

ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

А.Э.Дорофеев, Т.Д. Звягинцева, Н.В. Харченко
Донецк 2010.

РАЗДЕЛ XVIII ГЕМОРРОИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ

МЕСТНЫЕ ИММУНОСТИМУЛЯТОРЫ (стр. 456)

Интерес к стимуляции местного иммунитета возник в научных кругах после опубликования в 1893 году работы американского хирурга Вильяма Колей (William Coley), который впервые использовал в медицинской практике неочищенный экстракт лизированных бактерий (Колей-токсин), что позволило увеличить на 45% срок пятилетней выживаемости больных со злокачественными опухолями, по сравнению с традиционными для того времени способами лечения. Первые исследования показали, что влияния бактериальных экстрактов и лизатов на организм пациентов реализуется через воздействие на иммунную систему, приводя к клиническому эффекту. Данные препараты были отнесены в отдельную группу иммуностимуляторов и в современной классификации обозначаются как «Иммуномодуляторы микробного происхождения» (ИМП).

Изучая механизм действия ИМП, установлено, что они влияют на иммунную систему иначе, чем вакцины. В отличие от вакцин ИМП не вызывают активации адаптивного иммунного ответа с образованием антиген-специфических в отношении определенного патогена клонов Т- и В-лимфоцитов, а также Т-клеток памяти. Усилению под влиянием ИМП активности Т-эффекторов и В-клеток (возрастание продукции IgA) по временным и количественным параметрам происходит под воздействием активации уже имеющихся зрелых антиген-специфических лимфоцитов, а не путем формирования новых клонов, специализированных в отношении входящих в состав ИМП компонентов. Основной мишенью для ИМП в иммунной системе являются клетки врожденной иммунной системы: мононуклеарные фагоциты, естественные киллеры, В-лимфоциты, полиморфноядерные лейкоциты, эпителиальные и дендритные клетки. Под действием ИМП происходит быстрая активация этих клеток, которая наиболее часто проявляется в виде двух феноменов: возрастании их эффекторного потенциала и продукции цитокинов. Классическим примером ИМП применяемых в проктологии с целью стимуляции местного иммунитета являются препараты «Постеризан» и «Постеризан форте» (компания Dr Kade), выпускаемые в виде свечей и мази. Показаниями для их применения являются заболевания аноректальной области, в частности острый и хронический геморрой, перианальные дерматит или экзема, анальный зуд, анальные трещины, состояния после операций на аноректальной области.

Один грамм мази «Постеризан» содержит экстракт и компоненты клеточной оболочки 330 млн. кишечных палочек (*E. coli*) различных штаммов в 166,7 мг водной суспензии. Один суппозиторий «Постеризан» содержит экстракт и компоненты клеточной оболочки 660 млн. кишечных палочек (*E. coli*) в 387,1 мг водной суспензии. Один грамм мази «Постеризан форте» содержит экстракт и компоненты клеточной оболочки 500 млн. кишечных палочек различных штаммов и 2,5

мг гидрокортизона в 166,7 мг водной суспензии. Один суппозиторий «Постеризан форте» содержит экстракт и компоненты клеточной оболочки 1000 млн. кишечных палочек и 5 мг гидрокортизона в 387,1 мг водной суспензии.

Содержащиеся в «Постеризане» концентрированные липополисахариды клеточных оболочек и метаболиты кишечных палочек различных штаммов, в т.ч. устойчивых к действию антибиотиков и других противомикробных препаратов, при непосредственном контакте со слизистой оболочкой анального канала или кожей аногенитальной области повышают местную резистентность тканей к воздействию патогенной микрофлоры. «Постеризан» стимулирует Т-систему иммунитета, увеличивает фагоцитарную активность лейкоцитов и клеток ретикулоэндотелиальной системы, ряда гуморальных факторов неспецифического иммунитета. В месте воздействия препарат увеличивает фагоцитарную активность клеток системы фагоцитирующих мононуклеаров, усиливает образование антител и стимулирует регенерацию поврежденных тканей, одновременно оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие, уменьшает экссудацию, нормализует проницаемость и тонус кровеносных сосудов. Необходимо отметить, что по сравнению с другими топическими препаратами, применяемыми для лечения острого геморроя, «Постеризан форте» содержит в 2 раза меньше гидрокортизона, который к тому же представлен в виде свободного спирта, лучше растворяемого и усваиваемого тканями по сравнению с ацетатами и карбонатами.

