

## ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПО ПОВОДУ УЗЛОВОГО ЗОБА

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)*

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба, путем оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 120 больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба (УКЗ), наиболее частого гистологического варианта узловых образований щитовидной железы (ЩЖ). Сформированы две группы пациентов:

✦ I группу составил 61 больной. Этим больным проводился комплекс послеоперационных реабилитационных мероприятий, включающий назначение в ранние сроки нестероидного противовоспалительного препарата — нимесулида и микроволновой терапии на область ЩЖ, тиреоидные гормоны в зависимости от объема оперативного лечения и уровня тиреотропных гормонов (ТТГ);

✦ II группу составили 59 пациентов, схема ведения которых в послеоперационном периоде не включала комплекс лечебно-профилактических мероприятий, а если проводились, то нерегулярно или не в полном объеме.

В I группе больных после операции на ЩЖ проводили комплексное воздействие на пораженный орган медикаментозно и физиотерапевтически с целью уменьшения местных воспалительных реакций (боль, экссудация, гиперемия, нарушение микроциркуляции), предупреждения развития послеоперационного гипотиреоза.

В послеоперационном периоде, в первые сутки и на протяжении 14 — 20 дней, назначали нестероидный противовоспалительный препарат (нимесулид 200 мг в сутки).

На 7 — 9 сутки после операции на область ЩЖ применяли микроволновую терапию (СМВ) по 2 — 3 Вт — по 3 — 5 мин., 5 — 7 сеансов в слаботепловом режиме.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате проведенных реабилитационных мероприятий было достигнуто улучшение субъективных ощущений (боль при глотании, слабость, недомогание).

При объективном обследовании со стороны послеоперационной раны отмечалось уменьшение отека, рана заживала первичным натяжением, с формированием нежного косметического рубца. Субфебрильная температура сохранялась на протяжении не более 2-х дней, боль со стороны раны исчезала на 3 — 4 сутки. Сократились сроки временной утраты трудоспособности до  $16 \pm 2$  суток (в группе без комплекса реабилитационных мероприятий  $21 \pm 3$ ).

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение в послеоперационном периоде схемы, включающей нестероидные противовоспалительные препараты (нимесулид), физиотерапию (микроволновые токи), позволило уменьшить местно-воспалительные явления со стороны раны, улучшить социальную адаптацию пациентов.

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Н.Э. Куртсеитов

## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)*

В настоящее время во всем мире отмечается уменьшение числа плановых операций по поводу язвенной болезни желудка и ДПК и, вместе с тем, рост числа операций выполняемых в экстренном порядке по поводу осложнений язвы. При этом зачастую операция ставит своей целью сохранение самой жизни, а не восстановление качества ее. Подтверждением этому служит значительное число осложнений раннего и отдален-

ного послеоперационного периода. Среди поздних осложнений резекции желудка ведущее место занимают рефлюкс-гастрит, демпинг-синдром, пептическая язва гастроэнтероанастомоза и др. Зачастую единственным способом восстановления качества жизни при постгастрорезекционных расстройствах является выполнение реконструктивной операции. Вместе с тем, примерно в 1/4 случаях эта операция не несет облегче-

ние больному, а в отдаленные сроки возможен рецидив заболевания.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находятся 36 пациентов с различными формами болезни оперированного желудка, которым ранее выполнялась резекция желудка по способу Billroth II. Длительность заболевания составила  $7,3 \pm 2,1$  года (от 1,5 до 23 лет).

Наиболее частым осложнением было сочетание демпинг-синдрома и пептической язвы — 30 (83,3 %) пациентов. При этом у 18 (50 %) больных имел место демпинг-синдром тяжелой степени, приведший к стойкой инвалидизации пациентов.

Анализируя истории развития постгастрорезекционных расстройств у пациентов после операций на желудке, мы пришли к выводу о том, что более чем у половины (21 из 36) пациентов они возникли в течение первого года после хирургического вмешательства. У 12 пациентов постгастрорезекционные расстройства проявились после периода компенсации, который продолжался от 1 до 4 лет. Менее чем через 1 год после первого вмешательства оперирован один больной, в сроки от 2 до 3 лет — 14, от 3 до 5 лет — 8 и один пациент оперирован через 8 лет после первой операции.

