

THE APPLICATION OF THE APPARATUS TREATMENT AT SUPPURATIVE AFFECTIONS OF THE CRUS

The results of the apparatus treatment in conditions of the crus purulent infections are brought in the article. The extrafocal osteosynthesis was combined with implantation of the bone matrix for stimulation of osteogenesis in conditions of wound infection. This method allowed to improve the results of the treatment of this pathology and shorten the terms the wound's healing.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян В. В., Усиков В. Д. Травм., ортопед. и протезир., 1986, 4, с. 15.
2. Андрианов В. Л., Садов Г. А. и др. Травм., ортопед. и протезир., 1987, 8, с. 21.
3. Буачидзе О. Ш., Оноприенко Г. А. и др. В кн.: Профилактика и лечение инфицированных осложнений тяжелых травм. Л., 1977, с. 23.
4. Гудушаури О. Н. Хирургия, 1983, 6, с. 21.
5. Драке Р. Б. Вестн. хир., 1983, 8, с. 60.
6. Житницкий Р. Е., Шанурова Д. Г. и др. В сб.: Лечение ортопед. травм в больницах и подкл. методом чрескостного остеосинтеза, разработ. в КНИИЭКОТ. Курган, 1982, с. 123.
7. Илизаров Г. А., Дегтярев В. Е. и др. Лечение дефектов костей голени аппаратом Илизарова в условиях гнойной инфекции (метод реком.). Курган, 1977.
8. Илизаров Г. А., Девятков А. А. и др. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при ложных суставах голени, осложненных остеомиелитом (метод. рекоменд.). Курган, 1976.
9. Каплан А. В., Машсон Н. Е. и др. Гнойная травматология костей и суставов. М., 1985, с. 384.
10. Муйжилис А. К., Драке Р. Б. В кн.: Тез. докл. научн. конф. ЕрНИИТО, посвящ. 90-летию со дня рожд. Х. А. Петросяна. Ереван, 1979, с. 88.
11. Осеян И. А., Козлова В. В. и др. Заготовка и консервация губчатого костного матрикса (метод. рекоменд.). Ереван, 1984.
12. Осеян И. А., Айвазян В. П. Применение костного матрикса с целью заполнения постостеомиелитических полостей (метод. рекоменд.). Ереван, 1985.
13. Чаплинский В. В., Саблоцкий И. Р. и др. Травматол., ортопед. и протезир., 1986, 4, с. 43.
14. Rommens P. et al. Orth. Orthop. Traum. Surg., 1986, 105, 3, 170.
15. Tullis M., Singh A. D. J. Bone Jt. Surg., 1978, 60—13, 11, 116.

УДК 616.147.17—007.64:617

Э. Б. АКОПЯН, Л. У. НАЗАРОВ, С. Т. БАГДАСАРЯН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ
(обзор литературы)

Приведен обзор отечественной и иностранной литературы по вопросам хирургического лечения геморроя. Указано, что в настоящее время основным методом лечения данного заболевания является хирургический способ, причем самая адекватная операция—геморроидэктомия по Миллигану-Моргану в современных модификациях.

Вопросы хирургического лечения геморроя обсуждаются давно. Разноречивые взгляды в отношении применения того или другого спо-

соба операции обусловлены отсутствием единого мнения о патогенезе геморроя. До 60-х годов геморрой считался патологией венозной системы прямой кишки, хотя в некоторых публикациях фигурировало мнение о том, что при этом заболевании возможно поражение ректальных артерий.

Вопросы патогенеза геморроя практически стали освещаться после исследований Stelzner [43], который показал, что в подслизистом слое анального канала, вдоль ветвей верхней прямокишечной артерии, на 3, 7 и 11 часах по циферблату часов, располагаются группы пещеристых тел, которые дают начало развитию геморроя. Указанные кавернозные тела располагаются между прямокишечными артериями и венами, снабжаются артериальной кровью и при травмировании кровоточат. Отсюда и характерное для геморроя выделение алой крови из прямой кишки. В отечественной литературе наиболее подробные и полноценные исследования в этом направлении проведены В. Л. Ривкиным и Л. Л. Капуллером [20]. Изучая ангиоархитектонику дистального отдела прямой кишки на 112 препаратах, они определили возрастные особенности строения кавернозных тел. При этом установили наличие кавернозных тел у всех людей, независимо от возраста. Однако геморрой возникает, когда эти кавернозные тела гипертрофируются или подвергаются гиперплазии.

