

УДК 616.147.17 – 007.64 – 0.89 (049.32) (575.2) (04)

ЛЕЧЕНИЕ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

А.М. Мадаминов – докт. мед. наук, профессор,

Р.М. Тойчуев – канд. мед. наук,
Институт медицинских проблем

ЮО НАН КР Областная объединенная клиническая больница г. Ош,

Н.Н. Исмаилов – врач-хирург, соискатель

Проведен анализ заживления ран у 123 больных после операций по поводу геморроя. Соллюкс усиливает тканевую репаративную реакцию и ускоряет заживление ран.

Несмотря на определенные достижения в области лечения ран и раневой инфекции, применение новых антибиотиков, энзимов, проблема лечения и заживления ран после оперативных вмешательств на промежности и анальном канале представляет значительную сложность и остается одной из актуальных в хирургии и проктологии [1–3].

По данным разных авторов, частота нагноений послеоперационных ран достигает 10–50% [2–4]. По нашим данным, этот показатель составил 8–32%. Лечение ран анального канала и промежности в литературе освещено очень скупо. Между тем, эти раны имеют свои особенности: они подвергаются постоянному обсеменению микрофлорой, трудно поддаются иммобилизации и введению местных лекарственных препаратов. Вторичное заживление таких ран требует длительного пребывания пациента в стационаре и, что особенно важно, в ряде случаев воспалительный процесс принимает хронический характер. В связи с этим при лечении ран анального канала и промежности возникают две основные проблемы: предотвращение инфицирования раны и ускорение репаративных процессов.

В ИМП ЮО НАН КР и ООКБ разработаны и внедрены в клиническую практику основные принципы лечения послеоперационных ран анального канала и промежности. Традиционный метод заключается в том, что первые 3 дня после операции получают малошлаковую диету (стол №1 по Певзнеру), затем, после первого стула, который вызывают двукратным приемом внутрь накануне 30 доз

жидкого бифидумбактерина, назначают общий стол. При отсутствии самостоятельного стула на 3–4-й день после операции выполняют очистительную клизму. Соблюдение постельного режима необходимо в течение 1–2 сут. Первую перевязку осуществляют на следующий день после операции. Из прямой кишки удаляют газоотводную трубку и турунду. Вводится в прямую кишку жидкий бифидумбактерин, а в анальный канал вставляют турунду, пропитанную мазью. В дальнейшем такие перевязки производят ежедневно. При выраженности болевого синдрома используют ректальные свечи с анестезином. После первого стула перед перевязкой больные должны принять общую ванну. Пальцевое исследование анального канала производится на 7, 10-й день после операции с целью выявления осложнений и предупреждения формирования стриктуры, а также для контроля за состоянием заживления раны.

Однако обычное лечение перианальных ран не всегда удовлетворяет хирургов-колопроктологов, на наш взгляд, необходима разработка дополнительных методов воздействия на течение раневого процесса с целью улучшения результатов лечения.

В последние годы, наряду с применением мазевых повязок и современных антисептических средств, для лечения послеоперационных ран было предложено использование ультрафиолетового облучения (УФО), УВЧ и соллюкса [4–5]. Влияние этих методов на течение раневого процесса в анальном канале и промежности, лечебная эффективность их применения у прокто-

логических больных изучены недостаточно. Не разработаны также показания и противопоказания к применению физических методов лечения с учетом фазы заживления периаанальных ран.

Материал и методы. Нами был проведен анализ результатов обследования и лечения 123 пациентов после оперативных вмешательств по поводу геморроя. Примерно однородные группы больных (контрольная и основная) получали либо общепринятое лечение (традиционные повязки с мазью и физиолечение), либо проводили лечение с применением бифидумбактерина жидкого *per os* и *per rectum* по схеме и мази на водорастворимой основе (левомеколь, левосин) и физиолечение.

Контрольную группу составили 50, основную 123 пациента. Все больные основной группы разделены на 3 подгруппы: 38 больным 1-й подгруппы проводили УФО, 42 больным 2-й подгруппы – УФО и соллюкс, 43 пациентам 3-й подгруппы – УФО, соллюкс и введение жидкого бифидумбактерина в микроклизмах.

Пациентам 1-й подгруппы со 2-го дня после операции назначали УФО послеоперационных ран анального канала и промежности и проводили до перевязок аппаратом КУФ. Во 2-й подгруппе также со вторых суток раны облучали ультрафиолетовыми лучами аппаратом КУФ и применяли соллюкс. И в первом и во втором случаях облучение производили в течение 8–10 дней, ежедневные экспозиции составляли 3–5 мин.

