



М.А. Кашталъян,
В.Ю. Шаповалов,
В.В. Павлишин,
О.С. Герасименко

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КОРОТКОГО ПРЕБЫВАНИЯ (ОДНИХ СУТОК)

Донецкий національний
медичний університет
ім. М.Горького

Інститут невідкладної
й відновної хірургії АМН України
м. Донецьк

© Коллектив авторов

Резюме. В 2006–2010 гг. в нашей клинике выполнено 3731 лапароскопических холецистэктомий. 401 (10,74 %) пациент находился в стационаре одних суток. Совместно с анестезиологом проводился тщательный отбор пациентов. Выписка производилась при полной уверенности в благополучном течении послеоперационного периода через 24 часа после поступления с последующим медицинским «сопровождением» в амбулаторных условиях. Из запланированных в стационар короткого пребывания 504 больного, операция и лечения в предполагаемые сроки состоялись у 401. Пациенты наблюдались оперирующим хирургом на протяжении 4–7 дней. При тщательном отборе больных с хроническим калькулезным холециститом возможно их успешное лечение в стационаре короткого пребывания, до 20 %.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, стационар короткого пребывания, стационар одних суток.

Введение

Желчекаменной болезнью, в зависимости от возраста, пола и национальности страдает до 42 % взрослого населения [2]. Начиная с 90-х годов прошлого века усовершенствовалась техника хирургического лечения и лапароскопическая аппаратура. Это способствовало уменьшению длительности хирургического вмешательства, количества послеоперационных осложнений. Лапароскопическая холецистэктомия признана операцией выбора в лечении хронического калькулезного холецистита [1, 6]. Её неоспоримым преимуществом является снижение травматичности по сравнению с открытым доступом, как следствие уменьшается период послеоперационной реабилитации [4]. Пребывание больных в стационаре после лапароскопической холецистэктомии составляет 2–3 дня, а после лапаротомной – 7–9 дней [5]. С широким внедрением малоинвазивных технологий в лечении желчнокаменной болезни предельно сократились сроки стационарного лечения. В США, Японии, странах Европы пребывание пациентов после плановой холецистэктомии может составлять не более 24 часов. Это направление в западной литературе получило название «day case surgery» и с успехом внедряется при выполнении аппендэктомий, герниопластики паховых и пупочных грыж, хирургическом лечении ГЭРБ, а также в гинекологической практике. По данным англоязычных литературных источников от 15 до 30 % лапароскопических холецистэктомий возможно выполнять по принципам «day

case surgery» [3]. В отечественной медицинской практике это направление не получило должного развития.

Материалы и методы исследования

В 2006–2010 гг в нашей клинике выполнено 3731 лапароскопических холецистэктомий. По поводу хронического калькулезного холецистита оперировано 2286 (61,3 %) больных. 401 (10,74 %) пациент с желчнокаменной болезнью находился в стационаре одних суток, из них по поводу хронического калькулезного холецистита 324. Преобладали женщины (88 %). Средний возраст пациентов составил 46 ± 2 лет. За 3–5 дней до предполагаемой госпитализации проводилось комплексное амбулаторное обследование. Выполнялось общеклиническое исследование крови и мочи, коагулограмма, флюорография органов грудной клетки, ЭКГ, ФГДС. Проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. По показаниям выполняли другие исследования (КТ, МРТ, ирригоскопия и пр.). Обязателен осмотр терапевтом или кардиологом. Лечение в стационаре короткого пребывания предлагали пациентам без существенной сопутствующей патологии (критерии ASA I–II). Исключались больные с подозрением на холедохолитиаз (эпизоды желтухи в анамнеза, расширение холедоха по данным УЗИ), перенесшие верхнесрединную лапаротомию. Одним из обязательных принципов отбора являлись «социальные показания»: проживание в городе, мотивация пациента к послеоперационному пребыванию

дома, возможность контакта по телефону, наблюдение со стороны членов семьи, а также уровень «социальной ответственности». Перед плановой госпитализацией пациентов осматривались анестезиологом, при отсутствии противопоказаний их информировали о возможности пребывания в условиях стационара одних суток.

