

ОБРАБОТКА ЭНДСКОПОВ ШАГ ЗА ШАГОМ

Подготовка к процессу обработки

- Процесс обработки эндоскопов следует проводить в специально отведенной для этой цели комнате, а не в самом эндоскопическом кабинете.
- Подготовьте детергенты, следуя инструкциям производителя, в подходящем резервуаре или раковине.
- По мере видимого загрязнения детергенты следует заменять в соответствии с инструкцией производителя. Подготовьте все необходимые для очистки инструменты (щетки, адаптеры для промывания и пр.)
- Подготовьте раствор детергента для процедурного кабинета, чтобы прокачать детергент через каналы эндоскопа непосредственно после процедуры.
- Подготовьте и проверьте функционирование автоматического дезинфектора эндоскопов.

Предварительная очистка в процедурном кабинете непосредственно после процедуры

- Используйте защитные средства (латексные перчатки, длинные рукава, водонепроницаемый халат, защитные очки).
- После извлечения эндоскопа из пациента вводная трубка эндоскопа немедленно должна быть очищена при помощи одноразовой ткани.
- Электроотсосом аспирируйте раствор детергента через каналы биопсии/всасывания для очистки основных загрязнений, а также для проверки проходимости каналов.
- Через каналы проведите всасывание воздуха для удаления раствора детергента.
- Отсоедините эндоскоп от водного контейнера, трубки электроотсоса, затем отнесите его в помещение для обработки.
- Транспортируйте контаминированные эндоскопы и другие инструменты в закрытом контейнере для предотвращения возможного распространения инфекции.

Испытание на герметичность

- Закройте водонепроницаемой крышкой контакты видеоскопа.
- Присоедините тестер герметичности к эндоскопу.
- Отсоедините съемные клапаны эндоскопа.
- Полностью опустите эндоскоп в жидкость.
- Присоедините тестер герметичности к соответствующему коннектору на эндоскопе. Проведите тестирование в соответствии с рекомендациями производителя.

- В случае отрицательного результата теста на герметичность (упало давление или появились воздушные пузыри в воде, указывающие на перфорацию) немедленно удалите эндоскоп из раствора. Прервите обработку, протрите поверхность эндоскопа дезинфектором для инструментов, высушите каналы сжатым воздухом, упакуйте эндоскоп в специальную защитную пленку и направьте на ремонтные работы с надписью «Разгерметизирован, не обработан».

Ручная очистка

- Полностью опустите эндоскоп в только что подготовленный раствор детергента (время замачивания, согласно инструкции производителя).
- Держите эндоскоп погруженным в раствор детергента в течение всего времени очистки.
- Очистите внешнюю поверхность эндоскопа и все его компоненты с помощью одноразовой ткани, губки или мягкой щетки.
- Тщательно очистите все клапаны, отверстия каналов, аспирационные порты, дистальный конец и блок управления соответствующими щетками.
- Все чистящие предметы должны быть одноразовыми. Прочистите щетками нужного размера все достигаемые каналы. Периодически во время очистки опускайте конец щетки в раствор детергента.

Ручная очистка

- Очистку необходимо проводить до тех пор, пока щетка не будет выглядеть чистой при появлении из канала.
- При обработке дуоденоскопа тщательно очистите инструментальный подъемник мягкой щеткой и промойте каналы соответствующим адаптером.
- Промойте все каналы эндоскопа детергентом, используя подходящие адаптеры/ирригаторы.

Промойте раствором детергента все каналы для удаления оставшихся загрязнений (пожалуйста, проконсультируйтесь с производителем эндоскопа или автоматического дезинфектора, какие адаптеры лучше использовать).

Отмывание раствора детергента

- Опустите эндоскоп и все разъемные части в раковину с водой.
- Ополосните водой хорошего качества внешние поверхности эндоскопа, все каналы и разъемные части.

- Просушите все каналы воздухом для удаления излишней жидкости.

Дезинфекция при помощи автоматического дезинфектора эндоскопов

- Необходимо выполнить все действия по ручной очистке, прежде чем использовать автоматический дезинфектор эндоскопов, как указано во всех национальных и международных инструкциях.
- Тщательная очистка эндоскопа является обязательным условием качественной дезинфекции. Только предварительно очищенные эндоскопы могут быть обработаны в автоматических дезинфекторах эндоскопов.
- После ручной очистки поместите эндоскоп в автоматический дезинфектор эндоскопов и начните процесс дезинфекции в соответствии с инструкцией производителя.
- Для аппаратов по обработке эндоскопов необходимо проводить регулярную чистку и техническое обслуживание. Следуйте инструкции производителя.
- Ежедневно перед началом работы проводите самодезинфекцию автоматического дезинфектора.

