

УДК: 616.366-002-089

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ



Исмоилов Азизбек Октамбоевич, Якубов Фарход Раджабович
Ургенчский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ургенч

ОПЕРАЦИОН-АНЕСТЕЗИОЛОГИК ЮҚОРИ ХАВФИ БЎЛГАНДА ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТДА ХИРУРГИК ТАКТИКАНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Исмоилов Азизбек Октамбоевич, Якубов Фарход Раджабович
Ургенч давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Ургенч ш.

FEATURES OF SURGICAL TACTICS IN ACUTE CHOLECYSTITIS WITH HIGH SURGICAL AND ANESTHESIOLOGICAL RISK

Ismoilov Azizbek Oktamboevich, Yakubov Farkhod Radjabovich
Urgench State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Urgench

e-mail: Surgeon1987@mail.ru

Резюме. Ўткир холецистит билан касалланган 341 нафар беморни текшириши ва даволаш натижалари таҳлил қилинди. Charlson полиморбидлик индекси (3,20 - 3,31) шароитида кекса ва қари ёшдаги беморларда ўткир холециститда юқори жарроҳлик ва анестезиологик хавф P3, P4 76,2% (ASA шкаласи бўйича) ва 69,8% (APACHE II шкаласи бўйича) га етади, бу даволаш босқичларида минимал инвазив аралашувларнинг устуворлигини белгилайди. ASA, APACHE II ва Charlson коморбидлик индекси бўйича жарроҳлик-анестезиологик хавфни ҳисобга олган ҳолда кам инвазив пунксион-дренажловчи, лапароскопик ва эндоскопик усулларни қўллаш зарур даволаш муолажаларини ўз вақтида бажариши, операциядан кейинги асоратлар сонини 19,7% дан 6,4% гача, операциядан кейинги ўлимни 6,7% дан 1,9% гача камайтириши, шунингдек, стационар даволашни муддатини ўртача 5,5 ётоқ-кунга қисқартириши имконини беради.

Калит сўзлар: Ўткир холецистит, жарроҳлик-анестезиологик хавф, жарроҳлик тактикаси.

Abstract. The results of examination and treatment of 341 patients with acute cholecystitis were analyzed. Given the Charlson polymorbidity index (3.20–3.31) for acute cholecystitis in elderly and senile patients, the high surgical and anesthetic risk for grades P3 and P4 reaches 76.2% (according to the ASA scale) and 69.8% (according to the APACHE II scale), necessitating the prioritization of minimally invasive interventions at the treatment stages. The use of minimally invasive puncture-drainage, laparoscopic, and endoscopic techniques, taking into account surgical and anesthetic risk according to ASA, APACHE II, and the Charlson Comorbidity Index, enables timely performance of necessary treatment procedures, reduces the incidence of postoperative complications from 19.7% to 6.4%, postoperative mortality from 6.7% to 1.9%, and reduces the length of inpatient stay by an average of 5.5 bed days.

Keywords: Acute cholecystitis, surgical and anesthetic risk, surgical tactics.

Несмотря на возросшее за последние два десятилетия качество хирургической помощи населению, острый холецистит является одним из наиболее распространенных заболеваний брюшной полости, особенно в группах больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском. Общая летальность при этом на протяжении последних 10 лет находится примерно на одинаковом уровне и колеблется, в зависимости от удельного веса деструктивных форм заболевания, в пределах 5-8%. В то же время летальность при тяжелых формах

острого холецистита остается очень высокой и достигает 12-15%.

Особенностью состояния почти всех пациентов пожилого и старческого возраста является наличие сопутствующей патологии, часто системного характера, и при развитии острого воспалительного процесса происходит наслаивание процесса на основную патологию, что еще более повышает операционно-анестезиологический риск. Часто течение основного и сопутствующего заболевания взаимно отягощают друг друга, конкурируя между собой. Основное место занимает

патология сердечно-сосудистой системы, 50-60% больных имеют в анамнезе заболевания дыхательной системы. У более половины больных в анамнезе наличие сахарного диабета, такое количество больных имеют лишний вес, часто 3-4 степени (30-60%).

