
© Саволюк С.І., Лисенко В.М., Зубаль В.І., Балацький Р.О.

УДК: 616.366-003.7-089.87-032:616.381-072.1-089.168

¹Саволюк С.І., ¹Лисенко В.М., ²Зубаль В.І., ¹Балацький Р.О.

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, МОЗ України (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112), ²Київська міська клінічна лікарня №8, МОЗ України (вул. Юрія Кондратюка, 8, м. Київ, Україна, 04201)

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ЖОВЧНО-КАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

Резюме. *Мета роботи - покращити безпосередні результати оперативного лікування хворих з жовчно-кам'яною хворобою шляхом впровадження в практику мультимодальної програми швидкого відновлення. В дослідження залучено 156 хворих з ЖКХ. Серед пацієнтів переважали жінки (114 осіб, 61,3%). Хворим основної групи виконували інтратекальну анестезію з правобічною поверхневою блокадою шийного сплетіння і термінальну анестезію діафрагми та попереднє знеболення троакарних ран. У контрольній групі знеболення проводилось за стандартною методикою ендотрахіального наркозу.*

Всім пацієнтам, що входили в основну та контрольну групи при лапароскопічній холецистектомії, формування кукси міхурової протоки, здійснювали за допомогою технології електрозварювання біологічних тканин. Суб'єктивна оцінка якості життя та задоволеності результатами лікування виявились статистично достовірно кращими в основній групі пацієнтів. Рівень больових відчуттів за ВАШ в основній групі становив $2,5 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) бали (за 10 бальною шкалою), задоволеність результатом лікування - $4,6 \pm 0,2$ ($p > 0,05$) бали за 5-ти бальною шкалою. Середній ліжко-день склав $1,0 \pm 0,5$ доби. В контрольній групі рівень больових відчуттів за ВАШ пацієнти оцінили в $5,5 \pm 0,3$ бали, задоволеність результатом лікування - в $3,6 \pm 0,2$ бали. Середній ліжко-день хворого в стаціонарі становив $3,0 \pm 0,5$ доби. Лапароскопічна холецистектомія, поєднана із мультимодальною програмою швидкого відновлення, є безпечною лікувальною стратегією, що може стати альтернативою стандартним методикам лікування та реабілітації хворих з ЖКХ.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, жовчно-кам'яна хвороба, мультимодальна програма швидкого відновлення, електрозварювання біологічних тканин.

Вступ

Мультимодальна програма швидкого відновлення, або Fast track surgery (FTS) зарекомендувала себе як ефективний спосіб пери-, інтра- та післяопераційного лікування хірургічних хворих, і передбачає перегляд багатьох стандартів, що давно стали класичними для вітчизняних клінік.

Програма FTS була розроблена датським анестезіологом, професором Henrik Kehlet в 90 рр. ХХ століття і направлена на мінімізацію операційної травми, що забезпечує одужання хворого без ускладнень у найкоротший термін.

Дослідження, проведені за минулі декади, засвідчили перспективність мультимодальної програми за рахунок мінімізації травматичного впливу на організм пацієнта і достовірного зниження рівня післяопераційних ускладнень, що дозволяє визнати цей напрям актуальним для подальших досліджень [14].

Програма FTS розроблена із врахуванням патофізіологічних принципів, що покликані знизити реакцію організму на стрес від хірургічної травми та болю, та покликана пришвидшити одужання за рахунок ранньої активізації та ентерального харчування, по можливості максимально скоротити термін перебування хворого у стаціонарі, оскільки фактор раннього повернення до звичного середовища та типу життя сприятливо впливає на хворого.

Згідно з визначенням її автора, програма FTS "...передбачає застосування епідуральної або регіонарної анестезії, малоінвазивних оперативних втручань і техніки агресивної післяопераційної реабілітації, які включають раннє ентеральне харчування і ранню активізацію. У комбінації ці заходи дозволяють знизити стресорні реакції організму і значно скоротити час, необхідний для повного відновлення" [19].

В 2006 році J.Wind опублікував перший мета-аналіз, в якому були виділені компоненти програми FTS та було проведено оцінку їх ефективності з позиції доказової медицини. В даний час FTS широко застосовується в спеціалізованих та загальнохірургічних клініках; ефективність і економічна доцільність цього підходу підтверджені достатньою доказовою базою [30].

