

В последнее время в связи с развитием новых технологий в медицинской промышленности и созданием новых препаратов все большее распространение получают так называемые малоинвазивные способы лечения геморроя, вполне пригодные для применения в амбулаторных условиях. К ним относятся склеротерапия, инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов, лигирование латексными кольцами, электрокоагуляция и др.

На базе Городской клинической больницы № 1 г. Читы наиболее популярным малоинвазивным способом лечения геморроя на ранних стадиях является лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами. Этот вид лечения также с успехом применяется при III и изредка при IV стадии заболевания после вправления геморроидальных узлов.

Методика: через аноскоп с осветителем при помощи вакуумного или механического лигатора набрасывают латексное кольцо на внутренний геморроидальный узел, который отторгается вместе с латексной лигатурой на 7–9 день. На месте отторжения геморроидального узла формируется его культя, покрытая соединительной тканью. Иногда лечение приходится проводить в несколько сеансов. Это занимает 3–4 недели.

Для снижения риска осложнений и устранения неприятных ощущений перед вмешательством больным рекомендуется выполнять небольшую очистительную клизму, а после лигирования в течение 2–3 суток принимать анальгетики.

Среди осложнений лигирования латексными кольцами следует отметить небольшие болевые ощущения. Правильно выбранные показания для лигирования внутренних геморроидальных узлов позволяют избежать геморроидэктомии примерно у 80 % больных.

В прошлом одним из недостатков метода была необходимость участия ассистента. Совершенствование лигатора (вакуумный лигатор), которое позволило всасывать геморроидальный узел в рабочую часть, сделало возможным выполнение вмешательства одним врачом.

В период 2003–2006 гг. лечение латексными кольцами было применено 164 пациентам — 9,3 % от общего количества пациентов, заболевших геморроем. Таким образом, выбор метода лечения геморроя в зависимости от его стадии и выраженности симптоматики, применение консервативной терапии, малоинвазивных методов как в самостоятельном исполнении, так и в комбинации друг с другом или с хирургическими способами позволяет достичь хороших результатов у 88,9 % пациентов.

А.В. Гурулев, В.И. Осипов, И.Ю. Кокотов, Д.Г. Болотова, А.В. Дрокова

СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Применение склерозирующих препаратов в лечении геморроя имеет достаточно давнюю историю. В России склерозирующее лечение геморроя применял И.И. Карпинский еще в XIX веке (1870), а за рубежом на 16 лет позже подобную методику впервые применил К. Bladwood в 1886 году (Bensaude A., 1973).

Болезненность инъекций и возможность осложнений, по-видимому, были причиной того, что в нашей стране инъекционный метод лечения геморроя почти не получил распространения. Особенно отрицательное мнение сложилось об инъекции препаратов, содержащих карболовую кислоту. Однако в последние годы этот метод возобновлен и снова пропагандируется.

С 1960 года инъекционный метод лечения применяется в лаборатории проктологии с клиникой Министерства здравоохранения РСФСР. В настоящее время склерозирующее лечение геморроя применяют многие специалисты. Эффективная безопасная реализация данной технологии основывается не только на тщательном освоении методики, но и на использовании специальных аксессуаров (аноскопа с освещением, специального шприца и т.д.).

Вопреки традиционному представлению о механизме действия склерозирующих препаратов, в последние годы появились новые современные препараты (детергенты), которые не стимулируют образование тромбов. Тромб при этом не образуется, а временные параметры гемокоагуляции (протромбиновое и тромбопластиновое время) остаются в пределах нормы. Детергенты не оказывают повреждающего действия на форменные элементы крови в разведении 1:1000, но вызывают при этом десквамацию 60–80 % эндотелиальных клеток. Учитывая высокую местную эффективность детергентов на сосудистую ткань и отсутствие при их применении системного тромбообразования, можно считать, что препараты (3% тромбовар, 3% фибро-вейн, 1% этоэтисклерол) являются наиболее эффективными и безопасными флебосклерозирующими препаратами.

В России разрешены к применению флебосклерозирующие препараты группы детергентов (тромбовар, фибро-вейн, этоэтисклерол). Их дозировка и концентрация зависит от диаметра геморроидального узла.

Большинство хирургов, применявших инъекционное лечение, сходятся на том мнении, что наиболее показанным для этого метода нужно считать геморрой I и II степени, где ведущим симптомом является кровотечение. Если же заболевание сопровождается выпадением узлов, то лечение не даст положительных результатов. Может быть лишь временный и далеко не полный эффект.

