

# **СЕКЦИЯ «ХИРУРГИЯ. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»**

УДК 616.366-002-036.11-08

**М. В. Гудкова, А. В. Данченко**

*Научные руководители: старший преподаватель кафедры Д. М. Адамович*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

### ***Введение***

Желчнокаменная болезнь характеризуется достаточно высокой распространенностью. В Европе, Северной Америке, России данное заболевание регистрируют с частотой приблизительно 10–15%. Столь высокую частоту, помимо вклада генетических факторов, объясняют особенностями питания – потреблением повышенного количества простых углеводов. Заболеваемость ЖКБ четко коррелирует с возрастом. Максимальную частоту клинических проявлений ЖКБ регистрируют в возрасте 40–69 лет. Риск развития ЖКБ у женщин выше примерно в 2–3 раза, что связывают с влиянием эстрогенов на литогенный потенциал. ЖКБ выявляют примерно у 20% больных с метаболическим синдромом. Сахарный диабет повышает риск развития ЖКБ в 3 раза [1].

Оперативного лечения в экстренном срочном порядке требует острый калькулезный холецистит [2].

Исход приступа острого холецистита зависит от восстановления оттока желчи из желчного пузыря и уменьшения внутрипузырного давления. Если желчная гипертензия своевременно не разрешается, то развиваются необратимые изменения стенки ЖП: тромбоз сосудов и деструкция. В связи с этим большинство хирургов призывают отказаться от выжидательной тактики и прибегнуть к операции в течение 2–3 дней от начала заболевания, что способствует снижению количества осложнений и летальности. Операция же в более поздние сроки, когда вокруг желчного пузыря образуются спайки, инфильтрат или абсцесс, оказывается значительно более трудной [3, 4].

Консервативная терапия не предотвращает экстравезикальные осложнения ЖКБ, а лишь переносит их на более поздний период. Если успешно прооперированный пациент выписывается из хирургического стационара излеченным от ЖКБ, то про пациентов с сохраненным желчным пузырем этого сказать никак нельзя [5].

### ***Цель***

Проанализировать результаты лечения пациентов с острым калькулезным холециститом.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 164 медицинских карт пациентов, госпитализированных с клиникой острого калькулезного холецистита за 2023 год на базе хирургического отделения № 1 учреждения «Гомельская областная клиническая больница». Данные

были обработаны с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel. Полученные результаты представлены в виде медианы, абсолютных величин и процентов.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

За изученный период было исследовано 164 медицинские карты пациентов, которые поступали с клиникой острого калькулезного холецистита (ОКХ).

Пациентов мужского пола было 60 (36,59%), женского – 104 (63,41%). Средний возраст пациентов с ОКХ составил 59 лет. Среднее значение ИМТ пациентов составило 30,63. Индекс коморбидности Чарлсона (Charlson Comorbidity Index, CCI) – (Ме 3 (1; 4)). Пациенты обследованы в соответствии с клиническими Протоколами МЗ РБ, назначено консервативное лечение.

Пациенты были разделены на 5 групп: 1) консервативное лечение, 2) холецистостомия, 3) лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), 4) лапароскопия, конверсия в открытую холецистэктомию (ЛС, ХЭ), 5) открытая холецистэктомия (ХЭ). Консервативное лечение проведено 20 пациентам, у которых в ближайшие сутки купирован острый холецистит. От оперативного лечения отказались 6 пациентов. В связи с выраженной сопутствующей патологией 14 пациентов – были выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендациями под наблюдение хирурга, смежных специалистов по месту регистрации.

Всего было прооперировано 144 пациента. В связи с выраженной сопутствующей патологией (CCI, средний возраст, ИБС, АГ, ожирение, нарушение ритма) выполнена холецистостомия под местной анестезией двум пациентам, а под УЗИ-контролем одному пациенту. В дальнейшем пациенты были выписаны на амбулаторное лечение. ЛХЭ выполнена 115 пациентам. Лапароскопия, конверсия в открытую холецистэктомию выполнена 7 пациентам в связи с наличием деструктивного холецистита, желчного перитонита. Холецистэктомия открытым способом выполнена 19 пациентам. Послеоперационные осложнения развились у четырех пациентов: у одного пациента – серома послеоперационной раны после ЛХЭ; после ЛС, ХЭ – по одному случаю серомы и гематомы послеоперационного рубца; после ХЭ – одна гематома послеоперационного рубца. Умерло два пациента – после ЛС, ХЭ с гангренозно-перфоративным калькулезным холециститом, желчным перитонитом выраженной сопутствующей патологией (CCI – 13), и после ЛХЭ по поводу острого гангренозного калькулезного холецистита, с выраженной сопутствующей патологией (CCI – 9) при нарастающих явлениях полиорганной недостаточности. Средний койко-день составил у пациентов с консервативным лечением 11, холецистостомией – 12; ЛХЭ – 10; ЛС, ХЭ – 13; ХЭ – 15. Соотношение групп пациентов и методов лечения представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Соотношение групп пациентов и методов лечения

