

Лікування гемороїдальної хвороби: індивідуальний комплексний підхід — найкраща відповідь на складний виклик

За матеріалами IV З'їзду колопроктологів України, 26-28 жовтня, м. Київ

Хронічний геморої (гемороїдальна хвороба) є дуже неприємною для хворого і в той же час досить непростюю у лікуванні патологією. Нерідко це захворювання настільки погіршує якість життя пацієнта, що потребує хірургічного лікування. Та навіть радикальні методи не виключають можливості рецидиву, не говорячи вже про те, що операція може мати певні ускладнення. Чи можна якимось чином покращити ситуацію — попередити прогресування геморою, мінімізувати ризик ускладнень та рецидиву після хірургічного втручання? Найліпшою відповіддю на цей непростий виклик є індивідуальний та комплексний підхід до кожного пацієнта, про що свідчить дослідження, проведене під керівництвом професора Миколи Івановича Тутченка. Результатами цієї роботи з учасниками IV З'їзду колопроктологів України поділився кандидат медичних наук Володимир Савич Андрієць.



В.С. Андрієць

На початку свого виступу доповідач зазначив надзвичайно високу актуальність проблеми геморою. Так, за даними епідеміологічних досліджень, захворюваність на геморої сягає 130-150 випадків на 1 тис. дорослого населення. Отже, приблизно кожна 7-8 доросла людина стикається з цією проблемою. У структурі колопроктологічних захворювань на геморої, за даними різних авторів, припадає 32-42%. На особливу увагу також заслуговує той факт, що близько 80% хворих на геморої знаходяться у найбільш працездатному віці — 25-55 років. Через це гемороїдальна хвороба завдає людству значних економічних збитків. Висока захворюваність на геморої, що спостерігається в останні десятиліття, напевно, пов'язана з особливостями життя сучасної людини (нераціональне харчування, тривале перебування у сидячому положенні тощо).

Що стосується етіопатогенезу, то тригерами розвитку геморою можуть бути часті закрепи, тривале сидіння, статичні фізичні навантаження тощо. Також є точка зору щодо спадкового характеру цієї патології, принаймні наявності спадкового дефекту сполучної тканини в ділянці анального каналу. Так, гемороїдальні сплетення разом зі слизовою оболонкою фіксовані до стінок анального каналу

зв'язкою Паркса і/або м'язом Трейца. При фрагментації і розтягуванні їх волокон (внаслідок зазначених вище причин) відбувається опущення анальної слизової оболонки, погіршення відтоку крові, стазу, гіперплазії кавернозної тканини.

Коли ж виникає потреба у лікуванні і в якому саме? Збільшена у розмірах кавернозна тканина анального каналу, що безпосередньо і має назву геморою, не є показом до лікування, тим більш для хірургічного. Профілактичній гемороїдектомії немає місця в арсеналі проктолога. Показанням до терапії є наявність клінічних симптомів, тобто гемороїдальна хвороба.

Залежно від тяжкості захворювання прийнято виділяти 4 ступені випадіння гемороїдальних вузлів:

I — внутрішні гемороїдальні вузли дещо збільшені, вибухають в просвіт анального каналу, періодично кровоточать;

II — випадіння гемороїдальних вузлів під час дефекації, самостійно вправляються в анальний канал;

III — випадіння гемороїдальних вузлів під час натужування, вправляються рукою;

IV — постійне випадіння гемороїдальних вузлів з неможливістю їх вправлення в анальний канал.

Лікування гемороїдальної хвороби, як підкреслив доповідач, є мистецтвом, що не має шаблонів й вимагає індивідуального підходу до кожного хворого. Та в цілому вважається, що на I-II стадії захворювання достатнім є консервативне чи мініінвазивне лікування (кріодеструкція, лігування латексними кільцями, перев'язка гемороїдальних артерій під контролем ультразвуку, склерозування, лазерна та інфрачервона коагуляція тощо), а ось на III-IV стадії варто вдаватися до хірургічного втручання.