Интересные исследования этиопатогенеза геморроя проведены Е. П. Мельманом и И. Г. Дацуном [12]. Авторы, по нашему мнению, делают правильный вывод о том, что геморрой является полиэтиологическим и монопатогенетическим заболеванием с преимущественным поражением системы ректальных клубочковых структур и прямокишечных вен.

В процессе развития данного заболевания важную роль играют запоры, поносы, наследственное предрасположение к геморрою, большие физические нагрузки, сидячая или, наоборот, стоячая работа, беременность, злоупотребление спиртными напитками и острой пищей, адинамия и т. д. [1, 11, 15, 16, 31].

Современная концепция патогенеза геморроя дала все основания считать патогенетически самой обоснованной операцией геморроидэктомию по Миллигану и Моргану. Исходя из того, что в подавляющем большинстве случаев у больных геморроем имеются три основные группы внутренних геморроидальных узлов, расположенных на 3, 7 и 11 часах по циферблату часов, и что наружные узлы (бахромки) в большинстве случаев имеют такую же локализацию, они предложили иссекать эти три узла снаружи внутрь единым блоком, перевязывая основание узла шелковой лигатурой и оставляя раны открытыми. Данное вмешательство, по сравнению с другими методами, самое радикальное и дает наименьшее число рецидивов [32, 39]. Между тем и после этой операции часто наблюдаются различные осложнения: нагноение ран анального канала и периаанальной области, возникновение острого парапроктита, сильный болевой синдром, кровотечения из прямой кишки, грубые, деформирующие рубцы анального канала, стриктуры заднего прохода и т. д. [5, 6, 7].

Исходя из вышеописанных осложнений геморроидэктомии по Миллигану-Моргану, в НИИ проктологии МЗ РСФСР предложены две модификации данного вмешательства. При первой модификации после иссечения наружных и внутренних геморроидальных узлов раны ушивают частично путем подшивания их краев ко дну. При этом остается неушитой часть раневой поверхности, заживление которой происходит вторичным натяжением. Сущность второй модификации состоит в использовании глухих кетгутовых швов на раны после иссечения как внутренних, так и наружных геморроидальных узлов. Кроме того, иссечение внутренних и наружных узлов производят раздельно, а не единым блоком, так как нередко наружные узлы по расположению не соответствуют внутренним и довольно часто имеют циркулярное строение.

В работе Г. В. Нацвлишвили [18] приведена сравнительная характеристика обоих видов геморроидэктомии. По его данным, стационарный послеоперационный период лечения при 1-й модификации в среднем составил 10, а амбулаторный—27 дней, в то время как после геморроидэктомии во 2-й модификации он был равен 7—8 и 14 дней соответственно. В ближайшем послеоперационном периоде число осложнений после 1-й модификации геморроидэктомии было значительно выше. Боль в послеоперационной ране у этих больных отмечалась в 37,1%, а при 2-й модификации—лишь у 6,7%. Отек периаанальной ткани после геморроидэктомии в 1-й модификации отмечен у 32,1% оперированных, а после геморроидэктомии во 2-й модификации—у 4,8%. Выделение крови во время акта дефекации наблюдалось почти у половины больных, оперированных по 1-му варианту—54,4%, в то время как после 2-й модификации оно отмечено всего у 1,1% больных. Значительно выше был процент дизуретических расстройств в ближайшем послеоперационном периоде у больных после геморроидэктомии в 1-й модификации—51,1 и 25,6%—у больных, перенесших операцию с восстановлением слизистой оболочки анального канала.

Заметно улучшились также показатели амбулаторного долечивания больных. Если после операции с частичным ушиванием ран боли в анальном канале через неделю после выписки из стационара отмечены у 36%, а к концу второго месяца оставались у 6% больных, то после 2-й модификации это осложнение было отмечено только у 5,1%, а к концу второго месяца сохранилось лишь у одного человека (0,4%). Боли при дефекации к концу второго месяца после выписки из стационара у оперированных по 1-й модификации были отмечены в 19%, а у перенесших геморроидэктомию во 2-й модификации—только в 3,8% случаев. Оставление послеоперационных ран открытыми привело к длительному их заживлению и выделению крови во время акта дефекации. Так, к концу первой недели после выписки из стационара в 82% случаев раны оставались незажившими, а у 20,3% больных даже к концу второго месяца не наступило полного выздоровления. Выделение крови во время акта дефекации в эти периоды составило соответственно 58 и 17%. Среди больных, которым была произве-

дена геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала, к концу второго месяца после выписки из стационара выделение крови во время дефекации отмечено в 1,3%, а послеоперационная рана почти у всех зажила полностью.

