

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОРРОЯ. АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИЛИ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ? РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ «CHORUS»

Загрядский Е.А.¹, Богомазов А.М.², Головкин Е.Б.³

¹ МЦ «ОН КЛИНИК», г. Москва

² МЦ «Южный», г. Москва

³ Клиники «МЕДСИ МСК 12», г. Москва

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить частоту клинических проявлений геморроя и запоров у лиц, обращающихся за консультацией по поводу геморроя. В ходе лечения пациентов с геморроем оценить эффективность флеботропной терапии микронизированной очищенной флавоноидной фракцией (МОФФ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Это многоцентровое исследование, включающее скрининговую и наблюдательные части, являющееся частью Международного исследования «CHORUS» (Chronic venous and hemorrhoid diseases evaluation and scientific research), проведенного в девяти центрах различных регионов Российской Федерации, с участием 80-ти колопроктологов. В группу скрининга вошло 2668 пациентов, у которых исследовалась частота возникновения запоров, как фактор риска развития геморроя. Консервативное лечение, основой которого являлась микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ, Детралекс, Сервье), получили 1952 пациента с I-IV стадией геморроя. Эффективность лечения оценивалась на основании анкетного опроса.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анкетный опрос показывает, что запорами страдали 766 (28,8%) пациентов. Нарушение модели дефекации и изменение характера консистенции стула отмечено у 1155 (43,9%) и 633 (25,5%), соответственно. В то же время, 288 (11,1%) пациентов, указали на склонность к жидкому стулу и диарее. Консервативное лечение, основой которого является флеботропная терапия МОФФ, проводимая пациентам наблюдательной группы, показала свою эффективность при всех стадиях геморроя. За весь наблюдательный период консервативное лечение было эффективно у 1489 (76,3%) пациентов. Хирургическое лечение проведено 463 (23,7%) пациентам I-IV стадией геморроя, основную часть составили пациенты с III стадией – 199 (43,1%) и IV стадией геморроя – 68 (64,2%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Консервативная терапия геморроидальной болезни, основой которой является флеботропная терапия МОФФ, эффективна при всех стадиях геморроя, однако у пациентов с III и IV стадией заболевания требуется хирургическое лечение.

[Ключевые слова: геморроидальная болезнь, анальная боль, кровотечение, запор, МОФФ]

CONSERVATIVE TREATMENT OF HEMORRHOIDS. AN ALTERNATIVE TO SURGICAL METHODS OR COMPONENTS? CHORUS PROGRAM RESULTS

Zagryadskiy E.A.¹, Bogomazov A.M.², Golovko E.B.³

¹ Medical Center «ON-CLINIC», Moscow, Russia

² Medical Center «South», Moscow, Russia

³ Clinic «MEDSI MSK 12», Moscow, Russia

OBJECTIVE. Determine the frequency of clinical manifestations of hemorrhoids and constipation in people seeking advice about hemorrhoids. In the course of the treatment of patients with hemorrhoids phlebotropic evaluate the effectiveness of therapy micronized purified flavonoid fraction (MPFF).

MATERIALS AND METHODS. This multicenter study, including screening and observation part, which is part of the International Research «CHORUS» (Chronic venous and hemorrhoid diseases evaluation and scientific research), conducted in nine centers in different regions of Russia, 80 doctors of Coloproctology. In the screening group included 2668 patients who had investigated the incidence of constipation, as a risk factor for hemorrhoids. Conservative treatment, the foundation of which was, Moffitt therapy, received 1952 patients with stage I-IV hemorrhoids. Evaluating the effectiveness of the treatment was evaluated on the basis of a questionnaire.

RESULTS. The questionnaire shows that constipation suffered – 766 (28,8%) patients. Violation of defecation patterns and changes in stool consistency was observed in 1155 (43,9%) and 633 (25,5%), respectively. At the same time, 288 (11,1%) indicated a tendency to loose stools and diarrhea. Conservative treatment, the foundation of which is phlebotropic MPFF therapy conducted in patients of observational group has shown its efficiency in all grades of hemorrhoids. During the entire observation period of conservative treatment was effective in 1489 (76,3%) patients. Surgical treatment was performed in 463 (23%) patients grade I-IV hemorrhoids, the main part of patients with grade III – 199 (43,1%) and grade IV hemorrhoids – 68 (64,2%).

CONCLUSION. Conservative treatment of hemorrhoid disease, which is the basis on phlebotropic MPFF therapy, is effective at all stages of hemorrhoids, but in patients with grade III and grade IV disease requires surgical treatment.

[Key words: hemorrhoidal disease, anal pain, bleeding, constipation, MPFF]

Адрес для переписки: ООО «ОН КЛИНИК», ул. Большая Молчановка, д. 32, строение 1, Москва, 121069;

e-mail: proctolog52@rambler.ru

ВВЕДЕНИЕ

Геморроидальная болезнь является наиболее распространенным доброкачественным заболеванием аноректальной области, как в Российской Федерации, так и во всем мире. В экономически развитых странах, геморрой встречается у 36% населения, занимая одно из первых мест в структуре проктологических заболеваний [4,6,22]. Преобладает пик заболеваемости у пациентов молодого и трудоспособного возраста, что свидетельствует о существенной социальной и экономической значимости рассматриваемой проблемы. Значительное количество пациентов активного возраста теряет трудоспособность, связанную с обострением заболевания. До сих пор достоверно не установлены факторы риска развития геморроя, и недостаточно изучена связь с другими заболеваниями. Международное исследование «CHORUS» (Chronic venous and hemorrhoid diseases evaluation and scientific research), представляет собой одну из попыток решения некоторых из этих вопросов. Российская часть «CHORUS», является частью международного исследования, в рамках которого происходит сбор информации о популяции пациентов, которые обращаются к врачу с жалобами на симптомы геморроя, а также наблюдение за ходом лечения пациентов с геморроем с использованием флеботонических препаратов.

