

ЛЕЧЕНИЕ РАН ПОСЛЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СИСТЕМНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Милиця Н. Н., Бакуменко В. П.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»

Цель исследования. Оценка эффективности препарата Куриозин гель в лечении послеоперационных ран анального канала у больных на фоне НДСТ.

Материал и методы исследования. Эффективность КГ в лечении ран анального канала изучена у 25 больных с синдромом НДСТ перенесших операцию геморроидэктомию методу Миллигана-Моргана во 2-й модификации НИИ проктологии.

Результаты. Контроль эффективности лечения ран осуществлялся на основании динамики течения раневого процесса. На 5 сутки лечения в основной группе фибробласты были обнаружены у 5(20,0%) больных, в контрольной – у 3(12,0%), плазматические клетки – у 7(28,0%) больных основной и 4(16,0%) больных контрольной групп. У 13 больных основной и 7 человек контрольной группы были видны островки грануляционной ткани. На 8 сутки послеоперационного периода в мазках отмечены клетки, определяющие репаративные процессы в ране у 20(80%) человек основной и у 17(68%) больных контрольной групп. Заживление раны по типу первичного натяжения в основной группе отмечено у 15(60%) обследуемых, и у 10(40%) в контрольной группе.

Выводы. Куриозин гель при лечении ран анального канала обеспечивает анальгезирующий эффект, ускоряет репаративные процессы в ране, хорошо переносится больными. Включение куриозин геля для лечения ран анального канала после геморроидэктомии может быть рекомендовано больным с синдромом НДСТ.

Ключевые слова: геморроидэктомия, коллагеновые волокна, раневой процесс, синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Лечение ран после геморроидэктомии – одна из сложных проблем колопроктологии. Оперативные вмешательства при исследуемой патологии выполняются на фоне хронического воспаления в тканях, в условиях постоянного бактериального обсеменения послеоперационных ран, что сопровождается замедлением репаративных процессов и достаточно длительной потерей трудоспособности [1, 4].

Раневой и репаративный процессы представляют собой комплекс последовательных местных изменений и связанных с ними многочисленных общих реакций. Формирование патологических рубцов связано с нарушением корреляции синтеза и распада коллагена [6]. Коллагенозы замедляют течение раневого процесса, происходит его хронизация, что приводит к дисрегенерации соединительной ткани, несбалансированному накоплению макромолекулярных компонентов соединительной ткани с образованием келоидных и гипертрофических рубцов [5]. Поэтому больные хроническим геморроем на фоне синдрома недифференцированной системной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) составляют группу пациентов, нуждающихся в коррекции репаративных процессов.

Фаза регенерации и пролиферации характеризуется миграцией фибробластов, образованием ими коллагена и основного вещества, новообразованием сосудов и развитием грануляционной ткани в месте тканевого дефекта. Продукция коллагена – один из наиболее важных моментов в ранозаживлении, так как именно коллагеновыми волокнами замещается глубокий раневой дефект. Синтез коллагена зависит не только от функциональной активности фибробластов, но и от состояния раны, биохимических процессов, происходящих в ней, микроэлементного состава тканей, общего состояния макроорганизма [3].

Реконструкция раны зависит от равновесия между образованием коллагена и его деградацией, т. е., для нормального ранозаживления коллаген должен не только синтезироваться, но и разрушаться.

В гипертрофических и келоидных рубцах образование коллагена преобладает над его распадом из-за недостатка коллагеназы, вследствие чего развивается мощный фиброз.

В качестве важнейших местных факторов при обширных травмах, провоцирующих воспаление, рассматривают тканевую гипоксию и ишемию, которые на фоне наследственной дис-

плазии инициируют развитие келоидообразования [6, 8].

Это нарушает течение раневого процесса и отрицательно влияет на заживление ран у таких пациентов, что подтверждается большой частотой образования гипертрофических и келоидных рубцов [5].

Коллаген составляет основную часть дермы (75% сухой массы кожи) и является основным конструктивным компонентом соединительной и рубцовой ткани.