Найчастішою операцією з приводу геморою є відкрита гемороїдектомія за Міліганом-Морганом, що передбачає видалення трьох груп гемороїдальних вузлів без ушивання післяопераційної рани. Вона є одним з радикальних втручань при геморої, але асоціюється з досить високою частотою ускладнень та довгим періодом реконвалесценції. Її модифікацією є закрита гемороїдектомія Фергюсона, коли післяопераційні рани після видалення вузлів зашиваються. Процес загоєння відбувається швидше, інтенсивність болю та частота ускладнень є меншими. Ще одним варіантом хірургічного лікування, що широко використовується за кордоном, є операція Лонго. При цьому проводиться кругова резекція слизової оболонки прямої кишки (вище зубчастої лінії) з подальшим підтягуванням і ушиванням, без видалення кавернозної тканини. У результаті цього гемороїдальні вузли підтягуються догори, зменшується їх кровопостачання, вони зменшуються в об'ємі. Та результати порівняльних клінічних досліджень демонструють досить високу частоту залишкових симптомів і рецидивів при використанні цієї методики.

Питання вибору тактики хірургічного лікування є досить непростим, зокрема

через те, що у багатьох пацієнтів можна водночас спостерігати вузли на різних стадіях. Чи варто в таких випадках видалити всі вузли за Міліганом-Морганом чи тільки ті, що збільшені до III-IV ст.? Оптимальним підходом, на думку авторів, є видалення вузлів, що збільшені до III-IV ст., та проведення деартеріалізації (з можливою мукопексією) вузлів I-II ст. Видаляти гемороїдальні вузли необхідно з максимальним збереженням анодерми і зашиванням післяопераційної рани, що прискорює загоєння. Деартеріалізацію можна проводити під візуальним контролем (ligation under vision, LUV). Не обов'язково для цього використовувати дороговартісне ультразвукове обладнання із доплером, адже в клінічних дослідженнях доведено схожу ефективність цих двох підходів.

Ще одним важливим аспектом лікування гемороїдальної хвороби є необхідність комплексного системного підходу. Лікування не може обмежуватися лише симптоматичними засобами під час загострення чи навіть оперативним лікуванням, яке, на жаль, не завжди виявляється достатньо радикальним. Так, за даними Т.К. Haussen та співавт. (1999), частота рецидиву після проведення операції Фергюсона у 1-2 квадрантах протягом 7 років спостереження становила 29%, у 3 квадрантах — 34%. За даними деяких досліджень (S.W. Arberman et al., 2000; D. Reinhard et al., 1995; S.W. Johansson et al., 2006), частота рецидивів після операції

Параметри	Основна група (n=153)	1-ша контрольна група (n=110)	2-га контрольна група (n=122)
Термін загоєння рани	20±0,5 дня	28±0,9 дня	18±0,8 дня
Рецидив захворювання	відсутній	відсутній	22 (18%)
Максимальна інтенсивність больового синдрому (за 10-бальною ВАШ)	5 балів	8 балів	5 балів

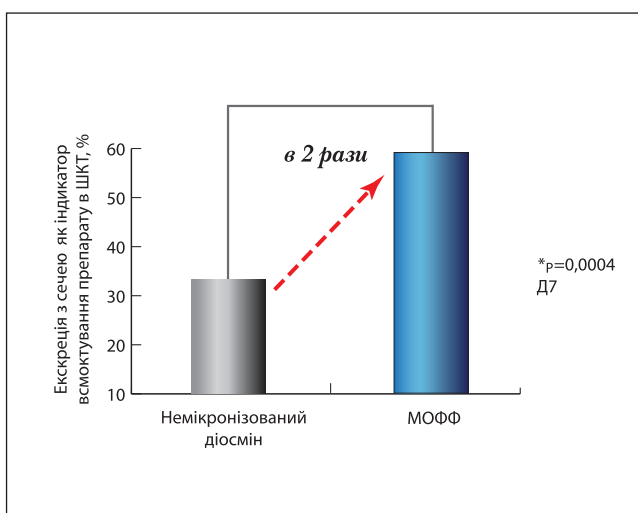


Рис. 1. Біодоступність очищеної мікронізованої фракції флавоноїдів (МОФФ, Детралекс®) та немікронізованого діосміну

