнойного холангита, замазкообразной желчи с крошками и мелкими конкрементами.