

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ



Эгамбердиев Бобур Алишерович, Ботиров Акрамжон Кодиралиевич, Усмонов Умиджон Донакузиевич, Ботиров Жахонгир Акрамжон угли
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

ШОШИЛИНЧ ЖАРРОҲЛИКДА СЕМИЗЛИК ФОНИДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ САФРО ОҚИШИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Эгамбердиев Бобур Алишерович, Ботиров Акрамжон Кодиралиевич, Усмонов Умиджон Донакузиевич, Ботиров Жахонгир Акрамжон угли
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE BILE LEAKAGE AGAINST THE BACKGROUND OF OBESITY IN URGENT SURGERY

Egamberdiev Bobur Alisherovich, Botirov Akramzhon Kodiralievich, Usmonov Umidzhon Donakuzievich, Botirov Zhakhongir Akramzhon ugli
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Тадқиқот давомида муаллифлар ушбу популяциянинг олдини олиш, ўз вақтида таъхис қўйиш ва даволаш учун даволаш ва диагностика алгоритмини шилаб чиқдилар, шу жумладан баъзи тактик ва техник жиҳатлар, бу умуман жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш имконини берди. Семириб кетиш фонида ўткир калкулёз холециститнинг деструктив шакллари учун шошилинч жарроҳлик аралашувларни жарроҳлик даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, кейинги шунга ўхшаши вақт оралигида операциядан кейинги сафро оқиши ва ривожланиши 43 (4,7%) дан 29 тага камайди (2,3%), шунингдек релапаротомиялар частотаси 30 (3,3%) дан 10 (0,8%) ва ўлим 8 (0,9%) дан 0,1% гача камайди.

Калим сўзлар: Операциядан кейинги сафро оқиши, семизлик, ўткир калкулёз холецистит, релапаротомия, релапароскопия, қайта операциялар.

Abstract. During the course of the study, the authors developed a treatment and diagnostic algorithm for prevention, timely diagnosis and treatment of this population, including some tactical and technical aspects, which in general made it possible to optimize surgical tactics. A comparative analysis of the results of surgical treatment of urgent surgical interventions for destructive forms of ACC on the background of obesity showed that over the next similar period of time, the incidence and development of postoperative GI decreased from 43 (4.7%) to 29 (2.3%), the frequency of relaparotomies decreased from 30 (3.3%) to 10 (0.8%) and deaths from 8 (0.9%) to 0.1%.

Keywords: Postoperative bile leakage (GI), obesity, cholelithiasis (GSD), acute calculous cholecystitis (ACC), relaparotomy, relaparoscopy, reoperations.

Актуальность проблемы. Острый калькулезный холецистит (ОКХ) сопровождается высокой послеоперационной летальностью - 0,9 до 14,6%, среди которых преимущественно лица с ожирением [1;3]. Избыточную массу тела к концу XX века имели около 30% жителей нашей планеты, т.е. около 1,7 млрд. человек [4]. Тревожным является тот факт, что отмечается рост людей с ожирением и в нашей Республике [6]. В настоящее время частота желчеистечения в структуре послеоперационных осложнений колеблется в пределах 0,53-6,3% [2]. Несмотря на большое количество публикаций, общепринятая тактика лечения отсутствует, а результаты хирургического лечения остаются не всегда удовлетворительными [5]. Проблемными оста-

ются вопросы эффективности применения релапаротомии и релапароскопии при послеоперационном ЖИ на фоне ожирения в условиях ургентной хирургии. Решению этих вопросов и посвящено настоящее исследование.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения послеоперационного желчеистечения в ургентной хирургии, путем разработки лечебно-диагностического алгоритма действий.

Материал и методы. В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа хирургического лечения послеоперационного ЖИ у 72 больных по поводу ОКХ за период 2016–2023гг. Для сравнительной оценки результатов хирур-

гического лечения исследуемых больных условно выделены две группы:

- контрольная группа – (2016-2019 годы) - 43 (59,7%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;

- основная группа – (2020-2023 годы) - 29 (40,3%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

Распределение исследуемых больных, мы провели согласно Международной возрастной классификации ВОЗ (2021г.).

