

педиатрического пульмонологического центра. Серия «Пульмонология детского возраста: проблемы и решения». – Вып. 8. / Мизерницкий Ю.Л., Царегородцев А.Д., Корсунский А.А.– М, 2008. – 176 с.

4. Ашерова, И.К. Клиническая эффективность лечения и диспансерного наблюдения детей с заболеваниями органов дыхания в условиях респираторного центра. Автореф. дис... канд мед. наук. / И.К. Ашерова.– Иваново.– 2002.– 38 с.

5. Дартау, Л.А. Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления / Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л., Стефанюк А.Р.– М.: СИНТЕГ, 2009.– 400 с.

6. Рудницкий, Л.И. Новые методы организации амбулаторно-поликлинической помощи / Рудницкий Л.И., Носков А.С. //Современные технологии в педиатрии и детской хирургии.– Мат. Конгр.– М, 2008.– С. 22–23.

THE EFFICIENCY OF CHILDREN'S CLINICAL PULMONOLOGY SANATORIUM AS A BASE OF REGIONAL RESPIRATORY CENTRE

I.N. YERMAKOV, YU.L. MIZERNITSKY

*Tver State Medical Academy Medical
Children's Scientific and Practical Pulmonology Centre*

The article highlights developing a model for medical and social aid to children with asthma from rural regions on the base of the ward of children's specialized clinical sanatorium and the assessment of its efficiency.

Key words: children, bronchial asthma, the regional center at the sanatorium.

УДК 616.147.17-007.64

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД ДОПЛЕР КОНТРОЛЕМ И ЛИГИРОВАНИЯ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ

В.Г. ШИРЯЕВ*, В.А. ВЕРЕДЧЕНКО*, В.Э. ДУБРОВ**, А.В. КУКТЕНКО***, А.З. ГУСЕЙНОВ***

Трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом эффективна у больных с III–IV стадией заболевания и может применяться в силу действенности и у больных с I и II стадиями заболевания, так как воздействует на патогенетические факторы развития заболевания – прекращает патологический приток крови к геморроидальному узлу, восстанавливает нормальную анатомию анального канала, не нарушая качества жизни пациентов ввиду отсутствия болевого синдрома.

Ключевые слова: геморрой, трансанальная дезартеризация, доплер контроль, лигирование кольцами.

Геморрой – самое распространенное заболевание, которым страдает более 15% взрослого населения. Мужчины болеют в 3–4 раза чаще женщины [2,3].

С морфологической точки зрения это болезнь кавернозных тел подслизистого слоя концевой отдела прямой кишки. Кавернозные тела встречаются в норме, а геморрой возникает при их болезни. Гиперпластические изменения кавернозной ткани происходят вследствие усиленного притока артериальной крови, при затрудненном венозном оттоке [3,4]. В острой фазе заболевания проводится консервативное лечение.

Показания к хирургическому лечению ставятся при частых обострениях с кровотечением, воспалении и тромбозе узлов, выпадении их с ущемлением.

В настоящее время в клинической практике оптимальным оперативным методом является геморроидэктомия по Миллигану-Моргану в модификации НИИ колопроктологии [4,6,9].

С целью снижения травматизации вмешательства с прогрессом техники за последние десятилетия получили широкое распространение малоинвазивные методики лечения геморроя, такие как, инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов, склеротерапия, лигирование латексными кольцами, лигирование геморроидальных сосудов под контролем доплерометрии и др.

Остальные методы лечения геморроя, такие как, криотерапия, монополярная или биполярная коагуляция, лазерная коагу-

ляция или мало применяются в медицинской практике, или менее эффективны, или неоправданно дороги.

На сегодняшний день существует два основных направления малоинвазивного лечения геморроя: 1) деструкция кавернозной ткани геморроидальных узлов и 2) снижение кровотока по геморроидальным артериям, в первую очередь из системы верхней прямокишечной артерии [1,2,5].

