ТАКТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Борщигов М.М., Барзаева М.А.
Астраханская государственная медицинская академия.
г.Астрахань, Россия.

В настоящее время в связи с широким внедрением в практическую деятельность ультразвукового метода исследования появились новые возможности объективной оценки степени воспалительных изменений стенки желчного пузыря и перивезикулярного пространства. К началу XXI века значительно возросло число пациентов, страдающих калькуллезным холециститом, что послужило основанием говорить о его "тихой эпидемии". Главным в тактике лечения острого холецистита являются сроки операций. Предшествующий опыт, скрытое, атипическое клиническое течение острого холецистита (с самого начала или чаще под воздействием консервативной терапии), «запоздалые» операции, высокая летальность и неудовлетворенность результатами лечения заставили нас пересмотреть тактику хирургического лечения острого холецистита, сделать ее более активной, отвечающей изменившимся условиям. По этой проблеме в данной работе проанализирован материал клиники общей хирургии за 8-летний период (1995-2002 гг.). За это время в клинику поступило 899 больных по поводу острого холецистита. Из них женщин было 657 (73%), мужчин- 242 (26,6%), в возрастных пределах от 17 до 85 лет (соотношение заболевания у мужчин и женщин составило 1:3). Чаще всего острый холецистит встречался в возрастной группе от 50 до 80 лет (75%). По сравнению с нашими данными за период 1969-1979 гг., можно судить о «постарении» контингента пациентов с острым холециститом. В настоящее время мы придерживаемся следующей тактики лечения острого холецистита, по которой больные распределяются на 3 группы. Первую группу составляют пациенты, у которых течение болезни приняло бурный характер, имелась клиника местного или распространенного перитонита, подозрение на деструкцию или перфорацию желчного пузыря. Эта группа больных подлежит экстренной операции в первые часы после 2 – 4 часовой интенсивной предоперационной подготовки и дополнительного обследования.

Ко второй группе были отнесены больные с острым холециститом без перитонита. При поступлении и в ближайшие часы пребывания в клинике у этих пациентов не было абсолютных показаний к операции. Лечение таких больных начинали с консервативных мероприятий (антиспастические средства, новокаиновые блокады, инфузионная терапия, антибиотики и т.д.). Если в течение первых 2 – 3 суток острый процесс не купировался или нарастали воспалительные явления, то это служило показанием к срочной операции.

Остальные больные были отнесены к третьей группе. Под воздействием консервативной терапии острые воспалительные изменения в желчном пузыре у этих пациентов купируются и наступает, так называемый, «холодный период». В дальнейшем данная группа больных обследуется (УЗИ, по необходимости – холецистохолангиография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, лабораторные анализы, консультации специалистов и т.д.). Часть из них, при наличии показаний и при согласии, оперируются в плановом порядке.

Эти три группы больных с различной тактикой и различной летальностью или ее отсутствием не сравнимы. Более высокая летальность в первой группе больных лишь свидетельствует о тяжести патологии и в этой связи нередко - о ее запущенности.

Во всех трех группах больных операция - холецистэктомия чаще всего выполнялась из косого доступа в правом подреберье – у 713 (79,3%) больных, в 144 (16%) случаях – из верхнесрединного, у 11 (1,2%) пациентов – из параректального доступа и у 31 (3,5%) больных была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

По сравнению с нашими данными за период 1969 – 1979 гг., когда хирургическая активность составляла 26,5%, отмечается смена хирургической тактики в сторону ее активизации, из всех поступивших больных с острым холециститом за период с 1995-2002гг. было прооперировано 42% пациентов. Это позволило нам снизить показатели послеоперационной летальности с 8,6% в 1969 – 1979 гг. до 2,2% в 1995 – 2002 гг.