

Наш первый опыт оперативного лечения геморроя путем трансанальной резекции слизистой по методу А. Лонго показал, что болевой синдром после операции выражен минимально. Значительных кровотечений и каких-либо других интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Метод эффективен при лечении геморроя II, III, IV ст. Экономический эффект, несмотря на достаточно высокую стоимость одноразового аппарата (в среднем 500 долларов США), достигается за счет сокращения послеоперационного койко-дня и временной нетрудоспособности (пациент может приступать к работе на 5 – 7 день после операции). Кроме того, в послеоперационном периоде требуется значительно меньшее количество анальгетиков, по сравнению с традиционной геморроидэктомией.

Проведенными нами исследованиями установлено, что у 65% женщин после 35-40 лет геморрой имеет место на фоне проляпса тазового дна, наиболее часто проявляющимся в виде ректоцеле. Последнее, исходя из механической теории, способствует развитию геморроя в результате сильного нагуживания при дефекации и повышения давления в прямой кишке. Начиная с 1999 г., в нашем центре при сочетании геморроя и проляпса тазового дна производятся сочетанные операции, направленные на укрепление последнего.

Исследования показали, что укрепление мышц тазового дна ведет к нормализации акта дефекации, в результате послеоперационный период после геморроидэктомии или операции Лонго протекает более

гладко, болевой синдром выражен меньше. К тому же больные избавляются от необходимости повторных вмешательств по поводу проляпса.

Таким образом, для достижения хороших, непосредственных и отдаленных, результатов в лечении геморроя, необходимо применение дифференцированной тактики в зависимости от клинического течения и степени выраженности заболевания.

Литература

1. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. – М.: Митра-Пресс, 2002 – 192 с.
2. Основы колопроктологии под ред. Воробьева Г.И. Феникс. Ростов-на-Дону, 2001. – С 78 – 99.
3. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. – М.: Медицина, 1976. – 159 с
4. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология – М.: Медицина, 1984. – 383 с.
5. Cospite M. Double-blind versus placebo evaluation of clinical activity and safety of Daflon 500 in the treatment of acute hemorrhoids (Personal communication). Vienna, Austria, 1992.
6. Godeberge P. Daflon 500 mg is significantly more effective than placebo in treatment of hemorrhoids. Phlebology, 1992; 7(suppl 2): 60 – 63.
7. Godeberge P., Conton I.F. Atlas of hemorrhoids. – Paris: Labor. Surv., 1997. – 112 p.
8. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with circular suturing device. a new procedure. 6th World Congress of Endoscopic Surgery. Rome, 1998. P. 777 – 784.

РОЛЬ МЕСТНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЛАГАЛИЩЕ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Федоров Г.И.

Региональный колопроктологический центр, г.Белгород

Лечение больных с опущением передней стенки влагалища является сложной проблемой, связанной со значительной час-

тотой развития послеоперационных осложнений, обусловленных высокой бактериальной обсемененностью влагалища, труд-

ностями адекватной подготовки его к операции и создания оптимальных условий для заживления ран в послеоперационном периоде у женщин в перименопаузе. Это в значительной мере связано с недостатком эстрогенов, что приводит к развитию атрофического вагинита, характеризующегося истончением слизистой влагалища, прекращением пролиферативных процессов во влагалищном эпителии, уменьшением продукции гликогена эпителиальными клетками и снижением или полным исчезновением лактобацилл, увеличением влагалищного pH [1, 2, 3].

В Белгородском региональном колопроктологическом центре за период с 2000 г. по 2003 г. прооперированно 60 больных (передняя кольпорафия с пластикой уретры по Келли, задняя кольпорафия с передней леваторопластикой), в комплексном лечении которых использованы вагинальные свечи «Овестин» фирмы Шеринг, содержащие эстриол. Свечи назначали ежедневно один раз в течение двух недель до операции и два раза в неделю после операции в дополнение к традиционной местной противовоспалительной терапии (спринцевания влагалища растворами антисептиков, введение тампонов с многокомпонентными мазями на гидрофильной основе).

Материалы обработаны статистически в сравнении с результатами в контрольной группе, которую составили 20 больных, в лечении которых использованы только антисептические препараты.

Клинические критерии течения раневого процесса убедительно свидетельствуют о преимуществах комплексного использования антибактериальной и гормональной терапии. У этой группы больных реже отмечался отек, гиперемия и инфильтрация краев раны, был меньше выражен болевой синдром.

Анализ данных проводимых в динамике бактериологических исследований показал, что раны у обеих групп больных, начиная с 3 – 4 суток послеоперационного периода, практически всегда бактериально

загрязнены. Результаты сравнительной количественной оценки микробной обсеменности ран в процессе местного лечения свидетельствуют, что этот показатель у больных основной группы имеет более выраженную положительную динамику по срокам наблюдения. Ни у одной больной основной группы не отмечено признаков нагноения раны, назначения антибиотиков им не потребовалось. В контрольной группе нагноение ран отмечено у 2-х больных (10%). Все больные контрольной группы получали к тому же общую антибактериальную терапию.

Анализ данных цитограмм соскобов со стенок ран по срокам наблюдения показал признаки более ранней и активной регенерации у больных основной группы. У них на 1-2 дня раньше уменьшалась выраженность гранулоцитарной реакции и появлялись эпителиальные клетки, профибробласты и фибробласты. У больных контрольной группы отмечалась сравнительная задержка фаз клеточной реакции.

Таким образом, применение местной заместительной гормонотерапии эстрогенами в перименопаузе у больных для предоперационной подготовки и после операций на влагалище в комбинации с местной противовоспалительной терапией способствует профилактике раневой инфекции, улучшению процессов регенерации и сокращению сроков лечения. Так, срок лечения в стационаре у больных основной группы сократился на 2,9 дня, а общей нетрудоспособности – на 7,5 дня.

Литература

1. Campbell S., Whitehead M.L. Oestrogen therapy and menopausal syndrome. Clin. Obstet. Gynaecol. 1997; 4: 31-47.
2. Daly E., Roche M., Barlow D. et al. HRT: an analysis of benefits, risks and costs. Br. Med. Bull. 1992; 48: 368-400.
3. Weinstein M.C., Schiff I. Cost-effectiveness of hormone replacement therapy in menopause. Review. Obstet. Gynecol. Surv. 1983; 38: 445-455.