

Хожибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хакимов Б.
**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ
 ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ
 ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
 И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Республиканский Научный Центр экстренной
 медицинской помощи, г. Ташкент*

Целью нашего исследования явилось изучение результатов лапароскопических холецистэктомий у больных пожилого и старческого возраста с патологией сердечно-легочной системы.

В клинике РНЦЭМП МЗ РУз, с апреля 2002г. по июнь 2006г было предпринято 1830 лапароскопических холецистэктомий по поводу различных форм калькулезного холецистита, в том числе в 451 (24,6%) случае при деструктивных формах. В 55(3%) случаях мы перешли на традиционную холецистэктомию. Мужчин было 384 (21%), женщин 1446 (79%). Возраст колебался от 18 до 78 лет, в среднем составило 46 лет. Из 451 больного с деструктивными формами острого холецистита пожилого и старческого возраста составили 210 (46,6%) больных, последние имели ряд сопутствующих сердечно-легочных заболеваний. Это, ИБС, стенокардия напряжения (94), гипертоническая болезнь (165), постинфарктный кардиосклероз (16), сахарный диабет (18), хронический бронхит (23), бронхиальная астма (5), эмфизема легких (6), пневмосклероз (1).

У 210 больных пожилого и старческого возраста длительность от начала приступа острого холецистита у 56 больных составили одни сутки, у 84 – двое суток, у 39 – трое суток, и более трех суток у 31 больных. Следует отметить, что в дооперационном периоде у 48 (23%) пациентов при УЗИ обнаружено признаки механической желтухи, всем им выполнено ЭРПХГ. Причиной желчной гипертензии явились холедохолитиаз (35), стенозирующий папиллит (10), и в 3 случаях имело место сочетание стенозирующего папиллита и холедохолитиаза. Во всех случаях исследование завершено эндоскопической папиллосфинктеротомией. Вторым этапом этим больным произведено лапароскопическая холецистэктомия.

Проведенное нами рандомизированное исследование показало взаимосвязь влияния давления в брюшной полости на частоту возникновения кардиопульмональных послеоперационных осложнений у больных с сопутствующей сердечно-легочной патологией. В 35 % случаев внутрибрюшное давление было 4-6 мм рт ст, в 65% - 10-12 мм рт ст. В группе больных старше 60 лет с тяжелой сердечно-легочной патологией при лапароскопической холецистэктомии с внутрибрюшным давлением 4-6 мм.рт.ст. послеоперационных сердечно-легочных осложнений не было. При проведении операций в условиях карбоксиперитонеума в 10-12 мм рт ст в послеоперационном периоде пневмония отмечена у 6 больных и острый коронарный синдром у 1 пациента.

Наш опыт показал, что чем раньше производится лапароскопическая диагностика и вмешательство от момента начала приступа при подозрении на деструкцию желчного пузыря у больных пожилого и старческого возраста, тем реже возникают послеоперационные осложнения. Кроме того, лапароскопическая операция дает возможность организации ранней двигательной активности пациента (через 10-12 часов после операции), что способствует раннему восстановлению перистальтики кишечника (1-2 сутки), а также является дополнительным условием снижения послеоперационных осложнений сердечно-сосудистой и дыхательной систем,

Таким образом, потеря оптимального времени для выполнения оперативного вмешательства имеет особое значение для больных пожилого и старческого возраста особенно с сахарным диабетом, у которых деструктивные изменения в стенке желчного пузыря (ЖП) могут развиваться в течении суток и даже через несколько часов от начала заболевания. У данной группы пациентов проведение лапароскопических вмешательств на фоне минимального внутрибрюшного давления позволяет сократить частоту послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов исследований анестезиологических пособий при лапароскопической холецистэктомии у 58 больных в возрасте от 60 до 75 лет, которые имели ряд сопутствующих патологий. Больные по физическому состоянию соответствовали II - III классу по ASA. В зависимости от методики анестезии больные были разделены на основную и контрольную группы. Пациенты обеих групп не имели на первом этапе достоверных отличий по основным показателям гемодинамики. В основной группе проводили сбалансированную анестезию на основе вариантов интраплевральной аналгезии: индукция в анестезию дормикум 0,15 мг/кг, фентанил 3 мкг/кг, миоплегия панкурониум 0,06 мг/кг, лидокаин 2,5 мг/кг интраплеврально с ИВЛ. Поддержание анестезии фентанил 1,3 мкг/кг/час, тиопентал натрия 1 мг/кг/час. В контрольной группе: общая комбинированная анестезия с ИВЛ, индукция в анестезию дормикум 0,15 мг/кг, фентанил 3 мкг/кг, миоплегия панкурониум 0,06 мг/кг. Поддержание анестезии фентанил 3,3 мкг/кг/час, тиопентал натрия 2,3 мг/кг/час. Дозы препаратов для поддержания анестезии подбирали на основе клинических признаков адекватности анестезиологической защиты. Пункцию плевральной полости по обычной методике, оставленный катетер использовали для послеоперационного обезбоживания. Изучили: САД, ЧСС, SaO_2 , проводили ЭКГ мониторинг кардиомонитором «Nihon Corden» (Япония), УО по эхокардиографии, УИ, СИ, ОПСС расчетным методом, оценивали динамику показателей КОС капиллярной крови, почасовой диурез.

