

На правах рукописи

ЧИНИКОВ МАКСИМ АЛЕКСЕЕВИЧ

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ С ДОСУТОЧНЫМ
ПРЕБЫВАНИЕМ В СТАЦИОНАРЕ**

14.01.17 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

МОСКВА - 2019

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии с курсом детской хирургии
медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Научный консультант:

Курбанов Фазиль Самедович – доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Левчук Александр Львович – доктор медицинских наук, профессор
кафедры хирургии с курсом травматологии, ортопедии и хирургической
эндокринологии института усовершенствования врачей ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.
Пирогова», Заслуженный врач РФ, зав. 2 хирургическим отделением

Зубрицкий Владислав Феликсович – доктор медицинских наук,
профессор, зав. кафедрой хирургии ФГБОУ ВО «МГУПП»

Ачкасов Евгений Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор
кафедры госпитальной хирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый
МГМУ им. И.М.Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

Ведущая организация:

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского»
Минобрнауки России

Защита диссертации состоится _____ 2019 года в _____ часов на заседании
диссертационного совета Д.212.203.37 Российского университета дружбы народов
(117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, дом 8).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Российского
университета дружбы народов (117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, дом 6).

Автореферат разослан “ _____ ” _____ 2019 года

Ученый секретарь диссертационного совета,

кандидат медицинских наук

М.Ю. Персов

Актуальность темы исследования

Желчнокаменная болезнь находится в тройке наиболее часто встречающихся заболеваний. В большинстве случаев, различные формы данного заболевания требуют хирургического лечения. Для больных хроническим калькулёзным холециститом «золотым стандартом» лечения уже давно считается лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Короткий реабилитационный период, малая травматичность данной операции обеспечили широкое её внедрение в хирургическую практику.

Повсеместное внедрение малоинвазивных операций приводит к значительному сокращению сроков пребывания больных в стационаре, что влечёт за собой изменение тактических подходов в лечении калькулёзного холецистита.

Уменьшение продолжительности стационарного лечения до минимума обладает несколькими положительными сторонами: минимизирует риски развития внутригоспитальной инфекции, способствует скорейшей реабилитации оперированных больных, а также снижает затраты на их лечение (Nystrom P.O., 2004; Rodriguez V.T. et al., 2015; Trevino C.M. et al., 2016). Кроме этого, ранняя выписка оперированного пациента способствует его быстрой социальной и профессиональной реабилитации, что приводит к уменьшению сроков нетрудоспособности (Сажин В.П. и соавт., 2003; Brescia A. et al., 2013; Al-Qahtani H.H. et al., 2015), и, за счёт скорейшего возврата оперированного к трудовой деятельности, обладает экономическим потенциалом.

В настоящее время во многих странах у больных хроническим калькулёзным холециститом ЛХЭ выполняется с ранней досуточной выпиской пациента из стационара (Durantez F.D. et al., 2013; Al-Omani S. et al., 2015; Rodriguez V.T. et al., 2015; Viana C. et al., 2015; Rosero E.B. et al., 2017).

Степень разработанности темы

Однако, несмотря на малую инвазивность операции и привлекательность такого варианта лечения, в настоящее время в литературе продолжается дискуссия о показаниях и противопоказаниях к выполнению ЛХЭ с ранней выпиской оперированных и единого мнения на этот счёт нет (Vaughan J., 2013; Lezana Pérez M.A., 2013; Carlomango N. et al., 2016; Tandon A. et al., 2016). Существуют группы

больных калькулёзным холециститом, у которых возможность лапароскопической операции с ранней выпиской из стационара подвергается сомнению. К ним относят пациентов старших возрастных групп, с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, а также больных острым калькулёзным холециститом.

Кроме этого, консервативность подхода к лечению и боязнь развития послеоперационных осложнений, а также низкая информированность населения о возможностях и положительных моментах хирургии с уменьшением пребывания оперированных больных в стационаре до 1 суток обуславливают медленные темпы внедрения данного варианта лечения в клиническую практику. Несмотря на широкое внедрение выполнения ЛХЭ в условиях стационаров досуточного наблюдения и центров амбулаторной хирургии за рубежом, в России сообщения о применении таких подходов к лечению хронического калькулёзного холецистита встречаются редко (Сажин В.П. и соавт., 2003; Рыбин Ю.Н. и соавт., 2008). А сообщений о хирургическом лечении больных острым калькулёзным холециститом с выпиской оперированных в течение первых суток от момента госпитализации нет.

Таким образом, проблема хирургического лечения больных различными формами калькулёзного холецистита с досуточным пребыванием в стационаре сегодня очень актуальна и для её решения необходимо разработать адекватную лечебно-диагностическую тактику, в зависимости от формы заболевания, наличия осложнений, вида и степени тяжести сопутствующих заболеваний и других факторов.

Цель исследования: разработка рациональной тактики хирургического лечения больных острым и хроническим калькулёзным холециститом с ранней реабилитацией пациентов, позволяющей выписать оперированных в течение суток от момента поступления.

Задачи исследования

1. Выделить основные факторы, определяющие возможности малоинвазивного хирургического лечения больных разными формами калькулёзного холецистита с досуточным пребыванием в стационаре.

2. Оценить возможности ранней досуточной выписки больных острым калькулёзным холециститом после лапароскопической холецистэктомии.
3. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с разными формами калькулёзного холецистита при ранней досуточной выписке пациентов из стационара.
4. Определить влияние конверсии доступа на возможность выписки оперированных больных в 1-е сутки после поступления.
5. Разработать критерии ранней безопасной выписки больных различными формами калькулёзного холецистита после лапароскопических операций.
6. Разработать рациональные алгоритмы малоинвазивного хирургического лечения больных с различными формами калькулёзного холецистита в условиях досуточного стационарного наблюдения.
7. Выполнить анализ показателей качества жизни в раннем послеоперационном периоде у больных калькулёзным холециститом, выписанных в течение суток от момента поступления.
8. Разработать алгоритм мониторинга состояния оперированных пациентов после их ранней досуточной выписки из стационара.

Научная новизна исследования

1. Показана возможность малоинвазивного хирургического лечения больных острым калькулёзным холециститом с уменьшением времени их стационарного лечения до одних суток.
2. Впервые выполнен анализ результатов малоинвазивного хирургического лечения больных острым калькулёзным холециститом с выпиской пациентов в течение суток от момента поступления. Произведена оценка показаний и противопоказаний к ранней досуточной выписке оперированных.
3. Определены критерии, позволяющие осуществить раннюю выписку оперированных больных острым и хроническим калькулёзным холециститом в течение одних суток от момента госпитализации.

4. Применение разработанного хирургического ретрактора-осветителя способствует сокращению времени выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа, что при возникновении показаний к конверсии доступа позволяет осуществлять раннюю досуточную выписку оперированных.
5. Продемонстрировано, что тщательный отбор больных калькулёзным холециститом позволяет успешно лечить их в условиях стационара досуточного наблюдения. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм даёт возможность добиться хороших результатов лечения этой категории больных при сокращении сроков стационарного лечения до 1 суток, что сопоставимо с результатами лечения в условиях обычного хирургического отделения.
6. Доказана безопасность ранней досуточной выписки больных различными формами калькулёзного холецистита после выполнения лапароскопической холецистэктомии.
7. Впервые показано, что выписка оперированных в течение одних суток от момента поступления способствует улучшению психологической составляющей комфорта, как одного из показателей качества жизни пациентов. У больных острым калькулёзным холециститом она сопровождается также более быстрыми темпами восстановления физического статуса оперированных.

Теоретическая и практическая значимость работы

1. Определена группа больных острым и хроническим калькулёзным холециститом, которых, благодаря применению разработанных критериев, можно безопасно выписать в 1-е сутки от момента госпитализации.
2. Доказано, что применение разработанных критериев выписки у больных различными формами калькулёзного холецистита позволит уменьшить сроки лечения оперированных пациентов в стационаре на 3-4 койко-дня.
3. Показано, что разработанные лечебно-диагностические алгоритмы необходимо применять только в условиях многопрофильного стационара с учётом тщательного отбора больных и обязательным мониторингом состояния оперированных пациентов после ранней выписки.

4. Продемонстрировано, что сокращение сроков стационарного лечения больных калькулёзным холециститом до одних суток сопровождается более быстрыми темпами нормализации психологической составляющей реабилитации оперированных и уменьшением сроков временной нетрудоспособности.

5. Показано, что использование разработанной тактики лечения больных калькулёзным холециститом с ранней досуточной выпиской оперированных может привести к экономии финансовых ресурсов.

Внедрение в практику

Основные положения и выводы диссертации используются в практической работе ЦКБ Российской Академии наук Москвы, ГКБ № 2 им. М.Э. Эфендиева и медицинского центра «International Medical Centre – 2» г. Баку, Азербайджанская Республика.

Положения, выносимые на защиту

1. Выполнение малоинвазивных вариантов холецистэктомии без конверсии доступа в широкую лапаротомию и увеличения объёма операции, а также отсутствие признаков послеоперационных осложнений - основные факторы, определяющие возможность выписки оперированных в течение одних суток от момента госпитализации.

2. Лечение больных острым калькулёзным холециститом с выпиской оперированных в течение 1 суток возможно у 48% пациентов с неосложнённой формой заболевания.

3. Результаты лечения больных острым и хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара досуточного наблюдения сопоставимы с результатами лечения этой категории больных в условиях обычного хирургического отделения.

4. Применение разработанных критериев ранней безопасной выписки больных острым и хроническим калькулёзным холециститом минимизирует риски, связанные с коротким временем пребывания пациентов в стационаре.

5. Разработанные алгоритмы лечения больных острым и хроническим калькулёзным холециститом позволяет определить группу оперированных пациентов, которых можно выписать в течение одних суток от момента госпитализации.

6. Уменьшение сроков стационарного лечения оперированных до одних суток способствует ускорению ранней послеоперационной реабилитации, в том числе за счёт повышения уровня психологической составляющей качества жизни, что приводит к уменьшению сроков временной нетрудоспособности пациентов.

7. Алгоритм мониторинга состояния оперированных после их ранней досуточной выписки из стационара позволяет определить группу пациентов, находящихся в домашних условиях, которые нуждаются во врачебном наблюдении.

Степень достоверности и апробация работы

Результаты исследования являются достоверными, подтверждены большим количеством клинического материала с формированием групп сравнения, современными методами исследований и корректными методами статистической обработки. Сформулированные выводы, положения и рекомендации аргументированы и логически вытекают из системного анализа результатов выполненных исследований.

Результаты проведенных исследований доложены на:

- XVII съезде Российского Общества Эндоскопических Хирургов (Москва, 2014);
- Турецком гепатопанкреатобилиарном хирургическом конгрессе (Анталия, 2015);
- XII съезде хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015);
- V съезде амбулаторных хирургов РФ (Санкт-Петербург, 2015);
- Национальном хирургическом конгрессе совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ (Москва, 2017);
- Конференции молодых учёных «Виноградовские чтения. Актуальные проблемы хирургии, травматологии и реаниматологии» (Москва, 2015, 2017);

- Общероссийском хирургическом форуме-2018 с международным участием (Москва, 2018);
- 1 Конгрессе Международного Форума Военной Хирургии имени Амбруа Парэ (APIMSF) (Баку, 2018).