В условиях травмы кожи, которая всегда сопровождается гипоксией, накоплением в ране продуктов распада и свободных радикалов, пролиферативная и синтетическая активность фибробластов возрастает, и они реагируют усиленным синтезом коллагена.

Гиалуроновая кислота представляет собой натуральное полисахаридное химическое соединение. Больше всего ее содержится в межклеточном пространстве соединительных тканей, в том числе кожи. Главной характеристикой гиалуроната является повышенная способность к аккумуляции молекул воды, за счет чего обеспечиваются объем и упругость кожных покровов. Она играет роль вещества, связывающего коллагеновые пучки и фибриллы между собой и клетками. Пространство между коллагеновыми фибриллами, мелкими сосудами, клетками заняты раствором гиалуроновой кислоты [2]. Она выполняет опорную функцию, поддерживая сопротивляемость тканей и кожи к механическим факторам. Гиалуроновая кислота оказывает стимулирующее действие на фибробласты, усиливая их миграцию и активируя синтез коллагена, оказывая дезинфицирующее, противовоспалительное и ранозаживляющее действие.

Одним из перспективных препаратов, оказывающих положительное влияние на все указанные факторы раневого процесса, является Куриозин гель (КГ). В состав препарата включены цинк гиалуронат 0,0154 г цинка хлорид 0,005 г, дополнительные вещества: сорбат калия, гидроксид натрия, карбомер.

Цель исследования: оценка эффективности препарата Куриозин гель в лечении послеоперационных ран анального канала у больных на фоне НДСТ.

Материал и методы исследования

Эффективность КГ в лечении ран анального канала исследована у 25 больных с синдромом НДСТ перенесших операцию геморроидэктомию с восстановлением слизистой анального канала (основная группа). Контрольную группу составили 25 больных с синдромом НДСТ перенесших аналогичную операцию, у которых в послеоперационном периоде для местного лечения ран традиционно применялась мазь Вишневского.

Пациенты, включенные в исследование, были сравнимы по полу и возрасту.

Операция по поводу геморроя выполнялась по методу Миллигана-Моргана во 2-й модификации НИИ проктологии, заключавшейся в том, что раны анального канала и перианальной кожи, образовавшиеся после удаления 3 геморроидальных узлов, ушиваются наглухо. У больных контрольной и основной группы в конце операции в анальный канал вводили турунду с мазью Вишневского. В последующем перевязки выполнялись ежедневно, после проведения туалета ран анального канала, в него вводили турунду с офлокаиновой мазью и линиментом Вишневского. На третьи сутки (начало фазы регенерации и пролиферации) больным основной группы во время перевязки вводили в анальный канал КГ. Больные в обеих группах получали идентичное лечение; имели аналогичные показания к назначению анальгезирующей терапии. Антибиотики при неосложненном течении послеоперационного периода не назначались.

Контроль эффективности лечения ран осуществлялся на основании динамики течения раневого процесса и данных об общем состоянии больных. С целью объективизации контроля заживления ран проводилось цитологическое исследование.

Цитологическое исследование проводилось методом поверхностной биопсии по М. Ф. Камаеву: материал получали посредством легкого соскоба поверхностного слоя раны между швами или краями слизистой анального канала [7]. Соскоб осуществлялся ложкой Фолькмана, материал тонким слоем наносили на высушенное предметное стекло, сушили и окрашивали по Романовскому. Обследовано по 25 человек из каждой группы больных. Для оценки течения послеоперационного периода клинические симптомы, отражающие состояние раны и больного, оценивали в баллах.

Бальная система позволила с большей объективностью оценить течение послеоперационного периода. Вследствие малого количества больных в группах сравнения статистическая обработка материала не проводилась.

Оценка течения послеоперационного периода проводилась ежедневно и включала данные:

1) Болевой синдром. Интенсивность его определялась потребностью введения больным анальгезирующих препаратов. Из наркотических медикаментов применяли по 1,0 мл 1% р-ра морфина, из ненаркотических анальгетиков – 100 мг кетонала. Введение 1 мл морфина оценивали в 2 балла, кетонала в 1 балл. От интенсивности болевого синдрома зависело количество введенных анальгетиков. Наркотические анальгетики, как правило, регулярно вводились только в первые сутки после операции. В последующем вводились ненаркотические анальгетики при наличии

болевого синдрому. При его отсутствии анальгетики не вводились, и в этих случаях состояние оценивалось как 0 баллов.

