

В настоящее время выявлены причинно-следственные связи между травматичностью операции, интенсивностью послеоперационного болевого синдрома и вероятностью формирования ХБС. В частности, известно, что раннее развитие ПБС (в течение первых 4 часов после операции), его интенсивный характер и длительное существование являются основными факторами риска развития ХБС.

Таким образом, формирование многокомпонентного болевого ощущения обеспечивается многоуровневой ноцицептивной системой, включающей сеть периферических ноцицепторов и центральных нейронов, расположенных в различных структурах ЦНС и реагирующих на повреждающее воздействие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Овечкин А.М., Морозов Д.В., Жарков И.П. Обезболивание и седация в послеоперационном периоде: реалии и возможности // Вестник интенсивной терапии. – 2001. – № 4. – С. 47-60.
- 2 Осипова Н.А. Антиноцицептивные компоненты общей анестезии и послеоперационной анальгезии // Анестезиология и реаниматология. – 1998. – № 5. – С. 11-15.
- 3 Осипова Н.А., Петрова В.В., Береснев В.А. и др. Профилактическая анальгезия – новое направление в анестезиологии. Рождение и развитие идеи в работах МНИОИ им. П.А. Герцена // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – № 6. – С. 13-18.
- 4 Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2-nd edition, 2005 (endorsed Royal College of Anaesthetists, UK) – 31 OS.
- 5 Asoh T., Shirasaka C., Uchido I., Tsuji H. Effects of indomethacin on endocrine responses and nitrogen loss after surgery // Ann. Surg. – 1987. – V. 206. – P. 770-776.
- 6 Ballantyne J., Carr D., de Ferranti S. The comparative effects of postoperative analgesic therapies on pulmonary outcome: cumulative meta-analyses of randomized controlled trials // Anesth. Analg. – 1998. – V. 86. – P. 598-612.
- 7 Barratt S., Smith R., Kee J. Multimodal analgesia and intravenous nutrition preserves total body protein following major abdominal surgery // Red. Anesth. Pain. Med. – 2000. – V. 27. – P. 15-22.
- 8 Beattie W., Badner N., Choi P. Epidural analgesia reduces postoperative myocardial infarction: a meta-analysis // Anesth. Analg. – 2001. – V. 93. – P. 853-858.
- 9 Block B., Liu S., Rowlingson A. Efficacy of postoperative epidural analgesia: a meta-analysis // JAMA. – 2003. – V. 290. – P. 2455-2463.
- 10 Bolivar M., Bolivar A., Vargas G. Multimodal postoperative analgesia with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the epidural hematoma "myth" // Book Abstr. 9th World Congress on Pain, Vienna, Austria, 1999. – P. 439.

УДК 616-036.22

В.Г. Столков¹, О.А. Зырянова¹, Л.М. Амреева², С.Т. Мананбаева²

¹КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Усть-Каменогорск

²Восточно-Казахстанский государственный университет имени С. Аманжолова, г. Усть-Каменогорск

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ

Мақалада эндоскопиялық холецистэктомия кезіндегі анестезиологиялық көмектің ерекшелігі қарастырылған. Холециститпен ауырған адамдардың эпидуралық анестезия әдістері зерттелген.

In given article authors describe specifics of the anesthesiological means of endoscopic

Региональный вестник Востока

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к числу широко распространенных заболеваний. В хирургических стационарах среди больных с хроническими заболеваниями органов брюшной полости больные ЖКБ занимают первое место.

Холецистит – заболевание, связанное, главным образом, с постоянным нарушением диеты (жирная пища), сочетанное с нарушениями обмена холестерина, фосфолипидов и желчных кислот, и сопровождающее, чаще всего, ожирение, малоподвижный образ жизни, функциональные поражения печени. Эту болезнь справедливо считают “болезнью века” и “болезнью благополучия”, имея в виду непосредственную связь ее развития с характером питания [1].

Застой и повышение концентрации желчи в пузыре приводят к образованию конкрементов – камней, которые могут достигать несколько сантиметров в диаметре. Симптомами патологии желчного пузыря являются болевой синдром (тупые боли в правом подреберье, приступы печеночных колик), тяжесть в животе, отрыжка, тошнота, запоры. При обострении хронического холецистита болевой синдром усиливается, повышается температура до 38-39 градусов, может возникнуть рвота. Механическая желтуха сопровождается пожелтением кожных покровов пациента.

В последние три десятилетия достигнуты значительные успехи в решении вопросов диагностики и лечения ЖКБ, во многом обусловленные прогрессом в области разработки медицинской техники и фундаментальных наук. Благодаря этим достижениям во врачебной практике появились эффективные методы диагностики: ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография, магнитно-ядерная томография, прямые методы контрастирования билиарного тракта [2].

