Оригинальная статья/Original article

Выбор топического препарата в базисном лечении хронического геморроя

А.Я. Ильканич^{1,2}, e-mail: ailkanich@yandex.ru, К.З. Зубаилов², С.С. Курбанов², А.А. Айсанов², Ю.С. Воронин², А.С. Матвеева², Ж.Н. Лопацкая¹

¹ Сургутский государственный университет; 628412, Россия, Сургут, проспект Ленина, д. 1

² Сургутская окружная клиническая больница; 628408, Россия, Сургут, ул. Энергетиков, д. 24, корп. 2

Резюме

Введение. Подавляющее большинство рекомендаций по консервативному лечению пациентов, страдающих хроническим геморроем, содержат рекомендации использования системных препаратов с венотонизирующим и ангиопротекторным свойствами и применения топических препаратов для лечения и профилактики обострения заболевания. Действие основных компонентов используемых топических препаратов направлено на купирование местного воспаления, реализуемое через различные механизмы. Выбор препарата преимущественно носит субъективный характер.

Цель исследования. Сравнительная клиническая оценка эффективности препаратов для топического лечения хронического геморроя.

Материалы и методы. Применено две схемы лечения, отличающиеся типом применяемого препарата. В основную группу включены пациенты, в лечении которых использован комбинированный препарат на основе лидокаина и флуокортолона в форме ректальных суппозиториях компании Bayer (221 (50,6%) больной). В контрольной группе – комбинированный препарат на основе трибенозида и лидокаина в форме ректальных суппозиториях компании Recordati (216 (49,4%) человек). Кратность введения суппозиториях и длительность их использования составила 21 день. Клиническая эффективность оценивалась по скорости регресса основных клинических проявлений заболевания: кровотечения, болевого синдрома, чувства дискомфорта.

Результаты и их обсуждения. При использовании препарата компании Bayer к 14-м сут. лечения кровотечение как основной признак обострения заболевания сохранялось у 15,2% (5) пациентов основной против 26,7% (8) больных контрольной группы. При исходном преобладании болевого синдрома был получен положительный эффект у большинства пациентов. На 14-е сут. боли сохранились у 17,0% (8) пациентов основной группы против 27,9% (12) контрольной. Чувство дискомфорта сохранялось у 10% (4) пациентов основной группы против 15,8% (6) больных контрольной. Регресс сочетанных клинических проявлений заболевания в группах сравнения продемонстрировал скорейшее купирование воспаления в основной группе у 79,4% больных против 73,0% в контрольной группе на 14-е сут. лечения.

Выводы. Таким образом, применение препарата компании Bayer позволило обеспечить регресс основных клинических проявлений заболевания в более короткие сроки. Данный препарат может быть рекомендован для применения в комплексном лечении хронического геморроя в повседневной клинической практике.

Ключевые слова: хронический геморрой, консервативное лечение, топические препараты, флуокортолона пивалат, диосмин, трибенозид

Для цитирования: Ильканич А.Я., Зубаилов К.З., Курбанов С.С., Айсанов А.А., Воронин Ю.С., Матвеева А.С., Лопацкая Ж.Н. Выбор топического препарата в базисном лечении хронического геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2020;(3-4):80-88. doi: 10.21518/1995-1477-2020-3-4-80-88.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Selection of a topical preparation in the basic treatment of chronic hemorrhoids

Andrei Ya. Ilkanich^{1,2}, e-mail: ailkanich@yandex.ru, Kazimagomed Z. Zubailov², Sergey S. Kurbanov², Artur A. Aysanov², Yuriy S. Voronin², Anastasiya S. Matveeva², Zhanna N. Lopatskaya¹

¹ Surgut State University; 1, Lenin Ave., Surgut, 628412, Russia

² Surgut Regional Clinical Hospital; 24, Bldg. 2, Energetikov St., Surgut, 628408, Russia

Abstract

Introduction. The vast majority of recommendations for conservative treatment of patients with chronic hemorrhoids contain recommendations for the use of systemic drugs with venotonic and angioprotective properties and the use of topical drugs to treat

and prevent exacerbation of the disease. The action of the main components of the topical drugs used is aimed at controlling local inflammation, implemented through various mechanisms. The choice of a drug is mainly subjective.

Aim of the study. Comparative clinical evaluation of the effectiveness of topical drugs for the treatment of chronic hemorrhoids.