Вышеизложенное указывает на необходимость своевременной диагностики деструкции желчного пузыря, дальнейшего изучения и совершенствования хирургического лечения острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста с использованием малоинвазивной хирургии, что позволит уменьшить послеоперационную летальность в этой группе больных.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных острым холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском путем дифференцированного выбора метода хирургической коррекции с приоритетным применением миниинвазивных вмешательств.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения 341 пациента с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургических отделениях многопрофильной клиники Ургенчского государственного медицинского института 2016-2023 гг. 137 пациентов (группа сравнения) оперированы посредством лапаротомного доступа, 204 (основная группа) оперативные вмешательства выполнялись малоинвазивными методиками. Из них: 53 больным выполнены пунктирно-дренирующие вмешательства под УЗ наведением, 105 лапароскопические, 46 ХЭ из минилапаротомного доступа.

Все пациенты были старше 60 лет и были распределены на возрастные категории 60-74 лет (пожилые) – 296 (86,8%) и 75 лет и старше (старческий возраст) – 45 (13,2%), долгожителей (90 лет и старше) в исследовании не было. В анамнезе пациенты имели от 2 до 5 сопутствующих общесоматических заболеваний.

Критериями в исследование считали клинические и ультразвуковые признаки острого холецистита, наличие признаков синдрома системной воспалительной реакции (лихорадка, лейкоцитоз и другие), наличие операционно-анестезиологического риска (класса P₂, P₃, P₄ по классификации ASA), отсутствие положительного эффекта от проведения консервативной терапии в течение 48 часов.

Все пациенты в исследовании имели сопутствующие заболевания, как компенсированные, так и взаимоотягощающие (коморбидность), что усугубляло течение основного заболевания, усложняло принятие решения в плане объема операции, а также течение послеоперационного периода.

Индекс коморбидности в группе сравнения составил 3,31, а в основной группе исследования 3,20, т.е. показатели идентичны. Индекс позволяет рассчитать вероятность летального исхода в условиях коморбидности и при баллах 3-4 его вероятность согласно индексу Charlson до 52% в данной возрастной категории, что подтверждает высокий операционно-анестезиологический риск.

Всем 341 больным с диагнозом острый холецистит в течение 2 часов от начала госпитализации выполняли сонографическое исследование желчного пузыря, окружающих его тканей, органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и брюшной полости. По результатам ультразвукового исследования, размеры желчного пузыря в среднем были следующими: длина – 119 ±14,5 мм, ширина 38,6±8,3 мм, в этих же случаях имелось увеличение стенки более 4мм. При последующих УЗ-исследованиях особое внимание уделяли изменениям размеров как самого желчного пузыря, так и его стенки, при оценке характера содержимого тревожным моментом было появление «гепатизации» его, что во всех случаях свидетельствовало о наличии инфицирования в просвете желчного пузыря.



Рис. 1. Больной С. 46 лет.
Сонограмма: Острый деструктивный холецистит без внепузырных осложнений. «Двойной контур» стенки желчного пузыря.

Рис. 2. Больная А. 63 года. Сонограмма: Острый деструктивный холецистит с перивезикальным абсцессом.

Рис. 3. Больной Ж. 51 лет. Сонограмма: Перфорация желчного пузыря с распространенным перитонитом. Свободная жидкость в синусе Мориссона.



Рис. 4. Больная С. 68 лет. Ультразвуковое триплексное сканирование при остром флегмонозном холецистите.

