

Эффективность топической терапии в комплексном лечении геморроя при его сочетании с анальными трещинами

В.С.Грошилин✉, В.К.Швецов, Л.А.Мирзоев

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России. 344022, Россия, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29
✉vsgros@mail.ru

В настоящее время практикующему врачу-колопроктологу все чаще приходится сталкиваться с весьма распространенным сочетанием заболеваний, таких как анальные трещины и хронический геморрой. Целью исследования была оценка эффективности комплексной терапии при сочетанной патологии анального канала путем применения в основной группе комбинированного препарата Релиф Про. Уменьшение интенсивности болевого синдрома на 15-й день лечения отметили 33 (89,2%) больных основной и 26 (78,8%) – контрольной группы. Анализ результатов показал, что через 60 дней в исследуемой группе отмечено значимое снижение болевого синдрома, не требующего дальнейшей коррекции. Эпителизация отмечена у 31 (83,8%) пациента в основной группе, также констатировано стойкое снижение явлений зуда и жжения. Данные результаты доказывают многофакторный терапевтический эффект препарата Релиф Про, который достигается за счет комбинированного состава (включая глюкокортикостероид флуоокртолон и лидокаин).

Ключевые слова: хронический геморрой, хроническая анальная трещина, топическая терапия, Релиф Про.

Для цитирования: Грошилин В.С., Швецов В.К., Мирзоев Л.А. Эффективность топической терапии в комплексном лечении геморроя при его сочетании с анальными трещинами. Consilium Medicum. 2017; 19 (7.2. Хирургия): 55–58 . DOI: 10.26442/2075-1753_19.7.2.55-58

ORIGINAL RESEARCH

The effectiveness of topical therapy in the complex treatment of hemorrhoids combined with anal fissures

V.S.Groshilin, V.K.Shvetsov, L.A.Mirzoev

Rostov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 344022, Russian Federation, Rostov-on-Don, per. Nakhichevanskii, d. 29
✉vsgros@mail.ru

Abstract

Nowadays a practicing coloproctologist is increasingly faced with a very common combination of diseases, such as anal fissures and chronic hemorrhoids. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of complex therapy for combined pathology of the anal canal, by using the combination drug "Relief PRO" in the main group of patients. Reducing the intensity of the pain syndrome on day 15 (D15) of the treatment was noted by 33 (89.2%) of the patients in the main group and 26 (78.8%) – in the control group. Analysis of the results showed that after 60 days (D60), the study group showed a significant reducing of the pain syndrome, which does not require further correction. Epithelization was noted in 31 (83.8%) of the patient in the main group, and a persistent decrease of itching and burning sensation was also noted. These results prove the multifactorial therapeutic effect of the drug "Relief PRO", which is achieved due to the combined composition (including, glucocorticosteroid – fluocortolone and lidocaine).

Key words: chronic hemorrhoids, chronic anal fissure, topical therapy, Relief PRO.

For citation: Groshilin V.S., Shvetsov V.K., Mirzoev L.A. The effectiveness of topical therapy in the complex treatment of hemorrhoids combined with anal fissures. Consilium Medicum. 2017; 19 (7.2. Surgery): 55–58. DOI: 10.26442/2075-1753_19.7.2.55-58

Анальная трещина (трещина заднего прохода) представляет собой распространенное заболевание, третье по частоте встречаемости в структуре колопроктологической патологии (от 8,5 до 16% в структуре специализированного стационара). Согласно статистическим данным, частота возникновения анальной трещины в среднем составляет 20–23 случая на 1 тыс. взрослого населения, при этом большая часть больных находятся в трудоспособном возрасте; в основном это лица молодой и первой зрелой возрастной категории [1–3]. По данным литературы, частота встречаемости анальных трещин среди лиц женского пола больше в 1,5–2 раза.

Следовательно, помимо медицинской, рассматриваемая проблема имеет и большую социальную значимость. Анальная трещина возникает в результате повреждения слизистой оболочки заднепроходного канала на фоне гипертонуса внутреннего сфинктера прямой кишки. Механическая теория патогенеза получила наибольшее распространение. Заслуживает внимания теория локальной ишемии в этиологии анальных трещин, также причиной формирования трещин могут быть и нейрогенные расстройства с длительным спазмом внутреннего сфинктера прямой кишки. Таким образом, анальная трещина является полиэтиологическим заболеванием, что необходимо учитывать в процессе ее лечения.

