

обострение астмы, а затем назначает более низкую поддерживающую дозу. В последние два дня лечения к таблеткам преднизолона добавляют ингаляции бекотида (бекламида) – глюкокортикоида, оказывающего местное действие на дыхательные пути. Этот препарат безвреден. Он не прекращает развившийся приступ удушья, а служит профилактическим средством. Ингаляционные глюкокортикоиды являются в настоящее время наиболее эффективными противовоспалительными препаратами для лечения и профилактики бронхиальной астмы. При обострениях астмы, не дожидаясь развития тяжелых приступов, дозу глюкокортикоидов следует увеличить. Для плода применяемые дозы не опасны. Беродуал содержит атровент и беротек, о котором упоминалось выше. Он применяется для подавления острых приступов удушья и для лечения хронической бронхиальной астмы. Хорошо известные спазмолитики папаверин и но-шпа оказывают умеренное бронхорасширяющее действие и могут использоваться для подавления легких приступов удушья. При инфекционно-аллергической бронхиальной астме нужно стимулировать выведение мокроты из бронхов. Для этой цели могут служить: ингаляции воды (водопроводной или морской), бромгексин (бисольвон), мукогель (в виде ингаляций), амброксол, 3%-ный раствор иодида калия и солутан (содержащий йод) беременным противопоказаны. Антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин и др.) показаны только при легких формах неинфекционно-аллергической астмы; при инфекционно-аллергической форме астмы они вредны, т.к. способствуют сгущению секрета бронхиальных желез.

В лечении бронхиальной астмы у беременных возможно использование физических методов: лечебная физкультура, комплекс гимнастических упражнений, облегчающий откашливание, плавание, индуктотермия (прогревание) области надпочечников, иглорефлексотерапия.

Лечение астматического статуса должно производиться обязательно в стационаре в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Выводы

1. В нашем отделении под наблюдением находились 12 беременных женщин с диагнозом: Бронхиальная астма за годовой период. В результате: 6 женщин на всем протяжении беременности не нуждались в лекарственной терапии (назначались лишь отхаркивающие средства); 4 женщины использовали базисную терапию; 2 женщины с тяжелым течением заболевания использовали базисную терапию и периодически находились на стационарном лечении.

2. Вышеуказанные данные говорят о том, что увеличивается заболеваемость молодых людей трудоспособного возраста и женщин фертильного возраста. Необходимо увеличить количество доступной информации о заболеваниях дыхательных путей и их последствиях, о существовании астма-школ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бронхиальная астма – проблемы и достижения. По материалам 15-го ежегодного конгресса европейского респираторного общества // «Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология». Издательский дом «Здоров'я України». – 2005. – № 1; 2. Фещенко Ю.И. Основные принципы современного лечения бронхиальной астмы. 3. Приходько О.Б., Ландышев Ю.С., Романцова Е.Б. Клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы в различные периоды беременности. Пульмонология, 2005, 1: 73-76.

ТҰЖЫРЫМ

ТЫНЫС ДЕМІКПЕСІ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК

Г.С. Қожахметова

Қалалық емхана, Талдықорған қ.

Біздің бөлімшеде «Тыныс демікпесі» диагнозымен бір жылда 12 жүкті әйел қадағалауда болды. Нәтижесінде: 6 әйел бүкіл жүктілік кезінде дәрілік терапияны қажет еткен жоқ (тек қақырық түсіргіш құралдар ғана тағайындалды); 4 әйел – базистік терапияны пайдаланды; 2 әйел – сырқаты ауыр – базистік терапияны пайдаланды және мезгіл-мезгіл стационарлық емдеуде болды. Жоғарыда көрсетілген деректер еңбекке қабылетті жас адамдар мен фертильді жастағы әйелдердің сырқаттануы ұлғайып жатқанын көрсетеді. Тыныс жолдарының аурулары және олардың зардаптары, астма-мектептердің бар екендігі туралы қолжетімді ақпараттар мөлшерін көбейту қажет.

SUMMARY

BRONCHIAL ASTHMA AND PREGNANCY

G.S. Kozhakhmetova

Municipal Hospital, Taldykorgan c.

