

М.М. Орос, А.Я. Сабовчик

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Панічний розлад: сучасні погляди на лікування

Тривожний розлад — одна з найпоширеніших психіатричних патологій. Відповідно до Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-5, тривожний розлад — стан, який включає надмірний страх, тривогу та пов'язані з ними поведінкові порушення (American Psychiatric Association, 2013; Bhatt N.V. et al., 2019). До цієї групи патологій відносять різні типи розладів, серед яких чимале місце займає панічний розлад.

Панічний розлад характеризується раптовими та неочікуваними панічними атаками, кількість яких може варіювати від кількох на день до декількох на рік. Панічні атаки — це період інтенсивного страху, який супроводжується мінімум чотирма з 13 симптомів (див. далі), що раптово виникають і досягають піку протягом 10 хв (Imai H. et al., 2014; Memon M.A., Welton R.S., 2018). Поширеність цієї патології становить 3–5% популяції. Жінки хворіють у 2–3 рази частіше, ніж чоловіки. У жінок, які не були вагітні, ця патологія трапляється частіше (Memon M.A., Welton R.S., 2018). Панічний розлад може виникати в будь-якому віці, але зазвичай розвивається у віці 18–45 років, в середньому — у 24 роки (Memon M.A., Welton R.S., 2018). Походження цієї хвороби не є повністю зрозумілим і, ймовірно, є гетерогенним (Imai H. et al., 2014). Панічний розлад часто поєднується з іншими психічними розладами, такими як залежність від препаратів, велика депресія, біполярний розлад, соціофобії, специфічні фобії та генералізований тривожний розлад (ГТР) (Imai H. et al., 2014). У майже 25% пацієнтів із панічним розладом відзначають також агорафобію. Наявність останньої збільшує тяжкість захворювання і погіршує наслідки (Kessler R.C. et al., 2006). Досліджено, що разом із панічним розладом у 68% випадків трапляється ГТР, а поширеність великої депресії серед людей із панічним розладом становить 24–88% (Starcevic V., 2009).

В основі цієї патології, без сумніву, лежить нейрохімічна дисфункція, яка може проявлятися зниженням вмісту гамма-аміномасляної кислоти, алельним поліморфізмом гена катехол-О-метилтрансферази, зростанням функції рецепторів аденозину, збільшенням кортизолу, зменшенням функції бензодіазепінових рецепторів, порушеною функцією серотоніну, а також норадреналіну, дофаміну, холецистокініну тощо (Wedekind D. et al., 2000; Neumeister A. et al., 2004; Zwanzger P. et al., 2009).

Відповідно до критеріїв DSM-5, панічний розлад передбачає виникнення протягом місяця 1 або більше нападів, що супроводжуються 4 або більше наступними симптомами:

- підвищення частоти серцевих скорочень;
- пітливість;
- тремор;
- відчуття нестачі повітря;
- задуха;
- біль або дискомфорт у грудній клітці;
- нудота чи дискомфорт у животі;
- запаморочення, нестійкість, легкість у голові або непритомність;
- дереалізація чи деперсоналізація;
- страх втратити контроль або збожеволіти, страх смерті;
- оніміння чи поколювання в кінцівках;
- озноб чи жар (American Psychiatric Association, 2013).

Напад триває близько 10–30 хв, хоча може тривати і довше. У міжнападний період ознак захворювання немає.

Пацієнти з панічним розладом мають повторні епізоди паніки зі страхом повернення нападу, що призводить до серйозної зміни поведінки. Пацієнти стають більш пасивними, залежними та замкненими.

Запустити черговий напад можуть так звані панічні тригери, а саме:

- травма (аварія, хірургічна);
- різні хвороби;
- міжособистісний конфлікт або втрата;
- вживання канабісу;
- застосування стимуляторів, таких як кофеїн, симпатоміметики та ін.;
- відміна селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС).

Слід пам'ятати, що панічний розлад є діагнозом виключення, і диференційний діагноз потрібно проводити з такими захворюваннями: бронхіальна астма, емболія легеневої артерії, інфаркт міокарда, порушення ритму серця, транзиторна ішемічна атака, феохромоцитоз, гіпоглікемія, гіпертиреозидизм, гіпопаратиреоїдизм.

