

ХУЛОСА

Этиология ва патогенези тангшавии скарҳои хирной (ТСХ)

А. Б. Сангинов, И. В. Мосин, Н. В. Мосина

Омилҳои этиологӣ, ки аз ҳама бештар боиси пайдоиши ТСХ мешаванд: осеби луобпарда дар натиҷаи ба он фишор овардани манжетаи найчаи танбиб ва ё ҳаракатнокии барзиёди вай, ихтилоли хунгардиш дар рағҳои майдатарин дар натиҷаи садмаи пайдоиши гуногун, сироят, нуқси нигоҳубини найчаи танбиб ҳангоми вентилятсияи дурударози сунъии шушҳо, инчунин хатоҳои техникаи иҷроиши трахеостомия ба шумор мераванд.

Тактикаи табобатӣ ҳангоми тангшавии скарҳои хирной дар 59 нафар бемор, ки ба онҳо буриши мудаввар (силкулярӣ) гузаронида шуда буд, дида баромада шудааст.

SUMMARY

Ethiology and pathogenesis of scar stenosis of trachea

A.B. Sanginov, I.V. Mosin, N.V. Mosina

The oftenest ethiological factors of initiation of scar stenosis of trachea are: damage of mucous membrane because thrust of cuff of intubation tube or extra-mobility, alteration of microcirculation from a shock of different genesis, infection, bad sanation of intubation tube during long period, technical mistakes of tracheostomy. The treatment tactics during scar stenosis of trachea in 59 patients with circular resection of trachea was studied.

Key words: scar stenosis of trachea, intubation of trachea, tracheostomy, circular resection of trachea

Адрес для корреспонденции:

А.Б. Сангинов - докторант кафедры госпитальной хирургии №1 СПб ГМУ им.акад. И.П.-Павлова; Российская Федерация, Санкт-Петербург. Тел:+79633460012
E-mai: abdurasuls@mail.ru



ОПТИМИЗАЦИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМОРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

К.М. Курбонов, М.К. Билолов, Д.К. Мухаббатов, А.М. Сабурова*

Кафедры хирургических болезней № 1;

***биохимии ТГМУ им. Абуали ибни Сино**

В работе проанализированы результаты лечения 140 пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов. Авторами установлено, что ведущее место в патогенезе острого тромбоза геморроидальных узлов принадлежит нарушению процессов перекисного окисления липидов в крови геморроидальных узлов с развитием эндوفлебита. Включение в комплекс консервативных мероприятий местной антиоксидантной терапии в значительной степени способствует снижению количества осложнений.

Ключевые слова: острый геморроидальный тромбоз, ПОЛ, геморроидэктомия

Введение. Среди больных колопроктологического профиля лидирующее место занимает геморрой [1]. Значительные сложности патогенеза геморроя, большое число серьёзных осложнений, паллиативный эффект консервативной терапии, неудовлетворительные отдалён-

ные исходы лечения и частые рецидивы заболевания после операций подтверждают актуальность рассматриваемой проблемы и диктуют необходимость дальнейших поисков путей по оптимизации лечения этого довольно распространённого колопроктологического заболевания [1,3,4]. Одним из частых и наиболее тяжёлых осложнений геморроя является острый тромбоз геморроидальных узлов (ОТГУ), частота которого составляет от 2,8 до 32% [2,3]. До настоящего времени вопросы выбора рационального объёма метода лечения ОТГУ окончательно не разрешены.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с острым тромбозом геморроидальных узлов.

Материал и методы. В клинике за последние 5 лет на лечении по поводу ОТГУ находилось 140 пациентов. Мужчин было 92 (65,7%), женщин - 48 (34,2%). Больных с ОТГУ распределили согласно усовершенствованной в клинике классификации (К.М. Курбонов и соавт., 2008г.) на 4 группы (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по степени выраженности тромбоза геморроидальных узлов

Степень тяжести геморроидального тромбоза	Число больных	
	Обсл.	%
I ст	37	26,4
II ст	59	42,14
III ст	29	20,72
IV ст	15	10,72
Всего	140	100

Диагноз ОТГУ устанавливали на основании жалоб, объективного осмотра прианальной области и деликатного пальцевого исследования. Ректороманоскопию проводили в обязательном порядке после стихания воспалительного процесса, либо после операции перед выпиской пациентов. Для изучения роли продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и нарушения реологии крови при ОТГУ исследовали уровень ПОЛ в крови геморроидального узла.

Результаты и их обсуждение. Пациентов с ОТГУ I ст. (лёгкой) было 37 (26,4 %) и характеризовалось гиперемией кожи без выраженного отёка прианальной зоны, наличием умеренно увеличенного и чётко дифференцированного, болезненного при пальпации подкожного геморроидального узла тугоэластической консистенции, располагающегося на уровне зубчатой линии. Основными клиническими проявлениями заболевания у этих больных явились зуд и жжение в области анального отверстия и вокруг него, которые усиливались, особенно при нарушении диеты, приёме алкоголя и после дефекации.

