

Оптимальный выбор в терапии острого геморроя

М.В. АБРИЦОВА

000 «Первая Хирургия», 123182, Россия, г. Москва, ул. Щукинская, д. 2

Информация об авторе:

Абрицова Марьяна Владимировна – к.м.н., руководитель колопроктологической службы 000 «Первая Хирургия»; e-mail: abritsovamv@gmail.com

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты консервативной терапии пациентов с острым геморроем, с периодом наблюдения 10 дней, целью которого является улучшение результатов лечения данной категории больных. Пациентам 1-й группы проводилась консервативная терапия с использованием гепариновой мази и суппозитория Релиф® Про, во 2-й группе – местная терапия гепариновой мазью без использования ректальных свечей.

Дизайн: одноцентровое контролируемое рандомизированное проспективное исследование.

Показана эффективность суппозитория Релиф® Про у пациентов с острым геморроем, лечение которыми позволяет статистически достоверно уменьшить уровень боли ($2,59 \pm 0,6$ балла в 1-й группе против $3,87 \pm 0,7$ балла во 2-й ($p < 0,05$)) на 3-й день лечения, снизить частоту выделения крови на 2-й день терапии (83% и 32% пациентов соответственно ($p < 0,05$)) и избавиться от чувства дискомфорта в области заднего прохода (100% наблюдений в 1-й группе к 5 дню лечения и 67% во 2-й к 10 дню лечения ($p < 0,05$)).

Ключевые слова: геморрой, острый геморрой, тромбоз, релиф про, флуокортолон, лидокаин

Для цитирования: Абрицова М.В. Оптимальный выбор в терапии острого геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2019;1-2:118-123. DOI: <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-118-123>

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The optimal choice of therapy for acute hemorrhoids

Mariana V. ABRITSOVA

First Surgery LLC: 123182, Russia, Moscow, Schukinskaya St, 2

Author credentials:

Abrytsova Mariana Vladimirovna Cand. of Sci. (Med.), Head of Coloproctology Service, First Surgery LLC ; e-mail: abritsovamv@gmail.com

ABSTRACT

The article presents the results of conservative therapy of patients with acute hemorrhoids, with a 10-day follow-up period, the purpose of which is to improve the results of treatment of this category of patients. The patients of Group I received conservative therapy with heparin ointment and Relief Pro® suppositories; Group II received local therapy with heparin ointment without rectal suppositories.

Design: a single-center randomized controlled follow-up study.

The study showed the efficacy of Relief Pro® suppositories in patients with acute haemorrhoids. The use of suppositories allowed to statistically reliably reduce the level of pain (2.59 ± 0.6 points in Group I versus 3.87 ± 0.7 points in Group II ($p < 0.05$)) on Day 3 of the therapy, reduce the frequency of blood excretion on Day 2 of the therapy (83% and 32% of patients, respectively ($p < 0.05$)) and eliminate the discomfort in the anus (100% observations in Group I by Day 5 of the therapy and 67% in Group 2 by Day 10 of the therapy ($p < 0.05$)).

Keywords: hemorrhoids, acute hemorrhoids, thrombosis, Relief pro, fluocortolone, lidocaine

For citing: Abritsova M.V. The optimal choice of therapy for acute haemorrhoids. *Ambulatornaya khirurgiya*. 2019;1-2:118-123. DOI: <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-118-123>

Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к колопроктологу. Распространенность заболевания составляет 200 человек на 1000 взрослого населения,

и 75% из них приходится на профессионально активных людей [1, 2]. Однако, согласно последним данным на 2017 г., общая заболеваемость геморроем в России среди взрослого населения составляет 410,3 человека на 100 тыс., среди детей от 15 до 17 лет – 26,7, среди

детей до 14 лет – 4,0 на 100 тыс. данной группы населения (письмо Минздрава России № 13–2/10/7–1022 от 30 июля 2018 г.).

Современный образ жизни, сопровождающийся выраженной гиподинамией, несбалансированное питание приводят к неизбежному росту заболеваемости геморроем, которым все чаще страдают люди молодого трудоспособного возраста [2].

Источником формирования геморроидальных узлов являются кавернозные тельца, расположенные в конечном отделе прямой кишки, сразу над зубчатой линией. Закладка кавернозной ткани в прямой кишке отмечается в процессе эмбриогенеза и определяется после рождения в конечном отделе прямой кишки. Внутреннее геморроидальное сплетение в норме играет важную роль в функции удержания кишечного содержимого и обеспечивает его на 10–15% [3–5].

