

Л.А. БЛАГОДАРНЫЙ, д.м.н., профессор, РМАПО, Государственный научный центр колопроктологии МЗ РФ

Что должен знать амбулаторный врач о консервативном лечении геморроя

Геморрой — болезнь наружных и внутренних геморроидальных узлов. При хроническом геморрое основными симптомами являются кровотечение и выпадение геморроидальных узлов из анального канала. Течение геморроя носит волнообразный характер, и хронические процессы сменяются обострением.

Ключевые слова: врач, геморрой, консервативное лечение

Острый геморрой — это прежде всего тромбоз геморроидальных узлов или кровоточащий геморрой, осложненный анемией. К тромбозу быстро — в течение 1 сут может присоединиться воспалительный процесс.

Острый геморрой подразделяется на 3 степени:

1. Тромбоз геморроидальных узлов без воспаления.
2. Тромбоз с воспалением в самом узле.
3. Распространение воспалительного процесса на окружающую клетчатку.

Кровотокающий геморрой может осложняться в большинстве случаев хронической анемией или достаточно редко (в 4—5% случаев) острой анемией.

Хроническое течение геморроя разделяют на 4 стадии. Для I стадии характерно только выделение алой крови из анального канала при дефекации без выпадения узлов. II стадия характеризуется выпадением геморроидальных узлов с их самостоятельным вправлением в анальный канал (с кровотечением или без него). Особенностью III стадии является периодическое выпадение узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал (с кровотечением или без него).

IV стадия характеризуется постоянным выпадением геморроидальных узлов, иногда вместе со слизистой анального канала (с кровотечением или без него).

Показаниями для медикаментозного лечения геморроя являются:

1. Острый геморрой.
2. Хронический геморрой ранних стадий.
3. Пред- и послеоперационное лечение.
4. Профилактика геморроя.

Лечение

Лечение острого и хронического геморроя включает общее и местное применение обезболивающих, флеботонических, противовоспалительных, кровоостанавливающих и комбинированных препаратов [1—3].

В системной терапии ведущее место занимают флебологические препараты, в особенности микро-низированный диосмин с фракцией гесперидина. Наиболее эффективным является комбинированное лечение, т. е. сочетание системных и топических препаратов, обладающих наиболее выраженным терапевтическим эффектом [3]. Применение местных препаратов способствует уменьшению болевого и воспалительного синдромов, усиливает дейст-

вие обезболивающих препаратов и флеботоников, способствует сокращению сроков процесса реабилитации. В остром периоде достаточно 7—10-дневного курса лечения, а при хроническом течении в качестве профилактики обострения курс может продолжаться до 1,5—2 мес.

Патогенетически обоснованная фармакотерапия решает ряд задач:

- устранение воспаления;
- купирование болевого синдрома;
- ликвидацию тромбоза геморроидальных узлов;
- остановку кровотечения.

Для ликвидации воспаления применяют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): диклофенак, лорноксикам, целекоксиб, системную энзимотерапию, различные мазевые формы, содержащие НПВС, постеризан, а также флеботоники: диосмин с гесперидином, диосмин. Эти препараты занимают одно из лидирующих мест в лечении острого и хронического геморроя. В качестве противовоспалительных применяют в основном комбинированные препараты местного воздействия. В качестве обезболивающих и противовоспалительных применяют НПВС: диклофенак, ксефокам. Их противовоспалитель-

тельный эффект обеспечивается угнетением биосинтеза простагландинов, имеющих важное значение в патогенезе воспаления и болевого синдрома.

При остром тромбозе геморроидальных узлов для снятия воспаления чаще применяют топические комбинированные препараты: трибенозид с лидокаином, буфексамак с субгалганатом висмута и лидокаином. Эти препараты оказывают венотонизирующее и противовоспалительное действие. Они улучшают сосудистый тонус, уменьшают венозную застой в кавернозных тельцах, улучшают микроциркуляцию. Их противовоспалительное действие объясняется ингибированием эндогенных веществ, выполняющих роль медиаторов в развитии воспаления. Лидокаин гидрохлорида оказывает быстрое и продолжительное обезболивающее действие.

Для купирования болевого синдрома при остром геморрое обычно применяют ненаркотические анальгетики (антипиретики на основе метамизола), производные парацетамола, а также НПВС в виде системной и местной терапии. Комбинация топических препаратов и НПВС обладает выраженным обезболивающим эффектом.

При болевом синдроме, связанном с острой анальной трещиной, осложняющей течение геморроя, эффективны спазмолитические препараты (метамизол натрия, баралгин), а также производные нитроглицерина для местного применения, оказывающие спазмолитическое действие на внутренний сфинктер.

