

© С.А.Алиев, Э.В.Ахмедова, 2009  
УДК 616.147.17-007.64-005.6-036.11-089(091)

С.А.Алиев, Э.В.Ахмедова

## ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

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

**Ключевые слова:** геморрой, острый тромбоз геморроидальных узлов, лечебная тактика, консервативная терапия, хирургическое лечение.

Эпидемиологические и статистические исследования последних десятилетий убедительно свидетельствуют о распространенности заболеваемости геморроем. По данным ВОЗ, геморроидальной болезнью страдают около 12% взрослого населения мира, а в общей структуре колопроктологических заболеваний удельный вес геморроя составляет 34–41% [5, 8, 10, 11, 22, 24, 37, 43]. Одним из частых и наиболее тяжелых осложнений хронического течения болезни является острый тромбоз геморроидальных узлов (ОТГУ), частота которого варьирует довольно широко и колеблется от 2,8 до 32,1% [7, 16, 24–28]. ОТГУ может быть первичным проявлением геморроя (17,7%), но в 82,5% случаев является осложнением хронического течения заболевания [16]. Несмотря на огромное число специальных исследований, посвященных различным аспектам геморроидальной болезни, некоторые узловые вопросы, касающиеся выбора метода лечебной тактики, а также определения оптимального срока хирургического лечения ОТГУ до настоящего времени продолжают оставаться окончательно неразрешенными [7, 8, 10, 11]. По справедливому мнению большинства авторов лечебная тактика при ОТГУ зависит от степени тяжести заболевания и локализации поражения и должна носить дифференцированный характер [12, 20, 38, 48]. В настоящее время большинство хирургов используют 3-степенную классификацию ОТГУ, разработанную в Государственном научном центре колопроктологии Минздрава Российской Федерации (ГНЦК МЗ РФ), которая в наибольшей степени отвечает практическим требованиям [10, 11, 24]. В основу данной классификации положены различные критерии оценки выраженности местных проявлений ОТГУ: 1) тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительных явлений; 2) тромбоз, сочетающийся с воспалением геморроидальных узлов; 3) тромбоз геморроидальных узлов, осложненный воспалением окружающей подкожной клетчатки и перианальной кожи.

Ряд авторов [17, 41] выделяют 4 степени тяжести ОТГУ: I — тромбоз наружных геморроидальных узлов без выраженных перифокальных изменений; II — слабовыраженный тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов со значительным перифокальным воспалительным процессом; III — выраженный тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов со значительным отеком и гиперемией перианальной зоны; IV — значительный тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов с резко выраженным

воспалительным процессом анального канала и перианальной области.

В вопросах лечебной тактики при ОТГУ на протяжении многих лет существуют две противоположные концепции: консервативная и хирургическая [20, 22, 24, 32, 41]. Разноречивость взглядов на выбор лечебной тактики связана с вариабельностью возрастной структуры пациентов, особенностью клинического течения ОТГУ, расширением возможностей фармакотерапии и внедрением малоинвазивной технологии в комплекс лечения больных данной категории [9, 14, 18, 24]. Сторонники консервативной тактики скептически относятся к хирургическому лечению и методом выбора считают медикаментозную терапию, особенно у больных пожилого и старческого возраста [5, 15, 31, 45]. Опасность развития восходящего флеботромбоза, тромбоземболии и септических осложнений при операциях на сосудах нередко сдерживает хирургов от оперативного лечения при ОТГУ [14, 36]. По мнению этих авторов, при ОТГУ оперативному лечению должна предшествовать поликомпонентная консервативная терапия для купирования острых симптомов заболевания. Многонаправленное медикаментозное лечение, которое считается методом выбора при I степени ОТГУ, включает сидячие теплые ванны с антисептическими растворами, назначение бесшлаковой диеты, препаратов, регулирующих стул (форлакс, регулакс), анальгетиков, десенсибилизирующих средств и антикоагулянтов различного механизма действия (в том числе в виде суппозитория и мазей) [4, 11, 24, 32, 44]. В комплексе консервативной терапии ОТГУ немаловажное значение имеет применение антикоагулянтов как общего (системного), так и местного действия. Антикоагулянтная терапия необходима особенно больным пожилого и старческого возраста. Для системной антикоагулянтной терапии в качестве антикоагулянтов прямого действия в последние годы, наряду со стандартным гепарином, широко используются низкомолекулярные фракции гепарина (фраксипарин, клексан и др.). Для местного тромболитического воздействия на тромбированные геморроидальные узлы применяют такие препараты, как гепариновая и троксевазиновая мази, проктоседил, ультрапрокт, ауробин, гинкор-прокто, гинкорфорте, прокто-гливенол, гепатромбин Г, троксерутин, рутозид и др. [16, 24, 29, 41]. При распространении процесса на перианальную область указанные препараты сочетают с водорастворимыми мазями, обладающими противовоспалительным свойством (левосин, левомеколь). С этой целью используются также антигеморроидальные свечи: пастеризан, релиф, проктон, свечи с анестезином (нигепан) [10, 16, 34]. Учитывая ведущую роль гемодинамического фактора в сложной цепи патогенеза ОТГУ, большинство авторов в комплекс консервативной терапии, наряду с антикоагулян-