Апробация диссертации проведена на совместной научной конференции кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, кафедры госпитальной хирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедры экспериментальной и клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, сотрудников ЦКБ РАН и НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД» 25 октября 2018 года.

По теме диссертации опубликовано 25 печатных работ, 13 из них в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК РФ (9 работ цитируются в наукометрической базе Scopus), в том числе оформлен один патент на полезную модель.

Структура диссертации

Диссертация состоит из оглавления, списка сокращений, введения, 6 глав (в том числе обзора литературы), заключения, выводов, практических рекомендаций и приложения; содержит 255 страниц машинописного текста, 43 рисунка, 28 таблиц, 7 клинических примеров, 3 приложения. Список использованной литературы включает 173 источника, в том числе 74 отечественных и 99 зарубежных авторов.

Основное содержание работы

Материалы исследования

В исследовании выполнена оценка результатов лечения 595 больных острым и хроническим калькулёзным холециститом, оперированных в Центральной клинической больнице Российской академии наук г. Москвы, ГКБ № 2 им. М.Э. Эфендиева и Медицинском центре «International Medical Centre-2» г. Баку Азербайджанская Республика с января 2012 года по декабрь 2016 года. Всем пациентам планировали выполнить ЛХЭ.

Все пациенты разделены на два блока в зависимости от формы основного заболевания (таблица 1): больные хроническим холециститом (312 больных) и больные острым холециститом (283 больных). В каждом блоке выделены 2 группы пациентов: основная группа и группа сравнения. Больных основной группы, после выполнения ЛХЭ, выписывали из стационара в течение 1 суток от момента поступления. Больные группы сравнения, которым также выполнялась ЛХЭ, лечились в условиях хирургического отделения стационара более 1 суток.

Таблица 1 – Распределение больных по форме основного заболевания и группам

Заболевание	Основная группа (выписка в течение 1 суток)	Группа сравнения	Всего
Хронический холецистит	59	253	312 (52%)
Острый холецистит	136	147	283 (48%)
Итого	195 (33%)	400 (67%)	595 (100%)

Больные хроническим калькулёзным холециститом поступали для хирургического лечения в плановом порядке после стандартного в таких случаях предоперационного обследования. В основную группу больных хроническим калькулёзным холециститом (59 пациентов) отбирали для лечения в стационаре досуточного наблюдения по следующим критериям включения: 1. нет осложнённых форм ЖКБ (холедохолитиаз, механическая желтуха, тяжёлый панкреатит, непрерывно рецидивирующее течение заболевания, микрохолецистостомия в анамнезе); 2. риск анестезии по шкале Американского общества анестезиологов (ASA) I-III классов, если сопутствующие заболевания компенсированы; 3. индекс массы тела ≤ 35 кг/м²; 4. отсутствие больших операций на органах верхнего этажа брюшной полости в анамнезе; 5. симультанное вмешательство не планируется.

Группа сравнения включала 253 больных хроническим калькулёзным холециститом, которых после выполнения ЛХЭ не планировали к выписке в течение первых суток от момента госпитализации, но которые соответствовали перечисленным выше критериям подбора.

Аналогичный подход был применен при лечении больных острым калькулёзным холециститом. В исследование были включены только больные с неосложнённой формой острого калькулёзного холецистита (т.е. без признаков механической желтухи, распространённого перитонита и при отсутствии сонографических признаков гангренозной формы заболевания, перивезикальных осложнений и заболеваний желчевыводящих протоков).

Из 283 больных острым калькулёзным холециститом, после выполнения ЛХЭ, в течение первых суток от момента госпитализации были выписаны 136 пациентов (вошли в основную группу больных). Остальные 147 больных острым калькулёзным холециститом выписаны позже одних суток от момента поступления (вошли в группу сравнения).

Все больные (вне зависимости от формы холецистита), выписанные из стационара в течение первых суток от момента госпитализации составили основную группу (195 больных). Таким образом, разделив больных по форме калькулёзного холецистита (острый и хронический), мы создали группы в соответствии со сроком выписки оперированных из стационара.

Для осуществления выписки из стационара в течение первых суток от момента госпитализации все больные, включенные в основную группу, должны были соответствовать следующим бытовым и медицинским критериям: 1. письменное информированное согласие на раннюю (до 23 часов) выписку; 2. взрослый сопровождающий в течение первых суток после выписки; 3. проживание в отдельной квартире или доме не далее 1 часа езды до стационара; 4. наличие домашнего стационарного телефона; 5. нет сопутствующих психоневрологических заболеваний или лабильной психики; 6. нет заболеваний опорно-двигательного аппарата, ограничивающих раннюю активизацию больных; 7. нет сопутствующих заболеваний, требующих мониторинга после операции; 8. возраст до 85 лет.

Но если для больных хроническим холециститом это было критерием отбора на догоспитальном этапе, то у больных острым холециститом эти критерии оценивались уже в раннем послеоперационном периоде.

Для профилактики интенсивной послеоперационной боли за 40 минут до операции внутримышечно вводили 30 мг кеторолака или 100 мг кетопрофена. Всем больным острым калькулёзным холециститом проводили антибактериальное лечение. В стационарных условиях антибактериальные средства вводили внутривенно (первая инъекция за 40 мин. до операции) и, при ранней досуточной выписке, рекомендовали продолжение приёма таблетированных форм препаратов на амбулаторном этапе (до 5-7 дня после операции).

Средний возраст больных хроническим калькулёзным холециститом в основной группе составил $43,8 \pm 13,9$ года (от 19 до 79 лет), а больных группы сравнения $53,9 \pm 13,2$ года (от 26 до 80 лет). Статистически значимых различий по среднему возрасту у больных хроническим холециститом среди обеих групп не выявлено ($p > 0,05$). В обеих группах преобладали женщины, но мужчин было статистически значимо больше в группе сравнения (26,1% против 6,8% в основной группе) ($p < 0,05$). По давности заболевания статистически значимых различий между группами не выявлено, в основной группе медиана этого показателя составила 2 года (с интерквартильным размахом /ИКР/ от 1 до 5 лет), в группе сравнения медиана также была равна 2 годам с ИКР от полугода до 6 лет. Число пациентов с латентной формой заболевания было статистически значимо больше в группе сравнения (47,4% против 28,8% в основной группе, при $p < 0,05$). Средняя частота приступов желчной колики у больных хроническим калькулёзным холециститом в основной группе составила $2,3 \pm 1,1$ раза/год, в группе сравнения – $2,7 \pm 1,3$ раза/год и статистически значимо не отличалась ($p > 0,05$). Из сопутствующих заболеваний у больных обеих групп чаще всего выявляли гипертоническую болезнь 2–3 стадии и хронический гастрит. Сахарный диабет 2 типа и бронхиальная астма, диагностированные у больных, были в состоянии компенсации. У 20 (33,9%) больных основной группы и 75 (29,6%) больных группы сравнения выявлено 2 и более сопутствующих заболеваний. Около 30% больных в обеих группах не имели сопутствующих заболеваний. По частоте

сопутствующих заболеваний статистически значимых различий в обеих группах больных не выявлено. В основной группе класс риска анестезии ASA в среднем был $2,1 \pm 0,6$, в группе сравнения – $2,4 \pm 0,5$ (рисунок 1). Статистически значимых различий по этому показателю у больных обеих групп не выявлено ($p < 0,05$). Сравнение выделенных групп больных хроническим холециститом показало, что группы были сопоставимы по возрасту, срокам заболевания, видам сопутствующих заболеваний, классу риска анестезии (по шкале ASA). В основной группе статистически значимо меньше была доля мужчин, а также пациентов с латентной формой заболевания.

При сравнительной оценке групп больных острым калькулёзным холециститом получены следующие данные. Средний возраст больных основной группы с острым холециститом составил $45,5 \pm 14,1$ лет (от 16 до 77 лет), а группы сравнения - $52,8 \pm 14,1$ года (от 23 до 85 лет). Статистически значимых различий по среднему возрасту у больных обеих групп не выявлено ($p > 0,05$). Отмечалось преобладание женщин в обеих группах больных острым холециститом, но доля мужчин была статистически значимо больше в группе сравнения (34,7% против 19,1 в основной группе, при $p < 0,05$).

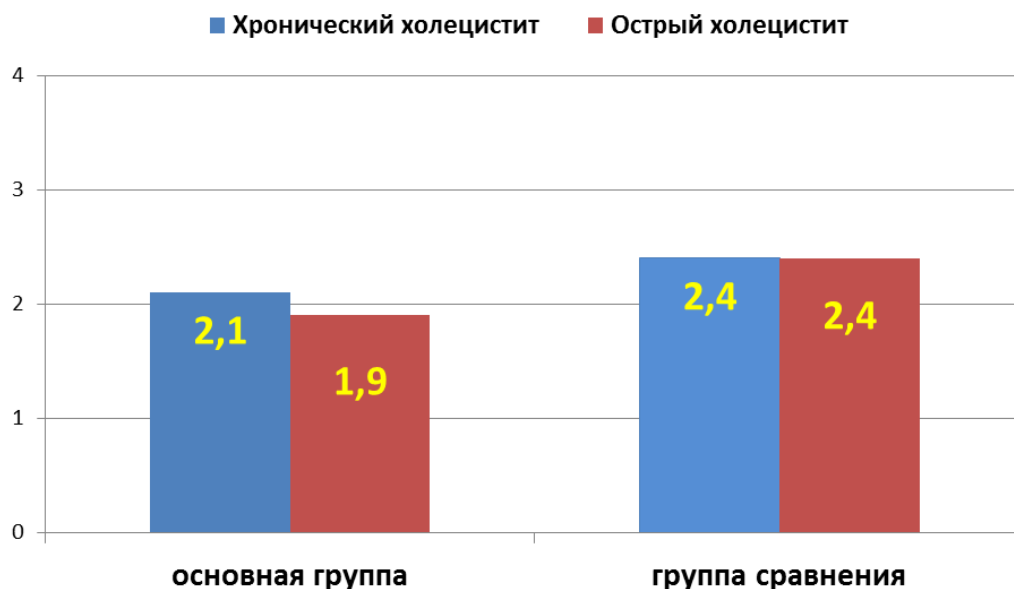


Рисунок 1 – Класс риска анестезии по шкале ASA у больных обеих групп

Продолжительность приступа у больных острым калькулёзным холециститом в основной группе составила в среднем $1,5 \pm 0,3$ дня, в группе сравнения - $1,9 \pm 0,6$ суток. У большинства больных острым холециститом ЛХЭ была выполнена в ранние сроки заболевания (в первые 2 суток от начала приступа). Среди больных острым калькулёзным холециститом флегмонозная форма заболевания была выявлена у 33,8 % пациентов основной группы и у 41,5% – группы сравнения. Статистически значимых различий по продолжительности приступа и количеству больных флегмонозной формой заболевания среди пациентов обеих групп выявлено не было ($p > 0,05$). В основной группе средние значения уровня лейкоцитов в общем клиническом анализе крови составили $8,5 \pm 3,2 \times 10^9/\text{л}$, в группе сравнения - $9,4 \pm 3,1 \times 10^9/\text{л}$. По уровню лейкоцитов в общем клиническом анализе крови статистически значимых различий у больных сравниваемых групп не выявлено ($p > 0,05$). Невысокий средний уровень лейкоцитоза в обеих группах говорит о том, что все больные острым калькулёзным холециститом оперированы до развития тяжёлых деструктивных форм заболевания. Среди больных острым калькулёзным холециститом у 1/5 части оперированных не было сопутствующих заболеваний. 81 (59,5%) больной основной группы и 90 (61,2%) больных группы сравнения имели более 2 сопутствующих заболеваний. Наиболее часто у больных обеих групп встречались гипертоническая болезнь, хронический гастрит и различные формы ишемической болезни сердца. Обращает на себя внимание, что в обеих группах были больные сахарным диабетом 2 типа и бронхиальной астмой, данные заболевания были в стадии компенсации. Статистически значимых различий по частоте и видам сопутствующих заболеваний между группами пациентов не выявлено ($p > 0,05$). В основной группе больных острым холециститом класс риска анестезии ASA в среднем был $1,9 \pm 0,4$, в группе сравнения – $2,4 \pm 0,5$ (рисунок 1). Статистически значимых различий по этому показателю у больных обеих групп не выявлено ($p > 0,05$). Но пациентов с III классом риска анестезии ASA в группе сравнения было статистически значимо больше (39,5%), чем в основной (2,9%).

