

## ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ НАЛИЧИИ ОСЛОЖНЕНИЙ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М.М.Мириджанян, О.В.Саруханян, А.А.Узанкичян, В.Г.Оганесян

*/Ереванский государственный медицинский университет им. М.Гераци,  
кафедра хирургических болезней N 1; МЦ "Эребуни"/  
375025 Ереван, Корюна, 2*

*Ключевые слова:* язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сопутствующие заболевания, осложнения

Проблема хирургического лечения больных с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), несмотря на достижения в области диагностики, новых методик консервативного лечения, анестезиологии и реаниматологии, до настоящего времени не потеряла своей актуальности. В последние годы отмечено резкое увеличение в республике числа больных с ЯБЖ и ДПК с наличием осложнений и сопутствующих заболеваний.

В период с 1990 по 1996 г. в нашей клинике находился на лечении 751 больной с ЯБЖ и ДПК. В период с 1984 по 1988 г. отмечен резкий рост сопутствующей патологии с 37.9 до 96.7%, а также осложненных форм с 42.4 до 87.1% в настоящее время.

В зависимости от наличия осложнений и сопутствующих заболеваний были выделены 4 группы больных: I — с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем; II — с сопутствующими поражениями органов желудочно-кишечного тракта (гастриты, дуодениты, холециститы, панкреатиты, гепатиты и др.); III — осложненные формы ЯБЖ и ДПК (стеноз, малигнизация, перфорация, кровотечение, пенетрация); IV — неосложненные формы ЯБ без сопутствующей патологии.

В связи с изложенным возникает необходимость более тщательного предоперационного обследования и подготовки этих больных.

В задачу предоперационной подготовки больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы входила стабилизация гемодинамических показателей. Особые трудности были связаны с подготовкой к операции больных с гипертонической болезнью II—III стадии. Пребы-

вание в специализированном стационаре, инструментальные методы исследования, боязнь предстоящей операции в ряде случаев приводили к стойкому повышению АД. Проводимая гипотензивная терапия (дибазол, допегит, клофеллин, адельфан, кристипин и др.) способствовала нормализации показателей АД до привычных для данного больного цифр. У 10 больных, несмотря на проводимое лечение, отмечалось стойкое повышение АД, сопровождающееся кризами, что удлиняло сроки предоперационной подготовки на 7—10 дней. Эффективность гипотензивной терапии существенно повышалась при одновременном назначении седативных препаратов (тазепам, реланиум, микстура Кватера).

Наличие сопутствующей хронической ишемической болезни сердца существенно повышало риск оперативного вмешательства и требовало тщательного подбора медикаментозных средств, способных в короткий срок обеспечить стойкий клинический эффект. Эта группа больных получала антиангинальные препараты из группы нитросоединений (сустан, эринит, нитросорбит, нитронг), препараты калия (хлористый калий, панангин), а также антиагреганты (трентал, реополиглюкин).

Обязательным условием для прекращения предоперационной подготовки является длительное отсутствие болевых приступов и стабилизация ЭКГ.

Значительные трудности представляла подготовка к операции 5 больных с нарушениями ритма сердца по типу частых групповых желудочковых экстрасистол. В случае мерцательной аритмии, принимая во внимание ее постоянный характер, мы не стремились к восстановлению синусового ритма. Основной целью терапии этих больных являлся перевод тахисистолической формы мерцательной аритмии в нормосистолическую. Для этого больным назначался обзидан (20—40 мг/сут) внутрь в сочетании с сердечными гликозидами (изоланид 0.25 мг 3 раза в день, строфантин 0.5% раствор по 0.5 мл один раз в день в течение 7 дней). Из диуретиков отдавали предпочтение верошпиرونу (2:250 мг внутрь 3—4 раза в день), поскольку этот препарат не оказывает существенного влияния на экскрецию калия с мочой. В ряде случаев у больных с выраженными периферическими отеками и сопутствующей гипертензией применяли фуросемид (40 мг один раз внутрь через день) или лазикс (20 мг внутривенно через день в конце инфузии). При этом следили за уровнем калия в плазме и корригировали его потерю. Дозировка медикаментозных средств была строго индивидуальной. Терапию сердечными гликозидами и мочегонными прекращали за двое суток до операции.

Под влиянием предоперационной подготовки у всех больных наступало улучшение общего состояния, прекращались или значительно урежались приступы стенокардии, уменьшилась одышка, сердцебиение. Таким образом, предоперационная подготовка позволила у большинства больных добиться хорошего клинического эффекта.

Кроме больных с патологией сердечно-сосудистой системы, в I группу вошли больные с патологией дыхательной системы, которая нужда-

