вести не удалось, ее следует провести через 7 суток. Когда реакции адаптации выходят на новый уровень приспособления, вероятно, аналогичный уровню реакции резистентности стресса по Г. Селье. Время между 24 и 72 часами неблагоприятно для проведения хирургических операций из-за выраженности стрессорной и системных воспалительных реакций (особенно через 48 часов), поэтому мы считаем, что выполнение остеосинтеза в этот период противопоказано. В случае, когда из-за тяжести состояния больного стабилизировать переломы в первые сутки не удалось, остеосинтез следует выполнять после 7 суток. Если остеосинтез не выполнен и в этот период, то его следует проводить не ранее 3 недель после травмы, после нормализации адаптационных реакций, метаболических и иммунологических показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кальф-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе и его практическом значении / Я.Я. Кальф-Калиф // Врач. дело. — 1941. — № 1. — С. 31 — 35.
2. Гаркави Л.Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.А. Уколова. — Рн/Д, 1977. — 100 с.
3. Ritmo circadiano delle sottopopolazioni linfocitarie in soggetti sani / G. Mazzoccoli, G. Bianco, M. Corgera, A.M. Carella et al. // Recenti Prog. Med. — 1998. — N 89 (11). — P. 569 — 572.
4. Программированная клеточная гибель / Под ред. В.С. Новикова. — СПб.: Наука, 1996. — 276 с.
5. Зимин Ю.И. Стресс и иммунитет. Итоги науки и техники / Ю.И. Зимин. // Сер. Иммунол. — М.: ВИНТИ, 1979. — № 8. — С. 173 — 198.

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

СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ

Городская клиническая больница № 1 (г. 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. Вудвуд 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 возрожден и снова пропагандируется.

С 1960 года инъекционный метод лечения применяется в лаборатории проктологии с клиникой Министерства здравоохранения РСФСР (В.Ф. Смирнов). 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 тромбо-пластиновое 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 (тромбовар, фибровейн, этоксисклерол) являются наиболее эффективными и безопасными флебосклерозирующими препаратами (Соловьев О.А., 1996; Савельев В.С. с соавт., 2001; Varma J. et al., 1991; Cormann M., 1994).

В России разрешены к применению флебосклерозирующие препараты группы детергентов (тромбовар, фибровейн, этоксисклерол). 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 (Тимохин Ю.В. и др., 1996; Воробьев Г.И., 2000; McRae H., McLeod R., 1997). 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 облитерацией узла. Возник-

новение 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 заболевания, превалирующим 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 произошли 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-х дней при помощи местных обезболивающих препаратов, ненаркотических анальгетиков и физиопроцедур. У 3 % пациентов отмечался выраженный тромбоз лебит геморроидальных узлов, который купировался консервативно, с применением местных противовоспалительных препаратов и физиопроцедур. Других осложнений (острый парапроктит, олеогранулема и некроза геморроидальных узлов), после проведенного склерозирующего лечения, не отмечалось.

Эта методика имеет ряд преимуществ, которые заключаются в простоте техники выполнения, высокой эффективности, малой травматичности, незначительной болезненности, а также невысокой стоимости операции и может быть широко использована в амбулаторных условиях без возрастного ограничения и сопутствующей патологии, 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.

А.В. Гурулев, В.И. Осипов, И.А. Михаличенко, Ю.В. Потемкин, С.А. Мясников, Е.Ю. Морозов, В.В. Кришталь

ОРГАНИЗАЦИЯ КАБИНЕТА ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ

Городская клиническая больница № 1 (г. Чита)

Техника наложения стомы известна в течение последних двухсот лет, но только в начале 60-х годов двадцатого столетия была признана необходимость для стомированных пациентов иметь полную программу образования и реабилитации. Жизненно важно, чтобы пациенты были тщательно ориентированы и информированы о том, что означает — иметь стому.

В ходе той или иной операции на кишке хирургу порой необходимо сформировать кишечную стому — вывод кишки на поверхность передней брюшной стенки. Стомированным больным сразу же после операции трудно смириться с мыслью о ведении нормальной повседневной жизни в новых условиях с образованной стомой. Со временем, постепенно следует привыкание и адаптация. Чтобы вести нормальный образ жизни, нужно научиться быстро и правильно ухаживать за стомой и преодолеть психологический барьер.

Задачей системы комплексной реабилитации стомированных пациентов является реализация эффективного реабилитационного процесса, конечной целью которого станет радикальное улучшение качества жизни больного со стомой.

Для реализации реабилитационного процесса необходимо координированное взаимодействие всех его участников (медицинская, психологическая и социальная реабилитация).

В нашей стране, в силу исторических и экономических причин, служба реабилитации стомированных больных начала развиваться с 90-х годов, преимущественно в центральных регионах на базе специализированных колопроктологических и онкологических клиник. Отсутствие в России сертифицированной профессии «стоматерапевт»; системы специального медицинского образования по реабилитации больных со стомой; слабое развитие медицинской промышленности, обеспечивающей производство качественной продукции по уходу за стомой; недостаточное финансирование медицинской службы тормозило эффективное развитие стоматерапевтической службы.