Обе группы больных острым холециститом не отличались по возрасту, продолжительности приступа, уровню лейкоцитоза, частоте выявления

флегмонозной формы заболевания, классу риска анестезии (по шкале ASA) и видам сопутствующих заболеваний. В основной группе доля мужчин была статистически значимо меньше ($p < 0,05$). На основании всего перечисленного можно говорить, что сравниваемые группы больных острым калькулёзным холециститом были сопоставимы.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) средние значения толщины стенки желчного пузыря (ЖП) варьировали от 3,4 до 6,4 мм. По степени выраженности воспалительных изменений стенки ЖП статистически значимых отличий между группами больных не выявлено ($p > 0,05$). Данный факт косвенно указывает на то, что в обеих группах больных острым калькулёзным холециститом оперировали в ранние сроки заболевания.

Для оценки качества жизни (КЖ) в раннем послеоперационном периоде выполняли тестирование 70 больных основной группы (у 35 больных хроническим калькулёзным холециститом и у 35 больных острым холециститом). Полученные данные сравнивали с результатами тестирования 70 больных группы сравнения (по 35 больных хроническим и острым калькулёзным холециститом). КЖ оценивали в 3 контрольных точках: через 14 часов после ЛХЭ, на 2-е и 3-и сутки после операции. При проведении оценки КЖ по половому составу статистически значимых различий между группами больных как острым, так и хроническим калькулёзным холециститом, выявлено не было ($p > 0,05$). В обеих группах преобладали женщины.

При изучении КЖ средний возраст больных хроническим холециститом в основной группе был $45,1 \pm 14,3$ лет, в группе сравнения - $51,5 \pm 12,7$ лет. У больных острым холециститом - $44,9 \pm 12,1$ и $49,3 \pm 13,2$ лет соответственно. По среднему возрасту статистически значимых различий между группами больных, у которых оценивали КЖ, не выявлено ($p > 0,05$). Доля больных хроническим калькулёзным холециститом пожилого и старческого возраста в основной группе составила 34% до 40% в группе сравнения и статистически значимо не отличалась в обеих группах ($p > 0,05$). Число пациентов старше 60 лет, оперированных с диагнозом острый калькулёзный холецистит, варьировало от 25% в основной группе до 31% в группе сравнения и статистически значимо не отличалось ($p > 0,05$).

При изучении КЖ средние значения риска анестезии (ASA) у больных хроническим холециститом в основной группе были $2,2 \pm 0,5$ балла, в группе сравнения - $2,5 \pm 0,4$ балла. У больных острым холециститом - $2,0 \pm 0,6$ и $2,3 \pm 0,5$ баллов соответственно. Статистически значимых различий по риску анестезии ASA между пациентами обеих групп, у которых изучали КЖ, не выявлено ($p > 0,05$). Около половины больных, оперированных с острым калькулёзным холециститом, имели два и более сопутствующих заболевания. Аналогичное число сопутствующих заболеваний выявлено у 1/3 пациентов, оперированных с хроническим калькулёзным холециститом. По частоте выявления сопутствующих заболеваний между больными обеих групп статистически значимых отличий не выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, группы больных острым и хроническим калькулёзным холециститом, у которых производили оценку КЖ в раннем послеоперационном периоде, были сопоставимы по полу, возрасту и частоте сопутствующих заболеваний.

Методы исследования

Клинический; ультразвуковой, лабораторный, статистический.

Результаты исследования

В основной группе больных хроническим калькулёзным холециститом при УЗИ отсутствие дифференцировки элементов шейки ЖП и гепато-дуоденальной связки выявили у 8 (13,6%) пациентов, а интраоперационно спаечный процесс обнаружен только у 2 (25%) из них. В группе сравнения при УЗИ этот признак выявили у 16 (6,3%) пациентов, но только у 31% из них (5 из 16 больных) интраоперационно выявлен рыхлый спаечный процесс в области шейки ЖП. Связь между частотой выявления этого сонографического симптома (отсутствие дифференцировки элементов шейки ЖП) и интраоперационным обнаружением спаек в зоне вмешательства, оцененная с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена, была статистически не значимой в обеих группах больных ($p > 0,05$).

Оценка полученных результатов говорит о низкой чувствительности УЗИ в рамках прогнозирования спаечного процесса в зоне вмешательства. Отсутствие дифференцировки элементов шейки ЖП при УЗИ не считаем абсолютным

противопоказанием к лечению больных в условиях стационара досуточного наблюдения.

Продолжительность операции у больных хроническим холециститом в основной группе варьировала от 25 до 65 минут (в среднем $43,7 \pm 8,4$ мин.), в группе сравнения – от 10 до 115 минут ($40,7 \pm 15,2$ мин.). Объем интраоперационной кровопотери в основной группе варьировал от 10 до 50 мл (в среднем $29,5 \pm 7,6$ мл), в группе сравнения – от 3 до 100 мл (в среднем $13,1 \pm 12,6$ мл). Статистически значимых отличий по продолжительности операции и объему интраоперационной кровопотери в исследуемых группах не выявлено ($p > 0,05$).

С учётом планового характера вмешательств частота интраоперационных осложнений (таблица 2) была небольшой и составила 1,7% в основной группе, и 0,8% в группе сравнения, во всех случаях это были кровотечения из ложа ЖП объёмом от 50 до 100 мл, гемостаз был достигнут без конверсии доступа. Статистически значимых различий по частоте интраоперационных осложнений среди групп больных хроническим холециститом не выявлено ($p > 0,05$).

У 2 (0,8%) больных хроническим холециститом из группы сравнения выполнена конверсия доступа, причиной которой стал плотный спаечный конгломерат в области шейки ЖП. В основной группе больных хроническим холециститом конверсий не было.

Таблица 2 – Структура осложнений у больных хроническим калькулёзным холециститом

Осложнения	Основная группа, n=59	Группа сравнения, n=253
Интраоперационные (кровотечение)	1 (1,7%)	2 (0,8%)
Послеоперационные (всего)	1 (1,7%)	13 (5,1%)
Послеоперационная тошнота и рвота	1 (1,7%)	12 (4,7%)
Воспалительный инфильтрат послеоперационной раны	-	1 (0,4%)

* – при $p < 0,05$

Связь между продолжительностью операции и сроком послеоперационного стационарного лечения у больных хроническим калькулёзным холециститом, оцененная с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена, была статистически не значимой в обеих группах больных ($p > 0,05$). Т.е. продолжительность операции не влияла на сроки послеоперационного стационарного лечения.

По полученным нами данным, единственным интраоперационным фактором, который влияет на сроки послеоперационного стационарного лечения и не позволяет выписать оперированных в течение суток после поступления у больных хроническим холециститом является конверсия доступа в широкую лапаротомию.

Послеоперационные осложнения до момента выписки из стационара возникли у 14 больных хроническим калькулёзным холециститом в обеих группах пациентов (таблица 2). Основным осложнением в обеих группах больных хроническим калькулёзным холециститом была послеоперационная рвота. Через 14 часов после ЛХЭ послеоперационная рвота сохранялась у 12 (4,7%) больных группы сравнения и 1 (1,7%) больного основной группы. Меньшая частота послеоперационной рвоты у больных основной группы уже через 14 часов после вмешательства (к концу первых суток от момента поступления) была связана с предоперационной профилактикой этого осложнения. В связи с сохраняющейся тошнотой и рвотой 1 (1,7%) пациентку основной группы мы не смогли выписать в течение 23 часов после поступления. Ещё у 1 (0,4%) больного группы сравнения на 2-е сутки после операции был диагностирован воспалительный инфильтрат в проекции параумбиликальной троакарной раны, который регрессировал на фоне консервативного лечения.

По общему числу послеоперационных осложнений статистически значимых различий между группами не выявлено, а значит ранняя выписка больных хроническим калькулёзным холециститом, после выполнения им ЛХЭ, не сопровождается увеличением частоты послеоперационных осложнений. По результатам нашего исследования, основным послеоперационным фактором, ограничивающим выписку в течение первых суток после госпитализации, у

больных хроническим калькулёзным холециститом, перенёсших ЛХЭ, является послеоперационная рвота.

Интенсивность послеоперационной боли по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) и потребность в анальгетиках оценили у 70 больных хроническим калькулёзным холециститом. Через 6 часов после операции у больных основной группы интенсивность послеоперационной боли в среднем составила – $4,9 \pm 0,8$ балла, в группе сравнения – $5,2 \pm 1,0$ баллов. Через 14 часов после ЛХЭ средние значения этого показателя в обеих группах составили $2,8 \pm 0,6$ и $3,1 \pm 0,4$ балла соответственно, что говорило о боли низкой интенсивности. Статистически значимых различий интенсивности боли через 6 часов после ЛХЭ между больными обеих групп не выявлено ($p > 0,05$), аналогичные данные получены при сравнении этого показателя через 14 часов после операции. Мы отметили статистически значимое снижение интенсивности боли, через 14 часов после выполнения ЛХЭ, в сравнении с 6-ю часами после операции в каждой группе ($p < 0,05$). После выполнения ЛХЭ интенсивность послеоперационной боли статистически значимо снижается (до низкой интенсивности) уже к 14 часам после вмешательства и ко 2-м суткам после операции значимо не меняется. Данный факт указывает на возможность выписки большей части оперированных больных в течение 1-х суток от момента поступления.

Конверсия доступа в широкую лапаротомию у 2 больных хроническим калькулёзным холециститом группы сравнения сопровождалась болью средней интенсивности (7 баллов по ЦРШ) до 3 суток после операции.

В течение первых суток после вмешательства пациентам основной группы в среднем выполняли $3,4 \pm 0,4$ инъекции нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), а пациентам группы сравнения – $3,6 \pm 0,3$ инъекции. Статистически значимых различий по частоте инъекций НПВС в обеих группах не было ($p > 0,05$).

