

На правах рукописи

АЛВЕНДОВА
Лейла Ровшан кызы

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ
В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО
ПРЕБЫВАНИЯ**

14.01.17 –хирургия

**Автореферат
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва - 2016

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии с курсом детской хирургии
ФГАОУ ВО Российский Университет дружбы народов.

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор
Профессор кафедры госпитальной хи-
рургии с курсом детской хирургии
РУДН

Курбанов Фазиль Самедович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, зав.
отделением хирургии пищевода
и желудка РНЦХ им. акад.
Б.В. Петровского

Шестаков Алексей Леонидович

Доктор медицинских наук,
профессор кафедры общей и
специализированной хирургии ФФМ
МГУ им. М.В. Ломоносова.
Главный хирург департамента
здравоохранения ОАО
"Российские железные дороги"

Юрасов Анатолий Владимирович

Ведущая организация: ГБОУ ВПО Первый Московский государственный ме-
дицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохра-
нения Российской Федерации

Защита состоится «20» июня 2016 г. в _____ часов на заседании диссертацион-
ного совета Д 212.203.37 при Российском университете дружбы народов по адре-
су: 117198, Москва ул. Миклухо-Макляя, д.8.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Российского университета
дружбы народов по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Макляя, д.6.

Автореферат разослан «__» _____ 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

М.Ю. Персов

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

В структуре заболеваемости желчнокаменная болезнь (ЖКБ) стоит на третьем месте после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета [Лейшнер У., 2001]. Внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения хронического калькулёзного холецистита позволили изменить взгляд на продолжительность пребывания больного в стационаре после операции. Массовое внедрение стационарзамещающих технологий сегодня стало возможным благодаря разработке и широкому внедрению современных малотравматичных операций, к которым в полной мере можно отнести лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) [Дадвани С.А. и соавт., 2000].

Стратегия выполнения ЛХЭ в условиях стационара одного дня преследует следующие цели: уменьшение длительности стационарного лечения, значительное снижения риска внутрибольничных инфекционных осложнений, ускорение послеоперационного восстановления больных за счёт пребывания в домашних условиях [Nyström P.O., 2004]. Кроме того, такой подход экономически выгоден как в целом для системы здравоохранения (снижение затрат на лечение), так и для больного (быстрый возврат к профессиональной и социальной деятельности) [Березуцкий С.Н. и соавт., 2004; Brescia A. et al., 2013].

Обязательные требования, необходимые для успешного проведения данного варианта лечения: информированность больного и его согласие с принципами однократного лечения, тщательный отбор больных, привлечение высококвалифицированных сотрудников (хирурга и анестезиолога), патронаж оперированных после выписки [Сажин В. П. и соавт., 2003; Tenconi S.M. et al., 2008; Al-Omani S. et al., 2015]. Помимо этого, залогом успешного досуточного лечения является обязательная профилактика и лечение болевого синдрома, послеоперационных тошноты и рвоты [Al-Qahtani H.H. et al., 2015].

Больные с осложнёнными формами ЖКБ (острый холецистит, холедохолитиаз, тяжёлый панкреатит, рецидивирующее течение заболевания), ожирением (индекс массы тела ≥ 38 кг/м²), тяжёлой послеоперационной тошнотой и рвотой в анамнезе и перенесшие хирургические вмешательства на органах брюшной полости не подходят для лечения в стационаре одного дня [Сажин В.П. и соавт., 2003; Каштальян М. А. соавт., 2012; Briggs C.D. et al., 2009; Sato A. et al., 2012; Durantez F.D. et al., 2013; Antakia R. et al., 2014]. Пациенты с нарушениями свертываемости крови, психическими расстройствами и заболеваниями, требующими мониторинга после операции, должны лечиться в стационарных условиях [Al-Qahtani H.H. et al., 2015; Sicilia C.V. et al., 2015].

Основными факторами, влияющими на возможность выписки больных после ЛХЭ в условиях стационара одного дня, являются послеоперационная тошнота и рвота, а также сохраняющийся болевой синдром [Рыбин Ю.Н. и соавт., 2008; Damen S.L. et al., 2004].

Полное восстановление жизненных функций и способности передвигаться, отсутствие диспептических явлений, способность приёма жидкой пищи, самостоятельное мочеиспускание и низкая интенсивность болевого синдрома позволяют выписать больного после ЛХЭ в условиях стационара одного дня [Каштальян М.А. и соавт., 2012; Briggs C.D. et al., 2009; Akoh J.A. et al., 2011; Brescia A. et al., 2013; Antakia R. et al., 2014; Al-Qahtani H.H. et al., 2015].

Общее число послеоперационных осложнений (кровотечение, раневые осложнения) при выполнении ЛХЭ в условиях стационара одного дня варьирует от 2,5 [Antakia R. et al., 2014] до 8,5 % [Thomsen C. et al., 2011].

Частота повторных госпитализаций варьирует от 0,4 [Durantez F.D. et al., 2013; Al-Omani S. et al., 2015; Al-Qahtani H.H. et al., 2015] до 5 % [Thomsen C. et al., 2011]. Наиболее частыми причинами которых являются послеоперационная рвота и болевой синдром. Частота подтекания желчи из ложа желчного пузыря, как причины повторной госпитализации, варьирует в пределах 0,2-0,9% [Briggs C.D. et al., 2009; Al-Qahtani H.H. et al., 2015].

