

ОБМЕН ОПЫТОМ

К.Э. Тюреканов, Е.О. Мосеев, Н.В. Индеев

УСПЕШНО ПРОВЕДЕННАЯ РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ВЫСОКОЙ РУБЦОВОЙ СТРИКТУРЕ ГЕПАТИКО-ХОЛЕДОХА В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

УДК 616.34-005.6-002.4

В статье приведен пример успешно проведенной операции по поводу рубцовой стриктуры холедоха в условиях центральной районной больницы.

Ключевые слова: рубцовая стриктура, механическая желтуха, операция.

This article is an example of a successful surgery for cicatricial stricture choledochal in conditions of central district hospitals. □□

Keywords: scar stricture, obstructive jaundice, surgery.

По литературным данным, большинство рубцовых стриктур печеночных протоков возникают при интраоперационных повреждениях при проведении холецистэктомии. По данным различных авторов, после лапароскопических операций число поврежденных в связи с особенностями возросло от 0,3 до 3% в сравнении с традиционной холецистэктомией – 0,1–0,8% [1–4].

Одним из факторов является рост количества лапароскопических операций: по данным некоторых авторов, в настоящее время частота лапароскопической холецистэктомии возросла до 80%. Одной из причин возникновения стриктур являются повреждения при наложении клипс, коагуляционном повреждении холедоха и др. Не выявленные во время операции и не устраненные своевременно осложнения приводят в последующем к стриктуре и возникновению механической желтухи, холангиту и билиарному циррозу печени, принося страдания больному.

Диагностика и лечение таких больных требует специальных методов исследования, компетентности специалиста, владения опытом проведения оперативных вмешательств у такой категории больных, соответствующего уровня анестезиологической и реанимационной службы.

Операции такого уровня должны производиться в специализированных центрах – это однозначно.

Но учитывая желание больного, его полное доверие, ограничение финансовой возможности выехать на лечение в центры, мы произвели такую

сложную реконструктивную операцию в условиях района, успешно.

Приводим подробную информацию истории болезни №1543.

Больная К.Н.Н., 53 года. Пенсионерка. Поступила в хирургическое отделение «МУЗ Ленская ЦРБ» Республики Саха (Якутия) 30.03.2009 г.

Жалобы при поступлении на наличие желтушности кожных покровов, склер, зуд кожных покровов, боли в правом подреберье, слабость, потерю в весе.

Из анамнеза болезни – считала себя больной с ноября месяца 2008 г. В анамнезе в 2007 г. перенесла операцию лапароскопическую холецистэктомию в г. Уфа. Выписана домой в удовлетворительном состоянии. В течение года больная чувствовала себя удовлетворительно, затем появились желтуха и боли. Больная находилась под наблюдением терапевта и получала консервативное лечение по поводу хронического гепатита, безуспешно.

Объективные данные – больная пониженного питания, кожные покровы желтушной окраски со следами расчесов. Склеры иктеричные. Органы дыхания без особенностей. Сердечно-сосудистая система: границы сердца не расширены, тоны приглушенные, ритмичные. Пульс 80 ударов в 1 мин. А/Д -140/80 мм рт.ст.

Локально: язык ярко-красного цвета, сухой. Живот не вздут, пальпаторно мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 3-5 см из-под реберной дуги, плотная, болезненная. Селезенка не пальпируется.

Больная госпитализирована с предварительным диагнозом: постхолецистэктомический синдром. Рубцовая стриктура холедоха, механическая желтуха, билиарный цирроз печени.

В отделении больной произведено общее клиническое обследование. При этом выявлена невыраженная

анемия, лейкоцитоз, высокая СОЭ, гипербилирубинемия в 1,5 раза.

В отделении больной произведено УЗИ-исследование – при этом выявлено расширение внутрипеченочных протоков и «симптом двустовки». В г. Мирном произведена компьютерная томография, выявлено расширение гепатикохоледоха до 14 мм и внутрипеченочных протоков. Состояние после лапароскопической холецистэктомии. Рубцовая стриктура холедоха.

Для уточнения протяженности стриктуры больной произведена чрескожная, чреспеченочная пункция печеночного протока, под контролем УЗИ с рентгеноконтрастным исследованием проходимости, что было выполнено впервые в условиях ЦРБ.

При этом выявлена высокая непроходимость на уровне ворот печени вследствие пережатия просвета гепатикохоледоха металлическими клипсами.

После уточнения диагноза и предварительно инфузионной, детоксикационной терапии больной была произведена операция – верхнесрединная лапаротомия. Наложение бигепатико-еюноанастомоза на выключенной петле тонкого кишечника по Ру, на сквозных сменных транспеченочных дренажах. Дренажирование над- и подпеченочного пространств. Длительность операции 4 часа 5 мин.

Послеоперационный период протекал соответственно тяжести операции.

После операции на 6-е сутки было произведено контрольное рентгеноконтрастное исследование области анастомоза – анастомоз состоятелен. Рана зажила первично. Швы сняты на 10-е сутки. Больная выписана домой на амбулаторное наблюдение на 22-е сутки с транспеченочными дренажами, после обучения ухода за ними. В последующем через 6 мес.

МУЗ «Ленская центральная районная больница» РС(Я) **ТЮРЕКАНОВ Кубатек Эсенкулович** – зав. хирургическим отделением; **МОСЕЕВ Евгений Олегович** – врач-хирург, moseev1983@list.ru; **ИНДЕЕВ Николай Валентинович** – врач-хирург 1-й квалиф. категории.

больной произведена смена транспеченочных дренажей. За период наблюдения состояние удовлетворительное, явлений холангита и желтухи не выявлено, больная прибавила в весе.

