

### FAST TRACK SURGERY: ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Конурбаева Ж.Т., Айтикеев А.У.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе дискутируются первые результаты реализации программы Fast track surgery (FTS) «быстрый путь в хирургии» в лечении 50 больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Программа FTS осуществлялась на до-, интра- и послеоперационном периодах. Использование программы способствовало реабилитации, улучшению качества жизни, снижению срока нахождения в стационаре и уменьшению материальных затрат на лечение.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, лечение, программа FTS.

### FAST TRACK SURGERY: ӨТ БАШТЫКЧАСЫНЫН ӨНӨКӨТ ТАШ ООРУСУ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН ХИРУРГИЯЛЫК ООРУЛУУЛАРДЫ КАРООНУН ТАЖРЫЙБАСЫ

**Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Конурбаева Ж.Т., Айтикеев А.У.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№ 1 шаардык клиникалык оорукана

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул иште өт баштыкчасынын өнөкөт таш оорусу менен жабыркаган 50 ооруюну Fast track surgery (FTS) «хирургиядагы кыска жол» программасын колдонуп, дарылоонун биринчи жыйынтыктары талкуулоого алынды. FTS программасы өз ичине операцияга чейинки, операция учурунда жана операциядан кийинки учурларды камтыйт. Бул программаны колдонууда реабилитациялоонун убактысы кыскарат, жашоонун сапаты мыктыланат, бейтаптардын стационардык дарылануусунун убактысы кыскарат жана материалдык чыгымдары азаят.

**Негизги сөздөр:** өт баштыкчасынын өнөкөт таш оорусу, дарылоо, FTS программасы.

### FAST TRACK SURGERY: EXPERIENCE OF SURGICAL PATIENTS WITH CHOLLITHIASIS

**Omorov R.A., Osmonaliev B.K., Konurbaev Z.T., Aitikeev A.U.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

City clinical hospital № 1

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Are discussed in the first results of the implementation of the program Fast track surgery(FTS) in the treatment of 50 patients with chollithiasis.FTS program includes: preoperative, intraoperative and postoperative periods. Using the program helps to reduce the time of rehabilitation and improves the quality of life of patients and also reduces the time spent in hospital and material costs for treatment.

**Keywords:** chollithiasis, treatment, FTS program.

#### **Актуальность.**

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)—одно из наиболее распространенных заболеваний в мире и занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. По клинико-эпидемиологическим данным в последние 40 лет заболеваемость холелитиазом за каждые 10 лет удваивается, 10-20% взрослого населения в мире являются носителями камней в желчном пузыре [1, 2].

В результате поиска эффективных методов лечения хирургических пациентов с минимальным риском возникло новое понятие – Fast track surgery (FTS) «быстрый путь в хирургии»[3, 4]. Предложенная датским анестезиологом Henrik Kehlet в 90-е годы прош-лого века программа охватывает до-, интра- и послеоперационную периоды, целью которой является уменьшение периода нахождения в стационаре, количества послеоперационных осложнений и материальных затрат на лечение [5].

Подбор методов обезболивания, мало-инвазивных способов оперативного лечения, контроля болевого синдрома и активного послеоперационного восстановления в FTS уменьшает стрессовые реакции и дисфункцию органов, значительно сокращая время, необходимое для полного восстановления. Максимально принципам FTS соответствует применение малоинвазивных способов.

Растущий интерес к этой программе отражается в абдоминальной хирургии [6, 7], онкологии [8], гинекологии [9, 10], урологии [11]. J. Wind суммировал и идентифицировал факторы, входящие в состав fast track программы в рандомизированных исследованиях и мета-анализе (табл. 1) [12].

#### **Материалы и методы.**

В настоящей работе нами проведен многофакторный анализ оперативного лечения больных с ЖКБ, основанный на реализации программы FTS в нашей клинике. В исследование были включены 50 пациентов с хроническим калькулезным холециститом, оперированных в городской клинической больнице №1 (ГКБ №1) за период с сентября по декабрь 2014 года. Женщин было 45 (90%), мужчин - 5 (10%). Возраст пациентов колебался от 25 до 72 лет, средний возраст составил  $48 \pm 5,2$  года. Длительность заболевания от 1 года до 7 лет. У 8 (16%) пациентов имелась сопутствующая патология: гипертоническая болезнь 2 степени (7 больных), хронический пиелонефрит вне обострения (1 больной). В программу FTS не были включены больные с острым калькулезным холециститом, осложнения ЖКБ (синдром Мириззи, холедохолитиаз, холангит, стриктура сфинктера Одди), с ожирением 4 степени и тяжелые соматические заболевания в стадии