Сдержанное отношение хирургов к сокращению сроков пребывания больных в стационаре и внедрению стационаров одного дня обусловлено как давно сформировавшимися традициями, так и, несомненно, недостаточной разработкой клинических критериев и подходов к решению этого вопроса. Не случайно поэтому, что сама возможность лапароскопической холецистэктомии в условиях стационара одного дня подвергается сомнению в отношении правомочности такого лечения у некоторых групп пациентов, в частности, больных старших возрастных групп, пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и т.п.. Сообщения отечественных авторов об использовании лапароскопической холецистэктомии в амбулаторной практике немногочисленны, а накопленный опыт пока недостаточен для того, чтобы сделать однозначные выводы [Сажин В. П. с соавт., 2003; Рыбин Ю.Н. с соавт., 2008, Каштальян М. А с соавт., 2012].

Тем не менее, вопросы лечения больных хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара одного дня продолжают активно обсуждаться на страницах медицинской печати [Tenconi S.M. et al., 2008; Vaughan J. et al., 2013; Lezana Pérez M.A. et al., 2013; Al-Qahtani H.H., et al., 2015]. Среди специалистов, занимающихся этой проблемой, существуют разногласия в вопросах установления показаний к операции, определении критериев отбора больных желчнокаменной болезнью для амбулаторного лапароскопического вмешательства, а также в выборе оптимальных сроков выписки больных после операции и установлении критериев состояния больных, позволяющих сделать эту выписку безопасной.

Целью исследования является разработка программы хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью в условиях стационара одного дня.

Задачи исследования

1. Оценить возможность выполнения лапароскопических вмешательств у больных хроническим калькулёзным холециститом, в том числе у больных старших возрастных групп, у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в условиях стационара одного дня.
2. Уточнить показания к лапароскопической холецистэктомии у больных хроническим калькулёзным холециститом при однодневном хирургическом лечении.
3. Провести сравнительный анализ результатов лапароскопической холецистэктомии при стационарном лечении и в условиях стационара одного дня.
4. Разработать критерии «безопасной выписки» больных из стационара одного дня после лапароскопической холецистэктомии.

Научная новизна

Впервые разработан алгоритм хирургического лечения больных хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара краткосрочного пребывания, в сравнении с больными, лечеными в хирургическом отделении стационара.

Обоснована возможность лечения больных хроническим калькулёзным холециститом в стационаре краткосрочного пребывания, уточнены показания к этой методике лечения. Доказана безопасность данного подхода в лечении этой категории больных при условии тщательного их отбора.

Показано, что при возникновении интра- и послеоперационных осложнений необходимо продолжить лечение больных в условиях хирургического отделения стационара по общепринятой схеме.

Практическая значимость работы

На основании проведенного сравнительного исследования определены конкретные показания к выполнению ЛХЭ в условиях стационара краткосрочного пребывания, что позволяет более эффективно использовать операционный блок и приводит к снижению затрат на лечение данной категории больных;

Доказана безопасность такого варианта лечения больных хроническим калькулёзным холециститом в сравнении со стационарным лечением.

Внедрение результатов исследования

Основные положения и выводы диссертации внедрены в клиническую практику хирургического отделения ЦКБ РАН г. Москвы, Медицинского центра «International Medical Centre-2» г. Баку Азербайджанская Республика и используются при обучении студентов, ординаторов и аспирантов на кафедре госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы доложены на XVII съезде эндоскопических хирургов (Россия, Москва, 11–13 февраля 2014 г.); конференции молодых учёных «Виноградовские чтения» (Россия, Москва, 23 апреля 2015 г.), XII турецком конгрессе гепатопанкреатобилиарных хирургов (Турция, Анталия, 1-4 апреля 2015 г.), совместном заседании кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии и сотрудников ЦКБ им. Н.А. Семашко ОАО РЖД, ЦКБ РАН.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 6 работ, в том числе 3 - в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Проведенный сравнительный анализ двух групп больных – пролеченных в стационаре одного дня и в хирургическом отделении – показал, что лечение в условиях стационара краткосрочного пребывания сопоставимо с лечением в хирургическом отделении по частоте осложнений.
2. Предложен алгоритм лечения больных хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара краткосрочного пребывания.

3. Разработаны конкретные показания к выполнению ЛХЭ в условиях стационара краткосрочного пребывания у больных хроническим калькулёзным холециститом.
4. Разработаны критерии «безопасной выписки» пациентов из стационара краткосрочного пребывания.

Объем и структура диссертации

Диссертация написана на русском языке, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, приложений. Текст диссертации изложен на 103 страницах машинописного текста, иллюстрирован 6 таблицами, 13 рисунками и 3 клиническими наблюдениями. Библиографический указатель содержит 70 источников, из них 14 работ на русском и 56 – на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

В работе проведен анализ результатов обследования и планового хирургического лечения 159 больных хроническим калькулёзным холециститом, находившихся ЦКБ РАН г. Москвы и Медицинском центре «International Medical Centre-2» г. Баку Азербайджанская Республика с 2013 по 2015 гг.

