

УДК: 616.345+616.833-089

***СОСТОЯНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ
ПО ДАННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ***

Куница В. Н.

доцент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

*ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,
Симферополь, Россия*

Новосельская Н. А.

доцент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

*ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,
Симферополь, Россия*

Гасанова И. Х.

доцент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

*ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,
Симферополь, Россия*

Верченко И. А.

доцент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

*ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,
Симферополь, Россия*

Аннотация: в клинике проведено эндоскопическое исследование СОТК у 69 больных, которым с разной степенью давности (от 5 и более лет) были проведены оперативные вмешательства по поводу язвенной болезни: 41 - различные виды

органосохраняющих операций (селективная, селективная проксимальная и стволовая ваготомия), 28 - проведена резекция желудка в той или иной модификации. По нашим данным, после оперативных вмешательств возникают значительные эндоскопические изменения слизистой оболочки толстой кишки в виде воспаления, или атрофии. После резекции степень изменений значительно выраженнее, чем после ваготомии. Эти изменения требуют включения в комплексную терапию больных, перенесших операции, восстанавливающих слизистую оболочку средств.

Ключевые слова: резекция желудка, органосохраняющие операции, толстая кишка, морфология.

***STATUS OF A GUTTIC AFTER STOMACH OPERATIONS ACCORDING
TO THE ENDOSCOPIC SURVEY***

Kunitsa V. N.

docent

*Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Crimean Federal University named
after V.I. Vernadsky,*

Simferopol, Russia

Novoselskaya N. A.

docent

*Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Crimean Federal University named
after V.I. Vernadsky,*

Simferopol, Russia

Gasanova I. H.

docent

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky,

Simferopol, Russia

Verchenko I. A.

docent

Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky,

Simferopol, Russia

Abstract: the clinic conducted an endoscopic study of SOTC in 69 patients who underwent surgical interventions for peptic ulcer disease with varying degrees of prescription (from 5 years or more): 41 - various types of organ-preserving operations (selective, selective proximal and stem vagotomy), 28 - performed gastrectomy in one or another modification. According to our data, after surgical interventions, significant endoscopic changes in the mucous membrane of the colon occur in the form of inflammation, or atrophy. After resection, the degree of change is much more pronounced than after vagotomy. These changes require the inclusion in complex therapy of patients undergoing surgery, restoring the mucous membrane of the funds.

Key words: gastrectomy, organ-preserving surgery, colon, morphology.

Проблема функциональных расстройств, возникающих в организме больного, который перенес оперативные вмешательства на желудке, привлекает внимание не только хирургов, гастроэнтерологов, но и представителей других медицинских специальностей [2, 9].

По данным отечественных и зарубежных исследователей, хирургическое лечение пептической язвы и её осложнений не излечивает, а, порой, инвалидизирует больного, вызывая всевозможные послеоперационные

органические и функциональные осложнения, такие как демпинг-синдром, синдром приводящей петли, гастростаз, диарея, синдром мальабсорбции, послеоперационные рецидивы язвы и т.д. [6, 7].

В отдалённые сроки (5-31 год) пострезекционные заболевания развиваются у 78,3% оперированных: в лёгкой форме - у 32,9%, средней степени - у 27,4%, тяжёлой и крайне тяжёлой - у 18,0% [8]. Одним из осложнений является нарушение кислотного переваривания пищи с развитием дисбактериоза и различные моторно-эвакуаторные расстройства. Кишечник работает в непривычных для него условиях с повышенной нагрузкой, при этом страдает его функция. Между тем совершенно очевидно, что никакие, даже ничтожнейшие нарушения функции не могут развиваться без соответствующих им структурных изменений [3, 4].

Анализируя доступные литературные источники, мы пришли к выводу, что многие вопросы и функционально-морфологических и эндоскопических изменений слизистой оболочки толстой кишки (СОТК) при операциях на желудке остаются недостаточно изученными [1, 5].

Целью нашего исследования было эндоскопическое исследование СОТК у больных, перенесших различные виды операций на желудке.

Материал и методы.

