

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ХИРУРГОВ РОССИИ

Родин А.В., Даниленков Н.В., Агафонов О.И., Привольнев В.В.
ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия
(ректор – член-корр. РАН, профессор Р.С. Козлов)

ЦЕЛЬ. Выяснить предпочтения врачей-хирургов при назначении консервативного лечения хронического геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено анонимное анкетирование 102 врачей-хирургов широкого профиля с опытом лечения геморроя в своей практике.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ анкет выявил предпочтения хирургов при выборе препаратов для местного и общего лечения хронического геморроя. Хирурги указали свыше 30 различных препаратов для местного лечения геморроя. Большинство специалистов считают необходимым назначение системных флеботоников. Из системных венотоников наиболее часто назначался препарат «Детралекс».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При лечении хронического геморроя большинство хирургов используют эффективные препараты. В ряде случаев имеет-ся относительный дефицит знаний у специалистов по данной проблеме.

[Ключевые слова: хронический геморрой, местное лечение, общее лечение, анкетирование]

Для цитирования: Родин А.В., Даниленков Н.В., Агафонов О.И., Привольнев В.В. Консервативное лечение хронического геморроя. Результаты анкетирования хирургов России. *Колопроктология*. 2019; т. 18, №2 (68), с. 69-74.

CONSERVATIVE TREATMENT FOR CHRONIC HEMORRHOIDS. RESULTS OF SURVEY OF RUSSIAN SURGEONS

Rodin A.V., Danilenkov N.V., Agafonov O.I., Privolnev V.V.
Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

AIM: to clarify surgeon's preferences for the conservative treatment of chronic hemorrhoids.

MATERIALS AND METHODS: an anonymous survey included 102 surgeons with an experience in chronic hemorrhoids treatment.

RESULTS: an analysis of survey revealed surgeon's preferences for local and systemic drugs for the treatment of chronic hemorrhoids. The surgeons reported more than 30 different drugs for the local treatment of hemorrhoids. Most specialists consider it necessary to prescribe systemic phlebotonics. The drug «Detralex» was most often used.

CONCLUSION: a majority of surgeons use effective drugs for the treatment of chronic hemorrhoids. In any cases relative shortage of knowledge about discussed problem was revealed.

[Key words: chronic hemorrhoids, local treatment, systemic treatment, survey]

For citation: Rodin A.V., Danilenkov N.V., Agafonov O.I., Privolnev V.V. Conservative treatment for chronic hemorrhoids. Results of survey of russian surgeons. *Koloproktologia*. 2019; v. 18, №2 (68), pp. 69-74.

Адрес для переписки: Родин Антон Викторович, ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, ул. Крупской, д. 28, Смоленск, 214019;

e-mail: rodin.anton.v@gmail.com

ВВЕДЕНИЕ

Настоящая статья является продолжением исследования, первая часть которого была опубликована в журнале «Колопроктология», 2018, №4 (66).

Геморрой представляет собой патологическое увеличение геморроидальных узлов и является самым распространенным заболеванием аноректальной области в мире [10]. По данным Воробьева Г.И. и соавт., до 10-15% взрослого населения страдают данной патологией [3]. Однако истинная заболеваемость геморроем в мире не известна. Результаты последних исследований характеризуют рост числа пациен-

тов, страдающих геморроем. По приблизительным прогнозам в ближайшем будущем геморрой будет развиваться у 25% британцев и 75% американцев, особенно среди пожилых лиц и беременных женщин [11]. С целью лечения геморроя в Великобритании ежегодно проводится более 20000 различных инвазивных лечебных манипуляций [8]. Заболеваемость геморроем в России составляет 140-160 человек на 1000 взрослого населения, причем удельный вес в структуре всех заболеваний толстой кишки составляет 34-41% [4].

Патологические изменения в геморроидальных узлах включают в себя нарушение структуры поддержи-

вающей соединительной ткани в области так называемых «подушек», образованных гладкой мышцей подслизистого слоя анального канала. В результате постоянного притока крови к геморроидальным узлам и уменьшения оттока от них, развивается увеличение кавернозных образований. Патогенез геморроя объясняет симптомы, возникающие при данной патологии: кровотечение, увеличение в размерах и выпадение геморроидальных узлов [8].