Доминирующим проктологическим заболеванием по частоте встречаемости и распространенности осложнений (в первую очередь кровотечений, выпадения и ущемления узлов), безусловно, остается хронический геморрой, несмотря на повсеместное внедрение все более новых способов его коррекции, проблема эффективного безрецидивного лечения геморроя остается актуальной. Внедрение современных хирургических технологий, методик малоинвазивного лечения в последние годы позволило значительно продвинуться в повышении эффективности лечения [4–6]. Однако проведенные исследования и их результаты несколько не умаляют роль фармакотерапии в лечении геморроя, что в первую очередь касается препаратов топической терапии, призванных обеспечить местное противовоспалительное, анальгезирующее, спазмолитическое действие [7–9]. В настоящее время практикующему врачу-колопроктологу все чаще приходится сталкиваться с комбинированной патологией анального канала, прямой кишки и промежности. К такой патологии можно отнести такое весьма распространенное сочетание, как хронический геморрой и анальные трещины. Среди заболеваний аноректальной зоны сочетание указанных патологий занимает одно из ведущих мест, составляя от 7 до 25% [3, 10].

Клиническая картина заболевания зависит от выраженности спазма внутреннего сфинктера прямой кишки. Так,

в случае выраженного спазма на первое место выходят симптомы анальной трещины: интенсивные боли в момент дефекации и продолжительное время после нее. Несмотря на то, что при пальцевом исследовании и аноскопии выявляются увеличенные геморроидальные узлы, такие симптомы геморроя, как выделения крови из прямой кишки и выпадение внутренних геморроидальных узлов, обычно выражены незначительно. У большинства пациентов с подобной клинической картиной при функциональном исследовании запирающего аппарата прямой кишки определяется существенное повышение тонуса внутреннего сфинктера [11, 12]. Данный вариант течения заболевания характерен при ранних стадиях хронического геморроя.

В случаях, когда спазм внутреннего сфинктера выражен незначительно, в клинической картине заболевания преобладают такие симптомы геморроя, как выпадение внутренних геморроидальных узлов и выделение алой крови при акте дефекации. Болевой синдром выражен незначительно и характеризуется умеренными болями в момент дефекации и непродолжительное время после нее. При функциональных исследованиях запирающего аппарата прямой кишки повышения тонуса внутреннего сфинктера не наблюдалось. Подобный вариант течения заболевания чаще всего наблюдается на поздних (III–IV) стадиях хронического геморроя [1, 7, 10].

При сочетании хронического геморроя и анальной трещины на поздних его стадиях выбор метода лечения убедительно склоняется в пользу обоснования показаний к проведению оперативного вмешательства, однако выбор конкретной методики и алгоритма послеоперационного медикаментозного ведения весьма вариабелен. При этом у пациентов с I–II стадией геморроя в сочетании с трещиной вопрос выбора компонентов топической терапии стоит еще более актуально, так как назначение свечей зачастую становится основным компонентом патогенетической терапии.

На сегодняшний день одним из наиболее эффективных методов консервативной терапии анальной трещины является применение препаратов для медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера (в частности, органических нитратов) [2]. Однако подобное лечение не оказывает никакого влияния на выраженность симптомов геморроя. Кроме того, по мере ликвидации спазма внутреннего сфинктера прямой кишки возможно усиление одного из клинических проявлений – выпадение внутренних геморроидальных узлов. Включение же в схему лечения флеботонических препаратов в комбинации с медикаментозной релаксацией не приводит к уменьшению боли, отека и воспаления и, как следствие, не способствует эпителизации анальной трещины.

Поэтому мы считаем обоснованной позицию включения по необходимости в схему лечения описываемой категории пациентов топических лекарственных средств, имеющих комбинированный состав и оказывающих влияние на основные звенья патогенеза симптомов геморроя. Наиболее предпочтительным, современным и патогенетически оправданным из таковых, по нашему мнению, является Релиф Про.

Материалы и методы

Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения 75 больных с хроническим геморроем I–III стадии в сочетании с хронической анальной трещиной за период с сентября 2015 по октябрь 2017 г. на базе хирургического отделения и поликлиники ФГБОУ ВО РостГМУ. Среди них была 41 (58,5%) женщина и 29 (41,5%) – мужчин. Средний возраст больных составил 42,3 года.

В основную группу вошли 37 пациентов с хроническим геморроем I–III стадии в сочетании с хронической аналь-

ной трещиной, в контрольную – 33 больных с аналогичной патологией. Всем больным, включенным в исследование, проводилась терапия по следующей схеме: псилиум (оболочка семян подорожника) внутрь 2 раза в день не менее 2 нед, нестероидные противовоспалительные препараты или комбинированные спазмоанальгетики (в терапевтических дозировках, кратность приема определялась выраженностью болевого синдрома и гипертонуса сфинктера), препараты вентонизирующего действия (диосмин и его комбинации) 2 раза в сутки перорально по общепринятым схемам.

В основной группе больным назначались свечи (крем) Релиф Про, которые применяли 2 раза в сутки (утром и вечером). Продолжительность терапии составляла 14 сут, пациенты, самовольно безосновательно прерывавшие применение топических средств, были исключены из исследования. При выраженном сфинктероспазме, болевом синдроме применяли ректальный крем ввиду отсутствия возможности использования ректальных суппозиторий в первые дни лечения. Выбор топических препаратов в контрольной группе осуществлялся слепым методом в соответствии с доминирующей симптоматикой (согласно рекомендациям колопроктолога амбулаторного звена).

Для включения пациентов в исследование определены следующие критерии:

- наличие внутреннего геморроя I–III стадии;
- наличие хронической анальной трещины;
- наличие признаков спазма анального сфинктера по данным профилометрии;
- интенсивный болевой синдром;
- возраст 18–65 лет.

У всех больных, включенных в исследование, клинические и субъективные признаки гипертонуса внутреннего сфинктера прямой кишки подтверждены манометрически.

Обследование больных производилось на момент включения в исследование (Д0), на 15-й день терапии (Д15), по окончании курса терапии препаратом Релиф Про, и на 60-й день от начала лечения (Д60).

Результаты и обсуждение

Уменьшение интенсивности болевого синдрома на 15-й день лечения отметили 33 (89,2%) больных основной и 26 (78,8%) – контрольной группы. При этом средняя интенсивность болевого синдрома, по данным визуальной аналоговой шкалы, статистически достоверно уменьшилась как в основной, так и в контрольной группах.

При этом в основной группе клинических наблюдений известные эффекты вентоников и препарата Релиф Про в отношении купирования отека и кровотечения, устранения зуда и жжения в анальном канале были подтверждены снижением частоты и выраженности геморрагий (Д15) у 12 (32,4%) пациентов, купированием кровотечений (отсутствие геморрагических выделений при 5 последних дефекациях) – у 18 (48,6%) пациентов, что суммарно составило 81% пациентов исследуемой группы (против 66,7% в контрольной). При контрольном осмотре (Д15) явления зуда и жжения отсутствовали у 31 (83,8%) пациента основной группы (против 72,7% в контрольной), что свидетельствует о многофакторном терапевтическом эффекте и обоснованности выбранной тактики.

При обследовании пациентов на 60-й день исследования стойкое уменьшение интенсивности болевого синдрома до уровней, не требующих его дальнейшей фармакологической коррекции, отмечалось у 34 (91,8%) больных основной и 28 (84,8%) пациентов контрольной группы. Таким образом, в обеих группах на 60-й день от начала фармакотерапии наблюдалось статистически достоверное уменьшение интенсивности болевого синдрома по сравнению с Д0 и Д15. Это свидетельствует о стойком, пролонгированном эффекте топических средств.