During one year, we had 12 pregnant women in our department with diagnosis of bronchial asthma. As a result: 6 women needed no drug therapy throughout the period of pregnancy (only expectorant drugs were assigned); 4 women – applied baseline therapy; 2 women – with severe course of disease – applied baseline therapy and undergone form time to time hospital treatment. The above data show that there is increase in morbidity among young people, of working age and fertile women. It is necessary to increase extent of available information on respiratory tract diseases and their after-effects; on availability of asthma schools.

ФАСТ ТРАК ХИРУРГИЯ И АНЕСТЕЗИЯ

Б.К. ЖАРКИМБЕКОВ, А.А. БЕКМУХАНБЕТОВ

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г. Астана

Большая хирургия вызывает глубокие физиологические изменения; частые последствия включают в себя боль, тошноту, кишечную непроходимость, повышенные потребности миокарда в кислороде и нарушенную функцию легких. Все это может приводить к отсроченной мобилизации

больного, продленной госпитализации и выраженным послеоперационным осложнениям.

Fast-track хирургия впервые была предложена проф. Henrik Kehlet в ранние 90-е. Термин относится к комплексу мультимодальных техник, целью которых является снижение послеоперационных осложнений и

дисфункции органов и, таким образом, улучшение послеоперационного течения. Центры, которые используют этот подход, достигли впечатляющего снижения послеоперационной продолжительности госпитализации и заболеваемости.

В данной статье изложены основные принципы программ фаст трак хирургии применительно к большой абдоминальной хирургии.

Каждый пункт использует доказательство, выбранное из данных литературы по периоперативной медицине, и стремится соединить все эти идеи вместе в цельную программу лечения. Для достижения успеха все члены мультидисциплинарной команды, задействованной в процессе, должны быть обучены и в полной мере проинформированы о своей роли в рамках программы. Хорошо организованная проверка является важной частью процесса.

Предоперационное ведение. Послеоперационная органная недостаточность и осложнения связаны с предоперационными сопутствующими заболеваниями. Дооперационная оценка пациента позволяет рассчитать риски, дает возможность стабилизировать существующие сопутствующие заболевания и оптимизировать функции органов перед хирургическим вмешательством. Предоперационная оценка также предоставляет возможности для обучения пациента. В системе fast-track хирургии пациенты получают информацию о предполагаемом послеоперационном течении, анальгезии, программе мобилизации и выписке. Несколько исследований показали, что подобная информация может уменьшить волнение, потребности в анальгетиках и продолжительность госпитализации.

Премедикация. Адекватная премедикация заслуживает внимания. В рамках fast-track хирургии целью премедикации является снижение хирургического стресс-ответа. В этом случае, повышенный интерес представляют альфа-агонисты и бета-блокаторы. Бета-блокаторы подавляют хирургически индуцированное повышение концентрации в крови катехоламинов и, таким образом, снижают периоперационную кардиоваскулярную смертность. Они также наделены анальгетиксберегающими и антикатаболическими свойствами, что может способствовать более быстрому восстановлению после операции. Альфа2-агонисты, такие как клонидин или дексмедетомидин, при включении их в премедикацию могут снижать интраоперационную потребность в опиоидах.

Кроме того, есть данные, что эти препараты уменьшают периоперационную ишемию миокарда, интраоперационную потерю крови и послеоперационные тошноту и рвоту. Более того, клонидин при назначении в/венно и эпидурально может уменьшить продолжительность послеоперационной кишечной непроходимости и улучшить контроль за болью после колоректальной хирургии.

Дооперационный волемический статус (гидратация больного). Традиционно пациенты на плановые операции не принимают пищу и жидкость в ночь перед операцией, с целью снижения рисков аспирации. Такой подход может привести к значительной дегидратации больного. Есть данные, что, если избежать передоперационной дегидратации, то можно уменьшить послеоперационную боль и чувство тошноты. Было доказано, что прием чистых жидкостей за 2 часа до операции не оказывает никакого эффекта на желудочный объем и кислотность (рН) и таким образом не влияет на риск аспирации.

Определенную роль могут выполнять и чистые жидкости, богатые углеводами. Они уменьшают чувство голода и жажды, а небольшие исследования подтвердили их способность уменьшать уровень беспокойства. Кроме того, наблюдаются периоперационное снижение

резистентности к инсулину и небольшое снижение уровня катаболизма. Влияет ли это каким-либо образом на продолжительность госпитализации, предстоит еще выяснять в дальнейших исследованиях.