**Таблица 1.  
Fast track факторы (WindJ., 2006)**

1	Дооперационное информирование пациента
2	Отказ от подготовки кишечника перед операцией
3	Отказ от премедикации
4	Применение пробиотиков перед операцией
5	Отказ от полного голодания перед оперативным вмешательством
6	Применение раствора декстрозы (глюкозы) за 2 ч до операции
7	Регионарная анестезия, короткодействующие анестетики
8	Адекватный объём инфузии в периоперационном периоде
9	Короткие разрезы (мини-инвазивный доступ, поперечные разрезы)
10	Профилактика дооперационной гипотермии
11	Применение высоких концентраций O <sub>2</sub> интраоперационно
12	Неопиоидная аналгезия
13	Отказ от рутинного использования дренажей и назогастральных зондов
14	Раннее удаление мочевого катетера
15	Прокинетики
16	Раннее начало послеоперационного перорального питания
17	Ранняя мобилизация

декомпенсации.

Предоперационное обследование пациентов проводилось по общепринятой методике, помимо общеклинических анализов, определения сахара крови, группы крови и резус фактора, маркеров ВГ В, С, ИФА на ВИЧ и сифилис, ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки использовали ультразвуковое исследование до и после операции.

**Результаты и обсуждение.**

Согласно программе FTS, все мероприятия были проведены на 3 этапах: до -, интра - и послеоперационном.

На предоперационном этапе:

- при первичном обращении обследовании проводилось подробное информирование пациента о предстоящих медицинских процедурах, операции, послеоперационном периоде;

- госпитализация пациента в стационар осуществлялась в день операции, пациент не ограничивал питание до вечера накануне перед операцией. С применением принципов доказательной медицины продемонстрировано, что дооперационное голодание снижает резервы гликогена и вызывает послеоперационную устойчивость к инсулину. Уменьшение выраженности страха в результате выброса эндогенных опиоидов, в свою очередь, приводит к снижению интраоперационной потребности в анестетиках [3,13];

- пациентам не проводилась механическая подготовка кишечника (очистительные клизмы, слабительные средства). По данным рандомизированных исследований, необходимость механической подготовки

кишечника к операции не считают обоснованной [13];

- перед операцией не проводилась премедикация, но обязательно проводили антибиотикопрофилактику (цефтриаксон 1,0 в/м) [14].

На интраоперационном этапе:

- все пациенты прооперированы под эндотрахеальным наркозом из мини доступа. Болевой синдром и легочная дисфункция встречаются реже, если вместо длинного вертикального лапаротомного разреза используют поперечные или наклонные разрезы, из-за меньшего количества затронутых дерматомов [13]. С 1996 года в ГКБ №1 проф. Оморовым Р.А. внедрена минилапаротомная холецистэктомия, при которой желчный пузырь удаляется наклонным кожным разрезом в правом подреберье длиной не более 3-4 см. Лапароскопические доступы не избавляют пациентов от послеоперационной боли, которая возникает в результате раздражения брюшины угольной кислотой, используемого при карбоксиперитонеуме. По литературным данным, упрооперированных при отсутствии газовой инсuffляции с использованием изопневматического режима с применением лапаролифтинга, послеоперационной боли практически нет или она выражена слабо [15].

Всем 50 пациентам проведено дренирование подпеченочной области и на 1-3 сутки после ультразвукового контроля дренажи удалены.

- во время операции и в послеоперационном периоде проводилось активное согревание пациента, укрывание неоперируемых частей тела и назначение подогретых инфузионных растворов, что помогло поддерживать

нормотермию. Развитие интраоперационной гипотермии влечет за собой ухудшение гемостаза с увеличением внутри - и послеоперационной кровопотери, усиление послеоперационной дрожи с повышенным потреблением кислорода и повышение риска ишемии миокарда [16].

В послеоперационном периоде:

- для послеоперационной аналгезии использовали ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты. Болевой синдром – один из главных факторов, влияющий на длительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре;

- употребление жидкости до вечера накануне операции и отказ от механической подготовки кишечника приводило к отсутствию гиповолемии в начале операции и снижению инфузий. В первые сутки после операции вместе с потреблением жидкости назначали инфузии в объеме 800 - 1000 мл. Оптимизированная инфузионная терапия предупреждает гиповолемию и чрезмерную инфузии кристаллоидов, которые могут привести к отекам, ухудшению оксигенации тканей и замедлению заживления ран [17];

- при наличии тошноты и рвоты проводили фармакологическую терапию (церукал и анальгетики без использования наркотических препаратов), не применяли назогастральную интубацию.