Після виключення низки захворювань і встановлення діагнозу панічного розладу приступають до лікування, яке включає когнітивно-поведінкову терапію та фармакотерапію.

Американська психіатрична асоціація (American Psychiatric Association, 2009) рекомендує лікувати пацієнтів із панічним розладом, коли останній значно порушує якість життя, тобто заважає виконувати повсякденні функції. Лікування має базуватися на досягненні таких цілей:

- складання індивідуального лікувального плану;
- зниження частоти та інтенсивності нападів;
- зменшення очікуваної тривоги;
- лікування супутньої психіатричної патології;
- досягнення повної ремісії;
- повернення до преморбідного рівня.

Когнітивно-поведінкова терапія допомагає пацієнтам зрозуміти, як наплив думок та неправильне їх судження призводять до емоційного загострення та зміни поведінки. Цей вид лікування слід застосовувати окремо чи разом із фармакотерапією. Дані досліджень свідчать, що застосування комбінованої терапії має кращі результати, ніж тільки фармакотерапія (Cloos J.M., 2005; Furukawa T.A. et al., 2006). Когнітивно-поведінкова терапія найефективніша, коли її починають проводити якомога раніше від початку виникнення симптомів. Тривалість сеансу цього методу лікування має становити 1–2 год щотижня з курсом лікування 10–15 тиж, але не більше 4 міс (American Psychiatric Association, 2009; National Collaborating Centre for Mental Health, National Collaborating Centre for Primary Care, 2011). Американська психіатрична асоціація рекомендує застосовувати фармакотерапію лише у тих випадках, коли пацієнт надає перевагу цьому виду терапії, або якщо в нього немає часу чи інших можливостей у проведенні психосоціальної терапії (American Psychiatric Association, 2009).

Історично для лікування пацієнтів із панічним розладом застосовували інгібітори моноаміноксидази (моклобемід) (Stein M. et al., 2010). Однак у зв'язку з побічними ефектами препарати цієї групи у лікуванні пацієнтів із зазначеним розладом наразі майже не застосовують.

Специфічну фармакологічну терапію рекомендовано проводити СІЗЗС, інгібіторами зворотного захоплення норадреналіну та серотоніну (ІЗЗНС), трициклічними антидепресантами (ТЦА) та бензодіазепінами, оскільки вони продемонстрували ефективність у численних контрольованих дослідженнях і, звичайно ж, показали перевагу над плацебо (American Psychiatric Association, 2009; Bighelli I. et al., 2018).

Зараз для боротьби з панічним розладом як першу лінію лікування рекомендують застосовувати СІЗЗС. Оскільки ТЦА виявляють більшу кількість побічних ефектів, їх застосовують як другу лінію при цьому захворюванні.

Порівняльний метааналіз СІЗЗС та ТЦА показав їх зрівняну ефективність, але перші краще переносяться. Результати інших досліджень вказують на можливе перебільшення щодо оцінки ефективності СІЗЗС над «старими» антидепресантами при панічному розладі (Anderson I.M., 2000; Otto M.W. et al., 2001; Bakker A. et al., 2002).

В одному з метааналізів, який включав 57 рандомізованих контрольованих досліджень, порівнювали СІЗЗС (пароксетин 20–60 мг, есциталопрам 5–20 мг, сертралін 150–200 мг, флувоксамін 150–300 мг, флуоксетин 60 мг, циталопрам 30–40 мг) та ІЗЗНС (венлафаксин 37,5–225 мг, дулоксетин 20–120 мг). Це порівняння показало, що обидві групи препаратів є ефективними у лікуванні пацієнтів із тривожними розладами. Втім, при підвищенні дози СІЗЗС зростає і ефект лікування, в свою чергу, підвищення дози ІЗЗНС не привело до кращого результату (Jakubovski E. et al., 2019).

В одному з досліджень для порівняння СІЗЗС та ІЗЗНС вибрано пароксетин та ребоксетин. Обидва препарати показали результативність у зменшенні вираженості панічних атак, проте пароксетин був ефективнішим. Щодо порівняння ребоксетину та циталопраму в дозах до 10 та 60 мг відповідно, то обидва препарати показали ефект у лікуванні панічного розладу, але перевагу мав циталопрам при лікуванні коморбідних депресивних симптомів (Seedat S. et al., 2003).