Группа сравнения сформирована из больных, пролеченных в хирургическом отделении стационара, которые формально подходили для лечения в стационаре одного дня и соответствовали следующим критериям исключения: осложнённые формы ЖКБ (острый холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, тяжёлый панкреатит, непрерывно рецидивирующее течение заболевания); риск анестезии ASA (American Society of Anaesthesiologists) IV/III с нестабильным течением сопутствующих заболеваний; ожирение 2-3 степени; лабильная психика или сопутствующие психоневрологические заболевания; открытые большие операции на органах верхнего этажа брюшной полости в анамнезе; планируемое симультанное вмешательство; сопутствующие заболевания, требующие мониторинга и коррекции после операции; заболевания опорно-двигательного аппарата, ограничивающие раннюю активизацию больных; возраст >85 лет. Использованы клинико-анамнестический, лабораторный, ультразвуковой и статистический методы исследования.

Характеристика клинических наблюдений

В исследование включены 159 больных, в том числе 12 мужчин и 147 женщин. Возраст пациентов варьировал от 22 до 80 лет.

Все больные разделены на 2 группы в зависимости от условий лечения: 1 группа - 39 больных, которым ЛХЭ выполнена в стационаре одного дня; 2 группа - 120 больных, оперированных в условиях хирургического отделения стационара. Средний возраст варьировал от 45,4 до 48,1 л в зависимости от группы. Достоверных отличий по возрастному и половому составу между исследуемыми группами не выявлено.

По количеству эритроцитов и уровню лейкоцитов достоверных различий среди больных сравниваемых групп не выявлено. Средний уровень гемоглобина был достоверно ниже в основной группе больных (124 ± 21 г/л в 1 группе против $136,3 \pm 13$ г/л во 2 группе) за счёт двух пациенток с хронической железодефицитной анемией средней тяжести.

Таблица 1

Давность заболевания и частота его латентной формы в обеих группах

| | 1 группа, n=39 | 2 группа, n=120 |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Давность заболевания, годы | 3,5±5,3 (от 0,2 до 30) | 4,7±6,1 (от 0,1 до 20) |
| Доля пациентов с латентной формой заболевания, % | 51,3 | 45,8 |

* – при $p < 0,05$

Давность заболевания варьировала в широких пределах и в среднем не отличалась в обеих группах (табл. 1). Около половины больных в каждой группе имели латентную форму заболевания. Достоверных различий между группами по этому показателю не выявлено.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто у больных обеих групп встречались гипертоническая болезнь 2 – 3 степени и хронический гастрит. Количество пациентов без сопутствующих заболеваний составляло около 30%. По сопутствующим заболеваниям достоверных различий у больных обеих групп не выявлено.

Класс риска анестезии по шкале ASA у больных всех групп варьировал от I до III (в среднем $2,3 \pm 0,5$ в 1 группе и $2,43 \pm 0,5$ во 2 группе), однако достоверных различий по этому показателю у больных разных групп выявлено не было.

Сравнительный анализ показал, что сравниваемые группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, давности заболевания, частоте встречаемости латентной формы заболевания, частоте и видам сопутствующих заболеваний, классу риска анестезии (по шкале ASA). На основании выше изложенного можно говорить о сопоставимости сравниваемых групп пациентов.

Методы исследования

Инструментальное дооперационное обследование было стандартным и обязательно включало клинический и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, эндоскопическую эзофагогастродуоденоскопию.

При ультразвуковом исследовании оценивали размеры желчного пузыря, характер его содержимого, толщину его стенок, выявляли перипузырные осложнения и топографо-анатомические особенности структур печёчно-двенадцатиперстной связки.

Исходя из полученных клинико-инструментальных данных выбирали вариант лечения больных хроническим калькулёзным холециститом.

Виды хирургических вмешательств

Лапароскопическая холецистэктомия

ЛХЭ выполняли набором инструментов с использованием видеолапароскопической стойки фирмы Карл Шторц (Германия) по стандартной 4–портовой методике: два 10–мм порта вводили над пупком и под мечевидным отростком, два 5–мм порта – на 2 см ниже края правой рёберной дуги, один по среднеключичной линии, другой по передней подмышечной. После визуальной ревизии органов брюшной

полости желчный пузырь фиксировали кишечными зажимами и с помощью монополярной коагуляции выделяли зону треугольника Кало. После идентификации общего печёночного и общего желчного протоков пузырные проток и артерию раздельно клипировали и пересекали. Мобилизовав желчный пузырь ложе его коагулировали. Желчный пузырь извлекали через околопупочную троакарную рану, подпечёночное пространство дренировали через троакарную рану по передней подмышечной линии.

Традиционная холецистэктомия

Данное вмешательство выполняли по стандартной методике через верхнесреднюю лапаротомию или выполняя косой разрез тканей передней брюшной стенки в правом подреберье по Кохеру. Мобилизацию желчного пузыря выполняли от шейки или от дна, в зависимости от интраоперационных находок.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

ЛХЭ с дренированием подпечёночного пространства была выполнена всем больным 1 группы. В этой группе отмечено одно интраоперационное осложнение (2,6%) – кровотечение из ложа желчного пузыря, которое остановлено коагуляцией.