Причиной патологического увеличения геморроидальных узлов является острое или хроническое нарушение кровообращения в кавернозных образованиях. Наряду с нарушением кровообращения в развитии геморроя значительную роль играют дистрофические изменения в связочном аппарате геморроидальных узлов. Все это подтверждает сосудистый и механический факторы развития геморроидальной болезни [3, 6].

Острое течение заболевания наиболее часто связано с формированием тромбоза геморроидальных узлов. До сих пор спорным является вопрос о первичности воспаления или тромбоза при остром геморрое, что, в свою очередь, может быть связано с одновременным развитием данного процесса и в наружном, и во внутренних геморроидальных узлах [3].

Несмотря на распространенность острого периаанального тромбоза, существует небольшое количество исследований, которые преимущественно являются ретроспективными и с малой выборкой пациентов [7]. Кроме того, отсутствуют данные относительно оптимального периода начала консервативного лечения и его эффективности [8]. Однако в Национальных клинических рекомендациях по колопроктологии проведен анализ имеющихся международных исследований и предпринята попытка стандартизации сроков терапии и хирургического лечения [9].

При проведении анализа ретроспективных работ авторами было отмечено, что хирургические методы (тромбэктомия, геморроидэктомия) позволяют статистически достоверно уменьшить уровень боли по сравнению с консервативными мероприятиями. Однако не было выявлено никаких статистически значимых различий между группами в результатах лечения и ремиссии заболевания с периодом наблюдения 1 мес., а тромбэктомия

оказалась менее эффективной по сравнению с иссечением наружного геморроидального узла [8, 10].

Необходимо также учитывать, что многие пациенты отказываются от предложенной им операции из-за страха перед хирургическим вмешательством, возможными осложнениями, оценивая сопутствующие заболевания, свой возраст и социальную активность [11], что подтверждается данными социологических опросов. Так, 66,6% респондентов предпочитают откладывать операцию, понимая ее необходимость и неизбежность, в то время как лишь 33,4% готовы согласиться на предложенную им операцию по поводу геморроидальной болезни (данные опроса в социальных сетях Абрицовой М.В., число респондентов – 162; 2019 г.).

Учитывая ориентированность самих пациентов на консервативную терапию, не стоит недооценивать роль топических средств в лечении острого геморроя.

Целью проводимого рандомизированного исследования является оценка эффективности консервативного лечения у пациентов с острым течением геморроидальной болезни.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В данное проспективное рандомизированное исследование было включено 35 пациентов с острым тромбозом наружных геморроидальных узлов, которые были разделены на две группы. Рандомизация выполнялась методом конвертов (в распределении один к одному) при обращении пациента на первичную консультацию.

Пациентам 1-й группы ($n = 17$) проводилась консервативная терапия с использованием гепариновой мази и суппозиторий Релиф® Про, во 2-й группе ($n = 18$) – терапия только гепариновой мазью, без использования ректальных свечей. Группы достоверно не различались между собой по полу и возрасту (табл. 1). Ни одному из пациентов, включенных в исследование, не проводилась предшествующая местная терапия по поводу острого периаанального тромбоза. Кроме того, из исследования были исключены пациенты, у которых были отмечены побочные эффекты при использовании препаратов.

Результаты консервативной терапии в течение 10 дней были отслежены у всех 35 пациентов. При этом оценивались такие показатели, как уровень боли по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (VAS), интенсивность выделения крови во время дефекации, отек наружных геморроидальных узлов и дискомфорт в области заднего прохода.

Статистический анализ выполнялся с использованием программы SPSS для Windows, версия 17. Результаты представлены в виде среднего \pm стандартное отклонение. Различия между группами были проанализированы

ТАБЛИЦА 1. Характеристика групп пациентов
TABLE 1. Characteristics of patient groups

	1-я группа	2-я группа	p
Количество пациентов	17	18	
Пол (м/ж)	9/8	7/11	0,78
Возраст, лет	32,2 ± 11,1	36,5 ± 12,1	0,17

с помощью критерия Фишера или Вилкоксона для непараметрических данных и двустороннего критерия Стьюдента для нормально распределенных данных. Статистически значимой была принята величина $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный анализ выраженности болевых ощущений по VAS у пациентов 1-й и 2-й групп выявил статистически достоверные различия с 3-го дня от начала консервативной терапии: $2,59 \pm 0,6$ балла против $3,87 \pm 0,7$ балла соответственно ($p < 0,05$). Данная тенденция сохранялась на протяжении всего периода наблюдения (рис. 1).

Пациенты 1-й группы в 83% наблюдений отметили уменьшение выделения крови во время дефекации со 2-го дня от старта консервативной терапии, в то время как во 2-й группе лишь в 32% случаев геморроидальное кровотечение было ликвидировано в указанные сроки ($p < 0,05$).

Наличие отека в проекции наружных геморроидальных узлов оценивалось врачом 1 раз в 3 дня на амбулаторном приеме. Достоверно значимых различий между группами получено не было ($p > 0,05$). Однако в 1-й группе отмечалась более выраженная тенденция к регрессии данных симптомов по сравнению со 2-й (рис. 2, указано число пациентов без признаков отека).

Уменьшение дискомфорта в области заднего прохода у пациентов 1-й группы было отмечено в 53% наблюдений со 2 дня местной терапии, полная ликвидация явлений – к 5 дню лечения в 100% случаев. Во 2-й группе на фоне использования только гепариновой мази 67% пациентов отметили уменьшение дискомфортных явлений к 10 дню симптоматической терапии ($p < 0,05$).

Следует отметить, что нами были выявлены побочные эффекты на используемые препараты у пациентов обеих групп. Так, у 1 пациента 1-й и у 2 больных 2-й группы при местной аппликации гепариновой мазью были зафиксированы отек, гиперемия и выраженное жжение в месте нанесения препарата. В 1 наблюдении была отмечена аллергическая реакция на лидокаин, входящий в состав ректальных свечей Релиф® Про, по типу крапивницы. Данным пациентам были

РИСУНОК 1. Оценка уровня боли по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (VAS)

FIGURE 1. Evaluation of the level of pain on a 10-point visual analogue scale (VAS)

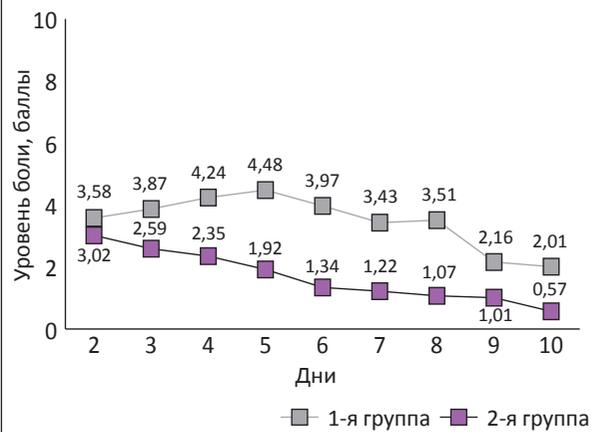
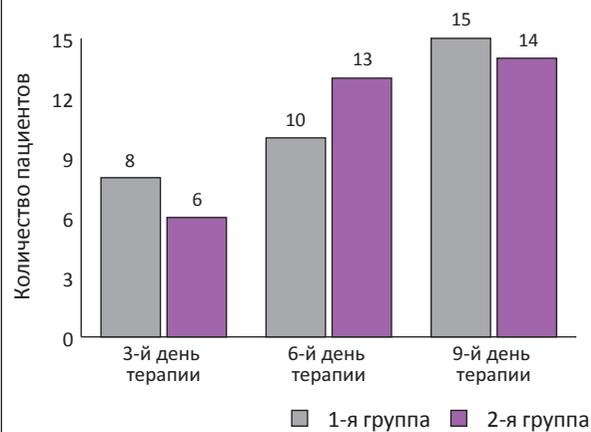


РИСУНОК 2. Оценка отека у пациентов с острым геморроем

FIGURE 2. Assessment of edema in patients with acute hemorrhoids



отменены препараты с проведением симптоматической терапии, направленной на ликвидацию побочных эффектов.

Гепариновая мазь предназначена для наружного применения и обладает противотромботическим, противовоспалительным и антикоагулянтным действием. В ее состав, помимо гепарина, входят также бензилникотинат, расширяющий поверхностные сосуды, и местный анестетик бензокаин.

Ректальные суппозитории Релиф® Про (АО «Байер», Германия) содержат флуокортолона пивалат и лидокаина

РЕЛИФ® ПРО



Релиф® ПРО – быстрый анестетик¹ и сильный стероид² для лечения острого геморроя.

Релиф® Про – ЗДЕСЬ и СЕЙЧАС

Флуокортолона пивалат
Сильный топический стероид²

Лидокаин
Анестетик¹ быстрого действия

Релиф® Про. Крем ректальный/суппозитории ректальные. **МНН или группировочное название:** флуокортолон + лидокаин. **Показания:** геморрой, проктит, экзема в области ануса (для крема ректального). **Способ применения и дозы:** применять после проведения гигиенических процедур. Продолжительность лечения не должна превышать 2 недели. Крем ректальный следует наносить дважды в день: утром и вечером. В первые дни лечения крем можно наносить три раза в день. По мере облегчения симптомов часто бывает достаточно одной аппликации в день. Суппозитории ректальные - по одному суппозиторию вводят глубоко в задний проход два раза в день, утром и вечером, при тяжелой форме заболевания первые три дня вводят по одному суппозиторию три раза в день. При стабильном улучшении достаточно вводить по одному суппозиторию в сутки или через день. При сильно воспаленных и болезненных геморроидальных узлах, рекомендуется начинать лечение с крема. **Противопоказания:** туберкулезный и сифилитические процессы в области нанесения препарата; вирусные заболевания (например, ветряная оспа, реакция на вакцинацию, опоясывающий лишай) в области нанесения препарата; лечение детей и подростков; I триместр беременности; повышенная чувствительность к компонентам препарата. **Беременность и лактация:** следует назначать с осторожностью, необходимо сопоставлять ожидаемую пользу лечения для матери с возможным риском для плода и младенца. В период беременности и лактации препарат должен использоваться непродолжительное время. **Побочное действие:** жжение; редко - раздражение и аллергические реакции. При продолжительном лечении (более четырех недель) существует риск развития местных изменений кожи, таких как атрофия, стрии или телеангиэктазии. **Особые указания:** Пациенты, получающие противоаритмические препараты, должны применять лидокаин с осторожностью. При наличии грибковых инфекций в дополнение требуется проведение соответствующей противогрибковой терапии. **Условия отпуска:** по рецепту. Рег. номер крем ректальный: ЛСР-005202/09. Рег. номер суппозитории ректальные: ЛСР-005203/09, инструкция по применению от 21.02.2017. Полную информацию смотрите в инструкции по применению. АО «БАЙЕР», Россия, 107113, г. Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.

1. Covino BG. Pharmacology of local anaesthetic agents. Br J Anaesth. 1986 Jul;58(7): 701-16.

2. Флуокортолона пивалат относится к классу сильных топических ГКС, согласно классификации Миллера-Монро (1980), с изменениями и дополнениями. Tauber U: Dermatocorticosteroids – structure, activity, pharmacokinetics. Eur J Dermatol 1994; 4: 419-429.

ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

АО «БАЙЕР», Россия, 107113 Москва, ул. 3-я Рыбинская, д. 18, стр. 2. Тел.: +7 (495) 231-12-00, факс +7 (495) 231-12-02.

L.RU.MKT.CC.01.2019.2555

РЕКЛАМА

гидрохлорид, что обеспечивает противовоспалительное и местноанестезирующее действие.

Флуокортолон пивалат – кортикостероид, активность которого в 4–5 раз выше, чем у кортизола, относится к классу сильных топических стероидов. Благодаря тому, что флуокортолона пивалат содержит эфирную группировку, он обладает высокой липофильностью и легко проникает в кожу, где гидролизуется до активного метаболита – флуокортолона. Флуокортолон активно связывается с глюкокортикоидными рецепторами, оказывая выраженный и длительный терапевтический эффект. Прочная связь флуокортолона с местными рецепторами определяет его крайне низкую системную биодоступность. В исследованиях было показано, что при применении ректальных свечей, содержащих 1 мг флуокортолона пивалата и 40 мг лидокаина, системная биодоступность флуокортолона пивалата составляет около 5%, а при использовании ректального крема – около 15% [12].

