

больницы № 1, оказалось, что в 64 % случаев возбудителями в монокультуре были аэробы, в 13 % — анаэробы и в 23 % — сочетание патогенов обеих групп.

Современные достижения торакальной хирургии в лечении эмпиемы плевры и их последствий требуют продолжения поисков более рациональных методов диагностики и лечения. Прооперированно 122 (54,5 %) человека из общего количества больных. Возраст — от 23 до 75 лет. Средний койко-день равен 28,23. Летальность — 7 (16,5 %) человек. Применялись наиболее эффективные методы лечения: медикаментозные средства, плевральные и легочные пункции, дренирование, бронхоскопии. В последние годы использованы иммуностимулирующие и иммуномодулирующие препараты.

В повседневной практике для большинства врачей основным источником проблем остаются острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей, прежде всего, из-за их распространенности. Вряд ли существенно можно повлиять на такие предрасполагающие факторы, как социальная активность пациента, загрязнение воздуха, холодный климат и прочее, однако стимуляция местного иммунитета слизистых оболочек может поставить надежный заслон на пути ряда инфекций или привести к их абортному течению.

Местная иммунная система, ответственная за защиту инфекций на поверхности слизистых оболочек, подвергается различным нарушениям. Наряду с первичным нарушением иммунной системы вторичные нарушения являются наиболее частой причиной хронических рецидивирующих инфекций дыхательных путей. Риск инфекций особенно повышается в силу того, что факторы, ответственные за нарушение мукоцилиарной системы, одновременно ухудшают и иммунную защиту. При дисбалансе в системе иммунитета макроорганизма под действием бактерий может произойти угнетение иммунной системы продуктами секреции бактерий и эндотоксинами, освобождаемыми в процессе бактериолиза. При этом иммуностимуляции, усиливающейся с ростом числа бактерий, противостоит ими обусловленная иммуносупрессия. В механизме иммуносупрессии лежит сниженная способность лимфоцитов периферической крови человека к репарации ДНК и накопления повреждений ДНК, что приводит к генетической нестабильности. Это длительный процесс, усиливающийся под влиянием антибактериальной терапии. Он может быть ослаблен при применении иммуномодуляторов. При отсутствии иммунологической поддержки возникает опасность развития рецидива и угроза перехода заболевания из острой формы в хроническую. С учетом этого обстоятельства представляется целесообразным иммунопрофилактика и иммунотерапия с помощью препаратов, содержащих бактериальные антигены. Такая терапия должна проводиться в каждом случае заболевания эмпиемой плевры. Если же врачом принимается решение о проведении антибиотикотерапии, то иммунотерапия абсолютно необходима во избежание возникновения иммунологической недостаточности ятрогенной природы.

Устойчивый иммунореабилитационный эффект достигается тогда, когда лечебно-профилактические мероприятия разрабатываются на основе системного, комплексного подхода, который в медицине традиционно называется этиопатогенетическим лечением. Только тогда в организме больного человека можно создать необходимые условия, обеспечивающие не только восстановление физиологических уровней взаимодействия систем иммунного гомеостаза, ликвидацию иммунного дисбаланса в крови, но и, что самое главное, самовосстановление нарушенной иммунной адаптации организма, являющейся одной из форм существования и проявления неразрывного иммунонейрогормонального единства.

А.В. Гурулев, И.А. Михайличенко, С.А. Мясников, Д.Г. Болотова, Ю.В. Потемкин

ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОЯ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Геморрой все еще остается наиболее частым заболеванием человека. Его распространенность достаточно высока и составляет 118 — 200 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний — от 34 до 41 %.

Для геморроя традиционно характерны два основных симптома — кровотечение (51 %) и выпадение узлов из анального канала (37 %). При этом заболевании также отмечаются такие симптомы, как анальный зуд (9 %), чувство дискомфорта в анальном канале (5 %), выделение слизи (2 %).

Сегодня перед колопроктологией стоит сложный вопрос: как и когда лечить геморрой. Ведь само по себе наличие геморроидальных узлов не является показанием к оперативному вмешательству.

Безусловно, при остром геморрое показано консервативное лечение, но следует отметить, что его профилактика, прежде всего, заключается в нормализации деятельности пищеварительного тракта, лечении синдрома раздраженной толстой кишки, которые встречаются более чем у половины пациентов, заболевших геморроем.

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.