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе, в возрасте 19-44 лет (молодой возраст), послеоперационное ЖИ установлено у 5 (11,7%) больных, в возрасте 45-59 лет (зрелый возраст) - у 26 (60,5%) и 60 лет и старше (пожилой возраст) – у 12 (27,9%). При этом, мужчины составили 20 (46,5%), а женщины – 23 (53,5%). Ретроспективный анализ показал, что наиболее часто данное осложнение наблюдается у лиц наиболее трудоспособного возраста, что имеет важное экономическое значение. Тем не менее, нередко (27,9%) послеоперационное ЖИ отмечено и у лиц старше 60 лет, что имеет важное социальное значения для нашего общества. Также установлено, что соотношение числа мужчин к женщинам составило почти 1:1, хотя желчнокаменной болезнью женщины страдают в 4-5 раза чаще. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения показал, что из 922 больных, оперированных в экстренном порядке по поводу острого калькулезного холецистита (ОКХ), за период с 2016 по 2019 годы (4 года) послеоперационное желчеистечение (ЖИ) отмечено в 43 (4,7%) случаев. К тому же, в контрольной группе у больных с послеоперационным ЖИ ожирение первой степени отмечено у 11 (25,6%), второй – у 24 (55,8%) и третьей – у 8 (18,6%). Возникновение послеоперационного ЖИ на фоне ожирения отмечено при urgentных оперативных вмешательствах по поводу ОКХ, осложненной простой формой у 14 (32,6%), флегмонозной – у 21 (48,8%) и гангренозной формой – у 8 (18,6%) больных. При этом наблюдалось послеоперационное ЖИ I степени у 17 (39,5%), II степени – у 19 (44,2%) и III степени – у 7 (16,3%) больных. Следует отметить, что в контрольной группе из 922 случаев ЛХЭ выполнена у 401 (43,5%), ХЭ из мини доступа – у 142 (15,4%) и ТХЭ – у 379 (41,1%) больных.

В контрольной группе после ЛХЭ послеоперационное ЖИ отмечено у 14 (3,5%) больных, где релапаротомии выполнены у 9 (2,2%) с летальным исходом в 3 (0,7%) случаях и релапароскопии – у 5 (1,2%). После ХЭ из мини доступа послеоперационное ЖИ отмечено у 21 (14,8%) больных, где релапаротомии выполнены у 15 (10,5%) с летальным исходом в 3 (0,7%) случаев и релапароскопии у 6 (4,2%). После ТХЭ послеоперационное ЖИ отмечено у 8 (2,1%) больных, где релапаротомии выполнены у 6 (1,5%) с летальным исходом в 2 (0,5%) случаях и релапароскопии – у 2 (0,5%) больных.

В целом, в контрольной группе послеоперационное ЖИ, отмечено у 43 (4,7%) больных, где релапаротомии выполнены у 30 (3,3%) с летальным исходом у 9 (1,0%) и релапароскопии у 13 (1,4%) больных. По-

слеоперационные гнойно-септические (раневые) осложнения отмечены у 34 (3,7%) больных, а послеоперационные осложнения общего характера – у 63 (6,8%) с летальным исходом в 6 (0,7%) случаев.

Ретроспективный анализ результатов urgentных оперативных вмешательств при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения явилось базой для изучения недочетов и упущений, что явилось основанием для разработки лечебно-диагностического алгоритма действий при оптимизации хирургической тактики и разработки мер профилактики возникновения послеоперационного ЖИ и в том числе усовершенствованного способа «погружного» инвагинационного способа ХДА.

Согласно предлагаемому лечебно-диагностическому алгоритму при послеоперационном ЖИ (желчном перитоните) у больных после urgentных оперативных вмешательств по поводу ОКХ на фоне ожирения, наряду с анализом жалоб, сбором анамнеза с установлением особенностей первичной операции (ЛХЭ, ХЭ из мини доступа или «традиционная» ХЭ), повторное ЭКГ, проводились клинические и повторные лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимические анализы).

При диагностировании сопутствующей терапевтической патологии, в отделении хирургии проводили их коррекцию совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами и так далее (в зависимости от характера патологии). Параллельно, в первую очередь, проводилось УЗИ как наиболее доступный и неинвазивный метод лучевой диагностики. Так как наш контингент состоял из больных с той или иной степенью ожирения, мы пользовались формулой определения индекса массы тела (ИМТ) по Келли (2022). При установлении ожирения 1 степени (ИМТ 30-34), при проведении исследования по уточнению диагноза и определению хирургической тактики, начинали терапию клексаном – 20 мг п/к до реоперации, 20 мг после реоперации, а также терапию кардиомагнилом – 0,075 мг/сут, 1 раз начиная с первых суток послеоперационного периода. При ожирении 2 степени (ИМТ 35-39), начинали терапию клексаном – 40 мг п/к до реоперации, 60 мг в первые после реоперации, а также терапию кардиомагнилом – 0,075 мг/сут, начиная с третьих суток после реоперации. При ожирении 3 степени (ИМТ 40), начинали терапию клексаном – 40 мг п/к до реоперации, через час после реоперации и на 2-3 -е сутки – 20 мг, 1 раз в сутки. Терапию кардиомагнилом – 0,075 мг/сут, проводили с 4-х суток после реоперации.

