

Фармакологическая флебопротекция в комплексной терапии геморроя

26-28 октября в Киеве состоялся IV Международный съезд колопроктологов, в котором также приняли участие онкологи, хирурги, детские хирурги, химиотерапевты, гастроэнтерологи, эндоскописты, специалисты по лучевой и морфологической диагностике. В рамках мероприятия широко освещались современные достижения взрослой и детской клинической колопроктологии. Отдельное заседание было посвящено актуальным вопросам патологии прямой кишки, параректальной и копчиковой области.



С докладом «Использование биофлавоноидов в комплексном лечении геморроя» на заседании выступил один из его модераторов, профессор кафедры хирургии Ужгородского национального университета, доктор медицинских наук Чобей Степан Михайлович.

— Актуальность проблемы хронического геморроя обусловлена его широкой распространенностью, которая в целом составляет 130-150 случаев на 1000 человек. В мире у 10-15% взрослого населения выявляют хронический геморрой, а его удельный вес составляет 42% всех заболеваний прямой кишки. По данным ведущих колопроктологических центров, 1/3 пациентов, страдающих геморроем, подлежат оперативному лечению, и такие операции занимают первое место в структуре хирургических вмешательств. Современная классификация и тактика лечения геморроя базируются на особенностях его клинического течения в зависимости от выраженности характерной симптоматики и наличия осложнений. Различают 4 стадии геморроя: I стадия — геморроидальные узлы остаются в пределах заднего прохода, клинические проявления состоят в выделении неизменной алой крови во время или после акта дефекации; II стадия характеризуется обратимым выпадением узлов с выделением алой крови и слизи, ощущением зуда и дискомфорта; при III стадии возникает выпадение узлов при физическом напряжении и необходимость их ручного вправления; IV стадия характеризуется необратимым выпадением узлов, их изъязвлением, нарушением замыкающей функции клинического (анатомического) анального канала, которое проявляется недержанием газов и кала.

Геморрой, осложненный острым аноректальным тромбозом 3-й степени, а также геморроидальными кровотечениями с развитием анемизации больного, подлежит хирургическому лечению. В остальных случаях лечебный подход базируется на принципе «от простого к сложному», в зависимости от степени заболевания, развития осложнений и рецидивов. Данный подход включает комплексную медикаментозную терапию, при неэффективности — малоинвазивное хирургическое лечение (вакуумное лигирование), при рецидивах — радикальное хирургическое вмешательство (операции Миллигана-Моргана, Уайтхеда). Учитывая сосудистый генез заболевания, в медикаментозном лечении геморроя особый интерес представляют флеботропные препараты, действие которых направлено на улучшение венозного оттока, купирование симптомов венозной недостаточности и предотвращение осложнений. С этой целью флебопротекторы также назначают в ходе предоперационной подготовки, послеоперационной реабилитации и для профилактики осложнений у пациентов. Среди флеботропных препаратов широкое клиническое применение получили биофлавоноиды диосмин и гесперидин, для которых получено наибольшее количество доказательств эффективности и безопасности. В Украине зарегистрирован и успешно применяется натуральный препарат Нормовен (ПАО «Киевский витаминный завод»), каждая таблетка которого содержит активный биофлавоноидный комплекс, состоящий из 450 мг диосмина и 50 мг гесперицина в качестве основных действующих веществ.

Механизм активного флебопротекторного действия Нормовена при геморрое обусловлен особенностями его фармакодинамики. Препарат улучшает микроциркуляцию, уменьшает проницаемость и повышает

резистентность капилляров и венозный тонус в кавернозных тельцах, что проявляется усилением диффузии кислорода, перфузии тканей и реологических свойств крови. Улучшение лимфодренажа и уменьшение венозного застоя обусловлено снижением лимфатического и венозного давления, а также уменьшением венозного сопротивления. Все эти факторы предупреждают транскапиллярную фильтрацию низкомолекулярных белков, электролитов и воды в межклеточное пространство.

Нормовен препятствует синтезу некоторых медиаторов воспаления (простагландин E₂, тромбоксан B₂), снижает адгезию лейкоцитов к венозному эндотелию, их активацию и экспрессию лейкотриенов, цитокинов, свободных радикалов, стабилизирует мембраны лизосом. Препарат тормозит высвобождение аутолитических ферментов, которые расщепляют протеогликаны.

Клинические наблюдения показали, что прием Нормовена в до- и послеоперационном периоде у пациентов с геморроем достоверно снижает отек, болезненность, зуд и парестезии в области послеоперационной раны, уменьшает количество кровянистых выделений и дискомфорт при дефекации. Все эти благоприятные эффекты облегчают течение и сокращают длительность послеоперационного периода у больных как с острым, так и с хроническим геморроем, ускоряя возвращение пациентов к активной и полноценной жизни. Соответственно, целью нашего исследования стало изучение влияния и оценка клинической эффективности биофлавоноидов (Нормовен) на результаты хирургического лечения острого и хронического геморроя.