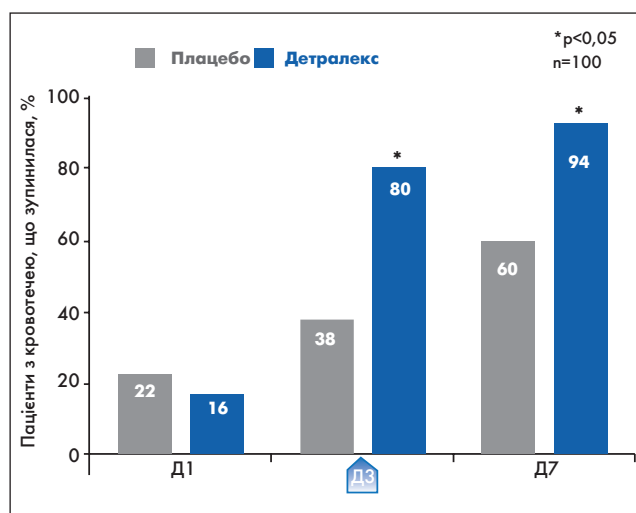


Рис. 2. Детралекс® дозволяє зупинити гемороїдальну кровотечу на третій день терапії у більшості пацієнтів

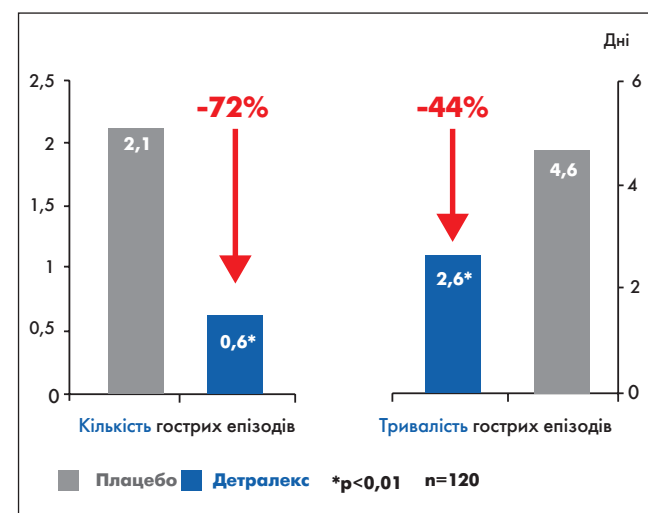


Рис. 3. Ефективність Детралексу у пацієнтів з гострими епізодами геморою

Мілігана-Моргана може сягати 15-25%, а частота ускладнень коливається в межах 2-12%. Ризик рецидиву пов'язаний з тим, що певна кількість кавернозної тканини залишається навіть після досить радикального втручання, отже, необхідно максимально виключити ті фактори, що будуть сприяти її збільшенню в майбутньому.

Комплексний системний підхід необхідний на всіх стадіях захворювання. На ранніх стадіях гемороєм він дозволяє зупинити прогресування патології чи навіть подолати її, а у поєднанні з хірургічним втручанням зменшує ризик ускладнень та рецидиву.

Такий системний підхід до лікування має включати:

- раціональне харчування (достатнє споживання рідини та клітковини);
- оптимальні фізичні навантаження та руховий режим (уникати тривалого статичного навантаження та тривалого сидіння, особливо на унітазі);
- нормалізацію акту дефекації (використання послаблювальних препаратів та інших лікарських засобів для корекції процесів травлення у випадку недостатньої ефективності раціонального харчування);
- венотоніки (Детралекс®).

На думку авторів, серед венотоніків особливої уваги заслуговує Детралекс® як препарат, що має унікальні фармакологічні характеристики та перевірений часом. Детралекс® містить цілий комплекс флеботропних речовин з групи флавоноїдів — діосмін, гесперидин, ізоройфолін, лінарин, діосметин. У препараті Детралекс® вони знаходяться у мікронізованому стані, що значно підвищує його біодоступність. Так, розмір частинок флавоноїдів становить 1,8 мкм, що приблизно в 20 разів менше, ніж у звичайних флеботоніках на основі флавоноїдів. R.C. Garner та співавт. (2002) показали, що всмоктування Детралексу в 2 рази краще, ніж немікронізованого діосміну (рис. 1). Крім того, серед усіх венотоніків саме Детралекс® має найпотужнішу доказову базу ефективності та безпеки при геморої.

