

исследовании визуализировались утолщение, неоднородность сухожилия в месте прикрепления, неровность кортикального слоя, внутрисухожильные кальцификаты, ангионеогенез. Количество вовлеченных инсерций вращательной манжеты имело прямую корреляционную связь с величинами ВАШ ($r = 0,6$) и индекса Constant ($r = 0,5$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поражение мест прикрепления сухожилий вращательной манжеты — частая патология плечевого сустава. Выявление энтезопатий возможно клинически и с помощью ультразвукового исследования.

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЙ СИНДРОМ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

После резекции желудка в организме развиваются адаптационно-компенсаторные процессы. Тем не менее, не всегда организм больных приспосабливается к удалению части желудка и развиваются функциональные (10–83 %) и органические (10–40 %) патологические состояния, объединенные собирательными названиями — «болезни оперированного желудка», «пострезекционный синдром», «патологические симптомы оперированного желудка» и другие (Мовчан К.Н., 1991; Панцырев Ю.М., 1973; Шелешко П.В., Артюх Г.Ф., 1989).

Широко распространенным методом диагностики постгастрорезекционной патологии является эндоскопическое исследование, с помощью которого оценивали: состояние кардии; степень выраженности эзофагита; гастроэзофагеальный рефлюкс; выраженность и распространенность воспалительных изменений в культе желудка и прилегающей петле тонкой кишки; состояние гастроэнтероанастомоза (зияние, диаметр, воспалительные изменения в краях, состояние в покое и при нагрузке-раздувании, перистальтическую активность); рефлюкс из приводящей кишки, его выраженность, частоту; характер и количество содержимого в желудке (примесь желчи, слизи и другие).

При фиброгастроскопии о выраженности воспалительного процесса культи желудка судили по окраске слизистой оболочки (очаговая, диффузная), отечности, инфильтрации складок, состоянии сосудистого рисунка, рыхлости, ранимости слизистой. Осмотр дополняли забором содержимого для биохимического и бактериологического исследований, биопсии слизистой оболочки для морфологического и морфометрического исследований. Были выделены две группы: первая — 108 больных с резекцией желудка по Бильрот-II — Витебскому, вторая — 72 пациента с резекцией желудка по Бильрот-II — Бальфуру.

Проведенные исследования в группах больных с различной степенью выраженности энтерогастрального рефлюкса выявили зависимость между величиной рефлюкса и выраженностью воспалительных изменений слизистой оболочки культи желудка. В зависимости от распространения воспалительного процесса в проксимальном направлении выделяли анастомозит, очаговый и диффузный рефлюкс-гастрит, энтеральный и энтерогастроэзофагеальный рефлюкс, эзофагит (табл. 1).

Таблица 1
Распространение воспалительного процесса в проксимальном направлении после резекции желудка по Бильрот-II — Витебскому и Бильрот-II — Бальфуру (эндоскопическое исследование)

Изменение слизистой оболочки культи желудка и пищевода	Вид резекции желудка			
	Бильрот-II — Витебскому, n = 108		Бильрот-II — Бальфуру, n = 72	
	абс.	%	абс.	%
анастомозит	31	28,7	17	23,6
очаговый рефлюкс-гастрит	21	19,4	10	13,8
диффузный рефлюкс-гастрит	9	8,3	4	5,6
энтерогастральный рефлюкс	23	21,3	2	2,8
энтерогастроэзофагеальный рефлюкс	5	4,6	—	—
эзофагит	3	2,8	—	—
эрозии культи желудка	7	6,5	2	2,8
гастрит культи желудка	4	3,7	2	2,8
пептические язвы гастроэнтероанастомоза	3	2,8	—	—
Итого осложнений	106	98,1	37	51,4

Результаты эндоскопического исследования, как видно из таблицы, показали, что у больных первой группы анастомозит, рефлюкс-гастрит, энтеральный рефлюкс определяются чаще, чем у больных 2-й группы, соответственно 69,4 % и 40,2 %.

