

Резерати

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ПРЕПАРАТОВ АНТИОКСИДАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ В
КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ**

Годованец О.И.

На основании изучения клинической картины и состояния показателей прооксидантно-антиоксидантной системы ротовой жидкости детей в динамике наблюдения обоснована целесообразность использования антиоксидантных препаратов в комплексе общепринятого лечения хронического катарального гингивита у детей при избыточном поступлении нитратов. Установлено положительное влияние препаратов „Протефлазид” и „Имунофлазид” на динамику заболевания, что подтверждается ускорением обратного развития его клинических признаков и увеличением активности системы антиоксидантной защиты полости рта.

Ключевые слова: дети, гингивит, прооксидантно-антиоксидантная система, „Протефлазид”, „Имунофлазид”.

Статья надійшла 10.06.2012 р.

**THE LATE FATE OF USING ANTIOXIDANT
PREPARATIONS IN THE HOLIATRY OF CHRONIC
CATARRHAL GINGIVITIS IN CHILDREN**

Hodovanets' O.I.

The expediency of using antioxidant preparations in a complex of conventional treatment of chronic catarrhal gingivitis in children upon excessive nitrate entry has been substantiated on the basis of studying the clinical picture and the state of the indices of the prooxidant-antioxidant system in children's oral fluid in the dynamics of case monitoring. A positive effect of „Proteflazidum” and „Immunoflazidum” preparations on the course of the disease has been established and that is corroborated by an accelerated involution of its clinical manifestations and an enhanced activity of the system of the antioxidant protection of the oral cavity.

Key words: children, gingivitis, prooxidant-antioxidant system, „Proteflazid”, „Immunoflazid”.

УДК 611.033-089-08

М.А. Дудченко

ВГУ України «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

**БОЛЕЗНЬ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ИЛИ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЙ СИНДРОМ, ИХ
ЛЕЧЕНИЕ**

Обследовано 45 больных с резекцией желудка вследствие осложнения язвенной болезни. Среди них у 24,4% возникли постоперационные расстройства, нозологическую форму которых целесообразно характеризовать оптимальным названием «Постгастрорезекционная болезнь». Установленные пострезекционный демпинг-синдром, гипогликемию, астению, анемию, рефлюксный синдром, синдром приводящей петли, язву анастомоза подлежат комплексному этапному консервативному и реконструктивному хирургическому лечению.

Ключевые слова: постгастрорезекционный синдром, этапное лечение.

Ввиду множества и разнообразия патологических проявлений, наблюдаемых после операций на желудке при язвенной болезни, существенное значение для клиницистов имеет единая терминология данной нозологической формы и классификация постоперационных патологических состояний. К настоящему времени существует несколько десятков их названий. К ним относятся: «демпинг-синдром», «агастральная астения», «пострезекционный синдром», «болезнь оперированного желудка» и т.д. В «Международной статистической классификации болезней» (МКБ-10) заболевания после резекции желудка обозначена как «К 91.1 Синдром постоперационного (оперативного) желудка» [2, 5, 6].

Поскольку после резекции желудка по поводу язвенной болезни в организме возникают различные патологические процессы, которые проявляются «симптомом», «синдромом», «симптомокомплексом», «болезнью», а в болезнь входят указанные понятия, то называть обсуждаемое состояние, на наш взгляд, целесообразно не отдельными синдромами, а «пострезекционной болезнью», куда могут входить и синдромы и болезни. Такое полемическое состояние касается и классификации заболевания после резекции желудка у больных язвенной болезнью. Но наиболее приемлемой, естественно, требующей совершенства – это классификация синдромного характера с расшифровкой их симптомов, которую предложил М.М.Самсонов, Т.И.Паранская, П.П. Нестерова (1984).

В связи с распространением среди населения мира язвенной болезни желудка и особенно двенадцатиперстной кишки, сопровождаемые ростом таких осложнений как перфорации, пенетрации, кровотечения, стенозы пилорoduоденальной зоны, единственным методом лечения осложнений продолжает оставаться хирургическое вмешательство [1, 3, 7]. Превалируют в этих случаях операции с резекцией желудка по Бильрот I и Бильрот II с различными модификациями. К сожалению, по данным некоторых авторов, частота пострезекционных расстройств достигает почти 50% [5, 6, 7]. Обнадёживающим в этой проблеме является убедительное свидетельство о развитии малой инвазивной и высокой эффективности лапароскопической резекции желудка с проксимальной ваготомией, но и здесь доминирующим продолжает оставаться резекция желудка с ее послеоперационными расстройствами, которые до сих пор остаются малоизученными.

Целью работы было изучение частоты и характера наиболее тяжелых осложнений у больных язвенной болезнью после резекции желудка и разработка оптимального послеоперационного их лечения.

