

**МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ. АНАЛИЗ ДАННЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И
ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Авторы из США установили, что приблизительно у 1 млн. жителей этой страны ежегодно формируются желчные конкременты, при этом в США число холецистэктомий достигает 600000 в год, что составляет приблизительно 150 холецистэктомий на 100000 населения [1]. Для сравнения, в Беларуси эти показатели за 1999 год были следующими: число холецистэктомий - 74,1 на 100000 населения, послеоперационная летальность 1,2% и доля холецистэктомий от всех оперативных вмешательств на органах брюшной полости составила 6,7% в 1999 г. [2].

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) признана «золотым стандартом» в лечении заболеваний желчевыводящих путей. Более 80% всех холецистэктомий выполняется лапароскопически [3]. Послеоперационная смертность при данном виде оперативного вмешательства составляет до 1% [4]. Несмотря на то, что отмечается низкая послеоперационная смертность при ЛХ, риск развития послеоперационных осложнений (ПО) для конкретного пациента неизвестен. Также имеются данные о предикторах ПО в разных странах [5].

Цель данного исследования заключалась в разработке метода прогноза основных ПО при ЛХ.

Материалы и методы. В основу работы положен ретроспективный анализ результатов лечения 70 больных, оперированных лапароскопически по поводу острого и хронического калькулезного холецистита, находившихся на лечении в УЗ «3-я ГКБ им. Е.В. Клумова г. Минска» в 2011-2012 гг.

Согласно данным анамнеза на основании сопутствующей патологии всем больным был подсчитан индекс Чарльсона.

Пациенты были разделены на 2 группы – основную (35 пациентов) и контрольную (35 пациентов). В зависимости от количества набранных баллов по шкале Чарльсона группы были разделены на 3 подгруппы: 0 баллов (отсутствуют сопутствующие заболевания), 1 балл (одно сопутствующее заболевание), 2 балла (по меньшей мере, одно сопутствующее заболевание), ≥ 3 баллов (более тяжелое сопутствующее заболевание или комбинация, по меньшей мере, 2-х сопутствующих заболеваний) (таблица 1).

Таблица 1 – Модификация Романо-индекса коморбидности Чарльсона (баллы начисляются, если патология присутствует)

Род сопутствующей патологии	Баллы
ВИЧ	6
Хронические заболевания легких	1
Застойная сердечная недостаточность	1
Ревматизм/Заболевания соединительной ткани	1
Деменция	1
Диабет без поражения органа/органов	1
Диабет с поражением органа/органов	2
Гемиплегия	2
Легкие заболевания печени	1
Тяжелые заболевания печени	3
Инфекционный миокардит	1
Периферические заболевания сосудов	1
Заболевания почек	2
Язвенные заболевания	1
Онкологические заболевания без метастазов	2
Онкологические заболевания с метастазами	6

Далее проводилась комплексная оценка всех факторов с подсчетом общей суммы набранных баллов (таблица 2).

Таблица 2 – Комплексная оценка всех факторов риска

Фактор	Уровень фактора	Баллы
Пол	мужской	1
	женский	0
Возрастная группа	<35	0
	35-64	3
	≥65	5
Индекс Чарльсона	0	0
	1	4
	2	6
	≥3	7
Воспаление билиарного тракта	Есть	1
	Нет	0
Характер операции	Плановая	0
	Экстренная	3
Тип стационара	Клинический	0
	Неклинический	1

Статистический анализ был проведен с помощью программы SAS 9.1 (SAS Institute, Cary, NC, USA).

В результате статистического анализа в зависимости от общего количества набранных баллов, больные были разделены на 3 группы риска: низкая группа риска развития ПО, 0-6 баллов, (риск 3,2%); средняя группа риска, 7-13 (риск 6,3%); высокая, 14-18 (риск 13,5%).

Результаты и обсуждение. В основную группу вошло 35 пациентов, находившихся на лечении в декабре 2011 г., из них у 1 (2,86%) пациентов была спрогнозирован низкий риск развития ПО; у 28 (80%) средний; у 6 (17,14%) высокий. У 3 (8,57%) пациентов наблюдались такие ПО, как серома послеоперационного рубца (у 2-х) и инфильтрат послеоперационного рубца (у 1-го). Все больные, у которых развились ПО, входили в высокую группу риска развития ПО. Таким образом, у 3-х из 6-ти больных со спрогнозированным высоким риском развития ПО, действительно наблюдались ПО.

