

УДК 616.366-002-06-089.8

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/115/38>

ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

©**Беков Т. А.**, канд. мед. наук, Ошский государственный университет; городская
клиническая больница, г. Ош, Кыргызстан, argenalymkulov24@gmail.com

ASSESSMENT OF COMPLICATIONS IN SURGICAL INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS AND GALLSTONE DISEASE

©**Bekov T.**, Ph.D., Osh State University; City Clinical Hospital,
Osh, Kyrgyzstan argenalymkulov24@gmail.com

Аннотация. Представлены данные осложнений в результате хирургического вмешательства у больных деструктивным холециститом и желчнокаменной болезнью методом традиционной холецистэктомии и лапароскопической холецистэктомии. Традиционный метод использовался в лечении у 488 больных, а лапароскопический — у 114 больных. Результаты уточненного послеоперационного диагноза в 97,8% случаев выявляли флегмозно-гангренозный характер воспалительного процесса в ткани желчного пузыря. Показано, что количество интраоперационных осложнений при обоих видах вмешательства составляет примерно одинаковый процент — 3,26% и 3,48% соответственно. Эти осложнения в основном связаны с кровотечением во время операции из пузырной артерии и ложа пузыря, травмами холедоха, тромбоэмболии ветвей легочной артерии, сердечно-сосудистой недостаточности и инфаркта миокарда, а летальность во время операции составила одинаковый процент — 0,87%. Послеоперационные осложнения при проведении традиционной холецистэктомии наблюдались у 12,84%, а при лапароскопической холецистэктомии у 12,21% больных. При традиционном хирургическом вмешательстве наиболее частыми осложнениями явились: желчеистечение, нагноение раны, желчный перитонит, механическая желтуха, кровотечение. При лапароскопической холецистэктомии осложнения связаны с желчеистечением, нагноением раны. При деструктивном холецистите преобладающим видом хирургического вмешательства остается традиционная холецистэктомия, связанная с необходимостью проведения экстренной операции и выраженностью воспалительного процесса. При правильном использовании всех этапов хирургического вмешательства позволяет избежать большого количества осложнений.

Abstract. This study presents data on complications resulting from surgical interventions in patients with destructive cholecystitis and gallstone disease using both conventional cholecystectomy and laparoscopic cholecystectomy techniques. The traditional method was employed in the treatment of 488 patients, while the laparoscopic approach was used in 114 cases. In 97.8% of cases, the postoperative diagnosis confirmed a phlegmonous-gangrenous nature of the inflammatory process in the gallbladder tissue. The findings indicate that the rate of intraoperative complications in both types of interventions is approximately the same — 3.26% and 3.48%, respectively. These complications were mainly associated with intraoperative bleeding from the cystic artery and gallbladder bed, injuries to the common bile duct, pulmonary artery branch thromboembolism, cardiovascular insufficiency, and myocardial infarction. The intraoperative mortality rate was identical in both groups — 0.87%. Postoperative complications occurred in 12.84% of patients who underwent conventional cholecystectomy and in 12.21% of patients who

underwent laparoscopic cholecystectomy. The most common complications after traditional surgery were bile leakage, wound infection, biliary peritonitis, obstructive jaundice, and bleeding. In laparoscopic cholecystectomy, complications were primarily associated with bile leakage and wound infection. Thus, in cases of destructive cholecystitis, the predominant surgical approach remains traditional cholecystectomy due to the necessity for emergency surgery and the severity of the inflammatory process. When all stages of surgical intervention are properly implemented, a significant number of complications can be avoided.

Ключевые слова: желчный пузырь, холецистит, деструктивный холецистит, желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, лапароскопия.

Keywords: gallbladder, cholecystitis, destructive cholecystitis, gallstone disease, cholecystectomy, laparoscopy.

Желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает 10–15% населения развитых стран [13], у 20% из них развивается острый холецистит, который является второй по частоте (после острого аппендицита) причиной интраабдоминальной инфекции [12, 14, 15]. Это приводит к увеличению числа больных с осложненными формами ЖКБ [10].

