

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННО-ЭПИДЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

^{1,2}*Боровик Е.А.,² Шулейко А.Ч.,² Вижинис Ю.И.,*

¹*Казачёнок Е.А.,¹ Чепик Д.А.*

¹*УЗ «Минская областная клиническая больница»*

²*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

KEY ROLE OF INFECTION CONTROL IN SURGICAL RECONSTRUCTION OF BILE DUCT INJURY

^{1,2}*Borovik E.A.,² Shuleika A.C.,² Vizhinis E.I.,¹ Kazachenok E.A.,¹ Chepik D.A.*

¹*Minsk Regional Clinical Hospital*

²*Belarusian State Medical University*

Введение. Реконструкция билиарных повреждений после холецистэктомии – сложная хирургическая задача, которая требует большого клинического опыта и навыка, а также обязательного просчета всех периоперационных рисков. Сроки выполнения реконструкции до сих пор вызывают разногласия. Согласно литературным данным оптимальным является период до двух недель от момента повреждения в случае ранней реконструкции, а для поздней – после шести недель от момента повреждения. Ранние реконструктивные вмешательства уменьшают время пребывания в стационаре, снижают инвалидизацию, повышают качество жизни пациента и, тем самым, экономически более выгодны, в сравнение с наружным дренированием и отсроченной реконструкцией. Однако риск ишемических нарушений и развитие стриктуры билиодигестивного анастомоза выше в случае ранних интервенций. В свою очередь отсроченная реконструкция дает контроль над возможным септическим состоянием, стабилизацию пациента и снижение частоты послеоперационных осложнений.

Цель. Оценить влияние инфекционного и эпидемического контроля на ближайшие результаты хирургического лечения при реконструкции желчевыводящих путей у пациентов с билиарными повреждениями в условиях областной больницы.

Материалы и методы. На базе хирургических отделений №1 и №2 учреждения здравоохранения «Минская областная клиническая больница» (МОКБ) в период с января 2023 по июнь 2024 года было выполнено 9 билиарных реконструкций и проведен их ретроспективный анализ. Среди пациентов было 5 мужчин (55,5%) и 4 женщины (44,5%) трудоспособного возраста (Медиана 48 (32;71) лет). 7 пациентов (77,8%) оперированы по поводу хронического калькулёзного холецистита и 2 (22,2%) по поводу острого калькулёзного холецистита, что является статистически значимым ($p < 0.05$) и указывает на большую вероятность повреждения в условиях хронического процесса. Все пациенты были переведены из Центральные районных больниц (ЦРБ) Минской области. 2 пациентам (22,2%), в связи с

переводом в МОКБ в течение 1 суток, выполнено раннее реконструктивное вмешательство, у 7 пациентов (77,8%) выполнялась отсроченная операция через 6-8 недель, в виду перевода на 7-9 сутки после операции. Группе пациентов с отсроченной реконструкцией все наружные дренирования выполнены лапароскопически. 6 пациентам (66,7%) была выполнена гепатикоеюностомия на петле по Ру, 3 (33,3%) пациентам (37,5%) бигепатикоеюноанастомоз на петле по Ру. Стоит отметить, что поздние реконструкции выполнялись только после получения результатов микробиологического исследования, эрадикации и на фоне низкого бактериального клиренса, с последующим продолжением антибактериальной терапии в послеоперационном периоде согласно чувствительности. В случае получения полирезистентной флоры при бактериологическом исследовании желчи до операции – принималось решение о продолжении антибактериальной эрадикации и отсрочке хирургического вмешательства. Средний срок наблюдения за пациентами составил 9 (Медиана (3;15)) месяцев.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования была выявлена статистически значимая прямая слабая корреляционная связь между сроком реконструкции и результатом микробиологического исследования ($\rho=+0,29$, ($p < 0.05$)). У пациентов, перенесших отсроченную операцию на 6-8 неделе были высеяны различные внебольничные - *Ent. Raffinosus*, *Sh. Putrefaciens*, *Aer. sobria*, *hydrophila* и внутрибольничные - *Kl. Oxytoca*, *Ps. Aeruginosa* возбудители чувствительные к широкому спектру антибиотиков. У 1 пациента (11,1%) в раннем послеоперационном периоде развилась клинически не значимая билиарная фистула. Повторных госпитализаций в ближайшие 30 суток от момента выписки не было выявлено ни в одной из групп.

Выводы. На основании проведенного анализа можно сделать вывод, что оценка микробиологического статуса пациента при выполнении билиарных реконструкций способствует оптимальному послеоперационному периоду и снижает частоту септических осложнений в раннем послеоперационном периоде, однако необходимо проведение многоцентровых рандомизированных исследований для более адекватной оценки полученных результатов. Рутинный забор и изучение бактериологических проб позволяет рационализировать антибактериальную терапию и снизить вероятность развития антибиотикорезистентности.