Под нашим наблюдением было 69 больных (51 мужчина и 18 женщин), которым было проведено хирургическое лечение язвенной болезни: 41 - различные виды органосохраняющих операций (селективная, селективная проксимальная и стволовая ваготомия), 28 - резекция желудка (в модификациях Бильрот-1 и 2). Возраст больных был от 32 до 65 лет. Контрольную группу составляли 20 больных без заболеваний органов пищеварения. После операции у всех исследуемых прошло не менее 5-ти лет.

При поступлении в клинику больным проводили полное клиническое исследование, включая расспрос, осмотр, физикальные методы и эндоскопическое (ректороманоскопия и (или) колоноскопия) исследование толстой кишки со взятием биоптатов преимущественно из дистальных участков (нисходящий отдел и сигма). Извлеченный биопсийный материал проходил проводку в спиртах возрастающей концентрации и окрашивался по общепринятым методам: гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Состояние толстой кишки оценивалось по следующим критериям:

1. состояние тонуса кишечной стенки (повышенный, нормальный, пониженный);
2. характер и вид перистальтики кишки (сильная, обычная, вялая);
3. гаустрация: сохранность её архитектоники и степень изменений;
4. наличие и выраженность атрофических и воспалительных изменений на поверхности слизистой оболочки (выраженные сильно, умеренно, слабовыраженные, отсутствуют);
5. выраженность сосудистого рисунка;
6. наличие и степень дефектов со стороны слизистой оболочки (язвы, эрозии).

В зависимости от описываемого эндоскопического рисунка формировалось то или иное эндоскопическое заключение. Поскольку общепринятая чёткая эндоскопическая классификация состояний кишечника отсутствует, мы использовали следующие формулировки:

1. поверхностный колит – изменения соответствуют тотально выраженному воспалительному процессу слизистой оболочки;
2. атрофический колит – изменения соответствуют тотально выраженной атрофии;

3.смешанный колит – при наличии малой выраженности или мозаичности воспалительных и атрофических изменений.

При описании морфологических препаратов выделяли три группы:

1. нормальная слизистая оболочка;
2. гиперсекреторная (воспалительная) колонопатия;
3. гипосекреторная (атрофическая) колонопатия.

Результаты обследования и их обсуждение.

Как следует из анамнеза исследуемых больных, за весь период жизни, прошедший после операции, большинство пациентов многократно лечились в амбулаторных, стационарных и санаторно-курортных условиях по поводу всевозможных функциональных и органических нарушений органов пищеварения, в том числе демпинг-синдрома, рефлюкс-эзофагита, дуодено-гастрального рефлюкса, дисбактериоза, нарушений моторики кишечника.

Эндоскопическая картина, выявленная у исследованных больных, приведена в таблице №1.

Таблица 1 - Функционально-морфологическое состояние толстой кишки по данным эндоскопии.

Эндоскопические признаки	Контроль (n=20)	Ваготомия (n=41)	Резекция (n=28)
Тонус кишечной стенки			
Повышен	-	8 (19,5%)	5 (17,9%)
Нормальный	19 (95%)	20 (48,8%)	12 (42,8%)
Снижен	1 (5%)	13 (31,7%)	11 (39,3%)
Характер перистальтики			
Повышена	-	8 (19,5%)	6 (21,5%)
Нормальная	19 (95%)	19 (46,3%)	12 (42,8%)
Вялая	1 (95%)	14 (34,2%)	10 (35,7%)
Выраженность гаустрации			
Сильновыраженная	-	8 (19,5%)	6 (21,5%)
Нормальная	20 (100,0%)	19 (46,3%)	12 (42,8%)
Слабовыраженная или отсутствует	-	14 (34,2%)	10 (35,7%)
Выраженность воспалительных изменений			
Сильно выражены	-	12 (29,3%)	9 (32,1%)

Умеренно выражены	-	18 (43,9%)	14 (50,0%)
Слабо выражены или отсутствуют	20 (100,0%)	11 (26,8%)	5 (17,9%)
Выраженность атрофии			
Сильно выражена	-	8 (19,5%)	6 (21,5%)
Умеренно выражена	-	13 (31,7%)	14 (50,0%)
Слабо выражена или отсутствует	20(95%)	20 (48,8%)	8 (28,5%)

