

# ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АКТИВНО-ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ КОМОРБИДНОСТЬЮ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

У.Д.Усмонов., Ф.Д.Бурхонов., Ш.Х.Косимов., М.Ш.Ниязов

*Андижанский государственный медицинский институт*

Для цитирования: © Усмонов У.Д., Бурхонов Ф.Д., Косимов Ш.Х., Ниязов М.Ш.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АКТИВНО-ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ КОМОРБИДНОСТЬЮ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. ЖКМП.-2023.-Т.1-№1.-С

Поступила: 24.02.2023

Одобрена: 25.02.2023

Принята к печати: 05.03.2023

**Аннотация.** Коморбидные больные острым калькулезным холециститом коморбидностью с ишемической болезни сердца относятся к категории высокого операционного и анестезиологического риска, а хирургическая тактика у этих пациентов остается дискуссионной: от выжидательной до активной, которая не всегда приводит к положительным результатам. Целью исследования явилось улучшить результаты лечения больных острым калькулезным холециститом коморбидностью с ишемической болезни сердца путём разработки дифференцированного активно-индивидуализированного подхода к терапии и хирургической тактике. Авторами проанализированы результаты обследования и лечения 122 коморбидных больных острым калькулезным холециститом с ишемической болезни сердца. В основной группе (67 - 54,9% больных) разработан диагностический-лечебный алгоритм больных острым калькулезным холециститом коморбидностью с ишемической болезни сердца и применена дифференцированная активно-индивидуализированная хирургическая тактика. Контрольную группу составили 55 (45,1%) пациентов, у которых авторы изучали результаты традиционной хирургической тактики.

**Ключевые слова.** Острый калькулезный холецистит, коморбидность, ишемическая болезнь сердца, хирургическая тактика.

## YURAK ISHEMIK KASALLIGI BILAN KOMORBID O'TKIR TOSHLI XOLETSISTIDA DIFFERENSIAL FAOL-INDIVIDUALLASHGAN JARRAOXLIK TAKTIKASI

U.D.Usmonov., F.D.Burhonov., Sh.H.Kosimov., M.Sh.Niyazov

*Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izoh: © Usmonov U.D., Burkhonov F.D., Kosimov Sh.H., Niyazov M.Sh.

YURAK ISHEMIK KASALLIGI BILAN KOMORBID O'TKIR TOSHLI XOLETSISTIDA DIFFERENSIAL FAOL-INDIVIDUALLASHGAN JARRAOXLIK TAKTIKASI . KPTJ.-2023-T.1-№1-C

Qabul qilindi:24.02.2023

Ko'rib chiqildi:25.02.2023

Nashrga tayyorlandi: 05.03.2023

**Аннотация.** O'tkir toshli xoletsistit va yurak ishemik kasalligi bilan birga keladigan kasalliklar yuqori jarrohlik va anesteziologik xavfli guruh toifasiga kiradi va bu bemorlarda jarrohlik taktikasi munozarali bo'lib qolmoqda: kutish taktikasidan faol taktikagacha, bu esa har doim ham ijobiy natijalarga olib kelmaydi. Tadqiqotning maqsadi jarrohlik taktikasiga differentsial faol-individuallashgan yondashuvni ishlab chiqish orqali o'tkir toshli xoletsistit bilan yurak ishemik kasalligi komorbid bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashdan iborat. Mualliflar yurak ishemik kasalligi mavjud o'tkir toshli xoletsistit bilan hastalangan 122 nafar bemorlarni tekshirish va davolash natijalarini tahlil qildilar. Asosiy guruhda (67 nafar - 54,9%) o'tkir toshli xoletsistit bilan yurak ishemik kasalligi mavjud bemorlar uchun diagnostika va davolash algoritmi ishlab chiqilgan va differentsial faol-individuallashgan jarrohlik taktikasi qo'llanilgan. Nazorat guruhi esa 55 (45,1%) nafar bemorlardan iborat bo'lib, ularda mualliflar tomonidan an'anaviy jarrohlik taktikasi natijalarini o'rganilgan.