лась в предоперационной коррекции. У 10 больных наблюдался хронический бронхит (у 4 из них с астматическим компонентом) с недостаточностью легочной вентиляции I—II степени по обструктивному и реструктивному типу. У 18 больных отмечена хроническая пневмония, которая сопровождалась частыми обострениями. У этих больных резервы дыхания были менее 50%, что соответствует недостаточности легочной вентиляции II—III степени. Бронхиальной астмой страдали 5 больных, у 2 из них она была гормонозависимой (больные принимали по 1—2 таб. преднизолона в сутки в течение 5—8 лет), 3 больных из-за приступов удушья, появляющихся в течение дня, были вынуждены принимать бронхолитики (антасман, теофедрин, бронхолитин, ингаляторы с астмопентом и сальбутамолом). Предоперационная подготовка у этих больных была направлена на ликвидацию или уменьшение воспалительных процессов, кашля, улучшение отхождения мокроты, уменьшение или исчезновение одышки. Применение бронхолитических средств (эуфиллин 2.4% — 10.0 в/в, эфедрин), отхаркивающих (алтей, термопсис, терпингидрат с добавлением 3% йодистого калия) способствовало разжижению бронхиального секрета и отхождению мокроты. Наличие сопутствующей хронической пневмонии у больных ЯБЖ и ДПК требует обязательного включения в комплекс предоперационной подготовки антибактериальных препаратов. Назначение последних следует проводить под контролем бактериограммы с определением чувствительности флоры. Для ликвидации раздражения слизистой бронхов использовали ингаляции. В полном объеме проводили лечебную дыхательную гимнастику, которая способствовала лучшему отхождению мокроты, повышению функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем, развитию и тренировке брюшного дыхания, нормализации нервно-психической деятельности и повышению общего тонуса больного.

На фоне проведенной предоперационной подготовки у всех больных наступило улучшение общего состояния, уменьшились кашель и количество отхаркиваемой мокроты. По данным спирограммы у 10 из 18 больных установлена положительная динамика — НВЛ III степени перешла во II.

Особой сложностью отличалась предоперационная подготовка у больных III группы с выраженными белково-волемическими нарушениями и анемией. Учитывая потерю в весе, этим больным проводили терапию, направленную на коррекцию углеводного, белкового и водно-электролитного обмена. Больные получали частичное парентеральное питание аминокислотными и липидными смесями. Объем циркулирующей крови восстанавливался переливанием крови и белковых препаратов. Нарушения водно-электролитного баланса корригировали инфузией растворов глюкозы, Рингера, солей натрия и калия.

Расстройства гомеостаза, связанные с развитием язвенного процесса, могут способствовать снижению эффективности лечения и служить причиной различного рода послеоперационных осложнений. Необходи-

мость выявления и своевременной коррекции метаболических нарушений у больных с ЯБЖ и ДПК приобретает также важное значение.

С целью снижения эндогенной интоксикации и коррекции нарушений окислительно-восстановительных процессов больным проводилась интенсивная детоксикационная инфузионная и экстракорпоральная терапия (плазмоферез фракционный и АУФОК). Комплекс проведенных лечебных мероприятий существенно улучшал общее состояние больных, в значительной степени способствуя повышению функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

*Поступила 20.11.98*

**ՍՏԱՄՈՐՄԻ ԵՎ 12ՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՅԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԸ  
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՆԱԽԱՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՆԱԽԱՊԱՏՐԱՍՏԱՆ  
ԱՌԱՆՆՆԱՀԱՏԱԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԲԱՐԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ՁՈՒԳՈՐԴՈՂ  
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՌԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ**

**Մ.Մ.Միրիջանյան, Հ.Վ.Սարուխանյան, Ա.Ա.Ուզանկիչյան,  
Վ.Հ.Հովհաննիսյան**

Ստամոքսի և 12մատնյա աղու խոցային հիվանդության բարդացած ձևերի և զուգորդող հիվանդությունների դեպքերի աճի հետ կապված հետազոտվել է 751 հիվանդ, որոնք բուժման են ենթարկվել կլինիկայում 1990-1996թթ. ընթացքում: Հիվանդները պայմանականորեն բաժանվել են 4 խմբի: I խումբը կազմել են սիրտ-անոթային և շնչառական հիվանդություններով հիվանդները (96,7%); II խումբը՝ մարսողական օրգանների զուգորդող հիվանդություններով հիվանդները (100%); III խումբը՝ ստամոքսի և 12մատնյա աղու խոցային հիվանդության բարդացած ձևերով հիվանդները (87,1) և IV խումբը կազմել են առանց բարդությունների ընթացող ստամոքսի և 12մատնյա աղու խոցային հիվանդները (12,9%):

Նկարագրված են տարբեր խմբերի հիվանդների նախավիրահատական նախապատրաստման, օգտագործվող դեղամիջոցների ու պրոցեդուրաների առանձնահատկությունները:

Նշվում է, որ առանձնակի ուշադրություն պետք է դարձվի III և I խմբի հիվանդների նախապատրաստմանը, հաշվի առնելով նրանց վիճակի ծանրությունը: Էնդոգեն ինտոքսիկացիայի նվազեցման նպատակով առաջարկվում է անցկացնել կոմպլեքսային ինտենսիվ թերապիա:

**PECULIARITIES OF PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS WITH GASTRIC  
AND DUODENAL ULCEROUS DISEASE WITH COMPLICATIONS AND  
ACCOMPANYING DISEASES**

**M.M.Miridjanian, H.V.Saroukhanian, A.A.Uzankichian,  
V.H.Hovanissian**

Taking into account the increase of cases of complicated duodenal and gastric ulcerous disease and accompanying pathologies we have observed 751 patients who underwent treatment in the clinics during 1990-1996 period. All patients were conditionally divided into 4 groups: I group – patients with accompanying cardiovascular and respiratory pathologies (96,7%); II group

complicated forms of ulcerous disease (87,1%) and IV group – patients with ulcerous disease without any complications (97%).

The authors have distinguished the peculiarities of preoperative preparation of patients of each group, suggesting the necessary medications and procedures.

It is stated that the most thorough preoperative preparation is needed for the patients of the III and I groups due to the gravity of their health condition.

Measurements necessary for decrease of endogenous intoxication of these patients are recommended.

