

УДК 616-001.4

СПЛЕНОДИМЕКСИД В ЛЕЧЕНИИ РАН АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

М.А.АЛИЕВ, С.Ю.САФАРОВ, Х.М. АБДУЛМАЖИДОВ,
М.Х.И. МАГОМЕДГАДЖИЕВ*

Проведен анализ заживления ран у 112 больных после операций по поводу геморроя, анальных трещин и свищей прямой кишки. Клинико-цитологический контроль заживления послеоперационных ран показал, что применение спленодимексид для местного лечения раневой поверхности эффективна на всех этапах раневого процесса в связи с его бактерицидным, противовоспалительным действием, усиливает тканевую репаративную реакцию и ускоряет заживление ран. Предложенный метод лечения ран с использованием спленодимексид улучшает результаты лечения больных, снижает число гнойных осложнений более чем в 1,5 раза и способствует быстрому заживлению ран.

Ключевые слова: раны, клинико-цитологический изменения аноректальной области, спленодимексид, заживление.

Несмотря на очевидные достижения в лечении хирургической инфекции заживление послеоперационных ран промежности и анального канала все еще остается одной из актуальных проблем в практике хирурга и проктолога. Частые нагноения ран этой области, по данным ряда авторов [1,2] колеблется от 10-50%.

Заживление аноректальных послеоперационных ран имеет свои особенности: а) они подвергаются постоянному обсеменению микрофлорой; б) трудно поддаются иммобилизации; в) местное применение лекарственных средств затруднено; г) вторичное заживление таких ран требует длительного лечения пациента и, что особенно важно, снижаются функциональные результаты операций.

Цель исследования – улучшение результатов лечения аноректальных ран с применением спленодимексид.

Противовоспалительный препарат димексид обладает способностью растворять лекарственные средства и с высокой скоростью проникать через биологические мембраны, слизистые, оболочки микробов. Препарату свойственно так же анальгезирующее и антисептическое действия [3].

Селезенка богата природными цитокиновыми факторами и обладает высокими антисептическими, детоксикационными и иммуностимулирующими свойствами [4,5].

Материалы и методы исследования. 112 проктологических больных после геморроидэктомии, иссечения анальных трещин, и параректальных свищей. Возраст больных колебался от 18 до 78 лет, женщин было 49, мужчин – 63 человек. Все больные разбиты на две группы: основная – 62 и контрольная – 50 человек. Больные обеих групп по возрасту, сопутствующим заболеваниям и по нозологиям были идентичны.

Больных контрольной группы лечили по общепринятой методике: первые 3 дня после операции получают щадящую диету ЦД № 0, затем, после первого стула, назначали основной вариант стандартной диеты ОВД 15. При отсутствии самостоятельного стула на 3-4 день после операции выполняли очистительную клизму. Соблюдение постельного режима необходимо в течение 1-2 сут.

На следующий день после операции осуществляют первую перевязку. Из прямой кишки удаляют газоотводную трубку и турунду. После обработки рану перианальной области спиртовым раствором хлоргексидина в анальный канал вставляют турунду, пропитанную линиментом балзамическим по Вишневскому. В дальнейшем такие перевязки производят ежедневно. После первого стула перед перевязкой больные должны принять сидячие марганцовые ванночки. Состояние заживления ран контролировали пальцевым исследованием анального канала на 3, 7, 13 день и ректороманоскопией, тем самым, выявляли наличие осложнений, предупреждали формирования стриктуры канала.

Однако традиционная терапия перианальных ран не всегда удовлетворяет хирургов-колопроктологов, своей продолжительностью и частотой осложнений.

В последние годы для лечения послеоперационных ран наряду с применением физических методов, таких как ультрафиолетовое облучение, ультразвук, гелий-неоновый лазер, магнитофорез, а также мазевых повязок и современных антисептических средств, предлагаются биостимулирующие субстанции [2,3].