ЦЕЛЬ

Цель настоящей работы – определить частоту клинических проявлений геморроя и запоров у лиц, обращающихся к врачам по поводу геморроя. В ходе лечения пациентов с геморроем оценить эффективность флеботропной терапии микронизированной очищенной флавоноидной фракцией (МОФФ-Детралекс) у пациентов с геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Это многоцентровое исследование, включающее скрининговую и наблюдательные части, проведенное в девяти центрах различных регионов Российской Федерации 80 врачами колопроктологами. Исследование длилось 5 месяцев (первый пациент был включен в конце октября 2015 г., последний – в марте 2016 г.). Исследование проведено в соответствии с принципами, изложенными в Хельсинской декларации (версия, принятая в Форталезе, Бразилия, в 2013 г.) и одобренными

этическим Комитетом на местном уровне [39]. Все пациенты, включенные в исследования, дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Для оценки влияния запоров на развитие геморроидальной болезни в карты обследования введены объективные признаки, используемые для оценки функциональных запоров (длительность дефекации и консистенции стула, определяемое согласно Бристольской шкале) [5,15,31,38].

В наблюдательную часть Российского исследования вошли пациенты, которые при подтверждении диагноза геморроя получали консервативное лечение, включающее использование МОФФ («Детралекс»). Из 1971 пациента, которых врачи включили в группу наблюдения, перечисленным критериям удовлетворяли 1952 пациента.

Оценка эффективности консервативной терапии

Клинические проявления заболевания оценивались при первичном обращении пациента и фиксировались в индивидуальной карте пациента – визит-0 (В-0). Эффективность консервативного лечения оценивали на контрольных осмотрах через 5-7 дней и 25-30 дней (Визит 1 и 2). Клинические признаки заболевания: увеличение узлов в области заднего прохода, зуд, дискомфорт, кровотечения после дефекации оценивались на основании самооценки пациента (да или нет). Анальная боль оценена с использованием визуальной аналоговой шкалы (VAS) (0 – нет боли, 10 – чрезвычайно болезненное). Выпадение внутренних геморроидальных узлов оценивали на основании ответов пациента и после проведения аноскопии. В протоколе исследования указывали сроки хирургического лечения в тех случаях, когда консервативная терапия не имела эффекта.

Критерии включения

В исследование вошли мужчины и женщины старше 18 лет, предъявляющие жалобы, связанные с геморроем. Из исследования исключены пациенты с сопутствующей тяжелой системной патологией, беременные женщины, пациенты с анальной трещиной, воспалительными заболеваниями толстой кишки и колоректальным раком. Другой причиной исключения была неспособность пациента понять смысл программы исследования и следовать рекомендациям врача. Демографические и клинические данные представлены в (Табл. 1) и (Табл. 2).

Статистический анализ

Статистический анализ проведен с использованием программы SPSS (v. 18.0, Chicago, IL). Цифровые данные, отвечающие нормальному распределению, представлены как среднее со стандартным отклонением. Для сравнения результатов лечения использован тест Wilcoxon для двух зависимых



ПРЕЗИДЕНТ
Ассоциации колопроктологов России
профессор Юрий Анатольевич Шельгин

Общероссийская общественная организация
"Ассоциация колопроктологов России", созданная 3 октября 1991г.
по инициативе врачей-колопроктологов РФ, является уникальной
в своей сфере и одной из старейших общественных медицинских
ассоциаций. На данный момент в Ассоциации состоит более 800
колопроктологов, практически из всех субъектов РФ

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОРГАНИЗАЦИИ

- совершенствование и улучшение лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности;
- профессиональная подготовка, специализация, сертификация и усовершенствование врачей колопроктологов и повышение их профессионального, научного и интеллектуального уровня;
- защита профессиональных и личных интересов врачей-колопроктологов в государственных, общественных и иных организациях в РФ и за рубежом;
- разработка и внедрение новых организационных и лечебно-диагностических технологий и более рациональных форм организации помощи колопроктологическим больным в практику работы региональных колопроктологических центров, отделений и кабинетов;
- издание научно-практического медицинского журнала "Колопроктология", входящего в перечень рецензируемых журналов и изданий ВАК Министерства образования и науки РФ;
- международное сотрудничество с организациями и объединениями колопроктологов и врачей смежных специальностей, участие в организации и работе различных зарубежных конференций;
- организация и проведение Всероссийских Съездов колопроктологов, а также общероссийских межрегиональных и региональных конференций, симпозиумов и семинаров по актуальным проблемам колопроктологии.

<http://akr-online.ru>

Членами Ассоциации могут быть граждане РФ и иностранные граждане, имеющие высшее медицинское образование, прошедшие специализацию по колопроктологии, работающие в области колопроктологии не менее 3-х лет, признающие Устав организации и участвующие в ее деятельности

ПРЕИМУЩЕСТВА ЧЛЕНСТВА В АССОЦИАЦИИ

- более низкие регистрационные взносы на участие в Общероссийских научно-практических мероприятиях;
- бесплатная подписка и рассылка журнала "Колопроктология" (для не имеющих задолженности по уплате членских взносов);
- преимущества при зачислении на цикл повышения квалификации;
- информационная поддержка и юридически-правовая защита членов Ассоциации;
- членам Ассоциации выдается сертификат установленного Правлением образца

ОБУЧЕНИЕ КОЛОПРОКТОЛОГОВ НА БАЗЕ ГНЦК

Профессиональная переподготовка

- Колопроктология
- Эндоскопия

Повышение квалификации

- Колопроктология
- Эндоскопия
- Колоноскопия. Теория и практика выполнения
- Обеспечение анестезиологического пособия колопроктологическим больным
- Лапароскопические технологии в колопроктологии
- Функциональные методы диагностики и лечения болезней толстой кишки
- УЗ-методы диагностики в колопроктологии
- Гастроэнтерология

Заявки на обучение принимаются по адресу:

123423 г.Москва, ул.Саляма Адиля, д.2,
3 этаж, каб.№90 А, руководитель
учебно-методического отделения
Шадина Наталья Евгеньевна

тел.: +7(499)642-54-41, +7(499)199-97-23
e-mail: natalya.shadina@mail.ru, info@gnck.ru



АДРЕС АССОЦИАЦИИ

123423, г.Москва, ул. Саляма Адиля, дом 2

Тел.: 8(499)199-97-23
Факс: 8(499)199-04-09 (для Артамоновой П.Ю.)
E-mail: polinav@mail.ru

Реквизиты для уплаты членских взносов:

ИНН 7734036405; КПП 773401001; БИК 044525411
Р/сч. 40703810300350000028
в Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО) г.Москва
к/сч. 30101810145250000411

