

3. Краснополский В. И., Иоселиани М. Н., Рижинашвили И. Д. и соавт. Возможности и перспективы малоинвазивных методов коррекции стрессового недержания мочи // Вест. рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999; 3: 20–23.

4. Кремлинг Х., Лутцайтер В., Хайнтц Р. Гинекологическая урология и нефрология. – М.: Медицина, 1985. – 516 с.

5. Лоран О. Б., Серегин А. В., Синякова Л. А. и соавт. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза. Пособие для врачей. – М., 2006. – 43 с.

6. Лузина Л. В., Ящук А. Г., Абулхаирова О. С. Хирургическое лечение пролапса гениталий с использованием биоинертных материалов // Мать и дитя в Кузбассе. – 2005; 4 (23): 15–16.

7. Рижинашвили И. Д., Аристов А. С. Корректирующий метод лечения при выпадениях матки и влагалища с применением апоневротического лоскута и его результаты // Диагностика и реконструктивно-хирургические методы лечения заболеваний репродуктивной системы женщины. – М., 1998. – С. 55–58.

8. Шамов Д. А. «Свободная» синтетическая петля в оперативном лечении стрессового недержания мочи у женщин. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 163 с.

9. Chien G. W., Tawadroas M. et al. Surgical treatment for stress urinary incontinence with urethral hypermobility: what is the best approach? // World J. Urol. – 2002; 20 (4): 234–239.

10. Falconer C. New and simplified vaginal approach for correction of urinary stress incontinence in women // NeuroUrol. Urodyn. – 1995; 14 (4): 365–370.

11. Farrow G. A., Morgan J. E., Heritz D. Marlex sling for recurrence stress urinary incontinence: late results // J. Urol. – 1993; 149 (4): 291.

12. Ingelman – Sundberg A. Urge incontinence in women // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 1975; 54: 153–156.

13. McGuire E. J. Active and passive factors in urethral continence function // Int Urogynecol. J. – 1992; 3: 54–60.

14. Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk factors for genital prolapse in non-hysterectomized women around menopause, results from a large cross-sectional study in menopausal clinics in Italy // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2000; 93: 125–140.

## ЛЕЧЕНИЕ РАН ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

**С. Фролов**, доктор медицинских наук,

**С. Нехрикова**, кандидат медицинских наук,

**Л. Максимова**, кандидат медицинских наук,

**Т. Корнева**, кандидат биологических наук,

Государственный научный центр колопроктологии  
Федерального агентства по высокотехнологичной  
медицинской помощи, Москва

Лечение ран после геморроидэктомии – одна из сложных проблем колопроктологии. Оперативные вмешательства при геморрое выполняются на фоне хронического воспаления в тканях, кроме того, происходит постоянное бактериальное обсеменение послеоперационных ран [1–8]. И даже при отсутствии клинических проявлений воспалительных осложнений небольшие по объему оперативные вмешательства приводят к замедлению репаративных процессов и достаточно длительной потере трудоспособности [2, 3, 6, 9, 10].

Нами было проведено открытое рандомизированное исследование с целью разработки мероприятий по ускорению репаративных процессов и сокращению сроков лечения пациентов после геморроидэктомии.

Исследование проведено у 206 больных, оперированных в 2005–2007 гг. в Государственном научном центре колопроктологии по поводу геморроя III–IV стадии. В основную группу (102 больных) вошли пациенты, получавшие в качестве местного лечения в послеоперационном периоде иммунобиологический препарат **Постеризан** в виде мазевой основы, который содержит (в пересчете на 1 г) в качестве активного действующего вещества микробные тела и продукты метаболизма 330 млн убитых бактерий кишечной палочки. Механизм действия Постеризана основан на усилении естественных защитных сил кожи и слизистых оболочек. При нанесении мази на раневую поверхность суспензия культуры бактерий (СКБ), входящая в состав препарата, действует как антиген и включает процессы местной иммунизации. При этом происходят уменьшение воспаления (торможение выделения гистамина), ускорение заживления ран и стимуляция биологической регенерации.