Первый лигатор для наложения резиновых колец на внутренние геморроидальные узлы предложил P.S. Blaisdell (1958), но J. Waggon продолжил работу над этой методикой и в 1962 г. усовершенствовал лигатор, в 1963 г. опубликовал первый опыт по лигированию геморроидальных узлов [7,8].

В 1995 г. японскими хирургами Morinaga K., Yasuda K., Ikeda [9] разработан и предложен метод трансанальной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов. Позже данный метод был несколько изменен и стал включать мукопексию. В РФ данный метод в разных клиниках применяется около 7 лет.

Цель исследования – сравнительное изучение непосредственных и отдаленных результатов трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов под доплероконтролем с мукопексией и лифтингом и лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами с определением показаний к их применению.

Материалы и методы исследования. С февраля 2009 по декабрь 2010 г. в ТЭЛЛА ОН-Клиник (Одинцово) проведено лечение 450 пациентам в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст 42±9,43 года) хроническим геморроем II–IV стадий.

Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 72 (16%) пациентов с II–IV стадией заболевания, которым была выполнена трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвукового сканера.

Во вторую группу вошли 378 (84%) пациентов с I–II стадией заболевания, которым было выполнено лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами.

Пациентам обеих групп проведено стандартное клиническое предоперационное обследование, включающее в себя: флюорографию, ЭКГ, осмотр терапевта, гинеколога (женщинам), определение группы крови и Rh-фактор, длительности кровотечения и времени свертываемости крови, общего анализа крови и мочи, биохимического анализа крови, исследование крови на RW, ВИЧ, анти HCV, HbS Ag, фиброколоноскопию.

Подготовка прямой кишки пациентов обеих групп к манипуляции проводилась препаратом «Микролак» (Kabi Pharmacia AB).

Всем пациентам первой группы операции выполнялись с использованием аппарата компании А.М.И.® (Австрия) [4,5] и специальной насадки RAR-2013 для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой. Все операции выполнены под сочетанной анестезией (медикаментозной седацией) внутривенно (пропафол) и местной периаанальной анестезией (нонрапин 20% 40–60 мл). Для купирования боли в ближайшем послеоперационном периоде при необходимости применялся препарат кеторол.

Трансанальная дезартеризация выполнялась под контролем ультразвуковой эхолокации с мукопексией с использованием аппарата А.М.И. (Австрия) [4].

Использовался шовный материал пролен 4/0 с иглой 5/8 диаметра.

После эхолокации топки и глубины залегания передних ветвей прямокишечной артерии, последние прошивались двумя восьмиобразными швами на глубине от 2 до 7–8 мм. После чего при помощи эхолокации проводилась оценка адекватности лигирования артерии.

Следующим этапом выполнялась мукопексия и лифтинг слизистой с использованием специальной насадки RAR-2013. Мукопексия с лифтингом слизистой прямой кишки выполнялась наложением 3–4 швов по длиннику кишки через 3–4 мм с наложением нижнего шва на 7–8 мм выше зубчатой линии, в 2–3 точках, чем ликвидировалось выпадение слизистой.

Пациентам второй группы выполнялось лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами с использованием вакуумного лигатора Karl Storz [2,3].

В положении лежа на левом боку [6] при помощи аноскопа, четко дифференцировалась аноректальная линия. К внутреннему геморроидальному узлу подводили лигатор, включали вакуум-отсос. Отрицательное давление доводилось до 0,75 атм., после чего на узел, выше зубчатой линии на 4 мм накладывалось латексное кольцо [1,3]. Затем после устранения вакуума удалялся лигатор, вновь через аноскоп под контролем зрения проводилась

* ТЭЛЛА ОН-Клиник, Одинцово

** Кафедра общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины МГУ им. Ломоносова, Москва

*** Кафедра хирургических болезней №1 ТулГУ, «НУЗ Отделенческая больница на ст. Тула ОАО» «РЖД», Тула.

оценка адекватности лигирования. За один сеанс лигировали не больше одного геморроидального узла. Перерыв между сеансами составлял 7–10 дней. В эти сроки на месте узла отмечалась некротизированная поверхность до 0,5 см с налетом фибрина.

