

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АКТИВНОЙ ТАКТИКИ

*<sup>1</sup>Колоцей В.Н., <sup>1</sup>Смотрин С.М., <sup>2</sup>Страпко В.П., <sup>2</sup>Якимович Д.Ф.  
<sup>2</sup>Жук С.А., <sup>2</sup>Варсевич И.Г., <sup>2</sup>Клименко Н.Ф.*

*<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,  
г. Гродно, Республика Беларусь*

**Введение.** В настоящее время острый холецистит является одним из самых распространенных urgentных хирургических заболеваний. По современным данным желчнокаменной болезнью страдает более 10% населения планеты, при этом число больных ЖКБ неуклонно увеличивается. 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 мало-

инвазивных хирургических вмешательств, расширяющих возможности хирургического лечения пациентов и снижающих риск оперативного вмешательства.

В настоящее время хирурги на постсоветском пространстве формально придерживаются «активно-выжидательной» тактики, рекомендованной еще в 1981 г. XXX Всесоюзным съездом хирургов в Минске. Однако тактика «активного выжидания» понимается многими хирургами субъективно. Нередко показания или противопоказания к операции определяются не столько данными объективного обследования больного, сколько профессионализмом хирурга, а понятия «стихание» и «прогрессирование» приступа трактуются весьма произвольно.

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. Заниматься 1-3 суток консервативной терапией – это значит упускать драгоценное время, а при прогрессировании холецистита лапароскопическое вмешательство станет невозможным.

**Цель исследования:** проанализировать результаты лечения пациентов с острым калькулезным холециститом при применении активной хирургической тактики по сравнению с ранее применявшимися тактическими подходами.

**Материалы и методы.** В данное исследование включены результаты обследования и лечения 613 пациентов с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2017-2022 годах. Это были пациенты в возрасте от 21 до 92 лет. Мужчин было 226 (36,9%), женщин – 387 (63,1%). Все поступившие пациенты были обследованы в соответствии с действующими клиническими протоколами. Проведение комплексной диагностики не требует значительного времени и укладывается в несколько часов, в течение которых также проводится предоперационная подготовка. Безусловно, скрининговым методом является ультразвуковое исследование. Большое значение имеет оснащенность клиники МРТ, что позволяло в срочном порядке получать объективную информацию о состоянии внепеченочных желчных протоков, наличии или отсутствии холедохолитиаза.

**Результаты и обсуждение.** В нашей клинике 511 пациентов (83,4%) с острым холециститом были оперированы. 56 пациентов (11,0%) были оперированы открытым путем, из них 38 оперированы по неотложным показаниям в первые 2-12 часов от момента поступления в стационар по причине острого деструктивного холецистита, осложненного перитонитом. 10 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. Еще в 8 случаях была произведена конверсия лапароскопического вмешательства на открытый вариант из возникших технических трудностей.

Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите была выполнена 455 пациентам (89,0%). Лапароскопические холецистэктомии выполнялись в 1-3 сутки от момента госпитализации, особое внимание обращалось на сроки начала заболевания. Как правило, операции выполнялись в первые 5-6 суток от начала заболевания. При выборе способа оперативного вмешательства большое внимание уделяли оценке результатов ультразвукового исследования, в частности толщине стенки желчного пузыря. В последние 3 года в связи с накоплением опыта оперирования в сложных условиях нами успешно оперируются лапароскопическим путем пациенты, поступившие на 8-10 сутки от начала заболевания. В 2021-2022 гг. не отмечено ни одной конверсии.

102 пациента (16,6%) были пролечены консервативно. Такая тактика применялась по отношению к пациентам пожилого и старческого возраста, страдавшим тяжелой сопутствующей патологией, прежде всего легочно-сердечной и неврологической. Консервативно лечились пациенты, отказавшиеся от предложенного оперативного лечения.

При остром холецистите необходимо применение активной лечебной тактики. Такой подход обусловлен 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 инфузионно-медикаментозной терапии наступающее улучшение состояния больного не всегда является отражением обратимости воспалительного

процесса. Лапароскопическую холецистэктомию вполне реально выполнить в первые 10 суток от начала воспалительного процесса.

Достигнутые нами показатели, прежде всего по операционной активности и высокому удельному весу выполненных лапароскопических холецистэктомий, объективно доказывают необходимость продолжения работы именно в этом направлении.

**Выводы.** Сравнивая статистические показатели 2017-2022 годов по отношению к аналогичным пятнадцатилетней давности, следует отметить, что оперативная активность при остром холецистите составила 83,4% против 44,4%, количество лапароскопических холецистэктомий возросло до 89,0% против 50,1% в 2004-2006 годах. Преимущества применяемой нами в настоящее время активной тактики при лечении острого холецистита очевидны: сокращение средней длительности пребывания пациента на койке на 37,9%, экономия медикаментов, отсутствие необходимости повторной госпитализации для проведения планового оперативного лечения, что ведет к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и значительному экономическому эффекту. По нашему мнению, методом выбора лечения является как можно более ранняя лапароскопическая холецистэктомия.

Применяемая нами тактика, предполагающая активное внедрение лапароскопической холецистэктомии при лечении острого холецистита, позволила значительно улучшить результаты лечения данной патологии.