**Калит so'zlar.** O'tkir toshli xoletsistit, komorbidlik, yurak ishemik kasalligi, jarrohlik taktikasi.

## DIFFERENTIATED ACTIVE-INDIVIDUALIZED SURGICAL MANAGEMENT IN ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMORBIDITY WITH CORONARY HEART DISEASE

U.D.Usmonov., F.D.Burkhonov., Sh.H.Kosimov., M.Sh.Niyazov

*Andijan State Medical Institute*

For situation: © Usmonov U.D., Burkhonov F.D., Kosimov Sh.H., Niyazov M.Sh.

DIFFERENTIATED ACTIVE-INDIVIDUALIZED SURGICAL MANAGEMENT IN ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMORBIDITY WITH CORONARY HEART DISEASE JCPM 2023.T.1.№1.-C

Received: 24.02.2023

Revised: 25.02.2023

Accepted: 05.03.2023

**Annotation.** Comorbid patients with acute calculous cholecystitis and comorbidity with coronary heart disease belong to the category of high surgical and anesthetic risk, and the surgical tactics in these patients remains debatable: from expectant to active, which does not always lead to positive results. The aim of the study was to improve the results of treatment of patients with acute calculous cholecystitis comorbidity with coronary heart disease by developing a differentiated active-individualized approach to therapy and surgical tactics. The authors analyzed the results of examination and treatment of 122 comorbid patients with acute calculous cholecystitis with coronary heart disease. In the main group (67 - 54.9% of patients), a diagnostic and therapeutic algorithm was developed for patients

with acute calculous cholecystitis comorbidity with coronary heart disease and a differentiated active-individualized surgical tactics was applied. The control group consisted of 55 (45.1%) patients in whom the authors studied the results of traditional surgical tactics.

**Keywords.** *Acute calculous cholecystitis, comorbidity, coronary heart disease, surgical tactics.*

**Актуальность.** Несмотря на достигнутые за последние десятилетия значительные успехи медицины желчнокаменная болезнь (ЖКБ) остаётся одним из самых распространенных заболеваний среди хирургической патологии и в настоящее время заболеваемость этой болезни колеблется в пределах 10-20%. Вместе с тем, острый калькулезный холецистит (ОКХ) является самым частым осложнением ЖКБ и занимает третье место в структуре экстренной абдоминальной хирургии после острого аппендицита и панкреатита [1,10,11,13,15,22,23]. Лечение больных ОКХ с патологией сердечно-сосудистой системы (ССС) по-прежнему остается актуальной и сложной проблемой, так как, более чем в половине наблюдений (среди старших возрастных групп достигают 62%) неблагоприятные исходы (15-летняя выживаемость 25%) связаны с ишемической болезнью сердца (ИБС) [3,4,5,6,7,14,18,21]. По данным отечественных и зарубежных авторов, послеоперационные осложнения у данной категории больных составляют 10-35%, а летальность варьирует 5-23%. Именно коморбидная отягощенность является основной причиной летальных исходов [2,8,9,12,16,17,19,20]. В связи с этим, коморбидные больные ОКХ с ИБС относятся к категории высокого операционного и анестезиологического риска, а хирургическая тактика у этих пациентов остается дискуссионной: от выжидательной до активной, которая не всегда приводит к положительным результатам. Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных ОКХ коморбидностью с ИБС путём разработки дифференцированного активно-индивидуализированного подхода к терапии и хирургической тактике. Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ. С целью выработки рационального подхода к выбору способа операции и хирургической тактики больных ОКХ с ИБС нами проанализированы результаты лечения 122 больных, лечившихся в 2017-2022 годах. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в экстренном порядке. В зависимости от консервативной терапии, хирур-

гической тактики и метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы. Основную группу составили 67 (54,9%) больных. В этой группе использовали дифференцированную активно-индивидуализированную хирургическую тактику, которая заключалась в следующем: дифференцированный подход к предоперационной подготовке, выбору операционного доступа и послеоперационному ведению с учетом характера течения основной и сопутствующих патологий. Контрольную группу составили 55 (45,1%) пациентов, у которых изучали результаты традиционной хирургической тактики. По полу и возрасту контрольной и основной групп больных примерно идентичны и сопоставимы, большинство больных были пожилого возраста. Соотношение женщин и мужчин составило 3:1. Средний возраст пациентов составил  $59,2 \pm 9,3$  лет. По результатам УЗИ в основной группе у 62 (92,5%) больных диагностировали острый калькулезный холецистит, в контрольной – у 53 (96,3%). Флегмонозная форма установлена у 30 (54,5%) больного контрольной группы и основной - у 39 (58,2%), а гангренозная форма отмечена у 14 (25,4%) больных контрольной и у 18 (26,9%) больных основной группы. У большинства больных в двух группах был диагностирован перивезикальный инфильтрат, как осложнение острого деструктивного холецистита. Структура сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний пациентов основной группы была аналогичной контрольной (Таблица 1).