Удаление эндоскопа из автоматического дезинфектора эндоскопов

- Удалите эндоскоп, разъемные части и чистящие предметы, используя стерильные перчатки.

- Чистой тканью высушите внешнюю поверхность.
- Проверьте функционирование эндоскопа.
- Высушите контакты и каналы сжатым воздухом.
- Эндоскоп можно использовать для следующего пациента.

Окончательное высушивание и хранение эндоскопа

- По окончании последней дезинфекции в конце рабочего дня высушите наружную поверхность эндоскопа сухой одноразовой тканью. Затем высушите наружную поверхность сжатым воздухом.
- Высушите все каналы эндоскопа сжатым воздухом (максимум 0.5 бар, в идеале – стерильным отфильтрованным воздухом). Используйте адаптеры для соединения каналов.
- Промойте все каналы 70% спиртом, используя адаптер, затем снова высушите эндоскопические каналы сжатым воздухом для гарантии полного высыхания всех каналов.
- Храните эндоскоп в разобранном виде в соответствующем шкафу в вывешенном положении.
- Удалите все адаптеры каналов, клапаны и дистальные колпачки на время хранения.

XXIV международная медицинская выставка



22-24 мая 2013

www.medsib.com

- Современные методы и технологии в медицине.
- Медицинская техника, диагностика, оборудование, инструменты.
- Фармацевтика.
- Медицинская / лабораторная мебель, санитария, медицинская одежда, расходные материалы.



ITE Сибирская Ярмарка
Новосибирск, Станционная 104
Тел.: +7 (383) 363-00-63/36
Email: medsib@sibfair.ru

Место проведения:
«Новосибирск Экспоцентр»
Медицинская сестра № 1 2013

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ*

А. С. Воротынцев, канд. мед. наук

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва

E-mail: vorotalex0206@mail.ru

Дана характеристика желчнокаменной болезни и хронического калькулезного холецистита. Представлены их клиническая картина, диагностика, течение, способы купирования приступа.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, обмен холестерина, хронический калькулезный холецистит, факторы риска, гастродуоденоскопия.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — многофакторное и многостадийное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся нарушением обмена холестерина и билирубина с образованием камней в желчном пузыре (ЖП) и желчных протоках. ЖКБ является одним из наиболее распространенных заболеваний человека, занимает в структуре заболеваемости 3-е место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. По данным VI Всемирного конгресса гастроэнтерологов, ЖКБ страдают 10% населения земного шара. В развитых странах частота заболевания составляет 10–15% и увеличивается в 2 раза каждое десятилетие. В России распространенность ЖКБ достигает 12%. Пик заболеваемости (71,1%) приходится на возраст 40–59 лет. Отмечаются «омоложение» ЖКБ, рост заболеваемости детей и мужского населения. Женщины болеют в 3–4 раза чаще мужчин. После 70 лет половые различия в заболеваемости исчезают, она постепенно повышается и достигает 30–40%.

С увеличением частоты холелитиаза растет число больных острым холециститом и осложненными формами ЖКБ. В связи с высокой распространенностью ЖКБ и тенденцией к ее росту увеличивается количество операций по поводу холелитиаза, поэтому холецистэктомия в настоящее время по частоте вышла на 2-е место в мире после аппендэктомии.

Факторы риска

1. Принадлежность к женскому полу:
 - частые беременности и роды, приводящие к изменению гормонального фона, повы-

шению уровня эстрогенов, снижению уровня желчных кислот, нарушению эвакуаторной функции ЖП и образованию желчного сладжа;

- пероральная контрацепция и заместительная терапия эстрогенами.
2. Возраст:
 - повышение содержания холестерина в желчи;
 - снижение активности обменных процессов, сократительной функции ЖП.
 3. Наследственность.
 4. Избыточная масса тела:
 - ожирение способствует повышению синтеза и экскреции холестерина;
 - низкокалорийная диета с целью похудения сопровождается образованием замазкообразной желчи и конкрементов;
 - шунтирующие операции по поводу ожирения увеличивают вероятность холелитиаза.
 5. Гиподинамия.
 6. Особенности питания:
 - употребление пищи с высоким содержанием холестерина;
 - увеличение потребления жиров, рафинированных углеводов;
 - несбалансированное питание, беспорядочный режим питания;
 - длительное парентеральное питание;
 - голодание, быстрое похудение.
 7. Длительное применение эстрогенов, клофибрата, октреотида, цефтриаксона.
 8. Сахарный диабет, цирроз печени, болезнь Крона.