Розвиток лапароскопії не оминув і невідкладної хірургії, що активно інтегрувала в себе надбання та переваги лапароскопічних операцій [17, 24].

Серед дорослого населення, за даними різних ав-

торів, частота виникнення ЖКХ становить 10-15 %, причому у жінок частота виникнення даної патології в 4-6 разів вища [25, 26]. Проблема лікування ЖКХ сьогодні залишається однією з найбільш актуальних тем хірургії і медицини загалом [12]. У наш час використовуються три основних способи холецистектомії: традиційна, лапароскопічна і операція з міні-доступу.

Перша лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) була виконана Muhe з Боблінчена (Німеччина) в 1985р. У подальшому через 2 роки в березні 1987р. ЛХЕ почав виконувати Mounet (Ліон, Франція). Крім загальної хірургії Mounet займався ще оперативною гінекологією, для хірургічних втручань широко використовував лапароскоп. Penissort (Бордо, Франція) в листопаді 1988 р. почав виконувати ЛХЕ за власно розробленою методикою.

Недоліками традиційної холецистектомії є травматичність лапаротомного доступу, небезпека виникнення інфекційних ранових ускладнень, післяопераційних гриж. У зв'язку з цим здійснювалися пошуки малоінвазивних методів лікування [2]. Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), незважаючи на підвищений ризик специфічних ускладнень, отримала в наш час статус "золотого стандарту" в лікуванні захворювань жовчного міхура. Питома вага ЛХЕ в розвинених країнах світу дорівнює 95 % всіх холецистектомій, а географія її впровадження прогресивно розширюється [9, 11].

Поєднання радикальності втручання з малою травматичністю визначає основні переваги ЛХЕ у порівнянні з традиційною холецистектомією: зменшується інтенсивність больового синдрому [15]; виявляється більше щадною дія на нейроендокринну систему з меншим ступенем тканинної гіпоксії, ендотоксикозу і зниженням імунологічної реактивності [22, 23, 27]; скорочується кількість ранових інфекційних ускладнень [21]; зменшується ризик розвитку післяопераційних гриж; скорочуються терміни нерухомості, перебування в стаціонарі і, як наслідок, раніше відновлюється працездатність [2]. За літературними даними тривалість післяопераційного лікування хворих після ЛХЕ складає 5,9 діб, час операції - 59,4 хвилин, інтраопераційна крововтрата - 39 мл, тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії - 0,9 діб, тривалість використання наркотичних анальгетиків - 0,7 діб в середньому [10].

ЛХЕ виконується за тими ж показаннями, що й традиційна холецистектомія. Якщо на початку освоєння

методу деякі автори відносили до протипоказань для виконання ЛХЕ обтураційну жовтяницю і холедохолітаз, то досвід сучасних хірургів дозволяє успішно вирішити цю проблему [3, 13]. Водночас, одночасно з визнаними перевагами, відмічаються й певні недоліки ЛХЕ. Операційна летальність, за даними літератури, коливається від 0 до 0,1 %. Середня частота розвитку ускладнень, за даними різних авторів, складає 1-5,1 %, досягаючи в деяких спостереженнях 24,5 % [16, 29, 31]. Дані літератури, присвячені ускладненням ЛХЕ, свідчать, що проблема, незважаючи на досвід, що накопичується, зберігає свою актуальність [18, 20].

Таким чином, широке впровадження в клінічну практику малоінвазивних технологій та їх вдосконалення значно покращують результати лікування ЖКХ і в наш час лапароскопічна холецистектомія є провідним хірургічним методом лікування хворих з патологією жовчного міхура. Аналіз літературних джерел демонструє, що при ЛХЕ відмічаються складні і не вирішені проблеми, специфічні для цієї операції. Проведення лапароскопічної холецистектомії нерідко не вдається або супроводжується важкими ускладненнями, обумовленими рядом причин: порушенням нормальної анатомії в області гепатодуоденальної зв'язки внаслідок вираженого рубцово-спайкового чи інфільтративного процесів, наявністю синдрому Міррізі, виявленим інтраопераційно холедохолітазом, існуванням біліодигестивних свищів тощо. Останніми роками простежується чітка тенденція до зниження числа ускладнень та їх тяжкості, а також зменшення відсотка конверсій, що пов'язують з підготовкою кваліфікованих кадрів, відпрацюванням оперативної техніки і більш досконалим відбором хворих, водночас шляхи покращення результатів ЛХЕ є актуальною проблемою сьогодення, які потребують подальшої оптимізації.