Лидокаин относится к группе амидных анестетиков, которые, как правило, хорошо переносятся и действуют более длительно, чем анестетики группы сложных эфиров [13]. Препарат отличается выраженным анестезирующим действием. После местной аппликации быстро купируются боль и зуд. Действие препарата начинается уже спустя несколько минут после нанесения и продолжается примерно 1 ч [12]. Механизм действия лидокаина основан на нарушении генерации и проведения нервных импульсов путем замедления деполяризации. Препарат также уменьшает проницаемость аксонов в покое по отношению к ионам калия и натрия.

При проведении анализа рандомизированных исследований было отмечено, что применение Релиф® Про у пациентов с геморроидальной болезнью позволяет

статистически достоверно уменьшить уровень боли на 84%, купировать местный отек и гиперемию на 53%, а также ликвидировать зуд и дискомфорт в 91% наблюдений [12, 14].

В данном исследовании также была подтверждена высокая эффективность препарата Релиф® Про в купировании боли и воспаления, достоверно превосходящая таковую при монотерапии гепариновой мазью.

Суппозитории Релиф® Про – комбинированный препарат, сочетающий лидокаин и флуокортолон. Лидокаин начинает купировать болевой синдром уже в первые минуты после нанесения, его действие продолжается до 1,5–2 ч. В течение этого времени проявляется действие флуокортолона, который проникает внутрь клетки и связывается со специфическими рецепторами. Изменение иммунного ответа клетки тормозит воспаление и все его клинические проявления: отек, гиперемию, зуд и жжение и др. Следовательно, пациент получает непрерывную поддержку лекарственных средств с разным механизмом действия, которые блокируют различные механизмы прогрессирования перианального тромбоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременная консервативная терапия является залогом избавления пациентов от тромбоза наружных геморроидальных узлов и улучшения качества жизни. Использование суппозиторий Релиф® Про у пациентов с острым геморроем позволяет статистически достоверно уменьшить уровень боли в 1,5 раза, снизить частоту выделения крови в 2,6 раза и избавить от чувства дискомфорта в области заднего прохода у 100% пациентов.

Необходимо продолжать объективное изучение методов консервативной терапии геморроя с включением большего числа пациентов и методов их оценки.



ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Corman M.L. Colon and rectal surgery. 5-th ed. Philadelphia: Lippincott, 2004:1741.
- Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М.: Литтера, 2012:64-89. [Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. Coloproctologist's reference. M.: Litter, 2012: 64-89.] (In Russ).
- Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. 2-е издание. М.: Литтера, 2010: 188. [Vorobiev G.I., Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. Hemorrhoids. 2nd edition. M.: Litter, 2010: 188.] (In Russ).
- Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: МИА, 2006: 79-94. [Vorobiev G.I. Basics of Coloproctology. M.: MIA, 2006: 79-94.]
- Шестаков А.М., Сапин М.Р. Прямая кишка и заднепроходный канал. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011:125. [Shestakov A.M., Sapin M.R. Rectum and anal canal. M.: GEOTAR-Media, 2011: 125]
- Thomson W.H.F. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg.* 1975;62:542–552.
- Davis B.R., Lee-Kong S.A., Migaly J. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum.* 2018;61:284–292.
- Chan K.K., Arthur J.D. External haemorrhoidal thrombosis: evidence for current management. *Tech Coloproctol.* 2013;17:21–25.
- Шелыгин Ю.А. Колопроктология. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015:30-53, 430-449. [Shelygin Yu.A. Coloproctology. Clinical guidelines. M.: GEOTAR-Media, 2015: 30-53, 430-449.] (In Russ).
- Greenspon J., Williams S.B., Young H.A., Orkin B.A. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:1493–1498.
- Eberspacher C. et al. External hemorrhoidal thrombosis in the elderly patients: conservative and surgical management. *Minerva Chir.* 2019. DOI: 10.23736/S0026-4733.18.07724-6.
- Abramowitz L., Weyandt G., Havlickova B. The diagnosis and management of haemorrhoidal disease from a global perspective. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010;31(1):1–58.
- Brunton L., Chabner B., Knollmann B. Goodman. Gilman's the pharmacological basis of therapeutics, 2011.
- Neiger A.H.E. The symptomatic therapy of hemorrhoids and anal eczema – a report of experiences from proctology practice. *Schweiz Rundsch Med Prax.* 1990;79:918–920.

Поступила / Received 26.02.2019