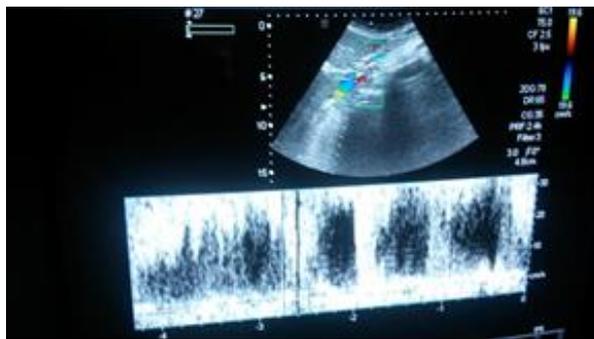


Рис. 5. Больной А. 72 лет. Ультразвуковое триплексное сканирование при остром гангренозном холецистите.

Таблица 1. Распределение пациентов в соответствии с классификацией ASA

Степень риска	Количество больных в группах	
	Основная (n =204)	Контрольная (n =137)
II класс риска (P ₂)	56(27,4%)	25 (18,3%)
III класс риска (P ₃)	83(40,7%)	61(44,5%)
IV класс риска (P ₄)	65 (31,8%)	51 (37,2%)
V класс риска (P ₅)	-	-

УЗИ в режиме серой шкалы было выполнено в 100% случаев у наших пациентов, при этом установлено, что признаки острого холецистита наблюдались у 296 больных (86,8%), в том числе у 178 (87,2%) из 204 основной исследуемой группы.

В 16,8% случаев в основной группе исследования признаки острого холецистита были сомнительны и поэтому 26 пациентам выполнялась УЗДГ с помощью цветового доплерографического картирования и энергетического доплера в непарных ветвях аорты: чревной ствол, общая и собственная печеночная артерия и пузырная артерия, что позволило уточнить наличие воспалительного процесса в желчном пузыре и более четко определиться с хирургической тактикой. При этом у пациентов, при отсутствии ультразвуковых признаков острого деструктивного холецистита в режиме «серой шкалы», имелись изменения линейных скоростей кровотока в бассейне чревного ствола в сторону повышения, что свидетельствовало о системной воспалительной реакции при деструктивном холецистите в стадии токсемии.

Так, если в норме диаметр чревного ствола – 7,13±1,32; V.vol 1258,35±14,41; V.max min 100-105 м/с, то при деструктивном холецистите эти показатели увеличивались соответственно: диаметр 8,55±1,0; V.vol 1965,1±27,24; V.maxmin 150-110м/с.

Алгоритм диагностики острого холецистита дополнением УЗИ в режиме серой шкалы цветовой УЗДГ повышало информативность до 92,3%, позволяло ограничить применение дорогостоя-

щих рентген-радиологических методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Для определения хирургической тактики, прогнозирования и профилактики осложнений, при лечении острого холецистита, проведена всесторонняя оценка общего состояния больного. Использование классификации ASA целесообразно при прогнозе исходов всех видов оперативных вмешательств и больные по степени операционно-анестезиологического риска были распределены следующим образом.

К третьему классу отнесены 40,7% пациентов основной и 44,5% - контрольной группы, 31,8% пациентов основной и 37,2% контрольной групп, соответствовали IV классу риска, т.е. сопутствующие заболевания и их осложнения были плохо контролируемы и представляли сами по себе потенциальную угрозу для жизни. Следовательно, с учетом полиморбидности большинство пациентов представленных в обеих группах, были отнесены к классам P₃ и P₄ (76,2%).

Для расчета возможного развития летального исхода проводили оценку степени тяжести пациентов в соответствии с балльной системой шкалы APACHE-II.

Удельный вес пациентов с суммой баллов более 20, в основной группе составил 49,5%, в контрольной –53,3% с вероятностью летальности до 30% по шкале APACHE II. Удельный вес пациентов с суммой баллов 30 и более составил 8,8% в основной группе и 8,6% в группе сравнения с вероятностью летального исхода 65%, что диктовало приоритетность малоинвазивных вмешательств на этапах лечения.

В основную группу включено 204 пациентов с острым холециститом, которым с целью улучшения результатов лечения, на фоне высокого операционно-анестезиологического риска, выполнялись как малоинвазивные радикальные лапароскопические операции, из мини-доступа так и пункционно – дренирующие вмешательства под контролем УЗИ.

