



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (54) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х.ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (54)

2023

апрель

УДК 616.366-089.87

**БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ
ХОЛЕЛИТИАЗЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ С УЧЕТОМ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И
АНТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ**

Мирзабоев Г.Э. <https://orcid.org/0009-0000-8046-7107>

Хахимов Д.М. <https://orcid.org/0000-0002-9594-5191>

Ботилов А.К. <https://orcid.org/0009-0006-9341-9303>

Отакузиев А.З. <https://orcid.org/0000-0001-7317-6208>

Ботилов Ж.А. <https://orcid.org/0009-0005-7659-1809>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон,
Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail:info@adti

✓ **Резюме**

Авторы, при остром холелитиазе на фоне ожирения исследовали ближайшие результаты хирургического лечения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови. В основной группе (2021г.) - 579 (56,1%) больных усовершенствован лечебно-диагностический алгоритм с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови – проспективное исследование.

Ключевые слова: холелитиаз, холецистит, ожирения, свертывающая система крови, антисвертывающая система крови.

**O'TKIR XOLELITIAZDA SEMIZLIK FONIDA QON IVISH VA IVISHGA QARSHI
TIZIMINI INOBATGA OLGAN HOLDA JARROHLIK USULIDA DAVOLASHNING YAQIN
NATIJALARI**

Mirzaboyev G.E., Hakimov D.M., Botirov A.K., Otaqo'ziev A.Z., Botirov J.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Mualliflar, semizlik fonida o'tkir xolelitiazda qonning koagulyatsion va antikoagulyatsion tizimlarini hisobga olgan holda jarrohlik davolashning bevosita natijalarini o'rganganlar. Asosiy guruhda (2021 yil) - 579(56,1%) bemorlarda diagnostika va davolash algoritmi qonning koagulyatsion va antikoagulyatsion tizimlarini hisobga olgan holda takomillashtirilgan – prospektiv tadqiqot.

Kalit so'zlar: xolelitiaz, xoletsistit, semizlik, qon ivish tizimi, qon ivishga qarshi tizimi.

**IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN ACUTE CHOLELITHIASIS
ON THE BACKGROUND OF OBESITY, CONSIDERING THE BLOOD COAGULATION
AND ANTI-COAGULATION SYSTEM**

Mirzaboev G.E., Khakimov D.M., Botirov A.K., Otakuziev A.Z., Botirov J.A.

Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

✓ **Resume**

The authors, in acute cholelithiasis on the background of obesity, investigated the immediate results of surgical treatment, taking into account the coagulation and anticoagulation systems of the blood. In the main group (2021) - 579 (56.1%) patients, the diagnostic and treatment algorithm was improved taking into account the coagulation and anticoagulation systems of the blood - a prospective study.

Key words: cholelithiasis, cholecystitis, obesity, blood coagulation system, blood anticoagulation system.

Актуальность

Острый холецистит (ОХ) занимает второе место по частоте (после острого аппендицита) возникновения ургентных хирургических заболеваний и занимает позицию одной из наиболее затратных для здравоохранения болезней пищеварительной системы [3;4;5]. В арсенале хирургических методов лечения острого калькулезного холецистита (ОКХ), наряду с «традиционной» холецистэктомией (ХЭ) широко применяются ХЭ из мини-доступа и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), поскольку полностью отвечают этим новым требованиям [5;6].

За последние пять десятилетий показатели ожирения в Европе выросли на 138 процентов, а ее «эпидемические» показатели связаны с более чем 1,2 миллиона смертей ежегодно, что составляет более 13% смертей в Европе [2]. Среди лиц с ожирением часто встречается калькулёзный холецистит [1]. Все сказанное свидетельствует об актуальности проблемы, в которой имеется ещё много не изученных вопросов.

Цель исследования: Изучит ближайшие результаты хирургического лечения при остром холелитиазе на фоне ожирения с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови.

Материал и методы

Исследованию подлежали 1033 больных с различными формами острого холелитиаза на фоне ожирения, которые условно выделены в две группы:

- группа сравнения (2020 г.) - 454 (43,9%) больных с острого холелитиаза на фоне ожирения, где хирургическая тактика (лечебно-диагностическая программа, выбор способов оперативных вмешательств, предоперационная подготовка и послеоперационное ведение) основана по общепринятым принципам;

- основная группа (2021 г.) - 579 (56,1%) больных с острого холелитиаза на фоне ожирения, где хирургическая тактика основаны на усовершенствованном лечебно-диагностическом алгоритмах, выборе способов оперативных вмешательств, предоперационной подготовки и послеоперационном ведении с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови – проспективное исследование.

