

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»

На правах рукописи

Чиников
Максим Алексеевич

Лечение больных калькулёзным холециститом с досуточным пребыванием в стационаре

14.01.17 – хирургия

Диссертация на соискание
ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук,
профессор
Ф.С. Курбанов

МОСКВА – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	6
Введение	7
Глава 1. Применение малоинвазивных вариантов холецистэктомии в стационаре досуточного наблюдения (обзор литературы)	15
Глава 2. Материалы и методы исследования	55
2.1 Клиническая характеристика больных	55
2.1.1. Клиническая характеристика больных хроническим калькулёзным холециститом	59
2.1.2. Клиническая характеристика больных острым калькулёзным холециститом	64
2.2 Методы исследования	70
2.3 Особенности анестезиологического обеспечения операций	72
2.4 Особенности ведения больных	74
2.5 Виды хирургических вмешательств	75
2.6 Оценка качества жизни оперированных пациентов	83
Глава 3. Лечение больных хроническим калькулёзным холециститом в стационаре досуточного наблюдения	90
3.1 Предоперационный период	90

3.1.1. Результаты инструментальных методов исследования	92
3.2. Интраоперационный период	94
3.2.1. Продолжительность операции	94
3.2.2. Интраоперационные осложнения	96
3.2.3. Интраоперационные факторы, не позволяющие осуществить раннюю досуточную выписку оперированных	99
3.3 Ранний послеоперационный период	101
3.3.1. Осложнения раннего послеоперационного периода	101
3.3.2. Интенсивность послеоперационной боли и потребность в анальгетиках	107
3.3.3. Критерии выписки оперированных пациентов	112
3.3.4. Длительность послеоперационного стационарного лечения	114
3.3.5. Алгоритм лечения больных хроническим холециститом в условиях досуточного стационарного наблюдения	115
Глава 4. Лечение больных острым калькулёзным холециститом в стационаре досуточного наблюдения	121
4.1 Предоперационный период	121
4.2. Интраоперационный период	123
4.2.1. Продолжительность операции и интраоперационные осложнения	123

4.2.2 Использование хирургического ретрактора-осветителя	131
4.3 Ранний послеоперационный период	138
4.3.1 Продолжительность послеоперационного лечения в реанимационном отделении	138
4.3.2 Осложнения раннего послеоперационного периода	139
4.3.3 Интенсивность послеоперационной боли и потребность в анальгетиках	142
4.3.4 Критерии выписки оперированных пациентов	149
4.4 Длительность послеоперационного стационарного лечения	151
4.5 Алгоритм лечения больных острым холециститом в условиях досуточного стационарного наблюдения	156
Глава 5. Качество жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде	164
5.1. Результаты оценки показателей качества жизни у больных хроническим калькулёзным холециститом	164
5.2. Результаты оценки показателей качества жизни у больных острым калькулёзным холециститом	170
5.3 Резюме	176
Глава 6. Эффективность применения разработанной программы лечения	178
6.1 Сроки госпитализации больных калькулёзным холециститом	178

6.1.1. Сроки госпитализации больных хроническим калькулёзным холециститом	178
6.1.2. Сроки госпитализации больных острым калькулёзным холециститом	179
6.2 Мониторинг состояния больных после выписки из стационара досуточного наблюдения	180
6.3 Сроки временной нетрудоспособности у больных двух выделенных групп	185
6.4 Социально-экономическая значимость использования разработанной программы лечения больных	187
Заключение	189
Выводы	220
Практические рекомендации	222
Список литературы	224
Приложения	247

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ЖП – желчный пузырь

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИКР – интерквартильный размах (IQR)

ИМТ – индекс массы тела

КЖ – качество жизни

ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия

МХЭ – холецистэктомия из минилапаротомного доступа

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

ОЗ – уровень общего здоровья пациента

СС – социальный статус пациента

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФС – физический статус пациента

ЦРШ – цифровая рейтинговая шкала (боли)

ЭФ – уровень эмоционального фона пациента

ASA – Американское общество анестезиологов (American Society of Anesthesiologists)

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

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. Короткий реабилитационный период, малая травматичность данной операции обеспечили широкое её внедрение в хирургическую практику.

Повсеместное внедрение малоинвазивных операций приводит к изменению стратегии лечения калькулёзного холецистита, что приводит к значительному сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

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 [Al-Qahtani H.H. et al., 2015; Сажин В.П. и соавт., 2003; Brescia A. et al., 2013;], и, за счёт скорейшего возврата оперированного к трудовой деятельности, обладает экономическим потенциалом.

В настоящее время во многих странах лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) у больных хроническим калькулёзным холециститом выполняется с ранней досуточной выпиской пациента из

стационара [Rodriguez V.T. et al., 2015; Al-Omani S. et al., 2015; Durantez F.D. et al., 2013; Viana C. et al., 2015; Rosero E.B. et al., 2017].

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 досуточной выпиской оперированных больных 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 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 после госпитализации нет.

Таким образом, проблема хирургического лечения больных различными формами калькулёзного холецистита в условиях стационара досуточного наблюдения 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.

Для реализации данной цели поставлены следующие **задачи:**

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 после лапароскопических операций у больных различными формами калькулёзного холецистита;
6. Выработать рациональный алгоритм 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

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 ректатора-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. А у больных острым калькулёзным холециститом, кроме этого, сопровождается более быстрыми темпами восстановления физического статуса оперированных.

Научно - практическая значимость

1. Четко 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 у больных различными формами калькулёзного холецистита позволит уменьшить сроки лечения оперированных пациентов в стационаре на 3-4 койко-дня.
3. 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.
4. Показано, что использование разработанной тактики лечения больных калькулёзным холециститом с ранней досуточной выпиской оперированных может привести к экономии финансовых ресурсов.

Апробация работы

Апробация диссертации проведена на совместной научной конференции кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, НУЗ ЦКБ №2 им. Семашко ОАО «РЖД» и ЦКБ РАН 25 октября 2018 года.

Материалы диссертации доложены на:

1. XVII съезде Российского Общества Эндоскопических Хирургов (Москва, 2014);
2. Турецком гепатопанкреатобилиарном хирургическом конгрессе (Анталия, 2015);
3. XII съезде хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015);
4. V съезде амбулаторных хирургов РФ (Санкт-Петербург, 2015);
5. Национальном хирургическом конгрессе совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ (Москва, 2017);
6. Конференции молодых учёных «Виноградовские чтения. Актуальные проблемы хирургии, травматологии и реаниматологии» (Москва, 2017);
7. Общероссийском хирургическом форуме-2018 с международным участием (Москва, 2018);
8. 1 Конгрессе Международного Форума Военной Хирургии имени Амбруа Парэ (APIMSF), (Baku, 2018).

Внедрение в практику

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

Публикации

По теме диссертации опубликовано 26 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.

Основные положения диссертации, 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 поступления.
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.

Структура диссертации

Диссертация написана на русском языке, объём её составляет 255 страниц машинописи (компьютерного набора). Работа состоит из оглавления, списка сокращений, введения, 6 глав (в том числе обзора литературы), заключения, выводов, практических рекомендаций и приложения. Список использованной литературы включает 74 работы отечественных и 99 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 43 рисунками, 28 таблицами, 7 клиническими примерами.

ГЛАВА 1. ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВАРИАНТОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В СТАЦИОНАРЕ ДОСУТОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).

«По частоте встречаемости желчнокаменная болезнь (ЖКБ) находится на третьем месте после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета» [Лейшнер У., 2001]. Число холецистэктомий, выполняемых у нас в стране в течение года, достигает 110 тыс. [Ветшев П.С., 2005]. В США прогнозируемое ежегодное число госпитализаций только с острым холециститом оценивали в 120 000 [Bisgaard T., 2006]. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) уже давно стала признанным «золотым стандартом» лечения хронического калькулёзного холецистита [Treska V. et al., 2005].

Следствием массового использования в клинической практике малоинвазивных вмешательств следующим шагом в хирургическом лечении хронического калькулёзного холецистита стало сокращение сроков пребывания оперированных в стационаре до 1 суток [Leeder P.C. et al., 2004; Lezana P. et al., 2013; Vaughan J. et al., 2013; Tilleman E.H. et al., 2003; Сажин В. П. с соавт., 2003]. Ключевыми звеньями, вызвавшими появление такого варианта лечения больных калькулёзным холециститом, явились финансовая заинтересованность страховых компаний, недостаток коек для стационарного лечения, экономический фактор и учёт пожеланий пациентов [Epstein R.M. et al., 2010; Hadon C. et al., 2011]. В России в настоящее время складывается аналогичная ситуация.

Следует различать 2 различных варианта однодневного лечения. Первый – подразумевает выполнение ЛХЭ в день обращения и последующую выписку пациента в этот же день, после кратковременного наблюдения за ним в течение 4-8 часов (ambulatory surgery или one day surgery) [Sicilia C.B. et al., 2015; Rodriguez V.T. et al., 2015;]. Во втором

варианте – пациента наблюдают в течение ночи после операции и выписывают к концу первых суток от момента госпитализации (outpatient surgery или overnight surgery) [Topal B. et al., 2007; Каштальян М.А. с соавт., 2012].

Выполнение операций в стационаре одного дня значительно сокращает риск развития внутрибольничных инфекций, ускоряет реабилитационный период за счёт значительного сокращения пребывания больного в стационаре [Nystrom P.O., 2004]. С учётом сокращения сроков пребывания пациента в стационаре, такой подход может уменьшить затраты на лечение, а также способствовать быстрому возврату оперированных к труду [Березуцкий С.Н. и соавт., 2004; Brescia A. et al., 2013]. Лечение больных калькулёзным холециститом в стационаре одного дня позволяет экономить кадровые и финансовые ресурсы [Trevino C.M. et al., 2016].

Ещё одним положительным моментом использования данного подхода является то, что предоперационную подготовку, выполнение вмешательства и наблюдение за больным после операции осуществляет один врач. Кроме этого, время ожидания операции сведено к минимуму

Норвежские хирурги сообщили о выполнении более 1 тыс. ЛХЭ в плановом порядке с выпиской оперированных в течение суток [Skattum J. et al., 2004], а 83.5% пациентов были выписаны в день выполнения вмешательства.

В Бельгии половина ЛХЭ, выполняемых в плановом порядке, приходится на стационары одного дня [Berrevoet F. et al., 2006].

В США частота своевременной выписки пациентов, которым ЛХЭ выполняют в условиях стационара одного дня, достигает 99% [Paquette I.M. et al., 2008]. Пациенты среднего возраста с платной страховкой чаще выписываются в день операции, что говорит о безопасности ранней

досуточной выписки и эффективности такого варианта лечения при условии тщательного отбора больных.

По данным Smith I. с соавт. доля плановых ЛХЭ, выполняемых в амбулаторных условиях, в Великобритании составляет 68% [Smith I. et al., 2010].

В Дании за 10 лет работы центра амбулаторной хирургии выполнено 318 ЛХЭ, при этом 81,6% оперированных выписаны день операции, а остальных – до 24 часов от момента госпитализации [Thomsen C. et al., 2011]. Похожий результат получен итальянскими хирургами [Brescia A. et al., 2013].

Украинские хирурги сообщают о выполнении 401 ЛХЭ с выпиской оперированных в течение одних суток [Каштальян М.А. и соавт., 2012]. На основании полученных результатов авторы приходят к выводу, что около 20% плановых ЛХЭ можно выполнять с выпиской оперированных в течение 1 дня.

Испанские врачи сообщили о выполнении «более 1100 ЛХЭ в условиях стационара одного дня, что составило 3/4 всех плановых ЛХЭ за 13 лет работы» [Durantez F.D. et al., 2013]. В день операции удалось выписать 82% пациентов, что объяснялось тщательным отбором больных для лечения в условиях стационара одного дня. V.T. Rodriguez и соавт. сообщают, что выписка в день операции, после выполнения ЛХЭ, возможна только у 37% пациентов [Rodriguez V.T. et al., 2015].

Имеются сообщения о выполнении «1140 ЛХЭ в стационаре одного дня у больных хроническим калькулёзным холециститом» [Al-Omani S. et al., 2015]. Авторы считают, что тщательный отбор пациентов позволяет 96% ЛХЭ выполнять с выпиской пациентов в течение одних суток.

Хирургами Саудовской Аравии выполнено 487 плановых ЛХЭ с выпиской оперированных в течение 1 суток [Al-Qahtani H.H. et al., 2015]. О выполнении 519 ЛХЭ в амбулаторных условиях у больных хроническим

калькулёзным холециститом сообщили хирурги из Китая [Ma H.S. et al., 2015].

По результатам пилотного проспективного многоцентрового исследования, выполненного в Португалии, 60% плановых ЛХЭ возможно выполнять с выпиской оперированных в течение 1 суток [Viana C. et al., 2015]. Анализ полученных результатов не выявил значимой разницы частоты послеоперационных осложнений при ранней досуточной выписке оперированных в сравнении с традиционным стационарным лечением. В сообщении говорится, что частота осложнений была одинаковой у опытных и начинающих хирургов.

Rosero E.B. и Joshi G.P. (2017) проанализировали результаты лечения 230 тыс. пациентов трех штатов США, которым выполняли ЛХЭ в амбулаторных условиях [Rosero E.B. et al., 2017]. 9% больных оперированы с диагнозом острый холецистит. Авторы отмечают, что только 0,06% пациентов переведены для дальнейшего лечения в круглосуточный стационар.

Ряд авторов особо подчёркивают необходимость подбора пациентов для лечения в стационаре одного дня, объяснение пациентам основных принципов лечения, формирование хирургических бригад из опытных врачей и обязательный контроль состояния пациентов после их выписки [Сажин В. П. и соавт., 2003; Tenconi S.M. et al., 2008]. Другие считают, что обязательная профилактика и лечение послеоперационных рвоты и боли увеличивают шансы оперированных на выписку в течение одних суток [Al-Qahtani H.H. et al., 2015].

Выполнение ЛХЭ с выпиской пациентов в течение суток возможно при латентной форме заболевания, мелких конкрементах в ЖП и рецидивирующей болевой форме хронического холецистита, устойчивой психике пациента и его согласии на такой вариант лечения [Сажин В. П. и соавт., 2003].

Carlomango N. с соавт. изучили возможность ранней выписки после выполнения ЛХЭ у пациентов старше 75 лет, сравнив результаты их лечения с группой пациентов моложе этого возраста [Carlomango N. et al., 2016]. В исследование включены больные, оперированные в плановом порядке. Авторы пришли к выводу, что не сам возраст, а тяжесть сопутствующих заболеваний ограничивают возможность применения такого варианта лечения у пациентов старше 75 лет. Кроме того, авторы считают острый холецистит противопоказанием к лечению пациентов в стационаре одного дня. Необходимо отметить, что в срок до 24 часов удалось выписать только 1/5 часть больных, причем этот показатель не отличался в обеих группах. Это лишний раз доказывает, что для лечения пациентов с выпиской оперированных в течение одних суток требуется их тщательный подбор.

Tandon A. с соавт. изучили возможность выполнения ЛХЭ с ранней выпиской у пациентов с ИМТ >30 кг/м² и отметили, что данный вариант лечения был успешным у 78% оперированных [Tandon A. et al., 2016]. Авторы делают вывод, что пациентов с ИМТ >40 кг/м² необходимо лечить в условиях хирургического отделения. В статье авторы указывают, что частота раневых осложнений и троакарных грыж была выше у данной категории больных, но это общеизвестный факт, не зависящий от сроков выписки пациентов. Поэтому, ожирение 1-2 степеней не должно являться ограничением для лечения этих больных с ранней досуточной выпиской из стационара.

В большинстве сообщений говорится, что «для ранней досуточной выписки из стационара, после выполнения ЛХЭ, подходят больные с I-II степенью риска анестезии по шкале ASA» [Sözen S. et al., 2010; Каштальян М. А. 2012; Al-Qahtani H.H. et al.; 2015; Leeder P.C. et al., 2004;]. У больных с III и IV степенью риска выполнение ЛХЭ связано с увеличением частоты послеоперационных осложнений [Giger U.F. et al., 2006] и способствует

увеличению продолжительности послеоперационного периода [Ivatury S.J. et al., 2011]. В других публикациях сообщается «об успешном лечении больных, с выполнением им ЛХЭ в условиях однодневного стационара, при III степени риска анестезии если сопутствующие заболевания были компенсированы» [Barles A.N. et al., 2015; Antakia R. et al., 2014; Durantez F.D. et al., 2013; Clarke M.G. et al., 2011; Briggs C.D. et al., 2009;]. «Сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений и повторных госпитализаций не выявил статистически значимых различий между больными с III степенью риска анестезии ASA, в сравнении с больными с меньшими степенями риска» [Clarke M.G. et al., 2011; Briggs C.D. et al., 2009]. Т.е. выполнение ЛХЭ с выпиской оперированных в течение суток от момента поступления при III классе физического состояния ASA возможно, если сопутствующие заболевания стабильны.

Ваено L.J. с соавт. проанализировали 148 публикаций, посвященных амбулаторной ЛХЭ, и пришли к выводу, что больных после эндоскопического лечения холедохолитиаза в анамнезе (эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией) можно лечить в стационаре одного дня [Ваено L.J. et al., 2016]. По мнению авторов, приступы острого холецистита или тяжелого панкреатита в анамнезе являются противопоказаниями к такому варианту лечения. Однако мы считаем, что окончательно на этот вопрос можно получить ответ лишь в ходе операции. Кроме того, в сообщении указано, что такой вариант лечения возможен у пациентов с III классом риска анестезии по классификации ASA со стабильным течением заболеваний. Авторы сообщают, что основные осложнения после ЛХЭ развиваются до 8 часов после вмешательства и большая часть оперированных может быть выписана в тот же день.

Curtis N.J. с соавт. утверждают, что для выполнения ЛХЭ в амбулаторных условиях вообще не требуется предварительный визит больного к доктору - достаточно предварительного опроса пациента по

телефону и отсутствия признаков холедохолитиаза при УЗИ [Curtis N.J. et al., 2017]. Используя такой подход, авторам удалось выписать в день операции 85% пациентов. Это косвенным образом указывает на возможность применения стратегии досуточного наблюдения у больных острым холециститом. Однако, в плановой хирургии предварительный осмотр пациента хирургом и анестезиологом способствует более тщательному отбору больных для данного варианта лечения и повышает шансы оперированных на раннюю выписку.

Т.к. время стационарного лечения и наблюдения сведено к минимуму, обязателен контроль состояния выписанных пациентов на дому или по телефону. [Leeder P.C. et al., 2004].

Обязательной компонентой для осуществления ранней выписки пациентов, после выполнения ЛХЭ, является соответствие больных следующим бытовым критериям: согласие пациента на данный вариант лечения, необходимость во взрослом сопровождающем в течение первого дня после выписки, проживание пациента в собственном доме или квартире и наличие стационарного телефона [Antakia R. et al., 2014; Al-Qahtani H.H. et al. 2015; Каштальян М. А. и соавт., 2012; Рыбин Ю.Н. и соавт., 2008].

Выполнение плановых ЛХЭ в стационаре одного дня возможно не у всех пациентов. Применение такого метода противопоказано пациентам при анамнестическом указании на механическую желтуху или выявлении холедохолитиаза [Сажин В.П. и соавт., 2003; Каштальян М. А. соавт., 2012]. Больные с рецидивирующим течением заболевания, тяжёлым панкреатитом, холедохолитиазом, индексом массы тела ≥ 38 кг/м², перенесенными полостными операциями на верхнем этаже брюшной полости или выраженной послеоперационной рвотой в анамнезе должны лечиться в условиях хирургического стационара [Briggs C.D. et al., 2009].

Выполнение ЛХЭ в стационаре одного дня противопоказано при остром холецистите, риске анестезии III класса (ASA) и более, у больных, которым ранее выполняли открытые вмешательства в верхнем этаже брюшной полости. [Sato A. et al., 2012]. Эти же авторы сообщают, что пациенты, живущие более чем в 3 часах езды от стационара или одинокие люди должны лечиться в условиях обычного хирургического отделения.

По мнению других авторов выписка в течение 1 суток после выполнения плановой ЛХЭ противопоказана «при механической желтухе, холедохолитиазе, недавно перенесенном приступе острого панкреатита или острого холецистита, купированного консервативно или с применением пункции ЖП» [Durantez F.D. et al., 2013; Antakia R. et al., 2014].

Околопузырный инфильтрат или утолщение стенки ЖП при УЗИ, патологические состояния, при которых необходим мониторинг после вмешательства, эпилепсия или беременность - всё это является поводом к выполнению ЛХЭ в условиях хирургического отделения [Al-Qahtani H.H. et al., 2015]. Если у больного хроническим калькулёзным холециститом имеются признаки спаечной болезни, после перенесенных ранее полостных вмешательств на верхнем этаже брюшной полости, то выполнение ЛХЭ с ранней досуточной выпиской пациентов не показано [Каштальян М. А. и соавт., 2012; Antakia R. et al., 2014].

Общими противопоказаниями к выполнению ЛХЭ в амбулаторных условиях являются: возраст пациента старше 85 лет, обструктивное ночное апноэ и декомпенсированные сердечно-сосудистые и бронхо-лёгочные заболевания [Bettelli G., 2009], нарушения свертываемости крови и психические заболевания [Sicilia C.B. et al., 2015].

По данным проведенного метаанализа, не выявлено разницы по числу осложнений в раннем послеоперационном периоде, конверсий доступа и повторных госпитализаций при выполнении ЛХЭ в

хирургическом отделении госпиталя и в условиях стационара одного дня [Ahmad N.Z. et al., 2008].

При оценке результатов плановых ЛХЭ с выпиской оперированных в тот же день или в течение 24 часов от времени госпитализации статистически значимой разницы по количеству осложнений, интенсивности послеоперационной боли, частоте повторных госпитализаций и времени возвращения к обычной активности и работе не выявлено [Gurusamy K. et al., 2008; Ammori B.J. et al., 2003]. В сообщениях говорится, что при тщательном отборе пациентов выписка оперированных в день операции, при выполнении ЛХЭ в плановом порядке, является безопасной и повышает эффективность использования хирургической койки.

Одним из способов, способствующих уменьшению продолжительности стационарного лечения после выполнения ЛХЭ, является комплекс мер, направленный на уменьшение интенсивности послеоперационной боли [Свиридов С.В. и соавт., 2016].

Уменьшение числа троакаров с 4 до 3 при выполнении ЛХЭ способствует уменьшению интенсивности послеоперационной боли и сопровождается ростом числа пациентов, выписанных в день вмешательства [Durantez F.D. et al., 2013]. Выполнение ЛХЭ при пониженном менее 9 мм рт. ст. внутрибрюшном давлении статистически значимо (уровень доказательств IB) снижает интенсивность послеоперационной боли [Ahn Y. et al., 2011].

В нескольких публикациях отмечено, что включение в схему премедикации НПВС, при выполнении ЛХЭ, приводит к значимому снижению послеоперационной боли и может увеличить вероятность выписки оперированных в день вмешательства [Briggs C.D. et al., 2009; Ahn Y. et al., 2011]. Метаанализ, базирующийся на результатах 13 рандомизированных клинических исследований у 782 пациентов, доказал,

что введение до операции кеторолака позволяет уменьшить дозу опиатов и сопровождается снижением частоты послеоперационной рвоты, и весьма эффективно в аспекте снижения послеоперационной боли [De Oliveira G.S. et al., 2012].

Для уменьшения интенсивности послеоперационной боли некоторые исследователи используют обкалывание мест установки троакаров анестетиками пролонгированного действия [Ahn Y. et al., 2011]. В качестве анестетика используют адреналин с бипувакаином [Al-Qahtani H.H. et al., 2015]. При оценке эффективности использования такого метода отмечали снижение интенсивности послеоперационной боли по визуально-аналоговой шкале в интервале от 4 до 8 часов после вмешательства, но значимого сокращения длительности стационарного лечения и влияния на сроки временной нетрудоспособности не отмечали [Loizides S. et al., 2014].

C.B. Sicilia с соавт. для лечения послеоперационной боли применяют орошение брюшной полости 10 мл 0,5% раствора ропивакаина, который вводят каждые 1,5 часа в через установленный во время операции в подпечёночное пространство микроирригатор [Sicilia C.B. et al., 2015]. Авторы сообщения считают, что данная мера позволяет сократить послеоперационный период, после выполнения ЛХЭ, до 5,5 часов и выписать оперированного в день вмешательства.

Проведенный метаанализ не обнаружил достаточной доказательной базы в исследованиях, изучающих внутрибрюшное введение анестетиков во время ЛХЭ [Gurusamy K.S. et al., 2014]. По результатам этого исследования значимой разницы между больными, у которых использовали орошение брюшной полости анестетиками и не использовали их, не выявлено. Полученные результаты говорят, что интраабдоминальное введение анестетиков после ЛХЭ, не влияет на выраженность послеоперационной боли.

Использование, после выполнения ЛХЭ, инъекций Парацетамола или Ибупрофена является достаточным и способствует регрессу боли [Al-Qahtani H.H. et al., 2015; Sato A. et al., 2012; Sözen S. et al., 2010; Каштальян М.А. и соавт., 2012; Рыбин Ю.Н. и соавт., 2008]. Применение кеторолака для лечения послеоперационной боли в условиях стационаров кратковременного содержания тоже весьма эффективно [Шень Н.П. и соавт., 2015].

С целью уменьшения послеоперационной боли предпринимаются попытки уменьшения числа троакарных ран, с выполнением ЛХЭ из двух доступов, что приводит к снижению интенсивности послеоперационной боли и числа раневых осложнений [Коссович М.А. и соавт., 2014]. Применение малоинвазивных видов холецистэктомии сопровождается меньшей интенсивностью послеоперационной боли и укорочением послеоперационного стационарного лечения [Михин И.В. и соавт., 2016].

Решение о возможной выписке оперированных в тот же день принимается совместно анестезиолог и хирург [Рыбин Ю.Н. и соавт., 2008]. Авторы сообщают, что факторами, не позволившими выписать пациентов в течение 1 суток, были конверсия доступа, интенсивная послеоперационная боль, послеоперационная рвота, желчеистечение из ложа удалённого ЖП. Частота указанных осложнений составляла 6,8%.

Основными факторами, не позволившими осуществить раннюю выписку оперированных, после выполнения ЛХЭ, по мнению S.L. Damen и соавт., были послеоперационные рвота и персистирующая боль [Damen S.L. et al., 2004]. В сообщении отмечено, что после выполнения плановой ЛХЭ, в тот же день можно выписать большую часть пациентов.

Во многих публикациях отмечено, что отсутствие послеоперационных рвоты и интенсивной боли, восстановление основных жизненных функций и двигательной активности, способность приёма жидкой пищи, самостоятельное мочеиспускание позволяют выписать

оперированного больного после ЛХЭ в течение 1 суток [Al-Qahtani H.H. et al., 2015; Antakia R. et al., 2014; Brescia A. et al., 2013; Akoh J.A. et al., 2011; Briggs C.D. et al., 2009; Каштальян М.А. и соавт., 2012].

Выполняются попытки профилактики и лечения основных причин, ограничивающих выписку оперированных в течение 1 суток.

Таковыми причинами являются: послеоперационная боль, которая не регрессирует в случае приёма пероральных анальгетиков, послеоперационная рвота, сложности мобилизации ЖП, сомнения больного, необходимость выполнения симультанного вмешательства, [Briggs C.D. et al., 2009; Каштальян М. А. и соавт., 2012].

Pujahari A.K. [Pujahari A.K., 2016] сообщил, что из 1029 больных, оперированных в стационаре одного дня, 95,7% предпочли остаться на ночь по психологическим мотивам, хотя могли быть выписаны в день операции, т.к. других объективных причин для продолжения стационарного наблюдения за ними не было. Такой показатель говорит о плохой информированности пациентов про преимущества ранней выписки или недостаточной разъяснительной работе хирурга на догоспитальном этапе. Во многих других публикациях по данной теме количество выписанных в течение суток от момента поступления варьирует от 35 до 85%.

Конверсия лапароскопического доступа в широкую лапаротомию приводит к увеличению сроков пребывания в стационаре, что связано с высокой интенсивностью и продолжительностью послеоперационной боли [Al-Qahtani H.H. et al., 2015; Thomsen C. et al., 2011; Leeder P.C. et al., 2004]. Н.Р. Rios с соавторами сообщили, что основными причинами увеличения длительности пребывания в стационаре более 1 суток при выполнении ЛХЭ были конверсия лапароскопического доступа в широкую лапаротомию, дренирование подпечёчного пространства и послеоперационная боль [Rios H.P. et al., 2015]. Возникновение симптомов

внутрибрюшных осложнений и выполнение конверсии доступа делают выписку пациентов в течение 1 суток от момента поступления невозможной [Isherwood J. et al., 2013].

Имеются доказательства, что рутинная установка дренажа в подпечёночное пространство по окончании плановой ЛХЭ не нужна [Tzovaras G. et al., 2009; Ahn Y. et al., 2011]. Дренирование брюшной полости ассоциируется с интраоперационными сложностями мобилизации ЖП, сопровождается более интенсивной послеоперационной болью и не позволяет осуществить выписку оперированного в тот же день [Antakia R. et al., 2014]. J. Isherwood и соавт. считают дренирование брюшной полости статистически значимым критерием увеличения времени пребывания оперированных в стационаре, что ограничивает раннюю выписку оперированных [Isherwood J. et al., 2013]. В сообщении отмечено, что среди больных, выписанных в день операции, только у 1,6% в подпечёночное пространство был установлен дренаж, а среди больных, выписанных позже 2 суток, частота дренирования подпечёночного пространства достигала 45,2%. По данным Н.Н. Al-Qahtani с соавт. у всех больных, которым в ходе ЛХЭ дренировали подпечёночное пространство, сроки выписки превышали 1 сутки [Al-Qahtani N.N. et al., 2015].

Дренирование брюшной полости необходимо выполнять по строгим показаниям и при отсутствии отделяемого по дренажу необходимо его удаление, т.к. основную свою функцию дренаж выполнил [Зубрицкий В.Ф. и соавт., 2012]. А пролонгированное дренирование брюшной полости чревато развитием гнойно-воспалительных осложнений.

Tebala G.D. с соавт. [Tebala G.D. et al., 2017] проанализировали факторы, влияющие на досуточную выписку после выполнения ЛХЭ у 223 пациентов. В течение суток удалось выписать 78% оперированных. Повторная госпитализация потребовалась 3,9% больных. Однофакторный анализ показал, что частота повторных госпитализаций была выше у

пациентов, которым дренировали подпеченочное пространство. При проведении многофакторного анализа авторами установлено, что ранняя выписка возможна у больных с неосложненным холециститом, которым не дренировали брюшную полость. Таким образом, данное исследование подтверждает данные, что дренирование брюшной полости способствует сохранению болевого синдрома и уменьшает вероятность ранней досуточной выписки оперированных.

При анализе результатов лечения 22 тыс. больных, которым выполняли ЛХЭ, выделены факторы, способствующие увеличению частоты интраоперационных осложнений. Такими факторами оказались мужской пол, масса тела больного свыше 90 кг, увеличение продолжительности ЛХЭ от средних значений на каждые полчаса, и малый опыт хирурга [Giger U.F. et al., 2006]. Рост числа послеоперационных осложнений был ассоциирован с III-IV степенью риска анестезии ASA, конверсией лапароскопического доступа, необходимостью выполнения срочного вмешательства и увеличением времени ЛХЭ от среднего на каждые 30 мин. Раневые осложнения статистически значимо чаще развивались у пациентов мужского пола, при возникновении интраоперационных осложнений или увеличении возраста оперированных на каждые 10 лет, и массе тела больного до 60 кг. Авторы приходят к выводу, что при длительности ЛХЭ более 2 часов риск развития осложнений возрастает в 4 раза и не зависит от мастерства хирурга, в отличие от ЛХЭ, продолжающейся 30-60 мин.. Наверное, развитие интраоперационных осложнений способствует увеличению продолжительности операции, а не наоборот.

Увеличение времени ЛХЭ более 2 часов статистически значимо уменьшает вероятность выписки оперированных в течение 24 часов [Antakia R. et al., 2014]. Другие исследователи считают увеличение времени ЛХЭ более 90 мин. фактором, приводящим к увеличению сроков

стационарного лечения более суток [Isherwood J. et al., 2013]. Рост времени ЛХЭ более 90 минут приводит к статистически значимому увеличению числа ранних послеоперационных осложнений (43 против 16%) и не зависит от опыта хирурга. И, напротив, уменьшение времени выполнения ЛХЭ до 30 мин. в условиях стационара одного дня способствует выписки до 70% пациентов в день операции [Durantez F.D. et al., 2013].

Чтобы оценить безопасность ранней выписки оперированных, после выполнения им ЛХЭ, оценивают причины продолжения стационарного лечения более 1 суток, а также выполняют анализ причин и частоты повторных госпитализаций пациентов.

Анализ результатов 258 ЛХЭ, выполненных в условиях дневного стационара больным хроническим калькулёзным холециститом, показал, что среди основных факторов, приводивших к увеличению сроков послеоперационного лечения, были поздно выполненное вмешательство (8,5%) и сомнения пациента (9,3%) [Akoh J.A. et al., 2011]. В сообщении говорится, что повторно было госпитализировано 5,2% оперированных вследствие сохраняющейся у них послеоперационной боли умеренной интенсивности или развития раневых осложнений.

По данным других авторов, после выполнения ЛХЭ в условиях дневного стационара в течение 24 часов не смогли выписать 5% больных, а количество повторных госпитализаций достигло 1,4% [Al-Qahtani H.H. et al., 2015].

Сао J. с соавт. [Cao J. et al., 2017] также изучили возможности ранней выписки пациентов после выполнения ЛХЭ в плановом порядке. Из 4774 оперированных в течение 24 часов не удалось выписать 15,6% пациентов. Основными причинами, не позволившими осуществить досуточную выписку, были послеоперационные осложнения, конверсия доступа и

субъективные факторы (боязнь ранней выписки). Среди исследуемой группы пациентов частота повторных госпитализаций составила 0,9%.

Rosero E.B. и Joshi G.P. проанализировали 230 745 амбулаторных ЛХЭ (9% при остром холецистите), выполненных в 890 амбулаторных учреждениях в период с 2009 по 2011 год в трех Штатах: Флорида, Нью-Йорк, Калифорния [Rosero E.B., Joshi G.P., 2017]. 0,06% (0,6 на 1000 больных) были переведены в круглосуточный стационар сразу. 2% (20,2 на 1000 больных) оперированных повторно были госпитализированы в течение 30 дней после выписки, притом 11% из них в течение первых 24 часов, а 53,3% - в течение первой недели после ЛХЭ. Среди причин повторной госпитализации были послеоперационные осложнения (33,4%, причём наиболее частым из них была обструкция желчных протоков /21,4%/), послеоперационная боль (11,8%), инфекционные осложнения (10,4%) и послеоперационная тошнота и рвота (5,4%). Частота ранений холедоха составила 0,013% (30 больных). Повторно оперированы 0,064% по поводу ранения кишечника или желчных протоков. 19,3% пациентов - из повторно госпитализированных больных с признаками обструкции желчных протоков - выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. Среди повторно госпитализированных уровень летальности составил 0,85%. Частота повторных госпитализаций была достоверно выше у больных с хроническими заболеваниями лёгких, ХПН, болезнями печени и раком; пациентов мужского пола и больных старше 75 лет.

Одной из причин, не позволяющих осуществлять раннюю досуточную выписку оперированных, может быть послеоперационная рвота [Thomsen C. et al., 2011]. Так, 2,2% выписанных из стационара одного дня, после выполнения им плановой ЛХЭ, были повторно госпитализированы, вследствие персистенции у них послеоперационной рвоты [Brescia A. et al., 2013].

В сообщении Baeno L.J. и соавт. выделен ряд факторов, способствующих персистенции в послеоперационном периоде тошноты и рвоты, как симптомов, снижающих вероятность ранней досуточной выписки [Baeno L.J. et al., 2016]. По мнению авторов, на вероятность развития данного осложнения прямое влияние оказывают продолжительность операции более 60 мин., повышение внутрибрюшного давления более 13 мм рт. ст. и плохо купируемый болевой синдром. Логично предположить, что быстро выполненная ЛХЭ при пониженном внутрибрюшном давлении в сочетании с адекватным лечением послеоперационного болевого синдрома повышают вероятность досуточной выписки оперированных.

Основную роль в лечении и профилактике послеоперационных тошноты и рвоты играют анестезиологи [Gan Tong J. et al., 2014]. Частота указанного осложнения выше у некурящих пациентов, женщин, при использовании опиатов после вмешательства, у лиц с послеоперационной рвотой в анамнезе. Любой из перечисленных пунктов повышает на 20% риск развития послеоперационной рвоты. Для снижения частоты этого осложнения доказана эффективность следующих методов и средств: интравенозное введение 8 мг дексаметазона за 40 мин. до операции [Ahn Y. et al., 2011], применение региональной анестезии вместо общего наркоза, использование Пропофола при проведении анестезии, прекращение использования закиси азота, опиатов и летучих анестетиков, в сочетании с достаточной инфузией [Gan Tong J. et al., 2014]. С целью купирования послеоперационной рвоты применяют противорвотные средства [Ahn Y. et al., 2011], ондансетрон в сочетании с дексаметазоном или дроперидолом [Gan Tong J. et al., 2014]. Ряд исследований доказал, что внутривенное введение 8 мг дексаметазона в сочетании с ингибиторами серотониновых рецепторов приводит к уменьшению частоты послеоперационной рвоты до 3-5%, а при монотерапии ингибиторами

серотониновых рецепторов частота этого осложнения достигла 17-18% [Fujii Y. et al., 2000, Biswas B.N. et al., 2003].

Внутривенное введение дроперидола 0,625 мг и дексаметазона 4 мг, при выполнении около 15 тыс. амбулаторных операций, сопровождалось уменьшением до 0,06%, частоты послеоперационной рвоты, а после выписки частота тошноты и рвоты достигала 4,3 и 1,4%% соответственно [Lemos P., 2015]. Но автор не уточняет – какие операции выполнялись.

В основной массе сообщений говорится о выполнении ЛХЭ под эндотрахеальным наркозом, однако встречаются публикации о выполнении этого вмешательства с использованием спинальной анестезии [Bessa S.S. et al., 2012]. В данном сообщении говорится о выполнении 90 ЛХЭ в условиях стационара одного дня с использованием спинальной анестезии, все оперированные пациенты были выписаны в день операции. Повторных госпитализаций среди этих больных не отмечали. А среди пациентов, которым операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом, 8,9% оперированных были выписаны позже 24 часов, а повторная госпитализация понадобилась в 1,1% случаев.

Развитие у 1,64% больных таких интраоперационных осложнений, как кровотечение или перфорация ЖП при его мобилизации, послужили поводом к дренированию брюшной полости [Al-Qahtani H.H. et al., 2015]. А конверсия лапароскопического доступа выполнена у 0,82% пациентов, во всех случаях причиной её выполнения был спаечный процесс в зоне операции.

Грозным послеоперационным осложнением, которое является причиной повторных госпитализаций, является желчеистечение. По данным одних авторов, развитие этого осложнения отмечали у 0,9% оперированных (1 случай на 106 пациентов) [Briggs C.D. et al., 2009], по результатам другой публикации частота этого специфического осложнения была меньше – 0,2% (1 случай на 465 пациентов) [Al-Qahtani H.H. et al.,

2015]. В структуре причин желчного перитонита на холецистэктомию приходится 20%, а желчеистечение в раннем послеоперационном периоде диагностируют только в 30% случаев, причём наибольшей чувствительностью и специфичностью обладает УЗИ [Зубрицкий В.Ф. и соавт., 2017]. С ростом числа выполненных вмешательств, частота осложнений обычно снижается.

Канадские хирурги [Seyednejad N. et al., 2017] изучили причины увеличения длительности госпитализации среди 1256 пациентов, которым выполняли ЛХЭ в стационаре досуточного наблюдения. 87% оперированных выписаны в тот же день, причем авторы считают, что для наблюдения за больным после операции достаточно 4 часов. У 9,6% пациентов потребовалось продолжить наблюдение до суток. Основными причинами, не позволившими осуществить выписку в день операции были дыхательные нарушения (38%), задержка мочи (14%) и отклонения от стандартного хода вмешательства (9,9%). Болевой синдром, как причина, не позволившая выписать больных в день операции был на 4 месте. Данный факт говорит о том, что каждый десятый оперированный, требует пролонгированного наблюдения. Не стоит во главу угла ставить определенные сроки выписки пациента, необходимо оценить возможность и безопасность ранней выписки. Количество повторно госпитализированных пациентов достигло 3,2%. Основными причинами повторных госпитализаций были послеоперационная боль, желчеистечение и холедохолитиаз.