Госпитализировали пациентов утром. Оперативное вмешательство выполнялось через 2–4 часа после поступления. Лапароскопическую холецистэктомию выполняли по общепринятой методике, как правило, с применением 3 лапаропортов, а у 11 пациенток по разработанному в нашей клинике «косметическому» методу холецистэктомии с элементами Notes-Технологий [6]. Для индукции анестезии использовали пропофол, фентанил, эсмерон. Поддержание анестезии выполнялось пропофолом, фентанилом, эсмероном на фоне ингаляции кислородно–закисной смесью. С целью купирования послеоперационной тошноты в премедикацию вводилось 8мг осетрона. В последнее время, по окончании операции, поддиафрагмальное и подпеченочное пространство орошали р–ром анестетика. Трояранные раны обкалывали р–ром анестетика длительного действия. Обычно операция заканчивалась постановкой тонкого дренажа к ложу желчного пузыря. В послеоперационном периоде не применялись наркотические анальгетики. Антибиотикопрофилактику проводили по общепринятой схеме. По показаниям проводили тромбопрофилактику низкомолекулярными гепаринами. При выявлении аномалий развития (дополнительные желчные протоки, нетипичное отхождение пузырной артерии и протока, внутривнутрипеченочное расположение желчного пузыря) или в следствии технических трудностей (сморщенный желчный пузырь, рубцовые изменения в гепатодуоденальной области, плотный инфильтрат) такие пациенты продолжали стационарное лечение столько, сколько требовало клиническое течение. Предшествующие операции на органах брюшной полости не являлись абсолютными противопоказаниями, окончательное решение принималось интраоперационно. По нашим наблюдениям пересечение единичных спаек не влияло на выраженность послеоперационных болей.

Результаты исследований и их обсуждение

Из запланированных в стационар короткого пребывания 504 пациентов с желчнокаменной болезнью, операция и лечение в предполагаемые сроки состоялись у 401 (10,7 %). Из 2290 лапароскопических холецистэктомий по поводу хронического калькулезного холецистита 324 (14,4 %) лечились в стационаре одних су-

ток. С накоплением опыта количество пациентов увеличилось с 39 (9,9 %) в 2006 г. до 110 (21,2 %) в 2010 г. Средняя продолжительность лапароскопической холецистэктомии составила 30–40 мин.

Причинами отказы от программы служили болевой синдром, технические трудности во время оперативного вмешательства, которые требовали более пристального наблюдения оперирующим хирургом, незапланированная симультанная операция, другие причины.

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

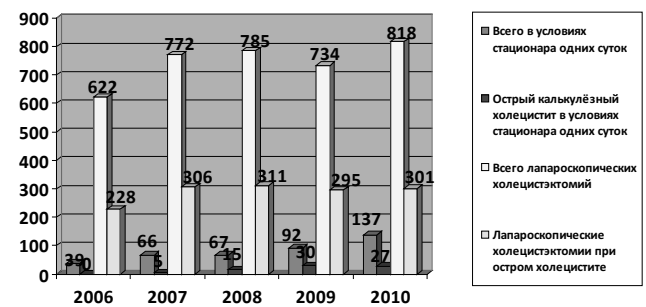


Рис. 1 Количество больных с жёлчнокаменной болезнью, которые лечились в стационаре короткого пребывания с 2006 по 2010 гг.

С накоплением опыта были расширены показания к пребыванию в стационаре короткого пребывания больных с жёлчнокаменной болезнью (рис. 1). С 2007 по 2010 гг. в нашей клинике 84 пациента с острым калькулезным холециститом, поступившие через 3–5 дней от начала приступа пребывали в условиях стационара короткого пребывания.

Пациентов выписывали при полной уверенности в благополучном течении послеоперационного периода не более чем через 24 часа после поступления. Обращали внимание на общее самочувствие больного, интенсивность послеоперационной боли и тошноты, количество и характер отделяемого по дренажу, мотивацию к выписке. При сомнении в благополучном течении операции или раннего послеоперационного периода пациенты находились в стационаре столько, сколько требовало клиническое течение. 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 средств.