Для решения проблемы ускорения репарации и предотвращения инфицирования мы решили использовать в лечении анальных ран сочетание димексид и экстракта селезенки.

Методика лечения заключалась в следующем: в анальный канал и на рану перианальной области вводили турунду смоченную 1% димексидом и экстрактом селезенки в соотношении 1:4.

Для объективной оценки течения раневого процесса в послеоперационном периоде в контрольной и основной групп в динамике изучали: болевой синдром, размеры ран, характер отделяемого, гиперемия, отек, перифокальную инфильтрацию, грануляцию, эпителизацию ран, микробиологию и цитологию поверхности, а также нарушения функции мочевого выделения, температурную реакцию, нагноение раны и др.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что процент послеоперационных осложнений довольно высок, что во многом объясняется наличием нескольких осложнений у одного и того же пациента. Такие осложнения, как нагноение послеоперационной раны и острый парапроктит встречались в основной группе больных значительно реже, чем в контрольной. На 3-4 сутки лечения у 18,5% больных контрольной и у 17,1% больных основной группы отмечен реактивный отек перианальной области. Причиной его является естественная воспалительная реакция на вмешательство. Такое серьезное осложнение, как нагноение раны, наблюдалось у 6,5% больных контрольной и 2,9% больных основной группы. Острый парапроктит в ближайшем послеоперационном периоде возник у 3 больных в контрольной, а в основной группе не встречался.

В обеих группах до 3 дня поверхность ран после иссечения анальных трещин и свищей прямой кишки полностью не очищалась от гноя, сохранялся отек тканей, грануляции были вялыми, сохранялась воспалительная реакция.

К 5 суткам раны у больных контрольной группы характеризовались слабой степенью грануляции, болезненностью при пальцевом исследовании. В основной группе клиническая картина в тот же период у большинства больных характеризовалась уменьшением болевого синдрома, отсутствием гиперемии и отека в зоне операции и началом появления активных грануляций.

К 7 суткам после геморроидэктомии в контрольной группе заживление раны идет первичным натяжением у 60% пациентов, в то время как в основной группе у 84% больных.

Клиническая характеристика течения раневого процесса под влиянием применявшихся методов лечения дополнена цитологическими и микробиологическими исследованиями, на протяжении всего срока наблюдения за операционными ранами.

Исследование мазков-отпечатков показало, что на 2-3 сутки воспалительная реакция в ранах обеих групп характеризовалась выраженной клеточной реакцией преимущественно нейтрофильного типа с небольшой примесью эозинофилов и лимфоцитов. При осложненном течении и присоединении вторичной инфекции увеличивалось число фагоцитирующих макрофагов.

По результатам наших исследований у всех больных в микробном пейзаже гнойной раны обнаруживалась преимущественно ассоциативная микрофлора, включавшая чаще всего кишечную палочку – 37%, энтерококк – 14%, протей – 14%, которые были устойчивыми к часто применяемым антибактериальным средствам в 60% случаев. Меньше встречались синегнойная палочка, стафилококк по 8%. В монокультуре чаще всего выявлялась кишечная палочка.

Интенсивность репаративных процессов оценивали в зависимости от сроков появления и нарастания первых цитологических признаков репарации: крупных одноядерных гистиоцитов с базофильной цитоплазмой, увеличения количества фибриллярных (волокнистых) тяжей, эластических волокон и скоплений незрелого плоского эпителия с укрупненными ядрами, пролиферации фибробластов.

К 5 суткам после операции в цитограммах раневых отпечатков больных контрольной группы преобладали нейтрофильные лейкоциты и лишь в небольшом количестве встречались одноядерные клеточные элементы кровяного происхождения (лимфо- и моноцитарные клетки).