Для ликвидации тромбоза при геморрое используют гепариносодержащие мази и гели (гепарина натриевая соль). Высокий терапевтический эффект этих препаратов основан на:

- блокировании биосинтеза тромбоза;
- уменьшении агрегации тромбоцитов;
- снижении активности гиалуронидазы и угнетении синтеза арахидоновой кислоты;
- ускорении эндогенного фибринолиза.

Применение гепариносодержащих препаратов способствует регрессу тромбированных геморроидальных узлов, снижению отека и гиперемии кожи, воспалительной реакции. Более эффективны комбинированные препараты, содержащие гепарин натрия, полидеканол, пантенол и гидрокортизон. Гепарин связывает плазменные факторы свертывания крови и тормозит гемостаз, полидеканол обеспечивает обезболивающее воздействие, пантенол стимулирует процессы репарации, гидрокортизон оказывает противовоспалительное действие.

Для ликвидации тромбоза геморроидальных узлов в качестве системных препаратов принимают пентоксифиллин, ацетилсалициловую кислоту и, конечно, комбинированные флеботонические препараты. Препараты группы бензопирионов также улучшают кровоток в геморроидальных узлах.

Местное тромболитическое воздействие оказывают гепариносодержащие мази с разной концентрацией гепарина — от 500 до 1000 ЕД, а также комбинированные местные препараты, содержащие гепарин натрия и бензокаин, трибенозид с лидокаина гидрохлоридом, буфексамак с субгаллагатом висмута, титана диоксид и лидокаина гидрохлорид, а также натрия альгинат и лидокаин.

При геморроидальном кровотечении в основном применяют местные препараты. Из них достаточно эффективны а-адреномиметик фенилэфрин и альгинат

натрия, который сокращает время полимеризации фибрин-мономера на заключительном этапе свертывания крови.

Для местного лечения эффективно применяют коллагеновые гемостатические губки (карбазохром), состоящие из фибриногена и тромбина. После введения в анальный канал гемостатическая губка рассасывается и образует фибринную пленку, которая блокирует кровоточащие участки геморроидальных узлов. Из комбинированных препаратов при кровоточащем геморрое эффективен фенилэфрин, обладающий местным сосудосуживающим действием. За счет этого эффекта происходит уменьшение выделения крови из геморроидальных узлов. Выраженное гемостатическое действие оказывает и местный препарат, содержащий альгинат натрия. Эффект этого препарата обусловлен сокращением времени полимеризации фибрин-мономера на заключительном этапе свертывания крови.

Для системной терапии при кровотечении из геморроидальных узлов используются активатор образования тромбoplastина — этамзилат натрия и антидот гепарина — протамина сульфат. Реже при массивных кровотечениях применяют ингибитор фибринолиза аprotинин. С учетом многообразия форм и стадий геморроя при его лекарственном лечении оптимален индивидуальный подход.

Важно знать, что у большей части пациентов с геморроем имеется синдром раздраженной кишки, чаще всего в виде запоров. Этим пациентам в обязательном порядке показано целенаправленное лечение. Оно заключается в применении гидрофильных коллоидов, ферментных препаратов, эубиотиков и прокинетики. Лечение синдрома раздраженного кишечника является непременным

условием эффективности профилактики и успешного лечения любых форм геморроя.

Местное лечение геморроя, особенно в его острой стадии, направлено прежде всего на ликвидацию болевого синдрома и, естественно, воспаления и тромбоза геморроидальных узлов. Выбирая препараты для местного лечения геморроя, необходимо учитывать доминирующие симптомы (боль, воспаление, его распространенность, кровоточивость). Мазевые аппликации, как и суппозитории, назначают 2 р/сут, желательно после стула.

Тромбоз геморроидальных узлов, осложненных воспалением, является показанием для назначения НПВС, комбинированных препаратов, содержащих обезболивающие, тромболитические и противовоспалительные компоненты. К препаратам этой группы относятся многие линименты, рассчитанные на комбинированное воздействие. При тромбозе показано применение антикоагулянтов местного действия: ректальных суппозиториев на основе гидрокортизона ацетата и цинка сульфата моногидрата или гепарина, а также гепариновой мази или линимента с троксерутином. Чаще всего тромбоз осложняется воспалительным процессом с распространением на перианальную область и подкожную клетчатку. В этой ситуации одновременно с системными препаратами назначают водорастворимые мази с выраженным противовоспалительным эффектом: левомеколь, левасин, мафенид. Лечение должно носить комбинированный характер. Вместе с топическими препаратами назначают системную терапию в виде НПВС: диклофенак, ксефокам, целебрекс, обезболивающие (метамизол натрия) и флеботропные препараты.