Извещение	<i>Форма № ПД-4</i>
	Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»
	(наименование получателя платежа)
	7734036405 40703810300350000028
	(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) г. Москва БИК 044525411
	(наименование банка получателя платежа)
	Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810145250000411
	Членский взнос
	(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)
Кассир	Ф.И.О. плательщика: _____
	Адрес плательщика: _____
	Сумма платежа: 1000 руб. 00 коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____ коп.
	Итого _____ руб. _____ коп. “_____” _____ 201__ г.
	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен.
	Подпись плательщика

Квитанция Кассир	<i>Форма № ПД-4</i>
	Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»
	(наименование получателя платежа)
	7734036405 40703810300350000028
	(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) г. Москва БИК 044525411
	(наименование банка получателя платежа)
	Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810145250000411
	Членский взнос
	(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)
Кассир	Ф.И.О. плательщика: _____
	Адрес плательщика: _____
	Сумма платежа: 1000 руб. 00 коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____ коп.
	Итого _____ руб. _____ коп. “_____” _____ 201__ г.
	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен.
	Подпись плательщика

✂ - линия отреза

Извещение	<i>Форма № ПД-4</i>
	Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»
	(наименование получателя платежа)
	7734036405 40703810300350000028
	(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) г. Москва БИК 044525411
	(наименование банка получателя платежа)
	Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810145250000411
	Членский взнос
	(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)
Кассир	Ф.И.О. плательщика: _____
	Адрес плательщика: _____
	Сумма платежа: 2000 руб. 00 коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____ коп.
	Итого _____ руб. _____ коп. “_____” _____ 201__ г.
	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен.
	Подпись плательщика

Квитанция Кассир	<i>Форма № ПД-4</i>
	Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»
	(наименование получателя платежа)
	7734036405 40703810300350000028
	(ИНН получателя платежа) (номер счета получателя платежа)
	Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) г. Москва БИК 044525411
	(наименование банка получателя платежа)
	Номер кор./сч. банка получателя платежа 30101810145250000411
	Членский взнос
	(наименование платежа) (номер лицевого счета (код) плательщика)
Кассир	Ф.И.О. плательщика: _____
	Адрес плательщика: _____
	Сумма платежа: 2000 руб. 00 коп. Сумма платы за услуги: _____ руб. _____ коп.
	Итого _____ руб. _____ коп. “_____” _____ 201__ г.
	С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка ознакомлен и согласен.
	Подпись плательщика

Таблица 1. Характеристики пациентов, включенных в исследование, по полу, возрасту и стадиям геморроя

Количество пациентов		Группа-Скрининг n=2668	Группа - Наблюдение n=1952
Возраст Mean ±SD		44,0 ± 13,7	44,8 ± 13,2
Min-max		18-92	19-83
Пол n (%)	Мужчины	1230 (46,1)	900 (46,1)
	Женщины	1438 (53,9)	1052 (53,9)
Стадия геморроя, n (%)	I	682 (25,65)	494 (25,3)
	II	1162 (43,65)	890 (45,6)
	III	618 (23,25)	462 (23,7)
	IV	155 (5,85)	106 (5,4)
Стадия не указана		7 (0,35)	
Диагноз геморроя, подтвержденный данными осмотра и обследования – 2624 (98,5)			

Таблица 2. Частота клинических проявлений геморроя в зависимости от стадии геморроя

Клинические признаки	СТАДИИ ГЕМОРРОЯ N=2624			
	I n=682	II n=1162	III n=618	IV n=155
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Выпадение узлов	49 (7,18)	591 (50,86)	523 (84,63)	147 (94,84)
Боль	407 (59,68)	730 (62,82)	386 (62,46)	107 (69,03)
Кровотечение	389 (57,04)	830 (71,43)	487 (78,80)	133 (85,81)
Отечность	341 (50,0)	648 (55,77)	333 (53,88)	86 (55,48)
Зуд	266 (39,0)	515 (44,32)	307 (49,68)	89 (57,42)

Таблица 3. Характер стула у пациентов с геморроем

Запоры и нарушение дефекации	N (%)
Запоры	766 (28,8)
Длительность дефекации от 6 минут более	1155 (43,9)
Консистенция стула (Бристольская шкала)	N (%)
Тип 1-2 (запоры)	633 (25,5)
Тип 3-4 (норма)	1647 (63,4)
Тип 5-7 (жидкий стул/диарея)	288 (11,1)

выборок. Тест считали статистически значимым при $p < 0,005$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анкетный опрос 2668 пациентов показал наличие запоров – 766 (28,8%) пациентов. Нарушение модели дефекации и изменение характера консистенции стула отмечено у 1155 (43,9%) и 633 (25,5%), соответственно. В тоже время 288 (11,1%) пациентов указали на склонность к жидкому стулу и диарее (Табл. 3).

Проведенный кластерный анализ характера стула у пациентов с геморроем выявил два кластера больных, у которых консистенция стула, в соответствии с Бристольской шкалой, характеризуется 1-2 типом и 5-7 типом. Второй кластер соответствует 3-4 типу консистенции стула (нормальная консистенция стула) (Рис. 1).

По мере прогрессирования заболевания у пациентов с геморроем III и IV стадии отмечено удлинение

времени дефекации (Рис. 2).

Это подтверждает гипотезу, что характер стула меняет модель дефекации и характер кровотока в геморроидальном сплетении. Это влияет как на развитие геморроя, так и на обострение заболевания.

Всем пациентам группы наблюдения, проводилась консервативная терапия, основой которой являлась системная флеботропная терапия МОФФ в сочетании с топическими средствами – 1646 (83,5%) случаев, и пищевыми волокнами на основе семян подорожника («Мукофальк», «Фитомуцил-норм»). Прием анальгетиков (НПВП) рекомендован «по требованию». Пациенты использовали МОФФ более 4-х недель в 71,8% (1916) случаев. Характер проводимого лечения указан в таблице 4.

Клинические проявления геморроя до начала консервативного лечения представлены в таблице 5. При сравнении результатов консервативного лечения у пациентов с геморроем во всех стадиях геморроя нами отмечен регресс симптомов заболевания.