Как следует из таблицы, оперативное вмешательство на желудке вызывает существенные изменения эндоскопической картины по всему протяжению толстой кишки. Менее чем у половины она имеет сохраненный тонус; в 51,2% после ваготомии и в 57,2% случаев после резекции тонус кишки меняется. Нарушения перистальтики при этом в виде ускоренной или замедленной моторики наблюдались после ваготомии у 53,7%, а после резекции 57,2% больных. Эндоскопическая картина подтверждается клиническими данными: у больных были жалобы на диспепсические расстройства в форме поносов, запоров или их чередовании. Параллельно у больных отмечены нарушения архитектоники кишечника, которые проявлялись нарушением гаустрации, что отмечено у 53,7% больных после ваготомии и у 57,2% после резекции.

Кроме описанных нарушений функции толстой кишки, нами выявлены эндоскопические стигмы воспаления и атрофии слизистой оболочки. К наиболее частым проявлениям можно отнести нарушения сосудистого рисунка и цвета слизистой оболочки, её сглаженность или набухание, нарушение секреции слизи.

Язвенно-эрозивные изменения со стороны слизистой оболочки в наших наблюдениях не встречались.

Явные признаки воспаления со стороны слизистой оболочки нами зафиксированы у 73,2% пациентов после ваготомии и у 82,1% после резекции

желудка. Преобладание процессов атрофии было у 19,5% исследуемых после ваготомии и у 21,5% после резекции.

Сопоставляя полученные данные следует отметить, что, в основном, изменения со стороны слизистой оболочки толстой кишки после резекции желудка были более выражены, чем после ваготомии.

Изучение протокола эндоскопического заключения, даваемого врачом-эндоскопистом после проведения колоноскопии, нам дало следующие результаты (Таблица №2).

Таблица 2 - Особенности слизистой оболочки толстой кишки по эндоскопическому заключению.

Эндоскопические признаки	Контроль (n=20)	Ваготомия (n=41)	Резекция (n=28)
Нормальная слизистая оболочка	19 (95%)	7 (17,1%)	5 (17,9%)
Поверхностный колит	1 (5%)	6 (14,6%)	6 (21,4%)
Атрофический колит	-	8 (19,5%)	6 (21,4%)
Смешанный колит	-	20 (48,8%)	11 (39,3%)

Интактное состояние слизистой описывали в 17,1% после ваготомии и в 17,9% после резекции. Поверхностный колит констатирован у 14,6% после ваготомии и 21,4% после резекции, атрофический колит у 19,5% после ваготомии и 21,4% после резекции и смешанный колит у 48,8% после ваготомии и 39,3% после резекции.

Таким образом, у преобладающего числа больных, подвергшихся операциям на желудке, изменения слизистой диагностируются уже при визуальном осмотре.

Эндоскопическая картина воспалительных изменений проявлялась преимущественно двумя формами: или в виде выраженной гиперемии слизистой оболочки с усилением сосудистого рисунка и слизееобразования, или с

преобладанием отёка слизистой оболочки. При этом она отёчная, тусклая, местами зернистая, сосудистый рисунок сглажен.

Результаты биопсии позволяют диагностировать доминирование воспалительных или атрофических процессов со стороны слизистой оболочки, характер секрета. Биопсия проводилась в соответствии с международными стандартами для верификации диагноза. Полученные результаты занесены в таблицу №3.

Таблица 3 - Изменения морфологической характеристики СОТК

Эндоскопические признаки	Контроль (n=20)	Ваготомия (n=41)	Резекция (n=28)
Нормальная слизистая оболочка	19 (95%)	7 (17,1%)	5 (17,9%)
Гиперсекреторная (воспалительная) колонопатия	1 (5%)	20 (48,8%)	12 (42,8%)
Гипосекреторная (атрофическая) колонопатия	-	14 (34,1%)	11 (39,3%)

По полученным данным, после ваготомии в 48,8% наблюдений фиксировались процессы гиперсекреции и в 34,1% гипосекреции, после резекции в 42,8% случаев была гиперсекреция и в 39,3% - гипосекреция.