У 6 (2,4%) больных группы сравнения для купирования послеоперационной боли высокой интенсивности использовали наркотические анальгетики, причём одному из них выполнена конверсия доступа в широкую лапаротомию. У остальных 5 пациентов причиной назначения наркотических анальгетиков был размер желчных конкрементов 33-45 мм, что послужило поводом считать

противопоказанием к лечению в стационаре досуточного наблюдения больных хроническим холециститом с крупными конкрементами в ЖП (>30 мм).

Таким образом, средние показатели интенсивности боли уже через 14 часов после выполнения ЛХЭ соответствовали боли низкой интенсивности и не отличались в обеих группах. Это позволяет планировать больных хроническим калькулёзным холециститом, после выполнения им ЛХЭ, к ранней досуточной выписке. А конверсия доступа в широкую лапаротомию сопровождалась послеоперационной болью высокой интенсивности, что не позволяло выписать оперированных больных в течение одних суток от момента госпитализации. Соответственно, послеоперационная боль, не купирующаяся ненаркотическими анальгетиками, является послеоперационным фактором, не позволяющим планировать раннюю выписку пациентов.

На основании результатов нашего исследования мы выделили факторы, которые ограничивают возможность ранней выписки больных хроническим калькулёзным холециститом после выполнения им ЛХЭ:

1. конверсия доступа в широкую лапаротомию;
2. послеоперационная рвота.

Раннюю досуточную выписку больных (до 23 часов от момента поступления), оперированных с диагнозом хронический калькулёзный холецистит, можно осуществлять при следующих условиях:

1. не было конверсии доступа в широкую лапаротомию;
2. нет признаков послеоперационных осложнений;
3. диспептические явления слабо выражены или отсутствуют;
4. послеоперационная боль низкой интенсивности и уменьшается после перорального приёма ненаркотических анальгетиков;
5. пациент согласен на раннюю досуточную выписку.

При возникновении выделенных нами факторов, а также при несоответствии условиям выписки, необходимо продолжить стационарное лечение и наблюдение за оперированными больными более 1 суток.

В течение 1 суток от момента поступления выписаны 58 пациентов основной группы. Из-за развития послеоперационной рвоты только 1 пациентку этой группы

мы выписали на 2-е сутки после ЛХЭ. Летальных исходов при лечении хронического калькулёзного холецистита в обеих группах не было.

Средняя длительность послеоперационного стационарного лечения у больных основной группы составила $19,4 \pm 1,8$ часов, а группы сравнения - 72 ± 24 часа ($3,1 \pm 1,0$ суток). Длительность послеоперационного стационарного лечения у больных группы сравнения была статистически значимо больше, чем у больных основной группы ($p < 0,05$). Повторных госпитализаций в обеих группах больных хроническим калькулёзным холециститом не было.

Корреляционный анализ, выполненный с использованием критерия ранговой корреляции Спирмена, не выявил статистически значимой зависимости длительности послеоперационного стационарного лечения больных группы сравнения от продолжительности операции, наличия интраоперационных и послеоперационных осложнений, диаметра конкрементов, риска анестезии ASA и т.п. ($p > 0,05$). Что говорит о том, что основную часть пациентов группы сравнения продолжали наблюдать после операции в стационарных условиях в среднем в течение 3 суток без явных на то причин.

На основании полученных данных был разработан алгоритм лечения больных хроническим калькулёзным холециститом в условиях досуточного стационарного наблюдения (рисунок 2). На первом этапе необходим тщательный отбор пациентов по перечисленным выше критериям. Следующим важным этапом является интраоперационный период – появление выделенных нами критериев в этом периоде диктует необходимость продолжения лечения пациента в хирургическом отделении стационара более 1 суток. При выполнении ЛХЭ без увеличения объёма операции или конверсии доступа в широкую лапаротомию следующий важный этап – ранний послеоперационный. Появление в этом периоде симптоматики послеоперационных осложнений, выраженных тошноты и рвоты, интенсивной боли не позволяют выписать пациента в течение одних суток от момента госпитализации. Использование предложенного алгоритма позволяет выделить из всех радикально оперированных больных хроническим калькулёзным холециститом, ту часть пациентов, выписка которых возможна в течение 1 суток от момента госпитализации.



Рисунок 2 – Алгоритм лечения больных хроническим холециститом в условиях досуточного стационарного наблюдения

При условии тщательного отбора пациентов на амбулаторном этапе основными факторами, позволяющими осуществить раннюю досуточную выписку оперированных больных хроническим калькулёзным холециститом, являются выполнение ЛХЭ без конверсии доступа в широкую лапаротомию и отсутствие осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Следующая часть исследования посвящена изучению возможности малоинвазивного лечения больных острым калькулёзным холециститом с выпиской оперированных в течение одних суток от момента поступления.

С учётом предлагаемой тактики лечения, направленной на раннюю досуточную выписку пациента, все больные с диагнозом острый калькулёзный холецистит оперированы в день госпитализации.

В основной группе больных острым калькулёзным холециститом статистически значимо чаще не удавалось дифференцировать элементы шейки ЖП при выполнении УЗИ (21,3% больных в основной группе и 4,1% - в группе сравнения) ($p < 0,05$). Частота интраоперационного выявления спаечного процесса в подпечёночном пространстве статистически значимо не отличалась и составила 31,6% (43 больных) в основной и 37,4% (55 больных) в группе сравнения. При этом, сравнение интраоперационных находок с данными предоперационного УЗИ выявило совпадение результатов у 13,8% больных в основной группе и у 50% – в группе сравнения. Связь между частотой выявления этого сонографического симптома (отсутствие дифференцировки элементов шейки ЖП) и интраоперационным обнаружением спаек в зоне вмешательства, оцененная с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена, была статистически не значимой в обеих группах больных ($p > 0,05$). Это говорит о низкой значимости УЗИ в прогнозировании частоты спаечного процесса в зоне вмешательства у больных острым калькулёзным холециститом.

Продолжительность операции у больных острым холециститом в основной группе составила $47,4 \pm 11,7$ мин., а в группе сравнения $54,1 \pm 23,9$ мин. Статистически значимых отличий этого показателя между группами не выявлено ($p > 0,05$). Медиана продолжительности операции в основной группе больных острым калькулёзным холециститом у мужчин составила 45 мин. (с ИКР от 40 до

50 мин.) не отличалась от данного показателя у женщин (медиана 45 мин. с ИКР от 40 до 52 мин.). Статистически значимых отличий продолжительности операции в зависимости от пола пациента в основной группе больных острым калькулёзным холециститом не выявлено ($p > 0,05$). А в группе сравнения у мужчин медиана продолжительности операции составила 50 мин. (с ИКР от 45 до 70 мин.) была статистически значимо больше, чем у женщин (медиана 45 мин. с ИКР от 35 до 60 мин., при $p < 0,05$).

Больных острым калькулёзным холециститом, с продолжительностью операции более 90 мин., было статистически значимо больше в группе сравнения, чем в основной группе (11,6% и 2,2% соответственно, при $p < 0,05$). У 3 (2,2%) больных основной группы продолжительность операции варьировала от 90 до 120 мин., что было связано с конверсией доступа в минилапаротомию (у 2 больных во время ЛХЭ был выявлен плотный воспалительный перивезикальный инфильтрат, а у 1 больного причиной конверсии было интраоперационное кровотечение в объёме 100 мл). В группе сравнения у 17 (11,6%) больных продолжительность вмешательства варьировала от 90 до 130 мин.. При этом у 12 из них это было связано с обнаружением во время операции рыхлого перивезикального инфильтрата. Инфильтрат удалось разделить и выполнить операцию без конверсии доступа. А у 5 из 17 больных группы сравнения увеличение продолжительности операции более 90 мин. было связано с возникновением интраоперационного кровотечения из пузырьной артерии или ложа ЖП в объёме от 100 до 500 мл, которое было остановлено без конверсии доступа.

Объём интраоперационной кровопотери у больных основной группы варьировал от 5 до 100 мл (медиана 35 мл с ИКР от 30 до 40 мл), а группы сравнения – от 5 до 500 мл (медиана 10 мл с ИКР от 10 до 20 мл). Статистически значимых отличий по объёму кровопотери в обеих группах не выявлено ($p > 0,05$).

Интраоперационные осложнения у больных острым калькулёзным холециститом отмечали в обеих группах - во всех случаях это было кровотечение (таблица 3). В группе сравнения интраоперационное кровотечение отмечено у 9 (6,1%) больных, интраоперационная кровопотеря варьировала от 100 до 500 мл, причём у всех этих 9 больных гемостаз был достигнут без конверсии доступа.

Связь между временем операции более 90 мин. (у 17 больных группы сравнения) и объёмом интраоперационной кровопотери (5 из 17 больных), оцененная с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена, была статистически не значимой ($p=0,14$). Это означает, что увеличение времени операции более 90 мин. не зависело от развития интраоперационного кровотечения и было обусловлено необходимостью мобилизации ЖП из спаек. С учётом полученных данных, возникновение интраоперационного кровотечения, остановленного без конверсии доступа, не является фактором, влияющим на продолжительность операции.

Таблица 3 – Структура осложнений у больных острым калькулёзным холециститом

Осложнения	Основная группа, n=136	Группа сравнения, n=147
Интраоперационные (кровотечение)	1 (0,7%)	9 (6,1%)*
Послеоперационные (всего)	-	7 (4,8%)
Гипертермия	-	3 (2%)
Послеоперационная тошнота и рвота	-	2 (1,4%)
Декомпенсация сопутствующих заболеваний	-	2 (1,4%)

* – при $p<0,05$

В основной группе интраоперационное кровотечение возникло у 1 больного (0,7%), остановить которое в ходе ЛХЭ не удалось и пациенту была выполнена конверсия доступа, после чего был достигнут гемостаз. Частота интраоперационных осложнений была статистически значимо выше в группе сравнения ($p<0,05$). В нашем исследовании основной причиной, приводящей к увеличению продолжительности операции более 90 мин. у больных острым калькулёзным холециститом, была необходимость мобилизации ЖП из спаек.

У 2 больных основной группы причиной конверсии доступа являлось обнаружение во время ЛХЭ плотного воспалительного инфильтрата. Таким

образом, в основной группе больных острым холециститом частота конверсий доступа составила 2,2%, в группе сравнения конверсий не было.

При возникновении показаний к конверсии доступа предлагаем выполнять минилапаротомию, которая позволяет мобилизовать элементы шейки ЖП или выполнить гемостаз в большинстве случаев и сочетает в себе все свойства малоинвазивных доступов. Использование минилапаротомного доступа позволяет остаться в зоне малоинвазивных вмешательств и сохраняет шанс на досуточную выписку пациента. В случае конверсии доступа в минилапаротомный используем, разработанный нами хирургический ретрактор-осветитель (Курбанов Ф.С. и соавт., 2014), благодаря конструктивным особенностям которого, можно добиться уменьшения времени вмешательства. Использование разработанного нами хирургического ретрактора-осветителя при конверсии лапароскопического доступа в минилапаротомию позволяет быстро и эффективно выполнить холецистэктомию из малоинвазивного доступа и делает возможной раннюю досуточную выписку пациента при благоприятном течении раннего послеоперационного периода. Выполнение конверсии доступа в минилапаротомию у больных основной группы позволило выписать этих пациентов в течение суток (до 23 часов) от момента госпитализации.

