

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%).