К релапароскопии прибегали с диагностической целью, когда при неблагоприятном течении послеоперационного периода предполагалось наличие отграниченного перитонита, а неинвазивные методы диагностики ожидаемой информации не дали. Главным же достоинством лапароскопии явилось то, что диагностический этап у большинства пациентов был завершен лечебным лапароскопическим пособием. При отсутствии свободной жидкости в брюшной полости, следует продолжать обычный комплекс послеоперационных процедур (симптоматическую терапию).

При УЗИ, определение следов жидкости или его наличие менее 100 мл, необходимо активное наблюдение в динамике, с продолжением консервативной те-

рапии. Следует добавить ингибиторы протеаз и антисекреторные препараты, а также проводить аспирацию желудочного содержимого с использованием зонда для постоянной декомпрессии.

Ограниченное скопление свободной жидкости в подпеченочном пространстве более 100 мл и до 500 мл, позволяет заподозрить ограниченное повреждение и ограничение процесса. При распространении свободной жидкости по всей брюшной полости, превышающая объем более 500 мл, позволяет судить о возникновении жизнеугрожающего осложнения. Этому контингенту, в экстренном порядке (по показаниям) следует провести КТ или МСКТ. Чтобы определить характер и уровень дефекта и избрать соответствующую лечебную тактику необходимо произвести эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХГ). Интраоперационная холангиография (ИОХГ) через культю пузырного протока позволяет установить причину гипертензии, но устранить ее лапароскопическим путем сложно, тем более в столь неблагоприятных условиях. Проще и безопаснее сделать это «открытым» способом.

Дальнейшая тактика лапароскопического вмешательства зависит от результатов холангиографии и заключается в клипировании пузырного протока, его дренировании или расширении объема операции с вероятным переходом на лапаротомию. После устранения причины желчеистечения промывают брюшную полость, устанавливают дренажи в подпеченочное пространство и в места потенциального скопления выпота.

Все эти процедуры проводятся с активной предоперационной подготовкой к реоперации, совместно с анестезиологом-реаниматологом, а также соответствующими специалистами (в зависимости от наличия и характера сопутствующей терапевтической патологии). К сожалению, не всегда удается выполнить это исследование. В таком случае релапароскопия как диагностическое вмешательство вполне оправдана, которая в определенных клинических ситуациях может быть способом реоперации.

Подозрение на послеоперационное ЖИ, диагностируемое по отделяемому по дренажу или вследствие комплексной клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, с признаками раздражения брюшины являются показанием к релапароскопии.

Отсутствие эффекта от спазмолитической терапии в течение 1-2 суток следует рассматривать как показание к релапароскопии даже при небольшом (до 100 мл), но стабильном объеме желчных выделений.

Вопрос о безотлагательной релапароскопии встает в тех случаях, когда объем желчи, выделившейся по дренажу в первые сутки после операции, превышает 100 мл, либо УЗИ обнаруживает свободную жидкость в брюшной полости. Это может быть связано с повреждением магистральных желчевыводящих протоков, несостоятельностью или дефектом в культе пузырного протока. В первом случае релапароскопия малоперспективна. Здесь требуется вмешательство лапаротомным доступом. При ЖИ из культя пузырного протока следует отдать предпочтение релапароскопии.

Повторное вмешательство выполнялось в сроки от 2 дней до 7 суток после операции. Патологические

изменения, выявляемые при релапароскопии в ближайшие три дня после операции, обычно представляют собой проявления диффузного перитонита с желчным выпотом, более или менее распространенными рыхлыми спайками и фибринозными наложениями. Ограничивающие желчь сращения в течение первой недели остаются рыхлыми, легко и бескровно расслаиваются.

