

ПРИНЦИПЫ ДООПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

© 2006 г. В.И. Оноприев, О.В. Кокуева, М.С. Яковенко, А.В. Тегай, Н.В. Новоселя

Среди актуальных проблем современной медицины заболевания органов пищеварения, в том числе и требующие хирургической коррекции, занимают одно из ведущих мест [1]. Используемые в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) под руководством В.И. Оноприева прецизионные хирургические технологии позволяют сохранить значительному числу пациентов трудоспособность, улучшить качество жизни, снизить показатели инвалидизации. Наряду с этим представляется необходимым создание комплекса организационных и лечебно-профилактических мероприятий, сопутствующих оперативному лечению [2]. В настоящее время в РЦФХГ разрабатываются принципы поэтапного ведения пациентов со сложной гастроэнтерологической патологией, обеспечивающие преемственность на всех этапах лечения. При этом важна не только адекватная послеоперационная терапия, но и предоперационная подготовка.

Исследования пациентов, получавших лечение в РЦФХГ, позволили выявить высокую значимость проведения медикаментозной реабилитационной терапии в период, предшествующий оперативному лечению. Лечение, проводимое на дооперационном этапе, способствует формированию в дальнейшем клинической, морфологической и функциональной ремиссии в оптимальные сроки, что обусловлено достижением коррекции адаптационных звеньев гомеостаза. Индивидуализированная медикаментозная терапия позволяет снизить сроки пребывания пациента в стационаре, а также предупредить развитие осложнений [1, 3].

Цель работы – повышение эффективности реабилитационной терапии пациентов, подлежащих оперативному лечению, на основе клинко-инструментального исследования показателей состояния эзофагогастропанкреатодуоденального и гепатобилиарного комплекса в период до и после операции.

За период 2004–2005 гг. нами был обследован 201 больной, прооперированный в РЦФХГ по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ). При этом диагноз сопутствующего хронического панкреатита (ХП) был выявлен у 68 (33,8 %) из них. Диагноз ХП ставился на основании комплексного обследования больных (наличие характерных жалоб, данных о наличии приступов обострения панкреатита в анамнезе, изменений в объективном статусе больных, повышенного уровня амилазы крови и результатов проводимых ультразвукового и эндоскопического исследований). С целью создания ремиссии при легкой степени ХП до операции в качестве основной терапии нами использовались ферментные препараты, антисекреторные средства, а также миотропные спазмолитики в стандартных дозах в течение месяца. Дополнительно при необходимости назначалась инфузионная терапия, обез-

боливающие средства. При неэффективности консервативной терапии и наличии показаний больным проводили эндоскопическую папиллотомию.

Все больные после операции находились под диспансерным наблюдением. При этом за январь и декабрь 2005 г. в РЦФХГ повторно госпитализировалось 4 (1,99 %) прооперированных больных выбранной группы по поводу обострения ХП. После консервативной терапии в условиях стационара они были выписаны в удовлетворительном состоянии. Данные, полученные в процессе обследования, показывают необходимость компенсации функциональных нарушений поджелудочной железы перед выполнением оперативного вмешательства (обострение ХП после операции за прошедший период наблюдалось только у 4 больных (1,99 %) из 201). Все больные продолжают находиться под диспансерным наблюдением [4].

Кроме того, было проведено обследование 43 пациентов с язвенной болезнью 12-перстной кишки (ЯБ ДПК), которым показано оперативное лечение в объеме радикальной дуоденопластики (из них мужчины – 37, женщины – 6 чел.). Средний возраст обследованных составил $45,6 \pm 13,4$ года. Длительность заболевания варьировала от 2 до 20 лет, в среднем – $9,35 \pm 5,2$ года. Среди больных ЯБ ДПК 1-я группу составили 15 чел., поступивших экстренно, 2-я – 28, поступивших в порядке плановой госпитализации, получавших на дооперационном этапе антисекреторные препараты, эрадикационную терапию, коррекцию сочетанной патологии, в том числе хронического панкреатита (ХП).

Было выявлено, что у больных ЯБ ДПК, поступивших экстренно и не получавших антисекреторной терапии (1-я группа), в отличие от пациентов 2-й группы отмечалось удлинение сроков пребывания в стационаре (в среднем $14,3 \pm 4,4$ по сравнению с $9,2 \pm 2,6$ дн., $p=0,004$), а также увеличение длительности реанимационного периода ($5,2 \pm 1,3$ по сравнению с $2,4 \pm 0,8$, $p=0,003$). При этом обращало на себя внимание выявление выраженной корреляционной зависимости возраста пациентов от длительности пребывания в реанимационном отделении ($r=0,78$, $p=0,02$), что также предполагает необходимость учета индивидуальных требований к подготовке пациента на дооперационном этапе.

Таким образом, полученные нами данные позволяют считать, что многокомпонентное комплексное специализированное лечение на дооперационном этапе каждого вида патологии, подлежащей оперативной коррекции, проведение антисекреторной, эрадикационной, противовоспалительной терапии снижают вероятность послеоперационных осложнений и рецидивов, способствуют достижению стойкой ремиссии. Оказание предоперационной медикаментозной помощи предусматривается на поликлиническом этапе параллельно с проведением консультативно-диагностических мероприятий и определе-

нием дальнейшей тактики ведения больного. Эффективная дооперационная коррекция морбидного фона способствует снижению экономических затрат на послеоперационную реабилитацию.

Литература

1. *Оноприев В.И.* Сборник статей о программе оздоровления населения России путем широкого внедрения высокотехнологичных методов диагностики, лечения и профилактики предрака и малого рака органов пищеварения. Краснодар, 2004.
2. *Велигоцкий Н.Н., Трушин А.С., Комарчук В.В.* Комплексная оценка факторов агрессии и защиты при выборе хирургического метода лечения язвенной болезни // Тез. докл. VIII Всерос. съезда хирургов. Краснодар, 1995. С. 41–42.
3. *Оноприев В.И.* и др. Панкреатодуоденальная резекция. Аспекты хирургической техники, функциональные последствия. Краснодар. 2005. С. 34.
4. *Кокуева О.В., Оноприев А.В., Габриэль С.А., Тегай А.В.* Особенности диагностики и лечения хронического панкреатита при желчнокаменной болезни // Успехи современного естествознания. 2005. № 10. Приложение № 1. С. 79–83.