

РОЛЬ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

Иванов В.В., Лебедев И.С., Благодарный Л.А.

ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ, г. Москва, Россия

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования, г. Москва, Россия

Терапия боли в раннем послеоперационном периоде – это актуальная междисциплинарная проблема во всех хирургических специальностях. Боль в первые сутки после операции является ключевой жалобой пациентов, перенесших геморроидэктомию. Классическим подходом к обезболиванию данной категории пациентов является последовательное использование таких методов, как системная анальгезия с применением НПВП и агонистов опиоидных рецепторов. В настоящее время исследуются альтернативные подходы к обезболиванию данной категории пациентов. Одним из самых перспективных являются комбинированные суппозитории Релиф Про (флуокортолон + лидокаин). Применение Релифа Про в послеоперационном периоде позволяет снизить болевой синдром в 2 раза уже в первый день применения и избежать дополнительного назначения сильных опиоидных анальгетиков.

[Ключевые слова: геморроидэктомию, послеоперационное обезбоживание, флуокортолон, лидокаин]

.....
Для цитирования: Иванов В.В., Лебедев И.С., Благодарный Л.А. Роль местной терапии болевого синдрома у пациентов после геморроидэктомии. Колопроктология. 2019; т. 19, № 4(70), с. 110-115.
.....

ROLE OF TOPICAL TREATMENT OF PAIN SYNDROME IN PATIENTS AFTER HEMORRHOIDECTOMY

Ivanov V.V., Lebedev I.S., Blagodarny L.A.

State Scientific Centre of Coloproctology of the Ministry of Healthcare of Russia, Moscow, Russia

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russia

AIM: to estimate efficacy of local use of fluocortolone pivalate combined with lidocaine for postoperative pain after excisional hemorrhoidectomy. PATIENTS AND METHODS: two-hundred patients were included in retrospective study. All patients underwent excisional hemorrhoidectomy. Patients were divided in two groups, each group included 100 patients comparable in demographics, hemorrhoids stage. Traditional postoperative systemic pain relief was used in both groups and included NSAIDs and opioid receptor antagonists. The main group included patients with postoperative additional local use of fluocortolone pivalate in combination with lidocaine in operative theatre, every day after during postoperative control examination and after each defecation up to 7 days after surgery. The pain intensity was estimated using visual analog scale (VAS).

RESULTS: on the 1st day after surgery pain was less intensive in the main group (1.57 vs 3.24; $p<0,05$), as well as on the 3d day (0,91 vs 2.48; $p<0,05$) and on 7th day (0.63 vs 1.12; $p<0,05$).

CONCLUSION: local use of fluocortolone pivalate combined with lidocaine reduces postoperative pain twice.

[Key words: hemorrhoidectomy, post operation pain management, fluocortolone, lidocaine]

.....
For citation: Ivanov V.V., Lebedev I.S., Blagodarny L.A. Role of topical treatment of pain syndrome in patients after hemorrhoidectomy. Koloproktologia. 2019; v. 19, no. 4(69), pp. 110-115.
.....

Адрес для переписки: Иванов Владимир Васильевич, ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ; тел. 89175589696; e-mail: prozektura@mail.ru

Терапия боли в раннем послеоперационном периоде – это актуальная междисциплинарная проблема во всех хирургических специальностях [1,2,3]. Традиционно обезбоживание при лечении геморроя складывается из двух больших этапов. Первый – это самостоятельная консервативная терапия, применяемая, в основном, при остром геморрое. Второй – это лечение послеоперационного болевого синдрома, выполняемое как после малоинвазивного лечения геморроя, так и после геморроидэктомии. По

мнению многих авторов, именно комбинированное консервативное лечение болевого синдрома после геморроидэктомии с включением в него системной терапии (флеботонические препараты, обезболивающие средства – в виде нестероидных противовоспалительных препаратов – НПВП), и местного лечения, как в пред- так и в послеоперационном периоде обладает наибольшей эффективностью [1,4-7].

