

КОМОРБИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ COVID-19.

Бобошарипов Ф.Г.

Холов Х.А.

Тешаев О.Р.

Алимов С.У.

Надирова Ю.И.

Ташкентская Медицинская Академия , Республика Узбекистан , г. Ташкент
<https://doi.org/10.5281/zenodo.7726679>

Во время пандемии COVID-19 оказание плановой хирургической помощи было приостановлено. Для лечения больных острым холециститом предлагается консервативное лечение, чрескожное дренирование желчного пузыря или холецистэктомия. Тактика лечения больных острым холециститом на фоне COVID-19 не изучена. Важно проанализировать данные, касающиеся времени проведения холецистэктомии при остром холецистите, сравнить эффективность «ранней» и «отсроченной» холецистэктомии, которая проводится после периода консервативной терапии.

В декабре 2019 г. произошла вспышка нового инфекционного заболевания (COVID-19), которое быстро распространилось по всему миру, и с 11.03.2020 г. распространение заболевания ВОЗ признано пандемией [1]. К наиболее распространённым симптомам COVID-19 относятся повышенная температура тела, утомляемость и сухой кашель, поражение легких и ЦНС, при этом болевой синдром в животе не характерен [2]. В условиях данной пандемии невозможно полностью предотвратить развитие неотложных хирургических заболеваний, включая острый холецистит. Развитие подобных состояний у пациентов с COVID-19 требует от врачей быстрого реагирования на проблему и ускоренного анализа полученных результатов лечения. Предлагаемые подходы по экстренной хирургической патологии в условиях пандемии COVID-19 вызвали дебаты среди хирургов на международном уровне. Несколько национальных хирургических обществ, включая Американскую коллегию хирургов и Европейскую ассоциацию эндоскопической хирургии, выпустили свои рекомендации для клинической практики по ведению пациентов с неотложными хирургическими состояниями органов брюшной полости в условиях COVID-19 [3–6].

Согласно Всемирной ассоциации неотложной хирургии (WSES) [12] и Токийским рекомендациям [17], ранняя лапароскопическая хирургия

является золотым стандартом и должна выполняться сразу после постановки диагноза и оценки риска холедохолитиаза. Этот подход приводит к более короткой продолжительности пребывания, меньшему количеству осложнений по сравнению с поздней холецистэктомией и, как правило, снижению частоты рецидивов. Пациентам с высоким риском заболеваемости или смертности следует проводить консервативное лечение, а в случае его неэффективности в качестве альтернативы может служить чрескожная холецистостомия (ЧКХ) [12, 13].

В марте–апреле 2020 г., когда были опубликованы первые рекомендации по лечению хирургических пациентов с COVID-19, ведущие медицинские учреждения столкнулись с массовым поступлением пациентов, перепрофилированием стационаров и изменением организационной модели хирургической службы. Эти события сделали невозможным оказание плановой хирургической помощи и существенно усложнили лечение неотложных хирургических заболеваний, что также нашло отражение в некоторых рекомендательных документах. Так, в Британском межуниверситетском руководстве по общей хирургии заявлено, что во время пандемии COVID-19, «когда возможно неоперативное лечение (например, при неосложненном аппендиците и остром холецистите), это должно быть реализовано» [4]. Однако другие хирургические общества, в том числе Общество американских гастроинтестинальных и эндоскопических хирургов и Европейская ассоциация эндоскопической хирургии, рекомендовали более пациентоориентированный подход [5, 6]. Актуальным становится вопрос — должна ли измениться хирургическая тактика в условиях COVID-19? Научные данные из Китая показывают, что даже бессимптомные COVID-19-позитивные пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство, имеют более неблагоприятные клинические исходы, характеризующиеся легочными осложнениями и повышенной летальностью [1]. Острый холецистит составляет до трети всех случаев неотложной госпитализации в хирургический стационар, многие аспекты заболевания все еще являются предметом дискуссий [7]. Современный статус неотложной хирургической службы может позволить хирургам принимать решения в краткие сроки с применением малоинвазивных методик, что приводит к меньшей частоте осложнений, даже в период COVID-19. Основные руководства рекомендуют лапароскопическую холецистэктомию в качестве золотого стандарта лечения острого холецистита вследствие лучших результатов в аспектах

летальности, осложнений и длительности пребывания в стационаре по сравнению с открытой холецистэктомией [7]. Во время пандемии COVID-19 крайне важно изучить данные, касающиеся времени проведения холецистэктомии при остром холецистите, сравнения «ранней» и «отсроченной» холецистэктомии, которая проводится после консервативной терапии, как правило, спустя 10 и более суток от начала заболевания. Вполне уместен вопрос: может быть, во время эпидемии COVID-19 стоит отложить хирургическое вмешательство и выбрать тактику отсроченной холецистэктомии? При этом обязательно, чтобы во время периода консервативного лечения уделялось внимание прогрессированию болевого синдрома и мониторингу параметров, позволяющих выявить сепсис как можно раньше.

