

УДК 616.866-003.7

**ЛЕЧЕНИЕ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ КИШЕЧНЫХ
РАССТРОЙСТВ БИОПРЕПАРАТАМИ**

Куница В. Н.

доцент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Симферополь, Россия

Полищук Т. Ф.

доцент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Симферополь, Россия

Польская Л. В.

доцент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Симферополь, Россия

Чернуха С. Н.

доцент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Симферополь, Россия

Аннотация: Несмотря на то, что хирургическое лечение язвенной болезни в настоящее время имеет узкие показания, сохраняется достаточно большое число пациентов, перенесших резекцию желудка, имеющих постгастрорезекционный синдром с различными проявлениями, в том числе и колитопатиями. Авторы предложили применять у таких

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

больных фитопрепараты и биодобавки, в частности, аир болотный, свеклу. При этом происходило восстановление пропульсивной функции толстой кишки, уменьшение воспалительных процессов в кишечнике, что благоприятно сказывается на качестве жизни таких больных.

Ключевые слова: постгастрорезекционный синдром, биологические добавки, толстый кишечник.

TREATMENT OF POST-GASTRASECTION INTESTINAL DISEASES BY BIOLOGICAL PRODUCTS

Kunitsa V. N.

docent

*Medical Academy named after S.I. Georgievsky of CFU named after V.I. Vernadsky,
Simferopol, Russia*

Polishchuk T. F.

docent

*Medical Academy named after S.I. Georgievsky of CFU named after V.I. Vernadsky,
Simferopol, Russia*

Polskaya L. V.

docent

*Medical Academy named after S.I. Georgievsky of CFU named after V.I. Vernadsky,
Simferopol, Russia*

Chernukha S. N.

docent

*Medical Academy named after S.I. Georgievsky of CFU named after V.I. Vernadsky,
Simferopol, Russia*

Abstract: Despite the fact that surgical treatment of peptic ulcer currently has narrow indications, a fairly large number of patients who underwent gastrectomy with post-gastrectomy syndrome with various manifestations,
Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

including colonopathy, remain. The authors suggested that phytopreparations and bioadditives should be used in such patients, in particular, marsh and beetroot. At the same time, there was a restoration of the motility of the colon, a decrease in inflammatory processes in the intestine.

Key words: postgastorezection syndrome, biological supplements, large intestine.

В сохранении постоянства внутренней среды организма человека важную роль играет кишечник и его микрофлора, позволяющие поддерживать на оптимальном уровне состояние как макроорганизма в целом, так и отдельных органов и систем [3]. В то же время, состояние других органов существенно влияет на функцию кишечника. Так, хорошо известно, что между процессами в желудке и кишечником существуют сложные связи, нарушение которых проявляется в развитии дисбактериоза, колонопатий, моторно-эвакуаторных расстройств [4].

Лечебно-диагностическая работа с больными, перенесшими в прошлом операции по поводу язвенной болезни, которых в настоящее время насчитывают десятки тысяч, является одним из сложнейших разделов практической гастроэнтерологии. Вследствие нарушения кислотного переваривания и эвакуации пищи кишечник работает с повышенной нагрузкой, при этом функциональные способности его страдают [2]. Анализ литературных данных показал, что многие вопросы эндоскопических, функционально-морфологических и моторных изменений слизистой оболочки толстой кишки при резекции желудка остаются недостаточно изученными. При ведении пострезекционных больных мало внимания уделяют восстановлению функции кишечника.

Целью нашего исследования было клинико-эндоскопическое исследование толстой кишки у больных с резецированным желудком и коррекция двигательных нарушений кишечника. Учитывая тот факт, что Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

больные на протяжении длительного периода находились на медикаментозном лечении, нами применялись фитопрепараты и биодобавки.

Материал и методы. В клинике наблюдалось 23 больных, у которых было проведено оперативное лечение язвенной болезни или иной патологии путем резекции желудка (в модификациях Бильрот-1 и -2). Возраст больных был от 39 до 67 лет. У всех исследуемых после операции прошло более 5 лет. Моторная функция определялась по электроколографии, проводимой с помощью электрогастрографа ЭГС-4М, с помощью специальных фильтров регистрирующий биотоки именно толстой кишки. При поступлении больным проводили эндоскопическое исследование толстой кишки (ректороманоскопия и (или) колоноскопия) с биопсией преимущественно дистальных отделов. Полученный биопсийный материал после проводки в спиртах окрашивался общепринятыми окрасками: гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону [1].

При оценке состояния толстой кишки применялись следующие критерии: тонус кишечной стенки (повышен, нормальный, понижен); характер перистальтики (бурная, нормальная, вялая); сохранность и выраженность гаустрации; наличие и характер атрофических и воспалительных изменений слизистой оболочки (сильно выраженные, умеренно выраженные, слабовыраженные, отсутствуют); выраженность сосудистой сети; наличие и характер дефектов слизистой оболочки (язвы, эрозии).

В зависимости от выявленной эндоскопической картины формировалось то или иное эндоскопическое заключение. Для улучшения пропульсивной функции кишечника, уменьшения воспалительных изменений больные получали таблетки "Аир болотный" по 2 таблетки, запивая водой 3 раза в день, биологически активная жидкость (БАЖ) "Свекла" по 1 чайной ложке (в разведении с водой 1:3) три раза в день за полчаса до еды на протяжении 3-х недель.

