

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев, С.М. Николаев.

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЙ СИНДРОМ

ГУЗ «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. с соавт., 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			
	по Бильрот-II — Витебскому (n = 108)		по 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	—	—
<i>Итого осложнений</i>	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 второй 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 второй 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.

Ю.Э. Макушкина, Д.Н. Оленников

АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ РАСТИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА «АРКОСИТЕЛ»

ФГБУН «Институт общей и экспериментальной биологии» СО РАН (Улан-Удэ)

Природные антиоксиданты активно изучаются в последнее время. В связи с тем, что применение их в медицинской практике снижает риск развития последствий окислительного стресса, таких как атеросклероз, заболевания сердечно-сосудистой и мочеполовой систем, мутагенез, рак, нейродегенеративные и возрастные расстройства (Calter R. et al., 2003). Группа заболеваний мочевыделительной системы широко распространена и имеет тенденцию к росту в общей заболеваемости населения. Патология почек является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности в молодом возрасте. Важнейшим звеном патогенеза хронического гломерулонефрита являются мембрано-деструктивные процессы в почках, что связано с нарушением функциональной активности антиоксидантной защитной системы организма и избыточным образованием свободных кислородных радикалов (Альдебель М.М. с соавт., 2002). В ИОЭБ СО РАН разработан состав нового растительного средства «Аркосител», состоящего из сухих экстрактов пяти видов растительного сырья: травы арники горной (*Arnica montana* L.), корней лопуха большого (*Arctium lappa* L.) и сабельника болотного (*Comarum palustre* L.), травы ортосифона тычиночного (*Orthosiphon stamineus* Benth.) и корней шлемника байкальского (*Scutellaria baicalensis* Georgi) с условным названием «Аркосител». Предпосылкой к проведению настоящих исследований послужили данные о нефропротекторной, диуретической, гипотензивной активности данных растений (Akowah G.A. et al., 2004). Проведенные ранее исследования показали, что водный экстракт *A. lappa* проявляет выраженную антиоксидантную активность и так же показана его способность к подавлению свободных радикалов и активных форм кислорода (Duch P.-D., 1998). *A. montana* обладает рядом терапевтических свойств, таких как противовоспалительная активность, обусловленная присутствием сесквитерпеновых лактонов (геленалина и дигидрогеленалина) (Perry N.B. et al., 2009), и антиоксидантная активность (Seyom A. et al., 2006). Показана прямая зависимость UV-B протективного и антирадикального действия от содержания кофейной кислоты и ее производных в цветках *A. montana* (Spetaler R. et al., 2006). *O. stamineus* обладает диуретическим, гипотензивным действием и антиоксидантной активностью (Akowah G.A. et al., 2004). Антиоксидантная активность *S. baicalensis* обусловлена наличием в составе растения флавоноидов: байкалина, байкалеина, скутелларина и вогонина (Cole I.B. et al., 2008). Для препаратов *C. palustre* обнаружено наличие нефропротекторных свойств; также выявлена его фармакотерапевтическая эффективность при гломерулонефрите и изучены его антиоксидантные свойства (Бикмулина Г.А., 2008).

Целью настоящего исследования является определение антиоксидантной активности растительного средства «Аркосител» с применением методов *in vitro*.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования служили экстракты сухие «Аркосител», травы *A. montana*, корней *A. lappa* и *C. palustre*, листьев *O. stamineus* и корней *S. baicalensis*, полученные в лаборатории медико-биологических исследований ИОЭБ СО РАН. Антирадикальная активность определялась с применением стабильных радикалов DPPH • (ДФПГ) и ABTS^{•+} (АБТС) (Seyom A. et al., 2006), антиоксидантную активность определяли по методу перекисной деструкции β-каротина (ПДБК) в системе ДМСО-H₂O₂-олеиновая кислота