2) Гипертермия. Фебрильная температура тела оценивалась в 2 балла, субфебрильная – 1 балл, нормальная температура – 0.

3) Переносимость мази – боли после перевязки усилились – 2 балла, не изменились – 1 балл, уменьшились или стихли – 0.

4) Состояние раны анального канала. При наличии отека слизистой анального канала и перианальной области рана оценивалась в 3 балла, отеке только слизистой анального канала – 2 балла, отсутствие отека 1 балл. При возникновении нагноения ран анального канала – 4 балла. Эти данные ежедневно заносились в карту наблюдения за больным в послеоперационном периоде.

Результаты исследования

При исследовании цитологии раневого соскоба на 2 сутки послеоперационного периода в обеих группах больных преобладали полиморфноядерные лейкоциты с нечеткими контурами и резкой вакуолизацией цитоплазмы, ядра клеток неправильной формы, набухшие, распавшиеся на отдельные сегменты. Лейкоциты в обеих группах составляли 94–99% от всего количества клеточных элементов. Из других клеток встречались лимфоциты, крайне редко эозинофилы и эпителиальные клетки. Плазматических клеток и фибробластов не было обнаружено ни у одного больного. Морфологические изменения со стороны ран были одинаковыми в обеих группах: отек краев раны, инфильтрация, переходящая на слизистую анального канала, наличие кровяных сгустков на поверхности ран.

На 5 сутки лечения в обеих группах также преобладали лейкоциты, но они имели более четкие контуры, нормальную структуру ядер. В основной группе фибробласты были обнаружены у 20,0% больных, в контрольной – у 12,0%, плазматические клетки – у 28,0% больных основной

и 16,0% больных контрольной групп. Количество эозинофилов, моноцитов и лимфоцитов было примерно одинаково в обеих группах. К этому времени отек краев ран и слизистой анального канала значительно уменьшался, и у 12 больных основной и 7 человек контрольной группы были видны островки грануляционной ткани.

На 8 сутки послеоперационного периода в мазках обеих групп по-прежнему преобладали лейкоциты 89–99%, но плазматические клетки и фибробласты, т. е. клетки, определяющие репаративные процессы в ране, присутствовали у 76% человек основной и у 68% больных контрольной групп. Раны имели вид узкой полоски, заполненной островками грануляций, которые покрывали всю раневую поверхность. Отсутствовала инфильтрация краев раны. Заживление раны по типу первичного натяжения в основной группе отмечено у 56% обследуемых, и у 40% в контрольной группе.

Таким образом, проведенное клинико-цитологическое сравнение течения заживления ран показало, что репаративные процессы в ране возникают раньше и у большей части больных, получающих КГ (табл. 1).

В таблице 1 показана оценка состояния больных сравниваемых групп в баллах, в зависимости от сроков послеоперационного периода. Видно, что с 3 суток послеоперационного периода у больных, которым лечение проводилось КГ, сумма баллов, отражающих болевой синдром, температурную реакцию, состояние раны и переносимость лекарственного препарата меньше, чем у больных, получающих традиционное лечение.

Анализ бактериологических исследований подтвердил, что раны анального канала после геморроидэктомии всегда бактериально загрязнены. Структура микробных агентов у больных обеих групп была представлена бактериями семейства Enterobacteriaceae – E. coli (42,3%), Citrobacter (5,8%), Klebsiella (11,5%), Enterobacter (17,3%), и представителем группы неферментирующих грамотрицательных бак-

Таблица 1

Оценка состояния больных в послеоперационном периоде в сравниваемых группах (в баллах)