Хирургические вмешательства на органах гепато-билиарной системы в большинстве случаев занимают основное место в терапевтических мероприятиях. Разработка и применение эндоскопических малоинвазивных методов в лечении патологии желчного пузыря (ЖП) значительно расширили диапазон хирургических вмешательств как патогенетически обоснованных методов. В связи с широким внедрением в клиническую практику миниинвазивной хирургии широко обсуждаются достоинства и недостатки этого метода [6, 11].

Несмотря на преимущества миниинвазивных операций лапаротомный доступ используется и в настоящее время, особенно осложненным местным или общим перитонитом, перивезикулярным абсцессом [8, 9].

Положительной стороной традиционной холецистэктомии (ТХЭ) является обеспечение широкого оперативного доступа и свободное манипулирование в ЖП и внепеченочных желчных путях с интраоперационным исследованием. Кроме того, обеспечивается визуальный осмотр и пальпацию всех органов брюшной полости. Этот метод вмешательства является наиболее безопасным при наличии воспалительных и рубцовых изменений в области треугольника Кало и гепатодуоденальной связки, что чревато ятрогенным повреждением трубчатых структур ворот печени [4, 8, 10].

Однако операционная травма передней брюшной стенки оказывается более значительной, чем основной этап операции, отмечается повышение уровня стресс гормонов и их длительной нормализацией в послеоперационный периоды [5].

Часто в послеоперационном периоде из-за выраженного болевого синдрома снижаются параметры внешнего дыхания и рефлекторно ограничивающий глубокое дыхание и кашель, что обуславливает развитие легочных осложнений, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Другой отрицательной стороной ТХЭ является нарушение целостности мышечно-апоневротических слоев, сопровождающиеся дегенеративными и деструктивно-воспалительными процессами в лапаротомной ране с развитием гнойных осложнений, что приводит к образованию послеоперационных грыж и тем самым ухудшая качество жизни пациента [3].

При деструктивных формах холецистита лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) имеет ряд противопоказаний [2].

В частности, при деструктивном холецистите нередко бывают такие осложнения как холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит и при этом летальность может достигать 7–15% [1, 9].

Наибольший удельный вес среди всех осложнений занимают гнойно-воспалительные раневые осложнения, которые являются основной причиной полиорганной недостаточности [7].

Следует также учитывать, что при любой форме острого холецистита нарушается функция гепатоцитов, которые могут привести к развитию печеночной недостаточности, что имеет немаловажное значение в исходе операции [4, 7, 9].

Материал и методы

Объектом исследования явились 602 больных, которым при первичном объективном осмотре и проведения ультразвукового исследования (УЗИ) гепатобилиарной системы у 468 больных (77,74%) выставлен диагноз — острый калькулезный холецистит, а у 134 (22,26%) — хронический калькулезный холецистит. Послеоперационный диагноз выглядел следующим образом: у 425 пациентов (70,6%) выставлен диагноз острый калькулезный флегмонозный холецистит, у 35 пациентов (5,8%) — острый калькулезный гангренозный холецистит, у 128 пациентов (21,2) — хронический калькулезный флегмонозный холецистит, у 4 пациентов (0,6%) — хронический калькулезный гангренозный холецистит, у 5 пациентов (0,8%) — острый калькулезный холецистит, у 4 пациентов (0,6%) — хронический калькулезный холецистит и у 1 пациента (0,16%) диагностировано злокачественное образование. Таким образом, у подавляющего количества (593) пациентов выставлены деструктивные формы холецистита, причем флегмонозные формы существенно превосходили в количественном отношении. Расхождение первичного диагноза и послеоперационного связан с тем, что усугубление воспалительного процесса в ЖП происходит очень быстро, переходя в деструктивные варианты холецистита.

В гендерном отношении в обеих группах преобладали женщины 82,6 и 79,1 соответственно. В возрастном аспекте преобладали пациенты старше 45 лет (69,6%).

Статистические данные представлены в абсолютных и процентных значениях.