В нашей клинике разработан и внедрен в практику способ лечения болезни оперированного желудка, заключающийся в редуоденизации с обязательным формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза с клапаном в двенадцатиперстной кишке (Патент РФ № 2173094 от 10.09.2001).

В послеоперационном периоде применяли комплексное клинико-инструментальное исследование, включающее клинические и биохимические анализы крови, фиброэндоскопию, рентгеновское исследование желудочно-кишечного тракта, ультрасонографию.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В сроки от 1 мес. до 7 лет после операции обследовано 36 больных. Основным критерием оценки исхода оперативного лечения болезни оперированного желудка считается восстановление качества жизни пациентов. С этой целью все пациенты до и в различные сроки после операции заполняли анкету, позволяющую определить гастроинтестинальный индекс (ГИ) качества жизни (GIQL).

В предоперационном периоде ГИ не превышал 95 баллов, составляя в среднем  $86 \pm 7,3$ . В раннем послеоперационном периоде у 22 (61,1 %) пациентов отмечался рост ГИ до 111 — 119 баллов, а у 14 (38,9 %) больных имелось снижение его до 78 — 83. Такая картина, на наш взгляд, обусловлена происходящими компенсаторно-восстановительными процессами. Характерным для этой группы больных был длительный анамнез болез-

ни оперированного желудка. Однако уже через 6 мес. после операции у всех пациентов отмечался рост ГИ, который составил в среднем  $121 \pm 8,3$  (от 118 до 132). В дальнейшем только у одного пациента с клиникой хронического панкреатита отмечалось некоторое снижение ГИ, у остальных больных он оставался на прежнем уровне, либо имелся его умеренный рост.

Рентгенологическое исследование проведено всем пациентам до операции и в различные сроки после нее. Восстановление трансдуоденального пассажа пищи привело к нормализации моторно-эвакуаторной функции культи желудка и тонкой кишки. Исследования проводились с бариевой взвесью и рентгеноконтрастной пищевой смесью. По результатам исследования получены следующие данные. До операции эвакуация бариевой взвеси из культи желудка происходила по типу «провала», в среднем за  $15,3 \pm 1,45$  мин., после редуоденизации время полной эвакуации составило  $65 \pm 4,5$  мин. При этом эвакуация становится порционной и ритмичной. Данной картине в немалой степени способствует сформированный инвагинационно-клапанный гастродуоденоанастомоз.

Пассаж по тонкой кишке после редуоденизации также отличается от дооперационных исследований. Если до операции у большинства больных имело место ускоренное продвижение контраста по тонкой кишке, и уже через 60 — 90 минут отмечалось поступление контраста в проксимальные отделы толстой кишки, то после редуоденизации первая порция контраста поступает в слепую кишку спустя 5 — 6 часов от начала исследования. Таким образом, после восстановления естественного трансдуоденального пассажа пищи создаются оптимальные условия для медленной и ритмичной эвакуации из культи желудка и трансплантата, более равномерного продвижения химуса по тонкой кишке, что способствует нормализации кишечного пищеварения и предотвращает развитие демпинг-реакции.

По данным ультрасонографии и радиоизотопного сканирования дискинезия желчного пузыря по гипомоторному типу отмечена у 12 больных до операции, после операции гипермоторная дискинезия желчного пузыря зарегистрирована у 5 больных, у 4 сохранялась гипомоторика. Время максимального накопления в желчном пузыре  $39 \pm 3,3$  мин., латентное время —  $10,5 \pm 1,5$  мин.