ЛХЭ выполнялась всем больным 2 группы, дренирование брюшной полости выполняли по клиническим показаниям. У 2 пациентов потребовался переход на лапаротомию (1,7%). Причина конверсии доступа – плотный воспалительный перивезикальный инфильтрат. У 2 (1,7%) больных этой группы возникло кровотечение из ложа желчного пузыря, которое остановлено коагуляцией с использованием гемостатической губки. Интраоперационная кровопотеря в каждом случае составила 100 мл. Операция у этих больных закончена без конверсии доступа.

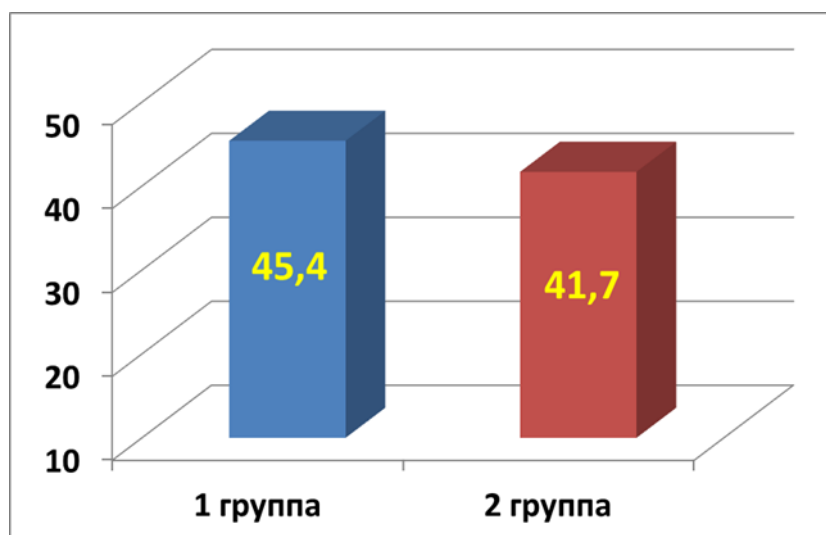


Рис. 1. Средняя продолжительность операции (мин.)

Средняя продолжительность операции у больных 1 группы составила $45,4 \pm 7,2$ мин, 2 группы – $41,7 \pm 18,1$ мин. (рис. 1). Достоверных отличий по длительности операции в исследуемых группах не выявлено ($p > 0,05$).

На основании анализа интраоперационных осложнений сформированы интраоперационные критерии выхода из программы краткосрочного пребывания (до 23 часов) при выполнении ЛХЭ: увеличение продолжительности операции более 90

мин.; отклонения от стандартного хода вмешательства (нетипичная анатомия, необходимость выполнения симультанного вмешательства); развитие интраоперационных осложнений; конверсия доступа; отклонения от стандартного хода наркоза с развитием осложнений анестезии.

Виды и количество послеоперационных осложнений у больных исследуемых групп представлены в таблице 2.

Общее число послеоперационных осложнений до момента выписки из стационара у больных всех групп (159 пациентов) составило 11 (6,9%).

Таблица 2
Характер и частота послеоперационных осложнений у больных исследуемых групп

| | 1 группа, n=39 | 2 группа, n=120 |
|--|-------------------|--------------------|
| Послеоперационная тошнота и рвота | 1 (2,6%) | 9 (7,5%)* |
| Воспалительный инфильтрат послеоперационной раны | - | 1 (0,8%) |
| Всего | 1 (2,6%) | 10 (8,3%)* |

* – при $p < 0,05$

Как следует из таблицы, лечение больных в условиях стационара одного дня (1 группа) не приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений. Летальных исходов в обеих группах не было.

При развитии послеоперационных осложнений, выраженных послеоперационных болевом синдроме и рвоте, а также отказе пациента от ранней выписки требуется продолжение лечения пациента в условиях хирургического отделения стационара.

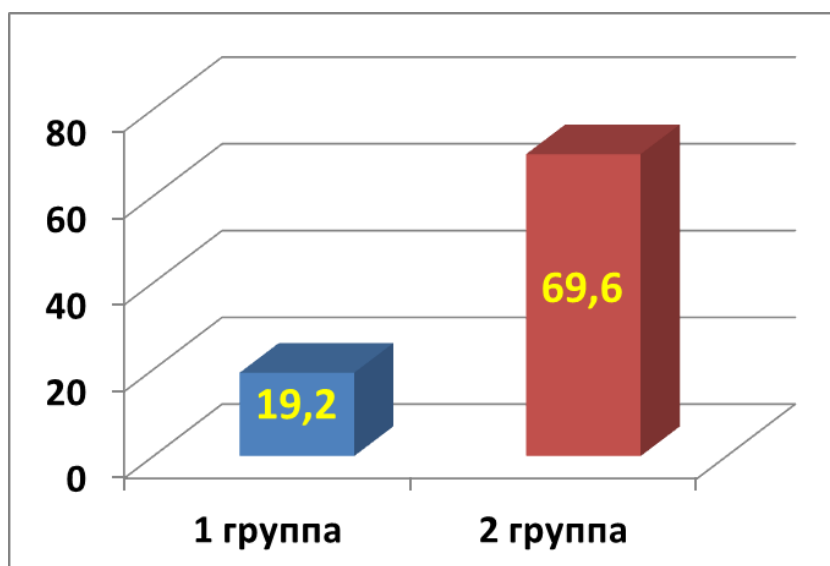


Рис. 2. Средняя продолжительность послеоперационного лечения (часы)

Средняя продолжительность послеоперационного лечения у больных 1 группы составила $19,2 \pm 1,6$ часов, 2 группы – $69,6 \pm 28,8$ часов ($2,9 \pm 1,2$ суток) (рис. 2). Сравнительный анализ сроков послеоперационного периода выявил значимые отличия этого критерия в обеих группах ($p < 0,05$).