Наряду с этим не утратили своего значения такие методы исследования, как пероральная холецистография и внутривенная холеграфия. К традиционному лечению с помощью открытой холецистэктомии добавились методы лапароскопического вмешательства и малотравматические операции из минидоступа.

Более того, в распоряжении врачей появились неоперативные методы лечения: медикаментозное растворение и экстракорпоральное дробление камней. Широкий спектр диагностических и лечебных методов привел к пересмотру стратегии и тактики при ЖКБ. Естественно, возникла необходимость в оптимизации выбора анестезиологических пособий индивидуально для каждого пациента.

Необходимость в избавлении больного от ЖКБ продиктована не только возникающими приступами желчных колик, но и опасностью возникновения тяжелых осложнений (острого холецистита, механической желтухи, деструктивного панкреатита и др.), которые могут потребовать срочного оперативного вмешательства, а при длительном течении основного заболевания – развитием рака желчного пузыря.

Поэтому лечению должны подлежать как больные с симптоматической ЖКБ, так и с латентно протекающей ее формой, при которой всегда существует угроза внезапного тяжелого осложнения патологического процесса. Рекомендация больному определенного метода лечения должна быть основана на оценке его физического состояния, характера заболевания, сопутствующих изменений в

желчных протоках (камни, стриктура).

Как показывает многолетний опыт, консервативная терапия, которую практикуют многие поликлинические врачи, неэффективна при ЖКБ. Рекомендуемые ими лечебные мероприятия не только не предупреждают появления желчных колик, но и могут их спровоцировать вследствие миграции конкрементов и закупорки билиарного тракта [3].

Более того, длительное пребывание камней в желчном пузыре грозит осложнениями и развитием воспалительного процесса, что затрудняет в дальнейшем хирургическое вмешательство и ухудшает его результаты. Поэтому при ЖКБ не следует годами проводить консервативное лечение и ожидать от него эффекта. При установленном диагнозе необходимо своевременное применение эффективных методов лечения, которые избавят больного от камней или желчного пузыря.

Наблюдения показывают, что в ранние сроки заболевания, существующие методы лечения, будь то литотрипсия или операция, дают лучшие результаты, лечение протекает более успешно с низким риском возникновения осложнений и летального исхода. Применение того или иного метода лечения и обезболивания при оперативных вмешательствах у больных ЖКБ не должно ограничиваться возрастом больного. При выборе способа лечения и анестезии определяющим фактором должен быть не возраст больного, а его общее физическое состояние и степень операционного риска [4].

Неоперативным методам лечения присущ один существенный недостаток – непатогенетичность терапии. Ожидать хороших результатов лечения при их применении в отдаленном периоде не приходится, так как при невозможности воздействовать на все звенья патогенеза заболевания еще остается желчный пузырь – орган, формирующий конкременты.

Вот почему оперативное удаление желчного пузыря рассматривают, как радикальный метод лечения ЖКБ, избавляющий больного от желчных колик и опасных осложнений. В настоящее время в медицинских учреждениях применяют три способа удаления желчного пузыря: лапароскопический, хирургический из минимального операционного доступа и из стандартной лапаротомии.

Появление в медицинской практике метода лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) явилось новой вехой в развитии хирургии ЖКБ. За чуть более чем 10-летний период существования она завоевала широкое признание и получила дальнейшее совершенствование. Эндоскопическим методом стали производить до 70–80% холецистэктомий [2].

К показаниям для проведения ЛХЭ относят симптоматическую неосложненную ЖКБ, бессимптомно протекающую форму заболевания и холестероз желчного пузыря. Совершенствование технологии эндоскопической операции позволило расширить показания к вмешательству при сочетанных поражениях желчных протоков.

Столь быстрому и повсеместному внедрению ЛХЭ способствовали преимущества этой операции по сравнению с традиционными способами: прежде всего малая травматичность, хорошая переносимость пациентами, косметичность, короткие сроки реабилитации, меньшее число послеоперационных осложнений.

Проведение анестезиологического пособия при эндоскопических вмеша-

тельствах связано с определенными особенностями – это, прежде всего, обязательное заполнение брюшной полости газом на протяжении всего оперативного вмешательства. Со стороны сердечно-сосудистой системы это приводит к сдавлению нижней полой вены, изменению венозного кровотока в нижних конечностях, снижению венозного возврата, снижению сердечного выброса, стимуляции симпатической нервной системы и артериальной гипертензией. Смещение диафрагмы приводит к снижению функциональной остаточной емкости легких и внутрилегочного газообмена, и как следствие, к гипоксии и гиперкапнии.

При карбоперитонеуме одной из причин развития гиперкапнии у больных во время ЛХЭ является всасывание углекислого газа из брюшной полости. Поэтому ряд исследователей в качестве рабочего газа рекомендуют применять закись азота. При выборе метода обезболивания при лапароскопических холецистэктомиях многие отдают предпочтение эндотрахеальному наркозу.