Результаты и анализ

ТХЭ проведена у 488 больных, а ЛХЭ — у 114. Сравнительную оценку осложнений при этих видах хирургического вмешательства рассматривали по двум аспектам, а именно, интраоперационные и послеоперационные. Как видно из данных Таблицы 1, количество интраоперационных осложнений при ТХЭ и ЛХЭ составляет примерно одинаковый процент — 3,26% и 3,48% соответственно.

Таблица 1

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ЖКБ

Осложнения	ТХЭ, n = 488		ЛХЭ, n = 114	
	Абс.	%	Абс.	%
Кровотечение из пузырной артерии и ложа пузыря	5	1,02	1	0,87
Травма холедоха	3	0,614	1	0,87
Тромбоэмболия ветвей легочной артерии	3	0,614	1	0,87
Сердечно-сосудистая недостаточность и инфаркт	1	0,2	-	-

Осложнения	ТХЭ, n = 488		ЛХЭ, n = 114	
	Абс.	%	Абс.	%
миокарда				
Летальный исход	4	0,82	1	0,87
Всего	16	3,26	4	3,48

Осложнения в основном связаны с кровотечением во время операции из пузырной артерии и ложа пузыря, травмами холедоха, тромбоэмболии ветвей легочной артерии, сердечно-сосудистой недостаточности и инфаркта миокарда, а летальность во время операции составила одинаковый процент — 0,87%. Летальные исходы были только у пациентов старческого возраста (старше 78 лет).

При проведении лапароскопии кровотечения из пузырной артерии и ложа пузыря останавливали путем диатермокоагуляции и клипированием сосуда, а при травме холедоха восстановление происходило путем ушивания на Т — образном дренаже.

Послеоперационные осложнения обуславливались довольно многочисленными причинами (Таблица 2) и в совокупности при ТХЭ наблюдались у 63 прооперированных пациентов (12,84%). Эти показатели при ЛХЭ составили 14 пациентов (12,21%). При первом виде хирургического вмешательства наиболее частыми осложнениями явились: желчеистечение — 11 (2,25%), нагноение раны — 14 (2,86%), желчный перитонит — 9 (1,84%), механическая желтуха — 9 (1,84%), кровотечение — 11 (2,25%).

Таблица 2

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ЖКБ

Осложнения	ТХЭ, n = 488		ЛХЭ, n = 114	
	Абс.	%	Абс.	%
Желчеистечение	11	2,25	4	3,5
Нагноение раны	14	2,86	3	2,6
Желчный перитонит	9	1,84	1	0,87
Механическая желтуха	9	1,84	2	1,75
Кровотечение	11	2,25	2	1,75
Послеоперационный панкреатит	2	0,4	1	0,87
Поддиафрагмальный абсцесс	2	0,4	-	-
Тромбофлебит	3	0,6	1	0,87
Билома	2	0,4	-	-
Всего	63	12,84	14	12,21

При лапароскопии наиболее частыми осложнениями были: желчеистечение — 4 (3,5%), нагноение раны — 3 (2,6%). Следует отметить, что в 4 случаях при проведении ЛХЭ потребовался переход на лапаротомию, а причинами явились: плотный воспалительный инфильтрат в области шейки ЖП, обширный спаечный процесс в брюшной полости, кровотечение из пузырной артерии и ложа ЖП. После проведения хирургического вмешательства и проведения медикаментозного лечения, больные выписывались из стационара на 7–10 суток.

В настоящее время основным методом лечения ЖКБ и острого холецистита остается холецистэктомия, включающая в себя использование ТХЭ, а также лапароскопические, которые имеют свои показания и противопоказания. Различные интра- и послеоперационные осложнения имеют место при обоих методах лечения.

Многим осложнениям способствуют некоторые факторы риска, к которым относятся, возраст более 60 лет, сердечно-сосудистая патология, недостаточное обследование пациентов из-за необходимости экстренного вмешательства, особенно при поступлении в вечернее время. В наших исследованиях использование ТХЭ более чем в 4 раза превосходило количество лапароскопических способов вмешательства. Это в основном объясняется необходимостью экстренного вмешательства, выраженностью воспалительного процесса в ткани ЖП, желчевыводящих протоков (ЖВП) и всей гепато-билиарной системы. Результаты уточненного послеоперационного диагноза в 97,8% случаев выявляли наличие флегманоно-гангренозного характера воспалительного процесса. Тем не менее, как показали наблюдения, при грамотном и правильном использовании всех этапов хирургического вмешательства, в большинстве случаев удается избежать серьезных осложнений как во время проведения, так и в послеоперационном периоде.