Материал и методы исследования. Обследовано 45 больных в возрасте от 27 до 65 лет с длительностью заболевания до 7 лет. Мужчин было 34, женщин – 11. Прооперировано с перфоративной язвой 4 больных и двенадцатиперстной кишки – 26, с пенетрирующей язвой – 6, кровотечением – 4, пилородуоденальным стенозированием – 5 больных. Проведено операций по Бильрот I с модификациями 24 больным, по Бильрот II – 21 больному. Все больные были доставлены в urgentном порядке в хирургические отделения 1-й и 2-й городской и областной больницы города Полтавы.

Изучались отдалённые результаты до 6 месяцев после проведенных операций.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 45 исследуемых больных язвенной болезнью после резекции желудка оказались практически здоровыми 27 чел., остальные 18 чел. предъявляли ряд жалоб после перенесенной операции. Они были следующими:

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| - слабость | - одышка |
| - усталость | - чувство переполнения желудка |
| - головокружение | - боли в эпигастрии |
| - головная боль | - эпигастральный дискомфорт |
| - чувство жара | - тошнота |
| - шум в ушах | - изжога |
| - потливость | - рвота |
| - сердцебиение | - вздутие живота |
| - обморочное состояние | - понос |

Пострезекционные синдромы у больных представлены в таблице.

Пострезекционные осложнения

Синдромы	Число больных	%
Демпинг-синдром	11	24,4
Гипогликемический	4	9
Астения	7	15,3
Анемический	8	17,7
Рефлюкс-синдром	5	11,1
Приводящей петли	3	6,6
Язва анастомоза	4	9

Характерным является то, что больные имели по 1-3 синдрома. В зависимости от выраженности клинических проявлений можно выделить три степени тяжести функциональных расстройств у оперированных. При легкой степени у пациентов (10 больных) отсутствовали значительные проявления заболевания при условии соблюдения ими определенного режима и диеты, трудоспособность редко нарушалась. При средней степени тяжести патологии больных (4) вынуждены прибегать к длительному амбулаторному или стационарному лечению, периодически теряя трудоспособность. Тяжелая форма заболевания характеризовалась полной инвалидизацией больного (1) с частым, почти постоянным пребыванием в стационаре.

Демпинг-синдром – наиболее часто встречающееся функциональное расстройство после операции на желудке, сопровождающегося вследствие удаления или разрушения его превратниковой части. По разным авторам демпинг-синдром возникает от 0,33 до 30-80%. У наших больных он составляет 24,4%.

Лечение больных с демпинг-синдромом иногда представляет значительные трудности. Большинство пациентов с легкой и средней степенью заболевания могут быть успешно лечены подбором диеты с частым приемом пищи в небольших количествах, богатой белками и жирами и бедной углеводами. Они понижают внутрипросветное осмотическое давление и уменьшают симптомы без ущерба для питания. Кроме того, рекомендуется избегать приема жидкости во время еды. При появлении после приема пищи признаков демпинг-синдрома следует принять горизонтальное положение примерно на один час. При тяжелой степени демпинг-синдрома рекомендуется принимать пищу медленно, в положении лежа на левом боку – при этом замедляется эвакуация из желудка. Рекомендуется воздерживаться от слишком горячих и холодных блюд. Перед едой полезно применение препаратов, угнетающих моторику желудка и кишечника (атропин, платифиллин). Из легко усвояемых углеводов можно употреблять сорбит. Энергетическая его ценность такая же, как и глюкозы, но для своего превращения в гликоген он не требует инсулина. Сорбит значительно медленнее глюкозы всасывается в кишечнике и не вызывает гипер- или гипогликемической реакции.

Кроме диетотерапии, применяют переливание крови и плазмы, кровезаменителей и электролитов с целью коррекции нарушений водно-солевого и белкового обмена, а также пищеварительные ферменты, гормональные препараты и разнообразные симптоматические средства, витамины. У больных с возбудимым типом высшей нервной деятельности применяют седативные препараты, лечебную физкультуру.

В качестве заместительной терапии назначают хлористоводородную кислоту с пепсином, желудочный сок, панкреатин, фестал, панзинорм и др., при поносах применяют препараты висмута, имодиум, смекту, белую глину. Для нормализации углеводного обмена назначают инсулин по 5-10 ЕД внутримышечно за 10-15 мин до еды, букарбан и другие производные сульфаниламочевины, витамины.

При безуспешной консервативной терапии демпинг-синдрома используется хирургическое лечение. Оптимальным вариантом является резекция желудка по Бильроту I с различными модификациями.

Гипогликемический синдром у больных возникает приступом слабости натощак или через 1,5-3 часа после еды, возникают после физической нагрузки вследствие снижения содержания глюкозы. Клинически он напоминает демпинг-синдром. Устраняются симптомы гипогликемии приемом сахара.