Малоинвазивные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ выполняли больным острым холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском, у которых радикальное оперативное вмешательство в объеме холецистэктомии было невозможным ввиду тяжести физического состояния (P₃, P₄).

Данные вмешательства были выполнены 53 (25,9%) больным, из них 15 (7,3%) пациентам произведена чрескожная-чреспеченочная пункция желчного пузыря (ЧЧПЖП) под УЗИ наведением, 38 (18,6%) – чрескожно-чреспеченочное дренирование желчного пузыря (ЧЧДЖП). При этом, пункция желчного пузыря выполнялась у больных в крайне тяжелом состоянии.

Эффективность ЧЧПЖП при первичной операции составила 88,5%. Окончательная же эффективность с учетом повторных пункций составила 96,1%. В этой группе пациентов наблюдали одно осложнение в виде перфорации стенки желчного пузыря, что потребовало лапаротомии, холецистэктомии, санации и дренирования брюшной полости.

ЧЧДЖП было выполнено 38 пациентам (рис. 6,7).

В этой группе преобладали пациенты с показателем ASA P₄, что соответствует наличию тяжелой сопутствующей патологии с явлениями декомпенсации органов или систем организма. У большинства больных (61%) имелось 3 и более

сопутствующих заболеваний. При этом преобладали заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, центральной нервной и эндокринной систем. Согласно индексу коморбидности Charlson 7 и более баллов имели 86,5%, что указывало на высокую транснозологическую коморбидность пациентов.

В 11 случаях (28,9%) ЧЧДЖП было выполнено как единственное вмешательство, не прибегая к радикальной операции у больных с высоким операционным риском.

Эффективность ЧЧДЖП оценивали по степени купирования воспалительных проявлений как локальных, так и системных, а так же оценивались изменения в самом желчном пузыре. Следует отметить, что купирование клинических симптомов (боли, тошнота, рвота и другие) острого холецистита происходило в среднем на 2-3 сутки от момента постановки дренажа.

К 3-5 суткам отмечали уменьшение выраженности синдрома системной воспалительной реакции, а к моменту выписки, которая в среднем происходила на 18-е сутки, лабораторно происходило полное купирование воспалительных изменений. Если при поступлении отмечался выраженный лейкоцитоз ($14,8 \pm 1,7 \times 10^9/\text{л}$), то на 3-е сутки после проведения вмешательства отмечалось его снижение до $11,6 \pm 1,9 \times 10^9/\text{л}$. К пятым суткам от проведения ЧЧДЖП отмечалась нормализация лейкоцитоза в крови ($9,5 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$). В послеоперационном периоде у 2 больных (5,3%) наблюдались осложнения в виде кровотечения по ходу дренажа (спонтанный гемостаз), миграции дренажа из просвета желчного пузыря (дополнительных вмешательств не требовалось), воспалительных изменений мягких тканей вокруг дренажной трубки. Наиболее частыми осложнениями были воспалительные изменения мягких тканей в области дренажа.



Рис. 6. Одновременная установка дренажа в полость желчного пузыря



Рис. 7. Эхограмма (момент пункции желчного пузыря)

Осложнения, потребовавшие неотложного оперативного вмешательства, имелись в 2 случаях: в 1 случае – паренхиматозное кровотечение в свободную брюшную полость и в 1 – перфорация стенки желчного пузыря с желчеистечением в свободную брюшную полость. Летальных исходов среди больных с ЧЧДЖП не отмечалось.

В плановом порядке после ЧЧЖП, купирования острого холецистита и коррекции сопутствующих заболеваний, у 27 больных были выполнены радикальные операции с использованием лапароскопии (16) и минидоступа(11).

Таким образом, пункционно-дренирующие оперативные вмешательства под контролем УЗИ выполняли больным с высоким операционно-анестезиологическим риском (P₃ и P₄), при отсутствии признаков разлитого перитонита, у 16 (30,2%) больных эти процедуры оказались окончательными, а у 37 (69,8%) как первый этап перед радикальной операцией.

