

УДК 616 352: 617 - 089

© Н.В. Макаров, 2012.

НАРУШЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ

Н.В. Макаров*Кафедра хирургических болезней ФПО (зав.кафедрой – проф. В. Н. Старосек), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», г. Симферополь.***THE VIOLATION OF LOCAL HAEMODYNAMICS OF PATIENTS WITH CHRONIC PARAPROCTITIS
N. V. Makarov**

SUMMARY

Chronic paraproctitis is a chronic inflammatory process in the cellulose near to the rectum. A wide range of diagnostic actions does not provide satisfactory results in treating the disease. The number of the disease recurrences makes to 14%. In patients with chronic paraproctitis of the first-degree complexity no microcirculation change is observed as compared to the control group. In mucous and submucous layers of the anal canal at chronic hemorrhoids of the II-IV stage, an increase of blood flow is observed.

**ПОРУШЕННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ПАРАПРОКТИТОМ
М.В. Макаров**

РЕЗЮМЕ

Хронічний парапроктит – це хронічний запальний процес в клітковині, розташованій навколо прямої кишки. Широкий спектр діагностичних заходів не забезпечує задовільні результати лікування захворювання. Кількість рецидивів захворювання складає до 14%. У пацієнтів з хронічним парапроктитом I ступені складності не відзначається зміни мікроциркуляції в порівнянні з контрольною групою. У слизово-підслизовому шарі анального каналу при хронічному геморої II-IV стадії відзначається посилення кровотоку.

Ключевые слова: хронический парапроктит, локальная гемодинамика, нарушение гемодинамики.

Хронический парапроктит – это хронический воспалительный процесс в клетчатке, расположенной вокруг прямой кишки, сопровождающийся формированием патологического хода (свища) [4]. При этом в прямой кишке располагается внутреннее отверстие свища, через которое инфекция, попадая в клетчатку, поддерживает хронический воспалительный процесс. По данным ВОЗ за последние 10 лет на 7,5% возросло общее число лиц, страдающих хроническим парапроктитом, заметна тенденция омоложения данного заболевания. Вопрос о нарушении гемодинамики остается недостаточно изученным и актуальным [1,3].

Существует стандартный алгоритм обследования при хронических парапроктитах, который включает ряд диагностических мероприятий [1]. Диагноз устанавливается на основании анамнеза заболевания, осмотра перианальной области (выявление наружного свищевого отверстия), зондирование свища, прокрашивание с последующей аноскопией для определения локализации внутреннего отверстия и оценки его состояния (диаметр, наличие рубцовых деформаций в области пораженной анальной крипты), ректороманоскопии (для определения внутреннего отверстия при хроническом парапроктите, так и для диагностики конкурирующих заболеваний прямой кишки, вызывающих образование свищей – болезни Крона, неспецифического язвенного колита и

др.), фистулографии для оценки степени сложности свища, его расположения относительно анального сфинктера [2,5]. Для оценки сократительной способности сфинктера применяется сфинктероманометрия, манометрия, электромиография. Также изучается кровоснабжение анального канала [2] методом лазерной флоуметрии, однако данный метод неприменим в большинстве хирургических стационаров по экономическим соображениям.

Широкий спектр диагностических мероприятий не обеспечивает удовлетворительные результаты лечения хронических парапроктитов. Количество рецидивов заболевания составляет до 14% [5], частота анальной инконтиненции достигает 63% [3].

Мы считаем, что данные осложнения являются результатом недостаточной диагностики в предоперационном периоде (не проводится количественная и качественная оценка состояния микроциркуляции в слизисто-подслизистом слое стенки анального канала, в области внутреннего отверстия параректального свища).

Цель работы – оценить показатели микроциркуляции в слизисто-подслизистом слое стенки анального канала при хронических парапроктитах различной степени сложности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе хирургического отделения № 2 Ялтинс-

кой городской больницы в течение 2010-2012 года проведены исследования состояния микроциркуляции в слизисто-подслизистом слое стенки анального канала в области анальных крипт в точках III, VI, VII, IX, XI, XII часов по условному циферблату в литотомическом положении больного.

Выделили 3 группы пациентов (45 человек) в возрасте от 25 до 67 лет. Из них женщин – 18 человек (40%), мужчин – 27 человек (60%). Первая группа (15 человек) включала пациентов с хроническими экстрафинктерными парапроктитами: 7 человек с I степенью сложности, 5 человек – с II степенью, 3 человека – с IV степенью. У всех 15 пациентов внутренним отверстием параректального свища являлась анальная крипта на VI часах. Во вторую группу (15

человек) входили пациенты с хроническим геморроем II-IV степени. Третью (контрольную) группу (15 человек) составили пациенты без патологий со стороны прямой кишки.

