

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ ПО МЕТОДУ ЛОНГО

Песнева О.В., Кривошеков Е.П.

*Самарский Государственный медицинский
университет, Самарская клиническая областная
больница им. М.И.Калинина,
Самара*

Работами Л.Л. Капуллера, В.Л. Ривкина (1976); И.Г. Дацун, Е.П. Мельман (1986); Л. Шафик, М. Мохи-эль-Дин (1995); F.Stelzner (1963), W.Thompson (1976); P. Naas и соавт. (1984) установлено, что в основе геморроя лежит патология кавернозных образований подслизистого слоя дистальной части прямой кишки, заложенных в процессе нормального эмбриогенеза. Ведущими в патогенезе геморроя являются гемодинамический и мышечно-дистрофический факторы.

В основе первого лежит дисфункция трех сосудистых систем: вен, артерий и артериовенозных шунтов, что приводит к усиленному притоку артериальной крови и уменьшению оттока по кавернозным венам, что способствует увеличению размеров кавернозных телец и формированию геморроидальных узлов.

Вторым ведущим фактором является развитие дистрофических процессов в продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, расположенной в межсфинктерном пространстве анального канала. Данные структуры образуют фиброзно-мышечный каркас внутренних геморроидальных узлов и удерживают их в анальном канале выше аноректальной линии. Под действием неблагоприятных факторов происходит увеличение размеров геморроидальных узлов, их смещение в дистальном направлении и в конечном итоге выпадение их из анального канала, т.е. пролапс.

Опираясь на это предположение, в 1993 году доктором Антонио Лонго была разработана операция эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции участка прямой кишки при хроническом геморрое.

В клинике хирургии СОКБ им. М.И.Калинина с 2001 по 2004 год прооперированны по методу Лонго 32 пациента со II-IV стадиями хронического геморроя, из них со II стадией – 9 больных, с III–18, с IV–5 пациентов. Операции выполнялись с применением одноразового проктологического набора фирмы “Этикон эндхирургия” компании “Джонсон и Джонсон” на основе циркулярного сшивающего степлера РРН-01 с диаметром головки 33 мм. Отдаленный срок наблюдения составил 4 года.

Результаты клинических, патоморфологических и физиологических исследований больных хроническим геморроем до и после операции по методу Лонго доказывают патогенетическую обоснованность этой операции.

Методика устраняет пролапс слизистой и геморроидальных узлов путем эндоректальной циркулярной резекции выпавшего участка анальной слизистой между дистальным отделом ректальной ампулы и проксимальным отделом анального канала, воздейст-

вующая при этом на основные ведущие факторы патогенеза. Сосудистый фактор блокируется путем прошивания артериальных ветвей в подслизистом слое прямой кишки, а механический – при резекции и подтягивании связочного аппарата, удерживающие геморроидальные узлы. Вправление пролапса, восстанавливающее нормальное топографическое соответствие между анальной слизистой и анальными сфинктерами улучшает венозный отток и функцию удержания.

Наложение слизисто-слизистого скобочного шва в зоне с незначительным количеством чувствительных рецепторов и уменьшение хирургической травмы анального канала создают теоретический базис для операции с низким уровнем послеоперационных болей.

Методика не включает обычную геморроидэктомию, но в некоторых случаях для достижения существенного уменьшения пролапса должны быть удалены большие или меньшие количества геморроидальной ткани. Таким образом, иссечение внутренних геморроидальных узлов является технической необходимостью, а не принципом метода.

Излечение наступает вследствие ликвидации выпячивания геморроидальных узлов и уменьшения притока артериальной крови по терминальным ветвям верхней ректальной артерии, пересекаемых в подслизистом слое. Нарушения в конечных ответвлениях геморроидальной артерии, вызывающие сокращение притока крови к субэпителиальным пространствам и выпавшей слизистой, снижают травматическое влияние фекальных комков на слизистую, исключая, главный фактор, провоцирующий кровотечение. Выводы: операция по методу Лонго характеризуется небольшой продолжительностью оперативного вмешательства, невыраженным послеоперационным болевым синдромом, отсутствием таких осложнений, как недостаточность анального сфинктера, стриктура анального канала, быстрым сроком восстановления трудоспособности.

ОСОБЕННОСТИ АУТОРЕГУЛЯЦИИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Терентьев В.П., Клейменова В.А.

*Ростовский государственный
медицинский университет*

Целью исследования явилось изучение у больных с синдромом диабетической стопы (СДС) способности ауторегуляторных механизмов локального кровоснабжения нижних конечностей (НК) поддерживать интенсивность кровотока на уровне допустимого гемостатического диапазона при колебаниях системного АД.