Подводя итог нашему исследованию необходимо отметить, что любая операция на желудке сопровождается структурно-функциональными изменениями со стороны кишечника, которые мы можем выявлять эндоскопически. Несмотря на значительный (свыше пяти лет) период после оперативного вмешательства, эти изменения сохраняются. И наличие их является одним из патогенетических звеньев клинических проявлений, диагностируемых, как болезни оперированного желудка или пострезекционный синдром. При курации больных, подвергшихся операции на желудке, необходимо выявлять состояние моторно-эвакуаторной функции толстой

кишки, состояние её слизистой оболочки с дальнейшей желательной коррекцией выявляемых изменений.

Выводы:

1. Любые оперативные вмешательства на желудке приводят к значительным эндоскопическим изменениям слизистой оболочки толстой кишки.

2. После ваготомии только у 17,1% больных слизистая оболочка оставалась неизменной, у 82,9% отмечались разной степени выраженности воспалительные или атрофические процессы с изменением секреторной функции.

3. После резекции интактная слизистая оболочка отмечалась у 17,9% больных, но степень выраженности воспалительно-деструктивных процессов была значительнее, в сравнении с ваготомией.

4. Проведенные исследования подтверждают целесообразность включения в комплексную терапию пострезекционных и постваготомных расстройств методов восстановления структуры и функционального состояния толстой кишки.

Библиографический список:

1. Авакимян В.А. Сочетание перфорации и кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.А. Авакимян, Г.К. Карипиди, С.В. Авакимян, [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – Т. 24, № 6. – С. 7-11.

2. Баснаев У.И. Возможность применения программы ускоренного выздоровления при перфоративных гастродуоденальных язвах / У.И. Баснаев, В.Ю. Михайличенко, Н.Э. Каракурсаков, [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Т. 21, № 2. – С. 10-16.

3. Белоцкая Л.В. Колопроктологические расстройства при язвенной болезни до и после оперативного лечения / Л.В. Белоцкая, С.Ю. Чистохин, Е.М. Гордиенко // Забайкальский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 31-32.

4. Девятова Н.В. Ультраструктурные изменения слепой кишки после облучения и воздействия цереброспинальной жидкости // В сб.: Морфологические науки и клиническая медицина: мат. Всеросс. научно-практич. конф. с международным участием, посв. 100-летию со дня рождения доцента Бриллиантовой А. Н. – Чебоксары, 2015. – С. 62- 65.

5. Кляритская И.Л. Экономические аспекты проблемы язвенной болезни в Крыму// Вестник физиотерапии и курортологии. – 2000. – Т. 6, №4. – С. 74 - 76.

6. Куница В.Н. Суточные колебания артериального давления после стволовой ваготомии / В.Н. Куница, С.Н. Чернуха, С.И. Чистякова [и др.] // Артериальная гипертония как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний: Сб. тезисов X Всероссийского конгресса. – 2014. – С. 31.

7. Куница В.Н. Вегетативный статус больных язвенной болезнью при консервативном и оперативном лечении / В.Н. Куница, Е.А. Ицкова, С.Н. Чернуха // Актуальные вопросы современной медицины: Мат. конф. форума, посвященного 50-летию дополнительного профессионального медицинского образования на Северном Кавказе. Часть II. – Ставрополь, 7-11 декабря 2015. – С. 121-122.

8. Михайличенко В.Ю. Роль применения элементов «fast-track» хирургии в лечении больных с острой хирургической патологией, осложненной распространенным перитонитом / В.Ю. Михайличенко, У.И. Баснаев, Н.Э. Каракурсаков // Таврический медико-биологический вестник. – 2016. – Т. 19, № 3. – С. 85-88.

9. Сатановский М.А. Оценка качества жизни больных с патологией пародонта при разных способах лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки / М.А. Сатановский, А.М. Сатановский, И.И. Тимошенко // Дневник науки. – 2019. – № 2 (26). – С. 2.

Оригинальность 80%