При остром холелитиазе на фоне ожирения в возрасте 19-44 лет диагностировано у 177 (17,1%) больных, в возрасте 45-59 лет 695 (67,3%) и 60 и старше – у 161 (15,6%) больных. Для определения степени ожирения мы пользовались общепринятыми формулами и данными. Первая степень ожирения диагностировано у 74 (7,2%) больных. Наибольшее число составили больные со второй степенью ожирения – 775 (75,0%). Больные третьей степенью ожирения составили – 184 (17,8%).

Проведенный анализ больных острым холелитиазом на фоне ожирения показал, что основной контингент страдал сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом – 970 (93,9%), а также из их числа у 368 (35,6%) имелось сочетание сердечно-сосудистой патологии с сахарным диабетом. Умеренный риск развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) установлены у 876 (93,3%) и высокий риск - у 157 (6,7%) больных.

Полученные данные обработаны на компьютере с использованием программы Microsoft Excel. Статистическая обработка специальных исследований произведена по Стьюденту- Фишеру.

Результат и обсуждения

Для сравнения ближайших результатов, больных с осложнениями разделили на три подгруппы, что позволило провести объективный анализ результатов операций.

1. Интраоперационные осложнения (осложнения в зоне операции – кровотечения из пузырной артерии).

2. Послеоперационные осложнения (осложнения в зоне операции- кровотечения, несостоятельность культи желчного пузыря (ЖП), послеоперационные раневые осложнения).

3. Послеоперационные осложнения общего характера: сердечно-сосудистой системы, бронхолегочной - (бронхит, пневмония) и т.д.

В группе сравнения при ЛХЭ выполненной у 131 больного интраоперационные осложнения диагностированы в 32 (24,4%) случаев, с конверсией - 12 (9,1%) случаев.

В группе сравнения при ХЭ из мини-доступов выполненной у 152 больных интраоперационные осложнения диагностированы в 24 (15,8%) случаев. При этом потребовалось расширить мини-лапаротомный разрез в «традиционный», в 6 (3,9%) случаях.

В группе сравнения при ТХЭ выполненной у 171 больного интраоперационные осложнения диагностированы в 29 (16,9%) случаев.

Полученные данные подтверждают необходимость продолжения исследований, направленных на совершенствование технических приемов и навыков оперирования, со строгим учетом показаний и

противопоказаний, хирургами, имеющими большой опыт выполнения подобных оперативных вмешательств с соблюдением особой бдительности.

В основной группе при ЛХЭ выполненной у 255 больных интраоперационные осложнения диагностированы в 12 (4,7%) случаях, с конверсией только в 2 (0,7%) случаях.

При остром холелитиазе на фоне ожирения I степени (12 больных) отмечено кровотечение из пузырной артерии у 1 (0,3%) и кровотечение из ложа ЖП – у 2 (0,7%) больных. При остром холелитиазе на фоне ожирения II степени (204 больных) отмечено кровотечение из пузырной артерии у 1 (0,3%), кровотечение из ложа ЖП – у 2 (0,7%), повреждение холедоха – у 1 (0,3%) и пересечение пузырного протока клипсой – у 1 (0,3%) больного. При остром холелитиазе на фоне ожирения III степени (39 больных) отмечено кровотечение из пузырной артерии у 1 (0,3%) и кровотечение из ложа ЖП – у 2 (0,7%) больных.

В группе сравнения при ХЭ из мини-доступов выполненной у 235 больных интраоперационные осложнения диагностированы в 7 (2,9%) случаях, с конверсией доступа в «традиционный», в 1 (0,4%) случае, но при этом сохранялось целостность правой прямой мышцы живота, а длина разреза не превышала 15 см.

При остром холелитиазе на фоне ожирения I степени (12 больных) отмечено кровотечение из пузырной артерии у 1 (0,4%) и кровотечение из ложа ЖП – у 1 (0,4%) больного. При остром холелитиазе на фоне ожирения II степени (168 больных) отмечено кровотечение из пузырной артерии у 2 (0,8%), кровотечение из ложа ЖП – у 1 (0,4%) и отрыв пузырного протока – у 1 (0,4%) больного. При остром холелитиазе на фоне ожирения III степени (55 больных) отмечено кровотечение из ложа ЖП – у 1 (0,4%) больного.

