

## **ВОЗМОЖНОСТИ СТАЦИОНАРА КОРОТКОГО ПРЕБЫВАНИЯ (ХИРУРГИИ ОДНОГО ДНЯ) В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

*М.А.Каштальян, М.М.Сербул,  
В.П.Майданюк, В.В.Павлишин*

**Одесский национальный медицинский университет  
Одесса, Украина**

---

Широкое внедрение лапароскопических технологий в абдоминальной хирургии началось с конца XX века. Уменьшение травматичности доступа явилось предпосылкой к сокращению длительности послеоперационного реабилитационного периода. Как следствие, сокращаются сроки стационарного лечения. С 2009-2011 гг. в ВМКЦ ЮР 603 пациента прошли лечение в хирургическом стационаре по программе «хирургии одного дня». Выполнены следующие лапароскопические вмешательства: 442 холецистэктомии, 125 аппендэктомий, 4 круорографии с фундопликацией по Ниссен, 14 герниопластик паховых грыж, 15 герниопластик вентральных грыж, 3 операции по поводу некроза жирового подвеса. Использование лапароскопических технологий предельно сокращает стационарное лечение пациентов, что позволяет более эффективно использовать мощности хирургических стационаров.

***Ключевые слова:** стационар короткого пребывания, хирургия одного дня, лапароскопия.*

---

### ***Введение***

Широкое внедрение лапароскопических технологий в абдоминальной хирургии началось с конца XX века. Первая лапароскопическая холецистэктомия, выполненная Erich Mühe в сентябре 1985 г., послужила началом широкого внедрения эндоскопических технологий в плановой и ургентной абдоминальной хирургии [1]. С течением времени и усовершенствованием техники лапароско-

пический доступ нашел широкое применение в различных сферах хирургии [2, 3]. Неоспоримым преимуществом лапароскопического метода является снижение травмы брюшной стенки по сравнению с открытым доступом [4]. Это позволило уменьшить интенсивность послеоперационной боли и сократить пребывание пациента на стационарном лечении. Такие распространенные хирургические операции, как герниопластика, холецистэктомия, аппендэктомия, спленэктомия, различные варианты резекции тонкой и толстой кишки, резекции печени, эхинококкэктомия и другие, широко выполняются с лапароскопического доступа [2, 3]. Снижение травматичности доступа явилось предпосылкой к сокращению длительности послеоперационного реабилитационного периода. Как следствие, сокращаются сроки стационарного лечения. В странах Европы, США, некоторых странах Азии получила распространение хирургия одного дня (day case surgery), которая подразумевала предельное сокращение стационарного лечения хирургических больных на срок не более 24 часов [5]. В нашей стране преобладают консервативные взгляды на сроки стационарного лечения, которые требуют пересмотра.

### *Материалы и методы исследования*

С 2009-2011 гг. в ВМКЦ ЮР 603 пациента прошли лечение в хирургическом стационаре по программе «хирургии одного дня». 442 пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В этой группе преобладали больные с хроническим калькулезным холециститом — 360 (81,4%), а также 82 (18,6%) пациента с острым калькулезным холециститом, поступившие не позднее трех дней с момента начала приступа. Среди пациентов преобладали женщины (85%), средний возраст составил 45 лет. 4 пациентам с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссен. 14 больным с различными формами паховых грыж выполнена лапароскопическая аллогерниопластика, из них 12 (85,7%) оперированы по методике TAPP, а 2 (14,3%) — с использованием аллотрансплантата из политетрафторэтилена. 15 пациентов оперированы по поводу грыж белой линии живота, пупочной и параумбиликальной. В этой группе преимущественно использовали аллотрансплантаты из политетрафторэтилена (PTFE) — 13 (72,2%), что не требовало их перитонизации. И только у 2 (27,8%) пациентов установлены полипропиленовые сети с последующей их

перитонизацией. 122 пациента с острым аппендицитом находились в стационаре на протяжении суток. Из них 74 — по поводу катарального аппендицита и 48 — по поводу флегмонозного. 3 пациентам выполнена плановая лапароскопическая аппендэктомия через 6 месяцев после перенесенного аппендикулярного инфильтрата. 3 больным было выполнено лапароскопическое удаление некротизировавшихся жировых привесков ободочной кишки.