Порівняння пароксетину з циталопрамом підтвердило однаковою ефективність у лікуванні пацієнтів із панічним розладом, хоча пароксетин показав ефект у нижчих дозах (30 та 40 мг), ніж циталопрам (50 мг) (Perpa G. et al., 2001).

Клінічні дані доводять те, що ефективним препаратом першої лінії, який добре переноситься, є есциталопрам в дозі 10–20 мг (Pelissolo A., 2008). Есциталопрам має однаковий терапевтичний результат із циталопрамом, проте ефект останнього у дозі 40 мг рівнозначний есциталопраму у дозі 10 мг (Burke W.J. et al., 2002).

Одним із антипанічних препаратів зі швидким початком дії є флувоксамін, який застосовують у дозі 100–300 мг/добу (Aspin G.M. et al., 2001).

ТЦА слід застосовувати, якщо СІЗЗС не зумовлюють ефекту при курсі лікування 12 тиж (American Psychiatric Association, 2009; National Collaborating Centre for Mental Health, National Collaborating Centre for Primary Care, 2011). Найбільш вивченим серед ТЦА при лікуванні пацієнтів із панічним розладом є іміпрамін. Результати клінічних досліджень підтверджують, що дозу іміпраміну слід титрувати приблизно до 100 мг/добу і чекати терапевтичної відповіді не раніше 4 тиж. При потребі дозу можна підвищити до 300 мг/добу. Існують докази, що клоніпрамін показує ефективний результат у нижчих дозах, ніж іміпрамін, а саме 50–150 мг/добу (American Psychiatric Association, 2009).

Є дані щодо ефективності бензодіазепінів у лікуванні пацієнтів із панічним розладом. Однак бензодіазепіни не слід застосовувати як монотерапію. Вони діють швидко, але несуть загрозу фізіологічної та психологічної залежності, тому їх потрібно застосовувати лише як допоміжну терапію на старті лікування, поки СІЗЗС не почнуть діяти (Bhatt N.V. et al., 2019). Бензодіазепінова залежність виникає у 30% пацієнтів, в яких тривалість лікування перевищує 8 тиж (Ashton N., 2005).

Свого часу для лікування при панічних атаках широко застосовували алпрозолам, але оскільки він викликає сильну залежність, застосовувати його не рекомендується. Хорошою заміною алпрозоламу є клоназепам (Bhatt N.V. et al., 2019).

Комбінована терапія пароксетином та клоназепамом показала перевагу над монотерапією пароксетином щодо швидкості настання ефекту і становила до 40 мг/добу пароксетину та до 2 мг/добу клоназепаму. Через декілька тижнів між групою моно- та комбінованої терапії різниці не виявлено (Pollack M.H. et al., 2003).

Ще один клас препаратів, які застосовують як анксиолітики — азапірони. Вони характеризуються меншою здатністю викликати сонливість, психомоторні порушення та потенціювати ефект алкоголю та наркотиків, ніж бензодіазепіни (Napolitano M.J., Domantay A.G., 1991). До азапіронів відносять альнеспірон, біноспірон, буспірон, енілоспірон, ептапірон, гепірон, іпсальпірон, ревоспірон, тандоспірон та залоспірон. Усі вони є частковими агоністами рецепторів серотоніну 1A. Рекомендована початкова доза буспірону становить 15 мг/добу, максимальна добова доза — 60 мг/добу, відповідно до рекомендацій Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів США (Food and Drug Administration — FDA)

(Imai H. et al., 2014). Однак немає систематичних контрольованих досліджень, які підтверджують його ефективність. Існують підтвердження, що монотерапія буспіроном неефективна при панічному розладі (American Psychiatric Association, 2009).

Також проводили дослідження, в якому порівнювали ефективність інгібітора зворотного захоплення ГАМК тіагабіну з плацебо. Результат не показав переваги тіагабіну над плацебо, хоча ці пацієнти стали менш чутливими до тетрапептиду холецистокиніну (Zwanzger P. et al., 2009).

