

Голынкин Э.Г., Селюн Н.А.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Бовтюк Н.Я.

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Желчнокаменную болезнь (ЖКБ) называют неэндемической пандемией 21 века. По литературным данным (Р. С. Пыльская, Н. Е. Порада 2018 г.) в РБ ЖКБ занимает 4-е место по заболеваемости. В РФ от холелитиаза страдают до 20% взрослого населения. Острый калькулёзный холецистит (ОКХ) является наиболее частым осложнением холелитиаза (С. А. Gomes et al 2017 г.). Пациенты с ОКХ занимают лидирующие позиции по частоте выполняемых операций в общехирургических отделениях. Выбор тактики лечения, направленной на сохранение трудоспособности, является актуальной социальной проблемой.

Цель: изучить тактику, способы лечения пациентов с ОКХ и возможности корреляции различных подходов к оценке степени тяжести процесса.

Материалы и методы. В работу включены материалы лечения пациентов, находившихся в хирургическом отделении УЗ «3 ГКБ им. Клумова» в 2022 г. с диагнозом ОКХ. Исследование ретроспективное, анализ проведён при помощи Microsoft Excel 2016.

Результаты и их обсуждение. Всего изучено 170 пациентов в возрасте от 20 до 75 лет, средний возраст составил 51,9 года. Из них мужчин было 38 (22,4%), женщин – 132 (77,6%), трудоспособные составили 104 (61,2%) случая.

Все пациенты разделены на три группы в соответствии с критериями клинического протокола МЗ РБ «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым холециститом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» от 01.06.2017 года и по частично коррелирующей классификации, принятой на Токийском соглашении по холециститу в 2013 году. Первую группу составили 4 (2,4%) пациента, потребовавшие оперативного вмешательства в экстренном порядке (Grade III). Вторая группа – с прогрессирующим ОКХ (Grade II) – 77 (45,3%), которые были прооперированы в течение 72 часов с момента госпитализации, третья – пациенты с регрессирующим ОКХ (Grade I) – 89 (52,4%), которые после консервативного лечения были выписаны с улучшением или переведены в отделения акушерско-гинекологического профиля.

Средний срок лечения в первой группе (n=4) составил 7,3 койко-дней. В этой группе после диагностической лапароскопии в 2-х случаях была выполнена конверсия, в остальных операции завершены лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ).

Во второй группе (n=77) длительность лечения составила 7,1 койко-дней. ЛХЭ выполнена в 76 случаях, в одном проведена конверсия.

Третью группу составили 89 пациентов, в том числе 19 беременных. Средний срок лечения составил 8,9 койко-дней. После достижения эффекта от консервативного лечения выписаны на амбулаторное лечение с рекомендацией: холецистэктомия в «холодном» или послеродовом периоде.

Выводы: тактика лечения пациентов с ОКХ, проводимая в соответствии с клиническим протоколом МЗ РБ от 01.06.2017 года, практически коррелировала с Токийским соглашением от 2013 года, подразделяющим пациентов с ОКХ на 3 класса (Grade I, II, III). Это позволяет получить положительные результаты лечения. В основе данной тактики лежал дифференциальный подход в выборе способа лечения в зависимости от комплексной оценки состояния пациентов и степени тяжести течения воспалительного процесса. Большое количество трудоспособных 104 (61,2%) пациентов в изучаемой группе указывает на важную социальную проблему.