

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Пожалуй, ни одной проблеме в хирургии вообще и колопроктологии в частности не посвящено такого количества публикаций, как проблеме лечения геморроя. Геморроем страдает более 10% взрослого населения планеты, а удельный вес от общего числа колопроктологических заболеваний составляет 40%. Распространенность геморроя 130—145 случаев на 1 000 взрослого населения. Наибольшая распространенность геморроя отмечается в группе лиц зрелого и пожилого возраста, достигая 210—240 на 1 000 населения.

Ключевые слова: хронический геморрой, оперативное лечение, местная терапия, комбинированные препараты

Среди клинически манифестирующих проктологических заболеваний геморрой занимает первое место — 43%. Следует отметить, что каждый третий из этих пациентов нуждается в хирургическом лечении.

Источником формирования геморроидальных узлов являются кавернозные тельца, расположенные в конечном отделе прямой кишки сразу над аноректальной линией (над анальным каналом). Кавернозные вены закладываются в прямой кишке уже в процессе развития эмбриона и определяются после рождения в конечном отделе прямой кишки. Примерно к 10 годам жизни кавернозные вены этой области становятся более крупными, чаще формируются в группы.

Под термином «геморрой» понимается патологическое увеличение наружных и внутренних геморроидальных узлов, сопровождающееся периодическим выделением алой крови из внутренних узлов и их выпадением из анального канала. Внутренние геморроидальные узлы располагаются в подслизистом слое конечного отдела прямой кишки. Наружные геморроидальные узлы располагаются под кожей промежности.

В настоящее время предложено множество теорий появления и развития геморроя: наследственная, конституциональная, токсическая, механическая, опухолевая, эндокринная, инфекцион-

ная, но ни одна из них до конца и полностью не объясняет появление симптомов выпадения геморроидальных узлов и выделения алой крови из них.

Однако все исследователи сходятся во мнении, что провоцирующими факторами развития геморроя являются запоры, тяжелая физическая работа, беременности и т. д.

Практически все колопроктологи выделяют следующие факторы риска:

1. Конституциональные особенности организма:
 - слабость стенки кровеносных сосудов и соединительной ткани;
 - отсутствие клапанов в венах прямой кишки.
2. Частые и длительные нарушения функции толстой кишки (запор, поносы).
3. Продолжительное пребывание в вертикальном положении.
4. Малоподвижный, сидячий образ жизни.
5. Употребление острой пищи, алкогольных напитков, недостаточное потребление клетчатки.
6. Сильное одномоментное повышение внутрибрюшного давления (подъем тяжестей, роды).

Таким образом, геморрой является вялотекущим хроническим заболеванием с периодическими обострениями.

Если говорить о хроническом геморрое, то можно выделить 4 стадии заболевания:

Первая стадия — выделение крови из заднего прохода без выпадения геморроидальных узлов.

Вторая стадия характеризуется выпадением геморроидальных узлов с самостоятельным вправ-

лением в анальный канал, с кровотечением или без кровотечения.

Третья стадия сопровождается периодическим выпадением узлов с необходимостью их вправления в анальный канал с помощью ручного пособия, с кровотечением или без кровотечения.

Четвертая стадия характеризуется постоянным выпадением геморроидальных узлов вместе со слизистой оболочкой прямой кишки и невозможностью их вправления в анальный канал, с кровотечением или без него.

Термин «острый геморрой» чаще всего подразумевает либо кровоточащий геморрой, либо тромбоз геморроидальных узлов (чаще наружных).

По данным официальной статистики Минздравоохранения России, в 2010 г. было зарегистрировано 98 200 случаев заболевания геморроем. При этом 47,9% больных выполнена радикальная операция — геморроидэктомия. Важно отметить, что лишь около 30% пациентов геморроидальной болезнью нуждаются в хирургическом лечении. Как правило, это относится к пациентам с наиболее запущенными стадиями заболевания, выпадением внутренних геморроидальных узлов вместе со слизистой прямой кишки, наличием выраженных наружных узлов со склонностью к частым периаанальным тромбозам. В последнее время в мире все более широкое применение получают малоинвазивные методы лечения геморроя. Преимуществами этих методов является возможность амбулаторного применения, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, ранняя социально-трудовая реабилитация, что привлекает все большее число колопроктологов. В настоящее время наиболее часто применяются следующие малоинвазивные методы лечения геморроя: склерозирование геморроидальных узлов; лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами; инфракрасная коагуляция; дезартеризация терминальных ветвей верхней геморроидальной артерии под контролем доплерометрии. В настоящее время в клинической практике стали широко применяться мини-инвазивные способы лечения геморроя. Наиболее часто используется лигирование внутренних геморроидальных узлов

латексными кольцами, склеротерапия и инфракрасная фотокоагуляция.