До препаратів, які застосовують для терапії при тривожних розладах і які добре переносяться, відносять прегабалін. На думку ряду авторів, він так само ефективний у лікуванні пацієнтів із тривожними розладами, як і бензодіазепіни (Strawn J.R., Geraciotti T.D. Jr., 2007; Montgomery S. et al., 2013). Прегабалін у дозі 150–600 мг рекомендують застосовувати як допоміжну терапію при ГТР у пацієнтів із частковою відповіддю на лікування СІЗЗС та ІЗЗНС (Rickels K. et al., 2012).

Згідно з рекомендаціями Національного інституту здоров'я і досконалості допомоги (National Institute for Health and Care Excellence — NICE) щодо ведення пацієнтів із ГТР та панічним розладом, при непереносимості СІЗЗС або ІЗЗНС необхідно розглянути питання щодо призначення прегабіліну. Крім того, вищезазначені рекомендації пропонують не застосовувати бензодіазепіни для лікування ГТР на первинному і вторинному рівні допомоги. Винятком може бути лише кризова ситуація, в якій бензодіазепіни розглядають як короткостроковий захід. Оновлені рекомендації Королівського австралійського та Новозеландського коледжу психіатрів для лікування панічного розладу, соціального тривожного розладу та генералізованого тривожного розладу також рекомендують розглянути для лікування пацієнтів із рефрактерними тривожними розладами ТЦА, інгібітори моноаміноксидази, міртазапін, прегабалін і агомелатин. Якщо жоден із вищезазначених препаратів не працює, тільки тоді варто розглядати довгострокове лікування бензодіазепінами у низьких дозах (Andrews G. et al., 2018).

Прегабалін виявив ефективність як при лікуванні пацієнтів у гострому стані, так і у профілактиці рецидивів при ГТР і соціальному тривожному розладі. У ГТР він ефективний у зменшенні вираженості депресивних симптомів від легкої до середньої інтенсивності, а також у зменшенні тяжкості порушення сну (Baldwin D.S. et al., 2014).

Однією з переваг застосування прегабіліну вважають відсутність печінкового метаболізму. Це робить його привабливим для хворих із печінковими порушеннями та у пацієнтів, які застосовують інші препарати, що метаболізуються печінкою (Baldwin D.S. et al., 2014).

Відомі невеликі дослідження, результати яких свідчать про зменшення вираженості тривоги при лікуванні атипичними антипсихотиками, такими як рисперидон, оланзапін, арипіпразол, кветіапін та сульпірид, однак їхню ефективність у лікуванні пацієнтів із панічним розладом потрібно доводити у подальших ширших дослідженнях (Nardi A.E., Freire R.C.R., 2016).

Зазначимо, що при досягненні ремісії панічного розладу лікування потрібно продовжувати ще 6–12 міс для закріплення ефекту (Baldwin B. et al., 2017).

Отже, панічний розлад нерідко відзначають у практиці психіатра та невролога. Пріоритетним методом лікування при цьому захворюванні є когнітивно-поведінкова терапія. Серед психотропних лікарських засобів, які слід застосовувати для лікування при панічному розладі, препаратами першої лінії є СІЗЗС у зв'язку з їхньою хорошою ефективністю та низькою частотою побічних ефектів. При недостатній ефективності СІЗЗС або ІЗЗНС чи їхній поганій переносимості слід розглянути питання щодо призначення прегабіліну. Відсутність печінкового метаболізму розглядають як додаткову перевагу у пацієнтів із порушенням функції печінки та осіб, які застосовують інші препарати, що метаболізуються печінкою. Також позитивним моментом є здатність прегабіліну зменшувати тяжкість порушення сну. Бензодіазепіни зараз розглядають лише як засіб для короткострокового застосування у разі кризової ситуації. Тривалість застосування останніх не повинна перевищувати 8 тиж.

Незважаючи на великий арсенал лікарських засобів для терапії при панічному розладі, часом потрібно прикласти чималих зусиль для нормалізації стану здоров'я пацієнта, враховуючи його індивідуальні особливості.