Сучасна хірургія активно інтегрує у себе досягнення електроніки, інженерних наук та інших галузей, які ще вчора було важко пов'язати із медициною. В останні десятиріччя чітко відмічається тенденція до збільшення відсотку використання електромагнітної енергії у порівнянні з механічною не тільки для роз'єднання, а й для відновлення структури тканин під час хірургічного втручання.

Актуальне питання при ЛХЕ сьогодення полягає у відсутності чужорідного матеріалу (лігатур, кліпс), які викликають негативні наслідки (запальні реакції) у ділянці оперативного втручання [1]. Альтернативою цьому в наші дні стала зварювальна технологія, яка вже протягом двадцяти років застосовується в хірургії [4, 28].

Мета роботи - покращити безпосередні результати оперативного лікування хворих з жовчно-кам'яною хворобою шляхом впровадження в практику мультимодальної програми швидкого відновлення.

Матеріали та методи

До клінічного аналізу включені 156 хворих з ЖКХ,

що перебували на лікуванні в хірургічних відділеннях клініки хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика в 2013 - 2015рр., і яким виконана ЛХЕ. Чоловіків - 54 (34,6%), жінок - 102 (65,4%). У мультимодальну програму швидкого відновлення включено: інтратекальна анестезія з правобічною поверхневою блокадою шийного сплетення (ППБШС), локальна анестезія шкіри і м'яких тканин у місці інтервенції троакарів та термінальна анестезія діафрагми (ТАД) 0,25% розчином лонгокаїну, лапароскопічна холецистектомія з формуванням кукси міхурової протоки за допомогою технології зварювання біологічних тканин.

Критерії оцінювання: вік, вага, зріст, індекс маси тіла, тривалість операції та післяопераційного перебування в стаціонарі, частота післяопераційних ускладнень, рівень больових відчуттів за візуально - аналоговою шкалою болю (ВАШ) через 6, 12 і 24 години після операції, задоволеність пацієнта результатом лікування за 5-бальною шкалою при виписці та за допомогою телефонного опитування на 14-у та 30 добу після операції.

Хворим основної групи виконували інтратекальну анестезію з ППБШС (Патент на корисну модель №90638 "Спосіб профілактики та лікування постлапароскопічного больового плече-лопаткового синдрому") [8] та ТАД (Патент на корисну модель №90814 "Пристрій для виконання термінальної анестезії діафрагми при лапароскопії", Патент на корисну модель №92481 "Спосіб профілактики больового френікус-синдрому в післяопераційному періоді") [5, 7]. В якості місцевого анестетика для ППБШС та ТАД використовували 0,25% розчин лонгокаїну в об'ємі 10 і 20 мл відповідно. У контрольній групі знеболення проводилось за стандартною методикою ендотрахіального наркозу.

В основній групі хворих перед інтервенцією троакарів місцево виконували інфільтрацію м'яких тканин 0,25% розчином лонгокаїну (сумарно близько 20 мл).

Всім хворим, що входили в основну та контрольну групи, при ЛХЕ для обробки міхурової протоки з артерією використовували технології електрозварювання біологічних тканин апаратом ЕКВЗ - 300 "Патонмед" (Патент корисну модель №97473 "Спосіб обробки міхурової протоки з артерією") [6], що не потребує додаткового використання шовного матеріалу та кліпс.

Результати. Обговорення

156 хворим було виконано ЛХЕ. Вік пацієнтів коливався від 24 до 65 років. До основної групи увійшли 85 (54,5%) хворих, яким хірургічне лікування проводилось за програмою FTS. В контрольну групу включено 71 (45,5%) хворих, яким оперативне втручання виконано згідно із загальним протоколом лікування та реабілітації хворих після ЖКХ. Основна та контрольна групи були репрезентативні. Не було відмічено значимих відмінностей за статеві-віковою структурою, індексом маси тіла, тривалістю оперативного втручання. Конверсії відсутні в обох групах. Середня тривалість операції у