Интенсивность послеоперационного болевого синдрома оценивали по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ).

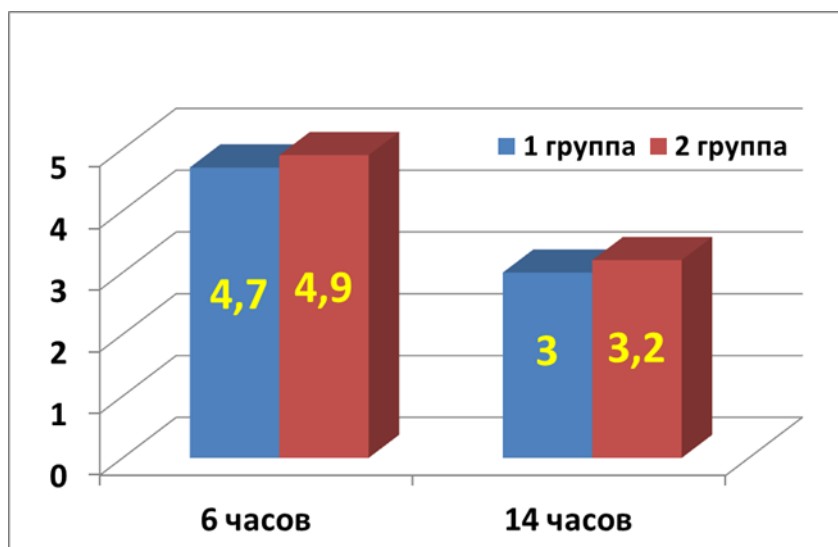


Рис. 3. Динамика интенсивности послеоперационного болевого синдрома у больных обеих групп (баллы)

Анализ интенсивности болевого синдрома в зависимости от давности выполненной ЛХЭ, как следует из рисунка 3, показал достоверное её снижение к 14 часам (лёгкая степень) в сравнении с 6-ю часами после операции (средняя степень) в обеих группах ($p < 0,05$). Причём между группами ни через 6 часов после операции, ни через 14 часов достоверных отличий не выявлено ($p > 0,05$).

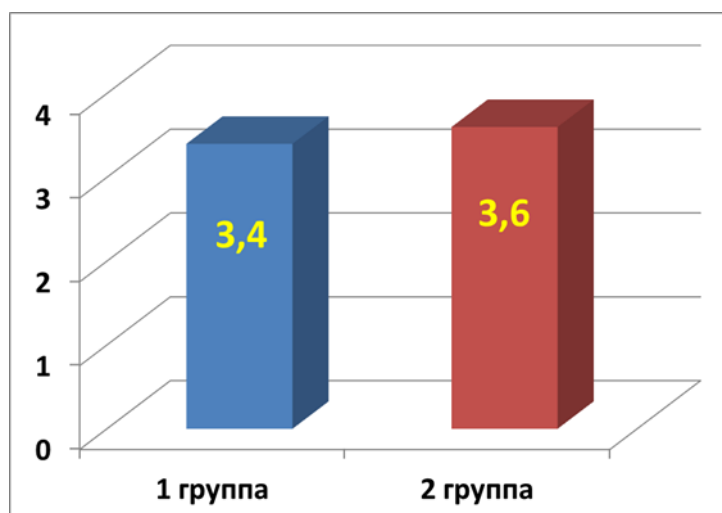


Рис. 4. Частота инъекций НПВС в течение 1 суток после операции у больных обеих групп (количество инъекций)

Как следует из рисунка 4, в течение суток после операции больным 1 группы в среднем выполняли 3,4 инъекции нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в рекомендуемых разовых дозах, а больным 2 группы – 3,6. Достоверных различий по частоте инъекций ненаркотических анальгетиков больных обеих групп не выявлено ($p > 0,05$).

Среди больных 2 группы только 6 (5%) больным потребовалось назначение наркотических анальгетиков вследствие интенсивного послеоперационного боле-

вого синдрома. У 1 одного из этих больных выполнена конверсия доступа. У остальных 5 больных в желчном пузыре (ЖП) выявлены конкременты от 33 до 45 мм. Средняя длительность послеоперационного периода у этих 5 больных составила 2,2 койко-дня. Однако наличие конкрементов аналогичных размеров у 4 больных 2 группы и 2 больных 1 группы не сопровождалось назначением наркотических анальгетиков после операции. Интенсивный болевой синдром у больных, получавших наркотические анальгетики, был обусловлен большим размером послеоперационной раны в месте извлечения ЖП (при условии, если конкременты не удавалось фрагментировать окончатым зажимом). В основной группе назначения наркотических анальгетиков не требовалось. Таким образом, крупные конкременты ЖП (>30 мм) являются противопоказанием к выполнению ЛХЭ в условиях стационара одного дня.