- все пациенты были переведены из реанимации в отделение. Ранняя мобилизация проводилась всем пациентам через 6-8 часов после операции (при адекватной аналгезии), что само по себе привело к отказу от катетеризации мочевого пузыря. Постельный режим усугубляет потерю мышечной массы, ухудшает легочные функции, предрасполагает к венозному застою и тромбозам, а также способствует послеоперационному образованию спаек.

При анализе результатов оперативного лечения 50 больных осложнений в раннем послеоперационном периоде и случаев летальности не было. Отсутствие осложнений объясняем применением программы FTS, подробным информированием пациентов, отказом от подготовки кишечника, минимальной операционной травмой, более быстрым выходом из наркоза, незначительной выраженностью болевого синдрома, отсутствием пареза кишечника, устранением применения наркотических анальгетиков, отказом от назогастрального зонда и мочевого катетера, а также ранней мобилизацией.

## Выводы.

Таким образом, использование fast track программы в лечении ЖКБ, основанной на принципах доказательной медицины, значительно ускоряет послеоперационное восстановление, уменьшает количество осложнений и койко-дни до 4-5 суток. Полученные результаты поднимают вопрос о необходимости изменения традиционной системы хирургической помощи в пользу FTS программы, для улучшения послеоперационных результатов, последующего применения и изучения каждого из компонентов программы и при других заболеваниях.

## Литература:

1. *Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. Под ред. В.Т.Ивашкина. М.: ООО «Издам. дом «М-Вест», 2002.-416 с.*
2. Sun H., Tang H., Jiang S. Gender and metabolic differences of gallstone diseases // *World J.Gastroenterol.* 2009.-Vol. 21, 15 (15). –P. 1886-1891.
3. Grigoras I. Fast track surgery // *J. de Chirurgie Iasi.* - 2007. - Vol. 3, N 2. - P. 89-91.
4. Plodr M., Ferko A. Fast track in surgery // *Rozhl. Chir.* - 2005. - Vol. 84, N 11. - P. 557-560.
5. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation.Br. *J. Anaesth.*,1997. -78: 606–617.
6. Counihan T.C., Fravuzza J. Fast track colorectal surgery // *Clin. Colon. Rectal Surg.* — 2009. — Vol. 22,N 1. — P. 50–72.
7. Schwenk W., Raue W., Haase O. «Fast track» colonic surgery — first experience with a clinical procedure for accelerating postoperative recovery // *Chirurg.* — 2004. —Vol. 5, N 75. — P. 508–514.
8. Wichmann M.W., Roth M., Jaucli K.V., Bruns C.J. A prospective clinical study for multimodal «fast track» rehabilitation in elective pancreatic cancer surgery // *Rozhl. Chir.* — 2006. — Vol. 85, N 4. — P. 169–175.
9. Антунин Э.Э., Уваров Д.Н., Свирский Д.А. Концепция fasttrackхирургии и роль анестезиолога в её использовании при кесаревом сечении // *Анестезиол. и реаниматол.* — 2011. — №3. — С. 33–36.
10. Pruthi R., Niesen M., Smith A. Fast track program in patients undergoing radical cystectomy. Results in 362 consecutive patients // *J. Amer. Coll. Surg.* — 2010. — Vol. 210. — P. 93–99.
11. RecartA., Duchene D., White P.F. Efficacy and safety of fast track recovery strategy for patients undergoing laparoscopic nephrectomy // *J. Endourol.* — 2005. — Vol. 19. — P. 1165–1169.
12. Wind J., Polle S.V., Fung Kon Jin H.P. et al. Systematic review of enhanced recovery programmers in colonic surgery // *Brit. J. Surg.* — 2006. — Vol. 93. — P. 800–809.
13. Zonea P., Stigler J., Maly T. Do we really apply fast track surgery? // *Bratisl. LekListy.* — 2008. — Vol. 109, N 2. — P. 61–65.
14. Bratzler D., Dellinger E., Olsen K. // *Am. J. HealthSyst. Pharm.*— 2013.— Vol.70.— P.195–283.
15. МазитоваМ.И., Ляпахин А.Б. Безгазовая лапароскопия в гинекологии как альтернатива классической эндоскопии // *Казан.мед. эж.* — 2008. — №4. — С. 498–502.
16. Counihan T.C., Fravuzza J. Fasttrackcolorectalsurgery // *Clin. Colon. Rectal Surg.* — 2009. — Vol. 22, N 1. — P. 50–72.
17. Kehlet H., Bundgaard-Nielsen M. Goal-directed perioperative fluid management: why, when, and how? // *Anesthesiology.* — 2009. — Vol. 110, N 3. — P. 453–455.