

применения предложенного способа ещё раз подтверждает целесообразность его применения при лечении данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин Ю.В., Кикория Н.Г. Профилактика и лечение послеожоговых и послеоперационных рубцов//Анналы пластической, эстетической и реконструктивной хирургии, 2004, №4, С.35-36
2. Вялов С.Л., Пшениснов К.П., Куиндоз П., Монтандон Д., Питте Б. Современные представления о регуляции процесса заживления ран (обзор литературы).//Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии 1999, №1 С. 49-55
3. Козлов В.А., Мушковская С.С., Коновальская С.Б. Лечение келоидных рубцов/«Пластическая хирургия и эстетическая дерматология», Ярославль, 2003г, С. 94-95
4. Пржедецкий Ю.В., Позднякова В.В., Розенко Л.Я. Комплексный подход к лечению келоидных рубцов/«Пластическая хирургия и эстетическая дерматология», Ярославль, 2003г, С. 93-94
5. Alster T.S., West T.B. Treatment of scars: a review // Ann. Plast. Surg.-1997.- Vol. 39, N4 P. 418-432
6. Suetake T.; Sasai S.; Zhen Y.X.; Ohi T.; Tagami H.
Functional analyses of the stratum corneum in scars. Sequential studies after injury and comparison among keloids, hypertrophic scars, and atrophic scars
Arch Dermatol, Dec 1996; 132: 1453 - 1458

Хулоса

ТАКМИЛИ МУОЛАЧАИ СКАРҲОИ КЕЛОИДӢ

К.М. Мухамадиева, К.П. Ортиқов, М.С. Саидов

Дар мақола иттилоот оид ба усули муштараки илочи скарҳои келоидӣ бо истифодабарии буриши ҷарроҳӣ ва тазриқи дохилискарӣ доруи «Кеналог» оварда шудааст. Баҳодиҳии натиҷаҳои дуртарин нишон дод, ки баъди 12 моҳи истифодабарии усули пешниҳодшуда дар 88%-и мавридҳо натоиҷи аъло, дар муқобили 4%-и баъди танҳо амали ҷарроҳӣ ва 23,3%-и пас аз табобат бо як дору (монотерапия) ба даст оварда шудааст.

Summary

THE IMPROVEMENT OF THERAPY OF KELOIDS

K.M. Mukhamadieva, K.P. Artykov, M.S. Saidov

In the article the information about the application of new complex method under treatment of keloids with the use of surgical excision and intracarticale introduction of kenalog was represented. The estimation of remout results of treatment showed that other 12 months after the use of introduced method in 88% excellent results against 4% of such results after surgical therapy and 23,3% after the monotherapy as intracarticale introduction of kenalog was registered.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННОГО ГЕМОРОЯ

Д.К. Мухаббатов, К.М. Курбонов, Ф.Х. Нозимов

Кафедра хирургических болезней № 1

Введение. В колопроктологии оперативные вмешательства при осложнённом геморое остаются одними из наиболее часто выполняемых [2]. Актуальность проблемы лечения осложнённого гемороя обусловлена широким распространением заболевания с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста (3-10% мужского трудоспособного населения), довольно высока вероятность рецидивов заболевания и их осложнений. При неосложнённом геморое современные консервативные методы лечения показали свою состоятельность [4].

В настоящее время в хирургическом лечении осложнённого гемороя основополагающим принципом является иссечение геморoidalных узлов, расположенных в 3,7,11 часах, и несмотря на большое количество модификаций геморойдэктомии, вышеуказанные принципы остаются неизменными[1].

Общепризнанные недостатки открытых способов геморойдэктомии – осложнения интраоперационные (кровотечение, повреждение сфинктера), непосредственные (нагноение послеоперационной раны) и отдалённые (свищи, сужения ануса, недостаточность анального жома, трещины и т.д.), которые ведут к потере трудоспособности, и длительной реабилитации, и требуют поиска новых альтернативных методов геморойдэктомии.

В последние десятилетия широкую популярность в хирургии гемороя и его осложнений получила методика закрытой геморойдэктомии, при которой частота ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений значительно меньше по сравнению с открытыми методами [5]. Немаловажное значение имеет выполнение подслизистой геморойдэктомии по типу пластической операции [7]. Данная методика позволяет без деформации полностью восстановить слизистую оболочку анального канала и укрыть культю геморoidalного узла. Однако, эта операция сопровождается значительной кровоточивостью тканей и нередко требует применения дорогостоящей аппаратуры.