Materials and methods. There are two treatment schemes that are distinguished by the type of the drug that is used. The main group includes patients in treatment of whom a combined preparation based on lidocaine and fluocortolone in the form of rectal suppositories manufactured by Bayer (221 (50.6%) patients) was used. In the control group – a combined preparation on the basis of tribenoside and lidocaine in the form of rectal suppositories by Recordati company (216 (49,4%) people). The rate of suppositories administration and duration of their use was 21 days. Clinical efficacy was estimated by the rate of regression of the main clinical manifestations of the disease: bleeding, pain syndrome, discomfort.

Results and discussion. By the 14th day of treatment with Bayer preparation, bleeding as the main sign of disease exacerbation persisted in 15.2% (5) of the main patients against 26.7% (8) of the control group patients. Positive effect was obtained in the majority of patients with the initial prevalence of pain syndrome. On the 14th day the pain remained in 17.0% (8) patients of the main group against 27.9% (12) of the control group. Sense of discomfort was preserved in 10% (4) of the main group patients against 15.8% (6) of the control group patients. Regression of combined clinical manifestations of the disease in the comparison groups showed the fastest elimination of inflammation in the main group in 79.4% of patients against 73.0% in the control group on the 14th day of treatment.

Conclusions. Thus, the use of Bayer preparation allowed ensuring the regression of the main clinical manifestations of the disease in a shorter time. This drug can be recommended for use in complex treatment of chronic hemorrhoids in everyday clinical practice.

Keywords: chronic hemorrhoids, conservative treatment, topical preparations, fluocortolone pivalate, diosmin, tribenoside

For citation: Ilkanich A.Ya., Zubailov K.Z., Kurbanov S.S., Aysanov A.A., Voronin Yu.S., Matveeva A.S., Lopatskaya Zh.N. Selection of a topical preparation in the basic treatment of chronic hemorrhoids. *Ambulatoynaya khirurgiya = Ambulatory Surgery (Russia)*. 2020;(3-4):80-88. (In Russ.) doi: 10.21518/1995-1477-2020-3-4-80-88.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Хронический геморрой является одним из наиболее распространенных заболеваний человека. Одно из масштабных эпидемиологических исследований проведено в конце XX в. Результаты показали, что распространенность хронического геморроя достигает 4,4% [1]. Однако заболеваемость может быть даже выше, о чем свидетельствует исследование S. Riss et al., установившее наличие геморроя у 38,9% пациентов, подвергнутых процедуре видеокколоноскопии в рамках скрининга колоректального рака [2]. Программа консервативной терапии включает в себя мероприятия, касающиеся ограничений в рационе питания и формирования режима дефекации, использование системных препаратов с венотонизирующим и ангиопротекторным свойствами, а также использование топических средств, влияющих на снижение болевого синдрома, подавляющих воспалительный процесс, улучшающих региональное кровообращение и пр. [3–6]. Действие отдельных топических препаратов основано преимущественно на подавлении местного воспалительного процесса. Механизм действия составляющих компонентов реализуется через прямое подавление выработки медиаторов воспаления или опосредованно за счет улучшения регионального кровообращения и снижения местного воспалительного процесса. Учитывая, что обострение хронического геморроя может иметь различные механизмы происхождения, выбор оптимального лекарственного средства может

в значительной степени повлиять на длительность и характер течения заболевания. Назначение же лекарственного препарата зависит в основном от предпочтения врача и прочих причин. Клинические сравнительные исследования в таком случае позволяют выбирать лекарственные средства с прогнозируемым лучшим результатом лечения.

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности препаратов для топического лечения хронического геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ консервативного лечения 437 пациентов с хроническим геморроем, наблюдавшихся в амбулаторном подразделении Центра колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы за период 2019 г. Основа консервативного лечения – рекомендации Ассоциации колопроктологов Российской Федерации [3]. Базисная терапия включала в себя рекомендации по питанию, формированию режима дефекации, использование системных и топических препаратов, действие которых направлено на улучшение регионального кровотока, снижение воспаления и местное обезболивание.