После окончания операции больные основной группы наблюдались в отделении реанимации в среднем $5,3 \pm 1,5$ часов, а группы сравнения - $4,5 \pm 1,8$ часа. Статистически значимых различий этого показателя между пациентами обеих групп не выявлено ($p > 0,05$).

С учётом принципа формирования групп больных острым калькулёзным холециститом послеоперационные осложнения отмечали только в группе сравнения (таблица 3). К концу 1 суток от момента поступления в группе сравнения тошнота сохранялась лишь у 2 (1,4%) больных всей группы. У 3 (2%) больных группы сравнения в первые 2 суток после операции отмечалась гипертермия, причиной которой были флегмонозные изменения стенки желчного пузыря с умеренным количеством (до 50 мл) фибринозного выпота в подпечёночном пространстве. Ещё у 2 (1,4%) больных в течение 1-х суток после

поступления отмечены признаки декомпенсации сопутствующих заболеваний. Частота послеоперационных осложнений в группе сравнения составила 4,8%.

Таким образом, противопоказаниями к ранней досрочной выписке больных острым калькулёзным холециститом являются: послеоперационная рвота; признаки декомпенсации сопутствующих заболеваний; признаки воспалительной реакции (гипертермии).

При оценке динамики интенсивности послеоперационной боли оказалось, что через 6 часов после операции больные обеих групп отмечали боль умеренной интенсивности ($4,7 \pm 1,6$ баллов в основной группе и $5 \pm 1,3$ баллов в группе сравнения), причём статистически значимых отличий этого показателя у больных обеих групп не было ($p > 0,05$). К 14 часам после вмешательства интенсивность боли была низкой ($3 \pm 0,9$ балла в основной группе и $3,3 \pm 0,7$ баллов в группе сравнения) и также статистически значимо не отличалась в обеих группах пациентов. Сравнение динамики интенсивности послеоперационной боли показало статистически значимое её снижение к 14 часам ($p < 0,05$), причём такая динамика наблюдалась в обеих группах.

Через 14 часов после вмешательства у 1 (2,9%) больного основной группы отмечалась боль умеренной интенсивности, которая регрессировала после приёма таблетированных НПВС, что позволило выписать оперированного в течение суток от момента поступления. В группе сравнения через 14 часов после ЛХЭ у 2 (5,7%) больных интенсивность боли была средней, причём 1 из них связывал сохранение послеоперационной боли с установленным в подпечёночное пространство дренажом. По количеству больных с болью умеренной интенсивности через 14 часов после ЛХЭ статистически значимых различий между группами больных не выявлено ($p > 0,05$). Кроме того, анализ интенсивности послеоперационной боли у больных группы сравнения через 24 часа после ЛХЭ показал отсутствие статистически значимых различий с интенсивностью боли у пациентов основной группы через 14 часов после операции ($p > 0,05$). К концу первых суток от момента поступления боль умеренной интенсивности отмечали 2 (1,4%) больных группы сравнения, у одного из них причиной сохраняющейся боли был установленный в подпечёночное пространство дренаж, у другого – индивидуальный порог болевой

чувствительности. Оба этих пациента были выписаны на 2-е сутки после операции. Анализ интенсивности послеоперационной боли у 3 больных основной группы после конверсии доступа в минилапаротомию показал, что уже через 14 часов после холецистэктомии из минилапаротомного доступа боль была низкой интенсивности (в среднем $3,1 \pm 0,3$ балла по ЦРШ) и не отличалась от таковой после выполнения ЛХЭ. Кроме того, интенсивность боли после конверсии лапароскопического доступа в широкую лапаротомию через 14 часов после вмешательства (7 баллов по ЦРШ), была статистически значимо выше, чем после конверсии в минилапаротомный доступ (3 балла по ЦРШ) ($p < 0,05$).

Больным основной группы выполняли в среднем $3,2 \pm 0,3$ инъекции НПВС в сутки. Частота использования данных препаратов у больных группы сравнения составила $3,8 \pm 0,5$ инъекций в сутки и статистически значимо не отличалась от этого показателя в основной группе ($p > 0,05$). Инъекций наркотических анальгетиков у больных острым калькулёзным холециститом не потребовалось.

Полученные данные говорят о быстром регрессе боли до низкой интенсивности к 14 часам после выполнения ЛХЭ у больных острым калькулёзным холециститом. Низкая интенсивность боли уже через 14 часов после операции и отсутствие статистически значимых различий между группами по интенсивности боли и потребности в анальгетиках позволяют сделать вывод о том, что ранняя досуточная выписка возможна у большей части больных острым калькулёзным холециститом, после выполнения им ЛХЭ. При развитии, к концу первых суток от момента поступления, послеоперационной боли умеренной интенсивности, требующей инъекций НПВС, ранняя досуточная выписка оперированных противопоказана.

Основываясь на результатах проведенного исследования, для больных острым калькулёзным холециститом критериями ранней выписки считаем:

1. нет признаков послеоперационных осложнений;
2. нет гипертермии;
3. послеоперационная боль слабо выражена и уменьшается после перорального приёма ненаркотических анальгетиков;
4. диспептические явления слабо выражены или отсутствуют;

5. нет признаков декомпенсации сопутствующих заболеваний;
6. не было конверсии доступа в широкую лапаротомию;
7. согласие пациента на раннюю досуточную выписку.

Средняя длительность послеоперационного стационарного лечения у больных основной группы составила $16,3 \pm 2,1$ часов и была статистически значимо меньше, чем в группе сравнения ($3,95 \pm 1,6$ суток) ($p < 0,05$). Что обусловлено использованием предлагаемой тактики ранней досуточной выписки больных основной группы.

При оценке коэффициента ранговой корреляции Спирмена у всех больных группы сравнения мы выявили прямую умеренную связь по шкале Чеддока длительности послеоперационного стационарного лечения с временем операции ($r_{xy} = 0,4$) и продолжительностью дренирования подпечёчного пространства ($r_{xy} = 0,35$) при $p < 0,05$. У 17 больных группы сравнения, с длительностью операции более 90 мин., отмечалась прямая статистически значимая корреляционная связь длительности послеоперационного стационарного лечения с продолжительностью дренирования подпечёчного пространства (заметной тесноты по шкале Чеддока (r_{xy} Спирмена = 0,58, $p < 0,05$)), с объёмом интраоперационной кровопотери (заметной тесноты по шкале Чеддока (r_{xy} Спирмена = 0,55, $p < 0,05$)).

У больных группы сравнения с интраоперационным кровотечением более 100 мл или увеличением времени операции более 90 мин., связанным с выделением элементов шейки желчного пузыря из воспалительного инфильтрата, продолжительность дренирования подпечёчного пространства коррелировала с длительностью послеоперационного стационарного лечения. При анализе продолжительности дренирования брюшной полости и количества отделяемого по дренажам выявлено, что у большинства этих больных (15 из 17 больных) в первые сутки после операции отделяемого по дренажам было мало (до 40 мл) или не было вообще, но дренажи у них удаляли на 2-3 сутки после операции. Т.е. необоснованно долгое дренирование подпечёчного пространства увеличивало продолжительность послеоперационного периода. На сроки выписки влиял не объём интраоперационной кровопотери, а продолжительность дренирования подпечёчного пространства, которая по субъективным причинам была завышена.

Поэтому, с позиций ранней выписки оперированных больных, необходимо как можно раньше (через 6-9 часов) удалять дренаж из брюшной полости при отсутствии по нему отделяемого.

У 5 (3,4%) больных острым калькулёзным холециститом группы сравнения количество отделяемого по дренажу из брюшной полости в первые сутки после операции составляло 100 мл и более (в среднем 120 ± 45 мл). У всех них дренаж был удалён на 2-3 сутки после операции при отсутствии по нему отделяемого. Средняя длительность послеоперационного стационарного лечения этих 5 больных составила $5,6 \pm 2,7$ суток и была статистически значимо больше, чем у остальных больных группы сравнения ($3,9 \pm 1,6$ суток) ($p < 0,05$). Т.е. при количестве отделяемого по дренажу более 100 мл у 5 больных группы сравнения контрольный дренаж брюшной полости оставляли до 2-3 суток послеоперационного периода. Причиной увеличения количества отделяемого по дренажу у большей части больных (3 из 5) была повышенная травматизация тканей вследствие мобилизации ЖП из спаек и остановки кровотечения.

Повторных госпитализаций и развития осложнений после выписки у оперированных больных острым калькулёзным холециститом в обеих группах не было.

Интенсивность послеоперационной боли и потребность в анальгетиках у больных обеих групп статистически значимо не отличались. Увеличение продолжительности операции более 90 мин. (в сравнении со средним временем ЛХЭ в группе) не оказывало статистически значимого влияния на увеличение сроков послеоперационного стационарного лечения. Увеличение количества отделяемого по дренажу из брюшной полости более 100 мл в первые сутки после ЛХЭ является противопоказанием к ранней выписке оперированных. При соответствии оперированных больных разработанным критериям выписки и удалённом в течение 6-9 часов после операции дренаже брюшной полости ранняя досуточная выписка пациентов возможна.

На основании полученных результатов разработан алгоритм лечения больных острым калькулёзным холециститом в условиях досуточного стационарного наблюдения (рисунок 3).



Рисунок 3 – Алгоритм лечения больных острым калькулёзным холециститом в условиях досуточного стационарного наблюдения

После верификации диагноза выделяем пациентов без признаков осложнённого течения острого холецистита (отсутствие признаков перивезикальных осложнений /инфильтрат, абсцесс/, дилатации желчных протоков, холедохолитиаза, гангренозной или эмфизематозной формы острого

холецистита). Затем среди этой части больных отбираем лиц с сопутствующими заболеваниями в стадии компенсации или без них, которым возможно выполнение ЛХЭ.

В дальнейшем всё зависит от интраоперационных находок и исхода операции. При увеличении объёма операции, изменении основного диагноза, выявлении аномалий развития органов в зоне вмешательства и т.п. необходим отказ от ранней выписки пациентов. В таком случае требуется продолжить лечение и наблюдение за больным в стационарных условиях.

При возникновении показаний к конверсии лапароскопического доступа считаем, что лучшим вариантом является конверсия в минилапаротомию.

Пациенты, которым выполнена конверсия доступа при спаечном процессе в зоне вмешательства или кровотечении из ложа ЖП и/или пузырной артерии в случае окончания операции через минилапаротомный доступ могут быть отнесены к группе больных, планируемых на раннюю выписку.

При отсутствии осложнений в раннем послеоперационном периоде и соответствии больного медицинским и бытовым критериям пациент может быть выписан в течение 1 суток от момента госпитализации.

При появлении в раннем послеоперационном периоде рвоты, боли высокой интенсивности, признаков декомпенсации сопутствующих заболеваний и гипертермии необходимо продолжение лечения и наблюдения больного в стационарных условиях более 1 суток от момента госпитализации.