Различают 4 стадии развития хронического геморроя:

1 стадия – кровотечение, без выпадения узлов;

2 стадия – выпадение внутренних геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал (с/без кровотечения);

3 стадия – выпадение внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал (с кровотечением либо нет);

4 стадия – постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов и невозможность их вправления в анальный канал (с кровотечением либо без) [5].

В клинической практике применяются консервативные и хирургические, включая миниинвазивные, методы лечения геморроя [1,79].

Фармакотерапия применяется при остром геморрое, хроническом геморрое на ранних стадиях, в периоперационном периоде для уменьшения болевого синдрома, профилактики осложнений и предупреждения рецидива заболевания, уменьшения сроков реабилитации [6].

За последние годы накоплен большой опыт консервативного лечения геморроя, создано большое количество лекарственных средств. При этом особый интерес вызывают сведения о том, что именно используют хирурги на практике в лечении данной патологии. Одним из путей получения этой информации является анкетирование с последующим анализом результатов.

Несмотря на то, что сведения, отраженные в данной статье, являются предварительными, можно сделать первые выводы об имеющихся тенденциях в тактике ведения пациентов, страдающих хроническим геморроем, наблюдающихся у хирургов широкого профиля.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выяснить предпочтения врачей-хирургов при консервативном лечении хронического геморроя.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Одновременно с изучением подходов к консервативному лечению острого геморроя среди хирургов широкого профиля в 2017-2018 гг., результаты которо-

го представлены в журнале «Колопроктология», 2018, №4 (66), было проведено анонимное анкетирование этих же врачей по выбору методов терапии хронического геморроя. В итоге были отобраны 102 анкеты из 8 регионов России. Вопросы, включенные в анкету, были следующими:

- 1) Какие компоненты местных средств (свечи, гели, мази) лечения хронического геморроя Вы считаете самыми необходимыми? Укажите не более 3 пунктов:
 - a. Анестетик
 - b. Антибиотик
 - c. Антикоагулянт
 - d. Антисептик
 - e. Гемостатическое средство
 - f. Гормональное противовоспалительное средство (ПВС)
 - g. Нестероидное противовоспалительное средство (ПВС)
 - h. Противоаллергическое средство
 - i. Ранозаживляющее средство
 - j. Свой вариант.
- 2) Какую форму местного средства для лечения геморроя Вы считаете наилучшей? Выберите 1 пункт:
 - a. Свеча
 - b. Крем/мазь/гель
 - c. Комбинация свечи и крема/мази/геля.
- 3) Напишите торговое наименование местного средства, которое Вы рекомендуете при хроническом геморрое. Напишите не более 3-х средств.
- 4) Какой компонент системного лечения хронического геморроя Вы считаете самым необходимым? Укажите не более 3 пунктов:
 - a. Анальгетики
 - b. Антикоагулянты
 - c. Антиагреганты
 - d. Венотоники
 - e. Диета
 - f. Противовоспалительные средства
 - g. Свой вариант.
- 5) Если Вы рекомендуете системный венотоник при хроническом геморрое, то какой? Напишите не более 3-х торговых наименований в порядке значимости (1 – наиболее значимый, 3 – наименее значимый).
- 6) Оцените в процентах вклад местной терапии в успех лечения геморроя в амбулаторной практике.
- 7) На какой период времени Вы назначаете венотоники при хроническом геморрое?
- 8) Оцените в процентах вклад системной терапии в успех лечения геморроя в амбулаторной практике. Полученные результаты подвергались обработке с применением методов описательной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди 102 опрошенных хирургов распределение по регионам России было следующим: Смоленская область – 67 (65,69%) человек, Брянская область – 17 (16,67%) человек, Московская область – 10 (9,8%) человек, Калининградская область – 2 (1,96%) человека, Калужская область – 2 (1,96%) человека, Псковская область – 2 (1,96%) человека, Ленинградская область – 1 (0,98%) человек, республика Бурятия – 1 (0,98%) человек.

Результаты ответов на вопросы 1-5 представлены на рисунках 1-5, соответственно.

Согласно полученным данным, вклад местной терапии в положительный исход лечения геморроя ($M \pm m$) составляет $58,3 \pm 1,8\%$.

По результатам анкетирования флеботоники назначались при хроническом геморрое на $48 \pm 3,4$ дня (от 6-7 дней до 6 месяцев). Респонденты, в среднем, оценили вклад системной терапии в успех лечения геморроя на уровне $52,3 \pm 1,8\%$.

ОБСУЖДЕНИЕ

Консервативное лечение геморроя ставит перед собой ряд задач:

- купирование симптомов острого геморроя;
- предотвращение осложнений;
- профилактика обострений при хроническом течении;
- подготовка пациента к операции;
- послеоперационная реабилитация [5].

Ответы на вопрос 1 – о необходимости тех или иных компонентов местных средств лечения хронического геморроя – выявили следующее: большинство опрошенных (49%) считают нужным включить в состав нестероидное противовоспалительное средство; 40,2% респондентов считают необходимым локальное применение антикоагулянтов; в 35,3% случаев необходимым компонентом является анестетик; 32,4% опрошенных отмечают необходимость включения ранозаживляющих средств. В 20,6% анкет врачи-хирурги считают антисептики необходимой составной частью местного препарата, тогда как гормональные противовоспалительные средства – в 15,7%. Значительно меньшее число анкетированных в качестве средств местной терапии хронического геморроя указали гемостатики, антибиотики, противоаллергические средства и прочие компоненты локальной терапии.

Применение антимикробных препаратов при геморрое остается предметом дискуссии. В частности, при-

менение метронидазола, как местного, так и системное, после геморроидэктомии уменьшает выраженность послеоперационной боли без увеличения частоты осложнений и приводит к более раннему возвращению к обычной повседневной активности. Однако полученных данных недостаточно для рутинного использования данного препарата в послеоперационном периоде, что требует проведения дальнейших исследований [14].

При консервативном лечении геморроя могут применяться свечи, мази, а также их комбинации. Использование обычных свечей может быть сопряжено с некоторыми сложностями, что создает определенные требования к форме свечей и технике их введения в анальный канал. Введение мази может не обеспечить равномерности ее распределения в очаге патологии [2]. Более выгодным выглядит применение комбинированных форм препаратов для местного воздействия на геморроидальные узлы. С этими доводами при ответах на вопрос 2 согласилось большинство респондентов (68,6%), которые в качестве наилучшей формы местного лечения геморроя указали комбинацию свечи и крема/мази или геля.

Обсуждение ответов на вопросы 3 и 5 представляется сложным без употребления торговых названий лекарственных препаратов, особенно в случаях использования многокомпонентных средств. Представление международного непатентованного названия в некоторых случаях является нерациональным, так как вра-

Какие компоненты местных средств (свечи, гели, мази) лечения хронического геморроя Вы считаете самыми необходимыми (доля респондентов)?



Рис. 1. Результаты ответов на вопрос 1.

Какую форму местного средства для лечения геморроя Вы считаете наилучшей (доля респондентов)?

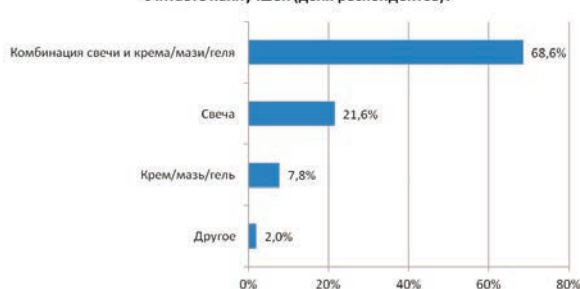


Рис. 2. Результаты ответов на вопрос 2.

чам оно может быть незнакомым. Полное название местных лекарственных средств, включающее состав наполнителя, могло бы внести путаницу в анкетирование. Представленные торговые наименования препаратов отражают цели нашей работы.