тами, включают препараты, улучшающие реологические свойства крови и оказывающие ингибирующее влияние на адгезивно-агрегационный потенциал тромбоцитов [16, 33, 44, 45]. Широко применяются также различные флеботропные препараты — венотоники (эскузан, аэсцин, троксевазин, гливенол, венорутон, венодиол и др.) [11, 16, 24]. В последнее время некоторые хирурги в комплексе консервативной терапии ОТГУ с успехом применяют микронизированную очищенную фракцию флавоноидов — детралекс (аналоги — диосмин, дафлон) [16, 24, 50, 52]. Терапевтический эффект препарата (ангиопротектор, венотоник) затрагивает 3 главных компонента венозной патологии: венозный тонус, лимфатический дренаж и микроциркуляция. По рекомендациям фармацевтической группы «Сервье» (Франция) при ОТГУ в течение первых 4 дней применяют по 6 капсул препарата, затем следующие 3 дня — по 4, с 8-го дня — по 1 капсуле 2 раза в день. В тяжелых клинических формах заболевания 80,7% больных нуждаются в таком лечении. Наилучший лечебный эффект отмечается при сочетании детралекса с местным применением гепатромбина Г [16]. По данным К.М.Курбонова и соавт. [30], детралекс, наряду с антиагрегантным, флебодинамическим эффектом, также обладает выраженными антиоксидантными свойствами. Изучением состояния местной антиоксидантной защиты (АОЗ) слизистой оболочки прямой кишки и роли перекисного окисления липидов (ПОЛ) в развитии гнойно-воспалительных осложнений после геморроидэктомии этими авторами выявлено снижение местной АОЗ слизистой оболочки прямой кишки, что выражалось в увеличении содержания диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МД). Авторами установлено, что в группе больных с ОТГУ, где проводилась антиоксидантная терапия с применением препарата детралекс, наблюдалось улучшение показателей местной АОЗ слизистой оболочки прямой кишки, что сопровождалось уменьшением концентрации ДК и МД в связи с подавлением интенсивности процессов ПОЛ. Проведение антиоксидантной терапии в комплексном консервативном лечении ОТГУ позволило этим авторам снизить частоту ранних послеоперационных осложнений в 2,4 раза. Арсенал консервативной терапии включает также препараты, обладающие неспецифическим противовоспалительным свойством (индометацин, реопирин, бутадиион), ангиопротекторы (продектин, трентал, пентоксифиллин, флекситал и др.), которые применяются либо в качестве монотерапии, либо в сочетании с антигеморроидальными суппозиториями.