Подготовка кишечника обычно назначается всем пациентам перед колоректальными хирургическими вмешательствами. Однако, недавний метаанализ показал, что, по крайней мере, для сегментарных резекций подготовка кишечника может быть необязательной процедурой, так как повышает риск септических осложнений и усугубляет дооперационную дегидратацию.

Интраоперационное ведение. Хирургическое вмешательство запускает комплекс метаболических и нейроэндокринных реакций, синдром воспалительного ответа, что приводит к стимуляции симпатической нервной системы, развитию процессов катаболизма и удерживанию натрия и воды в организме.

Такие изменения, конечно же, не идут на пользу больному, и в большинстве случаев послеоперационная заболеваемость и органная недостаточность, по крайней мере, частично связаны именно со стресс-ответом организма на хирургическое вмешательство.

Целью интраоперационного ведения больного является уменьшение стресс-ответа организма на хирургическое вмешательство, правильное интраоперационное ведение должно способствовать началу раннего энтерального питания и ранней мобилизации после операции. Использование минимально инвазивных хирургических техник при операции может уменьшить воспалительный компонент стресс-ответа, но не похоже, чтобы он оказывал значительное влияние на нейроэндокринные и метаболические процессы. Однако, малоинвазивные хирургические техники сопровождаются уменьшением боли и сокращением продолжительности госпитализации по сравнению с традиционными открытыми методами. Разница особенно заметна, когда открытая операция требует выполнения длинного вертикального разреза. При использовании поперечного или косого разреза вместо вертикального уменьшаются боль и легочная дисфункция. В основном это связано с сокращением числа поврежденных дерматомов. Однако, малоинвазивные техники не всегда являются самыми предпочтительными. При использовании фаст трак подхода в периоперационном ведении больного разница в средней продолжительности госпитализации между больными после открытой операции и теми, у которых использовались малоинвазивные техники, становится менее заметной. В частности, при операциях, в которых не обязательно применение длинного вертикального разреза, например, при резекции толстого кишечника, преимущество малоинвазивной техники становится менее очевидным. Kehlet неоднократно настаивал на том, что необходимо оценить, насколько лапароскопическое выполнение абдоминальных операций в рамках фаст трак программы влияет на продолжительность госпитализации и послеоперационную заболеваемость.

Отказ от рутинного использования назогастрального зонда и дренажей. С давних пор постановка назогастрального зонда было стандартом для пациента после большого вмешательства на абдоминальной области. Однако, появляется все больше доказательств, свидетельствующих о том, что по крайней мере для операций на среднем и нижнем этаже брюшной полости использование зонда рутинно не показано. И на самом деле, они могут быть помехой в выздоровлении пациента, удлиняя время паралитической кишечной непроходимости и предрасполагая пациента к аспирации. Хирургические дренажи также могут замедлить восстановление функции кишечника и затруднить контроль боли у больного.

Анестезиологическая техника. Анестезиологическая техника должна быть нацелена на быстрое восстановление с минимальным влиянием опиоидов, используемых интраоперационно, на восстановительный период. Именно по этой причине короткодействующие анестезиологические и анальгетические препараты являются идеальными. С целью снизить риски развития послеоперационной тошноты и рвоты предпочтение часто отдается тотальной в/венной анестезии. При выполнении больших абдоминальных вмешательств серьезное внимание должно быть уделено вопросу об использовании эпидуральной анестезии. Хотя и не существует однозначных доказательств, свидетельствующих о снижении послеоперационной заболеваемости при использовании эпидуральной анальгезии, у этого метода тем не менее есть ряд преимуществ.

По сравнению с в/венной, контролируемой пациентом анальгезией, эпидуральное регионарное обезбоживание в большой мере сохраняет толерантность пациента к физической нагрузке после лапаротомии, сокращает время до восстановления полноценной двигательной активности больного, обеспечивает более эффективное обезбоживание как в покое, так и при движении, а кроме того, уменьшает частоту возникновения легочных осложнений после вмешательств на верхнем этаже брюшной полости. Эпидуральное обезбоживание в грудном отделе может сократить время паралитической кишечной непроходимости после колоректальных операций, хотя и не обязательно после операций на верхнем этаже брюшной полости.

