

СИМПОЗИУМ «ГЕМОРРОИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ: МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ»

В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО КОНГРЕССА

В рамках Национального хирургического конгресса, проходившего 4–7 апреля 2017 г. в Москве совместно с XX съездом Российского общества эндоскопических хирургов, работала секция, посвященная хирургическим и консервативным методам лечения заболеваний кишечника. Симпозиум «Геморроидальная болезнь: мировые тенденции и практические рекомендации», организованный при поддержке компании Bayer, проходил под председательством президента Общероссийской общественной организации «Ассоциация колопроктологов России», главного внештатного специалиста-колопроктолога Минздрава России и Департамента здравоохранения г. Москвы профессора Юрия Анатольевича Шелыгина. В президиуме заседали профессора Леонид Алексеевич Благодарный, Сергей Васильевич Васильев и руководитель международной школы практических хирургов доктор Бадма Николаевич Башанкаев.

Открывая симпозиум, председатель обратил внимание на тот факт, что большинство пациентов, испытывающих проблемы с кишечником, попадают к хирургам общей практики, поэтому хирургам крайне важно разбираться в вопросах колопроктологии. Лечение геморроидальной болезни всегда требует индивидуального подхода к пациенту. Конечно, существуют медицинские показания, требующие экстренного хирургического вмешательства, но каждый хирург должен оценить все риски и возможности, уделяя больше внимания назначению консервативной терапии.

Первым выступлением на симпозиуме был доклад профессора Л.А. Благодарного (ФГБУ ГНЦ колопроктологии, Москва) о роли консервативной терапии в лечении геморроя. Профессор поделился результатами собственных исследований по лечению пациентов с применением препарата Релиф. При лечении острого и хронического геморроя эффективность препарата проявлялась в 80–90% случаев, а при лечении пациентов с легкой степенью тромбоза геморроидальных узлов – в 71% случаев. Вторая часть доклада была посвящена результатам лечения острого кровоточащего геморроя, осложненного анемией. Профессор отметил, что при лечении кровоточащего геморроя, осложненного острой формой анемии, самым важным является остановка кровотечения любыми способами, вплоть до прошивания ножки геморроидального узла. Тактика лечения выбирается в зависимо-

сти от степени выраженности геморроидального кровотечения. Как и при остром тромбозе, в начальной стадии кровоточащего геморроя была показана высокая эффективность консервативного лечения, составив 83%. Однако при средней и тяжелой стадии заболевания консервативная терапия была эффективна лишь в 39% случаев. Это объясняет выбор двухэтапного метода лечения: проведение склерозирования с целью остановки кровотечения и восстановления гемоглобина до субнормальных единиц – 100–110 г/л, второй этап – хирургическое лечение. Профессор Благодарный Л.А. напомнил и о недостатках хирургического лечения – выраженном постоперационном болевом синдроме, нередко приводящем к дизурическим явлениям. Применение препаратов группы Релиф способствовало купированию болевого синдрома уже к 5–7-му дню после хирургического лечения. В заключение профессор отметил, что консервативное местное постоперационное лечение может осуществляться врачами общей практики, гарантируя хорошие результаты при острой или начальной стадии хронического геморроя, а также улучшая результаты малоинвазивного и хирургического лечения.

Доктор М.В. Абрицова (ФГБУ ГНЦ колопроктологии, Москва) посвятила свое сообщение проблеме выбора метода хирургического лечения – дезартеризации геморроидальных узлов или геморроидэктомии. Докладчик перечислил возможные хирургические методы лечения, включая инвазивные – открытую или закрытую геморроидэктомию с использованием гармонического скальпеля или аппарата Лигашу и малоинвазивные методы лечения – склерозирование геморроидальных узлов, лигирование латексными кольцами, степлерную геморроидэктомию, дезартеризацию внутренних узлов с мукопексией и без нее. Доктор обратил внимание, что ни один из перечисленных методов нельзя считать «золотым стандартом» лечения геморроидальной болезни, т. к. каждый имеет свои преимущества и недостатки. Следуя международным рекомендациям, наиболее часто используемым методом лечения геморроя 3–4-й стадии является геморроидэктомия в связи с высокой эффективностью и минимальным процентом рецидива в отдаленном периоде. При этом геморроидэктомия иногда сопровождается выраженным рубцовым процессом, длительным болевым синдромом и рядом осложнений. А вот



малоинвазивные методы лечения воздействуют в основном на один фактор патогенеза заболевания: сосудистый или механический. Доктор Абрицова отметила, что многие специалисты предлагают рассматривать метод дезартеризации с мукопексией как надежную альтернативу традиционной геморроидэктомии. Докладчик привел результаты контролируемого рандомизированного исследования, цель которого заключалась в улучшении результатов лечения пациентов с 3–4-й стадией геморроя. Количество пациентов составляло 320 человек: первая группа – пациенты после проведения дезартеризации с мукопексией, вторая – после геморроидэктомии. В результате сравнения были получены достоверно значимые различия в пользу метода дезартеризации с мукопексией по уровню болевого синдрома в послеоперационном периоде, 2 и 5 баллов соответственно. В группе после проведения геморроидэктомии наблюдались такие осложнения, как ложные болезненные позывы к дефекации, недостаточность анального сфинктера, рубцовая деформация анального канала, рецидивы кровотечения в сроке от 70 до 355 дней, т. е. в течение всего года наблюдений. В заключение доклада Абрицова М.В. сделала вывод о том, что метод дезартеризации с мукопексией достаточно эффективен в ликвидации внутренних геморроидальных узлов и не сопровождается травматизацией структур анального канала. Также она подчеркнула, что использование малоинвазивных методик снижает риск возникновения послеоперационных осложнений, особенно таких серьезных, как недостаточность анального сфинктера и рубцовая деформация анального канала, тем самым оказывая положительное влияние на качество жизни пациентов.

Следующим был доклад «Тромбозы геморроидального узла и тенденции в диагностике и лечении данной патологии» профессора Д.А. Хубезова (главного колопроктолога МЗ Рязанской области). Профессор обратил внимание на клинические рекомендации по лечению осложненного тромбоза геморроидального узла, отметив, что тактика лечения одинакова как в европейских, так и в российских рекомендациях и зависит исключительно от времени, прошедшего с начала тромбоза. Профессор напомнил о случаях, когда временной фактор указывает на хирургическое лечение, а клиническая картина требует консервативной терапии. Докладчик привел результа-

ты исследования, демонстрирующие сопоставимую эффективность экстренной и плановой геморроидэктомии, упомянув при этом и о часто встречающихся неблагоприятных результатах хирургического лечения. В этой связи он акцентировал внимание на эффективности консервативных методов лечения тромбоза геморроидального узла и разнообразии фармакологических препаратов: топических кортикостероидов, флеботоников, анальгетиков, локальных анестетиков и других средств. Профессор привел результаты рандомизированных исследований по препарату Релиф Про в форме крема и суппозитория, продемонстрировавшие эффективность препарата в 80% случаев в сравнении с аналогами. При использовании комбинации крема и суппозитория были отмечены хорошие и очень хорошие результаты лечения геморроидальной болезни в 90% случаев: полное купирование болевых симптомов, жжения и других проявлений заболевания к концу лечения. Профессор завершил свой доклад, подчеркнув преимущества консервативного лечения тромбированного геморроя в сравнении с хирургическими методами, а в качестве препарата выбора обосновал применение Релифа Про.

Проблему боли и качества жизни в периоперационном периоде поднял в своем докладе доктор А.В. Седнев (Санкт-Петербургский научно-практический центр колопроктологии), напомнив, что в современной колопроктологии существует множество способов лечения геморроидальной болезни, однако до сих пор научное сообщество находится в поисках оптимального метода обезболивания. Доктор Седнев А.В. подчеркнул, что купирование болевого синдрома очень важно, особенно в практике проктолога, т. к. практически все манипуляции и послеоперационный период сопровождаются болью, оказывая влияние на реабилитацию и повышая риск осложнений. Касаясь вопроса обезболивания при проведении амбулаторных малоинвазивных методов лечения, он отметил эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов в таблетированных или инъекционных формах. Доктор подробно рассказал об оптимальных способах проведения малоинвазивных и хирургических методов лечения, которые позволяют предупредить осложнения и снизить болевой синдром. Так, он обратил внимание на технику хирургических мероприятий по лечению геморроидальных узлов, под-

робно рассказав о двухэтапном проведении операции проксимального шовного лигирования: первый этап – это лигирование всех выявленных ветвей геморроидальных артерий, а второй этап – мукопексия. Седнев А.В. указал на то, что наложение якорного и мукопексического шва важно выполнить разными нитями, т. к. они не должны располагаться в одной плоскости. Докладчик подчеркнул, что завершение мукопексического шва на расстоянии более 5 мм от зубчатой линии позволяет снизить послеоперационный болевой синдром. Кроме того, доктор Седнев А.В. поделился опытом проведения открытой геморроидэктомии без восстановления слизистой анального канала, т. к. результаты многочисленных исследований и его личный опыт показали, что ушивание слизистой приводит к существенному увеличению отека анальной области и значимому усилению болевого синдрома. Он отметил тенденцию к снижению болевого синдрома и сокращению сроков реабилитации при использовании ультразвукового скальпеля во время операции. Доктор обратил внимание на отказ от тампонирования анального канала в послеоперационном периоде, что существенно уменьшает болевой синдром. Также докладчик указал на важность широкого применения препаратов для местного обезболивания, особенно хорошо известных на протяжении многих лет, – препаратов группы Релиф. Он отметил, что применение нового препарата Релиф Про, содержащего локальный анестетик и мощный кортикостероид, позволяет добиться стойкого местного обезболивания, а также эффективного снятия отека перианальной области и послеоперационного воспаления. Завершая доклад, доктор Седнев А.В. предложил стратегию ведения больного после геморроидэктомии, включающую обезболивание наркотическими анальгетиками в первые сутки, а в последующие 6–7 суток – использование инъекционных НПВП в сочетании с применением мазевых аппликаций с анестетиком или комбинированных мазей.

В рамках симпозиума была организована прямая видеотрансляция мастер-классов двух бригад хирургов, производивших малоинвазивные хирургические вмешательства по лечению геморроидальной болезни. Одна видеотрансляция была организована из операционной, где д.м.н. Александр Юрьевич Титов осуществлял дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов с мукопексией, вторая демонстрировала аппаратную геморроидэктомию с применением УЗ-скальпеля «Harmonic», оперировал к.м.н. Иван Васильевич Костарев. Во время видеотрансляций оперирующие хирурги отвечали на вопросы зала и комментировали свои действия по ходу операции, что создавало у участников симпозиума ощущение присутствия в операционной и дало им ценный практический опыт.

Заключительным выступлением на симпозиуме был доклад доктора Б.Н. Башанкаева (Колопроктологическая клиника Европейского медицинского центра, Москва) об эффективности малоинвазивных методов лечения геморроя в амбулаторных условиях. В начале своего выступления доктор привел российские и международные статистические данные по распространенности геморроя, при

этом акцентировал внимание на том, что сегодня врачи смежных специальностей нередко пытаются быть колопроктологами и лечить геморроидальную болезнь.

Применение нового препарата Релиф Про, содержащего локальный анестетик и мощный кортикостероид, позволяет добиться стойкого местного обезболивания, а также эффективного снятия отека перианальной области и послеоперационного воспаления

На взгляд докладчика, такой подход является неверным – специализация врача очень важна, поэтому лечение геморроя не нужно доверять дерматологам или другим специалистам, как сегодня это происходит в некоторых странах. Доктор Башанкаев Б.Н. подчеркнул важность выбора тактики лечения геморроидальной болезни, сделав акцент на преимуществах малоинвазивных или консервативных методов лечения. Также он уделил внимание подходу к хирургическим методам лечения, обсудив метод открытой геморроидэктомии и рекомендовав врачам больше общаться с пациентом, объясняя все преимущества и нежелательные явления метода. Он напомнил о проблеме послеоперационного обезболивания, сравнив возможности США и Европы, где используют комбинированные препараты, с отечественной практикой. В России, по словам докладчика, в связи со сложностями в выписке рецептов в лучшем случае применяют трамадол или НПВП, которые не всегда оказывают должный эффект. Говоря о малоинвазивных методах лечения геморроя, доктор Башанкаев Б.Н. отметил эффективность метода латексного лигирования и выделил его как оптимальный амбулаторный метод лечения. При этом докладчик напомнил о некоторых противопоказаниях к проведению лигирования, таких как наличие ВИЧ-инфекции или болезни Крона. Также он упомянул о методе инфракрасной коагуляции, который применяется исключительно на начальных стадиях геморроя. Особое внимание Башанкаев Б.Н. уделил методу склерозирования, считая спорным утверждение о том, что склерозирование является амбулаторным методом лечения. В ходе дискуссии по этому вопросу дал комментарий председатель симпозиума профессор Ю.А. Шелыгин: «Должен сказать, что это сложный вопрос, считать ли склерозирование амбулаторным методом. Во многих частных клиниках эта операция все-таки проводится в условиях стационара одного дня. Более того, сегодня в Москве вводится экспериментальный проект по выполнению данных методов лечения и более обширных операций, например по поводу простых свищей, анальных трещин, в режиме стационара одного дня. Однако мы все-таки рекомендовали бы оставлять пациентов на 2–3 дня в стационаре после такого рода вмешательств».

Завершая свой доклад, доктор Башанкаев Б.Н. коснулся темы консервативных методов лечения, поддерживая общее мнение экспертов, что начинать лечение необходимо с консервативной терапии, используя проверенные препараты, доказавшие свою эффективность.

По окончании симпозиума мы обратились к его участникам. Актуальность проблемы геморроя в современном обществе и взгляд специалистов на подходы к лечению данной патологии обозначил в своем интервью Бадма Николаевич Башанкаев.

– Уважаемый Бадма Николаевич, в рамках конференции поднималась проблема распространенности геморроидальной болезни в современном мире. Что Вы можете об этом сказать?