Наиболее сложной представляется хирургическая тактика при тяжелых формах ОТГУ (III–IV степень) [3, 8, 10, 17, 41]. При указанных формах ОТГУ некоторые авторы [41] в плане предоперационной подготовки, в качестве базисной терапии, а также и как самостоятельный метод лечения при отказе больного от операции рекомендуют местное применение (в виде аппликации) литической смеси в составе: химопсина (трипсина) — 0,5 г, димедрола — 0,5 г, димексида — 10 мл, дистиллированной воды — 100 мл. С этой целью другие авторы [36] считают целесообразным применение препарата Баллиз-2 как в пред-, так и послеоперационным периоде. По данным этих авторов, сочетанное (местное и пероральное) применение препарата (в виде свечей и раствора) способствует эффективному купированию явлений ОТГУ и позволяет снизить частоту осложнений. Учитывая появление на рынке лекарственных средств новых форм медикаментов, могущих улучшить качество жизни пациентов с геморроидальным тромбозом, и эффективность современной фармакотерапии, некоторые авторы отдают предпочтение консервативному методу лечения больных с

тяжелой (III–IV) степенью ОТГУ [1, 2, 24, 32, 41]. По их мнению, комплексная консервативная терапия в зависимости от клинической стадии заболевания может быть как самостоятельным методом купирования острых явлений геморроидального тромбоза, так и этапом к выполнению радикального хирургического лечения. Предоперационная базисная медикаментозная терапия способствует ликвидации вторичного перифокального воспалительного процесса и его клинических проявлений, дифференциации тромбированных геморроидальных узлов для выполнения хирургического вмешательства и сведения до минимума вероятностей возникновения послеоперационных осложнений. По мнению этих авторов, сроки предоперационной консервативной терапии должны быть индивидуализированы в зависимости от степени тяжести клинического течения ОТГУ и могут составлять от 3 до 9 дней и более.

Некоторые авторы [5] для купирования болевого синдрома у больных с ОТГУ применяют параректальную новокаиновую блокаду, другие [45] — пролонгированную сакральную анестезию (ПСА). По данным В.А.Хараберюша и соавт. [45], ПСА с использованием морфина и тримекаина, наряду с устранением болевого синдрома, обусловленного стойким спазмом анального сфинктера, позволяет осуществить неотложное полноценное проктологическое исследование. По мнению этих авторов, ПСА, повышая разрешающую способность диагностических манипуляций, в определенной степени облегчает дифференциальную диагностику ряда проктологических заболеваний со сходным симптомокомплексом.

Некоторые авторы [32] в качестве немедикаментозного метода воздействия на тромбированные узлы рекомендуют криогенную деструкцию кавернозных структур. В литературе имеются также сведения об эффективности лазеротерапии с использованием лучей низкоэнергетического гелий-неонового лазера, применяемого после стихания острых явлений геморроидального тромбоза [12, 42]. При этом лазерное излучение по волноводу подводится к области заднего прохода или в анальный канал (ректальной насадкой). Проводится 5–7 сеансов облучения с экспозицией 5–7 мин. По данным авторов, на повторных сеансах лазеротерапии отмечаются снижение интенсивности болевого синдрома, стихание острой воспалительной реакции в близлежащих тканях и уменьшение отека в перианальной зоне. Тромбированные узлы становятся менее болезненными и более мягкими наощупь. По данным Ю.Д.Торопова и соавт. [42], положительные результаты локальной лазеротерапии получены у 143 больных с ОТГУ. Эффективность неоперативных физических методов в комплексном лечении больных с ОТГУ подтверждается клиническими наблюдениями и других авторов [35]. Использование переменного электромагнитного поля местного действия в сочетании с криоагентом у 124 больных с ОТГУ позволило Э.И.Назарову и соавт. [35] получить положительный лечебный эффект.

Критериями эффективности консервативной терапии при ОТГУ считаются полное купирование болевого синдрома, стихание острых явлений как со стороны геморроидальных узлов, так и перианальной зоны, а также нормализация показателей коагулограммы.

