

УДК: 616.366:616-005.1:616-089

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

О.У. Рахимов

кафедра хирургических болезней

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Резюме. Представлены результаты течения раннего послеоперационного периода у 93 больных. В зависимости от способа гемостаза больные были разделены на три группы. В первой группе с целью гемостаза в ложе желчного пузыря использован новый отечественный препарат гемогубка, в контрольной группе гемостаз достигался с использованием монополярной коагуляции, в группе сравнения использовали гемостатическую губку «SPONGOSTAN™ STANDART». В основной группе применение гемогубки позволило значительно сократить сроки дренирования, продолжительность оперативного вмешательства и снизить количество послеоперационных осложнений в 1,5 раза.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, гемостаз, послеоперационный период, осложнения.

COURSE OF THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD AFTER CHOLECYSTECTOMY

O.U. Rakhimov

Department of Surgical Diseases of Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent,
Uzbekistan

Summary: The results of the course of early postoperative period in 93 patients are presented. Depending on the method of hemostasis, the patients were divided into three groups. In the first group, for the purpose of hemostasis in the gallbladder bed, a new hemostatic sponge gemogubka was used, in the control group, hemostasis was achieved using monopolar coagulation, in the comparison group, a hemostatic sponge "SPONGOSTAN™ STANDART" was used. In the main group, the use of gemogubka made it possible to significantly reduce the time of drainage, the duration of surgical intervention and reduce the number of postoperative complications by 1,5 times.

Keywords: cholelithiasis, cholecystectomy, hemostasis, postoperative period, complications

Введение. Желчнокаменная болезнь в структуре заболеваемости патологией желудочно-кишечного тракта составляет 50-60% среди всех заболеваний гепатобилиарной системы, а у 8% пациентов желчнокаменная болезнь является основной причиной летальности. Хирургическому лечению желчнокаменной болезни довольно часто сопутствуют осложнения, первопричиной которых является незавершенная или неправильная обработка ложа желчного пузыря; описанная проблема должна быть устранена в обязательном порядке [1, 2, 6]. В силу этого, одной из важнейших задач, в числе прочих, стоящих перед гепатобилиарной хирургией, является поиск надежного и нетравматичного гемостаза и билистаза, во многом определяющих благоприятность течения послеоперационного периода. Продолжительность послеоперационного периода и наличие/отсутствие осложнений во время его течения определяются в основном не объемом хирургического воздействия на органы брюшной полости, а местоположением и параметрами операционной раны [4, 5]. Неправильно или недостаточно обработанное ложе желчного пузыря может стать источником кровотечения и желчеистечения как во время операции, так и в послеоперационном периоде [3]. Ввиду высокой актуальности вопроса эффективности интраоперационного гемостаза ложа желчного

пузыря – это в равной мере касается и традиционного и лапароскопического холецистэктомии, – широкое внедрение в практику нового отечественного местного гемостатика – гемогубка может снять остроту проблемы.

Цель исследования. Оценить течение послеоперационного периода после холецистэктомии у пациентов с желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы. Исследование проведено в отделении хирургии ГКБ №4 им. И. Эргашева г. Ташкента (2019-2020 года). В исследование было включено 93 пациента: в первую группу были включены 43 пациента, у которых с целью гемостаза в ложе желчного пузыря использован новый отечественный препарат гемогубка; в контрольной группе у 45 пациентов окончательный гемостаз в области ложа желчного пузыря достигался с использованием монополярной коагуляции; группа сравнения включала 5 пациентов, у которых с целью гемостаза использовали гемостатическую губку «SPONGOSTAN™ STANDART». Исследуемые группы сопоставимы по следующим критериям: пол, возраст, тяжесть состояния, сопутствующие патологии. Средняя длительность заболевания ЖКБ в основной группе составила $3,4 \pm 2$ года, в контрольной группе $5,1 \pm 4,2$ лет, и в группе сравнения $4,8 \pm 2,5$ года. В основной группе средний возраст пациентов составил $50 \pm 13,7$ лет, 14 (18%) мужчин и 66 (82%) женщин. Из них 76,2% были в трудоспособном возрасте (до 60 лет). Данная статистика указывает на весомую социальную значимость изучаемой проблемы.

