

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

АУТОПЛАЗМА И АУТОПЛАЗМОГЕЛЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ И ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Багдасарян Л.К., Титов А.Ю.,
Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия
МЦ «КДС Клиник», отделение колопроктологии,
г. Москва, Россия

Предлагается способ лечения острой анальной трещины (ОАТ) и длительно незаживающих ран анального канала (ДНРАК), в основе которого заложен восстанавливающий эффект богатой тромбоцитами аутоплазмы (АП) и аутоплазмогеля (АПГ), насыщенной озоном, вводимая в проблемные места посредством инъекций. Подобные блокады активизирует функционирование клеток соединительной ткани, запускают биологический механизм, стимулирующий заживление ран (патент РФ № 25558995 и № 2578853). Производится забор крови из вены больного. Последняя центрифугируется в моноветях с разделительным гелем в течение 5 минут со скоростью 3200 об/мин. Полученную плазму (2,5-3 мл), обогащенную тромбоцитами, в течение 3-х минут барботируют озоно-кислородной смесью 10000 мг/л и помещают в термостат еще на 5 минут, после чего плазма переводится в её гелевую форму. Далее – под местной или каудальной анестезией полученная АП (АПГ) вводится под трещину. При наличии спазма сфинктера заднего прохода назначаются мази типа нифедипина, дилтиазема, нитроглицерина, либо производится дивульсия ректальным зеркалом, либо конусо (пневмо) дивульсия. В комплекс последующего лечения входят традиционные методы борьбы с запорами, свечи, тепловые процедуры, гигиенические мероприятия. С сентября 2013 по декабрь 2015 года под наблюдением находилось 94 пациента с ОАТ. На фоне обычной терапии производилась инъекция АП или АПГ под трещину (от 1 до 8 процедур с интервалом в 5-7 дней). У 84 (89,4%) пациентов ОАТ зажила. Из них у 80% оказалось достаточным проведение 1-2 блокад АП (АПГ), при этом сроки лечения оказались вдвое меньше, чем при традиционном лечении пациентов, пролеченных до 2013 года. Улучшение не наступило у 10 (10,6%) больных – большинство из них в последующем были оперированы.

За этот же период проведено аналогичное лечение у 44 пациентов с ДНРАК. Основные причины развития ДНРАК – это состояния после иссечения анальной трещины и геморроидэктомии. Из особенностей течения – отсутствие спазма анального сфинктера и «глубокая» локализация ДНРАК на уровне зубчатой линии. Количество инъекций АП (АПГ) у 29 (66%) пациентов было от 2 до 4, у 15 (34%) от 5 до 9. Самое упорное течение было у 13 (30%), сроки лечения которых растянулись до 10 месяцев. Помимо нормализации стула в комплекс лечебных мероприятий входили антибактериальные мази: стелланин ПЭГ офломелид, аргосульфат, микроклизмы с метронидазолом, инфузии актовегина, актинолизата. Проводилась озонотерапия, ВЛОК, магнитотерапия. При необходимости – кюретаж и фульгурация раны. Блокады аутоплазмой проводились курсами по 4-5 блокад с интервалом в 1-2 месяца. Полностью выздоровели 37 (84%) из 44 пациентов. Повторно оперированы 4 пациента,

судьба 3-х неизвестна.

Блокады АП или АПГ, барботированные озоно-кислородной смесью при ОАТ и ДНРАК служат серьезным подспорьем при лечении этих заболеваний.

ЗАКРЫТАЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ С ГОФРИРУЮЩИМИ ШВАМИ

Багдасарян Л.К., Титов А.Ю.,
Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия
МЦ «КДС Клиник», колопроктологическое отделение,
г. Москва, Россия

Предлагается вариант гибридной операции: геморроидэктомия и дезартеризация с лифтингом (патент РФ № 2544455). Вместо аноскопа используется зеркало Симса (№ 3-5), что удешевляет и облегчает операцию. При наличии у пациента спазма сфинктера, что подтверждается проведением сфинктерометрии, проводится контролируемая дивульсия анального канала специальным конусообразным устройством в течение 30 секунд. На ложе узла выше его основания под контролем доплерометрии накладывается Z-образный шов викрилом 2-0 (якорь). Узел завязывается, обе нити не отсекаются. Той же нитью изнутри кнаружи узел прошивается обвивным гофрирующим швом с поэтапным завязыванием его к зоне дезартеризации узла в проксимальной части анального канала, проводя по ходу прошивания экономное иссечение узла до зубчатой линии. Каждое очередное завязывание швов производится после наложения 3-х обвивных непрерывных швов. Ложе узла вместе со слизистой анального канала постепенно подтягивается к его основанию, что позволяет «низвести» наружный геморроидальный компонент вовнутрь в проксимальном направлении и уменьшить объем удаляемой ткани в периаанальной области. Выступающий небольшой компонент наружного геморроидального узла иссекается лепесткообразными разрезами в радиальном направлении без или с ушиванием раны внутрикожными швами (кетгут 4-0 или 5-0). Раны в периаанальной области даже при выраженных наружных узлах получают не длиннее 0,5-1 см. Анальный канал после завершения операции не тампонируется. За 6 месяцев с ноября 2013 по декабрь 2015 года по поводу геморроя 2-4 стадии всего было оперировано 298 пациентов. Время нахождения в стационаре – 6-24 часа. Потеря трудоспособности, в среднем, от 3 до 10 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Кровотечение – не было ни в одном случае, стриктура – 2, слабость – 1, длительно незаживающие раны анального канала – 5. Вмешательство характеризуется отсутствием культи в анальном канале, уменьшением объема удаляемого наружного компонента, внутрикожными швами в периаанальной зоне. Вышеперечисленное в сочетании с проведением контролируемой конусодивульсии у ряда пациентов способствует профилактике послеоперационного спазма и обеспечивает невыраженный послеоперационный болевой синдром, что позволяет отпускать больных домой в первые сутки после операции.