В отдаленные сроки наблюдения среди оперированных методом геморроидэктомии в 1-й модификации в 17% случаев больные предъявляли жалобы на боли при дефекации, периодическое выделение крови, недержание газов, сужение анального канала, а при обследовании было выявлено наличие наружного геморроя, анальной трещины или неполного внутреннего свища прямой кишки. В группе больных, оперированных методом геморроидэктомии во 2-й модификации, осложнения составляли 3,3% и выражались в наличии болей в заднем проходе и выделении крови из прямой кишки.

Таким образом, достоверно доказано, что глухое ушивание ран анального канала дает лучшие ближайшие и отдаленные результаты лечения, ускоряет сроки выздоровления больных. Вместе с тем и после данного вмешательства наблюдаются различные осложнения [8]. В. И. Семенов с соавт. [22] указывают, что хорошие результаты после операции Миллигана-Моргана в модификации НИИ проктологии МЗ РСФСР получены у 1743 пациентов (94,9%), удовлетворительные—у 92 больных (5,0%). Осложнения наступили у 72 больных (4,4%), из них: кровотечение из ран—у 7 больных (0,4%), периаппальные тромбозы и анальные трещины—у 18 (1,1%), пектенос и сужение анального канала—у 16 (0,96%), дерматиты—у 11 (0,7%), другие осложнения—у 18 пациентов (1,2%).

По мнению Л. У. Назарова и Э. Б. Акопяна [17], неудовлетворительные результаты после геморроидэктомии во 2-й модификации НИИ проктологии МЗ РСФСР в основном обусловлены оставлением культи внутренних узлов, применением для ушивания ран толстого шовного материала, выполнением дивульсии анального жома по Рекамье. Авторами разработана новая модификация геморроидэктомии, при которой в анальном канале образуются линейные раны, ушитые тонким кетгутом и защищенные от инфицирования специальным устройством из полимерной пленки. Они также полностью отказались от растяжения анального жома и при наличии спазма сфинктера считают целесообразным выполнение боковой подкожной внутренней закрытой сфинктеротомии. Такой тактики придерживаются также некоторые зарубежные авторы [36, 42].

С целью иссечения геморроидальных узлов в последние годы как в нашей стране, так и за рубежом стали часто применять криохирургическую аппаратуру [4, 13, 14, 26, 33, 34]. Вместе с этим указывается на ряд осложнений (поступление жидкого отделяемого из ануса, язва анального канала, стриктура заднего прохода, кровотечение из прямой кишки, задержка мочеиспускания), которые ограничивают показания к применению данного способа. Многие хирурги [3, 10, 23, 24, 25] получили хорошие результаты после геморроидэктомии с применением лазерного скальпеля. Однако иссечение геморроидальных узлов при помощи лучей лазера связано с наличием специальной ап-

паратуры и подготовленных кадров, что затрудняет его широкое применение.

Хирургическое лечение геморроя у пожилых больных с сопутствующими заболеваниями иногда чревато неблагоприятным исходом. В связи с этим некоторые хирурги [19, 35, 37, 38] предлагают перевязку геморроидальных узлов резиновой лентой, которая отличается простотой выполнения и применяется в основном в амбулаторных условиях. Однако перевязка недостаточно радикальна и в основном дает хорошие результаты при одиночных небольших внутренних узлах. Имеется описание 5 смертельных случаев вследствие инфицирования мягких тканей после перевязки резиновой лентой [44].

Промежуточное место между консервативными и хирургическими методами занимает инъекционный способ лечения геморроя. Предлагалось множество препаратов для склерозирующей терапии геморроидальных узлов. Существует мнение [2, 9, 21, 27, 30, 40, 41], что они эффективны у больных геморроем без выпадения внутренних узлов и при отсутствии воспалительного процесса в области заднего прохода. По данным И. Н. Шидловского [28, 29], после различных методов инъекционного лечения геморроя в 0,4% случаев возникает некроз слизистой оболочки прямой кишки. Наиболее частым, но не опасным для жизни осложнением является кровотечение из места инъекции. Наблюдается повышение температуры тела до 38°, головокружение, общая слабость (4,3%), зуд в заднем проходе (1,5%), воспаление геморроидального узла (8%), криптит (1%). Автор также указывает на то, что в литературе имеются сообщения о возникновении параректальных абсцессов и свищей, трещин заднего прохода, перфорации предстательной железы, мочевого пузыря, кишечника и непроходимости прямой кишки. Все это ограничивает показания к применению данного вида лечения геморроя.