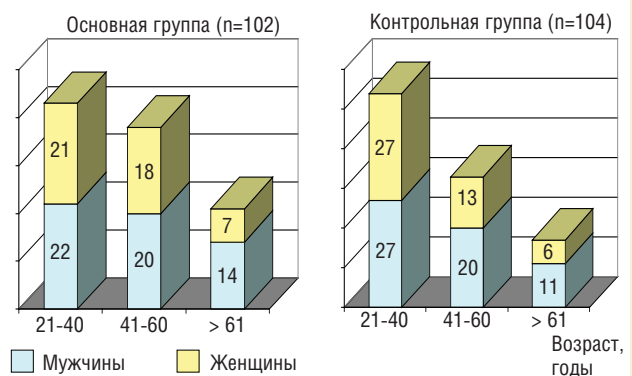


Рис. 1. Распределение пациентов основной и контрольной групп по полу и возрасту

нерации ткани (индукция цитокинов), защита от реинфекции и суперинфекции (непрямой противомикробный эффект).

Больным контрольной группы (104 человека) назначалась традиционная терапия – повязки с водорастворимыми мазями (левосином и левомеколем).

По полу и возрасту группы существенно не различались (рис. 1). Так, в основной группе было 56 мужчин и 46 женщин в возрасте от 21 года до 64 лет (в среднем –  $40,5 \pm 2,1$  года), в контрольной – 58 мужчин и 46 женщин в возрасте от 19 до 65 лет (в среднем –  $39,3 \pm 2,3$  года);  $p > 0,05$ .

Группы были сопоставимы также по характеру оперативных вмешательств. В основной группе у 45 (44,1%) пациентов произведена открытая, а у 57 (55,9%) – закрытая геморроидэктомия, в контрольной – соответственно у 43 (41,3%) и 61 (58,7%) больных (рис. 2).

Для объективной оценки эффективности разработанной нами схемы лечения послеоперационных ран проведено комплексное исследование: клинический анализ течения раневого процесса, микробиологические и цитологические исследования.

Анализ клинических данных предусматривал объективную и субъективную оценку течения раневого процесса. Объективно оценивались общие и местные показатели течения раневого процесса, а также частота осложнений у больных основной и контрольной групп. Наблюдение за больными осуществлялось в стационаре и через 7, 14, 21, 28 дней, а в отдельных случаях – через 35 дней и более после выписки.

Микробиологические исследования отделяемого из анального канала выполняли до хирургического вмешательства, а в последующем – на 3-й и 7-й дни после операции.

Ежедневно со 2-го дня после операции проводилось цитологическое изучение раневых отпечатков.

Установлено, что у всех пациентов, вошедших в исследование, общие клинические показатели течения раневого процесса после геморроидэктомии находились в пределах нормы.

Местные показатели – наиболее важные параметры течения раневого процесса: 1-я фаза раневого процесса – воспалительная раневая реакция; 2-я фаза – репарации (появление и наиболее полное развитие грануляций); начало 3-й фазы – появление краевой эпителизации и ее завершение с образованием соединительнотканного рубца – достоверно различались у пациентов основной и контрольной группы.

Динамика воспалительной раневой реакции оценивалась следующим образом: положительная (+) – быстрое стихание воспаления, когда очищение раны происходило на 4-й день после операции; удовлетворительная ( $\pm$ ) – более постепенное уменьшение признаков воспаления, когда налет фибрина и участки коагуляционного некроза сохранялись до 5–6-го дня; неудовлетворительная (-) – если воспалительные процессы продолжались более 6 дней.

Так же оценивали и интенсивность репарации. Активной (+) фаза репарации считалась, если первые грануляции появились на 3-й день после операции, а их максимальное коли-

чество – одновременно с краевой эпителизацией – на 6–7-й день. При удовлетворительной репарации ( $\pm$ ) появление грануляций отмечалось на 4–5-й день после оперативного вмешательства, а их наиболее полное развитие – на 8–9-й день. Появление же грануляций позже, чем на 5-й день, а их максимального количества – на 10-й день и позже расценивалось как замедленное течение 2-й фазы (-).