При несостоятельности культя пузырного протока (ППр) или же выпадении дренажа из общего желчного протока, у данного контингента оптимально выполнение релапароскопии с клипированием культя ППр или повторной установкой дренажа в холедох и его повторной фиксации. На фоне ожирения и наличие сопутствующей патологии, выполнение релапаротомии может значительно ухудшить исходы хирургического лечения. При ЖИ из ходов Люшка, при отсутствии эффекта консервативной терапии, также оптимально выполнение в качестве реоперации – релапароскопии, с ушиванием, клипированием или же коагуляцией. Ограниченное пересечение или окклюзия не основных желчных протоков (ЖПр), также являются показанием к релапароскопии с ушиванием или же клипированием на каркасном дренаже.

При полном пересечении или окклюзии не основных ЖПр или же ограниченном пересечении холедоха являются показанием к релапаротомии «традиционным» способом, с ушиванием на Т-образном дренаже, с последующим стентированием. При полном пересечении или окклюзии общего желчного протока, показано релапаротомия с холедоходуоденоанастомозом (ХДА) или холедохоеюноанастомозом (ХЕА) «конец в бок» «погружными» швами по нашей методике, с назогастро – или же –еюно-билиарным дренированием. В определенных клинических ситуациях показано выполнение реконструктивно восстановительной операции (РВО).

Следует отметить, во всех случаях проведения реопераций, оперативное вмешательство должно завершаться дренированием брюшной полости, по общепринятым канонам, в т.ч. подпеченочного пространства и пространства Винслоу по типу «проточной системы». У данного контингента, в связи с высокой вероятностью развития тромбозомболических осложнений (ТЭО), наряду с общепринятой терапией, как было указано ранее, необходимо продолжать специфическую и неспецифическую профилактику.

В последние годы нами стал применяться модифицированный способ инвагинационного конце – бокового холедоходуоденоанастомоза (ХДА) «погружными» швами, который применен у 6 (13,8%) больных.

На втором этапе проведено разработка и внедрение лечебно-диагностического алгоритма позволяющий установить дифференцированный подход к выбору релапаротомии и релапароскопии и оптимизировать хирургическую тактику, а также использование модифицированного способа «погружного» инвагинационного межкишечного анастомоза, как меру профилактики несостоятельности швов с 2019 по 2023 годы (основная группа – 29 больных).

В основной группе, в возрасте 19-44 лет (молодой возраст), послеоперационное ЖИ установлено у 4 (13,8%) больных, в возрасте 45-59 лет (зрелый возраст) - у 15 (51,7%) и 60 лет и старше (пожилой возраст) – у

10 (34,5%). При этом, мужчины составили 13 (44,8%), а женщины – 16 (55,2%). Проспективное исследование показало, что наиболее часто данное осложнение наблюдается у лиц наиболее трудоспособного возраста, что имеет важное экономическое значение. Тем не менее, нередко (34,5%) послеоперационное желчеистечение отмечено и у лиц старше 60 лет, что имеет важное социальное значения для нашего общества. Также установлено, что соотношение числа мужчин к женщинам составило почти 1:1, хотя ЖКБ женщины страдают в 4-5 раза чаще.

При простой форме ОКХ первичные urgentные оперативные вмешательства выполнены у 11 (37,9%) больных, где ожирение первой степени диагностировано у 3 (10,3%), вторая – у 7 (24,2%) и третья – у 1 (3,4%). При флегмонозной форме ОКХ первичные urgentные оперативные вмешательства выполнены у 12 (41,4%) больных, где ожирение первой степени имелось у 3 (10,3%), вторая – у 7 (24,1%) и третья – у 3 (10,3%). При гангренозной форме ОКХ - выполнены у 6 (20,7%) больных, где ожирение первой степени имелось у 2 (7,0%), вторая – у 1 (3,4%) и третья – у 3 (10,3%).

В основной группе, среди деструктивных форм, наиболее часто имелось флегмонозная форма (41,4%), но в прогностическом плане наиболее тяжелый контингент составляют с гангренозной формой (20,7%). Также отмечено, что наиболее часто urgentные операции выполнялись при второй степени ожирения – 15 (51,7%), однако значительные сложности в определении хирургической тактики возникали при третьей степени ожирения – 6 (20,7%), что сказалось на исходе хирургического лечения.