Специалисты указали свыше 30 лекарственных средств для местного лечения хронического геморроя. Наиболее часто назначались различные формы препарата «Релиф» (22,3%). Остальные препараты назначались значительно реже. Анализируя ответы, можно сделать вывод, что хирурги в большинстве случаев обоснованно выбирают эффективные лекарственные средства, которые воздействуют на звенья патогенеза, а также уменьшают или купируют симптоматические явления. В 8,9% случаев назначались препараты на основе растительного сырья, 1% респондентов местно применяли раствор перманганата калия. Большое число местных средств разных фармакологических групп и с различными механизмами действия для лечения хронического геморроя, представленных в анкетах, говорит о существовании многих вариантов консервативного лечения данной патологии, что не всегда является положительным моментом в тактике ведения пациентов. В нескольких случаях (1,5%) в качестве топических препаратов указаны хорошо знакомые специалистам мази на полиэтиленгликолевой основе, содержащие анти-

биотик хлорамфеникол («Левомеколь», «Левосин»). Данные лекарственные средства показаны для местного лечения инфицированных ран, благодаря своему антисептическому, антибактериальному и другим эффектам, но не для консервативной терапии геморроя. Подобные местные препараты, а также сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия или ромашки могут применяться после хирургического лечения в послеоперационном периоде [4]. Также в 14,7% встречаются упоминания системных венотоников в качестве локальных препаратов.

При ответах на вопрос 4 – о необходимости тех или иных компонентов системного лечения хронического геморроя – подавляющее большинство специалистов (85,3%) выбрали венотоники. В качестве компонентов системной терапии данной патологии были указаны диетотерапия (70,6%), противовоспалительные средства (34,3%), антиагреганты (27,5%), антикоагулянты (12,7%), анальгетики (12,7%), и прочие составляющие.

Из системных венотоников, применяемых при хрони-

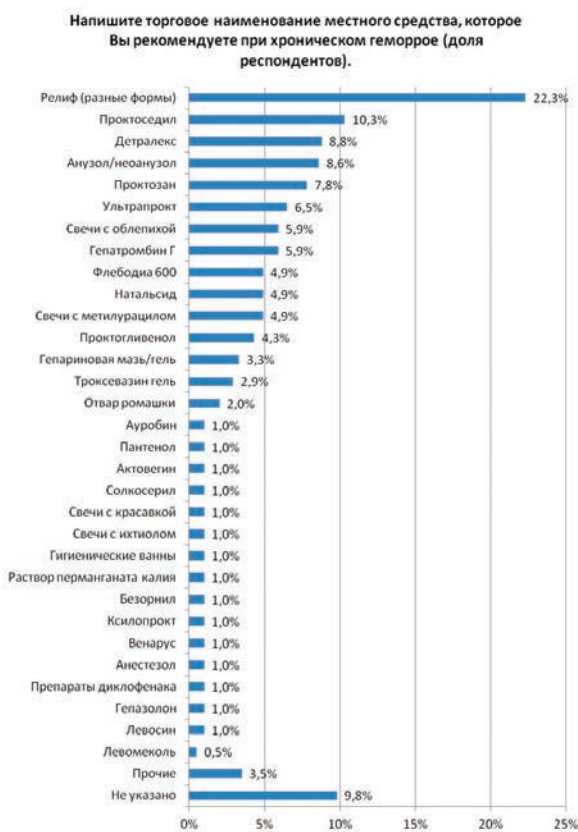


Рис. 3. Результаты ответов на вопрос 3

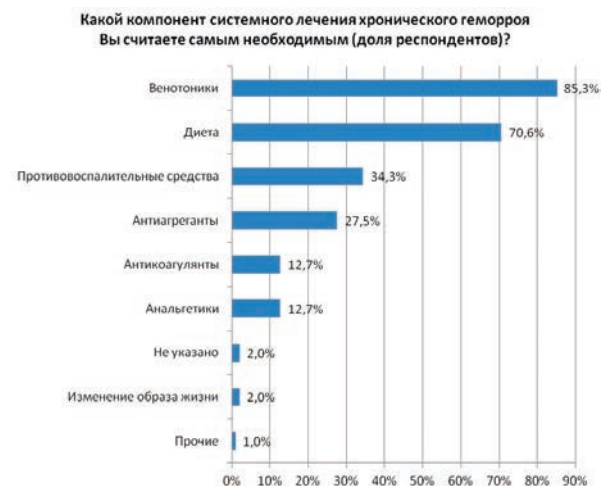


Рис. 4. Результаты ответов на вопрос 4



Рис. 5. Результаты ответов на вопрос 5

ческом геморрое и поставленных респондентами на первое место, наиболее часто назначался препарат «Детралекс» (67,6%), значительно реже – «Флебодиа 600» (11,8%), «Венарус» (3,9%) и прочие препараты. При этом 4,9% опрошенных не назначали системное лечение при данной патологии. Всего же было упомянуто 16 препаратов. Среди них также оказались антиагреганты, средства, улучшающие микроциркуляцию, растительные препараты. В качестве системного венотоника также был указан местный препарат «Гепатромбин Г».