Всем пациентам рекомендовали: задержку стула в течение одного дня, отказ от использования клизм в течение 2 недель, прием в пищу продуктов, не допускающих запоров в течение 1 месяца.

Результаты и их обсуждение. У пациентов первой группы болевой синдром полностью отсутствовал, в отдельных случаях, в первый день пациенты отмечали дискомфорт за счет турунды с мазью «Левомеколь», установленной в прямую кишку. У 1 (1%) пациента потребовалось применение анальгетиков в первые сутки. К 4 дню после операции потребности в анальгетиках не было. Осложнений после операции не отмечено. Хорошие результаты лечения отмечены у всех 72 больных. В 2 (2,8%) случаях выявлена подслизистая гематома, не потребовавшая коррекции.

У 2 (2,8%) больных потребовалось дополнительное латексное лигирование 1 внутреннего геморроидального узла. Возвращение к трудовой деятельности отмечалось уже через 1,90±2,41 дня.

Пациенты осматривались в 1 сутки, на 7 сутки, через 3,5 месяца и 1 год после операции. Рецидива заболевания не наблюдалось.

Во второй группе больных в первые двое суток отмечались чувство дискомфорта, умеренно выраженный болевой синдром, чувство инородного тела в анальном канале. Все больные принимали внутрь анальгетики (кеторол) в течение 1-2 суток. Повторное лигирование во второй группе больных было проведено на 7-10 сутки, в эти сроки на месте узла отмечалась некротизированная поверхность до 0,5 см с налетом фибрина.

У 25 (7%) пациентов болевой синдром сохранялся до 4 суток. В 2 (0,5%) наблюдениях болевой синдром был выражен настолько, что потребовалось внутримышечное введение анальгетика (кеторол). Болевой синдром был обусловлен наложением латексного кольца на геморроидальный узел, близко к зубчатой линии.

У 15 (4%) пациентов отмечалась подслизистая гематома в области лигированного геморроидального узла. У 1 (0,2%) пациента на 3 сутки в связи с ранним отхождением латексного кольца (нарушение рекомендованного режима) возникло кровотечение, что потребовало лигирование питающей артерии под УЗ контролем.

Пациенты осматривались: на 7-10 сутки, 15 сутки, через 1 месяц, 3 месяца и 1 год.

Все больные оставались трудоспособны. Рецидива заболевания не наблюдалось.

Заключение. Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами наиболее эффективно у больных со II стадией заболевания.

Трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом эффективна у больных с III-IV стадией заболевания может применяться в силу действенности и у больных с I и II стадиями заболевания, так как воздействует на патогенетические факторы развития заболевания – прекращает патологический приток крови к геморроидальному узлу, восстанавливает нормальную анатомию анального канала, не нарушая качества жизни пациентов в виду отсутствия болевого синдрома.

В отличие от латексного лигирования, при котором болевой синдром сохранялся до двух суток, и при I стадии заболевания недостаточно тканей для вакуумного захвата, при III-IV стадиях невозможно полностью захватить ткань геморроидального узла, что может привести к нежелательным осложнениям.

Таким образом, трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под доплероконтролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки эффективна на всех стадиях заболевания и как малоинвазивный метод лечения геморроидальных узлов является альтернативой традиционным вмешательствам.

Литература

1. Воробьев, Г.И. «Геморрой: современная тактика лечения» / Г.И. Воробьев, Л.А. Благодарный., Ю.А. Шельгин.– М.: Медицина, 2001. – 134 с.
2. Выбор способа лечения геморроя / Г.И. Воробьев [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997, №5. – С. 47–50.
3. Благодарный, Л.А. Непосредственные результаты инструментального лигирования геморроидальных узлов латексными

кольцами. Проблемы колопроктологии / Благодарный Л.А., Шельгин Ю.А., Ефремов А.В.– Москва. – 1996, Вып. 15. – С. 87–93.

