

Патогенетичне лікування гострого геморою

М.І. Тутченко¹, В.С. Андрієць¹, І.В. Ключко², С.Ф. Марчук², А.А. Яковенко², Д.І. Кравцов², Б.А. Мелений², О.В. Сидоренко³, Ю.В. Андрієць⁴

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

²Клінічна лікарня № 15 міста Києва

³Клініка «Медисвіт», м. Київ

⁴Броварська центральна районна лікарня

У дослідженні визначали вплив вибору схеми лікування та розмір тромбованого гемороїдального вузла на медичну та соціальну реабілітацію пацієнтів з гострим гемороєм.

За результатами проведеного дослідження виявлено, що у пацієнтів основної групи больовий синдром зменшився в результаті консервативного лікування з 6 балів до 2 в два рази швидше. У два рази швидше в основній групі зникали тромбовані гемороїдальні вузли. Додавання до типової схеми лікування препарату з патогенетичним механізмом дії Дистрептаза прискорило одужання хворих в 2 рази.

Ключові слова: гострий геморої, Дистрептаза, тромбований гемороїдальний вузол, тромболізис.

Кавернозна тканина відхідникового каналу – є структурно-функціональний комплекс, який має певну структуру та виконує певну функцію. Вона зазнає великого функціонального навантаження та механічного пошкодження. Загальний стан даної кавернозної тканини є відображенням генетичної схильності, функціонування травного тракту та гемодинаміки [1, 3].

Відповідно до гемодинамічної теорії, а вона є провідною на сьогоднішній день, в основі розвитку геморою лежить гостре або хронічне порушення кровотоку в кавернозній тканині відхідникового каналу.

Гостре порушення кровотоку супроводжується розвитком гострого геморою – тромбування кавернозної тканини [2].

Причини виникнення тромбозу кавернозної тканини відповідно до тріади Вірхова поділяють на три групи: порушення відтоку крові по судинах, порушення судинної стінки та порушення згортальної функції крові. У більшості випадків це є патогенетичні ланки, які в кожного пацієнта підносяться тою чи іншою мірою. Отже, і лікування повинне бути спрямоване на кожну з цих ланок [1–3, 5].

Гострий геморої – захворювання, яке має велике соціально-економічне значення, оскільки вражає переважно працездатну частину населення. Тому дослідження, спрямовані на розроблення методів швидкої реабілітації хворих та збереження високого рівня якості життя, залишаються актуальними та економічно обґрунтованими [3–5].

Мета дослідження: визначити вплив вибору схеми лікування та розмір тромбованого гемороїдального вузла на медичну та соціальну реабілітацію пацієнтів із гострим гемороєм.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 127 хворих з гострим гемороєм, які проходили амбулаторне лікування на базі Клінічної лікарні № 15, клініки «Гармонія здоров'я» та клініки «Медисвіт» з 2010 по 2013 рік. Усі хворі були поділені на дві групи відповідно до схеми лікування, також у пацієнтів обох груп визначено ступінь гострого геморою (табл. 1).

Одна група хворих – контрольна (60 хворих) проходила консервативне лікування за наступною типовою схемою.

1. Обов'язковою складовою консервативного лікування є дієта № 3 за Певзнером. Дотримуючись цієї дієти, слід звер-

нути увагу на такі особливості. Їжа повинна бути багата на клітковину – 2/3 раціону повинні складати овочі та фрукти в будь-якому вигляді. Протягом доби пацієнт має споживати достатню кількість рідини – 2–3 л. Слід виключити з раціону продукти, що подразнюють слизову оболонку кишечника – гостру, смажену, копчену їжу, алкоголь.

2. З метою дотримання гігієни ділянки промежини та запобігання додатковому травмуванню уражених гемороїдальних вузлів після дефекації рекомендується підмивання висхідним потоком води без використання лужних мийних засобів.

