

Колоцей В.Н.^{1,2}, Смотрин С.М.¹, Страпко В.П.²

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
²УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Гродно»

Актуальность. 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. 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.

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. Проведение комплексной диагностики не требует значительного времени и укладывается в несколько часов, в течение которых также проводится предоперационная подготовка.

Целью исследования является обоснование рациональной хирургической тактики на основе результатов лечения пациентов с острым калькулезным холециститом.

Методы исследования. В данное исследование включены результаты обследования и лечения 602 пациентов с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2016-2021 годах. Это были пациенты в возрасте от 21 до 89 лет. Мужчин было 208 (34,6%), женщин – 394 (65,4%). В клинических условиях проводилось комплексное обследование больных с применением общеклинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных и других методов.

Результаты. В нашей клинике 506 пациентов (84,1%) с острым холециститом были оперированы. 63 пациента (12,5%) были оперированы открытым путем, из них 46 оперированы по неотложным показаниям в первые 2-12 часов от момента поступления в стационар по причине острого деструктивного холецистита, осложненного перитонитом. 17 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 443 пациентам (87,5%). 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 ширине внепеченочных желчных протоков, обращали внимание на толщину стенки желчного пузыря. Повышение уровня билирубина в биохимическом анализе было основанием для выполнения МРТ-исследования.

96 пациентов (15,9%) 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.

Вопрос о выборе тактики лечения больного с острым холециститом в современной клинике решается уже в первые часы пребывания в стационаре, с момента постановки и подтверждения клинического диагноза. Современный клинический протокол допускает выполнение оперативных вмешательств в разные сроки с момента госпитализации. Однако, мы считаем, что при остром холецистите необходимо применение активной лечебной тактики. Эта тактика обусловлена тем, что морфологические изменения в желчном пузыре при воспалительном процессе никогда бесследно не исчезают и приводят к развитию многочисленных осложнений.

Следует помнить, что при проводимой медикаментозной терапии наступающее улучшение состояния больного не всегда является отражением «обратимости» воспалительного процесса. Практика изобилует наблюдениями, когда на фоне клинических признаков улучшения состояния у больного развивались гангрена желчного пузыря, его перфорация или околопузырный абсцесс.

Наша практика показывает, что основной задачей при лечении острого холецистита является возможность выполнения лапароскопической холецистэктомии. Наиболее оптимальный срок для этого – первые 72 часа от начала заболевания. Увеличение этого времени играет против хирурга, так нарастают отечно-воспалительные изменения в области треугольника Кало, что ведет к затруднению визуализации, и значительно повышает риск конверсии.

Выводы. Преимущества применяемой нами активной тактики при лечении острого холецистита очевидны: сокращение длительности пребывания пациента на койке, экономия медикаментов, отсутствие необходимости повторной госпитализации для проведения планового

оперативного лечения. Заниматься 1-3 суток консервативной терапией – это значит упускать драгоценное время, а при прогрессировании холецистита лапароскопическое вмешательство станет невозможным. По нашему мнению методом выбора является ранняя (в течение первых 72 часов от начала заболевания) лапароскопическая холецистэктомия.