

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ХОЛЕЦИСТИТАМИ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МОГИЛЕВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» С 2015 ПО 2019 ГОДА

*Ковалев С.А., Татаринов В.С., Ковалкин Е.П.,
Абодовский С.А., Савостенко И.Я.*

*Учреждение здравоохранения «Могилевская областная клиническая
больница», г. Могилев, Республика Беларусь*

Введение. Острый холецистит – воспаление желчного пузыря. Ведущим фактором развития острого холецистита является нарушение оттока желчи из желчного пузыря, что возникает при окклюзии камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока. Второстепенное значение в развитии острого воспаления имеет нарушение кровоснабжения стенки желчного пузыря при атеросклерозе висцеральных ветвей брюшной аорты и повреждающее действие панкреатического сока на слизистую оболочку желчного пузыря при рефлюксе секрета поджелудочной железы в желчные протоки. ЖКБ страдают до 20% взрослого населения развитых стран. В последние годы заболеваемость острым холециститом возросла в 5 раз. Холецистэктомии в РФ подвергается ежегодно от 350 000 до 500 000 человек, летальность при этом близка к 1,5%.

Цель. Провести анализ случаев госпитализации пациентов с острым холециститом, лечившихся в первом хирургическом отделении УЗ «Могилевская областная клиническая больница» за период с 2015 по 2019 год.

Материал и методы. Из 546 пациентов, которые лечились с острым холециститом, 180 (33%) были мужского пола, 366 женского пола (67%), возраст от 20 до 94 лет, преимущественно от 51 до 70 лет (51 – 54%), работающих 46%. Пациентов, проживающих в городах – 207 (38%), «сельских» – 339 (62%), направленных из ЦРБ – 226 (41%). Поступивших до 6 часов 246 (45%) пациентов, до 24 часов 204 (37%), свыше 24 часов 96 (18%), из них не обращались за медицинской помощью 60 (11%). Консервативное лечение получили 30 пациентов (5%), оперативное 516 (95%) больных. Оперировано до 3 часов 18 пациентов (3%), до 6 часов 28 (6%), после 6 часов 470 (91). Предоперационное среднее пребывание составило 1,1 дня, послеоперационное среднее 14,5 дня для «лапаротомных операций» и 7,7 для «лапароскопических операций», не оперированных – 6,6 дней.

Осложнения до операции: синдром Мириizzi 7, желчный перитонит 2, перивезикальный инфильтрат 63, механическая желтуха 38, холедохолитиаз 42, билиарный панкреатит 29, эмпиема желчного пузыря 38, гнойный холангит 3, несостоятельность культи пузырного протока 1, стриктура холедоха 2.

Результаты и обсуждение. С целью диагностики выполнялись УЗИ, РКТ брюшной полости с контрастным усилением, МРТ в режиме панкреатохолангиографии, ФГДС, ЭРХПГ. Консервативное лечение применялось у пациентов с абсолютными противопоказаниями к

оперативному лечению и включало инфузионную и антибактериальную терапию, при необходимости парентеральное питание, антиферментные препараты (гордокс, контрикал, овомин), октреотид, безболивающие и спазмолитические препараты, блокаторы протонной помпы, витамины, физиотерапевтическое лечение, ГБО, ВЛОК.

Выполнены следующие оперативные вмешательства: лапароскопическая холецистэктомия 343 (66%), «лапаротомная холецистэктомия» 151 (29%), холецистостомий (при противопоказаниях к холецистэктомии) 22 (4%).

Выполнено холедохоеюноанастомозов по Ру 5, холедоходуоденоанастомозов 31, холедохохоледохоанастомоз 1, холедохолитотомий 43, дренирований холедоха по Пиковскому 34, дренирований по Вишневскому 30, интраоперационных холангиографий 42, релапаротомий 3, пункций и дренирований абсцессов под УЗИ-контролем 3, диагностических лапароскопий 2, ушивания эвентрации 1, наложение вторичных швов на рану 2. При гистологических исследованиях удаленных препаратов выявлено, что острых катаральных холециститов составило 140 (27%, мужчин – 34, женщин – 106), флегмонозных 310 (60%, мужчин – 98, женщин – 212), гангренозных 44 (9%, мужчин – 21, женщин – 23), прободных холециститов 3. Осложнений после операций 12 (2,3%): несостоятельность культи пузырного протока 2, подпеченочная гематома 1, повреждение холедоха 1, желчный перитонит 1, жидкостное скопление 1, свищ послеоперационного рубца 1, послеоперационный панкреатит 1, внутрибрюшное кровотечение 1, желчеистечение 1, СПОН 2. Умерло 4 (0,7%) пациента, мужчин - 3 в возрасте от 66 до 77 лет и 1 женщина в возрасте 71 лет. Причина смерти – прогрессирование СПОН и сопутствующей патологии.

Выводы.

1. Профилактикой возникновения острого холецистита и его осложнений является своевременное оперативное лечение хронического калькулезного холецистита.

2. Оперативное лечение, при отсутствии противопоказаний, нужно выполнять в первые сутки после установления диагноза острого холецистита, не дожидаясь развития деструктивно-инфильтративно-воспалительных изменений, затрудняющих выполнение лапароскопической холецистэктомии.

3. Холецистостомии выполнять у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и прогнозируемыми осложнениями.

4. Прослеживается дальнейшая тенденция к увеличению среди пациентов с острым холециститом лиц женского пола.