Список використаної літератури

- American Psychiatric Association** (2009) Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. 2nd ed. Washington.
- American Psychiatric Association** (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. APA Press, Arlington.
- Anderson I.M.** (2000) Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J. Affect. Disord.*, 58(1): 19–36.
- Andrews G., Bell C., Boyce Ph. et al.** (2018) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Austral. New Zeal. J. Psychiatr.*, 52: 1109–1172.
- Ashton H.** (2005) The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr. Opin. Psychiatry*, 18(3): 249–255.
- Asnis G.M., Hameedi F.A., Goddard A.W. et al.** (2001) Fluvoxamine in the treatment of panic disorder: a multi-center, double-blind, placebo-controlled study in outpatients. *Psych. Res.*, 103(1): 1–14.
- Bakker A., van Balkom A.J., Spinhoven P.** (2002) SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr. Scand.*, 106(3): 163–167.
- Baldwin D.S., Anderson I.M., Nutt D.J. et al.** (2014) Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for psychopharmacology. *J. Psychopharmacol.*, 1–37.
- Bandelow B., Michaelis S., Wedekind D.** (2017) Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin. Neurosci.*, 19(2): 93–107.
- Bhatt N.V., Baker M.J., Jain V.B.** (2019) Anxiety Disorders (<https://emedicine.medscape.com/article/286227-overview>).
- Bighelli I., Castellazzi M., Cipriani A. et al.** (2018) Antidepressants versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 4: CD010676.
- Burke W.J., Gergel I., Bose A.** (2002) Fixed-dose trial of the single isomer SSRI escitalopram in depressed outpatients. *J. Clin. Psychiatr.*, 63(4): 331–336.
- Cloos J.M.** (2005) The treatment of panic disorder. *Curr. Opin. Psychiatry*, 18(1): 45–50.
- Furukawa T.A., Watanabe N., Churchill R.** (2006) Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 188: 305–312.
- Imai H., Tajika A., Chen P. et al.** (2014) Azapirones versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 9: CD010828.
- Jakubovski E., Johnson J.A., Nasir M. et al.** (2019) Systematic review and meta-analysis: dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders. *Depress Anxiety*, 36(3): 198–212.
- Kessler R.C., Chiu W.T., Jin R. et al.** (2006) The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 63(4): 415–424.
- Memon M.A., Welton R.S.** (2018) Panic Disorder Treatment & Management (<https://emedicine.medscape.com/article/287913-treatment>).
- Montgomery S., Emir B., Haswell H., Prieto R.** (2013) Long-term treatment of anxiety disorders with pregabalin: a 1 year open-label study of safety and tolerability. *Curr. Med. Res. Opin.*, 29(10): 1223–1230.
- Napoliello M.J., Domantay A.G.** (1991) Buspirone: a worldwide update. *Br. J. Psychiatry Suppl.*, 12: 40–44.
- Nardi A.E., Freire R.C.R.** (2016) Panic disorder. Neurobiological and treatment aspects. Springer International Publishing, Switzerland.
- National Collaborating Centre for Mental Health, National Collaborating Centre for Primary Care** (2011) Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. London.
- Neumeister A., Bain E., Nugent A.C. et al.** (2004) Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. *J. Neurosci.*, 24(3): 589–591.
- Otto M.W., Tuby K.S., Gould R.A. et al.** (2001) An effect-size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder. *Am. J. Psychiatry*, 158(12): 1989–1992.
- Pelissolo A.** (2008) Efficacy and tolerability of escitalopram in anxiety disorders: a review. *Encephale*, 34(4): 400–408.
- Perna G., Bertani A., Caldirola D. et al.** (2001) A comparison of citalopram and paroxetine in the treatment of panic disorder: a randomized, single-blind study. *Pharmacopsychiatry*, 31(3): 85–90.
- Pollack M.H., Simon N.M., Worthington J.J. et al.** (2003) Combined paroxetine and clonazepam treatment strategies compared to paroxetine monotherapy for panic disorder. *J. Psychopharmacol.*, 17(3): 276–282.
- Rickels K., Shiovit T.M., Ramey T.S. et al.** (2012) Adjunctive therapy with pregabalin in generalized anxiety disorder patients with partial response to SSRI or SNRI treatment. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 27(3): 142–150.
- Seedat S., van Rheede van Oudtshoorn E., Muller J.E. et al.** (2003) Reboxetine and citalopram in panic disorder: a single-blind, cross-over, flexible-dose pilot study. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 18(5): 279–284.
- Starcevic V.** (2009) Anxiety disorders in adults: a clinical guide. Oxford University Press, Oxford.
- Stein M., Steckler T., Lightfoot J.D. et al.** (2010) Pharmacologic treatment of panic disorder. *Curr. Top Behav. Neurosci.*, 2: 469–485.
- Strawn J.R., Geraciotti T.D. Jr.** (2007) The treatment of generalized anxiety disorder with pregabalin, an atypical anxiolytic. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, 3(2): 237–243.
- Wedekind D., Bandelow B., Broocks A. et al.** (2000) Salivary, total plasma and plasma free cortisol in panic disorder. *J. Neural. Transm. (Vienna)*, 107(7): 831–837.
- Zwanzger P., Eser D., Nothdurfter C. et al.** (2009) Effects of the GABA-reuptake inhibitor tiagabine on panic and anxiety in patients with panic disorder. *Pharmacopsychiatry*, 42(6): 266–269.