Исследование проводилось на аппарате MyLab 20 plus со спектральным доплер-импульсновоновым датчиком PW/(HighPRF). При этом оценивались следующие параметры: скорость кровотока (V, м/с) и индекс резистентности. (RI) – отношение разницы между максимальной систолической и конечной диастолической скоростью к максимальной систолической скорости кровотока.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Показатели скорости кровотока и индекс резистентности в слизисто-подслизистом слое стенки анального канала у больных хроническим парапроктитом

			III ч.	VI ч.	VII ч.	XI ч.
1 группа	I степень сложности, n=7	Скорость кровотока, м/с x10 ⁻²	6,04 ±0,07	5,0 ±0,06	5,98 ±0,09	6,01 ±0,07
		Индекс резистентности	0,728 ±0,0125	0,691 ±0,0125	0,719 ±0,0165	0,741 ±0,033
	II степень сложности, n=5	Скорость кровотока, м/с x10 ⁻²	5,98 ±0,012	3,98 ±0,012 p<0,001	5,89 ±0,016	6,03 ±0,01
		Индекс резистентности	0,74 ±0,0125	0,609±0,01	0,71 ±0,0085	0,74 ±0,0125
	IV степень сложности, n=3	Скорость кровотока, м/с x10 ⁻²	5,96 ±0,017	3,88±0,017	4,88 ±0,017	6,2 ±0,012
		Индекс резистентности	0,742 ±0,0125	0,589 ±0,0125	0,632 ±0,0125	0,71 ±0,0125
2 группа	II стадия, n=6	Скорость кровотока, м/с x10 ⁻²	6,23 ±0,0125	5,09 ±0,033	6,3 ±0,01	6,32 ±0,01
		Индекс резистентности	0,74 ±0,0125	0,698 ±0,01	0,741 ±0,008	0,749 ±0,008
	III стадия, n=5	Скорость кровотока, м/с x10 ⁻²	8,108 ±0,033	5,298 ±0,0125	8,31 ±0,0216	8,211 ±0,017
		Индекс резистентности	0,744 ±0,01	0,71 ±0,0125	0,751 ±0,018	0,751 ±0,008
	IV стадия, n=4	Скорость кровотока, м/с x10 ⁻²	8,41 ±0,08	5,498 ±0,018	8,4 ±0,02	8,298 ±0,018
		Индекс резистентности	0,726 ±0,008	0,72 ±0,01	0,74 ±0,017	0,74 ±0,0125
3 группа	Контрольная группа, n=15	Скорость кровотока, м/с x10 ⁻²	6,01 ±0,017	5,015 ±0,008	6,12 ±0,01	6,051 ±0,033
		Индекс резистентности	0,741 ±0,033	0,701 ±0,125	0,731 ±0,01	0,73 ±0,01

Как видно из таблицы, показатели кровотока у пациентов различных групп значительно различаются.

У пациентов первой группы с I степенью сложности показатели гемодинамики незначительно отличались от контрольной группы.

чаются от аналогичных контрольной группы. У пациентов со II и IV степенью сложности отмечается достоверное снижение скорости кровотока и индекса резистентности. Показатели максимально различны в зоне, соответствующей VI и VII часу. Так, у пациентов на VI часу степени сложности отмечаются следующие показатели: 3,98 и 3,88 м/с, тогда как в контрольной группе – 5,015 м/с; на VII часу – 5,98 и 4,88 м/с; в контрольной группе: 6,12.

У пациентов второй группы с сопутствующим хроническим геморроем отмечается усиление кровотока по сравнению с контролем. Так, у пациентов 3 и 4 стадии отмечается достоверные изменения: в зоне III часа – 8,10 и 8,41, контроль – 6,01; в зоне VII часа – 8,31 и 8,4 м/с; контрольная группа – 5,01; в зоне XI ч – 8,21 и 8,29 м/с; у пациентов контрольной группы: 6,05.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с хроническим парапроктитом I степени сложности не отмечается изменение микроциркуляции по сравнению с контрольной группой, тогда как при параректальных свищах II, IV степени

сложности отмечается достоверное снижение кровотока.

2. Отмечается усиление кровотока в слизисто-подслизистом слое анального канала при хроническом геморрое II-IV стадий в зонах, соответствующих III, VII, XI часам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Лекции по проктологии. М., 1969.
2. Бородкин А.С. Сегментарная проктопластика в лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки, 2006 г. Дис. канд. мед. наук.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – М.: ООО «МИА», 2006.
4. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. М., 1981.
5. Федоров В.Д., Дульцев Ю. В. Проктология. М., 1984.
6. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Белоусова Е.А. Колопроктология. – М.: ИГ «ГЭОТАР-Медиа», 2011.
7. Ан В.К., Ривкин В.Л. Опасности, осложнения и ошибки в проктологии. – М.: 2011.