Применение разработанного алгоритма лечения больных острым калькулёзным холециститом позволяет сократить сроки стационарного лечения до 1 суток у определённой части пациентов. По нашим данным, такой вариант лечения возможен у 48% больных неосложнёнными формами острого калькулёзного холецистита. Залогом безопасной досуточной выписки оперированных являются гладкое течение раннего послеоперационного периода и соответствие больных выделенным критериям выписки.

При изучении КЖ пациентов с хроническим калькулёзным холециститом в раннем послеоперационном периоде получены следующие результаты. Статистически значимых отличий физического статуса (ФС) у больных

хроническим калькулёзным холециститом на всех этапах оценки между группами не выявлено ($p > 0,05$). В обеих группах на 2-е сутки после ЛХЭ отмечалось статистически значимое увеличение показателей ФС, в сравнении с показателями этой шкалы через 14 часов после вмешательства ($p < 0,05$). Уже на 2-е сутки после операции пациенты обеих групп отмечали выраженное клинически значимое улучшение показателей ФС в сравнении с показателями этой шкалы через 14 часов после ЛХЭ.

На 2-е сутки после ЛХЭ у пациентов с хроническим холециститом основной группы отмечено выраженное клинически значимое увеличение уровня эмоционального фона (ЭФ), в сравнении с больными, продолжавшими наблюдение и лечение в стационарных условиях, у которых ко 2-м суткам после операции отмечалось умеренное клинически значимое улучшение эмоционального фона. Полученные данные говорят о том, что ранняя досуточная выписка пациентов основной группы уже на 2-е сутки после операции сопровождается нормализацией ЭФ, что связано с пребыванием этих пациентов в привычных домашних условиях.

В сравнении с первой контрольной точкой (через 14 часов после ЛХЭ) уже на 2-е сутки после операции у больных основной группы отмечался выраженный клинически значимый прирост показателя социальный статус (СС), который почти не менялся к 3-м суткам после ЛХЭ. У больных группы сравнения на 2-е сутки после операции отмечено умеренное клинически значимое улучшение СС. Аналогичные темпы клинически значимого улучшения СС отмечены у пациентов группы сравнения только на 3-и сутки после ЛХЭ. Полученные данные говорят о более быстром клинически значимом улучшении СС пациентов основной группы уже на 2-е сутки после ЛХЭ, что связано с ранней досуточной выпиской оперированных.

На 2-е сутки после ЛХЭ пациенты основной группы отмечали выраженное клинически значимое увеличение уровня общего здоровья (ОЗ), которое не менялось к 3-м суткам послеоперационного периода. А у больных группы сравнения выраженное клинически значимое увеличение уровня ОЗ отмечалось лишь к 3-м суткам после ЛХЭ. Такие результаты говорят о том, что оперированные пациенты, выписанные из стационара в течение 1 суток от момента поступления,

уже на 2-е сутки после ЛХЭ гораздо выше оценивают уровень своего здоровья, в сравнении с пациентами, продолжающими лечение в стационарных условиях.

Уже на 2-е сутки после операции у больных основной группы уровень КЖ ($86,1 \pm 3,5$ баллов) был статистически значимо выше, чем у пациентов группы сравнения ($69 \pm 3,9$ баллов), продолжавших лечение в условиях стационара ($p < 0,05$) (рисунок 4). К 3-м суткам послеоперационного периода статистически значимых различий КЖ между пациентами обеих групп ($90 \pm 3,1$ баллов в основной группе, $85 \pm 2,9$ баллов в группе сравнения) выявлено не было ($p > 0,05$). Причём данные изменения в группе сравнения соответствовали умеренно выраженному клинически значимому повышению КЖ ко 2-м и к 3-м суткам после ЛХЭ. А в основной группе уже на 2-е сутки после вмешательства отмечено выраженное клинически значимое повышение уровня КЖ.

Ранняя досрочная выписка больных хроническим калькулёзным холециститом, после выполнения им ЛХЭ, на 2-е сутки после операции сопровождалась статистически значимым и выраженным клинически значимым улучшением КЖ пациентов.

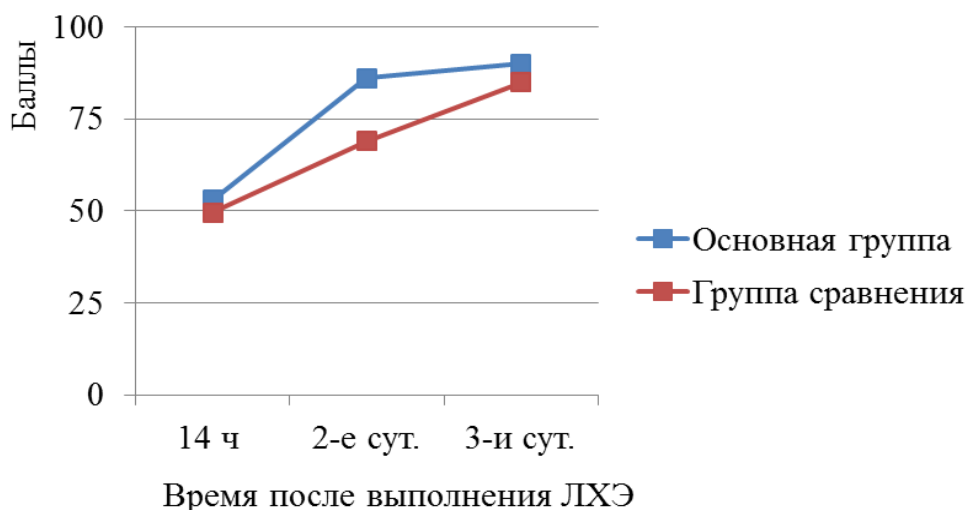


Рисунок 4 – Динамика показателей КЖ у больных хроническим калькулёзным холециститом в обеих группах

Более высокий (статистически и клинически значимый) уровень КЖ, в основном за счёт уровня эмоционального фона и общего здоровья, был связан с

пребыванием оперированных в домашних условиях уже на 2-е сутки после вмешательства.

У больных острым калькулёзным холециститом получены следующие изменения показателей КЖ в раннем послеоперационном периоде. В основной группе уже ко 2-м суткам после ЛХЭ отмечено статистически значимое и клинически выраженное улучшение ФС пациентов. А в группе сравнения клинически значимое улучшение ФС было более медленным и достигало значений показателя основной группы только к 3-м суткам после ЛХЭ.

У пациентов основной группы уже со 2-х суток после операции (на следующий день после выписки) уровень ЭФ был статистически и клинически значимо выше, чем у пациентов группы сравнения. Причём аналогичная тенденция отмечена и на 3-и сутки послеоперационного периода.

Статистически значимых отличий показателей СС между обеими группами в каждой контрольной точке не было ($p > 0,05$). Ранняя досуточная выписка больных после выполнения ЛХЭ приводила к статистически значимому росту уровня социального статуса пациентов уже на 2-е сутки после вмешательства.

Ранняя досуточная выписка оперированных с диагнозом острый калькулёзный холецистит сопровождалась статистически и клинически значимым улучшением уровня ОЗ уже на 2-е сутки после ЛХЭ. Причём указанные различия отмечены внутри группы как в сравнении с первой контрольной точкой (14 часов после ЛХЭ), так и при сравнении этого показателя с группой пациентов, продолжавших лечение в стационаре более 1 суток.

У пациентов основной группы уже ко 2-м суткам после ЛХЭ отмечалось статистически значимое увеличение уровня КЖ с $47,3 \pm 1,8$ до $83 \pm 2,5$ баллов ($p < 0,05$), что соответствовало выраженному клинически значимому улучшению (рисунок 5). А к 3-м суткам после операции статистически и клинически значимого увеличения уровня КЖ у пациентов этой группы не отмечали ($p > 0,05$). В группе сравнения отмечали следующую динамику показателей КЖ: последовательное увеличение значений этого показателя на 2-е (с $44,7 \pm 2,4$ до $59,6 \pm 3,1$ баллов) и 3-и сутки (с $59,6 \pm 3,1$ до $74,6 \pm 4,7$ баллов) после ЛХЭ было статистически значимым ($p < 0,05$).

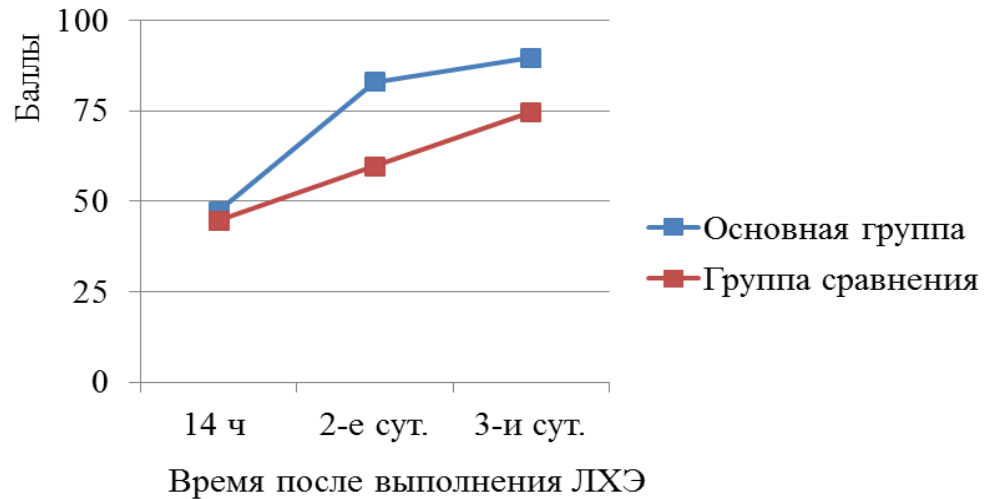


Рисунок 5 – Динамика показателей КЖ у больных острым калькулёзным холециститом в обеих группах

В группе сравнения указанная динамика соответствовала умеренному ежедневному улучшению уровня КЖ в раннем послеоперационном периоде. При сравнении уровня КЖ между обеими группами выявлен статистически значимо больший уровень этого показателя у пациентов основной группы и на 2-е и на 3-и сутки после ЛХЭ.

Таким образом, у пациентов, оперированных с диагнозом острый калькулёзный холецистит, ранняя досуточная выписка сопровождалась статистически значимым и клинически выраженным улучшением КЖ уже на 2-е сутки после ЛХЭ (1-е сутки после ранней выписки из стационара), главным образом за счёт показателей ФС, ЭФ и ОЗ. Уровень КЖ на 2-е сутки после вмешательства в основной группе был статистически значимо выше, чем его значения в группе больных, которых продолжали лечить и наблюдать в стационарных условиях (группа сравнения).

Динамика показателей КЖ не зависела от формы калькулёзного холецистита. Уже на 2-е сутки после вмешательства (1-е сутки после ранней выписки) пациенты основной группы отмечали выраженное клинически значимое улучшение уровня КЖ, который статистически значимо был выше, чем у пациентов, продолжавших лечение и наблюдение в стационарных условиях более суток от момента госпитализации. Темпы прироста показателей КЖ у больных группы сравнения

были более медленными и достигали показателей КЖ пациентов основной группы только у больных хроническим калькулёзным холециститом к 3-м суткам послеоперационного периода. У пациентов, оперированных с диагнозом острый калькулёзный холецистит и выписанных в течение суток от момента госпитализации, уровень КЖ был статистически значимо выше и на 2-е и на 3-и сутки после операции в сравнении с пациентами, продолжавшими лечение в стационаре более 1 суток ($p < 0,05$).