В последнее время были определенные дебаты о необходимости рутинного использования эпидуральной анальгезии при больших абдоминальных вмешательствах. Исследование MASTER показало, что в группе пациентов после объемных абдоминальных вмешательств с использованием эпидурального обезбоживания не наблюдалось уменьшения смертности по сравнению с контрольной группой, хотя частота возникновения респираторной недостаточности была ниже, чем в группе с использованием в/веного обезбоживания.

Однако исследование MASTER не учитывало такой показатель, как продолжительность госпитализации и, кроме того, было неоднозначным в плане раннего энтерального кормления, ранней мобилизации и прочих компонентов, присущих фаст трак хирургии.

Даже если уровень смертности при использовании фаст трак программ и традиционных подходов и не отличается, уменьшение госпитализации на 3 дня в условиях, когда система здравоохранения потребляет все большую часть национального дохода, является приоритетным. Это, конечно, несет в себе и другие преимущества, такие как уменьшение частоты возникновения госпитальной инфекции.

Инфузионная терапия. Идеальное периоперационное инфузионное обеспечение является предметом многочисленных споров. «Свободный» режим назначения жидкостей может уменьшить тошноту и рвоту, дрожь, жажду, а также время пребывания в госпитале, особенно при малых/средних по объему хирургических вмешательствах и амбулаторных процедурах. Однако, гипергидратация может привести к развитию сердечной и легочной недостаточности. Кроме того, избыточная жидкость в организме уменьшает тканевую оксигенацию, что ведет к ухудшению заживления раны. Особую опасность в данном случае представляет процесс заживления хирургического анастомоза. А задержка воды и соли, вызванная стресс-ответом на хирургическое вмешательство, может обострить проблему. С другой стороны, ограничение инфузии может уменьшить эффективный

объем кровообращения и привести к неадекватной перфузии органов. Дооперационный водный статус в значительной мере варьирует у разных больных, а масштаб хирургического вмешательства приводит к разным по объему потребностям в назначении жидкостей. Таким образом, индивидуально подобранная инфузионная терапия, целью которой было бы сохранение тканевой перфузии и клеточной оксигенации, является идеальным подходом. Основой этой стратегии служит предположение, что оптимальный объем крови для данного индивидуума определяется преднагрузкой, необходимой для создания максимального сердечного выброса (ударный объем). Закон Старлинга показывает, что увеличение преднагрузки ведет к увеличению ударного объема только до определенного момента, после которого дальнейшее увеличение преднагрузки приведет к уменьшению сердечного выброса. Таким образом, целью инфузионной терапии для пациента будет достижение того момента, когда увеличение преднагрузки уже не ведет к увеличению ударного объема.

Ударный объем можно оценить, используя неинвазивные техники, такие как пищеводная доплерография и различные методы анализа пульсового давления. Обычно дается нагрузка 250 мл коллоидов до тех пор, пока дополнительное введение объема не будет больше прибавлять хотя бы 10% к ударному объему. Несколько последних исследований продемонстрировали уменьшение продолжительности нахождения в госпитале и продолжительности илеуса при использовании подобного подхода. В конечном итоге было бы идеально использовать более прямое измерение тканевой перфузии для правильного назначения инфузионной терапии. Изучались различные методы, такие как желудочная тонометрия и инфракрасная спектроскопия, однако они еще нуждаются в дополнительной проверке.

Профилактика послеоперационной рвоты и тошноты. Рвота и тошнота являются привычным осложнением хирургического вмешательства и анестезии. Они вызывают у пациента стресс и дискомфорт и откладывают восстановление нормального режима питания. Мультиמודальные стратегии по уменьшению послеоперационной тошноты и рвоты включают в себя адекватную гидратацию больного, сбалансированную анальгезию с минимизацией использования опиоидов, избегание применения летучих анестетиков и закиси азота, назначение антиэмиических препаратов. В частности, глюкокортикостероиды (дексаметазон) снижают риск возникновения тошноты и рвоты, уменьшают отек тканей и наделены слабым анальгетическим эффектом.