Классификация ЖКБ и хронического калькулезного холецистита

- I. По стадиям:
 - бессимптомная;
 - симптоматическая без осложнений;
 - симптоматическая с осложнениями.
- II. По клиническим формам:
 - латентная (камненосительство);

* По материалам журнала «Лечащий врач». – 2012, № 2. – С. 54–57.

- желчная колика;
- хронический калькулезный холецистит (ХКХ):
 - хронический рецидивирующий холецистит;
 - хронический резидуальный холецистит;
 - первично-хронический холецистит;
- стенокардитическая форма, синдром Сейнта.

Латентная форма ЖКБ, или камненосительство, характеризуется наличием конкрементов в ЖП и отсутствием клинических проявлений. Около 60% больных с камнями в ЖП и 10% – в общем желчном протоке в течение нескольких лет не предъявляют существенных жалоб. У 30–50% из них за короткий период (1–5 лет) возникают клинические проявления ХКХ и развиваются серьезные осложнения.

Желчная колика – наиболее частое первое клиническое проявление ЖКБ и ХКХ; она характеризуется внезапно возникающими, периодически повторяющимися резкими, интенсивными, сначала кратковременными болевыми приступами печеночной колики. Приступ может провоцироваться погрешностью в диете, физической нагрузкой, появляться без видимых причин.

ЖКБ и ХКХ неотделимы друг от друга. ХКХ – основная клиническая форма ЖКБ. После первых приступов желчной колики, которые рецидивируют с частотой 35–50% в год, с каждым разом они становятся тяжелее и продолжительнее, и можно уже говорить о ХКХ, по поводу которого больные обращаются к врачам поликлиники.

ХКХ – хроническое воспалительное заболевание ЖП на фоне холелитиаза, сочетающееся с моторно-тоническими функциональными нарушениями желчевыделительной системы и характеризующееся вовлечением в патологический процесс соседних органов и развитием осложнений. Первично-хронический холецистит как форму ХКХ выделяют, исходя из концепции формирования желчных камней в ЖП вторично, на фоне развития в нем инфекции и хронического воспаления. Однако основной причиной развития ХКХ является присоединение инфекции и развитие хронического воспаления при имеющемся холелитиазе. При этой форме болевой симптом отмечают редко и он слабо выраженный. Преобладают жалобы на диспепсические расстройства (чувство тяжести в эпигастрии и правом подреберье, метеоризм, неустойчивый стул, изжога, горечь во рту, возникающие периодически или постоянно, после употребления обильной, жирной, острой, жареной пищи, алкоголя). При пальпации удается обнаружить незначительную болезненность в эпигастрии и правом подреберье, в точке ЖП.

Хронический рецидивирующий холецистит – основная клиническая форма ХКХ, которая характери-

зуется периодами обострения и ремиссии, частыми повторными приступами острых болей в правом подреберье и эпигастрии, сопровождающихся характерными признаками воспаления ЖП. Клиника обострения напоминает клинику острого холецистита, поэтому каждый рецидив должен рассматриваться как острый калькулезный холецистит, при котором требуются активное лечение и госпитализация в хирургический стационар.

Хронический резидуальный холецистит. При этой форме после купирования приступа острого калькулезного холецистита, нормализации температуры тела сохраняются болевой синдром и пальпаторная болезненность в области проекции ЖП; полного благополучия между приступами пациенты не отмечают, возможно, – из-за развития осложнений.

Стенокардитическая форма – холецистокардиальный синдром (С.П. Боткин), при котором боли распространяются на область сердца, провоцируя приступ стенокардии. После холецистэктомии приступы стенокардии исчезают.

Синдром Сейнта – сочетание ХКХ с диафрагмальной грыжей и дивертикулезом толстой кишки генетической природы.

