

Лечение геморроя с использованием комплекса для электрокоагуляции биологических тканей

26-28 октября в г. Киеве прошел IV съезд колопроктологов Украины с международным участием. Во время данного мероприятия специалистами обсуждались насущные вопросы современной проктологии, посвященные ранней диагностике, разработке и внедрению скрининговых программ при колоректальном раке, эндоскопической онкохирургии раннего рака прямой кишки, хроническим воспалительным заболеваниям кишечника и др. Немало внимания было уделено такому распространенному заболеванию, как геморрой. О современных подходах к лечению геморроя рассказал кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургии № 1 Днепропетровской медицинской академии Сергей Леонидович Малиновский.

Распространенность геморроя чрезвычайно высока и составляет около 100 человек на 1 тыс. взрослого населения. Некоторые авторы указывают еще более высокие показатели, а именно – 39-52% взрослых (S. Riss et al., 2012; J.F. Johanson et al., 1994). По приблизительным подсчетам, на долю этого патологического процесса приходится около 40% всех колопроктологических заболеваний. Геморроем страдают преимущественно лица трудоспособного возраста (45-65 лет), что, вследствие обострений болезни около 2-6 раз в год, ведет к временной нетрудоспособности пациента на протяжении нескольких недель (обычно 3-4) и значительным экономическим расходам. Основными факторами риска геморроя выступают продолжительные запоры, бедная клетчаткой диета, малоподвижный образ жизни и беременность, а также ожирение, стрессы, чрезмерная физическая нагрузка, воспалительные или опухолевые процессы кишечника.

На данный момент существует три основных группы методов лечения этого патологического состояния: медикаментозные, мининвазивные и хирургические методы. В зависимости от стадии применяется один из широкого спектра способов: консервативная терапия (диета с высоким содержанием клетчатки, ванны, местные анестетики, системные анальгетики, венотоники и т.д.), фитотерапия, инфракрасная фотокоагуляция, лазерная коагуляция, лигирование латексными кольцами, склерозирование, дезартеризация, открытая и закрытая геморроидэктомия и т.д. В оперативном лечении нуждаются приблизительно 30% больных с геморроем.

Однако традиционные хирургические методы часто сопровождаются осложнениями, а именно: послеоперационными кровотечениями, выраженным болевым синдромом, местным отеком, возникновением воспалительных процессов.

Целью исследователей был сравнительный анализ успешности электробиологического сваривания геморроидальных узлов и сосудов генераторами LigaSure (Medtronic, Ирландия) и ЕК-300М1 (СВАРМЕД, Украина). Электросваривание применялось во время геморроидэктомии при хроническом комбинированном геморрое (ХКГ) 3-4 ст. с использованием усовершенствованной методики по Миллигану-Моргану.

В данное испытание было включено 476 пациентов, которые в 2013-2016 гг. проходили лечение в клинике

«Гарвис» и отделения проктологии 6-й городской клинической больницы г. Днепр, являющихся базами кафедры хирургии № 1 Днепропетровской медицинской академии.

Из них 383 больных были прооперированы при помощи генератора LigaSure (290 пациентов с ХКГ 3 ст. и 93 больных с ХКГ 4 ст.) и 93 пациента – при помощи генератора ЕК-300М1 (70 пациентов с ХКГ 3 ст. и 23 пациента с ХКГ 4 ст.).

Методика операции LigaSure предполагает стандартную обработку операционного поля, местную анестезию с помощью бупивакаина, ревизию анального канала, электросваривание основы узлов, их удаление без прошивания сосудистой ножки, удаление других геморроидальных узлов. Преимуществом аппарата LigaSure является наличие специального ножа, позволяющего отсечь узел с дальнейшим формированием линейного струпа. Длительность операции составляет 10-15 мин.

Технология оперативного вмешательства при помощи аппарата ЕК-300М1 схожа с ранее описанной методикой LigaSure. Основные ее этапы включают электросваривание основы геморроидальных узлов с дальнейшим удалением их над сваренной поверхностью. Главным отличием является отсутствие в аппарате ножа, что требует удаления узлов над местом сваривания с помощью ножниц. Длительность операции при использовании ЕК300-М1 несколько больше (15-20 мин).

В результате анализа результатов геморроидэктомии с применением вышеуказанных методик авторы пришли к выводу, что электросваривание тканей позволяет сократить время хирургического вмешательства, минимизировать операционную травму, предупредить воспалительные осложнения и кровотечения, уменьшить болевой синдром. Что касается осложнений, была отмечена незначительная доля возникновения послеоперационных стриктур при использовании как ЕК-300М1, так и LigaSure. Однако стриктуры поддавались коррекции с помощью пальцевого бужирования, которое рекомендуется проводить на 10-е и 14-е сутки после оперативного вмешательства.

Было выявлено, что электросваривание биологических тканей позволяет уменьшить количество применяемых анальгетических препаратов. В частности, наркотические анальгетики вообще не применялись.

Целесообразным является использование в до- и послеоперационном периоде венотоников, а именно препарата Флебодиа («Lab. Innotech International», Франция). Флебодиа (действующее вещество – диосмин, 600 мг) улучшает трофику тканей и микроциркуляцию, ускоряет венозный отток и лимфатический дренаж за счет повышения тонуса вен малого калибра, оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие. Уменьшение местного отека, реализующееся через снижение проницаемости капилляров и увеличение их резистентности, ведет к снижению интенсивности боли, а также ускоряет заживление послеоперационной раны. Препарату Флебодиа также присущи антиагрегантные, ангиопротективные и противовоспалительные свойства, что обуславливает необходимость его назначения при комплексном лечении геморроя.