При ОТГУ 2 степени (средней) тяжести, установленной у 59 (42,1 %) больных, клиническими проявлениями заболевания были выраженные боли в области анального отверстия, усиливающиеся при акте дефекации и ходьбе. В 26 наблюдениях (18,5%) у пациентов этой группы определялись увеличение в размерах, плотные резкоболезненные, но хорошо дифференцированные геморроидальные узлы красно-багрового или синюшного цвета (2 А ст.). У 14 (10%) больных наблюдалось напряжение и некроз наружных геморроидальных узлов (2 В ст.), у 19 (13,57 %) - пролобирование за пределы анального канала геморроидальных узлов, с наличием отёчной, синюшной слизистой оболочкой, иногда с участками некроза и кровотечением (2 С ст.).

В 29 (20,7 %) наблюдениях диагностировали ОТГУ (тяжёлую 3 степень), которая проявля-

лась переходом воспаления с геморроидальных узлов на окружающие ткани. Кожные покровы вокруг анального канала гиперемированы и инфильтрированы. Определялось значительное увеличение резко болезненных наружных, либо внутренних геморроидальных узлов или их сочетание. Геморроидальные узлы не дифференцировались из-за выраженного перианального отёка. Пальпация перианальной области резко болезненна, пальцевое исследование прямой кишки не представляется возможным.

ОТГУ 4 (сверхтяжёлая степень) выявлена у 15 (10,72%) пациентов. Включение 4 степени тяжести ОТГУ имело существенное значение в выборе методов предоперационной подготовки и оперативного вмешательства. Клиническая картина характеризовалась тем, что наряду с выраженной инфильтрацией кожных покровов вокруг анального канала, наблюдались участки некроза перианальной кожи, изъязвления и явление парапроктита. Вся окружность заднего прохода представляла собой воспалённый инфильтрат, в котором дифференцировать наружные или внутренние геморроидальные узлы невозможно. При этом, наряду с сильными распирающими болями в области заднего прохода и связанные с этим нарушения дефекации, дизурия, повышение температуры до 38 С, наблюдались выраженные клиничко-лабораторные проявления эндогенной интоксикации.

Касаясь одного из научных и практически важных аспектов геморроя, хотелось бы обратить внимание на некоторые моменты патогенеза ОТГУ. С целью выявления роли процессов ПОЛ в патогенезе ОТГУ у 43 пациентов с различными стадиями ОТГУ проводили забор крови из геморроидальных узлов, при невозможности старались провести забор крови из интактного геморроидального узла для исследования уровня показателей ПОЛ, гемостаза и реологии крови (табл. 2).

Таблица 2

Показатели уровня ПОЛ в крови геморроидального узла

Группа больных	Показатели ПОЛ	
	МДК нмоль/мг	ДК оп.ед. мл/мг
Здоровые	3,54±0,11	0,87±0,43
ОТГУ		
I	3,68 ±0,12	0,43± 0,32
II	4,1± 0,09	1,12± 0,24
III	4,7± 0,30	1,79± 0,12
IV	7,7 ±0,42	1,84± 0,44

Результаты исследований продуктов ПОЛ в крови геморроидальных узлов показали, что по мере прогрессирования ОТГУ наблюдается критическое повышение содержания ПОЛ в крови. Так, содержание МДА и ДК при ОТГУ 1-2 степени составило 3,68±0,12 нмоль/мг, 0,93±0,32 оп.ед мл/мг и 4,1±0,08 нмоль/мг, 1,12±0,24 оп.ед мл/мг. При норме МДА - 3,54±0,11 нмоль/мг и ДК - 0,87±0,45 оп.ед мл/мг. В основе развития ОТГУ лежит воспалительный процесс, обусловленный повреждением (изъязвлением) слизистой оболочки геморроидального узла и сосудистой стенки (эндофлебит). Пусковым механизмом развития воспалительного процесса при этом является повреждающее действие продуктов ПОЛ с развитием нарушения микроциркуляции, выраженного спазма анального сфинктера и прогрессирования эндофлебита (при 3 степени: МДА - 7,4± 0,30 нмоль/мг и ДК 1,79±0,12 оп.ед мл/м; при 4 степени: ОТГУ - 7,7 ± 0,42 нмоль/мг, 1,84±0,44 оп.ед мл/мг), который в последующем способствует нарушению микроциркуляции и реологии крови в кавернозных венах и возникновению тромбоза (табл. 3).