Эндоскопическая папиллотомия выполнена 12 больным, в виде ЭПСТ. Преобладали пациенты старческого возраста по шкале ASA P₃ и P₄. ЭПСТ выполняли при наличии механической желтухи на почве холедохолитиаза. Эта процедура была вторым этапом после ЧЧДЖП (9), ЧЧПЖП (3).

Выполнение в этой группе больных лапароскопической холецистэктомии и применение минидоступа, значительно расширило возможности лечения этой категории пациентов. Радикальные малоинвазивные операции были выполнены 151 (74,0%) больным.

Лапароскопические операции были выполнены 105 (51,5%) пациентам, согласно шкале ASA, они соответствовали (P₂-P₃). У больных с высоким операционно-анестезиологическим риском (P₃) выполнение ЛХЭ в условиях напряженного карбоксиперитонеума приводит к тяжелым последствиям, таким как инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, дыхательная недостаточность. Для нивелирования этих явлений, в нашем исследовании, ЛХЭ выполняли при минимальном давлении 6-8 мм.рт.ст. В этой группе больных предположительный риск смерти соответствовал 10,5%. Несмотря на это, мы не отмечали во время операции каких либо последствий пневмоперитонеума.

Методом минилапаротомии было оперировано 46 (22,5%) пациентов. При выполнении минилапаротомных операций использовали специализированный билиарный набор инструментов «Мини-ассистент»

Из широкого лапаротомного доступа было оперировано 137 пациентов (группа сравнения).

Из них у 116 (84,6%) выполнена холецистэктомия и у 21 (15,3%) холецистостомия. Срочные операции были выполнены у 53 больных (38,7%). У 84 (61,3%) больных выполняли отсроченные оперативные вмешательства на 2-3 сутки после госпитализации, в связи с прогрессированием интоксикации и появлением симптомов перитонита. Степень тяжести в этой группе больных возросла в среднем на 6-8 баллов, при этом операционно-анестезиологический риск по системе ASA не снижался. У всех больных, оперированных традиционно, в послеоперационном периоде отмечалось нарастание степени тяжести в первые сутки на 12 баллов с последующим снижением на 2-3 сутки. В послеоперационном периоде наблюдали различные осложнения у 19,7% больных.

Повторные вмешательства выполнили в 11 случаях (8,0%) и были связаны с эвентрацией (2), желчеистечением (5), формированием гнойных осложнений (2), при этом в 1 случае дренирование подпеченочного абсцесса. Умерло 9 больных (6,7%). Причиной смерти были тромбоэмболические осложнения, пневмония, сепсис, панкреонекроз.

Таким образом, у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском показания к лапаротомным операциям были вынужденными и привели к значительному числу послеоперационных осложнений (19,7%), а также к послеоперационной летальности (6,7%). Средний койко-день при традиционных операциях составил 10,1±2,3. Это явилось поводом для пересмотра хирургической тактики и объема оперативных вмешательств при остром холецистите, в данной категории больных с акцентом на малоинвазивные высокотехнологические операции.

Для сравнения эффективности различных способов лечения острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском были использованы следующие критерии: конверсия, релапаротомия, длительность операции (мин), количество послеоперационных осложнений и летальных исходов, продолжительность пребывания пациента в стационаре.

При изучении послеоперационных осложнений можно отметить значительно более низкое их число в целом после радикальных малоинвазивных операций, как при пункционно-дренирующих, эндовидеохирургических, так и минилапаротомных (всего 6,3%), по сравнению с традиционными (19,7%).