Другими факторами, приводящими к увеличению продолжительности послеоперационного периода или служащими причинами повторных госпитализаций были раневые осложнения или кровотечения.

Общее число послеоперационных осложнений в случае ранней досуточной выписки пациентов, после выполнения им ЛХЭ, варьирует от

2,5 [Antakia R. et al., 2014] до 8,5 % [Thomsen C. et al., 2011]. Повторно госпитализируют 0,4 [Al-Qahtani H.H. et al., 2015; Al-Omani S. et al., 2015; Durantez F.D. et al., 2013;] – 5 % выписанных до 1 суток [Thomsen C. et al., 2011].

G.I. van Boxel с соавт. попытались учесть «послеоперационные осложнения, которые имели место у больных после выписки из стационара одного дня» [van Boxel G.I. et al., 2013]. Для этого они опросили по телефону 221 пациента, которым ЛХЭ выполнялась в стационаре долсуточного наблюдения. Авторы отметили, что после выписки у 7,6% оперированных были выявлены раневые осложнения, а частота общих осложнений составила 14,6%. В сообщении указано, что основным предиктором, приводящим к развитию раневых осложнений, было курение. По результатам этого исследования большую часть составили раневые осложнения, лечение которых осуществляется в амбулаторном порядке. Кроме этого, большая часть из них развивается к 3 суткам послеоперационного периода и позже.

Проведенный метаанализ, оценивающий результаты выполнения ЛХЭ у больных хроническим калькулёзным холециститом, доказал, что рутинная антибиотикопрофилактика в данном случае не требуется [Choudhary A. et al., 2008]. Поэтому, при выполнении ЛХЭ в стационаре досуточного наблюдения антибиотикопрофилактику необходимо проводить только у больных группы риска [Durantez F.D. et al., 2013; Antakia R. et al., 2014].

Проведенный в 2013 году метаанализ не выявил разницы по срокам выписки пациентов, после выполнения им ЛХЭ, в случае выписки оперированных в день вмешательства или на следующее утро (до 24 часов) по таким показателям, как выраженность послеоперационной боли, качество жизни, продолжительность временной нетрудоспособности и количество повторных госпитализаций [Vaughan J., et al., 2013]. В этом

исследовании сроки стационарного лечения превысили 1 сутки только у 2% больных, а сводная частота повторных госпитализаций варьировала в пределах 3,2-3,5%.

А.В. Страхов с соавт. (2004) сообщили, что уменьшение времени пребывания в стационаре, после плановых ЛХЭ, не оказывало влияния на качество медицинской помощи [Страхов А.В. и соавт., 2004]. В сообщении отмечается, что примерно 1/5 пациентов могла быть выписана из стационара раньше. В данном сообщении говорится о сокращении сроков послеоперационного периода до 3,9 суток. Отсутствие разницы в сроках временной нетрудоспособности между больными, оперированными в хирургическом отделении стационара и в стационаре краткосрочного пребывания, по мнению авторов, связано с нежеланием пациентов рано возвращаться к труду. В другом сообщении выявлено статистически значимое уменьшение сроков временной нетрудоспособности после выполнения ЛХЭ больным хроническим холециститом в условиях поликлиники до 11,3 суток в сравнении с результатами лечения пациентов в стационарных условиях, где временная нетрудоспособность достигала 16,6 суток [Сажин В.П. и соавт., 2003]. Это подтверждает экономический потенциал ранней досуточной выписки больных после выполнения ЛХЭ в свете скорейшего возврата пациентов к труду.

Некоторыми исследователями выполняются попытки оценки удовлетворённости пациентов результатами лечения. 94-97% оперированных оценивают результаты лечения в условиях досуточной выписки оперированных как очень хорошие [Al-Qahtani H.H. et al., 2015; Brescia A. et al., 2013; Ji W. et al., 2010; Briggs C.D. et al., 2009;]. Анализ результатов нескольких исследований, проведенных в США, Австралии и странах Европы, не выявил значимых отличий по удовлетворённости результатами лечения и уровню качества жизни через 24 часа и через неделю после выполнения ЛХЭ в условиях стационаров одного дня и в

хирургическом отделении больницы [Ahmad N.Z. et al., 2008]. Но существуют сообщения, в которых отмечено, что «недостаточное информирование пациентов о возможностях стационаров одного дня является основной причиной неудовлетворённости результатами лечения» [Bellani M.L. et al., 2008].

В нескольких сообщениях говорится, что выписка пациентов в день операции, после выполнения им ЛХЭ, экономически более выгодна, чем их выписка в течение одних суток [Gurusamy K. et al., 2008; Skattum J. et al., 2004,]. Выполнение ЛХЭ в стационаре одного дня на базе хирургического отделения на 55% дороже, чем выполнение вмешательства в амбулаторных центрах [Paquette I.M. et al., 2008]. Но сравнительный анализ стоимости лечения по данным 6 рандомизированных исследований не выявил значимых отличий стоимости лечения между стационарным и однодневным лечением в условиях госпиталя [Ahmad N.Z. et al., 2008].

Другие исследователи сообщают, что выполнение ЛХЭ в стационаре досуточного наблюдения снижает стоимость лечения всего на 17,5% в сравнении с лечением в стационаре [Ji W. et al., 2010]. Выписка пациентов, после выполнения им ЛХЭ, в день вмешательства уменьшает стоимость курса лечения на 1000 Евро относительно выписки оперированных на следующее утро (до 1 суток) [Rodriguez V.T. et al., 2015]. Хирурги из Бразилии сообщают о 200 выполненных ЛХЭ в стационаре досуточного наблюдения и считают, что такой вариант лечения способствует снижению затрат на 35% в сравнении с общепринятым стационарным вариантом лечения и в масштабах страны может привести к значительной экономии средств [Teixeira U.F. et al., 2016].

Острый холецистит по частоте встречаемости стоит на первом месте среди всех urgentных заболеваний органов брюшной полости, уступая по общему количеству операций лишь острому аппендициту [Дедерер Ю.М. с соавт., 1990; Качалов С.Н. с соавт., 2006]. Ежегодно с клинической

картиной ЖКБ в поликлиники и больницы РФ обращается до 900 тыс. человек, и около 110 тыс. из них оперируют [Еременко В.П. и соавт., 1999; Ермолов А.С. и соавт., 2002; Ветшев П.С., 2005]. 97,4% больных острым калькулёзным холециститом поступают в стационары без заболеваний желчевыводящих протоков, около трети из них - удовлетворительном состоянии, а умеренно выраженные сопутствующие заболевания (I-II класс ASA) имеет 68% больных [Натрошвили И.Г. и соавт., 2017].

Поначалу местный перитонит и операции на верхнем этаже органов брюшной полости в анамнезе были противопоказаниями к выполнению ЛХЭ [Дадвани С.А. с соавт., 2000]. В связи с появлением новых инструментов для лапароскопических операций и отработкой методик их выполнения число противопоказаний к ЛХЭ уменьшается. Так Seyednejad N. с соавт., изучая причины задержки выписки при плановом лечении больных калькулёзным холециститом в условиях стационара одного дня, не выявили достоверной связи между распространенным спаечным процессом в зоне операции и увеличением длительности пребывания оперированных в стационаре и частотой повторных госпитализаций [Seyednejad N. et al., 2017]. Хотя во многих публикациях спаечный процесс в зоне вмешательства является одной из причин конверсии доступа, это лишний раз доказывает, что одними из основных факторов, влияющих на возможность ранней выписки после выполнения ЛХЭ, являются интраоперационные находки и выполненное без отклонений от стандартного хода вмешательство.

Необходимо помнить, что для выполнения ЛХЭ имеются как общие, так и местные противопоказания. К общим противопоказаниям относятся: тяжелые сопутствующие заболевания (декомпенсированная сердечная недостаточность, болезни легких с явлениями дыхательной недостаточности тяжёлой степени, хроническая почечная недостаточность в стадии уремии, сахарный диабет в стадии декомпенсации, цирроз печени,

коагулопатии), «прогрессирование которых в раннем послеоперационном периоде угрожает жизни больного» [Гальперин Э.И., Ветшев П.С., 2009].

К местным противопоказаниям относят склероатрофичный желчный пузырь, его внутрипеченочное расположение, рак желчного пузыря, синдром Мириззи, плотный перипузырный инфильтрат и распространенный перитонит [Дадвани С.А. и соавт., 2009]. Все остальные местные противопоказания являются относительными и увеличивают время вмешательства, частоту интраоперационных осложнений и конверсий доступа.

В последнее время ЛХЭ стали всё чаще выполнять у больных острым калькулезным холециститом [Михайличенко В.Ю. и соавт., 2017; Тимербулатов М.В. и соавт., 2017]. Выполненная в первые дни заболевания ЛХЭ сопровождается меньшим числом послеоперационных осложнений в сравнении с традиционной холецистэктомией [Уханов А.П. с соавт., 2010; Сажин В.П. и соавт., 2015; Lau H. et al., 2006; Agresta F. et al., 2015]. Выполнение ЛХЭ при остром холецистите показано даже у больных пожилого и старческого возраста [Lee S.I. et al., 2015]. Однако среди всех больных острым холециститом отдельно выделяют группу с гангренозной формой заболевания, перивезикальным инфильтратом или абсцессом и выраженным спаечным процессом в области шейки ЖП. Лечение таких больных всегда сопряжено с большей частотой интраоперационных осложнений и конверсий доступа, а в иностранной литературе такой вариант заболевания получил специфический термин - тяжелый острый холецистит или «severe acute cholecystitis» [Cwik G. et al., 2013; Borzellino G. et al., 2008; Уханов А.П. с соавт., 2010; Giuseppe B. et al., 2008]. Большинство авторов считают, что выполнение ЛХЭ у данной категории пациентов сопровождается большим числом осложнений и конверсий доступа, а значит такие пациенты не подходят для лечения в стационаре одного дня. Выполнение в данной ситуации нестандартных

вариантов вмешательства, таких как субтотальная лапароскопическая холецистэктомия, сопровождается увеличением длительности вмешательства и большей частотой осложнений и конверсий доступа [Уханов А.П. и соавт., 2011]. Кроме этого, данная операция не является радикальной и способствует рецидиву холелитиаза, что приводит к повторным операциям [Ачкасов Е.Е. с соавт., 2012].

Японские ученые разработали классификацию тяжести острого холецистита (Tokyo Guidelines 2013), которая используется в выработке клинических рекомендаций по лечению этого заболевания [Takada T. et al., 2013]. Для унификации тактических подходов к лечению авторы предложили «определять тяжесть состояния больных острым холециститом по следующим критериям:

1. Легкая степень – отсутствие критериев для более тяжелых форм, отсутствие органной дисфункции.

2. Средняя степень тяжести – наличие хотя бы одного из указанных признаков: лейкоцитоз более $18 \times 10^9/\text{л}$, срок заболевания свыше 72 часов, пальпируемый желчный пузырь, признаки местного воспалительного процесса, включая перивезикальный абсцесс, желчный перитонит, абсцесс печени, эмфизематозный или гангренозный холецистит.

3. Тяжелая степень тяжести подразумевает наличие хотя бы одного признака органной дисфункции:

– Дисфункция сердечно–сосудистой системы (гипотензия, требующая введения допамина в дозе 5 мг или более на кг веса в минуту или норэпинефрина в любой дозировке);

– Дисфункция нервной системы (нарушение сознания);

– Дисфункция респираторной системы (отношение $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$)

– Почечная дисфункция (олигурия; уровень креатинина $> 2,0 \text{ мг/дл}$)

– Печеночная дисфункция (протромбиновое время/международное нормализованное отношение $> 1,5$)» [Takada T. et al., 2013].

– Гематологическая дисфункция (тромбоцитопения $<100 \times 10^9 / \text{л}$)

Данная классификация степени тяжести острого холецистита сохранила свою структуру по данным последнего пересмотра (Tokyo Guidelines 2018) [Yokoe M. et al., 2018].

Многофакторный анализ результатов лечения больных тяжелым острым холециститом (Tokyo Guidelines 2018) показал статистически значимое увеличение послеоперационной летальности в течение 30 суток после операции у пациентов с признаками механической желтухи, неврологическими и вентиляционными нарушениями [Endo I. et al., 2017].

На этапе освоения методики выполнения ЛХЭ при остром холецистите общее число осложнений достигало 27,9%, а частота конверсий доступа - 18,9% [Кузнецов Н. А. с соавт., 2003].

Но с увеличением числа выполненных операций эти показатели должны уменьшаться. Например, анализ результатов лечения 1100 больных острым холециститом, которым была выполнена ЛХЭ, показал, что частота ятрогенного повреждения холедоха составляла всего 0,11%, а конверсий доступа - 1,1% [Топчиев М.А. и соавт., 2014]. Интраоперационное кровотечение отмечено у 1,42% больных. Авторы связывают такие результаты с выполнением операций в первые дни от момента поступления, использованием новейшего оборудования и выполнением вмешательств опытными хирургами.

Отечественные авторы сообщили, что при оценке результатов 3589 ЛХЭ (1471 из которых выполнено при остром холецистите) частота ятрогенного повреждения желчных протоков достигала 0,12%, а желчеистечения – 0,18% [Красильников Д.М. и соавт., 2016]. Авторы считают, что основными причинами развития данных осложнений были атипичная анатомия или воспалительные инфильтраты в зоне вмешательства, а также несвоевременная конверсия доступа в широкую лапаротомию. В другом сообщении отмечено, что частота ятрогенной

травмы внепечёночных желчных протоков при выполнении ЛХЭ у больных острым холециститом была в два раза выше, чем при плановой операции (0,79% и 0,33% соответственно) [Халидов О.Х. и соавт., 2017].

Catani M. и соавт. приводят результаты лечения 163 больных острым холециститом, у которых ранняя ЛХЭ с тщательной парциальной мобилизацией ЖП привела к снижению частоты конверсий доступа до 0,6% а специфических осложнений до 1,22% [Catani M. et al., 2009].

Выполнение ЛХЭ при пониженном до 8-10 мм рт. ст. давлении карбоксиперитонеума сопровождается статистически значимо меньшей частотой общих осложнений [Балаян Г.З., 2016].

Оценивая результаты 258 ЛХЭ при лечении деструктивных форм острого холецистита Луцевич О.Э. и соавт. рекомендуют выполнять вмешательство в первые сутки от момента госпитализации [Луцевич О.Э. и соавт., 2014]. Такая тактика оправдана, так как уменьшает вероятность перфорации стенки ЖП и связанных с ней осложнений. В сообщении указано, что частота конверсий доступа составила 8,5%.

Наиболее частой причиной конверсии доступа у больных острым холециститом старше 60 лет при выполнении ЛХЭ «был выраженный спаечный процесс в проекции печёочно–двенадцатиперстной связки» [Уханов А.П. и соавт., 2012]. Частота деструктивных форм заболевания составила 73,8%, а конверсия доступа выполнена у 3,7% пациентов. Авторы считают, что в случае острого холецистита выполнение ЛХЭ противопоказано при декомпенсированных заболеваниях органов сердечно–сосудистой и дыхательной систем; коагулопатических нарушениях; множественных операциях на органах брюшной полости в анамнезе; распространенном перитоните; подозрении на холедохолитиаз или механической желтухе и вентральных грыжах больших размеров.

Сравнение результатов ЛХЭ в лечении 535 больных острым холециститом, в зависимости от возраста не выявило статистически

значимых различий по числу конверсий доступа и послеоперационных осложнений [Уханов А.П. и соавт., 2014]. В группе больных старше 60 лет эти показатели составили 3,7 и 5,5% соответственно, а у больных моложе 60 лет - 3,2 и 5,3%. Авторы приходят к выводу, что частота конверсий доступа и послеоперационных осложнений не зависят от возраста пациента, а определяются другими факторами.

Аналогичные результаты получены при анализе 95 тыс. ЛХЭ, выполненных у больных острым холециститом [Zafar S.N. et al., 2015]. Частота осложнений была статистически значимо меньше, при выполнении вмешательства в первые 2 дня после госпитализации. А статистически значимой разницы по частоте конверсий доступа в группах больных, оперированных до 2 суток от момента поступления не выявлено, в сравнении с больными, которых оперировали со 2-х по 5-е сутки или кто перенёс операцию между 6-ми и 10-ми сутками.

О снижении частоты конверсий доступа при выполнении малоинвазивных операций в первые 2 суток от начала заболевания сообщают и отечественные авторы [Тимербулатов В.М. и соавт., 2018].

У половины больных острым калькулёзным холециститом причиной увеличения продолжительности ЛХЭ являются воспалительный перивезикальный инфильтрат или спайки в зоне вмешательства [Абдулжалилов М.К. и соавт., 2018]. А основным интраоперационным осложнением является кровотечение [Байчоров Э.Х. и соавт., 2014].

Назаренко П.М. и соавт. указывают, что ранняя ЛХЭ у больных острым холециститом при давности приступа до 3 суток будет возможна, так как в эти сроки заболевания перипузырный инфильтрат рыхлый и легко разделяется [Назаренко П.М. и соавт., 2010].

В своей работе Балкизов З.З. отметил, что лучшим временем для выполнения ЛХЭ при остром холецистите будут первые 2 суток заболевания, а частота конверсий доступа при выполнении операции в эти

сроки составила 2,2% [Балкизов 3.3., 2005]. Если давность приступа была более 5 суток, то конверсию доступа выполнили у 23,5% больных. По мнению автора перивезикальный инфильтрат является противопоказанием к выполнению ЛХЭ при остром холецистите.

«Технические сложности выполнения ЛХЭ при значительных спаечно-воспалительных изменениях в области шейки ЖП и печёочно–двенадцатиперстной связке часто являются причиной конверсии доступа и могут сопровождаться тяжелыми интра- и послеоперационными осложнениями» [Звягинцев В. В., 2011].

Другие авторы изучили результаты выполнения ЛХЭ у больных острым холециститом с давностью приступа более 3 суток и на основании невысокой частоты конверсий доступа (3%) пришли к выводу, что продолжительность приступа не влияет на результаты ЛХЭ и не может ограничивать использование данного варианта доступа [Какурин С.Н., 2008] .

Gharaibeh K.I. и соавт. указывают на «статистически значимое увеличение частоты конверсий доступа при выполнении ЛХЭ у больных острым холециститом при длительности приступа более 72 часов (16,7%) в сравнении с больными, где приступ продолжался менее 3 суток (3,8%)» [Gharaibeh K.I. et al.; 2002]. Авторы отметили достоверно большую частоту конверсий доступа при остром холецистите у пациентов мужского пола (24% против 4% у женщин).

Анализ результатов лечения острого холецистита в нескольких госпиталях США показал, что у 14,9% больных, которым выполняли ЛХЭ, потребовалась конверсия доступа, а летальность составила 2,9% [То К.В. et al., 2013]. Такие показатели говорят о том, что больные острым холециститом являются достаточно неоднородной группой, и не каждый из них может подходить для ранней досуточной выписки.

Но несколько крупных сравнительных исследований убедительно доказали, что у больных острым калькулёзным холециститом ранняя ЛХЭ «сопровождается меньшим числом осложнений и конверсий доступа» [Gurusamy K.S. et al., 2013; Solej M. et al., 2012;].

Винокуров М.М. и соавт. сравнили результаты выполнения ЛХЭ у 226 больных острым холециститом в зависимости от характера деструктивных изменений стенки ЖП [Винокуров М.М. и соавт., 2014]. Оказалось, что частота конверсий доступа у всех оперированных больных в среднем составила 8,85%, а при гангренозной форме этот показатель достиг 43,5% (10 из 23 больных). Данный факт говорит о том, что больные с гангренозной формой заболевания относятся к наиболее сложной категории пациентов с острым холециститом и, с учетом высокой вероятности конверсии доступа, лечение этих больных в рамках стратегии досуточного наблюдения нецелесообразно. При интраоперационном подтверждении гангренозной формы острого холецистита оперированным требуется более длительное наблюдение в условиях стационара, т.к. вероятность развития послеоперационных осложнений у таких пациентов выше.

Kortram K. и соавт. выполнили анализ результатов 220 лапароскопических холецистэктомий у больных острым калькулёзным холециститом в зависимости от опыта оперирующего хирурга. Выполнение ЛХЭ более опытными хирургами сопровождается достоверно меньшей частотой конверсий доступа в сравнении с хирургами не имеющими достаточного опыта (3,6% против 15,6% соответственно) [Kortram K. et al., 2010]. Причем, частота конверсий доступа при плановой ЛХЭ и частота послеоперационных осложнений достоверно не отличались. С учетом этого, больных планируемых на досуточную выписку, должны оперировать хирурги, имеющие достаточный опыт выполнения лапароскопических вмешательств.

По мнению многих авторов, больные с гангренозной формой острого холецистита относятся к наиболее сложной категории.

В сообщении американских хирургов отмечено, что в случае гангренозной формы острого холецистита выполнение ЛХЭ сопровождается достоверно большим числом конверсий доступа (19%) и частотой послеоперационных осложнений (10%), чем при других формах заболевания [Falor A.E. et al., 2012].

Но имеются сообщения об отсутствии статистически значимых различий частоты осложнений и конверсий доступа между этими категориями больных. Так, например, Nikfarjam M. с соавт., изучили результаты выполнения ЛХЭ хирургами с опытом при гангренозной и других формах острого холецистита и не выявили статистически значимых отличий между этими группами больных ни по частоте конверсий доступа (14% против 7%), ни по частоте послеоперационных осложнений (22 и 14% соответственно) [Nikfarjam M. et al., 2011]. Летальные исходы были только в группе больных гангренозным холециститом (4%).

Но существуют и иные взгляды. Например, в некоторых сообщениях отмечено, что около половины пациентов с гангреной ЖП можно оперировать лапароскопически [Tsushimi T. et al., 2007].

Проведенное в Бельгии мультицентровое исследование 1015 ЛХЭ у больных острым холециститом показало, что у больных без гангрены ЖП частота конверсий доступа достигла 11,4%. Авторы в своем сообщении отметили, что при гангренозной форме острого холецистита показана традиционная холецистэктомия [Navez B. et al., 2012].

Это лишний раз доказывает, что гангренозная форма острого холецистита сопряжена с повышенной частотой конверсий доступа и послеоперационных осложнений и, соответственно, эта форма заболевания не может лечиться в стационаре досуточного наблюдения.

По мнению Кузнецова Н.А. и соавт., «УЗИ брюшной полости, по ряду признаков (укорочение видимой части общего желчного протока, желчный пузырь малых размеров, плохая визуализация шейки желчного пузыря и симптом “сплошной акустической тени”), позволяет прогнозировать сложности при выполнении вмешательства» [Кузнецов Н.А. и соавт., 2003]. Авторы считают, что данные признаки являются противопоказанием к выполнению ЛХЭ. Кроме этого убедительным маркером гангренозной формы острого холецистита авторы считают отсутствие признаков кровотока в стенке ЖП при доплерометрии.

С.Н. Какурин (2008) считает, что обнаружение при УЗИ перивезикального инфильтрата у больных острым холециститом является противопоказанием к выполнению ЛХЭ [Какурин С.Н., 2008].

Другие исследователи отмечают, что ультразвуковые признаки осложнённых форм острого холецистита (перивезикальный абсцесс или выпот, толщина стенки ЖП более 5 мм, отсутствие идентификации элементов шейки пузыря), являются предикторами сложностей при выполнении ЛХЭ и сопровождаются увеличением частоты конверсий до 24% [Cwik G. et al., 2013]. В случае отсутствия указанных ультразвуковых признаков и при длительности приступа до 3 суток частота конверсий доступа при выполнении ЛХЭ составила 3,4%.

Для снижения риска общих осложнений у больных острым калькулёзным холециститом с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями оптимальной будет выполнение ЛХЭ с пониженным до 6-9 мм рт. ст. давлением карбоксиперитонеума [Гурцкая Л.З. и соавт., 2017].

Раннее выполнение ЛХЭ у больных острым холециститом способствует уменьшению общей стоимости стационарного лечения [Johner A. et al., 2013].

Ряд авторов придерживаются мнения, что «острый калькулёзный холецистит является противопоказанием для лечения в стационаре одного

дня» [Carlomango N. et al., 2016; Isherwood J. et al., 2013; Sato A. et al., 2012; Tenconi S.M. et al., 2008; Сажин В. П. и соавт., 2003]. Другие авторы утверждают, что симптомы билиарного панкреатита, а также срочное или экстренное вмешательство, являются ситуациями, которые «могут повлечь за собой увеличение продолжительности послеоперационного стационарного лечения» [Ivatury S.J. et al., 2011]. С течением времени и накоплением клинического опыта в лечении острого калькулёзного холецистита изменился взгляд на выполнение ЛХЭ у данной категории больных в условиях стационаров досуточного наблюдения. М.А. Каштальян и соавт. в своей статье говорят о выполнении ЛХЭ «у 84 больных острым холециститом, которые были выписаны в течение одних суток от момента поступления» [Каштальян М.А. и соавт., 2012]. F.D. Durantez и соавт. считают, что лечение больных острым холециститом в условиях стационара одного дня возможно при отсутствии специфичных осложнений заболевания [Durantez F.D. et al., 2013]. Ряд других авторов тоже согласен с этой точкой зрения [Алиев Ю.Г. и соавт., 2014; Курбанов Ф.С. и соавт., 2014; Fuks D. et al., 2014]. В своих публикациях они отмечают, что ЛХЭ необходимо выполнять в первые 72 часа от начала заболевания, для уменьшения риска конверсии доступа.

Fuks D. с соавт. считают, что выполнение ЛХЭ в условиях досуточной выписки возможно у больных с лёгкой и средне-тяжёлой формами острого холецистита при длительности приступа менее 3 суток при условии тщательного отбора пациентов [Fuks D. et al., 2014]. По результатам исследования доля таких больных составила 30% от числа всех больных, госпитализированных с острым холециститом.

Trevino С.М. с соавт. [Trevino С.М. et al., 2016] сообщили о выполнении 249 ЛХЭ у больных острым холециститом с выпиской оперированных через 6 часов после вмешательства. В группе пациентов старше 18 лет без конверсии доступа и травмы органов брюшной полости

ранняя выписка не сопровождалась достоверным увеличением частоты послеоперационных осложнений (0,7%) и частоты повторных госпитализаций (8,6%), в сравнении с пациентами без ранней выписки. В сообщении особо отмечено, что залогом успешной ранней выписки является выполнение операции в дневное время. Однако, авторы данной публикации не указывают критериев отбора пациентов для ранней выписки. Согласно полученным данным, такой подход позволяет уменьшить расходы стационара на лечение данной категории больных на 28%.

Холецистэктомия через минилапаротомный доступ тоже является радикальным вмешательством при калькулезном холецистите, обладая всеми качествами малоинвазивного вмешательства - малый размер послеоперационной раны, короткий реабилитационный период, хороший косметический эффект - что отмечено в ряде публикаций [Брискин Б.С. с соавт., 2005; Шулутко А.М. с соавт., 2008; Дадвани С.А. и соавт., 2009].

Ряд авторов считают, что у больных острым холециститом с длительностью заболевания более 3 суток и перивезикальным инфильтратом показано выполнение холецистэктомии из минилапаротомного доступа [Трачумс И. и соавт., 2006; Баранов Г.А. и соавт., 2008; Шулутко А.М. и соавт., 2012]. Особо выделяется «возможность вскрытия и полного опорожнения ЖП для облегчения идентификации элементов его шейки в условиях воспалительного инфильтрата» [Шулутко А.М. и соавт., 2012].

По мнению Шулутко А.М. и соавт., «хорошие результаты холецистэктомии из минилапаротомного доступа при остром холецистите у пациентов старше 60 лет позволяют отказаться от двухэтапного метода лечения» [Шулутко А.М. и соавт., 2005].

Частота конверсий доступа при выполнении МХЭ у больных острым холециститом составляет 2,2-2,5% [Кармацких А.Ю., 2005; Столин А.В., 2005].

По данным многоцентрового российского исследования при выполнении МХЭ у 9899 пациентов с острым холециститом частота конверсий доступа была на уровне 1%, причём у 72% оперированных выявлены деструктивные формы острого холецистита [Шулутко А.М. и соавт., 2012].

При выполнении МХЭ у больных острым холециститом частота послеоперационных осложнений меньше даже в сравнении с ЛХЭ [Шулутко А.М. и соавт., 2012; Натрошвили И.Г. с соавт., 2014], не говоря уже о традиционном лапаротомном доступе.

Поэтому, в случае возникновения показаний к конверсии доступа при выполнении ЛХЭ у больных острым холециститом ряд авторов считают целесообразным переход на минилапаротомию [Натрошвили И.Г. с соавт., 2014; Чиников М.А. и соавт., 2017]. Такой подход позволяет в ряде случаев избежать широкой лапаротомии, остаться в зоне «малоинвазивных» вмешательств, что повышает шансы оперированных на раннюю досуточную выписку.

В лечении больных хроническим холециститом не обнаружено разницы при выполнении МХЭ и ЛХЭ, т.к. не выявлено достоверных отличий по частоте осложнений, времени вмешательства и продолжительности послеоперационного периода [Velázquez–Mendoza J.D. et al., 2012].

В исследованиях 1990-х годов было показано, что у больных, перенесших МХЭ в сравнении с ЛХЭ, продолжительность послеоперационного периода была на 2 суток больше [Прудков М.И. и соавт., 1996; McMahon A.J. et al., 1994]. Кроме этого, А.А.МаMahon с соавт. выявил, что после ЛХЭ пациенты быстрее возвращаются к нормальной

жизнедеятельности. Другие исследователи не выявили разницы по длительности послеоперационного периода у больных, перенесших МХЭ и ЛХЭ, но отметили, что период реабилитации у пациентов после ЛХЭ был в два раза короче [Secco G.B. et al., 2002].

Интересные результаты получены в рандомизированном многоцентровом исследовании, проведенном в Финляндии, где «сравнили результаты выполнения МХЭ и ЛХЭ с использованием ультразвукового скальпеля у 102 больных хроническим калькулёзным холециститом» [Aspinen S. et al., 2016]. Оказалось, что «в день операции удалось выписать 65% больных, перенесших МХЭ, и 77% больных после выполнения ЛХЭ. Статистически значимых различий по этому показателю не выявлено. Наиболее частыми причинами задержки ранней выписки были послеоперационные тошнота или боль и задержка мочи. По степени выраженности послеоперационной боли ни через 4 часа после вмешательства, ни к моменту выписки у больных обеих групп статистически значимых различий не выявлено». Через 24 часа после операции авторы отметили статистически значимые различия по интенсивности послеоперационной боли в покое (3,9 балла после МХЭ против 2,9 баллов после ЛХЭ) и при движении или кашле (4,9 против 3,2 баллов соответственно). Антиэметики использовали статистически значимо чаще у больных, которым выполняли МХЭ. «По частоте конверсий доступа в лапаротомию и количеству повторных обращений статистически значимых различий между пациентами обеих групп не выявлено». Данное исследование демонстрирует возможность использования МХЭ при возникновении показаний к конверсии доступа после ЛХЭ в рамках стратегии ранней досуточной выписки пациентов.

А уже через год разницы по продолжительности боли в области вмешательства, удовлетворённости результатом лечения и косметическому

эффекту операции между пациентами, перенёвших МХЭ и ЛХЭ, выявлено не было [Ros A. et al., 2004].

В последние годы широкое распространение получила методика оценки результатов различных вариантов лечения не только с позиций традиционных показателей (длительность послеоперационного лечения, частота послеоперационных осложнений и т.п.), но и с позиций оценки качества своей жизни самими пациентами после проведенного лечения. Всё большее число исследователей пытаются, помимо объективных показателей результатов лечения, оценить субъективную составляющую – качество жизни больных после хирургического лечения. Психологическая компонента является неотъемлемой частью медицинской реабилитации пациентов, в том числе больных хирургического профиля [Ачкасов Е.Е. и соавт., 2018]. Особенностью использования опросников по оценке КЖ больных является проверка их валидации, т.е. соответствия статистически значимых изменений клинически значимой разнице по улучшению КЖ для самих пациентов. Из общих опросников, оценивающих КЖ наиболее часто используют 2 типа - MOS SF-36 и EuroQol 5-D.

Широкое распространение получил опросник для оценки КЖ MOS SF-36, который часто используют в популяционных и специальных исследованиях [Ware J.E. et al., 1992]. Этот опросник позволяет оценить две компоненты, влияющих на КЖ – физическую и психологическую. В состав этого опросника входят 8 шкал (ролевое физическое функционирование, физическое функционирование, общее здоровье, боль, социальное функционирование, жизнеспособность, ролевое эмоциональное функционирование, психологическое здоровье) содержащих в общей сложности 36 вопросов.

Опросник MOS SF-36 универсален и оценивает КЖ независимо от вида заболевания, но его использование целесообразно для оценки динамики КЖ в сравнении с показателями годичной давности [Белова,

А.Н. и соавт., 2002]. Т.е. для оценки КЖ у оперированных больных его можно использовать до операции и через 1 год после вмешательства. Помимо этого, сама постановка вопросов направлена на то, что человек находится в домашних условиях, а не в стационаре. Поэтому основная масса исследований посвящена оценке КЖ в отдалённом периоде [Тимербулатов Ш.В. и соавт., 2017; Койшибаева Л.М. и соав., 2018].

Другим, широко используемым инструментом оценки КЖ, является разработанный представителями нескольких европейских стран опросник EuroQol 5-D [Brooks R. et al., 1996]. Данный опросник является чувствительным и надёжным многомерным инструментом оценки КЖ пациентов и состоит из двух частей. Первая часть оценивает 5 аспектов жизни пациента: подвижность, самообслуживание, активность, боль и депрессию. Оценка каждого аспекта выполняется по 3 уровням выраженности проблемы. Вторая часть представлена визуально-аналоговой шкалой в виде вертикальной градуированной линейки, на которой 0 означает самое плохое, а 100 – самое хорошее состояние здоровья. На данной шкале пациент сам отмечает уровень своего здоровья.

Опросник MOS SF-36 часто используют для оценки КЖ после хирургического лечения больных калькулёзным холециститом, но в отдалённом послеоперационном периоде (в сроки от 6 мес. до 1 года) [Aspinen S. et al., 2017]. В данном исследовании, выполненном в Финляндии, через 6 месяцев после ЛХЭ КЖ пациентов было статистически значимо выше, чем у пациентов, которым выполняли МХЭ. Но, выполненное годом раньше в Швеции исследование КЖ у больных острым и хроническим холециститом с использованием опросника EuroQol 5-D не выявило статистически значимых различий показателей КЖ после выполнения ЛХЭ в сравнении с МХЭ на 3-й, 7-й, 11-й, 30-й дни после операции и через 1 год после вмешательства [Rosenmüller M.H. et al., 2017].

Оригинальным является опросник оценки спектра и выраженности актуальных симптомов Comprehensive Symptom Profile у больных с различными острыми заболеваниями органов брюшной полости CSP-AA-37, разработанный при участии Межнационального центра исследования КЖ в рамках совместного российско-американского проекта [Стойко Ю.М. с соавт., 2010]. Указанный опросник оценивает степень выраженности 37 симптомов и имеет две формы для оценки КЖ в раннем послеоперационном и в отдалённом периодах.

Имеются сообщения об использовании опросника индекса КЖ при желудочно-кишечных заболеваниях (Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) questionnaire) у больных с острым холециститом после выполнения им ЛХЭ [Yu H. et al., 2018]. Но в данном исследовании авторами выполнена оценка КЖ пациентов через 30 дней после операции.

При анализе качества жизни в сроки от 6 месяцев до 4 лет после выполнения МХЭ и ЛХЭ статистически значимых различий между группами пациентов не выявлено [Осмонбекова Н.С. и соавт., 2013]. Так же, как не обнаружено разницы по КЖ в отдалённом периоде между традиционной ЛХЭ и ЛХЭ из единого лапароскопического доступа [Фаев А.А. и соавт., 2016].

Суммируя данные литературы о применении миниинвазивных радикальных вмешательств у больных острым холециститом надо отметить, что общее число осложнений при выполнении ЛХЭ варьирует от 0,2 до 24%, а при выполнении МХЭ – от 2 до 12,5%; частота конверсий доступа в лапаротомию находится в диапазоне 1,1-38,6% и 1-5,3% соответственно; а уровень летальности достигает 1,2% при использовании минилапаротомного доступа и 2,9% - лапароскопического. Большая частота указанных показателей характерна для гангренозной формы заболевания.

Несмотря на то, что за рубежом методика лечения больных хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационаров одного дня получила широкое распространение, в России такой подход используется редко, а публикации о выполнении ЛХЭ с выпиской оперированных в течение 1 суток от момента поступления единичны [Двойников С.И. и соавт., 2010; Рыбин Ю.Н. и соавт., 2008; Андреев А.А., 2005; Сажин В.П. и соавт., 2003; Валетова В.В. и соавт., 2002].

В иностранной литературе очень мало работ по лечению острого калькулёзного холецистита в условиях стационаров досуточного наблюдения, а критерии отбора пациентов для лечения этой категории больных с ранней досуточной выпиской не разработаны.

Из актуальных проблем означенной области хирургии можно отметить недостаточную правовую и документальную базу, плохую информированность пациентов о возможностях выполнения ЛХЭ с выпиской оперированных в течение 1 суток после госпитализации, отсутствие простых и понятных критериев для отбора и последующей ранней выписки больных калькулёзным холециститом, недостаточно развитую патронажную службу.

Таким образом, в настоящее время необходимо определить критерии, позволяющие осуществить безопасную раннюю выписку после выполнения ЛХЭ у больных с различными формами калькулёзного холецистита, а также разработать алгоритмы лечения этой группы пациентов в зависимости от клинической ситуации.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ

Работа направлена на изучение возможностей лечения больных различными формами калькулёзного холецистита в условиях стационара досуточного наблюдения.

Исследование базируется на оценке результатов лечения 595 больных острым и хроническим калькулёзным холециститом, лечившихся в Центральной клинической больнице Российской академии наук г. Москвы (клиническая база кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ФГАОУ ВО Российского университета дружбы народов), ГКБ № 2 им. М.Э. Эфендиева и Медицинском центре «International Medical Centre-2» г. Баку Азербайджанская Республика за период с 2012 по 2016 годы.

Всем пациентам, включённым в данное исследование, выполняли ЛХЭ в срочном или плановом порядке. Анализ данных историй болезни всех больных показал, что ЛХЭ выполняли в случае:

- отсутствия симптоматики распространённого перитонита;
- отсутствия симптомов механической желтухи и признаков заболеваний желчевыводящих протоков;
- чёткой визуализации ЖП при УЗИ без признаков перивезикального инфильтрата или абсцесса;
- выявления сопутствующих заболеваний в стадии компенсации или при их отсутствии.

Из всех 595 больных 312 (52%) оперированы с диагнозом хронический калькулёзный холецистит, а 283 (48%) – острый калькулёзный холецистит.

Принципы формирования групп были различными у больных хроническим и острым холециститом.

На первом этапе нашей работы мы проанализировали данные иностранной литературы и выделили критерии отбора больных хроническим калькулёзным холециститом для выполнения ЛХЭ с выпиской оперированных до 23 часов от момента госпитализации.

По данным литературы, ранняя досуточная выписка после хирургического лечения различных заболеваний возможна при соответствии пациента 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.

С учётом большого количества иностранных публикаций отбор больных хроническим калькулёзным холециститом для выполнения ЛХЭ с последующей досуточной выпиской выполняли на основании следующих критериев:

1. нет осложнённых форм ЖКБ (холедохолитиаз, механическая желтуха, тяжёлый панкреатит, непрерывно рецидивирующее течение заболевания, микрохолецистостомии в анамнезе)

2. риск анестезии 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.

На основании указанных критериев были отобраны 59 пациентов с хроническим калькулёзным холециститом для выполнения ЛХЭ с планируемой выпиской в течение первых суток от момента госпитализации, они вошли в основную группу. Отбор пациентов для планового лечения в стационаре досуточного наблюдения осуществляли на предварительных амбулаторных консультациях или использовали анкетирование (см. приложение №1).

