

УДК 616.366-003.7-089.719-072.1-72

© Коллектив авторов, 2011.

## МЕСТО «ХИРУРГИИ ОДНОГО ДНЯ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**М.А. Каштальян, О.С. Кушнир, В.В. Павлишин, А.А. Тимуш**

*Одесский национальный медицинский университет. Военно-медицинский клинический центр Южного Региона.*

### “ONE DAY SURGERY” AND TREATMENT OF CHOLELITHIASIS

**M.A. Kashtalyan, O.S. Kyshnir, V.V. Pavlishin, A.A. Timysh**

#### SUMMARY

At careful selection 20-50 % of patients with a chronic cholecystitis probably to operate by principles of «one day surgery». In 2006-2010 it is operated 451 (12,1 %) patients by program of «one day surgery». Careful selection of patients was led together with the anaesthesiologist. From planned in «a hospital of one day» 504 patients, operation and treatments in prospective terms have taken place at 451. Discharging was made with full confidence of a safe current of the postoperative period in 24 hours after entering. Patients were observed by surgeon throughout 4-7 days. “One day surgery” with careful selection of patients can be success introduced at surgical treatment of a chronic and acute cholecystitis.

### МІСТО «ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ» В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ЖОВЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

**М.А. Каштальян, О.С. Кушнір, В.В. Павлішін, А.А. Тимуш**

#### РЕЗЮМЕ

За літературним даними при ретельному відборі 20-50% хворих із хронічним холециститом можливо оперувати по принципах «хірургії одного дня». З 2006-2010 г в умовах «хірургії одного дня» оперовано 451 (12,1%) хворий. Разом з анестезіологом проводився ретельний відбір пацієнтів. Із запланованих в «стаціонар одного дня» 504 хворого, операція й лікування в передбачуваний термін відбулися в 451. Виписка проводилася при повній упевненості в благополучному плині післяопераційного періоду через 24 години після вступу. Пацієнти спостерігалися хірургом протягом 4-7 днів. «Хірургію одного дня» при ретельному відборі хворих можна з успіхом впроваджувати при виконанні хірургічному лікуванні хронічного та острого холециститу.

**Ключевые слова:** жёлчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, острый калькулезный холецистит, хирургия одного дня.

Лапароскопическая холецистэктомия признана операцией выбора у больных с жёлчнокаменной болезнью [2, 9]. Начиная с 90-х годов прошлого столетия совершенствовалась техника хирургического вмешательства и лапароскопическая аппаратура. Это способствовало уменьшению продолжительности оперативного вмешательства, снижению уровня послеоперационных осложнений и продолжительности стационарного лечения. В США, странах Европы и Японии лапароскопическая холецистэктомия с успехом выполняется в условиях «стационара одного дня» [5, 7, 8]. В иностранной литературе встречаются понятия «day case surgery», «overnight surgery». Согласно номенклатуре British Association of Day Surgery «day case surgery» подразумевает выписку больного в день операции. Если пациент вынужден ночевать в стационаре - применяют термин «overnight surgery». Русскоязычный термин мы трактуем как пребывание пациента в хирургическом стационаре на протяжении 24 часов, что, по нашему мнению, соответствует критериям «overnight surgery». По мнению некоторых авторов, при тща-

тельном отборе, 20-50% больных с хроническим холециститом возможно оперировать по принципам «хирургии одного дня» [3,4,6]. В отечественной литературе мы не нашли публикаций, посвященных лечению больных с жёлчнокаменной болезнью в условиях «стационара одного дня».

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить место «хирургии одного дня» в лечении больных с жёлчнокаменной болезнью, выработать критерии отбора пациентов и принципы послеоперационного ведения.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2006-2010 гг в нашей клинике выполнено 4099 холецистэктомий, из них лапароскопически 3731 (91%). В условиях «хирургии одного дня» оперирован 451 (12,1%) больной. Преобладали женщины (83%). Средний возраст пациентов 46±2 лет.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты проходили комплексное предоперационное обследование. Амбулаторно выполнялись общеклинические исследования крови и мочи,

коагулограмма, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, рентген исследование легких, ЭКГ. По показаниям выполнялась фиброгастродуоденоскопия, КТ и д.р. Обязательный осмотр терапевтом или кардиологом.