3. Важливою умовою ефективного лікування гострого геморою є нормалізація акту дефекації: запобігання закрепам та проносам (питання слід вирішувати спочатку за допомогою дієти, за неефективності застосовують послаблювальні препарати, бажано без подразнювальної дії).

4. Системні венотоніки є важливим компонентом лікування геморою і входять до міжнародних стандартів.

5. Серед місцевих процедур (за даними деяких авторів) найбільш дієвими є сидячі ванночки з гіпертонічним розчином та антисептиками, які зменшують набряк тромбованого вузла, очищують дану зону та зменшують спазм відхідникового сфінктера.

6. Традиційним є використання місцево комбінованих мазей та свічок. Основними складовими їх повинні бути знеболювальні, стероїдні протизапальні речовини та антикоагулянти.

Друга група хворих – основна (67 пацієнтів) проходила консервативне лікування з додаванням до типової схеми лікування препарату з патогенетичним механізмом дії – Дистрептаза. Його застосовували у формі ректальних супозиторіїв двічі на день протягом двох тижнів. Супозиторії Дистрептаза мають фібринолітичну та протеолітичну дію, що забезпечує покращання мікроциркуляції, зменшення набряку, прискорення реабсорбції мертвих клітин з вогнища запалення та репарації, покращання доступу препаратів, клітин імунної системи та, як наслідок, прискорення ліквідації запалення.

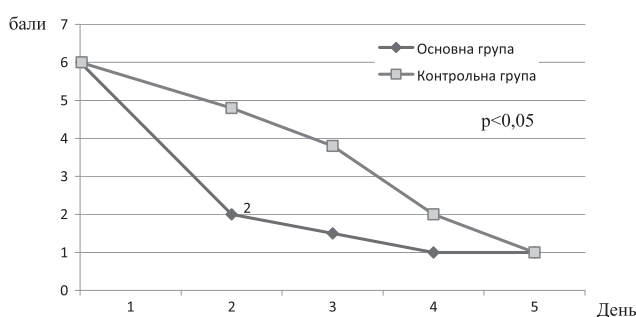
Результат оцінювали за скаргами хворих, за зовнішнім виглядом гемороїдальних вузлів, за динамікою ультразвукової картини та терміном втрати працездатності.

Основними скаргами хворих з даною патологією були відчуття стороннього тіла, виражений біль у відхідниковому каналі, що спричинював втрату працездатності. Больовий синдром визначали за візуально-аналоговою шкалою оцінки больового відчуття (Rudkin G.E., 1997).

Усім хворим було проведено проктологічний огляд – огляд періанальної ділянки, пальцеве дослідження та, за можливості, огляд у дзеркалах і ректороманоскопію. З додаткових методів дослідження використовували ультразвукове дослідження (УЗД) періанальної ділянки. Метою використання УЗД була оцінка діаметра тромбованого вузла та швидкість зменшення його під впливом різних схем лікування, прогнозування швидкості тромболілізу та утворення рубця залежно від початкових розмірів тромбованого вузла (мал. 1).



Мал. 1. УЗД періанальної ділянки при гострому геморої



Мал. 2. Динаміка зменшення болювого синдрому

Групи за демографічними, соціальними, клінічними даними були репрезентативні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті дослідження виявлено, що у пацієнтів основної групи болювий синдром зменшився в результаті консервативного лікування із 6 балів до 2 протягом $2 \pm 0,4$ дня. У контрольній групі болювий синдром поступово зменшувався з 6 балів до 2 балів протягом $4 \pm 0,75$ дня ($p < 0,05$). Болювий синдром визначали за візуально-аналоговою шкалою оцінки болювого відчуття (Rudkin G.E., 1997) (мал. 2).

Таблиця 1

Розподіл хворих за ступенем гострого геморою

Групи хворих	Ступінь гострого геморою			Усього
	I ступінь	II ступінь	III ступінь	
Контрольна (перша)	26	29	5	60
Основна (друга)	28	32	7	67

Тривалість скарг на відчуття стороннього тіла у відхідниковому каналі корелювала з даними клінічного та інструментального дослідження і була достовірно менша ($p < 0,01$).

