

на 2-е и 5-е сутки после операции. При стабильно высоких цифрах (более 10 мг/дл) или при нарастании СРБ риск гнойных послеоперационных осложнений высокий. Неуклонное снижение СРБ может быть весомым аргументом в решении вопроса о досрочной выписке пациента.

Необходимы комплексные исследования на большом клиническом материале для оценки надежности различных прогностических критериев осложнений в колоректальной хирургии. Прогнозирование в современной онкохирургии является эффективным инструментом в организации и управлении лечебным процессом. Разработка доступных и надежных алгоритмов для прогнозирования послеоперационных осложнений позволит индивидуализировать тактику ведения каждого пациента, выявить группу риска развития осложнений, избежать излишних лечебно-диагностических назначений и сократить сроки госпитализации пациентов с благоприятным прогнозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. // Вестник ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2010. – Том 21, приложение 1.
2. Alves A. et al. Postoperative mortality and morbidity in patients undergoing colorectal surgery // Arch. surg. – № 140. – P. 278–283.
3. National nosocomial infections surveillance. System report, data summary 1992–2004 // Am. j. infect. control. – № 32. – P. 470–485.
4. Дунаевский И. В., Гельфонд В. М. Подготовка, обеспечение и послеоперационная терапия больных, оперируемых по поводу колоректального рака // Практическая онкология. – 2005. – Т. 6. № 2. – С. 127–131.
5. Delaney C. P. et al. Fast-track postoperative management protocol for patients with high comorbidity undergoing colorectal surgery // Br. j. surg. – № 88. – P. 1533–1538.

Поступила 12.03.2013

В. С. ГРОШИЛИН, В. К. ШВЕЦОВ, Л. В. УЗУНЯН

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЭНДОРЕКТАЛЬНОЙ ЦИРКУЛЯРНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ

Кафедра хирургических болезней № 2

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. Тел. +7-918-5004229. E-mail: groshilin@yandex.ru

Исследование проведено с целью повышения эффективности хирургического лечения ректоцеле путем разработки и внедрения оригинального способа операции. Предложенный метод направлен на укрепление ректовагинальной перегородки, восстановление ее анатомии и создание удерживающего фасциально-мышечного каркаса. Способ апробирован у 12 больных с ректоцеле II и III степени. Полученные результаты доказывают, что применение разработанной методики, учитывающей основные звенья патогенеза ректоцеле, позволяет достичь стабильных положительных результатов, а также снижает вероятность рецидива заболевания.

Ключевые слова: ректоцеле, циркулярная резекция, леваторопластика.

V. S. GROSHILIN, V. K. SHVETSOV, L. V. UZUNYAN

THE WAYS OF RECTOCELE TREATMENT RESULTS IMPROVEMENT WITH THE USE OF MODIFIED ENDORECTAL CIRCULAR PROCTOPLASTY

Department № 2 the Rostov state medical university surgical diseases, Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevsky str., 29. Tel. +7-918-5004229. E-mail: groshilin@yandex.ru

The research has been carried out with the objective of increasing the efficiency of surgical rectocele treatment by developing and inserting the original way of operation. The chosen method is directed on strengthening the rectovaginal septum, restoring its anatomy and creating a keeping fascial-muscular skeleton. This method has been tested by 12 patients with rectocele II and III degree. The obtained results prove that application of the developed methods considering the basic links of rectocele pathogenesis allows to reach stable results as well as reduces the possibility of rectocele relapse.

Key words: rectocele, a circular resection, levatoroplasty.

Введение

В настоящее время в индустриально развитых странах отмечается стойкая тенденция к росту заболеваемости ректоцеле [1, 2]. По литературным данным, клинически выраженные нарушения эвакуаторной функции прямой кишки у женщин в 56% случаев связаны именно с наличием ректоцеле [1, 3, 6]. Авторы отмеча-

ют, что данная патология в общем пуле встречается у 15–43% женщин, трудно поддается лечению, а результаты хирургической коррекции далеки от оптимальных, причем более 25% оперированных пациенток подвергаются повторным хирургическим вмешательствам по причине неадекватного эффекта либо рецидива заболевания [1, 2, 6, 8].

Из данных литературы следует, что основная роль в патогенезе развития ректоцеле отводится расхождению передних порций мышц леваторов, истончению и перерастяжению ректовагинальной перегородки с формированием дивертикулообразного выпячивания передней стенки прямой кишки [2, 6]. В 66,7% наблюдений рассматриваемая патология возникает у женщин, которые в анамнезе перенесли избыточные физические нагрузки, тяжелые многократные роды, а также роды крупным плодом, что зачастую является пусковым механизмом в развитии рассматриваемой патологии [1, 3, 4, 8].