Резюмируя, можно заключить, что в настоящее время основным методом лечения данного заболевания является хирургический способ, причем самая адекватная операция—геморроидэктомия по Миллигану-Моргану в современных модификациях.

НИИ проктологии МЗ АрмССР

Поступила 15/V 1989 г.

Է. Բ. ՀԱԿՈՅԱՆ, Լ. Հ. ՆԱԶԱՐՈՎ, Ս. Գ. ԲԱԳԴԱՍՅԱՆ

ԹՈՒԹՔԻ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հողվածում բերված են մի շարք հայրենական և արտասահմանյան հեղինակների տվյալներ թուփերի վիրահատական բուժման մասին: Նշված է, որ տվյալ հիվանդության բուժումը էներգյուժա առավելագույն կատարվում է վիրահատական մեթոդներով, որոնցից ամենահարմարը՝ թուփերի հանգույցների հեռացումն է Միլլիգան-Մորգանի եղանակի ժամանակակից ձևափոխություններով:

E. B. HAKOPIAN, L. H. NAZAROV, S. G. BAGHDASSARIAN
THE SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDS

The review of the native and foreign literature on the problem of surgical treatment of hemorrhoids is brought in the article. It is shown

that now the main method of treatment of this disease is the surgical one and the most adequate operation is the hemorrhoidectomy according to Milligen-Morgan in cotemporary modifications.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аминев А. М. Руководство по проктологии, т. 2. Куйбышев, 1971.
2. Аминев В. А., Аминев А. М., Тимохин Ю. В. В кн.: Хирургия ободочной кишки. Уфа, 1976, с. 96.
3. Бычков В. А., Приймак В. А. Неотложное состояние в клинике и в эксперименте. М., 1985, с. 86.
4. Дацинко Б. М., Брацлавский И. Ф. В кн.: Хирургия ободочной кишки. Уфа, 1976, с. 98.
5. Иванов В. В. В кн.: Проблемы проктологии. М., 1981, с. 41.
6. Канделис Б. Л. В кн.: Хирургия ободочной кишки. Уфа, 1976, с. 81.
7. Канделис Б. Л. В кн.: Проблемы проктологии. М., 1981, с. 37.
8. Кечерутов А. И. Там же, с. 49.
9. Клеветенко Г. И., Цушко В. С. Клин. хир., 1976, 6, с. 56.
10. Лашин М. Д., Чернов А. П., Телятников С. С., Курков Ю. В. В кн.: Применение лазеров в медицине. Киев, 1985, с. 72.
11. Лужнев К. В., Лужнев Н. П. Хирургия, 1977, 5, с. 61.
12. Мелман Е. П., Дацин И. Г. Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя. М., 1986.
13. Мехнюк Ю. Н., Балтайтис Ю. В., Шитс В. С., Мальцев В. Н., Шабане Б. Клин. хир., 1983, 11, с. 38.
14. Мехнюк Ю. Н., Яремчук А. Я., Мальцев В. И., Шабане Б. Там же, 1984, 2, с. 75.
15. Мун Н. В. Хирургия, 1984, 11, с. 64.
16. Мун Н. В. Хирургия, 1985, 2, с. 67.
17. Назаров Л. У., Аюбян Э. Б., Энфеджан А. К., Базиян А. Р., Багдасарян С. Г. Совершенствование способов лечения хронических неопухолевых заболеваний прямой кишки, промежности и крестцово-копчиковой области (учебное пособие). М., 1988.
18. Нацвильский Г. В. Автореф. дис. канд. М., 1982.
19. Резник Б. Н., Дульцев Ю. В., Никитин А. М. Хирургия, 1976, 8, с. 132.
20. Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л. Геморрой. М., 1985.
21. Родкин С. А., Кечеруков А. И. Хирургия, 1976, 12, с. 44.
22. Семьяков В. И., Гресь Н. А., Аскольдович Г. Н. В кн.: Проблемы проктологии. М., 1981, с. 31.
23. Скобелкин О. К., Брехов Е. М., Башилов В. П. Вестник хир., 1980, 124, 1, с. 63.
24. Совчук Б. Д., Улянов В. И., Шмидт И. Ф. В кн.: Разработка и использование отечественных изобретений в области лазерной хирургии. Ашхабад, 1984, с. 71.
25. Терпсис Ю. Д., Сергунов А. К. В кн.: Применение лазеров в медицине. Киев, 1985, с. 136.
26. Шабане Б. Автореф. дис. канд. Киев, 1984.
27. Шенбергер И. Л., Гайнутдинов Ф. М. В кн.: Хирургия ободочной кишки. Уфа, 1976, с. 97.
28. Шидловский И. Н. Там же, с. 97.
29. Шидловский И. Н. Клин. хир., 1979, 6, с. 53.
30. Ambrose N. S., Morris D., Alexander-Williams J., Keighley M. R. B. Dis. Colon Rectum., 1985, 28, 4, 238.
31. Brühl W. Colo-Proctology, 1983, 5, 6, 357.
32. Cavaliere F. Colo-Proctology, 1986, 8, 5, 317.
33. Cavina E. Am. J. Proctology, 1984, 35, 10, 8.
34. Detrano S. Colo-Proctology, 1983, 5, 6, 362.
35. Díaz F., Pallars V. Colo-Proctology, 1986, 8, 5, 316.
36. Duhamel J., Romand Y. Colo-Proctology, 1985, 7, 1, 13.
37. Lactignola S., Lorusso D. Colo-Proctology, 8, 5, 291.