При статистической обработке материалов исследования использовались методы параметрического и непараметрического анализа; корректировка, систематизация исходной информации и отображение полученных результатов выполнялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ осуществлялся посредством программы IBM SPSS Statistics v.23 (IBM Corporation).

Результаты. В основной группе кровотечение из ложа желчного пузыря останавливали аппликацией гемогубки на всю поверхность ложа желчного пузыря. В течение 2-3 минут наблюдали за гемостазом. В качестве критерия состоятельности гемостаза нами оценивалось время от момента аппликации порошка до полного прекращения подтекания крови из-под краёв геля нанесённого препарата. У больных групп наблюдения отмечалось снижение уровня гемоглобина в среднем до $109,9 \pm 11,6$ г/л, увеличение лейкоцитов относительно нормы до $14,8 \pm 7 \times 10^9$ /л, снижение гематокрита до $35,9 \pm 4,5\%$ и увеличение СОЭ до $26,9 \pm 7,1$ мм/ч. У больных основной группы отмечалось повышение уровня билирубина до $22,5 \pm 6,1$ мкмоль/л, увеличение прямого билирубина до $5,7 \pm 1,5$ мкмоль/л, а также отмечалось снижение уровня ПТИ до $72,8 \pm 7,8\%$. У больных контрольной группы отмечалось повышение уровня глюкозы в крови до $6,4 \pm 2,14$ ммоль/л, увеличение билирубина до $26,4 \pm 8,6$ мкмоль/л, увеличение прямого билирубина до $7,5 \pm 1,7$ мкмоль/л и снижение уровня ПТИ до $58,5 \pm 6,4\%$. В группе сравнения отмечалось увеличение общего билирубина до $24,8 \pm 3,9$ мкмоль/л, увеличение прямого билирубина до $7,2 \pm 0,76$ мкмоль/л в период лечения.

Сравнительные показатели АСТ и АЛТ больных после традиционной холецистэктомии (ТХЭ) показаны на рисунке 1.

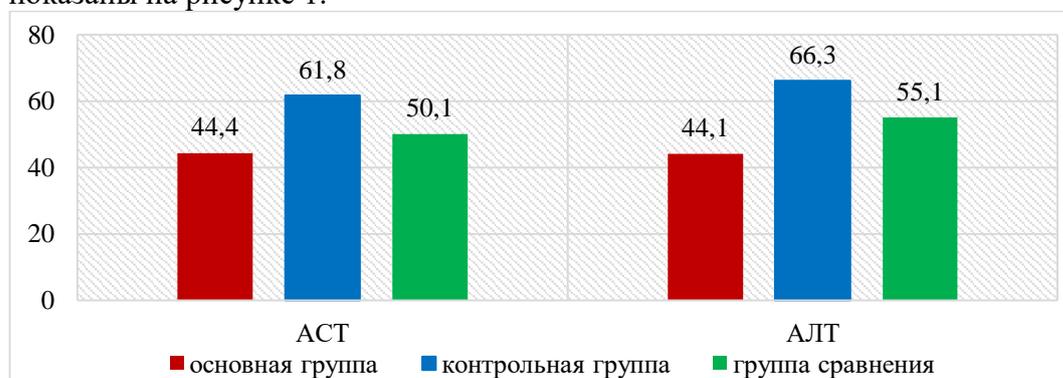


Рисунок 1 – Сравнительные показатели АСТ и АЛТ больных после ТХЭ

Как видно из рисунка 1, у больных основной группы уровень АСТ и АЛТ в период лечения превысил норму до $44,4 \pm 3,1$ ЕД/л и $44,1 \pm 3,9$ ЕД/л соответственно; в контрольной группе уровень АСТ и АЛТ в период лечения превысил норму до $61,8 \pm 6,8$ ЕД/л и $66,3 \pm 6,7$ ЕД/л соответственно; в группе сравнения повышение активности АСТ и АЛТ было в среднем до $50,1 \pm 2,8$ ЕД/л, $55,1 \pm 5,7$ ЕД/л соответственно.

