

© Э.В. Ахмедова, 2011  
УДК 616.147.17-007.64-005.6-085

Э.В. Ахмедова

## АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Кафедра хирургических болезней I (зав. — проф. Г.А. Султанов) Азербайджанского медицинского университета, г. Баку

**Ключевые слова:** геморрой, антиоксидантная терапия.

**Введение.** Широкая распространенность геморроя, приобретающая в индустриально развитых странах «эпидемический характер», и поражение людей наиболее трудоспособного возраста ставит геморрой в ряд нерешенных и социально-экономических проблем. Более чем у 50% больных хроническое течение заболевания осложняется острым тромбозом геморроидальных узлов (ОТГУ), а иногда острый тромбоз возникает от 2 до 6 раз в год.

Проблема хирургического лечения хронического геморроя в определенной мере решена, благодаря широкому применению операции Миллигана—Моргана [7, 9]. А вопрос радикального оперативного лечения ОТГУ еще далек от окончательного решения [2, 5, 6]. Причиной тому являются опасения хирургов — возможности развития послеоперационных осложнений — тромбозамболии, восходящего тромбофлебита, пилефлебита, местных гнойно-воспалительных осложнений.

Как известно, лечение любого заболевания более эффективно, когда оно патогенетически обосновано. В патогенезе ОТГУ основополагающим является нарушение микроциркуляции в геморроидальных узлах с последующим гипоксическим повреждением эндотелия кавернозных вен. Согласно теории «окислительного стресса», любая гипоксия тканей сопровождается увеличением активных форм кислорода, усилением процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и дальнейшей блокадой системы антиоксидантной защиты (АОЗ). Не вызывает сомнения, что процессы ПОЛ клеточных мембран представляются наиболее важными с биологической точки зрения. Нарушение регуляции ПОЛ рассматривают в настоящее время в качестве патогенетического маркера ряда заболеваний [1, 3, 8], в том числе процессов тромбообразования [4]. С этой точки зрения изучению роли биоантиоксидантов как факторов, способных регулировать интенсивность перекисидации липидов, уделяется особенно важное внимание. Биоантиоксиданты являются

лучшими «чистильщиками» кровеносных сосудов. Однако в литературе имеются лишь единичные сведения о состоянии процессов ПОЛ и АОЗ у больных с ОТГУ.

Цель работы — изучение состояния местного и системного ПОЛ и АОЗ у больных с ОТГУ и оценка влияния антиоксидантной терапии тиоктацидом на результаты хирургического лечения данной патологии.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 45 больных с ОТГУ. Мужчин было 28, женщин — 17. Средний возраст пациентов — от 18 до 60 лет. По тяжести клинической картины больные были распределены следующим образом: I степень ОТГУ — у 17 больных, II — у 20, III — у 8. Комплекс диагностических методов включал клиническое и лабораторные исследования. Состояние ПОЛ оценивали по уровню диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА), а в качестве показателей АОЗ определяли каталазу и восстановленный глутатион (ВГ) в эритроцитах крови. Для оценки эффективности проведенного лечения эти показатели определяли до операции и на 3-, 5-е сутки послеоперационного периода. Также изучали состояние местной ПОЛ и АОЗ по содержанию МА, каталазы и ВГ в слизистой оболочке геморроидальных узлов.

Всем больным была выполнена геморроидэктомия по Миллигану—Моргану. В выборе сроков оперативного вмешательства основывались на степени тяжести заболевания. Так, при I степени ОТГУ (17 больных) проводили консервативное лечение до полного стихания острых явлений и оперировали в отсроченном порядке на 5–7-е сутки с момента госпитализации. Больным со II (20 больных) и III (8 больных) степенью ОТГУ производили срочную геморроидэктомию в сроки не более 72 ч.

В зависимости от комплекса проводимых лечебных мероприятий больные были разделены на 2 группы. 1-ю (основную) группу составил 21 больной, которым в комплексной предоперационной подготовке и в первые 3 сут после операции назначали тиоктацид (липоевую кислоту) в виде внутривенных инфузий по 600 мг/сут. Больным 2-й (контрольной) группы (24 больных) в качестве предоперационной подготовки и послеоперационного лечения проводили традиционные консервативные мероприятия, включающие сидячие ванны, мазовые повязки, анальгетики, флеботоники и т.п.

Лабораторные анализы показали усиление процессов ПОЛ и ослабление АОЗ до начала лечения в обеих группах больных. Весьма интересными являются данные гистохимических анализов слизистой оболочки прямой кишки. Наши исследования показали глубокие изменения антиоксидантной защиты, что выразилось в более чем двукратном уменьшении содержания каталазы и ВГ в слизистой оболочке по

сравнению с показателями крови. Так, средняя величина каталазы составила 29,91 МЕ/г ткани, а ВГ — 0,4 мкмоль/г ткани. Содержание МДА в слизистой оболочке было 16,18 мкмоль/г ткани, что также превышает соответствующий показатель в крови. Полученные данные подтверждают патогенетическую необходимость антиоксидантной терапии для коррекции указанных нарушений.