Лечение

Во время COVID-19

Всего в 6 исследованиях участвовало 475 пациентов, у которых был диагностирован острый холецистит. Среди них пять из них оценивали пациентов в определенный период времени в период пандемии, тогда как в одном исследовании лечение пациентов проводилось дифференцированно в зависимости от периода блокировки и периода до блокировки. Данные, представленные по всем трем категориям в промежутке между исследованиями, показали, что наиболее часто выбирался нехирургический подход, в общей сложности у 160/218 пациентов (73%). Этот подход заключался либо в консервативном лечении и применении только антибиотиков у 127 (58%) пациентов, либо в ЧКХ у 33 (15%) пациентов. Мартинес Кабальеро и др. [22] не сообщил точных цифр по всем трем категориям, но это явно указывает на сдвиг в сторону консервативного управления. С другой стороны, хирургический подход был выбран для 139/475 пациентов (29,2%). Этот, возможно, низкий процент можно объяснить растущим беспокойством клиницистов по поводу рисков лапароскопических операций

До и во время COVID-19

Всего обследовано 1333 пациента до и 1235 после начала пандемии. В четырех исследованиях сообщалось о количественных показателях для всех трех различных подходов к лечению острого холецистита, и поэтому они изучались вместе [19,20,21,28]. По совокупности результатов этих исследований было обследовано 344 пациента до и 497 пациентов в период COVID-19. В целом консервативное лечение было

предпочтительным вариантом у 125 пациентов (36,3%) до и у 215 (43,2%) пациентов в эпоху COVID-19.

О хирургическом лечении сообщалось у 215 пациентов (62,5%) до и у 275 (55,3%) пациентов во время пандемии. Одно исследование показало относительное увеличение количества ЧКХ, выполненных в период COVID-19 [28]. Эти результаты показывают, что на протяжении всей пандемии наблюдалась тенденция к консервативному лечению, в то время как хирургический подход рассматривался в меньшей степени по сравнению с периодом до COVID-19. В трех исследованиях, в которых были представлены только хирургические данные, касающиеся лечения острого холецистита, в общей сложности сообщалось о 107 пациентах, ранее получавших оперативное лечение, по сравнению с 68 пациентами во время пандемии [18,19,30].

Другое исследование показало, что у пациентов произошел сдвиг в сторону первоначального хирургического доступа [14]. В эпоху до COVID-19 в общей сложности 458 пациентов, поступивших с подтвержденным холециститом, лечились хирургическим путем в среднем через 2,21 дня после клинической картины, тогда как в эпоху COVID-19 в общей сложности 389 госпитализированных пациентов первоначально получали консервативное лечение с внутривенными антибиотиками, затем пероральными антибиотиками и ЧКХ при необходимости. Из 389 пациентов, которым не проводилось хирургическое лечение, 311 (79,94%) не соблюдали эти методы лечения и были прооперированы в среднем в течение 16,74 дней с момента клинической картины. Результаты показали, что после первоначального консервативного лечения воспалительный статус прогрессировал, а также значительно ухудшалась оценка тяжести, что увеличивало трудности и осложнения во время интраоперационного и послеоперационного периодов [14].

Наконец, еще одно исследование показало переход к консервативному лечению. В частности, во время пандемии использование ЧКХ увеличилось на 200% ($n = 6$ по сравнению с $n = 2$) и уменьшилось на 30,7% количество выполненных холецистэктомий ($n = 61$ по сравнению с $n = 88$) [29].

Опасность прогрессирования септического состояния и деструктивных изменений желчного пузыря в любом случае требует срочной холецистэктомии. Особую категорию пациентов составляют пациенты «высокого риска» с выраженной сопутствующей патологией, для которых заболевание COVID-19, несомненно, негативно повлияет на их состояние,

особенно в случае неотложного хирургического вмешательства. Интересно, что в прошлом (до пандемии) срочная холецистэктомия у пациентов, отнесенных к группе высокого риска, могла приводить к летальности до 19% [8]. Вероятно, этот аспект применим и к пациентам с COVID-19, которые рассматриваются как имеющие высокий хирургический риск. В качестве альтернативы хирургическому лечению может рассматриваться методика чрескожного дренирования желчного пузыря при неэффективности консервативной терапии [9]. Тем не менее следует подчеркнуть, что пожилой возраст или другие факторы более высокого риска COVID-19 не могут рассматриваться как достаточные показания для этого метода лечения, кроме как в реальных условиях невыполнимой холецистэктомии. Анализ международной литературы демонстрирует высокий уровень летальности у пациентов, перенесших чрескожное дренирование желчного пузыря [10, 11].