Выбор большинством хирургов препарата «Детралекс» в качестве флеботоника является результатом хорошей информированности специалистов о данном лекарственном средстве, включая результаты клинических исследований, а также собственных клинических наблюдений при лечении пациентов, страдающих геморроем.

«Детралекс» содержит микронизированную очищенную флавоноидную фракцию, благодаря чему эффективно воздействует на патологический процесс. В результате редуцируется венозный стаз за счет повышения тонуса вен, улучшается лимфатический отток, снижаются потери макромолекул и адгезия лейкоцитов, что ведет к уменьшению локального воспалительного ответа и, как следствие, клинической симптоматики геморроя, включая боль и кровотечение [13]. Данные Кохрейновского обзора (2012) свидетельствуют о том, что существует потенциальная польза применения флеботоников при консервативном лечении геморроя. Использование венотоников в послеоперационном периоде после проведения геморроидэктомии уменьшает риск возникновения кровотечения и улучшает общее состояние пациентов [12].

Консервативная терапия геморроя является неотъемлемой частью комплексного лечения данной патологии. Для достижения положительного результата фармакотерапии необходимо сочетание местных и системных препаратов. Значительную роль в общем лечении геморроя играют венотоники. Среди флеботоников доказанным эффектом обладают препараты, содержащие микронизированную очищенную флавоноидную фракцию («Детралекс»), которые могут применяться в качестве компонента комплексной консервативной терапии хронического геморроя на ранних стадиях развития патологического процесса и в периоперационном периоде, дополняя хирургические, включая малоинвазивные, вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное анкетирование показало, что в качестве препаратов для местной терапии хронического гемор-

роя специалистами используются свыше 30 лекарственных средств. Среди местных лекарственных препаратов преобладают комбинированные формы, оказывающие местное обезболивающее, противовоспалительное, антикоагулянтное либо гемостатическое действия. Ряд лекарственных средств, по всей видимости, применяется «традиционно». Некоторые же препараты назначаются «off-label», в частности, свечи с ихтиолом, местные средства с диклофенаком, препараты «Левомеколь», «Левосин». Вопрос о назначении антибиотиков является дискуссионным и требует дальнейших исследований с последующим всесторонним анализом.

Из системных препаратов, назначаемых при хроническом геморрое, большинство хирургов сделали выбор в пользу флеботоников. Согласно клиническим рекомендациям по колопроктологии (2019), венотоники входят в состав комплексного лечения пациентов, страдающих геморроем [5].

Флеботоники при хроническом геморрое назначают подавляющее большинство опрошенных хирургов широкого профиля, причем среди рекомендуемых препаратов свыше 80% составляют лекарственные средства на основе флавоноидов. Среди препаратов данной группы лидирующее положение с большим отрывом занимает «Детралекс». Выбор большинства специалистов в пользу препарата «Детралекс» обусловлен хорошей информированностью хирургов об эффективности и безопасности данного лекарственного средства и результатами собственных клинических наблюдений в процессе лечения пациентов. Результаты проведенного анкетирования показали, что для лечения хронического геморроя большинство врачей-хирургов применяют современные и эффективные препараты. Имеется большой разброс значений при выборе сроков приема системных венотоников – от 6-7 дней до 6 месяцев.

Как и при анализе результатов анкетирования хирургов по подходам к лечению острого геморроя, настоящее исследование также выявило относительный дефицит знаний у специалистов в вопросах эффективности и безопасности различных местных и системных препаратов, показаний к их назначению и продолжительности терапии хронического геморроя. Устранению данного пробела может помочь повышение информированности хирургов на различных профессиональных образовательных мероприятиях, в процессе самообразования, на научных конгрессах, конференциях.