Так, у хворих основної групи з діаметром тромбованого гемороїдального вузла до 1 см, за умови, що лікування розпочато в перші 3 доби з моменту захворювання, скарги на відчуття стороннього тіла у відхідниковому каналі зникають на $7 \pm 0,75$ добу. Під час проктологічного дослідження на $7 \pm 0,75$ добу лікування тромботичних мас в гемороїдальному вузлі не виявлено.

У хворих основної групи з діаметром тромбованого гемороїдального вузла більше 1 см, котрі почали лікування протягом 3 днів з моменту захворювання, як відчуття стороннього тіла, так і тромбований гемороїдальний вузол, зменшуються на 30% протягом першого тижня, а потім зберігаються до повного зникнення протягом 1 міс. У тих хворих, які почали своє лікування через тиждень після початку захворювання, після гострого геморою залишається шкірна складка з гематомою під нею.

У двох (3%) хворих основної групи на третю добу лікування виникла кровотеча з відхідникового каналу. Кровотечу зупинено консервативним методом. Було тимчасово відмінено препарат Дистрептаза, тому що його не можна застосовувати у разі кровотечі. Хворі були з гострим гемороєм III ступеня. У хворих спостерігали ділянку некрозу анодерми, що й виявилось джерелом кровотечі. Після покриття рани грануляціями було поновлено застосування Дистрептази в схемі лікування. Повторної кровотечі в цих пацієнтів надалі не було.

У хворих контрольної групи з діаметром тромбу до 1 см відчуття стороннього тіла та тромбований гемороїдальний вузол при об'єктивному обстеженні зникали через $15 \pm 0,35$ днів.

У хворих контрольної групи з діаметром тромбу більше 1 см в результаті консервативного лікування

Таблиця 2

Результати дослідження

Показники	Основна група		Контрольна група		Достовірність різниці
	Діаметр тромбу до 1 см	Діаметр тромбу більше 1 см	Діаметр тромбу до 1 см	Діаметр тромбу більше 1 см	
Зменшення болю з 6 балів до 2 (дні)	За $2 \pm 0,4$ дні		За $4 \pm 0,75$ дні		$p < 0,05$
Термін зникнення відчуття стороннього тіла та тромбованого гемороїдального вузла (дні)	$7 \pm 0,75$	$30 \pm 0,52$	$15 \pm 0,35$	$53 \pm 0,65$	$p < 0,01$
Ускладнення – кровотеча	–	2 (3%)	–	1 (1,5%)	$p > 0,05$
<i>Залишкові зміни</i> Лікування розпочато в перші 3 доби захворювання	Відсутні	Відсутні	Відсутні	Шкірна складка з тромбом	
Лікування розпочато через тиждень після початку захворювання	Відсутні	Шкірна складка з тромбом	Відсутні	Шкірна складка з тромбом	

ВИСНОВОК

відчуття стороннього тіла та тромбований гемороїдальний вузол при об'єктивному обстеженні визначали протягом $53 \pm 0,65$ днів.

Після гострого геморою залишається шкірна складка з гематомою під нею.

У одного (1,5%) хворого контрольної групи на четверту добу лікування відзначено виділення крові з відхідникового каналу. Спеціальних заходів для зупинки кровотечі було не потрібно. У хворого діагностовано гострий гемороїд III ступеня і ділянка некрозу анодерми, що і було джерелом кровотечі (табл. 2).

1. Додавання до типової схеми лікування препарату з патогенетичним механізмом дії Дистрептаза прискорило одужання хворих в 2 рази.

2. Лікування, яке розпочато протягом перших 3 днів з моменту захворювання, сприяє швидшому регресу гострого геморою, а тромб розміром до 1 см піддається повному тромболізу.

3. Поява дефекту анодерми під час перебігу гострого геморою є показанням до тимчасової відміни Дистрептази до появи грануляцій в рані.

Патогенетическое лечение острого геморроя.