До настоящего времени в России классическая геморроидэктомию по Миллиган-Моргану остается

ведущим методом лечения поздних стадий (3-4) геморроя и производится у 75-79% пациентов [4,5,8]. В других странах частота применения геморроидэктомии составляет 20-27% от нуждающихся в инвазивном лечении. Остальным пациентам выполняются такие малоинвазивные методики, как склерозирующее лечение, лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами и дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией [1,4,5,7,9]. В настоящее время ведется активная разработка комбинированных малоинвазивных вмешательств поздних стадий геморроя, выполняемых в амбулаторных условиях.

Требования к хирургическому, как и любому другому виду лечения геморроя, достаточно высоки. Это радикальность и эффективность хирургического вмешательства с уменьшением длительности послеоперационной реабилитации. Поскольку боль в первые сутки после геморроидэктомии является ключевой жалобой пациентов, в послеоперационном периоде важнейшей задачей становится уменьшение интенсивности и длительности болевого синдрома.

Как и всякое хирургическое вмешательство, геморроидэктомия имеет свои преимущества и недостатки. Преимущества – это высокий радикализм вмешательства, удобство выполнения операции, особенно при наличии высокотехнологичного оборудования. Недостатками традиционной геморроидэктомии являются: прежде всего, болевой синдром в 34-41% случаев и связанные с ним дизурические расстройства, отмеченные у 15-24% пациентов. Гораздо реже зарегистрированы послеоперационные кровотечения – у 2-3%. В отдаленном периоде в 2-3% случаев отмечены такие осложнения, как стриктура анального канала и недостаточность анального сфинктера. К тому же длительность реабилитации после классической геморроидэктомии колеблется от 34 до 58 дней [3,5,7,9].

Выраженный послеоперационный болевой синдром, наиболее частое осложнение геморроидэктомии, скорее всего, обусловлен повреждением нервных окончаний анального канала и анодермы во время операции [10]. Для его уменьшения некоторые авторы рекомендуют заканчивать вмешательство периаанальной анестезией, например, 0,2% 20-30 мл ропивакаина. Также в этой ситуации могут применяться спинальная анестезия в течение 3-5 дней или блокада срамного нерва.

Классическим подходом к обезболиванию данной категории пациентов является последовательное использование таких методов, как системная анальгезия с назначением НПВП и агонистов опиоидных рецепторов. Альтернативой подобного обезбоживания является применение после геморроидэктомии таких местных препаратов, как Релиф Адванс с бензо-

каином и Релиф Про. Релиф Про, помимо лидокаина, содержит флуокортолона пивалат, стероидный гормон, ведущий к уменьшению числа воспалительных осложнений [6].

Официальная комбинация флуокортолона пивалата и лидокаина доступна к применению в двух формах: в виде крема и ректальных свечей. Данная лекарственная комбинация была нами включена в анальгетическую терапию пациентам, перенесшим оперативное вмешательство на прямой кишке с целью оценки эффективности и безопасности ее применения в послеоперационном периоде у больных, страдающих геморроем.

ПАЦИЕНТЫ МЕТОДЫ

Исследование проведено в хирургическом отделении больницы с 2017 по 2018 гг. В исследование мы включили пациентов, преимущественно, с 3 и 4 стадиями хронического геморроя, которые перенесли радикальное хирургическое лечение по методике Миллигана-Моргана. Исследование носило ретроспективный рандомизированный характер и включало 200 пациентов, разделенных на 2 равные группы. Группы пациентов были сопоставимы по половозрастной структуре и характеру основного заболевания (Рис. 1-3).

В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась базисная трехступенчатая анальгетическая терапия, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения России [11]. 1-я ступень купирования болевого синдрома включала пероральное применение анальгетиков и НПВП (парацетамола и кеторолака), такая терапия назначалась всем пациентам. При недостаточной эффективности препаратов первой линии больному назначались препараты 2-й ступени – слабые агонисты опиоидных рецепторов (трамадол), в случае дальнейшего сохранения выраженного болевого синдрома переходили на 3-ю ступень терапии сильными агонистами опиоидных рецепторов (тримеперидин).