Таблица 3

Показатели гемостаза и реологии крови в геморроидальных узлах при ОТГУ

Показатель	Норма	ОТГУ			
		I ст. (n 10)	II ст. (n 10)	III ст. (n 10)	IV ст. (n 8)
ВСК, мин.	6,2 +0,2	5,8+0,3	5,1+0,2	4,12+0,1	4,1 +0,4
Тромбопластическая активность, %	82,2+ 1,0	82,4+ 1,3	83,3+ 1,7	85,0 +1,5	5,3 +1,2
Фибриноген, г/л	2,37+0,2	2,39+ 0,43	2,42+ 0,40	2,5+ 0,34	2,53+ 0,36
Гепарин, ед/мл	6,2+ 0,1	5,8+0,7	5,4+0,5	4,8 +0,9	4,5 +0,3
Антитромбин III, %	92,5+ 1,8	89,3 +1,2	74,4+ 1,4	70,8 +2,0	61,5+ 2,2
Фибринолиз, %	19,4+0,2	27,3+ 3,4	32,8+ 2,3	49,7 +3,0	51,1+ 3,8
ПДФ, мкг/мл	Нет	5-8	6-8	10-16	16-20
Агрегация тромбоцитов, мин.	6,1+ 1,0	6,0+1,4	5,7+2,0	5,2+ 1,8	5,0 +1,3
Вязкость крови, отн. ед	4,9 +0,05	4,9+ 0,8	5,0 +0,5	4,9 +0,06	4,9 +0,03

Таким образом, при ОТГУ происходит последовательное взаимодействие нескольких основных факторов. Главным образом, повреждающего действия продуктов ПОЛ на эндотелий сосудистой стенки с развитием эндофлебита и изменением системы гемокоагуляции за счёт преобладания тромбопластического потенциала над фибринолитической активностью крови и замедлением скорости кровотока в кавернозных венах в результате стойкого спазма анального сфинктера.

Комплексная консервативная терапия оказалась эффективной, привела к купированию острых явлений и нормализации показателей больных с ОТГУ 1 степени тяжести у 24 пациентов (17,1%). У больных с 2-4 степенью ОТГУ лечебный эффект выражался лишь в некотором уменьшении болевого синдрома, а признаки острого нарушения кровообращения в геморроидальных узлах сохранились. В связи с чем, в комплекс консервативной терапии пациентов с ОТГУ 3-4 степени эффективно использовали суспензии постеризана и суппозитории нигепена, способствующие за короткий отрезок времени улучшить кровообращение в зоне тромбированных геморроидальных узлов.

Из 11 больных с ОТГУ 1 степени (n=37), 2 степени (n=59), 3 степени (n=29) и 4 (n=15) степенью ОТГУ неотложные и срочные операции в течение первых 3 суток с момента поступления в клинику выполнили у 76 (54,2%) больных. Среди них ОТГУ 1 степени был у 13 больных, 2 степени (n=51), 3 степени (n=12). Методом выбора обезболивания явилось пролонгированная эпидурально-сакральная анестезия. Характер выполненных оперативных вмешательств приведен в таблице 4.

Таблица 4

Распределение больных в зависимости от сроков и методов геморроидэктомии

Варианты геморроидэктомии	Экстренные операции (n=34)	Отсроченные операции (n=42)	Плановые операции (n=63)
Геморроидэктомия по Миллигану- Моргану во II-й модификации ГНЦ	8	12	50
Геморроидэктомия по А.М. Коплотадзе	14	18	11
Геморроидэктомия по усовершенствованной методике клиники	12	22	2
Всего	34	42	63

В зависимости от степени выраженности местных клинических проявлений ОТГУ, а также уровня продуктов ПОЛ в крови, определяли сроки проведения операции. При лёгкой и средней степенях тяжести ОТГУ без признаков перианального отёка и относительно низких показателей продуктов ПОЛ (МДА от $3,38 \pm 0,12$ до $4,1 \pm 0,08$ нмоль/мг, ДК от $0,93 \pm 0,32$ до $1,12 \pm 0,24$ оп ед. мл/мг) в 76 наблюдениях больные были оперированы в первые 24 часа ($n=34$) и в отсроченном порядке, позднее 24 часов ($n=42$) с момента госпитализации.

Следует отметить, что всех пациентов со среднетяжёлой степенью заболевания и наличием прианального отёка оперировали в отсроченном порядке. Такая тактика диктуется необходимостью проведения комплексной консервативной терапии с местным применением антиоксидантных средств Релиф Адванс и препаратов, улучшающих гемостаз и реологию крови (нигепан), для ликвидации перианального отёка, тромбоза, вторичного воспаления, явления некроза, появления дифференциации геморроидальных узлов с целью создания наиболее благоприятных условий для выполнения радикальной операции и сведения до минимума возможности возникновения нежелательных осложнений в ближайшем и отдалённом периоде. В 24 наблюдениях выполняли ранние отсроченные операции геморроидэктомии в сроки от 24 часов до 7 суток нахождения больного в стационаре. Поздние отсроченные операции проводили у 18 больных на 8 - 15 суток с момента госпитализации.