	гр.	Сутки								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Боли	о	8,22	6,12	5,36	3,74	2,44	0,66	0,64	0,18	0,15
	к	8,88	5,58	4,77	4,45	3,96	2,32	1,26	0,68	0,62
t тела	о	1,48	1,36	0,72	0,52	0,22	0,20	0,20	0,13	0,10
	к	1,52	1,36	0,96	0,68	0,58	0,48	0,34	0,28	0,16
Отек раны	о	2,86	2,82	2,43	2,26	1,63	1,45	1,24	1,18	1,12
	к	2,84	2,85	2,67	2,38	2,18	1,76	1,56	1,42	1,32
Переносимость мази	о	1,55	1,17	0,88	1,00	0,32	0,36	0,36	0,16	0,18
	к	1,65	1,42	1,00	0,96	0,64	0,60	0,48	0,26	0,12
Сумма баллов	о	14,11	11,47	9,39	7,52	4,61	2,67	2,44	1,65	1,55
	к	14,89	11,21	9,40	8,47	7,36	5,16	3,64	2,64	2,22

Примечание: О – основная группа, К – контрольная группа

терий *Pseudomonas* (13,5%). Значительно реже высевались кожный стафилококк (3,8%) и фекальный стрептококк (3,8%). Отличий в качественном составе микрофлоры в основной и контрольной группе отмечено не было.

На вторые сутки послеоперационного периода микробные ассоциации наблюдались в равном проценте случаев у больных основной и контрольной группы. На пятые сутки лечения в основной группе отмечалось снижение микробных ассоциаций до 64%, в контрольной – увеличение до 68%. На 8 сутки исследования количество ассоциаций микробов значительно уменьшилось в обеих группах, но в группе больных, получающих КГ, процент больных, у которых микрофлора была представлена 1 видом, составлял 72%, в группе сравнения – 48%.

Изучение количества бактерий в 1 мл смыва показало высокую инфицированность ран анального канала в послеоперационном периоде. Особенно она высока на 2 сутки, с постепенным снижением на 5 и 8 сутки. В основной группе этот показатель имел более выраженную положительную динамику.

Результаты исследования чувствительности флоры к антибиотикам методом стандартных индикаторных дисков флоры показали отсутствие чувствительности к пенициллину, оксациллину. Низкая чувствительность: к цефазолину (18%), эритромицину (21%), левомицетину (33%), гентамицину (37%), клафорану (42%), карбенициллину (48%). Наиболее чувствительной микрофлора была к ципролету (96%) и фортуму (88%).

Наличие в ранах ассоциаций агрессивной микрофлоры, высоко резистентной к антибиотикам и достигающих высоких концентраций при неосложненном течении раневого процесса, позволяет расценить микрофлору как сапрофитную, условно-патогенную для данного раневого процесса, но, безусловно, влияющую на скорость заживления ран. Более быстрая положительная динамика количественного и качественного состава микрофлоры у больных основной группы является одним из факторов свидетельствующих об эффективности КГ в лечении ран анального канала.

Таким образом, сравнительная оценка эффективности геля Куриозин и офлокаиновой мази с линиментом Вишневского для лечения ран анального канала после геморроидэктомии показала более выраженную эффективность геля Куриозин. Благодаря использованию КГ среднее время лечения больных в послеоперационном периоде после геморроидэктомии сократилось на 2,1 дня в сравнении со сроками традиционного лечения больных офлокаиновой мазью с линиментом Вишневского.

Выводы

1. Куриозин гель при лечении ран анального канала обеспечивает анальгезирующий эффект, ускоряет репаративные процессы в ране, хорошо переносится больными.

2. Куриозин гель может быть рекомендован для лечения ран анального канала после геморроидэктомии у больных с синдромом НСДСТ.