Группу сравнения сформировали из 253 больных хроническим калькулёзным холециститом, которые после выполнения ЛХЭ, не планировались к выписке в течение первых суток после госпитализации, но которые соответствовали перечисленным выше критериям подбора.

Аналогичный подход был применен к лечению больных острым калькулёзным холециститом. С учётом срочного характера поступления этой категории пациентов, больных для данного исследования отбирали по результатам клинико-инструментального обследования с учётом данных УЗИ. 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 удалось выписать 136 пациентов (вошли в основную группу больных).

Остальные 147 больных острым калькулёзным холециститом, были выписаны позже одних суток от момента поступления (все они 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.

Графически распределение больных по группам с учётом формы заболевания представлено в таблице 1.

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%)

2.1.1. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

В работу включены результаты лечения 312 больных хроническим калькулёзным холециститом.

Распределение больных по группам и их сравнительная характеристика по полу и возрасту показаны в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных хроническим калькулёзным холециститом по полу и возрасту

	Основная группа	Группа сравнения
Всего больных	59	253
Мужчин	4 (6,8%)	66 (26,1%)*
Женщин	55 (93,2%)	187 (73,9%)*
Средний возраст, лет	43,8±13,9 (от 19 до 79 лет)	53,9±13,2 (от 26 до 80 лет)

* – при $p < 0,05$

Как видно из таблицы 2 статистически значимых различий по среднему возрасту у больных обеих групп не выявлено ($p > 0,05$). В обеих группах преобладали женщины, но мужчин было статистически значимо больше в группе сравнения.

Среди больных обеих групп оценивали давность заболевания хроническим калькулёзным холециститом и частоту встречаемости латентной формы ЖКБ, что показано в таблице 3.

Таблица 3

Давность заболевания хроническим калькулёзным холециститом и частота встречаемости латентной формы заболевания

Показатель	Основная группа, n=59	Группа сравнения, n=253
Медиана давности заболевания, годы	2,0 (ИКР 1-5)	2,0 (ИКР 0,5-6)
Доля пациентов с латентной формой заболевания, %	28,8	47,4*

* – при $p < 0,05$

Как показано в таблице 3, при сравнении давности заболевания в основной группе медиана составила 2 года (с интерквартильным размахом от 1 до 5 лет). В группе сравнения медиана этого показателя также была равна 2 годам с интерквартильным размахом от полугода до 6 лет. Статистически значимых различий по давности заболевания среди больных обеих групп выявлено не было ($p > 0,05$). Но больных с латентной формой заболевания было статистически значимо больше в группе сравнения ($p < 0,05$).

Необходимо отметить, что около одной трети пациентов основной группы и почти половина группы сравнения оперированы без симптоматики хронического калькулёзного холецистита. Эта группа

пациентов является наиболее оптимальной для выполнения ЛХЭ с ранней досуточной выпиской оперированных. Кроме этого хирургическое лечение пациентов с латентной формой заболевания, за счёт их ранней санации, приводит к уменьшению количества осложнённых форм заболевания.

Для сравнения пациентов обеих групп, мы оценили частоту приступов желчной колики. Полученные данные показаны в таблице 4.

Таблица 4

Частота приступов желчной колики у больных хроническим холециститом

Показатель	Основная группа, n=59	Группа сравнения, n=253
Частота приступов желчной колики, раз/год	2,3±1,1	2,7±1,3

* – при $p < 0,05$

Как показано в таблице 4, статистически значимых различий по частоте приступов желчной колики среди больных сравниваемых групп не выявлено ($p > 0,05$).

Структура сопутствующих заболеваний у больных обеих групп представлена в таблице 5. Как показано в таблице 5, наиболее часто у больных обеих групп выявляли гипертоническую болезнь 2–3 стадии и хронический гастрит. Сахарный диабет 2 типа и бронхиальная астма, выявленные у больных, были в стадии компенсации. У 20 (33,9%) больных основной группы и 75 (29,6%) больных группы сравнения выявлено 2 и более сопутствующих заболевания.

Таблица 5

**Частота сопутствующих заболеваний у больных хроническим
холециститом**

	Основная группа, n=59	Группа сравнения, n=253
Гипертоническая болезнь 2–3 ст.	15 (25,4%)	71 (28%)
Хр. гастрит	11 (18,6%)	41 (16,2%)
Ишемическая болезнь сердца	5 (8,5%)	30 (11,9%)
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	4	22
Хр. бронхит	5	12
Узловой зоб	1	8
Хр. панкреатит	2	8
Бронхиальная астма	2	6
Хр. пиелонефрит	1	5
Дивертикулярная болезнь	-	4
Сахарный диабет 2 типа	1	9
Хр. анемия	2	-
Без сопутствующих заболеваний	17 (28,8%)	78 (30,1%)

* – при $p < 0,05$

Около 30% больных в обеих группах не имели сопутствующих заболеваний. По сопутствующим заболеваниям статистически значимых различий в обеих групп больных не выявлено.

В зависимости от наличия сопутствующих заболеваний, степени их тяжести и риска операции и анестезии распределение больных было выполнено по шкале, разработанной «Американской ассоциацией анестезиологов.

Эта шкала основана на наличии и степени выраженности у больных тяжелых сопутствующих системных заболеваний и подразумевает выделение 5 следующих классов.

- класс I – пациенты, не имеющие системных заболеваний;
- класс II – пациенты с компенсированным системным заболеванием, не вносящим существенных ограничений в физическую и социальную активность;
- класс III – пациенты с системным заболеванием, которое ограничивает физическую и/или социальную активность, однако может быть компенсировано в результате лечения;
- класс IV – пациенты с декомпенсированным заболеванием, требующим постоянного приема лекарственных препаратов;
- класс V – пациенты, которые могут погибнуть в течение 24 ч вне зависимости от того, будет или не будет оказана им медицинская помощь» [American Society of Anesthesiologists – ASA].

Для нашего исследования мы осуществляли отбор пациентов с I-III классом риска анестезии, причем пациенты с III классом риска анестезии отбирались только с сопутствующими заболеваниями в стабильном состоянии или в стадии компенсации.

В основной группе класс риска анестезии ASA в среднем был $2,1 \pm 0,6$, в группе сравнения – $2,4 \pm 0,5$. Статистически значимых различий по этому показателю у больных обеих групп не выявлено (рисунок 1). По числу больных с III классом риска анестезии (27,1% в основной группе и 37,2% в группе сравнения) статистически значимых различий между группами не было.

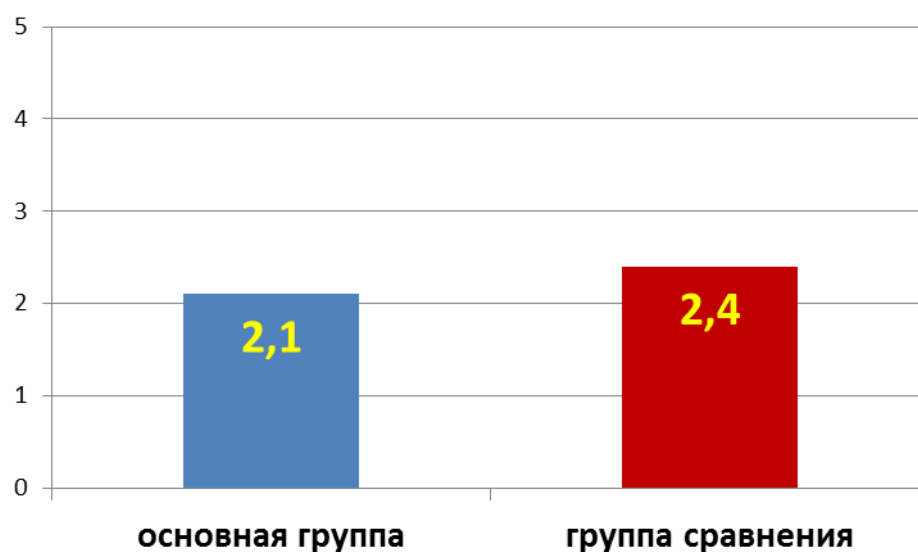


Рис.1 Средние значения класса риска анестезии ASA у больных хроническим холециститом

Таким образом, сравнительная оценка выделенных групп показала, что группы были сопоставимы по возрасту, срокам заболевания, частоте и типам сопутствующих заболеваний, риску анестезии (по шкале ASA). В основной группе статистически значимо меньше была доля мужчин, а также больных с латентной формой заболевания. На основании всего этого можно говорить о том, что выделенные группы больных хроническим холециститом были сопоставимы.

2.1.2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

В исследовании оценены результаты лечения 283 больных острым калькулёзным холециститом.

В оценке степени тяжести острого холецистита использовали классификацию Tokyo Guidelines 2013 [Takada T. et al., 2013]. В данной

классификации тяжесть состояния больных острым холециститом оценивали «по следующим критериям:

1. Легкая степень – отсутствие критериев для более тяжелых форм, отсутствие органной дисфункции

2. Средняя степень – наличие хотя бы одного из указанных признаков: лейкоцитоз более $18 \times 10^9/\text{л}$, срок заболевания свыше 72 часов, пальпируемый желчный пузырь, признаки местного воспалительного процесса, включая желчный перитонит, абсцесс печени, перивезикальный абсцесс, гангренозный или эмфизематозный холецистит.

3. Тяжелая степень подразумевает наличие хотя бы одного признака органной дисфункции:

– Дисфункция сердечно–сосудистой системы (гипотония, требующая введения допамина в дозе 5 мг или более на кг веса в минуту или норэпинефрина в любой дозировке);

– Дисфункция нервной системы (нарушение сознания);

– Дисфункция респираторной системы (отношение $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$)

– Почечная дисфункция (олигурия; уровень креатинина $> 2,0$ мг/дл)

– Печеночная дисфункция (протромбиновое время/международное нормализованное отношение > 1.5)

– Гематологическая дисфункция (тромбоцитопения $< 100 \times 10^9/\text{л}$)» [Takada T. et al., 2013].

В исследование вошли больные острым холециститом лёгкой степени тяжести (Tokyo Guidelines 2013).

В таблице 6 указаны распределение больных острым холециститом по группам, гендерному и возрастному составу групп.

Как можно видеть в таблице 6 статистически значимых различий по возрасту у больных выделенных групп не выявлено ($p > 0,05$). Также, как в группах больных хроническим калькулёзным холециститом, отмечалось

Таблица 6

Распределение больных острым калькулёзным холециститом по полу и возрасту

Показатель	Основная группа	Группа сравнения
Всего больных	136	147
Мужчин	26 (19,1%)	60 (34,7%)*
Женщин	110 (80,9%)	96 (65,3%)*
Средний возраст, лет	45,8±14,1 (от 16 до 77 лет)	52,3±14,1 (от 23 до 85 лет)

* – при $p < 0,05$

преобладание женщин в обеих группах, но доля мужчин была статистически значимо больше в группе сравнения ($p < 0,05$).

В группах больных острым калькулёзным холециститом мы проанализировали продолжительность приступа при поступлении в стационар и частоту флегмонозной формы заболевания, что отражено в таблице 7.

Как показано в таблице 7, статистически значимых различий по продолжительности приступа и количеству больных флегмонозной формой заболевания среди пациентов обеих групп выявлено не было ($p > 0,05$). Как можно заметить, около 60% больных острым холециститом в обеих группах были оперированы с катаральной формой острого

Таблица 7

**Продолжительность приступа и частота встречаемости
флегмонозной формы острого холецистита**

Показатель	Основная группа, n=136	Группа сравнения, n=147
Продолжительность приступа, сутки	1,5±0,3 (от 0,2 до 3)	1,9±0,6 (от 0,3 до 3)
Доля пациентов с флегмонозной формой заболевания, %	33,8	41,5

* – при $p < 0,05$

холецистита. ЛХЭ у большей части пациентов выполнена в первые 2 суток от начала приступа.

Для сравнения степени выраженности воспалительной реакции организма на очаг воспаления у больных острым калькулёзным холециститом выполнен анализ уровня лейкоцитов крови в обеих группах пациентов. В основной группе средние значения этого показателя 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.

Виды и частота встречаемости сопутствующих заболеваний у больных острым холециститом представлены в таблице 8.

Таблица 8

Частота и виды сопутствующих заболеваний у больных острым холециститом

	Основная группа, n=136	Группа сравнения, n=147
Гипертоническая болезнь 2–3 ст.	23 (16,9%)	37 (25,2%)
Хр. гастрит	21 (15,4%)	31 (21,1%)
Ишемическая болезнь сердца	8 (5,9%)	14 (9,5%)
Сахарный диабет 2 типа	3	12
Хр. панкреатит	4	11
Узловой зоб	3	9
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	5	8
Хр. бронхит	3	7
Бронхиальная астма	1	2
Дивертикулярная болезнь	-	2
Хр. анемия	2	-
Без сопутствующих заболеваний	24 (17,6%)	14 (9,5%)

* – при $p < 0,05$

Как показано в таблице 8, 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. Чаще всего

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 ($p>0,05$).

Средний класс риска анестезии ASA у больных основной группы был $1,9\pm0,4$, а группы сравнения – $2,4\pm0,5$. Статистически значимых различий по этому показателю у больных обеих групп не выявлено ($p>0,05$) (рисунок 2). Но пациентов с III классом риска анестезии (ASA) в группе сравнения было статистически значимо больше (39,5%), чем в основной (2,9%) ($p<0,05$).

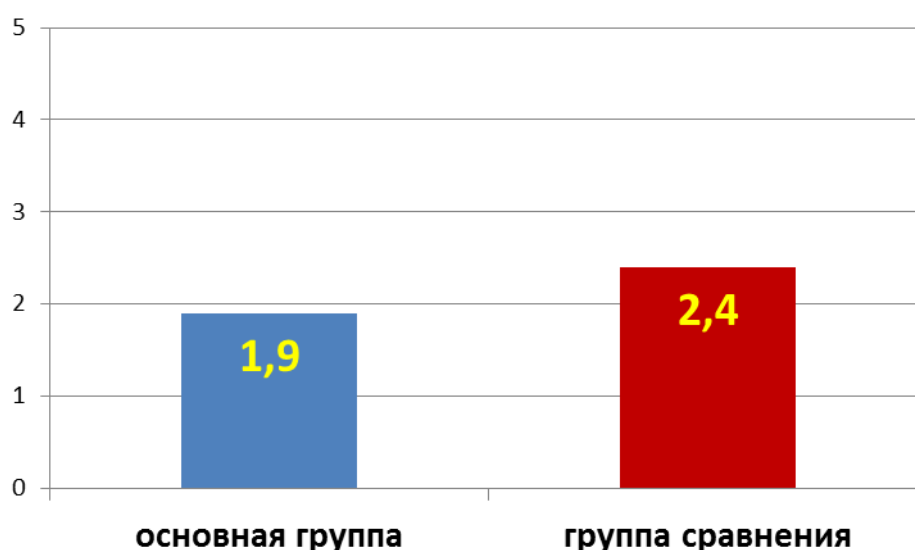


Рис.2 Средние значения класса риска анестезии ASA у больных острым холециститом

Учитывая полученные данные можно говорить, что обе группы больных острым холециститом не отличались по возрасту,

продолжительности приступа, лабораторным показателям, 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.

2.2 МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предоперационное обследование было стандартным и включало, кроме общепринятых методов (клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенограмма органов грудной клетки ЭКГ, и пр.), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, а также эндоскопическую оценку верхних отделов желудочно–кишечного тракта.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выполняли на аппаратах Aloka Alpha 7 ProSound (Япония) и Voluson 730 Pro (Австрия). Больные с выявленными при УЗИ холедохолитиазом, дилатацией желчных протоков, признаками перипузырных осложнений или гангренозной формы заболевания не вошли в данное исследование.

Для сравнения выраженности воспалительных изменений в ЖП мы оценили толщину его стенки при УЗИ у больных различными формами калькулёзного холецистита в обеих группах (таблица 9).

Как видно из таблицы 9, по толщине стенки ЖП, как при хроническом, так и при остром холецистите, статистически значимых отличий между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Таблица 9

Толщина стенки желчного пузыря у больных обеих групп, мм

Форма заболевания	Основная группа (стационар досуточного наблюдения)	Группа сравнения	р
Хронический холецистит, мм	4,3± 1,5	6,4±3	>0,05
Острый холецистит, мм	4,2± 1,3	3,4± 1,3	>0,05

Средние значения этого показателя варьировали от 3,4 до 6,4 мм. Данный факт косвенно указывает на то, что в обеих группах больных острым калькулёзным холециститом оперировали в ранние сроки заболевания.

Для определения необходимости расширения троакарного параумбиликального доступа, с целью извлечения ЖП с конкрементами, как фактора, возможно влияющего на интенсивность послеоперационной боли, мы оценили диаметр конкрементов ЖП у больных обеих групп. Полученные результаты представлены в таблице 10.

Таблица 10

Диаметр конкрементов в ЖП у больных обеих групп, мм

Форма заболевания	Основная группа (стационар досуточного наблюдения)	Группа сравнения	р
Хронический холецистит, мм	11,7±9	15±9,8	>0,05
Острый холецистит, мм	11±8,4	15,2±9	>0,05

Как указано в таблице 10, статистически значимых различий по диаметру конкрементов среди больных обеих групп не выявлено ($p>0,05$). Максимальный диаметр конкрементов в основной группе составил 60 мм, в группе сравнения – 64 мм.

Частота нечёткой визуализации элементов шейки желчного пузыря и печёочно-двенадцатиперстной связки, при УЗИ, указана в таблице 15 3 главы и таблице 19 4 главы.

Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполняли гастроскопами EG– 201 FP, Fujinon (Япония), GIV Q–40, Olympus всем больным для исключения заболеваний желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки.

Для исключения тромбоза глубоких вен голеней, при анамнестическом указании на перенесенный эпизод этого заболевания, выполняли дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Признаков тромбоза глубоких вен голеней у больных, вошедших в исследование, не выявлено.

Окончательный диагноз устанавливали по результатам гистологического исследования стенки удалённого ЖП.

2.3 ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ

Для повышения вероятности ранней досуточной выписки необходимо изменить подходы к анестезиологическому обеспечению вмешательств. С учётом малых сроков послеоперационного стационарного наблюдения и планируемой ранней досуточной выписки больным основной группы с хроническим калькулёзным холециститом и всем больным острым калькулёзным холециститом осуществляли

профилактику послеоперационных тошноты и рвоты, а также послеоперационной боли.

Для профилактики послеоперационных тошноты и рвоты, как одного из факторов, влияющих на сроки послеоперационного стационарного наблюдения, за 40 минут до операции вводили 8 мг дексаметазона.

Профилактику развития интенсивной послеоперационной боли в первые часы после ЛХЭ осуществляли путём внутримышечного введения за 40 минут до операции 30 мг кеторолака или 100 мг кетопрофена. Использование в качестве упреждающей анальгезии данной группы препаратов уменьшает воспалительные реакции в зоне вмешательства и введения троакаров, и, за счёт пролонгированного действия, обеспечивает купирование послеоперационной боли в первые часы после операции.

Для снижения вероятности развития послеоперационных тошноты и рвоты при проведении мультимодальной анестезии не использовали опиаты. Для индукции и поддержания анестезии у больных основной группы с хроническим холециститом и у всех больных острым холециститом использовали Пропофол. Всех больных оперировали под эндотрахеальным наркозом.

Кроме этого, мы отказались от использования перидуральной и спинальной анестезии, т.к. после применения данных вариантов анестезии требуется более пролонгированное наблюдение за оперированными пациентами. В отличие ингаляционного варианта анестезии, при использовании перидуральной и спинальной анестезии оперированные могут быть активизированы после полного восстановления двигательной активности скелетной мускулатуры дистальнее уровня блока. А выполнение перидуральной или спинальной анестезии при калькулёзном холецистите, с учётом её уровня, чревато риском развития вентиляционных и гемодинамических нарушений. Данный вариант анестезии требует более длительного наблюдения за оперированным в

первые часы после ЛХЭ, а, соответственно, снижает вероятность ранней выписки пациента.

2.4 ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Для повышения вероятности ранней досуточной выписки оперированных мы также использовали ряд мер, направленных на быстрое восстановление больных после вмешательства.

Больных основной группы с верифицированным диагнозом оперировали в день госпитализации.

Для снижения интенсивности послеоперационной боли у больных основной группы операцию выполняли с поддержанием пониженного давления карбоксиперитонеума (9-10 мм рт. ст.). Помимо этого, принципиальным профилактическим мероприятием, в свете уменьшения интенсивности послеоперационной боли, было нагнетание карбоксиперитонеума с низкой скоростью потока.

Подпечёчное пространство обязательно дренировали у всех больных основной группы для ранней диагностики возможных послеоперационных осложнений в первые часы после вмешательства.

В первые часы послеоперационного периода использовали раннюю (через 2-4 часа после операции) активизацию пациентов. При отсутствии признаков внутрибрюшных осложнений и послеоперационных тошноты и рвоты, через 4-6 часов после операции больным разрешали пить. Дренаж из брюшной полости удаляли, если по нему не было отделяемого, через 6-9 часов после операции.

Профилактику тромбозмболических осложнений проводили согласно приказу Минздрава РФ №233 от 9 июня 2003 г.

Всем больным острым калькулёзным холециститом проводили антибактериальное лечение (амоксциллин/клавулановая кислота или

ципрофлоксацин с метронидазолом) в рекомендованных дозах. В стационарных условиях антибактериальные средства вводили внутривенно (начиная 1 инъекцию за 40 мин. до операции) и, при условии ранней досуточной выписки, рекомендовали продолжение приёма таблетированных форм препаратов на амбулаторном этапе (до 5-7 дня после операции).

Всем больным основной группы выдавали письменные рекомендации об ограничениях для пациента в первые дни после ранней выписки.

2.5 ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Всем пациентам данного исследования планировали выполнить лапароскопическую холецистэктомию.

Лапароскопическая холецистэктомия

При выполнении лапароскопической холецистэктомии использовали набор инструментов фирмы Карл Шторц (Германия) с использованием видеолапароскопической стойки того же производителя. Вмешательство выполняли по стандартной 4–портовой методике: после наложения карбоксиперитонеума два 10–мм порта устанавливали над пупком и под мечевидным отростком, а два 5–мм порта – на 2 см ниже края правой рёберной дуги, один по передней подмышечной линии, второй по средне-ключичной. После ревизии органов брюшной полости с помощью монополярной коагуляции выделяли зону треугольника Кало. После идентификации общего желчного и общего печёчного протоков пузырные артерию и проток отдельно клипировали и пересекали. По окончании мобилизации желчного пузыря ложе его коагулировали.

Извлекали ЖП через околопупочную троакарную рану. Дренирование подпечёчного пространства осуществляли у всех больных острым калькулёзным холециститом и у больных хроническим калькулёзным холециститом основной группы. Подпечёчное пространство дренировали с целью ранней диагностики возможных послеоперационных осложнений (с учётом планируемого досуточного пребывания) с выведением дренажа через троакарную рану по передней подмышечной линии. Дренаж удаляли в среднем через 6-9 часов после операции. У больных группы сравнения дренирование подпечёчного пространства выполняли только по показаниям (остановленное интраоперационное кровотечение, перфорация стенки ЖП при его мобилизации, атипичная анатомия в зоне вмешательства).

При развитии интраоперационных осложнений, которые не удавалось ликвидировать через лапароскопический доступ, или трудностях мобилизации и идентификации элементов шейки ЖП выполняли конверсию доступа.

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа

При возникновении показаний к конверсии доступа у 3(2,2%) больных острым калькулёзным холециститом из основной группы выполняли минилапаротомию с использованием набора «Мини-ассистент» фирмы «Лига-7» (Екатеринбург, Россия), показанного на рисунке 3. Холецистэктомию выполняли из минилапаротомного доступа по методике М.И. Прудкова (1996).



Примечание – 1 – кольцо ранорасширителя шарнирное; 2 – ретракторы ранорасширителя; 3 – ретрактор световодный; 4 – зажим изогнутый с окончатými губками; 5 – ножницы изогнутые; 6 – зажим изогнутый с прямыми губками; 7 – палочка Виноградова)

Рис. 3 . Набор инструментов «Миниассистент» фирмы «Лига-7»

(



Рис. 4. Длина разреза кожи при выполнении МХЭ

Доступ в брюшную полость выполняли через влагалище правой прямой мышцы живота.. Кожу рассекали вертикальным разрезом длиной от 3 до 4 см (рис. 4). Далее рассекали передний листок влагалища правой

прямой мышцы живота. После разведения мышечных волокон, вскрывали задний листок влагалища прямой мышцы живота и париетальный листок брюшины. Края париетального листка брюшины фиксировали узловыми швами к коже. В подпечёночное пространство вводили отграничивающие марлевые салфетки, затем устанавливали ретракторы и фиксировали их к кольцу ранорасширителя (рис. 5). Элементы шейки ЖП выделяли, пузырный проток и пузырную артерию лигировали, формируя узел экстракорпорально. ЖП удаляли субсерозно с помощью монополярного коагулятора.

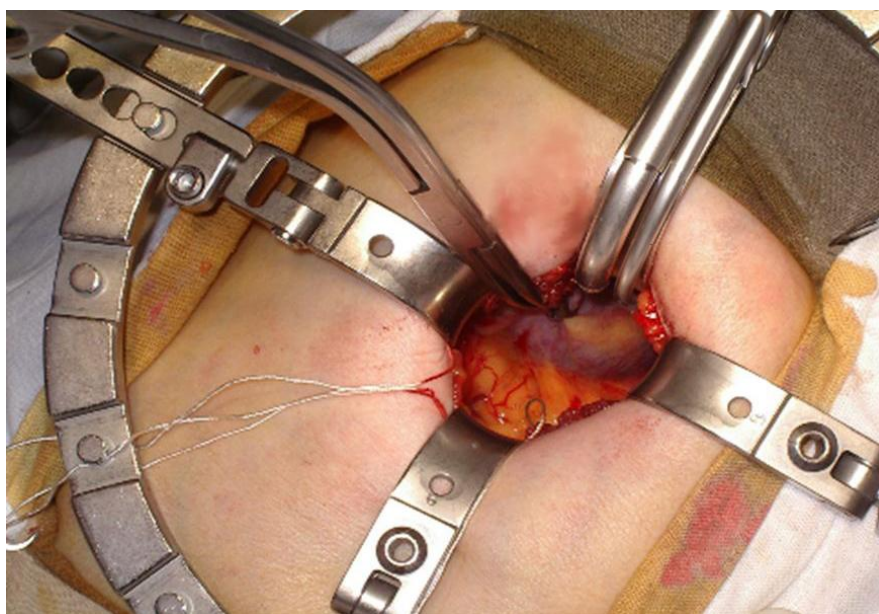


Рис. 5. Вид минилапаротомной раны после установки ретракторов

Если во время вмешательства в области шейки ЖП выявляли спаечный или воспалительный инфильтрат, для снижения вероятности ятрогенной травмы элементов печёчно-двенадцатиперстной связки и окружающих органов, выполняли холецистэктомию на окончательном зажиме, введённом в просвет ЖП. Гемостаз осуществляли электрокоагуляцией. К ложу удалённого ЖП устанавливали дренаж, выведенный через

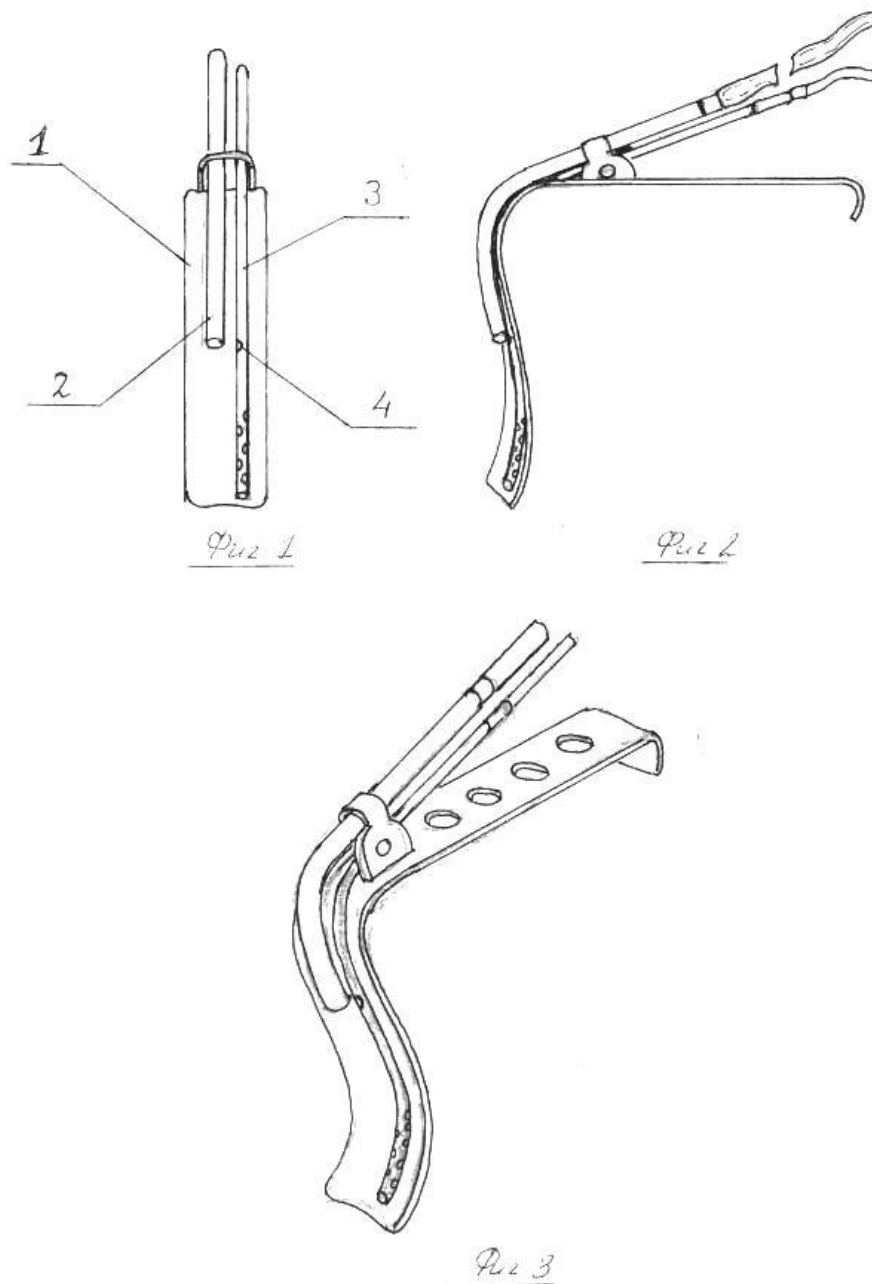
контрапертуру в правом подреберье. Рану послойно ушивали наглухо (рис.6).



Рис. 6. Вид послеоперационной раны после окончания холецистэктомии из минилапаротомного доступа

«Холецистэктомию из минилапаротомного доступа выполняли с использованием разработанного нами ретрактора-осветителя, смонтированного вместе с наконечником ирригатора-аспиратора для промывания операционного поля. Схема хирургического ретрактора-осветителя представлена на рисунке 7» [Алиев Ю.Г. Курбанов Ф.С., Чиников М.А. и др., 2014].

«Предложенный хирургический ретрактор-осветитель, состоит из крючка, на котором с помощью кронштейна закреплен изогнутый световод с подводным жгутом из монооптоволокон, а также наконечник ирригатора-аспиратора для промывания операционного поля и удаления промывной жидкости в виде перфорированной трубки диаметром 0,4–0,5 см, расположенной параллельно световоду» [Алиев Ю.Г. Курбанов Ф.С., Чиников М.А. и др., 2014].



Примечание – 1 – ретрактор, 2 – рабочая часть световода, 3 – наконечник ирригатора-аспиратора, 4 – боковая перфорация наконечника ирригатора-аспиратора

Рис. 7. Хирургический ретрактор-осветитель [Алиев Ю.Г. Курбанов Ф.С., Чиников М.А. и др., 2014]

«Длина наконечника ирригатора-аспиратора составляет 9–10 см, его дистальный конец располагается вблизи края крючка (ретрактора), что, с одной стороны, обеспечивает адекватное осушение и промывание всего операционного поля, с другой – предотвращает механическое повреждение окружающих тканей при установке крючка. После установки ретрактора световод подключают к автономному источнику света, наконечник – к ирригатору-аспиратору. Во время выполнения операции (рис. 5), по мере необходимости через наконечник ирригатора-аспиратора в глубину операционной раны подается жидкость. Эвакуация жидкости осуществляется через этот же наконечник ирригатора-аспиратора. Промывание операционного поля и аспирация промывных вод и содержимого зоны вмешательства хирург контролирует самостоятельно» . [Алиев Ю.Г. Курбанов Ф.С., Чиников М.А. и др., 2014].

«Принципиальное отличие от стандартного ретрактора осветителя из набора *Миниассистент* состоит в том, что предложенный нами хирургический ретрактор-осветитель дополнительно содержит наконечник ирригатора-аспиратора для ирригации операционного поля и аспирации промывной жидкости с дополнительной боковой перфорацией на уровне наконечника световода, что позволяет одновременно с ирригацией зоны вмешательства промывать рабочую часть наконечника световода» [Алиев Ю.Г. Курбанов Ф.С., Чиников М.А. и др., 2014].

На практике, использование предложенного ретрактора, позволяет снизить продолжительность вмешательства, за счёт уменьшения потребности замены световода при его загрязнении, улучшает освещённость операционного поля, а использование данного устройства в режиме аспирации-ирригации не требует смены инструментов оперирующим хирургом во время вмешательства, т.к. работа аспиратора-ирригатора регулируется педалью.

Если причины конверсии не удавалось ликвидировать из минилапаротомного доступа, то его расширяли до широкой трансректальной лапаротомии.

Традиционная холецистэктомия

Эту операцию выполнили у 2(0,8%) больных хроническим калькулёзным холециститом из группы сравнения по стандартной методике через верхне-срединную лапаротомию. Мобилизацию ЖП выполняли от шейки или от дна, в зависимости от найденных при ревизии органов изменений. После идентификации пузырных артерии и протока, их раздельно пересекали на зажимах, лигировали. После извлечения ЖП из брюшной полости подпечёночное пространство обязательно дренировали через контрапертуру в правом подреберье. Рану передней брюшной стенки ушивали послойно.

2.6 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Для комплексной оценки состояния оперированных больных калькулёзным холециститом, выписанных из стационара в течение одних суток от момента поступления, нами выполнена оценка их качества жизни в раннем послеоперационном периоде. Для этих целей использовали «Опросник для определения качества жизни у хирургических больных в раннем послеоперационном периоде» из методических рекомендаций № 2004/47, утверждённых Минздравом РФ 19.03.2004 [Кунпан И.А. с соавт., 2004.]. Данный опросник состоит из 22 пунктов и содержит в себе 4 шкалы, оценивающих физический (ФС) и социальный (СС) статус пациента, уровни его эмоционального фона (ЭФ) и общего здоровья (ОЗ). Оценка каждого из пунктов опросника выполняется в баллах в интервале от 1 до 6 баллов, при этом большие значения соответствуют меньшей выраженности симптомов и лучшему уровню качества жизни. «Значения шкал опросника варьируют от 0 до 100 баллов. Для определения клинически значимых различий рекомендовано использовать следующую шкалу градаций:

- изменения 5 - 10 баллов - слабые различия;
- изменения 10 - 20 баллов - умеренные различия;
- изменения более 20 баллов - выраженные различия» [Кунпан И.А. с соавт., 2004.].

Для каждой из шкал (с учётом её доли в структуре опросника) мы рассчитали градацию клинически значимых различий (см. табл. 11).

Для оценки скорости реабилитации больных основной группы и качества их жизни, связанных с ранней досуточной выпиской, мы

Таблица 11

Градация клинически значимых различий шкал опросника качества жизни больных в раннем послеоперационном периоде

Различия Шкалы опросника	Слабые	Умеренные	Выраженные
Физический статус (ФС), баллы	1,8-3,6	3,6-7,2	>7,2
Социальный статус (СС), баллы	0,75-1,5	1,5-3	>3
Эмоциональный фон (ЭФ), баллы	1,5-3	3-6	>6
Общее здоровье (ОЗ), баллы	0,95-1,9	1,9-3,8	>3,8
Сумма баллов	5-10	10-20	>20

выполняли тестирование 70 больных основной группы (35 больных хроническим калькулёзным холециститом и 35 больных острым калькулёзным холециститом). Полученные данные сравнивали с результатами тестирования 70 больных группы сравнения (по 35 больных хроническим и острым калькулёзным холециститом), которые продолжали стационарное лечение более одних суток. Оценку качества жизни в обеих группах выполняли у больных, без интраоперационных и послеоперационных осложнений.

С учётом специфики исследования и планируемых ранних сроков выписки (до 23 часов от момента госпитализации) параметры качества жизни оценивали через 14 часов после выполнения ЛХЭ, на 2-е и 3-и сутки после операции. Больных основной группы через 14 часов после ЛХЭ анкетировали в стационаре (приложение 3), а на 2-е и 3-и сутки после операции интервьюировали по телефону (30(43%) больных) или анкетировали при осмотре на дому (40(57%) больных). Полученные результаты сравнили с результатами оценки качества жизни в раннем послеоперационном периоде у больных калькулёзным холециститом,

которые лечились в стационаре более 1 суток (группа сравнения). Все 70 (100%) больных группы сравнения анкетированы в аналогичные сроки после ЛХЭ (14 часов после операции, на 2-е и 3-и сутки послеоперационного периода) в условиях стационара.

Таблица 12

Распределение больных, которым выполнена оценка качества жизни, по полу и форме заболевания

Пол	Основная группа		Группа сравнения	
	Хронический холецистит	Острый холецистит	Хронический холецистит	Острый холецистит
Мужчины, кол-во больных	2 (5,7%)	5 (14,3%)	3 (8,6%)	6 (17,1%)
Женщины, кол-во больных	33 (94,3%)	30 (85,7%)	32 (91,4%)	29 (82,9%)
Всего, кол-во больных	35	35	35	35

* – при $p < 0,05$

Как показано в таблице 12, 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.

В таблице 13 показан средний возраст больных, которым выполнена оценка КЖ в раннем послеоперационном периоде в зависимости от формы заболевания и их распределение, в зависимости от возрастных групп.

Таблица 13

Распределение больных, которым выполнена оценка качества жизни, по возрасту и форме заболевания

Возраст	Основная группа		Группа сравнения	
	Хронический холецистит, n=35	Острый холецистит, n=35	Хронический холецистит, n=35	Острый холецистит, n=35
Средние значения, лет	45,1±14,3	44,9±12,1	51,5±12,7	49,3±13,2
< 60 лет, кол-во больных	23 (75,7%)	26 (74,3%)	21 (60%)	24 (68,6%)
≥ 60 лет, кол-во больных	12 (34,3%)	9 (25,7%)	14 (40%)	11 (31,4%)

* – при $p < 0,05$

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 варьировала от 34 до 40% 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 до 31% и также статистически значимо не отличалось в основной группе и группе сравнения ($p > 0,05$).

Распределение больных обеих групп, у которых выполняли оценку КЖ в раннем послеоперационном периоде, в зависимости от количества сопутствующих заболеваний и риска анестезии по классификации ASA представлено в таблице 14.

Таблица 14

Распределение больных, которым выполнена оценка качества жизни, по форме заболевания, количеству сопутствующих заболеваний и риску анестезии ASA

Признак	Основная группа		Группа сравнения	
	Хронический холецистит, n=35	Острый холецистит, n=35	Хронический холецистит, n=35	Острый холецистит, n=35
Риск анестезии ASA, баллы	2,2±0,5	2,0±0,6	2,5±0,4	2,3±0,5
Нет сопутствующи х заболеваний, кол-во больных	9 (25,7%)	5 (14,3%)	10 (28,5%)	3 (8,6%)
Одно сопутствующее заболевание, кол-во больных	15 (42,9%)	11 (31,4%)	13 (37,2%)	12 (34,3%)
2 и более сопутствующи х заболеваний, кол-во больных	11 (31,4%)	19 (54,3%)	12 (34,3%)	20 (57,1%)

* – при $p < 0,05$

Как видно из таблицы 14, как у больных, оперированных с хроническим, так и острым калькулёзным холециститом, статистически значимых различий между пациентами обеих групп, у которых изучали КЖ, по риску анестезии ASA 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 числу 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 числу сопутствующих заболеваний.

