

женщин, 11 мужчин) в возрасте от 35 до 60 лет с СД 2 типа и абдоминальным ожирением (ИМТ = $36,8 \pm 1,9$ кг/м², ОТ = $102,5 \pm 7,5$ см, ОТ/ОБ = $0,97 \pm 0,06$). Стаж заболевания СД 2 типа от 3 до 10 лет. Уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) составил $6,7 \pm 1,2\%$. Критерии исключения: диабетическая нефропатия 4-5 ст., тяжелая энцефалопатия, пролиферативная ретинопатия, почечная и печеночная недостаточность, хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью. Диагностика МС проводилась по критериям АТР III. С учетом проводимой сахароснижающей терапии были сформированы 3 группы по 10 человек: 1 — больные, принимающие препараты сульфаниламочевин (ПСМ); 2 — получающие комбинацию ПСМ и бигуанидов; 3 — терапию препаратами инсулина среднего или пролонгированного действия и ПСМ. В процессе исследования коррекция сахароснижающей терапии не проводилась. Пациенты в течение 6 месяцев получали орлистат по 120 мг 3 раза в сутки с основными приемами пищи. Критериями эффективности лечения являлись антропометрические показатели (индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), ОТ/ОБ) и лабораторные данные — концентрация глюкозы в капиллярной крови натощак и через 2 часа после приема пищи (глюкозооксида-

ный метод), уровень HbA_{1c} (метод аффинной хроматографии).

Результаты: при проведении антропометрического исследования выявлено, что пациенты 3 группы исходно имели достоверно меньшую степень ожирения (ИМТ = $35,8 \pm 0,6$, $p < 0,05$) по сравнению с больными 2 группы (ИМТ = $38,8 \pm 0,8$). В 1 группе ИМТ = $36,9 \pm 0,7$ и достоверно не отличался от ИМТ 3 группы. ОТ/ОБ не имел достоверных внутригрупповых различий. В процессе лечения у 74,5% больных отмечалось снижение массы тела на $7,3 \pm 1,8$ кг, при этом наибольшее снижение ИМТ (на $3,3 \pm 1,8$ кг/м², $p < 0,001$) наблюдалось во 2 группе пациентов. В других группах данные изменения были статистически недостоверными. Снижение массы тела сопровождалось улучшением показателей углеводного обмена. Во 2 группе исходно уровень гликемии натощак составил $5,3 \pm 0,2$ ммоль/л, а HbA_{1c} — $6,5 \pm 0,4\%$. Через 6 месяцев эти показатели достигли $4,6 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,01$) и $4,6 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$) соответственно.

Выводы: применение орлистата у пациентов с СД 2 типа и МС привело к снижению массы тела, которое сопровождалось улучшением показателей углеводного обмена. При этом максимальный эффект наблюдался в группе пациентов, получающих бигуаниды и ПСМ.

Борушнова О.В. Морозова А.М. Касняцкая Л.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

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

Цель: оценить эффективность мотивационного обучения больных в комплексной терапии ожирения.

Методы: в течение 12 месяцев под наблюдением находились 36 пациентов (31 женщина и 5 мужчин) в возрасте $36,8 \pm 5,6$ лет с индексом массы тела (ИМТ) более 30. Стаж ожирения в среднем составил 18 лет (от 8 до 25 лет). Из исследования были исключены больные с эндокринными формами ожирения, булимией, психическими расстройствами, морбидным ожирением. Все пациенты в течение 7 дней прошли курс обучения в школе ожирения. 1 группу (18 человек) составили больные, которым первоначальный расчет гипокалорийного питания проводился с учетом предварительного проанализированного пищевого дневника, с поэтапным снижением суточного калоража. В данной группе мониторинг проводился ежемесячно. 2 группа (18 человек) — пациенты, которым расчет суточной калорийности был проведен по формуле без учета пищевых привычек и поведенческой коррекции. Мониторинг был проведен однократно, по окончании наблюдения. Оценка эффективности проводилась по антропометрическим (ИМТ, ОТ), поведенческим (опросник DEBQ) критериям и дневнику питания.