Использованная литература:

1. Lei S., Jiang F., Su W., Chen C., Chen J., Mei W., et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *EClinicalMedicine*. 2020; 21: 100331. [eclinm.2020.100331](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331)
2. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y., Liang W.H., Ou C.Q., He J.X., et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med.* 2020; 382(18): 1708–20. [nejmoa2002032](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032)
3. Холов, Х. А., Бобошарипов, Ф. Г., & Надирова, Ю. И. К. (2016). Оптимизация диагностики острого панкреатита. *Биология и интегративная медицина*, (6), 150-159.
4. Надирова, Ю., Жаббаров, О., Бобошарипов, Ф., Умарова, З., Сайдалиев, Р., Кодирова, Ш., ... & Жуманазаров, С. (2023). ОПТИМИЗАЦИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЕЗНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ БЛОКАТОРОМ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ И ИНГИБИТОРОМ АПФ. *Solution of social problems in management and economy*, 2(2), 181-186.
5. Надирова, Ю., Жаббаров, О., Максудова, М., Турсунова, Л., Ходжанова, Ш., & Бобошарипов, Ф. (2023). ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЮПЕРИО И ГЛИФЛОЗИНЫ У БОЛЬНЫХ ХСН. *Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences*, 2(6), 5-12.
6. Усмонов, М. М., Баратов, Н. Я., & Бобошарипов, Ф. Г. (2017). Лечение больных с синдромом диабетической стопы. *Биология и интегративная медицина*, (2), 42-54.
7. Тешаев, О., Холов, Х., Бобошарипов, Ф., Амонуллаева, З., Эрнazarов, Х., & Баратов, Н. (2017). Современные аспекты диагностики и патогенеза

острых панкреатитов. Журнал проблемы биологии и медицины, (1 (93)), 202-206.

8. Аталиев, А., Муродов, А., Шатемиров, В., Холов, Х., Эрназаров, Х., Маликов, Н., ... & Атабаев, К. (2017). Улучшение результатов комплексного лечения гангрены фурнье с применением со 2 лазера и фотодинамической терапии. Журнал проблемы биологии и медицины, (1 (93)), 30-32.

9. Холов, Х. О., & Ёғли, Ғ. Ж. О. (2021). Хроническая парапротезная инфекция после аллогерниопластики. Биология и интегративная медицина, (3 (50)), 12-18.

10. Тешаев, О., Холов, Х., Бабажонов, А., & Ортиқбоев, Ф. (2022). ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 2(6), 257-264.

11. Тешаев, О. Р., Холов, Х. А., & Жураев, Ж. Н. (2019). Использование отечественного препарата «ФарГАЛС» у больных различной степени тяжести и локализации ожоговой болезни. Биология и интегративная медицина, (8 (36)), 15-25.

12. Мавлянов, А. Р., Алимов, С. У., Холов, Х. А., & Мавланов, Д. А. (2020). ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ УРГЕНТСКИЙ ФИЛИАЛ РНЦЭМП. In Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации (pp. 239-241).

13. Тешаев, О., Дадажонов, Э., Холов, Х., Абдуллаев, З., Бобожонов, А., & Жумаев, Н. (2015). Лапароскопические вмешательства в ургентной хирургии. Журнал проблемы биологии и медицины, (2 (83)), 121-124.

14. Palimbetiva, D. N., Sadykov, R. R., Babajonov, A. B., & Sadykov, R. A. (2019). Mode of Modeling Thermal Burns of the Skin with the Evolution of a Cicatricial Alopecia. Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi, (2), 61-65.

15. Тешаев, О. Р., Наврузов, Б. С., Бабажонов, А. Б., & Гоziев, Ж. О. Ё. (2021). СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ. Re-health journal, (2 (10)), 267-270.

16. Алимов, С. У., Мавлянов, О. Р., Каримов, Х. Я., & Бабажонов, А. Б. (2021). ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ. Re-health journal, (1 (9)), 217-219.