Учитывая объем и характер отделяемых из дренажа подпеченочного пространства, мы в 35 случаях дренажи удаляли на вторые сутки. На 3 сутки только в 6 случаях характер отделяемого был серозным, и в 2 – серозно-геморрагическим с преобладанием серозного. Учитывая это, после УЗИ-контроля подпеченочного пространства дренажные трубки были удалены. Лишь в 1 случае, в связи с относительно большим объемом отделяемого в первые 3 дня после операции, дренажная трубка удалена на 5 сутки.

Количество отделяемого по дренажу в группах наблюдения показано на рисунке 2.

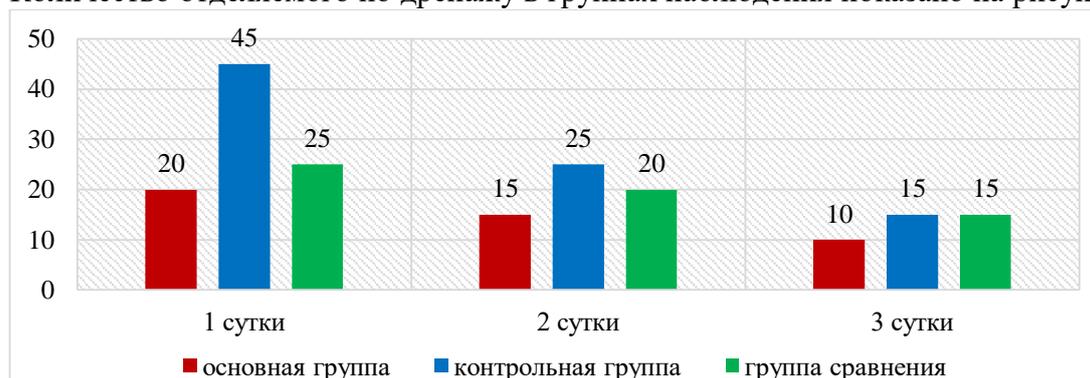


Рисунок 2 – Количество отделяемого в мл., по дренажу в группах наблюдения

Объем отделяемого из дренажа на 1-е сутки составил около 20 мл, на 2-е сутки отделяемое составило около 15 мл и на 3-е сутки – 10 мл (рис.2). Сроки дренирования ложа желчного пузыря в основной группе клинических наблюдений составили $1,6 \pm 0,73$ суток. В контрольной группе пациенты отделяемые из дренажных трубок в первые сутки после операции в 37 (82,2%) случаях имели серозно-геморрагический и серозно-геморрагический с преобладанием геморрагического характера. На 2-е сутки у 18 (40%) пациентов из дренажной трубки выделялся серозно-геморрагический выпот, а серозно-геморрагический выпот с преобладанием геморрагического уменьшился до 4. В 5 случаях дренажная трубка удалена на 7-е сутки в связи с обильным серозным отделяемым в течение 6 суток. В одном случае была выполнена релапаротомия в связи с разлитым серозно-геморрагическим перитонитом и произведена коагуляция ложа желчного пузыря в связи с продолжающимся кровотечением из ложа желчного пузыря. Объем отделяемого из дренажа на 1-е сутки составил около 45 мл, на 2-е сутки составил около 25 мл и на 3-е сутки – 15 мл. Сроки дренирования ложа желчного пузыря в контрольной группе клинических наблюдений составили $4,2 \pm 1,4$ суток. В группе сравнения отделяемое из дренажных трубок в первые сутки после операции в 4 (80%) случаях имело серозный выпот, в 1 (20%) случае имело серозно-геморрагический с преобладанием серозного. На 3-и сутки у 1 (20%) пациента из дренажной трубки выделялся серозно-геморрагический выпот. Объем отделяемого из дренажа на 1-е сутки составил около 25 мл, на 2-е сутки составил около 20 мл, и на 3-е сутки – 15 мл (рис.2). Сроки дренирования ложа желчного пузыря в группе сравнения составили $1,8 \pm 1,3$ суток.

