

СПОСОБЫ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Дешук А. Н., Гарелик П. В., Довнар И. С., Колешко С. В.,
Троян А. А*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
*УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. За последние десятилетия во многих странах мира отмечается значительный рост заболеваний желчевыводящей системы, и в первую очередь – желчного пузыря. В структуре заболеваемости патологией желудочно-кишечного тракта, доля желчнокаменной болезни, по данным разных авторов, составляет 50-60% среди всех заболеваний гепатобилиарной системы, а у 8% пациентов желчнокаменная болезнь является основной причиной летальности. Установлено, что в возрастных группах 60-70 лет и старше популяционная частота холецистолитиаза составляет 25 и 30%, соответственно. В этой связи желчнокаменная болезнь и связанные с ней многочисленные осложнения, одним из которых является острый холецистит, остаются одними из самых распространенных патологических состояний как терапевтического, так и хирургического профиля, а проблема рационального лечения этих заболеваний является одной из наиболее актуальных в современной медицине.

Цель: провести анализ результатов лечения острого холецистита в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет», расположенной на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» за последние 5 лет.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 397 пациентов с острым холециститом, находившихся на лечении в клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с 2013 г. по 2017 г. включительно. Возраст, наличие сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой,

дыхательной, мочевыделительной, эндокринной и пищеварительной системы, а также наличие острого холецистита являлись основными критериями включения пациентов в исследование. Диагноз острого холецистита выставлялся на основании анамнеза жизни, заболевания, клинической картины, инструментальных и лабораторных методов исследования. Из 397 пациентов женщин было 258 (64,9%), мужчин – 139 (35,1%).

Результаты и обсуждение. В нашей клинике мы придерживаемся выжидательной консервативной тактики в отношении пациентов с приступом острого холецистита (при отсутствии абсолютных показаний к радикальному экстренному хирургическому вмешательству). После поступления в клинику всем пациентам с острым холециститом назначалась консервативная терапия, включающая спазмолитики, анальгетики, инфузии растворов 5% глюкозы и 0,9% натрия хлорида, а также антибиотики (чаще всего цефалоспорины III поколения), которая была эффективна у большинства поступивших. Так, у 289 (72,8%) пациентов из 397 удалось добиться купирования острого процесса в желчном пузыре консервативно. У 61 (15,4%) пациента вследствие отсутствия положительной динамики от консервативной терапии были вынесены показания для оперативного лечения (лапароскопической холецистэктомии), при этом у 3 пациентов имел место плотный воспалительный инфильтрат под печенью во время операции, поэтому пришлось выполнить конверсию – произведена открытая холецистэктомия. При неэффективности купирования острого холецистита в течение первых 24 ч (пальпируемый желчный пузырь, увеличение желчного пузыря в размерах (10 см и более) при динамическом УЗИ, появление перивезикальных осложнений, рецидив заболевания после кратковременного затихания воспалительного процесса) выносились показания для чрескожной чреспеченочной санационно-декомпрессионной пункции желчного пузыря (ЧЧСДПЖП) под УЗ-наведением у пациентов с выраженной сопутствующей патологией. Следует отметить, что за последние 2 года нами выполнено лишь 10 ЧЧСДПЖП под УЗ-наведением, что свидетельствует о более успешном предупреждении возникновения острого холецистита посредством выполнения

«золотого стандарта» (лапароскопической холецистэктомии) при желчнокаменной болезни в прошлом и повышении уровня медицинской грамотности населения г. Гродно. ЧЧСДПЖП была выполнена 47 (11,8%) пациентам за последние 5 лет. После выполнения пункции желчного пузыря консервативное лечение продолжалось. Из 47 пациентов у 43 (91,5%) данный метод лечения был эффективен после однократного его применения: наблюдалось значительное улучшение состояния пациентов, исчезновение боли и признаков воспаления в желчном пузыре при контрольном ультразвуковом исследовании, нормализовались лабораторные показатели крови. У 4 (8,5%) пациентов ЧЧСДПЖП пришлось произвести повторно вследствие отсутствия положительной динамики в течение первых 2-х суток, а также из-за наличия хронической эмпиемы желчного пузыря, однако после повторной миниинвазивной манипуляции состояние пациентов резко улучшилось. Среднее время пребывания пациентов в клинике составило $7,52 \pm 1,4$ койко-дня. Летальных исходов не было. После нормализации лабораторных показателей крови и данных УЗИ пациенты выписывались на амбулаторное лечение. Оперативное лечение после выписки рекомендовалось не ранее чем через 2 месяца при условии компенсации функции со стороны других органов и систем организма и заключениями соответствующих специалистов.

Выводы. При неэффективности консервативной терапии альтернативным методом купирования приступа острого холецистита в случаях, когда длительность заболевания более 48 ч, а также у пациентов в возрастной группе старше 60 лет с высокой степенью операционно-анестезиологического риска при наличии сопутствующей патологии в стадии декомпенсации является чрескожно-чреспеченочная санационно-декомпрессионная пункция желчного пузыря под УЗ-наведением. Однако не следует забывать и о «золотом стандарте» - лапароскопической холецистэктомии в острой или в «холодный» период при наличии строгих показаний для данного оперативного метода лечения.