Таблица 4. Характер проводимого лечения геморроя

Характер проводимого лечения	n (%)
МОФФ (Детралекс)	1952 (100,0)
Пищевые волокна	1201 (60,93)
Топические средства	1646 (83,5)
Анальгетики (НПВП)	397 (20,14)
Хирургическое лечение	463 (23,7)

Таблица 5. Частота клинических проявлений геморроя до начала консервативного лечения

Клинические проявления	Стадия геморроя			
	I n=494	II n=890	III n=462	IV n=106
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Выпадение узлов	34 (6,9)	467 (52,5)	400 (86,6)	104 (98,1)
Боль	296 (59,9)	572 (64,3)	292 (63,2)	81 (76,4)
Кровотечение	283 (57,3)	640 (71,9)	374 (81,0)	92 (86,8)
Отечность	263 (53,2)	529 (59,4)	259 (56,1)	69 (65,1)

Таблица 6. Клинические проявления геморроя до начала консервативного лечения

Характер лечения	Итого n=1952	I n=494	II n=890	III n=462	IV n=106
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Операция в период (B0-B1)	315 (16,1)	39 (7,9)	101 (11,3)	124 (26,8)	51 (48,1)
Консервативное лечение (B0-B1)	1637 (83,9)	455 (92,1)	789 (88,7)	338 (73,2)	55 (51,9)
Операция в период (B0-B2)	463 (23,7)	42 (8,5)	154 (17,3)	199 (43,1)	68 (64,2)
Консервативное лечение (B0-B2)	1489 (76,3)	452 (91,5)	736 (82,7)	263 (56,9)	38 (35,8)

Таблица 7. Частота рецидива клинических проявлений геморроя в зависимости от стадии заболевания

Частота рецидива клинических проявлений геморроя	N=1952	Стадия геморроя			
		I n=494	II n=890	III n=462	IV n=106
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Нет симптомов	995 (51,0)	234 (47,4)	513 (57,6)	213 (46,1)	35 (33,0)
Редко	635 (32,4)	150 (30,4)	269 (30,2)	169 (36,7)	47 (44,3)
Иногда	253 (13,0)	79 (16,1)	89 (10,1)	69 (14,9)	16 (15,2)
Регулярно	64 (3,3)	29 (5,9)	17 (1,9)	10 (2,2)	8 (7,5)
Все время	1 (0,1)	-	1 (0,1)	-	-
Нет данных	4 (0,2)	2 (0,2)	1 (0,1)	1 (0,1)	-

как на 5-7 день лечения, так на 25-30 день терапии ($p < 0,001$) (Рис. 3.4).

При сравнении клинических проявлений геморроя до и после проведения комплексной терапии с использованием системной флеботропной терапии МОФФ отмечен регресс симптомов заболевания. Отмечено значительное снижение болевого синдрома по сравнению с исходным периодом с ВАШ – $4,69 \pm 0,95$ (0-10) см, до $2,73 \pm 0,38$ (0-8) см на 5-7 день ($p < 0,001$). К 25-30 дню болевой синдром отмечался у 125 (6,4%) пациентов – ВАШ – $1,70 \pm 0,13$ (1-7) см ($p < 0,001$) (Рис. 5).

В течение первых 7-дневных наблюдательного периода консервативное лечение проводилось у 1637 (83,9%) пациентов. Хирургическое лечение проведено у 315 (16,1%) пациентов. Основную часть составили пациенты с III и IV стадией геморроя, соответственно, 124 (26,8%) и 51 (48,1%) пациентов. При анализе характера лечения, проведен-

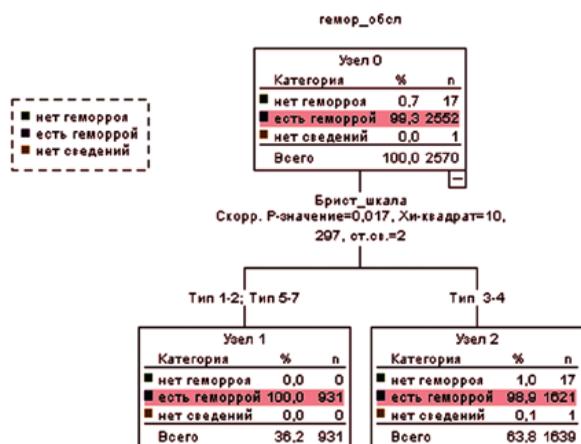


Рисунок 1. Характер стула у пациентов с геморроем

ного за весь наблюдательный период, консервативное лечение проведено у 1489 (76,3%) больных. Хирургическое лечение проведено 463 (23,7%) пациентам I-IV стадиями геморроя, в которой пре-

валируют пациенты с III стадиями – 199 (43,1%) и IV стадиями геморроя – 68 (64,2%) (Табл. 6) и (Рис. 6). После завершения консервативного лечения отсутствие симптомов геморроя отмечается

