



ФАКТОРЫ РИСКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

¹Кунназаров Баходир Муратбаевич

²Рейимбоев Нодирбек Отабекович

Клиник ординатор,

³Утегенов Юсуп Махсетбаевич

Магистр,

Ташкенская медицинская академия

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.7956629>

ARTICLE INFO

Received: 14th May 2023

Accepted: 21th May 2023

Online: 22th May 2023

KEY WORDS

Острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, осложнение, фактор риска.

ABSTRACT

Цель исследования — выявить факторы риска конверсии лапароскопической холецистэктомии и факторы риска развития послеоперационных осложнений при остром калькулезном холецистите. Также необходимо было выявить наиболее частые осложнения, возникающие при холецистэктомии.

Методы Всего из больничной базы данных было выявлено 299 пациентов, перенесших неотложную холецистэктомию с диагнозом холецистит в 1 городской больнице в 2021–2022 гг. Из выявленных пациентов у 200 был острый калькулезный холецистит, из которых 27 пациентов произведено открытая холецистэктомия, были исключены, в результате чего для окончательного анализа было отобрано 173 пациента. Использовалась классификация хирургических осложнений Clavien-Dindo.

Результаты Лапароскопическая холецистэктомия была начата у 173 пациентов, из которых 38 (21,96%) были переведены на открытую операцию. Было выявлено С-реактивный белок (СРБ) более 150 мг/л, возраст старше 65 лет, сахарный диабет, гангрену желчного пузыря и абсцесс как факторы риска конверсии. Осложнения возникли у 31 (17,9%) пациентов. Было определено возраст старше 65 лет, мужской пол, нарушение функции почек и как факторы риска осложнений.

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) является стандартным методом лечения острого холецистита [1 , 2]. ЛХ был связан с более низкой частотой осложнений и более коротким послеоперационным пребыванием в больнице по сравнению с открытой холецистэктомией (ОХ) [3,4]. Выполнение ранней холецистэктомии у пациентов, поступивших по поводу острого холецистита, предпочтительнее, чем отсрочка операции до завершения острой фазы, поскольку было признано, что ранняя процедура сокращает послеоперационное пребывание в стационаре и снижает расходы на стационарное лечение [5 , 6] .

Болезнь желчного пузыря является одной из ведущих причин госпитализации по поводу острого живота у взрослых и наиболее частым показанием к абдоминальной



хирургии у пожилых людей [7, 8, 16]. В ситуациях, когда ЛХ небезопасна, хирургу, возможно, придется перейти на открытую процедуру. [9]. Риск осложнения для пациентов, перенесших ЛХ по поводу острого холецистита, был связан с мужским полом, возрастом, предшествующей эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией (ЭРХПГ), непальпируемым желчным пузырем, повышенным уровнем С-реактивного белка (СРБ) и количеством лейкоцитов, гангренозного воспаления и опыта оперирующего хирурга [10 – 13]. Консервативное лечение антибиотиками и отсрочка выполнения процедуры после острой фазы не показали изменений в частоте рисков и осложнений [5, 14]. У пациентов, которым пришлось пройти конверсию, было больше осложнений, что привело к дальнейшим операциям и более длительному послеоперационному пребыванию в стационаре [10].

Учет факторов риска и осложнений важен при планировании операции и принятии решения о том, кого назначать для выполнения холецистэктомии. Было показано, что у опытных хирургов частота осложнений ниже, чем у хирургов, проходящих обучение [11]. Также важно информировать пациента о процедуре и риске осложнений.

Целью данного исследования было выявление факторов риска, связанных с осложнениями у больных острым калькулезным холециститом. Также необходимо было выявить факторы риска послеоперационных осложнений и наиболее частые осложнения.