Параметры	Всего	Консервативное		Холецистостомия (под местной анестезией, под УЗИ-контролем)	ЛХЭ (Лапароскопическая холецистэктомия)	Лапароскопия, конверсия в открытую холецистэктомию)	ХЭ (холецистэктомия открытая)
		купирован	отказ				
Всего	n = 164	n = 14	n = 6	n = 3	n = 115	n = 7	n = 19
Пол м/ж	60/ 104	5/9	1/6	0/3	42/73	2/5	10/9
Возраст	59	60	61	73	57	69	65
CCI	3 (1; 4)	4 (1; 6)	2 (0; 2)	4	2 (0; 4)	3 (3; 4)	3 (2; 5)
Сроки от поступления до операции	1 (1;4)	–	–	1 (0; 6)	1 (1; 5)	1	1 (1;3)
Осложнения	4	–	–	0	1	2	1
умерло	n = 2	–	–	–	1	–	1

## Окончание таблицы 1

Параметры	Всего	Консервативное		Холецистостомия (под местной анестезией, под УЗИ-контролем)	ЛХЭ (Лапароскопическая холецистэктомия)	Лапароскопия, конверсия в открытую холецистэктомию)	ХЭ (холецистэктомия открытая)
		купирован	отказ				
Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л	11,4 (7,8; 14,3)	9,74 (6,95; 16,425)	9,65 (7,1; 13)	14,25 (14,25; 21,4)	11,5 (7,825; 14,3)	12,615 (9,8; 14,2)	10,465 (9,475; 11,8775)
Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	4,44 (4,13; 4,82)	4,295 (3,93; 4,815)	4,65 (4,3; 4,9)	3,7 (3,065; 3,72)	4,52 (4,22; 4,86)	4,285 (4,09; 4,8)	4,05 (3,565; 4,3675)
Гемоглобин, г/л	132 (123; 141)	130,5 (116,5; 134,75)	133 (120; 137)	93 (90,5; 104,5)	134,5 (127; 143)	123,5 (117,25; 134,25)	118,5 (109,75; 128,75)
Тромбоциты, 10 <sup>9</sup> /л	177 (140; 212)	186 (138,5; 204,75)	135,5 (99,3; 172)	300 (270; 333)	177,5 (151,75; 210,25)	179,5 (134,25; 263)	150 (122,25; 213,5)
Общий белок, г/л	72,3 (65,9; 76,6)	69,5 (65,2; 74,075)	73,7 (75,4; 77,1)	81 (71,95; 82,2)	72,85 (66,3; 77,825)	73 (68,1; 76,4)	66,9 (63,8; 70,625)
Билирубин общий, мкМ/л	14,25 (9,7; 22,85)	15,85 (12,425; 52,575)	21,75 (15,6; 42,5)	57,7 (40,2; 75,2)	13,5 (9,25; 20,8)	20,2 (13; 28)	11,5 (10,05; 16,75)
Мочевина, мМ/л	5,6 (4,4; 7,5)	5,8 (4,8; 7,5)	5,9 (5,15; 7,4)	9,5 (8,1; 9,95)	5,4 (4,2; 6,875)	7,5 (4,8; 7,9)	7,25 (4,975; 10,85)
Креатинин, мкМ/л	92 (80; 102,8)	88 (88; 111)	83,5 (74,5; 91)	119 (113; 127)	92 (80; 99)	88 (80,7; 96)	95,5 (76; 139,75)
АЛТ, Ед/л	24 (16; 46)	25 (18; 49,75)	44 (30,7; 73,7)	21 (18,5; 164,5)	24 (16; 44)	18 (16; 19)	23 (17; 25,25)
АСТ, Ед/л	27 (20,75; 42)	36,5 (21,75; 57,75)	39 (23; 62,5)	42 (29,5; 174,5)	26 (21; 38,75)	27 (26; 29)	23 (20; 39)
Глюкоза, мМ/л	5,4 (4,5; 7,1)	4,7 (4,2; 5,7)	6,6 (4,3; 8,2)	5,3 (4,15; 6,45)	5,1 (4,5; 6,325)	7,5 (6,1; 11)	6,9 (4,95; 9,8)
Койко-день	12	14	6	12	10	13	15

### Выводы

Острый калькулезный холецистит остается актуальной темой экстренной хирургии. Преимущественно болеют женщины (63,41%), в возрасте – 50–71 лет. Оптимальным вариантом лечения неосложненного острого калькулезного холецистита является ЛХЭ. Для лиц с выраженной коморбидной патологией операцией выбора является холецистостомия, что позволяет избежать летальных случаев.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни / В. Т. Ивашкин [и др.] / Клинические рекомендации. – 2016. – № 3. – 17 с.
2. Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://minzdrav.gov.by/upload/dadfiles/CProtokol/КП\\_Диагностика\\_лечение\\_пациентов\\_взр\\_нас\\_с\\_острым\\_панкреатитом\\_в\\_стац\\_условиях\\_пост\\_МЗ\\_2023\\_182.pdf](https://minzdrav.gov.by/upload/dadfiles/CProtokol/КП_Диагностика_лечение_пациентов_взр_нас_с_острым_панкреатитом_в_стац_условиях_пост_МЗ_2023_182.pdf). – Дата доступа: 10.03.2024.
3. Черепанин, А. И. Острый холецистит / А. И. Черепанин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 224 с.
4. Griffiths, E. A. Utilisation of an operative difficulty grading scale for laparoscopic cholecystectomy / E. A. Griffiths [et al.] // Surg. Endosc. – 2018. – Vol. 33. – P. 110–121.
5. Капралов, С. В. Интервенционная холецистостомия при остром холецистите в лечении пациентов старших возрастных групп / С. В. Капралов, Б. С. Харитонов, Ю. Г. Шапкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 128 с.