

## 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 RPH-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 триптофаниловыми 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,  $P < 0,01$ ).