В дальнейшем произведена смена перфорированных транспеченочных дренажей на каркасные, с целью исключения желчных потерь и инфицирования желчных путей с проявлениями холангита. Больная наблюдалась 1,5 года, затем выехала на постоянное жительство в г. Уфа. В настоящее время при общении по телефону – состояние хорошее.

Литература

1. Гальперин Э.И. Нестандартные ситуации при операциях на печени желчных путей / Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер. – М., 1987.

Galperin E.I. Unusual situations during operations on the liver biliary tract. E.I. Galperin, Dederer J.M. – M., 1987.

2. Гальперин Э.И. Рубцовые стриктуры печеночных протоков в области их слияния (стриктура 0) / Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузовлев // Хирургия. – 1995. – 1: 6-31.

Galperin E.I. Cicatricial stricture of the hepatic duct in the region of their confluence (stricture 0) / Galperin E.I., Kuzovlev NF // Surgery. – 1995. – 1: 6-31.

3. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных прото-

ков / Э.И. Гальперин, А.Ю. Чевокин, Н.Ф. Кузовлев [и др.] // Хирургия 2004г. 5: 26-31.

Diagnosis and treatment of various types of high scar strictures of hepatic ducts. Galperin E.I., Chevokin A.J., Kuzovlev NF, et al Surgery 2004. 5: 26-31.

4. Применение сменных транспеченочных каркасных стентов у больных с посттравматическими стриктурами печеночного и общего желчного протока / С.Ф. Багненко, В.Е. Савелло, М.Ю. Кабанов [и др.] // Вестник хирургии. – 2008. – 2: 69-71.

The use of removable frame transhepatic stents in patients with posttraumatic strictures of the hepatic and common bile duct. Bagnenko SF, Savello VE, Kabanov M.U, et al Journal of surgery. 2008. 2: 69-71.

Д.А. Чичахов

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОЦЕДУРНОЙ СЕДАЦИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

УДК 616-089.5:053.2

Предлагается стандартизация методов седации при различных диагностических процедурах у детей. Большое внимание уделено обзору используемых препаратов, методике их применения и дозировкам препаратов у детей. Выявлено, что уменьшение отрицательных влияний процедурной седации на здоровье пациентов достигается строгим соблюдением всех положений и правил проведения данного вида вмешательства, а внедрение учебных программ и строгий учет всех осложнений поможет повысить безопасность и эффективность проводимой седации в будущем.

Ключевые слова: анестезиология, процедурная седация, детский возраст.

The number of diagnostic and therapeutic procedures done outside of the operating room and the intensive care unit has increased substantially in recent years. In parallel, the management of acute pain and anxiety in children undergoing therapeutic and diagnostic procedures has developed considerably in the past two decades. The primary goal of procedural sedation and analgesia is the safe and efficacious control of emotional distress and pain. The availability of non-invasive monitoring, short-acting opioids and sedatives has broadened the possibilities of sedation and analgesia in children in diverse settings. While most of these procedures themselves pose little risk to the child, the administration of sedation or analgesia may add substantial risk to the patient. This new guidelines the current status of sedation and analgesia for invasive and non-invasive procedures in children providing an evidencebased approach to several topics of importance, including patient assessment, personnel requirements, equipment, monitoring, and drugs.

Keywords: anesthesiology, sedation, children.

Введение. Инвазивные и неинвазивные процедуры являются неотъемлемым компонентом современной диагностики и терапии в педиатрической практике. Часто проводимые процедуры оказываются неудобными и причиняют беспокойство ребенку и его родителям. Еще в 1992 г., а позднее в 2002, Американская Академия Педиатрии издала рекомендации по безболезненному и спокойному проведению различных процедур у детей [5,6]. В последующем методы седации и управления болью во время диагностических и терапевтических процедур у детей существенно развились [4,7]. Широкое распространение неинвазивного мониторинга основных показателей гомеостаза организма, обезболивающих и седативных препаратов короткого действия, наличие антагонистов опиатов и бензодиазепинов расширили возможности достижения

седации и управления болью у детей. Предложено много схем и руководств по безопасному проведению седации у детей [2-4].

Цель написания данной статьи – предложение стандартов седации детей при различных манипуляциях с точки зрения требований проводимого исследования, мониторинга во время исследования и безопасности пациента.

Ежегодно в условиях Республиканской больницы №1-Национального центра медицины МЗ РС(Я) проводятся тысячи исследований и манипуляций у детей. Большинство из них требует проведения седации и обезболивания. Исторически сложилось так, что седацию и обезболивание детей на диагностических процедурах в условиях Педиатрического центра проводит врач-анестезиолог, хотя методами седации и обезболивания должен владеть каждый врач, встречающийся в своей практике со страданиями и мучениями больных. В последнее время много внимания уделяется стандарти-

зации медицинской помощи, которая преследует цель уменьшения количества осложнений и смертельных исходов при их оказании, повышения ее качества.

Седация (успокоение и обезболивание) – это такое состояние организма, которое позволяет пациенту терпеть неприятные и/или болезненные процедуры при сохранной кардиореспираторной функции организма и способности ответить устно и/или осязательно на поставленный вопрос. Переход от умеренной седации и обезболивания к общей анестезии четко не определяется, а, скорее, составляет единое целое. Согласно Американскому Обществу Анестезиологов, Американской Академии Педиатрии, американскому Колледжу Чрезвычайных Ситуаций и Обществу Красного Креста [4-7], процедурная седация и обезболивание имеют пять стадий:

1. Минимальная седация (anxiolysis);
2. Умеренная седация (соответствует термину «седация в сознании»);
3. Диссоциативная седация;

ЧИЧАХОВ Дьлустан Анатольевич – к.м.н., доцент Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, gulustaan@rambler.ru.