На основании амбулаторного обследования, совместно с анестезиологом проводился тщательный отбор. Лечение по принципам «хирургии одного дня» предлагали пациентам без существенной сопутствующей патологии (критерии ASA I-II) и в отсутствие подозрений на холедохолитиаз (эпизоды механической желтухи в анамнезе, расширение холедоха). Воздерживались от лечения в «стационаре одного дня» пациентов, перенесших оперативные вмешательства на органах верхнего этажа брюшной полости, при наличии клиники спаечной болезни. Обязательно учитывались «социальные показания»: проживание в пределах города, мотивация пациента к послеоперационному пребыванию дома, возможность контакта по телефону. Пребывание в стационаре на протяжении 24 часов не носило рекомендательный характер, пациенты только информировались о такой возможности.

Госпитализация проходила утром в день операции. Через 1-3 часа после поступления выполнялось оперативное вмешательство. Операцию выполняли по общепринятой методике, как правило, с применением 3 лапаропортов, а у 7 пациенток по разработанному в нашей клинике «косметическому» методу холецистэктомии с элементами Notes-Технологий [1]. Для индукции анестезии использовали пропофол, фентанил, эсмерон. Интубация трахеи производилась

на фоне прекурарезации эсмероном и введения дитилина. Поддержание анестезии выполнялось пропофолом, фентанилом, эсмероном на фоне ингаляции кислородно-закисной смесью. С целью купирования послеоперационной тошноты в премедикацию вводилось 8мг осетрона. По окончании анестезии применяли нифолан с целью купирования послеоперационного озноба. Обычно операция заканчивалась постановкой тонкого дренажа к ложу желчного пузыря, который удалялся на следующий день.

В послеоперационном периоде не применялись наркотические анальгетики. Антибиотикопрофилактику проводили по общепринятой схеме. Перед выпиской обращали внимание на общее самочувствие больного, интенсивность послеоперационной боли и тошноты, количество и характер отделяемого по дренажу, мотивация к выписке. При сомнении в благополучном течении операции или раннего послеоперационного периода пациенты находились в стационаре столько, сколько требовало клиническое течение. Из запланированных в «стационар одного дня» 504 больного, операция и лечения в предполагаемые сроки состоялись у 451.

Пациентов выписывали при полной уверенности в благополучном течении послеоперационного периода через 24 часа после поступления. При необходимости прибегали к УЗ-контролю. Пациенты наблюдались оперирующим хирургом на протяжении 4-7 дней. Обязательно рекомендовали 1-2 профилактических осмотра до снятия швов. По нашему опыту после выписки пациенты не требовали назначения обезболивающих.

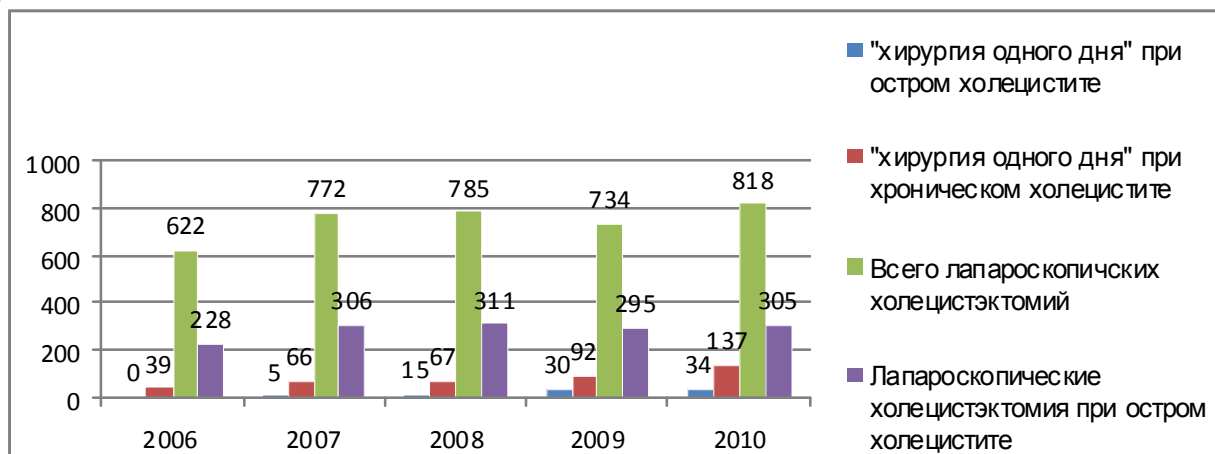


Рис. 1. Количество больных лечившихся в "стационаре одного дня".

