

УДК 616-08-035

© М. А. КАШТАЛЬЯН, В. В. ПАВЛИШИН, А. А. КОЛОТВИН

Одесский национальный медицинский университет
Военно-Медицинский клинический центр Южного региона, Одесса

Опыт хирургического лечения пациентов с хроническим калькулезным холециститом в стационаре короткого пребывания

M. A. KASHTALYAN, V. V. PAVLYSHYN, A. A. KOLOTVYN

Odesa National Medical University
Military Medical Clinical Center of the Southern Region, Odesa

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN A SHORT STAY HOSPITAL

Широкое внедрение лапароскопических технологий в абдоминальной хирургии началось с конца XX века. Первая лапароскопическая холецистэктомия, выполненная Erich Muhe в сентябре 1985 г., послужила началом широкого внедрения эндоскопических технологий. В странах Европы, США, некоторых странах Азии получила распространение хирургия одного дня (day case surgery), которая подразумевала предельное сокращение стационарного лечения хирургических больных на срок не более 24 ч.

В 2010–2014 гг. в нашей клинике выполнено 3867 лапароскопических холецистэктомий. По поводу хронического калькулезного холецистита оперировано 2537 (65,6 %) больных. 429 (11,1 %) пациентов с желчнокаменной болезнью находились в стационаре одних суток, из них по поводу хронического калькулезного холецистита – 381. Преобладали женщины (87,1%). Средний возраст пациентов составил (46±2) года.

За 3–5 дней до предполагаемой госпитализации проводилось комплексное амбулаторное обследование. Исключались больные с подозрением на холедохолитиаз (эпизоды желтухи в анамнезе, расширение холедоха по данным УЗИ). Перед плановой госпитализацией пациенты осматривались анестезиологом, при отсутствии противопоказаний – информировались о возможности пребывания в условиях стационара одних суток. Лечение в стационаре короткого пребывания предлагали больным без существенной сопутствующей патологии (критерии ASA I–II).

Лапароскопическую холецистэктомию выполняли по общепринятой методике. В послеоперационном периоде не применялись наркотические анальгетики.

Антибиотикопрофилактику проводили по общепринятой схеме. По показаниям проводили тромبوпрофилактику низкомолекулярными гепаринами. При выявлении аномалий развития или вследствие технических трудностей такие пациенты продолжали стационарное лечение столько, сколько требовало клиническое течение. Предшествующие операции на органах брюшной полости не являлись абсолютными противопоказаниями, окончательное решение принималось интраоперационно.

Из запланированных в стационар короткого пребывания 563 пациентов с желчнокаменной болезнью операция и лечение в предполагаемые сроки состоялись у 429. Из 2537 лапароскопических холецистэктомий по поводу хронического калькулезного холецистита 381 (15,0 %) проводилась в стационаре одних суток.

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

Тяжелых осложнений не было.

Пациентов выписывали при полной уверенности в благополучном течении послеоперационного периода не более чем через 24 ч после поступления.

Выполнение лапароскопической холецистэктомии в условиях стационара одних суток возможно до 15–20 % больных с хроническим калькулезным холециститом.

При выполнении лапароскопической холецистэктомии в стационаре одних суток необходим тщательный отбор.

Получено 12.01.15