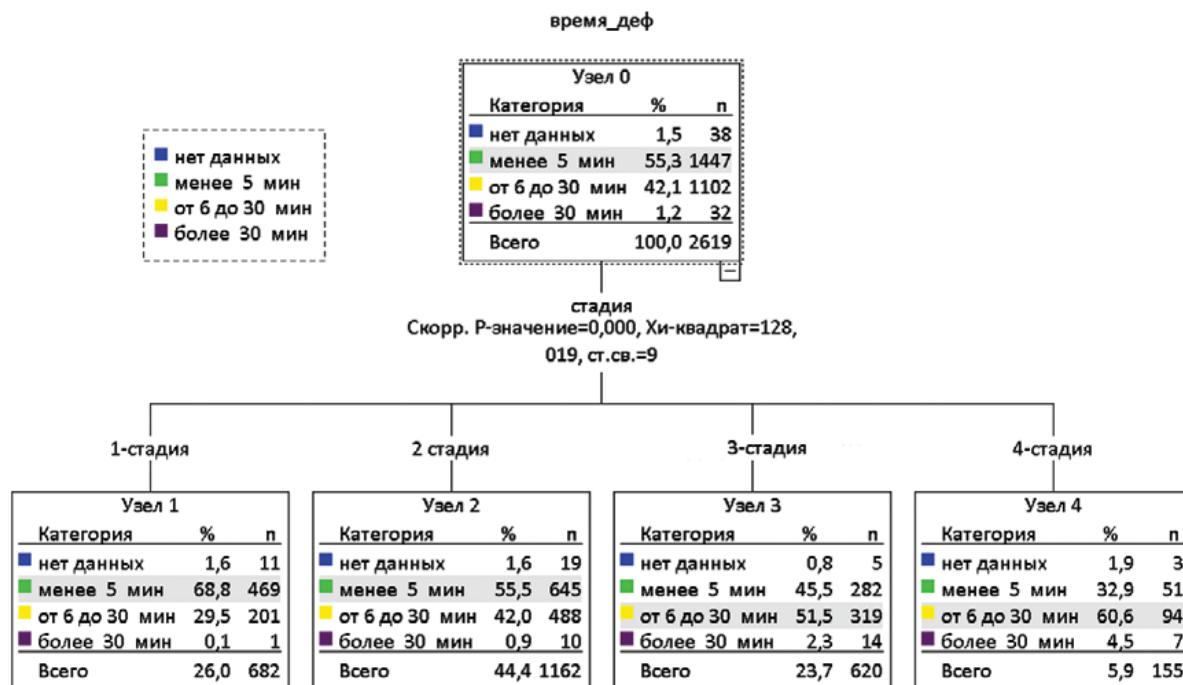


Рисунок 2. Длительность дефекации у пациентов с различными стадиями геморроя

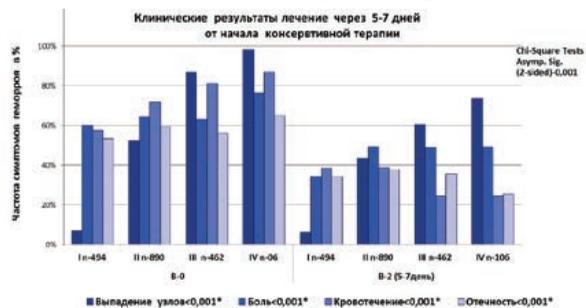


Рисунок 3. Клинические результаты лечения через 5-7 дней от начала консервативной терапии

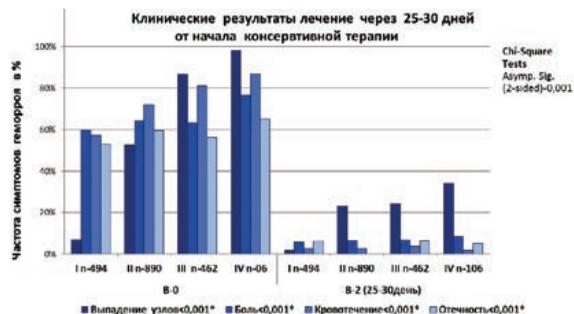


Рисунок 4. Клинические результаты лечения через 25-30 дней от начала консервативной терапии

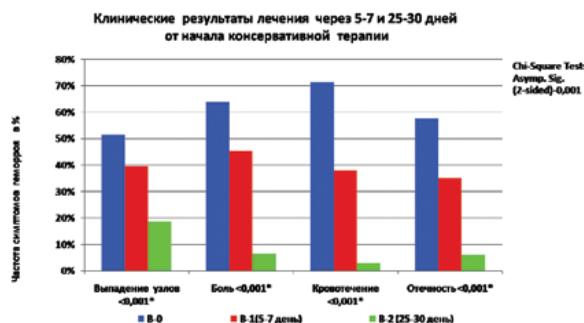


Рисунок 5. Клинические результаты лечения через 5-7 и 25-30 дней от начала консервативной терапии

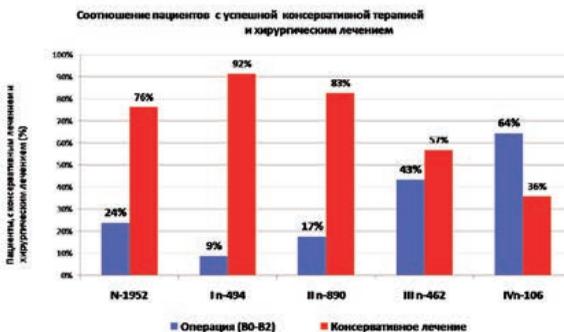


Рисунок 6. Соотношение пациентов с успешной консервативной терапией и хирургическим лечением

у 995 (51,0%) пациентов всех стадий геморроя, что свидетельствует об эффективности консервативной терапии, основой которой является системная флеботропная терапия МОФФ (Детралекс) (Табл. 7).
Нежелательные явления у пациентов в ходе терапии.

В ходе терапии нежелательные явления отмечены у 3 (0,15%) пациентов. У пациентов отмечена: сыпь на теле, набухание вен кистей рук, жжение, зуд кистей днем, с усилением ночью. Нежелательное явление, по оценке врача, связано с детралексом и привело к отмене препарата.

ОБСУЖДЕНИЕ

Геморроидальная болезнь наиболее распространенная патология аноректальной области взрослого населения земного шара. В структуре проктологических заболеваний занимает одно из первых мест [7,22,37]. В хирургической реабилитации нуждается около 20% пациентов, что требует времени для восстановления трудоспособности. Это свидетельствует о существовании как медицинской, так и социально-экономической проблемы. Современное представление о патогенезе геморроидальной болезни основывается на развитии двух патологических факторов. Развитие патологического артериального притока по ветвям верхней прямокишечной артерии к внутреннему геморроидальному сплетению и, как следствие, развитие дисбаланса между артериальным притоком и венозным оттоком из кавернозной ткани внутреннего геморроидального сплетения, что приводит к аномальной дилатации кавернозной ткани [4,9,12]. До последнего времени не был понятен механизм регуляции кровотока в геморроидальном сплетении, поскольку только усиление артериального притока не объясняет развитие пролапса внутренних геморроидальных узлов. Исследование Aigner et al, 2009, показало наличие периваскулярных нервных волокон и гладкомышечных сфинктеров, регулирующих сосудистый диаметр и, таким образом, скорость кровотока. Уменьшение диаметра просвета артерии, вызывая временное снижение артериального притока, тем самым, способствует венозному оттоку и циклическому дренированию геморроидального сплетения. Сбой вегетативной регуляции подслизистых аноректальных сосудов инициирует порочный круг с прогрессирующей дилатацией сосудов и недостаточностью венозного оттока. Таким образом, происходит развитие прогрессирующей гиперплазии кавернозной ткани [13].