Контроль температуры. Предупреждение развития интраоперационной гипотермии важно для минимизации стресс-ответа. Гипотермия ассоциируется с повышенным риском развития раневой инфекции, кровопотерей и коронарными осложнениями. Кроме того, она увеличивает дискомфорт пациента. Также увеличивается концентрация катехоламинов и кортизола, что в дальнейшем может усугублять стресс-ответ. Для предупреждения развития гипотермии можно использовать различные согревающие теплым воздухом устройства, подогретые инфузионные растворы, подогретые увлажненные газы, должен производиться контроль температуры больного в течение всей операции.

Послеоперационное ведение больного. Хорошая анальгезия крайне важна для послеоперационной мобилизации пациента и восстановления нормальной активности. Ключевым моментом в фаст трак хирургии является использование мультиmodalной или сбалансированной анальгезии. Ее принцип заключается в потенцировании обезболивающего эффекта при использовании различных

аналгетиков, при этом уменьшая их побочные эффекты, особенно это касается использования опиоидов. Недавний обзор послеоперационной анальгезии показал, что имеется недостаточно доказательств для того, чтобы подтвердить либо опровергнуть способность определенной техники обезболивания повлиять на послеоперационную заболеваемость/смертность. Однако, имеется достаточно убедительное доказательство того, что эпидуральная анальгезия локальными анестетиками после обширного абдоминального вмешательства ассоциируется с более быстрым восстановлением перистальтики. Следует подумать о комбинации локальных/регионарных техник анальгезии (включая продленную инфузию в рану локальных анестетиков), парацетамола, НПВС и других препаратов, таких как габапентин, клонидин, кетамин. Использование подобной комбинации должно привести к снижению потребности в опиоидах; это в свою очередь минимизирует побочные эффекты опиоидов – седацию, тошноту, паралитический илеус и задержку мочи, т. е. все то, что тормозит процесс ранней мобилизации и начало энтерального питания.

Если в качестве основной обезболивающей техники выбрана эпидуральная анальгезия в грудном отделе, то необходимо выбрать подходящий уровень, соответствующий хирургическому разрезу. Например, в колоректальной хирургии уровень разреза находится между Th8 и Th11 уровнями дерматомов. Через эпидуральный катетер, установленный на уровне T8-T9, локальный анестетик легко распространится вверх при введении препарата вручную через шприц. В то же время при подключении к инфузому локальный анестетик медленно поступает в эпидуральное пространство, и таким образом, сила тяжести в значительной мере может влиять на послеоперационное обезболивание. Когда же пациент сидит, блок может опуститься ниже запланированного уровня. Таким образом, постановка эпидурального катетера на более низком уровне, может в недостаточной мере обезболить верхний край разреза, и в то же время постоянный блок поясничных корешков может стать причиной развития слабости в нижних конечностях и препятствовать нормальной мобилизации больного.

Нельзя переоценить важность оценки обезболивания командой службы острой боли. Оценка анальгезии должна проводиться как минимум дважды в день, таким образом неоднородный (сегментарный) или не покрывающий всю рану блок может быть улучшен, возможна даже перестановка эпидурального катетера. Важно добиться полноценного обезболивания больного, если планируется ранняя мобилизация. На начало мы используем бупивакаин 0,5% либо 0,25% у пожилых людей, и в дальнейшем продолжаем титровать 0,15% бупивакаин с фентанилом (2 мкг/мл). После подключения мы прилагаем максимум усилий, чтобы не допустить разъединения системы, так как это увеличивает риск возникновения инфекции. Большинство эпидуральных катетеров удаляется через 48 часов, и абсолютно все должны быть удалены через 72 часа. Риск возникновения инфекции существенно увеличивается, если эпидуральный катетер не удален через 72 часа. Боль, которая не покрывается эпидуральной анальгезией, например, боль в плече, лечится парацетамолом или НПВС.

При неэффективности блока (не покрывает разрез), даже при увеличении скорости титрования и периодических болюсах локальных анестетиков, эпидуральный катетер либо переустанавливают, либо начинают в/в пациент-контролируемую анальгезию с использованием опиоидов.