Материалы и методы. Исследование представляло собой ретроспективный анализ последовательных пациентов, перенесших неотложную холецистэктомию в 1 – городской клинической больнице № 1, с января 2021 г. по декабрь 2022 г. В общей сложности 299 пациентов были идентифицированы из базы данных операционной. Из них 173 пациента с острым калькулезным холециститом были включены в анализ. Острый калькулезный холецистит определяли как камни, видимые на предоперационной визуализации или во время удаления желчного пузыря, и признаки острого холецистита, описанные хирургом во время операции.

Предоперационный диагноз острого холецистита был поставлен на основании клинической оценки (болезненность в правом подреберье, симптом Мерфи, лихорадка), лабораторных данных (повышенный уровень СРБ и лейкоцитов) и УЗД признаков острого холецистита при визуализации (утолщение стенки желчного пузыря, камни, увеличение желчного пузыря).

Осложнения оценивали в соответствии с классификацией Clavien-Dindo и рассчитывали комплексный индекс осложнений [15]. Уточнялось также, какие были осложнения и как их лечили.

Результаты. ЛХ была начата у 173 пациентов, из которых 38 (21,96%) были переведены в ОХ. УЗИ (n = 139, 80,3%) было основным методом визуализации у пациентов с клиническим подозрением на острый холецистит. Компьютерная томография (n = 58, 33,52% в основном применялась у пациентов с выраженной или диффузной симптоматикой) и магнитно-резонансная томография (n = 43, 24,8%) в основном применяли у больных с подозрением на камни желчных протоков помимо холецистита. На рентгенограммах признаки острого калькулезного холецистита были



у 138 больных (79,76%), острого холецистита без рентгенологически видимых конкрементов - у 30 больных (17,3%). Камни в желчном пузыре без признаков воспаления были видны у 5 пациентов (1,8%). При гистологическом исследовании острый холецистит выявлен у 84 (48,5%), гангренозный холецистит у 45 (26%), острый на фоне хронического холецистита у 22 (12,7%) и хронический холецистит у 22 (12,7%) больных.

Осложнение. Всего у 31 (18,0%) пациентов развилось 35 осложнения. Частота осложнений составила 14,5 и 29,8% для ЛХ и переход в ОХ соответственно ($p < 0,001$). Медиана комплексного индекса осложнений для всех пациентов с осложнениями составила 22,6 с межквартильным диапазоном 20,9–26,2 и диапазоном 8,7–100. У 20 (5,4%) пациентов возникли осложнения, потребовавшие хирургического, эндоскопического или рентгенологического вмешательства. У трех пациентов (0,8%) развилось опасное для жизни осложнение (IV степень) и пять (1,3%) летальных исходов (V степень).

Из общего числа 35 осложнений наиболее частыми осложнениями были пневмония, которая возникла у 14 пациентов (3,8%), поверхностная инфекция области хирургического вмешательства (ИОХВ) у семи пациентов (1,9%) и остаточный камень общего желчного протока у пяти пациентов. (1,3%). Подтекание желчи произошло у четырех пациентов (1,1%). Две утечки желчи были из пузырного протока, одна из главного желчного протока и одна не определялась. У пациентов, перенесших ЛХ, желчеистечения не было. Средний возраст умерших пациентов составил 81 год (от 70 до 92 лет), и все они имели как минимум два сопутствующих заболевания, одно из которых было сердечно-сосудистым. Из трех смертей в группе ЛХ один был вызван ухудшением сердечной недостаточности, другой от ухудшения почечной недостаточности и третий от сепсиса. Две смерти среди обращенных пациентов были вызваны послеоперационной пневмонией и неудачной интубацией во время индукции анестезии, что привело к аноксическому повреждению головного мозга.

Вывод. Ранняя ЛХ безопасна и осуществима при лечении острого калькулезного холецистита. Риск послеоперационных осложнений увеличивается за счет таких факторов риска, как мужской пол, пожилой возраст, нарушение функции почек и переход на открытую операцию. Проявления запущенного холецистита, такие как высокий СРБ, гангрена желчного пузыря или образование абсцесса, повышают риск перехода в открытую холецистэктомии. Раннее выявление и лечение острого калькулезного холецистита может снизить количество пациентов с распространенным холециститом и, таким образом, уменьшить послеоперационных осложнений.