Опыт применения «Постеризана» и «Постеризана-форте» показал его эффективность при лечении как острого, так и хронического геморроя. Под нашим наблюдением находилось 35 пациентов с острым геморроем и 52 больных с I-II стадией хронического геморроя, принимавших «Постеризан». Следует отметить, что при применении «Постеризана» отмечено более быстрое купирование болевого синдрома, которое наступало на 2,7±0,9 дня раньше, чем у пациентов, получавших стандартную терапию. Кроме того, пациенты, получавшие «Постеризан» отмечали исчезновение зуда на 3,4±0,8 дня быстрее, чем больные контрольной группы, а также назначение «Постеризана» приводило к эффективной профилактике ректальных кровотечений у больных с геморроем. Использование «Постеризана» в послеоперационном периоде больных с геморроем способствует скорейшему купированию перианального отека, более ранней эпителизации раневых поверхностей.

Отличительной и значимой особенностью «Постеризана» является тот факт, что данный препарат возможно использовать у беременных (кроме I триместра) и кормящих, когда арсенал фармакотерапии резко ограничен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б., Гаджиев Г.И., Богомедов Ю.В. и соавт. Закрытый метод геморроидэктомии с применением механического шва // Актуальные проблемы колопроктологии. V всероссийская конференция. Тез. докл. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 7 - 8.
2. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. - М.: Триада-Х, 1998. - 496 с.
3. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А. Выбор метода лечения геморроя // Хирургия. 1999. N 8. С. 50 - 55.
4. Воробьев Г.И., Коплотадзе А.М., Бондарев Ю.А. Хирургическая тактика в неотложной проктологии // Хирургия. - 1995. - № 3. - С. 8 - 11.
5. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. - М.: Митра-Пресс, 2002. - 192 с.
6. Генри М., Свош М. Колопроктология и тазовое дно. - М.: Медицина, 1988. -459 с.
7. Даценко Б.М., Арсений И.А., Арсений А.К. Криохирургия в проктологии. - Кишинев: Картя Молдовеняскэ, 1990. - 132 с.
8. Дацун И.Г., Мельман Е.П. Роль гломусных шунтов аноректальных кавернозных телец в механизме развития геморроя // Арх. патол. - 1992. -Т. 54. №8. -С. 28 -31.
9. Дуденко Ф.И., Люлька А.Н., Шидловский И.Н. и др. Лечение геморроя с помощью склерозирующих веществ // Клин. хир. - 1991. - № 2. - С. 27 - 28.
10. Захараши М.П., Пойда О.Л., Мальцев В.М., Криворук М.Л., Яцота А.О. Сучасні принципи діагностики та лікування геморою. Національний медичний університет. - Київ, 2002. - 23 с.
11. Канаметов М.Х. Шовное лигирование терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии в лечении геморроя. Автор. Дис. к. мед. н. - М., 2002. - 18 с.
12. Кондратенко П.Г., Губергриц Н.Б., Элин Ф.Э., Смирнов Л.В. Клиническая колопроктология: Руководство для врачей. - Х.: Факт, 2006. -385 с.
13. Курбонов К.М., Мухабатов Д.К., Даинова Н.М. Ошибки и осложнения в лечении геморроя // Хирургия. - 2001. - № 3. - С. 43-45.
14. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника. - М.: Медицина, 2000.- 234с.
15. Мамчич В.І., Палієнко Р.К., Андрієць В.С. та ін. Лікування гострого геморою з використанням мініінвазивних методик // Хірургія України. -2006. -№ 2.- С. 72-74.
16. Мішалов В.Г., Дібров В.Г., Цема Є.В. Хірургічне лікування геморою // Хірургія України. - 2008. - № 3. - С. 67-86.
17. Нечай И.А., Гончаров Д.Ю. Современные технологии в лечении хронического геморроя. Стационарозамещающие технологии // Амбулаторная хирургия, - 2007. - № 2. - С. 58-62.
18. Никитин А.М., Дульцев Ю.В., Чубаров Ю.Ю. и др. Сравнительная оценка неоперативных методов лечения геморроя // Хирургия. - 1992. -№9-10.-С. 47 -50.
19. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С, Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. - М.: Мед практика, 2001. - 300 с.