досліджуваній групі була 45 ± 5 хвилин, у контрольній - 55 ± 10 хвилин ($p=0,37$). Рівень больових відчуттів за ВАШ в основній групі склав $2,5 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) бали (за 10 бальною шкалою), задоволеність результатом лікування - $4,6 \pm 0,2$ ($p > 0,05$) бали за 5-ти бальною шкалою. Середній ліжко-день склав $1,0 \pm 0,5$ доби. В контрольній групі рівень больових відчуттів за ВАШ пацієнти оцінили в $5,5 \pm 0,3$ бали, задоволеністю результатом лікування - в $3,6 \pm 0,2$ бали за 5-ти бальною шкалою. Середній ліжко-день хворого в стаціонарі склав $3,0 \pm 0,5$ доби. В післяопераційному періоді хворим обох груп антибактеріальну терапію не проводилась.

У перші 4 - 6 годин після операції постлапароскопічний больовий плече-лопатковий синдром (ПБПЛС) виник у 36 (23,1%) хворих. В основній групі ПБПЛС відмічено у 8 (9,4%) хворих та у 28 (39,4%) хворих контрольної групи, який у 31 (86,1%) був ліквідований

шляхом введенням спазмолітичних та нестероїдних протизапальних препаратів, а в 5 (13,9%) хворих - після виконання поверхневої блокади шийного сплетення на рівні С4. (Патент на корисну модель "Спосіб профілактики та лікування постлапароскопічного больового плече-лопаткового синдрому" [8]).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Достовірно кращі результати отримано у хворих, яким застосували мультимодальну програму швидкого відновлення.

Лапароскопічна холецистектомія, поєднана із мультимодальною програмою швидкого відновлення, є безпечною лікувальною стратегією, що може стати альтернативою стандартним методикам лікування та реабілітації хворих з ЖКХ.

Список літератури

1. Бычков И. В. Выбор шовного материала в хирургической практике на современном этапе / И. В. Бычков, В. И. Бычков // Вестн. эксперим. и клин. хирургии. - 2012. - № 1. - С. 219-223.
2. Егиева В. Н. Очерки лапароскопической холецистэктомии; под ред. В. Н. Егиева, И. В. Федорова, М. Н. Рудакковой. - М.: Медпрактика-М, 2008. - 100 с.
3. Лапароскопическая холецистэктомия: 5-летний опыт / М. Е. Ничитайло, А. Н. Литвиненко, В. В. Дяченко [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. - 1998. - № 3. - С. 16-19.
4. Мельник І. П. Застосування методу електрозварювання біологічних тканин у невідкладній хірургії / І. П. Мельник, В. О. Шапринський // Клініч. хірургія. - 2006. - № 4/5. - С. 44.
5. Пат. UA90814 Україна МПК А61В 17/00. Пристрій для виконання термінальної анестезії діафрагми при лапароскопії / Лисенко В.М., Паламарчук В.І., Бишовець С.М., Крестьянов М.Ю., Балацький Р.О., Зубаль В.І.; 06.2014.
6. Пат. UA97473 Україна МПК А61В 17/00. Спосіб обробки міхурової протоки з артерією / Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Крестьянов М.Ю., Балацький Р.О., Гвоздяк М.М., Зубаль В.І.; 03.2015.
7. Пат. UA92481 Україна МПК А61В 17/00. Спосіб профілактики больового френікус-синдрому в післяопераційному періоді / Бишовець С.М., Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Балацький Р.О., Зубаль В.І.; 08.2014.
8. Пат. UA90638 Україна МПК А61В 17/00. Спосіб профілактики та лікування постлапароскопічного больового плечолопаткового синдрому / Бишовець С.М., Паламарчук В.І., Лисенко В.М., Балацький Р.О., Зубаль В.І.; 06.2014.
9. Сербул М. М. Выбор тактики мининвазивного вмешательства по поводу холедохолитиаза / М. М. Сербул // Клініч. хірургія. - 2008. - № 6. - С. 15-17.
10. Тимошин А. Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов. - М.: Триад-Х, 2003. - 215 с.
11. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом / А. Н. Токин, А. А. Чистяков, Л. А. Мамалыгина [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. - 2008. - № 11. - С. 26-30.
12. Хабалов В. К. 80-90-е годы XIX столетия - период зарождения и становления хирургии желчного пузыря в России / В. К. Хабалов, Д. А. Балалыкин // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. - 2008. - № 1. - С. 76-78.
13. Черепенко І. В. Комплексне хірургічне лікування хворих похилого і старечого віку на калькульозний холецистит, поєднаний з холедохолітазом та обтураційною жовтяницею, що ускладнився гострою печінковою недостатністю: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 / Черепенко Ігор Віталійович; Вінниця, нац. мед. ун-т ім. М.І. Пирогова. - Вінниця, 2008. - 24 с.
14. Clinical benefits after the implementation of a multimodal perioperative protocol in elderly patients / J.E. Aguilar-Nascimento, A.B. Salom'o, C. Caporossi [et al.] // Arq. Gastroenterol. - 2010, jun. 47 (2). - P. 178-83.
15. Post-laparoscopic cholecystectomy pain: effects of intraperitoneal local anesthetics on pain control - a randomized prospective double-blinded placebo-controlled trial / B. N. Ahmed, A. Ahmed, D. Tan [et al.] // Am. Surg. - 2008. - Vol. 74, № 3. - P. 201-209.
16. Amir D. Frequency of complications due to laparoscopic cholecystectomy in Hamedan Hospitals / D. Amir, N. Amin // J. Pak. Med. Assoc. - 2012. - Vol. 62, № 1. - P. 13-15.
17. Diagnostic value of laparoscopy, abdominal computed tomography, and ultrasonography in acute appendicitis / I. Bachar, Z. H. Perry, L. Dukhno [et al.] // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. - 2013. - Vol. 23, № 12. - P. 982-989.
18. Helme S. Complications of spilled gallstones following laparoscopic cholecystectomy: a case report and literature overview / S. Helme, T. Samdani, P. Sinha // J. Med. Case Rep. - 2009. - Vol. 3. - P. 8626.
19. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation / H. Kehlet // Br. J. Anaesth. - 1997. - Vol. 78. - P. 606-617.
20. Biliary complications after laparoscopic cholecystectomy / U. Koirala, K. Subba, A. Thakur [et al.] // J. Nepal. Health Res. Council. - 2011. - Vol. 9, № 1. - P. 38-43.
21. Kraas E. Laparoscopic cholecystectomy - surgical standard in cholelithiasis / E. Kraas, S. Farke // Kongressbd. Dtsch. Ges. Chir. Congr. - 2002. - Vol. 119. - P. 322-327.
22. Operative stress response and energy metabolism after laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy / K. Luo, J. Li, L. Li [et al.] // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. - 2002. - Vol. 40, № 12. - P. 923-926.
23. Surgical trauma in laparoscopic and classical cholecystectomy / M. Mrksi?,