□

Одержано 29.03.2019
UA-NEOG-PUB-042019-024

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Конверсія при лапароскопічеській холецистектомії. Коли це робити?

Лапароскопічеська холецистектомія — золотий стандарт удалення измененого жельчного пузьря (ЖП). При этом сообщення о частоте перехода от лапароскопічеськой методики к открытой хирургической операции имеют довольно существенные количественные различия для клиник и регионов. Разработанные недавно критерии интраоперационной оценки степени тяжести морфологических изменений ЖП пока не нашли должного отражения в клинической практике. Это послужило поводом для проведения многоцентрового исследования с целью определения эффективности предложенных критериев интраоперационной оценки степени тяжести изменений и прогнозирования необходимости перехода лапароскопічеського вмешательства к открытой холецистектомии (ОХ). Исследование проводили под эгидой Всемирного общества по неотложной хирургии (World Society of Emergency Surgery) в 16 странах. Для оценки степени тяжести клинко-морфологических изменений ЖП применяли 10-балльную систему интраоперационной оценки. Учитывали категорию вмешательства: экстренная или плановая холецистектомия. В исследование включены 504 пациента (средний возраст 53,5 года). В плановом порядке прооперировано 56% пациентов, средняя длительность оперативного вмешательства составила 78,7 мин. Тяжесть изменений составила в среднем 3,21 балла (легкая степень — <2; средняя — 2–4; тяжелые изменения — 5–7; крайне тяжелые —

8–10 баллов). У 22% пациентов изменения ЖП были тяжелыми/крайне тяжелыми. Пациенты, у которых лапароскопічеськое вмешательство не требовало конверсии в открытое, имели степень тяжести интраоперационных изменений 2,98 против 4,65 балла у пациентов, у которых перешли к открытому хирургическому вмешательству. Оптимальная точка отсечения при оценке вероятного перехода к ОХ соответствовала 0,067 (3 балла) и оценена как промежуточная степень риска в балльной оценке G10. Конверсия к ОХ произошла в 33% наблюдений, в которых отменяли интраоперационную тяжесть изменений G10 ≥5. Наиболее значимые изменения, влияющие на оценку тяжести интраоперационного состояния и определяющие конверсию: внутритрельчатое расположение ЖП, протрузия камня за пределы ЖП, истечение желчи или гноя за пределы ЖП и наличие фистул.

Балльная система G10 обеспечивает простую оценку тяжести интраоперационных изменений ЖП и позволяет прогнозировать необходимость перехода от лапароскопічеськой к ОХ. Более широкое ее внедрение в хирургическую практику поможет лучше оценить имеющиеся особенности зоны вмешательства при удалении ЖП и создаст предпосылки для стандартизации условий с целью выработки единых требований при оказании помощи больным с острым холециститом.

Sugrue M., Cocolini F., Bucholtz M. et al. (2019) Intra-operative gallbladder scoring predicts conversion of laparoscopic to open cholecystectomy: a WSES prospective collaborative study. *World J. Emerg. Surg.*, 14: 12.

Александр Осадчий