Также всё большее распространение в хирургии гемороя получают малотравматичные щадящие хирургические вмешательства с использованием новейших технологий[6].

Но несмотря на это, до настоящего времени вопросы хирургического лечения гемороя и его осложнений не решены до конца и требуют глубокого и всестороннего анализа.

Цель исследования – улучшение непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения осложнённого гемороя, путём разработки современной лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. За период 2002-2008гг. нами накоплен опыт комплексной диагностики и хирургического лечения гемороя и его осложнений у 860 больных. При этом мужчин было 560 человек (65,1%), женщин -300 (34,9%). У - 718 (83,5%) больных имел место хронический геморой, у 142 (16,5%) –острый.

Для диагностики гемороя и его осложнений, а также выбора хирургической тактики и адекватного способа оперативного вмешательства в клинике использована усовершенствованная клинко-морфологическая классификация заболевания (табл. 1).

Для диагностики гемороя и его осложнений больным проводили клинко-лабораторные и биохимические методы исследования, а также инструментальные, включающие в себя аноскопию, ректороманоскопию и УЗИ с доплерографией.

Результаты и их обсуждение. Из 142 больных с острым гемороем у 82 (57,8%) имел место острый тромбоз геморoidalных узлов, а у 60 (42,2%) пациентов - острое геморoidalное кровотечение различной степени тяжести.

При остром тромбозе геморoidalных узлов I-II степени 34 пациентам (24%) выполнили неотложную геморойдэктомию по методике А.М. Коплатадзе [3].

В послеоперационном периоде гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 8 пациентов (5,6%). У 48 пациентов с острым тромбозом геморoidalных узлов III-IV степени лечение начали с консервативных методов. Эффективно использовали микроионизированный флавоноид – детралекс, а для местного лечения такие препараты как постеризан, релиф адвенс и амбенат. После стихания воспалительного процесса и лизиса тромбов 32 больных были оперированы в плановом порядке, а 16 пациентов отказались от оперативного вмешательства.

Таблица 1

Клинико-морфологическая классификация гемороя

По локализации узлов	Стадии заболевания	Клинические формы заболевания			Осложнения
		Острый геморoidalный тромбоз	Острые геморoidalные кровотечения	Хронический геморой	
Внутренний геморой	1-я стадия	Умеренно увеличенные, болезненные, тромбированные, геморoidalные узлы без признаков воспаления, имеется чёткая дифференциация узлов, перианальный отёк отсутствует. Изменения слизистой оболочки ДОПК ограничены (локальное) в пределах узла.	Бледность кожных покровов, аррозирование одного геморoidalного узла. Нв-90-100мг% Э-3,8млн, ОЦК 800мл - 10 %, P-90-80ударов в 1мин, А/Д - нормальное	Выделение алой крови, без выпадения геморoidalных узлов. Мышечно-связочный аппарат (каркас) прямой кишки в стадии компенсации	Анемия Анальный зуд Трещина анального канала Хронический
	2-я стадия	Увеличенные в размерах, плотные, резко болезненные, тромбированные геморoidalные узлы, красновато-багрового или синюшного цвета с перианальным отёком. Изменения слизистой оболочки ДОПК не ограничены и переходят в перигеморoidalную зону.	Бледность кожных покровов, наличие 2-х аррозированных геморoidalных узлов. Нв-80-90мг%, Э-2,6-3,2млн., ОЦК 1000мл - 15%, P-110-100ударов в 1мин, А/Д -90/60мм.рт.ст.	Выпадение геморoidalных узлов с самостоятельным их вправлением в анальный канал. Мышечно-связочный аппарат (каркас) прямой кишки в стадии субкомпенсации	
Наружный геморой	3-я стадия	Значительно увеличенные, резко болезненные, недифференцированные геморoidalные узлы, с выраженным перианальным отёком и воспалением. Изменения слизистой оболочки ДОПК имеют распространённый характер, местами в подслизистой слой.	Бледность кожных покровов и склеры, наличие 3-х аррозированных геморoidalных узлов. Нв-70-80мг%, Э-2,0млн., ОЦК 1200мл - 18 %, P-120-130ударов в 1мин, А/Д -80/60мм.рт.ст.	Периодические выпадения геморoidalных узлов из анального канала с их ручным вправлением. Мышечно-связочный аппарат (каркас) прямой кишки в стадии декомпенсации А. Функциональная несостоятельность внутреннего сфинктера.	парапроктит НАС Сужения ануса
	4-я стадия	Значительно увеличенные, резко болезненные, тромбированные, недифференцированные геморoidalные узлы, с выраженным отёком перианальной области, некрозом и нагноения. Изменения охватывает все слои ДОПК с переходом в анальные сфинктеры.	Бледность кожных покровов и склеры, наличие 3-х аррозированных геморoidalных узлов. Нв-70-80мг%, Э-2,0млн., ОЦК1500мл-25%, P-120-130ударов в 1мин, А\Д -80\60мм.рт.ст.	Постоянные выпадения геморoidalных узлов вместе со слизистой прямой кишки. Невозможность их вправления в анальный канал ручным способом. Мышечно-связочный аппарат (каркас) прямой кишки в стадии декомпенсации Б. Функциональная несостоятельность внутреннего и наружного сфинктеров прямой кишки.	
Комбинированный геморой					