Клинические варианты проявления ХКХ

Торпидная форма:

- отсутствие болевых приступов желчной колики, тупые, ноющие боли в правом подреберье, диспепсические явления;
- редкие (1 раз в несколько лет) и быстро купирующиеся болевые приступы, длительные периоды ремиссии, отсутствие жалоб между приступами.

Болевая приступообразная форма:

- нечастые (1–3 раза в год), непродолжительные (не более 30–40 мин), легкокупируемые болевые приступы; отмечаются постоянные, умеренные боли и диспепсические явления в межприступном периоде;
- частые (1–2 раза в месяц), быстрокупируемые приступы; частые, продолжительные, труднокупируемые приступы, которые сопровождаются вегетативными реакциями; в межприступном периоде сохраняются боли в правом подреберье и диспепсические расстройства;
- частые, продолжительные, длящиеся часами болевые приступы, с короткими периодами ремиссии; сопровождаются ознобом, лихорадкой, желтухой.

Осложнения:

- отключенный ЖП;
- перихолецистит;
- сморщенный ЖП;
- водянка ЖП;
- холедохолитиаз, механическая желтуха;

- холангит;
- папиллит, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС);
- желчные свищи, кишечная непроходимость;
- билиарный панкреатит;
- билиарный гепатит, цирроз печени;
- острый холецистит:
 - эмпиема ЖП;
 - околопузырный инфильтрат;
 - околопузырный абсцесс;
 - перфорация ЖП, перитонит.

Клиническая картина

Боль:

- периодическая разной продолжительности или постоянная тупая, ноющая, неинтенсивная, чувство тяжести, дискомфорта в правом подреберье, не связанные с приемом пищи;
- боль и ощущение дискомфорта в правом подреберье разной интенсивности и продолжительности, связанные с приемом пищи;
- приступ желчной колики:
 - острая, интенсивная, нестерпимая, жгучая, распирающая, сжимающая, схваткообразная боль в эпигастрии и правом подреберье, заставляющая больного метаться в постели; длится от 15 мин до 5 ч, достигая максимума в течение 20–30 мин;
 - иррадирует в правое плечо, надплечье, правую половину шеи, правую лопатку, спину, правую половину грудной клетки, иногда носит опоясывающий характер;
 - появляется внезапно, поздно вечером или ночью, после погрешности в диете, физического и эмоционального напряжения; у женщин часто связана с менструальным циклом;
 - вначале при движении больного интенсивность боли не меняется, но если приступ не купируется в течение 10–12 ч, развиваются острое воспаление стенки ЖП, клиника острого холецистита; боль приобретает постоянный характер, усиливается при изменении положения тела;
- боли рецидивируют;
- лихорадка с повышением температуры тела не выше 38°C, носит нервно-рефлекторный характер, после окончания приступа температура тела нормализуется; лихорадка сопровождается ознобом, холодным липким потом; сохранение температуры тела >38°C свидетельствует о развитии осложнений;
- рвота; обильная, не приносящая облегчения, вначале – пищей, затем – содержимым с примесью желчи; сопровождается тошнотой;
- желтуха; иктеричность склер, кратковременное обесцвечивание кала, потемнение мочи; обусловлена нарушением проходимости общего желчного протока (конкремент, папиллит, стеноз БДС, сдавление увеличенной отечной головкой поджелудочной железы);
- диспепсические явления; часто они предшествуют развитию приступа и сохраняются в межприступный период:
 - постоянное или периодическое ощущение горечи во рту;
 - тошнота;
 - изжога;
 - постоянное или периодическое ощущение сухости во рту;
 - отрыжка воздухом или пищей;
 - снижение аппетита;
 - неустойчивый стул со склонностью к запорам;
 - неустойчивый стул со склонностью к поносам;
 - вздутие живота.

Объективные данные (приступ желчной колики):

- беспокойное поведение больного, бледность кожных покровов, тахикардия, потливость;
- язык обложен белым налетом, влажный;
- живот умеренно вздут, может отставать в акте дыхания;
- пальпаторная болезненность в правом подреберье, возможно умеренное напряжение мышц, может пальпироваться увеличенный ЖП;
- симптом Ортнера–Грекова: боль при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;
- симптом Керра: усиление болезненности при пальпации в правом подреберье;
- симптом Мерфи: резкая болезненность на вдохе при предварительном введении левой кисти глубоко в правое подреберье;
- симптом Мюсси–Георгиевского: болезненность при надавливании в правой надключичной области между ножками кивательной мышцы;
- симптом Захарьина: боль при перкуссии кончиками пальцев в проекции ЖП.