**Таблица 1. Характер сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний у больных ОКХ.**

Сопутствующие заболевания	ГРУППЫ			
	Основная (n=67)		Контрольная (n=55)	
	abs	%	abs	%
ИБС: постинфарктный кардиосклероз	41	61,2	32	58,2
ИБС и гипертоническая болезнь (II- и III степени)	27	40,3	2	38,2
ИБС и аритмии	7	10,4	5	9,1
ИБС с ХСН (II- и III степени)	9	13,4	5	9,1
ИБС, Стенокардия напряжения (ФК II- и III)	6	8,95	4	7,3

Всем больным при поступлении в стационар и в ходе предоперационного периода наряду общеклинических обследований выполняли тропониновый тест. Для оценки степени тяжести состояния и прогнозирования результатов хирургического лечения пользовались интегральной шкалой оценки физиологических расстройств и тяжести операции – POSSUM. Полученные данные при суммировании баллов оценивались по степеням риска оперативного вмешательства (низкий, средний, высокий и очень высокий), от чего и зависел выбор метода и объема операции.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе результатов клинических симптомов больные основной группы предъявляли следующие жалобы на: боли в правом подреберье (97,2%), повышение температуры тела выше 37,5 °С (94,5%), тошноту (72,3%), рвоту (59,1%), повышение АД выше 160/100 мм рт ст (42,3%), желтушность кожи и склер (8,2%), одышку (18,2%), отеки нижних конечностей (13,6%). У 68% больных в основной и контрольной группах отмечалась гиперкоагуляция, что свидетельствовало о высоком риске возникновения тромбозов и требовало введения антикоагулянтов. Вместе с тем, почти у каждого шестого отмечалась гипокоагуляция (вследствие бесконтрольного применения антикоагулянтов). В основной группе также проводили исследования маркеров некроза миокарда. При повышении уровня тропонина-I у двоих пациентов, возрастал риск некроза миокарда. При проведении ЭКГ у этих пациентов был выявлен подъём сегмента ST, элевация ST в двух смежных отведениях V2-V3. При ЭхоКГ выявили расширение полости сердца, нарушение локальной сократимости миокарда в двух сегментах. Нами разработан диагностический и лечебный алгоритм больных ОКХ коморбидностью с ИБС. Данный алгоритм диагностики у этой категории пациентов, позволил в основной группе оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (см. Приложение 1). На основании предложенного нами алгоритма лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) выполняли у 40 (59,7%) больных с низким и средним риском, при остром флегмонозном и гангренозном холецистите в первые три суток от начала болевого приступа. У этих пациентов, хирургическая тактика обосновывалась



**Приложение 1. Диагностический и лечебный алгоритм больных ОКХ коморбидностью с ИБС.**

эффективностью консервативного лечения и необходимостью коррекции гемодинамических нарушений. Интерпретация полученных данных при оценке степени риска оперативного вмешательства по шкале системы факторов риска, представлено в таблице 2.

**Таблица 2. Выбор метода хирургического вмешательства больных ОКХ с ИБС по шкале оценки степени операционного риска в основной группе.**

Риск оперативного вмешательства	Метод оперативного вмешательства	Количество больных (n=110)	
		abs	%
Низкий и средний	ЛХЭ	37	55,2
	ЭПСТ, ЭРХПГ и литоэкстракция, ЛХЭ	3	4,5
Высокий	МЛХЭ	25	37,3
Очень высокий	МЛХЭ по жизненным показаниям	2	3,0

Минилапаротомная холецистэктомию (МЛХЭ) применяли у 25 (37,3%) больных с высоким операционным риском, которым пневмоперитонеум был противопоказан. Также данный доступ выполняли у 2 больных по жизненным показаниям при синдроме Мириizzi, гангренозном холецистите с перивезикальным абсцессом. Чаще минилапаротомный доступ выполняли у пожилых, соматически ослабленных больных. Минилапаротомный доступ в основной