Для оценки эффективности различных топических средств лечения геморроя применено две схемы лечения, которые отличались лишь типом применяемого препарата. В основную группу включены пациенты, в лечении которых использован комбинированный

ТАБЛИЦА 1. Схемы лекарственной терапии
TABLE 1. Drug therapy schemes

Группы сравнения	Торговое название	Активные вещества	Схема лечения
Основная группа	Релиф® Про	Флуокортолона пивалат 1 мг + лидокаина гидрохлорид 40 мг	По 1 свече 2 раза в день утром и вечером
	Детралекс®	Очищенная микронизированная флавоноидная фракция (диосмин 900 мг + флавоноиды в пересчете на гесперидин 100 мг)	По 1 таблетке 1 раз в день утром
Контрольная группа	Прокто-Гливенол®	Трибенозид 400 мг + лидокаина гидрохлорид 40 мг	По 1 свече 2 раза в день утром и вечером
	Детралекс®	Очищенная микронизированная флавоноидная фракция (диосмин 900 мг + флавоноиды в пересчете на гесперидин 100 мг)	По 1 таблетке 1 раз в день утром

препарат Релиф Про (Bayer), – 221 (50,6%) больной. В контрольной группе применен комбинированный препарат Прокто-Гливенол (Recordati, Ирландия) – 216 (49,4%) человек. Кратность введения геморроидальных суппозиторий и длительность их использования соответствовала рекомендациям производителя и составила 21 день при применении препарата 2 раза в день. В качестве системного лекарственного средства использована очищенная микронизированная флавоноидная фракция – препарат Детралекс (Servier, Франция) в рекомендованной дозировке (табл. 1).

Для получения достоверных результатов сравнительного исследования проведено сопоставление анализируемых групп по основным клиническим признакам: возрасту, полу, клиническим проявлениям заболевания.

В основной группе было 113 (51,1%) мужчин и 108 (48,9%) женщин. В контрольной – 112 (51,9%) мужчин и 104 (48,1%) женщины. Статистически значимых различий между пациентами основной и контрольной групп по половому признаку не выявлено (табл. 2).

Для разделения больных по возрасту за основу взята классификация Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). В основной группе доля лиц в возрасте от 18 до 44 лет составила 56 (25,3%) человек, в контрольной группе – 52 (24,1%). Больных в возрасте от 45 до 59 в основной группе 98 (44,3%),

в контрольной – 94 (43,5%) человека. Число пациентов пожилого возраста в основной группе 65 (29,4%), в контрольной – 69 (31,9%). Больных старческого возраста в основной группе отмечено 2 (0,9%), в контрольной – 1 (0,5%). Статистически значимых различий между пациентами основной и контрольной групп по возрастному признаку также не выявлено (табл. 3).

Необходимо отметить, что в анализируемую группу были включены пациенты с I, II и III стадиями заболевания. При этом с I стадией заболевания 42 (19,0%) пациента основной группы и 44 (20,4%) – контрольной; со II стадией – 112 (50,7%) больных основной группы и 109 (50,5%) – контрольной; с III стадией – 67 (30,3%) пациентов основной группы и 63 (29,2%) больных контрольной группы. Отмечено, что статистически значимых различий между пациентами основной и контрольной групп в зависимости от стадии заболевания выявлено не было (табл. 4).

Поводом к обращению за медицинской помощью было: кровотечение, боль, чувство дискомфорта как отдельные признаки заболевания, так и их сочетание.

Среди мужчин с I стадией заболевания жалобы на кровотечение отметили 7 (16,7%) человек основной группы и 4 (9,1%) пациента – контрольной. Кровотечение как основной признак заболевания был выявлен

ТАБЛИЦА 2. Характеристика анализируемых групп по половому признаку
TABLE 2. Characteristics of the analyzed groups by gender

Пол	Основная группа		Контрольная группа		p *
	Количество, абс.	Количество, %	Количество, абс.	Количество, %	
Мужчины	113	51,1%	112	51,9%	0,801
Женщины	108	48,9%	104	48,1%	0,799
Всего	221	100,0%	216	100%	0,881

* Здесь и далее в таблицах p – критерий Манна – Уитни

ТАБЛИЦА 3. Характеристика анализируемых групп по возрасту
TABLE 3. Characteristics of the groups analyzed by age

Возраст	Основная группа		Контрольная группа		p *
	Количество, абс.	Количество, %	Количество, абс.	Количество, %	
Молодой возраст	56	25,3%	52	24,1%	0,655
Средний возраст	98	51,1%	94	43,5%	0,787
Пожилой возраст	65	29,4%	69	31,9%	0,586
Старческий возраст	2	0,9%	1	0,5%	0,648
Всего	221	100,0%	216	100,0%	0,881

ТАБЛИЦА 4. Стадии хронического геморроя
TABLE 4. Stages of chronic hemorrhoids

Стадии	Основная группа		Контрольная группа		p *
	Количество, абс.	Количество, %	Количество, абс.	Количество, %	
I стадия	42	19,0%	44	20,4%	0,648
II стадия	112	50,7%	109	50,5%	0,737
III стадия	67	30,3%	63	29,2%	0,676
Всего	221	100,0%	216	100,0%	0,881

у 9 (8,0%) пациентов основной группы и у 8 (7,3%) контрольной группы со II ст. заболевания. Среди больных с III ст. хронического геморроя кровотечение наблюдалось у 2 (3,0%) пациентов основной группы и у 3 (4,8%) – контрольной.

Среди женщин жалобы на кровотечение при I ст. заболевания предъявляли 6 (14,3%) человек основной группы и 5 (11,4%) контрольной; при II ст. – у 6 (5,4%) основной и у 8 (7,3%) пациенток контрольной группы. Кровотечение при III ст. хронического геморроя отметили 3 (4,5%) женщины основной и 2 (3,2%) пациентки контрольной группы (табл. 5).

Болевой синдром был основным клиническим проявлением среди лиц мужского пола: при I ст. хронического геморроя – у 8 (19,0%) больных основной и у 8 (18,2%) пациентов контрольной группы; при II ст. заболевания – у 15 (13,4%) больных основной и у 13 (11,9%) контрольной; при III ст. – у 1 (1,5%)

пролеченного в основной и у 1 (1,6%) пациента в контрольной группе.

Среди женщин жалобы на болевой синдром при I ст. заболевания предъявляли 6 (14,3%) человек основной группы и 5 (11,4%) контрольной; при II ст. заболевания – 15 (13,4%) лиц основной группы и 14 (12,8%) контрольной; с III ст. хронического геморроя – 2 (3,0%) женщины основной и 2 (3,2%) контрольной группы (табл. 6).

Жалобы на чувство дискомфорта в области промежности, анального канала и прямой кишки как единственное проявление заболевания среди мужчин предъявляли: с I ст. хронического геморроя 4 (9,5%) пациента основной и 6 (13,6%) человек контрольной группы; со II ст. – 9 (8,0%) лиц основной и 10 (9,2%) больных контрольной группы; с III ст. – 5 (7,5%) пациентов основной и 4 (6,3%) больных контрольной группы. Среди лиц женского пола подобная клиническая

ТАБЛИЦА 5. Доля пациентов с кровотечением
TABLE 5. Share of patients with bleeding

Пациенты с кровотечением	Мужчины			Женщины		
	I стадия	II стадия	III стадия	I стадия	II стадия	III стадия
Основная группа	7 (16,7%)	9 (8,0%)	2 (3,0%)	6 (14,3%)	6 (5,4%)	3 (4,5%)
Контрольная группа	4 (9,1%)	8 (7,3%)	3 (4,8%)	5 (11,4%)	8 (7,3%)	2 (3,2%)
p *	0,211	0,285	0,198	0,213	0,234	0,184

ТАБЛИЦА 6. Доля пациентов с болевым синдромом
TABLE 6. Share of patients with pain syndrome

Пациенты с болевым синдромом	Мужчины			Женщины		
	I стадия	II стадия	III стадия	I стадия	II стадия	III стадия
Основная группа	8 (19,0%)	15 (13,4%)	1 (1,5%)	6 (14,3%)	15 (13,4%)	2 (3,0%)
Контрольная группа	8 (18,2%)	13 (11,9%)	1 (1,6%)	5 (11,4%)	14 (12,8%)	2 (3,2%)
p *	0,322	0,386	0,91	0,214	0,396	0,93

ТАБЛИЦА 7. Доля пациентов с чувством дискомфорта в области промежности, анального канала и прямой кишки
TABLE 7. Share of patients with discomfort in the perineum area, anal canal, and rectum