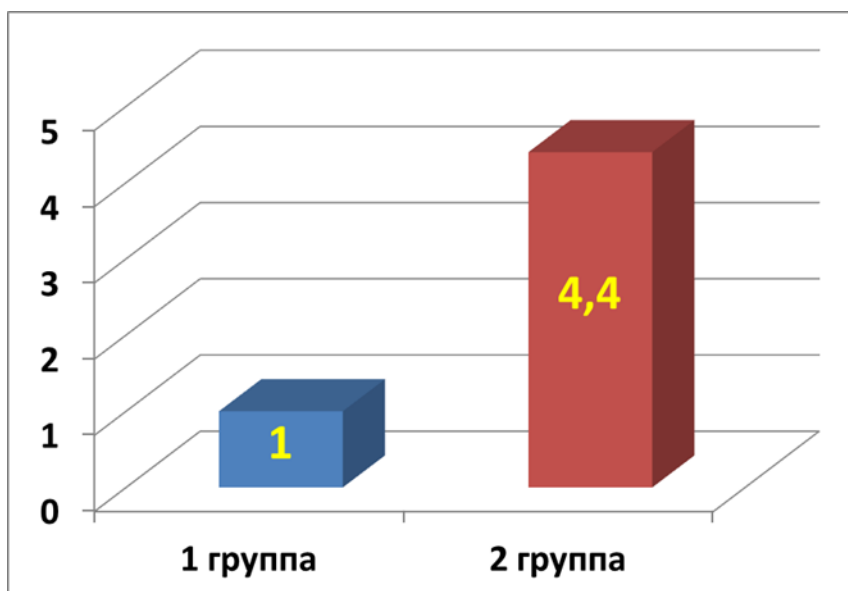


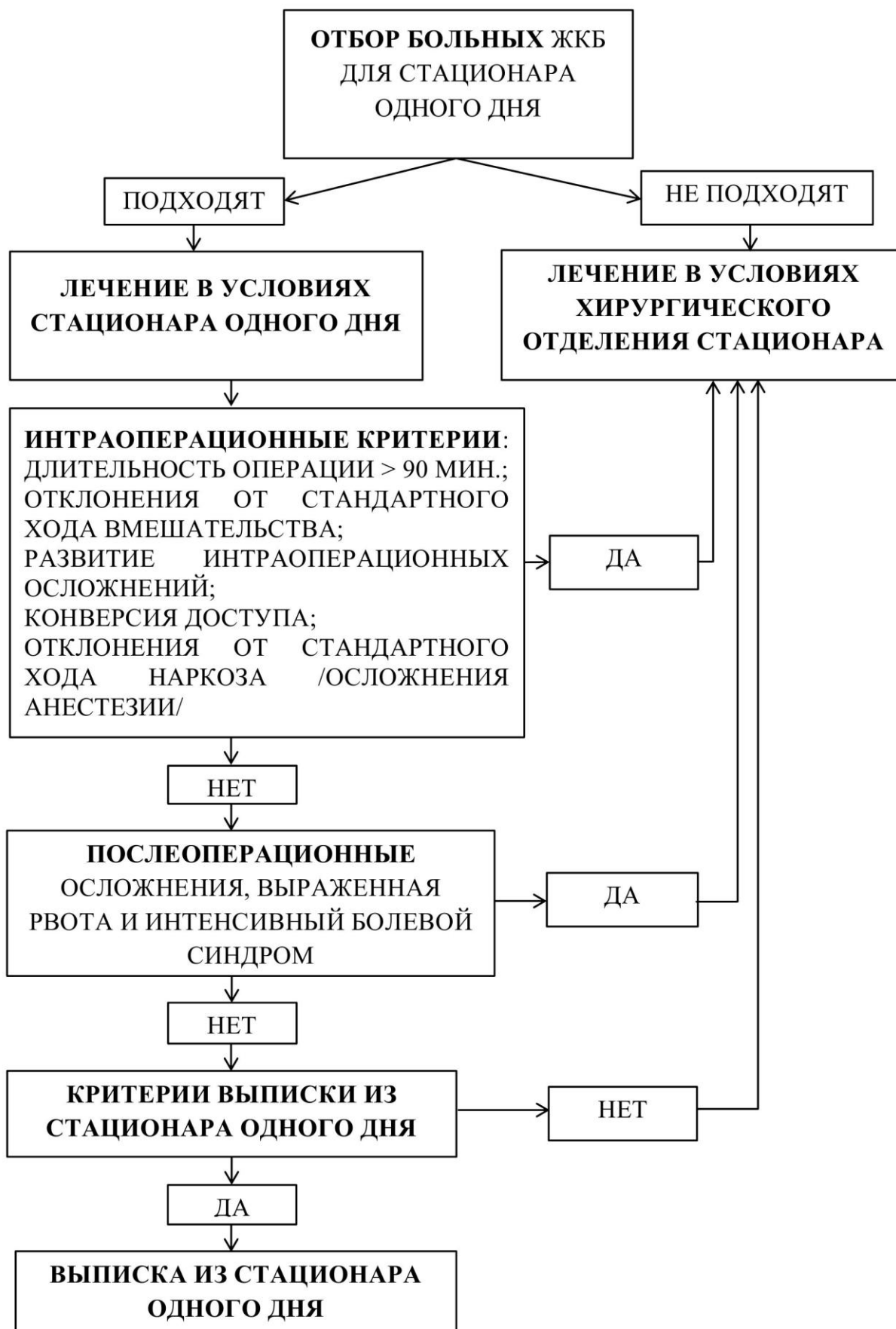
Рис. 5. Средняя длительность лечения (сут.)