В основной группе в это время при неосложненном течении раневого процесса число нейтрофилов в мазках заметно уменьшалось, в них отмечались явления дистрофии и дегенерации: цитоплазма клеток уже не имела четких границ, ядра были гипертрофированы, сегментация ядер не выражена, контур их размы-

* Кафедра хирургических болезней стом. пед. Факультетов (зав. проф. Загиров У.З) Даггосмедакадемии

ты, хроматин разрыхлен. На этом фоне в отпечатках нарастало количество одноядерных гистиоцитов.

В контрольной группе больных заметное очищение раны наблюдалось лишь к концу 1 недели после операции при этом, в раневых отпечатках увеличивалось число гистиоцитарных элементов и появлялись единичные фибробласты.

В цитограммах у больных основной группы к 7 дню после операции воспалительная реакция сменялась появлением клеточных признаков репарации (одноядерных гистиоцитов и фибробластов). На 2 неделе после операции появлялись пласты незрелого плоского эпителия и клеточные элементы фиброзной ткани.

Таким образом, проведенные нами клинико-цитологические исследования показали, что при использовании традиционных методов лечения послеоперационных ран аноректальной области почти у половины больных наблюдалось осложненное течение раненого процесса, которое характеризовалось воспалительной реакцией, отеком периаанальной области и замедленным развитием репаративных процессов.

Выводы. Применение спленодимексида в лечении ран аноректальной области приводит к достаточно быстрому снижению активности воспалительной реакции, уменьшению воспалительного инфильтрата, купированию болевого синдрома и снижению числа послеоперационных осложнений. Спленодимексид оказывает положительное влияние на местную тканевую реакцию, ускоряя репаративные процессы за счет стимуляции образования грануляционной ткани, ускорения эпителизации и рубцевания ран.

Литература

1. *Благодарный Л.А.* Геморрой. / Благодарный Л.А., Воробьев Г.И. // Монография. М. 2004. 123 С.
2. *Ривкин В.Л.* Руководство по колопроктологии. / Ривкин В.Л., Фаин С.Н., Бронштейн А.С. и др. // М. 2004. 345 С.
3. *Коленов С.А.* Использование перфторана и димексида в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей у больных с сахарным диабетом. / Коленов С.А., Овчаров С.Э., Кузин А.В. и др. // Российский биомедицинский журнал. 2004. Т. 5. С.102–103.
4. *Сафаров С.Ю.* Детоксикация организма донорской селезенкой // Сафаров С.Ю. // Монография. Махачкала. 1998. 211 с.
5. *Алиев М.А.* Спленотерапия гнойно-некротических поражений мягких тканей у больных сахарным диабетом. / Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Абдулмажидов Х.М. и др. // Всероссийская конференция хирургов и 17 съезд хирургов Дагестана, посвященные 90-летию Р.П. Аскерханова. Махачкала. 2010. С. 124.

SPLENODIMEXIDE IN TREATING WOUNDS OF ANORECTAL AREA

M.A. ALIEV, S.YU. SAFAROV, KH.M. ABDULMAZHIDOV,
M. KH.I. MAGOMEDGADZHIEV

Dagestan Medical Academy

The analysis of wound healing at 112 patients after operations on hemorrhoids, anal fissures and rectal fistulas has been carried out. Clinical and cytological control of postoperative wound healing shows that application of splenodimexide for local treatment of wound surfaces is effective at all stages of wound process in connection with its bactericidal, anti-inflammatory action, increases fabric reparative reaction and accelerates wound healing. The offered method of wound treatment with applying splenodimexide improves the results of treatment, more than 1,5 times reduces the number of purulent complications and promotes fast wound healing.

Key words: wounds, clinical and cytological changes of anorectal area, splenodimexide, healing.

УДК 616.34

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Р. М. МАЛЛАЕВА З.Т. АСТАХОВА, А.С. ЦОГОВЕВ,
Л.З. БОЛИЕВА, Е.Б. ЦАЛЛАГОВА*

Комплексное лечение синдрома раздраженного кишечника с применением питьевой озонированной воды и ректальных инсуффляций

озоно-кислородной смеси способствует редукции патологических симптомов и удлинению ремиссии заболевания.