20. Савченко Ю.П., Половинкин В.В., Хмелик В.И. Современные технологии оперативного лечения геморроя // Хирургия. - 2002. - № 8. -С. 53 - 57.
21. Соловьев С.Л., Наумов А.И., Коцераба А.Р., Старовидченко А.И. Сравнительная оценка оперативного и консервативного методов лечения геморроя // В кн.: Актуальные проблемы колопроктологии. - Н. Новгород, 1995.-С. 281 -290.
22. Торопов Ю.Д., Згурский В.Г., Сергунов А.К, Пиргоков В.С. Хирургическое лечение геморроя // Клин. хир. - 1991. -№ 2. - С. 29 - 30.
23. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. - М.: Медицина, 1984. -384 с.
24. Хелемендик М.Д. Инъекционно-склерозирующая терапия геморроя // Клин. хир. - 1989. - № 2. - С. 64 - 65.
25. Шабанэ П.А. Оценка криохирургического метода лечения геморроя: Автореф. дисс... к. мед. н. - Киев, 1984. - 18 с.
26. Aigner F, Bodner G., Gmber H., Conrad F, Fritsch H., Margreiter R., Bonatti H. The vascular nature of hemorrhoids // J. Gastrointest. Surg.. - 2006. -№10(7).-P.1044-1150.
27. Altomare D.F., Rinaldi M., La Torre F., Scardigno D., Roveran A., Camiti S., Morea G., Spazzafumo L. Red hot chili pepper and hemorrhoids: the explosion of a myth: results of a prospective, randomized, placebo-controlled, crossovertrial//Dis.ColonRectum.- 2006.-49(7).-P. 1018-1023.
28. Ambrose N.S., Hares M.M., Alexander-Williams J., Keighley M.R. Prospective randomised comparison of photocoagulation and mbber band ligation in treatment of haemorrhoids // Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.) - 1983. -Vol.286,№ 6375.-P. 1389 - 1391.
29. Ambrose N.S., Morris D., Alexander-Williams J., Keighley M.R. A randomized trial of photocoagulation or injection sclerotherapy for the treatment of first- and second-degree hemorrhoids // Dis. Colon Rectum. -1985. - Vol. 28, № 4. - P. 238 - 240.
30. Armstrong D.N., Ambrose W.I., Schertzer M.E. Harmonic scalpel hemorrhoidectomy. Dis. Colon Rcctum, - 2002. - № 45. - P. 354-359.
31. Arullani A., Beiico P., Alloni R. et al. Clinical manifestations and diagnosis of hemorrhoids // Ann. Ital. Chir. - 1995. - Vol. 66, № 6. - P. 751 -756.
32. Battocchio F., Giacchetto F., Baldan M. et al. Conservative therapy of hemorrhoids // Ann. Ital. Chir. - 1995. - Vol. 66, № 6.-P. 761 - 767.
33. Benzoni E., Milan E., Cerato F., Narisetti P., Bresadola V., Terrosii G. Second degree haemorrhoids: patient's satisfaction, immediate and long-term results of rubber band ligation treatment // Minerva Chir. - 2006. - № 61(2). -P. 119-124.
34. Brisinda G. How to treat haemorrhoids // BMJ. - 2000. - Vol. 321. -P. 582 - 583.
35. Brisinda G., Civello I.M., Maria G. Haemorrhoidectomy: painful choice /7 Lancet. - 2000. - Vol. 355. - P. 2253.
36. Bullock N. Impotence after sclerotherapy of haemorrhoids: case report //BMJ.- 1997.-Vol.314.-P. 419.
37. Butters M. Hemorrhoids- etiology, symptoms and therapy // Ther. Umsch. 1997.-Vol.54,№4.-P.185 - 189.
38. Biirsics A, Morvay K, Kupcsilik P, Flautner L Comparison of early and 1-year follow-up results of conventional hemorrhoidectomy and hemorrhoid artery ligation: a randomized study // Int J Colorectal Dis. - 2004 - 19(2). -P.176-80.
39. Chaleoykitti B. Comparative study between multiple and single rubber band ligation in one session for bleeding internal, hemorrhoids: a prospective study // J. Med. Assoc. Thai. - 2002. - Vol. 85. № 3. - P. 345 - 350.
40. Charua Guindic L., Avendano Espinosa O., Hernandez Cazares F. Infrared photocoagulation in the treatment of hemorrhoids // Rev. Gastroenterol. Mex. 1998.-Vol. 63.-№3.-P. 131 - 134.
41. Chia Y. W., Darzi A., Speakman C.T. et al. CO2 laser haemorrhoidectomy -does it alter anorectal function or decrease pain compared to conventional haemorrhoidectomy? // Int. J. Colorectal. Dis. - 1995. - Vol. 10, № 1. - P. 22 -24.