

УДК 616.33-0235.87:617-085

Ведение дооперационного периода у больных язвенной болезнью

Ю.В. Артемов

Кафедра хирургии №2, (зав. кафедрой доц. Ф.Н. Ильченко)

Ключевые слова: язвенная болезнь, противоязвенное лечение, антациды

По вопросу применения предоперационного противоязвенного лечения у больных язвенной болезнью в литературе нет единого мнения. Не все авторы считают целесообразным его использование на данном этапе, а некоторые применяют противоязвенную терапию для уменьшения воспалительных процессов при стенозах, повышенном риске операции [1, 2, 3, 5].

Наряду с этим, исследования показывают, что у больных язвенной болезнью до операции имеются нарушения гормонального и иммунного статуса [4, 7, 8, 10], возможны вегетоневротические расстройства [2, 6, 9] и другая сопутствующая патология. Все это указывает на необходимость предоперационной консервативной терапии. По нашему мнению, вид и объем ее, составляющие компоненты, сроки проведения должны определяться также индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от имеющихся патоморфологических и патофизиологических нарушений. При этом можно выделить 2 группы пациентов: а) нуждающиеся лишь в обычной краткосрочной предоперационной подготовке и б) требующие проведения курса полноценной комплексной противоязвенной терапии в условиях хирургического или гастроэнтерологического стационара.

Особо важную роль играет также тщательное предоперационное обследование больных, включающее в себя исследование кислотопродуцирующей функции, эзофаго-, дуодено-

гастральных рефлексов, явлений нарушения дуоденальной проходимости (НДП), а также диагностику *H.pylori*.

Учитывая несомненную роль нарушений секреторно-моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки в патогенезе язвенной болезни, нами предусматривались следующие консервативные мероприятия, направленные на:

1. Устранение нарушений нейрогуморальной регуляции;
2. Снижение и нейтрализацию повышенного кислотного и ферментообразования;
3. Нормализацию моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки;
4. Защиту слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки от влияния на нее желудочного или кишечного содержимого со стимуляцией репаративных процессов.
5. Эрадикацию *H.pylori*.

При лечении язвенной болезни до настоящего времени сохраняет свое значение и диетотерапия. При этом в большинстве случаев совсем не требуется доведения пищи до полного протертого состояния (диета №1а). Такое питание не является физиологически полноценным и, как правило, не приносит больным удовлетворения. Чаще всего мы назначали диету №1 у больных при консерватив-

ном лечении или в послеоперационном периоде.

Из пищевого режима исключали продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и усиливающие секрецию соляной кислоты, (концентрированные бульоны, копчености и консервы, приправы и специи, соленья и маринад газированные фруктовые воды, кофе и крепкий чай). Предпочтение отдается продуктам, обладающими хорошими буферными свойствами (отварное мясо, рыба, яйца в сметане, умеренное количество молока и молочных продуктов). Разрешается также черствый белый хлеб, сухой бисквит, молочные и вегетарианские супы). В пищевой рацион включаются овощи (тушеные в виде пюре), сели, печеные или сырые тертые яблоки, мед, облепиховое масло.

В комплексном лечении достаточно широко использовали различные физиотерапевтические методы; электрофорез с 2-5% раствором новокаина, индуктотермию на эпигастральную область и шейные симпатические узлы; парафиновые и озокеритовые аппликации.

Особенно успешно нами применялся индуктотермофорез с бензогексонием.

Экспериментальные исследования с мечеными радиоактивными соединениями показали, что при индуктотермофорезе лекарственные ионы местно проникают на большую глубину и в большем количестве, чем при оральном и парентеральном

способах введения. Важной особенностью метода является то, что лекарственное вещество, введенное через кожу, значительно реже вызывает отрицательные реакции. Введенный с помощью индуктотермофореза бензогексоний образует кожное депо, его действие при этом складывается из рефлекторных и гуморальных влияний [7].

