

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Э. В. Ахмедова

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — чл.—кор. НАН Азербайджана проф. Н. Ю. Байрамов)  
Азербайджанского медицинского университета, г. Баку, Республика Азербайджан

## RESULTS OF AN ACUTE THROMBOSIS OF HEMORRHOIDAL NODES TREATMENT

E. V. Akhmedova

Геморрой является наиболее частой причиной обращения пациентов к колопроктологу или колоректальному хирургу [1]. Распространенность его среди взрослого населения превышает 10%, в структуре колопроктологических заболеваний его доля составляет 40%. Предложено множество теорий, объясняющих патогенез геморроя. В 1975 г. W.Thomson предложил теорию, которая обобщила все ранее существовавшие. Доказано наличие в слизистой оболочке заднепроходного канала "анальных валиков", представляющих сосудистые образования, именно выпадение этих валиков является причиной образования геморроя. Разработка этой теории способствовала внедрению в практику патогенетически обоснованных методов хирургического лечения геморроя [2, 3]. Несмотря на большое число исследований, посвященных различным аспектам геморроидальной болезни, многие вопросы лечения геморроя и его осложнений обсуждаются. Одним из частых и наиболее тяжелых осложнений геморроя является ОТГУ. Сегодня мнения хирургов относительно того, является ли хирургическое вмешательство "золотым стандартом" в лечении ОТГУ, разноречивы. Сторонники консервативной тактики считают методом выбора медикаментозную терапию [4]. Свою тактику они обосновывают травматичностью операции в остром периоде, опасностью возникновения восходящего флеботромбоза, тромбоземболии и септических осложнений. Активную хирургическую тактику при ОТГУ запад-

### Реферат

Проанализированы результаты лечения 182 больных по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов (ОТГУ) различной тяжести. У 93 (51,1%) больных (основная группа) применяли активную хирургическую тактику, выполняли срочные, ранние и отсроченные операции. У 89 (48,9%) больных (контрольная группа) применена консервативно—выжидательная тактика. Больные оперированы в сроки 9 — 10 сут после госпитализации. Осложнения в основной группе возникли у 27 (29%) больных, продолжительность их лечения в стационаре 7 — 11 дней. В контрольной группе осложнения выявлены у 27 (30,3%) больных, продолжительность лечения в стационаре от 9 до 28 дней.

**Ключевые слова:** геморрой; тромбоз; геморроидэктомия.

### Abstract

The results of treatment of 182 patients, suffering an acute thrombosis of hemorrhoidal nodes of various severity, were studied. In 93 (51.1%) patients (main group) an active surgical tactics was applied. There were conducted urgent, early and postponed operations. In 89 (48.9%) patients (control group) a conservative—expectant tactic was applied. The patients were operated on in terms of 9 — 10 days after admission to hospital. The terms of operation and the method of hemorrhoidectomy were chosen without taking into account the disease severity. Complications in the main group have occurred in 27 (29%) patients, their stationary treatment have lasted 7 — 11 days. In a control group complications were revealed in 27 (30.3%) patients, their stationary stay have lasted from 9 to 28 days.

**Key words:** hemorrhoids; thrombosis; hemorrhoidectomy.

ные колопроктологи начали применять в 80 — 90-е годы минувшего столетия. По их мнению, выполнение неотложной операции не увеличивает частоту осложнений, не ухудшает непосредственные и отдаленные результаты лечения [5].

Цель работы: сравнить результаты лечения ОТГУ и обосновать выбор рациональной лечебной тактики.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 182 больных по поводу ОТГУ различной тяжести за период с 2004 по 2010 г. Мужчин было 143 (78,6%), женщин — 39 (21,4%). Возраст больных от 18 до 82 лет.

В настоящее время доказана роль активации процессов перекисного

окисления липидов (ПОЛ) в патогенезе различных заболеваний (тиреотоксический зоб, ишемическое повреждение головного мозга и сердца и др.). В литературе имеются единичные публикации о состоянии ПОЛ и системы антиоксидантной защиты (САОЗ) при ОТГУ [6].

В комплекс обследования больных, кроме общепринятых лабораторных анализов, включали специальные тесты: для оценки состояния ПОЛ определяли содержание диеновых конъюгат (ДК) и малонового диальдегида (МДА), состояние САОЗ оценивали по активности каталазы и содержанию восстановленного глутатиона (ВГ). Кроме того, изучено состояние местной реакции ПОЛ и САОЗ в слизистой оболочке геморроидальных узлов. Полученные данные свидетельствуют, что у всех

больных при ОТГУ отмечено угнетение САОЗ и активация ПОЛ. Причем, эти изменения усугублялись по мере увеличения тяжести заболевания.

В слизистой оболочке геморроидальных узлов аналогичные изменения выражены гораздо глубже.

В зависимости от применяемой лечебной тактики больные распределены на две группы. В основную группу включены 93 (51,1%) больных, которых лечили в клинике в период с 2008 по 2010 г.