В основной группе при ТХЭ выполненной у 89 больных интраоперационные осложнения диагностированы в 6 (6,7%) случаях. При остром холелитиазе на фоне ожирения I степени (6 больных) отмечено кровотечение из пузырной артерии у 1 (1,1%) и кровотечение из ложа ЖП – у 1 (1,12%) больного. При остром холелитиазе на фоне ожирения II степени (80 больных) отмечено кровотечение из пузырной артерии у 1 (1,1) и отрыв пузырного протока – у 1 (1,1%) больного. При остром холелитиазе на фоне ожирения III степени (3 больных) отмечено кровотечение из ложа ЖП – у 1 (1,1%) больного.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота интраоперационных осложнений при ЛХЭ уменьшились на 19,7% (с 24,4 до 4,7%), из мини-доступа на 12,9% (с 15,8 до 2,9%), у больных оперированных традиционным доступом уменьшились на 8% (с 16,9 до 8,9%).

В группе сравнения послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством отмечено у 27 (5,9%) больных. Из них в первые сутки отмечено несостоятельность культи ЖП с желчным перитонит у 27 (5,9%) больных, у которых в 19 (4,1%) случаях было проведена повторная операция (релапароскопия - 8, релапаротомия - 11). При этом у 6 (1,3%) больных с последующем в связи с развитием полиорганной недостаточности наступил летальный исход.

В основной группе послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством отмечено у 5 (0,8%). Из них в первые сутки отмечено у 5 (0,8%) больных отмечали несостоятельность культи ЖП с перитонитом. При этом летальность отмечено у 1 (0,2%) больного, которая была обусловлена полиорганной недостаточностью на фоне разлитого перитонита.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством уменьшилось на 5,1% (с 5,9 до 0,8%), а частота летальности на 1,1% (с 1,3 до 0,2%).

В группе сравнения гнойно-септические осложнения диагностированы у 26 (5,8%) больных. Из них инфильтрат раны у 9 (1,9%) и нагноение раны у 8 (1,7%) больных, эвентрация у 2 (0,4%), лигатурный свищ у 7 (1,5%) больных. При этом наибольшее количество осложнений со стороны послеоперационной раны, отмечали у больных с третьей степенью ожирения 7 (1,5%). В основной группе гнойно-септические осложнения диагностированы лишь у 4 (0,7%) больного, что было обусловлено воспалительным инфильтратом послеоперационной раны. Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота гнойно-септических осложнений, связанных с уменьшилось на 5,1% (с 5,8 до 0,7%).

Во время выполнения ХЭ общесвертывающая активность крови по тестам толерантность плазмы к гепарину и времени рекальцификации была повышена и составила соответственно до $392 \pm 4,1$ сек. И 46 ± 6 сек. ($p < 0,001$). Время свертывания крови достоверно снижалось в среднем до $268 \pm 16,3$ сек. Количество фибриногена оказалось повышенным (537 ± 23 мг%). Отмечено увеличение концентрации проакцелирина (V фактор) в среднем до $113 \pm 4\%$ и понижение ретракции сгустка в среднем до $34 \pm 1,6\%$. Антикоагулянтная активность крови при выполнении ХЭ соответствовала исходным

данным ($p > 0,05$.) Со стороны фибринолитической активности крови отмечено значительное её повышение. Средняя величина её составила $16,2 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$). Количество прокоагулянтов (протромбин, проконвертин) при выполнении ХЭ статистических различий по отношению к исходным данным не имело ($p > 0,05$).

На 2-3-й день после ХЭ отмечалось повышение толерантности плазмы к гепарину в среднем до $391 \pm 2,7$ сек. ($p < 0,001$). К 5-7 дню толерантность плазмы к гепарину соответствовало к исходным данным ($p > 0,05$) и к 9-14 дню послеоперационного периода она оказалась пониженной ($p < 0,01$).

