

торного тракта у больных с различным эффектом лечения // Иммунология. -1994.- №5. -с. 27-30.

6. Потапова С.Г., Хрустников В.С., Демидов Н.В., Кузнец Г.И. Изучение поглотительной способности нейтрофилов с использованием инертных частиц латекса. // Проблемы гематологии. -1997. -№9. -с. 58-59.

7. Применение бронховаксола в лечении больных хроническим обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой. Е.И. Шмелев, Л.В. Соколова, Г.А. Космидиади. // Проблемы туберкулеза. -1995. -№3. -с. 37-41.

8. Хаитов Р.М., Борисова А.М., Хорошилова Н.В. Применение рибосомального препарата рибомунила для коррекции иммунной системы у больных бронхитом. // Иммунология. -1994. -№1 -с.36-43.

9. Abramowich M. Handbook of Antimicrobial Therapy New Rochelle/ Medical letter Inc. N.Y., 1981.

10. Michel F.V. Evaluation trial of respiratory bacterial profilaxis by ribosomal vaccine // Drugs and Diseases. - 1987. - V.2. - N3. -P.55-69.

11. Mancini P., Carbonare A., Henemans S. Immunochemical quantation of antigens by single radial diffusion // Immunochemistry. - 1965. - V.2- P.235.

The immunotropic therapy of the patient with of bronchial asthma.

Kuznetcova L.V., Osipova L.S., Nazar O.V., Kravthenko E.V., Jgnatova A.V.

Kiev medical academy of post-graduate education.

The immunotropic therapy summary of the patient with of bronchial asthma have been conducted.

The conclusion is that the complex therapy including immunostimulations bronchial asthma has in normalization of the immunocompetent cell and has not accompanied by the complications and negative effects.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В.

Региональный колопроктологический центр, г.Белгород

Геморрой – одно из наиболее частых заболеваний человека. Его распространенность достигает 118-120 случаев на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34% до 41% [1, 3, 4, 7]. На сегодняшний день существует две основные теории патогенеза геморроя, которые не являются взаимоисключающими [2, 3, 7]. Согласно сосудистой теории, геморрой возникает в результате повышения давления в венозных сплетениях прямой кишки и их последующего расширения. Согласно механической теории, с возрастом происходит растяжение мышечных и соединительнотканых структур, фиксирующих подслизистые венозные сплетения. Развитию заболевания способствует повышение давления в прямой кишке при натуживании.

Согласно международной классификации выделяют 4 стадии геморроя.

I стадия - геморроидальные узлы видны только при аноскопии. Они не выпадают.

II стадия – геморроидальные узлы выпадают только при натуживании и вправляются самостоятельно.

III стадия – геморроидальные узлы выпадают при натуживании, вправляются только ручным пособием.

IV стадия – геморроидальные узлы выпадают в покое и не вправляются.

Течение заболевания бывает не только хроническим, но и острым, проявляющемся тромбозом наружных и внутренних узлов. При остром геморрое и начальных стадиях хронического геморроя показано консервативное лечение, которое складывается из местного и общего. Основным условием успешного лечения является ре-

гуляция консистенции кишечного содержимого и его транзита по толстой кишке. С этой целью назначаются ферментные препараты, средства, влияющие на флору и перистальтику кишечника, гидрофильные коллоиды, или, как их еще называют, пищевые волокна, на фоне регулярного потребления жидкости. В качестве их источника в нашей стране традиционно применяют отруби пшеничные, морскую капусту и льняное семя в их природном виде или в форме фармакологических препаратов. За рубежом чаще применяют семена и шелуху подорожника и льняное семя в виде таких препаратов, как агиолакс, фиберлакс, нутриклинз и т.д., обладающих высокой вододерживающей способностью.

Местное лечение направлено на ликвидацию болевого синдрома, тромбоза или воспаления геморроидальных узлов, а также кровотечения. Основой общего лечения является применение флеботропных препаратов, влияющих на повышение тонуса вен, улучшение микроциркуляции в кавернозных тельцах и нормализацию в них кровотока. В эту группу входит много препаратов, но, по мнению многих авторов [5, 6], наиболее действенным в этой группе является Детралекс. Лечение этим препаратом проведено 120 пациентам с острым геморроем. Болевой синдром уменьшился у 83% больных этой группы. Выпадение узлов уменьшилось у 81% человек, а кровоточивость геморроидальных узлов - у 91%. В этой же группе почти в 2 раза отмечено уменьшение частоты и количества приема ненаркотических анальгетиков. У 98% пролеченных пациентов после проведения подобного лечения отмечено стихание воспалительных явлений, а частота ежегодных обострений уменьшилась в 2,2 раза. Лечение этим препаратом позволяет более чем в 2 раза уменьшить продолжительность обострений и в 1,5 раза снизить среднюю тяжесть обострения, по сравнению с группой больных, не принимавших его.

Болевой синдром при геморрое чаще связан с ущемлением тромбированного геморроидального узла или возникновением острой анальной трещины. Поэтому для устранения болевого синдрома показано применение ненаркотических анальгетиков и местных комбинированных обезболи-

вающих препаратов. Для местной терапии геморроя мы применяем такие препараты, как ауробин, ультрапрокт, проктогливенол и др. Из этой группы выделяется своей эффективностью новый препарат нефлюан, содержащий высокую концентрацию лидокаина и неомидина.