группе позволял оперировать пациентов со средним и высоким риском послеоперационных осложнений, любыми формами осложненного течения ЖКБ, что часто неосуществимо при лапароскопическом методе. В основной группе после операции умерло 2 (3%) больных. Причиной летальности у этого больного была тромбоэмболия легочных артерий. В контрольной группе ЛХЭ выполнена у 36 (65,4%) больных, МЛХЭ произведена у 14 (25,5%) и лапаротомная ХЭ у 5 (9,1%) больных, как вынужденный метод в сложных клинических случаях, а также при осложнениях ЖКБ выполнена лапаротомия. В этой группе умерло 6 (11%) больных от ТЭЛА и ОСН в послеоперационном периоде.

**Выводы.** Применения разработанного алгоритма и дифференцированной активно-индивидуализированной хирургической тактики, а также при проведении комплексной сердечно-сосудистой терапии в до- и послеоперационном периодах, позволяет снизить число соматических и хирургических осложнений при ЛХЭ и МЛХЭ на 11,7% и на 29,7% соответственно, а летальность – с 11,0% до 3,0%. ЛХЭ у больных ОКХ коморбидностью с ИБС может быть выполнена у пациентов с низким и средним риском послеоперационных кардиальных осложнений, при отсутствии спаечного процесса в гепатобилиарной зоне и при отсутствии осложнений основного заболевания, затрудняющих анатомическую ориентацию во время оперативного вмешательства. Минилапаротомная холецистэктомия при ОКХ с ИБС, являются альтернативным методом хирургического лечения у больных со средним и высоким пред- и послеоперационным риском. Этот метод является дополнением к существующим малоинвазивным методам хирургического лечения ОКХ и следует использовать также как резерв при технических сложных случаях. Лапаротомная холецистэктомия должна применяться в сложных клинических ситуациях при неэффективности всех малоинвазивных методов лечения как вариант конверсии доступа.

## Литература

1. Алгоритм выбора метода хирургического лечения больных острым холециститом с повышенным операционно-анестезиологическим риском / Е.А. Величко, А.Ю. Некрасов, Н.П. Истомин [и др.] // Тихоокеан-

ский медицинский журнал. – 2016. – № 1. – С. 26-28.

2. Брискин Б.С. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых / Б.С. Брискин // Клиническая геронтология. – 2008. – №4. – С. 30-33.

3. Ветшев П.С. Миниинвазивные чрескожные технологии: становление, состояние, перспективы / П.С. Ветшев, С.В. Бруслик, Г.Х. Мусаев // Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова. – 2015. – Т.10, №1. – С. 32 – 34.

4. Гальперин Э.И. Руководство по хирургии желчных путей: практическое руководство / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев: под ред. Э.И. Гальперина. – М.: Изд-во дом Видар, 2006. – 568 с.

5. Дадвани С.А. Желчнокаменная болезнь: практическое руководство / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулуто [и др.]: по ред. С.А. Дадвани. – М.: Изд-во ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 178 с.

6. Дибиров М.Д. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой / М.Д. Дибиров, Г.С. Рыбаков, В.П. Домарев [и др.] // Журнал им. Н.И. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь» – 2017. – Т.6, №2. – С. 145 – 148.

7. К вопросу о холецистэктомии при остром калькулезном холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском / Махмадов Ф. И., Каримов П. Ш., Мербигиев Д. [и др.]. // Вестник Академии Медицинских наук Таджикистана. - 2019. - Т. 8, №1 (29). - С. 40-46.

8. Каримов Ш.И. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском / Ш. И. Каримов, С. П. Боровский, М. Ш. Хакимов, А. Ш. Чилгашев // Анналы хирургической гепатологии. - 2010. - Т. 1. - С. 53-56.

9. Кащенко В.А. Лапароскопическая холецистэктомия: современный взгляд на предоперационную диагностику холедохолитиаза // В.А. Кащенко, А.А. Лойт, Е.Г. Солоницын [и др.] // Вестник СПбГУ. – Сер. 11. – 2015. – Вып.1. – С. 65 – 71.