Второй патологический фактор связан с развити-

ем дегенеративных процессов в соединительной ткани геморроидального сплетения [7,10,28,34]. Прогрессирующее разрушение связки Паркса и мышцы Трейтца приводит к подвижности внутренних геморроидальных узлов и смещению их в сторону анального канала. Физиологическая релаксация внутреннего анального сфинктера позволяет расширяющемуся «геморроидальным подушкам» осуществлять венозный отток во время дефекации. Нарушение внутренней регуляции кровотока и сопутствующее замещение гладкой мышечной ткани соединительной тканью, по всей видимости, являются ключевыми факторами в патогенезе геморроидальной болезни [13]. Несмотря на то, что истинная патофизиология развития геморроидальной болезни окончательно неизвестна, она носит мультифакторный характер, включая «соскальзывания» геморроидальной подушки, нарушение механизма регуляции кровотока в геморроидальном сплетении, дегенеративные изменения в связочном аппарате, поддерживающее геморроидальное сплетение в нормальной анатомической позиции [29,30].

Существует широко распространенное мнение, что одними из факторов риска развития геморроя являются запоры и длительное натуживание. Так как для эвакуации твердого калового комка требуется усиление потуги, что вызывает повышение внутрибрюшного давления и может привести к усилению артериального притока к внутреннему геморроидальному сплетению и, как следствие, затруднение венозного оттока, которое приводит к дилатации геморроидального сплетения [23,28]. Дефекация твердым каловым комком усиливает сдвиг «геморроидальной подушки». Однако, недавние исследования ставят под сомнение важность запоров в развитии геморроя [22,25,28,31]. Исследования демонстрируют отсутствие какой-либо значимой связи между геморроем и запорами, в то время как есть сообщения о том, что диарея является фактором риска для развития геморроя [23].

В настоящее время общими принципами как профилактики, так и консервативного лечения пациентов с геморроем является модификация диетического режима, увеличение потребления клетчатки, что устраняет натуживание при дефекации. В исследованиях Alonso-Coello P. et al, (2006), показано, что потребление пищевой клетчатки на 50% уменьшает клинические проявления геморроя [11]. В тоже время при III и IV стадиях геморроя, сопровождающихся выпадением геморроидальных узлов, потребление клетчатки не дает эффекта [33].

Использование флеботонических препаратов впервые описано для лечения хронической венозной недостаточности. Из наиболее изученных препа-

ратов этой группы является МОФФ («Детралекс», Лаборатория Сервье). Механизм действия МОФФ проявляется в редукции капиллярной гиперпроницаемости, снижении отека и боли, а также, подавления активности медиаторов воспаления. Процесс сопровождается улучшением лимфооттока. Комплексный механизм действия МОФФ позволяет воздействовать на процессы, лежащие в основе проявлений острого геморроя, а также сводит к минимуму вероятность развития тромбоза геморроидальных узлов при хроническом геморрое [3,8,9,17-19,24,26,30,32,34-36].

Метаанализ 14 рандомизированных исследований проведенных Alonso-Coello P. et al. (2006), показал, что использования флавоноидов в лечении пациентов с геморроем позволяет снизить клинические проявления заболевания. Отмечено снижение риска кровотечения на 67%, болевого синдрома на 65% и зуда на 35%, а также снижение частоты рецидива заболевания на 47% [11]. Некоторые исследователи сообщили, что МОФФ может уменьшить дискомфорт, боль и снизить развитие вторичных кровотечений после геморроидэктомии [1-3,14,16,18-21,27].

Местная терапия различными лекарственными препаратами носит симптоматический характер. Основная цель такого лечения не вылечить заболевание, а уменьшить ее проявления. В настоящее время нет доказательной базы, подтверждающей ее эффективность, однако местная терапия свечами и мазями традиционно используется в лечении геморроя. Эти лекарственные препараты могут содержать различные ингредиенты: местные анестетики, кортикостероиды, антибиотики и противовоспалительные средства.

Несмотря на то, что существует мало информации об эффективности модификации питания и образа жизни на лечение геморроя, многие врачи включают эти рекомендации как часть консервативного лечения геморроя и в качестве превентивной меры. Рекомендации, как правило, включают: увеличение потребления пищевых волокон и потребление жидкости, регуляцию стула для того, чтобы избежать долгого натуживания при дефекации.

Однако рекомендации по консервативному лечению должны, прежде всего, исходить из сегодняшнего понимания патогенеза заболевания. Поэтому важно понимать не то, что у пациента есть запоры или диарея, а то, что эти синдромы изменяют синхронный механизм дефекации, физиологической релаксации анального сфинктера и венозного дренажа геморроидального сплетения, следовательно, нарушается характер кровотока в геморроидальном сплетении [13]. В связи с этим консервативная терапия должна быть направлена на нормализацию моторной функ-

ции толстой кишки и восстановление нормального кровотока в геморроидальном сплетении, используя системную флеботропную терапию.

Настоящее исследование показало, что нормальная консистенция стула выявлена у 1647 (63,4%) пациентов. Нарушение дефекации (более 6 мин) выявлено у 1155 (43,9%) пациентов. Изменения характера стула выявлены – тип 1-2 (запоры) – 633 (25,5%) и тип 5-7 (жидкий стул/диарея) – 288 (11,1%). В общей популяции это составляет 921 (36,6%) пациентов. Кластерный анализ выявляет две популяционные группы пациентов с нормальным и нарушенным типом дефекации у пациентов с геморроем. Это косвенно свидетельствует, что модель дефекации влияет на особенность кровотока в геморроидальном сплетении, а следовательно, на развитие или обострение заболевания. Консервативное лечение, основой которого является флеботропная терапия МОФФ, проводимая пациентам наблюдательной группы, показала свою эффективность при всех стадиях геморроя. При анализе характера лечения, проведенного за весь наблюдательный период, консервативное лечение было эффективно у 1489 (76,3%) пациентов. Хирургическое лечение проведено 463 (23,7%) пациентам I-IV стадией геморроя, основную часть составили пациента с III стадией – 199 (43,1%) и IV стадией геморроя – 68 (64,2%), что вполне ожидаемо (Табл. 6) и (Рис. 6).

Особый интерес представляют данные о рецидиве симптомов геморроя после завершения 30 дневного курса консервативного лечения. Отсутствие клинических проявлений отмечено у 995 (51,0%) пациентов.