Продолжительность интраоперационного гемостаза в основной группе составила $2,5 \pm 0,79$ минуты, в контрольной группе составила $4,8 \pm 0,85$ минуты и в группе сравнения составила $3,5 \pm 0,85$ минуты. Объем интраоперационной кровопотери в основной группе в среднем составил 72 ± 19 мл, в контрольной группе в среднем составил 115 ± 23 мл, в группе сравнения в среднем составил 85 ± 5 мл. Время оперативного вмешательства у данной категории больных основной группы колебалось от 60 до 95 минут, составив в среднем $71,3 \pm 12,5$ минуты. Продолжительность операции с использованием высокочастотной энергии в среднем была равна $94,7 \pm 28,7$ мин., в группе сравнения колебалась от 65 до 90 минут,

составив в среднем $74 \pm 10,8$ минуты. Послеоперационные осложнения всех групп наблюдений после традиционной холецистэктомии представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характер и частота послеоперационных осложнений после ТХЭ

Осложнения	I основная группа (n=43)		II контрольная группа (n=45)		III группа сравнения (n=5)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Общие (неспецифические):	6	13,9	8	17,8	1	20
Гипертермия	4	9,3	6	13,3	1	20
Пневмония	1	2,3	1	2,2	-	
Инфекция моч. системы	1	2,3	1	2,2	-	
Местные (специфические):	2	4,6	6	13,3	-	
Воспаление п/о раны	2	4,6	1	2,2	-	
Нагноение раны	-		1	2,2	-	
Внутрибрюш. кровотечение	-		1	2,2	-	
Желчеистечение	-		1	2,2	-	
Подпеч. абсцесс	-		1	2,2	-	
Гематома пузырярного ложа	-		1	2,2	-	
Всего	8	18,5	14	31	1	20

* Частота послеоперационных осложнений между исследуемыми группами статистически достоверна ($p < 0,001$)

Как видно из таблицы 1, в основной группе послеоперационные осложнения имели место у 8 (18,5%) пациентов. В основной группе интраоперационных осложнений не наблюдали в связи с использованием гемогубки для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря, а также отсутствием термического поражения окружающих тканей. При обработке ложа желчного пузыря гемостатический эффект гемогубки значительно выше, чем при электрокоагуляции, благодаря чему не было необходимости в повторной обработке ложа. Различные осложнения наблюдали у 14 пациентов (31,1%) контрольной группы. У 1 (2,2%) больного отмечено кровотечение из ложа желчного пузыря, что потребовало релапаротомии и коагуляции ложа желчного пузыря. В 1 (2,2%) случае в послеоперационном периоде мы фиксировали истечение желчи по дренажу на 3 сутки после операции, выполнена релапаротомия. В одном случае был отмечен летальный исход.

Температурная реакция пациентов групп исследования показана на рисунке 3.

