

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.

Таблица 1

**Результаты исследования продуктов ПОЛ и АОС у больных после резекции желудка
по Бильрот II – Витебскому и Бильрот II – Бальфуру**

Продукты ПОЛ и АОС	Контрольная группа n = 10	Вид резекции желудка	
		по Бильрот II – Витебскому, n = 25	по Бильрот II – Бальфуру, n = 22
МДА, нмоль/л	9,06 ± 0,37	3,81 ± 0,26*	3,15 ± 0,32*
ДК, нмоль/л	12,04 ± 0,41	3,94 ± 0,08*	2,77 ± 0,15*
каталаза, кат/л	217,11 ± 20,23	320,60 ± 17,12*	300,00 ± 0,11*
СОД, у.е./мл	10,90 ± 0,68	18,34 ± 1,01*	15,12 ± 0,10*

Примечание: * – разница статистически достоверна, $p \leq 0,05$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нарушение окислительно-восстановительных процессов у больных, оперированных по поводу язвенной болезни, находятся в зависимости от способа оперативного вмешательства. Это поможет установить прогностические критерии развития тех или иных осложнений в исходе хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В.А. Корьяк¹, Г.В. Сидорова², О.М. Черникова²

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ *Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

² *Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)*

Высокая частота заболеваемости опорно-двигательного аппарата: от 88 до 220,3 больного на 1000 осмотренных имеет большое социально-экономическое значение в связи с частым наступлением стойкой и временной утраты трудоспособности [Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф., 2004, 2005].

В течение десятилетия по Иркутской области отмечается стабилизация общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы. В 2001 году этот показатель был равен 111,7 ‰, а в 2010 – 113,4 ‰. В Иркутской области в амбулаторном лечении нуждается 99,97 % больных с ортопедической патологией (Сидорова Г.В. с соавт., 2011).

Амбулаторно-поликлиническая служба в общей системе оказания травматолого-ортопедической помощи населению играет чрезвычайно важную роль. Сопоставление уровней обращаемости и госпитализации пациентов с ортопедическими заболеваниями показывает, что только 7,8 % больных были госпитализированы для лечения в медицинские учреждения. Это говорит о том, что в амбулаторном лечении нуждаются 82 % больных. Таким образом, на амбулаторно-поликлинические учреждения падает существенная часть объема помощи ортопедическим больным. В последние годы число амбулаторных травматолого-ортопедических отделений имеет тенденцию к росту. К сожалению, в этих кабинетах оказывают, в основном, травматологическую помощь. Диспансерное наблюдение ведется в небольшом объеме. Из всех больных с патологией костно-мышечной системы, обратившихся за помощью, под диспансерным наблюдением находились 8,2 % взрослых, 29,6 % детей и 34,1 % подростков (Миронов С.П., 2010).

Из 12 субъектов РФ, входящих в состав Сибирского федерального округа, лишь Иркутская область не имеет специализированных коек для оказания помощи взрослым пациентам с патологией опорно-двигательной системы. В отличие от травматологической помощи, специализированная помощь в амбулаторных условиях для взрослых пациентов с костно-мышечной патологией не организована. Прием таких пациентов ведут терапевты, хирурги, ревматологи, неврологи и другие специалисты. Больные с патологией костно-мышечной системы наблюдаются практически только в педиатрических учреждениях.

В патологии костно-мышечной системы значимая роль (55–70 %) отводится остеоартрозам. В структуре заболеваемости остеоартрозами ведущая роль принадлежит коксартрозам, которые занимают, по данным разных источников, от 10–12 до 20 % (Героева И.Б., 1994; Миронов С.П., 2001).

В клинике НЦРВХ СО РАМН было проведено анкетирование пациентов (250 человек) с коксартрозами за период 2008–2011 гг. Вопросы в анкете сформулированы так, чтобы выяснить, какой объем и характер лечебных и реабилитационных мероприятий получал больной. Часть вопросов определяла особенности ведения пациента на догоспитальном этапе.