

рациях на промежности, а также уточнения и облегчения диагностики при первичном осмотре пациента. КА, являясь разновидностью эпидуральной анестезии, относительно безопасна и не сложна в техническом исполнении. Суть ее заключается в том, что анестетик через крестцово-копчиковую связку вводится в эпидурально-крестцовое пространство. Производится укол в месте соединения копчика и крестца с введением в каудальное пространство раствора лидокаина. Количество вводимого лидокаина зависит от целей. С целью уточнения диагностики, особенно при сильных болях, выраженном спазме, при анальной трещине, остром парапроктите, сложных свищах и других, вводится 1% раствор лидокаина в количестве 10-15 мл, что позволяет комфортно в условиях релаксированной и обезболенной промежности осмотреть пациента. С целью интраоперационного обезболивания при оперативных вмешательствах вводится 1% раствор лидокаина в количестве 20-30 мл. Этого объема достаточно для проведения проктологических операций длительностью до 1 часа. При более длительных вмешательствах вместо лидокаина при КА используется нарופן. В послеоперационном периоде КА полностью снимает боли на 1,5-2 часа при использовании лидокаина, при введении же наропина полное отсутствие послеоперационных болей отмечается в течение 5-7 часов.

С 2002 года по настоящее время нами было проведено свыше 15 тысяч каудальных анестезий. Из них свыше 6,5 тысяч – с целью обезболивания при операциях на промежности, включая ректоцистоцеле, около 4,5 тысяч – с целью первичной диагностики и с целью послеоперационного обезболивания – около 4 тысяч манипуляций. Осложнения (до 15%) имелись в первые годы освоения методики (гипотония, судорожный синдром, конвульсии при попадании иглы в сосуд, гематома в месте инъекции). За последние 13 лет подобных осложнений не отмечено. Отсутствие блока или неполный блок в первые годы освоения КА отмечался в 12% случаев, на сегодняшний день он составляет 2%. Владение техникой КА в значительной мере облегчает работу колопроктолога, позволяя точнее устанавливать диагноз, проводить оперативные вмешательства и обезболивать пациентов в послеоперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ ФЛЕБОТОНИКОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЕМОРРОЕМ

Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить клиническую эффективность применения флеботоников в комплексном лечении больных острым геморроем.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Клинические наблюдения составили 293 пациента острым геморроем, находившихся на амбулаторном лечении в период с 2012 по 2017 гг. Все больные были разделены на две группы: I группа (контрольная) – 145 пациентов, которые получили стандартный курс медикаментозной терапии без назначения венотоников; II группа (основная) – 148 пациентов, получавших стандартный курс лечения геморроя с дополнительным использованием венотонизирующего препарата «Детралекс» (по 2 таб. 3 раза в сутки). При оценке результатов лечения у пациентов исследуемых групп с помощью стандартных визуально-аналоговых балльных шкал в сравнительном аспекте учитывали следующие клинические показатели: наличие и степень тромбоза, выраженность боле-

вого синдрома и отека. В образцах плазмы крови определяли уровни провоспалительных цитокинов IL-6 и FNO-α и концентрацию С-реактивного белка (СРБ).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Установлено, что у пациентов II группы, получавших препарат «Детралекс», частота тромбозов была существенно ниже, чем у больных I группы и составила, соответственно, 22,3% и 46,2%. При этом у больных II группы выраженность тромбоза (2,5±0,5 баллов) и отека (2,0±0,5 баллов) была достоверно меньше по сравнению с пациентами I группы (соответственно, 3,6±1,2 и 4,6±1,1 баллов). У пациентов II группы болевой синдром был купирован на 4,2±1,1 сутки, тогда как у больных I группы – лишь на 7,2±1,1 сутки. При этом выраженность болевого синдрома у пациентов II группы оценивалась ниже (1,4±0,3 баллов), чем у больных I группы (3,5±0,5 баллов). Кроме того, у пациентов II группы, получавших препарат «Детралекс», уровни IL-6, FNO-α и концентрация СРБ в плазме крови были достоверно ниже по сравнению с аналогичными значениями в I группе больных.

ВЫВОДЫ. Применение препарата «Детралекс» (микронизированной очищенной флавоноидной фракции) в комплексном лечении острого геморроя способствует более быстрому регрессу отека и воспаления, уменьшению выраженности тромбоза геморроидальных узлов, купированию болевого синдрома, что позволяет улучшить результаты лечения этой категории больных.

ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ СФИНКТЕРОСПАЗМОМ

Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения анальной трещины, осложненной сфинктероспазмом. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ результатов лечения 114 пациентов с анальной трещиной, осложненной сфинктероспазмом. Объективная оценка тонуса анального сфинктера осуществлялась путем сфинктерометрии. Все больные были разделены на две группы. У 50 больных (I группа) в лечении использовали стандартную консервативную терапию, а также выполняли иссечение анальной трещины аппаратом «сургитрон». При необходимости больным производили дозированную боковую сфинктеротомию. У 64 пациентов (II группа) в лечении дополнительно применяли PRP-терапию. У этих больных на первом этапе лечения осуществляли введение аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (Platelet Rich Plasma) во внутренний и наружный сфинктеры. На втором этапе лечения пациентам выполняли иссечение анальной трещины.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У больных II группы отсутствие рецидива заболевания через 6 месяцев после лечения отмечено у 62 (96,9%) пациентов, тогда как в I группе больных рецидив анальной трещины наблюдался в 12 (24,0%) случаях. При этом у больных II группы, по сравнению с I группой, вдвое сокращались сроки заживления раны анального канала (соответственно, 29,4±2,8 и 60,1±5,3 дней) и наблюдалось более раннее восстановление трудоспособности пациентов после операции (соответственно, 2,1±0,4 и 9,4±1,8 сутки). У больных II группы в динамике лечения отмечалось снижение исходных значений среднего давления покоя (с 98,1±15,4 до 48,1±9,8 мм рт. ст.) и среднего давления при волевом сокращении (с 134,2±21,5 до 85,2±13,6 мм рт. ст.), что свидетельствовало о ликвидации сфинктероспазма. У пациентов I группы наблю-