При плановых операциях проводилось комплексное амбулаторное обследование пациентов. Выполнялось общеклиническое исследование крови и мочи, коагулограмма, флюорография органов грудной клетки, ЭКГ, ФГДС. Выполняли ультразвуковое исследование органов брюшной полости у больных с желчнокаменной болезнью и другие исследования по показаниям (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). На амбулаторном этапе исключались больные с подозрением на холедохолитиаз (эпизоды желтухи в анамнезе, расширение холедоха по данным УЗИ), пациенты с ГПОД в сочетании с гастроэзофагорефлюксной болезнью С-D, с рецидивными грыжами. Важным фактором являлось проживание в городе, где находится стационар с возможностью контакта по телефону и наблюдением со стороны членов семьи. Перед плановой госпитализацией пациенты осматривались анестезиологом, при отсутствии противопоказаний информировались о возможности пребывания в условиях стационара одних суток. При выполнении urgentных хирургических вмешательств необходимый объем исследования проводили на протяжении предоперационной подготовки.

Плановые госпитализации производили утром. Оперативное вмешательство выполнялось через 2-4 часа после поступления. Все лапароскопические вмешательства выполняли по общепринятой методике, как правило, с применением 3 лапаропортов. При проведении лапароскопической герниопластики вентральных, пупочных и параумбиликальных грыж зачастую использовали два лапаропорта: один 10 мм для камеры и 5 мм для герниостеплера или зажима. У 11 пациенток холецистэктомию выполняли по разработанному в нашей клинике «косметическому» методу с элементами Notes-Технологий [6]. Все операции выполняли под общим обезболиванием.

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 8 мг ондасетрона. В последнее время по окончании холецистэктомии с целью купирования френикус-синдрома поддиафрагмальное и подпеченочное пространство орошали анестетиком. Троякарные раны обкалывали раствором местного анестетика длительного действия. Обычно дренирование брюшной полости осуществляли после лапароскопической холецистэктомии и аппендэктомии. Дренажи ставились в поддиафрагмальное пространство и малый таз соответственно. При отсутствии патологического отделяемого по дренажам последние удалялись не позднее одних суток после операции. После выполнения лапароскопической герниопластики брюшная полость не дренировалась. В послеоперационном периоде не применялись наркотические анальгетики. Антибиотикопрофилактику проводили по общепринятой схеме. По показаниям проводили тромбопрофилактику низкомолекулярными гепаринами. При выявлении аномалий развития во время плановой холецистэктомии (дополнительные желчные протоки, нетипичное отхождение пузырной артерии и протока, внутripеченочное расположение желчного пузыря) или вследствие технических трудностей (сморщенный желчный пузырь, рубцовые изменения в гепатодуоденальной области, плотный инфильтрат) такие пациенты продолжали стационарное лечение столько, сколько требовало клиническое течение. Аналогично поступали и при других плановых операциях. При сомнении в благоприятном течении послеоперационного периода больные продолжали стационарное лечение под динамическим наблюдением. При выполнении urgentных операций учитывалась интраоперационная картина, течение послеоперационного периода. Обычно вопрос о выписке ставился на следующий день при удовлетворительном самочувствии больного, отсутствии патологического отделяемого по дренажам, отсутствии признаков перитонита. 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 исследования и их обсуждение*

За период 2009-2011 гг. в условиях ВМКЦ ЮР выполнено 2354 лапароскопические холецистэктомии. В этот период из запланированных в стационар короткого пребывания 521 пациента с желчно-каменной болезнью операция и лечения в предполагаемые сроки состоялись у 442 (18,8%). Средняя продолжительность лапароскопической холецистэктомии составила 30-40 мин. С накоплением опыта были расширены показания к пребыванию в стационаре короткого пребывания больных с желчнокаменной болезнью. С 2009 по 2011 г. в нашей клинике 82 пациента с острым калькулезным холециститом, поступившие через 3-5 дней от начала приступа, пребывали в условиях стационара короткого пребывания.

В исследуемый период 54 пациентам выполнены лапароскопические вмешательства по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Из них у 45 (83%) пациентов выполнена крурорафия в сочетании с фундопликацией по Ниссен и у 9 пациентов с фундопликацией по Туле (17%). 4 (7%) пациентов с ГПОД II ст. пребывали в стационаре короткого пребывания на протяжении суток. Всем им выполнена крурорафия с фундопликацией по Ниссен.

В аналогичный период выполнено 29 лапароскопических герниопластик по поводу паховой грыжи. Из них 14 (48%) пребывали в стационаре на протяжении суток. Средний возраст пациентов составил 45 лет. Средняя продолжительность операции составила около 60 мин. Стоит отметить, что использование PTFE-аллотрансплантантов сокращает продолжительность вмешательства, в 2 случаях длительность не превышала 30 мин.

32 пациентам выполнялись лапароскопические вмешательства по поводу пупочных, параумбиликальных и вентральных грыж, 15 (47%) из них — в условиях стационара короткого пребывания.