У 58 (56,9%) больных основной группы (у 26,5% после открытой и у 30,4% после закрытой геморроидэктомии) динамика воспалительной раневой реакции была положительной. Напротив, у 55 (52,8%) пациентов контрольной группы (у 26% после открытой и у 26,9% после закрытой геморроидэктомии) не было отмечено существенной положительной динамики ( $p < 0,05$ ; рис. 3).

Достоверные различия между группами выявлялись и при оценке репаративных процессов. Так, активная репарация наблюдалась у 51 (50%) больного основной группы. У 48 (46,2%) пациентов контрольной группы репарация была замедленной. Достоверных различий у больных в зависимости от характера оперативных вмешательств отмечено не было.

При анализе завершения 3-й фазы раневого процесса – фазы рубцевания – установлено, что в основной группе заживление раны с образованием рубца происходило в среднем на  $21,4 \pm 1,63$  дня после операции (на  $17,4 \pm 1,9$  дня после закрытой и на  $26,8 \pm 3,4$  дня после открытой геморроидэктомии), тогда как в контроле – на  $29,5 \pm 1,89$  дня после операции (на  $24,5 \pm 1,9$  дня после закрытой и на  $35,2 \pm 3,5$  дня после открытой геморроидэктомии;  $p < 0,05$ ).

При цитологических исследованиях у всех больных оценивали так же, как и при клиническом анализе течения раневого процесса, динамику воспалительной раневой реакции, интенсивность репарации и, кроме того, активность фагоцитоза.

Фагоцитарную реакцию оценивали как активную (+), если при подсчете лейкоцитов более чем в половине клеток из 100 наблюдалось внутриклеточное расположение микроорганизмов, частично или полностью переваренных. Удовлетворительный фагоцитоз ( $\pm$ ) соответствовал 20–50% фагоцитирующих клеток; наряду с полностью и частично переваренной встречалась и непереваренная микрофлора. Если внутриклеточное поглощение микробов наблюдалось менее чем в 20% нейтрофилов, причем микроорганизмы, как правило, были непереваренные или с признаками частичного переваривания, фагоцитоз считался слабовыраженным (-) – рис. 4.

Результаты цитологических исследований полностью коррелировали с данными клинического анализа течения раневого процесса. Так, по данным цитологических исследова-