Пострезекционная астения возникает вследствие резкого нарушения пищеварительной функции желудка, поджелудочной железы, печени и тонкой кишки. Астенизация проявляется повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, плаксивостью, конфликтностью, апатией и др. Больные страдают бессонницей, головной болью, головокружением и т.д. Показано консервативное лечение с помощью белковых препаратов, крови, плазмы, витаминов, анаболических гормонов. Диета должна быть богата белками, жирами, углеводами. Заместительная терапия с использованием хлористоводородной кислоты и пепсина, ферментов и т.д. Оперативное лечение в тяжелых случаях предусматривается: включение в пассаж двенадцатиперстной кишки и различные варианты гастроэнтероуденопластики.

Анемия возникает в двух видах – железодефицитная и мегалобластная. Обычно **железодефицитная анемия** развивается через несколько лет после операции. Для нее характерны признаки всех анемий. Лечение данного вида анемии препаратами железа – гемостимулин, ферроксаль, фероплекс и др. назначают внутрь, а фербитал и ферумлек – парентерально. Всасывание железа улучшается после конверсии анастомоза по Бильрот II в Бильрот I.

В₁₂-дефицитная анемия (пернициозная) развивается вследствие недостаточного поступления в организм цианкобаламина. Клиническая картина дефицита витамина В₁₂ характеризуется повреждением кроветворной ткани, пищеварительной и нервной систем. Лечение проводят ежедневными подкожными инъекциями цианкобаламина в дозе 200-500 мг в течение 4-6 недель. После нормализации кроветворения и состава крови витамины вводят через неделю 2-3 месяца, затем 2 раза в месяц.

Рефлюксная болезнь сопровождается забросом верхнего отдела пищеварительного тракта (желчь, панкреатический сок, дуоденальный и тонкокишечный сок) в желудок, а у части больных и в пищевод, что вызывает эрозивный гастрит и эзофагит. При щелочном рефлюкс-гастрите возникает боль в эпигастриальной области, отрыжка горечью, рвота желчью и потеря массы тела. Консервативное лечение включает применение холестирамина, связывающего желчные соли, щадящую диету, антацидные, вяжущие и обволакивающие средства, блокаторы Н₂-рецепторов и протонной помпы.

Рефлюкс-эзофагит характеризуется жгучей болью за грудиной, иногда симулирует стенокардию, мучительная изжога. Лечение консервативное со щадящей диетой с дробным питанием и приемом антацидных препаратов, обволакивающих, вяжущих, спазмолитиков, блокаторов Н₂-рецепторов и протонной помпы.

При недостаточном консервативном лечении применяют оперативное лечение: фундапликация с ваготомией, реконструкция анастомоза по Ру.

Синдром приводящей петли является специфическим осложнением резекции желудка по Бильрот II. Заболевание проявляется различными опорожнениями двенадцатиперстной кишки, рвотой желчью, болью в эпигастриальной области, правом подреберье, тошнотой, нарастающей интоксикацией. Реальная опасность возможна при несоответствии культи двенадцатиперстной кишки. При остром синдроме проводят экстренную релапаротомию с устранением препятствия для эвакуации содержимого из приводящей петли. Рассекают спайки, расправляют заворот, устраняют тонкокишечно-желудочную инвагинацию или внутреннюю грыжу, накладывают межкишечный брауновский анастомоз. При хроническом синдроме приводящей петли большинство больных нуждаются в оперативном лечении по Бильрот I или накладывают межкишечный брауновский анастомоз, выполняют реконструкцию по Ру.

Пептическая язва анастомоза после резекции желудка встречается по разным авторам от 0,5 до 10 и даже 15%, у наших больных у 8,8%. От 80 до 88% пептических язв соустья развиваются после резекции, выполненной по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина язв анастомоза в большинстве случаев напоминает симптомы первичной язвы. Зачастую пептические язвы протекают гораздо более злокачественно, чем первичная язва, по поводу которой была предпринята операция. Консервативное лечение пептической язвы анастомоза малоэффективно. Принцип терапии ее аналогичен лечению язвенной болезни. Хирургическое лечение сводится к реконструкции анастомоза по Бильрот I или за счет использования одного из вариантов гастроэнтероуденопластики.

Что касается других постгастрорезекционных болезней, как хронический панкреатит, или синдромов диарея и т.д., то они определяются по общим принципам диагностики, соответственно осуществляется и терапия. Таким образом, у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной прободением, пенетрацией, кровотечением и пилородуоденальным стенозом, после резекции желудка часто возникают послеоперационные расстройства в виде демпинг-синдрома, гипогликемии, астении, анемии, рефлюкс-синдрома, приводящей петли, язвы анастомоза и т.д., требующие тщательной консервативной терапии, а в тяжелых случаях безуспешного лечения с торпидным течением, использовать реконструктивное хирургическое лечение с последующим применением этапной терапии.