Для оценки интенсивности послеоперационной боли применяли цифровую рейтинговую шкалу (ЦРШ) боли [Ostelo R.W. et al. 2008]. «Применять ЦРШ проще, чем визуально-аналоговую шкалу боли, т.к. её использование возможно при анкетировании по телефону, а также у пациентов с плохим зрением. Отсутствие болевых ощущений соответствовало 0 баллов, нестерпимая боль – 10 баллам. Оценка выполняется через 6 часов после операции и в 08-00 часов следующего дня во время обхода лечащего врача (через 14 часов после операции). Изменение в оценке интенсивности боли на 30 % считается клинически значимым» [Ostelo R.W. et al., 2008].

В своей работе мы руководствовались совместным приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 29 сентября 2016 года N 802/346 и приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 6

октября 2016 г. N 821 "Об организации направления пациентов в стационар кратковременного пребывания по профилю "хирургия".

Полученные данные обработаны методами вариационной статистики Фишера–Пирсона χ^2 для номинальных данных, при общепринятом уровне значимости = 0,05. Для суждения о значимости различий, в случае распределения, близкому к нормальному, использовали t-критерий Стьюдента; в противном случае, использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводился с использованием метода ранговой корреляции Спирмена. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистический анализ основывали на результатах компьютерной обработки данных (Microsoft Excel 2010; Microsoft Corporation, USA; Statistica v.10,0 StatSoft, Inc., USA).

ГЛАВА 3. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАЦИОНАРЕ ДОСУТОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

В данной главе рассматриваются особенности предоперационного обследования и подготовки больных хроническим калькулёзным холециститом к лечению в условиях стационара досуточного наблюдения (с выпиской до 23 часов от момента поступления). В этой части работы будут проанализированы интраоперационные и послеоперационные осложнения в обеих группах больных хроническим калькулёзным холециститом. Также будут определены условия выписки больных из стационара досуточного наблюдения.

3.1 ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Для успешного лечения больных хроническим холециститом в условиях стационара досуточного наблюдения необходимо их тщательное обследование с целью минимизации всех прогнозируемых факторов риска.

Больным с желтухами в анамнезе или выявленной дилатацией желчных протоков для исключения холедохолитиаза показано выполнение ЭГДС с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки, а также выполнение магнитно-резонансной холангиографии. При отсутствии признаков холедохолитиаза и стриктур холедоха эти больные могут планироваться к лечению в условиях стационара досуточного наблюдения.

Вопрос о возможности лечения в стационаре досуточного наблюдения больных хроническим холециститом с сопутствующими заболеваниями должен решаться совместно с терапевтом, в зависимости от вида сопутствующих заболеваний и отсутствия признаков их декомпенсации. Подготовка этой категории больных к лечению в

стационаре досуточного наблюдения ни чем не отличается от подготовки пациента к любой плановой операции.

Пациентам с хроническими заболеваниями лёгких необходимо исследование функции внешнего дыхания, а с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы – выполнение эхокардиографии, для оценки функционального резерва органов этих двух систем.

Больные сахарным диабетом со стабильным течением заболевания , с учётом рекомендаций эндокринолога, тоже могут планироваться на данный вариант лечения.

Для предоперационной подготовки толстой кишки всем пациентам за 1 сутки до операции амбулаторно назначался раствор фосфо-сода. В стационар пациентов госпитализировали в день операции.

Специальных ограничений в питании пациентов, планирующих на лечение нет. Последний приём пищи должен быть не позднее, чем за 8 часов до операции, последний приём жидкости (не более 200 мл) – за 2 часа до обращения в стационар.

При планировании лечения в стационаре досуточного наблюдения, больные хроническим холециститом должны быть осмотрены оперирующим хирургом и анестезиологом накануне госпитализации (за 1-2 дня).

3.1.1. РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данном разделе выполнен анализ результатов УЗИ больных хроническим калькулёзным холециститом. Большинство из них были обследованы амбулаторно в других медицинских учреждениях.

Мы попытались оценить, как часто отсутствие дифференцировки элементов шейки ЖП и гепато-дуоденальной связки при УЗИ может быть ассоциировано с интраоперационным выявлением спаечного процесса в зоне вмешательства. А также проанализировать взаимосвязь между этим сонографическим признаком и возможностью выполнения ЛХЭ у плановых больных в условиях стационара досуточного наблюдения. Частота выявления этого признака при УЗИ, совпадение данных УЗИ с интраоперационными находками и реальная частота спаечного процесса в области шейки ЖП приведены в таблице 15

В основной группе 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.

Все эти больные оперированы лапароскопически. Частота обнаружения спаек в проекции шейки ЖП при выполнении ЛХЭ была статистически значимо выше в группе сравнения и достигала 39,5%.

Во время операции перивезикальный инфильтрат был выявлен у 11

Таблица 15

Частота выявления спаечного процесса в подпечёночном пространстве и данных УЗИ у больных хроническим холециститом

Признак	Основная группа, n=59	Группа сравнения, n=253
Отсутствие дифференцировки элементов шейки ЖП при УЗИ, количество больных	8 (13,6%)	16 (6,3%)
Интраоперационно выявленный спаечный процесс в области шейки ЖП, количество больных	8 (13,6%)	100(39,5%)*
Количество больных с совпадением данных УЗИ и интраоперационных находок	2 (25%)	5 (31%)

* – при $p < 0,05$

(4,3%) больных группы сравнения: у 9 пациентов он оказался рыхлым и после его разделения вмешательство продолжено в обычном режиме. Только у 2 (0,8%) больных, у которых при УЗИ признаков инфильтрата выявлено не было, интраоперационно был обнаружен плотный перипузырный инфильтрат, разделить который лапароскопически не удалось. В основной группе пациентов с преривезикальным инфильтратом не было.

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 может считаться противопоказанием к лечению больных в условиях стационара досуточного наблюдения. Кроме того, полученные результаты могут свидетельствовать о недостаточной подготовке врачей УЗИ-диагностики амбулаторного звена. При сомнительных данных УЗИ показано повторное выполнение этого исследования на предоперационном этапе врачами УЗИ-диагностики стационара, где планируется хирургическое лечение.

3.2 ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

3.2.1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИИ

Мы изучили продолжительность вмешательства, как одного из факторов, влияющего на результаты хирургического лечения и сроки выписки. Особое значение этот показатель имеет у пациентов пожилого и старческого возраста, так как у данной категории больных увеличение продолжительности карбоксиперитонеума может быть причиной развития интра- и послеоперационных осложнений.

Продолжительность вмешательств в обеих группах пациентов изучали на основании данных протоколов операций. В основной группе продолжительность операции варьировала от 25 до 65 минут (в среднем $43,7\pm 8,4$ минуты), в группе сравнения – от 10 до 115 минут ($40,7\pm 15,2$ минут).

Среднее время операции в изучаемых группах показано на рисунке 8.

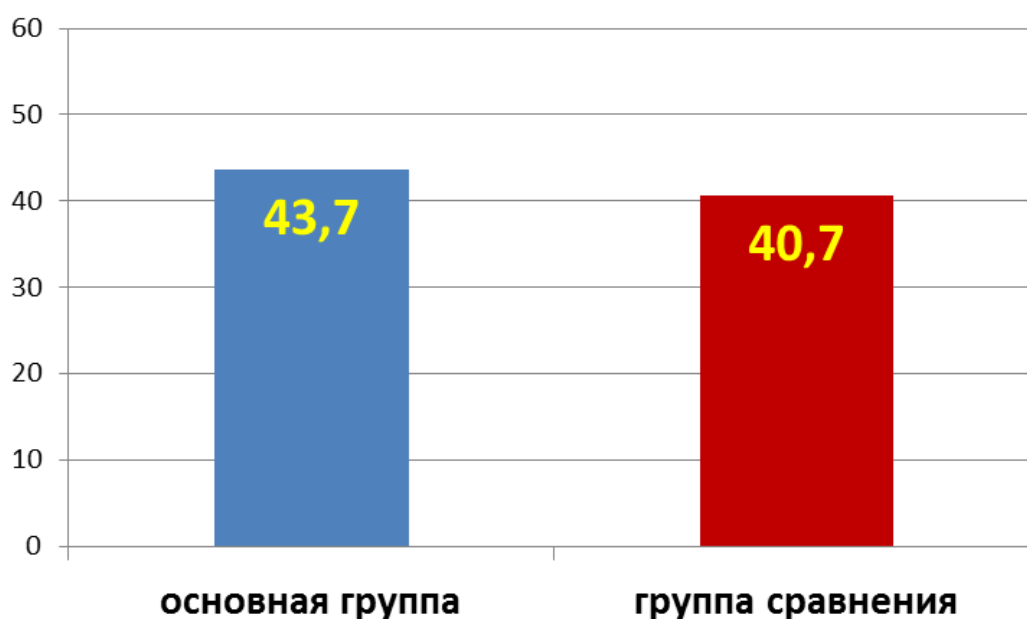


Рис. 8 Средняя продолжительность операции у больных хроническим калькулезным холециститом, мин.

При сравнительном анализе полученных данных статистически значимых отличий по продолжительности операции в исследуемых группах не выявлено ($p > 0,05$).

В группе сравнения у 3 (1,2%) пациентов продолжительность операции превышала 90 мин. (от 96 до 115 мин.). У одного из них причиной увеличения времени операции был спаечный процесс в подпечёночном пространстве, у 2 других – кровотечение из ложа ЖП в объёме 50-100 мл.

Объём 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).

Средний объём интраоперационной кровопотери в изучаемых группах показан на рисунке 9.

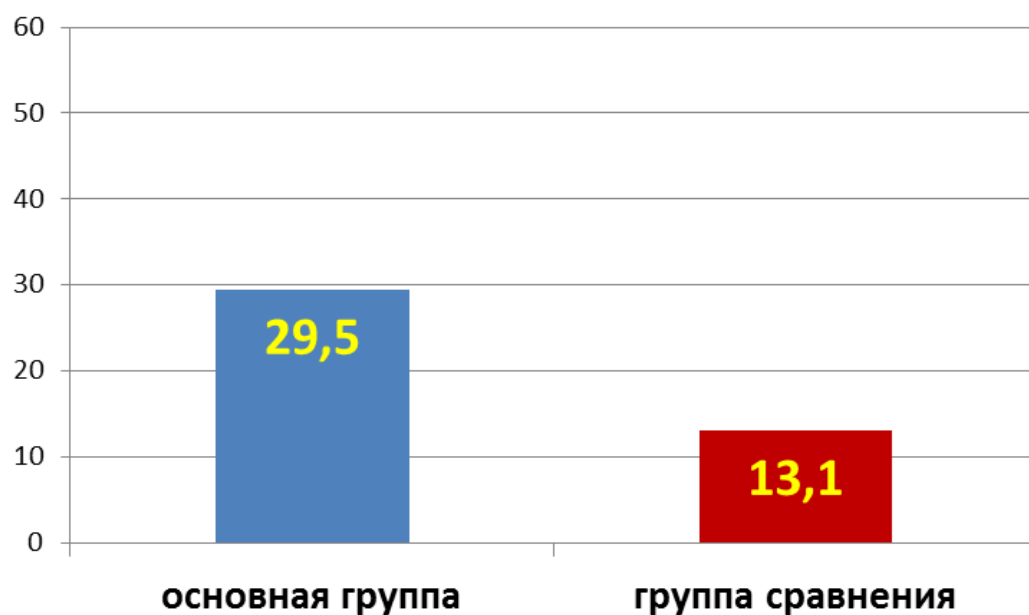


Рис. 9 Средний объем интраоперационной кровопотери у больных хроническим калькулезным холециститом, мл

При сравнении полученных данных статистически значимых отличий по объему интраоперационной кровопотери в исследуемых группах не выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, группы больных хроническим калькулёзным холециститом не отличались по продолжительности вмешательства и объёму интраоперационной кровопотери.

3.2.2. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Среди всех пациентов хроническим холециститом, вошедших в исследование, интраоперационные осложнения отмечены у 3 (1 %) больных. И во всех случаях это было интраоперационное кровотечение.

У 1 (1,7%) больного основной группы отмечено интраоперационное кровотечение из ложа ЖП в объёме 50 мл, которое остановлено

коагуляцией. Других интраоперационных осложнений в основной группе не было.

У 2 (0,8%) больных группы сравнения в ходе выделения ЖП возникло паренхиматозное кровотечение из его ложа. Кровотечение было остановлено коагуляцией с применением гемостатической губки. Объём интраоперационной кровопотери составил 50 мл у одного больного и 100 мл у другого. У всех этих 3 больных операция была закончена без конверсии доступа.

Частота интраоперационных осложнений у больных обеих групп приведена на рисунке 10.

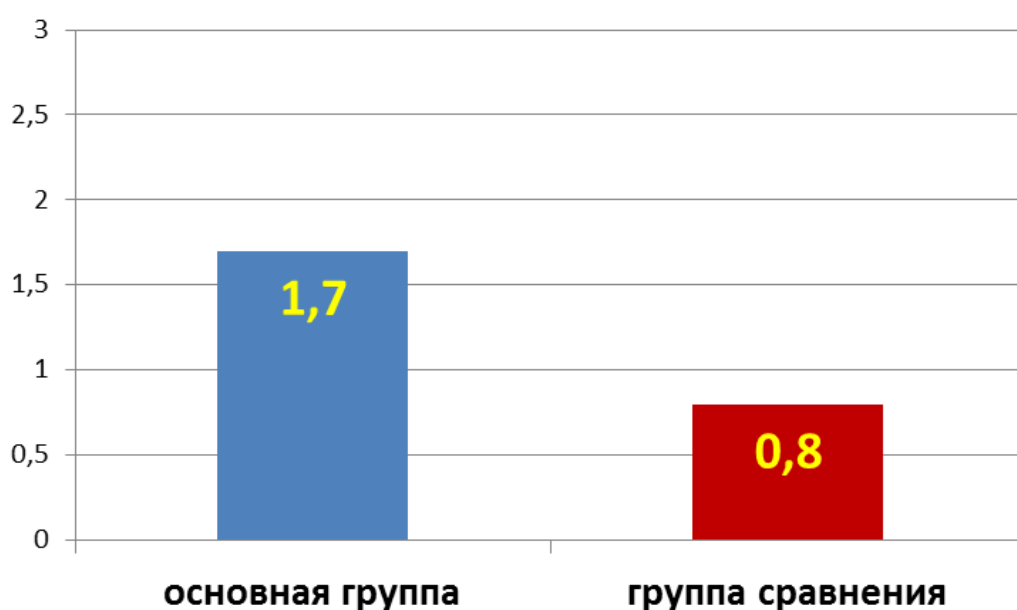


Рис. 10 Частота интраоперационных осложнений у больных хроническим холециститом, %

Сравнительный анализ частоты интраоперационных осложнений в обеих группах больных хроническим калькулёзным холециститом не выявил статистически значимых различий по этому показателю ($p > 0,05$).

У двух пациентов группы сравнения выполнена конверсия доступа на срединную на лапаротомию (0,8%). Причиной конверсии доступа были выраженные плотные спайки в области шейки ЖП, разделить которые с использованием лапароскопических инструментов не удалось.

У 100 (39,5%) пациентов группы сравнения интраоперационно выявляли спаечный процесс в подпечёночном пространстве, что косвенно указывало на перенесенные ранее приступы заболевания.

Далее приводим клинический пример. Больная С., 62 лет госпитализирована в плановом порядке с диагнозом хронический калькулёзный холецистит, гипертоническая болезнь 2 стадии для хирургического лечения. За 5 лет до поступления пациентке была выполнена нефрэктомия справа по поводу рака почки, с онкологического учёта снята. Желтух не отмечала. Лабораторные анализы в пределах возрастной нормы.

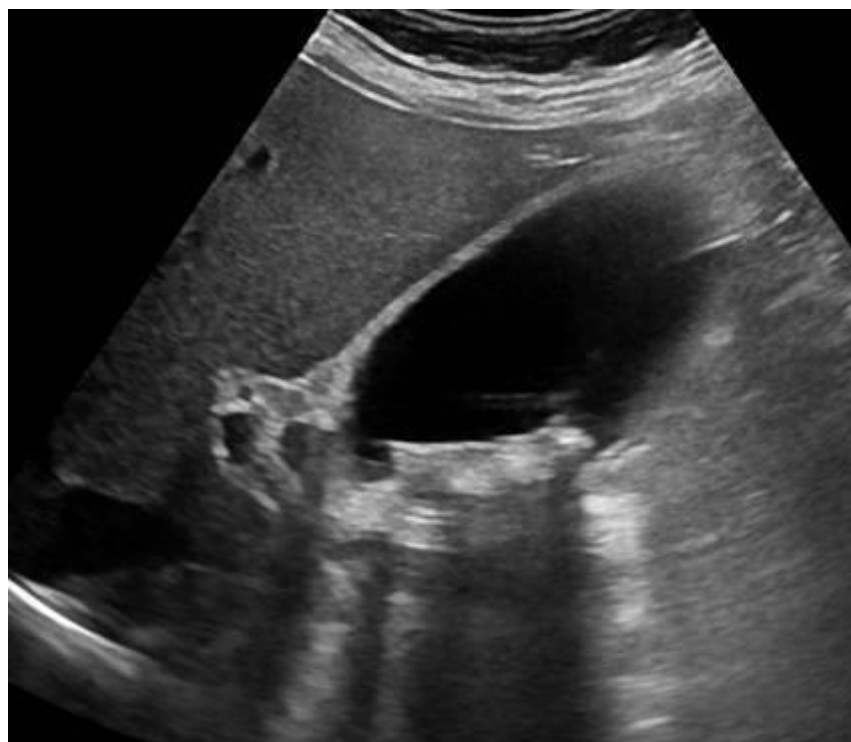


Рис. 11 Эхограмма печени и ЖП больной С., 62 лет (объяснение в тексте)

При выполнении УЗИ органов брюшной полости (рис. 15) ЖП не увеличен, в просвете его конкременты от 4 до 6 мм в диаметре, общий желчный проток не лоцируется, в подпечёночном пространстве нечётко лоцируется спаянный процесс. Несмотря на выявленные при УЗИ изменения предпринята попытка выполнения ЛХЭ. При ревизии подпечёночного пространства обнаружено, что в проекции шейки ЖП имеются множественные плотные спайки. При разделении спаек идентификация структур в проекции шейки ЖП нечёткая. Выполнена конверсия доступа в верхне-срединную широкую лапаротомию, открытая холецистэктомия. Подпечёночное пространство дренировано. Продолжительность операции составила 90 минут. Течение раннего послеоперационного периода без особенностей. Дренаж был удалён на 2-е сутки послеоперационного периода. На 6-е сутки после операции пациентка в удовлетворительном состоянии выписана из стационара.

Приведенное наблюдение показывает, что при выполнении лапароскопических вмешательств имеются ситуации, требующие конверсии доступа. Конверсия доступа в широкую лапаротомию приводит к увеличению сроков стационарного лечения, что связано с большей травматичностью доступа.

3.2.3. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ, НЕ ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ОСУЩЕСТВИТЬ РАННЮЮ ДОСУТОЧНУЮ ВЫПИСКУ ОПЕРИРОВАННЫХ

С учётом полученных результатов мы выделили интраоперационные факторы, которые не дают выписать оперированного в течение суток от момента поступления.

По данным нашего исследования, у больных хроническим холециститом, во всех случаях развития интраоперационного

кровотечения гемостаз был достигнут без конверсии доступа. Объём кровопотери был незначительным и не требовал специальных лечебных мероприятий по её восполнению. Поэтому, можно сделать вывод, что развитие интраоперационного кровотечения с последующим гемостазом, не требующее конверсии доступа в лапаротомию, не является противопоказанием к ранней досуточной выписке больных.

А вот выполнение конверсии доступа в широкую лапаротомию у 2 больных группы сравнения привело к увеличению сроков послеоперационного периода за счёт более травматичного доступа и продолжительной (до 3-4 суток) персистенции послеоперационной боли.

Кроме этого, необходимо помнить о некоторых особенностях интраоперационного периода. Конечно, развитие интраоперационных осложнений, часто приводит к увеличению времени операции, а это, в свою очередь, может способствовать большей интенсивности послеоперационной боли и увеличению продолжительности послеоперационного периода.

Но, в нашем исследовании, 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.

Ещё одним фактором, влияющим на ход операции, является обнаружение во время вмешательства других хирургических заболеваний органов брюшной полости. В таком случае возможны 2 варианта развития событий: операция завершается диагностической лапароскопией или расширяется до симультанной.

Различные варианты расположения и аномалии развития органов в зоне вмешательства тоже могут повлиять на исход операции. Любые

отклонения от типичной анатомии сопровождаются повышенными рисками интраоперационных и послеоперационных осложнений (кровотечение, желчеистечение) и требуют тщательного наблюдения за оперированным в условиях хирургического отделения с учётом выявленных изменений.

Развитие осложнений анестезии тоже могут повлиять на длительность пребывания пациента в стационаре.

Таким образом, по полученным нами данным, единственным интраоперационным фактором, который влияет на сроки послеоперационного стационарного лечения а также не способствует выписке оперированных в течение 1 суток от момента поступления у больных хроническим холециститом считаем конверсию доступа в широкую лапаротомию.

3.3 РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

3.3.1. ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Для оценки результатов лечения выполнен анализ видов и частоты послеоперационных осложнений. Развития тяжёлых послеоперационных осложнений (III-IV степени по Clavien-Dindo) у больных хроническим калькулёзным холециститом не отмечено. Послеоперационные осложнения до момента выписки из стационара возникли у 14 (4,5%) больных хроническим калькулёзным холециститом в обеих группах пациентов.

Основным осложнением в обеих группах больных хроническим калькулёзным холециститом была послеоперационная рвота. Анализ

частоты этого симптома в зависимости от времени после окончания операции представлен в таблице 16.

Через 6 часов после ЛХЭ послеоперационная рвота отмечалась у 14,6% больных группы сравнения, а частота данного осложнения была статистически значимо выше чем в основной группе пациентов ($p<0,05$). На фоне проводимого консервативного лечения (внутримышечные инъекции метоклопрамида в рекомендуемых дозах) через 14 часов после ЛХЭ послеоперационная рвота сохранялась у 12 (4,7%) больных группы сравнения и 1 (1,7%) больного основной группы.

Таблица 16

Частота послеоперационной рвоты у больных хроническим холециститом в зависимости от времени

Послеоперационная рвота	Основная группа, n=59	Группа сравнения, n=253
Через 6 часов после операции, количество больных	2 (3,4%)	37 (14,6%)*
Через 14 часов после операции, количество больных	1 (1,7%)	12 (4,7%)

* – при $p<0,05$

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, а также особенностями анестезиологического пособия, которые подробно описаны во 2 главе.

В связи с сохраняющейся тошнотой и рвотой 1 (1,7%) пациентку основной группы мы не смогли выписать в течение 23 часов после поступления. Далее приводим клиническое наблюдение.

Больная К., 39 лет обратилась с жалобами на слабые боли в правом подреберье, связанные с приёмом пищи. При УЗИ органов брюшной полости были обнаружены конкременты в желчном пузыре. Желтух в анамнезе не было. Лабораторные анализы соответствуют возрастной норме.



Рис. 12 Эхограмма печени и ЖП больной К., 39 лет (объяснение в тексте)

При УЗИ органов брюшной полости (рис. 12) желчный пузырь не увеличен, толщина его стенки 2,5 мм, в просвете ЖП определяются множественные мелкие конкременты, общий желчный проток не лоцируется. При амбулаторном обследовании и по результатам анкетирования медицинских противопоказаний к лечению в стационаре досуточного наблюдения не выявлено. Социально-бытовые условия

хорошие. После проведения с пациенткой разъяснительной беседы о преимуществах ранней выписки оперированных, пациентка дала письменное информированное согласие на выполнение ЛХЭ в условиях стационара досуточного наблюдения.

Больная поступила в 11³⁰, в этот же день оперирована. Перед операцией больной выполнена внутримышечная инъекция Кеторолака 30 мг и внутривенная - Дексаметазона 8 мг. Больной выполнена ЛХЭ, продолжительность вмешательства 45 мин. Осложнений во время операции не было. Наблюдалась в течение 2 часов после операции в послеоперационной палате. После восстановления самостоятельного дыхания и сознания больная переведена в палату досуточного наблюдения.

Через 3 часа после операции пациентка отметила появление тошноты, двукратной рвоты желчью. Начато консервативное лечение (метоклопрамид 10 мг внутримышечно 2 раза в сутки, кеторолак 30 мг внутримышечно при болях и внутривенное введение кристаллоидов в объёме 1,5 л). На фоне проводимого лечения у больной сохранялась тошнота, к концу первых суток была однократная рвота желчью. По дренажу из подпеченочного пространства до 30 мл сукровичного отделяемого, дренаж удален через 9 часов после операции. Интенсивность послеоперационной боли через 6 часов после операции 6 баллов, через 14 часов - 4 балла. Боль купируется введением ненаркотических анальгетиков.

К концу первых суток стационарного лечения предъявляет жалобы на тошноту, однократную рвоту желчью. При осмотре состояние средней тяжести, пульс 80 ударов в мин., гемодинамика стабильная. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, слабо болезненный в местах послеоперационных ран. Перистальтика выслушивается. Симптомов раздражения брюшины нет. Повязки сухие. Мочеиспускание самостоятельное, дизурических явлений нет.

При контрольном УЗИ органов брюшной полости признаков внутрибрюшных осложнений не выявлено.

С учетом сохраняющихся жалоб и данных обследования было решено продолжить лечение и наблюдение за больной в условиях хирургического отделения стационара. В дальнейшем, на фоне проводимого консервативного лечения, на вторые сутки послеоперационного периода тошноты, рвоты не отмечает. Принимает жидкую пищу, диспепсических явлений нет. Больная выписана из стационара на 2-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Телефонный контроль через сутки после выписки – жалоб не предъявляет, тошноты рвоты нет, повязки сухие. Кожные швы сняты в поликлинике по месту жительства на 7-е сутки после операции.

Данное наблюдение демонстрирует развитие послеоперационного осложнения (послеоперационная рвота) у больной стационара досуточного наблюдения, как одной из причин, не позволившей осуществить раннюю выписку пациентки. Вероятно, в этом случае развитие послеоперационных тошноты и рвоты было связано с дефектами анестезиологического пособия во время выполнения ЛХЭ.

Общее число и виды послеоперационных осложнений представлены в таблице 17.

Из других послеоперационных осложнений у больных хроническим калькулёзным холециститом у 1 (0,4%) больного группы сравнения на 2-е сутки после операции был диагностирован инфильтрат в проекции параумбиликальной троакарной раны, что было связано с контактом содержимого ЖП при его извлечении из брюшной полости с подкожной жировой клетчаткой. На фоне консервативного противовоспалительного лечения инфильтрат регрессировал.

Таблица 17

**Частота и виды послеоперационных осложнений у больных
хроническим холециститом**

Осложнение	Основная группа, n=59	Группа сравнения, n=253
Послеоперационная тошнота и рвота	1 (1,7%)	12 (4,7%)
Воспалительный инфильтрат послеоперационной раны	-	1 (0,4%)
Общее число осложнений	1 (1,7%)	13 (5,1%)

* – при $p < 0,05$

При сравнении общего числа послеоперационных осложнений статистически значимых различий между группами больных не выявлено ($p > 0,05$). Летальных исходов в обеих группах не было.

Таким образом, ранняя выписка больных хроническим калькулёзным холециститом, после выполнения им ЛХЭ (основная группа) 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.

3.3.2. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ И ПОТРЕБНОСТЬ В АНАЛЬГЕТИКАХ

Интенсивность послеоперационной боли по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) и потребность в анальгетиках оценили у 70 больных хроническим калькулёзным холециститом обеих групп (по 35 пациентов из каждой группы).

Интенсивность боли через 6 часов после операции у больных основной группы варьировала от 4 до 6,5 баллов (в среднем – $4,9 \pm 0,8$ балла), а в группе сравнения – от 4 до 7 баллов (в среднем $5,2 \pm 1,0$ баллов). Полученные данные соответствовали умеренной интенсивности послеоперационной боли.

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.

Динамика интенсивности послеоперационной боли у больных обеих групп представлена на рисунке 13.

Как показано на рисунке 13 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 ($p < 0,05$). Указанные различия динамики интенсивности послеоперационной боли наблюдались в каждой группе.

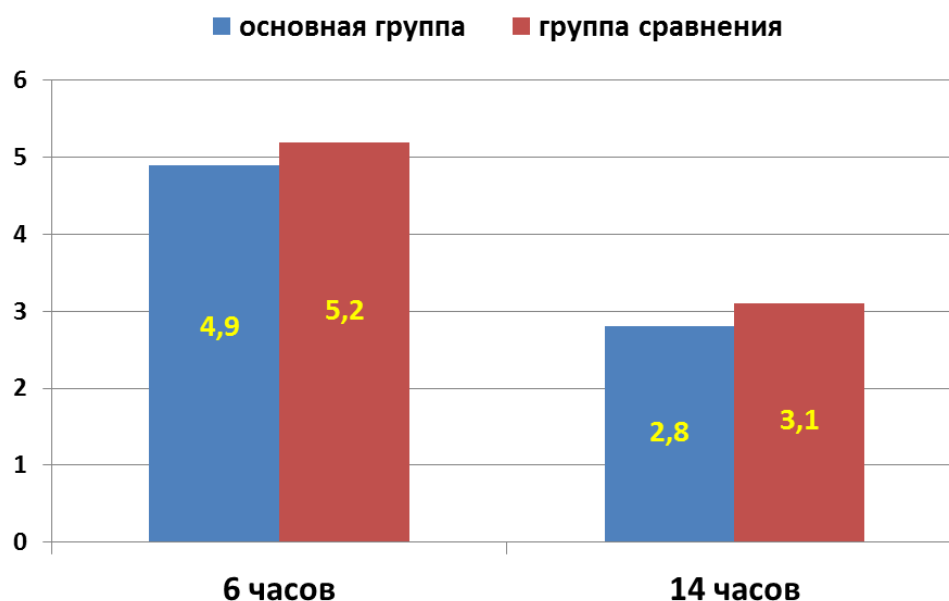


Рис. 13 Динамика интенсивности послеоперационной боли у больных хроническим калькулёзным холециститом, баллы

Таблица 18

Динамика интенсивности послеоперационной боли у больных хроническим калькулёзным холециститом.

Время после операции	Интенсивность боли, баллы	Основная группа, n=35	Группа сравнения, n=35
через 6 часов после ЛХЭ, количество больных	≥ 7	-	1 (2,9%)
	4-6	35	34 (97,1%)
	1-3	-	-
через 14 часов после ЛХЭ, количество больных	≥ 7	-	-
	4-6	2 (5,7%)	4 (11,4%)
	1-3	33(94,3 %)	31(88,6%)
через 24 часа после ЛХЭ, количество больных	≥ 7		-
	4-6		1 (2,9%)
	1-3		34 (97,1%)

* – при $p < 0,05$

Как следует из таблицы 18, через 6 часов после ЛХЭ у большей части больных обеих групп отмечали боль умеренной интенсивности, и только у 1 пациента группы сравнения интенсивность послеоперационной боли была высокой. Через 14 часов после вмешательства боль умеренной интенсивности отмечали у 2 больных основной группы и 4 группы сравнения. Необходимо отметить, что у этих больных послеоперационная боль купировалась инъекциями НПВС. У подавляющего большинства пациентов обеих групп (88,6-94,3%) к этому сроку послеоперационного периода интенсивность боли была низкой.

Через 24 часа после операции в группе сравнения распределение больных в зависимости от интенсивности послеоперационной боли статистически значимо не отличалось в сравнении с этим показателем через 14 часов после операции как внутри группы ($p>0,05$), так и при сравнении со значениями этого показателя (через 14 часов после операции) в основной группе пациентов ($p>0,05$).

Полученные данные говорят о том, что 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.

Анализ интенсивности послеоперационной боли у больных после конверсии доступа показал следующее. 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.

При оценке частоты введения ненаркотических анальгетиков в первые сутки после операции получены следующие результаты. Больным

основной группы выполняли от 2 до 4 инъекций (в среднем $3,4 \pm 0,4$ инъекции) НПВС в рекомендуемых разовых дозах, а больным группы сравнения – от 3 до 4 инъекций (в среднем $3,6 \pm 0,3$ инъекции). Как следует из рисунка 14, статистически значимых отличий по частоте инъекций ненаркотических анальгетиков в обеих группах не выявлено ($p > 0,05$).

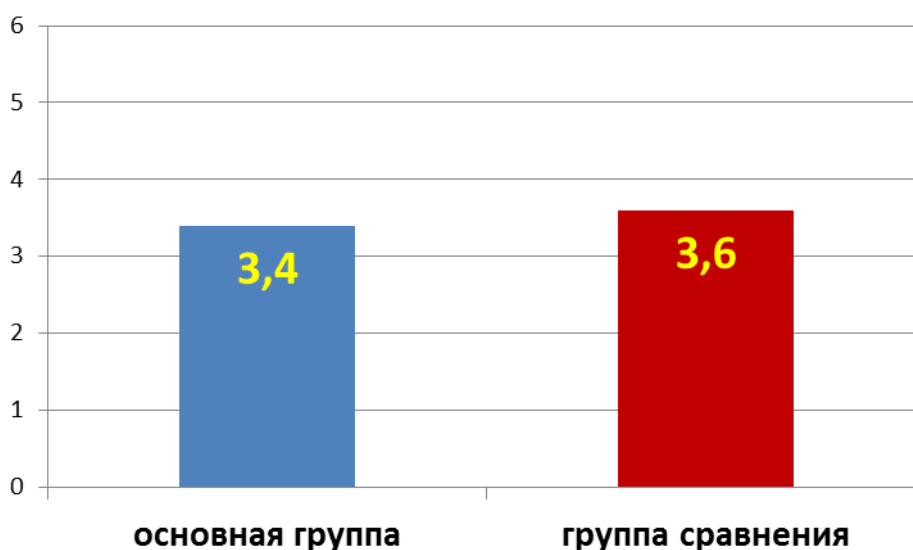


Рис. 14 Частота инъекций НПВС в течение 1 суток после операции у больных хроническим холециститом, количество инъекций

Средняя суточная доза кеторолака в 1-е сутки после ЛХЭ у больных основной группы была 102 мг, у больных группы сравнения - 108 мг (340 и 360 мг кетопрофена соответственно).

Мы также оценили потребность оперированных в наркотических анальгетиках, как показатель послеоперационной боли высокой интенсивности.

Больным основной группы введения наркотических анальгетиков не потребовалось. У 6 (2,4%) пациентов группы сравнения для купирования послеоперационной боли высокой интенсивности использовали наркотические анальгетики, причём одному из них выполнена конверсия доступа в широкую лапаротомию. Анализ остальных 5 пациентов,

которым после ЛХЭ выполняли инъекции наркотических анальгетиков, не выявил отличий по возрасту, продолжительности операции, объёму кровопотери от остальных пациентов этой группы. Признаков послеоперационных осложнений у этих больных не отмечали. У всех этих 5 пациентов в ЖП обнаружены конкременты диаметром от 33 до 45 мм. Средняя продолжительность послеоперационного стационарного лечения у этих 5 больных составила 2,2 койко-дня. Однако выявление крупных конкрементов (35-47 мм) у 4 больных группы сравнения и 2 больных основной группы не потребовало назначения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде.

Возможно, использование у этих пациентов наркотических анальгетиков было связано с увеличением размера послеоперационной раны в месте извлечения ЖП (при условии, если конкременты не удавалось фрагментировать окончатым зажимом).

По результатам нашего исследования, у 5 (45%) больных, с выявленными при УЗИ крупными конкрементами ЖП (>30 мм), лечение сопровождалось послеоперационной болью высокой интенсивности, потребовавшей введения наркотических анальгетиков. А это, в свою очередь, привело к увеличению сроков послеоперационного периода. На основании перечисленного выше, можно говорить о том, что лечение больных хроническим холециститом с крупными конкрементами в ЖП (>30 мм) противопоказано в условиях стационара досуточного наблюдения.

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 и делала досуточную выписку оперированных больных невозможной. Соответственно, послеоперационная боль, не купирующаяся ненаркотическими анальгетиками, является послеоперационным фактором, не позволяющим планировать раннюю выписку пациентов.

3.3.3. КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ ОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Вопрос ранней досуточной выписки пациентов, после выполнения им ЛХЭ, должен решаться индивидуально. Ранняя досуточная выписка оперированных зависит от многих факторов. Особое внимание необходимо уделять выявлению симптомов осложнений в первые часы послеоперационного периода.

В случае диагностики любого послеоперационного осложнения в первые сутки от момента госпитализации очевидной является необходимость продолжения лечения больного в стационарных условиях.

Если при осмотре хирурга возникали подозрения на развитие послеоперационных осложнений, то больным выполняли УЗИ органов брюшной полости и подпечёчного пространства. Данный метод исследования выполнили у 2 (3,4%) больных основной группы – признаков внутрибрюшных осложнений не выявили.

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.

Особое внимание уделяем пациентам пожилого и старческого возраста, с сопутствующими заболеваниями. При прогрессировании

симптоматики сопутствующих заболеваний в раннем послеоперационном периоде необходим осмотр этих пациентов терапевтом с решением вопроса о возможности ранней выписки оперированного или продолжении наблюдения за ним в стационарных условиях.

Важным условием, которое надо учитывать при решении вопроса о ранней выписке, является двигательная активность пациента, которая напрямую зависит от выраженности послеоперационной боли. По результатам нашего исследования у больных хроническим калькулёзным холециститом уже через 14 часов после операции интенсивность боли была низкой, что позволяет планировать оперированных к ранней выписке из стационара.

Отказ пациента от выписки в первые сутки от момента госпитализации, свидетельствует о недостаточном его информировании на предоперационном этапе. В данном случае необходимо продолжение наблюдения за больным в условиях стационара.

У всех остальных больных хроническим калькулёзным холециститом, соответствующих критериям отбора, после выполнения ЛХЭ возможна выписка в течение первых суток после поступления.

Таким образом, среди больных, оперированных с диагнозом хронический калькулёзный холецистит, раннюю досуточную выписку (до 23 часов от момента поступления) 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, лечение и наблюдение за оперированными больными необходимо продолжить в стационаре.

При условии ранней досуточной выписки пациенту, кроме выписного эпикриза, выдавали:

1. письменную инструкцию о правилах его поведения и ограничениях после ранней выписки и о его действиях при ухудшении состояния или подозрении на развитие осложнений (с указанием контактных телефонов стационара) (см. приложение 2);
2. письменные рекомендации о медикаментозном лечении послеоперационной боли.

3.3.4. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Мы проанализировали время пребывания больных хроническим калькулёзным холециститом от момента окончания операции до выписки из стационара. Сравнение длительности послеоперационного стационарного лечения показано на рисунке 15.

Средняя длительность послеоперационного стационарного лечения у больных основной группы составила $19,4 \pm 1,8$ часов. Аналогичный показатель в группе сравнения был равен 72 ± 24 часов ($3,1 \pm 1,0$ суток). Длительность послеоперационного стационарного лечения у больных группы сравнения была статистически значимо больше, чем у больных основной группы ($p < 0,05$).

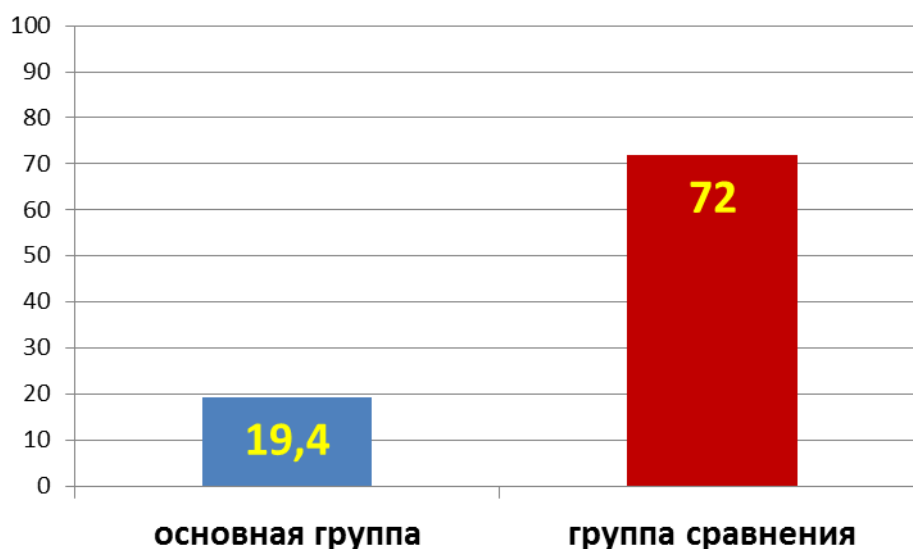


Рис. 15 Длительность послеоперационного стационарного лечения у больных хроническим холециститом, часы

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.