М.И. Тутченко, В.С. Андриец, И.В. Клюзко, С.Ф. Марчук, А.А. Яковенко, Д.И. Кравцов, Б.А. Мелений, О.В. Сидоренко, Ю.В. Андриец

В исследовании определяли влияние выбора схемы лечения и размер тромбированного геморроидального узла на медицинскую и социальную реабилитацию пациентов с острым геморроем.

По результатам проведенного исследования выявлено, что у пациентов основной группы болевой синдром уменьшился в результате консервативного лечения с 6 баллов до 2 в два раза быстрее. В два раза быстрее в основной группе исчезают тромбированные геморроидальные узлы. Добавление к типичной схеме лечения препарата с патогенетическим механизмом действия Дистрептаза ускорило выздоровление больных в 2 раза.

Ключевые слова: острый геморрой, Дистрептаза, тромбированный геморроидальный узел, тромболитис.

Pathogenetic treatment of acute hemorrhoids.

M.I. Tutchenko, V.S. Andriets, I.V. Klyuzko, S.F. Marchuk, A.A. Yakovenko, D.I. Kravtsov, B.A. Meleniy, O.V. Sidorenko, Y.V. Andriets

The study measured impact of treatment regimens and size of thrombosed hemorrhoid node on medical and social rehabilitation of patients with acute hemorrhoids. As a results of the study was found that in patients of the main group pain decreased as a result of conservative treatment with 6 points to 2 in half the time. Also two times faster in the main group disappeared thrombosed hemorrhoid node. Adding to the typical treatment regimen drug with pathogenetic mechanism of action Distreptaza accelerated recovery of patients 2 times.

Keywords: acute hemorrhoid, Distreptaza, thrombosed hemorrhoid node, thrombolysis.

Сведения об авторах

Тутченко Николай Иванович – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра хирургии, стоматологический факультет, 01601, г. Киев, бул. Шевченко, 13

Андриец Владимир Савич – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра хирургии, стоматологический факультет, 01601, бул. Шевченко, 13, (067) 965-35-59.

Клюзко Иван Вячеславович – Клиническая больница № 15 г. Киева, 01001, г. Киев, ул. Сковороды, 2

Марчук Сергей Федорович – Клиническая больница № 15 г. Киева, 01001, г. Киев, ул. Сковороды, 2

Яковенко Анатолий Анатольевич – Клиническая больница № 15 г. Киева, 01001, г. Киев, ул. Сковороды, 2

Кравцов Денис Игоревич – Клиническая больница № 15 г. Киева, 01001, г. Киев, ул. Сковороды, 2

Мелений Борис Андреевич – Клиническая больница № 15 г. Киева, 01001, г. Киев, ул. Сковороды, 2

Сидоренко Олег Вячеславович – Клиника «Медисвіт», 02098, г. Киев, ул. Днепровская набережная, 25 г

Андриец Юлия Васильевна – Броварская районная больница, 07400, Киевская область, г. Бровары, ул. Шевченка, 14,

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ривакин В.Л., Капуллер Л.Л., Геморрой. Запоры. – М.: Медпрактика; Медицинская книга. 2000. – 160 с.
2. Федоров В.Н. Острый геморрой. Consilium-Provisorum. – Издательство Media Medica, 2003. – Том 03, № 5.
3. Шудрак А.А. Сучасні хірургічні методи лікування геморою // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2010. – Т. 14, № 2. – С. 372–377.
4. Amberger H.G. Analthrombose kombiniert mit Analfistel. Dtsch. Med. Wochenschr., 2007; 132: 1755–1756.
5. Anne L. Mounsey; Jacqueline Halladay, Timothy S. Sadiq. Hemorrhoids. Am. Fam Physician, 2011, № 84 (2): 204–210.
6. Konrad Wronski. Etiology of thrombosed external hemorrhoids. Postepy Hig Med Dosw (online), 2012; 66: 41–44.

Статья поступила в редакцию 13.12.2013