Средняя длительность лечения была достоверно меньше в 1 группе в сравнении со 2 группой ($p < 0,05$), где этот показатель был $4,4 \pm 2,5$ суток (рис. 5). Вследствие развития послеоперационной рвоты одна пациентка 1 группы была выписана на 2-е сутки после операции.

Мы считаем целесообразной выписку пациентов стационара краткосрочного пребывания при следующих условиях: полное восстановление сознания; полное восстановление основных жизненных функций; болевой синдром слабо выражен и регрессирует после перорального приёма ненаркотических анальгетиков; возможность приёма жидкой пищи; достаточная двигательная активность (способность к самообслуживанию) пациента в пределах палаты; отсутствуют признаки кровотечения; минимальные диспептические явления; самостоятельное мочеиспускание; желание пациента.

На основании полученных результатов предложен алгоритм лечения больных хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара краткосрочного пребывания.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАЦИОНАРЕ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ



Согласно предложенному алгоритму, вначале проводится тщательный отбор больных хроническим калькулёзным холециститом для лечения в стационаре одного дня. Выполнение ЛХЭ в условиях стационара одного дня возможно при:

1. отсутствии выраженных послеоперационных тошноты и рвоты в анамнезе;
2. письменном информированном согласии пациента на лечение в условиях стационара краткосрочного пребывания,
3. наличии взрослого сопровождающего (родственник или сиделка) в течение 24 часов после выписки;
4. проживании в отдельной квартире или доме не далее 50 км от стационара;
5. наличии домашнего стационарного телефона.

Противопоказания для выполнения ЛХЭ в стационаре одного дня:

1. осложнённые формы желчно-каменной болезни (острый холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, тяжёлый панкреатит, непрерывно рецидивирующее течение заболевания);
2. крупные конкременты ЖП (>30 мм);
3. риск анестезии ASA IV/III с нестабильным течением сопутствующих заболеваний;
4. ожирение 2-3 степеней (индекс массы тела ≥ 35 кг/м²);
5. лабильная психика или сопутствующие психоневрологические заболевания;
6. открытые большие операции на органах верхнего этажа брюшной полости в анамнезе;
7. симультанное вмешательство;
8. сопутствующие заболевания, требующие мониторинга после операции;
9. заболевания опорно-двигательного аппарата, ограничивающие раннюю активизацию больных;
10. возраст >85 лет.

Больные, которые не подходят для лечения в условиях стационара одного дня по медицинским или социальным критериям лечатся в условиях хирургического отделения стационара.

Следующий критический этап при однодневном хирургическом лечении – интраоперационные находки или осложнения. Если операция проходит стандартно и без особенностей, то пациент лечится в условиях стационара одного дня. Если во время ЛХЭ развиваются нестандартные ситуации – больной требует дальнейшего наблюдения и лечения в условиях хирургического отделения стационара.

Далее необходимо оценить состояние больного в раннем послеоперационном периоде. Если у больного появляются плохо купируемые тошнота или рвота, или развивается интенсивный болевой синдром, требующий назначения наркотических анальгетиков – такого больного необходимо лечить в условиях хирургического отделения стационара. Развитие послеоперационных осложнений, по нашему мнению, диктует необходимость отказа от лечения в условиях стационара одного дня.