Один из основных симптомов геморроя — кровотечение, которое

при остром кровоточащем геморрое с хронической или острой анемией становится осложнением. Необходимо оценить активность кровотечения, его частоту, величину кровопотери и выраженность постгеморрагической анемии. В острой ситуации показано применение местной гемостатической губки из карбазохрома, состоящего из фибриногена и протромбина. Возможно применение альгината натрия или фенилэфрина гидрохлорида. Это лечение сочетается с системной терапией — применением флеботонических препаратов.

Различают следующие механизмы действия диосмина, обеспечивающие его клиническое действие при остром и хроническом геморрое:

- повышение тонуса вен;
- купирование воспалительной реакции;
- стимуляцию венозного кровотока и оттока лимфы;
- устранение микроциркуляторных расстройств.

Результаты клинических исследований показали высокую эффективность этих препаратов в лечении различных форм геморроя. Их применение при остром геморрое уменьшает болевой синдром, воспалительный процесс, отек и кровоточивость, а в периоперационном периоде способствуют уменьшению кровоточивости послеоперационных ран, болевого синдрома, сокращает сроки заживления ран и реабилитации.

После ликвидации воспалительного процесса необходимо провести лечение, улучшающее репаративные свойства тканей. Депротеинизированный гемодериват темной крови, содержащий производные нуклеиновых кислот и низкомолекулярные пептиды, улучшает течение энергетически зависимых процессов обмена веществ в организме. Препарат

усиливает снабжение организма кислородом и глюкозой, стимулирует активность ферментов окислительного фосфорилирования и улучшает микроциркуляцию в тканях.

Местное репаративное воздействие оказывает постеризан в виде мазевой основы. Действие его основано на повышении местной резистентности тканей к воздействию патогенной микрофлоры. Этот процесс проходит при помощи антигенов клеточных стенок и продуктов метаболизма кишечной палочки при контакте со слизистой прямой кишки и перианальной кожей. Препарат стимулирует Т-лимфоцитарную систему кишечного иммунитета, увеличивает фагоцитарную активность лейкоцитов и клеток ретикулоэндотелиальной системы, нормализует тонус кровеносных сосудов и стимулирует регенерацию поврежденных тканей.

Фармакопрофилактика геморроя чаще всего необходима в группе риска: у пациентов с запорами, ведущих малоподвижный образ жизни, а также у беременных женщин. В ряде случаев, в т. ч. во время беременности, необходимо назначение флеботропных препаратов. Вопрос их применения во время беременности и в послеродовом периоде решается индивидуально. У диосмина и диосмина с гесперидином тератогенный эффект не зарегистрирован.

Кроме того, во время беременности (на любых сроках) и в послеродовом периоде можно применять местный препарат альгинат натрия, получаемый из бурых морских водорослей.

При передозировке в условиях сочетанного лечения тромбоза геморроидальных узлов, особенно при использовании местных гепариносодержащих мазей, возможно развитие незначительного кровотечения из геморроидаль-

ных узлов. Оно, как правило, купируется местными средствами. Применение комплексного лечения препаратами НПВС, особенно длительно, может вызвать развитие характерных для них побочных эффектов. Поэтому предпочтительно осуществлять местное применение этих препаратов, т. к. при этой методике вероятность появления побочных эффектов значительно ниже, чем при системном использовании.

Противопоказания

Системные и местные препараты, предназначенные для лечения геморроя, противопоказаны при наличии указаний в анамнезе на развитие аллергических реакций

и непереносимость этих препаратов или их компонентов.

Относительным противопоказанием к применению гепариносодержащих средств является нарушение свертываемости крови.

В I триместре беременности противопоказаны прежде всего НПВС и глюкокортикоиды, как в системной терапии, так и при местном применении, а также системные препараты для лечения геморроя. В II—III триместрах, послеродовом периоде, во время кормления грудью возможно ограниченное системное и местное применение препаратов с учетом соотношения риска и пользы.

Комбинированная фармакотерапия, проводимая при остром или хроническом геморрое, сопрово-

ждается длительным положительным эффектом, но возобновление запоров и нарушение диеты могут вызвать очередное обострение. Поэтому необходимо проводить профилактику геморроя в виде 1,5—2-месячных курсов дважды в год, применяя в малых дозах комбинированные флеботонические препараты.

Таким образом, выбор метода консервативного лечения геморроя в зависимости от выраженности симптоматики и одновременное применение системного и местного лечения позволяют достаточно эффективно купировать острые процессы, уменьшать число обострений и предупреждать их развитие.



ИСТОЧНИКИ

1. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. 2-е изд. М.: Литерра, 2010. С. 61.
2. Национальные клинические рекомендации. Колопроктология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015: 30—53.
3. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: Литерра, 2014. 597 с.
4. Вовк Е.И. Рациональная фармакотерапия — фактор успешного лечения геморроя. *РМЖ*, 2002, 2: 73—77.