Литература

1. Воробьев Г. И., Благодарный Л. А.. Хирургия. – 1999, № 10. – С.72–74
2. Костина Г., Рындаева Н. Использование гиалуроновой кислоты в медицине и косметологии. Научный альманах «Косметика и медицина» 1999; 2–3: 53–57.
3. Кошевенко Ю. Н. Кожа человека. М: Медицина 2006; 2: 227–315.
4. Кузин М. И., Костюченко Б. М. Раны и раневая инфекция. – М., 1990. –591с.
5. Озерская О. С. Рубцы кожи и их дерматокосметологическая коррекция. СПб 2007; 25–45.
6. Таганов А. В. Морфологические отличия тканей гипертрофических и келоидных рубцов. Актуальные вопросы дерматологии и венерологии. Сборник трудов юбил. конф. МЛ 1997; 114–117.
7. Фенчин К. М. Заживление ран. – Киев, 1979. – 197с
8. Adzick N. S., Longaker M. N. Scarless fetal healing. Therapeutic implication Ann Surg 1992; 21(1): 3–7.

ЛІКУВАННЯ РАН ПІСЛЯ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ СИСТЕМНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Міліца М. М., Бакуменко В. П.

ГУ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета дослідження. Оцінка ефективності препарату Куриозин гель у лікуванні післяопераційних ран анального каналу у хворих на тлі НСДСТ.

Матеріал і методи дослідження. Ефективність КГ в лікуванні ран анального каналу вивчена у 25 хворих з синдромом НСДСТ перенесли операцію геморроїдектомії методу Миллиган-Моргана в 2-й

модифікації НДІ проктології.

Результати. Контроль ефективності лікування ран здійснювався на підставі динаміки перебігу ранового процесу. На 5 добу лікування в основній групі фібробласти були виявлені у 5(20,0%) хворих, в контрольній – у 3(12,0%), плазматичні клітини – у 7(28,0%) хворих основної та 4(16, 0%) хворих контрольної груп. У 13 хворих основної та 7 осіб контрольної групи було видно острівці грануляційної тканини. На 8 добу післяопераційного періоду в мазках відзначені клітини, що визначають репаративні процеси в рані у 20(80%) людина основної та у 17(68%) хворих контрольної груп. Загоєння рани за типом первинного натягу в основній групі відзначено у 15(60%) обстежуваних, і у 10(40%) в контрольній групі.

Висновки. Куріозін гель при лікуванні ран анального каналу забезпечує анальгезуючий ефект, прискорює репаративні процеси в рані, добре переноситься хворими. Включення Куріозін гелю для лікування ран анального каналу після геморроїдектомії може бути рекомендовано хворим з синдромом НСДСТ.

Ключові слова: геморроїдектомія, колагенові волокна, рановий процес, синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

WOUND HEALING AFTER HEMORRHOIDECTOMY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC UNDIFFERENTIATED DYSPLASIA SYNDROME, CONNECTIVE TISSUE

Militca N. N. Bakumenko V. P.

SI "Zaporozh'ye Medical Academy of Postgraduate Education MOH "

Aim of investigation. Evaluation of efficacy in the treatment gel Kuriozin postoperative wounds in patients with anal canal against the NSDST.

Materials and methods. The effectiveness of CT in the treatment of wounds anal canal was studied in 25 patients with the syndrome NSDST undergoing surgery hemorrhoidectomy method of Milligan-Morgan in the 2nd modification Institute of Proctology.

Results. Monitoring the effectiveness of treatment of wounds carried – Xia under the dynamics of the wound process. On the 5th day of treatment in the study group fibroblasts were found in 5(20,0%) patients in the control group – in 3(12,0%), plasma cells – in 7 (28,0%) patients with primary and 4(16, 0%) patients in the control group. In 13 patients of 7 persons and the control group – Noah could see the islands of granulation tissue. On the 8th day of the postoperative period marked cells in smears, defining the reparative processes in the wound in 20(80%) had primary and 17 patients (68%) patients in the control group. Wound healing by type of primary tension in the intervention group was observed in 15(60%) subjects, and in 10(40%) in the control group.

Conclusions. Kuriozin gel in the treatment of wounds anal canal provides the analgesic effect, accelerates the repair processes in the wound, well-tolerated by patients. Inclusion kuriozin gel for treatment of wounds after hemorrhoidectomy anal canal may be recommended for patients with the syndrome NSDST.

Keywords: hemorrhoidectomy, collagen fibers of the wound process syndrome, undifferentiated connective tissue dysplasia.