

В. В. Дмитриев, О. А. Дмитриева, Е. А. Полубедова,
А. Б. Аммосов

**СУДЬБА ПАЦИЕНТОВ В БЛИЖАЙШЕМ И
ОТДАЛЕННОМ ПОСТОПЕРАЦИОННОМ
ПЕРИОДЕ В ПРАКТИКЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА
МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

МУЗ Ивангород Ленинградской области

По анализу 156 историй болезни и 345 амбулаторных карт у практикующего врача значительную группу составляют пациенты, перенесшие абдоминальную операцию. Не секрет, что зачастую терапевт общего профиля направляет их к хирургу. Последний – с записью «острой хирургической патологии нет» – рекомендует лечение у терапевта. Именно неустроенность этой группы больных привело и к подразделению из врача общего профиля специалиста: гастроэнтеролога (как например – по соответствующим разделам медицины – пульмонолог, кардиолог, нефролог и т.п.).

Традиционно проводимое обследование – общий анализ крови, общий анализ мочи с диастазой, развернутая биохимия крови, ФЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинной зоны и полости таза (именно в этой интерпретации!), рентгенконтроль за пассажем сульфата бария по кишечнику, кал на дисбактериоз и т.п. – на сегодня не дополнение к клинике, а основание для постановки диагноза и назначения патогенетического лечения.

Около 66% из всех обратившихся с анорексией, азруктацией, тошнотой, флатуленцией, диареей в чередовании с копростазом и абдоминальными болями составляют пациенты со спаечной болезнью кишечника. Львиная доля из них – после лапаротомии по поводу спаечной кишечной непроходимости и последствий закрытой абдоминальной травмы и проникающего ранения брюшной полости (39%), гинекологической операции (17%), аппендэктомии (5%), резекции желудка либо ушивания перфоративной язвы (4%).

Амбулаторная, а чаще - стационарная помощь в нашем учреждении включала в себя «двойную декомпрессию» (назо-гастральный или назо-гастро-дуоденальный зонд + сифонные клизмы стационарным пациентам), инфузионную терапию (солевые растворы + витаминные коктейли + новокаин 0,25%); по наличию воспалительного компонента в крови - антибактериальные средства (чаще - пероральный вариант): трихопол (или эритромицин) + бисептол в сочетании с нистатином (для профилактики аденомы простаты мужчинам предпочитали в качестве антикандиозного препарата - леворин), если была необходимость в парентеральном введении - гентамицина сульфат, реже - цефалоспорины; ненаркотические анальгетики и H₁-антигистаминные; от спазмолитиков старались отказаться [1]. На 5-7-е сутки - энтеросорбенты (ваулен, холестирамин в вазозане, карбонен); гастрофарм, бактисубтил, бификол (с размножением флоры в кисло-молочной смеси), мезим-форте, панкреатин, хилак-форте [2,4].

После холецистэктомии спаечная болезнь только у 1% пациентов, причем, после лапароскопического варианта их число - minimum minimo-rum: как правило, проблемы среди этой группы больных вообще не связаны с перенесенной операцией. Таким образом, с истинным синдромом постхолецистэктомии [3] в нашем наблюдении пациентов не оказалось.

Считаем, что этот довольно популярный диагноз при направлении пациентов от врачей общего профиля сильно завышен: основная проблема женщин (мужчин с таким направлением не было вообще) после проведенного дообследования - избыточный вес, грудно-поясничный остеохондроз, хронический панкреатит без ферментативной дисфункции лабораторно, дисгормональные проблемы и т.п., т.е. ложный синдром постхолецистэктомии. Лечение проводилось под контролем невропатолога и эндокринолога и лишь подтвердило данную сентенцию. В одном случае (после открытой холецистэктомии) зафиксирована аэробилия.

Постгастрорезекционный синдром довольно сложно было дифференцировать от клиники спаечной болезни. Эндоскопически установленный рефлюкс-гастрит, эрозивно-язвенный бульбит, гистологически подтвержденная энтеролизация слизистой оболочки пилорического отдела желудка обосновывали необходимость назначения H₂-антигистаминных средств (чаще - квамател в/в и/или фамотидин перорально, причем случаев холестаза на эту группу средств [6,7] мы не регистрировали даже лабораторно) либо ингибиторов ионной помпы (чаще - омез). Реже - в основном из-за негативизма больных к процедуре - зондовая ирригация двенадцатиперстной кишки диоксидин-новокаиновой смесью. При гиперацидозе добавляем ингибитор протеолиза поджелудочной железы (гордокс, краткий курс). Необходимо отметить, что резко снизился факт выявления демпинг-синдрома и синдрома приводящей петли (и вообще снизилось число пациентов после резекций желудка), выводя на первое место проявления хронических нарушений дуоденальной проходимости в той или иной степени выраженности [1].

