ТЕХНИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Курбанов Р. Р.

Бухарский медицинский институтимени Абу Али Ибн Сина. Узбекистан.

Резюме. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите представляется методом выбора для окончательного устранения болезни в сроки до 7 дней после проведения декомпрессионных вмешательств, либо в отдаленном периоде до 2–3 месяцев, что снижает вероятность конверсии доступа.

Ключевые слова: острый холецистит, лапароскопия.

Актуальность. В настоящее время продолжаются научные исследования, направленные на изучение факторов риска неблагоприятных результатов ЛХЭК при ОКХ, особенностей формирования трудных вариантов выполнения операции и причин развития послеоперационных осложнений [1,3,5]. Согласно результатам современных исследований, решающее значение в развитии неблагоприятного течения ЛХЭК имеют как клинические факторы, включая сроки заболевания, выраженность воспалительного процесса и сопутствующую патологию, так и локальные морфологические изменения ЖП, затрагивающие его стенку, шейку, карман Гартмана (КГ) и окружающие ткани [2,4]. Понимание механизмов формирования подобных изменений имеет важное значение для разработки новых методов прогнозирования хирургического риска и совершенствования подходов к профилактике осложнений при выполнении ЛХЭК [3].

Во всем мире проводится большое количество исследований, направленных на совершенствование методов безопасной ЛХЭК, раннее выявление трудных вариантов выполнения операции и профилактику повреждений внепеченочных желчных протоков. В своих исследованиях V. Casarim и соавт. [1] изучали современные подходы к безопасной ЛХЭК и возможности предупреждения тяжелых билиарных осложнений. Liu Y.Q. и соавт. [2] оценивали диагностическую эффективность шкалы Parkland при прогнозировании сложности ЛХЭК. Hassanesfahani M. и соавт. [1] анализировали

современные подходы к оценке риска «трудной» ЛХЭК при ОКХ. Moreira E. и [2] изучали факторы, влияющие на развитие неблагоприятных результатов хирургического лечения. Harada K. и соавт. [2], а также W. You и соавт. [1] исследовали возможности применения методов машинного обучения для прогнозирования сложности ЛХЭК.

Полученные результаты позволили существенно расширить представления о механизмах формирования сложной ЛХЭК и определить наиболее значимые клинические и инструментальные факторы риска, однако большинство предложенных систем ориентировано преимущественно на оценку сложности операции либо вероятности конверсии доступа.

Цель исследования. Улучшить результаты лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите за счет разработки и внедрения клинико-инструментального способа прогнозирования степени сложности операции.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено в Бухарском государственном медицинском институте имени Абу Али Ибн сина на основе анализа результатов обследования и хирургического лечения 184 больных с ОКХ, которым была выполнена ЛХЭК в экстренном или срочном порядке в период с 2023 по 2026 годы и в зависимости от применимой лечебно-диагностической тактики все пациенты были разделены нами на 2 клинические группы.

Соответственно, условия разделения больных на контрольную и основную группу было основано на проведении сопоставления двух сопоставимых по численности групп, что формировала базу для проведения сравнительной оценки результатов традиционного и усовершенствованного походов к хирургическому лечению больных с ОКХ, и в соответствии с указанным, критериями включения больных в исследование мы определили как включение больных с клинически, лабораторно и инструментально подтвержденного диагноза ОКХ которым в период госпитализации была выполнена ЛХЭК в экстренном или срочном порядке.

Результаты исследования. При обследование патологической цепочки становилось формирование выраженного перихолецистита и плотного воспалительного инфильтрата, при котором частота плотного инфильтрата увеличивалась с полного отсутствия подобных изменений при I степени сложности до 72,2% при IV степени, а аналогичная картина наблюдалась и при анализе состояния стенки ЖП, то есть когда гангренозные и перфоративные

изменения отсутствовали у больных I степени сложности, однако при III степени регистрировались у 38,1% пациентов, а при IV степени достигали 77,8%, то есть другими словами, по мере прогрессирования воспалительно-деструктивного процесса хирург сталкивался уже не с отдельными техническими трудностями, а с глубокой анатомической перестройкой зоны вмешательства, в результате чего центральным событием всей выявленной патологической последовательности оказалось нарушение условий безопасной визуализации ПП и ПА, то есть когда при I степени сложности безопасная визуализация достигалась у 100% больных; при III степени сложности данный показатель уменьшался до 23,8%; при IV степени отсутствовал полностью, но более того, среди больных IV степени сложности в 83,3% случаев безопасная визуализация была невозможна без риска повреждения желчных протоков или сосудистых структур, который в дальнейшем продемонстрировал максимальную корреляционную связь со степенью сложности операции ($r=0,912$; $p<0,001$), став наиболее значимым критерием формирования неблагоприятного результата ЛХЭК, а закономерным продолжением данных изменений стало ухудшение непосредственных результатов хирургического лечения, где частота клинически значимых осложнений II-IV степени по Clavien-Dindo отсутствовала среди больных с I степенью сложности операции, составляла 4,0% при II степени, увеличивалась до 19,0% при III степени и достигала 38,9% при IV степени сложности ЛХЭК.

Вывод. При низком риске неблагоприятных результатов лапароскопической холецистэктомии рекомендуется выполнение стандартной техники оперативного вмешательства с обязательным достижением надежной визуализации пузырного протока и пузырной артерии до этапа их клипирования и пересечения, а также соблюдением основных принципов безопасной холецистэктомии.

Литература

1. Азамов С.А., Рутковский Е.А. Выбор метода хирургического лечения при ОКХ // Интернаука. - 2024. - № 20-3(337). - С. 5-8.
2. Акилов Х.А., Сайдазимов Е.М., Назыров Ф.Г. Проблема желчеистечения после ЛХЭК при ОКХ: диагностика и малоинвазивное лечение // Медицинский журнал Узбекистана. - 2023. - № 3. - С. 18-25.
3. Антинян К.Д., Дурлештер В.М., Бабенко Е.С., и др. ЛХЭК во второй половине беременности // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2025. - № 1. - С. 35-42.

4. Tabe S., Yogi N., Kato A., et al. Cystic Duct Diameter as a Key Predictor for Closure Difficulties in Laparoscopic Cholecystectomy // Cureus. - 2025. - Vol. 17, No. 7. - P. e87254.
5. Wang X., Kang J., Li Y., et al. Prospective randomized trial of triple port laparoscopic cholecystectomy combined with choledochoscopic common bile duct exploration and primary closure for acute abdominal pain // Sci Rep. - 2026. - Vol. 16, No. 1. - P. 5993.