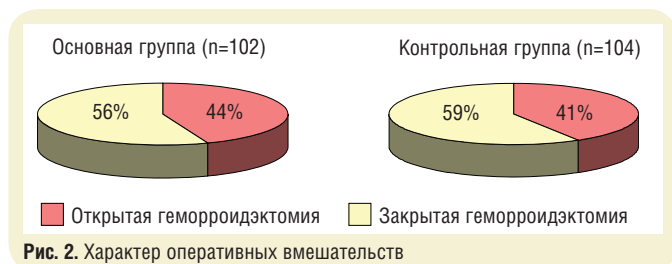


Рис. 2. Характер оперативных вмешательств

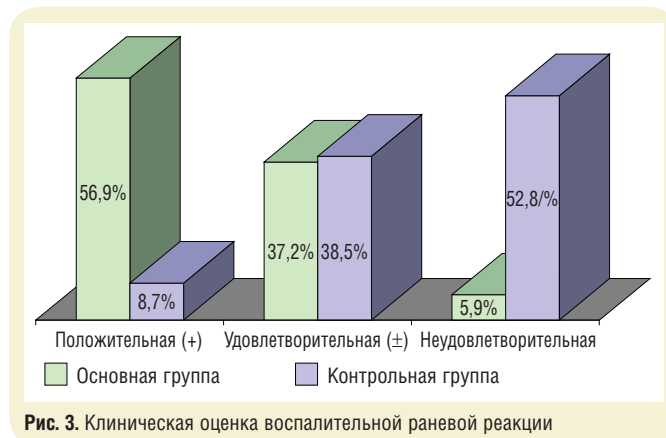


Рис. 3. Клиническая оценка воспалительной раневой реакции

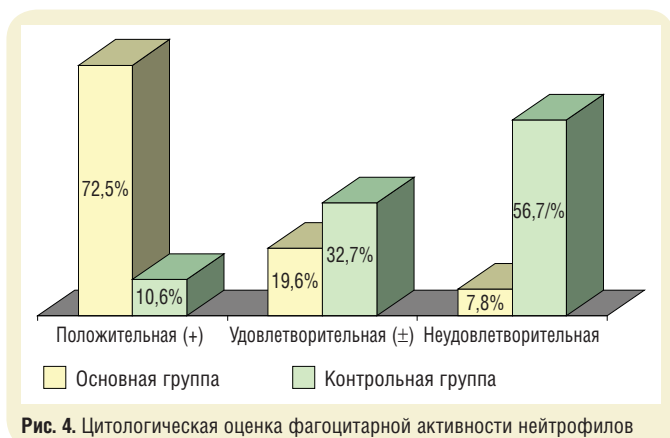


Рис. 4. Цитологическая оценка фагоцитарной активности нейтрофилов

ний, у 41 (40,2%) больного основной группы динамика воспалительной раневой реакции была положительной, в то время как в контрольной группе у 71 (68,3%) пациента таковой не отмечено. Оценка результатов цитологического изучения интенсивности репарации показала, что активная репарация наблюдалась у 42 (41,2%) больных основной группы и только у 13 (12,5%) – контрольной ( $p < 0,05$ ).

В основной группе активный фагоцитоз наблюдался в 74 (72,5%) случаях, тогда как в контрольной – только в 10,6%, ( $p < 0,05$ ; см. рис. 4).

Данные клинических и цитологических исследований подтверждались результатами микробиологических исследований. У всех больных основной и контрольной групп в предоперационном периоде из анального канала высеивались различные микроорганизмы, среди которых преобладали (41,3%) энтерококки (табл. 1).

На 3-й день после операции на фоне лечения Постеризаном мы добились наиболее благоприятных условий для заживления ран. У пациентов основной группы отсутствовал рост золотистых стафилококков, а фекальные стрептококки встречались в 40 (39,2%) наблюдениях. У 9 (8,7%) пациентов контрольной группы высеивались золотистые стафилококки и более чем у половины больных – у 68 (65,4%) – определялись энтерококки. Ассоциации 2 микроорганизмов у пациентов основной группы встречались лишь в 7 (6,9%) случаях, тогда как в контрольной группе ассоциации 2 и более микроорганизмов обнаруживались у 41 (39,4%) больного ( $p < 0,05$  – табл. 2).

У больных контрольной группы на 7-й день после операции по-прежнему прослеживалась тенденция к увеличению частоты встречаемости некоторых микроорганизмов по сравнению с та-

Таблица 1  
Микрофлора отделяемого у больных геморроем до операции (n=206)

Микроорганизмы	Частота		Количество (в 1 мл) I g
	абс.	%	
Эшерихии	65	31,6	5,8
Протеи	8	3,9	5
Синегнойные бактерии	13	6,3	5,1
Фекальные стрептококки (энтерококки)	86	41,7	4,2
Золотистые стафилококки	39	18,9	5,4
Гемолитические стрептококки	15	7,3	4,1
Бактероиды	33	16	
Ассоциации микроорганизмов	53	25,7	
Нет роста	-		

В острых случаях  
**ПОСТЕРИЗАН® форте**  
мазь / суппозитории ректальные:

- облегчает боль
- прекращает зуд
- ликвидирует воспаление
- стимулирует заживление ран, в том числе после операции
- обладает высокой эффективностью



В хронических случаях  
**ПОСТЕРИЗАН®**  
мазь / суппозитории ректальные:

- поддерживает физиологические противовоспалительные эффекты
- стимулирует регенерацию тканей
- предупреждает рецидивы
- не имеет побочных эффектов
- не содержит гормонов и может применяться во время беременности и у маленьких детей



119571, Москва, Ленинский проспект, 148, оф.123-124  
Тел.: (495) 434-5159, (495) 434-6359, (495) 510-2615.  
E-mail: info@esparma-gmbh.ru

Таблица 2  
Микрофлора отделяемого ран после геморроидэктомии в различные сроки после операции

Показатель	3-й день после операции		7-й день после операции	
	основная группа абс. (%)	контрольная группа абс. (%)	основная группа абс. (%)	контрольная группа абс. (%)
Эшерихии	31 (28,4)	38 (36,5)	35 (24,5)	30 (28,8)
Протеи	-	-	-	9 (8,7*)
Синегнойные палочки	-	-	-	12 (11,5*)
Фекальные стрептококки (энтерококки)	40 (39,2*)	68 (65,4*)	37 (27,1*)	62 (59,6*)
Золотистые стафилококки	-	9 (8,7*)	-	8 (7,7*)
Бактероиды	16 (15,7)	23 (22,1)	14 (13,7*)	15 (14,4*)
Гемолитические стрептококки	3 (2,9)	12 (11,5)	4 (3,9)	4 (3,8)
Ассоциации микроорганизмов	7 (6,9*)	41 (39,4*)	2 (1,96*)	36 (34,6*)
Нет роста	19 (18,6*)	-	14 (13,7*)	-

Примечание. Здесь и в табл. 3: \* – достоверность различий при  $p < 0,05$ .

Таблица 3

**Характер послеоперационных осложнений после геморроидэктомии у больных основной и контрольной группы**

Осложнения	Основная группа абс. (%)	Контрольная группа абс. (%)
Нагноение послеоперационной раны	2 (1,96%)	4 (3,8%)
Отек и гиперемия краев раны	–	3 (2,9%)
Инфильтрат	–	5 (4,8%)
Всего	2 (1,96%)*	12 (11,5%)*

ковой в основной группе. У пациентов основной группы и на 7-й день после геморроидэктомии отсутствовал рост золотистых стафилококков, протей и синегнойной палочки. В контрольной группе отмечался рост этих микроорганизмов в 8,7 и 11,5% наблюдений соответственно, при этом возросла частота обнаружения протей и синегнойной палочки по сравнению с фоном (т.е. с предоперационным периодом) — см. табл. 2.

Снижение бактериальной обсемененности послеоперационных ран независимо от характера оперативного вмешательства на фоне Постеризана приводило к снижению воспалительных послеоперационных осложнений: в основной группе они отмечены лишь в 2 (1,96%) случаях, в контрольной — в 12 (11,5%;  $p < 0,05$ ) — табл. 3.

Таким образом, на фоне лечения Постеризаном, который представляет собой СКБ, содержащую (в пересчете на 1 г) 330 млн убитых бактерий кишечной палочки и продуктов их метаболизма, у больных основной группы в послеоперационном периоде достигнуты лучшие результаты, чем в контроле. Благодаря снижению бактериальной обсемененности и стимуляции фагоцитарной реакции нейтрофилов происходило сокращение длительности 1-й фазы раневого процесса и более быстрое появление грануляций.

Период полного заживления ран у пациентов, получавших лечение Постеризаном, составил в среднем всего  $21,4 \pm 1,63$  дня после операции ( $17,4 \pm 1,9$  дня после закрытой и  $26,8 \pm 3,4$  дня — после открытой геморроидэктомии), что достоверно отличалось от такового в контрольной группе:  $29,5 \pm 1,89$  дня ( $24,5 \pm 1,9$  и  $35,2 \pm 3,5$  дня соответственно;  $p < 0,05$ ).

При этом происходило достоверное снижение частоты воспалительных осложнений с 11,5% у пациентов контрольной группы до 1,96% у больных основной группы.