В последние годы находят всё более широкое применение новые методики оперативного лечения ректоцеле, которые заключаются в использовании аппаратных технологий. Одной из них является слизисто-подслизистая резекция прямой кишки с помощью циркулярного сшивающего аппарата (операция Лонго). Предложенная для лечения геморроя модифицированная операция Лонго нашла применение в том числе у пациенток с сочетанием хронического геморроя и ректоцеле. Это вмешательство позволяет менее травматично по сравнению с другими методами корректировать избыток ткани по передней стенке прямой кишки [2, 7]. Однако изолированное применение только этой методики далеко не всегда обеспечивает стойкий положительный эффект, так как одним из ведущих известных факторов патогенеза является расхождение передних порций леваторов. В связи с вышеизложенным специалистами высказываются предложения [2, 5] дополнять операцию Лонго различными модификациями сфинктеропластики.

Цель исследования – повышение эффективности хирургического лечения ректоцеле путем внедрения разработанной методики, направленной на укрепление ректовагинальной перегородки, восстановление ее анатомии и создание удерживающего фасциально-мышечного каркаса.

Методика исследования

На кафедре хирургических болезней № 2 ГБОУ ВПО РостГМУ нами разработан оригинальный способ операции по устранению ректоцеле с использованием аппаратной механической циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя, дополненной модифицированной методикой передней леваторопластики (заявка на патент РФ, получена приоритетная справка). Способ апробирован у 12 больных с ректоцеле II и III степени в хирургическом отделении клиники ГБОУ ВПО РостГМУ. Средний возраст пациенток составил 51,4 года. В предоперационном периоде все пациентки консультированы урологом, гинекологом. Сроки послеоперационного мониторинга составили не менее 3 месяцев. При контрольных осмотрах, проводимых спустя 1 и 3 месяца после операции, помимо общеклинических методов исследования применялись комплексная аноректальная манометрия, ано- и ректоскопия, эндоректальное УЗИ.

Результаты исследования

Средняя продолжительность оперативного вмешательства разработанным способом не превышала длительности традиционных операций. В послеоперационном периоде применялись антибактериальные препараты, анальгетики, пребиотики, слабительные

средства по общепринятым схемам. В раннем послеоперационном периоде интенсивный болевой синдром, потребовавший назначения наркотических анальгетиков, отмечался у 4 (33,3%) пациенток. Чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации было отмечено у 2 (16,7%) больных. Данные жалобы купированы в течение 10 суток на фоне проводимой комплексной терапии. После хирургического вмешательства у 11 (91,6%) больных не наблюдалось ранее выявленного выпячивания стенки прямой кишки во влагалище, у 1 (8,3%) пациентки, ранее имевшей ректоцеле размером более 7 см, в послеоперационном периоде сохранялись тенезмы. Резистентных к послеоперационной корректирующей терапии эвакуаторных расстройств не отмечено. Сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 7 до 9 суток. Гнойно-воспалительных, геморрагических осложнений не отмечено. При амбулаторном контрольном обследовании спустя 3 месяца после операции рецидива заболевания не отмечено, констатирована компенсация синхронной рефлекторной деятельности запирающего аппарата. Дальнейшее проведение мониторинга оперированных больных рецидивов заболевания и появления новых функциональных расстройств не выявило.

Обсуждение

При использовании разработанного оригинального способа комбинированного хирургического вмешательства у 12 больных с ректоцеле II и III степени неудовлетворительных результатов отмечено не было. Таким образом, первые полученные результаты показали, что применение разработанной методики лечения ректоцеле позволяет:

- получать стабильные функциональные результаты,
- достичь купирования обструктивной дефекации,
- снизить вероятность послеоперационных рецидивов,
- сократить сроки послеоперационного пребывания в стационаре за счет одномоментного выполнения циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижнеампулярного отдела прямой кишки и создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аминев А. М.* Руководство по проктологии. – Куйбышев: книжное изд., 1979. – Т. 4. – С. 388–460.
2. *Воробьев Г. И.* Основы колопроктологии. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2006. – С. 203–209.
3. *Генри М., Свош М.* (ред.). Колопроктология и тазовое дно: Пер. с англ. – М.: «Медицина», 1988. – 459 с.
4. *Грошин В. С., Погосян А. А.* Послеоперационная реабилитация при анальных трещинах // *Врач.* – 2010. – № 11. – С. 47–50.
5. *Кузьминов А. М., Орлова Л. П., Зароднюк И. В., Королик В. Ю., Джанаев Ю. А., Минбаев Ш. Т.* Эндоректальная циркулярная проктопластика в лечении ректоцеле // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии* / Под редакцией академика РАМН В. Т. Ивашкина. – М.: ИД «М-Вести», 2011. – С. 75–81.
6. *Федоров В. Д.* Проктология / В. Д. Федоров, Ю. В. Дульцев // *М.: Медицина*, 1984. – С. 131–136.
7. *Altomare D. F., Rinaldi M. A.* Veglia combined perineal and endorectal repair of rectocele by circular stapler. A novel surgical technique // *Dis. colon rectum.* – 1999. – Vol. 45. № 11. – P. 1549–1551.