**Результаты и обсуждение.** Эффективность проведенного лечения оценивали по уменьшению местных воспалительных явлений к моменту операции и интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде, по динамике состояния ПОЛ и АОЗ, а также по срокам трудовой реабилитации больных. У больных основной группы на фоне предоперационной подготовки отек перианальных тканей и геморроидальных узлов, спазм сфинктера практически отсутствовали, отмечался лишь незначительный отек слизистой оболочки анального канала при III степени тромбоза. В контрольной группе у больных после традиционных консервативных мероприятий сохранились отек геморроидальных узлов и слизистой оболочки анального канала, спазм сфинктера.

Болевой синдром оценивали по выраженности «раневой» боли и боли после первого стула. У большинства больных основной группы в послеоперационном периоде наблюдался умеренный болевой синдром, который купировался ненаркотическими анальгетиками. Лишь у 2 пациентов из 21 была необходимость применения промедола. У больных основной группы уже с 4-х суток отмечалось стойкое уменьшение болевого синдрома. В контрольной группе у подавляющего числа больных после операции наблюдался выраженный болевой синдром, потребовавший у 20 из них назначения наркотических анальгетиков в 1-е сутки после операции. В этой группе отказ больных от анальгетиков отмечался на 6–8-е сутки. В 1-й группе после первого стула болевой синдром был меньше выражен и было достаточным применение местных многокомпонентных мазей. А у 18 больных 2-й группы после первой дефекации возникла необходимость повторного введения анальгетиков.

У больных основной группы в послеоперационном периоде гнойно-воспалительные осложнения не наблюдались. В контрольной группе у 14 больных после операции отмечался отек перианальных ран в течение нескольких дней.

Анализ состояния ПОЛ и АОЗ показал, что у больных 1-й группы к 5-му дню послеоперационного периода содержание ДК и МДА в эритроцитах крови уменьшилось, а уровни каталазы и ВГ повысились. У больных 2-й группы динамика этих показателей была незначительной.

Для оценки эффективности антиоксидантной терапии не менее важным является время трудовой реабилитации больных. В основной группе

спустя 3–4 нед после операции все пациенты вернулись к привычному образу жизни, включая трудовую деятельность. У больных контрольной группы этот процесс длился 6–8 нед.

**Выводы.** 1. Применение антиоксидантной терапии позволило значительно улучшить результаты раннего хирургического лечения ОТГУ, существенно уменьшить частоту гнойно-воспалительных явлений и интенсивность болевого синдрома после операции.

2. Антиоксидантная биопсия способствовала ранней трудовой реабилитации больных, что имеет важное медико-социальное и экономическое значение.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Зборовская И.А. и Банникова М.В. Антиоксидантная система организма, её значение в метаболизме. Клинические аспекты // Вестн. РАМН.—1995.—№ 6.—С. 53–61.
2. Загрядский Е.А. Современная тактика лечения острого геморроя // Consilium provisorum.—2005.—№ 1.—С. 28–31.
3. Мухачева С.Ю., Руднов В.А., Галян С.Л. Состояние свободнорадикального окисления липидов и антиоксидантной защиты организма при сепсисе с позиций тяжести системной воспалительной реакции // Журн. интенсив. тер.—2005.—№ 3.—С. 35–37.
4. Baines M., Shenkin A. Use of antioxidants in surgery: a measure to reduce postoperative complications // Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.—2002.—Vol. 5.—P. 665–670.
5. Gaj F., Trecca A. Hemorrhoidal thrombosis. A clinical and therapeutic study on 22 consecutive patients // Chirurgia italiana.—2006.—Vol. 58 (issue 2).—P. 219–223.
6. Greenspon J., Williams S.B., Young H.A., Orkin B.A. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management // Dis. Colon. Rectum.—2004.—Vol. 47.—P. 1493–1498.
7. Groz C.R. A surgical treatment of thrombosed external hemorrhoids // Dis. Colon. Rectum.—1990.—Vol. 33.—P. 249–250.
8. Van Stijn M.F., Ligthart-Melis G.C., Boelens P.G. Antioxidant enriched enteral nutrition and oxidative stress after major gastrointestinal tract surgery // World J. Gastroenterol.—2008.—Vol. 14.—P. 6960–6969.
9. Zuber T.J. Hemorrhoidectomy for thrombosed external hemorrhoids // Am. Fam. Physician.—2002.—Vol. 65.—P. 1629–1632, 1635–1636, 1639.

Поступила в редакцию 15.10.2010 г.

E.V.Akhmedova

#### ANTIOXIDANT THERAPY FOR ACUTE THROMBOSIS OF HEMORRHOIDAL NODES

Under observation there were 45 patients with different degree of acute thrombosis of hemorrhoidal nodes. Hemorrhoidectomy after Milligan-Morgan was fulfilled in all the patients. Laboratory analyses have shown increased lipid peroxidation (LP) and weakened antioxidant defense (AOD) in the patients before treatment. Against the background of the therapy with antioxidant thioctacide there were considerably decreased inflammatory phenomena by the operation moment, rapid normalization of LP and AOD, substantially decreased number of complications in the postoperative period and early labor rehabilitation of the patients.