Тромбоз геморроидальных узлов является показанием к применению антикоагулянтов местного действия. К этой группе препаратов относятся гепариновая и троксевазиновая мази, амбенат, гепатромбин Г. При осложнении тромбоза геморроидальных узлов воспалением с переходом на подкожную клетчатку и перианальную область указанные препараты применяются в сочетании с водорастворимыми мазями, обладающими мощным противовоспалительным действием. К ним относятся левосин, левомеколь, мафинида ацетат и др.

Кровотечение является одним из основных симптомов геморроя. Непрерывающееся кровотечение в течение 1 ч является признаком острого процесса. Для его устранения можно применять свечи, содержащие адреналин. Помимо этого применяются такие местные гемостатические материалы, как адроксон, берипласт, тахикомб, спонгостан, состоящие из фибриногена и тромбина. При введении в анальный канал они рассасываются, образуя фибриновую пленку.

В последние годы все большее распространение получают так называемые малоинвазивные способы лечения геморроя. К ним относятся склеротерапия, инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов, лигирование латексными кольцами, электрокоагуляция и др. В нашем центре в качестве малоинвазивной методики используется биполярная диатермия электронным аппаратом WD-II, изготовленным китайской фирмой "Интер-ВЭЙДА". Методика лечения заключается в следующем. После выведения геморроидального узла в скошенную часть аноскопа, в основание узла на глубину 3-4 мм вводится биполярный электрод. Для лечения используется электрический ток силой до 20 мА при напряжении 36 В. Так как воздействие происходит в зоне выше зубчатой линии, то

манипуляция протекает без болевых ощущений.

Вследствие диатермии происходит сморщивание узлов, уменьшение их размеров, что позволяет считать метод патогенетически обоснованным.

С 1996 по настоящее время биполярная диатермия использована для амбулаторного лечения геморроя I-II ст. у 250 больных.

Больным с I ст. геморроя в основном производилась одномоментная коагуляция 3-х геморроидальных узлов, больным со II ст. – в 2-3 этапа с перерывами в 2-3 дня.

Все процедуры, проведенные амбулаторно, не повлекли за собой потери трудоспособности и ограничений в режиме.

Осмотры проводились через 10, 30 дней и спустя 3 мес. после лечения. Повторная коагуляция потребовалась 10 больным с I ст. заболевания и 44 больным со II ст., причем лишь 8 больным со II ст. в дальнейшем потребовалось оперативное лечение.

Таким образом, при правильно установленных показаниях диатермокоагуляция внутренних геморроидальных узлов позволила получить положительный результат у 96,8% больных.

В настоящее время в нашей стране и за рубежом при III-IV ст. геморроя большинство колопроктологов выполняет операцию, направленную на иссечение 3-х геморроидальных узлов. Эта операция, предложенная Миллиганом и Морганом в 1934 г., продолжает модифицироваться до настоящего времени, однако ни одна из модификаций не является идеальной. Выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде и длительное заживление ран перианальной области заставляет хирургов всего мира искать новые подходы и применять современные технологии в оперативном лечении геморроя.

В последнее время в зарубежной литературе широко рекламируется геморроидэктомия с использованием электроножа, CO₂ и YAG-лазеров. Электронож и YAG-лазеры обладают высокой коагулирующей способностью, но вызывают значительное, до нескольких миллиметров термическое поражение окружающих тканей. CO₂-лазеры меньше повреждают окружающие ткани, но обла-

дают недостаточным гемостатическим эффектом.

При работе Гармоническим скальпелем рассечение тканей происходит при относительно более низкой температуре 80°C, что уменьшает повреждение окружающих тканей (< 1,5 мм). Гармонический скальпель рассекает ткани, используя высокочастотную ультразвуковую энергию. Просвет сосудов при этом облитерируется денатурированным белком.

В Белгородском региональном колопроктологическом центре 15 больным произведена геморроидэктомия с использованием Гармонического скальпеля. Операция выполнялась по методу Миллигана-Моргана с оставлением ран открытыми. Исследования показали, что местный болевой синдром был выражен меньше и купировался, в среднем, на 2-3 суток быстрее, сравнительно реже отмечался отек перианальной области, отсутствовали кровянистые выделения из заднего прохода при дефекации. У всех больных раны зажили с образованием тонкого эластичного послеоперационного рубца. Течение раневого процесса контролировали цитологически. У больных этой группы отмечалась менее выраженная воспалительная реакция и более ранняя регенерация.

В 1993 г. итальянский хирург А. Лонго на основании механической теории предложил принципиально новый метод хирургического лечения геморроя, который заключается в удалении циркулярного участка слизистоподслизистого слоя прямой кишки, расположенного выше зубчатой линии и ушивании дефекта “конец в конец” [8]. В результате геморроидальные узлы не удаляются. Вследствие иссечения циркулярной полоски слизистой создаются такие условия, при которых кровоснабжение узлов уменьшается, что приводит к их постепенному запустеванию и замещению соединительной тканью. Для того чтобы все манипуляции проделывались надежно, легко и быстро, компания “Этикон Эндохирургия” разработала одноразовый набор “PPH01”, основу которого составляет циркулярный степплер. В настоящее время этот метод широко применяется в Европе. Нами по методу Лонго произведено 15 операций.

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-