

предусматривает воздействие на основные патогенетические факторы: сосудистый и механический, что достигается пересечением магистральных артериальных ветвей в подслизистом слое и резекцией участка слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки, подтягиванием и фиксацией связочного аппарата, удерживающего геморроидальные узлы в анальном канале.

С января 2001 по март 2005 года операция Лонго была выполнена 63 пациентам, страдающим хроническим геморроем II-IV стадий: из них со II стадией — 5 пациента (8%), с III ст. — 51 пациента (81%), с IV ст. — 7 (11%). Вмешательство производилось под общим обезболиванием с использованием набора RPH-01 фирмы «Этикон». Оценивались длительность операции, выраженность и продолжительность болевого синдрома, число койко-дней и сроки восстановления трудоспособности. Производилась оценка колодинамических параметров до и после оперативного вмешательства. Удаленные участки нижеампулярного отдела прямой кишки подвергались гистологическому исследованию. Отдаленные сроки наблюдения составляют до четырех лет.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 27 минут (от 15 до 60 минут). Максимальная выраженность болевого синдрома достигала 4-6 баллов по 10-балльной визуально-аналоговой шкале и отмечалась в первые 2-6 часов после операции. Средний послеоперационный койко-день со-

ставлял 2,5 суток. Срок восстановления трудоспособности у большей части пациентов составил 3-8 суток. В двух случаях в раннем послеоперационном периоде, на этапе освоения нами методики, возникло активное кровотечение по линии степлерного шва, потребовавшее дополнительного прошивания. У пятерых пациентов течение послеоперационного периода осложнилось дизурическими расстройствами, для разрешения которых в двух случаях была выполнена однократная катетеризация мочевого пузыря. У 8 пациентов (12%) отмечался тромбоз наружных геморроидальных узлов, купированный консервативно.

Во всех исследованных гистологических препаратах определялся слизисто-подслизистый слой прямой кишки, в трех случаях отмечалось наличие кавернозной ткани. В отдаленном послеоперационном периоде большинство пациентов (88%) отмечают полное отсутствие симптомов, беспокоивших до операции. У двух пациентов через 3 и 4,5 месяца возник рецидив заболевания, что потребовало в одном случае выполнения традиционной геморроидэктомии по Миллигану-Моргану, и латексного лигирования одного геморроидального узла в другом.

Выводы: таким образом, степлерная резекция слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки является эффективным, относительно безболезненным методом хирургического лечения хронического геморроя, позволяющим пациентам в кратчайшие сроки вернуться к привычной жизни.

Васильев С.В., Попов Д.Е., Гайворонская С.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА И ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург

Выпадение прямой кишки — довольно редко встречающееся заболевание. Оно может оказаться причиной социальной дезадаптации больных, а связанная с ним недостаточность анального жома усиливает страдания, особенно если это происходит у пациентов в трудоспособном возрасте.

В настоящее время так и не существует единого мнения о патогенезе данного заболевания. В связи с этим методы лечения, предложенные для исправления этого патологического состояния, многообразны. Идеальная операция должна обеспечить низкое число рецидивов выпадения прямой кишки и послеоперационных осложнений, а так же обеспечить нормальное качество жизни, которое включало бы в себя отсутствие запоров и адекватную функцию замыкающего аппарата.

Операция, которая соответствовала бы всем этим параметрам, не найдена. Это обстоятельство вынуждает использовать на практике различные оперативные вмешательства, находя оптимальное для каждого конкретного больного.

Вполне удобно разделить все методы оперативного лечения выпадения прямой кишки на две большие группы по доступу: трансабдоминальные и перинеальные.

Цель: провести сравнительный анализ различных методов оперативного лечения выпадения прямой кишки, используемых в нашей клинике. Выявить преимущества и недостатки каждой конкретной операции и определить показания к ее применению.

Материалы и методы: За период с 1992 по 2005 год в клинике Санкт-Петербургского научно-практического центра колопроктологии находились на лечении 67 пациентов с выпадением прямой кишки. Они были разделены на три группы в зависимости от характера выполненной операции: операция Делорма (48%); операция Кюммеля-Зеренина (25%); операция Уэллеса (27%).

В исследовании преобладали женщины (78 %). Средний

возраст составил 62 года. Длительность госпитализации составила в среднем 14 дней.

Всем больным до операции были выполнены: ректороманоскопия, ирригоскопия, «клинический минимум», а также проведен комплекс колодинамических исследований, включающий в себя манометрию анального канала в покое и при натуживании, ректотонобаллонометрию и определение ректо-анального ингибиторного рефлекса.

Результаты: у 47 (70%) из 67 пациентов диагностирована недостаточность анального жома различной степени выраженности.

Все пациенты в послеоперационном периоде были отслежены в сроки от 6 месяцев до 13 лет.

После операции Уэллеса рецидивов не было, после операции Кюммеля-Зеренина рецидивы составили 12%. После операции Делорма выпадение прямой кишки развилось повторно у 33% пациентов. Запоры появились или усилились у 8 пациентов после операции Уэллеса и у одного после операции Кюммеля-Зеренина.