Вывод

При деструктивном холецистите преобладающим видом хирургического вмешательства является традиционная холецистэктомия, что обусловлено необходимостью экстренного вмешательства, выраженностью воспалительного процесса в ткани ЖП, ЖВП и всей гепато-билиарной системы. При этом количество осложнений с использованием ТХЭ и ЛХЭ было практически равным, а именно, интраоперационные осложнения составили — 3,26% и 3,68%, послеоперационные осложнения — 12,84% и 12,21% соответственно.

Список литературы:

1. Бебезов Х. С., Осмонов Т. А., Раимкулов А. Э. Тактика хирургического лечения механической желтухи // Здоровоохранение Кыргызстана. 2005. №1. С. 24-28.
2. Бобоев Б. Д. Ультразвуковое исследование в диагностике желчнокаменной болезни и её осложнений // Вестник хирургии. 2012. Т. 171. №2. С. 21-24.
3. Бондарев А. А. Возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Эндоскопическая хирургия. 2001. №2. С. 10.
4. Ботабаев С. И., Кудербаев М. Т., Омурбеков А. Ж. Миниинвазивная хирургия желчнокаменной болезни. Преимущества и недостатки // Медицина. 2010. №1. С. 7-10.
5. Ветшев П. С., Чилингарики К. Е., Ипполитов Л. И. Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии // Хирургия. 2002. №3. С. 410.
6. Кусаиров А. А., Нуркенева В. Б., Зейнетова М. А. Хирургическая тактика при остром холецистите // Наука и здравоохранение. 2011. №1. С. 43-44.
7. Ниязов Б. С., Ашимов И. А., Эралиев Б. А. Гепатотропная терапия холецистогенного холангиогепатита при остром холецистите осложненной желчнокаменной болезни // V Международный конгресс Евразийского общества гастроэнтерологов. Бишкек, 2001. С. 153-156.
8. Оморев Р. А. Миниинвазивные методы в лечении желчнокаменной болезни у больных старшего возраста // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2019. Т. 18. №4. С. 147-150.
9. Оморев Р. А., Авасов Б. А., Бейшембаев Р. К. Хирургия желчнокаменной болезни: эволюция доступов, щадящие технологии. М., 2009. 128 с.
10. Оморев Р. А., Токтосунов А. С., Авасов Б. А. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у пациентов пожилого и старческого возраста // Казанский медицинский журнал. 2016. №1. С. 37-39.

11. Раимжанова А. Б. Сравнительная оценка различных способов холецистэктомий // Наука и здравоохранение. 2016. №1. С. 40-53.
12. Толоров Ж. Ж. Профилактика послеоперационных осложнений при деструктивных формах холецистита: Дис. ... канд. мед. наук. Бишкек. 2021. С. 60-76.
13. Shaffer E. A. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? // Current gastroenterology reports. 2005. V. 7. №2. P. 132-140. <https://doi.org/10.1007/s11894-005-0051-8>
14. Kiriya S., Takada T., Strasberg S. M., Solomkin J. S., Mayumi T., Pitt H. A., Chen M. F. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis in revised Tokyo Guidelines // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2012. V. 19. №5. P. 548-556. <https://doi.org/10.1007/s00534-012-0537-3>
15. Yokoe M., Takada T., Strasberg S. M., Solomkin J. S., Mayumi T., Gomi H., Ker C. G. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos) // Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences. 2013. V. 20. P. 35-46. <https://doi.org/10.1007/s00534-012-0568-9>

References:

1. Bebezov, Kh. S., Osmonov, T. A., & Raimkulov, A. E. (2005). Taktika khirurgicheskogo lecheniya mekhanicheskoi zheltukhi. *Zdravookhranenie Kyrgyzstana*, (1), 24-28. (in Russian).
2. Boboev, B. D. (2012). Ul'trazvukovoe issledovanie v diagnostike zhelchnokamennoi bolezni i ee oslozhnenii. *Vestnik khirurgii*, 171(2), 21-24. (in Russian).
3. Bondarev, A. A. (2001). Vozmozhnosti vypolneniya laparoskopicheskoi kholetsistektomii pri ostrom kholetsistite. *Endoskopicheskaya khirurgiya*, (2), 10. (in Russian).
4. Botabaev, S. I., Kuderbaev, M. T., & Omurbekov, A. Zh. (2010). Miniinvazivnaya khirurgiya zhelchnokamennoi bolezni. Preimushchestva i nedostatki. *Medsina*, (1), 7-10. (in Russian).
5. Vetshev, P. S., Chilingaridi, K. E., & Ippolitov, L. I. (2002). Khirurgicheskii stress pri razlichnykh variantakh kholetsistektomii. *Khirurgiya*, (3), 410. (in Russian).
6. Kusairov, A. A., Nurkeneeva, V. B., & Zeinetova, M. A. (2011). Khirurgicheskaya taktika pri ostrom kholetsistite. *Nauka i zdravookhranenie*, (1), 43-44. (in Russian).
7. Niyazov, B. S., Ashimov, I. A., & Eraliev, B. A. (2001). Gepatotropnaya terapiya kholetsistogennogo kholangiopatii pri ostrom kholetsistite oslozhnennoi zhelchnokamennoi bolezni. In *V Mezhdunarodnyi kongress Evraziiskogo obshchestva gastroenterologov, Bishkek*, 153-156. (in Russian).
8. Omorov, R. A. (2019). Miniinvazivnye metody v lechenii zhelchnokamennoi bolezni u bol'nykh starshego vozrasta. *Vestnik Smolenskoi gosudarstvennoi meditsinskoi akademii*, 18(4), 147-150. (in Russian).
9. Omorov, R. A., Avasov, B. A., & Beishembaev, R. K. (2009). Khirurgiya zhelchnokamennoi bolezni: evolyutsiya dostupov, shchadyashchie tekhnologii. Moscow. (in Russian).
10. Omorov, R. A., Toktosunov, A. S., & Avasov, B. A. (2016). Kholetsistektomiya iz minilaparotomnogo dostupa u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*, (1), 37-39. (in Russian).
11. Raimzhanova, A. B. (2016). Sravnitel'naya otsenka razlichnykh sposobov kholetsistektomii. *Nauka i zdravookhranenie*, (1), 40-53. (in Russian).
12. Tolorov, Zh. Zh. (2021). Profilaktika posleoperatsionnykh oslozhnenii pri destruktivnykh formakh kholetsistita: Dis. ... kand. med. nauk. Bishkek. (in Russian).

13. Shaffer, E. A. (2005). Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century?. *Current gastroenterology reports*, 7(2), 132-140. <https://doi.org/10.1007/s11894-005-0051-8>
14. Kiriyaama, S., Takada, T., Strasberg, S. M., Solomkin, J. S., Mayumi, T., Pitt, H. A., ... & Chen, M. F. (2012). New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis in revised Tokyo Guidelines. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 19(5), 548-556. <https://doi.org/10.1007/s00534-012-0537-3>
15. Yokoe, M., Takada, T., Strasberg, S. M., Solomkin, J. S., Mayumi, T., Gomi, H., ... & Ker, C. G. (2013). TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences*, 20, 35-46. <https://doi.org/10.1007/s00534-012-0568-9>

Работа поступила
в редакцию 14.04.2025 г.

Принята к публикации
22.04.2025 г.

Ссылка для цитирования:

Беков Т. А. Оценка осложнений при хирургических вмешательствах у больных с деструктивным холециститом и желчнокаменной болезнью // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №6. С. 301-307. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/115/38>

Cite as (APA):

Bekov, T. (2025). Assessment of Complications in Surgical Interventions in Patients with Destructive Cholecystitis and Gallstone Disease. *Bulletin of Science and Practice*, 11(6), 301-307. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/115/38>