

ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Дешук А. Н., Жданович Р. Г., Козлова В. В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», г.
Гродно, Беларусь
dziashuk@mail.ru*

Введение. Актуальность проблемы как консервативного, так и хирургического лечения острого калькулезного холецистита, несмотря на достигнутые успешные результаты в лечении данной патологии, не теряет своего значения и на сегодняшний день в Республике Беларусь [2]. Прогресс в пищевой промышленности, отсутствие, как правило, у большинства граждан понятия о рациональности питания усугубляют проблему. Остается не полностью решенным вопрос о сроках выполнения «золотого стандарта» (лапароскопической холецистэктомии): оперировать пациента при камненосительстве без клинической картины приступов холецистита или рекомендовать воздержаться от нее до их появления [1, 2]. Однако остается неизвестным то, в каком возрасте появятся эти жалобы. Так, на сегодняшний день в Республике Беларусь отмечается тенденция к росту пациентов пожилого и старческого возраста (3% и более от всего населения страны) [2]. По данным зарубежной и отечественной литературы, заболеваемость острым калькулезным холециститом резко возрастает с возрастом: удельный вес пациентов пожилого и старческого возраста достигает уровня 60% от всех госпитализированных лиц по поводу острого холецистита [1, 3]. В гериатрии значимость проблемы, помимо имеющегося роста заболеваемости, обусловлена и высокой летальностью – от 2 до 50%, особенно в старческом возрасте [1, 2, 3]. Часто при поступлении таких пациентов большинство хирургов ограничиваются консервативными методами лечения, но как поступать в случаях, когда это лечение неэффективно? Тактика в отношении пациентов с острым калькулезным холециститом в мировых хирургических школах различается: одни хирурги придерживаются строго радикальной хирургической, другие –

выжидательно-консервативной, третьи занимают нейтральную позицию, что является, на наш взгляд, наиболее приемлемым.

Цель исследования. Анализ результатов лечения острого калькулезного холецистита в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет», расположенной на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2014 по 2018 г. включительно.

Материал и методы. В исследование были включены 2178 пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), находившихся в клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с 2014 по 2018 г. включительно, у 467 (21,4%) из них имел место острый воспалительный процесс в желчном пузыре. Из 467 пациентов 314 (67,2%) были старше 60 лет, что усложняло задачу лечения, так как у большинства из них была сопутствующая патология. Диагноз острого холецистита выставлялся на основании анамнеза жизни, заболевания, клинической картины, инструментальных и лабораторных методов исследования. Женщин было 236 (75,2%), мужчин – 78 (24,8%).

Результаты исследований. В нашей клинике хирурги придерживаются выжидательной консервативной тактики в отношении пациентов с острым калькулезным холециститом (при отсутствии абсолютных показаний к радикальному экстренному хирургическому вмешательству). У 188 (40,2%) из 467 пациентов приступ острого холецистита удалось купировать консервативно: 56 (11,2%) из них были оперированы в течение первых 24-48 часов после поступления в клинику, остальные 132 (28,3%) выписаны под наблюдение хирурга поликлиники. Спустя 1,5-2 месяца 73 (55,3%) пациента из числа выписанных поступили для планового оперативного лечения (ЛХЭ). Из 1622 пациентов с ЖКБ у 15 (0,9%) установлен диагноз острого калькулезного холецистита непосредственно во время выполнения операции, хотя в предоперационном периоде симптомов, указывающих на острый процесс в желчном пузыре, не было. Этот факт подтверждает то, что жалобы пациента, данные лабораторных и инструментальных методов исследования не всегда соответствуют действительности. За последние 5 лет в клинике прооперированы 208 (12,8%) пациентов с острым калькулезным холециститом, у 194 (93,2%) из

них операция выполнена лапароскопически. У 3 (1,4%) пациентов пришлось произвести конверсию вследствие технических сложностей при удалении желчного пузыря (наличие воспалительного плотного инфильтрата под печенью); 14 (6,8%) пациентам из 208 выполнена открытая холецистэктомия: имело место в 6 (2,9%) случаях развитие острого деструктивного процесса в желчном пузыре с местным неограниченным желчным перитонитом. У 2 пациентов устанавливались тампоны под печень вследствие отсутствия верификации источника желчеистечения.

При неэффективности купирования острого холецистита в течение первых 24 часов после поступления в клинику (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), особенно в пожилом и старческом возрасте, при наличии выраженной сопутствующей патологии проводилась чрескожная чреспеченочная санационно-декомпрессионная пункция желчного пузыря под УЗ-наведением. За последние 5 лет нами выполнено 67 (14,3%) таких операций. 18 (26,9%) пациентов из 67 поступили в клинику через 1,5-2 месяца после пункции для выполнения ЛХЭ в плановом порядке, в «холодном периоде»: у 3 из них оставались еще явления острого воспаления в стенке желчного пузыря, у остальных же 15 желчный пузырь не был изменен. У 4 (0,9%) из 467 пациентов произведено наложение чрескожной чреспеченочной холецистостомы под УЗ-наведением из-за наличия гнойного процесса (эмпиемы) в полости желчного пузыря. Смертельных исходов от острого калькулезного холецистита не было.

Выводы. «Золотой стандарт» лапароскопической холецистэктомии остается основным и неоспоримым при лечении пациентов с острым калькулезным холесцититом. Проведение ЛХЭ после 48 часов от начала развития приступа острого процесса в желчном пузыре значительно технически усложняется, а в некоторых случаях является невозможным из-за массивного воспалительного инфильтрата под печенью. Альтернативным методом купирования приступа острого холецистита в случаях, когда длительность заболевания более 48 часов, 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.

Литература

1. Гарипов, Р. М. Острый холецистит у больных пожилого и старческого возраста. Алгоритм лечения. Выбор способа операции у больных острым холециститом / Р. М. Гарипов, Ю. В. Богдасаров, Т. В. Мусин // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 2. – С. 28–29.

2. Завада, Н. В. Неотложная хирургия органов брюшной полости: стандарты диагностики и лечения / Н. В. Завада. – Минск : БелМАПО, 2005. – 117 с.

3. Dabus, G. Percutaneous cholecystostomy: a nonsurgical therapeutic option for acute cholecystitis in high-risk and critically ill patients / G. Dabus, S. Dertkigil, J. Baracat // Sao. Paulo. Med. J. – 2003. – № 6. – P. 260–262.

Summary

ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS: MODERN OPPORTUNITIES OF SURGICAL TREATMENT

Dziashuk A. N., Zhdanovich R. G., Kozlova V. V.

Grodno State Medical University, Grodno

dziashuk@mail.ru

Analysis of the results of the acute calculous cholecystitis treatment in the Clinic of General Surgery in Grodno State Medical University from 2014 to 2018. The research is included 2178 patients, 467 (21,4%) of them had an acute inflammatory process in the gallbladder. 208 (12,8%) patients with acute calculous cholecystitis were operated, in 194 (93,2%) - laparoscopically. Transhepatic cholecystostomy under ultrasound guidance was performed in 4 (0,9%) of 467 patients and puncture of gallbladder in 67 (14,3%) patients.