

Трудный пациент в практике врача-проктолога: тактика ведения

Ежедневно каждый врач решает множество сложных задач, в числе которых – выбор диагностических исследований, схемы лечения, наиболее оптимальной в данном случае, и даже определенного психологического подхода в отношении каждого пациента. К сожалению, нет четких и единственно правильных рекомендаций, универсального алгоритма действия, применимого ко всем больным, – во многом эффективность лечения зависит от клинического мышления врача, его способности наладить с пациентом доверительные отношения. Особенностью патологии, речь о которой пойдет ниже, является возникающее у большинства пациентов чувство ложного стыда и равнодушное отношение к собственному здоровью, зачастую отсрочивающее их визит к специалисту до момента развития осложнений.

Название этого заболевания давно стало именем нарицательным, которым определяют что-либо неприятное, нежелательное, вызывающее дискомфорт. Ему подвержены мужчины и женщины, бухгалтеры и водители, беременные и люди с наследственной предрасположенностью к заболеваниям венозной системы, любители алкоголя и острой пищи. По частоте обращений за рекомендациями к фармацевтам относительно выбора препарата патология достигла показателей таковой по поводу гриппа и артериальной гипертензии, а в структуре заболеваний толстой и прямой кишки уверенно занимает 1-е место (34-41%).

Геморрой. Какова же современная тактика в отношении диагностики и лечения заболевания, о котором пациенты предпочитают умалчивать?

Распознаем...

Как правило, на начальных этапах заболевание протекает бессимптомно и может сопровождаться только неприятными ощущениями во время акта дефекации; затем появляется дискомфорт и в состоянии покоя. Более поздними проявлениями геморроя, значительно снижающими качество жизни, трудовую и социальную адаптацию пациента, являются постоянная боль и ощущение инородного тела в области заднего прохода, усиливающиеся при ходьбе, дефекации и длительном пребывании в сидячем положении; кровотечения из прямой кишки, воспалительные явления, зуд, тромбоз геморроидальных вен, выпадение геморроидальных узлов, хронический проктит. Заболевание имеет хроническое течение с периодами обострения и может сопровождаться развитием серьезных осложнений – тромбозом и некрозом геморроидальных узлов, гнойным парапроктитом, кровотечением, ректальным свищем, анемией, острой и хронической анальной трещиной, выпадением прямой кишки.

Верифицируем...

Своевременная и точная диагностика – цель, к которой стремится врач любого профиля, однако в случае геморроя диагностический процесс не менее важен, чем выбор метода лечения. Часто за клинической картиной заболевания маскируются грозные патологии: болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, острый и хронический парапроктит, доброкачественные и злокачественные новообразования толстой кишки и анального канала.

Для уточнения диагноза проводят визуальный осмотр перианальной области, аноскопию и/или ректороманоскопию, пальцевое исследование прямой кишки, при подозрении на наличие онкопатологии – колоноскопию или ирригоскопию с биопсией.

По локализации выделяют внутренний (подслизистый), наружный (подкожный) и межзудочный (под переходной складкой) геморрой; по клиническому течению – острый (ОГ) и хронический (ХГ); по этиологии – врожденный и приобретенный (первичный и вторичный). В зависимости от клинических проявлений в течении и ОГ, и ХГ выделяют 4 стадии.

Лечим...

Геморрой – заболевание «со стажем»; как правило, пациенты обращаются за медицинской помощью уже на III-IV стадиях

процесса, когда обострения наблюдаются все чаще, промежутки между ними становятся все короче, а интенсивный болевой синдром возникает даже при незначительных физических нагрузках и минимальных нарушениях режима питания.

Выбор тактики лечения, в первую очередь, зависит от стадии заболевания, выраженности симптомов, наличия/отсутствия осложнений, локализации геморроидальных узлов, общего состояния пациента, его психологического настроя и приверженности к лечению.

Сегодня в арсенале врача-проктолога – консервативная терапия, малоинвазивные методики (склерозирование, лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, проксимальное лигирование, криотерапия жидким азотом, применение инфракрасного и лазерного излучения) и хирургическое вмешательство (радикальная геморроидэктомия).

При I ст. в большинстве случаев применяется консервативная терапия или воздействие инфракрасного излучения, при II ст. рекомендованы консервативная терапия и лигирование, при III ст. проводят малоинвазивные вмешательства, при IV ст. – хирургическое лечение.

Склерозирование показано при кровоточащем ХГ без выпадения внутренних геморроидальных узлов. Суть метода заключается во введении под основание геморроидальных узлов склерозирующих растворов; манипуляция не требует госпитализации, обезболивания, занимает всего 10-15 мин, однако при неправильном проведении могут развиться осложнения – некроз тканей, сопровождающийся интенсивным болевым синдромом, и др. В течение 1-2 дней после вмешательства у пациента могут наблюдаться болевые ощущения. Средний безрецидивный период после склерозирования узлов составляет 3-7 лет.

Метод лигирования латексными кольцами, позволяющий избежать операции почти у 80% пациентов, был разработан в 1960-е гг., однако широко используется и в настоящее время. Показаниями к применению являются внутренний геморрой I-III ст., в отдельных случаях – IV ст.; при комбинированном геморрое с выраженными наружными узлами малоэффективен. Существует 2 варианта проведения вмешательства – с использованием механического и лазерного лигатора; длительность процедуры составляет 2-5 мин, не требует обезболивания и госпитализации. В течение 3-5 дней после лигирования за счет сдавления лигатурой питающего сосуда происходит некроз и отторжение геморроидального узла. В среднем за один сеанс лигируется один узел, а курс лечения составляет 3-4 сеанса, проводимых 1 раз в 1-2 нед; при небольших размерах геморроидальных узлов возможно лигирование за 1 сеанс. Возможным осложнением лигирования является кровотечение во время отхождения узла с латексным кольцом.

При внутреннем геморрое I-II ст. при небольших размерах узлов показана **инфракрасная коагуляция**. Инфракрасное излучение вызывает некроз геморроидальных узлов с последующим склерозом. Процедура безболезненна, не требует госпитализации; безрецидивный период составляет 3-7 лет.

Метод проксимального лигирования (лигирования геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерографии) разработали в 1995 г. японские ученые.

Длительность операции составляет 20-30 мин, после этого пациент еще час находится под наблюдением. Процедура безболезненна, осуществляется с помощью специального проктоскопа с встроенным в него доплеровским датчиком. Суть методики заключается в прошивании артерии, питающей геморроидальный узел, а ее преимуществ заключаются в возможности одноэтапного прошивания всех сосудов, отсутствии болезненных ощущений после вмешательства и уменьшении сроков послеоперационного восстановления.

Для лечения геморроя применяется около 250 различных хирургических вмешательств, однако следует помнить, что оперативное лечение этого заболевания показано только при отчетливых клинических симптомах, частом воспалении, интенсивных и упорных кровотечениях, выпадении и ущемлении узлов. Среди хирургов даже бытует мнение, что операцию по поводу геморроя больной должен заслужить своим анамнезом: проведение хирургического вмешательства требуется пациентам с III-IV стадией заболевания либо в случае неэффективности консервативного лечения.

Золотым стандартом оперативного вмешательства при данной патологии является операция Миллигана-Моргана в различных модификациях, которая проводится под общим обезболиванием и требует госпитализации пациента в стационар минимум на 3-5 дней.

В случае правильного проведения вмешательства безрецидивный период достигает 10-12 лет. Существует риск развития осложнений – стриктур заднего прохода, недостаточности анального сфинктера, острой задержки мочи в ранний послеоперационный период; может наблюдаться стойкая потеря трудоспособности.

Само по себе существование увеличенных геморроидальных узлов без клинических проявлений не является показанием к операции. Следует помнить правило: лучшая операция – та, которой удалось избежать.

В большинстве случаев, помимо основных показаний (ранние стадии геморроя, невозможность проведения оперативного вмешательства), проведение консервативной терапии рекомендовано в комплексной предоперационной подготовке и послеоперационном восстановлении пациентов. Главенствующую роль консервативная терапия приобретает в лечении пациентов, оперативное вмешательство у которых нежелательно (соматически ослабленные, лица преклонного возраста, беременные).

Выбираем...

Основные направления консервативной терапии – системное (применение флеботропных и капилляростабилизирующих препаратов, лекарственных средств, оказывающих слабительное действие) и местное (использование препаратов, устраняющих болевой синдром, воспалительные явления, тромбоз).

Учитывая многокомпонентность клинической картины заболевания, для местной консервативной терапии целесообразно выбирать лекарственный препарат, воздействующий сразу на несколько звеньев процесса. Одним из представителей препаратов, оказывающих комплексное влияние, является Проктоседил® («санофи-авентис»),

обладающий обезболивающим, противовоспалительным, тромболитическим и венопротекторным эффектами. Сочетанное действие компонентов препарата позволяет быстро и эффективно устранять симптомы, значительно улучшает качество жизни пациентов.

Гидрокортизон оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие; фрамицетин – аминогликозид для местного применения – активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, включая *S. aureus*, *S. faecalis*, *S. pneumoniae*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *E. coli*, *Klebsiella*, усиленное размножение которых в анальных криптах часто осложняет течение геморроя; алкалоид плодов конского каштана – эскулозид – способствует снижению ломкости капилляров; местные анестетики – этиламинобензоат (анестезин) и бутиламинобензоат (бутамбен) – устраняют чувство боли и зуда в анальной области, спазм анального сфинктера; предупреждает тромботические осложнения при ОГ (тромбозе геморроидальных вен) антикоагулянт гепарин.

При выборе местного лечения геморроя необходимо учитывать превалирование одного из симптомов – боли, тромбоза, распространенного воспалительного процесса, деструктивного компонента.

В зависимости от преобладающих в клинической картине симптомов можно использовать либо мазь Проктоседил®, либо ректальные капсулы оригинальной формы Проктоседил® М. Применение мази более актуально в тех случаях, когда ведущими симптомами являются боль и зуд, – при внутреннем и внешнем геморрое (особенно в стадии обострения), перианальной экземе, проктите. Ректальные капсулы эффективны при трещинах в анальной области, внутреннем геморрое, геморрое в пред- и послеоперационный период, перианальной экземе. В некоторых ситуациях специалисты рекомендуют сочетать применение мази и капсул.

Эффект Проктоседила проявляется через несколько минут после применения, а его длительность зависит от времени присутствия препарата в месте введения. В остром периоде ректальные капсулы и/или мазь используют утром, вечером и после каждого акта дефекации, а после улучшения состояния достаточно применения 1 раз в сутки. Максимальный курс лечения – 7 дней.

Рекомендуем...

Как бы ни был хорош лекарственный препарат и искусен хирург, лечение геморроя требует и участия пациентов: обязательными условиями являются исключение из рациона жареных, острых и копченых блюд, алкогольных напитков, кофе, пряностей; нормализация функционирования желудочно-кишечного тракта; отказ от курения; избегание стрессовых ситуаций и длительного пребывания в сидячем положении; дозированные физические нагрузки; тщательное соблюдение гигиены (ванночки или душ комфортной температуры с промыванием перианальной области и анального канала без применения моющих средств вместо использования туалетной бумаги).

Именно благодаря правильному выбору диагностических исследований и оптимального метода терапии, умению безошибочно выбрать эффективный лекарственный препарат и наладить дружеские отношения с больным, дару убеждения относительно необходимости четкого выполнения врачебных рекомендаций врач-проктолог сможет превратить очередного трудного пациента в здорового и улыбающегося человека.

Подготовила **Ольга Радучич**