Эволюция взглядов на лечебную тактику у больных с ОТГУ, паллиативный эффект консервативной терапии, нередко способствующий затяжному течению болезни, а также высокая частота осложнений в последние десятилетия привели к пересмотру укоренившейся традиционной консервативной тактики в сторону радикального хирургического лечения. Внедрению активной хирургической тактики при ОТГУ способствовали работы известных колопроктологов,

выполненные в 80–90-х годах прошлого века [6, 7, 19–22, 46, 49, 51]. Результаты работ указанных авторов показали, что активная тактика не увеличивает риск операции, и опасность развития послеоперационных осложнений преувеличена. Однако даже среди сторонников хирургического лечения нет единого мнения о сроках операции с момента госпитализации больного в стационар, методике геморроидэктомии и ведении послеоперационного периода. Для оценки эффективности активной хирургической тактики в зависимости от сроков выполнения оперативного вмешательства некоторые хирурги [41] выделяют две группы больных: больные, нуждающиеся в срочной геморроидэктомии, и пациенты, которым оперативное вмешательство выполняют в отсроченном порядке после кратковременной консервативной терапии. Большинство хирургов [2, 5, 17, 37, 40, 41, 47] считают показанием к срочной операции наличие ОТГУ II степени, сочетание тромбоза с ущемлением геморроидальных узлов, сопровождающееся выраженным болевым синдромом. При этом оптимальным сроком для выполнения хирургического вмешательства считается 24–48 ч с момента госпитализации больных в стационар [2, 21, 22]. Показанием к срочной геморроидэктомии является также наличие комбинированной формы ОТГУ, когда одновременно тромбируются наружные и внутренние геморроидальные узлы, которые осложняются изъязвлением и частичным выпадением слизистой оболочки прямой кишки [6]. Применение при этом экстренной унилатеральной резекции выпадающей слизистой оболочки прямой кишки вместе с тромбированными геморроидальными узлами избавляет больного не только от ОТГУ, но также от не менее серьезного осложнения — выпадения слизистой оболочки прямой кишки. Оптимальным сроком для выполнения отсроченных операций у больных с тяжелыми формами геморроидального тромбоза (ОТГУ III–IV степени) считается 3–5 сут с момента поступления [2, 26, 40, 41]. Сторонники неотложной геморроидэктомии при ОТГУ мотивируют свою тактику еще тем, что отсрочка операции таит в себе опасность прогрессирования заболевания с развитием местных гнойно-некротических осложнений и способствует увеличению продолжительности лечения и сроков трудовой реабилитации, а также ухудшению качества жизни больных [13, 47]. С другой стороны, по сведениям литературы, частота и характер осложнений, возникавших в ближайшем и отдаленном периодах после операции у больных с ОТГУ и при хроническом геморрое, примерно одинаково. На этом основании многие авторы [5, 17, 21, 26, 32, 45] считают, что результаты оперативного лечения при ОТГУ такие же, как при хроническом геморрое. Противопоказаниями к срочной операции эти авторы считают наличие серьезных сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, почек и злокачественных опухолей, представляющих высокий риск для выполнения хирургического вмешательства. Собственный клинический опыт по лечению 402 больных с различными формами геморроидального тромбоза позволяет считать оправданной активную хирургическую тактику при ОТГУ [2].

Для хирургического лечения ОТГУ предложены более 40 различных способов операций и ее модификаций. По данным литературы, диапазон оперативных вмешательств, применяемых при ОТГУ, включает широкий спектр методик и модификаций: простое лигирование узлов, электроэксцизия, унилатеральная резекция слизистой оболочки прямой кишки вместе с внутренними геморроидальными узлами, тромбэктомия, операция Уайтхеда, операция Миллигана–Моргана и ее различные варианты. При III степени ОТГУ с развитием резкого перианального отека и выраженном болевом синдроме некоторые авторы с целью снятия стойкого

