

- Предварительную блокировку рецепторов воздухоносных путей перед началом инструментальных манипуляций для интубации и экстубации трахеи.
- Максимальное расслабление гладких мышц дыхательных путей.
- Предотвращение высвобождения медиаторов аллергии.

В наших наблюдениях, несмотря на предоперационную бронхолитическую подготовку у 3 больных возник незначительный бронхоспазм. Причем, у 2 больных он возник во время вводного наркоза, а у 1 во время операции. При возникновении бронхоспазма во время вводного наркоза предпринимали следующие меры: углубляли наркоз с помощью кетамина (при этом снижалось внутриторакальное давление и уменьшалось сопротивление в дыхательных путях), внутривенно вводили зуфиллин до 5 мг/кг, преднизолон 60-90 мг. В результате во всех случаях удавалось купировать бронхоспазм. При возникновении бронхоспазма во время операции прекращалось введение газа в брюшную полость, внутривенно вводился зуфиллин до 5 мг/кг, преднизолон 60-120 мг. Проводился лаваж бронхиального дерева бронхолитическим коктейлем, состоящим из зуфилина, преднизолона и физиологического раствора. После нормализации газового состава крови и сердечной деятельности операции завершались. В послеоперационном периоде у больных независимо от момента возникновения бронхоспазма придерживались следующей тактики:

1. Проводили продленную искусственную вентиляцию легких в режиме Дуорар до 3-х кратного получения нормального газового состава крови
2. Внутривенно вводили зуфиллин до 5 мг/кг, преднизолон до 90 мг
3. Выполняли лечебную фибробронхоскопию с лаважом бронхиального дерева
4. Больного переводили на самостоятельное дыхание в режиме «Spont» или «ASV» не менее чем через 1,5 часа после окончания операции
5. Экстубацию выполняли только при ясном сознании, адекватном дыхании, удовлетворительном мы-

шечном тоне, стабильной гемодинамике, при нормальных показателях газового состава крови

Наряду с этим назначали ненаркотические анальгетики, десенсибилизирующие средства, ингаляции аэрозолями бета-адреномиметиков через небулайзер. В результате проведенных мер повторных приступов бронхиальной астмы не наблюдалось.

Выводы

1. При лапароскопической холецистэктомии у больных бронхиальной астмой риск анестезии связан с необходимостью наложения пневмоперитонеума, что приводит к резкому ухудшению вентиляционной способности легких.

2. У больных бронхиальной астмой во время операции при внутрибрюшном давлении 15 мм рт ст и продолжительности пневмоперитонеума более 30 минут отмечаются выраженные нарушения легочной вентиляции.

3. У больных бронхиальной астмой до и во время операции с целью предупреждения бронхоспазма и гипоксемии необходимо использование бронходилататоров, противовоспалительных, антигистаминных препаратов, а также проведение операции при внутрибрюшном давлении не более 8 мм рт ст.

4. Отсутствие побочного действия, хорошая переносимость, минимальное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы позволяют широко использовать рекофол в сочетании с фентанилом при тотальной внутривенной анестезии в условиях ИВЛ при лапароскопических холецистэктомиях.

Литература:

1. Йен Смит, Пол Уайт // Тотальная внутривенная анестезия - Москва, 2006. – 145с.
2. Мартынов А.Н. // Оптимизация анестезиологического обеспечения лапароскопической холецистэктомии: Автореф. дис. - Москва, 2000. – 195с.
3. Шурыгин И.А. // Мониторинг дыхания в анестезиологии и интенсивной терапии. - СПб, 2003. – 200с.
4. Дж. Эдвард Морган-мл., Мэгид С.Михаил // Клиническая анестезиология, книга вторая. - Москва, 2003.
5. Чучалин А.Г. // Бронхиальная астма. - Москва, 1985. – 158с.