Методика склерозирующего лечения заключается во введении склерозирующих препаратов в геморроидальный узел, что приводит к образованию тромба с последующей облитерации узла. Возникновение таких осложнений, как болевой синдром, парапроктит, олеогранулема, скорее всего, связана с нарушением правил введения препарата или с недостаточным опытом колопроктолога.

Противопоказанием к склеротерапии являются воспалительные заболевания анального канала и промежности: острый геморрой, парапроктит, трещина анального канала. Комбинированный геморрой с отсутствием границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами также является относительным противопоказанием к склерозирующему лечению.

На базе Городской клинической больницы № 1 в условиях колопроктологического кабинета и второго хирургического отделения применяется данный метод лечения в период с 2004 года по настоящее время. Нами пролечено 156 пациентов в возрасте от 25 до 72 лет с различными стадиями заболеваний, преобладающим симптомом являлось кровотечение.

Критериями хороших результатов в склерозирующем лечении являются прекращение кровотечения и выпадения узлов, что составляет 85 % от числа пролеченных пациентов. Удовлетворительным результатом считается прекращение выпадения узлов и незначительное выделение крови из заднего прохода, что составило 12 %. Неудовлетворительный результат — рецидив кровотечения и выпадения узлов (3 %). Больным с неудовлетворительными результатами были применены другие малоинвазивные методы лечения.

После склерозирующего лечения у 7 % пациентов выявились различные осложнения, из них у 4 % больных они носили характер выраженного болевого синдрома, что связано с повышенной реакцией организма на введение препарата. Ни одному из этих больных не назначали наркотических анальгетиков, а с болевым синдромом удалось справиться в течение 2–3 дней при помощи местных обезболивающих препаратов, ненаркотических анальгетиков и физиопроцедур. У 3 % пациентов отмечался выраженный тромбоз геморроидальных узлов, который купировался консервативно, с применением местных противовоспалительных препаратов и физиопроцедур.

Эта методика имеет ряд преимуществ, которые заключаются в простоте техники выполнения, высокой эффективности, малой травматичности, незначительной болезненности, а также невысокой стоимости операции, и она может быть широко использована в амбулаторных условиях без возрастного ограничения и сопутствующих патологий, кроме непереносимости препаратов, применяемых для склерозирования. После склерозирующего лечения нет необходимости в госпитализации, а 97–99 % пролеченных больных вообще не нуждаются в освобождении от трудовой деятельности.

И.М. Дамбаева, Д.Н. Санжеева, Т.Д. Шарапова

ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ В СИСТЕМЕ ИММУНИТЕТА И ТИРЕОИДНЫМ СТАТУСОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Большую роль в генезе аутоиммунных заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) играет наследственность. Генетически обусловленный дефект иммунокомпетентных клеток ведёт к срыву естественной толерантности. В результате генетически обусловленной недостаточности Т-супрессоров появляется «запрещённый» клон В-лимфоцитов, производящий аутоантитела. Образование антител к тиреоглобулину (АТ к ТГ), тиреопероксидазе (АТ к ТПО), рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) ведёт к появлению иммунных комплексов, выделению биологически активных веществ, что вызывает деструктивные изменения в тиреоцитах ЩЖ.

Существующие клинические и лабораторные доказательства взаиморегуляции иммунной и эндогенной систем послужило поводом для настоящего изучения корреляционных связей между уровнями тиреоидных антител к тиреопероксидазе (АТ к ТПО) и тиреоглобулину (АТ к ТГ), гормонов (ТТГ и свободного T_4) и фенотипическим статусом иммунной системы. Поскольку уровни антител к ТПО и ТГ отражают степень деструкции щитовидной железы, а зачастую и прогнозу заболевания, мы изучили корреляционные связи между содержанием антител к ТПО и ТГ и количеством лимфоцитов $CD4^+$, $CD8^+$ и $CD16^+$ у больных тиреоидитами. Строгой зависимости между содержанием $CD4^+$ -лимфоцитов (Т-хелперов) и уровнями антител к ТПО и ТГ не обнаружено. В то же время выявлены сильные отрицательные корреляционные связи между количеством цитотоксических/супрессорных $CD8^+$ -лимфоцитов и уровнем анти-