8. *Boccasanta P., Venturi M., Calabro G. et al.* Which surgical approach for rectocele? A multicentric report from Italian coloproctologists // *Tech. coloproctol.* – 2001. – Vol. 5. № 3. – P. 149–156.

9. *Gorsch R. W.* Proctologic anatomy. – Baltimore, 1985. – P. 21–23, 35–42.

Поступила 2.02.2013

С. Е. ГУМЕНЮК, А. Ю. СИДЕЛЬНИКОВ

ОЦЕНКА КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ МЕТОДОМ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА

Кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов

Кубанского государственного медицинского университета,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +79181113111. E-mail: profgse@gmail.com

У 107 больных с различными формами синдрома диабетической стопы (ишемическая, нейропатическая, смешанная) проведена оценка эффективности непрямого электрохимического окисления крови с помощью внутривенных инфузий 0,03%-ного раствора гипохлорита натрия в плане коррекции гемореологических расстройств и нарушений в системе гомеостаза.

Функциональное состояние системы гемостаза и КОС изучали непрерывным мониторингом на протяжении всего периода введения препаратов и в сроки до 7 суток.

Установлено, что у всех больных исходные показатели свидетельствовали о наличии выраженного метаболического ацидоза, гипоксии, выраженных гемореологических расстройств.

НЭХО способствует нормализации системы гемокоагуляции и КЦС у больных с синдромом диабетической стопы, улучшению процессов микроциркуляции в ишемизированных тканях. Однако обязательно следует учитывать, что в течение первого часа введения препарата у больных развивается гиперкоагуляционное состояние, требующее в обязательном порядке соответствующей фармакологической коррекции.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы (СДС), непрямо электрохимическое окисление крови (НЭХО), гемостаз, кислотно-основное состояние, гиперкоагуляция.

S. E. GUMENYUK, A. Yu. SIDELNIKOV

ASSESSMENT OF THE ACID-BASE STATUS AND HEMOSTASIS SYSTEM IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME BY THE METHOD OF CONTINUOUS MONITORING

Department of surgery of pediatric and stomatological faculties Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. +79181113111. E-mail: profgse@gmail.com

107 patients with different forms of the syndrome of diabetic foot (coronary, neuropathic, mixed) assessment of effectiveness of indirect electrochemical oxidation of the blood with the help of intravenous infusions of 0,03% solution of sodium hypochlorite in terms of correction hemorheologic disorders and disturbances in the system of homeostasis.

The functional state of hemostasis system and CBS studied continuous monitoring during the whole period of the introduction of drugs and in the period up to 7 days. It is established, that in all patients with baseline indicators showed the presence of expressed metabolic acidosis, hypoxia, expressed hemorheologic disorders.

Indirect electrochemical oxidation of the blood contributes to the normalization of the system hemocoagulation and KHS in patients with diabetic foot syndrome, improvement of microcirculation in ishemizirovannah tissues. However, necessarily should be taken into account that during the first hours of the introduction of the drug, patients develop a hyper koagulyatine condition that requires obligatory appropriate pharmacological correction.

Key words: diabetic foot syndrome (SDS), indirect electrochemical oxidation of the blood, hemostasis, acid-basic state, hypercoagulation.

Введение

Сахарный диабет (СД) – одно из самых распространенных и тяжелых заболеваний [2, 3, 4, 8, 10]. Ранняя инвалидизация, высокая смертность (3-е место после сердечно-сосудистой патологии и злокачественных новообразований) определили его приоритет в национальных системах здравоохранения всех без исключения стран мира, закрепленных Сент-Винсентской декларацией [1, 9].

У больных диабетом риск ампутаций нижних конечностей в 40 раз выше, чем у лиц без признаков СД. По данным Минздрава России, в год в нашей стране производится более 11 000 ампутаций голени по поводу диабетической гангрены. Летальность при ампутациях конечностей у диабетиков составляет 20–30%, а 2-летняя выживаемость пациентов, страдающих сахарным диабетом, после ампутаций конечностей колеблется в пределах 45–50%. Высокий риск ампутаций нижних