Таблица 2. Эффективность различных способов хирургического лечения острого холецистита ($M \pm m$)

Показатель	Основная группа			Контрольная группа
	ЛХЭ (n=105)	ХЭ из мини доступа (n=46)	Пункционнодренирующие вмешательства (n=53)	Традиционная ХЭ (n=137)
Конверсии (%)	7,6%			—
Релапаротомии (%)		-	-	8,0%
Осложнения (%)	7,6%	6,5%	3,8%	19,7%
Летальность (%)		2,2%	1,9%	6,7%
Длительность операции, (мин)	50±5,6	47,1±5,3	32±5,10	85±15,8
Длительность койко-дня	4,1±2,3	7,4±3,2	5,3±3,4	10,1±2,4

Наименьшее число послеоперационном осложненной (3,8%) отмечается при выполнении пункционно-дренирующих операций несмотря на то, что эти вмешательства проводились пациентам самой высокой степени операционно-анестезиологического риска (P_4).

С учетом степени тяжести больных с острым холециститом в соответствии со шкалой ASA, разработан алгоритм хирургического лечения. При отсутствии перитонита и при оценке состояния больного как P_4 , радикальная операции с учетом степени тяжести больных с острым холециститом в соответствии со шкалой ASA, определяли наиболее оптимальный способ хирургического лечения. При отсутствии перитонита и при оценке состояния больного как P_4 , радикальная операции сопровождается чрезвычайно высоким риском. Соответственно, целесообразно ограничиться выполнением декомпрессивного чрескожно-чреспеченочного вмешательства: ЧЧПЖП, ЧЧДЖП. При наличии у этих пациентов механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом, показана ЭПСТ, после декомпрессии желчного пузыря. Такой подход позволяет объединить положительные моменты обеих методик, купировать воспалительный процесс в желчном пузыре и успешно разрешить желтуху.

Выводы:

1. Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ- контролем при остром холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском (P_4), позволяют в 67,9% случаев подготовить больных к радикальной операции (со снижением класса риска до P_2 , P_3) миниинвазивным лапароскопическим способом, а в 32,1% случаев являться окончательным методом лечения.

Применение малоинвазивных пункционно-дренирующих, лапароскопических и эндоскопических методик с учетом операционно-анестезиологического риска согласно ASA, APACHE II и индекса коморбидности Charlson, позволяет своевременно выполнить необходимые лечебные процедуры, снизить число послеопера-

ционных осложнений с 19,7% до 6,4%, послеоперационную летальность с 6,7% до 1,9%, а также сократить сроки стационарного лечения в среднем на 5,5 койка-дня.

Литература:

1. Миниинвазивные технологии в лечении острого холецистита с высоким операционно-анестезиологическим риском / А. С. Ермолов, А. А. Гуляев, П.А. Иванов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2014. - № 8. - С. 4-8.
2. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.
3. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
4. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.
5. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
6. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением диапевтических методов и рентген хирургии //Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.
7. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчекаменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепато-