Степень недостаточности анального жома постепенно снижалась у всех безрецидивных пациентов, некоторым из них для этого потребовалось проведение в послеоперационном периоде курса восстановительной терапии по методике биологической обратной связи.

Выводы: 1. Операция Делорма, как самая безопасная, может быть рекомендована для использования у пожилых, соматически ослабленных пациентов.

2. В случаях, когда возможно выполнить трансабдоминальное вмешательство, мы отдаем предпочтение операции Уэллеса, как имеющей меньшее количество осложнений и реже приводящей к развитию рецидива заболевания.

Валикова О.В., Морозова А.М., Шапкина Л.А., Касницкая Л.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АГОНИСТОВ ДОФАМИНА В НОРМАЛИЗАЦИИ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Владивостокский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница № 2, Владивосток

Цель: изучить эффективность эрголиновых дофаминергических агонистов на уровень тестостерона у мужчин с гиперпролактинемическим синдромом различного генеза.

Методы: под наблюдением находилось 12 мужчин с гиперпролактинемическим синдромом в возрасте от 20 до 40 лет, из них 5 человек с опухолевым вариантом гиперпролактинемического синдрома — 4 с макропролактиномой и 1 с микропролактиномой и 7 мужчин с неопухолевым вариантом гиперпролактинемического синдрома. Диагноз выставлялся на основании жалоб; на снижение либидо, уменьшение роста волос на лице, эректильную дисфункцию. Проводилось исследование гормонального статуса с определением исходно тиреотропного гормона, пролактина, тестостерона, глобулина, связывающего половые стероиды, подсчитывался индекс свободных андрогенов (ИСА), проводился церукаловый тест. Использовались ин-

струментальные методы исследований КТ, МРТ головного мозга, периметрия, УЗИ щитовидной железы, надпочечников и яичек. Пациенты получали лечение только агонистами дофамина («Парлодел» или D2-селективный «Достинекс») с контролем уровня пролактина и титрацией дозы до супрессивной каждые 4 недели. Уровень тестостерона контролировался после 6-8 месячного лечения агонистами дофамина.

Результаты: у всех пациентов на фоне лечения исчезли клинические проявления заболевания. Уровень тестостерона у пациентов с опухолевым вариантом синдрома с $0,7 \pm 0,2$ нг/мл повысился до $4,0 \pm 1,2$ нг/мл; у пациентов с неопухолевым вариантом с $1,6 \pm 0,4$ нг/мл до $5,0 \pm 1,5$ нг/мл. ИСА у пациентов с опухолевым вариантом с $2,4 \pm 0,9\%$ повысился до $18,8 \pm 2,8\%$, у пациентов с неопухолевым вариантом синдрома с $5,8 \pm 2,0\%$ увеличился до $26,4 \pm 3,7\%$ (при норме 14,8-95%).

Выводы: терапии эрголиновыми агонистами дофамина пациентов с гиперпролактинемическим синдромом эффективно

влияет на андрогенную функцию с нормализацией уровня тестостерона и повышением ИСА у большинства пациентов.

Баликова О.В., Мухотина А.Г., Морозова А.М.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТФОРМИНА У ПАЦИЕНТОК
С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

*Владивостокский государственный медицинский университет,
Краевая клиническая больница № 2, Владивосток*

Цель: изучить влияние метформина на репродуктивное здоровье женщин с синдромом поликистозных яичников.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 20 женщин с синдромом поликистозных яичников в возрасте от 22 до 35 лет. Диагноз выставлялся на основании жалоб на нарушение менструального цикла по типу олиго- или аменореи, бесплодие, ожирение, гирсутизм, акне. Физикальное обследование включало определение: индекса массы тела (ИМТ), оценку соотношения объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), определение гирсутизма. Исследовался уровень лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, тестостерона, глобулина, связывающего половые стероиды. Рассчитывался индекс свободных андрогенов. Определялся уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ), проводился стандартный тест толерантности к глюкозе с определением базального уровня глюкозы и ИРИ в плазме натощак и после нагрузки с глюкозой, для подтверждения инсулинорезистентности, рассчитывались индексы Саго и НОМА-Р, исследовался липидный спектр крови. Проводилось УЗИ яичников с определением

их размера и объема. Пациентки с синдромом поликистозных яичников были обучены правилам рационального питания и для медикаментозного лечения назначался метформин (Сиофор или Глюкофаж) в дозе от 1500 до 2500 мг в сутки. Повторное обследование проводилось через 6 месяцев.

Результаты: на фоне рационального питания и терапии метформином ИМТ с $31 \pm 2,5$ снизился до $27 \pm 2,6$; а соотношение ОТ/ОБ с $0,9 \pm 0,1$ до $0,79 \pm 0,1$. Уровень ИРИ с $19,5 \pm 3,4$ мЕд/мл снизился до $5,6 \pm 0,8$ мЕд/мл, индекс Саго с $0,25 \pm 0,03$ повысился до $0,4 \pm 0,12$ баллов, НОМА-Р с $4,1 \pm 1,2$ снизился до $1,8 \pm 0,1$ баллов. Переносимость препаратов была хорошей. Диспептические проявления в начале курса лечения наблюдались у 9% больных. Серьезных неблагоприятных явлений не отмечено. У всех пациенток на фоне лечения нормализовался менструальный цикл, а у 3 женщин возникла беременность.