Как уже отмечалось выше, подавляющее большинство хирургов-проктологов в течении геморроидальной болезни различают острый и хронический периоды. Именно в острый период целесообразно применение консервативных схем лечения пациентов с геморроем, позволяющих остановить геморроидальные кровотечения, снять болевой синдром,

■ *Ультрапрокт — комплексный препарат, оказывающий местное противовоспалительное, противозудное и обезболивающее действие. Препарат содержит два мощных противовоспалительных компонента и топический анестетик, тропный к эпителию прямой кишки.*

уменьшить явления местного воспаления. Также применение консервативной терапии возможно на самых начальных стадиях заболевания. Сразу следует отметить, что большую роль в лечении играет исключение факторов, способствующих развитию клинических проявлений, в первую очередь исключение профессиональных вредностей, назначение рациональной диеты, направленной на регуляцию кишечного пассажа, что способствует предупреждению клинических проявлений геморроя.

Таким образом, консервативное лечение показано на начальных стадиях хронического геморроя и при остром течении заболевания. Имеется два основных направления консервативной терапии геморроя:

1. Снятие, коррекция факторов стаза в венозной системе таза и нижней части живота:

- диета,
- гимнастика,
- профилактика запоров,
- гигиена заднего прохода.

2. Медикаментозная терапия.

Задачами консервативной терапии является:

- достижение быстрого и достаточно длительного локального обезболивающего эффекта,

- лечение местных сосудистых поражений,
- борьба с кровотечением,
- стимуляция репаративных процессов.

Консервативное лечение можно подразделить как на общее и местное, так и на симптоматическое и патогенетическое.

Среди общей терапии можно выделить следующие направления. Борьба с запорами является важным фактором в профилактике и лечении геморроя. Необходимо назначение ферментных препаратов, средств, влияющих на флору и моторику тонкой и толстой кишки, и пищевых волокон. Положительный эффект общего воздействия оказывают физиотерапевтические процедуры и лечебная физкультура. В качестве средств при лечении острого и хронического геморроя эффективными считаются флеботропные препараты, созданные на основе флавоноидов, основными механизмами действия которых являются: повышение венозного тонуса, купирование воспалительных реакций, стимуляция венозного кровотока и лимфодренажа, а также устранение расстройств системы микроциркуляции.

Местное лечение направлено на купирование основных симптомов заболевания. При геморроидальных кровотечениях эффективно применение местных препаратов: спонгостана и коллагеновых гемостатических губок, состоящих из фибриногена и тромбина, они способствуют быстрому формированию тромба и прекращению выделений крови.

Часто наиболее актуальным является купирование симптомов тромбоза геморроидальных узлов, т. к. такие состояния сопровождаются выраженным болевым синдромом. Наиболее эффективными в таких случаях являются гепариносодержащие препараты. Это связано с тем, что при местном применении гепарин препятствует образованию тромбов, обладает противоотечным и противовоспалительным действием, способствует регенерации соединительной ткани, ускоряет заживление. Гепарин подавляет реакции, вызывающие коагуляцию крови и образующие тромб.

Однако наиболее обособанным при остром тромбозе геморроидальных узлов является использование комбинированных препаратов, содержа-

щих не только гепарин, но и другие компоненты, позволяющие более эффективно снять воспаление и связанный с ним болевой синдром.