**Литература**

- Белая Ю. А., Белая О. Ф. Вирулентность бактерий и иммунитет // Микробиол. — 1996; 4: 108–111.
- Воробьев А. А., Иноземцева Л. О., Богданова Е. В. Изменения микробиоценоза толстой кишки у больных различными заболеваниями // Вестник РАМН. — 1995; 5: 59–63.
- Воробьев Г. И., Шелыгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой. — М.: Митра-Пресс, 2002. — 192 с.
- Кузин М. И., Костюченко Б. М. Раны и раневая инфекция. — М.: Медицина, 1981. — С. 20–109.
- Кузнецов Н. А., Родоман Г. В. Профилактика и лечение инфекции в хирургии: Методические рекомендации. — М.: РГМУ, 2002. — 75 с.
- Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л., Дульцев Ю. В. Геморрой и другие заболевания заднепроектного канала. — М.: Медицина, 1994. — 240 с.
- Светухин А. М., Амирасланов Ю. А. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы. 50 лекций по хирургии / Под ред. акад. Савельева В. С. — М.: Медиа Медика, 2003. — С. 335–344.
- Abramowitz L., Godeberge P. et al. Recommendations for the treatment of hemorrhoidal disease in clinical practice // Gynecol Obstet Fertil. — 2001; 29 (12): 942–951.
- Carapeti E. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy // Br. J. Surg. — 2001; 88 (11): 669–674, 1547–1548.
- Sohn N., Aronoff J., Cohen F. et al. Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy // Am. J. Surg. — 2001; 182 (5): 515–519.

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПОСЛЕ КОНТУРНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФИЛЛЕРОВ

**Е. Карпова**, кандидат медицинских наук,  
**Е. Борхунова**, доктор медицинских наук,  
Центр пластической и эндоскопической хирургии «Ланцет»  
на базе КБ № 1 УД президента РФ, Москва

Среди поздних осложнений инъекционной контурной пластики гранулематозное воспаление, или гранулема инородного тела, занимает особое положение, что связано с длительностью клинических проявлений процесса, склонностью к хроническому течению (иногда — с многократными рецидивами) и сложностью консервативного воздействия. Согласно концепции G. Williams и W. Williams (1983), гранулематозное воспаление является вариантом хронического воспаления, при котором в воспалительном клеточном инфильтрате преобладают производные моноцитов крови: макрофаги, эпителиоидные и гигантские многоядерные клетки, формирующие ограниченные, компактные скопления — гранулемы, проявляющиеся разнообразием клинических синдромов, вариантами тканевых изменений и неоднородной чувствительностью к терапии [2].

По-видимому, этим объясняется отсутствие единого подхода к лечению гранулематозного воспаления, развивающегося в ответ на введение инородного тела. Так, в немногочисленных работах в качестве эффективных предлагаются как консервативные методики (применение таблетированных форм аллопуринола, инъекции гормонов и цитостатиков), так и хирургическое удаление гранулем [3, 4, 6, 8–11]. Несомненный интерес представляет схема лечения гранулем после введения геля «Дермалайв», предложенная фирмой-производителем в 2004 г. В ней впервые представлен комплекс всех препаратов, предлагаемых для лечения гранулем, систематизированный по этапам лечения. Так, на 1-м этапе рекомендуются таблетированные формы; при отсутствии эффекта лечения реализуют 2-й этап, который заключается в инъекционном введении гормонов в область гранулем. Отсутствие положительной динамики на этом этапе является поводом для введения в область повреждения цитостатиков (3-й этап). В случае неэффективности консервативных методов переходят к 4-му этапу лечения — хирургическому иссечению оставшихся очагов гранулематозного воспаления. Каждый этап лечения продолжается от 2 до 4 мес. Однако данная схема была предложена только для лечения гранулем, возникающих после использования геля «Дермалайв»; в ней отсутствуют дифференцированные клинические показания для применения препаратов на каждом этапе в зависимости