Диагностика:

- ультразвуковое исследование – основной неинвазивный метод диагностики; позволяет выявить конкременты в ЖП в 98% случаев, холедохолитиаз – в 40–70% случаев;
- динамическая гепатобилисцинтиграфия; по скорости перемещения радиофармпрепарата

по желчным путям в двенадцатиперстную кишку позволяет выявить нарушение функции печени, ЖП, проходимости желчных протоков;

- эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография – метод прямого контрастирования желчных протоков и ЖП; с высокой точностью позволяет установить желчную гипертензию, наличие конкрементов в желчных протоках, сужение терминального отдела;
- гастродуоденоскопия; выявляет патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, дает возможность осмотреть БДС;
- компьютерная томография; в сложных случаях дифференциальной диагностики позволяет установить поражение печени и поджелудочной железы;
- эндоскопическая ультрасонография; обеспечивает выявление мелких конкрементов терминального отдела общего желчного протока, поражение БДС и головки поджелудочной железы;
- лабораторные методы исследования; помогают оценить тяжесть заболевания, контролировать эффективность лечения.

Круг дифференциальной диагностики:

- острый и хронический бескаменный холецистит, аденомиоматоз, холестероз ЖП;
- дискинезии желчных путей;
- хронический панкреатит;
- хронический гепатит;
- хронический гастрит, дуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
- правосторонняя почечная колика;
- синдром раздраженной толстой кишки, хронический колит.

Лечение

Консервативное:

- диета;
- купирование приступа желчной колики, постоянного или периодического болевого синдрома;
- купирование диспепсических расстройств;
- экстренная холецистэктомия, плановая холецистэктомия (традиционная, лапароскопическая, мини-лапаротомная);
- литолитическая терапия;
- литотрипсия.

Купирование приступа желчной колики, болевого синдрома:

- голод в течение 1–3 сут, затем – диетотерапия: стол № 5, 5 А;

- спазмолитическая терапия:
 - атропина сульфат 0,1% – 1 мл внутримышечно;
 - платифиллин 0,2% – 2 мл внутримышечно;
 - раствор но-шпы (дротаверин) 2% – 2–4 мл внутримышечно, внутривенно капельно в физиологическом растворе хлористого натрия, при затянувшемся приступе – до 40–80 мг; после купирования болей и в межприступный период – но-шпа в таблетках: по 40–80 мг 3 раза в день;
 - бускопан (гиасцина бутилбромид) 2% – 2 мл внутримышечно, внутривенно капельно, затем – в драже по 10 мг 3 раза в день;
 - папаверин 2% – 2 мл внутримышечно, внутривенно капельно, затем – в таблетках: по 50 мг 3 раза в день;
- купирование болевого синдрома:
 - анальгин 50% – 2 мл внутримышечно;
 - баралгин – 5 мл внутримышечно, внутривенно;
 - кеторол – 1 мл 2 раза внутримышечно, кетонал – 100 мг 2 раза внутримышечно, свечи утром и вечером.

Если в течение 5 ч болевой приступ не купируется, больного необходимо госпитализировать в хирургический стационар!

Купирование диспепсических расстройств:

- омез 20 мг 2 раза;
- мотилиум 20–40 мг 2 раза;
- церукал (метоклопрамид) 2 мл 2 раза внутримышечно, внутривенно, 10 мг в таблетках 2 раза;
- эссенциале форте Н 2 капсулы 3 раза в день;
- одестон 200–400 мг в таблетках 3 раза в сутки;
- фестал 1–2 драже 3 раза в день после еды.

Рекомендуемая литература

Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. – М.: Атмосфера, 2006. – 416 с.

Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей / Руководство для врачей. – М.: Анахарсис, 2006. – 448 с.

CURRENT VIEWS OF CHOLELITHIASIS AND CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS

A.S. Vorotyntsev, Cand. Med. Sci.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

The paper characterizes cholelithiasis and chronic calculous cholecystitis and presents their clinical picture, diagnosis, course, and ways of arresting an attack in these diseases.

Key words: cholelithiasis, cholesterol exchange, chronic calculous cholecystitis, risk factors, gastroduodenoscopy.