Таким образом, можно сделать определенные выводы на основании проведенного исследования. Консервативная терапия геморроидальной болезни, основой которой является флеботропная терапия МОФФ, эффективна при всех стадиях геморроя. Однако, у пациентов с III и IV стадией заболевания требуется хирургическое лечение. В тоже время сочетание консервативной терапии, включая МОФФ (Детралекс) и хирургическое лечение, создают благоприятные условия для снижения числа осложнений в послеоперационном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование патофизиологии геморроидальной болезни последнего десятилетия показывает, что в развитии заболевания имеет значение нарушение регуляции сосудистого тонуса, которое приводит к гиперплазии кавернозной ткани. Комплексная терапия геморроя с применением

МОФФ (Детралекс), показывает свою эффективность для купирования основных клинических проявлений заболевания – кровотечение и пролапс внутренних геморроидальных узлов у большинства пациентов с ранними формами заболевания, что может подтверждать гипотезу об обратимости патологического процесса. У пациентов III и IV стадией геморроя, вследствие развития необратимых дегенеративных изменений в связочном аппарате геморроидального сплетения, клинический эффект менее выражен, однако терапии МОФФ (Детралекс) позволяет снять обострение заболевания и выбрать адекватный метод хирургического лечения для каждого конкретного пациента.

Международная программа CHORUS выполнена при поддержке фармацевтической компании «Сервье» (Франция), которая не оказывала влияния на обработку и конечные результаты данной работы.

УЧАСТНИКИ МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРОГРАММЫ CHORUS (ноябрь 2015 г. – февраль 2016 г.):

Кондратьев И.С. (Архангельск); Шалыпин Д.И. (Барнаул); Таракулов С.Р. (Белгород); Козлов В.В. (Брянск); Проскурин А.А. (Великий Новгород); Пахолук Ю.П. (Владивосток); Житенёв А.С. (Волгоград); Аносенко С.А. (Вологда); Дмитриева Ю.В., Попов В.В., Чернышов В.Л. (Воронеж); Завадский И.В., Соловьев Д.П. (Екатеринбург); Афанасьев Д.В. (Иваново); Зорина И.В. (Ижевск); Цмайло В.М. (Иркутск); Самерханова Г.Д. (Казань); Путилин А.В. (Калининград); Шин И.П. (Кемерово); Втулкин В.К. (Киров); Барабанова Ю.И. (Коломна); Холодов А.В. (Кострома); Ковалькова Н.В., Махотин Д.А. (Красноярск); Медведев И.В., Шарова Ю.Е. (Курск); Ляхин А.А. (Липецк); Смолин О.В. (Магнитогорск); Туманов И.А. (Мурманск); Бастрыгин А.В., Беселев В.Ю., Гагиева Э.Ю., Ефремов А.В., Зубова Н.В., Катрышев В.В., Коршунов К.А., Крылов М.Д., Лысенко И.Ю., Накашидзе Э.Р., Пайзулаева З.К., Потапов А.В., Ревин П.В., Рыженков А.А., Савина А.В., Стригунова Л.В., Харабет Е.И. (Москва) Осмоловский С.В., Зубенков М.В. (Нижний Новгород); Воробьева Е.Б. (Новокузнецк); Здешнев С.В., Навроцкий А.Н., Филиппчиков С.Н. (Омск); Широков Ю.М. (Орел); Толлер В.А. (Петрозаводск); Дудка А.Н. (Псков); Дульеров К.А. (Ростов-на-Дону); Серебрянский П.В. (Рязань); Аржанова Е.В. (Самара); Соколова О.С., Бутрим А.Ю., Халафян И.А. (Санкт-Петербург); Витченко В.А. (Севастополь); Семенович Е.М. (Смоленск); Калмыков Д.А., Ромашкин К.С. (Ставрополь); Касьянов Ю.С. (Томск); Лосева Е.В., Куктенко А.В. (Тула); Дроздецкий Н.И. (Тюмень);

Лурда С.Р. (Ульяновск); Чабин А.В. (Уфа); Фуртат А.С. (Хабаровск); Екимов А.В. (Челябинск); Саватеев А.Ю. (Череповец); Шичкин Н.А., Прохоцкий А.Н. (Ярославль)

ЛИТЕРАТУРА

1. Асташов, В.Л. Опыт использования микронизированной очищенной фракции флавоноидов в комплексном лечении геморроидальной болезни. / В.Л.Асташов, Д.А.Тимченко // Колопроктология. – 2012. – № 2 (40). – с. 30-33.
2. Благодарный, Л.А. Применение Детралекса в комплексном лечении хронического геморроя 3-4 степени. / Л.А.Благодарный, В.Х.Соттаева // Колопроктология. – 2007. – № 4 (22). – с. 15-17.
3. Благодарный, Л.А. Осложненный геморрой: диагностика и лечение. / Л.А.Благодарный // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2015. – № 3-4. – с. 29-34.
4. Воробьев, Г.И. Геморрой. / Г.И.Воробьев, Ю.А.Шельгин, Л.А.Благодарный // М.: Митра-Пресс, 2002. – 192 с.
5. Маев, И.В. Хронический запор, подходы к постановке диагноза и лечению / И.В.Маев, Е.С.Вьючнова, Е.Г.Лебедева и соавт. // Фарматека. – 2011. – № 12. – с. 58-3.
6. Шельгин, Ю.А. Справочник по колопроктологии. / под ред. Шельгина Ю.А., Благодарного Л.А. // М.: ГЭОТАР Медиа. – 2012. – 599 с.
7. Шельгин, Ю.А. Модифицированная классификация геморроя / Ю.А.Шельгин, А.Ю.Титов, М.В.Абрицова // Колопроктология. – 2015. – № 2 (52). – с. 4-7.
8. Помазкин, В.И. Влияние «Детралекса» на болевой синдром после геморроидэктомии. / В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров // Колопроктология. – 2009. – № 2 (28). – с. 1214.
9. Стойко, Ю.М. Патогенетические аспекты консервативной терапии геморроя. / Ю.М.Стойко, Н.Н.Крылов, В.А.Сотникова // Колопроктология. – 2006. – № 2 (16). – с. 48-51.
10. Титов, А.Ю. Допплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и геморроидэктомия (сравнительное, рандомизированное, проспективное исследование) / А.Ю.Титов, М.В.Абрицова // Колопроктология. – 2015. – № 1 (51). – с. 47-48.
11. Alonso-Coello, P. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and metaanalysis. / P.Alonso-Coello, E.Mills, D.Heels-Ansdell et al. // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – № 101. – p. 181-88.
12. Aigner, F. The Vascular Nature of Hemorrhoids. /