Полученные результаты оценки КЖ в раннем послеоперационном периоде позволяют говорить о более высоких темпах реабилитации пациентов после выполнения им ЛХЭ, при условии их ранней выписки, что связано с пребыванием оперированных в домашних условиях уже на 2-е сутки после операции. Сокращение периода стационарного лечения до 1 суток и быстрый возврат оперированных в привычные домашние условия сопровождается более высокой оценкой пациентами своего качества жизни в ранние сроки после ЛХЭ.

Срок стационарного лечения больных хроническим калькулёзным холециститом из группы сравнения был $4,4 \pm 1,8$ суток, больных основной группы – $1 \pm 0,1$ сутки. Различия по срокам стационарного лечения между двумя группами больных хроническим калькулёзным холециститом были статистически значимыми ($p < 0,05$).

В среднем срок стационарного лечения у больных острым калькулёзным холециститом основной группы составил 1 сутки, а в группе сравнения – $5,6 \pm 2,8$ суток и был статистически значимо больше ($p < 0,05$).

Лечение больных в стационаре досуточного наблюдения привело к статистически значимому уменьшению сроков госпитализации более чем на 3 койко-дня у больных хроническим калькулёзным холециститом и на 4 койко-дня - острым холециститом.

Ранняя досуточная выписка оперированных требует контроля за их состоянием в первые несколько дней послеоперационного периода. С учётом этого нами предложен ориентированный на конкретного пациента вариант мониторинга его состояния после ранней выписки (рисунок 6).



Рисунок 6 – Выбор варианта мониторинга состояния оперированных пациентов после ранней досуточной выписки

Пациенты молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний или с сопутствующими заболеваниями, соответствующими классу риска анестезии ASA I-II, могут быть интервьюированы по телефону в течение 1-2 дней после ранней выписки. У лиц с сопутствующими заболеваниями, соответствующими классу риска анестезии ASA III, особенно оперированных с острым калькулёзным холециститом, в 1-е сутки после ранней выписки необходим осмотр на дому оперирующим врачом или медицинским работником патронажной (амбулаторной) службы. Появление любых качественно новых жалоб у пациента диктует необходимость осуществления его контрольного осмотра на дому. При прогрессировании симптомов сопутствующих заболеваний, в раннем послеоперационном периоде, необходим осмотр пациента участковым терапевтом с коррекцией лечения или решением вопроса о госпитализации больного в стационар по общепринятым правилам.

На следующий день после выписки осмотрены на дому 16 (27,1%) пациентов с хроническим калькулёзным холециститом, и 38 (27,9%) пациентов, оперированных с диагнозом острый калькулёзный холецистит – признаков осложнений не выявлено. Всех остальных больных калькулёзным холециститом после ранней выписки опрашивали по телефону.

Использование в нашей работе такого дифференцированного подхода, ориентированного индивидуально на каждого оперированного, не сопровождалось развитием послеоперационных осложнений. Признаков декомпенсации сопутствующих заболеваний после ранней досуточной выписки оперированных не отмечали. Телефонный контроль пациентов основной группы осуществляли до снятия кожных швов (7-8 сутки после операции). В указанные сроки послеоперационных осложнений и повторных госпитализаций в стационар пациентов, вошедших в исследование, не было.

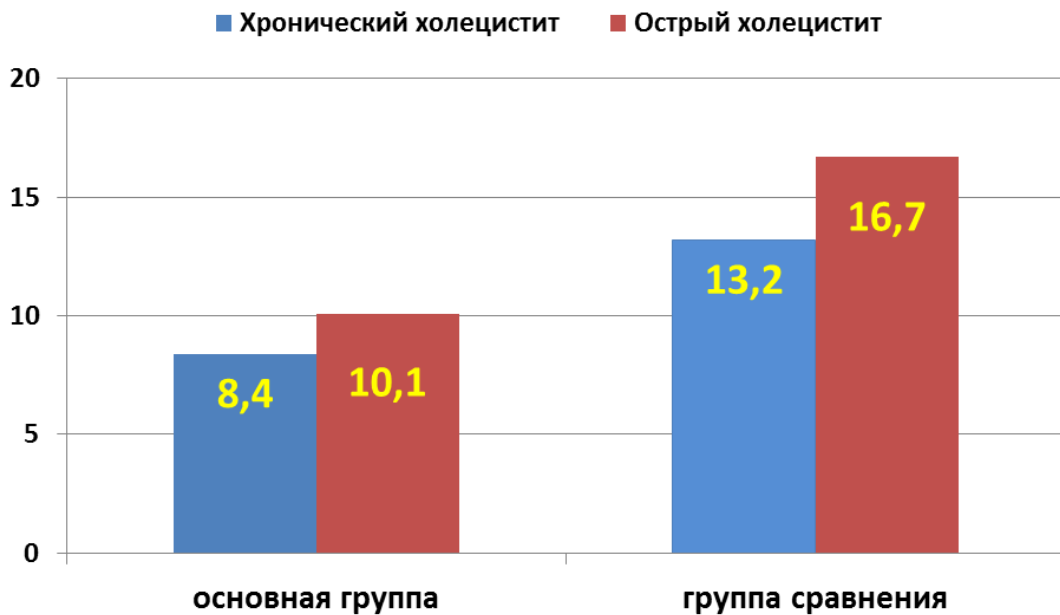


Рисунок 7 – Сроки временной нетрудоспособности у больных обеих групп, дни

Сроки временной нетрудоспособности у больных хроническим калькулёзным холециститом в основной группе составили $8,4 \pm 0,6$ дня, а в группе сравнения - $13,2 \pm 0,3$ дней, а у больных острым калькулёзным холециститом -

10,1±0,5 и 16,7±0,8 дней соответственно (рисунок 7). Независимо от формы калькулёзного холецистита, лечение больных с выпиской оперированных в течение суток от момента поступления привело к статистически значимому сокращению сроков временной нетрудоспособности ($p < 0,05$). Этот факт связан с интенсификацией лечебного процесса, ранней активизацией оперированных и ускорением реабилитации больных, вследствие их досуточной выписки из стационара.

Таким образом, лечение больных острым и хроническим калькулёзным холециститом с ранней досуточной выпиской оперированных возможно при условии тщательного отбора пациентов и использовании разработанных лечебно-диагностических алгоритмов. Применение такого варианта лечения не сопровождается увеличением числа интра- и послеоперационных осложнений. Использование разработанных критериев выписки оперированных больных в сочетании с предложенным алгоритмом мониторинга состояния пациентов обеспечивают должный уровень безопасности ранней досуточной выписке. Выписка оперированных больных в течение одних суток от момента поступления способствует улучшению психологической составляющей комфорта, как одного из показателей качества жизни пациентов, и приводит к статистически значимому снижению сроков временной нетрудоспособности оперированных. Сокращение сроков стационарного лечения до 1 суток от момента поступления позволяет уменьшить стоимость курса стационарного лечения, что в масштабах распространенности заболевания может дать ощутимую экономическую выгоду.

Выводы

1. Основными факторами, определяющими возможность ранней досуточной выписки больных калькулёзным холециститом, являются выполнение лапароскопической холецистэктомии без увеличения объёма операции и конверсии доступа в широкую лапаротомию, а также отсутствие послеоперационных осложнений.
2. Ранняя досуточная выписка больных острым калькулёзным холециститом после выполнения лапароскопической холецистэктомии возможна у 48% пациентов с неосложнённой формой заболевания.

3. Анализ результатов малоинвазивного хирургического лечения больных хроническим и острым калькулёзным холециститом в условиях досуточной выписки позволяет говорить о сопоставимости и безопасности этого метода в сравнении с лечением в условиях стационара более 1 суток.
4. При возникновении показаний к конверсии лапароскопического доступа переход на минилапаротомию позволяет выписать оперированного в течение первых суток от момента поступления.
5. Критериями ранней безопасной выписки оперированных больных являются: отсутствие признаков послеоперационных осложнений и диспептических проявлений, гипертермии и признаков декомпенсации сопутствующих заболеваний, достаточная двигательная активность пациента с купированием послеоперационной боли пероральными анальгетиками и согласие пациента.
6. Использование разработанных алгоритмов лечения, включающих тщательный отбор больных острым и хроническим калькулёзным холециститом, выполнение лапароскопической холецистэктомии в первые часы от момента поступления, учёт исхода операции, выявление осложнений раннего послеоперационного периода и оценку критериев ранней выписки позволяет определить группу пациентов, которых можно выписать из стационара в течение первых суток от момента поступления.
7. Ранняя досуточная выписка пациентов сопровождается статистически и клинически значимым улучшением качества жизни оперированных уже на 2-е сутки после лапароскопической холецистэктомии, что приводит к уменьшению сроков временной нетрудоспособности больных, в отличие от пациентов, которых продолжают лечить в стационаре более одних суток.
8. Разработанный алгоритм мониторинга состояния оперированных после их ранней досуточной выписки позволяет осуществлять персонализированный контроль пациентов в первые дни послеоперационного периода и уменьшает нагрузку на патронажную службу.

Практические рекомендации

1. При выявлении у больных осложнённых форм калькулёзного холецистита или декомпенсации сопутствующих заболеваний выписка оперированных в течение одних суток от момента поступления не показана.
2. Крупные конкременты (>30 мм) в желчном пузыре у больных хроническим холециститом являются противопоказанием к лечению в условиях стационара досуточного наблюдения.
3. Для повышения вероятности ранней досуточной выписки лапароскопическую холецистэктомию больным острым калькулёзным холециститом необходимо выполнять в первые часы от момента поступления.
4. Ранняя досуточная выписка больных, оперированных по поводу острого калькулёзного холецистита, возможна у пациентов, поступивших в стационар в утреннее и дневное время (точное время зависит от режима работы медицинского учреждения).
5. Больные острым калькулёзным холециститом, планируемые на раннюю досуточную выписку, должны быть оперированы дневной бригадой хирургов.
6. Для снижения частоты послеоперационных боли и диспептических явлений создавать карбоксиперитонеум необходимо с медленной скоростью потока, а лапароскопическую холецистэктомию выполнять при внутрибрюшном давлении 6-9 мм рт.ст..
7. При обнаружении во время лапароскопической холецистэктомии аномалий развития органов в зоне вмешательства или в случае изменения диагноза необходимо продолжение стационарного лечения и наблюдения за пациентами более 1 суток.
8. При возникновении показаний к конверсии доступа предпочтительным доступом является минилапаротомия, которая позволяет осуществить выписку пациента в течение одних суток от момента поступления.
9. Для ранней диагностики интраабдоминальных осложнений в первые часы после лапароскопической холецистэктомии всем пациентам необходимо дренирование подпечёчного пространства с удалением дренажа через 6-9 часов после операции (при отсутствии по нему отделяемого).

10. При планировании ранней досуточной выписки пациентов, оперированных с диагнозом острый калькулёзный холецистит, обязательно выполнение контрольного УЗИ органов брюшной полости для исключения внутрибрюшных осложнений.