3.3.5. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В УСЛОВИЯХ ДОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

На основании результатов нашего исследования предлагаем следующий алгоритм действий при выполнении ЛХЭ у больных

хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара досуточного наблюдения.

Как показано на рисунке 16, вначале проводится тщательный отбор больных хроническим калькулёзным холециститом для лечения в стационаре досуточного наблюдения.

По результатам нашей работы дополнительным противопоказанием к лечению больного хроническим калькулёзным холециститом с досуточной выпиской из стационара является конкременты ЖП более 30 мм в диаметре.

Те больные, которые не подходят для лечения в условиях стационара досуточного наблюдения по медицинским или социальным критериям после выполнения ЛХЭ наблюдаются и лечатся в условиях хирургического отделения более 1 суток после операции.

Следующий критический этап при планировании ранней досуточной выписки – интраоперационный. Если ЛХЭ проходит стандартно и без особенностей, то пациента можно планировать к ранней досуточной выписке из стационара. Если во время ЛХЭ возникает необходимость в выполнении конверсии доступа в широкую лапаротомию – больной требует дальнейшего наблюдения и лечения в условиях хирургического отделения стационара более 1 суток.

Далее необходима оценка состояния больного в первые часы послеоперационного периода. Если у пациента возникают тошнота или рвота, плохо поддающиеся консервативному лечению, или сохраняется послеоперационная боль высокой интенсивности, требующая назначения наркотических анальгетиков, то требуется выяснение причин их развития, а пациент в таком случае не подлежит ранней досуточной выписке. Развитие послеоперационных осложнений, по нашему мнению, диктует необходимость отказа от ранней выписки оперированного.

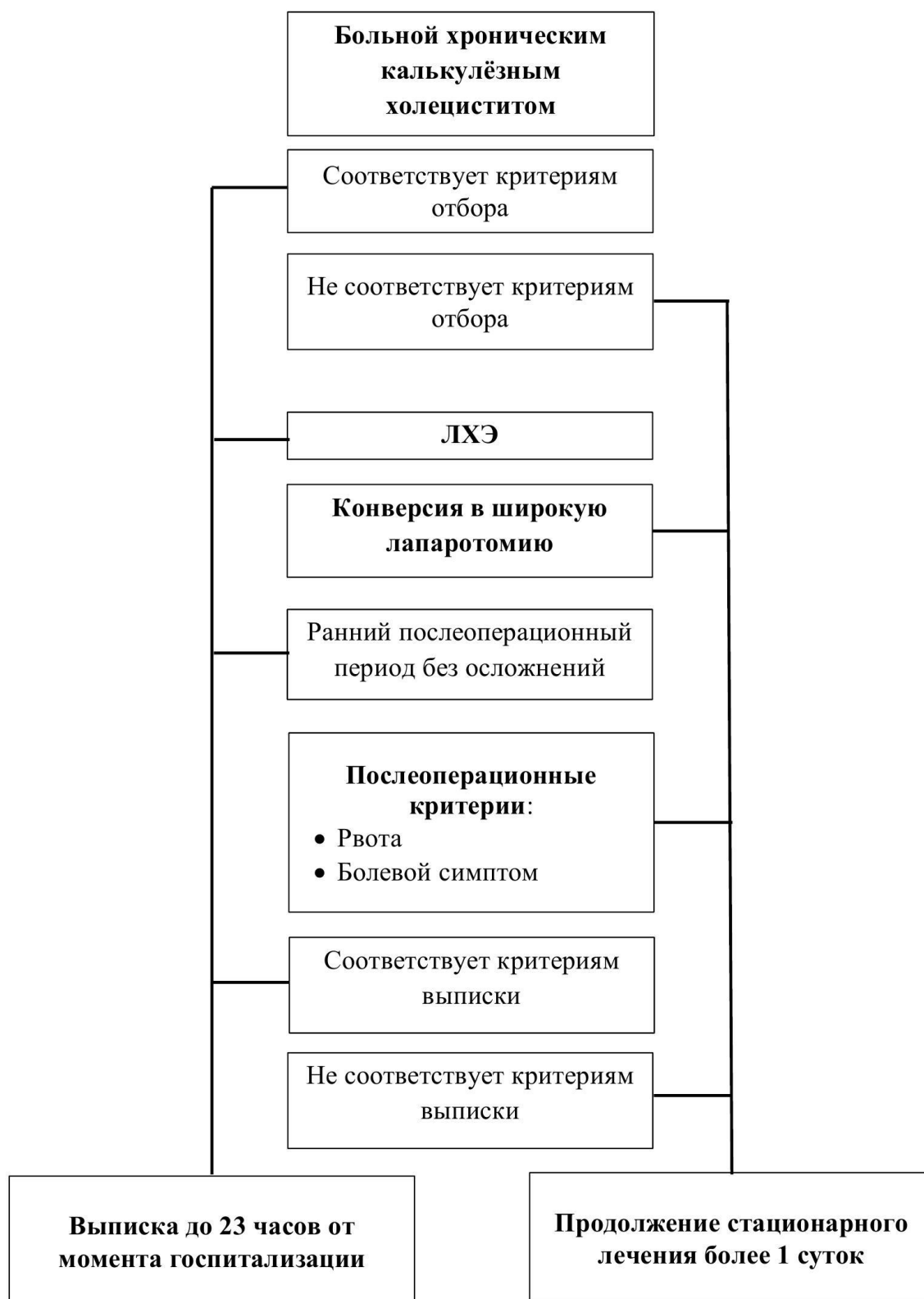


Рис. 16 Алгоритм лечения больных хроническим холециститом в условиях досуточного стационарного наблюдения

В дальнейшем хирург, осматривая оперированного, должен оценить соответствие пациента условиям выписки. При соответствии этим условиям больного можно выписать в течение 1 суток после поступления. При несоответствии оперированного больного условиям выписки его лечение продолжается в хирургическом отделении более 1 суток.

Приводим следующее клиническое наблюдение. Больная М., 79 лет обратилась за консультацией амбулаторно. Поводом для консультации послужили жалобы периодические слабые боли в правом подреберье после приёма жирной пищи.

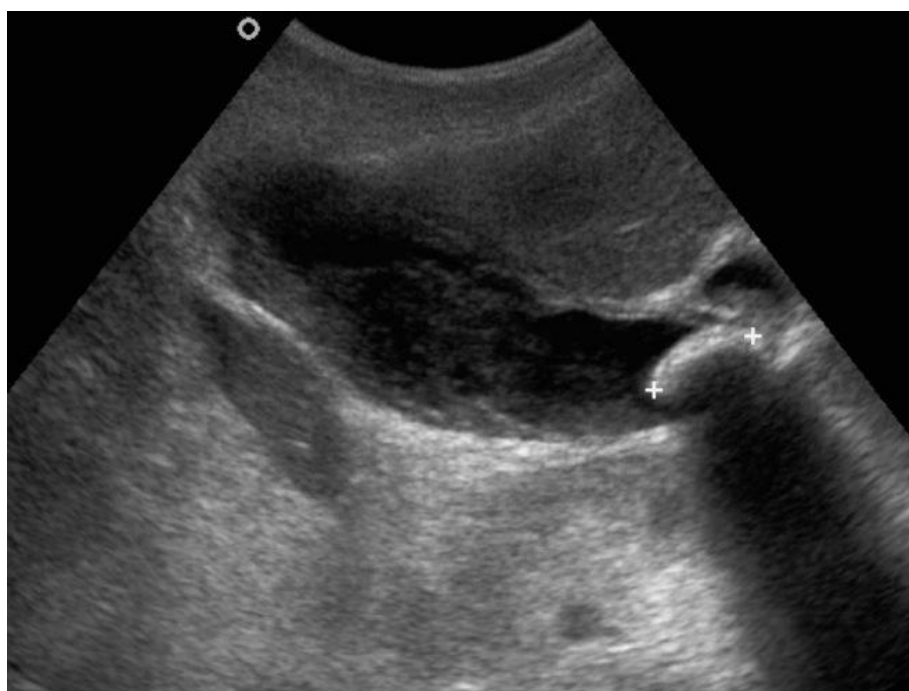


Рис. 17 Эхограмма печени и ЖП больной М., 79 лет (объяснение в тексте)

При амбулаторно выполненном УЗИ органов брюшной полости (рис. 17) в шейке ЖП выявлен единичный конкремент 1,8 см в диаметре. Желтух в анамнезе нет. Обследована амбулаторно. Лабораторные данные в пределах референтных значений. Из сопутствующих заболеваний страдает

Гипертонической болезнью 2 стадии, на фоне приёма гипотензивных препаратов артериальное давление 135/85 мм рт. ст.. Консультирована терапевтом, коррекции лечения не требует, противопоказаний к операции не выявлено. Установлен диагноз хронический калькулёзный холецистит, рекомендовано хирургическое лечение. С больной проведена беседа о преимуществах лечения в стационаре досуточного пребывания, после чего пациентка дала согласие на лечение в условиях стационара досуточного наблюдения. За 2 дня до планируемой операции осмотрена анестезиологом – противопоказаний к операции не выявлено. Пациентка оперирована в день обращения, выполнена ЛХЭ, продолжительность операции 35 минут, В раннем послеоперационном периоде осложнений не отмечали, переведена в хирургическое отделение через 2 часа после окончания вмешательства. Через 3 часа активизирована. Интенсивность послеоперационной боли 6 баллов, тошноты, рвоты нет. Через 6 часов пациентке разрешено пить. По дренажу из брюшной полости отделяемого нет, дренаж удалён через 7 часов после операции. Мочеиспускание самостоятельное. Наутро – послеоперационная боль низкой интенсивности (2,5 балла), тошноты и рвоты нет, активна в пределах палаты. Повязки сухие. Критериям выписки соответствует, выписана в сопровождении родственников через 20 часов после операции. На следующий день после выписки опрошена по телефону: тошноты и рвоты нет, боли в области троакарных ран возникает только при движении, слабой интенсивности. Течение послеоперационного периода гладкое. Швы сняты в амбулаторном порядке на 8-е сутки после операции.

Данное наблюдение демонстрирует возможность успешного хирургического лечения пациентки старческого возраста с выпиской последней в течение суток от момента поступления. Отметим, что в данном случае возраст больного не ограничивает возможность лечения с

ранней досуточной выпиской пациентки. Гораздо более важное значение имеют выраженность и тяжесть сопутствующих заболеваний.

Таким образом, 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.

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.

ГЛАВА 4. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАЦИОНАРЕ ДОСУТОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

В данной главе будут описаны основные принципы ведения больных острым калькулёзным холециститом с выделением, по ряду факторов, группы оперированных, планируемых на раннюю досуточную выписку. Будет произведён анализ видов и частоты интра- и послеоперационных осложнений. Основываясь на полученных результатах будет предложен алгоритм отбора больных острым калькулёзным холециститом для ранней досуточной выписки.

4.1 ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Прежде, чем решать вопрос о лечебной тактике у больных, поступающих в стационар с острым холециститом, необходимо точно установить клинический диагноз, который включает в себя основное заболевание, его осложнения (изменения в околопузырном пространстве и в желчевыводящих протоках), распространённость патологического процесса, а также наличие и степень тяжести сопутствующих заболеваний. Все эти вопросы решаются в коротком предоперационном периоде.

Как следует из клинического опыта, лучшим вариантом лечения является выполнение операции в дневное время. Поэтому, с учётом сокращения планируемых сроков стационарного лечения, речь должна идти об определении критериев ранней досуточной выписки больных острым калькулёзным холециститом, госпитализированных в утренние часы и дневное время (точное время определяется режимом работы медицинского учреждения). Этому будет посвящена эта глава диссертации.

Основываясь на собственном клиническом опыте и данных литературы, в первые 24 часа от момента госпитализации не могут быть выписаны больные с признаками перитонита или пациенты, с указанием на патологический процесс в желчевыводящих протоках (холангит, холедохолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки, нередко сопровождающиеся синдромом механической желтухи). Поэтому в данной главе будет проведен анализ хирургического лечения больных с неосложнёнными формами острого калькулёзного холецистита, часть из которых была выписана в течение первых суток от момента поступления (основная группа), другая часть была выписана позже одних суток от момента госпитализации (группа сравнения).

Важное значение у больных острым калькулёзным холециститом имеет диагностика сопутствующих заболеваний с определением степени их тяжести. Выявление у пациентов симптомов декомпенсации сопутствующих заболеваний или признаков нестабильного их течения требует дополнительной предоперационной подготовки.

В некоторых случаях тяжесть сопутствующих заболеваний диктует необходимость выполнения паллиативной микрохолецистостомии под сонографическим контролем. Это увеличивает сроки стационарного лечения. Поэтому, данная категория больных острым калькулёзным холециститом не может быть выписана в течение суток от момента поступления.

С учётом предлагаемой тактики лечения больных в стационаре досуточного наблюдения, всем пациентам с верифицированным диагнозом острый калькулёзный холецистит, у которых нет противопоказаний к выполнению ЛХЭ, предлагается хирургическое лечение в день госпитализации.

С целью профилактики гнойно-септических осложнений всем больным острым калькулёзным холециститом проводили

антибактериальное лечение. В стационарных условиях антибактериальные препараты вводили внутривенно, выполняя первую инъекцию за 40 мин. до операции. В остальном предоперационная подготовка больных острым калькулёзным холециститом не отличалась от стандартной в таких случаях.

4.2 ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

4.2.1 ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИИ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Как у больных хроническим калькулёзным холециститом, мы проанализировали диагностическую ценность УЗИ в прогнозировании сложностей мобилизации ЖП вследствие спаечного процесса в зоне вмешательства. Для этого сравнили частоту выявления сонографического признака (отсутствие дифференцировки элементов шейки ЖП) и частоту интраоперационного выявления спаек в области шейки ЖП у больных острым калькулёзным холециститом в обеих группах (см. табл. 19).

Как показано в таблице 19, в основной группе больных статистически значимо чаще не удавалось дифференцировать элементы шейки ЖП ($p < 0,05$).

Частота интраоперационного выявления спаечного процесса в подпечёчном 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.

Таблица 19

**Частота совпадений данных УЗИ и интраоперационного
выявления спаечного процесса у больных острым холециститом**

Признак	Основная группа, n=136	Группа сравнения, n=147
Отсутствие дифференцировки элементов шейки ЖП при УЗИ, количество больных	29 (21,3%)	6 (4,1%)*
Интраоперационно выявленный спаечный процесс в области шейки ЖП, количество больных	43 (31,6%)	55 (37,4%)
Количество больных с совпадением данных УЗИ и интраоперационных находок	4 (13,8%)	3 (50%)*

* – при $p < 0,05$

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 сложностей мобилизации ЖП вследствие спаечного процесса в зоне вмешательства у больных острым калькулёзным холециститом.

При оценке продолжительности операции у пациентов обеих групп получены следующие результаты. У больных острым калькулёзным холециститом в основной группе продолжительность операции варьировала от 30 до 120 мин. (в среднем $47,4 \pm 11,7$ мин.), а в группе сравнения – от 20 до 130 мин. (в среднем $54,1 \pm 23,9$ мин.).

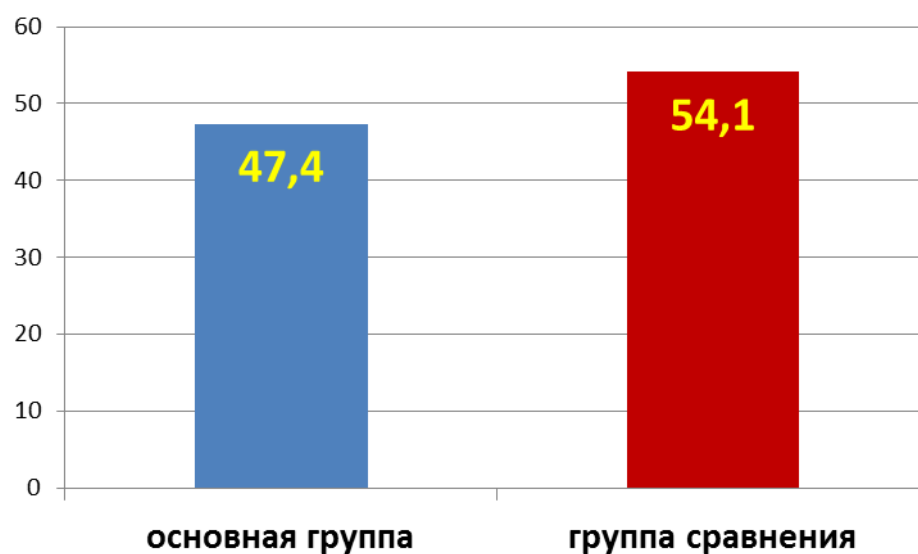


Рис. 18 Средняя продолжительность операции у больных острым холециститом, мин.

Как показано на рис. 18, по средней продолжительности операции статистически значимых отличий в обеих группах больных острым холециститом не выявлено ($p > 0,05$).

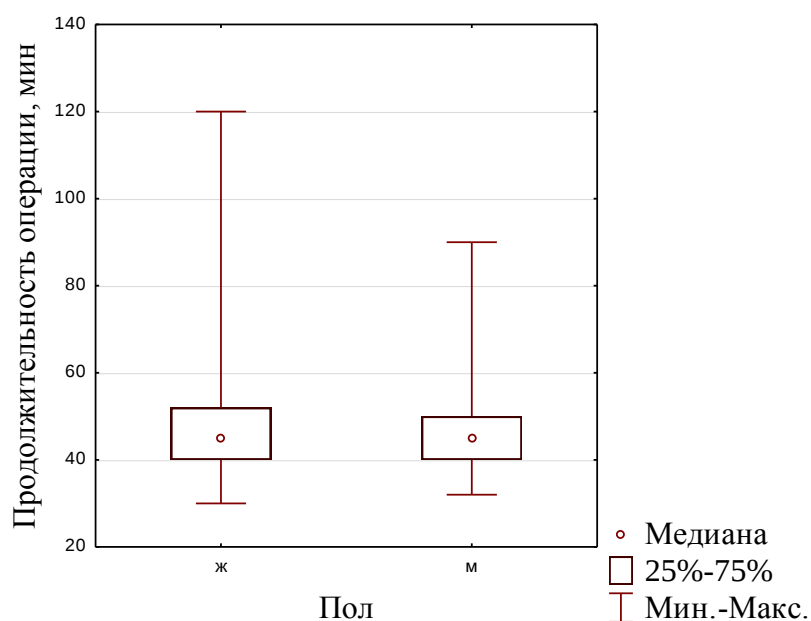


Рис. 19 Продолжительность операции в зависимости от пола в основной группе больных острым холециститом

Как следует из рисунка 19, медиана продолжительности операции в основной группе больных 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 ($p>0,05$).

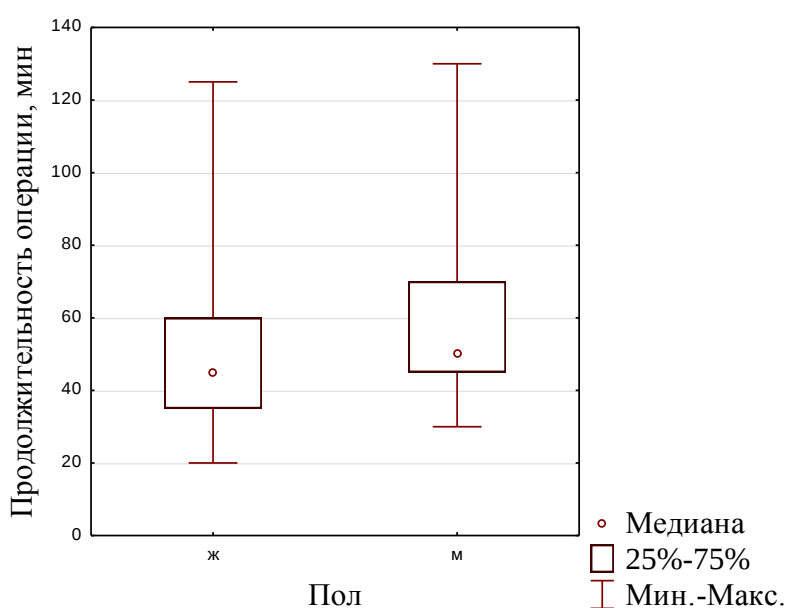


Рис. 20. Продолжительность операции в зависимости от пола у больных острым калькулёзным холециститом в группе сравнения

А в группе сравнения, как показано на рисунке 20, 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 $p<0,05$).

В обеих группах были больные, с продолжительностью операции более 90 минут. У 3(2,2%) больных основной группы продолжительность операции варьировала от 90 до 120 мин., что было связано с конверсией доступа в миналапаротомию (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 минут было связано с возникновением интраоперационного кровотечения в объёме от 100 до 500 мл, которое было остановлено без конверсии доступа. Больных острым калькулёзным холециститом, с продолжительностью операции более 90 минут, было статистически значимо больше в группе сравнения, чем в основной группе (11,6% и 2,2% соответственно, при $p < 0,05$).

Объём интраоперационной кровопотери у больных основной группы варьировал от 5 до 100 мл (медиана 35 мл с интерквартильным размахом от 30 до 40 мл), а группы сравнения – от 5 до 500 мл (медиана 10 мл с интерквартильным размахом от 10 до 20 мл).

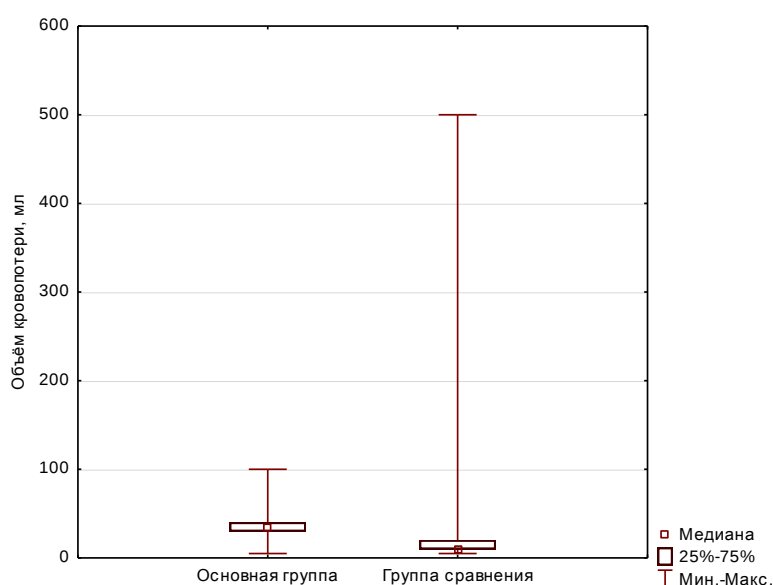


Рис. 21 Объём интраоперационной кровопотери у больных острым холециститом, мл

Объем интраоперационной кровопотери в каждой из групп пациентов показан на рисунке 21

Статистически значимых отличий по объёму кровопотери в обеих группах не выявлено ($p>0,05$).

Интраоперационные осложнения отмечали у 10 больных обеих групп, во всех случаях это было кровотечение из пузырьной артерии или паренхимы печени в проекции ложа ЖП. Травмы крупных сосудов у больных, включённых в исследование, не было. Объём интраоперационной кровопотери у этих больных варьировал от 100 до 500 мл, что соответствовало кровопотере лёгкой степени тяжести.

В основной группе интраоперационное кровотечение возникло у 1 больного (0,7%), объём кровопотери составил 100 мл. Остановить кровотечение во время ЛХЭ не удалось и пациенту выполнена конверсия доступа в минилапаротомию, после чего был достигнут гемостаз.

В группе сравнения развитие интраоперационного кровотечения отмечено у 9 (6,1%) больных. Объём интраоперационной кровопотери варьировал от 100 до 500 мл (в среднем $211,1 \pm 131,8$ мл), причём у 4 из них этот показатель варьировал от 250 до 500 мл.

У всех больных группы сравнения гемостаз был достигнут без конверсии доступа.

Частота интраоперационных осложнений у больных обеих групп представлена на рисунке 22 .



Рис. 22 Частота интраоперационных осложнений у больных острым холециститом, %

Частота интраоперационных осложнений была статистически значимо выше в группе сравнения ($p < 0,05$). Продолжительность операции у 9 больных группы сравнения, с кровопотерей более 100 мл, варьировала от 45 до 130 мин., в среднем составив $82,2 \pm 31,6$ мин. и была статистически значимо выше, чем средние значения этого показателя в группе ($54,1 \pm 23,9$ мин.) ($p < 0,05$). Но у 4 (44%) из 9 пациентов, несмотря на развитие интраоперационного кровотечения, время ЛХЭ не превышало 60 минут. Связь между временем операции более 90 минут (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.

При оценке коэффициента ранговой корреляции Спирмена у всех больных основной группы мы выявили прямую статистически значимую связь слабой тесноты по шкале Чеддока продолжительности операции с конверсией доступа в минилапаротомию ($r_{xy}=0,26$) при $p<0,05$. У больных группы сравнения отмечалась прямая статистически значимая корреляционная связь слабой тесноты по шкале Чеддока продолжительности операции с весом пациента (r_{xy} Спирмена = 0,26, $p<0,05$), выявлением на УЗИ признаков деструкции стенки ЖП (r_{xy} Спирмена = 0,25, $p<0,05$), мужским полом (r_{xy} Спирмена = 0,24, $p<0,05$) и объёмом интраоперационной кровопотери (r_{xy} Спирмена = 0,2, $p<0,05$).

Указанные факторы у больных острым калькулёзным холециститом статистически значимо влияли на увеличение времени операции, но теснота корреляционной связи была во всех случаях слабой.

Таким образом, по средней продолжительности операции статистически значимых различий между группами больных острым холециститом не выявлено. Но больных острым калькулёзным холециститом, с продолжительностью операции более 90 минут, было статистически значимо больше в группе сравнения, чем в основной группе. Частота интраоперационных осложнений была статистически значимо выше в группе сравнения, чем в основной группе. У всех больных с интраоперационными осложнениями отмечали развитие кровотечения, но статистически значимого влияния этого осложнения на продолжительность вмешательства не выявлено. При развитии интраоперационного кровотечения у всех пациентов группы сравнения гемостаз был достигнут без конверсии доступа. В нашем исследовании основной причиной, приводящей к увеличению продолжительности операции более 90 минут у больных острым калькулёзным холециститом, была необходимость мобилизации ЖП из спаек.

Конечно, исход операции зависит от интраоперационных находок. Существуют интраоперационные ситуации, которые приводят к изменению хода вмешательства и сопровождаются увеличением продолжительности операции. Причинами этого могут быть любые аномалии развития органов в области вмешательства, выявление острых хирургических заболеваний соседних органов, обнаружение гангренозных изменений стенки ЖП или признаков местного перитонита, увеличение объёма операции, связанное с ятрогенной травмой внепечёночных желчных протоков или сосудистых структур печёочно-двенадцатиперстной связки, и т.п.. В нашем исследовании таких ситуаций не было. Вопрос о необходимости пролонгированного стационарного наблюдения должен решаться индивидуально, в зависимости от выявленной интраоперационно ситуации.

4.2.2 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО РЕТРАКТОРА-ОСВЕТИТЕЛЯ

Конверсия доступа выполнена 3 больным основной группы. Причинами конверсии доступа у 2 больных стал плотный перивезикальный инфильтрат, разделить который с использованием лапароскопических инструментов не удалось. А у 1 больного поводом к конверсии доступа послужило развившееся интраоперационное кровотечение. Таким образом, в основной группе частота конверсий доступа составила 2,2%, в группе сравнения конверсий доступа 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.

В случае конверсии доступа в минилапаротомный используем, разработанный нами хирургический ретрактор-осветитель [Курбанов Ф.С. и др., 2014]. Благодаря устройству данного ретрактора, во время вмешательства возможно быстрое промывание операционного поля и одновременно наконечника световода. Это позволяет уменьшить длительность операции за счет отказа от частого извлечения стандартного ретрактора со световодом с целью очистки последнего в случае его загрязнения и снижения освещенности операционного поля. Анализ результатов применения данного устройства показал статистически значимое уменьшение длительности операции с использованием разработанного ретрактора в сравнении с обычным набором инструментов для выполнения минилапаротомного доступа [Пантелеева И.С., 2014]. Данный факт позволяет рекомендовать использование данного ретрактора при выполнении МХЭ у больных острым холециститом в случае конверсии лапароскопического доступа в минилапаротомию.

Приводим клиническое наблюдение применения предложенного устройства в случае возникновения показаний к конверсии доступа при выполнении ЛХЭ.

Больной К. 52 лет, поступил в клинику в 11⁴⁵ с симптомами острого холецистита. При обращении в стационар предъявлял жалобы на умеренные спастические боли в правом подреберье, однократную рвоту желчью. Появление указанных жалоб отметил за 2 дня до поступления после приёма острой пищи. Около года назад при УЗИ органов брюшной полости в желчном пузыре были выявлены конкременты. В течение года периодически отмечал спастические боли в правом подреберье при погрешностях в диете, которые проходили самостоятельно. Не лечился. Сопутствующее заболевание: гипертоническая болезнь 2 стадии.

В общем клиническом анализе крови лейкоцитоз $10,3 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных лейкоцитов 12%.



Рис. 23 Эхограмма печени и ЖП больного К. 52 лет (объяснение в тексте)

При УЗИ органов брюшной полости, выявлены следующие изменения (рис.23). Желчный пузырь увеличен до 9,0 х 4,7 см, в его просвете, в проекции шейки, определяются множественные гиперэхогенные округлые тени от 6 до 10 мм, не связанные со стенкой и дающие чёткую акустическую тень (конкременты). Стенка шейки желчного пузыря гиперэхогенная, утолщена до 5,5 мм. Перипузырных изменений не выявлено.

По данным клинико-инструментального обследования установлен диагноз: острый калькулезный холецистит.

В день поступления пациенту решено выполнить лапароскопическую холецистэктомию, согласие пациента на операцию получено. После создания карбоксиперитонеума 10 мм рт. ст. и установки троакаров в правом подпеченочном пространстве выявлен плотный перивезикальный инфильтрат (рис. 24).



Рис. 24 Перивезикальный инфильтрат, эндофотография
(объяснение в тексте)

Как показано на рисунке, визуальному осмотру доступно только дно ЖП, стенка его флегмонозно изменена. Остальные отделы находятся в плотном воспалительном инфильтрате. ЖП пунктирован в области дна, содержит густую желчь. Проводимые в течение 30 минут попытки разделения инфильтрата были безуспешными. Решено выполнить конверсию доступа на минилапаротомный. Выполнена правосторонняя трансректальная минилапаротомия, длина кожного разреза составила 4 см. Установлены ретракторы, после вскрытия просвета ЖП и эвакуации его содержимого и конкрементов, на введенном в просвет пузыря окончательном зажиме, выполнена мобилизация ЖП из спаек. После идентификации пузырных артерии и протока, выполнена холецистэктомия комбинированным способом. К ложу удаленного пузыря подведен трубчатый дренаж, выведенный через троакарную контраппертуру в

мезогастрии справа. Через 2 часа после операции больной переведен из реанимационного отделения в палату, через 4 часа - активизирован. Интенсивность послеоперационной боли 6 баллов по ЦРШ. Через 8 часов после операции по дренажу из брюшной полости до 10 мл геморрагического отделяемого, дренаж удален. Ранний послеоперационный период без осложнений. В 8⁰⁰ следующего дня больной активен в пределах палаты, тошноты и рвоты нет, интенсивность послеоперационной боли низкая (2,5 балла по ЦРШ) на фоне приема парацетамола, повязки сухие. Принято решение о ранней досуточной выписке пациента. Пациенту даны рекомендации. На следующие сутки после выписки осмотрен на дому хирургом – послеоперационная боль низкой интенсивности, повязки сухие, температура 36,4°C, активен в пределах квартиры. В дальнейшем интервьюирован по телефону. Находился под наблюдением хирурга поликлиники, дальнейшее течение послеоперационного периода без особенностей, послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 7 сутки в амбулаторном порядке.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует пример успешного лечения больного острым калькулёзным холециститом в условиях стационара досуточного наблюдения даже при возникновении показаний к конверсии доступа во время выполнения ЛХЭ. Выполнение конверсии лапароскопического доступа в минилапаротомный позволило осуществить раннюю выписку оперированного.

Позволим себе привести ещё одно клиническое наблюдение, демонстрирующее применение разработанного нами хирургического ретрактора-осветителя.

Больной З., 48 лет поступил в клинику в 12¹⁰ с жалобами на постоянные боли в правом подреберье умеренной интенсивности, однократную рвоту желчью. Боли в правом подреберье отмечает в течение

1,5 дней. По результатам комплексного обследования установлен диагноз – острый калькулёзный холецистит. Сопутствующих заболеваний не выявлено. Противопоказаний к выполнению ЛХЭ нет, больной подписал согласие на операцию. Через 2,5 часа от момента поступления подан в операционную. При выделении элементов шейки ЖП отмечено развитие кровотечения из пузырной артерии, добиться гемостаза с использованием лапароскопических инструментов не удалось. Выполнена конверсия доступа в минилапаротомный с использованием разработанного хирургического ретрактора-осветителя. В подпечёночном пространстве до 80 мл крови со сгустками, кровь и сгустки эвакуированы. Кровотокающий сосуд прошит на зажиме, достигнут окончательный гемостаз. Выполнена холецистэктомия из минилапаротомного доступа, к ложу удалённого ЖП установлен дренаж. Продолжительность операции составила 95 минут, объём интраоперационной кровопотери 100 мл. После наблюдения в отделении реанимации в течение 2 часов пациент переведен в хирургическое отделение. Через 4 часа после окончания операции активизирован. Через 6 часов после операции интенсивность послеоперационной боли 7 баллов по ЦРШ, тошноты и рвоты нет, по дренажу скудное сукровичное отделяемое. Последний удалён через 8 часов после операции. Пациенту разрешено пить. Через 14 часов после вмешательства интенсивность боли 3 балла, передвигается по палате, мочеиспускание самостоятельное, кишечная перистальтика выслушивается, повязки сухие. Социально-бытовым критериям соответствует. Пациенту предложена ранняя досуточная выписка. При контрольном УЗИ органов брюшной полости признаков внутрибрюшных осложнений не выявлено. После получения согласия на раннюю досуточную выписку, через 16 часов после операции, в сопровождении родственника, выписан из стационара. Продолжительность стационарного лечения составила 20 часов. На следующий день интервьюирован по телефону – интенсивность

послеоперационной боли низкая, тошноты и рвоты нет, температура 36,8°С, повязки сухие, самостоятельно передвигается по квартире, рекомендации выполняет. Повторный телефонный контроль состояния пациента на 3-и сутки после операции – жалоб не предъявляет, отмечает слабую боль в области послеоперационных ран при движении, тошноты нет, стул самостоятельный, повязки сухие. Дальнейшее течение послеоперационного периода гладкое, кожные швы сняты в поликлинике по месту жительства на 7-е сутки после операции.

Данное клиническое наблюдение показывает возможность ранней досуточной выписки больного при развитии интраоперационного кровотечения, несмотря на конверсию доступа.

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.

В случаях, когда причины конверсии доступа не удаётся устранить через минилапаротомный доступ, последний можно легко расширить до трансректальной широкой лапаротомии. Но в нашей работе у больных острым калькулёзным холециститом конверсий доступа в широкую лапаротомию не было.

4.3 РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

4.3.1 ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ

Мы оценили продолжительность пребывания оперированных больных острым калькулёзным холециститом в отделении реанимации, как фактора, возможно влияющего на сроки ранней досуточной выписки оперированных. Полученные данные представлены на рисунке 25.

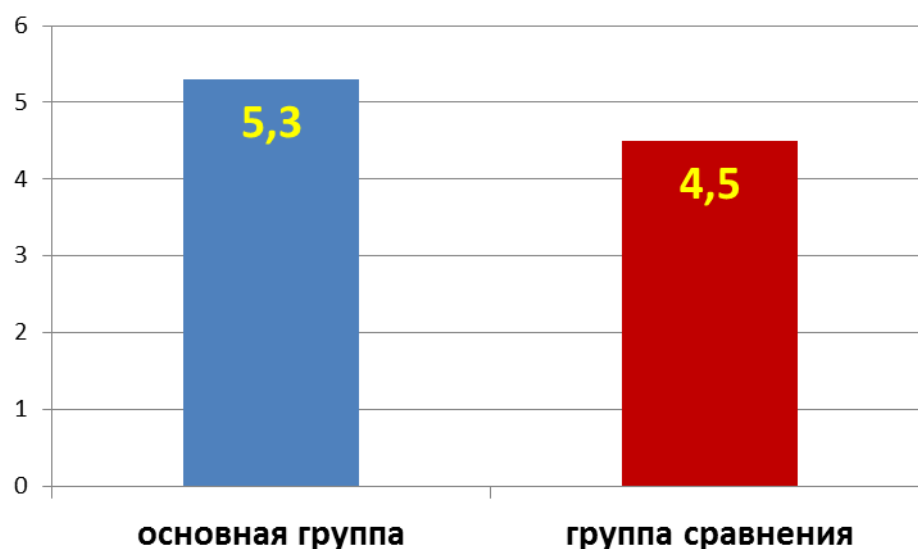


Рис. 25 Продолжительность пребывания оперированных больных острым холециститом в отделении реанимации, часы

Больные основной группы, после окончания операции, наблюдались в отделении реанимации от 2 до 8 часов (в среднем в течение $5,3 \pm 1,5$ часов), а группы сравнения - от 2 до 16 часов (в среднем в течение $4,5 \pm 1,8$ часов). Статистически значимых различий между группами по продолжительности наблюдения за оперированным после операции в отделении реанимации не выявлено ($p > 0,05$).

4.3.2 ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Чтобы оценить результаты лечения мы проанализировали частоту и виды послеоперационных осложнений. В раннем послеоперационном периоде у больных обеих групп тяжёлых послеоперационных осложнений (III-IV степени по Clavien-Dindo) не отмечено. Среди выявленных осложнений отмечали появление тошноты и рвоты в раннем послеоперационном периоде и персистенцию послеоперационной боли.

Основным осложнением в обеих группах больных острым калькулёзным холециститом была послеоперационная рвота. Анализ частоты этого симптома в зависимости от времени после окончания операции представлен в таблице 23.

Таблица 23

Частота послеоперационной рвоты у больных острым холециститом в зависимости от времени

Послеоперационная рвота	Основная группа, n=136	Группа сравнения, n=147
Через 6 часов после операции, количество больных	3 (2,2%)	5 (3,4%)
Через 14 часов после операции, количество больных	-	2 (1,4%)

* – при $p < 0,05$

В группе сравнения у 2 больных в раннем послеоперационном периоде отмечалось появление тошноты и рвоты, которые были купированы в течение суток введением метоклопрамида в среднетерапевтических дозах. Для профилактики этого осложнения у больных обеих групп использовали предоперационные инъекции дексаметазона и кеторолака. Благодаря такой профилактике через 14 часов после операции развития этого осложнения у больных основной группы не отмечали, а в группе сравнения к этому времени тошнота сохранялась лишь у 1,4% больных всей группы.

У одной (0,7%) пациентки 53 лет из группы сравнения с ИБС: стенокардией напряжения 2 ф.к., ГБ 3 ст. в первые сутки после операции появились жалобы на слабые ноющие боли за грудиной, а на 3 сутки после ЛХЭ развился приступ ангинозных болей. Для дальнейшего лечения больная была переведена в кардиоблок, где приступ был купирован, для дальнейшего лечения пациентка была переведена в кардиологическое отделение. Кожные швы сняты на 8 сутки, выписана из кардиологического отделения в удовлетворительном состоянии, длительность стационарного лечения составила 18 койко-дней (3 из них в хирургическом отделении).

У одного пациента группы сравнения 85 лет на 1-е сутки после операции появились признаки декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии, в связи с чем на 7-е сутки после операции, после снятия швов, для дальнейшего лечения больной был переведен в отделение неврологии. Дальнейшее течение послеоперационного периода – без осложнений, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии, длительность стационарного лечения составила 19 койко-дней.