В контрольную группу вошло 35 пациентов, находившихся на лечении в январе 2012г, из них у 6 (17,14%) пациентов был спрогнозирован низкий риск развития ПО; у 27 (77,14%) средний; у 2 (5,7%) высокий. У 2,85% (1) пациента наблюдалось такое ПО, как желчеистечение по дренажу Спасокукоцкого с явлениями местного перитонита, что потребовало длительной антибактериальной терапии. Свищ закрылся самостоятельно на 12 сутки. Все больные, у которых развились ПО, входили в высокую группу риска развития ПО. Таким образом, у 1-го из 2-х больных со спрогнозированным высоким риском ПО, имели место ПО.

Результаты проведенного исследования показали, что простая шкала оценки риска развития ПО может быть использована для прогноза основных ПО и их последующей коррекции.

Проведен анализ зарубежных источников с целью сравнения полученных результатов, который показал, что 28,5% пациентов, оперированных лапароскопически в США в 1998-2006гг. по поводу холецистита был низкий риск развития ПО (3,2%); у 57% средний (6,3%); у 14,5% высокий (13,5%) [3]. Данные свидетельствуют о том, что почти каждый третий человек в США, которому в 1998-2006гг. была проведена ЛХ, был возрасте до 35 лет.

Проведен анализ исследований результатов лечения 252 больных острым холециститом, оперированных открытым способом в 3-ГКБ г.Минска в 1993-1998 гг.. Анализ показал, что у 38 (15,1%) пациентов, имели место гнойно-воспалительные осложнения в послеоперационном периоде, причем у 21 (8,3%) имело место покраснение раны, у 10 (4%) инфильтрат послеоперационного рубца у 4 (1,6%) – пневмония, у 2 (0,8%) - тромбофлебит.

Частота воспалительных ПО у мужчин была в 1,6 раза выше, чем у женщин (21,3% и 13,1% соответственно), что, видимо, обусловлено физиологическими особенностями мужского и женского организмов.

Гнойно-воспалительные ПО чаще наблюдались у лиц старше 60 лет, что обусловлено общими и местными нарушениями резистентности тканей и организма к инфекции.

Среди других факторов оказывающих влияние на частоту и характер осложнений выделили сопутствующую патологию: у лиц страдающих сердечно-сосудистой патологией, ПО наблюдались в 1,6 (24,2%) раза, а при сахарном диабете - в 1,9 (28,6%) раза чаще по сравнению со средним уровнем осложнений. [6].

Выводы. Предиктором послеоперационных осложнений при холецистэктомиях являются: возраст старше 65 лет; высокое значение индекса Чарльсона; мужской пол; экстренный характер оперативного вмешательства.

Предоперационная стратификация риска развития ПО может снизить их количество. У пациентов, принадлежащих к самой высокой группе риска (13,5%), следует проводить рациональную предоперационную подготовку, чтобы снизить риск осложнений.

Внедрение в практику лапараскопической холецистэктомии позволило снизить количество послеоперационных осложнений.

Литературные источники:

1. Everhart J.E. Gallstones in Digestive Diseases in the United States: Epidemiology and Impact. Edited by Everhart.
2. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2003.- №1.-С.81-92.
3. Wiesen SM, Unger SW, Barkin JS, Edelman DS, Scott JS, Unger HM. Laparoscopic cholecystectomy: the procedure of choice for acute cholecystitis // Am J Gastroenterol.- 1993.- Nr.88.- 334-337
4. Zacks SL, Sandler RS, Rutledge R, Brown RS Jr. A population based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy // Am J Gastroenterol.- 2002.- Nr.97.- 334-340
5. Murphy MM, Shah SA, Simons JP, Csikescz NG, McDade TP, Bodnari A, Sing-Chau Ng, Zheng Zhou, Tseng JF. Predicting major complications after laparoscopic cholecystectomy: a simple risk score // J Gastrointest Surg.-2009.-Nr.13.-1926-1936
6. G.P. Rychagov, A.N. Nekhaev, E.I. Gudkova, A.A. Adarchenko, I.E. Gurmanchuk Hospital infection after in patients with acute cholecystitis // Medical news.-2002.-Nr.1.-68-70

A. Tsikhanavets

**STRATIFICATION METHOD OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS RISKS
AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY**

Belorussian State Medical University, Minsk

Summary

Laparoscopic cholecystectomy is the "gold standard" in treatment of acute and chronic cholecystitis, as well as polyps of the gallbladder. Complications after laparoscopic cholecystectomy and their prognosis is a very apparent problem. The modified scale of Charlson, used herein, allows us to make predictions of complications after laparoscopic cholecystectomy.