11. После ранней досуточной выписки оперированные пациенты должны находиться под наблюдением медицинского персонала (патронаж, мониторинг состояния больного по телефону).

12. Возникновение новых жалоб или III класс риска анестезии (по классификации ASA) являются показаниями для патронажа пациентов, выписанных в течение суток после госпитализации.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Алиев, Ю.Г. Лапароскопическая холецистэктомия в стационаре краткосрочного пребывания у больных с острым холециститом. / Ю.Г. Алиев, Ф.С. Курбанов, М.А. Чиников, А.Н. Сушко, И.С. Пантелеева // **Хирургическая практика – 2013. - №4. - С. 39-41.**

2. Алиев, Ю.Г. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни в амбулаторных условиях. / Ю.Г. Алиев, М.А. Чиников, В.К. Попович, Ф.С. Курбанов, И.С. Пантелеева, С.Р. Добровольский // **Московский хирургический журнал - 2013. - №6(34). - С. 18-22.**

3. Осмонбекова, Н.С. Качество жизни больных после холецистэктомии. / Н.С. Осмонбекова, В.К. Попович, М.А. Чиников, Ю.Г. Алиев, С.Р. Добровольский // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова - 2013. - №9. - С. 24-28.**

4. Алиев, Ю.Г. Результаты лапароскопического лечения хронического калькулезного холецистита у больных старшего возраста. / Ю.Г. Алиев, Ф.С. Курбанов, А.Н. Сушко, М.А. Чиников, С.Р. Добровольский // **Сэггahiууэ - 2013.- №4. - С. 37-39.**

5. Алиев, Ю.Г. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных с острым калькулезным холециститом. / Ю.Г. Алиев, Ф.С. Курбанов, М.А. Чиников, В.К. Попович, И.С. Пантелеева, А.Н. Сушко, С.Р. Добровольский // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2014. - №1. - С. 30-33.**

6. Курбанов, Ф.С. Хирургический ретрактор-осветитель в лечении желчнокаменной болезни из минилапаротомного доступа. / Ф.С. Курбанов, Ю.Г. Алиев, М.А. Чиников, А.В. Волобуев, И.С. Пантелеева, Э.А. Абдинов // *Сәггаһиууэ* - 2014. - №1. - С.13-15.
7. Курбанов, Ф.С. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. / Ф.С. Курбанов, Ю.Г. Алиев, М.А. Чиников, И.С. Пантелеева, В.К. Попович, А.Н. Сушко, Л.Р. Алвендова // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2014. - №2. - С. 16-18.**
8. Курбанов, Ф.С. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа с использованием специального хирургического ретрактора-осветителя. / Ф.С. Курбанов, Ю.Г. Алиев, М.А. Чиников, А.В. Волобуев, И.С. Пантелеева, Э.А. Абдинов // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова - 2014. - №6. - С. 69-70.**
9. Алиев, Ю.Г. Видеоэндоскопическое лечение больных с острым холециститом в условиях краткосрочной госпитализации. / Ю.Г. Алиев, Ф.С. Курбанов, М.А. Чиников, А.Н. Сушко, И.С. Пантелеева, Л.Р. Алвендова // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов., г. Москва, 11-13 февраля 2014 г. // **Эндоскопическая хирургия – 2014. - №1. – С. 14.**
10. Алиев, Ю.Г. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и миниинвазивных доступов./ Ю.Г. Алиев, М.А. Чиников, И.С. Пантелеева, Ф.С. Курбанов, В.К. Попович, А.Н. Сушко // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2014. - №7. - С. 21-25.**
11. Алиев, Ю.Г. Малоинвазивное хирургическое лечение острого и осложненного калькулезного холецистита. / Ю.Г. Алиев, Ф.С. Курбанов, В.К. Попович, М.А. Чиников, А.Н. Сушко, И.С. Пантелеева // **Московский хирургический журнал – 2014. - №2(36). - С. 35 – 38.**
12. Kurbanov, F.S. Results of surgical treatment of cholelithiasis by laparotomic and minimal invasive accesses. / F.S. Kurbanov, Y.G. Aliyev, M.A. Chinikov, I.S. Panteleeva, S.R. Dobrovolsky, L.R. Alvendova // *The Turkish journal of Academic Gastroenterology.* – 2014. – Vol.13, №3. – С. 96-100.

13. Aliev, Yu. Akut kolesistitli hastaların kısa yatiş süresi ile laparoskopik tedavisi / Yu. Aliev, F. Gurbanov, I. Panteleyeva, L. Alvendova // 12 Türk hepatopankreatobilier cerrahi kongresi abstracts. 1-4 apr. 2015, Antaliya. – Antaliya, 2015. – P. 114.
14. Курбанов, Ф.С. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара одного дня. / Ф.С. Курбанов, М.А. Чиников, Л.Р. Алвендова, А.В. Волобуев // Тезисы докладов XII съезда хирургов России. г. Ростов-на-Дону, 7-9 октября 2015 г. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2015. – №2. – С. 1000-1001.
15. Алвендова, Л.Р. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара одного дня. / Л.Р. Алвендова, И.С. Пантелеева, М.А. Чиников // Тезисы докладов конференции молодых ученых «Виноградовские чтения». г. Москва, 23 апреля 2015 г. – Москва: РУДН, 2015. – С. 11-12.
16. Алвендова, Л.Р. Лапароскопическая холецистэктомия в стационаре одного дня. / Л.Р. Алвендова, М.А. Чиников // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2015. – № 11. – С. 95-98**
17. Курбанов, Ф.С. Лапароскопическая холецистэктомия в стационаре досуточного пребывания. / Ф.С. Курбанов, Л.Р. Алвендова, М.А. Чиников, Р.Х. Азимов, И.С. Пантелеева // *Səgahıyuə.* – 2016. – № 3. – С. 3-10.
18. Чиников, М.А. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара краткосрочного пребывания. / М.А. Чиников, Л.Р. Алвендова, Ф.С. Курбанов, И.С. Пантелеева // Тезисы докладов V съезда амбулаторных хирургов РФ. г. Санкт-Петербург, 14-15 апреля 2016 г. – СПб., Агентство «ВиТ-принт», 2016. – С. 128.
19. Чиников, М.А. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара одного дня. / М.А. Чиников, Л.Р. Алвендова, Р.Х. Азимов, И.С. Пантелеева, Ф.С. Курбанов // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2016. – № 12. – С. 48-54.**
20. Чиников, М.А. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите в стационаре одного дня. / М.А. Чиников, Р.Х. Азимов, Ш.А. Хусанов, А.Ж. Имамов, А.С. Ряскова, Д.Н. Моисеев, Ф.С. Курбанов // Тезисы докладов Национального хирургического конгресса совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ. г. Москва, 4-7 апреля 2017 г. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2017. – № 1. – С. 1394-1395.

21. Проскурина, М.И. Хирургическое лечение острого холецистита в стационаре одного дня. / М.И. Проскурина, М.И. Борисова, И.С. Пантелеева, М.А. Чиников // Тезисы докладов конференции молодых учёных «Виноградовские чтения». г. Москва, 27 апреля 2017 г. – Москва: РУДН, 2017. – С. 23-25.
22. Чиников, М.А. Лечение калькулёзного холецистита в стационаре досуточного пребывания. / М.А. Чиников, Р.Х. Азимов, А.С. Калиниченко, П.С. Глушков, Ф.С. Курбанов // Тезисы докладов Общероссийского хирургического Форума-2018 с международным участием. г. Москва, 03-06 апреля 2018 г. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2018. – № 1. – С. 446.
23. Chinikov, M. Treatment of chronic calculous cholecystitis in the hospital one day. / M. Chinikov, F. Kurbanov, L. Alvendova, R. Azimov, I. Panteleeva // 1st APIMSF Congress abstracts, May 15-18, 2018, Baku, Azerbaijan. // **World Journal of Surgery – 2018. – Vol. 42, № S1. – P. 14-15.**
24. Курбанов, Ф.С. Хирургическое лечение острого калькулёзного холецистита с досуточной выпиской больных. / Ф.С. Курбанов, М.А. Чиников, Ю.Г. Алиев, Р.Х. Азимов, Л.Р. Алвендова, И.С. Пантелеева // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2019. – № 2. – С. 32-39.**
25. Пат. 142738 Российская Федерация, МПК 51 А61В17/02 (2006.01) Хирургический ретрактор-осветитель / Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Чиников М.А., Волобуев А.В., Пантелеева И.С., Абдинов Э.А.; заявитель и патентообладатель: ФГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (РУДН) (RU). – №2013155924/14; заявл. 17.12.2013; опубл. 10.07.2014, Бюл. № 19. – 2 с. : ил.

Чиников Максим Алексеевич (Россия)

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ
С ДОСУТОЧНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ В СТАЦИОНАРЕ

В исследовании изучены возможности радикального хирургического лечения 195 больных острым и хроническим калькулёзным холециститом с уменьшением продолжительности стационарного лечения пациентов до одних суток. На основании полученных результатов выделены критерии ранней безопасной выписки оперированных больных. Разработаны лечебно-диагностические алгоритмы, позволяющие выделить группу оперированных пациентов, которых можно выписать в течение одних суток от момента госпитализации. Предложен алгоритм мониторинга оперированных пациентов на дому после их ранней досуточной выписки. Доказано, что при тщательном отборе пациентов уменьшение сроков стационарного лечения до одних суток не сопровождается увеличением числа интра- и послеоперационных осложнений, а также способствует улучшению психологической составляющей комфорта, как одного из показателей качества жизни пациентов.

Применение разработанных алгоритмов лечения при остром калькулёзном холецистите позволяет выписать 48% оперированных больных с неосложнённой формой заболевания в течение первых суток от момента госпитализации. Сокращение продолжительности стационарного лечения больных острым и хроническим калькулёзным холециститом до одних суток привело к статистически значимому уменьшению сроков временной нетрудоспособности оперированных пациентов.

Maxim A. Chinikov (Russia)

TREATMENT OF PATIENTS WITH CALCULOUS CHOLECYSTITIS
IN THE DAY-CASE HOSPITAL

The study studied the possibility of radical surgical treatment of 195 patients with acute and chronic calculous cholecystitis with a decrease in the duration of inpatient

treatment of patients up to one day. Based on the results obtained, the criteria for early safe discharge of operated patients were identified. Treatment and diagnostic algorithms have been developed to identify a group of operated patients who can be discharged within one day from the moment of hospitalization. An algorithm for monitoring operated patients at home after their early 24-hour discharge is proposed. It is proved that the careful selection of patients reducing the duration of inpatient treatment to one day is not accompanied by an increase in the number of intra - and postoperative complications, and also contributes to the improvement of the psychological component of comfort, as one of the indicators of the quality of life of patients.

Application of the developed treatment algorithms for acute calculous cholecystitis allows to prescribe 48% of operated patients with uncomplicated form of the disease within the first day from the moment of hospitalization. Reducing the duration of inpatient treatment of patients with acute and chronic calculous cholecystitis to one day led to a statistically significant reduction in the time of temporary disability of operated patients.