спазма анального сфинктера, быстрого купирования боли и острых явлений применяют дозированную сфинктеротомию [2, 3, 48]. В настоящее время наиболее распространенным и патогенетически обоснованным методом хирургического лечения ОТГУ является геморроидэктомия по Миллигану–Моргану, которая применяется в различных модификациях. Эффективность данного вмешательства подтверждается его высокой радикальностью, малой травматичностью, относительно низкой частотой рецидива заболевания (1,8–9,6%) и меньшим числом послеоперационных осложнений (10%). Опираясь на литературные данные, можно согласиться с мнениями некоторых авторов, которые справедливо считают, что в настоящее время в области хирургического лечения геморроя сложилась «революционная» ситуация: все знают, что необходимо делать, чтобы излечить больного от геморроя (радикально удалить кавернозные коллекторы дистального отдела прямой кишки), но проблема, как это выполнить эффективно с минимальным количеством осложнений, остается нерешенной. Опыт клиники ГНЦК МЗ РФ по использованию при хирургическом лечении 77 больных с острым геморроем двух модификаций операций Миллигана–Моргана убедил авторов [23, 25] в неприемлемости этих методик из-за значительных топографоанатомических изменений в анальном канале и перианальной области при ОТГУ. Подобные операции нередко приводили к возникновению в послеоперационном периоде таких осложнений, как кровотечение, сужение анального канала на разных уровнях, прорезывание швов и расхождение раны с последующим длительным заживлением. Учитывая указанные недостатки методики, эти авторы разработали 2 новых способа геморроидэктомии для оперативного лечения ОТГУ с сохранением элементов радикальности, свойственных операции Миллигана–Моргана, и соблюдением щадящих принципов оперативной техники: геморроидэктомия с подшиванием двух слизистокожных краев к её дну и геморроидэктомия с ушиванием ран наглухо. Проанализировав множество модификаций операции Миллигана–Моргана и аналогичных ей методик (их более 300), Ю.П.Савченко и соавт. [39] выделили следующие направления (этапы) в развитии её технологии: 1) разработка способов с глухим ушиванием ран после удаления внутренних геморроидальных узлов (В.Д.Федоров, Ю.В.Дульцев, 1974; S.Wanderman, 1981; J.Girona, 1981); 2) разработка способов с высокой перевязкой сосудистых ножек геморроидальных узлов (М.Ф.Борисов, 1981); 3) разработка способов обработки культи сосудистой ножки после удаления внутреннего геморроидального узла с оставлением культи [21, 25, 34], без оставления культи (Ю.В.Дульцев, 1984, 1990); 4) разработка способов с использованием физических воздействий — лазерная геморроидэктомия (О.К.Скобелкин, 1980; В.П.Петров, 1986; W.J.Hodgson, 1995), геморроидэктомия с применением электрокоагуляции (R.Bassi, 1997); 5) разработка способов и инструментария, обеспечивающих доступ к дистальному отделу прямой кишки (Ю.В.Дульцев, 1990; В.В.Ставицкий, 1992; В.И.Шапошников, 1998; А.В.Ефремов, 1999, и др.)

Безусловно, разработка новых способов геморроидэктомии проδικтована неудовлетворенностью хирургов результатами существующих методов оперативного лечения геморроидальной болезни.

С внедрением малоинвазивной технологии в колопроктологию появились новые возможности в лечении ОТГУ. В литературе имеется сообщение об эффективности применения качественно новой методики оперативного вмешательства — аппаратно-контролируемой биполярной электрокоагуляции в лечении больных с ОТГУ [9, 18]. По данным этих авторов, использование указанной методики с

применением аппарата LIGASURE у пациентов с ОТГУ II–III степени позволяет значительно сократить время оперативного вмешательства, сроки стационарного лечения и период трудовой реабилитации.

В отличие от традиционных способов, малая травматичность данной методики создает предпосылки для благополучного течения послеоперационного периода и улучшения функциональных результатов операции. Для изучения влияния указанной методики оперативного вмешательства на функциональное состояние сфинктерного аппарата прямой кишки и анального канала авторами в послеоперационном периоде проводилась профилометрия на отечественном аппарате «Колодинамик-3».