У оперированных по Бильрот-II — Витебскому слизистая оболочка была резко гиперемированной, нередко мацерированной с наложением пленок фибрина, острыми эрозиями и точечными подслизистыми кровоизлияниями, в 19,4 % случаев воспалительный процесс распространялся на дистальную часть культи желудка, в 8,3 % захватывал всю культю желудка, у 2,8 % больных диффузный рефлюкс-гастрит сопровождался энтерогастроэзофагеальным рефлюксом и рефлюкс-эзофагитом, который имел характер эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки нижней трети пищевода.

У пациентов 2-й группы явления анастомозита, очагового рефлюкс-гастрита отличались, соответственно 23,6 % и 13,8 %, энтеральный рефлюкс — в 2,8 %, к тому же степень выраженности его была незначительной. Диффузный рефлюкс-гастрит развился у 5,6 %, эзофагит не был выявлен ни в одном случае.

Граница между зонами рефлюкс-гастрита и «банального» гастрита во всех случаях определялась отчетливо. Отсутствие при эндоскопическом исследовании видимых воспалительных изменений слизистой оболочки культи желудка трактовалось как неактивный гастрит. Эрозивно-язвенные изменения слизистой культи желудка выявлены в первой и второй группах больных, соответственно 6,5 и 2,8 %.

Чаще выявлялись поверхностные острые эрозии в виде дефектов слизистой оболочки белесого цвета, локализующиеся в прилежащей к гастроэнтероанастомозу зоне желудка. У оперированных больных по Бильрот-II — Витебскому выявлялись и геморрагические эрозии, на поверхности которых имелись точечные «тромбики» черного цвета.

Таким образом, в отдаленном периоде после резекции желудка по Бильрот-II — Витебскому воспалительные, эрозивно-язвенные и другие изменения развиваются в 98,1 %, при Бильрот-II — Бальфуру — 51,4 %. Приведенные данные свидетельствуют о предпочтительности резекции желудка по Бильрот-II — Бальфуру перед резекцией по Бильрот-II — Витебскому.

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ПРИ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ СИНДРОМАХ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

В организме существует физиологический уровень свободно радикальных реакций, необходимый для регулирования липидного состава, проницаемости мембран и ряда биосинтетических процессов. Срыв регуляторных систем приводит к избыточной генерации активных форм кислорода, угнетению антиоксидантной системы (АОС), в результате чего повреждаются нуклеиновые кислоты, белки, липиды, все это в конечном итоге приводит тяжелым нарушениям клеточного метаболизма.

Цель исследования: разработать комплексную оценку состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ) и прогностические критерии, указывающие на вероятность развития у больных тех или иных постгастрорезекционных расстройств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проводились у 47 пациентов с диагнозом: постгастрорезекционный синдром, послеоперационная пептическая язва анастомоза. Из общего числа больных мужчин было 41 (86,2 %), женщин — 6 (13,8 %). Возрастной диапазон был от 23 до 70 лет. Были сформированы три группы пациентов: 1) контрольная — 10 человек, практически здоровых лиц, 2) пациенты после резекции желудка по Бильрот II — Витебскому — 25 человек, 3) после резекции желудка по Бильрот II — Бальфуру — 22 человека. В качестве показателя, отражающего интенсивность ПОЛ, определяли малоновый диальдегид (МДА), диеновые конъюгаты (ДК) в плазме крови по К.С. Казакову (1985), состояние антиоксидантного статуса оценивали по активности супероксиддисмутазы (СОД), каталазы с помощью набора «Randox laboratories ltd» (Ardmore, UK). Достоверность различий при сравнении средних значений определяли по *t*-критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изменение содержания продуктов ПОЛ (малонового диальдегида и диеновых конъюгатов), активности каталазы и супероксиддисмутазы у больных с постгастрорезекционными синдромами отражены в таблице 1.