

Лапароскопическая аппендэктомия имеет ряд преимуществ над открытой операцией: лапароскопический доступ практически исключает нагноение послеоперационной раны, минимальная площадь повреждения брюшины снижает риск развития спаечного процесса в брюшной полости, уменьшение послеоперационного болевого синдрома, ранее восстановление перистальтики кишечника, сокращение сроков пребывания в стационаре, раннее восстановление трудоспособности, лучший косметический эффект. Все наши хирурги в достаточной мере владеют навыками лапароскопической хирургии, однако недостаточное оснащение ургентных отделений современной техникой, отсутствие необходимых наборов инструментов не позволяют сделать лапароскопическую аппендэктомию доминирующим методом в лечении острого аппендицита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев, С.В. Опыт использования видеолапароскопических операций у больных острым аппендицитом / С.В. Ковалев // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – №4. – С. 13-15.
2. Место лапароскопической аппендэктомии в работе хирургического отделения городской больницы / Н.А. Краснолуцкий [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – №1. – С. 129.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Колоцей В.Н.¹, Страпко В.П.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

Актуальность. В настоящее время острый холецистит является одним из самых распространенных ургентных хирургических заболеваний. По современным данным желчнокаменной болезнью страдает более 10% населения планеты, при этом число больных ЖКБ неуклонно увеличивается. Диагноз острого холецистита является безусловным показанием для срочной госпитализации в хирургический стационар и проведения диагностических и лечебных мероприятий. Современные экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения пациента с максимально коротким сроком пребывания в стационаре. Уходит в прошлое длительное консервативное лечение в хирургическом стационаре. Современный этап развития хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику новых высокотехнологичных

диагностических методов и малоинвазивных хирургических вмешательств, расширяющих возможности хирургического лечения пациентов и снижающих риск оперативного вмешательства.

Целью исследования является определение рациональной хирургической тактики при лечении острого холецистита.

Методы исследования. В данное исследование включены результаты обследования и лечения 317 пациентов с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2014-2016 годах. Это были пациенты в возрасте от 21 до 86 лет. Мужчин было 99 (31,2%), женщин – 218 (68,8%). После 24 часов от начала заболевания поступили 149 пациентов (47,0%). 252 пациента были оперированы (79,5%).

В клинических условиях проводилось комплексное обследование больных с применением общеклинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных и других методов.

Результаты и обсуждение. В настоящее время хирурги на постсоветском пространстве формально придерживаются «активно-выжидательной» тактики, рекомендованной в 1981 г. XXX Всесоюзным съездом хирургов в Минске и предполагающей деление пациентов клиническому течению и эффективности консервативного лечения три группы:

1) острый холецистит, осложненный распространенным перитонитом;

2) острый деструктивный холецистит (флегмонозный, осложненный инфильтратом), при котором консервативное лечение неэффективно, процесс прогрессирует;

3) острый холецистит неосложненный, при котором консервативные мероприятия эффективны в течение 24 часов.

Больные первой группы должны быть прооперированы по экстренным показаниям в течение 2-3 часов после соответствующей предоперационной подготовки. Больные второй группы подлежат консервативному лечению. Если в течение 24-72 часов консервативное лечение неэффективно, нарастают явления воспаления и интоксикации, больному показано срочное оперативное вмешательство. Больным третьей группы, у которых консервативное лечение эффективно (уменьшаются боли, исчезает интоксикация), проводится поздняя отсроченная операция после дополнительного обследования.

В настоящее время совершенствование эндоскопических технологий, оснащение ургентных отделений современной лапароскопической техникой, обучение хирургов современным методикам позволяют ставить вопрос об изменении тактических подходов. Вопрос о выборе тактики лечения пациента с острым холециститом решается уже в первые часы пребывания в стационаре. Особенно опасны деструктивные формы острого холецистита, исход лечения которых напрямую зависит от своевременности определения показаний к оперативному вмешательству. Также необходимо учитывать, что в первые сутки от начала заболевания в стационар поступает не более половины больных. Проведение комплексной диагностики не требует значительного времени и укладывается в несколько часов, в течение которых также проводится предоперационная подготовка. По нашему мнению, методом выбора является ранняя (в течение первых 72 часов от начала заболевания) лапароскопическая холецистэктомия. Заниматься 1-3 суток консервативной терапией – это значит упускать драгоценное время, а при прогрессировании холецистита лапароскопическое вмешательство станет невозможным.

В нашей клинике 252 пациента (79,5%) с острым холециститом были оперированы. 44 пациента (17,4%) были оперированы открытым путем, из них 32 оперированы по неотложным показаниям в первые 2-6 часов от момента поступления в стационар по причине острого деструктивного холецистита, осложненного перитонитом. 12 пациентов были оперированы открытым путем на 2-3 сутки от момента поступления в стационар по причине острого холецистита вследствие неэффективности консервативной терапии, лапароскопическая холецистэктомия не предлагалась из-за перенесенных ранее оперативных вмешательств на верхнем этаже брюшной полости.

Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите была выполнена 208 пациентам (82,5%). Лапароскопические холецистэктомии выполнялись в 1-2 сутки от момента госпитализации, особое внимание обращалось на сроки начала заболевания. Как правило, операции выполнялись в первые 72 часа от начала заболевания. При выборе способа оперативного вмешательства большое внимание уделяли оценке результатов ультразвукового исследования, в частности толщине стенки желчного пузыря. Если толщина стенки желчного пузыря описывалась как 5-6

мм и более, были указания на наличие двойного контура стенки желчного пузыря, то в таких случаях лапароскопическая холецистэктомия не предлагалась.

65 пациентов (20,5%) были пролечены консервативно. Такая тактика применялась по отношению к пациентам пожилого и старческого возраста, страдавшим тяжелой сопутствующей патологией, прежде всего легочно-сердечной. Консервативно лечились пациенты, отказавшиеся от предложенного оперативного лечения.

Выводы. Сравнивая статистические показатели 2014-2016 годов по отношению к аналогичным десятилетней давности, следует отметить, что оперативная активность при остром холецистите составила 79,5% против 44,4%, количество лапароскопических холецистэктомий возросло до 82,5% против 50,1% в 2004-2006 годах. Преимущества применяемой нами в настоящее время тактики очевидны: сокращение средней длительности пребывания пациента на койке на 37,9%, экономия медикаментов, отсутствие необходимости повторной госпитализации для проведения планового оперативного лечения, что ведет к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и значительному экономическому эффекту. Применяемая нами тактика, предполагающая активное внедрение лапароскопической холецистэктомии при лечении острого холецистита, позволила значительно снизить летальность (в последние годы до 0%), количество послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришин, И.Н. Холецистэктомия / И.Н. Гришин // Минск: Высшая школа, 1989. – 198 с.
2. Ермолов, А.С. Острый холецистит: современные методы лечения / А.С. Ермолов, А.А. Гуляев // Лечащий врач. – 2005. – № 2. – Mode of access: <https://www.lvrach.ru/2005/02/4532087/>. – Date of access: 09.11.2017.
3. Тактика оперативных технологий при остром холецистите / Н.Х. Мусабаев [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2015. – №1. – Mode of access: <https://cyberleninka.ru/article/n/taktika-operativnyh-tehnologiy-pri-ostrom-holetsistite>. – Date of access: 09.11.2017.