Общесвертывающая активность крови по тестам времени свертывания и рекальцификации в послеоперационном периоде не изменилась ($p > 0,05$). Только к 9-14 дню после операции время свертывания достоверно понижалась в среднем до 271 ± 11 сек. Статистическая обработка полученных результатов показала дальнейшее увеличение содержания фибриногена в послеоперационном периоде, особенно на 2-3-й день ($p < 0,001$). К 9-14 дню после операции фибриноген соответствовал исходным цифрам ($p > 0,001$).

Количество прокоагулянтов (протромбиновый индекс, проакцелирин, проконвертин) после ХЭ оставалось прежним ($p > 0,05$). Только к 9-14 дню послеоперационного периода наблюдалось достоверное понижение протромбина в среднем до $91 \pm 2\%$. Не изменились также ретракции сгустка, время кровотечения кальций в сыворотке крови ($p > 0,05$). Количество тромбоцитов на 5-7-й день после операции было повышено и в среднем составило $270,000 \pm 8,454$.

Тромботест при выполнении ХЭ оказался повышенным у 5-ти больных. На 2-3-й день после ХЭ тромботест был повышен у 2, в пределах нормы – у 7. На 5-7-й день тромботест оказался повышенным у 4, нормальная степень тромботеста обнаружена у 5 больных. К 9-14 дню после операции тромботест у 7 больных пришел к норме, у 2-х оставался повышенным (7 степень).

Изменения со стороны антисвертывающей системы крови: гепариновое время в послеоперационном периоде оставалась в пределах исходных величин ($p > 0,05$). Фибринолитическая активность крови на 2-7-й день после ХЭ, как правило, понижалось и соответственно составила $8,1 \pm 0,7$ и $8,7 \pm 0,6\%$. К 9-14 дню фибринолиз соответствовал исходным данным ($p > 0,05$).

Свободный гепарин на 2-3-й день после ХЭ был повышен в среднем до $2,8 \pm 0,4$ ед/мл. С 5-го дня уровень свободного гепарина повышался и удерживался вплоть до 14-го дня послеоперационного периода ($p < 0,05$).

Обсуждение полученных данных

Исходное состояние показателей факторов свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных острым холелитиазом на фоне ожирения выражается в повышении общесвертывающей активности крови по 3 тестам (укорочение времени свертывания, рекальцификации плазмы, повышении толерантности плазмы к гепарину) повышении концентрации проконвертина (VII фактор) и в увеличении более чем в 1,5 раза содержание фибриногена крови. Показатели антисвертывающей системы крови (свободный гепарин, фибринолитическая активность крови) значительно повышены.

При выполнении операции ХЭ наблюдается дальнейшее повышение общей коагулирующей активности крови, содержания фибриногена, понижение ретракции сгустка и повышение проакцелирина (V фактор). Фибринолитическая активность крови, как правило повышалось и повышалось с повышенным содержанием фибриногена крови.

В послеоперационном периоде мы наблюдали повышение толерантности плазмы к гепарину до 5-го дня. Закономерно повышалось содержание фибриногена крови при одновременном значительном повышении фибринолитической активности. На 2-3-й день после операции свободный гепарин также повышался. Количество прокоагулянтов в послеоперационном периоде оставалась на прежнем уровне.

Повышение толерантности плазмы к гепарину у больных острым холелитиазом на фоне ожирения и в послеоперационном периоде является одной из причин повышенной наклонности крови к тромбообразованию. При повышении толерантности плазмы к гепарину происходит активация гепарина, находящегося постоянно в крови, следствием чего является снижение антикоагулянтной активности крови и повышение её к тромбообразованию.

Исходя из вышеизложенного, мы полагаем, что повышение свертываемости крови у больных острым холелитиазом на фоне ожирения и в послеоперационном периоде обусловлено изменением антикоагулянтной (гепариновой) и фибринолитической активности крови. Изменения содержания прокоагулянтов (протромбиновый комплекс, тромбоциты) имеют второстепенное значение.

В процессе данного исследования при ОКХ на фоне ожирения в группе сравнения до операции профилактика ТЭО антикоагулянтными препаратами проводилась не системно. У основной группы

во всех случаях до начала оперативного вмешательства, важное место занимали неспецифические мероприятия: бинтование нижних конечностей эластическими бинтами, что ускоряет кровоток по системе глубоких вен нижних конечностей и препятствует стазу крови в них, ранняя активация больного в кровати (повороты, усаживание, вставание), лечебная гимнастика и санация трахеи - бронхиального дерева.