После удаления эпидурального катетера пациент регулярно принимает НПВС и парацетамол, дополнительно

при наличии выраженного болевого синдрома назначаются морфин в таблетированной форме или трамадол.

Сохранение выраженных болей через 72 часа может свидетельствовать о возможности внутрибрюшных осложнений, и пациент должен быть внимательно осмотрен хирургической командой.

В нашей практике мы удаляем мочевого катетер в тот же день, что и эпидуральный.

Раннее энтеральное кормление. Традиционно оральный прием пищи был ограничен в послеоперационном периоде, а при разрешении использовалась схема постепенного перехода от жидкостей к твердой пище. Однако, адекватное питание крайне важно для улучшения заживления раны, уменьшения риска развития инфекции, сохранения достаточной мышечной силы для ранней мобилизации и борьбы со слабостью. Сниженное потребление питательных веществ вносит свой вклад в поддержание процессов катаболизма и потери мышечной массы. К оральному приему пищи после абдоминальных операций подходили крайне осторожно, особенно при наличии кишечных аностомозов. Однако, раннее энтеральное кормление уменьшает проницаемость кишечной стенки, по сравнению с поздним началом энтерального кормления либо с парентеральным. Считается, что уменьшение проницаемости кишечной стенки уменьшает бактериальную транслокацию и, таким образом, риск развития инфекции. Несколько исследований показали, что раннее энтеральное питание безопасно даже при резекциях кишечника.

В абдоминальной хирургии привычным является развитие послеоперационного илеуса. Это увеличивает боль и дискомфорт пациента, препятствует ранней мобилизации и откладывает начало орального кормления. Стратегии, направленные на уменьшения частоты развития послеоперационного илеуса, включают в себя использование минимально инвазивных хирургических техник с целью уменьшить стресс-ответ и минимизировать манипуляции с кишечником, а также отказ от рутинного использования назогастральных зондов.

Ранняя мобилизация. Длительный постельный режим после хирургического вмешательства нежелателен, так как он увеличивает потери мышечной массы и мышечную слабость, предрасполагает к венозному застою и тромбозам, нарушает функцию легких. Движение может улучшить перистальтику кишечника и таким образом снизить частоту развития илеуса. Эффективная анальгезия является ключевым моментом для возможности ранней мобилизации.

Исходы и реализация фаст трак программ. В тех местах, где впервые внедрялись фаст трак программы, наблюдается значительное снижение послеоперационной продолжительности нахождения пациента в госпитале, вплоть до 2-4 дней после резекции части толстого кишечника. Определенную озабоченность вызывало то, что возможно подобный результат достигнут за счет увеличения повторных госпитализаций или за счет повышенной нагрузки на внебольничные службы здравоохранения. Однако, это не подтвердилось.

Успешное внедрение фаст трак программы требует мультидисциплинарного сотрудничества между анестезиологами, хирургами, медицинскими сестрами и физиотерапевтами. Реализация фаст трак программы возможна только при командной работе. Весь персонал, участвующий в осуществлении фаст трак программы, должен понимать принципы и мотивации этого подхода.

Роль хирурга включает в себя: адекватный выбор пациента, тип и размер разреза, уменьшение количества дренажей, удаление имеющихся дренажей и катетеров,

быстро, насколько это возможно, раннее кормление, ранняя мобилизация.

Роль анестезиолога: использование анестезиологической техники, позволяющей раннее восстановление больного (рассмотреть возможность ТВА), оптимальный баланс жидкости, профилактика послеоперационной тошноты и рвоты, сбалансированный режим аналгезии (в абдоминальной хирургии в идеальном случае включающий в себя эпидуральное обезболивание).

Выводы

Хирургические фаст трак программы включают в себя внедрение ряда мультидисциплинарных, основанных на доказательной медицине подходов, которые обладают значительным потенциалом в плане уменьшения послеоперационных осложнений и продолжительности нахождения больного в госпитале. Во многих из этих подходов анестезиолог играет ключевую роль.