Принципиальной особенностью лечебной тактики, примененной у больных основной группы, был переход от общепринятой консервативно—выжидательной тактики к активной хирургической. Наряду с этим, в комплекс лечебных мероприятий включен антиоксидант тиктоцид. При ОТГУ III степени препарат назначали во время предоперационной подготовки, после операции его применяли при всех степенях тяжести заболевания. Препарат вводили в виде внутривенной инфузии по 600 мг в сутки. Сроки выполнения оперативного вмешательства и выбор метода геморроидэктомии определяли с учетом тяжести заболевания. В зависимости от сроков выполнения оперативного вмешательства выделяли:

— срочные операции — выполнены в сроки до 3 сут с момента госпитализации у 51 (54,8%) больного;

— ранние операции — выполнены в сроки 5 — 7 сут с момента госпитализации у 21 (22,6%) больного;

— отсроченные операции — выполнены через 9 — 11 сут с момента госпитализации у 21 (22,6%) больного.

Срочные операции выполнены больным по поводу ОТГУ II и III степени. ОТГУ II степени диагностиро-

ван у 39 больных, III степени — у 12. Геморроидэктомия в I—й модификации ГНЦК (частичное зашивание периаанальных ран) выполнена у 32 больных, во второй модификации ГНЦК (с полным зашиванием периаанальных ран) — у 16. У 3 больных произведена геморроидэктомия по классическому способу Миллигана—Моргана.

Из 21 больного, которым произведены ранние операции, ОТГУ II степени диагностирован у 6, III степени — у 15. Геморроидэктомия в I—й модификации ГНЦК выполнена у 13 из них, во 2—й модификации — у 2, по Миллигану—Моргану — у 6.

Отсроченные оперативные вмешательства выполнены у 21 больного по поводу ОТГУ I степени, всем им произведена геморроидэктомия с полным зашиванием периаанальных ран.

Во вторую (контрольную) группу включены 89 (48,9%) больных, которых лечили с 2003 по 2007 г. с применением консервативно—выжидательной тактики, больные оперированы в сроки 9 — 10 сут после госпитализации. Оперативные вмешательства включали геморроидэктомию по Миллигану—Моргану, в I—й и 2—й модификации ГНЦК. Геморроидэктомия по классической методике выполнена у 43, в I—й модификации ГНЦК — у 35, во 2—й модификации — у 11 больных. Метод и сроки геморроидэктомии выбирали без учета тяжести заболевания. До и после операции проводили общепринятые мероприятия.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе после операции осложнения возникли у 27 (29%) больных, в том числе ранние — у 24: периаанальный отек — у 3, вы-

деление крови во время дефекации — у 10, затруднение дефекации — у 9, кровотечение из операционной раны — у 2. Поздние осложнения (в сроки до 2 лет после операции) возникли у 3 больных: рубцовая стриктура заднепроходного канала — у 2, несостоятельность наружного сфинктера заднего прохода II степени — у 1. Продолжительность лечения в стационаре пациентов основной группы в зависимости от методики геморроидэктомии составила от 7 до 11 дней.

В контрольной группе послеоперационные осложнения возникли у 27 (30,3%) больных, из них у 26 — в раннем послеоперационном периоде. В отдаленном периоде у 1 больного сформировалась стриктура заднепроходного канала. Длительность лечения в стационаре от 9 до 28 дней.

При ОТГУ отмечено увеличение интенсивности процессов ПОЛ и угнетение САОЗ. Оптимальный срок оперативного вмешательства и метод геморроидэктомии выбирают дифференцированно, с учетом тяжести ОТГУ. При ОТГУ I степени операцию следует выполнять в отсроченном порядке, оптимальным вариантом при этом является геморроидэктомия в 2—й модификации ГНЦК. При ОТГУ II и III степени показаны срочные (в сроки до 3 сут) и ранние (в сроки 5 — 7 сут) операции. Способ геморроидэктомии выбирают с учетом изменений в периаанальных тканях. Активизация тактики хирургического лечения больных по поводу ОТГУ, а также включение антиоксиданта в комплекс лечебных мероприятий позволили уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 30,3 до 29%, длительность лечения в стационаре с 18 до 11 дней.

## ЛИТЕРАТУРА

- Алиев С. А. Острый геморроидальный тромбоз: сущность понятия, корректность обозначения и унификация терминологии. Альтернативные подходы к хирургическому лечению / С. А. Алиев, Г. А. Султанов, Э. С. Алиев // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2005. — № 3. — С. 79 — 84.
- Arezzo Al. Surgical management of hemorrhoids: state of the art / A. Arezzo, V. Podzemny, M. Pescatori // Ann. Ital. Chir. — 2011. — Vol. 82. — P. 163 — 172.
- The treatment of hemorrhoids: guidelines of the Italian Society of Colorectal Surgery / D. F. Altomare, A. Roveran, G. Pecorella [et al.] // Tech. Coloproctol. — 2006. — Vol. 10. — P. 181 — 186.
- Благодарный Л. А. Местное лечение в консервативной терапии острого геморроя / Л. А. Благодарный // Рус. мед. журн. — 2009. — № 14. — С. 921 — 924.
- Zuber T. J. Hemorrhoidectomy for thrombosed external hemorrhoids / T. J. Zuber // Am. Family Phys. — 2002. — Vol. 65, N 8. — P. 1629 — 1632.
- Курбонов К. М. Иммунологические тесты прогнозирования послеоперационных осложнений у больных с проктологическими заболеваниями / К. М. Курбонов, Д. К. Мухаббатов // Хирургия. — 2001. — № 6. — С. 73 — 78