Лечебные процедуры проводили с помощью отечественных аппаратов ДКВ-2, ПОТОК-1 в лежачем положении больного один раз в день. Над активным электродом с гидрофильной прокладкой, смоченной 1% раствором бензогексония, на расстоянии 1-2 сантиметра от электрода в эпигастральной области накладывался индуктор-диск диаметром 20 см. Для уменьшения экранирующего действия металлического электрода для гальванизации применяли решетчатый электрод.

Первым включается аппарат для индуктотермии средней дозой 180-220 мА, а через 1-2 минуты - аппарат для гальванизации с плотностью тока 0,1 мА/см². Выключение аппаратов производится в обратном порядке. Во время процедуры больные должны испытывать приятное ощущение тепла по в площади индуктора. Продолжительность процедуры 20-25 минут. Количество сеансов 7-10 на курс.

Выраженный терапевтически эффект метода отмечался и при наличии больных моторно-эвакуаторных расстройств со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки функционального генеза, особенно гипокINETических формах. В этой связи указанный метод лечения нами применялся и у оперированных больных в раннем послеоперационном периоде в случаях возникновения данных расстройств (гастростаз или НДП функционального происхождения) особенно после ваготомии, о чем будет сказано ниже.

Учитывая имеющиеся у больных язвенной болезнью нарушения,

с целью их устранения, лечение всех больных начинали с назначения седативных препаратов с учетом индивидуальной чувствительности каждого пациента к данной группе медикаментов. Транквилизирующий эффект седативных препаратов одновременно потенцировал действие анальгезирующих препаратов и местных анестетиков. Учитывая, что фармакологические препараты, исполь-

зуемые для подавления эмоционального стресса, оказывают отрицательное побочное действие считаем, что предпочтение следует отдавать медикаментам с «мягким» эффектом: тазепам, мезапам, мепротам) с индивидуальным подбором дозировки. С этой же целью применяем и препараты брома. При выраженных невротических, невротоподобных или психогенных состояниях показано применение более активных препаратов, например, сибазона (диазепам, седуксен, реланиум, элениума).

При выраженном болевом синдроме назначали анальгетики. Препаратами отдавали препаратам центрального действия (анальгин, баралгин, белластезин), с этой же целью применяли и местноанестезирующие средства: анестезин в порошках по 0,3 г 2-3 раза в день; перед едой 2% раствор новокаина по 1 ст.л. Учитывая, что боли зачастую обусловлены спастическими сокращениями желудка, назначали спазмолитические препараты: но-шпа, галидор. В некоторых случаях применяли метацин или платифиллин, но в уменьшенной дозировке с целью избежания тахикардии.

С целью снижения и нейтрализации повышенной продукции соляной кислоты использовали антацидные, вяжущие и обволакивающие средства, установлено, что заживление язв желудка и двенадцатиперстной кишки возможно в тех случаях, когда удается поддерживать уровень внутрижелудочного рН пределах 3,0-4,0 в течение 20-24 часов. Средства, используемые для этой подразделяются на 4 группы: 1) антациды; 2) селективные холинолитики; 3) блокаторы H₂-гистаминэргических рецепторов; 4) блокаторы H⁺/K⁺ АТФазы.

Вопрос о назначении антацидных и антисекреторных препаратов решается в каждом случае индивидуально. Они показаны большинству больных с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, а также пациентам с язвами желудка, у которых имеется повышенная продукция соляной кислоты. Чаще такая необходимость возникает при локализации язвенного дефекта в антральном и пилорическом отделе, а также при сочетанных гастродуоденальных язвах.