Послеоперационные осложнения наблюдали у 21 пациентов (15%): перианальный отёк - у 9, дизурические расстройства - у 5, выделение крови во время дефекации - у 3, острый воспалительный процесс в зоне анального канала - у 2, кровотечение - у 2. Продолжительность послеоперационного лечения составила в среднем 23 - 25 дня.

Выводы:

1. В основе патогенеза острого геморроидального тромбоза лежит повреждающее действие продуктов ПОЛ сосудистой стенки с развитием эндофлебита, нарушение микроциркуляции и реологии крови в геморроидальных узлах.
2. Выбор сроков, объёмов и методов хирургического лечения острого тромбоза геморроидальных узлов определяется выраженностью патоморфологических изменений в перианальной области, уровнем содержания продуктов ПОЛ и тяжестью нарушения гемостаза и реологии крови.
3. Наиболее эффективными методами геморроидэктомии при ОТГУ, является методики с полным восстановлением слизистой оболочки анального канала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А., Султанов Г.А., Алиев Э.С. Острый геморроидальный тромбоз: сущность понятия, корректность обозначения и унификация терминологии, альтернативные подходы к хирургическому лечению // Вестник хирургии. 2005. №3. С. 79-84
2. Заремба А.А. Острый геморроидальный тромбофлебит (консервативное и оперативное лечение) // Автореф. канд. дисс. Рига. 1968
3. Камалов М.А. Радикальное лечение больных острым тромбозом геморроидальных узлов // Автореф. канд. дисс. 1988
4. Коплотадзе А.М., Конин Д.Г., Ким С.Д., Балквандзе Э.Э. Тактика и методы хирургического лечения острого тромбоза геморроидальных узлов // Колопроктология. 2004. №3 (9). С.3-5

ХУЛОСА

Тактика ва муносибгардони табобати суддати шадиди бавосирӣ

К. М. Қурбонов, М. К. Билолов,
Д. К. Муҳаббатова, А. М. Сабурова

Дар мақола натиҷаҳои табобати 104 нафар бемори гирифтори суддати шадиди гиреҳи бавосирӣ (СШГБ) таҳлил карда шудаанд. Муаллифон муқаррар карданд, ки дар патогенези СШГБ нақши асосиро ихтилоли раванди оксидшавии липидҳо дар хуни гиреҳҳои бавосирӣ бо ташаккули илтиҳоби андарунпардаи рағҳо (эндофлебит) мебозанд. Ба маҷмӯи чораҳои дармонӣ ҳамроҳ кардани табобати мавзеи зиддиоксидантӣ ба хеле паст шудани шумораи оризаҳо мусоидат мекунад.

Summary

OPTIMIZATION AND TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE HAEMORRHOIDAL THROMBOSIS

K.M. Kurbonov, M.K. Bilolov, D.K. Muhabbatov, A.M. Saburova

In the work results of the care of 140 patients with acute thrombosis of haemorrhoidal knots were analyzed. Authors received that important role in pathogenesis of acute thrombosis of haemorrhoidal knots belong to damage of processes of super-oxidation of lipids in blood of haemorrhoidal knots and initiation of endo-phlebitis. Putting of local antioxidant therapy into complex of conservative measures promotes decreasing a number of complications.

Key words: acute haemorrhoidal thrombosis, SOL, haemorrhoidectomy

Адрес для корреспонденции:

К.М. Курбонов - зав. кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, Душанбе, ул. Айни-46. Тел: +992 (37) 227-74-96

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Ш.З. Хабибулаев

ГУ "Онкологический научный центр" МЗ РТ

В статье приводятся отдалённые результаты лечения 110 больных местнораспространённым раком области головы и шеи, которым в период с 1998 по 2008 г.г. произведены одномоментные реконструктивно-восстановительные операции с применением кожно-фасциальных и кожно-мышечных артериализированных лоскутов на ножке. При анализе эффективности проведённого хирургического лечения установлено, что 3-летняя выживаемость среди всех оперированных пациентов составила 62,5+5,13%, тогда как 5-летняя выживаемость равнялась 53,2+5,85%. При сравнении выживаемости больных раком кожи и слизистой оболочки полости рта выявлена статистически достоверная разница показателей в корреляции с возрастом больных и стадией опухоли.

Ключевые слова: местнораспространённый рак органов головы и шеи, пластика дефектов головы и шеи

Актуальность. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении злокачественных новообразований головы и шеи, процент запущенных случаев рака в Республике Таджикистан остаётся достаточно высоким и составляет в среднем около 70-80% [1]. Это также относится и к частоте выявления плоскоклеточного рака органов головы и шеи, который чаще всего встречается на коже и слизистой оболочке полости рта и ротоглотки.