В основную группу было включено 100 пациентов. Критерием определения в данную группу послужило назначение в качестве дополнительного обезболивающего метода свечей, содержащих флуокортолона пивалат и лидокаин (Релиф Про). Согласно принятой в клинике методике, суппозитории вводились в анальный канал сразу после операции, во время перевязки, в т.ч. и с пальцевым исследованием, а также после каждой дефекации в дополнение к классической схеме анальгетической терапии.

В группу сравнения было включено 100 пациентов. В данной группе с целью обезболивания приме-

нялась только классическая трёхступенчатая схема анальгетической терапии.

Интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) на 1, 3 и 7 сутки послеоперационного периода. Также проводился анализ частоты применения различных видов анальгетической терапии, скорость послеоперационного восстановления и частота развития нежелательных явлений. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием прикладных компьютерных программ Microsoft Excel 2007, Statistica 2006 и включала подсчет средних арифметических величин (M) и стандартных ошибок средних арифметических (m), стандартного отклонения (σ). В работе использовались методы параметрической статистики (t – критерий Стьюдента). В общем виде статистически достоверными признавались различия, при которых уровень достоверности (p) составлял более 95,0% ($p < 0,05$), либо более 99,0% ($p < 0,01$), в остальных случаях различия признавались статистически недостоверными ($p > 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

После извлечения данных 200 пациентов, одна половина которых получала Релиф Про, вторая – только общую обезболивающую терапию, они были проанализированы по своим демографическим характеристикам на предмет сопоставимости. Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 15,1$ (находился в пределах от 18 до 87 лет), в основной группе – $45,8 \pm 15,0$ лет (находился в пределах от 18 до 87 лет), в группе сравнения – $47,2 \pm 15,2$ (находился в пределах от 20 до 80 лет). Из 200 пациентов 47% – мужчины, 53% – женщины, при этом в основной группе мужчины составляли 41% и женщины – 59% от общего числа включенных в группу пациентов, в группе сравнения – 53% и 47%, соответственно, (Рис. 1).

По социальному статусу мы выделили следующие подгруппы пациентов: учащиеся, работающие, неработающие и пенсионеры (Рис. 2). Как видно из графика, большинство пациентов (около половины) в обеих группах являлись активными трудоустроенными людьми, для которых было критически важным оптимизировать срок пребывания в стационаре.

Анализируя диагнозы пациентов, можно отметить значительное преобладание больных с 3 и 4 стадией геморроя (Рис. 3). При выставлении основного диагноза использовали стандартную классификацию МКБ-10 (код K64.0 – Геморрой первой степени; K64.1 – Геморрой второй степени; K64.2 – Геморрой третьей степени; K64.3 – Геморрой четвертой степени). Таким образом, более 90% пациентов из общей

выборки страдали геморроем 3-4 степени, при котором показано радикальное оперативное лечение.

В основную группу были включены данные 100 пациентов, которым в послеоперационном периоде в качестве дополнительного обезболивающего метода применялись свечи, содержащие флуокортолона пивалат и лидокаин. Уровень боли по шкале ВАШ в данной группе составлял на 1-й день после операции $1,57 \pm 0,72$, при исследовании на 3 день он уменьшался на 42% и составлял $0,91 \pm 0,89$. К 7 дню наблюдения уровень боли по ВАШ составил $0,63 \pm 0,32$



Рисунок 1. Распределение пациентов по полу (%)