В основной группе I степень послеоперационного ЖИ диагностирована у 16 (55,2%) больных, где ожирение первой степени установлена у 6 (20,7%), вторая – у 9 (31,0%) и третья – у 1 (3,4%). II степень послеоперационного ЖИ диагностирована у 10 (34,5%) больных, где ожирение первой степени установлена у 2 (6,9%), вторая – у 5 (17,2%) и третья – у 3 (10,3%). III степень послеоперационного ЖИ диагностирована у 3 (10,3%) больных, где ожирение второй степени установлена у 1 (3,4%) и третья – у 2 (6,9%). Важно отметить, что послеоперационное ЖИ I и II степени (55,2 и 34,5%, соответственно). При этом III степень желчеистечения (10,3%) диагностирована значительно меньше, однако, именно у этого контингента могут иметься более высокая вероятность развития жизнеугрожающих последствий. Ситуация усугубляется при сочетании данного осложнения с ожирением второй третьей степени, которая установлена у 3 (10,3%) и 2 (6,9%) больных.

В основной группе при простой форме ОКХ первичные оперативные вмешательства выполнены у 11 (37,9%) больных, где I степень послеоперационного ЖИ диагностирована у 7 (24,1%) и II степень – у 4 (13,8%). При флегмонозной форме ОКХ, первичные оперативные вмешательства выполнены у 12 (41,4%) больных, где I степень послеоперационного ЖИ установлена у 8 (27,7%), II степень – у 3 (10,3%) и III степень – у 1 (3,4%). При гангренозной форме ОКХ, первичные оперативные вмешательства выполнены у 6 (20,7%) больных, где I степень послеоперационного

ЖИ установлена у 1 (3,4%), II степень – у 3 (10,4%) и III степень – у 2 (6,9%).

Проспективный анализ показал, что наиболее часто отмечалось послеоперационное ЖИ II степени – 10 (34,5%), а первичные оперативные вмешательства наиболее часто выполнены на фоне ОКХ, осложненной флегмонозной формой – 12 (41,4%). Однако, наибольшую угрозу, в плане исходов представляли больные с III степенью ожирения – 3 (10,3%), которым первичные оперативные вмешательства выполнялись при ОКХ, осложненной флегмонозной формой – 1 (3,4%) и ОКХ, осложненной гангренозной формой – 2 (6,9%) больных.

К предоперационной подготовке ОКХ на фоне ожирения мы подходили сугубо индивидуально. Программа комплексной предоперационной подготовки в целом имела цель: медикаментозное лечение диагностированных сопутствующих терапевтических заболеваний, коррекцию нарушений сердечно-легочной деятельности и водно-электролитного баланса, а также профилактику тромбозоболоческих и гнойно-септических (раневых) осложнений.

В основной группе результаты хирургического лечения показали, что из 1247 больных, оперированных в экстренном порядке по поводу острого калькулезного холецистита (ОКХ), за период с 2019 по 2023 годы (4 года) послеоперационное желчеистечение (ЖИ) отмечено в 29 (2,3%) случаев. К тому же, в основной группе у больных с послеоперационным ЖИ ожирение первой степени отмечено у 8 (27,6%), второй – у 15 (51,7%) и третьей – у 6 (20,7%). Возникновение послеоперационного ЖИ на фоне ожирения отмечено при urgentных оперативных вмешательствах по поводу ОКХ, осложненной простой формой у 11 (37,9%), флегмонозной – у 12 (41,4%) и гангренозной формой – у 6 (20,7%) больных. При этом наблюдалось послеоперационное ЖИ I степени у 16 (55,2%), II степени – у 10 (34,5%) и III степени – у 3 (10,3%) больных. Следует отметить, что в основной группе из 1247 случаев ЛХЭ выполнена у 656 (52,6%), ХЭ из мини доступа – у 158 (12,7%) и ТХЭ – у 433 (34,7%) больных.

В основной группе после ЛХЭ послеоперационное ЖИ отмечено у 16 (2,4%) больных, где релапаротомии выполнены у 6 (0,9%) и релапароскопии – у 10 (1,5%). После ХЭ из мини доступа послеоперационное ЖИ отмечено у 5 (3,1%) больных, где релапаротомии выполнены у 2 (1,2%) с летальным исходом в 2 (0,6%) случаях и релапароскопии у 3 (1,9%). После ТХЭ послеоперационное ЖИ отмечено у 8 (1,8%) больных, где релапаротомии выполнены у 2 (0,4%) и релапароскопии – у 6 (1,3%) больных.