- Z. Cabafi, I. Feher, M. Mirkovi? // Med. Pregl. - 2001. - Vol. 54, № 7/8. - P. 327-331.
24. Accuracies of diagnostic methods for acute appendicitis / J. S. Park, J. H. Jeong, J. I. Lee [et al.] // Am. Surg. - 2013. - Vol. 79, № 1. - P. 101-106.
25. Shaffer E. A. Gallstone disease: Epidemiology of gallbladder stone disease / E. A. Shaffer // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. - 2006. - Vol. 20, № 6. - P. 981-996.
26. Stinton L. M. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer / L. M. Stinton, E. A. Shaffer // Gut. Liver. - 2012. - Vol. 6, № 2. - P. 172-187.
27. Oxidative stress markers after laparoscopic and open cholecystectomy / I. Stipanovic, N. Zarkovic, D. Servis [et al.] // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. - 2005. - Vol. 15, № 4. - P. 347-352.
28. Application of high frequency bipolar electrocoagulation LigaSure™ in appendix vermiformis of rabbits with or without acute inflammatory process / L. C. Souza, M. R. Ortega, E. Achar [et al.] // Acta Cir. Bras. - 2012. - Vol. 27, № 5. - P. 322-329.
29. Complications of laparoscopic cholecystectomy: our experience in a district general hospital / I. Triantafyllidis, N. Nikoloudis, N. Sapidis [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. - 2009. - Vol. 19, № 6. - P. 449-458.
30. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. / J. Wind, S.W. Polle, P.H. Fung Kon Jin, [et al.] // Br. J. Surg. - 2006. - Jul; 93 (7). - P. 800-9.
31. Complications of laparoscopic cholecystectomy and its prevention: a review and experience of 400 cases / F. Yi, W. S. Jin, D. B. Xiang [et al.] // Hepatogastroenterology. - 2012. - Vol. 59, № 113. - P. 47-50.