При назначении антацидных препаратов следует иметь в виду, что всасывающиеся антациды - окись магния (по 0,5-1,0 г на приём), карбонат кальция (по 0,5-1,0 внутрь), гидроксид натрия (по 1/2-1/4 чай-

ной ложки на стакан воды) и другие, вступающие в реакцию химической нейтрализации соляной кислоты, дают быстрый, но непродолжительный эффект. Кроме того, их прием (особенно в больших дозах) может приводить к возникновению различных побочных явлений: вторичному усилению секреции соляной кислоты, развитию алкалоза (вплоть до появления признаков так называемого "молочно-щелочного синдрома"), нарушениям функции кишечника. В этой связи (предпочтительным считается применение не всасывающихся антацидов (препараты окиси алюминия, фосфата алюминия), адсорбирующих соляную кислоту обладающих обволакивающими свойствами. В своей практике мы широко применяли в качестве антацидного препарата альмагель и альмагель-А". Гельная структура препарата, содержащая гидроксиды алюминия и магния, способствует образованию на слизистой желудка защитной пленки, что препятствует повреждающему действию HCl и пепсина. Альмагель назначали по 3 доз дозировочные ложки 5-6 раз в день. Учитывая нетоксичность препарата и отсутствие его влияния на кислотно-основное состояние организма, применение альмагеля показано постоянно в течение 3-4 месяцев. Также для усиления защитных механизмов слизистой оболочки желудка применяли алмогел, фосфалогель, суспензию висмута субсалицилата, моно- и поливитамины с антиоксидантами (А, Е, Три-Ви, Три-Ви плюс), особенно эффективные в качестве препаратов сопровождения на фоне длительной медикаментозной терапии.

В связи с тем, что большинство антацидных препаратов быстро купируются из желудка, что снижает их нейтрализующий эффект, мы применяли их двухэтапное назначение (до и через 1-2 часа после приема пищи) с обязательным приемом препаратов на ночь.

Данные мероприятия помогли уменьшить ряд симптомов, в частности болевой и астено-вегетативный, улучшить физическое и психическое состояние пациентов перед предстоящей операцией.

Литература

1. Ватлин А.В., Барванян Г.М. Язвенная болезнь, осложненная стенозом луковицы двенадцатиперстной кишки в сочетании с хроническим нарушением дуоденальной проходимости / Хирургия. - 2004. - №2. - С.63—64
2. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациентов после хирургиче-

- ского лечения / Хирургия. - 2000. - №1. - С. 64-67.
3. Горинич А.Б. Профилактика и лечение постваготомических и пострезекционных нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта: Автореф. Дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.27, 14.00.37 / Курск.гос.мед.ун-т – М., 1997. – 36 с.
4. Тобффе І.В. Аутоімунні зміни у хворих з численними виразками шлунка та дванадцятипалої кишки та їх патогенетичне значення у комплексі хірургічного лікування / Клінічна хірургія. - 2005. - №1. – С.8-10
5. Комарчук В.В. Опыт лечения осложненных форм язвенной болезни / Харьковська хірургічна школа. - 2003. - № 1. – С.19-21
6. Кондратенко П.Г., Соболев В.В., Соболев Д.В. Отдаленные результаты оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Клінічна хірургія. - 2006. - № 4-5. – С. 16-17
7. Котляр П.В. Индуктотермоморфоз в эксперименте и клинике: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Кишинев, 1965. - 17 с.
8. Ситник О.А. Час як фактор ризику при перфоративних гастродуоденальних виразках // Матеріали Республіканської учбово-методичної та наукової конференції завідувачів кафедрями загальної хірургії медвузів України (м.Тернопіль, 25-26 квітня 1996 р.): Вінниця-Тернопіль, 1996. - С.118.
9. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев, Здоров'я, 1987. - 567 с.
10. Zinbuk V.V.High hemoglobin affinity to oxygen and its relationships with lipid peroxidation during fever // J. Physiol. & Biochem. - 1999. - Vol. 55. -N4. - P.301-308.

Ведення доопераційного періоду у хворих на виразкову хворобу

Ю.В. Артьомов

У статті розглянуто тактику ведення доопераційного періоду. Пріоритет віддається дієті №1, фізіотерапії, анальгетикам та антацидам.

Ключові слова: виразкова хвороба, противиразкове лікування, антациди.

The base treatment of the ulcer disease in the preoperative period

U.V. Artemov

In the article the way of intaking the preoperative period. The best to use is the diet N1, physiotherapy, analgesics and antacids.

Key words: ulcer disease, preoperative period, antacids.