В исследование включены 249 больных сахарным диабетом (СД) II типа. Пациенты были разделены на 2 группы: основная - больные СД II типа с 0-1 стадией СДС по Wagner (n=124) и контрольная - больные СД II типа при отсутствии СДС (n=125). Нижнюю границу ауторегуляции кровотока в НК определяли при форсированном снижении повышенного

системного АД путем инфузии сульфата магния. Уровень среднего АД, при достижении которого локальный кровоток в регионе начинал снижаться, считали нижней границей ауторегуляции кровоснабжения НК. Кровоток оценивали методом ультразвуковой доплерографической флоуметрии в импульсном режиме.

Результаты проведенного исследования показали, что среднее значение нижней границы ауторегуляции кровотока НК у больных основной группы составило $88,8 \pm 1,5$ мм рт.ст., а в группе контроля - $79,4 \pm 1,3$ мм рт.ст. То есть, у больных при наличии СДС нижняя граница ауторегуляции кровотока в НК была смещена вправо. Определение нижней границы ауторегуляции у больных СД позволило выработать практические рекомендации по тактике снижения АД. Так, у больных основной группы форсированное снижение системного АД необходимо осуществлять до 120/70 мм рт.ст., а у пациентов контрольной группы - до 110/65 мм рт.ст. Дальнейшее острое снижение АД приводит к пассивному следованию кровотока вслед за снижением АД, что может привести к прогрессированию СДС.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАЗОДИЛАТАЦИОННОГО РЕЗЕРВА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Терентьев В.П., Клейменова В.А., Курбатова Э.В.

*Ростовский государственный
медицинский университет*

Целью исследования явилось изучить у больных с синдромом диабетической стопы (СДС) взаимосвязь между нарушением ауторегуляции кровотока нижних конечностей (НК) и способностью к вазодилатации задней большеберцовой артерии при окклюзионной и нитроглицериновой пробах.

Больные сахарным диабетом (СД) II типа (n=249) были разделены на две группы в зависимости от наличия (основная) и отсутствия (контрольная) СДС. Нижнюю границу ауторегуляции кровотока в НК определяли при форсированном снижении повышенного системного АД как уровень среднего АД, при достижении которого локальный кровоток в регионе начинал снижаться. Кровоток оценивали методом ультразвуковой доплерографической флоуметрии в импульсном режиме. Кроме того, оценивали параметры эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации артерии НК, соответственно, при окклюзионной и нитроглицериновой пробах. Далее полученные параметры подвергали корреляционному анализу с вычислением множественного и парциальных коэффициентов корреляции.

В результате было установлено, что повышение нижней границы ауторегуляции кровотока в НК у больных с СДС находится в сопряжении со снижением параметров эндотелийзависимой вазодилатации (множественный коэффициент корреляции 0,72). Наличие у больных основной группы артериальной гипертензии приводило к усилению корреляции между состоянием ауторегуляции кровотока в НК и способностью сосудов к дилатации в постокклюзионный

период под действием механической деформации эндотелиоцитов (множественный коэффициент корреляции 0,83). Итак, у больных с СДС вазодилатационные резервы сосудов НК при изменении АД, а также при окклюзии сочетано снижены.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНО - ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Терещенко В.П., Яворская Н.В.,

Зайцева О.И., Колодяжная Т.А.

*ГУ НИИ медицинских проблем Севера,
Красноярск*

У детей двух возрастных групп (дошкольники – 30 детей и школьники 29 детей) методом спектрофлуороскопии изучены показатели структуры мембран эритроцитов. Получено, что уровень флуоресценции триптофановых групп белков, флуоресцирующих при длине волны 284 нм, значимо повышался по мере роста детей с $15 \pm 1,6$ ед.фл. до $19,0 \pm 0,9$ ед.фл. ($P < 0,05$). При этом у более старших детей изменялось не только количество белковых молекул, но и их взаиморасположение по отношению к липидам, так степень погруженности белков в липидный бислой, измеряемый нами по интенсивности переноса энергии между триптофановыми группами белков и встроенному в липиды мембран зонду – пирену, у детей старшей возрастной группы возрастала до $0,99 \pm 0,04$ отн.ед. при $0,7 \pm 0,03$ отн.ед. у детей дошкольников ($P < 0,001$). Текучесть глубокого слоя липидов у обследованных нами здоровых детей достоверно снижалась в более старшем возрасте (с $0,92 \pm 0,03$ отн.ед. у дошкольников до $0,81 \pm 0,03$ отн.ед. у детей школьного возраста, $P < 0,01$). Текучесть мембранных молекулярных комплексов в области белково-липидных контактов также достоверно понижалась (с $0,66 \pm 0,04$ отн.ед. у дошкольников до $0,3 \pm 0,03$ отн.ед. у детей школьного возраста, $P < 0,01$).