Лапароскопическая аппендэктомия выполнена 352 пациентам, из них 125 находились в стационаре меньше одних суток. В подавляющем большинстве это были пациенты молодого возраста, что объясняет отсутствие тяжелой соматической патологии.

Причинами отказы от программы хирургии одного дня 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, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, образовалась серома в параумбиликальной области, которая не требовала стационарного лечения. У 8 пациентов, оперированных по поводу острого аппендицита, серома образовалась на месте раны правой подвздошной области, возможно, это обусловлено извлечением через нее макропрепарата. Осложнений у пациентов из других групп не было.

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, наличие признаков перитонита, состояние послеоперационных ран, 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 7-8 суток. Обязательно рекомендовали 1-2 профилактических осмотра до снятия швов.

### ***Выводы***

1. Использование лапароскопических технологий предельно сокращает стационарное лечение пациентов, что позволяет более эффективно использовать мощности хирургических стационаров.

2. При выполнении плановых лапароскопических вмешательств в стационаре короткого пребывания необходим тщательный отбор пациентов, что подразумевает отсутствие тяжелой сопутствующей патологии с возможностью наблюдения пациента в амбулаторных условиях.

### ***Литература***

1. Kalpesh Jani. Twenty years after Erich Muhe: Persisting controversies with the gold standard of laparoscopic cholecystectomy / Kalpesh Jani, P.S.Rajan, K.Sendhilkumar, C.Palanivelu // J. Minim. Access. Surg. — 2006. — Vol. 2 (2). — P.49-58.
2. Mouret G. From the first laparoscopic cholecystectomy to the frontiers of laparoscopic surgery. The future perspectives / G.Mouret // Dig. Surg. — 1991. — Vol. 8. — P. 124-125.
3. William E. Kelley. The Evolution of Laparoscopy and the Revolution in Surgery in the Decade of the 1990s. / William E. Kelley // JSLS. — 2008. — Vol. 12 (4). — P. 351-357.

4. Open cholecystectomy for all patients in the era of laparoscopic surgery — a prospective cohort study / J.Leo, G.Filipovic, J.Krementsova, R.Norblad, M.Soderholm, E.Nilsson // BMC Surgery. — 2006. — №6. — P. 5.
5. Day case and short stay surgery: 2 / R.Verma, R.Alladi, I.Jackson et al.// Anaesthesia. — 2011. — Vol. 66. — P. 417-434.
6. Каштальян М.А. Косметический вариант лапароскопической холецистэктомии с элементами NOTES технологий / М.А.Каштальян // Укр. журнал хірургії. — 2009. — №4. — С. 72-76.

***М.А.Каштальян, М.М.Сербул, В.П.Майданюк, В.В.Павлішін. Можливості стаціонару короткого перебування (хірургії одного дня) в абдомінальній хірургії. Одеса, Україна.***

***Ключові слова: стаціонар короткого перебування, хірургія одного дня, лапароскопія.***

Широке застосування лапароскопічних технологій в абдомінальній хірургії почалося з кінця ХХ століття. Зменшення травматичності доступу дало можливість скоротити тривалість реабілітації в післяопераційному періоді. Як наслідок, скоротились строки стаціонарного лікування. У період 2009-2011 рр. у ВМКЦ ПР 603 пацієнта пройшли лікування в хірургічному стаціонарі по програмі «хірургії однієї дня». Виконані наступні лапароскопічні втручання: 442 холецистектомії, 125 аппендектомій, 4 крурорафії з фундоплікацією за Ніссеном, 14 герніопластик пахових гриж, 15 герніопластик вентральних гриж, 3 операції з приводу некрозу жирового підвіска товстої кишки. Використання лапароскопічних технологій максимально скорочує стаціонарне лікування пацієнтів, що дозволяє ефективно використовувати потужності хірургічних стаціонарів.

***М.А. Kashtalyan, M.M. Serbul, V.P. Maydanuk, V.V. Pavlishin. Opportunities short hospital stay (day surgery) in abdominal surgery. Odessa, Ukraine.***

***Key words: short hospital stay, day surgery, laparoscopy.***

Wide introduction of laparoscopic technologies in abdominal surgery begun at the end of XX century. Reduction of damage of surgical access was the precondition to reduction of duration of the inpatient department. In 2009-2011 years 604 laparoscopic operations performed in “short term department”. Performed laparoscopic operations: 442 cholecystectomies, 125 appendectomies, 4 Nissen funduplications with reconstruction of the diaphragmatic hiatus, 14 hernia repairs of inguinal hernias, 15 hernia repair of ventral hernias, 3 surgeries for necrosis of appendiceal epiploceas. The use of laparoscopic techniques ultimately reduces inpatient department, allow more efficient use of surgical hospitals power.