Ключевые слова: озонотерапия, синдрома раздраженного кишечника, лечение.

В структуре гастроэнтерологической заболеваемости значительное место занимают функциональные болезни желудочно-кишечного тракта, среди которых удельный вес синдрома раздраженного кишечника составляет 15-20%. Кроме того, еще две трети лиц с этими симптомами к медицинской помощи не прибегают [1,2,4].

В настоящее время рассматривается 3 основных направления патогенеза СРК: дисфункция психической деятельности, сопровождающаяся изменением вегетативных функций и гуморальными реакциями, висцеральная гиперчувствительность и нарушение моторики кишечника.

Основная клиническая симптоматика проявляется болью в животе или дискомфортом, связанным с актом дефекации и нарушением стула. Особую роль в развитии болезни отводят психоэмоциональным нарушениям. Как правило, симптомы СРК продолжают в течение долгого времени и серьезно ухудшают качество жизни больных [3,4]. До настоящего времени не разработаны эффективные схемы лечения СРК. Современные медикаментозные препараты не дают желаемого эффекта, требуют почти постоянного приема. При этом нередко приходится сочетать несколько лекарств с различным механизмом действия.

Цель исследования – изучение влияния питьевой озонированной воды и ректальных инсуффляций газовой озono-кислородной смеси при СРК с запорами.

Озон обладает выраженным антигипоксическим, иммуномодулирующим и противовоспалительным действием, при местном применении улучшает микроциркуляцию и процессы репарации [5].

В исследование включили 50 больных с синдромом раздраженной толстой кишки с запорами. Критерием исключения из данного исследования явилось наличие органической патологии органов пищеварения и сопутствующих соматических заболеваний в стадии декомпенсации. Возраст больных составил 35,6±4,8 года, длительность заболевания – от 3 до 10 лет. Клиническая картина заболевания характеризовалась наличием обстипационного синдрома у всех больных. При объективном обследовании констатировано вздутие, живота, умеренная болезненность по всей его поверхности, у 22 (45,8%) пальпировалась спазмированная сигмовидная кишка.

Диспепсические явления наблюдались у 76% больных в виде изжоги и отрыжки, тошноты, гиперсаливации, вздутия живота.

При проведении психологического тестирования психоэмоциональные нарушения отмечались у 88% больных в виде субклинически выраженной тревоги/депрессии, снижение самочувствия отмечали 66% больных

При рентгенологическом исследовании гипомоторная дискинезия с гипертонусом толстой кишки наблюдалась у 60% больных, гипомоторная дискинезия с гипотонусом толстой кишки констатировалась у 34% пациентов.

Умеренное снижение уровня серотонина в крови определялось у 72% больных. При этом при проведении корреляционного анализа выявлена четкая обратная связь между снижением уровня серотонина крови и выраженностью психоэмоциональных нарушений по данным психологического тестирования.

Для определения эффективности применения озонотерапии в общем комплексе восстановительного лечения больные были разделены на 2 группы: пациенты 1 группы (25 человек, 1 ЛК, контроль) получали диету по 1 табл. 3 раза, в день и микроклизмы из настоя лекарственных трав (10 процедур на курс лечения), пациенты 2 группы (25 человек, 2 ЛК, основная) дополнительно получали питье озонированной дистиллированной воды концентрацией растворенного озона 5 мг/л от аппарата УОТА 60-01 «Медозон» по 150 мл 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 3 нед и ректальные инсуффляции газовой озono-кислородной смеси концентрацией озона 15 мг/л в количестве 200 мл, на курс лечения 8 процедур в чередовании с микроклизмами. Обе группы больных по основным клиническим показателям были репрезентативными.

После проведенного лечения у большинства больных наблюдали положительную динамику основных клинических и параклинических показателей, характеризующих общее самочувствие, состояние психоэмоциональной сферы и моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.

* Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»