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

Для объективизации учета изменений проведен цифровой анализ с дальнейшей математической обработкой методом вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. В клинической картине больных до лечения отмечались абдоминальные боли чаще всего в левой и правой половинах живота, эпигастральной области, в зависимости от преимущественной локализации процесса. Боли у большинства больных возникали периодически, иногда носили постоянный ноющий характер, отмечалась заметная связь наступления болей с актом дефекации. Ведущими жалобами были изменения стула в виде поносов, запоров или их чередования, а также тенезмы. Больные отмечали примеси слизи и крови в кале. Кроме того, наблюдалась тошнота, сухость во рту, отрыжка воздухом, иногда позывы к рвоте, изменения аппетита. Характерны нарушения общего состояния, явления астенизации, что проявлялось в слабости, недомогании, снижении работоспособности, бессоннице, раздражительности, головной боли, потливости.

На протяжении периода, предшествующего настоящему исследованию, больные неоднократно лечились стационарно и амбулаторно по поводу всевозможных функциональных и органических нарушений органов пищеварения, в том числе демпинг-синдрома, рефлюкс-эзофагита, дисбактериоза, нарушений моторики толстой кишки. При эндоскопии отмечался преимущественно сниженный тонус кишечной стенки и гаустрации, вялый характер перистальтики, замедление моторики, слабо выраженная сосудистая сеть, атрофические процессы, гипосекреция, отмечались нарушения архитектоники толстой кишки. Таким образом, отмечаемые эндоскопические признаки можно квалифицировать, как нарушения функции, воспаления и атрофии. Причем, явные воспалительные изменения были более чем у 80% больных, преобладание атрофических процессов было более чем у 20%. Состояние как норму описывали менее, чем в 20% случаев. Воспалительные изменения имели, Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

в основном, две формы проявления: в виде выраженной гиперемии слизистой, усиления сосудистого рисунка и слизеобразования, или преобладание отёка слизистой оболочки (последняя отёчная, тусклая, местами зернистая, сосудистый рисунок не выражен). Проводилась биопсия в соответствии с требованиями ВОЗ для верификации диагноза. По нашим данным, после резекции более, чем в 42% случаев отмечались процессы гиперсекреции и менее, чем в 40% - гипосекреция. На электроколограммах преобладал гипокинетический тип кривых с низкими биопотенциалами вольтажом 0,08-0,10 мВ.

Таким образом, наши исследования показали, что резекция желудка вызывает структурно-функциональные изменения в кишечнике, которые мы можем диагностировать уже эндоскопически. Несмотря на значительные сроки после операции, эти изменения сохраняются. Их наличие может быть одной из причин клинических проявлений, диагностируемых, как болезни оперированного желудка или пострезекционный синдром. Через 3 недели после начала лечения у больных отмечалось значительное улучшение общего состояния, уменьшались явления астенизации, диспепсические расстройства, у большинства больных происходила нормализация пропульсивной функции кишечника. Эндоскопические данные подтверждали клинические проявления. Повышался тонус кишечной стенки, выраженность гаустрации, перистальтика приобретала живой характер, ускорялась моторика. Слизистая преимущественно приобретала обычный вид с выраженной сосудистой сетью, без явных очагов атрофии, с удовлетворительной секрецией. Характер электроколограмм приобретал нормокинетический тип с вольтажом зубцов 0,16-0,20 мВ.

Таким образом, проведенные исследования говорят о целесообразности включения в комплексную терапию пострезекционных расстройств фитопрепаратов, в частности, аир болотный, свекла, Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

восстанавливающих моторику толстой кишки, уменьшающих воспалительные процессы в кишечнике. При ведении больных, которым была проведена операция на желудке, необходимо учитывать состояние моторно-эвакуаторной функции кишечника, состояние слизистой с дальнейшей коррекцией выявленных изменений.

Выводы:

1. Резекция желудка приводит к выраженным эндоскопическим изменениям слизистой оболочки толстой кишки, которые имеют характер атрофии, воспаления и нарушения моторики.

2. В комплексную терапию пострезекционных расстройств обязательно должны включаться средства, восстанавливающие структурно-функциональное состояние толстой кишки.

3. Преимущество при выборе препаратов должно отдаваться фитопрепаратам, в частности, аиру болотному, БАЖ "Свекла".

Библиографический список

1. Беляева Е. А. Экспериментальное моделирование применения ксеногенной спинномозговой жидкости в качестве протекторного средства при лучевом поражении поднижнечелюстной слюнной железы // Український морфологічний альманах. – 2014. – Т. 12, № 2. – С. 106-108.

2. Ивашкин В. Т. Инфекция *Helicobacter Pylori* при длительной терапии кислотозависимых заболеваний ингибиторами протонной помпы (обзор литературы и резолюция экспертного совета, 22 марта 2018 г.) / Ивашкин В. Т., Маев И. В., Абдулхаков Р. А. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т. 28, № 3. – С. 26-32.

3. Кривенцов М. А. Морфологические преобразования слепой кишки в условиях воздействия ионизирующего облучения в эксперименте / М. А. Кривенцов, Н. В. Девятова, Г. А. Мороз, С. А. Кутя // Морфология. – 2019. – Т. 155, № 2. – С. 166-167.

4. Куница В. Н. Состояние толстой кишки после операций на желудке по данным эндоскопического обследования / В. Н. Куница, Н. А. Новосельская, И. Х. Гасанова, И. А. Верченко // Дневник науки. – 2019. – № 9 (33). – С. 4.

Оригинальность 77%