Кроме этого 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. При контрольном УЗИ, на 2-е сутки после операции, признаков внутрибрюшных осложнений у этих больных не выявлено. На фоне антибактериального и противовоспалительного лечения к 3 суткам послеоперационного периода гипертермии не отмечали. В дальнейшем, признаков осложнений у этих 3 больных отмечено не было. Основываясь на собственном опыте, считаем, что появление гипертермии у оперированных больных требует от врача выявления её причин и наблюдения за пациентом в стационарных условиях до регресса этого симптома.

У остальных 140 (94,2%) больных группы сравнения послеоперационных осложнений не отмечали.

Частота и виды послеоперационных осложнений у больных острым холециститом представлены в таблице 24 .

Таблица 24

Частота и виды послеоперационных осложнений у больных острым холециститом

Виды осложнений	Группа сравнения, n=147
Послеоперационная тошнота и рвота	2 (1,4%)
Ангинозный приступ (ИБС)	1 (0,7%)
Декомпенсация дисциркуляторной энцефалопатии	1 (0,7%)
Гипертермия	3 (2%)
Общее число осложнений	7 (5,8%)

На основании полученных результатов, считаем, что противопоказаниями к ранней досуточной выписке больных острым калькулёзным холециститом, после выполнения им ЛХЭ, является развитие следующих осложнений:

- послеоперационной рвоты;
- признаков декомпенсации сопутствующих заболеваний;
- признаков воспалительной реакции (гипертермии).

Летальных исходов в обеих группах не было.

4.3.3 ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ И ПОТРЕБНОСТЬ В АНАЛЬГЕТИКАХ

Для оценки результатов лечения мы проанализировали динамику интенсивности послеоперационной боли у больных острым холециститом в раннем послеоперационном периоде. Оценку этого показателя производили у 70 больных (по 35 больных из каждой группы). Средние значения интенсивности послеоперационной боли и их динамика в раннем послеоперационном периоде у больных острым холециститом представлены на рис. 26.

Как показано на рисунке № 26, 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 ($p > 0,05$).

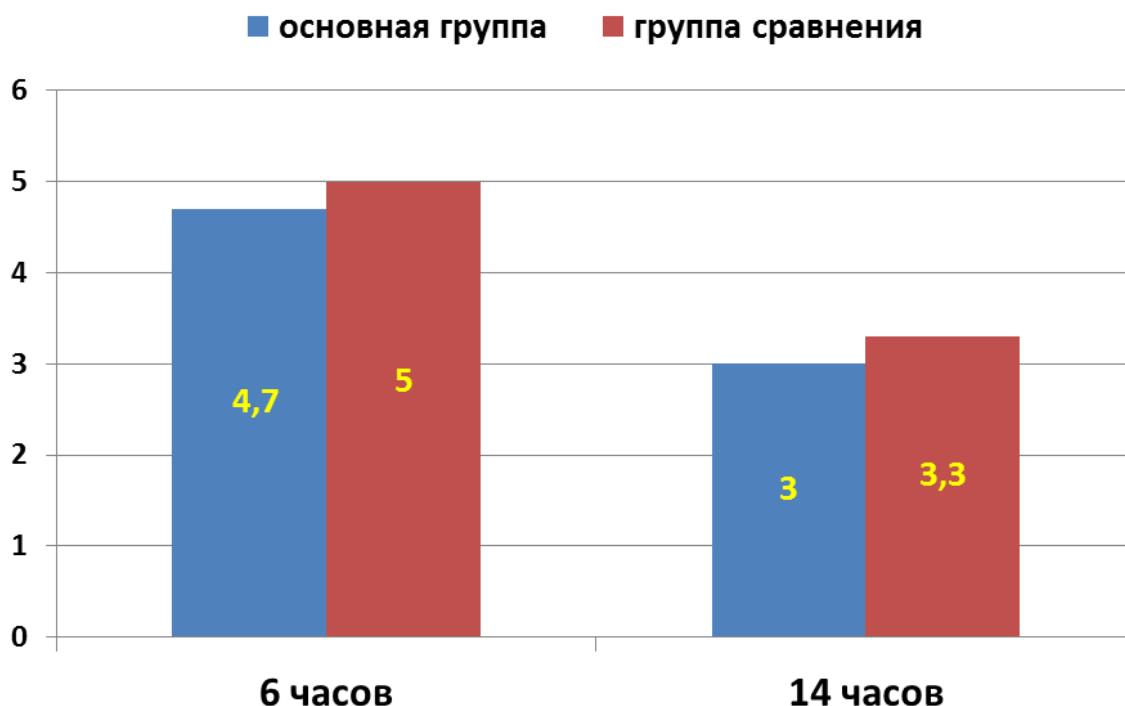


Рис. 26 Динамика интенсивности послеоперационной боли у больных острым холециститом, баллы

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.

Дополнительно, у больных обеих групп, мы проанализировали динамику интенсивности послеоперационной боли, сравнив количество больных с болью слабой, умеренной и сильной интенсивности в зависимости от времени, прошедшего после вмешательства. Полученные данные представлены в таблице 25.

Таблица 25

**Структура интенсивности послеоперационной боли у больных
острым калькулёзным холециститом в зависимости от времени**

Время после операции	Интенсивность боли, баллы	Основная группа, n=35	Группа сравнения, n=35
Через 6 часов после ЛХЭ, количество больных	≥ 7	8 (22,8%)	7 (20%)
	4-6	24 (68,6%)	26 (74,3%)
	1-3	3 (8,6%)	2 (5,7%)
Через 14 часов после ЛХЭ, количество больных	≥ 7	-	-
	4-6	1 (2,9%)	2 (5,7%)
	1-3	34 (97,1%)	33 (94,3%)
Через 24 часа после ЛХЭ, количество больных	≥ 7		-
	4-6		2 (5,7%)
	1-3		33 (94,3%)

* – при $p < 0,05$

Как показано в таблице 25, через 14 часов после вмешательства у большей части больных обеих групп интенсивность боли была низкой. Послеоперационная боль умеренной интенсивности отмечалась у 1 (2,9%) больного основной группы, но боль купировалась приёмом таблетированных НПВС, что позволило выписать больного после ЛХЭ 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 подпечёчное 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 ($p>0,05$).

Таким образом, анализ динамики интенсивности послеоперационной боли у больных обеих групп позволяет говорить о сопоставимости результатов. Соответственно, у большей части больных острым калькулёзным холециститом уже через 14 часов после ЛХЭ интенсивность боли была низкой, что позволяет планировать таких пациентов к ранней досуточной выписке.

У одного (0,7%) больного группы сравнения интенсивность послеоперационной боли через 14 часов после ЛХЭ составила 5 баллов, что пациент связывал с установленным в брюшную полость дренажом, отделяемого по которому не было. После удаления дренажа послеоперационная боль регрессировала, на 2-е сутки после операции пациент был выписан.

У одной (0,7%) больной группы сравнения, которая исходно планировалась к ранней выписке, через 14 часов после операции сохранялась боль умеренной интенсивности, которая плохо купировалась таблетированными ненаркотическими анальгетиками, что потребовало парентерального введения данных препаратов и продолжения наблюдения за больной более 24 часов от момента госпитализации. Эта больная была выписана на 2-е сутки после операции после купирования послеоперационной боли.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная А., 35 лет госпитализирована в клинику с жалобами на спастические боли в правом подреберье, тошноту. Указанные жалобы отмечает в течение 1 суток. Принимала но-шпу – боли сохранялись. Около 7 лет назад при УЗИ органов брюшной полости в желчном пузыре были выявлены конкременты. Отмечает приступы боли в правом подреберье

после приёма жирной пищи 1-2 раза в год. При осмотре: язык подсушен, обложен белым налётом. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Кера положительные. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Перистальтика выслушивается. Стул окрашен, 1 раз в сутки. Дизурических явлений нет.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены следующие изменения (рис. 27).



Рис. 27 Эхограмма печени и ЖП больной А., 35 лет (объяснение в тексте)

Как показано на рисунке 27, ЖП увеличен в размерах, стенка его утолщена, в просвете лоцируются конкременты диаметром до 12 мм. Признаков перипузырных осложнений не выявлено.

По данным клинико-инструментального обследования установлен диагноз: острый калькулёзный холецистит. Пациентке предложено выполнить ЛХЭ в день госпитализации. После получения согласия на операцию больной выполнена ЛХЭ, время вмешательства 45 мин., интраоперационных осложнений не было, кровопотеря 40 мл. Через 2 часа после операции больная переведена в хирургическое отделение. Через 6 часов после ЛХЭ интенсивность послеоперационной боли 6 баллов по ЦРШ, по дренажу из брюшной полости скудное геморрагическое отделяемое. Через 8 часов после операции дренаж удалён. Через 14 часов после операции предъявляет жалобы на умеренные боли в местах троакарных ран, тошноты рвоты нет. Интенсивность послеоперационной боли 5 баллов, после внутримышечной инъекции кеторолака 30 мг интенсивность боли уменьшилась до 4 баллов. Язык влажный, живот не вздут, умеренно болезненный в местах троакарных ран. Кишечная перистальтика выслушивается. Повязки сухие. При контрольном УЗИ органов брюшной полости признаков внутрибрюшных осложнений не выявлено. Пациентка планировалась к ранней досуточной выписке, но, с учётом послеоперационной боли средней интенсивности, была оставлена в стационаре для наблюдения и лечения. На фоне проводимого лечения на 2-е сутки после операции интенсивность боли уменьшилась до 2 баллов по ЦРШ и больная была выписана из стационара. Анализ данных истории болезни этой пациентки не выявил причин сохраняющейся послеоперационной боли средней интенсивности. Возможно, это было связано с индивидуальным порогом болевой чувствительности пациентки. Однако, послеоперационная боль средней интенсивности не позволила нам выписать данную пациентку в течение суток от момента поступления.

Анализ интенсивности послеоперационной боли у 3 больных основной группы после конверсии доступа в минилапаротомию показал следующее. Через 6 часов после операции интенсивность боли

варьировала от 5 до 6 баллов (в среднем $5,7 \pm 0,6$ баллов). Дренаж из брюшной полости был удалён у всех 3 больных через 8 часов после вмешательства. А 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.

Мы оценили потребность больных в ненаркотических анальгетиках в течение 1 суток с учётом использования их в премедикации у больных основной группы. Полученные данные представлены на рисунке 28

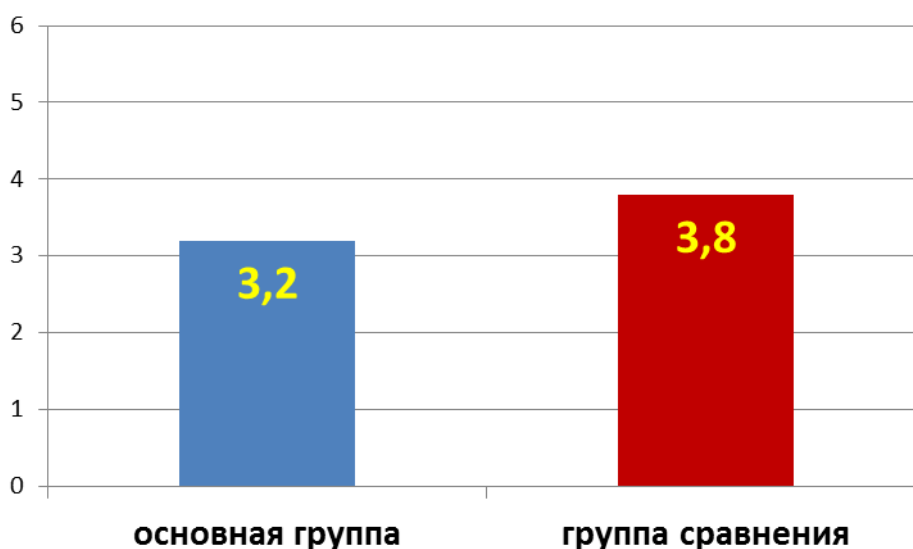


Рис. 28 Частота инъекций НПВС в течение 1 суток после операции у больных острым холециститом, количество инъекций

Больным основной группы выполняли от 2 до 4 инъекций (в среднем $3,2 \pm 0,3$ инъекции) ненаркотического анальгетика в рекомендуемых дозах. Частота инъекций данных препаратов у больных группы сравнения составила от 3 до 4 инъекций в сутки (в среднем $3,8 \pm 0,5$ инъекций). Статистически значимых отличий этого показателя у больных обеих групп не выявлено ($p > 0,05$). 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 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.

4.3.4 КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ ОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Так же, как и у больных хроническим калькулёзным холециститом (см. главу 3) вопрос о ранней досуточной выписке пациентов должен решаться совместно анестезиологом и хирургом.

Необходимые условия ранней выписки описаны в соответствующем разделе 3 главы для больных хроническим калькулёзным холециститом.

Хотим отметить, что больные острым холециститом более угрожаемы по развитию осложнений, поэтому при решении вопроса о ранней выписке хирург должен придерживаться следующих правил: любые сомнения в плане развития послеоперационного осложнения должны решаться в пользу дообследования с целью уточнения диагноза и продолжения наблюдения за больным.

Развитие в послеоперационном периоде декомпенсации сопутствующих заболеваний также требует дополнительных лечебных мероприятий и не позволяет осуществить раннюю выписку больного.

Появление гипертермии после операции диктует необходимость дообследования больного и выявления причин гипертермии в аспекте возможных послеоперационных осложнений, в данном случае также не стоит планировать раннюю выписку.

При отказе пациента от ранней выписки необходимо продолжить наблюдение и лечение больного в стационаре.

Если операция и ранний послеоперационный период у больного острым холециститом протекают без осложнений, то для оценки возможности досуточной выписки необходимо соответствие оперированного больного бытовым и медицинским критериям. Больные с лабильной психикой или заболеваниями, которые требуют динамического наблюдения после операции, не могут планироваться на раннюю выписку. Не могут планироваться к досуточной выписке больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, так как у них имеются ограничения двигательной активности, а это ограничивает их раннюю активизацию. Кроме перечисленных факторов у больного должны быть хорошие бытовые условия. В отличие от больных хроническим холециститом, где данные факторы являются этапом дооперационного отбора пациентов, больные острым холециститом поступают в срочном и экстренном порядке. Поэтому этот этап отбора пациентов необходимо рассматривать по результатам лечения (неосложнённое течение) в раннем послеоперационном периоде.

С учетом большего риска осложнений у больных острым холециститом, планирующих на раннюю выписку, всем им необходимо выполнять контрольное УЗИ органов брюшной полости для исключения специфических внутрибрюшных осложнений, которые в 1-е сутки клинически могут себя никак не проявлять. Выявление признаков внутрибрюшных осложнений (кровотечение, желчеистечение) является противопоказанием к ранней выписке оперированных и требует

продолжения лечения пациента в стационаре. Появление симптомов кровотечения в раннем послеоперационном периоде требует от хирурга активных действий по осуществлению гемостаза, вплоть до релапароскопии, а значит, ранняя выписка этой категории больных будет невозможна.

Таким образом, 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. пациент согласен на раннюю досуточную выписку.

Ориентируясь на разработанные критерии, мы осуществляли выписку оперированных больных острым калькулёзным холециститом в течение 1 суток от момента госпитализации (основная группа больных).

4.4 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

При сравнении длительности послеоперационного стационарного лечения у больных острым калькулёзным холециститом, мы получили следующие показатели (рис. 29).

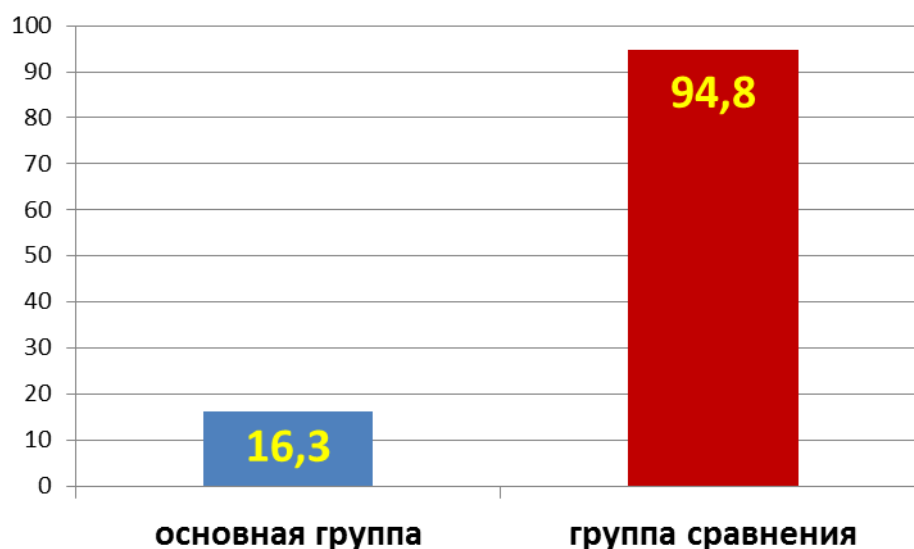


Рис. 29 Длительность послеоперационного стационарного лечения больных острым холециститом, часы

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) ($p < 0,05$).

Использование предложенного подхода привело к уменьшению продолжительности послеоперационного стационарного лечения больных острым калькулёзным холециститом в среднем на 3 суток.

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 $p < 0,05$.

При анализе длительности послеоперационного стационарного лечения в зависимости от продолжительности ЛХЭ в группе сравнения больных острым калькулёзным холециститом получены следующие результаты (табл. 26).

Таблица 26

Зависимость длительности послеоперационного стационарного лечения от продолжительности операции у больных острым калькулёзным холециститом

Продолжительность ЛХЭ, мин.	Количество больных	Длительность послеоперационного стационарного лечения, сутки
< 45	54	3,2±1,2*
45-59	44	4,0±1,6
60-74	22	4,9±1,5
75-89	10	4,2±1,7
≥ 90	17	4,9±1,9

* – при $p < 0,05$

Оказалось, что при продолжительности ЛХЭ менее 45 мин. длительность послеоперационного стационарного лечения была статистически значимо меньше (в среднем на 1-2 суток), чем у больных с временем операции 45 минут и более ($p < 0,05$). А дальнейшее увеличение времени операции на каждые 15 минут (при продолжительности ЛХЭ 45 мин. и более) не сопровождалось статистически значимой разницей в длительности послеоперационного стационарного лечения ($p > 0,05$).

Т.е. длительность послеоперационного стационарного лечения у больных с продолжительностью ЛХЭ более 45 минут в среднем составляла 4-5 суток и не зависела от дальнейшего увеличения продолжительности вмешательства на каждые 15 минут.

Таким образом, по результатам нашего исследования, увеличение продолжительности операции более 90 минут (в сравнении со средним временем ЛХЭ в группе сравнения) не оказывало статистически значимого

влияния на увеличение сроков послеоперационного стационарного лечения. Более важным фактором, влияющим на возможность ранней досуточной выписки является конверсия доступа в широкую лапаротомию, в том числе при развитии тяжёлых интраоперационных осложнений (III-IV степени по Clavien-Dindo). Но у больных острым калькулёзным холециститом, вошедших в исследование, таких осложнений не наблюдали.

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 ($r_{\text{ху}}$ Спирмена = 0,58, $p < 0,05$)), с объёмом интраоперационной кровопотери (заметной тесноты по шкале Чеддока ($r_{\text{ху}}$ 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. Значит, дренаж подпечёчного пространства оставляли как страховочный, для ранней диагностики осложнений (кровотечение, желчеистечение), но развития данных осложнений не отмечали. Т.е. показаний к пролонгированному дренированию не было, а 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). Необходимо отметить, что у 3 пациентов продолжительность операции составляла от 80 до 100 мин., причём у 2 из них отмечено развитие интраоперационного кровотечения в объёме 150-250 мл. На 2-е сутки после операции количество отделяемого не превышало 40 мл или отсутствовало. 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, что приводило к увеличению продолжительности вмешательства. Увеличение количества отделяемого по дренажу из брюшной полости более 100 мл в первые сутки после ЛХЭ не позволяет удалить его в ранние сроки, а соответственно является противопоказанием к ранней выписке оперированных.

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

Таким образом, лечение больных острым холециститом в стационаре досуточного наблюдения не сопровождалось увеличением продолжительности пребывания в отделении реанимации после выполнения ЛХЭ. Интенсивность послеоперационной боли и потребность в анальгетиках у больных обеих групп статистически значимо не отличались. Увеличение продолжительности операции более 90 минут (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 удалёном в течение 6-9 часов после операции дренаже брюшной полости ранняя досуточная выписка пациентов возможна.

4.5 АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАЦИОНАРЕ ДОСУТОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

На основании полученных данных мы предлагаем следующий алгоритм лечения больных острым калькулёзным холециститом в стационаре досуточного наблюдения (см. рис. 30)



Рис. 30 Алгоритм лечения больных острым калькулёзным холециститом в условиях досуточного стационарного наблюдения

Среди всех больных острым холециститом, поступающих в утренние часы и дневное время, после комплексного обследования, вначале выделяем пациентов без признаков осложнённого течения заболевания

(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.

На основании полученной информации выделяем тех больных острым холециститом, лечение которых не сопряжено с высоким риском осложнений и, соответственно, шансы на досрочную выписку будут у них высоки. Операцию выполняем в день поступления после комплексного обследования больного.

В дальнейшем всё зависит от интраоперационных находок и исхода операции. Выявление при ревизии органов брюшной полости перечисленных ранее ситуаций (аномалии развития, изменение диагноза и т.п.) или развитие интраоперационных осложнений, увеличивающих объём операции или требующих конверсии доступа в широкую лапаротомию, диктует необходимость отказа от ранней выписки пациентов. В таком случае требуется продолжить лечение и наблюдение за больным в стационарных условиях.

Отдельно следует оценивать необходимость выполнения конверсии доступа. Считаем, что лучшим вариантом является конверсия доступа в минилапаротомию. Пациенты, которым выполнена конверсия доступа при спаечном процессе в зоне вмешательства или кровотечении из ложа ЖП и/или пузырной артерии при окончании операции через минилапаротомный доступ могут быть отнесены к группе больных, планируемых на раннюю выписку. Если причинами конверсии доступа явились травма крупных сосудов или желчных протоков, синдром Мирризи и др., то в этих случаях требуется продолжение лечения и наблюдения за больным в условиях хирургического отделения стационара. А данная категория больных не может планироваться на раннюю выписку.

Аналогичный подход используется в случае конверсии минилапаротомного доступа в лапаротомный.

Следующим важным этапом является ранний послеоперационный период. Появление в этом периоде рвоты, боли высокой интенсивности, признаков декомпенсации сопутствующих заболеваний и гипертермии, увеличивает время пребывания больного в стационаре и делает раннюю досуточную выписку невозможной. В таких ситуациях необходимо продолжение лечения и наблюдения за оперированным в стационарных условиях.

Немаловажным условием является как можно раннее удаление дренажа из брюшной полости (через 6-9 часов после операции) при отсутствии по нему отделяемого. Необходимость продолжения дренирования брюшной полости при выделении по дренажу более 100 мл экссудата в первые 14 часов после операции (к концу первых суток от момента госпитализации) требует дальнейшего наблюдения за пациентом в условиях хирургического отделения и делает досуточную выписку невозможной. Как показывает практика, послеоперационные кровотечения развиваются в первые 4-6 часов от момента операции, а другие послеоперационные осложнения ЛХЭ (желчеистечение, нагноение ран) развиваются на 3-5 сутки после вмешательства.

Если операция и ранний послеоперационный период у больного острым калькулёзным холециститом протекают без осложнений, то для оценки возможности досуточной выписки необходимо соответствие оперированного больного бытовым и медицинским критериям.

В отличие от больных хроническим холециститом, где данные факторы являются этапом дооперационного отбора пациентов, больные острым холециститом поступают в срочном и экстренном порядке. Поэтому этот этап отбора пациентов необходимо рассматривать по

результатам лечения, таким как исход операции (ЛХЭ или МХЭ) и гладкое течение раннего послеоперационного периода.

При неосложнённом течении раннего послеоперационного периода и соответствии больного медицинским и бытовым критериям пациент может быть выписан до 23 часов от момента госпитализации. Если оперированный не соответствует медицинским и бытовым критериям - его лечение продолжается в условиях хирургического стационара.

Для исключения внутрибрюшных осложнений, которые клинически себя могут не проявлять, всем оперированным больным с острым калькулёзным холециститом, запланированным к ранней досуточной выписке, выполняли контрольное УЗИ органов брюшной полости. При выполнении этого исследования у больных основной группы признаков внутрибрюшных осложнений не было.

Задачей хирурга является выделение среди больных острым калькулёзным холециститом той части пациентов, выполнение ЛХЭ у которых будет сопряжено с минимальным риском развития осложнений и конверсии доступа. А далее, с помощью разработанного алгоритма, хирург должен определить группу оперированных пациентов, у которых выписка до 23 часов от момента поступления будет возможной и безопасной.

Далее приводим клиническое наблюдение.

Пациент К., 54 л поступил в стационар в 10³⁰ с жалобами на тошноту, однократную рвоту, боли в правом подреберье. Появление жалоб отметил после приёма алкоголя за сутки до поступления, принимал но-шпу – без эффекта.

При клинико-инструментальном обследовании (рис. 31) установлен диагноз: острый обтурационный калькулёзный холецистит, хр. бронхит.



Рис. 31 УЗИ желчного пузыря больного К., 54 л. (объяснение в тексте)



Рис. 32 Острый обтурационный калькулёзный холецистит, эндифото (объяснение в тексте)

После получения согласия в 13⁴⁰ больной подан в операционную. После наложения карбоксиперитонеума и установки троакаров выявлены следующие изменения (рис. 32): ЖП напряжён, увеличен, в рыхлых спайках, стенка его флегмонозно изменена. После разделения спаек выполнена ЛХЭ. Осложнений во время вмешательства не было, к ложу пузыря установлен дренаж. Продолжительность операции 45 минут.

Послеоперационный период без особенностей, через 3 часа после операции переведен в хирургическое отделение. Рвоты нет, интенсивность послеоперационной боли 6,5 баллов.

Через 6 часов после операции активизирован.

Через 8 часов – по дренажу из брюшной полости следы сукровичного отделяемого, дренаж из брюшной полости удалён. Пациент мочится самостоятельно, повязки сухие. Интенсивность послеоперационной боли 4 балла.

В 7⁰⁰ (через 17 часов после операции) критериям выписки соответствует. Социально-бытовые условия хорошие. Выполнен УЗИ-контроль: признаков интраабдоминальных осложнений не выявлено. Пациент дал согласие на раннюю выписку из стационара.

Выписан в 9⁰⁰ в сопровождении родственника, продолжительность стационарного лечения 22,5 часа.

На следующий день явился на контрольный осмотр: повязки сухие, тошноты, рвоты нет, послеоперационная боль на фоне перорального приёма парацетамола незначительная. В дальнейшем осуществлялся телефонный контроль за состоянием пациента: признаков осложнений не было. Швы сняты амбулаторно на 7 сутки после операции.

Данное наблюдение демонстрирует пример успешного лечения больного острым калькулёзным холециститом с выпиской оперированного в течение суток от момента госпитализации.

Таким образом, 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 соблюдение выделенных критериев выписки. Использование разработанного нами хирургического ретрактора-осветителя для выполнения минилапаротомного доступа, при возникновении показаний к конверсии, позволяет остаться в зоне малоинвазивных вмешательств и сохраняет шанс на досуточную выписку пациента.

ГЛАВА 5. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Для всесторонней оценки результатов лечения и скорости реабилитации оперированных, выписанных в течение суток от момента поступления, мы выполнили оценку качества жизни больных обеих групп в ранние сроки послеоперационного периода. Отдельно оценивали показатели КЖ у больных острым и хроническим калькулёзным холециститом.

5.1 РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Оценку КЖ в раннем послеоперационном периоде выполнили у 35 пациентов основной группы и 35 оперированных группы сравнения.

Через 14 часов после ЛХЭ в основной группе пациентов, оперированных с диагнозом хронический калькулёзный холецистит значения шкалы ФС варьировали от 16 до 24 баллов (в среднем $20,1 \pm 2,6$ баллов), а в группе сравнения – от 14 до 23 баллов (в среднем $19 \pm 3,1$ баллов). На 2-е сутки после ЛХЭ значения этого показателя в основной группе составили от 28 до 33 баллов (в среднем $31,5 \pm 1,4$ баллов), а в группе сравнения – от 26 до 32 баллов (в среднем $30,2 \pm 1,7$ баллов). К 3-м суткам после операции средние значения шкалы ФС в основной группе достигли $32,4 \pm 1,2$ баллов, а в группе сравнения - $33,1 \pm 1,1$ баллов. Статистически значимых отличий 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.

Динамика показателей шкал ФС и ЭФ представлена на рисунке 33.

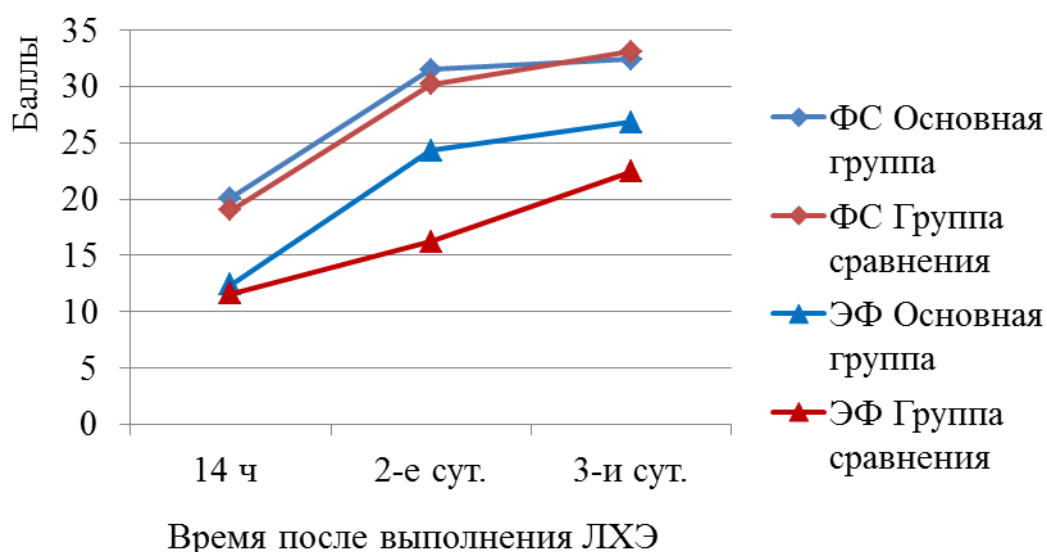


Рис. 33 Динамика показателей ФС и ЭФ у больных хроническим калькулёзным холециститом в обеих группах

Как показано на рисунке 33, через 14 часов после ЛХЭ в основной группе пациентов значения шкалы ЭФ варьировали от 10 до 14 баллов (в среднем $12,4\pm1,3$ баллов), а в группе сравнения – от 9 до 14 баллов (в среднем $11,6\pm1,7$ баллов) и статистически значимо не отличались ($p>0,05$). На 2-е сутки после операции у больных основной группы средние показатели этой шкалы достигали $24,3\pm2,4$ балла и были статистически значимо больше, чем у больных группы сравнения – $16,2\pm2,6$ баллов ($p<0,05$). К 3-м суткам послеоперационного периода средние значения шкалы ЭФ достигли $26,8\pm1,8$ баллов в основной группе и $22,4\pm2,8$ баллов в группе сравнения и статистически значимо не отличались между обеими группами ($p>0,05$). По полученным данным, на 2-е сутки после ЛХЭ у

пациентов основной группы отмечено выраженное клинически значимое увеличение уровня 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 эмоционального фона, что связано с пребыванием этих пациентов в привычных домашних условиях.

Изменение показателей шкалы СС представлены на рисунке 34.

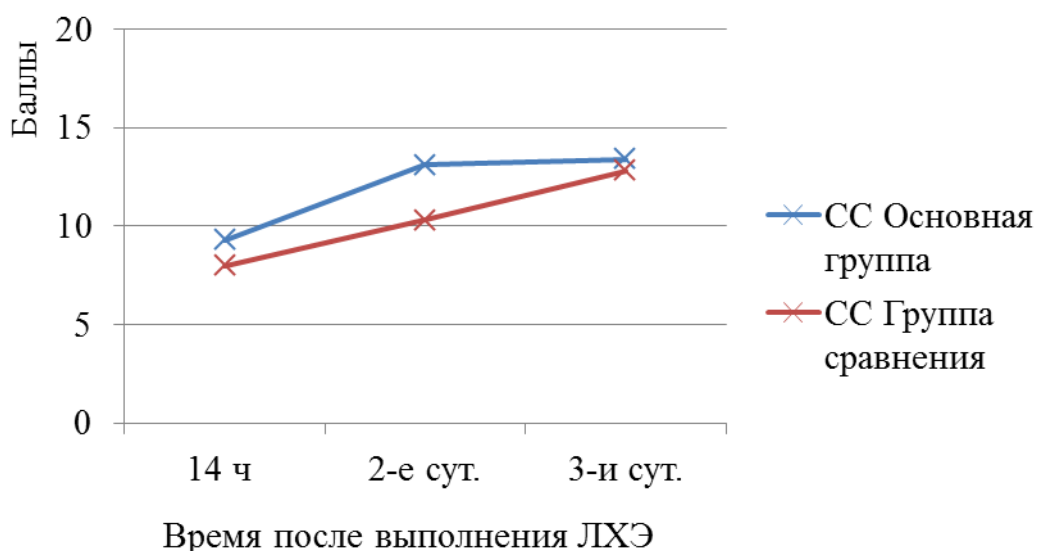


Рис. 34 Динамика показателей СС у больных хроническим калькулёзным холециститом в обеих группах

Как видно на рисунке 34, через 14 часов после ЛХЭ средние значения шкалы СС в основной группе были $9,3 \pm 1,6$ баллов, в группе сравнения - $8 \pm 1,9$ баллов, на 2-е сутки после операции этот показатель увеличивался до $13,1 \pm 1,4$ баллов и $10,3 \pm 1,5$ баллов, а к 3-м суткам после вмешательства его значения достигали $13,4 \pm 1,1$ баллов и $12,8 \pm 1,3$ баллов соответственно. Статистически значимых отличий средних уровней СС в указанные сроки у больных обеих групп не выявлено ($p > 0,05$). 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 СС, который почти не менялся к 3-м суткам. 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 и на 3-и сутки после ЛХЭ. Полученные данные говорят о более быстром клинически значимом улучшении социального статуса пациентов уже на 2-е сутки после ЛХЭ, что связано с ранней досуточной выпиской пациентов и нахождением оперированных в этот срок в привычных домашних условиях.

Результаты оценки пациентами обеих групп уровня ОЗ и его изменения в первые 3 дня после операции показаны на рисунке 35.

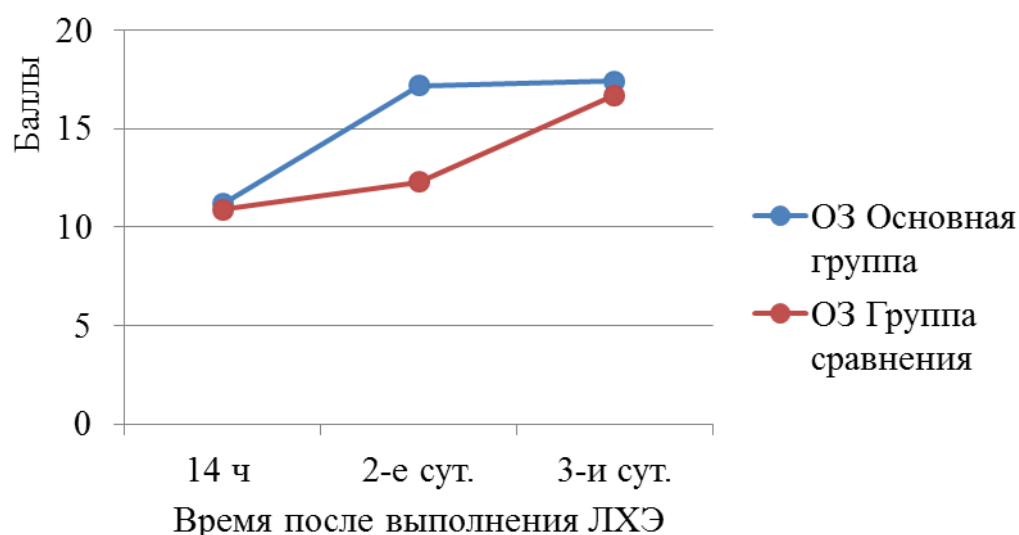


Рис. 35. Динамика показателей ОЗ у больных хроническим калькулёзным холециститом в обеих группах

Как продемонстрировано на рисунке 35, через 14 часов после ЛХЭ средние значения ОЗ были почти одинаковыми у больных обеих групп

($11,2 \pm 2,3$ и $10,9 \pm 3,4$ баллов соответственно). На 2-е сутки после вмешательства у больных основной группы отмечены статистически значимые большие значения уровня ОЗ (в среднем $17,2 \pm 3,1$ баллов), по отношению к больным группы сравнения (в среднем $12,3 \pm 2,7$ баллов) ($p < 0,05$). К 3-м суткам послеоперационного периода уровни оценки ОЗ у больных основной группы статистически значимо не отличались (в среднем $17,4 \pm 2,9$ баллов) от уровня ОЗ пациентов группы сравнения (в среднем $16,7 \pm 2,5$ баллов) ($p > 0,05$). На 2-е сутки после ЛХЭ пациенты основной группы отмечали выраженное клинически значимое увеличение уровня 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.

При оценке общего уровня КЖ в раннем послеоперационном периоде у больных хроническим калькулёзным холециститом, получены следующие результаты (рис. 36)

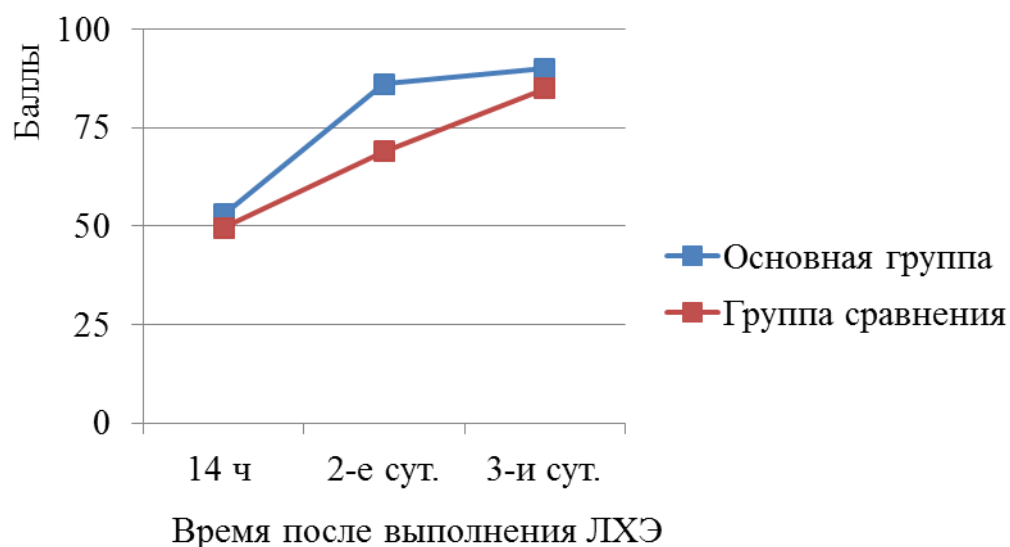


Рис. 36. Динамика показателей КЖ у больных хроническим калькулёзным холециститом в обеих группах

Как показано на рисунке 36, 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 ($p < 0,05$). 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.

Таким образом, ранняя досуточная выписка больных хроническим калькулёзным холециститом, после выполнения им ЛХЭ, сопровождалась статистически значимым и выраженным клинически значимым увеличением на 2-е сутки после операции уровня КЖ пациентов. 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.

5.2 РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Выполнена оценка показателей КЖ у 70 больных острым калькулёзным холециститом в обеих группах (по 35 пациентов из каждой группы).

Динамика показателей ФС и ЭФ у больных острым калькулёзным холециститом представлена на рисунке 37.