Выводы: на фоне приема метформина у пациенток с синдромом поликистозных яичников происходило улучшение репродуктивной функции, снижение массы тела, нормализация уровня инсулина, расчетных показателей инсулинорезистентности.

Васильев С.В., Григорян В.В., Попов Д.Е., Черниковский И.Л.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
МИКРОХИРУРГИИ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Появившийся в последнее время метод трансанальной эндомиохирургии удачно сочетает в себе возможности малоинвазивного и хирургического удаления новообразований, располагающихся в любом отделе прямой кишки выше зубчатой линии. Не являясь противопоказанием к применению этого метода и ранние формы рака.

Цель: оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с использованием традиционных методик и трансанальной эндоскопической микрохирургии.

Материалы и методы: метод трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ) был разработан и внедрен в клиническую практику профессором Буессом (Германия) а 1983 году. Указанная методика позволяет иссекать доброкачественные новообразования и злокачественные опухоли прямой кишки на ранних стадиях при помощи усовершенствованного ректоскопа, который, благодаря наличию оптической системы, обеспечивает хороший обзор операционного поля в увеличенном трехмерном изображении. С использованием данного метода могут быть выполнены мукозэктомия, полнослойное иссечение стенки кишки, иссечение параректальной клетчатки. В нашей клинике с ноября 2003 года по май 2005 года было прооперировано 102 больных с новообразованиями прямой кишки, клинически определенными как ворсинчатые. Среди указанных пациентов 32 были прооперированы с использованием методики ТЭМ (17 — с использованием газовой инсуффляции, 15 — открытым способом), 40 больным была выполнена петлевая эндоскопическая электроэксцизия, и в 30 случаях выполнялось традиционное трансанальное иссечение новообразования. Таким образом, мы имели возможность сравнить непосредственные, и, в известной мере, отдаленные результаты лечения больных с новообразова-

ниями прямой кишки в указанных 3 группах. Всем больным выполнялись трансректальное ультразвуковое исследование, предоперационная биопсия с гистологическим исследованием, а также ректороманоскопия и фиброколоноскопия. Средний размер опухоли составил $3,4 \pm 1,6$ см². Локализация по высоте — от 5,0 до 20,0 см. Среди удаленных препаратов тубулярно-ворсинчатые аденомы составили 33,3%, ворсинчатые аденомы — 53%, аденокарциномы ($T_{in situ}$, T_1 , $T_2N_0M_0$) — 10%. В одном случае (аденокарцинома $T_2N_0M_0$) вторым этапом была выполнена передняя резекция прямой кишки.

Результаты: осложнения, связанные непосредственно с процедурой ТЭМ, нами не наблюдались. После применения петлевой эндоскопической электроэксцизии был выявлен 1 случай (2,5%) перфорации стенки кишки с последующим оперативным вмешательством. Частота осложнений, возникших после традиционного трансанального иссечения 12,5%. Сроки диспансерного наблюдения оперированных больных составили более 1 года. За данный период было выявлено 18 случаев рецидивирования заболевания, из которых 9 случаев (30%) — после трансанального иссечения, 10 (25%) — после эндоскопической электроэксцизии и лишь 1 (3,3%) — после процедуры ТЭМ.

Выводы: преимуществами методики трансанальной эндоскопической микрохирургии являются снижение частоты рецидивирования, сокращение срока госпитализации, снижение интенсивности болевого синдрома, более короткий восстановительный период. Мы полагаем, ТЭМ, как хирургическая методика, предлагает жизнеспособную и, возможно, превосходящую по результатам радикальные абдоминальные или традиционные трансанальные и эндоскопические вмешательства, альтернативу при некоторых ректальных неоплазиях.

Берин В.В., Семенихин А.И., Помогаева О.Г.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИВЕННЫХ ИНГИБИТОРОВ IIb/IIIa РЕЦЕПТОРОВ
ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Приморская краевая клиническая больница № 1, Владивосток,
Городская клиническая больница № 1, Владивосток*

Цель исследования: 1. оценить безопасность проведения ангиопластики со стентированием на фоне внутривенного введения ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов у пациентов с острым коронарным синдромом без предшествующего насыщения плавиксом. 2. оценить безопасность одномоментного множественного стентирования коронарных артерий на фоне внутривенного введения ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов.

Материалы и методы: с начала 2005 года в отделении кардиохирургии было выполнено 22 коронарные ангиопластики у пациентов с острым коронарным синдромом, 8 (36%) из них

проводились на фоне внутривенного введения ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (Интегрилин, Рео Про). Всем пациента ангиопластика выполнялась без предшествующего насыщения Клопидогреем (Плавикс).

За 2005 г. в ПККБ № 1 было выполнено 127 коронарных ангиопластик со стентированием, из них у 23 пациентов использовалось 3 и более внутрисосудистых протезов (стентов). В группе пациентов с многососудистым стентированием у 7 (30%) пациентов использовалось внутривенное введение ингибиторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов.