

проблемы науки и образования [Электронный ресурс]. – 2012. – № 4. – Режим доступа: <http://www.scienceeducation.ru/104-6671>. - Дата доступа: 05.06.2018.

5. Черничкина Е.К. Искусственный билингвизм: вопросы интерференции / Е.К. Черничкина // Инициативы XXI века. – 2012. – № 1. – С. 193–195.

СПОСОБЫ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Дешук А.Н., Гарелик П.В., Колешко С.В., Романюк В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. На сегодняшний день в Республике Беларусь отмечается тенденция к росту пациентов пожилого и старческого возраста (3% от всего населения страны). С каждым годом отмечается увеличение количества данной категории пациентов с ургентной хирургической патологией, требующих экстренного оперативного лечения [1, 2, 4]. У пациентов после 60 лет развитие острого холецистита часто протекает совместно с обострением имеющихся сопутствующих заболеваний [1, 3, 6]. По литературным данным заболеваемость острым 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, 5, 6]. В гериатрии значимость проблемы помимо имеющегося роста заболеваемости обусловлена и высокой летальностью от 2,1% до 50% [1, 5]. 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, 6]. Применение малоинвазивных хирургических методик и противовоспалительной консервативной терапии в купировании острого воспалительного процесса в желчном пузыре у пациентов пожилого и старческого возраста на сегодняшний день не утратило своей актуальности, так как применение более радикального и инвазивного лечения значительно повышает степень операционно-анестезиологического риска у таких больных и сопряжено с высокой летальностью.

Цель. Провести анализ результатов лечения острого холецистита у пациентов старше 60 лет в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет», расположенной на базе УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» с 2013 года по май 2018 года включительно.

Материалы исследования. Нами проведен анализ результатов лечения 482 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 января 2013 года по май 2018 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 острого холецистита выставлялся на основании анамнеза жизни, заболевания, клинической картины, инструментальных и лабораторных методов исследования. Из 482 пациентов 186 (38,6%) были старше 60 лет. Из 186 пациентов пожилого и старческого возраста женщин было 129 (69,3%) человек, мужчин – 57 (30,7%).

Результаты и их обсуждение. Мы придерживаемся выжидательной консервативной тактики в отношении таких пациентов (при отсутствии абсолютных показаний к радикальному экстренному хирургическому вмешательству). После поступления в клинику всем пациентам с острым холециститом 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). 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. Следует отметить, что за последние 2 года нами выполнено лишь 11 таких вмешательств, 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 23 (12,4%) пациентам в возрасте старше 60 лет. После выполнения пункции желчного пузыря консервативное лечение продолжалось. Из 23 пациентов у 19 (82,6%) 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 2 (8,7%) 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 больных резко улучшилось. Среднее время пребывания пациентов в клинике составило $7,13 \pm 1,2$ койко-дня. 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. 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. Данный метод лечения способствует достаточно быстрому купированию острого воспаления в желчном пузыре, предупреждая развитие эмпиемы, позволяет отсрочить или отказаться от радикального оперативного лечения вообще ради сохранения жизни пациента, уменьшая длительность пребывания больных в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурина, А.В. Выбор метода хирургического лечения желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / А.В. Гурина. - СПб, 2010. - 152 л.
2. Использование малоинвазивных технологий в лечении желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста / Е.Ю. Евтихова [и др.] // Анналы хирургич. гепатологии. - 2002. - № 1. - С. 107-108.
3. Завада, Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости: стандарты диагностики и лечения / Н.В. Завада. - Минск: БелМАПО, 2005. - 117 с.
4. An ultrasound-driven needle-insertion robot for percutaneous cholecystostomy / J. Hong [et al.] // Phys. Med. Biol. - 2004. - № 3. - P. 441-455.
5. Edlund, G. Acute cholecystitis in the elderly / G. Edlund, M. Ljungdahl // Am. J. Surg. - 1990. - № 4. - P. 414-416.
6. Percutaneous cholecystostomy for high-risk patients with acute cholecystitis / K. Welschbillig-Meunier [et al.] // Surg. Endosc. - 2005. - № 9. - P. 1256-1259.

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ И ТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Довнар И.С., Милешко М.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Термином панкреатит обозначают группу заболеваний поджелудочной железы различной этиологии, преимущественно воспалительной природы. Основой острого панкреатита является воспалительно-дегенеративный процесс, вызванный активацией протеолитических ферментов внутри поджелудочной железы, которые у ряда больных приводят к ее разрушению и образованию панкреонекроза. Основной проблемой в хирургической панкреатологии является лечение именно панкреонекроза, что обусловлено возрастанием количества больных и высокой летальностью в связи с развитием панкреатогенного шока, полиорганной недостаточности и выраженных гнойно-некротических осложнений [1, 2, 3].