References:

1. Coccolini F, Catena F, Pisano M, Gheza F, Faggioli S, Di Saverio S, et al. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2015;18:196–204.
2. Yusufjanovich, E. U. (2023). Management of Patients with Acute Arterial Ischemia of the Lower Limb. *International Journal of Scientific Trends*, 2(2), 43-48.



3. Teshaev, O. R., Madaminov, R. M., Gafurov, B. T., Khudoyberganova, N. S., & Ismoilov, M. U. (2020). Surgical Treatment Of Acute Calculous Cholecystitis In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7(8), 1296-1309.
4. Boo YJ, Kim WB, Kim J, Song TJ, Choi SY, Kim YC, et al. Systemic immune response after open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: A prospective randomized study. *Scand J Clin Lab Invest*. 2007;67:207–14.
5. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg*. 2010;97:141–50.
6. Wilson E, Gurusamy K, Gluud C, Davidson BR. Cost-utility and value-of-information analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg*. 2010;97:210–9.
7. Исмоилов, Ф. М. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ. *Zbiór artykułów naukowych recenzowanych.*, 69.
8. Ukkonen M, Kivivuori A, Rantanen T, Paajanen H. Emergency Abdominal Operations in the Elderly: A Multivariate Regression Analysis of 430 Consecutive Patients with Acute Abdomen. *World J Surg*. 2015;39:2854–61.
9. Эргашев, У. Ю., Маликов, Н. М., Ортикбоев, Ф. Д., & Минавархужаев, Р. Р. (2023). Перитониальный индекс Мангейма в прогнозировании послеоперационных осложнений у больных с перитонитом.
10. Dominguez LC, Rivera A, Bermudez C, Herrera W. Analysis of factors for conversion of laparoscopic to open cholecystectomy: a prospective study of 703 patients with acute cholecystitis. *Cir Esp*. 2011;89:300–6.
11. Hobbs MS, Mai Q, Knuihan MW, Fletcher DR, Ridout SC. Surgeon experience and trends in intraoperative complications in laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*. 2006;93:844–53.
12. Wevers KP, van Westreenen HL, Patijn GA. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: C-reactive protein level combined with age predicts conversion. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2013;23:163–6.
13. Eldar S, Sabo E, Nash E, Abrahamson J, Matter I. Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis: Prospective Trial. *World J Surg*. 1997;21:540–5.
14. Агзамова, М. Н., & Усмонбекова, Г. У. (2018). Эффективность комплексного лечения больных острым перитонитом. *Молодой ученый*, (18), 135-137.
15. Нумойун Г'айратжон о'г, Р., Абдуҷаббор о'ғ'ли, О. Қ., & Дилшод о'ғ'ли, О. Ф. (2023). DIAGNOSTIC AND TREATMENT TACTICS OF MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC CYSTS. *Galaxy International Interdisciplinary Research Journal*, 11(4), 419-424.
16. Тешаев, О. Р., & Жумаев, Н. А. (2023). БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЙ. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 3(2), 200-208.
17. Тешаев, О. Р., Рузиев, У. С., Тавашаров, Б. Н., & Жумаев, Н. А. (2020). Эффективность бариатрической и метаболической хирургии в лечении ожирения. *Медицинские новости*, (6 (309)), 64-66.



18. Khaitov, I. B., & Jumaev, N. A. (2023). SIMULTANEOUS OPERATION: LIVER ECHINOCOCCOSIS AND SLEEVE RESECTION (CLINICAL CASE).
19. TeshaeV, O. R., Ruziev, U. S., Murodov, A. S., & Zhumaev, N. A. (2019). THE EFFECTIVENESS OF BARIATRIC AND METABOLIC SURGERY IN THE TREATMENT OF OBESITY. Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi, (5), 132-138.