Через 14 часов после ЛХЭ средний балл шкалы ФС в основной группе составлял $19,5 \pm 2,8$ баллов, а в группе сравнения – $18,2 \pm 3,2$ баллов. На 2-е сутки после операции в основной группе отмечалось выраженное клинически значимое улучшение показателей шкалы ФС до $32,1 \pm 2,4$ баллов. Увеличение показателей ФС у пациентов основной группы на 2-е сутки после операции было статистически значимым в сравнении с аналогичным показателем через 14 часов после ЛХЭ ($p < 0,05$). В группе сравнения на 2-е сутки после вмешательства средние значения шкалы ФС достигли $24,3 \pm 2,6$ баллов (что соответствовало среднему клинически значимому улучшению ФС) и статистически значимо не отличались от этого показателя в группе через 14 часов после ЛХЭ ($p > 0,05$). Со 2-х на 3-и сутки послеоперационного периода у пациентов основной группы статистически и клинически значимого увеличения показателей ФС не отмечено ($p > 0,05$), а в группе сравнения динамика этого показателя соответствовала умеренному клинически значимому улучшению, хотя

статистически значимых отличий между этими контрольными точками не было ($p>0,05$). В основной группе на 2-е сутки после ЛХЭ уровень ФС был статистически значимо выше, чем аналогичный показатель в те же сроки в группе сравнения ($p<0,05$). Статистически значимых отличий показателей ФС между двумя группами через 14 часов после ЛХЭ и к 3-м суткам после операции не отмечено ($p>0,05$). Соответственно, в основной группе уже ко 2-м суткам после ЛХЭ отмечено статистически значимое и клинически выраженное улучшение физического статуса пациентов. А в группе сравнения клинически значимое улучшение было более медленным и достигало уровня этого показателя основной группы только к 3-м суткам после ЛХЭ.

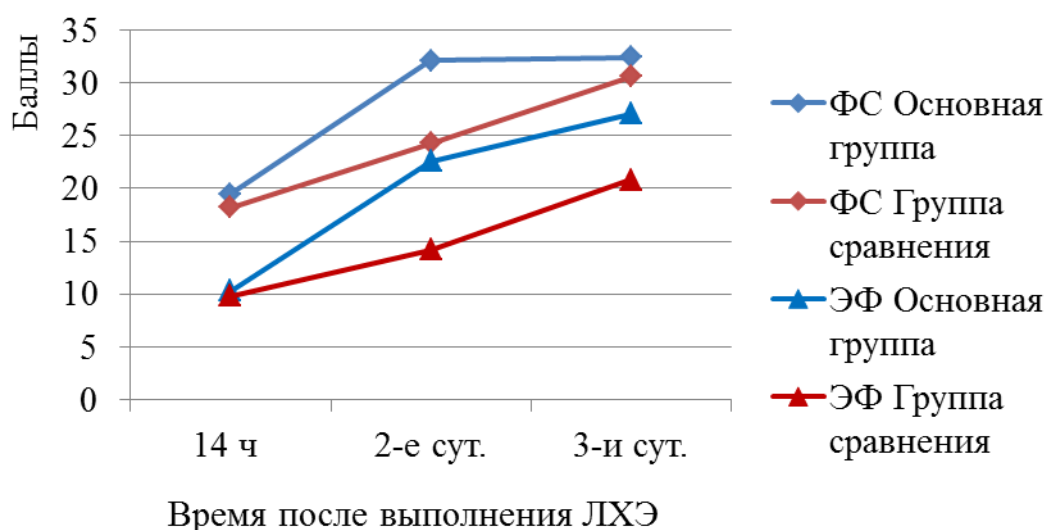


Рис. 37. Динамика показателей ФС и ЭФ у больных острым калькулёзным холециститом в обеих группах

Как видно на рисунке 37, уровень ЭФ через 14 часов после операции у больных обеих групп статистически значимо не отличался ($10,3\pm2,1$ баллов в основной группе и $9,8\pm1,8$ баллов в группе сравнения) ($p>0,05$). В основной группе уже на 2-е сутки после ЛХЭ отмечено статистически значимое увеличение показателя шкалы ЭФ до $22,6\pm2,8$ баллов ($p<0,05$),

что соответствовало выраженному клиническому улучшению. В группе сравнения ко 2-м суткам после операции уровень ЭФ достиг $14,2 \pm 2,8$ баллов, но статистически значимых различий в сравнении со значением этого показателя через 14 часов после ЛХЭ не отмечено ($p > 0,05$), однако темп прироста этого показателя соответствовал умеренному клиническому улучшению. К 3-м суткам после вмешательства в группе сравнения увеличение значений шкалы ЭФ соответствовало выраженному клиническому улучшению, хотя статистически значимых отличий (в сравнении со 2-ми сутками после ЛХЭ) не отмечено ($p > 0,05$). В основной группе пациентов отмечен умеренный клинически значимый прирост этого показателя к 3-м суткам, но статистически значимо уровень ЭФ не отличался от его значений на 2-е сутки после операции. Сравнение показателей шкалы ЭФ между группами выявило статистически значимое их различие на 2-е сутки после ЛХЭ ($p < 0,05$). Таким образом, у пациентов основной группы уже со 2-х суток после операции (на следующий день после выписки) уровень эмоционального фона был статистически и клинически значимо выше, чем у пациентов группы сравнения. Причём аналогичная тенденция отмечена и на 3-и сутки послеоперационного периода.

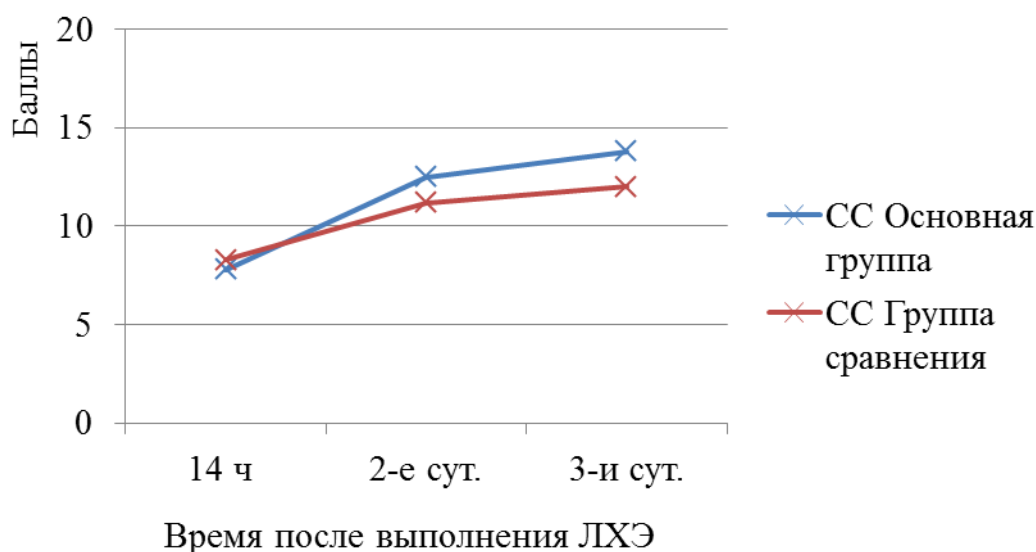


Рис. 38. Динамика показателей СС у больных острым калькулёзным холециститом в обеих группах

Как показано на рисунке 38, ко 2-м суткам после ЛХЭ в основной группе пациентов отмечено выраженное клинически значимое и статистически значимое увеличение показателя шкалы СС с $7,8 \pm 1,2$ до $12,5 \pm 1,9$ баллов ($p < 0,05$), а в группе сравнения динамика этого показателя соответствовала умеренному клиническому улучшению с $8,3 \pm 1,4$ до $11,2 \pm 1,7$ баллов, но не была статистически значимой ($p > 0,05$). К 3-м суткам после вмешательства статистически и клинически значимых изменений этого показателя у пациентов каждой группы в сравнении со 2-ми сутками после ЛХЭ не отмечено. Статистически значимых отличий показателей СС между обеими группами в каждой контрольной точке не было ($p > 0,05$). Ранняя досрочная выписка больных после выполнения ЛХЭ приводила к статистически значимому росту уровня социального статуса пациентов уже на 2-е сутки после вмешательства.

Результаты оценки уровня ОЗ пациентами обеих групп представлены на рисунке 39.

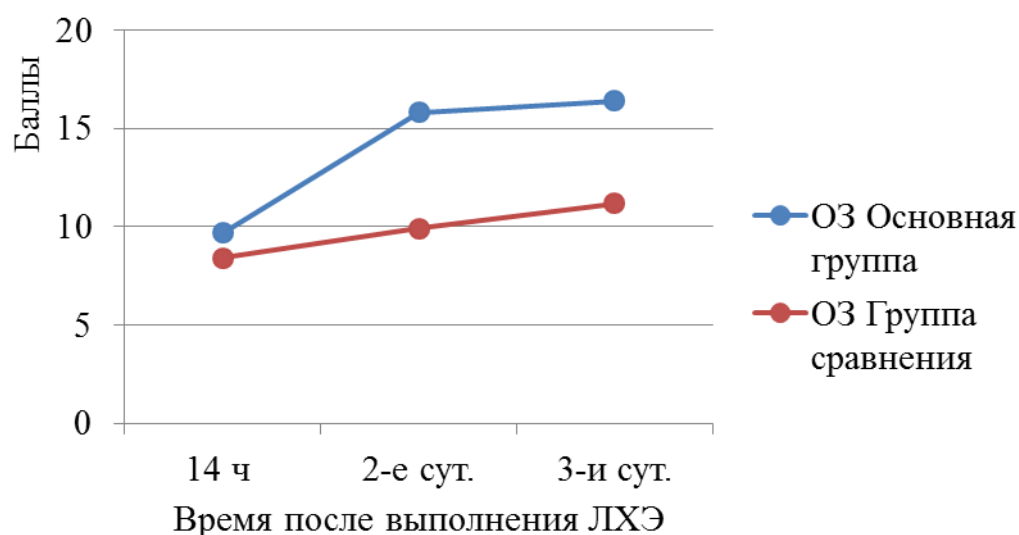


Рис. 39. Динамика показателей ОЗ у больных острым калькулёзным холециститом в обеих группах

Как продемонстрировано на рисунке 39, уже на 2-е сутки после операции у пациентов основной группы отмечен выраженный клинически значимый рост уровня ОЗ с $9,7 \pm 1,4$ до $15,8 \pm 2,8$ баллов (указанные различия были статистически достоверными, $p < 0,05$). А у больных группы сравнения клинические различия этого показателя ко 2-м суткам после ЛХЭ были слабыми (увеличение с $8,4 \pm 1,2$ до $9,9 \pm 1,5$ баллов) и статистически значимо не отличались ($p > 0,05$). К 3-м суткам после операции в каждой группе увеличение показателей шкалы ОЗ соответствовало слабому клинически значимому улучшению, а прирост этих показателей в каждой из групп был статистически не значимым ($p > 0,05$). При сравнении уровня ОЗ на 2-е сутки после ЛХЭ между двумя группами отмечены статистически значимые отличия ($p < 0,05$), хотя через 14 часов после вмешательства и к 3-м суткам после операции статистически значимых различий показателей ОЗ между группами не выявлено ($p > 0,05$). Соответственно, ранняя досуточная выписка оперированных с диагнозом острый калькулёзный холецистит сопровождалась статистически и клинически значимым улучшением

уровня общего здоровья 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.

Общие значения КЖ у больных обеих групп показаны на рисунке 40.

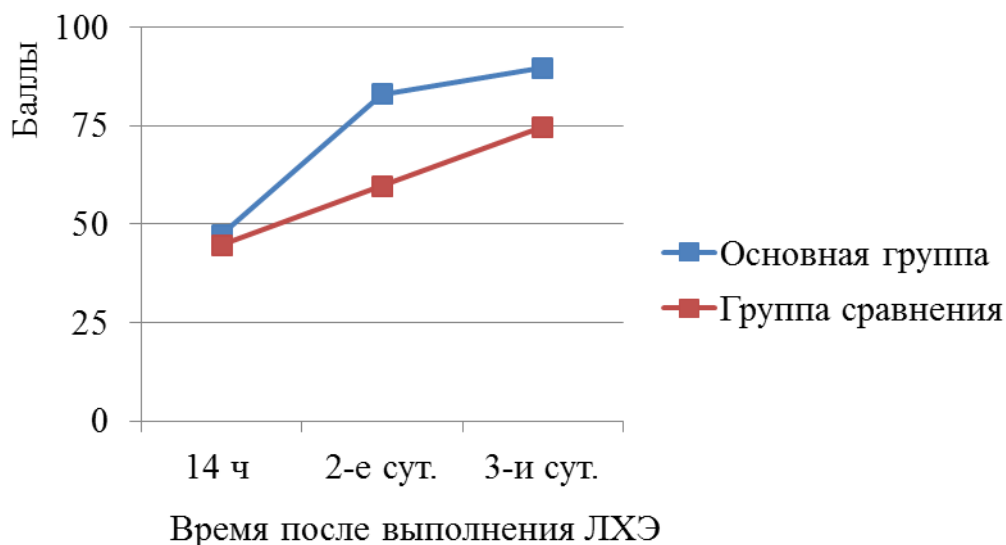


Рис. 40. Динамика показателей КЖ у больных острым калькулёзным холециститом в обеих группах

Как показано на рисунке 40, 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. 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 ($p < 0,05$). 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 увеличением качества жизни 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).

5.3 РЕЗЮМЕ

Анализ КЖ у больных хроническим и острым калькулёзным холециститом в раннем послеоперационном периоде показал, что ранняя досуточная выписка пациентов, после выполнения им ЛХЭ, сопровождалась более высокими темпами прироста показателей КЖ у больных основной группы. 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 ($p < 0,05$).

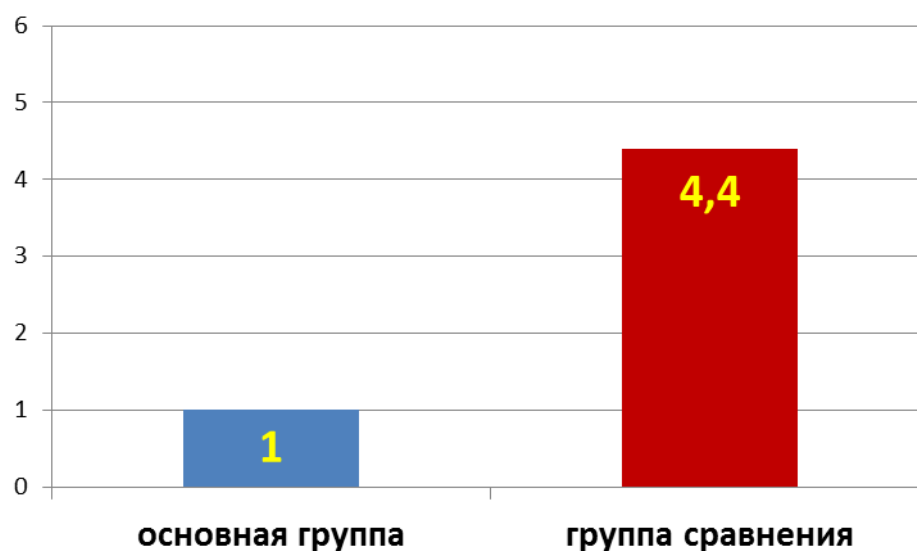
Полученные результаты оценки КЖ в раннем послеоперационном периоде позволяют говорить о более высоких темпах реабилитации пациентов после выполнения им ЛХЭ, при условии их ранней выписки, что связано с пребыванием оперированных в домашних условиях уже на 2-е сутки после операции. Сокращение периода стационарного 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.

ГЛАВА 6. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗРАБОТАННОЙ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ

6.1 СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

6.1.1 СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

58 пациентов основной группы выписаны в течение одних суток от момента поступления, только 1 пациентка была выписана на 2-е сутки после операции по причине сохраняющихся у неё послеоперационных тошноты и рвоты. Сравнение сроков стационарного лечения у больных хроническим калькулёзным холециститом приведено на рисунке 41.



**Рис. 41 Сроки стационарного лечения у больных хроническим
калькулёзным холециститом, сутки**

Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных группы сравнения была $4,4 \pm 1,8$ суток, больных основной группы – $1 \pm 0,1$ сутки. Различия по срокам стационарного лечения между двумя группами больных хроническим холециститом были статистически значимыми ($p < 0,05$).

Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма у больных хроническим калькулёзным холециститом уменьшает сроки госпитализации оперированных на 3 суток.

6.1.2 СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Сравнение сроков стационарного лечения у больных острым холециститом приводится на рисунке 42.



Рис. 42 Сроки стационарного лечения у больных острым калькулёзным холециститом, сутки

В среднем длительность госпитализации у больных основной группы составила 1 сутки. А в группе сравнения срок госпитализации достигал $5,6 \pm 2,8$ суток и был статистически значимо больше ($p < 0,05$). Благодаря отбору больных острым холециститом и лечению их в стационаре досуточного наблюдения разница в сроках стационарного лечения между группами больных острым холециститом составила более 4 койко-дней.

Таким образом, 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. Из которых 1 койко-день сэкономился за счёт применения разработанного алгоритма и выполнения вмешательства в день госпитализации.

6.2 МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА ДОСУТОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

При ранней досуточной выписке больных калькулёзным холециститом очень важным этапом является ранний послеоперационный период, большую часть которого пациент проводит вне стационара. На этом этапе необходим контроль состояния пациентов, перенёсших ЛХЭ. Для этих целей при выписке больного необходим взрослый сопровождающий, а у больного должен быть стационарный домашний телефон. Практическая реализация этого этапа достигается путём контрольных осмотров оперированных пациентов на дому или интервьюированием их по телефону. Контрольные осмотры на дому осуществляются оперирующим врачом, а при большом числе пациентов – медицинскими работниками амбулаторного звена.

Подходить к этому этапу следует дифференцированно, в зависимости от формы калькулёзного холецистита, индивидуальных особенностей пациента, его возраста, наличия у него сопутствующих заболеваний и их выраженности.

С учётом короткого срока стационарного наблюдения, у данной категории пациентов сохраняется риск развития послеоперационных осложнений. Но, на основании собственного клинического опыта, основным послеоперационным осложнением в раннем послеоперационном периоде является послеоперационное кровотечение, которое развивается в первые 4-6 часов от момента операции. В нашем исследовании указанного послеоперационного осложнения не отмечалось, хотя в этот временной отрезок (4-6 часов от момента операции) пациенты основной группы находились в условиях стационара. Другим опасным послеоперационным осложнением является желчеистечение, симптоматика которого чаще развивается на 3-и сутки после операции и позже. Причиной данного осложнения могут быть соскакивание клипсы с культи пузырного протока, пропущенная интраоперационно ятрогенная травма внепечёчных желчных протоков (электроожог стенки протока) или не выявленные интраоперационно добавочные желчные протоки ложа ЖП (ходы Люшке). Хотя частота данного осложнения по литературным данным не превышает 2%, при патронаже пациентов необходимо обращать внимание на любые отклонения в состоянии оперированных или появление у них новых жалоб, таких как вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула, появление гипертермии, персистенцию послеоперационной боли или сохраняющуюся тошноту.

Самая оптимальная категория пациентов – больные молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний, оперированные с диагнозом хронический калькулёзный холецистит. При гладком течении

раннего послеоперационного периода достаточно контролировать их состояние по телефону.

Большого внимания в раннем послеоперационном периоде требуют пациенты с сопутствующими заболеваниями. Кроме контроля хирургического статуса пациентов в первые 2-3 дня после ЛХЭ необходимо учитывать состояние их сопутствующих заболеваний.

Пациентам с гипертонической болезнью необходим контроль артериального давления с применением гипотензивных препаратов. Больным с ИБС также необходим приём базисных лекарственных препаратов. При появлении у этих больных жалоб, связанных с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы, необходим их осмотр участковым терапевтом. Больные сахарным диабетом должны осуществлять контроль гликемии с коррекцией доз сахароснижающих препаратов.

Особенного внимания после ранней досуточной выписки требуют пациенты старше 60 лет, которым ЛХЭ выполнена при остром калькулёзном холецистите. Как правило, у данной категории пациентов имеется несколько сопутствующих заболеваний, что тоже необходимо учитывать. Пациенты обязательно должны принимать базисные медикаментозные препараты, приём которых направлен на стабилизацию их сопутствующих заболеваний. При возникновении симптомов прогрессирования этих заболеваний (боли в сердце, одышка, сердцебиение, подъём артериального давления и т.п.) обязателен осмотр этих больных не только хирургом, но и участковым терапевтом. Поэтому, при ранней досуточной выписке оперированных с классом риска анестезии ASA III необходимым считаем информирование амбулаторного звена с заявкой на активное посещение этой категории больных участковым терапевтом на следующий день после выписки.

В нашей работе, при наблюдении оперированных, выписанных в течение суток от момента госпитализации, использовали следующий ориентированный на каждого пациента подход (рисунок 43).



Рис. 43. Выбор варианта мониторинга состояния оперированных пациентов после ранней досрочной 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 появлении специфических жалоб, указывающих на возможные послеоперационные осложнения, необходимо немедленно доставить больного в хирургический стационар. 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.

Используя предложенный алгоритм выбора варианта наблюдения за выписанными пациентами, на следующий день после выписки осмотрены на дому 16 (27,1%) пациентов основной группы с хроническим калькулёзным холециститом – признаков осложнений не выявлено. Всех остальных 43 больных хроническим калькулёзным холециститом после ранней выписки опрашивали по телефону.

Из всех больных основной группы, оперированных с диагнозом острый калькулёзный холецистит, 38 (27,9%) пациентов на следующий день после выписки осмотрены на дому оперирующим хирургом – признаков осложнений не выявлено. Остальные 98 (72,1%) больных основной группы, которым ЛХЭ выполнена при остром калькулёзном холецистите, были опрошены 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.

Хотим также отметить принципиальный момент: стационар, занимающийся ранней досуточной выпиской оперированных больных калькулёзным холециститом, должен иметь круглосуточную дежурную хирургическую службу для госпитализации этой категории пациентов при подозрении на развитие послеоперационных осложнений. Все оперированные пациенты, после ранней досуточной выписки, должны иметь возможность круглосуточного обращения в медицинское учреждение за профессиональной консультацией или помощью.

6.3 СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ДВУХ ВЫДЕЛЕННЫХ ГРУПП

Анализ сроков временной нетрудоспособности выполнен на основании телефонного опроса 140 работающих пациентов обеих групп через 3 недели после операции. Распределение интервьюируемых больных по группам и форме заболевания представлено в таблице 27.

Таблица 27

Распределение больных по группам и форме заболевания при оценке сроков временной нетрудоспособности

Форма калькулёзного холецистита	Основная группа, количество больных	Группа сравнения, количество больных
Хронический	35	35
Острый	35	35

Сроки временной нетрудоспособности у больных обеих групп в зависимости от формы заболевания представлены в таблице 28.

Таблица 28

Сроки временной нетрудоспособности у больных обеих групп

Форма калькулёзного холецистита	Основная группа, дни	Группа сравнения, дни
Хронический	8,4±0,6	13,2±0,3*
Острый	10,1±0,5	16,7±0,8*

* – при $p < 0,05$

Как представлено в таблице 28, среди пациентов, выписанных в течение одних суток от момента поступления, сроки временной нетрудоспособности были статистически значимо меньше, чем у пациентов продолжавших стационарное лечение более суток ($p < 0,05$). У пациентов, оперированных с диагнозом хронический калькулёзный холецистит, ранняя досуточная выписка приводила к сокращению временной нетрудоспособности в среднем на 5 дней. А в случае лечения острого калькулёзного холецистита разница в сроках временной нетрудоспособности достигала 7 дней.

Полученные данные свидетельствуют о том, что лечение больных калькулёзным холециститом с выпиской оперированных в течение суток от момента поступления привело к статистически значимому сокращению сроков временной нетрудоспособности. Этот факт связан с интенсификацией лечебного процесса, ранней активизацией оперированных и ускорением реабилитации больных, вследствие их досуточной выписки из стационара.

6.4 СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗРАБОТАННОЙ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

С учетом полученных результатов необходимо отметить эффективность применения разработанной программы с социальной и экономической позиций.

Для пациента предложенный вариант лечения означает уменьшение времени пребывания в стационарных условиях. Причём, для части пациентов с острым холециститом, выписанных до 23 часов от момента госпитализации, срок стационарного лечения уменьшается на 4 койко-дня. А это положительным образом сказывается на скорейшей реабилитации за счёт уменьшенного до суток стационарного лечения.

В настоящее время для любого человека актуально уменьшение времени пребывания в стационарных условиях, т.к. скорейший возврат к трудовой и социальной деятельности снижает финансовые потери за счёт уменьшения времени нетрудоспособности. По результатам нашего исследования, ранняя досуточная выписка оперированных сопровождалась статистически значимым уменьшением сроков временной нетрудоспособности как у больных хроническим калькулёзным холециститом, так и острым. В связи с этим, данный вариант лечения особенно актуален для работающих пациентов.

С позиций экономики, снижение сроков стационарного лечения приводит к уменьшению стоимости лечения данной категории больных на стоимость 3 (при хроническом холецистите) или 4 койко-дней (при остром холецистите). И с этих позиций выписка оперированных в течение 1 суток от момента поступления обладает хорошим экономическим потенциалом, т.к. позволяет уменьшить стоимость курса стационарного лечения.

Полученный результат позволяет экономить не только финансовые средства пациентов, но и снижает стоимость программы лечения больных калькулезным холециститом для страховых компаний. Что в масштабах распространенности заболевания может дать ощутимую экономическую выгоду.

А финансовую выгоду от более раннего возврата пациента к трудовой деятельности в масштабе государства тяжело высчитать, так как приносимая работающим человеком польза зависит от рода его деятельности и сроков реализации результатов его работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование основано на результатах лечения больных острым и хроническим калькулёзным холециститом с использованием малоинвазивных вмешательств в условиях стационара досуточного наблюдения. В исследование включены больные с верифицированным на основании инструментальных методов диагностики диагнозом, которым выполнялось радикальное малоинвазивное вмешательство – лапароскопическая холецистэктомия.

В работе использованы результаты лечения собственных пациентов и данные из архивных историй болезни 595 больных острым и хроническим калькулёзным холециститом, лечившихся в Центральной клинической больнице Российской академии наук г. Москвы, ГKB № 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 планировалось выполнение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Все пациенты разделены на два блока в зависимости от формы основного заболевания: 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 им ЛХЭ, выписывали из стационара в течение 1 суток от момента поступления. Больные группы сравнения лечились в условиях хирургического отделения стационара более 1 суток, им тоже выполнялась ЛХЭ.

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, микрохолецистостомии в анамнезе); 2. риск анестезии ASA I-III классов, если сопутствующие заболевания компенсированы; 3. индекс массы тела $\leq 35 \text{ кг/м}^2$; 4. отсутствие больших операций на органах верхнего этажа брюшной полости в анамнезе; 5. симультанное вмешательство не планируется.

Группу сравнения сформировали из 253 больных хроническим калькулёзным холециститом, которые после выполнения ЛХЭ, не планировались к выписке в течение первых суток после госпитализации, но которые соответствовали перечисленным выше критериям подбора.

Аналогичный подход был применен к лечению 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 удалось выписать 136 пациентов (вошли в основную группу больных). Остальные 147 больных острым калькулёзным холециститом, были выписаны позже одних суток от момента поступления (все они 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 для больных основной группы острым холециститом эти критерии оценивались уже в раннем послеоперационном периоде.

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 ($p < 0,05$). По давности заболевания статистически значимых различий между группами не выявлено, в основной группе медиана этого показателя составила 2 года (с 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) ($p<0,05$). 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 ($p>0,05$). Чаще всего в обеих группах 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 сопутствующим заболеваниям 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 – $2,4\pm 0,5$. 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 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 ($p<0,05$). 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). В основной группе больных острым калькулёзным холециститом у 33,8 % была флегмонозная форма заболевания, в группе сравнения – у 41,5% пациентов. 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 – $2,4 \pm 0,5$. 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, лабораторным показателям, 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 степени выраженности воспалительных изменений стенки ЖП, по данным УЗИ, статистически значимых отличий между группами больных не выявлено ($p > 0,05$). Средние значения этого показателя варьировали от 3,4 до 6,4 мм. Данный факт косвенно указывает на то, что в обеих группах больных острым калькулёзным холециститом оперировали в ранние сроки заболевания.

Статистически значимых различий по диаметру конкрементов ЖП среди больных обеих групп не выявлено как у больных хроническим, так и острым холециститом ($p > 0,05$).

Для оценки качества жизни в раннем послеоперационном периоде выполняли тестирование 70 больных основной группы (у 35 больных хроническим калькулёзным холециститом и у 35 больных острым). Полученные данные сравнивали с результатами тестирования 70 больных группы сравнения (по 35 больных хроническим и острым калькулёзным холециститом). 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 варьировала от 34 до 40% 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 до 31% и также статистически значимо не отличалось в основной группе и группе сравнения ($p > 0,05$).

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. Как у больных, оперированных с хроническим, так и острым калькулёзным холециститом, статистически значимых различий между пациентами обеих групп, у которых изучали КЖ, по риску анестезии ASA 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 числу 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 числу сопутствующих заболеваний.

Далее приводим результаты лечения больных хроническим калькулёзным холециститом.

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 была небольшой и составила 1,7% в

основной группе, и 0,8% в группе сравнения, во всех случаях это были кровотечения из ложа ЖП объемом 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.

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 (4,5%) больных хроническим калькулёзным холециститом в обеих группах пациентов. 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 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 и делала досуточную выписку оперированных больных невозможной. 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.

Среди больных, оперированных с диагнозом хронический калькулёзный холецистит, раннюю досуточную выписку (до 23 часов от момента поступления) 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.

58 пациентов основной группы выписаны в течение 1 суток от момента поступления, только 1 пациентка, из-за развития у неё послеоперационной рвоты, была выписана на 2-е сутки послеоперационного периода. 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. Этот показатель в

группе сравнения был равен 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 ($p < 0,05$).

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 разработан алгоритм лечения больных хроническим калькулёзным холециститом в условиях стационара досуточного наблюдения. На первом этапе необходим тщательный отбор пациентов по перечисленным выше критериям, следующим важным этапом является интраоперационный – появление выделенных нами критериев в этом периоде диктует необходимость продолжения лечения пациента в хирургическом отделении стационара. При выполнении ЛХЭ без увеличения объёма операции или конверсии лапароскопического доступа в широкую лапаротомию следующий важный этап – ранний послеоперационный. Появление в этом периоде симптоматики послеоперационных осложнений, выраженных тошноты и рвоты, интенсивной боли делают досуточную выписку невозможной. 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.

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 подпечёчном 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 минут, 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 минут было связано с возникновением интраоперационного кровотечения 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 интерквартильным размахом от 30 до 40 мл), а группы сравнения – от 5 до 500 мл (медиана 10 мл с интерквартильным размахом от 10 до 20 мл). Статистически значимых отличий по объёму кровопотери в обеих группах не выявлено ($p>0,05$).

Интраоперационные осложнения отмечали у больных обеих групп, во всех случаях это было кровотечение. 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 минут (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.

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 минут у больных острым калькулёзным холециститом, была необходимость мобилизации ЖП из спаек.

У 2 больных основной группы, вследствие обнаружения во время вмешательства плотного воспалительного инфильтрата, выполнили

конверсию доступа. 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 др., 2014], благодаря конструктивным особенностям которого, можно добиться уменьшения время 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.

Больные основной группы, после окончания операции, наблюдались в отделении реанимации в среднем $5,3 \pm 1,5$ часов, а группы сравнения - $4,5 \pm 1,8$ часов. Статистически значимых различий между группами по продолжительности наблюдения за оперированным после операции в отделении реанимации не выявлено ($p > 0,05$).

С учётом принципа формирования групп больных острым калькулёзным послеоперационные осложнения отмечали только в группе сравнения. 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 отмечены признаки декомпенсации сопутствующих заболеваний. Частота послеоперационных осложнений в группе сравнения составила 5,8%.

Таким образом, противопоказаниями к ранней досуточной 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 большей части больных обеих групп интенсивность боли была низкой. Послеоперационная боль умеренной интенсивности отмечалась у 1 (2,9%) больного основной группы, но боль купировалась приёмом таблетированных НПВС, что позволило выписать больного после ЛХЭ 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 подпечёчное 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 подпечёчное 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 $3,1\pm0,3$ 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 $3,2\pm0,3$ инъекции в сутки НПВС в рекомендуемых дозах. Частота инъекций данных препаратов у больных группы сравнения составила $3,8\pm0,5$ 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.

Лечение больных острым холециститом в стационаре досуточного наблюдения не сопровождалось увеличением продолжительности пребывания в отделении реанимации после выполнения ЛХЭ. Интенсивность послеоперационной боли и потребность в анальгетиках у больных обеих групп статистически значимо не отличались. Увеличение продолжительности операции более 90 минут (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 удалёном в течение 6-9

часов после операции дренаже брюшной полости ранняя досуточная выписка пациентов возможна.

На основании полученных результатов предложен алгоритм лечения больных острым калькулёзным холециститом в условиях досуточного стационарного наблюдения.

Вначале 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, изменение 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 при окончании операции через минилапаротомный доступ могут быть отнесены к группе больных, планируемых на раннюю выписку.

Появление в раннем послеоперационном периоде рвоты, боли высокой интенсивности, признаков декомпенсации сопутствующих заболеваний и гипертермии, увеличивает время пребывания больного в стационаре и делает раннюю досуточную выписку невозможной.

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.

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 у больных хроническим калькулёзным холециститом в раннем послеоперационном периоде получены следующие результаты. Статистически значимых отличий 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 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 эмоционального фона, 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 СС, который почти не менялся к 3-м суткам. 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 и на 3-и сутки после ЛХЭ. Полученные данные говорят о более быстром клинически значимом улучшении социального статуса пациентов уже на 2-е сутки после ЛХЭ, что связано с ранней досуточной выпиской пациентов и нахождением оперированных в этот срок в привычных домашних условиях.

На 2-е сутки после ЛХЭ пациенты основной группы отмечали выраженное клинически значимое увеличение уровня 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 ($p < 0,05$). 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 досуточная выписка больных хроническим калькулёзным холециститом, после выполнения им ЛХЭ, сопровождалась статистически значимым и выраженным клинически значимым увеличением на 2-е сутки после операции уровня КЖ пациентов. 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 физического статуса пациентов. А в группе сравнения клинически значимое улучшение ФС было более медленным и достигало уровня этого 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 эмоционального фона 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 общего здоровья 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. 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 ($p < 0,05$). 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 увеличением 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 контроля за его состоянием после ранней 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.

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 - $10,1 \pm 0,5$ и $16,7 \pm 0,8$ дней соответственно. 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. А использование критериев выписки в сочетании с предложенным алгоритмом мониторинга

пациентов, выписанных из стационара, делает раннюю выписку безопасной. 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 обладает хорошим экономическим потенциалом, т.к. 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 им 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 одних суток от момента поступления.
5. 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 являются критериями ранней и безопасной выписки оперированных больных.

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 увеличением 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 пациентов, оперированных с диагнозом острый калькулёзный холецистит, на раннюю досуточную выписку 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 литературы

1. Абдулжалилов М.К., Абдулжалилов А.М., Иманалиев М.Р., Гусейнов А.К.Г. Субоперационные технические сложности при лапароскопической холецистэктомии у пациентов с острым калькулезным холециститом (анализ серии из 677 случаев). // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2018. – № 1 (26). – С. 40-45.
2. Алвендова Л. Р. Лапароскопическая холецистэктомия в условиях стационара краткосрочного пребывания : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / Алвендова Лейла Ровшан кызы. –М., 2016. – 103 с.
3. Алиев Ю. Г. Хирургическое лечение больных заболеваниями желчевыводящих путей : дис ... д-ра мед. наук : 14.01.17 / Алиев Юсиф Гамат Оглы. – М, 2014. – 238 с.
4. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Чиников М.А., Волобуев А.В., Пантелеева И.С., Абдинов Э.А. Хирургический ретрактор-осветитель. // Официальный бюллетень федеральной службы по интеллектуальной собственности (Роспатент). №19 – 2014, 10.07.2014. Патент на полезную модель №142738.
5. 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.
6. Андреев А.А. Особенности анестезиологического обеспечения лапароскопических оперативных вмешательств в условиях стационара одного дня. // Амбулаторная хирургия. – 2005. – № 1. – С. 46-52.

7. Ачкасов Е.Е., Богова О.Т., Галь И.Г. и соавт. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации (в трех томах). Том 1. Основы нормативно-правовой и методической базы медико-социальной экспертизы и реабилитации. / М.: Издательский дом ТОНЧУ, 2018. – 606 с.
8. Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В., Негребов М.Г. и соавт. Постхолецистэктомический синдром: резидуальная часть желчного пузыря или литообразование в длинной культе пузырного протока? // Хирургическая практика. – 2012. – № 1. – С. 10-14.
9. Байчоров Э.Х., Греясов В.И., Сивоконь Н.И. и соавт. Анализ причин кровотечения при лапароскопической холецистэктомии. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. – 2014. – № 1. – С. 43-44.
10. Балаян Г.З. Эффективность лапароскопической холецистэктомии у пациентов с острым холециститом в зависимости от группы операционно-анестезиологического риска. // Успехи современной науки. – 2016. – №2, Том 3. – С. 95-100.
11. Балкизов З.З. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите. // Автореферат ... канд.мед.наук. – Москва, 2005. – 19 с.
12. Баранов Г.А., Решетников Е.А., Харламов Б.В. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 6. – С. 27–30.
13. Белова А.Н., Шепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации /под ред. А.Н.Беловой. - М.: Антидор, 2002. – 440 с.
14. Березуцкий С.Н., Жавненко Т.Ф., Воловик Е.В. Комплексная форма организации оказания хирургической помощи больным в условиях

- стационарзамещающих технологий. // Амбулаторная хирургия. – 2004. – №4, (16). – С. 23-24.
15. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Медико-экономическое обоснование выбора способа операции холецистэктомии // Ремедиум. - 2005. - № 4. - С. 30-36.
 16. Валетова В.В., Трембач В.А., Васильев А.В. Неинвазивная вентиляция легких после лапароскопической холецистэктомии в условиях отделения хирургии «одного дня» // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – №4. – С. 60-63.
 17. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 1. – С. 16–25.
 18. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 1. – С. 16–25.
 19. Винокуров М.М., Васильев А.Е., Гилев Е.С. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. – Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №1 (Приложение.) – С. 96–97.
 20. Гурцкая Л.З., Коханенко Н.Ю., Луговой А.Л., Морозов Е.А., Данилов С.А., Иванов А.Л. Диагностика и хирургическое лечение острого деструктивного холецистита у больных с суб- и декомпенсированной сердечно-сосудистой патологией. // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2017. – Т. 9, № 2. – С. 67-72.
 21. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. // М.: изд. дом Видар–М, 2000 – 139 с.

22. Дадвани С.А., Ветшев П.С, Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь: руководство. // М.: ГЕОТАР–Медиа, 2009. — 176 с.
23. Двойников С.И., Лазарева Л.А. Десятилетний опыт работы отделения хирургии одного дня. // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Том 91, № 1. – С. 104-106.
24. Дедерер Ю.М., Устинов Г.Г., Шарак А.В. Альтернативные подходы к лечению желчекаменной болезни. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1990. – №10. – С. 103–105.
25. Еременко В.П., Майстренко Н.А., Нечай А.И. и соавт. Гепатобилиарная хирургия. // Руководство для врачей. – СПб., 1999. – 268 с.
26. Ермолов А.С., Дасаев Н.А., Юрченко С.В. и соавт. Диагностика и лечение холангиолитиаза после холецистэктомии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2002. – № 4. – С. 4–10.
27. Звягинцев В. В., Горпинюк В. П., Ставинский Р. А. и соавт. Классификация лапароскопической холецистэктомии по степени сложности. // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – №1. – С. 12–15.
28. Зубрицкий В.Ф., Гардашов Н.Т., Голубев И.В. и соавт. Послеоперационный желчный перитонит: диагностика и хирургическое лечение. // Медицинский вестник МВД. – 2017. – № 3 (88). – С. 4-11.
29. Зубрицкий В.Ф., Покровский К.А., Забелин М.В., и соавт. Дренирование брюшной полости после абдоминальных операций. Рациональный взгляд на проблему. // Анналы хирургии. – 2012. – № 1. – С. 67-70.
30. Какурин С.Н. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите : дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.27 // Какурин С.Н.