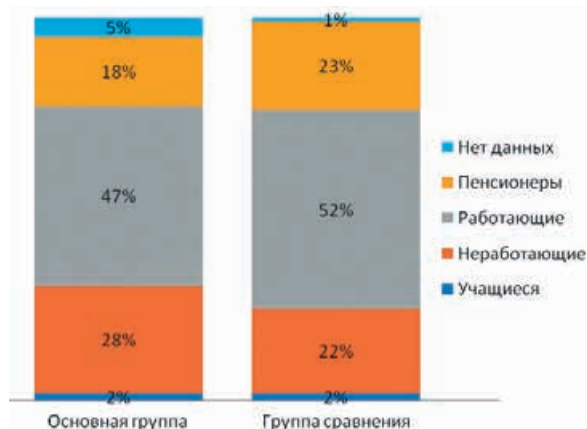


Рисунок 2. Распределение пациентов по социальному статусу (%)



Рисунок 3. Распределение пациентов по основному диагнозу (%)

ретроспективно, что было на 60% меньше исходного уровня ($p<0,05$) (Рис. 4).

В связи с обеспечением адекватного обезболивания при местном использовании комбинации стероида и анестетика анальгетическая терапия 2-ой линии (агонистом опиоидных рецепторов – трамаолом) потребовалась лишь у трех (3%) пациентов в основной группе. Опиоидные анальгетики в данной группе не применялись (Рис. 5).

В группу сравнения были включены данные о лечении 100 пациентов, которым проводилась исключительно классическая трёхступенчатая схема анальгетиче-

ской терапии с использованием НПВП (в основном, кеторолак) после операции. Уровень боли по шкале ВАШ в данной группе составил в 1 день $3,24\pm0,69$, к 3 дню уменьшился только на 24% до $2,48\pm1,13$, а к концу периода наблюдения составлял $1,12\pm0,78$, соответственно ($p<0,05$ по сравнению с исходными данными).

Относительно высокий уровень боли у пациентов группы сравнения привел к значительной частоте перехода на следующие ступени анальгетической терапии. Поэтому у 18 (18%) пациентов применялась терапия слабыми агонистами опиоидных рецепторов,

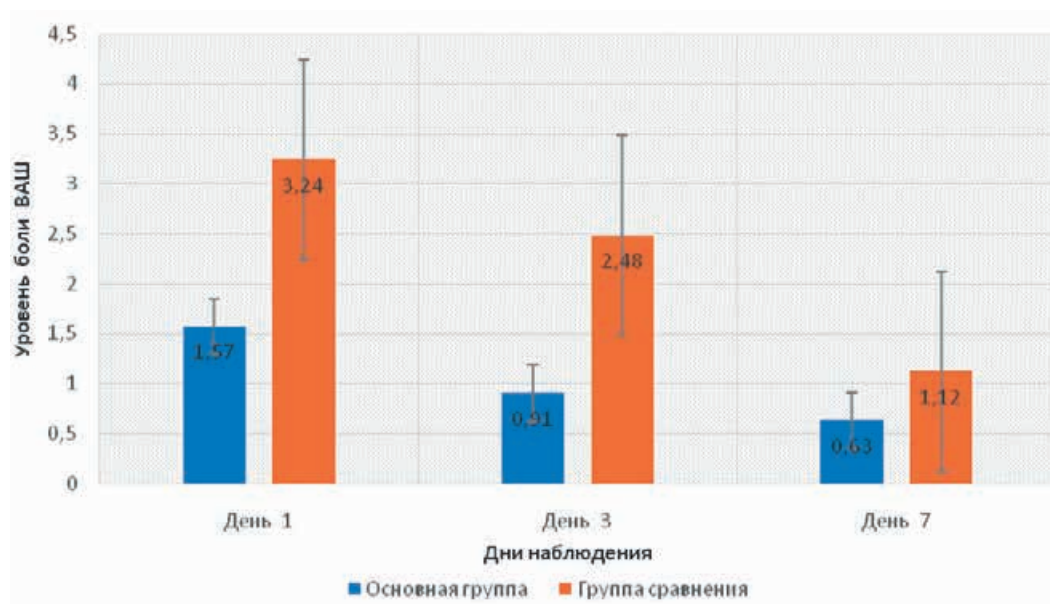


Рисунок 4. Динамика уровня боли по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в послеоперационном периоде (баллы)