Результаты и их обсуждение. Показатели гемодинамики в травматичные этапы операции в основной группе возросли УО на 22,84%, УИ на 22,25%, СИ на 18,96%, при снижении САД на 17,25%, ЧСС на 4,04%, в ОПСС 36,38%, в контрольной группе возросли УО на 7,4%, УИ на 6,44%, СИ на 2,28%, САД на 4,39%, ЧСС на 13,6 %, при снижении ОПСС 8,35%. Мониторинг ЭКГ во время анестезии и операции не выявил нарушений ритма, проводимости, ишемических изменений во время операции, а также в послеоперационном периоде, что свидетельствует об адекватности анестезии. В обеих группах не зарегистрировано существенных сдвигов метаболического компонента КОС, что косвенно говорит в пользу адекватности анестезиологической защиты. В основной группе потребление фентанила на 39,3 % меньше, чем в контрольной группе. Почасовой диурез составил в основной группе $50,3 \pm 3,1$ мл/час, в контрольной группе $42,4 \pm 2,8$ мл/час. Срок пробуждения и восстановления адекватного самостоятельного дыхания пациентов после операции в основной группе составил $20,3 \pm 4,5$ мин, в контрольной группе - $45,4 \pm 2,7$ мин, что вполне объяснимо меньшими дозами фентанила и тиопентала натрия.

Таким образом, использование интраплевральной блокады в анестезиологическом обеспечении при холецистэктомиях обеспечивает стабильную гемодинамику, способствует уменьшению расхода опиоидных анальгетиков во время операции и в послеоперационном периоде, укорачивает время выхода из общей анестезии.

Шойхет Я.Н., Устинов Г.Г., Марьин А.В.,
Шустер Л.В.

ВНУТРИВЕННОЕ И ЭНДОБИЛИАРНОЕ ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА НАТРИЯ ГИПОХЛОРИТА В ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

*Алтайский государственный медицинский
университет, г. Барнаул*

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения острого гнойного холангита у больных с механической желтухой, путем системного и локального применения раствора натрия гипохлорита в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование двух репрезентативных групп пациентов. В первую группу (группу сравнения) вошли 88 пациентов, которым проводилось стандартное лечение, включавшее инфузионную, детоксикационную и антибактериальную терапию (парентеральное введение антибиотиков из групп пенициллинов, цефалоспоринов, аминогликозидов, фторхинолонов и метронидазола в различных комбинациях). Вторую (основную группу) составили 94 пациента, которым в комплексном лечении дополнительно был применен 0,06% раствор натрия гипохлорита в раннем послеоперационном периоде. Основная группа была разделена на две подгруппы. Первую подгруппу основной группы составили 62 пациента, в комплексном лечении которых были применены внутривенные инфузии раствора натрия гипохлорита. Во вторую подгруппу основной группы вошли 32 больных, которым в послеоперационном периоде проводилась инстилляционная терапия раствора натрия гипохлорита в желчевыводящие пути через микроирригатор, введенный через дренаж Вишневского, Керра или через сквозной транспеченочный дренаж.

Группы идентичны по полу, возрасту, причине обтурации, продолжительности желтухи и длительности холангита. Все больные были оперированы.

В первые трое суток после операции для лечения был применен 0,06% раствор натрия гипохлорита. Введение проводилось в центральную или периферическую вену со скоростью 40 – 60 капель в минуту. Объем инфузии составлял 400,0 миллилитров в сутки. Эндобилиарную инстилляцию (через дренаж Керра, Вишневского, сквозной транспеченочный дренаж) 0,06% раствора натрия гипохлорита проводили также в первые трое суток после операции со скоростью 40 – 60 капель в минуту. Объем инфузии составлял 400,0 миллилитров в сутки. Наряду с общеклиническим обследованием были использованы специальные методы оценки активности фагоцитоза и кислородзависимого метаболизма моноцитов и нейтрофилов.

Полученные результаты. Клиническое улучшение после внутривенного введения раствора гипохлорита натрия достигалось в первые дни введения препарата. На 3-4 сутки после операции достоверно уменьшалось (на 12,7%, $P < 0,01$) число температурящих больных. Нормализовались лабораторные показатели. Количество пациентов с нормальными показателями лейкоцитов периферической крови было на 17,9% ($P < 0,05$) больше, чем среди пациентов,