Пациенты с чувством дискомфорта	Мужчины			Женщины		
	I стадия	II стадия	III стадия	I стадия	II стадия	III стадия
Основная группа	4 (9,5%)	9 (8,0%)	5 (7,5%)	5 (11,9%)	11 (9,8%)	6 (9,0%)
Контрольная группа	6 (13,6%)	10 (9,2%)	4 (6,3%)	7 (15,9%)	8 (7,3%)	3 (4,8%)
p *	0,212	0,243	0,221	0,232	0,312	0,254

ТАБЛИЦА 8. Доля пациентов с сочетанием кровотечения и болевого синдрома
TABLE 8. Share of patients with a combination of bleeding and pain syndrome

Группы сравнения	Мужчины			Женщины		
	I стадия	II стадия	III стадия	I стадия	II стадия	III стадия
Основная группа	3 (7,1%)	18 (16,1%)	14 (20,9%)	3 (7,1%)	16 (14,3%)	13 (19,4%)
Контрольная группа	5 (11,4%)	20 (18,3%)	11 (17,5%)	4 (9,1%)	17 (15,6%)	11 (17,5%)
p *	0,201	0,456	0,403	0,197	0,414	0,396

картина заболевания отмечена: с I ст. заболевания – у 5 (11,9%) пациенток основной и 7 (15,9%) – контрольной группы; со II ст. – у 11 (9,8%) женщин основной и 8 (7,3%) больных контрольной группы; с III ст. хронического геморроя – у 6 (9,0%) больных основной и 3 (4,8%) женщин контрольной группы (табл. 7).

Сочетание таких симптомов, как кровотечение и боль, среди лиц мужского пола отмечено у 3 (7,1%) больных основной группы с I ст. хронического геморроя и у 5 (11,4%) – контрольной группы. Среди лиц мужского пола со II ст. заболевания сочетание этих клинических проявлений хронического геморроя отмечено в основной группе – у 18 (16,1%), в контрольной – у 20 (18,3%) больных. У лиц с III ст. геморроя данные признаки отмечены в основной группе – у 14 (20,9%) и в контрольной – у 11 (17,5%) пациентов.

В то же время среди женщин сочетание кровотечения и болевого синдрома встретилось: при I ст. хронического геморроя в основной группе – у 3 (7,1%), в контрольной – у 4 (9,1%) пациенток; при II ст. в основной группе – у 16 (14,3%) человек, в контрольной – у 17 (15,6%); при III ст. – в основной группе – у 13 (19,4%), в контрольной группе – у 13 (20,6%) больных (табл. 8).

В анализируемой группе выделены пациенты, предъявляющие жалобы на сочетание кровотечения, боли и чувства дискомфорта. Среди пациентов мужского и женского пола с I ст. хронического геморроя подобного сочетания не было отмечено. Среди лиц мужского пола сочетание клинических признаков хронического геморроя при II ст. заболевания выявлено у 6 (5,4%) лиц в основной и у 6 (5,5%) – в контрольной группе;

ТАБЛИЦА 9. Доля пациентов с сочетанием кровотечения, чувства дискомфорта и болевого синдрома
TABLE 9. Proportion of patients with a combination of bleeding, discomfort and pain syndrome

Группы сравнения	Мужчины			Женщины		
	I стадия	II стадия	III стадия	I стадия	II стадия	III стадия
Основная группа	0	6 (5,4%)	10 (14,9%)	0	7 (6,3%)	11 (16,4%)
Контрольная группа	0	6 (5,5%)	13 (20,6%)	0	5 (4,6%)	13 (20,6%)
p *	**	0,96	0,376	**	0,301	0,396

** Сравнение не проводилось из-за отсутствия пациентов.

среди лиц с III ст. заболевания – у 10 (14,9%) больных основной группы и 13 (20,6%) контрольной. Среди женщин со II ст. хронического геморроя данная клиническая симптоматика отмечена в основной группе – у 7 (6,3%), в контрольной – у 5 (4,6%), больных; с III ст. геморроя в основной группе – у 11 (16,4%), в контрольной группе – у 13 (20,6%) больных (табл. 9).

Таким образом, группы сравнения оказались сопоставимыми по основным клиническим признакам: полу, возрасту, стадии заболевания, клиническим проявлениям как в виде единственного синдрома, так и при их сочетании. Оценка эффективности лечения проводилась при контрольном осмотре на 3, 7, 14 и 21-е сут. от начала лечения. Затем был проведен сравнительный анализ двух схем лечения. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программы Statistica Jamovi (версия 1.2.16.).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди 33 (100%) пациентов основной и 30 (100%) контрольной группы, у которых единственным клиническим проявлением хронического геморроя было кровотечение, через 3 сут. от начала лечения жалобы на кровотечение сохранялись у 29 (87,9%) больных основной и 27 (90%) пациентов контрольной группы.

По-прежнему к 7-м сут. лечения жалобы на кровотечение предъявляли 12 (36,4%) пациентов основной и 16 (53,3%) больных контрольной группы. Лишь к 14-м сут. лечения кровотечение сохранялось у 5 (15,2%) пациентов основной и у 8 (26,7%) больных контрольной группы. К 21-м сут. лечения в обеих группах кровотечение не зарегистрировано (табл. 10, рис. 1).

Хронический геморрой проявился болевым синдром у 47 (100%) больных основной и у 43 (100%) пациентов контрольной группы. На 3-и сут. боли сохранялись у 40 (85,1%) пациентов в основной группе и у 42 (97,7%) больных в контрольной. К 7-м сут. наличие боли отметили 19 (40,4%) больных основной группы и 26 (60,5%) пациентов контрольной. На 14-е сут. боли сохранились у 8 (17,0%) пациентов основной и 12 (27,9%) – контрольной. К 21-м сут. лечения в обеих группах болевой синдром отсутствовал у всех наблюдавшихся больных (табл. 11, рис. 2).

Жалобы на чувство дискомфорта в промежности, анальном канале и прямой кишке на первичном приеме предъявляли 40 (100%) больных основной группы и 38 – в контрольной (100%). На 3-и сут. лечения подобные жалобы сохранялись у 29 (72,5%) больных в основной группе и у 33 (86,8%) в контрольной. К 7-м сут. клинические симптомы проявляли 13 (32,5%) больных

ТАБЛИЦА 10. Регресс кровотечения в группах сравнения
TABLE 10. Bleeding regress in comparison groups

Группы сравнения	При первичном осмотре	3 сут.	7 сут.	14 сут.	21 сут.
Основная группа	33 (100%)	29 (87,9%)	12 (36,4%)	5 (15,2%)	0
Контрольная группа	30 (100%)	27 (90%)	16 (53,3%)	8 (26,7%)	0
p *	0,656	0,604	0,356	0,206	**

**Сравнение не проводилось из-за отсутствия пациентов.

РИСУНОК 1. Динамика регресса кровотечения в группах сравнения. Кровотечение
FIGURE 1. Dynamics of regression of bleeding in comparison groups

основной группы и 19 (50%) пациентов контрольной. На 14-е сут. данные клинические проявления отметили 4 (10%) пациента в основной группе и 6 (15,8%) больных в контрольной. На 21-е сут. лечения в основной группе жалобы не наблюдались, в контрольной группе 1 (2,6%) пациента продолжал беспокоить дискомфорт в анальном канале (табл. 12, рис. 3).

Жалобы на сочетание кровотечения и боли при первичном приеме в основной группе предъявляли 67 (100%) пациентов, в контрольной группе – 68 (100%). На 3-и сут. данные клинические проявления

сохранились у 64 (95,5%) больных в основной группе и у 68 (100%) в контрольной. На 7-е сут. лечения боль и кровотечение беспокоили по-прежнему 31 (46,3%) пациента основной группы и 36 (52,9%) пациентов контрольной. Постепенный регресс клиники заболевания отмечен только на 14-е сут. Тем не менее у 18 (26,9%) пациентов основной группы и 21 (30,9%) контрольной группы клиника заболевания полностью не регрессировала. Уже на 21-е сут. лечения в основной группе пациенты выздоровели, а в контрольной

РИСУНОК 2. Динамика регресса болевого синдрома в группах сравнения. Болевой синдром
FIGURE 2. Pain syndrome regression dynamics in comparison groups

ТАБЛИЦА 11. Регресс болевого синдрома в группах сравнения
TABLE 11. Regression of pain syndrome in comparison groups

	При первичном осмотре	3 сут.	7 сут.	14 сут.	21 сут.
Основная группа	47 (100%)	40 (85,1%)	19 (40,4%)	8 (17,0%)	0
Контрольная группа	43 (100%)	42 (97,7%)	26 (60,5%)	12 (27,9%)	0
p *	0,742	0,711	0,556	0,345	**

** Сравнение не проводилось из-за отсутствия пациентов.

ТАБЛИЦА 12. Регресс чувства дискомфорта в группах сравнения
TABLE 12. Regression of discomfort in comparison groups

Группы сравнения	При первичном осмотре	3 сут.	7 сут.	14 сут.	21 сут.
Основная группа	40 (100%)	29 (72,5%)	13 (32,5%)	4 (10%)	0
Контрольная группа	38 (100%)	33 (86,8%)	19 (50%)	6 (15,8%)	1 (2,6%)
p *	0,659	0,683	0,488	0,237	0,0045

ТАБЛИЦА 13. Регресс сочетанных клинических проявлений хронического геморроя в группах сравнения (кровотечение + болевой синдром)

TABLE 13. Regression of combined clinical manifestations of chronic hemorrhoids in comparison groups (bleeding + pain syndrome)

Группы сравнения	При первичном осмотре	3 сут.	7 сут.	14 сут.	21 сут.
Основная группа	67 (100%)	64 (95,5%)	31 (46,3%)	18 (26,9%)	0
Контрольная группа	68 (100%)	68 (100%)	36 (52,9%)	21 (30,9%)	3 (4,4%)
p*	0,854	0,801	0,698	0,499	0,0038

ТАБЛИЦА 14. Регресс сочетанных клинических проявлений хронического геморроя в группах сравнения (кровотечение + чувство дискомфорта + болевой синдром)

TABLE 14. Regression of combined clinical manifestations of chronic hemorrhoids in comparison groups (bleeding + discomfort + pain syndrome)

Группы сравнения	При первичном осмотре	3 сут.	7 сут.	14 сут.	21 сут.
Основная группа	34 (100%)	33 (97,1%)	18 (52,9%)	7 (20,6%)	0
Контрольная группа	37 (100%)	37 (100%)	21 (56,8%)	10 (27,0%)	2 (5,4%)
p *	0,692	0,687	0,499	0,303	0,0029

РИСУНОК 3. Динамика регресса чувства дискомфорта в группах сравнения. Кровотечение

FIGURE 3. Dynamics of discomfort regression in comparison groups

группе у 3 (4,4%) пациентов сохранялись прежние жалобы (табл. 13).

Сочетание трех основных клинических проявлений хронического геморроя: кровотечения, боли и чувства дискомфорта – при первичном приеме в основной группе отмечено у 34 (100%) пациентов, в контрольной – у 37 (100%) больных. На 3-и сут. терапии прежние жалобы предъявляли 33 (97,1%) пациента

в основной группе и 37 (100%) пациентов в контрольной. На 7-е сут. клиника была прежней у 18 (52,9%) пациентов основной группы и у 21 (56,8%) пациента контрольной. На 14-е сут. в основной группе жалобы предъявляли лишь 7 (20,6%) пациентов, в контрольной – 10 (27,0%) больных. На 21-й день лечения в основной группе отмечено выздоровление, в контрольной группе сохранялись жалобы у 2 (5,4%) пациентов, получающих комплексную терапию (табл. 14).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, современные методы консервативного лечения хронического геморроя позволяют в короткий срок обеспечить регресс основных клинических проявлений заболевания: кровотечения, болевого синдрома, дискомфорта в промежности и их сочетание. При этом применение препарата Релиф® Про позволяет достичь этого в короткие сроки. Релиф® Про может быть рекомендован для применения в комплексном лечении хронического геморроя в повседневной клинической практике.

Поступила/Received 11.09.2020

Поступила после рецензирования/Revised 29.09.2020

Принята в печать/Accepted 29.09.2020

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

1. Johanson J.F., Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology*. 1990;98(2):380–386. doi: 10.1016/0016-5085(90)90828-0.
2. Riss S., Weiser F.A., Schwameis K., Riss T., Mittlböck M., Steiner G., Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis*. 2012;27(2):215–220. doi: 10.1007/s00384-011-1316-3.
3. Шелыгин Ю.А. (ред.). *Клинические рекомендации. Колопроктология*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 528 с. Режим доступа: <https://rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434239.html>. Shelygin Yu.A. (ed.) *Clinical guidelines. Coloproctology*. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. 528 p. (In Russ.). Available at: <https://rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434239.html>.
4. Davis B.R., Lee-Kong S.A., Migaly J., Feingold D.L., Steele S.R. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(3):284–292. doi: 10.1097/DCR.0000000000001030.
5. Gallo G., Martellucci J., Sturiale A., Clerico G., Milito G., Marino F. et al. Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol*. 2020;24(2):145–164. doi: 10.1007/s10151-020-02149-1.
6. Van Tol R.R., Bruijnen M.P.A., Melenhorst J., van Kuijk S.M.J., Stassen L.P.S., Breukink S.O. A national evaluation of the management practices of hemorrhoidal disease in the Netherlands. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33(5):577–588. doi: 10.1007/s00384-018-3019-5.

Информация об авторах:

Ильканич Андрей Яношевич, д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней медицинского института, Сургутский государственный университет; 628412, Россия, Сургут, проспект Ленина, д. 1; руководитель Центра колопроктологии, Сургутская окружная клиническая больница; 628408, Россия, Сургут, ул. Энергетиков, д. 24, корп. 2; ORCID: 0000-0003-2293-136X, e-mail: ailkanich@yandex.ru

Зубаилов Казимагомед Зубаилович, врач-колопроктолог, Сургутская окружная клиническая больница; 628408, Россия, Сургут, ул. Энергетиков, д. 24, корп. 2; e-mail: zkazim@mail.ru

Курбанов Сергей Сейфутдинович, врач-колопроктолог, Сургутская окружная клиническая больница; 628408, Россия, Сургут, ул. Энергетиков, д. 24, корп. 2; e-mail: kurbanov_s83@mail.ru

Айсанов Артур Алишерович, врач-колопроктолог, Сургутская окружная клиническая больница; 628408, Россия, Сургут, ул. Энергетиков, д. 24, корп. 2; e-mail: aisanovaa@surgutokb.ru

Воронин Юрий Сергеевич, врач-колопроктолог, Сургутская окружная клиническая больница; 628408, Россия, Сургут, ул. Энергетиков, д. 24, корп. 2; e-mail: ysvoronin2402@gmail.com

Матвеева Анастасия Сергеевна, врач-колопроктолог, Сургутская окружная клиническая больница; 628408, Россия, Сургут, ул. Энергетиков, д. 24, корп. 2; e-mail: matveeva086@gmail.com

Лопатская Жанна Николаевна, к.м.н., доцент кафедры морфологии и физиологии, Сургутский государственный университет; 628412, Россия, Сургут, проспект Ленина, д. 1; e-mail: lzn1974@mail.ru

Information about the authors:

Andrei Ya. Ilkanich, Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Surgical Diseases of the Medical Institute, Surgut State University; 1, Lenin Ave., Surgut, 628412, Russia; Head of the Coloproctology Center, Surgut Regional Clinical Hospital; 24, Bldg. 2, Energetikov St., Surgut, 628408, Russia; ORCID: 0000-0003-2293-136X; e-mail: ailkanich@yandex.ru

Kazimagomed Z. Zubailov, Coloproctologist, Surgut Regional Clinical Hospital; 24, Bldg. 2, Energetikov St., Surgut, 628408, Russia; e-mail: zkazim@mail.ru

Sergey S. Kurbanov, Coloproctologist, Surgut Regional Clinical Hospital; 24, Bldg. 2, Energetikov St., Surgut, 628408, Russia; e-mail: kurbanov_s83@mail.ru

Artur A. Aysanov, Coloproctologist, Surgut Regional Clinical Hospital; 24, Bldg. 2, Energetikov St., Surgut, 628408, Russia; e-mail: aisanovaa@surgutokb.ru

Yuriy S. Voronin, Coloproctologist, Surgut Regional Clinical Hospital; 24, Bldg. 2, Energetikov St., Surgut, 628408, Russia; e-mail: ysvoronin2402@gmail.com

Anastasiya S. Matveeva, Coloproctologist, Surgut Regional Clinical Hospital; 24, Bldg. 2, Energetikov St., Surgut, 628408, Russia; e-mail: matveeva086@gmail.com

Zhanna N. Lopatskaya, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Morphology and Physiology, Surgut State University; 1, Lenin Ave., Surgut, 628412, Russia; e-mail: lzn1974@mail.ru