Результаты: анкетирование показало, 95% пациентов ранее

предпринимали попытки снижения веса с кратковременным эффектом. Предварительный анализ дневников питания показал, что 85% исследуемых превышали свою норму суточного калоража на 45-50%, при этом потребление жиров составило в среднем 47% от калорийности суточного рациона. В процессе обучения больные были обучены навыкам подсчета калорий, ведения пищевого дневника. К концу наблюдения в 1 группе 54% больных регулярно вели пищевые дневники, 48% — эпизодически. Во 2 группе — 11% периодически вели подсчет калорийности пищи без учета потребляемого жира. Анализ питания через 1 год после обучения показал, что сумели изменить свои пищевые привычки 70% пациентов 1 группы и 12% — 2 группы. В 1 группе к окончанию наблюдения ИМТ снизился с $36,8 \pm 3,8$ до $32,5 \pm 4,6$ ($p < 0,001$), тогда как во 2 группе изменения ИМТ были недостоверными (с $36,6 \pm 3,8$ до $35,7 \pm 4,9$).

Выводы: таким образом, в программе мотивационного обучения больных ожирением ключевым звеном является индивидуальный подход с учетом личностного фактора, системный характер вносимых коррекций с мониторингом на первых этапах снижения веса и формированием медицинской мотивации на длительное лечение.

Брицин В.Д., Ковальчук Л.В., Васильева С.В., Сарванова Э.А., Хлудеева Е.А., Поликутин А.В., Барвинский В.А., Надводский Д.В., Фёдоров И.Г.

КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Многие сердечно-сосудистые заболевания вызывающие структурные или функциональные изменения миокарда заканчиваются Хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Многочисленная армия больных 1-2% общей популяции, не всегда эффективная медикаментозная терапия заставляет искать новые нетрадиционные методы лечения. Одним из новых методов является кардиоресинхронизационная терапия (КРТ), основной целью которой является снижение функционального класса сердечной недостаточности.

Нарушение внутри- и межжелудочкового проведения приводит к десинхронизации работы желудочков, снижению выброса, потери гемодинамического вклада предсердий, митральной регургитации к дальнейшему ремоделированию левого желудочка и тем самым к усугублению ХСН. Расширение на ЭКГ комплекса QRS является маркером десинхронизации работы желудочков сердца. Имплантация бивентрикулярной стимуляционной системы позволяет за счёт электрической коррекции добиться коррекции механической. Координированное сокращение желудоч-

ков снижает давления заклинивания в лёгочной артерии, увеличивает время диастолического наполнения ЛЖ, в результате этого уменьшается конечно-систолический и конечно-диастолический объёмы, повышается ФВ ЛЖ.

Материалы и методы: с марта 2005 года в отделении выполнены имплантации бивентрикулярных кардиостимуляторов INSURE III производства Medtronic двум больным с III ФК СН по NYHA. Прямое наблюдение 2-3 месяца. Больные после операции отметили улучшение самочувствия, уменьшение одышки, увеличение дистанции шестиминутной ходьбы, исчезли отёки на нижних конечностях и уменьшились размеры печени. По данным ЭХО КГ увеличилась ФВ ЛЖ с 19 до 27 % у первого, с 33 до 42 % у второго за счёт уменьшения конечно-систолического и конечно-диастолического объёмов. На ЭКГ отмечалось уменьшение электрической систолы желудочков с 160 мсек до 130 мсек у первого, с 240 мс до 200 мс у второго.

Выводы: представленные данные говорят о высокой эффективности и роли сердечной ресинхронизации в лечении больных с ХСН.

Васильев С.В., Григорян В.В., Комяк К.Н.

ВОЗМОЖНОСТЬ ЦИРКУЛЯРНОЙ АППАРАТНОЙ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

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

Цель: оценка ближайших и отдаленных результатов циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижеампулярного от-

дела прямой кишки в лечении хронического геморроя. Настоящая методика разработана профессором А.Лонго в 1993 году и

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 Уэллса (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 Уэллса 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 Уэллса 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 Уэллса, 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%).