

Выводы. Полученные автором данные являются весьма ценными, так как есть ряд особенностей, когда пациенту с ХОБЛ противопоказано проведение бронхоскопии (острый инфаркт миокарда; дыхательная или сердечная недостаточность III степени; острый инсульт; атриовентрикулярная блокада; пароксизмальная), либо пациент сам отказывается от данного инструментального вида исследования.

Знание особенностей данных, полученных у пациентов с ХОБЛ при бронхоскопии, поможет лечащему врачу выбрать верную тактику лечения и наблюдения при данной группе пациентов.

Список литературы

1. Эндобронхит со слизисто-гнойным секретом у пациентов с ХОБЛ: клиничко-эндоскопические параллели / М. Л. Штейнер, А. В. Жестков, Н. Е. Лаврентьева, А. Д. Протасов // Практическая медицина. – 2016. – № 3 (95). – С. 25-28.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ

*Дешук А.Н.¹, Цилиндзь И.Т.¹, Масюкевич А.И.¹, Колешко С.В.²,
Цилиндзь И.И.², Козак Е.И.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница № 4 г. Гродно

Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Рост количества пациентов пожилого и старческого возраста (3% от всего населения страны) в Республике Беларусь – актуальная и современная тенденция в связи с улучшением качества жизни и увеличением ее продолжительности. Количество данной категории пациентов с ургентной хирургической патологией, требующих экстренного оперативного лечения, прогностически также будет увеличиваться. Развитие желчнокаменной болезни и последующего острого холецистита (ОХ) часто протекает совместно с обострением имеющихся сопутствующих заболеваний после 60 лет [1, 3]. По данным зарубежных и отечественных авторов заболеваемость ОХ резко возрастает с возрастом: удельный вес пациентов пожилого и старческого возраста достигает уровня 60% от всех госпитализированных лиц [1, 3]. В гериатрии значимость проблемы помимо имеющегося роста заболеваемости обусловлена и высокой летальностью от 2,1% до 50% [1]. Имеющаяся сопутствующая патология, которая обостряется при воспалительном процессе в желчном пузыре, не позволяет доминировать хирургическим методам лечения при деструктивном холецистите у этой категории пациентов [1, 2, 4]. Применение малоинвазивных хирургических методик и противо-

воспалительной консервативной терапии в купировании острого воспалительного процесса в желчном пузыре у пациентов пожилого и старческого возраста с выраженной коморбидностью на сегодняшний день не утратило своей актуальности, так как применение более радикального и инвазивного лечения значительно повышает степень операционно-анестезиологического риска у таких людей и сопряжено с высокой летальностью.

Цель. Провести анализ результатов лечения острого калькулезного холецистита (ОКХ) у пациентов старше 60 лет в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет», расположенной на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» за последние 5 лет (2020-2024 гг.).

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 534 пациентов с ОКХ, находившихся на лечении в клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с января 2020 года по декабрь 2024 года включительно. Возраст, наличие сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, эндокринной и пищеварительной систем, а также наличие острого холецистита являлись основными критериями включения пациентов в исследование. Диагноз ОКХ выставлялся на основании анамнеза жизни, заболевания, клинической картины, инструментальных и лабораторных методов исследования. Из 534 пациентов 213 (39,8%) были старше 60 лет. Из 213 пациентов пожилого и старческого возраста женщин было 149 (69,9%) человек, мужчин – 64 (30,1%).

Результаты и их обсуждение. «Выжидательная» консервативная тактика в отношении таких пациентов (при отсутствии абсолютных показаний к радикальному экстренному хирургическому вмешательству) – основа успешного лечения. После поступления в клинику всем пациентам с ОХ назначалась консервативная терапия, включающая в себя спазмолитики, анальгетики, инфузии растворов 5% глюкозы и 0,9% натрия хлорида, а также антибиотики (чаще всего цефалоспорины III поколения).

У 176 (82,6%) пациентов из 213 удалось купировать приступ ОХ консервативно в течение первых суток: 112 (52,5%) из них были выписаны на амбулаторное лечение, еще 64 (30%) выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), конверсий не было. При неэффективности купирования острого холецистита в течение первых 24 часов (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. Противопоказаниями для выполнения данной манипуляции считали коагулопатии, гангренозный перформативный холецистит, рак желчного пузыря, разлитой перитонит. ЧЧСДПЖП была выполнена 37 (17,4%) пациентам в возрасте старше 60 лет. После выполнения пункции желчного пузыря

консервативное лечение продолжалось. Из 37 пациентов у 29 (78,3%) 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 3 (8,1%) пациентов ЧЧСДПЖП пришлось произвести повторно вследствие отсутствия положительной динамики в течение первых 2-х суток. Еще у 5 (13,5%) человек выполнено дренирование желчного пузыря под УЗ-наведением системой для трансдермального дренирования «pig tail» из-за наличия эмпиемы. Среднее время пребывания пациентов в клинике составило $8,3 \pm 1,1$ койко-дня. После нормализации лабораторных показателей крови и данных УЗИ пациенты выписывались на амбулаторное лечение. Оперативное лечение после выписки рекомендовалось не ранее, чем через 1,5-2 месяца при условии компенсации функции со стороны других органов и систем организма и заключениями соответствующих специалистов.

Выводы. ЛХЭ – «золотой стандарт» лечения ОКХ. Альтернативными методами купирования приступа ОХ 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 являются чрескожно-чреспеченочная санационно-декомпрессионная пункция желчного пузыря или его трансдермальное дренирование (при наличии эмпиемы) под УЗ-наведением. Данные методы лечения способствуют достаточно быстрому купированию острого воспаления в желчном пузыре, позволяют отсрочить или отказаться от радикального оперативного лечения вообще ради сохранения жизни пациента.

Список литературы

1. Использование малоинвазивных технологий в лечении желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста / Е. Ю. Евтихова [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – № 1. – С. 107-108.
2. Завада, Н. В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) / Н. В. Завада. – Минск : БелМАПО, 2005. – 117 с.
3. An ultrasound-driven needle-insertion robot for percutaneous cholecystostomy / J. Hong, T. Dohi, M. Hashizume [et al.] // Phys. Med. Biol. – 2004. – Vol. 49, № 3. – С. 441-55. – doi: 10.1088/0031-9155/49/3/007.
4. Percutaneous cholecystostomy for high-risk patients with acute cholecystitis / K. Welschbillig-Meunier, P. Pessaux, J. Lebigot [et al.] // Surg. Endosc. – 2005. – № 9. – P. 1256-1259.