Т Ы Ж Ы Р Ы М

ФАСТ ТРАК ХИРУРГИЯ ЖӘНЕ АНЕСТЕЗИЯ

*Б. К. Жарқымбеков, А.А. Бекмуханбетов
Республикалық жедел медициналық жәрдем
ғылыми орталығы, Астана қ.*

Осы мақалада үлкен абдоминалды хирургияға қолданылатын фаст трак хирургия бағдарламаларының негізгі қағидалары мазмұндалған, олар мүшелердің операциядан кейінгі функцияларының бұзылуын, асқинуларды азайту мақсатында елеулі әлеуетке ие және операциядан кейінгі ағымды жақсартуға және науқастан стационарда болу мерзімін қысқартуға бағытталған, дәлелді медицинаға негізделген бірқатар мультитәртіптік әдістерді енгізуді білдіреді.

S U M M A R Y

FAST TRACK SURGERY AND ANESTHESIA

*B.K. Zharkimbayev, A.A. Bekmukhanbetov
The Republican Research Centre of Emergency
Care JSC, Astana c.*

This article describes basic principles of fast track surgery programs as applied to extensive abdominal surgery, which suppose introduction of a series of multidisciplinary evidentiary medicine-based approaches possessing substantial potential from a perspective of reduction in postsurgical organs dysfunctions, complications, and aimed to improvement of postsurgical course and reduction in duration of patient's hospital stay.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИТА НА ПОЧВЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

К.С. ЖУМАДЫЛОВ

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Городская клиническая больница №1,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Желчнокаменная болезнь – распространенное заболевание во всем мире, и по мере роста заболеваемости увеличивается число больных с таким осложнением, как холангит, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, у которых чаще наблюдается деструктивная форма холецистита [1, 2], а также сопутствующие заболевания. Диагностика и лечение холангита остаются еще не решенной проблемой, ее актуальность возрастает в связи с высокой частотой осложнений в послеоперационном периоде и летальностью [2, 4].

Все исследователи утверждают, что наиболее эффективным способом лечения острого холангита являются декомпрессия желчевыводящих протоков, назначение антибиотиков направленного действия и массивная дезинтоксикационная терапия [1, 4]. Однако, как показали экспериментальные и клинические наблюдения, частота осложнений и летальность изменились незначительно. Идут поиски наиболее эффективных методов лечения.

Цель работы – представить результаты комплексного лечения больных холангитом при желчнокаменной болезни.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 108 больных, страдавших желчнокаменной болезнью, у которых на почве холедохолитиаза возникли механическая желтуха и холангит. Возраст больных колебался от 39 до 82 лет, но большинство поступивших были старше 50 лет. Сопутствующие заболевания выявлены у 61 больного (56%), что существенно влияло на течение заболевания, особенно в послеоперационном периоде. Из анамнеза установлено, что 57 больных были ранее обследованы,

установлена желчнокаменная болезнь, периодически у них возникали приступы болей, после которых появлялась желтушность кожных покровов и слизистых, а у остальных характер заболевания установлен при госпитализации. При поступлении у всех наблюдалась желтуха (билирубин колебался от 88 мкмоль/л до 326 мкмоль/л), повышение температуры до 39,5°, а у 87 – ознобы. Со стороны общего анализа крови СОЭ у всех было выше 14 мл/час и лейкоцитоз выше 14,0×10⁹/л у 52, а у остальных выше этого уровня. Отмечено также увеличение палочкоядерных до 18% в лейкоцитарной формуле. Все это указывало на наличие воспалительного процесса и интоксикации. При ультразвуковом исследовании в желчном пузыре обнаружены конкременты у всех поступивших, а в холедохе у 38 больных, но расширение холедоха и желчных путей отмечено у 102 больных, что было признаком непроходимости холедоха. Все больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом. В первые сутки с момента поступления – 12, через 2 суток – 82, а остальные позже 2 суток в связи с необходимостью дообследования и проведения предоперационной подготовки.

Результаты и обсуждение

Учитывая тяжесть состояния больных и наличие желтухи операции, выполняли из минидоступа в правом подреберье или верхнесрединным доступом в зависимости от расположения желчного пузыря, определенного при УЗИ. Этот доступ позволил у 98 больных удалить желчный пузырь, произвести холедохотомию, удалить конкременты из холедоха, промыть его и дренировать по Керу, а у 6 больных имела место конверсия, так как необходимо было выполнить билиодигестивные анастомозы в связи с наличием мелких конкрементов (3 чел.) и вклинившегося