38. Lamphier T., Crittenden J. *Am. J. Proctology*, 1985, 36, 1, 15.
39. Millto G., Brancalone C., Cesca D., Scribano M. L., Casciani C. *U. Colo-Proctology*, 1985, 7, 5, 288.
0. Ostertun H. *Phlebol. und Proktol.*, 1985, 14, 4, 240.
41. Ribhans W. J., Radcliffe A. G. *Dis. Colon. Rectum*, 1985, 28, 3, 188.
42. Schoten W. R., van Vroonhoven T. F. *Dis. Colon Rectum*, 1986, 29, 869.
43. Sietzner F. *Phlebol. und Proktol.*, 1979, 8, 2, 91.
44. Wechter D. G., Luna G. K. *Dis. Colon Rectum*, 1987, 30, 2, 137.

УДК 616.348+616.342—002.44

С. С. АБРАМЯН, Д. И. ЭЛОЯН, Б. Г. САРКИСЯН, Л. А. КЦОЯН

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

У больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК) произведен видовой анализ фекальной микрофлоры. При дисбиотических изменениях аутомикрофлоры толстой кишки выявлено превалирование протей и лактозонегативной кишечной палочки. Установлена прямая зависимость частоты выявления дисбактериоза от возраста и непрерывности течения НЯК. Дисбактериоз толстой кишки сопровождался повышением концентрации сывороточных иммуноглобулинов класса А. Определенный параллелизм между повышением уровня сывороточных иммуноглобулинов и дисбактериозом сохранялся после лечения.

При НЯК установлено резкое увеличение аэробной и анаэробной спорообразующей микрофлоры [4, 6, 8]. Выраженный дисбактериоз и изъязвление слизистой толстой кишки создают предпосылки для иммунизации организма микробными антигенами [1—3, 6, 8]. Установлено, что дисбиоз и язвенная поверхность слизистой кишки вызывают гиперпродукцию иммуноглобулинов различных классов в лимфоцитарных образованиях пищеварительного тракта [6].

Целью настоящей работы было исследование ряда клинико-бактериологических показателей у больных НЯК и выявление возможной взаимосвязи дисбактериоза толстой кишки с некоторыми показателями гуморального иммунитета (сывороточных иммуноглобулинов основных классов) в процессе лечения.

Под наблюдением находилось 114 больных НЯК с умеренно выраженной и выраженной активностью заболевания в возрасте от 20 до 62 лет. Длительность заболевания—от нескольких месяцев до 20 лет. С проктосигмоидитом было 60, левосторонним процессом—17, тотальным—37 человек. Больные были разделены на группы с хроническим рецидивирующим и непрерывным течением НЯК. При непрерывном течении язвенного колита (31 больной) имелись более выраженные, чем при рецидивирующем, изменения слизистой толстой кишки (язвы, эрозии, геморрагии, псевдополипы, полипы).

Дисбактериоз толстой кишки выявлен у 65% больных НЯК. Произведен видовой анализ микрофлоры толстой кишки. Данные представлены в таблице.

Из всех условно-патогенных бактерий чаще всего высевался протей (63%) и лактозонегативная кишечная палочка (ЛКП, 52%). Ге-