Динамика основных клинических проявлений						
Клинические проявления в исследуемых группах	Основная группа (n=37)			Контрольная группа (n=33)		
	Д0	Д15	Д60	Д0	Д15	Д60
Интенсивность болевого синдрома, мм*	48	31	19	49	37	25
Среднее давление в покое в проекции внутреннего сфинктера, мм рт. ст.	129,7±4,8	106,5±3,5	79,4±3,7	133,4±4,4	108,6±3,9	81,3±4,1

*Интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале (0 – отсутствие боли, 100 мм – непереносимая боль).

ческого применения Релиф Про при отсутствии возврата ведущих симптомов после отмены препарата.

При профилометрии на 60-й день после начала лечения тонус внутреннего сфинктера нормализовался у 29 (78,3%) больных основной и 27 (81,8%) – контрольной группы. Показатели были сопоставимы в группах наблюдений (см. таблицу).

Отметим, что значительное уменьшение интенсивности кровотечения наблюдалось у больного в обеих группах.

К 60-му дню исследования анальная трещина эпителизировалась у 31 (83,8%) больного основной и 22 (66,7%) больных контрольной группы. Данный эффект был достигнут в основной группе за счет комплексного подхода, купирования сопутствующих проявлений геморроя и применения комбинированного препарата Релиф Про.

Больным с неэпителизовавшейся анальной трещиной и сохранением жалоб по мере хронизации процесса проведено хирургическое лечение. В основной группе всем 6 пациентам была выполнена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов в сочетании с иссечением трещины и боковой подкожной сфинктеротомией. Аналогичная операция выполнена 8 больным контрольной группы. Остальным 3 пациентам контрольной группы с геморроем III стадии в связи с тромбозом наружных геморроидальных узлов и значительным увеличением внутренних геморроидальных узлов выполнена геморроидэктомия в сочетании с иссечением трещины и боковой подкожной сфинктеротомией. Отметим, что оперированным больным основной группы в послеоперационном периоде амбулаторно также назначали крем Релиф Про, что позволило сократить сроки реабилитации и избежать пролонгации восстановительной терапии.

Заключение

Применение препарата Релиф Про в сочетании с препаратами диосмина и медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера у больных с хронической анальной трещиной и геморроем позволяет статистически достоверно снизить выраженность клинических проявлений и в конечном итоге добиться эпителизации дефекта слизистой анального канала. Данный эффект достигается в результате наличия в составе препарата Релиф Про глюкокортикоидов (флуококортолон) и лидокаина. Являясь препаратом, имеющим комбинированный состав, Релиф Про за счет наличия в составе биодоступных местно глюкокортикоидов (не оказывающих системного действия, в связи с этим – безопасных) при воздействии на кожу подавляет воспалительные и аллергические реакции и облегчает зуд, жжение и боль; уменьшает дилатацию капилляров, интерстициальный отек и инфильтрацию тканей. Лидокаин, в свою очередь, подавляет образование и проведение нервных импульсов по афферентным нервным волокнам. Таким образом, комбинированный препарат Релиф Про оказывает влияние на все звенья патогенеза симптомов геморроя и может быть рекомендован врачам-колопроктологам для применения в комплексном лечении хрониче-

ского геморроя I–III стадии при его сочетании с анальными трещинами.