В дальнейшем пациенты, которые лечатся в условиях стационара одного дня, осматриваются совместно хирургом и анестезиологом с оценкой возможности выписки в течение первых суток (до 23 часов). Если к этому времени больной не соответствует разработанным условиям выписки, то его лечение продолжается в хирургическом отделении стационара.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение лапароскопической холецистэктомии у больных хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара краткосрочного пребывания возможно у пациентов старших возрастных групп при тщательном отборе пациентов и риске анестезии I-III классов по классификации ASA, при условии компенсации сопутствующих заболеваний.
2. Выполнение лапароскопической холецистэктомии в стационаре краткосрочного пребывания показано при неосложнённых формах заболевания, мелких конкрементах в желчном пузыре, согласии больного, имеющего хорошие социально-бытовые условия.
3. Анализ результатов лапароскопической холецистэктомии у больных хроническим калькулёзным холециститом при однодневном хирургическом лечении позволяет говорить о сопоставимости этого метода в сравнении со стационарным лечением в условиях обычного хирургического отделения.
4. Более широкому выполнению лапароскопической холецистэктомии в стационаре краткосрочного пребывания способствуют разработанные критерии «безопасной выписки», включающие полное восстановление жизненно-важных функций организма, восстановление сознания, отсутствие диспептических явлений и болевого синдрома, восстановление способности самостоятельного передвижения, отсутствие признаков ранних послеоперационных осложнений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным хроническим калькулёзным холециститом с длительным анамнезом заболевания, желтухой в анамнезе, ожирением 2-3 степени и декомпенсацией сопутствующих заболеваний предпочтительно выполнение ЛХЭ в условиях хирургического стационара.
2. Обнаружение при УЗИ крупных конкрементов в ЖП (>30 мм) является противопоказанием к выполнению ЛХЭ в условиях стационара одного дня.
3. Для уменьшения проявлений послеоперационного болевого синдрома и диспептических явлений операцию лучше выполнять при внутрибрюшном давлении не более 9 мм рт.ст., а создавать карбоксиперитонеум - с медленной скоростью потока.
4. Развитие интраоперационных осложнений или выявление атипичной анатомии в зоне вмешательства во время лапароскопической холецистэктомии требует продолжения лечения и наблюдения в условиях хирургического отделения стационара.
5. Для своевременного выявления осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных стационара одного дня показано дренирование подпечёчного пространства с удалением дренажа через 7-9 часов после операции (при отсутствии по нему отделяемого).
6. Выполнение ЛХЭ в условиях стационара одного дня уменьшает стоимость лечения за счёт укорочения длительности пребывания на 3 и более койко-дня.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Курбанов Ф.С., Алиев Ю.Г., Чиников М.А., Пантелеева И.С., Попович В.К., Сушко А.Н., Алвендова Л.Р. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. // **Хирургия им. Н.И. Пирогова.** – 2014. – №2. – С. 16-18.
2. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Чиников М.А., Сушко А.Н., Пантелеева И.С., Алвендова Л.Р. Видеоэндоскопическое лечение больных с острым холециститом в условиях краткосрочной госпитализации. // **Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов.** – Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №1, — Приложение. – С. 14.
3. Kurbanov F.S., Aliyev Y.G., Chinikov M.A., Panteleeva I.S., Dobrovolsky S.R., Alvendova L.R. Results of surgical treatment of cholelithiasis by laparotomic and minimal invasive accesses. // *The Turkish journal of Academic Gastroenteroloji.* – 2014. – №3. – С. 96-100.
4. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Чиников М.А., Пантелеева И.С., Алвендова Л.Р. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара одного дня. // Тезисы докладов XII турецкого конгресса гепатопанкреатобилиарных хирургов. – 1-4 апреля 2015 г., Анталия – С. 114.
5. Алвендова Л.Р., Пантелеева И.С., Чиников М.А. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара одного дня. // Материалы конференции молодых ученых «Виноградовские чтения». – г. Москва, 23 апреля 2015 г. – С. 11-12.
6. Алвендова Л.Р., Чиников М.А. Лапароскопическая холецистэктомия в стационаре одного дня. // **Хирургия им. Н.И. Пирогова.** – 2015. – №11. – С. 95-98.

Алвендова Лейла Ровшан кызы

**Лапароскопическая холецистэктомия
в условиях стационара краткосрочного пребывания**

Диссертация посвящена актуальной теме – выполнению лапароскопической холецистэктомии у больных хроническим холециститом в условиях стационара одного дня.

Исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 159 больных в период с 2013 по 2015 гг. Из них 39 больным лапароскопическая холецистэктомия выполнена в условиях стационара одного дня, 120 больным – в хирургическом отделении.

Определены показания к выполнению ЛХЭ в стационаре одного дня у больных хроническим калькулёзным холециститом.

Результаты исследования введены в практику хирургического отделения ЦКБ РАН г. Москвы, Медицинского центра «International Medical Centre-2» г. Баку Азербайджанская Республика и используются при обучении студентов, ординаторов и аспирантов на кафедре госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского университета дружбы народов.

Выполнение ЛХЭ в условиях стационара одного дня у больных хроническим калькулёзным холециститом не сопровождается увеличением числа послеоперационных осложнений в сравнении с лечением в хирургическом отделении. Разработан алгоритм лечения больных хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара одного дня.

Alvendova Layla Rovshan

Trend of short-term-stay after laparoscopic cholecystectomy

The dissertation context is - one-day-hospitalization after laparoscopic cholecystectomy in patients with chronic calculous cholecystitis.

The study was based on the analysis of results of 159 patients who underwent surgical treatment from the year 2013 to 2015. 39 patients had one-day-hospitalization and 120 patients were observed as usually in surgical department after laparoscopic cholecystectomy.

The indications for performing laparoscopic cholecystectomy in patients with chronic calculous cholecystitis for short-term-stay in hospital are formulated.

Results of the research have been put into practice in the surgical department of The Central Clinical Hospital the Russian Academy of Sciences, Moscow and Medical Centre «International Medical Centre-2», in Baku, The Republic of Azerbaijan and have also been used for teaching students, residents and postgraduate students in the Department of Hospital surgery (with a course in pediatric surgery) at the Peoples' Friendship University of Russia in Moscow.

Performing of laparoscopic cholecystectomy in patients with chronic calculous cholecystitis in the short-term-stay in hospital does not increase the number of postoperative complications in comparison with usual treatment in the surgical department. The algorithm of treatment of patients with chronic calculous cholecystitis in the short-stay hospital is elaborated