4. Загрядский, Е.А. Трансанальная доплер – контролируемая дезартеризация в сочетании с мукопексией слизистой и закрытая геморроидэктомия в лечении геморроя III-IV стадии / Загрядский Е.А., Горелов С.И.// Колопроктология. – 2010. – №2, Т.32. – С.8–14

5. Загрядский, Е.А. Опыт лечения хронического геморроя методом шовного лигирования геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии / Загрядский Е.А. // Колопроктология. – 2005. – №1, Т.11. – С. 20–26.

6. Ривкин, В.Л. Руководство по колопроктологии / Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н.– М.: «Медпрактика», 2001.– С. 45.

7. Barron, J. Office ligation treatment of hemorrhoids // Dis Colon Rectum / Barron J.. – 1963, №6. – P. 109–113

8. Barron J. Office ligation of internal hemorrhoids / Barron J. // Amer J Surg. –1963, № 1054. – P. 563–570.

9. Morinaga, K. A novel therapy for internal hemorrhoids: ligation of the hemorrhoidal artery with newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flow meter / Morinaga K., Yasuda K., Ikeda T. // Am J Gastroenterol.– 1995.– №90. – P. 610–613.

COMPARATIVE EFFICACY OF DEZARTERIZATSII TRANSANAL HEMORRHOIDAL NODES BY DOPPLER CONTROL AND LIGATION BY LATEX RINGS

V.G. SHIRYAEV, V.A. VEREDCHENKO, V.E. DUBROV,
A.V. KUKTENKO, A.Z. GUSEYNOV

*Tella OH Clinic, Odintsovo
Moscow State University after M.V. Lomonosov, Faculty of Medicine,
Chair of General and Special Surgery
Tula State University, Medical Institute, Chair of Surgical Diseases #1;
RZD Department Hospital, Tula*

Transanal disarterization of hemorrhoidal nodes with mucopectia and lifting being effective in patients with III-IV degrees of this disease can be also applied due to its efficiency at patients with I-II degrees, as it influences upon pathogenetic factors of the disease: stops abnormal blood flow to a hemorrhoidal node, restores normal anal canal anatomy without disturbing patients' quality in respect of the absence of pain syndrome.

Key words: hemorrhoids, transanal disarterization, Doppler control, ring ligation.

УДК: 616.23-007.271-008.8-072.1-085

ЛЕЧЕБНЫЙ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ЛАВАЖ У ПАЦИЕНТОВ С МАССИВНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ БРОНХИАЛЬНЫМ СЕКРЕТОМ

М.Л. ШТЕЙНЕР*

Предлагаемый способ лечебного бронхоальвеолярного лаважа предполагает использование ограниченного объема лаважной жидкости. Приоритетным является механическое удаление бронхального секрета с помощью вакуумного контура. Использование небольших объемов лаважной жидкости подключается только после удаления секрета из главных, долевых и сегментарных бронхов. В условиях массивной обструкции нижних дыхательных путей бронхиальным секретом это способствует профилактике резорбтивного синдрома

Ключевые слова: бронхоальвеолярный лаваж, обструкция нижних дыхательных путей.

Бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ) — необходимое средство для эвакуации патологически измененного, вязкого бронхиального секрета, осуществляемое во время бронхоскопии. Это вынужденная мера при различных заболеваниях лёгких (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), пневмонии), когда механизмы естественного дренажа трахеобронхиального дерева при кашле оказываются неэффективными [1,3,4,5].

БАЛ обычно предполагает введение в просвет лаважной среды во время бронхоскопии, необходимой для разведения бронхиального секрета и уменьшения его вязкости. Параллельно с введением лаважной жидкости во время бронхологического

* Государственное образовательное учреждение Высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет «Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», тел.: 8 (846) 268-29-64. e-mail: ishte@mail.ru, г. Самара