Четверть всех вышеперечисленных пациентов страдали так называемыми рубцовыми проблемами: локальные миодистрофии, деформация брюшной стенки, послеоперационные грыжи, лигатурные гранулемы и свищи (с внедрением полисорба и викрила - последних практически не стало; после эндохирургических проколов - доступов этих проблем, можно сказать, и не было). Особенно «показателен» в отрицательном плане доступ Пфannenштита (рубцовые невриты). Больные переданы хирургам и не являлись целью настоящего исследования.

Пример комплексной патологии у больного 74 лет: поступил с клиникой спаечной болезни после ушивания перфоративной язвы, а затем и резекции желудка около 15 лет назад (в Казахстане), перенес инфаркт и инсульт (дважды). Консервативная терапия по вышеописанной схеме. Обследование. Определен холелитиаз без патологии холедоха и практически не увеличенной головкой поджелудочной железы. На ФЭГДС - деформация пилоро-бульбарной зоны после резекции по Бильрот-1. Настоял на оперативном лечении, отказавшись от консультации в областном учреждении, переведен в хирургическое отделение. При видеолапароскопии обнаружен массивный спаечный процесс верхнего этажа брюшной полости с «холодным» инфильтратом в подпеченочной области. После введения трехлепестного эндоретрактора, постоянной назо-гастральной аспирации по зонду в положении по Фовлеру + на левом боку, удалось выполнить эндохолецистэктомию и эндоадгезиолизис синдрома Кноха. Желудочно-кишечный комплекс расправлен (подтверждено на послеоперационной ФЭГДС). Выздоровление. Находится на диспансерном контроле. 34% пациентов с той же симптоматикой не перенесли до обращения никакой абдоминальной операции. Обследование и им проводилось по той же схеме. Причем, наличие дуоденальной или желудочной язвы (всегда - с рефлюкс-гастритом) при ФЭГДС не являлось противопоказанием к УЗИ, а холелитиаз при соноскопии не препятствовал эндоскопическому исследованию. Приехавшей пациентке из другого района на плановую холецистэктомию после дополнительного УЗИ полости таза уточнили (!) рак яичника четвертой стадии; у другой - выявлена нефункционирующая левая почка (в обоих случаях на местах ограничились лишь соноскопией «исключительно по клинике»). И это несмотря на общероссийские стандарты [5] обследования, где даже при грыже необходимы ФЭГДС и УЗИ (к этим исследованиям на сегодня нужно искать не показания, а противопоказания, которые, видимо, тем меньше, чем выше класс специалиста). По выражению проф. Я.Д. Витебского - «если больной пожаловался хотя бы на сухость языка или горечь, обследовать нужно от рта до заднего прохода» [1]. Общеизвестно так же, что длительная подготовка = короткая операция, а по имеющимся т.н. «вспомогательным» исследованиям любой врач может рассказать, на что именно жалуется пациент.

Слагаемые квалифицированной помощи пациентам с патологией желудочно-кишечного тракта, на наш

взгляд, сводятся к максимально полноценной диагностической программе, симптоматической терапии до стабилизации состояния, спланированном оперативном лечении – если оно показано – и изменением в тактике интраоперационно, продолжающейся пожизненной курации в ближайшем и отдаленном периоде.

Список литературы:

1. Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроэнтерологии. - Челябинск, 1991. – 304с.
2. Запруднов А. М. Лекарственные средства в гастроэнтерологии. М.,1996. – 123 с.
3. Савченко Ю.П. Причины, диагностика и методы коррекции патологических состояний после холецистэктомии // Автореф. дис... док. мед. наук - Краснодар, 1995.- 42 с.
4. СПРАВОЧНИК ВИДАЛЬ. Лекарственные препараты в России. – М.: АстраФармСервис, 2002. - 1488 с.
5. Стандарты диагностики и лечения болезней органов пищеварения. (по приказу МЗ РФ № 125 от 17.04.1998).
6. Ranek L., Dalhoff K., Poulsen H.E. et and. Drug metabolism and genetic polymorphism in subjects with previous halothane hepatitis. - Scand. J. Gastroenterol. – 28: 677-680, 1993.
7. Zimmerman H.J., Maddrey W.C. Toxic and drug-induced hepatitis. Philadelphia, J.B.Lippincott, - 707-783, 1993.