Выводы

1. С целью профилактики возникновения осложнений после резекции желудка необходимо всем больным язвенной болезнью проводить полное клиническое обследование для выявления сопутствующих заболеваний,

которые при их наличии подлежат предварительному консервативному лечению в плане предоперационной подготовки.

2. Учитывая возможность возникновения у больных постгастрорезекционных расстройств, в плане осуществления операции предусмотреть профилактическое их лечение.

3. Больным язвенной болезнью, которые подверглись резекции желудка, консервативное восстановительное лечение проводить этапным методом.

Осуществлять всеми средствами информации медицинское просвещение населения о здоровом образе жизни и профилактике заболеваний пищеварительной системы. Интенсивнее внедрять в хирургическую практику малоинвазивную лапароскопическую хирургию.

Література

1. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология / И.И. Дегтярева. – М. «МИА», 2004
2. Дудченко М.А. Язвенная болезнь / М.А. Дудченко. – Полтава, «Дивосвіт», 2005. – 210с.
3. Маркова Г.Ф. Клиника и лечение последствий удаления желудка / Г.Ф. Маркова. – М. «Медицина», 1989. – 160с.
4. Огороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов / А.Н. Огороков. – М. «Мед. литература», 2001. – Т.1. – 535с.
5. Самсонов М.А. Постгастрорезекционные синдромы / М.А. Самсонов, Т.И. Паранская, А.П.Нестерова. – М. «Медицина». 1984. – 188с.
6. Черноусов А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф.Черноусов, П.М. Богонавский, Ф.С. Куванов. – М. «Медицина», 1996
7. Янцкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яшин, В.М. Седов, В.П.Морозов. – М. «Медпресс», 2002. – 376с.

Реферати

ХВОРОБА ОПЕРОВАНОГО ШЛУНКА АБО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ СИНДРОМ, ЇХ ЛІКУВАННЯ

Дудченко М.О.

Обстежено 45 хворих із резекцією шлунка внаслідок ускладнень виразкової хвороби. У 24,4% хворих виявлені післяопераційні розлади, які найбільш доцільно називати «Післягастрорезекційна хвороба». Встановлені після резекції шлунка демпінг-синдром, гіпоглікемію, астенію, анемію, рефлюксну хворобу, синдром привідної петлі, виразку анастомозу підлягають комплексному етапному консервативному і реконструктивному хірургічному лікуванню.

Ключові слова: післярезекційний синдром, етапне лікування.

Стаття надійшла 22.06.2012 р.

OPERATED STOMACH DISEASE OR POSTGASTRECTOMY SYNDROME AND ITS TREATMENT

Dudchenko M.O.

The research was held over 45 patients with stomach resection as a result of peptic ulcer complications. The postoperational disorders appeared amongst 24,4% of them, nosologic form of which is reasonably characterized by optimal title "Postgastrectomy disease". The diagnosed postresectional dumping-syndrome, hypoglycemia, asthenia, anemia, reflux syndrome, afferent loop syndrome, stomal ulcer are subjects to complex staging, conservative and reconstructive surgical treatment.

Key words: postgastrectomy syndrome, staging treatment.

УДК 616.5 – 002 – 053.5 – 08

К.С. Ішчєкін

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

РЕЗУЛЬТАТ ЗАСТОСУВАННЯ ВДОСКОНАЛЕНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДИТИНИ 6 РОКІВ

У статті представлено особливості клінічного перебігу atopічного дерматиту у дітей, які потребують індивідуального підходу до діагностики та лікування цього захворювання з урахуванням форми, стадії, тяжкості шкірного ураження, наявності респіраторних симптомів atopії, супутніх захворювань, віку пацієнтів, стану їх імунної системи. Доведено високий ступінь терапевтичної ефективності запропонованої вдосконаленої комплексної терапії лікування даного захворювання.

Ключові слова: atopічний дерматит, комплексна терапія, ефективність лікування.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» “Розробка вітчизняних тест-систем для діагностики найпоширеніших алергій серед населення України”, номер державної реєстрації 0107U001556 та “Вивчення переключення синтезу імунoglobulinів у хворих на бронхіальну астму для розробки нових методів етіологічної терапії”, номер державної реєстрації 0106U003241.

Лікування і профілактика atopічного дерматиту (АД) у дітей в дійсний час стає однією з найактуальніших проблем педіатрії [3, 6, 7]. За даними епідеміологічних досліджень, в різних країнах на АД страждають від 10 до 28% дітей, в загальній структурі алергічних захворювань він займає одне з провідних місць. Гострота проблеми АД обумовлена не тільки його високою розповсюдженістю серед дітей, але й досить раннім початком, швидкістю розвитку хронічних форм, які призводять до соціальної дезадаптації і інвалідизації