

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, асқынуларды 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

камня в терминальном отделе холедоха (3 чел.). Однако еще у 6 больных был осуществлен билиодигестивный анастомоз без конверсии. При выполнении холецистэктомии и наложении билиодигестивного анастомоза особое внимание уделяли тщательности гемо- и холестаза. При билиодигестивном анастомозе с целью декомпрессии обязательно дренировали холедох микроиригатором, через который осуществляли его санацию. К концу операции осуществляли реканализацию пупочной вены и через нее в ближайшие 4-5 дней выполняли инфузионную терапию, которая включала глюкозу с добавлением инсулина, панангин 10,0, реополиглюкин 400,0, альбулин 150,0, раствор Рингер-Локка – для коррекции электролитного обмена, кислотно-щелочного равновесия и предотвращения клеточной дегидратации.

Для уменьшения портального застоя назначали трентал 2% – 5,0, эуфиллина 2,4% – 10,0, для снижения холестаза и эндотоксина гептрал 5 мл на 200 мл 0,9% раствора поваренной соли и обязательно включали комплекс витаминов. Все эти медикаментозные средства вводили капельно на протяжении 4-5 дней, а затем переходили на внутривенное введение этих средств в зависимости от состояния больных.

Кроме реканализации пупочной вены к концу операции в круглую связку печени фиксировали микроиригатор для выполнения региональной лимфостимуляции, введения лимфотропной смеси и антибиотиков. Смесь состояла из новокаина 0,5% – 20,0+ гепарина 70 ед/кг веса тела, лидазы 12 ед, тактивина 1 мл и цефазолина или ампициллина 1 млн ед. Эта смесь вводилась дважды в сутки, учитывая тяжесть состояния больных.

В послеоперационном периоде уже в первые сутки исчезал озноб и намечалось снижение температуры тела, постепенно снижался уровень билирубина, улучшалось общее состояние. Строго следили за количеством выделений по дренажам и выполняли УЗИ в динамике. Катетер из пупочной вены удаляли на 4-5 сутки, а дренаж из холедоха на 9-10 сутки, но обязательно после предварительно выполненной холангиографии. Необходимо отметить, что послеоперационный период протекает тяжело, но все же у 95 он прошел без осложнений, а у 13 возникли осложнения, но все их удалось излечить. Так у двух больных на 6 сутки из страхового дренажа прекратились выделения, появились боли в правом подреберье, ухудшилось состояние, повысилась температура. При УЗИ в подпеченочном пространстве выявлено наличие жидкости. Под контролем УЗИ проведена пункция с последующим дренированием микроиригатором, через который выполняли аспирацию и введение антибиотиков, наступило выздоровление. Еще у одного больного через страховой дренаж с билиодигестивным анастомозом стало выделяться дуоденальное содержимое, но поскольку дренаж функционировал хорошо и скопления жидкости в брюшной полости не наблюдалось, то релапаротомия не осуществлялась, продолжено консервативное лечение, наступило выздоровление. У 5 послеоперационный период осложнился пневмонией и у 3 возник инфильтрат в области послеоперационной раны, а у 2 – нагноение раны.

Все осложнения к моменту выписки излечили. Продолжительность стационарного лечения у больных без осложнений послеоперационного периода составила 14,3±0,92 койко-дня, а при возникновении осложнений 21,5±1,82.

Таким образом, наши исследования показали, что больные с холедохолитиазом и холангитом составля-

ют тяжелую группу больных, требующих выполнения комплексного лечения, включающего восстановление проходимости холедоха, инфузионной терапии, выполняемой через реканализованную пупочную вену, региональной лимфостимуляции. Необходимы ультразвуковой контроль брюшной полости и контроль за количеством и характером отделяемого через дренажи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Альперович Б.И., Бражников Н.А. Холангит и хирургия желчных путей // Вестник хирургии. 1992. – №11. – С. 137-141;
2. Ермаков Е.А., Лищенко А.Н. Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков // Хирургия, 2003. – №6. – С. 68-7;
3. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Дасаев Н.А. Современные аспекты комплексного лечения obstructивного холангита // Тез. докл. межрегиональной конференции хирургов. М, 1993. – С. 30-31;
4. Шойхет Я.Н., Фокеев С.Д., Кулешова И.В. Влияние локальной непрерывной внутриартериальной антимикробной терапии на течение послеоперационного периода у больных при холангите // Хирургия, 2008. – №1. – С. 18-24;
5. Шулуто А.М., Данилов А.И., Чантурия. Возможности мини-лапаротомии с элементами «открытой» лапароскопии в хирургическом лечении холецистохоледохолитиаза // Эндоскопическая хирургия. 2000. – №1. – С. 19-24;
6. Ponsky Y.L., Hehiford B.T., Gersin K. Choledocholithiasis evolving intraoperative strategies // Am Surg. – 2000. – Vol. 66, №3. – P. 262-268.

ТҮЖҮРҮМ

ӨТ КАБЫНА ТАС БАЙЛАНУ САЛДАРЫНАН БОЛҒАН ХОЛАНГИТТИ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ ТИИМДІЛІГІ

К.С. Жүмәділов

И.К. Ахунбаев атындағы қырғыз мемлекеттік медициналық академиясы, №1 қалалық клиникалық емхана, Бішкек қ., Қырғыз Республикасы

Механикалық сары ауры және холангитпен ауырған 108 сырқатты қадағаладық. Операция жасау сәтінде бауырдан тыс өт өзектерінің өткізгіштігін қалпына келтірдік, ал операциядан кейін реканализацияланған кіндік күретамыры арқылы инфузиялық терапия және бауырдың дөңгелек сіңірі арқылы аймақтық лимфостимуляцияны жүзеге асырдық. 13 сырқатта асқыну болды. Өлім-жітіммен аяқталу жағдайы болған жоқ.

Негізгі сөздер: өт қабы, бүйрекке тас байлану, холангит, диагностика, емдеу.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH CHOLANGITIS ON THE BASE OF CHOLELITHIASIS

K.S. Zhumadylov

I.K. Ahunbajev Kyrgyz State Medical Academy, municipal clinical hospital №1, Bishkek city, Kyrgyz Republic

108 patients with mechanical jaundice and cholangitis were observed. During the operation the permeability of extrahepatic biliary ducts was recovered. And after the operation regional lymphostimulation through the round ligament of the liver, and infusion therapy through the recanalizing umbilical vein were fulfilled. The complications were in 13 patients. There were no lethal outcomes.

Key words: gallbladder, cholelithiasis, cholangitis, diagnosis, treatment.