Больным 3-й подгруппы облучение послеоперационных ран проводили сочетанным методом: сначала использовали аппарат КУФ, а с пятых суток послеоперационного периода назначали соллюкс вплоть до 8–10 суток после операции и применяли бифидумбактерин в микроклизмах.

Для объективной оценки качества и сроков заживления раны в послеоперационном периоде проводили ежедневное наблюдение за течением раневого процесса и тщательное описание всех изменений состояния раны. Особое внимание обращали на количество и характер раневого отделяемого, состояние окружающих тканей (гиперемия, отек, инфильтрация, мацерация), образование грануляционной ткани и эпителизацию.

Результаты и обсуждение. Клинический анализ течения послеоперационного периода у больных проводили после плановых проктологических операций, путем сравнения определяли в контрольной и основной группах частоту таких типичных осложнений, как болевой синдром, нарушения функции мочевого выделения, температурную реакцию, нагноение раны и др. Процент по-

слеоперационных осложнений довольно высок, что во многом объясняется наличием нескольких осложнений у одного и того же пациента. Такие осложнения, как нагноение раны и острый парапроктит встречались в основной группе больных значительно реже, чем в контрольной. В первые 3–4 дня у 1,8% больных контрольной и у 1,7% больных основной группы отмечен реактивный отек периаанальной области. Причиной его является естественная воспалительная реакция. Такое серьезное осложнение, как нагноение раны наблюдалось у 0,6% больных контрольной и 0,2% больных основной группы.

Острый парапроктит в ближайшем послеоперационном периоде возник у трех больных контрольной группы и у одного больного основной группы после геморроидэктомии по Миллигану – Моргану в модификации клиники. Мы связываем развитие данного осложнения с возникновением дефекта слизистой оболочки узла, что явилось входными воротами параректальной инфекции. У этого больного произведено вскрытие гнойной раны, заживление которой происходило вторичным натяжением.

При наблюдении за характером и особенностями течения раневого процесса отмечено, что на 2-е сутки после операции у больных основной и контрольной групп местные изменения были идентичными: отмечен отек краев раны, инфильтрация тканей, наличие небольших кровяных сгустков в анальном канале, кровоточивость, болезненность при перевязках и пальцевом исследовании.

В обеих группах до 3-го дня на поверхности ран после геморроидэктомии сохранялся отек тканей, грануляции были вялыми, сохранялась воспалительная реакция.

К 5-м суткам раны у больных контрольной группы характеризовались слабой степенью грануляции, болезненностью при пальцевом исследовании. Во всех 3 подгруппах основной группы клиническая картина в тот же период у большинства больных характеризовалась уменьшением болевого синдрома, отсутствием гиперемии и отека в зоне операции, началом появления активных грануляций.

К 7-м суткам после геморроидэктомии в контрольной группе раны зажили первичным натяжением у 68% пациентов, в то время как в 1-й подгруппе основной группы – у 81% больных, во 2-й – у 78%, в 3-й подгруппе – у 94% больных.

Следует учитывать, что такие клинические критерии, как самочувствие больного, симптомы

воспаления, сроки заживления ран, температурная кривая в значительной степени субъективны.

Таким образом, проведенные нами клинические исследования показали, что при использовании традиционных методов лечения послеоперационных ран почти у одной четверти обследованных больных наблюдалось осложненное течение раневого процесса, которое характеризовалось задержкой воспалительной реакции, отеком перианальной области, замедленным развитием репаративных процессов.

При сочетании общепринятых методов лечения ран с последовательным применением УФО, соллюкса и жидкого бифудумбактерина достаточно быстро снижается активность воспалительной реакции, уменьшается воспалительный инфильтрат, купируется болевой синдром и уменьшается число послеоперационных осложнений. Сочетанное воздействие оказывает влия-

ние на местную тканевую реакцию и приводит к улучшению репаративных процессов за счет стимуляции образования грануляционной ткани, ускорению эпителизации и рубцевания ран.

Литература

1. *Заремба А.А.* Клиническая проктология. 2-е изд. – Рига: Звайгзне, 1987. – 359 с.
2. *Канделис Б.Л.* Неотложная проктология (руководство для врачей). – Л.: Медицина, 1980. – 272 с.
3. Колопроктология и тазовое дно. Патофизиология и лечение / Под ред. М.М. Гепри, М. Своща; Пер с англ. Н.В. Морозова, В.Л. Ривкина. – М.: Медицина, 1988. – 464 с.
4. *Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л.* Геморрой. – М.: Медицина. – 2-е изд. – 1985. – 176 с.
5. Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я. – Бишкек, 1999.