Саволюк С.И., Лисенко В.Н., Зубаль В.И., Балацкий Р.О.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ БЫСТРОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Резюме. Цель работы - улучшить непосредственные результаты оперативного лечения больных с желчно-каменной болезнью путем внедрения в практику мультимодальной программы быстрого восстановления. В исследование привлечено 156 больных с ЖКХ. Среди пациентов преобладали женщины (114 лиц, 61,3%). Большим основной группы выполняли интратекальную анестезию с правосторонней поверхностной блокадой шейного сплетения и терминальной анестезией диафрагмы и предварительное обезболивание троакарных ран. В контрольной группе обезболивание проводилось по стандартной методике эндотрахеального наркоза. Всем пациентам, что входили в основную и контрольную группы, при лапароскопической холецистэктомии, формирование культи пузырного протока осуществляли с помощью технологии электросварки биологических тканей. Субъективная оценка качества жизни и удовлетворенности результатами лечения оказались статистически достоверно лучше в основной группе пациентов. Уровень болевых ощущений по ВАШ в основной группе составил $2,5 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) балла (по 10 бальной шкале), удовлетворенность результатом лечения - $4,6 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) балла по 5-ти бальной шкале. Средний койко-день составил $1,0 \pm 0,5$ суток. В контрольной группе уровень болевых ощущений по ВАШ пациенты оценили в $5,5 \pm 0,3$ балла, удовлетворенностью результатом лечения в - $3,6 \pm 0,2$ балла. Средний койко-день больного в стационаре составил $3,0 \pm 0,5$ суток. Лапароскопическая холецистэктомия, сопряженная с мультимодальной программой быстрого восстановления, является безопасной лечебной стратегией, может стать альтернативой стандартным методикам лечения и реабилитации больных с ЖКХ.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, желчно-каменная болезнь, мультимодальная программа быстрого восстановления, электросварка биологических тканей.

Savoliuk S. I., Lysenko V. M., Zubal' V. I., Balatskyi R. O.

RESULTS OF IMPLEMENTATION OF A MULTIMODAL FAST TRACK RECOVERY PROGRAM IN TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

Summary. Aim - to improve immediate outcomes of surgical treatment in patients with cholelithiasis by implementing a multimodal fast track recovery program. The study involved 156 patients with cholelithiasis. Women (114, 61,3%) outnumbered men. The patients of the main group underwent intrathecal anesthesia with right sided superficial cervical plexus blockade, permeation anesthesia of diaphragm and previous anesthesia of trocar wounds. In the control group, anesthesia was performed by the standard method of endotracheal anesthesia. During laparoscopic cholecystectomy the cystic duct remnant forming was carried out by using electric welding of biological tissues in all the cases of both main and control groups. According to statistic data the subjective assessment of life quality and satisfaction with treatment outcomes turned out to be significantly better in the main group of patients. The level of pain by the Visual Analogue Scale (VAS) was measured as $2,5 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) points (on the 10 - point scale) in the main group, satisfaction with treatment outcomes was $4,6 \pm 0,2$ ($p > 0,05$) points (on the 5-point scale). The average bed day was $1,5 \pm 0,5$ days. In the control group, the level of pain the patients assessed as $5,5 \pm 0,3$ points by the VAS, satisfaction with treatment outcomes was $3,6 \pm 0,2$ points. The average patient day in hospital was $3,0 \pm 0,5$ days. Laparoscopic cholecystectomy combined with a multimodal fast track recovery program is a safe treatment strategy which can be considered as alternative one to standard treatment and rehabilitation strategies for the patients with cholelithiasis.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, cholelithiasis, multimodal fast track recovery program, electric welding of biological tissues.

Рецензент - д.мед.н., доц. Ходос В.А.

Стаття надійшла до редакції 02.11.2015 р.

Саволюк Сергій Іванович - д.мед.н., доц., завідувач кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; +38 067 989-42-83; savoluk@meta.ua

Лисенко Віктор Миколайович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; +38 067 403-70-48, +38 050 684-81-37

Зубаль Володимир Іванович - лікар-хірург хірургічного відділення КМКЛ №8; +38 050 310-96-21

Балацький Роман Олегович - аспірант кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; +38 097 651-11-88, +38 093 905-39-51