- гастроэнтерологических исследований. –2023. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.
8. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.
9. Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27-28.
- 10.Ризаев Э. А. и др. The Effectiveness of Staged Surgical Tactics for the Treatment of Complicated Forms of Cholelithiasis in Elderly and Senile Patients //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2023. – №. 13. – С. 5.
- 11.Ультразвуковая и клиничко-лабораторная диагностика истинных морфологических форм острого холецистита: необходимость смены классификации / И. М. Буриев, Г. Г. Мелконян, Н. С. Малюга [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2020. - Т. 25, № 3. - С. 55-62.
- 12.Хрупкин, В. И. Сравнительный анализ УЗИ-диагностических декомпрессионных вмешательств при остром обтурационном холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском / В. И. Хрупкин, А. Н. Афанасьев, Н. С. Глаголев // Вестник Новгородского государственного университета. - 2015. - Т. 85, № 2. - С. 62-67.
- 13.Ярославцев, М. И. Особенности диагностики острого холецистита у различных пациентов / М. И. Ярославцев, М. А. Пахомов, А. М. Морозов // Forcipe. - 2020. - Т. 3, № 5. - С. 913-914.
- 14.Acute cholecystitis: predictive clinico-radiological assessment for conversion of laparoscopic cholecystectomy / Y. R. Jiang, S. J. Ahn, S. J. Choi [et al.]. - DOI 10.1177/0284185120906658 // Acta Radiologica. - 2020. - Vol. 61, № 11. - P. 1452-1462.
- 15.Factors that Predict the Need for Subtotal Cholecystectomy / A. Tang, C. M. Cohan, J. Beattie [et al.]. - DOI 10.1177/0003134820979783 // The American Surgeon. - 2020. - Vol. 87, № 8. - P. 1245-1251.
- 16.Handra-Luca A. Luschka Ducts of the Gallbladder in Adults: Case Series Report and Review of the Medical Literature / A. Handra-Luca, H. M. Ben Romdhane, S.-M. Hong. - DOI 10.1177/1066896920901334 // International Journal of Surgical Pathology. - 2020. - Vol. 28, № 5. - P. 482-489.
- 17.Open Cholecystectomy Under Local Anesthesia for Acute Cholecystitis in the Elderly and High-Risk Surgical Patients / E. M. Slama, M. Hosseini, R. M. Staszak, V. R. Setya. - DOI 10.1177/00031348211050593 // Am Surg. - 2022. - Vol. 88 (3). - P. 434-438.
- 18.Open Cholecystectomy Under Local Anesthesia for Acute Cholecystitis in the Elderly and High-Risk Surgical Patients / E. M. Slama, M. Hosseini, R. M. Staszak, V. R. Setya. - DOI 10.1177/00031348211050593 // Am Surg. - 2022. - Vol. 88 (3). - P. 434-438.
- 19.Percutaneous cholecystostomy for grade III acute cholecystitis is associated with worse outcomes / Y. Sanaiha, Y.-Y. Juo, S. E Rudasill [et al.]. - DOI 10.1016/j.amjsurg.2019.11.025 // Am. J. Surg. - 2020. - Vol. 220 (1). - P. 197202.
- 20.Single port laparoscopic cholecystectomy: technical aspects and results / M. L. Favaro, S. Gabor, R. F. P. Pedroso [et al.]. - DOI 10.1590/0102-672020180001e1388 // Arq. Bras. Cir. Dig. (São Paulo). - 2018. - Vol. 31, № 3. - P. e1388.
- 21.Steel P. A D. Acute Cholecystitis and Biliary Colic / P. A D. Steel, B. E. Brenner // Medscape: website. - URL: <https://emedicine.medscape.com/article/1950020-overview>.
- 22.The Accuracy of Point-of-Care Ultrasound in the Diagnosis of Acute Cholecystitis / C. J. Wehrle, A. Talukder, L. Tien [et al.]. -DOI 10.1177/0003134821989057 // The American Surgeon. - 2022. - Vol. 88, № 2. - P. 267-272.
- 23.Treatment of Acute Cholecystitis at Safety-Net Hospitals: Analysis of the National Inpatient Sample / S. Singh, S. J. Armenia, A. Merchant [et al.] // The American Surgeon. - 2020. - Vol. 86, № 1. - P. 28-34.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Исмоилов А.О., Якубов Ф.Р.

Резюме. Проанализированы результаты обследования и лечения 341 пациентов с острым холециститом. В условиях индекса полиморбидности Charlson (3,20 - 3,31) при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста высокий операционно-анестезиологический риск P₃, P₄ достигает 76,2% (по шкале ASA) и 69,8% (по шкале APACHE II), что диктует приоритетность малоинвазивных вмешательств на этапах лечения. Применение малоинвазивных пункционно-дренирующих, лапароскопических и эндоскопических методик с учетом операционно-анестезиологического риска согласно ASA, APACHE II и индекса коморбидности Charlson, позволяет своевременно выполнить необходимые лечебные процедуры, снизить число послеоперационных осложнений с 19,7% до 6,4%, послеоперационную летальность с 6,7% до 1,9%, а также сократить сроки стационарного лечения в среднем на 5,5 койка-дня.

Ключевые слова. Острый холецистит, операционно-анестезиологический риск, хирургическая тактика.