– Да, действительно, геморрой и анальная трещина – наиболее распространенные проблемы, с которыми пациенты обращаются к колопроктологам в амбулаторной практике. Что касается геморроя, то, по американским статистическим данным, им страдает 4–5% всего населения мира. Однако относительно новые австрийские данные, которые были получены во время скрининговой колоноскопии 50-летних мужчин и женщин без жалоб, продемонстрировали страшную статистику: 39% пациентов имели клиническую, но не симптоматическую картину геморроя. По данным российской статистики, которые всегда отличаются от международных, около 80% населения страдают геморроидальной болезнью.

– Среди пациентов очень распространено мнение о том, что если обращаешься к хирургу, то обязательно будет назначено оперативное лечение. А какой тактики лечения геморроя придерживаются современные колопроктологи?

– Про оптимальные алгоритмы лечения много было сказано в докладах коллег: мы всегда стараемся придерживаться минимально инвазивных или вообще консервативных методов лечения. Хочу напомнить одну важную аксиому, которую не стоит никогда забывать: не важно, насколько сильно выраженные и какого размера геморроидальные узлы мы наблюдаем при обследовании, если у пациента нет жалоб, его не стоит оперировать. И с нами в этом солидарны не только хирурги, но и терапевты и гастроэнтерологи. Необходимо обсуждать с пациентом различные варианты лечения и операций. Такая операция, как стандартная геморроидэктомия, очень болезненна. Несмотря на то что сегодня применяются новые современные способы, которые очень импонируют нам, хирургам, все-таки, прежде чем предлагать операцию, мы стараемся максимально использовать консервативную терапию. Во-первых, необходимо нормализовать стул, и, возможно, пациент перестанет жаловаться. Кроме того, говорить о хирургических и малоинвазивных амбулаторных методах лечения невозможно без устранения подноготной проблемы, которой чаще всего является запор. Иначе, если взять неподготовленного пациента на операцию, после первой дефекации проблема вернется.

– Каковы принципы и виды консервативной терапии?

– В нашей практике консервативная терапия достаточно стандартная – это коррекция диеты, подразумевающая потребление адекватного количества жидкости и включение пищевых волокон в рацион; назначение флеботонических препаратов, а также применение свечей и мазей. К

назначению свечей необходимо подходить рационально, и обязательно надо объяснять, как правильно их использовать. Это немаловажно, иначе эффекта не будет. Исследования доказывают, что консервативная терапия очень важна, иногда она даже заменяет хирургическое лечение, поэтому лечение всегда начинаем именно с нее, используя свечи, мази. Например, компания Байер уделяет большое внимание изучению данной патологии и производит препараты для лечения геморроя в виде свечей и мазей линейки Релиф. Хочу сказать, что свечи Релиф Адванс и Релиф Про хорошо себя зарекомендовали. Релиф Про – это уникальное сочетание анестетика лидокаина и глюкокортикостероида флуокортолона, он может использоваться как на дооперационном, так и на постоперационном этапе. Препарат оказывает обезболивающее, противоотечное и противовоспалительное действие, что и требуется для облегчения состояния пациента с геморроем.

Продолжая тему консервативного лечения геморроя, мы обратились к профессору Леониду Алексеевичу Благодарному.

– Уважаемый Леонид Алексеевич, какие Вы могли бы дать рекомендации по консервативному лечению пациентов с геморроем?

– Для достижения хороших результатов консервативного, малоинвазивного и хирургического лечения геморроя необходимо сочетанное лечение с применением линиментов, ректальных свечей и флеботонических препаратов. Одним из распространенных и эффективных препаратов для местного применения является Релиф. Это целая группа препаратов, в которую входят Релиф, содержащий фенилэфрин, обладающий гемостатическим свойством, хорошо останавливающий кровотечение при кровоточащем геморрое; Релиф Адванс, который обладает обезболивающим действием за счет бензокаина; Релиф Ультра, который содержит гидрокортизон, обладающий противовоспалительным эффектом.

Релиф Про – это уникальное сочетание анестетика лидокаина и глюкокортикостероида флуокортолона, он может использоваться как на дооперационном, так и на постоперационном этапе

– Леонид Алексеевич, а что можно сказать про доказательную базу использования свечей и мазей в амбулаторной и хирургической колопроктологии?

– В представленном сегодня докладе я как раз уделил особое внимание доказательствам, продемонстрировав результаты нашего наблюдения: применение препарата Релиф Адванс у пациентов с острым геморроем показало хороший обезболивающий эффект в 80–90% случаев. Наши коллеги из Белоруссии установили, что применение Релифа Адванс после геморроидэктомии способствует выраженному снижению болевых ощущений к 5–7-му дню после операции. Однако сегодня для улучшения результатов лечения применяется новый препарат Релиф Про, содержащий лидокаин и флуокортолон. Препарат оказывает обезболивающее и противовоспалительное действие и показан при