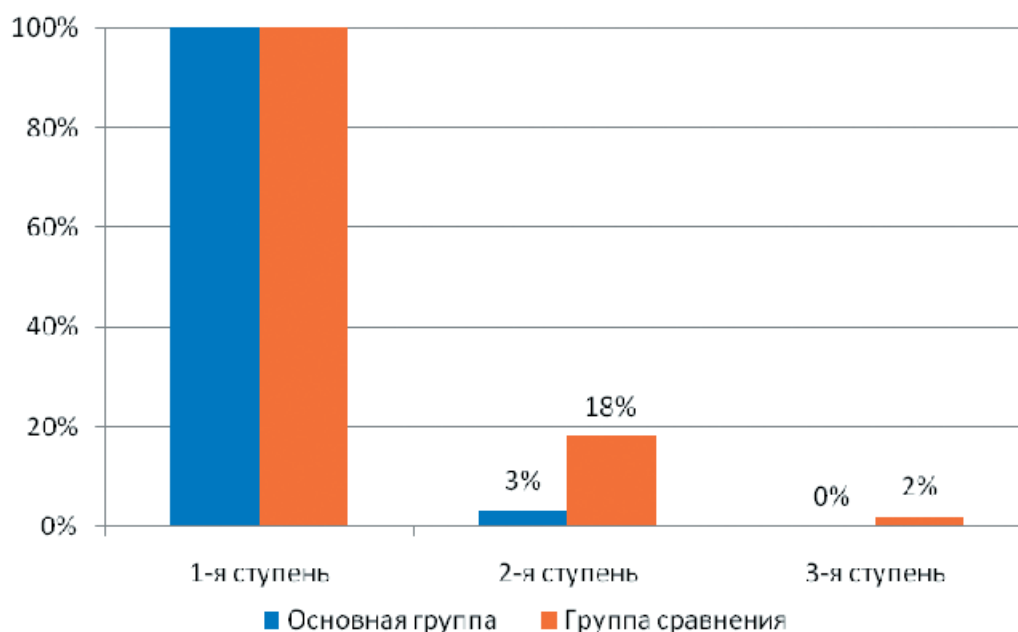


Рисунок 5. Частота использования дополнительных видов обезболивающей терапии 2-3 степени (%)

а в 2 (2%) случаях интенсивность болевого синдрома заставила присоединить к терапии сильные опиоиды. Следует отметить, что более выраженное купирование боли у пациентов основной группы сопровождалось и более ранней активацией больных, ускоренным возвращением к привычному образу жизни и физической подвижности. При анализе среднего срока пребывания в стационаре показатели для основной группы составили $5,67 \pm 0,8$ дней, в то время как для группы сравнения были на 1 день больше – $6,75 \pm 1,21$ дней ($p > 0,05$).

При послеоперационном наблюдении пациентов в обеих группах не было выявлено нежелательных явлений, связанных с приемом препаратов. Случаев кровотечения в раннем послеоперационном периоде также не было зафиксировано.

ОБСУЖДЕНИЕ

Показаниям для медикаментозного лечения геморроя является как острая, так и хроническая форма заболевания. При этом консервативное лечение, как самостоятельный метод, чаще всего используется при остром тромбозе наружных и/или внутренних геморроидальных узлов, хроническом геморрое 1 и 2 стадии. При поздних (3,4) стадиях заболевания медикаментозное лечение применяется в предоперационном периоде, в качестве поддерживающей терапии и в период послеоперационной реабилитации с целью снижения интенсивности болевого синдрома, риска воспалительных осложнений периаанальной области, кровоточивости ран и др. [14,6,7].

Лечение как острого, так и хронического геморроя складывается из применения препаратов как системного, так и местного действия. Прежде всего, это препараты, размягчающие стул, местные и системные обезболивающие препараты (НПВП, реже – наркотические анальгетики), а также средства с противовоспалительным эффектом (ГКС) [1,3-6].