Ефективність Детралексу в лікуванні гострого геморою продемонстрована в рандомізованому дослідженні M.C. Misra (2000) за участю 100 пацієнтів із гемороїдальною кровотечею. У 80% пацієнтів на 3-й день прийому Детралексу по 2 таблетки 3 рази на добу відзначено повне припинення кровотечі (рис. 2). Середній термін зупинки кровотечі в групі пацієнтів, які приймали Детралекс®, становив 4,9 доби, тоді як в контрольній групі цей показник відповідав 7 добам.

Докази ефективності призначення Детралексу до та після операції були отримані в дослідженнях L. LaTorre (2004) та Y.H. Ho (1995), котрі довели, що Детралекс® значно знижує ризик розвитку вторинної постгеморойдектомічної кровотечі — до >1 %, зменшує біль, тенезми і свербіж порівнянню з плацебо. Крім того, в цих дослідженнях було продемонстровано, що Детралекс® скорочує час післяопераційного відновлення і зменшує періанальний набряк. На додаток до швидкої й потужної захисної дії в післяопераційному періоді призначення Детралексу курсом більше двох місяців у дозі 2 таблетки на день знижує ризик розвитку рецидивів і зменшує їх кількість.

У дослідженні P. Godeberge показано, що прийом Детралексу в дозі 2 таблетки 1 раз на день протягом 2 місяців зменшував кількість гострих епізодів геморою на 72%, а їх тривалість — майже удвічі (рис. 3).

Щоб перевірити ефективність описаного вище індивідуального підходу до хірургічного втручання у поєднанні з комплексом системних заходів у пацієнтів з гемороїдальною хворобою, професор М.І. Тутченко з колегами провели відповідне дослідження. До нього включили 385 пацієнтів з хронічним гемороєм III-IV ст., що були прооперовані з 2010 по 2013 рік. Співвідношення жінок та чоловіків становило 1:1, середній вік пацієнтів — 34 роки (94,6% були особами працездатного віку).

Учасники дослідження були розподілені на три групи залежно від підходу до лікування. В основній групі (n=153) використовували індивідуальний підхід з видаленням гемороїдальних

вузлів III-IV ст., деартерілізацією вузлів I-II ст. (LUV) та комплексом системних заходів, що включав прийом Детралексу. Пацієнтам першої контрольної групи (n=110) виконували геморойдектомію за Міліганом-Морганом за наявності хоча б одного гемороїдального вузла, збільшеного до III-IV ст. Учасникам другої контрольної групи (n=122) проводили видалення лише вузлів III-IV ст.

Запропонована авторами методика індивідуального підходу відповідає сучасним тенденціям мініінвазивності і збереження малозмінених тканин. Завдяки використанню комплексу системних заходів, що включав прийом Детралексу, в основній групі отримані кращі результати ніж в обох

контрольних (табл. 1). Так, порівняно з I контрольною групою на 30% скорочується термін загоєння післяопераційних ран, на 3 бали зменшується інтенсивність післяопераційного болювого синдрому за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). У порівнянні з II контрольною групою, в основній групі рецидиви захворювання були відсутні.

Використання індивідуального системного підходу в лікуванні геморою дозволяє зменшити післяопераційний біль, скоротити тривалість післяопераційного періоду, та зменшити вірогідність розвитку рецидивів, але зберегти при цьому радикальність втручання.

