

Введение

В настоящее время острый холецистит является одним из самых распространенных urgentных хирургических заболеваний органов брюшной полости, а в последние десятилетия по количеству пациентов конкурирует с острым аппендицитом и занимает второе место после острого аппендицита по количеству оперированных [1, 2].

По данным официальной статистики ВОЗ острый холецистит развивается у 95,7 % больных на фоне имеющейся желчнокаменной болезни (ЖКБ), а у 4,3 % больных протекает в форме некалькулезного холецистита.

В Республике Беларусь по поводу острого холецистита за 2016 г. было прооперировано 6133 пациента, по поводу хронического — 9483 больных. Из них лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) была проведена 7252 (76,5 %) пациентам. Среднее число дней пребывания больных на стационарной койке в 2016 г. составило 9,6 койко-дней — по Республике Беларусь и 10,3 койко-дня — по Гомельской области [3].

Цель

Оценить ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с острым калькулезным холециститом.

Материал и методы исследования

Изучены результаты хирургического лечения 105 пациентов с острым холециститом (методом сплошной выборки), находившихся на лечении на базе хирургического отделения № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» в период с 01.01.2017 по 31.12.2017 гг. Всего за указанный период на стационарном лечении в отделении находилось 1677 пациентов, из них по поводу ЖКБ — 323 пациента, что составило 19,3 % от всей хирургической патологии. Острый калькулезный холецистит был выявлен у 105 (32,5 %) пациентов, хронический — у 218 (67,5 %) пациентов.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов с острым холециститом женщин было 75 (71,4 %), мужчин 30 (28,6 %). Возраст пациентов находился в пределах от 19 до 94 лет, среднее значение которого составило $62,2 \pm 1,6$ лет. Средний возраст женщин составил $62,9 \pm 1,9$ года, мужчин — $60,4 \pm 2,6$ года.

На основании корреляционного анализа была выявлена достоверная положительная связь между показателями пола и заболеваемостью холециститом по месяцам (рис. 1).

По данным рисунка 1, наибольшая общая заболеваемость острым холециститом зарегистрирована в августе (17,1 %), а наименьшая в марте, июне и декабре (по 4,8 %). В каждый триместр в течение года отмечен рост заболеваемости с последующим снижением. Пик заболеваемости острым холециститом среди женского населения также пришелся на август месяц (15,2 %), а среди мужского — на ноябрь (5,7 %). Аналогично общей отмечается рост заболеваемости по триместрам у мужчин и женщин.

ЖКБ послужила причиной острого холецистита в 102 (97,1 %) случаях. У 79 (77,5 %) пациентов ЖКБ выявлена впервые, а 23 (22,5 %) пациента имели ЖКБ в анамнезе.

Некалькулезный холецистит был выявлен у 3 (2,9 %) пациентов, из них в 2 случаях деструкция стенки пузыря была обусловлена лизисом панкреатическими ферментами, а в 1 случае имела сосудистый генез.

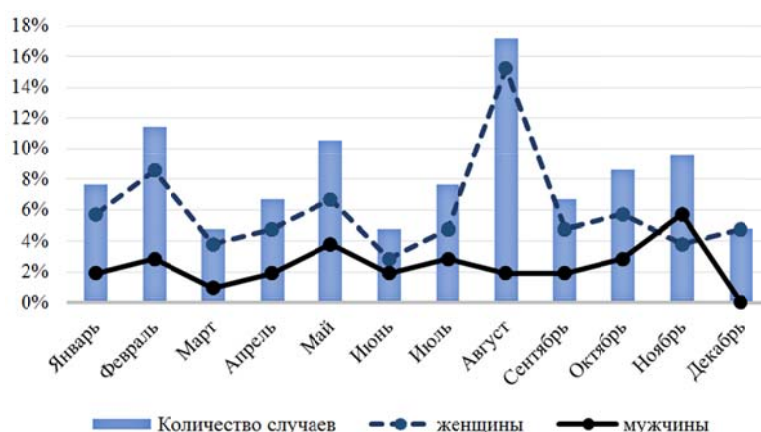


Рисунок 1 — Динамика заболеваемости острым холециститом за 2017 г.

Наиболее частыми жалобами пациентов при поступлении в стационар являлись боли в области правого подреберья и эпигастрия (у всех пациентов), повышение температуры (30,5 %), тошнота и рвота, не приносящие облегчения (25,7 %).

Длительность болевого синдрома до 6 ч отмечена у 24 (22,9 %) пациентов, 6–12 ч — у 20 (19 %) пациентов, 12–24 ч — у 19 (18,1 %) пациентов, 24–48 ч — у 14 (13,3 %) пациентов, 48–72 ч — у 9 пациентов, свыше 72 ч — у 19 (18,1 %) пациентов.

При пальпации у большинства пациентов выявлялась локальная болезненность, положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Дефанс мышц отмечен в 65 случаях (61,9%). Симптом Мюсси-Георгиевского не определялся ни в одном случае.

При анализе периферической крови лейкоцитоз был выявлен в 65 (61,9 %) случаях.

При анализе данных протоколов УЗИ средние размеры желчного пузыря составили: длинник — $94 \pm 1,9$ мм, поперечник — $36,4 \pm 0,9$ мм, средняя толщина стенки $4,5 \pm 0,9$ мм. Достоверной разницы по данным показателям при различных патоморфологических формах острого холецистита выявлено не было.

Консервативное лечение в стационаре проводилось согласно клиническим протоколам. Оперировано 78 (74,3 %) пациентов. Острый катаральный холецистит выявлен у 21 (26,9 %) пациента, флегмонозный — у 32 (41 %) пациентов, гангренозный — у 25 (32,1 %).

Во всех случаях была произведена лапароскопическая холецистэктомия. Переход на лапаротомию не потребовался. Средняя длительность операции составила $81 \pm 4,8$ мин.

В 27 (25,7 %) случаях острый процесс разрешился консервативно, но оперативное вмешательство не проводилось ввиду соматических противопоказаний либо отказа пациента от оперативного вмешательства.

Среднее число дней пребывания больных на стационарной койке в отделении за период исследования составило $12,1 \pm 0,3$ сут.

В послеоперационном периоде у 1 пациента развился неполный наружный желчный свищ, закрывшийся самостоятельно к 17 суткам, еще у 3 пациентов отмечены серомы послеоперационных ран. Летальных исходов не было.

Выводы

Несмотря на высокий уровень развития современной клинической медицины, проблема острого холецистита в настоящее время сохраняет свою актуальность и остается одной из наиболее распространенных в абдоминальной хирургии. Ближайшие результаты лечения соответствуют литературным данным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Суковатых, Б. С. Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике: учеб. пособие / Б. С. Суковатых; под ред. Б. С. Суковатых. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — С. 624.
2. Холецистит у больных высокого риска / С. А. Совцов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — № 12. — С. 18–23.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. статистический сборник за 2016 г. / Сектор методологии и медицинской статистики МЗ РБ. — Минск: ГУ РНМБ, 2017. — С. 188–209.