Однако, не оспаривая перспективу малоинвазивных хирургических технологий, можно утверждать, что общепризнанные методы оперативного лечения ОТГУ, применяемые в повседневной практике и испытанные временем, будут иметь сторонников и в обозримом будущем. Это объясняется тем, что значительная часть этих больных поступает в хирургические стационары общего профиля, большинство из которых пока не оснащены в достаточном объеме современной дорогостоящей аппаратурой, необходимой для выполнения подобных операций, и к тому же не располагают квалифицированными специалистами по мини-инвазивной хирургической технологии.

Таким образом, анализ литературных сведений и собственный клинический опыт позволяют считать, что хирургическое лечение больных с ОТГУ безопасно, эффективно, как и при плановых операциях по поводу хронического геморроя. Высокая радикальность оперативного лечения в сравнении с консервативной терапией, заметное сокращение срока стационарного лечения и периода трудовой реабилитации, а также улучшение качества жизни больных дают основание считать оправданной применение активной хирургической тактики у больных с ОТГУ.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Алиев С.А., Алиев Э.С. Медикаментозная подготовка больных острым тромбозом геморроидальных узлов к отсроченной операции. Новые возможности фармакотерапии // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы 2-го съезда колопроктологов России с международным участием.—Уфа, 2007.—С. 129–130.
- Алиев С.А., Султанов Г.А., Алиев Э.С. Острый геморроидальный тромбоз: сущность понятия, корректность обозначения и унификация терминологии. Альтернативные подходы к хирургическому лечению // Вестн. хир.—2005.—№ 3.—С. 79–84.
- Ан В.К. Неотложная помощь при остром геморрое // Международный хирургический конгресс. Актуальные проблемы современной хирургии: Труды конгресса.—М., 2003.—С. 243.
- Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология.—М.: ИД Медпрактика-М, 2003.—144 с.
- Бабкин В.Я. Осложненный геморрой и его лечение // Вестн. хир.—1991.—№ 3.—С. 108–112.
- Баландин К.Н., Мкртумян В.Г., Баландин Е.К. Унилатеральная резекция в лечении острого комбинированного геморроидального тромбоза, осложненного выпадением изъязвленной слизистой оболочки прямой кишки // Вестн. хир.—1982.—№ 1.—С. 84–85.
- Балтайтис Ю.В., Короленко В.Б., Матюшко Р.П. Хирургическое лечение тромбоза геморроидальных узлов // Клини. хир.—1987.—№ 2.—С. 13–15.
- Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя: Дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1999.—280 с.
- Васильев С.В., Иткин И.М., Попов Д.Е. и др. Использование аппаратно-контролируемой биполярной коагуляции в лечении острого геморроя // Актуальные проблемы колопроктологии: Научная конференция с международным участием, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии.—М., 2005.—С. 48–49.
- Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., Шелыгин Ю.А. Геморрой.—М.: Медицина, 2002.—192 с.
- Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., Шелыгин Ю.А. Геморрой: современная тактика лечения // Cons.Med.—2000. № 2.—С. 27–28.
- Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Меньшиков А.М. и др. Дифференцированные методы лечения геморроя // Международный хирургический конгресс. Актуальные проблемы современной хирургии: Труды конгресса.—М., 2003.—С. 240.
- Галимов О.В., Куляпин А.В., Гайнутдинов Ф.М. и др. Хирургическое лечение острого геморроя в амбулаторно-поликлинических условиях // Актуальные проблемы колопроктологии: Научная конференция с международным участием, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии.—М., 2005.—С. 485.
- Горбунов В.Я., Залеская Л.С. Тактика хирурга при остром геморрое // Клиническая проктология: Сборник научных трудов / Под ред. В.Е.Смирнова.—Ставрополь, 1987.—С. 48–53.
- Диденко В.В., Петров В.П., Лазарев Г.В., Каршиев Р.Д. Особенности течения и лечения осложненных форм геморроя у лиц пожилого возраста // Проблемы колопроктологии.—М., 2000.—Вып. 7.—С. 64–67.
- Жуков Б.Н., Исаева В.Р., Сухобоков А.А. Тромбоз геморроидальных узлов // Русск. мед. журн.—2002.—№ 8–9.—С. 410–414.
- Иванов В.В., Капуллер Л.Л. Неотложная геморроидэктомия у больных с острым тромбозом геморроидальных узлов // Хирургия.—1981.—№ 3.—С. 82–85.
- Иткин И.М., Соболева С.Н. Использование аппаратно-контролируемой биполярной коагуляции в лечении острого геморроя // Актуальные проблемы колопроктологии: Научная конференция с международным участием, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии.—М., 2005.—С. 490–491.
- Канделис Б.Л. Неотложная проктология.—Л.: Медицина, 1980.—272 с.
- Кечеруков А.И., Зиганшин Р.В. Сравнительная оценка результатов хирургического и консервативного лечения острого тромбоза геморроидальных узлов // Клини. хир.—1982.—№ 2.—С. 28–30.
- Кечеруков А.И., Зиганшин Р.В. Оперативное лечение острого тромбоза геморроидальных узлов // Хирургия.—1984.—№ 8.—С. 99–101.
- Кечеруков А.И., Чернов А.И., Тихомиров А.С. 30-летний опыт лечения геморроидальной болезни // Проблемы колопроктологии.—М., 1998.—Вып. 16.—С. 56–59.
- Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под ред. В.Д.Федорова, Г.И.Воробьева, В.Л.Ривкина.—М.: ГНЦ проктологии, 1994.—432 с.
- Кожин Д.Г., Клявин Ю.А., Алекперов Э.Э. и др. Подготовка больных острым тромбозом геморроидальных узлов к отсроченной операции // Проблемы колопроктологии.—М., 2002.—Вып. 18.—С. 99–102.
- Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., Камалов М.А. Эффективность новых методик геморроидэктомии у больных с острым тром-