Авторским коллективом были сделаны выводы, что при геморроидэктомии электрокоагуляция биологических тканей с помощью как европейского генератора LigaSure, так и отечественного аппарата ЕК-300М1 обеспечивает уменьшение болевого синдрома, предупреждение кровотечений и воспалительных осложнений, сокращение времени пребывания больных в стационаре (большинство пациентов были выписаны на третьи сутки после операции). Отдельно была отмечена низкая сложность методик, что позволяет широко их использовать. Включение в план до- и послеоперационного лечения венотоника Флебодиа улучшает течение послеоперационного периода, позволяя уменьшить количество осложнений и ускорить заживление тканей.



Р.С. № UA/8590/01/01 от 26.07.2013

Подготовила Лариса Стрельчук

ДАЙДЖЕСТ

ХІРУРГІЯ

Отмена ИАПФ и БРА накануне оперативных вмешательств

Согласно новому исследованию VISION у пациентов, прекративших прием ИАПФ и БРА за 24 ч до некардиологического оперативного вмешательства, были отмечены более низкие показатели смертности, инсульта и повреждения миокарда.

В указанном эксперименте, длившемся с 2007 по 2011 год, приняли участие 14687 пациентов в возрасте ≥45 лет, которым проводили некардиологические оперативные вмешательства в условиях стационара в 12 специализированных центрах в восьми странах Азии, Австралии, Европы, Северной и Южной Америки.

Первичные конечные точки в течение 30 дней наблюдения были следующими: смерть от любой причины; повреждение миокарда вследствие некардиологической операции, обозначенное повышением уровня тропонина Т в результате ишемии миокарда, по меньшей мере, на 0,03 нг/мл; инсульт.

Из 4802 пациентов, принимавших ИАПФ или БРА, 1245 (26%) прекратили прием этих препаратов за 24 ч до операции, а 3551 больной (74%) продолжали их принимать.

Анализ результатов показал, что у прекративших прием лекарств до операции пациентов реже возникали вышеперечисленные исходы (скорректированный относительный риск (СОР) 0,82; 95% ДИ 0,70-0,96; p=0,01). В этой группе пациентов наблюдался и более низкий риск интраоперационной гипотонии по сравнению с таковым у пациентов, не отменивших прием препаратов вплоть до операции (СОР 0,80; 95% ДИ 0,72-0,93; p<0,001).

Следует также отметить, что у пациентов с интраоперационной гипотонией первичные конечные точки встречались чаще, чем у пациентов без таковой (СОР 1,23; 95% ДИ 1,03-1,47; p=0,03) и у больных с послеоперационной гипотонией (СОР 2,01; 95% ДИ 1,72-2,33; p<0,001).

Следовательно, можно предположить, что отмена ИАПФ и БРА за 24 ч до крупных некардиологических хирургических вмешательств была связана с более низким риском летального исхода и послеоперационных сосудистых событий. Для подтверждения этих выводов необходимы дальнейшие рандомизированные исследования, однако уже сейчас врачи должны рассмотреть возможность рекомендовать пациентам воздерживаться от приема ИАПФ/БРА за 24 ч до запланированной операции.

Новые подходы в терапии перенесших стентирование пациентов с фибрилляцией предсердий

Научная сессия Американской ассоциации сердца (AHA), состоявшаяся в г. Новый Орлеан (США), рассмотрела результаты нового исследования PIONEER AF-PCI, которые предоставляют возможность для выбора оптимальной стратегии антикоагулянтной и антитромбоцитарной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), перенесших чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием. В указанном исследовании принимали участие 2124 пациента с неклапанной ФП, перенесшие ЧКВ со стентированием, которые были произвольно рандомизированы на 3 группы. Пациенты 1-й группы принимали два препарата: ривароксабан в низкой дозе (15 мг 1 р/день) + ингибитор P2Y12 в течение 12 мес. Пациентам 2-й группы была назначена комбинированная терапия, состоящая из трех препаратов: ривароксабан в очень низкой дозе (2,5 мг 2 р/день) + препараты двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ) в течение 1; 6 или 12 мес. Пациенты 3-й группы получали стандартную терапию в виде скорректированной дозы АВК (1 р/день) + препараты ДАТТ в течение 1; 6 или 12 мес. Первичная безопасность оценивалась в соответствии с критериями TIMI (в зависимости от возникновения клинически значимых кровотечений или кровотечений, требующих медицинской помощи).

После изучения результатов исследования во всех трех группах было установлено, что частота случаев клинически значимых кровотечений была более низкой в 1-й и 2-й группах пациентов (т. е. у тех, кто получал ривароксабан) в сравнении с группой стандартной терапии: 16,8 vs 18,0 vs 26,7% соответственно; ОР 0,59; 95% ДИ 0,47-0,76; p<0,001; ОР 0,63; 95% ДИ 0,50-0,80; p<0,001 (1-я и 2-я группы соответственно). Показатели смертности от кардиоваскулярных причин, инфаркта миокарда или инсульта были сопоставимыми во всех трех группах: 6,5 vs 5,6 vs 6,0% соответственно; значения p для всех сравнений были недостоверными.

Следовательно, у пациентов с ФП, перенесших ЧКВ со стентированием, принимавших либо ривароксабан в низкой дозе + ингибитор P2Y12 в течение 12 мес либо ривароксабан в очень низкой дозе + ДАТТ в течение 1; 6 или 12 мес, имелись более низкие риски клинически значимых кровотечений по сравнению с данным параметром у пациентов, которые находились на стандартной терапии АВК + ДАТТ в течение 1; 6 или 12 мес.