УДК 616.33-089.87-06+616.149-008.341.1

ЦИРРОЗҒА, ПОРТАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯҒА БАЙЛАНЫСТЫ АСҚАЗАН ІШЕК ҚАНАУЛАРЫ

А. Ж. Омарбеков

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Резюме

Желудочно-кишечные кровотечения, связанные с циррозом печени, и портальной гипертензией

В БСМП г. Семей с 2007-2009г.г. с желудочно-кишечным кровотечением различной этиологией пролечились 392 больной. Среди них кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, желудка составили 139 (35,4%), возраст больных от 35-60 лет.

При кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода консервативная тактика предпочтительнее чем оперативное вмешательство.

Торакальный доступ к желудку и пищеводу, переносится больными гораздо тяжелее, чем абдоминальный, кроме того, при несостоятельности швов пищевода и желудка при торакальном доступе неминуемым осложнением является эмпиема плевры.

Summary

Cirrhosis, portal hypertension complicated by gastrointestinal bleeding

There were treated 392 patients with gastrointestinal bleeding of various etiologies in the emergency hospital of Semey over the period from 2007 to 2009. Among them number of patients aged 35-60 with bleeding from esophageal varices and the stomach was 139. Methods of investigation and treatment are shown. Conservative ways of treatment are more effective than surgical one. More optimal operation is a gastrotomy from abdominal access with ligation of variceal and bleeding veins of the stomach and the esophagus.

Порталдық гипертензия және бауыр циррозы кезіндегі асқазан ішек жолдарынан қан кету қазіргі кезде асқазанның, ұлтабардың өз ауруларынан, басқа да геморрагиялық аурулардың ішінде І ші орында тұр [1]. Е.М. Тареев және И.Е. Тарееваның деректері бойынша бауыр циррозы 1/3 науқастарда асқазан ішектік қан кетулер, қанды құсу және меленамен көрініс береді. Осы сырықат кезіндегі өлім көрсеткіші бірінші рет пайда болған қан кетуде 45-55% ал екіншілік қан кетуде 70-80% құрайды [2, 3].

Семей жедел жәрдем ауруханасында 2007-2009 ж.ж. асқазан-ішектен қан кетумен 392 науқас емделген, соның ішінде 139-інің (35,4%) себебі бауыр циррозы, порталды гипертензия болды. Науқастардың жасы 35-60 жас аралығында. Ер адамдар басым - 83. Науқастардың көпшілігінің анамнезінде алкогольді артық мөлшерде қолдану анықталған. Барлық науқастарға тексеру хаттамаларына сәйкес ЭГДС жүргізілген, бұл зерттеулер науқастарда өңеш пен асқазанға қан кету болғанын көрсеткен. Стационарда бұл науқастардың барлығына жедел анемияны жою және қан кетуді тоқтату үшін барлық шұғыл шаралар жасалды. Басқа этиологиялы жедел асқазан-ішек қан ауруларына кетулерге қарағанда АҚК күрт төмендеуі, организмнің, сонымен қатар циррозды өзгерген бауыр жасушаларының ұзаққа созылған гипоксиясы, бауырлық қананың дамуын жеделдетіп, науқастың қан кетуден өліміне әкеледі. Жаңа цитратты қанды құюға тырыстық. Қатаң төсектік тәртіп, дәстүрлі гемостатикалық дәрілер тағайындалып (CaCl₂, викасол, аминокәпрон қышқылы, жүрек гликозидтері, көктамырға аскорбин қышқылы 0,5г, К витамині 5-20 мг глюкозамин, В₁ витамині 200 мг), жедел геморрагиядан кейін, алғашқы сағаттарда оттегін беру гипоксияның алдын алу мақсатында тағайындалады. Қанды тоқтатқаннан кейін науқастарға сұйық белокты-көмірсулы-витаминді тағам берілді. Ішекті клизма арқылы тазаладық, Блэмор зондын 13 науқасқа ауыр болса да оң динамикамен қолдандық. Консервативті ем 118 науқасқа жүргізілген, 17 науқасқа операция өмірлік көрсеткіштері бойынша жасалынды: лапаротомия, гастротомия, өңеш және асқазанның кардиалды бөліміндегі варикозды кеңейген тамырларды тігу және байлау, асқазанның сол жақ артериясын байлау операциялары жүргізілді.