Статья написана при поддержке компании «Сервье». На результаты исследования данная поддержка не повлияла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Литтерра. 2010; 206 с.
2. Чарышкин А.Л., Исаев А.А., Глущенко Л.В. Оценка результатов консервативного лечения острого геморроя. *Колопроктология*. 2013; №3 (45), с. 26-29.
3. Чердаков А.В. Выбор тактики лечения острого геморроя. *Колопроктология*. 2014; №S3, с. 43.
4. Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Абрицова М.В. Модифицированная классификация внутреннего геморроя. *Колопроктология*. 2015; №2 (52), с. 4-10.
5. Шельгин Ю.А., Фролов А.С., Титов А.Ю. и соавт. Клинические рекомендации ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению геморроя. *Колопроктология*. 2019. № 1 (67), с. 7-38.
6. Шельгин Ю.А. Справочник по колопроктологии. Под ред. Ю.А. Шельгина, Л.А. Благодарного. М.: Литтерра. 2014; 606 с.
7. Bellio G, Pasquali A, Schiano di Visconte M. Stapled Hemorrhoidopexy: Results at 10-Year Follow-up. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(4):491-498.
8. Brown SR. Haemorrhoids: an update on management. *Ther Adv Chronic Dis*. 2017;8(10):141-147.
9. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(3):284-292.
10. Leung ALH, Cheung TPP, Tung K et al. A prospective randomized controlled trial evaluating the short-term outcomes of transanal hemorrhoidal dearterialization versus tissue-selecting technique. *Tech Coloproctol*. 2017;21(9):737-743.
11. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. *World J Gastroenterol*. 2015;21(31):9245-9252.
12. Perera N, Liolitsa D, Iype S et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; Issue 8, Art. No.:CD004322, 60 p.
13. Shelygin YuA, Krivokapic Z, Frolov SA et al. Clinical acceptability study of micronized purified flavonoid fraction 1000 mg tablets versus 500 mg tablets in patients suffering acute hemorrhoidal disease. *Curr Med Res Opin*. 2016;32(11):1821-1826.
14. Xia W, Manning JPR, Barazanchi AWH. Metronidazole following excisional haemorrhoidectomy: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg*. 2018;88(5):408-414.

REFERENCES

1. Vorobiev GI, Shelygin Yu A, Blagodarny LA. Hemorrhoids. Moscow: Literra, 2010, 206 p. (in Russ.)
2. Charyshkin AL, Isaev AA, Glushchenko LV. Results of conservative treatment for thrombosed hemorrhoids. *Koloproktologia*. 2013; no. 3 (45), pp. 26-29. (in Russ.)
3. Cherdakov AV. The choice of tactics for the treatment of acute hemorrhoids. *Koloproktologia*. 2014; no. S3, pp. 43. (in Russ.)
4. Shelygin Yu A, Titov A Yu, Abritsova MV. Modified classification of haemorrhoids. *Koloproktologia*. 2015; no. 2 (52), pp. 4-10. (in Russ.)
5. Shelygin YuA, Frolov AS, Titov AYU et al. The Russian Association of Coloproctology clinical guidelines for the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Koloproktologia*. 2019. no. 1 (67), pp. 7-38.
6. Shelygin Yu A, Blagodarny LA. Spravochnik po koloproktologii. Moscow: Literra, 2014; 606 p. (in Russ.)
7. Bellio G, Pasquali A, Schiano di Visconte M. Stapled Hemorrhoidopexy: Results at 10-Year Follow-up. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(4):491-498.
8. Brown SR. Haemorrhoids: an update on management. *Ther Adv Chronic Dis*. 2017;8(10):141-147.
9. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(3):284-292.
10. Leung ALH, Cheung TPP, Tung K et al. A prospective randomized controlled trial evaluating the short-term outcomes of transanal hemorrhoidal dearterialization versus tissue-selecting technique. *Tech Coloproctol*. 2017;21(9):737-743.
11. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. *World J Gastroenterol*. 2015;21(31):9245-9252.
12. Perera N, Liolitsa D, Iype S et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; Issue 8, Art. No.:CD004322, 60 p.
13. Shelygin YuA, Krivokapic Z, Frolov SA et al. Clinical acceptability study of micronized purified flavonoid fraction 1000 mg tablets versus 500 mg tablets in patients suffering acute hemorrhoidal disease. *Curr Med Res Opin*. 2016;32(11):1821-1826.
14. Xia W, Manning JPR, Barazanchi AWH. Metronidazole following excisional haemorrhoidectomy: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg*. 2018;88(5):408-414.