- бозом геморроидальных узлов // Хирургия.—1988.—№ 5.—С. 125–129.
26. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., Камалов М.А. Показания и сроки проведения геморроидэктомии у больных с острым тромбозом геморроидальных узлов // Хирургия.—1989.—№ 2.—С. 148–152.
  27. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., Камалов М.А. Хирургические методы лечения больных острым тромбозом геморроидальных узлов // Вестн. хир.—1989.—№ 11.—С. 140–143.
  28. Коротенко С.И. Раннее оперативное вмешательство при острым тромбозе геморроидальных узлов // Клин. хир.—1980.—№ 7.—С. 70.
  29. Крячко А.А., Беденко В.Е., Простаков Е.Н. Опыт использования препарата Гинкор форте в лечении геморроя, осложненного острым тромбозом узлов // Актуальные проблемы колопроктологии: Научная конференция с международным участием, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии.—М., 2005.—С. 93–95.
  30. Курбонов К.М., Мухаббатов Д.К., Даминова Н.М. Антиоксидантная терапия в комплексном консервативном лечении острого тромбоза геморроидальных узлов // Там же.—С. 99–101.
  31. Магомедов Т.М., Магомедов М.Г., Рамазанов М.-З.А., Ахмедова Ф.М. Лечение острого геморроидального тромбоза и тромбоза в амбулаторных условиях у лиц пожилого и старческого возраста // Международный хирургический конгресс: Новые технологии в хирургии.—Ростов н/Д, 2005.—С. 356.
  32. Мирзаев К.Р., Хакимов С.К. К хирургическому лечению острого анарктального тромбоза // Клин. хир.—1982.—№ 2.—С. 28–30.
  33. Мукажанов А.К., Мун Н.В. Клиника и лечение острого тромбоза геморроидальных узлов у родильниц в раннем послеродовом периоде // Проблемы колопроктологии.—М., 1998.—Вып. 16.—С. 75–77.
  34. Мун Н.В. Профилактика и лечение геморроя у беременных и родильниц: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1984.—38 с.
  35. Назаров Э.И., Соломов Т.С. Магнитотерапия острого тромбоза геморроидальных узлов // Всесоюзная конференция «Хирургическая реабилитация больных, оперированных на толстой кишке. Вопросы диспансеризации»: Тезисы.—М.—Донецк, 1985.—С. 199–200.
  36. Простаков Е.Н., Савченко Ю.П., Самородский А.В. Пред- и послеоперационное лечение осложненного геморроя препаратом Бализ-2 // Проблемы колопроктологии.—М., 2000.—Вып. 17.—С. 174–177.
  37. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой.—М.: Медицина, 1984.—176 с.
  38. Рудин Э.П., Рагимов Н.Ш. Выбор метода хирургического лечения осложненного геморроя // Хирургия.—1990.—№ 7.—С. 86–90.
  39. Савченко Ю.П., Половинкин В.В., Простаков Е.Н., Котлов С.М. Эволюция технологии геморроидэктомии по Milligan-Morgan // Проблемы колопроктологии.—М., 2000.—Вып. 17.—С. 182–185.
  40. Собирова М.У., Якубов Ф.Р., Бабаджанов Б.Р. Неотложная геморроидэктомия у больных острым тромбозом геморроидальных узлов // Международный хирургический конгресс. Актуальные проблемы современной хирургии: Труды.—М., 2003.—С. 243.
  41. Ставицкий В.В., Бирюков В.С. Хирургическая тактика при острым геморрое // Вестн. хир.—1993.—№ 5–6.—С. 84–86.
  42. Торопов Ю.Д., Згурский В.Г., Сергунов А.К., Бирюков В.С. Хирургическое лечение геморроя // Клин. хир.—1991.—№ 2.—С. 29–30.
  43. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология.—М.: Медицина, 1984.—383 с.
  44. Фролов А.П., Миронов В.И. Комплексное лечение острого геморроя в условиях общехирургического отделения // Международный хирургический конгресс. Актуальные проблемы современной хирургии: Труды.—М., 2003.—С. 242.
  45. Хараберюш В.А., Элин Ф.Э., Роголин Я.Ф., Фурсов Н.В. Диагностика и лечение острого геморроя // Вестн. хир.—1990.—№ 3.—С. 121–124.
  46. Цуркан Н.А. Оперативное лечение острого тромбоза геморроидальных узлов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Куйбышев, 1983.—19 с.
  47. Цыбиков Е.Н., Жигаев Т.Ф., Даваацырен Н. и др. Хирургическая тактика при ОТГУ // Международный хирургический конгресс. Актуальные проблемы современной хирургии: Труды.—М., 2003.—С. 247.
  48. Чернецова С.В., Ан В.К. Клиника и лечение острого тромбоза геморроидальных узлов // Проблемы колопроктологии.—М., 1998.—Вып. 16.—С. 114–116.
  49. Barrios G., Khubchondani Moti. Urgent hemorrhoidectomy for hemorrhoidal thrombosis // Dis. Colon Rectum.—1979.—Vol. 22, № 3.—P. 159–161.
  50. Buckshee K., Takkar D., Aggarwal N. Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnancy // Int J. Gynaecol. Obstet.—1977.—№ 57(2)—P. 145–151.
  51. Blessing H., Schlapfer H.V., Aman J.F. Notfallmäßige Hemorroidektomie bei acuter Hemorrhoidal thromboze // Helv. Chir. Acta.—1983.—Bd 49, № 6.—S. 861–865.
  52. Jiang Z.M., Cao J.D. The impact of micronized purified flavonoid fraction on the treatment of acute hemorrhoidal episodes // Curr. Med. Res. Opin.—2006.—№ 22 (6)—P. 1141–1147.

Поступила в редакцию 19.07.2008 г.