Барлығы 34 науқас қайтыс болды, операциядан кейін 5. Ауруханаға кеш 49 (12,5%) науқас түсті, бұл

жалпы және операциядан кейінгі өлім көрсеткішін жоғарылатты, жалпы өлім көрсеткіші 24,4% операциядан кейін 29,4% құрайды. Сонымен, өңештің варикозды кеңейген тамырларынан қан кету ауруларын консервативті және оперативті жолдармен емдеу кезіндегі нәтижелер жұбанышты емес. Порталды гипертензия кезіндегі асқазан-ішек қанауы нәтижесі әр авторларда әртүрлі. М.Д. Пациора [4] 102 науқасты консервативті емдеген, олардың 41-і қайтыс болған, операция жасалған 72 науқастың 25-і өліммен аяқталған. Братусь В.Д. емдеген 49 науқастың 9-ы қайтыс болған.

Қорытынды:

1. өңештің варикозды кеңейген тамырларының қанауын консервативтік әдіспен емдеу тактикасы оперативті емге қарағанда тиімдірек.
2. Қатты қан кету кезінде гемостаз мақсатында Блэмор зондын қолданған тиімдірек.
3. ЖМКЕ ауруханасы жағдайында, абдоминалды ену жолымен, өңештің және асқазанның қанаған варикозды тамырларын гастротомия операциясы арқылы байлау жүргізіледі.
4. Абдоминалды ену жолына қарағанда торокалды ену жолы науқастарға ауыр тиеді, сонымен қатар торокалды ену жолында өңеш пен асқазанның жіптерінің шешіліп кетуі плевра эмпиемасына әкеледі. [5, 6].

Әдебиеттер:

1. Братусь В.Д. Острые желудочные кровотечения // Здоровье. – Киев. - 1972. – С. 288-347.
2. Соломатин А.Д. Гемостаз при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // Хирургия. – 1991. - № 9. - С. 33 – 35.
3. Крылов А.А. с соавт. Неотложная гастроэнтерология // М., - 1988. – С. 120 -139.
4. Пациора М.Д. с соавт. Спленэктомия у больных циррозом печени, осложненным портальной гипертензией // Хирургия. – 1983. - № 7. – С. 60-63.
5. Еромишанцев А.К. с соавт. Сравнительная оценка различных методов перевязки варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией // Хирургия. – 1983. - № 7. – С. 63-69.
6. Шерцингер А.Г. с соавт. ЭГДС у больных с портальной гипертензией // Хирургия. - 1983. - № 7. - С. 69-73.

УДК 616.366–089.87[–089.157–06

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

М. М. Байтанатов

Главный военный клинический госпиталь МОРК, г. Астана

Вероятность осложнений лапароскопической холецистэктомии возрастает при остром холецистите. Тщательный отбор пациентов по показаниям, знание типичных осложнений, связанных с проведением эндовидеохирургических вмешательств являются важными моментами безопасной лапароскопической холецистэктомии, позволяет снизить риск и частоту послеоперационных осложнений.

Тұжырым

Лапароскопиялық холецистэктомияның асқынулары

Жедел холецистит кезінде лапароскопиялық холецистэктомияның асқыну мүмкіндігі арта түседі. Эндовидеохирургиялық операцияларға науқастарды көрсеткіші бойынша қатап таңдау және оған тән асқынуларды терең білу лапароскопиялық холецистэктомияның қауіпсіз жүргізілуіне қолайлы жағдай жасайды, операциядан кейінгі асқынулардың даму қаупі мен жиілігін төмендетеді.