10. Мельникова Е.А. Холецистит: современные представления об этиологии, патогенезе, клинической картине и диагностике / Мельникова Е.А., Солодянкина А.С., Стяжкина С.Н. // *Modern science*. № 10-2, 2020, С: 284-288.

11. Минимальноинвазивные технологии в хирургическом лечении больных с острым холециститом: учебное пособие / Ю.В. Баринов, Р.Б. Мумладзе, Г.М. Чеченин, С.С. Лебедев, Г.Г. Мелконян. ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2015. – 92 с.

12. Пути оптимизации хирургического лечения больных ЖКБ и её осложнений у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском / Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Полянский М.Б. [и др.] // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. - 2019. - Т. 12, № 1. - С. 23-28.

13. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации / А.Ш. Ревшвили, А.В. Федоров, В.П. Сажин [и др.] // *Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова*. – 2019. – №3. – С.88-97. doi.org/10.17116/hirurgia201903188.

14. Стяжкина С.Н. Особенности диагностики и лечения желчнокаменной болезни у пациентки старческого возраста // С.Н. Стяжкина, А.А. Целоусов, В.А. Булатова // *Technical science «Colloquium-journal»*. – 2020. – №11(63). – Р.16-19. doi.org/10.24411/2520-6990-2020-11730.

15. Тимербулатов, М.В. Хирургическое лечение больных с острым холециститом / М. В. Тимербулатов, Ш. В. Тимербулатов, А. М. Саргсян // *Анналы хирургии*. - 2017. - Т. 22, №1. - С. 16-20.

16. Усмонов У.Д., Нишонов Ф.Н. Механическая желтуха неопухолевого генеза. / *Монография*. – Т.: Издательско-полиграфиче-

ский дом «DAVR PRESS», 2020. – 140 с.

17. Усмонов У.Д., Солижонов З.Б. Эволюция способов холецистэктомии. *Экономика и социум*. №6 (85) ч.2 2021, – С. 393-413.

18. Шербек, У.А. Тактика ведения больных желчекаменной болезнью с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией / У.А. Шербек, С.К. Алиева, Ж.Ж. Вохидов // *Academy*. - 2018. - Т. 2, №6 (33). - С. 85-89.

19. Abelson J.S. Advanced laparoscopic fellowship training decreases conversion rates during laparoscopic cholecystectomy for acute biliary diseases: a retrospective cohort study / J.S. Abelson, C. Afaneh, B.S. Rich [et al.] // *Int. J. Surg.* – 2015. – №13. – P. 221-226.

20. Acute acalculous cholecystitis and cardiovascular disease, which came first? After two hundred years still the classic chicken and eggs debate: A review of literature / Saragò Martina, Davide Fiore, Salvatore De Rosa, [et al.] *Annals of Medicine and Surgery*, - 2022 - Volume 78, 103668, ISSN 2049-0801, <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103668>.

21. Acute cholecystitis in elderly and high-risk surgical patients: is percutaneous cholecystostomy preferable to emergency cholecystectomy? / Garcés-Albir, M., Martín-Gorgojo, V., Perdomo, R. et al.. *J Gastrointest Surg* 24, 2579–2586 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04424-5>

22. Acute Cholecystitis. / Campanile F.C., De Angelis M., Santucci E. [et al.] // *Emergency laparoscopic surgery in the elderly and frail patient* – 2021. Springer, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-79990-87>

23. Choi Dr J.H. Endoscopic ultrasonography-guided gallbladder drainage for acute cholecystitis: from evidence to practice / J.H. Dr Choi, S.S. Lee // *Dig Endoscopy*. – 2015. – Vol. 27, №1. – P. 1-7.

#### Информация об авторах:

© УСМОНОВ У.Д., БУРХОНОВ Ф.Д., КОСИМОВ Ш.Х., НИЯЗОВ М.Ш. - Андижанский государственный медицинский институт.

#### Муаллиф ҳақида маълумот:

© УСМОНОВ У.Д., БУРХОНОВ Ф.Д., КОСИМОВ Ш.Х., НИЯЗОВ М.Ш. - Андижанский государственный медицинский институт. Андижон давлат тиббиёт институти.

#### Information about the authors:

© USMONOV U.D., BURKHONOV F.D., KOSIMOV Sh.Kh., NIYAZOV M.Sh. - Andijan State Medical Institute.