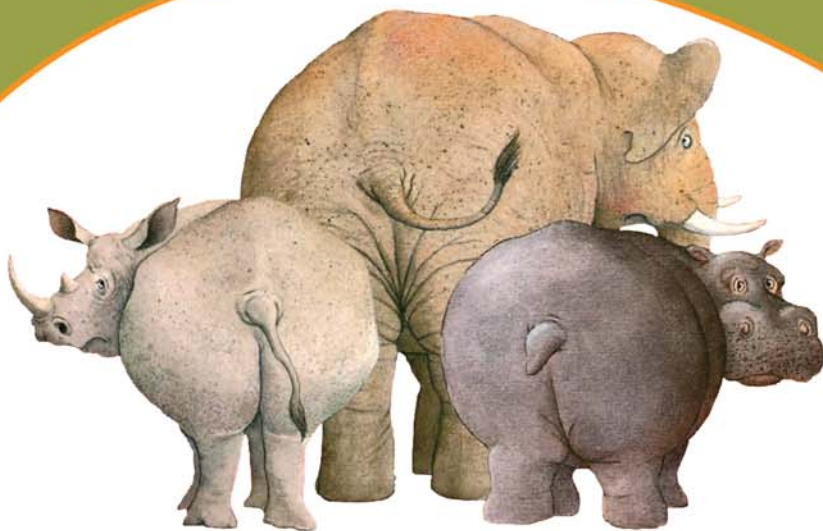
По нашему мнению, препаратом выбора местной терапии хронического и острого геморроя и других заболеваний анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки, а также послеоперационного ведения больных проктологического профиля является препарат Ультрапрокт.

Ультрапрокт — комплексный препарат, оказывающий местное противовоспалительное, противозудное и обезболивающее действие. Препарат содержит два мощных противовоспалительных компонента и топический анестетик, тропный к эпителию прямой кишки.

Флуокортолон — мощный противовоспалительный компонент — является наиболее сильным среди всех применяемых в проктологии местных средств. Оказывает местное противовоспалительное, противозудное, антиаллергическое, обезболивающее действие. Эти эффекты осуществляются за счет ряда изменений, происходящих в организме под действием этих веществ. Так, противовоспалительный эффект достигается за счет снижения активности ферментов, разрушающих клетки и ткани, в т. ч. протеазы, нуклеазы, гиалуронидазы и др. Под действием флуокортолона снижается скорость синтеза простагландинов, кининов и лейкотриенов, играющих в организме роль медиаторов воспаления. Препараты глюкокортикостероидов тормозят перекисное окисление липидов и образование свободных радикалов в очаге воспаления, таким образом оказывая антиоксидантное действие. Кроме того, они снижают проницаемость сосудистой стенки и тканевых барьеров, уменьшают количество воды и белка, переходящих в место воспаления. Противозудное и антиаллергическое действие глюкокортикостероидов осуществляется за счет стабилизации стенок тучных клеток, снижения высвобождения в кровь гистамина, повышения способности крови связывать гистамин, снижения чувствительности клеток и тканей к действию гистамина. При местном применении флуокортолона для терапии геморроя улучшается микроциркуляция, снижается отечность тканей, уменьшается

Ультрапрокт

Жизнь без
«задних» мыслей



Быстрое и эффективное лечение геморроя и воспалительных заболеваний заднего прохода

Краткая информация по препарату Ультрапрокт

Лекарственные формы: мазь ректальная; суппозитории ректальные.

Состав: В 100 г мази: 0,0945 г флуокортолона гексоната, 0,0918 г флуокортолона пивалата и 0,500 г цинхокаина гидрохлорида.

В 1 суппозитории: 0,630 мг флуокортолона гексоната, 0,612 мг флуокортолона пивалата и 1,0 мг цинхокаина гидрохлорида.

Показания Геморрой, поверхностные анальные трещины, проктит.

Противопоказания В области нанесения: туберкулёзные или сифилитические процессы; вирусные заболевания (ветряная оспа, реакция на вакцинацию); лечение детей и подростков не рекомендовано; I триместр беременности; повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Побочное действие Жжение, кожный зуд, сухость кожи. При длительном применении Ультрапрокта возможно появление местных сопутствующих симптомов: атрофии кожи, телеангиэктазии, гипопигментации. В редких случаях возможны аллергические реакции.

Способ применения и дозы Мазь: дважды в день, в первый день для скорейшего облегчения симптоматики – до 4-х раз. Суппозитории: один суппозиторий, вводят глубоко в прямую кишку. При тяжелой форме в первый день два или три раза вводится по 1 суппозиторию.