Литература/References

- Адиев Р.Ф., Хидиятов И.И., Султанов Р.З. и др. Оптимизация хирургического лечения больных с хронической анальной трещиной. Креативная хирургия и онкология. 2012; 3: 21–5. / Adiev R.F., Khidiyatov I.I., Sultanov R.Z. i dr. Optimizatsiia khirurgicheskogo lecheniia bol'nykh s khronicheskoi anal'noi treshchinoi. Kreativnaia khirurgiia i onkologiya. 2012; 3: 21–5. [in Russian]
- Башанкаев Б.Н., Иулдашев А.Г., Лафишев Э.В. Анальная трещина – результаты сфинктеросохраняющей терапии. Колопроктология. 2014; s3: 13. / Bashankaev B.N., Iuldashev A.G., Lafishev E.V. Anal'naia treshchina – rezul'taty sfinkterosokhranaiushchei terapii. Koloproktologiya. 2014; S3: 13. [in Russian]
- Грошили В.С., Мирзоев Л.А., Швецов В.К., Чернышова Е.В. Эффективность малоинвазивных методов в лечении хронического геморроя II–III стадий. Ульяновский медико-биол. журн. 2017; 2: 95–103. / Groshilin V.S., Mirzoev L.A., Shvetsov V.K., Chernyshova E.V. Effektivnost' maloinvazivnykh metodov v lechenii khronicheskogo gemorroia II–III stadii. Ul'ianovskii mediko-biol. zhurn. 2017; 2: 95–103. [in Russian]
- Малева Е.А., Грекова Н.М. Комплексное лечение хронической анальной трещины. Непрерывное мед. образование и наука. 2015; 10 (S3): 177–8. / Maleva E.A., Grekova N.M. Kompleksnoe lechenie khronicheskoi anal'noi treshchiny. Nepreryvnoe med. obrazovanie i nauka. 2015; 10 (S3): 177–8. [in Russian]
- Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю. Сравнительная оценка малоинвазивных вмешательств при хронической анальной трещине. Колопроктология. 2016; S1: 51. / Shakhrai S.V., Gain Yu.M., Gain M.Yu. Sravnitel'naya otsenka maloinvazivnykh vmeshatel'stv pri khronicheskoi anal'noi treshchine. Koloproktologiya. 2016; S1: 51. [in Russian]
- Kayhan B, Ozer D, Akdogan M et al. Can 5-aminosalicylic acid suppository decrease the pain after rectal band ligation? World J Gastroenterology 2009; 14 (22): 3523–5.
- Мадаминов А.М., Люхуров Р.Н. К вопросу хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с хронической анальной трещиной. Вестн. Кыргызско-Российского славянского университета. 2014; 14 (2): 184–6. / Madaminov A.M., Liukhurov R.N. K voprosu khirurgicheskogo lecheniia khronicheskogo gemorroia v sochetanii s khronicheskoi anal'noi treshchinoi. Vestn. Kyrgyzsko-Rossiiskogo slavianskogo universiteta. 2014; 14 (2): 184–6. [in Russian]
- Мухаббатов Д.К., Хайдаров С.С., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А. Хирургическая тактика при хроническом геморрое в сочетании с анальной трещиной. Колопроктология. 2014; S3: 29. / Mukhabbatov D.K., Khaidarov S.S., Nozimov F.Kh., Karimov Sh.A. Khirurgicheskaya taktika pri khronicheskom gemorroie v sochetanii s anal'noi treshchinoi. Koloproktologiya. 2014; S3: 29. [in Russian]
- Хидиятов И.И., Адиев Р.Ф., Гумерова Г.Т., Насибуллин И.М. Особенности клинических проявлений при хронической анальной трещине. Мед. вестн. Башкортостана. 2016; 11 (4): 50–4. / Khidiyatov I.I., Adiev R.F., Gumerova G.T., Nasibullin I.M. Osobennosti klinicheskikh proiavlennii pri khronicheskoi anal'noi treshchine. Med. vestn. Bashkortostana. 2016; 11 (4): 50–4. [in Russian]
- Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. / Vorob'ev G.I. Osnovy koloproktologii. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2006. [in Russian]
- Багдасарян С.Л., Багдасарян Л.К., Титов Ю.А. Способ хирургического лечения анальной трещины без рассечения жом заднего прохода. Колопроктология. 2011; S3 (37): 20–2. / Bagdasaryan S.L., Bagdasaryan L.K., Titov Yu.A. Sposob khirurgicheskogo lecheniia anal'noi treshchiny bez rassecheniia zhoma zadnego prokhoda. Koloproktologiya. 2011; S3 (37): 20–2. [in Russian]
- Schubert M, Sridhar S, Schade R et al. What every gastroenterologist needs to know about common anorectal disorders. World J Gastroenterology 2009; 15 (26): 3201–9.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОАХ

Грошили Виталий Сергеевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. хирургических болезней №2, декан фак-та последипломного профессионального обучения ФГБОУ ВО Пост ГМУ. E-mail: vsgrs@mail.ru
Швецов Виталий Константинович – канд. мед. наук, ассистент каф. хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО Пост ГМУ
Мирзоев Левон Альбертович – ФГБОУ ВО Пост ГМУ