Итак, в целом, в основной группе послеоперационное ЖИ, отмечено у 29 (2,3%) больных, где релапаротомии выполнены у 10 (0,8%) с летальным исходом у 1 (0,1%) и релапароскопии у 19 (1,5%) больных. В основной группе, послеоперационные гнойно-септические (раневые) осложнения отмечены у 19 (1,5%) больных, а послеоперационные осложнения общего характера – у 33 (2,6%) с летальным исходом в 3 (0,2%) случаев.

Заключение. Таким образом, проведенный сравнительный анализ результатов хирургического лечения urgentных оперативных вмешательств при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения пока-

зал, что за последующий аналогичный промежуток времени частота возникновения и развития послеоперационного ЖИ уменьшилось с 43 (4,7%) до 29 (2,3%) – (снижение в 2 раза), частота выполнения релапаротомий уменьшилось с 30 (3,3%) до 10 (0,8%) – (снижение в 4 раза) и летальных исходов с 8 (0,9%) до 0,1% – (снижение в 10 раз). Вместе с тем частота гнойно-септических (раневых) осложнений уменьшилось с 34 (3,7%) до 19 (1,5%) – (снижение в 2,5 раза), а осложнения общего характера уменьшились с 63 (6,8%) до 33 (2,6%) – (снижение в 2,6 раза) и частота летальных исходов – с 6 (0,7%) до 3 (0,2%) – (снижение в 3,5 раза).

В процессе проведенного исследования у больных с деструктивными формами ОКХ на фоне ожирения развитие послеоперационного ЖИ нами установлена взаимосвязь степени ожирения, характера патоморфологических изменений в желчном пузыре, метода оперативного вмешательства на характер и степень послеоперационного ЖИ, а также на его исходы. В результате, мы разработали лечебно-диагностический алгоритм действий в профилактике, своевременной диагностике и лечении данного контингента и в том числе усовершенствовать способ «погружного» инвагинационного ХДА, что в целом позволило оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты хирургического лечения данной категории больных.

Литература:

1. Аймагамбетов М.Ж., Абдурахманов С.Т., Булегенов Т.А. и др. Особенности диагностики и хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением. Обзор литературы //Наука и Здоровоохранение. -2019. 3 (т.21). С.54-67.
2. Лебедев Н.В., Попов В.С., Климов А.Е., Сванадзе Г.Т. Сравнительная оценка систем прогноза исхода вторичного перитонита //Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова 2021, No2 с. 27-31. DOI:10.17116/hirurgia 202102127. (Scopus)
3. Хохлачева Н.А., Сергеева Н.Н., Вахрушев Я.М. Возрастные и гендерные особенности развития желч-

нокаменной болезни. Архив внутренней медицины. - 2016. Т.6, №1 (27). С.34-39.

4. Seidell J.S., Tommy L.S., Visscher R.T. Overweight and obesity in the mortality rate data: current evidence and research issues //Medicine and science in sports and exercise -1999; 31 (11 Suppl): S 597 -601.

5. Seon Ung Yun, Koog Cheon, Chan Sup Shim, Tae Yoon Lee, Hyung Min Yu, Hyun Ah Chung, Se Woong Kwon, Taek Gun Jeong, Sang Hee An, Gyung Won Jeong and Ji Wan Kim. The outcome of endoscopic management of bile leakage after hepatobiliary surgery. Korean J Intern Med. 2017; 32:79-84.

6. World Population Review (англ.). worldpopulationreview.com. Дата обращения: 1 ноября 2019. Архивировано 1 ноября 2019 года.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

*Эгамбердиев Б.А., Ботиров А.К., Усмонов У.Д.,
Ботиров Ж.А.*

Резюме. Авторами в процессе исследования разработан лечебно-диагностический алгоритм действий в профилактике, своевременной диагностике и лечении данного контингента и в том числе некоторые тактико-технические аспекты, что в целом позволило оптимизировать хирургическую тактику. Проведенный сравнительный анализ результатов хирургического лечения urgentных оперативных вмешательств при деструктивных формах ОКХ на фоне ожирения показал, что за последующий аналогичный промежуток времени частота возникновения и развития послеоперационного ЖИ уменьшилась с 43 (4,7%) до 29 (2,3%), частота выполнения релапаротомий уменьшилась с 30 (3,3%) до 10 (0,8%) и летальных исходов с 8 (0,9%) до 0,1%.

Ключевые слова. Послеоперационное желчеистечение (ЖИ), ожирение, желчнокаменная болезнь (ЖКБ), острый калькулезный холецистит (ОКХ), релапаротомия, релапароскопия, реоперации.