17. Каримов, Х. Я., Мавлянов, О. Р., & Алимов, С. У. (2021). Роль и значение системы гемостаза у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Медицинские новости, (3 (318)), 86-88.
18. Тешаев, О. Р., Муродов, А. С., & Садыков, Р. Р. (2016). Влияние лазерных (СО 2-лазера и фотодинамической терапии) методов лечения на планиметрические показатели гнойных ран в эксперименте. Журнал теоретической и клинической медицины, (6), 17-19.
19. Аскарров, Т. А., Хамдамов, Б. З., Муродов, А. С., Сайфиддинов, С. И., & Тешаев, У. Ш. (2015). Перспективы применения лазерной фотодинамической терапии в лечении гнойно-некротических поражений стопы при сахарном диабете. In Международная научно-практическая конференция. Местное и медикаментозное лечение ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых. Сочи. Россия (pp. 18-20).
20. Тешаев, О. Р., Муродов, А. С., Касымова, К. Р., Садыков, Р. Р., & Тавашаров, Б. Н. (2012). Эффективность фотодинамического воздействия на возбудителей рожистого воспаления. Врач-аспирант, 52(3.4), 597-601.
21. Хамдамов, Б., Аскарров, Т., Муродов, А., Мардонов, Ж., Хамдамов, И., Сайфиддинов, С., ... & Тешаев, У. (2015). Лазерная фотодинамическая терапия в лечении гнойно-некротических поражений стопы при сахарном диабете. Журнал проблемы биологии и медицины, (1 (82)), 94-97.
22. Тешаев, О. Р., Муродов, А. С., & Садыков, Р. Р. (2016). Оценка эффективности лечения гнойных ран в эксперименте с применением лазерных методов лечения (фотодинамическая терапия и СО 2-лазер). Лазерная медицина, 20(3), 54-55.
23. Тешаев, О. Р., Садыков, Р. А., Касымова, К. Р., Садыков, Р. Р., & Муродов, А. С. (2012). Место метиленовой сини при фотодинамическом воздействии на возбудителей рожистого воспаления. Хирургия Восточная Европа, (3), 272-273.
24. Umarova, Z. F., Tursunova, L. D., Maksudova, M. X., Xodjanova, S. I., Mirzayeva, G. P., & Nadirova, Y. I. (2023). DIASTOLIC DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE LATE AFTER CORONARY STENTING (Doctoral dissertation).
25. Жаббаров, А. А., Аминова, Г. А., Мамбетова, Д. К., Сайдалиев, Р. С., Максудова, М. Х., Турсунова, Л. Д., ... & Надирова, Ю. И. (2023). ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У

ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. Models and methods in modern science, 2(2), 83-84.

26. Жаббаров, О. О., Умарова, З. Ф., Турсунова, Л. Д., Нодирова, Ю. И., Сайдалиев, Р. С., Жуманазаров, С. Б., & Хужаниязова, Н. К. (2023). Ассоциация Полиморфных Маркеров Leu28рго Гена Apoe И Pro12ala Гена Pparg2 При Диабетической Нефропатии У Больных Сд 2 Типа. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 4(1), 146-152.

27. Аьзамхонов, А. А., Насриддинова, Н. Н., Максудова, М. Х., & Надирова, Ю. И. (2020). ИЗУЧЕНИЕ АСПЕКТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. Студенческий вестник, (3-2), 66-67.

28. Абдунабиев, Х. А., Насриддинова, Н. Н., Максудова, М. Х., & Надирова, Ю. И. (2020). ЭФФЕКТИВНОСТЬ САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. Студенческий вестник, (3-2), 64-65.

29. Каримов, А. А., Сайдалиев, Р. С., & Надирова, Ю. И. (2020). ВЛИЯНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН У БОЛЬНЫХ ХСН. In ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В СОВРЕМЕННОЙ НАУКЕ (pp. 14-18).

30. Hodjanova, S. I., Voqiyeva, D. R., Jabbarov, A. A., Umarova, Z. F., Kenjayev, M. L., Saydaliyev, R. S., ... & Nadirova, Y. I. (2023). SURUNKALI YURAK YETISHMOVICHILIGI MAVJUD BEMORLARDA BUYRAK DISFUNKSIYASINING KASALLIK KECISHIGA TA'SIRI. Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 3(1 Part 2), 139-144.

31. Надирова, Ю. И., & Нуриллаева, Н. М. (2019). РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MTHFR С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. In Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования (pp. 20-23).

32. Исмоилов, И. М., Надирова, Ю. И., Рахматуллаева, Н. Т., Мадазимова, Д. Х., & Назарова, Н. О. (2020). АГРЕГАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ. Студенческий вестник, (24-2), 65-66.