Острое геморoidalное кровотечение является одним из частых проявлений этого заболевания. У 22 пациентов (15,5%) непрекращающееся в течение 3-4 часов кровотечение I-II степени являлось показанием к неотложной геморойдэктомии, которую во всех случаях

выполняли закрытым способом. Лишь у 3 больных наблюдались гнойно-воспалительные осложнения раны. Для ликвидации острого геморроидального кровотечения I-II степени 32 больным (22,5%) эффективно использовали свечи, содержащие адреналин, и различные местные гемостатические материалы в виде пластинчатой губки, такие как адроксон спонгастон. В 6 случаях для остановки острого геморроидального кровотечения эффективными оказались пластины Тахо-Комба; эти больные после достижения адекватного гемостаза были оперированы в плановом порядке.

При хроническом геморрое больным выполняли самые различные варианты оперативных вмешательств (см. табл. 2).

Выбор метода хирургического лечения геморроя прежде всего зависит от стадии и выраженности симптоматики.

При хроническом геморрое наиболее часто выполняли закрытую методику геморроидэктомии в различных её модификациях. При хроническом геморрое III-IV степени 382 из 508 больных выполняли закрытую геморроидэктомию с удалением трёх основных коллекторов кавернозной ткани с восстановлением слизистой оболочки анального канала.

Таблица 2

Характер проводимых оперативных вмешательств при геморрое и его осложнениях

Характер оперативных вмешательств	Характер заболевания		Хронический геморрой	Всего	
	Острый геморрой			Абс.	в %
	Неотложные операции	Плановые операции			
Открытая геморроидэктомия	10	14	103	117	14,0
Закрытая геморроидэктомия	29	39	508	576	69,1
Подслизистая геморроидэктомия	17	17	107	141	16,9
Всего:	56	70	718	834	100

В 126 случаях больным выполняли геморроидэктомию с восстановлением слизистой и коррекцию мышечно-связочного аппарата прямой кишки. В послеоперационном периоде гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 31 (6,1%) больных, болевой синдром имел место у 67(13,2%), рефлексорная задержка мочи - у 39(7,6%) и кровотечение из раны анального канала - у 13 (2,5%) больных.

Открытую методику геморроидэктомии выполняли 103 больным (14,3%) с геморроем II-III степени в сочетании с хронической анальной трещиной и свищем прямой кишки. Следует отметить, что 57 больным (7,9%) операцию дополнили вынужденной подкожной сфинктеротомией при наличии у больных анальной трещины (37) и хронического парапроктита (20). Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 8 больных (7,9%), у 9% больных имела место рефлексорная задержка мочи, у 6% пациентов - кровотечение из раны анального канала и у 14% больных послеоперационные боли носили тупой характер.

При внутренних геморроидальных узлах II-III степени 107 больным (14,9%) выполняли подслизистую геморроидэктомию по A.Parks. После подслизистой геморроидэктомии гнойно-воспалительные осложнения имело место у 5 % пациентов, у 4%– наблюдалось кровотечение из подслизистого слоя анального канала, у 3 %больных - рефлекторная задержка мочи.

Динамическое изучение процесса заживления раны после различных вариантов геморроидэктомии показало, что средняя длительность эпителизации ран после закрытой геморроидэктомии составила $13,6 \pm 0,3$ дня, а после подслизистой - $12,8 \pm 0,5$ дня ($P < 0,05$). Срок полной эпителизации после операции по открытой методике был почти в 2,5 раза больше по сравнению с предыдущими группами и составил в среднем $29.7 \pm 1,5$ дней ($P < 0,01$).

Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения гемороя в зависимости от выраженности клинической семиотики, стадии заболевания, сопутствующих заболеваний анального канала и морфофункциональных изменений в дистальном отделе прямой кишки, позволяет в значительной степени улучшить результаты лечения этого контингента больных.

Выводы

1. При хроническом геморое III-IV степени без сопутствующих заболеваний анального канала, операцией выбора является закрытая геморроидэктомия, а при недостаточности мышечно-связочного аппарата прямой кишки необходимо проводить коррекцию выявленных нарушений.

2. При хроническом геморое II и III степени, сочетающимся с анальной трещиной, а также при наличии острого тромбоза геморроидальных узлов I-II степени целесообразно выполнение подслизистой геморроидэктомии

3. Открытую геморроидэктомию целесообразно выполнять при геморое III-IV степени, сочетающимся с анальной трещиной и хроническим парапроктитом.

Литература

1. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения гемороя. Автореф. докт. дисс. М., 1999

2. Воробьёв Г.И. Основы колопроктологии. МИА, Москва, 2006

3. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., Камалов М.А. Показания и сроки проведения геморроидэктомии у больных с острым тромбозом геморроидальных узлов. Хирургия. 1989, №2, С.148-152

4. Простаков Е.А., Беденко В.Е., Крючко А.А. Комплексный подход к лечению острого гемороя. Сборник статей «Проблемы колопроктологии», №19», 2006, С.197-201

5. Фёдоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М, Медицина, 1984

6. Longo A. Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. 6 th World Congress of Endoscopic Surgery, Rome, 1998, - p. 777-784

7. Sohn N, Aronoff J.S, Cohen F.S., Weinstein M.A. Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy. Am. J. Surg.-2001.-182.-515-519

Хулоса

ЧАНБАҲОИ МУОСИРИ МУОЛАЦАИ ЧАРРОҲИИ БАВОСИРИ ОРИЗШУДА

Д.К. Муҳаббатов, К.М. Курбонов, Ф.Х. Нозимов

Ташхиси маҷмӯӣ ва илочи чарроҳии 860 нафар беморони гирифтори бавосир ва оризаҳои он гузаронидашуда нишон дод, ки на танҳо марҳала ва оқибатҳои нохуши беморӣ, мавҷудияти бемориҳои ҳамрадиф дар маҷрои маҷбад муайян карда шаванд, балки тағйироти сохтору вазоифии қисми ниҳоии рӯдаи ростро низ, бояд муайян намуд.

Таснифи таҳияи сарирӣ ва сохторшиносии (морфологии) мукаммали бавосир барои муносибати дифференсиалӣ ва интиҳоби усули амалиёти чарроҳӣ вобаста аз ихтилолоти муайяншуда, ба беҳтар шудани натоиҷи муолаҷаи чарроҳӣ ва барқарорсозии ин беморон мусоидат менамояд.

Summary

CONTEMPORARY ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED HAEMORRHOIDS

D.K. Muhabbatov, K.M. Kurbonov, F.H. Nozimov

Complex diagnostics and surgical treatment of 600 patients with haemorrhoids and its complications show that it is necessary to put not only stages and concomitant diseases of anal channel, but also morphological clinical alterations at distal part of rectum. Working out classification of haemorrhoids has role for differential approach to choice of operation method in dependence from observed infractions that allows to improve results of surgical treatment and rehabilitation of the patients.



СТРУКТУРА КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.Р. Достиев, Д.М. Курбанов, А.Х. Файзуллаев,

Б.Ш. Джумабоев, Д.А. Мусоев

Кафедра общей хирургии № 1

Актуальность. Анализ контингента госпитализированных больных с патологиями толстой кишки позволяет спланировать и организовать стационарную проктологическую медицинскую помощь населению, следить за динамикой патологии, а также в определённой степени даёт представление о распространённости заболеваний, требующих обязательной госпитализации (3,4). Однако данные разных авторов различаются между собой, так как на состав госпитализированных больных влияют многие факторы, в том числе, уровень специализации отделений (1-3,5).

Цель исследования. Определить частоту и особенности проявления полипов толстой кишки у пациентов проктологического лечебного учреждения.

Материалы и методы исследования. Для уточнения ряда организационно-тактических задач, позволяющих обеспечить оптимальный режим специализированной помощи, нами был изучен контингент госпитализированных пациентов с болезнями колопроктологического профиля по материалам Городской клинической больницы №5 г. Душанбе. Особенностью настоящего исследования явилось комплексное изучение документации с целью выяснения структуры госпитализированной заболеваемости.