Препарат отпускается по рецепту врача

Рег. Уд.: суппозитории: П №014591/01; мазь: П №014591/02.

Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата

Производитель: Интендис ГмбХ, Германия, произведено Интендис Мануфэкчуринг СпА, Италия.



LRUDE-04-2012.0082

Для специалистов



Дерматология, ЗАО «Байер»
107113 РФ г. Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2
Тел: (495) 232-11-41

Рег. Уд.: Ультрапрокт мазь ректальная П№014591/02, Ультрапрокт суппозитории П№014591/01

зуд и ускоряется регенерация и заживление слизистой оболочки прямой кишки.

Второе действующее вещество препарата — цинхокаин относится к группе местных анестетиков амидного типа.

Проникновение компонентов препарата Ультрапрокт в кровь низкое, поэтому при его применении отсутствуют системные эффекты противовоспалительных компонентов и цинхокаина.

Препарат выпускается в виде ректальных суппозиторий и мази, что удобно для интаректального и наружного применения.

Наш опыт показал, что Ультрапрокт является препаратом выбора при консервативном ведении больных с различными заболеваниями анального канала и нижеампулярного отдела прямой кишки (геморрой, анальные трещины, криптиты и т. д.). Также результаты наших исследований показали высокую эффективность Ультрапрокта при ведении больных проктологического профиля в послеоперационном периоде. Важнейшими задачами, встающими перед хирургом после операции, являются купирование болевого синдрома, ликвидация тканевого отека и явлений воспаления, правильное ведение послеоперационных ран в различные фазы раневого процесса. При этом важно подчеркнуть, что выраженный болевой синдром, который отмечается практически у всех больных проктологического профиля в послеоперационном периоде, по нашему мнению, прежде всего обусловлен местным воздействием медиаторов воспаления. Это обуславливает высокую эффективность применения нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в послеоперационном периоде с целью уменьшения выраженности болевого синдрома. Однако применение НПВС в терапевтических дозах может оказаться неэффективным из-за слабого накопления в тканях. Также отмечается ряд побочных системных эффектов (ульцерогенный и т. д.). Следовательно, применение в раннем послеоперационном периоде ректальных суппозиторий, направленных прежде всего на уменьшение местной воспалительной тканевой реакции в зоне анального канала и нижеампулярного отдела прямой кишки, ведет к значительному уменьшению болевого синдрома, сокра-

щению первой фазы раневого процесса и в последующем к более быстрому заживлению послеоперационных ран. Таким образом, мы считаем целесообразным в первые 4–5 дней после операции применение свечей либо мази Ультрапрокт, чей высокий противовоспалительный эффект обусловлен наличием глюкокортикоидного гормона. Также немаловажным является местное анестезирующее действие цинхокаина. При этом, учитывая иммуномодулирующее действие кортикостероидного гормона, мы считаем нецелесообразным использование препарата при ведении послеоперационных больных более 5 дней.

В заключение важно подчеркнуть, что консервативное лечение при геморроидальной болезни носит паллиативный характер, приносящий пациенту уменьшение выраженности основных жалоб или перевод заболевания в хроническое течение. Практически все врачи, занимающиеся лечением больных с хроническим геморроем, подчеркивают, что возобновление запора, погрешности в диете, регулярные физические нагрузки приводят к рецидиву заболевания, который достигает почти 100%, в сроки до 3 лет. Кроме того, важно помнить, что эффективность консервативного лечения уменьшается в зависимости от степени выраженности клинических проявлений геморроя. Так, при 3-й и 4-й стадиях геморроидальной болезни данные методы оказываются малоэффективными.



ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев С.В. и соавт. Роль малоинвазивных вмешательств в лечении геморроя // Актуальные вопросы колопроктологии. Самара, 2003. 35–36 с.
2. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А. Выбор метода лечения геморроя // Хирургия. 1999. 8: 50–55 с.
3. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М., 2002. 192 с.
4. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Дульцев Ю.В. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. М.: Медицина, 1994. 240 с.
5. Abcarion H., Alexander-Williams J., Christiansen J. Benign anorectal diseases: definition characterization and analysis of treatment. Amer. J. Gastroenterol, 1994; 8: 182–190.
6. Badon A. Sclerotherapy of hemorrhoids. Phlebologie. 1980, 33(4): 613–616.