С целью специфической профилактики под контролем свёртывающей системы крови в течении 4-5 мы пользовались препаратом клексаном (антикоагулянт прямого действия) и антиагрегантным препаратом - кардиомагнилом. Подбор профилактическую дозировку этих препаратов в зависимости от степени риска ТЭО.

Учитывая, предрасположенность тучных больных к гнойно-септическим осложнениям, в нашей клинике у всех больных проводилась методика превентивной антибиотикотерапии. Так, за 20 мин до выполнения кожного разреза внутривенно медленно вводили 1,0 цефтриаксон или цефазолин.

В контрольной группе у 23 (5,1%) больных были случаи ТЭО. Из них у 8 (1,7%) была отмечена ТЭЛА с летальным исходом у 3 (0,7%) больных. У 6 (1,3%) больных в 5-сутки после ХЭ, развивался тромбоз глубоких вен правой голени. Кроме того, у 5 (1,1%) больных послеоперационный период осложнялся тромбозом глубоких вен левой голени, т.е. как раз на 5-сутки после ХЭ. На 7-сутки после ХЭ у 4 (0,8%) возникло грозное осложнение - тромбоз мелких ветвей легочной артерии. После соответствующих реанимационных мероприятий, интенсивной терапии и адекватного лечения больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

В основной группе ТЭО осложнений в послеоперационном периоде отмечены лишь у 2 (0,3%) больных, что было обусловлено ТЭЛА с летальным исходом только у 1 (0,2%) больного и тромбозом глубоких вен правой голени у 2 (0,3%) больных.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе по отношению к группе сравнения частота осложнений уменьшилась на 4,8% (с 5,1 до 0,3%).

Наибольшее количество общих послеоперационных осложнений в исследуемых группах отмечалось у больных контрольной группы. Осложнения отмечены у 23 (5,1%) и 8 (1,3%) пациентов. Наибольшее число осложнений общего характера, а их 10 (2,2%) и 1 (0,2%), отмечено в случаях гипертонического криза, в 5 (1,1%) и 4 (0,7%) отмечен инфаркт миокарда, в 9 (1,9%) и 3 (0,6%) со стороны дыхательной системы. При этом летальность было отмечено у 6 (1,3%) больных группы сравнения, тогда как в основной группе этот показатель составил - 1 (0,2%).

Заключение

Таким образом, оптимизировав тактику ведения больных острым холелитиазом в пред- и послеоперационном периоде с учетом массы тела и имеющихся нарушений свертывающей и противосвертывающей системы крови, частота интраоперационных осложнений в основной группе по отношению к группе сравнения уменьшилась на 14,1% (с 18,7% до 4,6%), послеоперационные осложнения связанные с оперативным вмешательством уменьшились на 13,7% (с 16,3% до 2,6%) и гнойно-септические осложнения – на 5,1% (с 5,8% до 0,7%), снизить частоту летальности на 2,8% (с 3,4% до 0,6%) и сократить число релапаротомий с 4,2% до 0,3% и конверсий после ЛХЭ и МЛ с 2,6% до 0,3% ($p=0,005$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мишалов В.Г., Бондарев Р.В., Кондакова Е.Ю. и др. Особенности хирургического лечения хронического калькулезного холецистита у больных с ожирением и птозом передней брюшной стенки после ранее перенесенных операций на органах верхнего этажа брюшной полости // Хирургия Украины. 2016;4:24-29.
2. Осадчук М.А., Миронова Е.Д., Балашов Д.В., Осадчук М.М. Течение желчнокаменной болезни у лиц с метаболическими нарушениями // Consilium Medicum. 2019;21(8):74-77.
3. Подлужный В.И. Осложнения желчнокаменной болезни // Фундаментальная и клиническая медицина. 2017;2(1):102-104.
4. Хохлачева Н.А., Сергеева Н.Н., Вахрушев Я.М. Возрастные и гендерные особенности развития желчнокаменной болезни // Архив внутренней медицины. 2016;6(1/27):34-39.
5. Шляхто Е.В., Недогода С.В., Конради А.О. Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний // Национальные клинические рекомендации. Санкт-Петербург, 2017.
6. Littlefield A., Lenahan C. Cholelithiasis: Presentation and Management // J. of Midwifery Women's Health. 2019;64(3):289-297.

Поступила 20.03.2023