

лирубинемии, а также показателей интоксикации у всех больных.

Приступ острого панкреатита, в виде сильных опоясывающих болей в животе сопровождающиеся рвотой и амилаземией после ЭПСТ отмечено у 3 (0,7%) больных. После проведения консервативных мероприятий голод, дезинтоксикационная терапия, введение ингибиторов протеаз и соматостатина приступ купирован.

В последующем все больные перенесшие НБД, оперированы в плановом порядке. Им выполнена холедохолитомия лапаротомным доступом.

Таким образом, в настоящее время ЭПСТ с литоэкстракцией остается методом выбора в лечении холедохолитиаза. Эффективность вмешательства повышается при применении по показаниям различных методов литоэкстракции. Использование назобилиарного дренажа нашей конструкции при т.н. неудаляемых конкрементах позволяет предупредить повторного вклинения конкремента и тем самым позволяет подвергнуть больных традиционному вмешательству после стихания острых явлений.

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.

Шарапов Ф.Э., Хожибоев А.М., Атаджанов Ш.К.

ИНТРАПЛЕВРАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Республиканский Научный Центр Экстренной
Медицинской Помощи, г. Ташкент*

Хирургические вмешательства в верхних отделах брюшной полости сопровождаются более выраженным спазмом периферических сосудов, в т. ч. вазоконстрикцией сосудов гепаточревной зоны и нарушениями перфузии печени, по сравнению с вмешательствами в нижних ее отделах [Suzuki C., et al., 1984].

Методом обезболивания, позволяющим сочетать адекватную ноцицептивную защиту пациента с минимальным лекарственным воздействием, в качестве основного компонента анестезиологического пособия, является интраплевральная аналгезия.

Цель нашей работы: изучить эффективность интраплевральной блокады как анальгетического компонента общей анестезии при операциях на желчевыводящих путях.