(ГОУВПО "Российский государственный медицинский университет").
– Москва, 2008. – 127 с.

31. Кармацких А.Ю. Применение минилапаротомного доступа в хирургическом лечении больных острым калькулезным холециститом. // Материалы Уральской межрегиональной научно–практической конференции «Хирургия минидоступа» Екатеринбург: издательство Уральского Университета; 2005. – С.14–15.
32. Качалов С.Н., Коновалов В.А., Чикань С.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 2300 операций. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С. 40–44.
33. Каштальян М. А., Шаповалов В. Ю., Павлишин В. В., Герасименко О. С. Лечение больных с хроническим калькулезным холециститом в условиях стационара короткого пребывания (одних суток) // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 1. – С. 137-139.
34. Койшибаева Л.М., Тургунов Е.М., Таласбаев М.А., Саханова А.А. Сравнение качества жизни пациентов до и после холецистэктомии через 6 и 12 месяцев. // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2018. – № 2 (108). – С. 89-92.
35. Коссович М.А., Нечаенко А.М., Нурмухаммадов Ж.К. Лапароскопическая холецистэктомия из двух доступов - будущее хирургии желчнокаменной болезни. // Хирургическая практика. – 2014. – № 3. – С. 29-33.
36. Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Абдульянов А.В., Шигабутдинов Р.Р., Захарова А.В. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии. // Практическая медицина. – 2016. - № 4-1 (96). – С. 110-113.
37. Кузнецов Н. А., Аронов Л. С., Харитонов С. В. и соавт. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром

- холецистите // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2003. – № 5. – С. 35–40.
38. Кунпан И.А., Вардосанидзе С.Л., Восканян Ю.Э., Кошель В.И., Владимирский М.М., Пешков М.Н. Измерение качества жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде. // Методические рекомендации № 2004/47 (утв. Минздравом РФ 19.03.2004) / под ред. члена-корр. РАМН Кучеренко В.З.; – М., НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им И.М. Сеченова МЗ РФ. – 2004. – 14 с.
39. Курбанов Ф.С., Алиев Ю.Г., Чиников М.А., Волобуев А.В., Пантелеева И.С., Абдинов Э.А. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа с использованием специального хирургического ретрактора-осветителя. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2014. – № 6. – С. 69-70
40. 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. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2014. – №2. – С. 16-18.
41. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей: пер. / М. : ГЭОТАР Медицина, 2001. – 260 с.
42. Луцевич О.Э., Амирханов А.А., Урбанович А.С. К вопросу о тактике хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с деструктивным холециститом. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. – Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №1. (Приложение.) – С. 236–237.
43. Михайличенко В.Ю., Резниченко А.М., Кисляков В.В. Анализ опыта выполнения лапароскопической холецистэктомии. // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2017. – Т. 2, № 4. – С. 437-440.

44. Михин И.В., Воробьёв А.А., Доронин М.Б., Косивцов О.А., Абрамян Е.И., Рясков Л.А. О целесообразности уменьшения доступа при операциях по поводу желчнокаменной болезни. // Эндоскопическая хирургия. – 2016. – Том 22, №5. – С. 11-16.
45. Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Тарасов О.Н., Янголенко Я. В. Пути повышения эффективности эндоскопических методов лечения острого холецистита и его осложнений. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №9. – С. 42–46.
46. Натрошвили И.Г., Прудков М.И., Бебуришвили А.Г., Шаповальянц С.Г., Шулутко А.М. Безопасность малоинвазивных вмешательств при остром калькулёзном холецистите. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. – Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №1, (Приложение). – С. 283–284.
47. Натрошвили И.Г., Прудков М.И., Савицкая А.В. Гетерогенность больных острым холециститом. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2017. – № 3 (63). – С. 125-129.
48. Осмонбекова Н.С., Попович В.К., Алиев Ю.Г., М.А. Чиников, Добровольский С.Р. Качество жизни больных после холецистэктомии. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013. – № 9. – С. 24-28.
49. Пантелеева И.С. Хирургическое лечение острого деструктивного калькулёзного холецистита из минилапаротомного доступа : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.27 // Пантелеева И.С. (ФГОУ ВПО "Российский университет дружбы народов"). – Москва, 2014.– 17 с.
50. Прудков М.И., Бебуришвили А.Г., Шулутко А.М. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении калькулёзного холецистита. // Эндоскопическая хирургия. – 1996. – №2. – С.12–16.

51. Руководство по хирургии желчных путей. Изд. 2–е. Под ред. Гальперина Э.И., Ветшева П.С. – ВИДАР, 2009. – 456 с.
52. Рыбин Ю.Н., Вальковский В.М. Анализ проведения лапароскопической холецистэктомии под общим обезболиванием в амбулаторных условиях. // Интенсивная терапия – 2008. – №2. – С. 65-66.
53. Сажин В. П., Мальчиков А. Я., Комов Ю. А., Коновалов А. С. Основные принципы внедрения лапароскопических операций в поликлинике // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2003. - №5. - С. 46-49.
54. Сажин В.П., Юдин В.А., Сажин И.В. и соавт. Операционные риски и их профилактика при лапароскопической холецистэктомии.// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – № 6. – С. 17-20.
55. Свиридов С.В., Веденина И.В., Тейлор С.Д. Болевой синдром после лапароскопической холецистэктомии. // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2016. – Том 10, №4. – С. 262-272.
56. Стойко Ю.М., Новик А.А., Левчук А.Л., Ионова Т.И., Мамедов В.Ф., Богиев К.В. Качество жизни больных после лапароскопической аппендэктомии. // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 3-7.
57. Столин А.В. Операции из минилапаротомного доступа при осложненных формах желчнокаменной болезни. // Материалы Уральской межрегиональной научно–практической конференции «Хирургия минидоступа» Екатеринбург: издательство Уральского Университета; 2005. – С.51–53.
58. Страхов А.В., Зубеев П.С., Тарасов Ю.И. и соавт. Влияние продолжительности пребывания в стационаре после лапароскопической холецистэктомии на качество жизни пациентов. // Эндоскопическая хирургия. - 2004. - №3. - С.22-25.

59. Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Гарипов Р.М., Саргсян А.М. Сравнительный анализ хирургического лечения больных острым холециститом: до и после введения национальных клинических рекомендаций. // Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т. 23, № 2. – С. 84-91.
60. Тимербулатов М.В., Тимербулатов Ш.В., Саргсян А.М. Хирургическое лечение больных с острым холециститом. // Анналы хирургии. – 2017. – Том 22, №1. – С. 16-20.
61. Тимербулатов Ш.В., Низамов Р.А. Качество жизни больных желчно-каменной болезнью после холецистэктомии. // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – Том 12, № 5(71). – С. 112-115.
62. Топчиев М.А., Паршин Д.С., Гвоздюк А.И. и соавт. Осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. – Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №1, (Приложение). – С. 404–405.
63. Трачумс И., Михелсонс М., Паварс А., Секундо А. Мини-лапаротомия при хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2006. – № 11. – С. 33–34.
64. Уханов А. П., Чахмахчев С. Р., Игнатьев А. И., Большаков С. В., Уверткин Р. Ю., Фрумкин Б. Б., Яшина А. С. Использование лапароскопической холецистэктомии в лечении деструктивных форм острого холецистита. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – Том 169, №2. – С.15–19.
65. Уханов А.П., Игнатьев А.И., Ковалев С.В. и соавт. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении деструктивных форм острого холецистита у больных старших возрастных групп. // Эндоскопическая хирургия. – 2012. – №2. – С.16–20.

66. Уханов А.П., Игнатьев А.И., Ковалев С.В. и соавт. Лапароскопическая субтотальная холецистэктомия у больных острым деструктивным холециститом. // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – №3. – С. 11–13.
67. Уханов А.П., Новожилов Е.В., Большаков С.В. и соавт. Лапароскопическая хирургия острого деструктивного холецистита у больных пожилого и старческого возраста. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. – Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №1, (Приложение). – С. 412–413.
68. Фаев А.А., Ярощук С.А. Оценка качества жизни у пациентов с острым аппендицитом и холециститом, оперированных по методике единого лапароскопического доступа. // Медицина в Кузбассе. – 2016. – Т.15, № 2. – С. 58-62.
69. Халидов О.Х., Гудков А.Н., Джаджиев А.Б., Карцев А.Г., Дмитриенко Г.П., Фомин В.С. Повреждение внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. // Анналы хирургической гепатологии. – 2017. – Том 22. № 4. – С. 46-52.
70. Чиников М.А., Азимов Р.Х., Хусанов Ш.А., Имамов А.Ж., Ряскова А.С., Моисеев Д.Н., Курбанов Ф.С. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите в стационаре одного дня // Тезисы докладов Национального хирургического конгресса совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ, 4-7 апреля, 2017 г, Москва. – Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского . – 2017. – № 1. – С. 1394-1395.
71. Шень Н.П., Логвиненко В.В., Василенко П.Б. Кеторолак в современном послеоперационном обезболивании: возможности применения в стационаре и при реализации стационар-замещающих технологий. // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии. – 2015. – №3-4(59-60). – С. 42-48.

72. Шулутко А. М., Прудков М. И., Тимербулатов В. М. и др. Минилапаротомные технологии при желчнокаменной болезни: системный подход или хирургическая эквилибристика? // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2012. – №2. – С.34–42.
73. Шулутко А.М., Агаджанов В.Г. Современные принципы хирургического лечения желчнокаменной болезни./ 80 лекций по хирургии. – М: Литтера, 2008. – С.382–387.
74. Шулутко А.М., Ветшев П.С., Агаджанов В.Г. Острый холецистит – как «зеркало» возможностей операций из минидоступа с комплектом инструментов «мини-ассистент». // *Материалы Уральской межрегиональной научно-практической конференции «Хирургия минидоступа» Екатеринбург: издательство Уральского Университета; 2005. – С.66–67.*
75. Agresta F., Campanile F.C., Vettoretto N., Silecchia G., Bergamini C., Maida P. et al. Laparoscopic cholecystectomy: consensus conference-based guidelines. // *Langenbecks Arch Surg*. – 2015. – Vol.400, №4. – P.429-453.
76. Ahmad N.Z., Byrnes G., Naqvi S.A. A meta-analysis of ambulatory versus inpatient laparoscopic cholecystectomy. // *Surg Endosc*. – 2008. – Vol. 22, №9. – P. 1928-1934.
77. Ahn Y., Woods J., Connor S. A systematic review of interventions to facilitate ambulatory laparoscopic cholecystectomy. // *HPB (Oxford)*. – 2011. – Vol.13, №10. – P. 677–686.
78. Akoh J.A., Watson W.A., Bourne T.P. Day case laparoscopic cholecystectomy: reducing the admission rate. // *Int J Surg*. – 2011. – Vol.9, №1. – P. 63-67.
79. Al-Omani S., Almodhaiberi H., Ali B. et al. Feasibility and safety of day-surgery laparoscopic cholecystectomy: a single-institution 5-year experience of 1140 cases. // *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg*. – 2015. – Vol. 19, №3. – P. 109-112.

80. Al-Qahtani H.H., Alam M.K., Asalamah S. et al. Day-case laparoscopic cholecystectomy. // Saudi Med J. – 2015. – Vol. 36, №1. – P. 46–51.
81. Ammori B.J., Davides D., Vezakis A. et al. Day-case laparoscopic cholecystectomy: a prospective evaluation of a 6-year experience. // J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2003. – Vol. 10, №4. – P. 303–308.
82. Antakia R., Elsayed S.A., Al-Jundi W. et al. Day case laparoscopic cholecystectomy, room for improvement: A United Kingdom District General Hospital experience. // Ambulatory Surgery. – 2014. – № 20.1. – P. 4-9.
83. Aspinen S., Harju J., Kinnunen M., Juvonen P., Kokki H., Eskelinen M. A randomized multicenter study of minilaparotomy cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy with ultrasonic dissection in both groups. // Scand J Gastroenterol. – 2016. – Mar; Vol. 51(3). – P. 354–359.
84. Aspinen S., Kärkkäinen J., Harju J., Juvonen P., Kokki H., Eskelinen M. Improvement in the quality of life following cholecystectomy: a randomized multicenter study of health status (RAND-36) in patients with laparoscopic cholecystectomy versus minilaparotomy cholecystectomy. // Qual Life Res. – 2017. – Mar;26(3) – P. 665-671.
85. Barles A.N., Bandres G.P., Pera D.F. et al. Relationship between ASA classification and perioperative complications in a day surgery unit. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 170.
86. Bellani M.L. Psychological aspects in day-case surgery. // Int J Surg. – 2008. – Vol.6, Suppl 1. – P. 44-46.
87. Berrevoet F., Biglari M., Sinove Y. Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy in Belgium: What Are we Waiting for? // Acta chir Belg. – 2006. – №106. – P.537-540.
88. Bessa S.S., Katri K.M., Abdel-Salam W.N. et al. Spinal versus general anesthesia for day-case laparoscopic cholecystectomy: a prospective

- randomized study. // J Laparoendosc Adv Surg Tech A. – 2012. – Vol.22, №6. – P. 550-555.
89. Bettelli G. High risk patients in day surgery. // Minerva Anesthesiol. – 2009. – № 75. – P. 259-268.
90. Bisgaard T. Analgesic treatment after laparoscopic cholecystectomy: a critical assessment of the evidence. // Anesthesiology. – 2006. – № 104. – P. 835–846.
91. Biswas B.N., Rudra A. Comparison of granisetron and granisetron plus dexamethasone for the prevention of postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. // Acta Anaesthesiol Scand. – 2003. – №47. – P. 79–83.
92. Borzellino G., Sauerland S., Minicozzi A.M. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results. // Surg. Endosc. – 2008. – Vol. 22, №1. – P. 8–10.
93. Brescia A., Gasparini M., Nigri G. et al. Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: Feasibility and outcomes of the first 400 patients. // Surgeon. – 2013. – №11. – P. 14–18.
94. Briggs C.D., Irving G.B., Mann C.D. et al. Introduction of a Day-Case Laparoscopic Cholecystectomy Service in the UK: A Critical Analysis of Factors Influencing Same-Day Discharge and Contact with Primary Care Providers. // Ann R Coll Surg Engl. – 2009. – Vol.91, №7. – P. 583–590.
95. Brooks R. with the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play. // Health Policy. – 1996; 37 – P. 53–72.
96. Bueno Lledo J., Granero Castro P., Gomez I., Gavara I., Ibanez Cirion J.L., Lopez Andujar R., Garcia Granero E. Twenty-Five Years of Ambulatory Laparoscopic Cholecystectomy. // Cir Esp. – 2016. – Vol.94 (Oct.), №8. – P. 429-41.

97. Cao J., Liu B., Li X., Leng J., Meng X., Pan Y., Dou S., Lu S. Analysis of delayed discharge after day-surgery laparoscopic cholecystectomy. //Int J Surg. – 2017. – Vol.40 (Apr.) – P. 33-37.
98. Carlomagno N., Tammaro V., Scotti A., Candida M., Calogero A., Santangelo M.L. Is day-surgery laparoscopic cholecystectomy contraindicated in the elderly? Results from a retrospective study and literature review // Int J Surg. – 2016. – Vol.33 (Sep.), Suppl 1. – P. 103-107.
99. Catani M., De Milito R., Romagnoli F. et al. Emergency laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: when and how? // Chir Ital. – 2009. – Vol.61, №4. – P. 435-447.
100. Choudhary A., Bechtold M.L., Puli S.R. et al. Role of prophylactic antibiotics in laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis. // J Gastrointest Surg – 2008. – Vol.12. – P. 1847–1853.
101. Clarke M.G., Wheatley T., Hill M. et al. An effective approach to improving day-case rates following laparoscopic cholecystectomy. // Minim Invasive Surgery. – 2011. – № 15. – P. 564–587.
102. Curtis N.J., Robinson P.D., Carty N.J. Single hospital visit elective day-case laparoscopic cholecystectomy without prior outpatient attendance. // Surg Endosc. – 2017. – Vol.31 (Sep.), №9. – P. 3574-3580.
103. Cwik G., Skoczylas T., Wyroślak–Najs J., Wallner G. The value of percutaneous ultrasound in predicting conversion from laparoscopic to open cholecystectomy due to acute cholecystitis. // Surg Endosc. – 2013. – Vol.27 (Jul.), №7. – P. 2561–2568.
104. Damen S.L., Nieuwenhuijs V.B., Joosten W. et al. The effects of remifentanyl and sufentanyl on the quality of recovery after day case laparoscopic cholecystectomy: a randomized blinded trial // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. – 2004. – Vol.14, №2. – P. 87-92.

105. De Oliveira G.S., Agarwal D., Benzon H.T. Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. // *Anesth Analg.* – 2012. – Vol.114, №2. – P. 424-433.
106. Durantez F.D., Garcia M.A., Cuellar A.N. et al. Day surgery laparoscopic cholecystectomy: comparative analysis in two consecutive periods in a cohort of 1132 patients. // *Ambulatory Surgery.* – 2013. – №19.4. – P. 121-126.
107. Endo I., Takada T., Hwang T.L., Akazawa K., Mori R., Miura F. et al. Optimal treatment strategy for acute cholecystitis based on predictive factors: Japan-Taiwan multicenter cohort study. // *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* – 2017. - Vol.24. – P. 346–361.
108. Epstein R.M., Fiscella K., Lesser C.S., Strange K.C. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. // *Health Aff (Millwood)* – 2010. – Vol.29, №8. – P. 1489-1495.
109. Falor A.E., Zobel M., Kaji A. et al. Admission variables predictive of gangrenous cholecystitis. // *Am Surg.* – 2012 Oct. – Vol.78, №10. – P.1075–1078.
110. Fujii Y, Saitoh Y, Tanaka H, Toyooka H. Granisetron/dexamethasone combination for the prevention of postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. // *Eur J Anaesthesiol.* – 2000. – №17. – P. 64–68.
111. Fuks D., Cosse C., Sabbagh C. et al. Can we consider day-case laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis? Identification of potentially eligible patients. // *J. Surg. Res.* – 2014. – Vol.186, № 1. – P. 142-149.
112. Gan Tong J. Diemunsch, P., Habib Ashraf S. et al. Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. // *Anesthesia & Analgesia.* – 2014. – Vol. 118, № 1 – P. 85–113.

113. Gharaibeh K.I., Oasaimh G.R., Al-Heiss H. et al. Effect of timing of surgery, type of inflammation, and sex on outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. // J Laparoendosc Adv Surg Tech A. – 2002. – №12. – P. 193–198.
114. Giger U.F., Michel J.M., Opitz I. et al. Risk factors for perioperative complications in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: analysis of 22,953 consecutive cases from the Swiss Association of Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery database. // J Am Coll Surg. – 2006. – Vol. 203, №5. – P. 723–728.
115. Giuseppe B., Stefan S., Anna M.M., Giuseppe B. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of result. // Surg Endosc. – 2008. – Vol.22. – P. 8–15.
116. Gurusamy K., Junnarkar S., Farouk M., Davidson B.R. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of day-case laparoscopic cholecystectomy. // Br J Surg. – 2008. – Vol. 95, №2. – P. 161–168.
117. Gurusamy K.S., Davidson C., Gluud C., Davidson B.R. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. // Cochrane Database Syst Rev 2013; 30:6: CD005440.
118. Gurusamy K.S., Nagendran M., Guerrini G.P. et al. Intraperitoneal local anaesthetic instillation versus no intraperitoneal local anaesthetic instillation for laparoscopic cholecystectomy. // Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 13;3:CD007337.
119. Hudon C., Fortin M., Haggerty J.L. et al. Measuring patient perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. // Ann Fam Med – 2011. – Vol. 9, № 2 – P. 155–164.
120. Isherwood J., Howard D.P.J., Saunders R. et al. What factors are associated with prolonged hospital stay following planned day-case

- Laparoscopic Cholecystectomy? // Ambulatory Surgery. – 2013. – №19.1. – P. 7-9.
121. Ivatury S.J., Louden C.L., Schwesinger W.H. Contributing factors to postoperative length of stay in laparoscopic cholecystectomy. // JSLS. – 2011. – №15. – P. 174–178.
122. Ji W., Ding K., Li L.T. et al. Outpatient versus inpatient laparoscopic cholecystectomy: a single center clinical analysis. / Hepatobiliary Pancreat Dis Int. – 2010. – Vol. 9, № 1 – P. 60–64.
123. Johnner A., Raymakers A., Wiseman S.M. Cost utility of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. // Surg Endosc. – 2013. – Vol. 27, № 1 – P. 256-262.
124. Kortram K., Reinders J.S.K., van Ramshorst B. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis should be performed by a laparoscopic surgeon. // Surgical Endoscopy. – 2010. – Vol.24. – P.2206–2209.
125. Kurbanov F.S., Aliev Y.G. Results cholecystectomy from minilaparotomic access in patients with acute calculous cholecystitis. / Abstracts of XIII international euroasian congress of surgery and gastroenterology. Baku, 12-15 september, 2013. – P. 129.
126. Lau H., Lo C.Y., Patil N.G., Yuen W.K. Early versus delayed–interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a metaanalysis. // Surg Endosc. – 2006. – Vol.20. – P. 82–87.
127. Lee S.I., Na B.G., Yoo Y.S., Mun S.P., Choi N.K. Clinical outcome for laparoscopic cholecystectomy in extremely elderly patients. // Ann Surg Treat Res. – 2015. – Vol.88, №3. – P. 145-151.
128. Leeder P.C., Matthews T., Krzeminska K., Dehn T.C. Routine day-case laparoscopic cholecystectomy // Br. J. Surg. – 2004. – Vol.91, №3. – P. 312-316.

129. Lemos P. Is routine anti-emetic prophylaxis for all ambulatory surgery patients justified? // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.2. – P. 61.
130. Lezana Pérez M.A., Carreño Villarreal G., Lora Cumplido P., Alvarez Obregón R. Comparative study of ambulatory laparoscopic cholecystectomy versus management of laparoscopic cholecystectomy with conventional hospital stay. // Cir.Esp. – 2013. – Vol.91, №7. – P. 424-431.
131. Loizides S., Gurusamy K.S., Nagendran M. et al. Wound infiltration with local anaesthetic agents for laparoscopic cholecystectomy. // Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 12; 3: CD007049.
132. Ma H.S., Liu Y. Evaluating the safety and quality of 5520 cases in ambulatory surgery. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 166.
133. McMahon A.J., Russell I.T., Baxter J.N. et al. Laparoscopic versus minilaparotomy cholecystectomy: a randomised trial // Lancet. – 1994. – v.343 (8890). – P.135–138.
134. Navez B., Ungureanu F., Michiels M. et al. Surgical management of acute cholecystitis: results of a 2 – year prospective multicenter survey in Belgium. // Surg. Endosc. – 2012. – Vol.26 (Sept.), №9. – P.2436 – 2445.
135. Nikfarjam M., Niumsawatt V., Sethu A. et al. Outcomes of contemporary management of gangrenous and non–gangrenous acute cholecystitis. // HPB (Oxford). – 2011. – Vol.13 (Aug.), №8. – P. 551–558.
136. Nystrom P.O. Difficult to measure results and quality of surgical interventions but length of stay is an important variable. // Lakartidningen. – 2004. – Vol.15, №101(3). – P. 184-189.
137. Ostelo R.W., Deyo R.A., Stratford P. et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international

- consensus regarding minimal important change. // *Spine*. – 2008. – Vol. 33. – P. 90–94.
138. Paquette I.M., Smink D., Finlayson S.R. Outpatient cholecystectomy at hospitals versus freestanding ambulatory surgical centers. // *J Am Coll Surg*. – 2008. – Vol. 206, №2. – P. 301–305.
139. Pujahari A.K. Day Care vs Overnight Stay after Laparoscopic Cholecystectomy even with Co-morbidity and a Possible Second Surgery: A Patient's Choice. // *J Clin Diagn Res*. – 2016. – Vol.10 (Oct.), №10. – P. 25-27.
140. Rios H.P., Viana C., Pinto J.P. et al. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy – how we did it in 2014. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 176.
141. Rodriguez V.T., Arnau A.B.M., Riart G.C. et al. Experience of an ambulatory laparoscopic cholecystectomy program in a third level hospital. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 117.
142. Ros A., Nilsson E. Abdominal pain and patient overall and cosmetic satisfaction one year after cholecystectomy: outcome of a randomized trial comparing laparoscopic and minilaparotomy cholecystectomy // *Scand. J. Gastroenterol*. – 2004. – Vol. 39. – P. 773–777.
143. Rosero E.B., Joshi G.P. Hospital readmission after ambulatory laparoscopic cholecystectomy: incidence and predictors. // *J Surg Res*. – 2017. – Nov;219 – P. 108-115.
144. Rosenmüller M.H., Nilsson E., Lindberg F., Åberg S.O., Haapamäki M.M. Costs and quality of life of small-incision open cholecystectomy and laparoscopic cholecystectomy - an expertise-based randomised controlled trial. // *BMC Gastroenterol*. – 2017. – Vol.8 (Apr.), №17(1). – P. 48.

145. Sato A., Terashita Y., Mori Y., Okubo T. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy: An audit of day case vs overnight surgery at a community hospital in Japan. // *World J Gastrointest Surg* . – 2012. – Vol.4, №12. – P. 296-300.
146. Secco G.B., Cataletti M., Bonfante P. et al. Laparoscopic versus mini-cholecystectomy: analysis of hospital costs and social costs in a prospective randomized study // *Chir. Ital.* – 2002. – Vol.54, №5. – P.685–692.
147. Seyednejad N., Goecke M., Konkin D.E. Timing of unplanned admission following daycare laparoscopic cholecystectomy. // *Am J Surg*. – 2017. – Vol.214 (Jul.), №1. – P. 89-92.
148. Sicilia C.B., Llorente I.V., Odds C.S. et al. Safety and quality in ambulatory laparoscopic cholecystectomy. // Oral free papers of IAAS 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain. – Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 166.
149. Skattum J., Edwin B., Trondsen E. et al. Outpatient laparoscopic surgery: feasibility and consequences for education and health care costs. // *Surg Endosc* . – 2004. – Vol. 18. – P. 796–801.
150. Smith I., Cowley S., Crick H., Makin C. Effectiveness of a Rapid Improvement Programme to increase day-case laparoscopic cholecystectomy rates. // *The Journal of One Day Surgery*. – 2010. – Vol. 20, №4. – P. 80-86.
151. Solej M., Martino V., Mao P. et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. // *Minerva Chir.* – 2012. – Vol.67, №5. – P. 381-387.
152. Sözen S., Şan Özdemir C. Day-Case Laparoscopic Cholecystectomy: Is it a Safe and Feasible Procedure? // *Eur J Gen Med*. – 2010. – Vol.7, № 4. – P. 372-376.
153. Takada T., Strasberg S.M., Solomkin J.S., Pitt H.A., Gomi H., Yoshida M. et al. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute

- cholangitis and cholecystitis. // J Hepatobiliary Pancreat Sci. – 2013. – Vol. 20., № 1. – P. 1–105. [Электронный ресурс] URL: <http://link.springer.com/journal/534/20/1/page/1> [дата обращения 10. 10. 2014]
154. Tandon A., Sunderland G., Nunes Q.M., Misra N., Shrotri M. Day case laparoscopic cholecystectomy in patients with high BMI: Experience from a UK centre. // Ann R Coll Surg Engl. – 2016. – Vol.98 (May.), №5. – P. 329-333.
 155. Tebala G.D., Belvedere A., Keane S., Khan A.Q., Osman A. Day-case laparoscopic cholecystectomy: analysis of the factors allowing early discharge. // Updates Surg. – 2017. – Vol.69 (Dec.), №4. – P. 2017; 461-469.
 156. Teixeira U.F., Goldoni M.B., Machry M.C., Ceccon P.N., Fontes P.R., Waechter F.L. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy is safe and cost-effective: a Brazilian single center experience. // Arq Gastroenterol. – 2016. – Vol.53 (Apr-Jun.), №2. – P. 103-107.
 157. Tenconi S.M., Boni L., Colombo E.M. et al. Laparoscopic cholecystectomy as day-surgery procedure: current indications and patients' selection. // Int. J. Surg. – 2008. – Vol.6, № 1. – P. 86-88.
 158. Thomsen C., Bording C., Rasmussen S.J.R. Day case laparoscopic cholecystectomy in a centre with more than 10 years experience in ambulatory surgery: indications, complications, length of stay, and readmissions. // Ambulatory Surgery. – 2011. – № 17.2. – P. 37-42.
 159. Tilleman E.H., Kok C., Gouma D.J. Laparoscopic cholecystectomy in day care; implementation of a guideline for clinical practice. // Ned. Tijdschr. Geneeskde. – 2003. – Vol.19, № 147(16). – P. 760-763.
 160. To K.B., Cherry–Bukowiec J.R., Englesbe J.M. et al. Emergent versus Elective Cholecystectomy: Conversion Rates and Outcomes. // Surgical Infections. –2013. – Vol.14 (Dec.), №6. – P. 512–519.

161. Topal B., Peeters E, Pennichx F. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: clinical pathway implementation is efficient and cost effective and increase hospital bed capacity. // *Surgic. Endoscop.* - 2007. - Vol. 21, №7. – P.1143-1147.
162. Treska V., Skalicky T., Safranec J., Kreuzberg B. Injuries to the biliary tract during cholecystectomy. // *Rozhl. Chir.* – 2005. – Vol.1. – P. 90–97.
163. Trevino CM, Katchko KM, Verhaalen AL, Bruce ML, Webb TP Cost Effectiveness of a Fast-Track Protocol for Urgent Laparoscopic Cholecystectomies and Appendectomies // *World J Surg.* – 2016. – Vol.40 (Apr.), №4. – P. 856-862.
164. Tsushimi T., Matsui N., Takemoto Y. et al. Early laparoscopic cholecystectomy for acute gangrenous cholecystitis. // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* – 2007. – Vol.17, №1. – P.14–18.
165. Tzovaras G., Liakou P., Fafoulakis F. Et al. Is there a role for drain use in elective laparoscopic cholecystectomy? A controlled randomized trial. // *Am J Surg.* – 2009. – Vol. 197, № 6. – P. 759-763.
166. van Boxel G.I., Hart M., Kiszley A., Appleton S. Elective day-case laparoscopic cholecystectomy: a formal assessment of the need for outpatient follow-up. // *Ann R Coll Surg Engl.* – 2013. – Vol. 95, № 8. – P. 561–564.
167. Vaughan J., Gurusamy K.S., Davidson B.R. Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy. // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2013. – Vol.31, №7:CD006798.
168. Velázquez–Mendoza J.D., Villagrán–Murillo F.J., González–Ojeda A. Minilaparotomy vs. laparoscopic cholecystectomy: results of a randomized clinical trial. // *Cir Cir.* – 2012. –Vol.80 (Mar–Apr), №2. – P.115 – 521.
169. Viana C., Rios H., Pinto J.P. et al. Can we go further on ambulatory cholecystectomy? One–year retrospective study comparing ambulatory and conventional laparoscopic cholecystectomy. // *Oral free papers of IAAS*

- 11th Congress on Ambulatory Surgery. 9–12 May 2015, Barcelona, Spain.
– Ambulatory Surgery. – 2015. – № 21.3. – P. 118.
170. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection // Medical Care. - 1992. - Vol.30. - P.473-483.
171. Yokoe M., Hata J., Takada T., Strasberg S.M., Asbun H.J., Wakabayashi G. et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. // J Hepatobiliary Pancreat Sci. – 2018. – Vol. 25, № 1. – P. 41–54.
172. Yu H., Chan E.E., Lingam P., Lee J., Woon W.W.L., Low J.K., Shelat V.G. Index admission laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis restores Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) score. // Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2018. – Vol. 22 (Feb.), №1. – P. 58-65.
173. Zafar S.N., Obirize A., Adesibikan B., Cornwell E.E., 3rd, Fullum T.M., Tran D.D. Optimal Time for Early Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis. // JAMA. – 2015. – Vol. 150, № 2. – P. 129-136.

Анкета подбора пациентов с ЖКБ
для лечения в условиях стационара круглосуточного наблюдения.

Пожалуйста, ответьте на указанные вопросы полностью и добросовестно.

Фамилия, имя, отчество:		
Пол:		
Возраст:		
Адрес постоянного проживания:		
Адрес временного проживания:		
Домашний телефон:		
Ваш e-mail (электронная почта):		
Укажите Ваш рост:		
Укажите Ваш вес:		
Как давно у Вас обнаружены камни в желчном пузыре?	_____ лет	
Был ли у Вас приступ острого холецистита?	ДА	НЕТ
Укажите дату последнего приступа		
Была ли у Вас желтуха (кроме болезни Боткина)?	ДА	НЕТ
Были ли раньше у Вас операции на органах брюшной полости?	ДА	НЕТ
Если да – укажите какие:		
Есть ли у Вас аллергия на новокаин и другие анестетики, антибиотики?	ДА	НЕТ
Были ли у Вас или ваших родственников осложнения наркоза/анестезии?	ДА	НЕТ
Если да – укажите какие:		
Есть ли у Вас признаки повышенной кровоточивости	ДА	НЕТ

(частые носовые кровотечения, кровь из ран и порезов длительно не сворачивается, склонность к образованию синяков)?		
Есть ли у Вас заболевания сердца и сосудов (стенокардия, аритмия, гипертония, инфаркт миокарда, порок сердца и т.п.)?	ДА	НЕТ
Если да – укажите какие:		
Есть ли у Вас заболевания лёгких (бронхиальная астма, хронический бронхит, эмфизема и т.п.)?	ДА	НЕТ
Если да – укажите какие:		
Есть ли у Вас заболевания печени (гепатит, жировой гепатоз, цирроз и т.п.)?	ДА	НЕТ
Если да – укажите какие:		
Есть ли у Вас заболевания почек (почечная недостаточность, нефрит, пиелонефрит и т.п.)?	ДА	НЕТ
Если да – укажите какие:		
Есть ли у Вас заболевания вен (тромбоэмболия лёгких; варикоз, тромбоз, тромбофлебит и т.п.)?	ДА	НЕТ
Если да – укажите какие:		
Есть ли у Вас заболевания позвоночника и суставов , ограничивающие Вашу двигательную активность (остеохондроз, радикулит, грыжа диска, ревматизм, артрозо-артрит и т.п.)?	ДА	НЕТ
Если да – укажите какие:		
Болеете ли Вы сахарным диабетом?	ДА	НЕТ
Если да – укажите минимальный и максимальный уровень сахара крови в течение последнего месяца:	мин. _____	макс. _____
Есть ли у Вас заболевания нервной системы (мигрень,	ДА	НЕТ

паралич, инсульт, рассеянный склероз, депрессия, психические заболевания и т.п.)?				
Если да – укажите какие:				
Есть ли у Вас инфекционные заболевания (гепатит В/С, ВИЧ, туберкулёз и т.п.)?			ДА	НЕТ
Есть ли у Вас желудочно-кишечные заболевания (изжога, гастрит, язва и т.п.)?			ДА	НЕТ
Есть ли у Вас хронические заболевания кожи живота?			ДА	НЕТ
Состоите ли Вы на диспансерном учёте с каким-либо заболеванием?			ДА	НЕТ
Если да – укажите заболевание:				
Какие лекарства Вы принимаете?				
Вы принимаете наркотики ?			ДА	НЕТ
Вы курите?			ДА	НЕТ
Вас укачивает в транспорте?			ДА	НЕТ
Есть ли у Вас сопровождающий, который будет с Вами в течение первых суток после выписки?			ДА	НЕТ
Есть ли у Вас съёмные зубные протезы, мосты, коронки?			ДА	НЕТ
Как часто вы употребляете алкоголь?	никогда	редко	часто	ежедневно
ДЛЯ ЖЕНЩИН: Вы беременны?			ДА	НЕТ

**Рекомендации пациенту о поведении после выписки из
стационара досуточного наблюдения**

Уважаемый пациент! После выписки из стационара досуточного наблюдения необходимо соблюдать следующие правила:

1. первые 24 часа пребывания дома необходимо присутствие взрослого сопровождающего (родственника или сиделки);
2. в первые 48 часов после операции необходимо ограничить любую физическую нагрузку и посещение душа;
3. в течение 2 недель после выписки необходимо исключить поездки на общественном транспорте, посещение бассейна, сауны и фитнеса, занятия с детьми, самостоятельное вождение автомобиля; в этот срок желательно ограничить сексуальные отношения;
4. в течение 2 недель необходимо соблюдать диету с ограничением острой, солёной, жирной и жареной пищи, принимать пищу необходимо малыми порциями 4-5 раз в день.

При усилении болей в животе, появлении лихорадки, тошноты, рвоты или обильном промокании повязок кровью Вам нужно в любое время связаться с нами по телефону:

8:00-17:00 _____

17:00-8:00 _____ (дежурная служба)

Опросник для определения качества жизни у хирургических больных в раннем послеоперационном периоде

Ф.И.О. больного _____

Дата исследования _____ контрольная точка N _____

Инструкция: Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

I. Оценка физического состояния

1. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

Тип нагрузки	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
а. Питье из чашки	1	2	3
б. Сидеть в кровати	1	2	3
в. Вставать с кровати	1	2	3
г. Ходьба на 10 метров (в пределах палаты/комнаты)	1	2	3
д. Ходьба на 50 метров (в пределах отделения/квартиры)	1	2	3

2. Насколько сильную физическую боль Вы испытываете в настоящее время? (обведите одну цифру)

Совсем не испытываю	Очень слабую	Слабую	Умеренную	Сильную	Очень сильную
6	5	4	3	2	1

3. Оцените, пожалуйста, присутствие у Вас следующих признаков на сегодняшний день. (обведите одну цифру в каждой строке)

Симптом	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
а. Тошнота	1	2	3	4	5
б. Головокружение	1	2	3	4	5
в. Общая слабость	1	2	3	4	5

II. Социальный статус

4. Общаетесь ли Вы с соседями по палате, отделению, дому?

(обведите одну цифру)

Совсем не общаюсь	Мало общаюсь	Приблизительно половину времени	Большую часть времени	Все время
1	2	3	4	5

5. Общаетесь ли Вы с родственниками и знакомыми, приходящими Вас проводить? (обведите одну цифру)

Совсем не общаюсь	Мало общаюсь	Приблизительно половину времени	Большую часть времени	Все время
1	2	3	4	5

6. Конфликтуете ли Вы с медицинскими сотрудниками, соседями по палате, родственниками? (обведите одну цифру)

Совсем не конфликтую	Мало конфликтую	Приблизительно половину времени	Большую часть времени	Все время
5	4	3	2	1

III. Эмоциональный фон

7. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствуете. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. (обведите одну цифру в каждой строке)

Вопрос	Постоянно	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
а. Имеются ли у Вас нарушение сна, прерывистый сон, затрудненное засыпание, раннее пробуждение?	1	2	3	4	5
б. Беспокоит ли Вас замедленное мышление, нарушение концентрации внимания, снижение двигательной активности?	1	2	3	4	5
в. Беспокоят ли Вас следующие проявления: сердцебиения, головная боль, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение?	1	2	3	4	5

8. Следующие вопросы касаются того, какое у Вас настроение.

Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру в каждой строке)

Вопрос	Постоянно	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
а. Чувствуете ли Вы себя подавленным, беспомощным. Посещает ли Вас чувство безнадежности, собственной малозначимости?	1	2	3	4	5
б. Беспокоит ли Вас напряжение и раздражительность по незначительным поводам?	1	2	3	4	5
в. У меня есть ощущение, что я не могу собраться и взять себя в руки.	1	2	3	4	5

IV. Общая оценка здоровья и благополучия

9. В целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья как:

(обведите одну цифру)

Отличное	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое
5	4	3	2	1

10. В целом Вы оценили бы качество Вашей жизни как:

(обведите одну цифру)

Отличное	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое
5	4	3	2	1

11. В целом Вы отмечаете улучшение своего самочувствия?

(обведите одну цифру)

Значительное улучшение	Умеренное улучшение	Слабое улучшение	Улучшения нет
4	3	2	1

12. Решаете ли Вы самостоятельно проблемы, связанные с финансовыми, социальными, личностными потребностями? (обведите одну цифру)

Полностью	Почти все	Примерно половину	Некоторые	Нет, не решаю
5	4	3	2	1

Результаты опроса (заполняется исследователем)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Всего
Физический статус			Социальный статус			Эмоциональный фон			Общее здоровье			