

пребывания в стационаре и временной нетрудоспособности, косметический эффект.

При этом не стоит полностью отказываться от открытой аппендэктомии, особенно в случаях гангренозного аппендицита с явлениями тифлита, местного перитонита. Не надо пытаться выполнить лапароскопическую аппендэктомию любой ценой, это может приводить к ненужным осложнениям.

Колоцей В.Н.¹, Страпко В.П.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Гродно, Беларусь

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Актуальность. В настоящее время острый холецистит является одним из самых распространенных urgentных хирургических заболеваний. Экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения пациента с максимально коротким сроком пребывания в 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.

Нередко показания или противопоказания к операции определяются не столько данными объективного обследования больного, сколько профессионализмом хирурга, а понятия «стихание» и «прогрессирование» приступа трактуются весьма произвольно.

Цель. Оптимизировать подходы к диагностике и лечению пациентов с острым калькулезным холециститом.

Методы исследования. В данное исследование включены результаты обследования и лечения 647 пациентов с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Гродно» в 2017–2022 гг. Это были пациенты в возрасте от 21 до 92 лет. Мужчин

было 244 (37,7%), женщин – 403 (62,3%). Все поступившие пациенты были обследованы в соответствии с действующими клиническими протоколами. Скрининговым методом является ультразвуковое исследование. Большое значение имеет оснащённость клиники МРТ, что позволяло в срочном порядке получать объективную информацию о состоянии внепеченочных желчных протоков, наличии или отсутствии холедохолитиаза.

Результаты и их обсуждение. В нашей клинике 539 пациентов (83,3%) с острым холециститом были оперированы. 59 пациентов (10,9%) были оперированы открытым путем, из них 40 оперированы по неотложным показаниям в первые 2–12 часов от момента поступления в стационар. 11 пациентов были оперированы открытым путем на 2–3-и сутки от момента поступления в стационар по причине острого холецистита вследствие неэффективности консервативной терапии. Еще в 8 случаях была произведена конверсия лапароскопического вмешательства на открытый вариант из возникших технических трудностей.

Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите была выполнена 480 пациентам (89,1%). Лапароскопические холецистэктомии выполнялись в 1–3-и сутки от момента госпитализации, особое внимание обращалось на сроки начала заболевания. Лапароскопическую холецистэктомию вполне реально выполнить в первые 10 суток от начала заболевания.

108 пациентов (16,7%) были пролечены консервативно. Такая тактика применялась по отношению к пациентам пожилого и старческого возраста, страдавшим тяжелой сопутствующей патологией, прежде всего легочно-сердечной и неврологической. Консервативно лечились пациенты, отказавшиеся от предложенного оперативного лечения.

Проведение комплексной диагностики не требует значительного времени и укладывается в несколько часов, в течение которых также проводится предоперационная подготовка. По нашему мнению, методом выбора лечения является ранняя лапароскопическая холецистэктомия. Преимущества применяемой нами в настоящее время активной тактики при лечении острого холецистита очевидны: сокращение средней длительности пребывания пациента на койке, экономия

медикаментов, отсутствие необходимости повторной госпитализации для проведения планового оперативного лечения.

Колоцей Л.В., Снежицкий В.А., Копыцкий А.В.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПОЛИМОРФНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫМ УДЛИНЕНИЕМ ИНТЕРВАЛА QT ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ III КЛАССА

Актуальность. К настоящему времени предложен ряд шкал и индексов, позволяющих оценить риск развития лекарственно-индуцированного синдрома удлиненного интервала QT (СУИ QT), самыми распространенными из которых являются шкалы Tisdale, QT-DDI и RISQ-PATH. Однако ни одна из вышеперечисленных шкал не позволяет прогнозировать риск развития лекарственно-индуцированных желудочковых нарушений ритма, возникающих на фоне удлинения интервала QT. Создание комплексных математических моделей для оценки риска развития лекарственно-индуцированного СУИ QT и ассоциированной с ним полиморфной желудочковой тахикардии (ЖТ) позволит реализовать концепцию персонализированного подхода к назначению антиаритмической терапии.

Цель. Разработать многофакторную модель прогнозирования развития полиморфной ЖТ у пациентов с лекарственно-индуцированным СУИ QT при применении антиаритмических препаратов (ААП) III класса путем выявления электрокардиографических, лабораторных и молекулярно-генетических предикторов.

Методы исследования. В исследование включено 64 пациента (из них 37 (57,9%) женщин и 27 (42,1%) мужчин, средний возраст – 57,2±9,4 лет) с ишемической болезнью сердца и/или артериальной гипертензией и нарушениями ритма сердца, у которых отмечалось лекарственно-индуцированное удлинение интервала QTc (Bazett) (свыше 450 мс