В хирургической клинике ЗОКБ им. А. Новака (г. Ужгород) в течение 2012-2015 гг. мы наблюдали 243 пациентов в возрасте 21-69 лет (медиана возраста составляла 41-50 лет), которые страдали острым или хроническим геморроем; из них женщин — 65%, мужчин — 35% от общего числа больных. Пациентов разделили на 2 группы: в 1-ю группу вошли 117 больных с острым геморроем, осложненным тромбозами и кровотечениями, а также выраженным воспалительным процессом, во 2-ю — 126 пациентов с хроническим геморроем III-IV стадии.

В качестве медикаментозной предоперационной подготовки пациенты 1-й группы получали Нормовен по схеме 2 табл. 3 р/сут первые 3 дня, следующие 2 суток — по 2 табл. 2 р/сут, далее — по 1 табл. 2 р/сут на протяжении 1-3 мес. Оперативное вмешательство проводили на 5-7-е сутки от начала терапии Нормовеном. Во 2-й группе пациенты получали Нормовен по вышеуказанной схеме с 1-го дня послеоперационного периода. Контрольную группу составили 10 прооперированных пациентов, которые Нормовен не получали.

Все группы пациентов были прооперированы в соответствии со степенью и тяжестью заболевания. Независимо от вида хирургического вмешательства самыми

частыми клиническими проявлениями в послеоперационном периоде были: выраженный отек тканей послеоперационной раны, болевой синдром, выделение крови при дефекации, слабость сфинктера, перианальный зуд, парестезии. Критерии объективной оценки послеоперационного периода включали такие особенности его течения, как аноскопическая динамика репаративных процессов, выраженность и длительность послеоперационного болевого синдрома, сроки восстановления функциональной активности (самостоятельной дефекации). Степень регионарной венозной гемодинамики и микроциркуляции изучали методом ультразвукографии перианальной области и прямой кишки.

Конечный результат проведенного лечения оценивали при контрольном осмотре пациента через 2 нед от начала терапии Нормовеном. Отличным считался результат, при котором пациент субъективно отмечал полное выздоровление с исчезновением основных симптомов заболевания, а при осмотре не выявлялись локальные проявления геморроя. Результат оценивался как удовлетворительный в случае субъективного ощущения пациентом улучшения своего состояния при сохранении патологических изменений в геморроидальных образованиях. Недостаточным результатом лечения расценивалось субъективное и объективное состояние пациента без изменений. В нашем случае были продемонстрированы следующие результаты исследования: отличные — у 109 (44,9%), хорошие — у 67 (27,5%), удовлетворительные — у 49 (20,2%), без изменений — у 13 (5,3%), неудовлетворительные — у 5 (2,1%) пациентов.

Ультразвуковое исследование перианальной области и прямой кишки на фоне терапии Нормовеном показало достоверное восстановление венозного оттока на фоне нормализации артериального кровотока, увеличение базальной перфузии кожи и парциального давления кислорода, усиление постишемической гиперемии. Отмеченные показатели у пациентов основной группы отображали тенденцию к нормализации тканевого метаболизма, увеличение реактивности и резервов микроциркуляторного русла прямой кишки и перианальной области по сравнению с контрольной группой.

Следует также подчеркнуть, что в ходе исследования путем клинических наблюдений были подтверждены разносторонние благоприятные эффекты действия Нормовена: ангиопротекторный, капилляростабилизирующий, противоотечный, противовоспалительный.

Таким образом, применение Нормовена в качестве средства доступной патогенетической терапии достоверно влияет на основные звенья патогенеза хронического геморроя, улучшая субъективные (боль, зуд, парестезия) и объективные (уменьшение отека тканей) клинические признаки острого и хронического геморроя.

При остром геморрое нами предложена следующая схема приема Нормовена: по 2 табл. 3 р/сут во время еды первые 3-4 дня; далее 3 дня — по 2 табл. 2 р/сут и по 1 табл. 2 р/сут в течение последующих 1-2 мес.

Для предупреждения рецидивов при хроническом геморрое целесообразно применение Нормовена по следующей схеме: 2 табл. 2 р/сут в течение 1 мес 2 р/год (весна-осень).

Проведенное нами исследование применения препарата Нормовен позволило сделать следующие выводы:

- назначение препарата в до- и послеоперационном периоде достоверно снижает отек, болезненность, зуд и парестезии в области послеоперационной раны, уменьшает количество кровянистых выделений и дискомфорт при дефекации;
- вышеозначенные благоприятные эффекты облегчают течение послеоперационного периода и способствуют его сокращению у пациентов как с острым, так и с хроническим геморроем, ускоряя их возвращение к активной полноценной жизни;
- побочных эффектов даже при длительном приеме препарата не было выявлено, что делает его безопасным для клинического применения;
- препарат может быть рекомендован в качестве средства комплексной терапии острого и хронического геморроя.



Р.С. №UA/4475/01/01 от 21.09.2015

Подготовила **Наталья Позднякова**