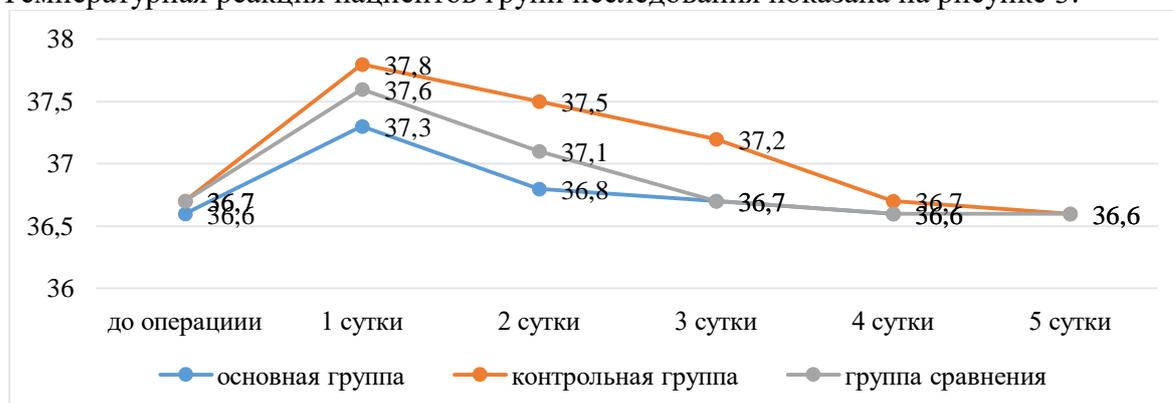


Рисунок 3 – Температурная реакция пациентов

Как видно из данного рисунка, гипертермия у пациентов основной группы в 1-е сутки послеоперационного периода составила $37,3 \pm 0,44$ °С, на 2-е сутки – $36,8 \pm 0,32$ °С, на 3-е сутки температура нормализовалась, составив $36,7 \pm 0,24$ °С. У пациентов контрольной группы в 1-е сутки послеоперационного периода температура составила $37,9 \pm 0,32$ °С, на 2-е сутки – $37,5 \pm 0,35$ °С, на 3-е сутки составила $37,2 \pm 0,4$ °С, на 4-е сутки – $36,7 \pm 0,24$ °С и на 5-е сутки – $36,6 \pm 0,2$ °С. В группе сравнения у 1 пациента (20%) в послеоперационном периоде отмечена лихорадка. Гипертермия на 1-е сутки послеоперационного периода составила $37,6 \pm 0,45$ °С, на 2-е сутки – $37,1 \pm 0,41$ °С, на 3-е сутки температура нормализовалась, составив $36,7 \pm 0,1$ °С. Средняя длительность послеоперационных койко-дней в основной группе составила $2,6 \pm 0,93$ суток, в контрольной группе составила $5,3 \pm 2,1$ суток, в группе сравнения составила $3,6 \pm 1,7$ суток.

В ходе оперативного вмешательства в контрольной группе регулярно отмечалось относительно активное, диффузное кровотечение из ложа желчного пузыря. В результате неоднократной коагуляции ложа желчного пузыря образовалась дополнительная зона коагуляционного некроза, которая явилась источником гипертермии и субстратом для гнойно-воспалительного процесса.

Выводы. Таким образом, применение препарата гемогубка обладает рядом преимуществ в сравнении с применением электрокоагуляции: высокой степенью адгезии к ложу желчного пузыря, мгновенной остановкой кровотечения, полным отсутствием повреждений тканей, исключением повреждений глуболежащих сосудов и желчных протоков. Проведенное нами исследование показало, что препарат «SPONGOSTAN™ STANDART» по адгезивным и гемостатическим свойствам уступает отечественному препарату гемогубке. В основной группе больных во время холецистэктомии для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря применение гемогубки позволило значительно уменьшить удельный вес отделяемых серозно-геморрагического и геморрагического характера из дренажной трубки и сократить сроки дренирования. Помимо этого, применение препарата гемогубка значительно сокращает общую продолжительность оперативного вмешательства и позволяет сократить количество послеоперационных осложнений в 1,5 раза.

Список литературы

1. Давлатов С. С., Рахманов К. Э. Тактика ведения больных с желчеистечением после холецистэктомии // Вопросы науки и образования. 2020. №13 (97). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/taktika-vedeniya-bolnyh-zhelcheistecheniem-posle-holetsistektomii> (дата обращения: 26.10.2022).
2. Меджидов Р. Т., Курбанисмаилова Р. Р. Хирургическое лечение острого холецистита у больных старческого возраста // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/hirurgicheskoe-lechenie-ostrogo-holetsistita-u-bolnyh-starcheskogo-vozrasta> (дата обращения: 26.10.2022).
3. Рахимов, О. У. Применение нового отечественного гемостатика «Гемогубка» при традиционной холецистэктомии / О. У. Рахимов, Ш. Б. Мухаммадсолих // Неделя науки - 2020 : материалы Международного молодёжного форума, Ставрополь, 23–27 ноября 2020 года. – Ставрополь: Ставропольский государственный медицинский университет, 2020. – С. 469-471. – EDN НОМУУР.
4. Совцов, С. А. Холецистит у больных высокого риска / С. А. Совцов, Е. В. Прилепина // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013. – № 12. – С. 18-23. – EDN RTPMWT.
5. Сталева, К. В. Особенности послеоперационного периода после холецистэктомии / К. В. Сталева, Д. М. Плиева, А. А. Алмазов // МНСК-2018: Медицина : Материалы 56-й Международной научной студенческой конференции, Новосибирск, 22–27 апреля 2018 года. – Новосибирск: Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, 2018. – С. 34. – EDN UZWJXT.

6. Nouri S, Sharif MR, Afzali H, Sharif A, Satkin M. The Advantages and Disadvantages of Methods Used to Control Liver Bleeding: A Review. *Trauma Mon.* 2015 Nov;20(4):e28088. doi: 10.5812/traumamon.28088. Epub 2015 Nov 23. PMID: 26839866; PMCID: PMC4727474.