Проблема адекватности анестезиологического обеспечения ЛХЭ решается путем совершенствования методик анестезии, применения новых анестетиков и совершенствованию способов проведения ИВЛ при ЛХЭ, особенно у пациентов с высоким анестезиологическим риском (больные пожилого и старческого возраста).

Высокий анестезиологический риск у пациентов пожилого и старческого возраста может быть обусловлен тяжелой сопутствующей патологией. Широкое распространение в настоящее время получила методика бисекторальной эпидуральной анестезии - ЭДА, включающая для всех больных предоперационную премедикацию накануне пероральную и внутримышечную за 60-90 мин до операции. Пункция эпидурального пространства осуществляется в положении больного сидя в промежутке Th8 - Th11, в зависимости от анатомических особенностей пациента. Всем больным производится установка перидурального катетера до уровня Th5-6.

Обязателен интраоперационный мониторинг показателей сердечно-сосудистой системы (систолического, диастолического и среднего артериального давлений – АДс, АДд, АДср; частоты сердечных сокращений – ЧСС. В ходе операции возможно проведение постоянной инотропной поддержки, капельным введением допамина и др.

Таким образом, ЭДА может успешно применяться при анестезиологическом обеспечении ЛХЭ. Изменение параметров гемодинамики соответствует эффектам высокой ЭДА, характеризуется умеренной гипотонией, тенденцией к брадикардии, снижением общего периферического сопротивления сосудов – ОПСС.

Сохранение спонтанного дыхания на протяжении всей операции обеспечивает адекватную компенсацию отрицательных эффектов карбодиксиперитонеума. Отсутствие гемодинамических признаков гиперкапнии, незначительное, не более 5 об.%, повышение $et\ CO_2$, подтверждает эффективность спонтанной вентиляции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гриппи М.А. Патофизиология легких. – М.: "Бином", 2004. – С. 46-54.
- 2 Буров Н.Е., Курицын А.Н., Фоменко А.В. Патогенез гемодинамических и дыхательных рас-

стройств при лапароскопических операциях // Тезисы II Съезда Российской Ассоциации Эндоскопической Хирургии. – М., 2002. – С. 3.

3 Светлов В.А., Козлов С.П. Регионарная (проводниковая) анестезия – новое решение старых проблем // Анестезиология и реаниматология. – 1996. – № 4. – С. 53-62.

4 Харрисон Т.Р. Внутренние болезни. Болезни сердечно-сосудистой системы. – М.: «Медицина», 1995. – С. 81-99, 115.

УДК 613.6:669.4:614.2

Р.К. Калымбекова

ВК филиал «Национальный центр гигиены труда и профзаболевания», г. Усть-Каменогорск

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Мақалада қорғасын өндірісінің жұмысшыларындағы қорғасынмен уланудың клиникалық ерекшеліктерін зерттеу нәтижелері берілген. Қорғасынмен уланудың клиникасы мен ауру ағымының ауырлығына жұмысшының еңбек өтілі, жасы, мамандығы әсер ететіні анықталған. Қазіргі қорғасынмен уланудың клиникалық ағымының маңызды ерекшеліктерінің бірі – ауыр, асқынған жағдайлардың аз тіркелетіні көрсетілген. Сонымен қатар қорғасынмен уланудың негізгі клиникалық көрсеткіштері анықталған.

The presented results of the studies of the clinical particularities leaden intoxication beside workman leaden production. It was revealed that on clinic and gravity of the current leaden intoxication essential influence render the length of service, age, profession worker. It is shown that one of the important particularities modern leaden intoxication is that ceased to register the events of the heavy poisoning lead. Also, the main clinical factors leaden intoxication was revealed.

The keywords: chronic leaden intoxication, leaden colic, length of service of the work, kreatinin, koproporphirinuria, reticulocitozh.

Ключевые слова: хроническая свинцовая интоксикация, свинцовая колика, стаж работы, креатинин, копропорфирурия, ретикулоцитоз.

Совершенствование технологических процессов и внедрение оздоровительных мероприятий привели к резкому сокращению случаев профессиональных отравлений свинцом. Однако широкое использование свинца в различных отраслях народного хозяйства влечет за собой увеличение числа лиц, имеющих с ним контакт. Токсичность же даже минимальных доз свинца создает опасность отравления им. Кроме того, свинцовая интоксикация занимает одно из ведущих мест в структуре профессиональной заболеваемости. Клиника, диагностика и течение свинцовой интоксикации у рабочих свинцовых заводов в настоящее время имеют некоторое своеобразие [1].

Согласно классификации профессиональной свинцовой интоксикации, выделяют следующие формы: начальная форма хронической интоксикации свинцом (ХСИ), легкая форма хронической интоксикации свинцом и выраженная форма хронической интоксикации свинцом [2].

Целью работы являлось изучить особенности клинического течения свинцо-