Выводы

1. Выполнение лапароскопической холецистэктомии в условиях стационара одних суток возможно у 20 % больных с хроническим калькулезным холециститом.



2. При выполнении лапароскопической холецистэктомии в стационаре одних суток необходим тщательный отбор: отсутствие тяжелой сопутствующей патологии (ASA I–II), отсутствие технических трудностей во время операции, возможность медицинского «сопровождения» пациента в амбулаторных условиях.

3. Лапароскопическая холецистэктомия, выполненная в условиях стационара короткого пребывания 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. Acakovschi M. Cholesterol Gallstones: from epidemiology to prevention / M. Acakovschi // Postgraduate Medical Journal. – 2001. – Vol. 77. – P. 221 – 229.
3. A prospective study of ambulatory laparoscopic cholecystectomy: training, economic, and patient benefits / Jain PK, Hayden JD, Sedman PC [et al.] // Surg Endosc. – 2005. – № 19. – P. 1082–5.
4. Keus F. Systematic review: open, small–incision or laparoscopic cholecystectomy for symptomatic cholelithiasis / F. Keus, H. G. Gooszen, C. J. Van Laarhoven // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2009. – Vol. 29, N 4. – P. 359 – 378.
5. Open cholecystectomy for all patients in the era of laparoscopic surgery – a prospective cohort study / Leo J, Filipovic G, Kremetsova J [et al.] // BMC Surgery. – 2006. – Apr 3. – P. 65.
6. Reynolds W. Jr. The first laparoscopic cholecystectomy / Reynolds W. Jr. // JLSL. – 2001. – Vol. 5. – P. 89 – 94.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З ХРОНІЧНИМ
КАЛЬКУЛЬОЗНИМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ В УМОВАХ
СТАЦІОНАРУ КОРОТКОГО
ПЕРЕБУВАННЯ (ОДНІЄЇ
ДОБИ).

*М.А. Каштальян,
В.Ю. Шаповалов,
В.В. Павлышин,
О.С. Герасименко*

Резюме. В 2006–2010 рр. у нашій клініці виконано 3731 лапароскопічних холецистектомій. З приводу хронічного калькульозного холециститу оперовано 2286 (61,3 %) хворих, 401 (10,74 %) пацієнт знаходився у стаціонарі однієї доби. Разом з анестезіологом проводився ретельний відбір пацієнтів. Виписка проводилася при повній впевненості в благополучному плінні післяопераційного періоду через 24 години після поступлення з подальшим медичним супроводом в амбулаторних умовах. Пацієнти спостерігалися хірургом протягом 4–7 днів. Із запланованих в стаціонар короткого перебування 504 хворого, операція й лікування в передбачуваний термін відбулися в 401. Стаціонар однієї доби при ретельному відборі хворих можна з успіхом впроваджувати при виконанні хірургічному лікуванні хронічного калькульозного холециститу, до 20 %.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, стаціонар короткого перебування, стаціонар однієї доби.

TREATMENT OF PATIENTS
WITH CHRONIC CALCULOUS
CHOLECYSTITIS IN A
HOSPITAL A SHORT STAY
(ONE NIGHT).

*M.A. Kashtalyan,
V.Yu. Shapovalov,
V.V. Pavlyshyn,
O.S. Gerasimenko*

Summary. In 2006–2010 years in our clinic performed 3731 laparoscopic cholecystectomies were performed. 401 (10,74 %) patients were in hospitalized for one day. Together with the anesthesiologist we performed a careful selection of patients. Discharging was made with full confidence of a safe current of the postoperative period in 24 hours after being admitted with the subsequent medical support in out-patient requirements. Patients were under the surgeons' observing during 4–7 days. The treatment of 504 patients in a hospital of one day was planned, but only 401 patients were operated and treated in prospective terms. Day case surgery with careful selection of patients can be successfully put into practice of treatment patients with chronic calculous cholecystitis, about 20 %.

Key words: cholelithiasis, chronic calculous cholecystitis, short-stay hospital, one-day hospital.