

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕДОХОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

А. С. Шуляк, К. С. Бельюк

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Цель. Изучить результаты лечения различных вариантов завершения холедохотомии и оценить эффективность новых предложенных методов.

Методы и материал. Сравнительный анализ материальных затрат в послеоперационном периоде 250 пациентов, которым были выполнены открытые оперативные вмешательства на желчных протоках по поводу желчнокаменной болезни осложненной холедохолитиазом, стенозом Фатерова сосочка и механической желтухой. Все пациенты были разделены на 3 группы в соответствии с вариантами завершения холедохотомии. Группа №1 - 179 пациентов с наружным дренированием общего желчного протока. Группа №2 - 32 пациента с ушиванием холедохотомического отверстия прецизионным непрерывным «матрачным» швом в сочетании с наружным дренажом через культю пузырного протока по Холстеду. Группа №3 состоит из 39 пациентов, у которых холедохотомическое отверстие было ушито глухим прецизионной швом (ГПШ). У 26-ти пациентов этой группы был использован скрытый самоуделяющийся дренаж для устранения билиарной гипертензии в раннем послеоперационном периоде, а у 13 пациентов дренаж общего желчного протока не применялся.

Результаты. Наибольшее количество осложнений в послеоперационном периоде выявлено в 1-й группе - у 27 (15,08 %) пациентов. Из них у 15 (8,38 %) больных осложнения были связаны непосредственно с наружным дренированием общего желчного протока. У 9-ти пациентов обнаружена желчеистечение по улавливающему дренажу из-за негерметичности швов в области стояния дренажа общего желчного протока. В 6-ти случаях желчеистечение самостоятельно прекратилось в течение 4–10-ти суток. 3-м пациентам в результате развития желчного перитонита выполнялись повторная лапаротомия, санация подпеченочного пространства, брюшной полости и повторное дренирование общего желчного протока по Вишневскому. У 4-х (2,23%) пациентов в послеоперационном периоде не удалось удалить дренаж Вишневского, в связи этим данные пациенты были выписаны из стационара с рекомендацией на повторную госпитализацию через неделю. У 2-го (1,12%) пациента после удаления наружного дренажа на 17-е сутки появились боли в правом подреберье, истечение желчи по каналу дренажа, в связи с чем были выполнены релапаротомия и повторное дренирование общего желчного протока по Вишневскому. Кровотечение из зоны папиллосфинктеротомии выявлено у 3-х (1,68%) человек. В одном случае кровотечение удалось купировать консервативными мероприятиями, а во втором понадобилось выполнить повторную лапаротомию и прошивание кровоточащего сосуда в области папиллосфинктеротомии. У 2-х (1,12%) больных в области терминального отдела общего желчного протока обнаружены оставшиеся конкременты. Имелся 1 (0,56%) летальный исход по

причине развития желчного перитонита. Количество послеоперационных койко-дней у пациентов первой группы составило: медиана – 19,0; квартили – 16,0–21,0.

В группе 2 у 32 пациентов, которым прецизионный шов холедохотомического отверстия был наложен в сочетании с наружным дренированием общего желчного протока по Холстеду, осложнений не отмечено. Но количество послеоперационных койко-дней в данной группе оставалось высоким: медиана – 19,5; квартили – 16,0–21,0, и не имелось статистически значимых различий в сравнении с группой 1, что связано с невозможностью удаления дренажа общего желчного протока ранее 10–14 суток.

Среди 39 пациентов группы 3 только у 4 (10,26%) больных в послеоперационном периоде было обнаружено кратковременное желчеистечение по контрольному дренажу, которое самостоятельно прекратилось в течение 4–6 суток. У 26 (66,67%) пациентов, которым ГПШ холедохотомического отверстия был выполнен в сочетании с дренированием общего желчного протока скрытым самоудаляющимся дренажем, подтекание желчи по улавливающему дренажу не отмечено. У 1-го (2,56%) оперированного с сопутствующей язвенной болезнью в послеоперационном периоде возник эпизод желудочно-кишечного кровотечения, купированный консервативными мероприятиями, из-за чего сроки госпитализации этих пациентов были увеличены. У 34 (87,18%) остальных пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Таким образом, количество послеоперационных койко-дней у пациентов группы 3 составило: медиана – 11,5; квартили – 9,5–16,5, что имеет статистически значимые отличия (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$) при сравнении с группой 1 (медиана 19,0; квартили 16,0–21,0) и группой 2 (медиана 19,5, квартили 16,0–21). Увеличение количества послеоперационных койко-дней у больных групп 1 и 2 по сравнению с группой 3 было связано с невозможностью удаления наружного дренажа общего желчного протока ранее 10–14 суток. Скрытый самоудаляющийся дренаж не требовал специального извлечения, что позволяло выписывать больных на 8–10 сутки после отхождения самоудаляющегося дренажа и существенно сократить продолжительность послеоперационного лечения в стационаре.

Материальные затраты на послеоперационное лечение в хирургическом отделении из расчета на одного пациента в группе 1 составил - 430 \$; в группе 2 - 863 \$. Это подчеркивает экономическую значимость предложенной методики.

Таким образом, применение ГПШ холедоха в сочетании со скрытым самоудаляющимся дренажем позволяет избежать осложнений, связанных с наружным дренированием, сократить продолжительность послеоперационного стационарного лечения и материальных затрат.