Підготувала **Наталія Міщенко**



ДЕТРАЛЕКС® 500 мг
Мікронізована очищена флавоноїдна фракція
60 таблеток, вкритих плівковою оболонкою

НАЙПОТУЖНІШИЙ ВЕНОТОНІК^{1,2}

*** ЛІДЕР В УКРАЇНІ І В СВІТІ**

Висновок зроблено на підставі даних досліджень: 1. Albert F.A. Мета-аналіз досліджень ефективності основних венотонічних препаратів щодо впливу на венотонічний набряк циклоток. // Int Angiol. — 2012. — 31 (4). — P. 310-315. 2. Cospi M., Dominici A. Подвійне сліпе дослідження фармакокінетики та клінічної ефективності 5682 SE в лікуванні венотонічної недостатності. Переваги нової форми мікронізованої фракції. // Int Angiol. — 1989. — 8. — P. 61-65. * Лідер в Україні у роздрібних продажах згідно аналітичних даних Proxima Ukraine, MAT Dec 2016. 16 Products registered as medical drugs (no zaput); лідер в світі згідно аналітичних даних IMS Worldwide 53 countries. Top Product CSC. units MAT Q1 2016. Products registered as medical drugs (no zaput).
Інформація про препарат. Склад: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 500 мг мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції. Фармакотерапевтична група. Капіляростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Діосмін, комбінації. Код АТХ C05C A53. Показання. Симптоматичне лікування венотонічної недостатності (важкість у ногах, біль, нінні судини, набряки, трофічні порушення, включаючи варикозні виразки). Симптоматичне лікування геморою. Спосіб застосування та дози. Для перорального застосування. Призначається дорослим. Венотонічна недостатність. Рекомендована доза становить 2 таблетки на добу: 1 таблетка — вдень та 1 таблетка — ввечері під час їди. Після тижня застосування можна приймати 2 таблетки на добу одноразово під час їди. Гемороїдальна хвороба. Лікування епізодів гострого геморою: по 6 таблеток на добу упродовж 4 днів, потім по 4 таблетки на добу протягом наступних 3 днів. Приймаючи під час їди. Добову кількість таблеток розподілити на 2-3 прийоми. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої або будь-якої допоміжної речовини. Особливості застосування. Застосування цього лікарського засобу при гострому геморої не замінює специфічної терапії та не перешкоджає лікуванню інших проктологічних захворювань. У разі якщо упродовж короткого курсу лікування симптоми не зникають швидко, слід провести проктологічне обстеження та переглянути терапію. При порушеннях венозного кровообігу більш ефективним є поєднання терапії з дотриманням таких рекомендацій щодо способу життя: уникати надто довгого знаходження на сонці, тривалого перебування на ногах, надлишкової маси тіла; ходити пішки та у деяких випадках носити спеціальні панчохи для покращення кровообігу. Застосування у період вагітності або годування груддю. Вагітність. Вагітним жінкам Детралекс® слід застосовувати з обережністю. Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем. Дослідження не виявили тератогенної дії препарату, про побічні ефекти не повідомлялося. Годування груддю. Через відсутність даних щодо його проникнення у грудне молоко застосування у період годування груддю необхідно уникати. Побічні реакції. Часто: діарея, диспепсія, нудота, блювання. Рідко: запаморочення, головний біль, нездужання, свербіж, висипання, кропив'янка. Нечасто: копіт. Частота невідома: зольований набряк обличчя, губ, повік. У виняткових випадках — набряк Квінке. Біль в абдомінальній ділянці. Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами. Дослідження щодо впливу флавоноїдної фракції на здатність керувати автотранспортом або працювати з іншими механізмами не проводилися. Однак, відповідно до загального профілю безпеки флавоноїдної фракції Детралекс® не впливає або має незначний вплив на цю здатність. Передозування*. Упаковка. По 15 таблеток у блистері; по 2 або 4 блистери в коробці. Категорія відпуску. Без рецепта. Заявник. ЛЕ ЛАБОРАТУАР СЕРВІ/LES Laboratoires Servier.
¹ Детальна інформація викладена в інструкції з медичного застосування препарату від 11.01.2016, №6, P/n № UA/4329/01/01.
Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.
Імпортер: Товариство з обмеженою відповідальністю «Сервіс Україна» 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 24. Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 494-14-96.

www.varicosu-net.com

SERVIER
www.servier.ua