Выбор препарата или группы препаратов после геморроидэктомии во многом обусловлен индивидуальным решением хирурга, однако наиболее эффективным является комбинированное послеоперационное лечение с привлечением системных и местных обезболивающих и противовоспалительных препаратов. Одним из таких препаратов является Релиф Про, содержащий ГКС – флуокортолон и местный анестетик лидокаин. Лидокаин является универсальным местным анестетиком, получившим повсеместное распространение в хирургической практике благодаря сбалансированным свойствам в отношении скорости, длительности и силе анестезирующего эффекта, а также низкому аллергенному потенциалу. Лидокаин не только быстро, в течение нескольких минут блоки-

рует проведение нервных импульсов, но и обладает собственными противовоспалительными свойствами [12]. Это позволяет облегчить состояние пациента буквально сразу, после первого применения препарата, а также дает время для развития эффекта стероидного компонента. В клинических условиях применение комбинации лидокаина и флуокортолона позволило достичь двукратного снижения боли уже в 1-й день по сравнению с группой без дополнительного лечения ($p < 0,05$). Разница в интенсивности болевого синдрома сохранялась на всем протяжении выборки данных и достигала максимума на 3 день (в 2,7 раз), к 7-му дню составляла 1,8 (Рис. 4).

Известно, что ГКС реализуют свое действие путем связывания с внутриклеточными рецепторами, благодаря чему активно подавляют все стадии воспаления, а также оказывают опосредованное действие на сужение мелких сосудов [13]. Это позволяет поддерживать первоначальный положительный эффект лидокаина и подавить воспаление на продолжительное время. Устранение отека и блокирование выработки медиаторов воспаления на локальном уровне приводит к уменьшению раздражения периферических нервных волокон, что позволяет в полной мере развиваться эффекту местных анестетиков [3,14]. Поэтому применение фиксированной комбинации является крайне важным для послеоперационного ведения пациентов, поскольку позволяет подавить боль, практически не применяя опиодные анальгетики. В основной группе доля пациентов, получавших трамадол, была в 6 раз меньше группы сравнения (3% против 18%), и ни в одном случае не проводилось назначения сильных наркотических анальгетиков (Рис. 5).

Настоящее исследование в полной мере подтверждает тенденцию к омоложению геморроя и высокой распространенности тяжелых стадий заболевания у лиц активного, трудоспособного возраста. Адекватное послеоперационное ведение таких пациентов требует их скорейшего обезболивания и возвращения к активной деятельности. В этой связи представляется очень важной тенденция к сокращению сроков пребывания в стационаре на 1,08 дней, показанная на фоне применения суппозитория Релиф Про.

ВЫВОДЫ

1. Комбинация флуокортолона с лидокаином является эффективным обезболивающим средством для терапии пациентов, перенесших геморроидэктомию, и позволяет уменьшить интенсивность болевого синдрома в 2 раза уже в первый день применения ($p < 0,05$).
2. Применение комбинированных суппозитория Релиф Про.

с флуокортолоном и лидокаином в сочетании с классической системной терапией обеспечивает адекватное обезболивание на протяжении всего послеоперационного периода, что позволяет снизить частоту применения слабых опиоидных анальгетиков в 6 раз и избежать назначения сильных опиатов.

3. Релиф Про благодаря комбинированному эффекту активно подавляет боль и воспаление, что позволяет раньше активизировать пациентов и повысить