Изучение углеводного обмена с помощью пробы Штаубе-Трауготта показало, что до операции у 21 (58,3 %) из 36 больных имели место гликемические кривые с преобладанием второго пика и у 9 (25 %) — двухвершинные кривые с равной высотой подъема (патологические кривые). После редуоденизации 24 (66,7 %) из 36 обследованных, имеют одногорбые или двугорбые гликемические кривые с преобладанием первого пика (нормальные кривые). У 12 (33,3 %) со-

хранялись двухвершинные кривые с равной высотой подъема (10) и кривые с преобладанием второго пика (2). Таким образом, восстановление дуоденального пассажа пищи с включением в процесс пищеварения гепатопанкреатодуоденальной зоны способствует нормализации углеводного обмена.

При эндоскопическом исследовании в отдаленные сроки после операции сформированный клапан створка сохраняет свою перистальтическую активность, эффективно предупреждая заброс дуоденального содержимого в культю желудка. При микроскопическом исследовании биопсий слизистой культи желудка признаки характерные для рефлюкс-гастрита имели место у 5,5 %.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, операция редуоденизации с формированием инвагинационно-клапанного гастродуоденоанастомоза является методом выбора в лечении больных с постгастрорезекционными расстройствами, а формируемый «искусственный привратник» способствуют более медленной и ритмичной эвакуации пищи из культи желудка, надежно предупреждая рефлюкс содержимого из нижележащих отделов пищеварительного тракта в вышележащие. Операция редуоденизации дает пациенту шанс на восстановление работоспособности, предупреждает прогрессирование заболевания и возможное развитие тяжелых, опасных для жизни осложнений, способствует трудовой и социальной реабилитации.

**А.А. Задорожный, Н.А. Задорожная**

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Сибирский государственный медицинский университет (Томск)*

Экспериментальное исследование проведено на 256 собаках, 66 кроликах и 239 мышах. Применялись клинические, биохимические, морфологические и рентгенологические методы обследования.

В результате было выявлено следующее:

- ✘ с первых дней развития анаэробной инфекции в эксперименте возникают: тахикардия, несоответствие между пульсом и температурой, отек и серозное отделяемое из раны, статистически достоверное падение гемоглобина, снижение кожной температуры и венозное давление на пораженной конечности: перечисленные симптомы неспецифичны, так как они наблюдаются при гнойной инфекции и тяжелых травматических поражениях конечностей;

- ✘ достоверные симптомы анаэробного процесса (газ в мягких тканях, гангрена кожи, желтушность склер, отсутствие в ране грануляций) развиваются поздно и свидетельствуют о его запущенности; в артериях конечности, пораженной анаэробной инфекцией, быстро возникают фазовые функциональные и органические изменения, которые могут служить важными тестами для ранней диагностики этого осложнения, локализации и путей его распространения;

- ✘ самым ранним и патогномичным ангиографическим симптомом возникновения в ране конечности анаэробной инфекции является спазм магистральных артерий и расширение мышечных коллатералей, наступающий при инъекции токсинов в первые 24 часа, а при заражении ран анаэробными штаммами — в первые трое

суток. Ценность этого симптома состоит в том, что он обнаруживается до развития клинической картины анаэробной инфекции;

- ✘ следующим ангиографическим симптомом анаэробной инфекции, возникающим на фоне развившегося спазма на 3—5 сутки, является тромбоз магистральных артерий;

- ✘ газ в мягких тканях выявляется на 4—6 сутки, как правило, в тканях лишенных кровоснабжения;

- ✘ ангиография позволяет в ранние сроки диагностировать анаэробную инфекцию, ее локализацию и пути распространения, не только при быстропрогрессирующих и хронических формах, но и при ее возникновении у иммунизированных и получавших с профилактической целью антибиотики;

- ✘ при анаэробной инфекции ран возникают два типа нарушения кровоснабжения мягких тканей: локальный и тотальный.

При первом — нарушение кровоснабжения с последующим развитием некроза наступает в отдельных мышцах или группах их; при тотальном тромбозе некроз развивается в мягких тканях дистальнее расстройства кровообращения.

При локальном типе нарушения кровоснабжения в конечности наиболее рациональным является рассечение фасциальных влагалищ над мышцами, лишенными кровоснабжения, с последующим их иссечением; при тотальном — ампутация конечности на уровне тромбоза магистральных артерий.