- F.Aigner, G.Bodner, H.Gruber et al. // *J. Gastrointest. Surg.* – 2006. – № 10. – p. 1044-1050.
13. Aigner, F. Revised morphology and hemodynamics of the anorectal vascular plexus: impact on the course of hemorrhoidal disease. / F.Aigner, H.Gruber, F.Conrad et al. // *Int. J. Colorectal Dis.* – 2009. – № 24. – p. 105-13.
14. Astashov, V. Benefits of micronized purified flavonoid fraction in the reduction of symptoms after operation for hemorrhoidal disease. / V.Astashov, D.Timchenko // *Phlebology*. – 2014. – № 21 (2). – p. 95-99.
15. Bharucha, A.E. Functional anorectal disorders. / A.E.Bharucha, A.Wald, P.Enck et al. // *Gastroenterology.* – 2006. – № 130 (5). – p. 1498-09.
16. Cospite, M. Double-blind, Placebo-controlled evaluation of clinical activity and safety of Daflon 500 mg in the treatment of acute hemorrhoids. / M.Cospite // *Angiology.* – 1994. – № 45. – p. 566-73.
17. Dimitroulopoulos, D. Prospective, Randomized, Controlled, Observer-Blinded Trial of Combined Infrared Photocoagulation and Micronized Purified Flavonoid Fraction Versus each alone for the Treatment of Hemorrhoidal Disease. / D.Dimitroulopoulos, K.Tsamakidis, D.Xinopoulos et al. // *Clin. Ther.* – 2005. – № 27. – p. 746-54.
18. Godeberge, Ph. Daflon 500 mg is significantly more effective than Placebo in the treatment of haemorrhoids. / Ph.Godeberge // *Phlebology.* – 1992. (Suppl. 2). – p. 61-3.
19. Godeberge, P. Daflon 500 mg in the treatment of hemorrhoidal disease: a demonstrated efficacy in comparison with placebo. / P.Godeberge // *Angiology.* – 1994. – № 45. – p. 574-578.
20. Ho, Y.H. Micronized purified flavonoid fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial. / Y.H.Ho, M.Tan, F.Seow-Choen // *Dis. Colon Rectum.* – 2000. – № 43 (1). – p. 66-9.
21. Ho, Y.H. Prospective randomized controlled trial of a micronized flavonoid fraction to reduce bleeding after hemorrhoidectomy. / Y.H.Ho, C.L.Foo, F.Seow-Choen et al. // *Br. J. Surg.* – 1995. – № 82 (8). – p. 1034-5.
22. Johanson, J.F. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. / J.F.Johanson, A.Sonnenberg // *Gastroenterology.* – 1990. – № 98. – p. 380-86.
23. Johanson, J.F. Constipation is not a risk factor for hemorrhoids: a case-control study of potential etiological agents. / J.F.Johanson, A.Sonnenberg // *Am. J. Gastroenterol.* – 1994. – № 89. – p. 1981-86.
24. Korthuis, R.J. Postischemic leukocyte/endothelial cell interaction and microvascular barrier dysfunction in skeletal muscle. Cellular mechanisms and effect of Daflon 500 mg. / R.J.Korthuis, D.C.Gute // *Int. J. Microcirc. Clin. Exp.* – 1997. – № 17 Suppl 1. – p. 11-7.
25. Labrid, C. Pharmacologic properties of Daflon 500 mg. / C.Labrid // *Angiology.* – 1994. – № 45. – p. 524-30.
26. Labrid, C. A lymphatic function of Daflon 500 mg. / C.Labrid // *Int. Angiol.* – 1995. – № 14. – p. 36-38.
27. La Torre, F. Clinical use of micronized purified flavonoid fraction for treatment of symptoms after hemorrhoidectomy: results of a randomized, controlled, clinical trial. / F.La Torre, A.P.Nicolai // *Dis. Colon Rectum.* – 2004. – № 47. – p. 704-10.
28. Loder, P.B. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. / P.B.Loder, M.A.Kamm, R.J.Nicholls et al. // *Br. J. Surg.* – 1994. – № 81. – p. 946-54.
29. Lohsiriwat, V. Approach to hemorrhoids. / V.Lohsiriwat // *Curr. Gastroenterol. Rep.* – 2013. – № 15. – p. 332.
30. Lohsiriwat, V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. / V.Lohsiriwat // *World J.Gastroenterol.* – 2012. – № 18 (17). – p. 2009-17.
31. Longstreth, G.F. Functional Bowel Disorders. / G.F.Longstreth, W.G.Thompson, W.D.Chey et al. // *Gastroenterology.* – 2006. – № 130 (5). – p. 1480-91.
32. Misra, M.C. Drug treatment of haemorrhoids. / M.C.Misra // *Drugs.* – 2005. – № 65. – p. 1481-91.
33. Moesgaard, F. Highfiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin. / F.Moesgaard, M.L.Nielsen, J.B.Hansen et al. // *Dis. Colon Rectum.* – 1982. – № 25 (5). – p. 454-6.
34. Morgado, P.J. Histoclinical basis for a new classification of hemorrhoidal disease. / P.J.Morgado, J.A.Suárez, L.G.Gómez et al. // *Dis. Colon Rectum.* – 1988. – № 31. – p. 474-480.
35. Pigot, F. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. / F.Pigot, L.Siproudhis, F.A.Allaert // *Gastroenterol. Clin. Biol.* – 2005. – № 29. – p. 1270-1274.
36. Struckmann, J.R. Flavonoids. A review of the pharmacology and therapeutic efficacy of Daflon 500 mg in patients with chronic venous insufficiency and related disorders. / J.R.Struckmann, A.N. Nicolaidis // *Angiology.* – 1994. – № 45. – p. 419-428.
37. Song Seok-Gyu. Optimal Treatment of Symptomatic Hemorrhoids. / Song Seok-Gyu, Kim Soung-Ho. // *J. Korean Soc. Coloproctol.* – 2011. – № 27 (6). – p. 277-81.
38. Thompson, W.G. The road to Rome. / W.G.Thompson // *Gastroenterology.* – 2006. – № 130 (5). – p. 1466-79.
39. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA.* – 2013. – № 310 (20). – p. 2191-94.