их качество жизни. Это подтверждает тенденция к сокращению сроков пребывания в стационаре (в среднем, на 1 день) в группе пациентов, принимавших данный препарат.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Титов А.Ю. и соавт. Клинические рекомендации ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению геморроя. *Колопроктология*. 2019;18(1(67)):7-38. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2019-18-1-7-38>.
2. Родин А.В., Даниленков Н.В., Агафонов О.И., Привольнев В.В. Консервативное лечение хронического геморроя. результаты анкетирования хирургов России. *Колопроктология*. 2019;18(2(68)):69-74. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2019-18-2-69-74>.
3. Титов А.Ю., Нехрикова С.В., Веселов А.В. Медикаментозная терапия в лечении послеоперационных ран промежности и анального канала. *Колопроктология*. 2018;(1):7-12. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-1-7-12>.
4. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М.: Литтера, 2012; с. 64-89.
5. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Литтера, 2010; с. 38-40, 114-116, 137-138, 154-183.
6. Abramowitz L, Weyandt G, Havlickova B. The diagnosis and management of haemorrhoidal disease from a global perspective. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010; 31(1): 1-58.
7. Marvin L. Corman. Colon and Rectal Surgery. *Lippincott*. 2005;

p. 177-255.

8. Генри М., Свosh М. Колопроктология и тазовое дно. М.: Медицина, 1988; с. 232-255.
9. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48:189-194.
10. Joshi GP, Neugebauer EA, PROSPECT Collaboration. Evidencebased management of pain after haemorrhoidectomy surgery. *Br J Surg*. 2010; Aug;97(8):1155-68.
11. Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи». М., 2016; 60 с.
12. Caracas HC, Maciel JV, Martins PM, de Souza MM, et al. The use of lidocaine as an anti-inflammatory substance: a systematic review. *J Dent*. 2009 Feb;37(2):93-7.
13. Yang S, Zhang L Glucocorticoids and vascular reactivity. *Curr Vasc Pharmacol*. 2004 Jan; 2(1):1-12.
14. Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламджиян А.Л. Роль флеботропных препаратов в комплексном лечении острого геморроя. *Колопроктология*. 2018;(2):48-53. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-48-53>.

REFERENCES

1. Shelygin Y.A., Frolov S.A., Titov A.Y., et al. The Russian association of coloproctology clinical guidelines for the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Koloproktologia*. 2019;18(1(67)):7-38. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2019-18-1-7-38>.
2. 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;18(2(68)):69-74. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2019-18-2-69-74>.
3. Titov A.Y., Nekhrkova S.V., Veselov A.V. Medicament therapy in the treatment of postoperative wounds perineum and anal canal. *Koloproktologia*. 2018;(1):7-12. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-1-7-12>.
4. Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. Reference of coloproctologist. Moscow: Litera. 2012; pp. 64-89. (in Russ).
5. Vorobiev G.I., Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. Hemorrhoids. Moscow: Litera. 2010; pp. 38-40, 114-116, 137-138, 154-183. (in Russ).
6. Abramowitz L, Weyandt G, Havlickova B. The diagnosis and management of haemorrhoidal disease from a global perspective. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010; 31(1): 1-58.
7. Marvin L. Corman. Colon and Rectal Surgery. *Lippincott*. 2005;

p. 177-255.

8. Henry M., Svosh M. Coloproctology and pelvic floor. Moscow: Medicine. 1988; pp. 232-255. (in Russ).
9. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48:189-194.
10. Joshi GP, Neugebauer EA, PROSPECT Collaboration. Evidencebased management of pain after haemorrhoidectomy surgery. *Br J Surg*. 2010; Aug;97(8):1155-68.
11. Clinical recommendations «Chronic pain syndrome (CHD) in adult patients requiring palliative care». Moscow. 2016; 60 p. (in Russ).
12. Caracas HC, Maciel JV, Martins PM, de Souza MM, et al. The use of lidocaine as an anti-inflammatory substance: a systematic review. *J Dent*. 2009 Feb;37(2):93-7.
13. Yang S, Zhang L Glucocorticoids and vascular reactivity. *Curr Vasc Pharmacol*. 2004 Jan; 2(1):1-12.
14. Belik B.M., Kovalev A.N., Khatlamadzhyan A.L. Administration of phlebotropic drugs during complex treatment of acute hemorrhoids. *Koloproktologia*. 2018;(2):48-53. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-48-53>.