С накоплением опыта показания к выполнению программы «хирургии одного дня» расширили. В 2006 г лечение в «стационаре одного дня» прошли 39 пациентов только с хроническим холециститом (см. Рис. 1). С 2007 года мы начали применять принципы «хирургии одного дня» у больных с острым холециститом. Количество пациентов, которые лечились по

программе увеличилось с 5 (0,65%) до 34 (4,1%) в 2010. Необходимое предоперационное обследование больной проходил на протяжении 3 часов от поступления, после чего выполнялась операция. Интраоперационно оценивали выраженность воспалительных изменений: отсутствие признаков разлитого или местного перитонита, плотного или рыхлого инфильт-

рата, деструкции стенки желчного пузыря. Критерии для выписки не отличались от таковых при хроническом холецистите. Обычно это были пациенты среднего и молодого возраста без сопутствующей соматической патологии, поступившие в первые 3-4 дня от начала приступа. Чаще такие пациенты поступали и были оперированы в начале дня, что давало возможность оперирующему хирургу более продолжительного и объективного наблюдения.

Причинами отказа от программы служили болевой синдром, технические трудности во время оперативного вмешательства, которые требовали более пристального наблюдения оперирующим хирургом (дополнительный желчный проток, аномалии анатомического расположения), незапланированная симультанная операция, неуверенность пациента.

Тяжелых осложнений не было, у 14 больных образовалась серома в параумбиликальной области, которая не требовала стационарного лечения.

#### ВЫВОДЫ

1. «Хирургию одного дня» при тщательном отборе больных можно с успехом внедрять при выполнении лапароскопической холецистэктомии в лечении хронического калькулезного холецистита, а также острого холецистита при отсутствии признаков деструкции стенки пузыря. Согласно полученным результатам современные технологии позволяют с успехом применить «хирургию одного дня» в лечении больных желчнокаменной болезнью у 12% пациентов, и до 4% при остром холецистите.

2. Лапароскопическая холецистэктомия, выполненная в условиях «хирургии одного дня», сокращает расходы на лечение, позволяет более эффективно использовать мощности хирургических стационаров и требует дальнейшего изучения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Каштальян М. А. Косметический вариант лапароскопической холецистэктомии с элементами NOTES технологий / М. А. Каштальян // Укр. журн. хірургії. – 2009. - №4. – С. 72-76.
2. Экстренная хирургия желчных путей / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, А. Ф. Элин [и др.]. – Донецк, 2005. – 434 с.
3. Рыбин Ю.Н. Анализ проведения лапароскопической холецистэктомии под общим обезболиванием в амбулаторных условиях./Рыбин Ю.Н., В.М. Вальковский// Интенсивная терапия – 2008. - №2. – С. 65-66.
4. Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy in Belgium : What Are we Waiting for?/ Berrevoet F., Biglari M., Sinove Y.[et al.]// Acta chir belg. -2006. -№106. –p.537-540.
5. Critchlow J. T. Is 24-hour observation necessary after elective laparoscopic cholecystectomy?/ Critchlow J. T. Paugh L. M.// *South Med J.* -1999. - №92. –p.1089-1092.
6. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery : a survey of 5,703 patients./ McGrath B., Elgendy H., Chung F. [et al.]// *Can J Anaesth.* -2004. -51 (9). – P.886-91.
7. Topal B. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: clinical pathway implementation is efficient and cost effective and increase hospital bed capacity./ Topal B., Peeters E, Pennichx F.// *Surgic. Enoscop.* -2007. -vol. 21, N7. -p.1143– 1147.
8. Timing of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis with cholecystolithiasis / [K. A., A. H. Onishi, M. Tani [et al.] // *Hepatogastroent.* – 2004. – Vol. 51, N 56. – P. 346 – 348.
9. Reynolds W. Jr. The first laparoscopic cholecystectomy./ Reynolds W. Jr.// *JLSL.* -2001. –Vol.5. –P.89-94.