

© С.М. Чобей, 2015

УДК 616.147.17-007.64-08:615.225.3:577.164.3

С.М. ЧОБЕЙ

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Ужгород***ВИКОРИСТАННЯ БІОФЛАВОНІДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ**

В хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (м. Ужгород) за період 2012–2014 роки оглянуто 243 пацієнтів віком від 21 до 69 років із гострим та хронічним гемороєм. Хворі поділені на дві групи. В I-у групу увійшли 117 пацієнтів, які мали гострий гемороєм з ускладненнями у вигляді тромбозів, кровотеч та вираженого запального процесу, II-а група (126 пацієнтів) – з хронічним гемороєм III-IV стадій.

Призначення у комплексному лікуванні Нормовену у до- та післяопераційному періоді вірогідно знижує набряк, біль, свербіж і парестезії в ділянці післяопераційної рани, дискомфорт при дефекації та зменшує кількість кров'янистих виділень і, таким чином, полегшує перебіг і сприяє скороченню тривалості післяопераційного періоду як у хворих із гострим, так і у пацієнтів із хронічним гемороєм, пришвидшує повернення пацієнтів до праці та активного повноцінного життя.

Ключові слова: Нормовен, гострий та хронічний гемороєм, комплексне лікування

Вступ. Актуальність проблеми хронічного геморою пов'язана з його широкою розповсюдженістю, яка складає 130–150 випадків на 1000 дорослого населення, визначає провідне місце серед колопроктологічних захворювань та увагу до вивчення проблеми його лікування [1, 2]. Гемороєм виявляють у 10–15% дорослого населення світу, а його частка серед захворювань прямої кишки становить 42%. У зв'язку з цим, гемороєм належить до актуальних медичних та соціально-економічних проблем. За даними провідних колопроктологічних центрів, хірургічному лікуванню підлягають близько 30% хворих на хронічний гемороєм. Такі операції посідають перше місце в структурі хірургічних втручань будь-якого проктологічного відділення. Ускладнення після гемороїдектомії складає до 30–40%, до яких відносяться виражений больовий синдром, кровотеча, дизуричні прояви, гнійно-запальні процеси. Терміни тимчасової непрацездатності після гемороїдектомії залишаються тривалими і складають не менше 4-х тижнів.

Сучасній медицині відомо, що при гемороєм має місце гіперплазія печеристої тканини клінічного (хірургічного) відхідникового каналу, яка виникає внаслідок порушення кровотоку в печеристих тілцях. Порушення мікроциркуляції зумовлене, здебільшого, посиленням впливу артеріальної крові у печеристі тілця по завиткових артеріях та ускладненим венозним відтоком.

В основі першої причини лежить дисфункція судин, яка призводить до посиленого притоку артеріальної крові до печеристих тілець та зменшення відтоку по печеристих венах, що спричиняє збільшення печеристих тілець та формування гемороїдальних вузлів. Другим фактором є розвиток дистрофічних процесів у поздовжньому м'язовому шарі стінки прямої кишки та зв'язці Паркса, що розташована у міжсфінктерному просторі, які утворюють своєрідний волокнисто-м'язовий каркас внутрішніх гемороїдальних вузлів та утримують їх у відхідниковому каналі.

Таким чином, гемороєм – це переважно судинна патологія клінічного (хірургічного) відхідникового каналу, зокрема нормальних печеристих утворень підслизового шару його слизової оболонки. Дуже важливим для розуміння патогенезу та методів лікування гемороєм є те, що функціонально печеристі структури гемороїдальних вузлів термінального відділу прямої кишки є своєрідним гідравлічним механізмом: заповнюючись кров'ю і збільшуючись у розмірах, вони стискають складки слизової оболонки та герметизують відхідник.

Мета дослідження. Дослідити вплив та оцінити клінічну ефективність застосування біофлавоноїдів у лікуванні гострого та хронічного гемороєм.

Матеріали та методи. В хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (м. Ужгород) за період 2012–2014 роки лікувалися 243 пацієнти з гострим та хронічним гемороєм віком від 21 до 69 років. Хворі поділені на дві групи. В I групу увійшли 117 пацієнтів, які мали гострий гемороєм з ускладненнями у вигляді тромбозів, кровотеч та вираженого запального процесу. II група – 126 пацієнтів з хронічним гемороєм III–IV стадій.

Проктологічний огляд включав чотири обов'язкові послідовні етапи дослідження:

- огляд навколівідхідникової ділянки з пальпацією;
- пальцеве дослідження відхідникового каналу та ампули прямої кишки;
- аноскопію (огляд відхідникового каналу за допомогою аноскопа) або огляд за допомогою ректального дзеркала;
- ректороманоскопію (ендоскопічне дослідження прямої кишки, ректосигмоїдного згину товстої кишки та дистального відділу сигмоподібної кишки за допомогою ректороманоскопа) не менш ніж на 25 см; неможливість огляду на вказану відстань пояснюється в описанні (протоколі), за можливості після повторної підготовки цей етап повторюється.

У 36 хворих, які отримували нормовен, на ультразвуковому апараті ALOKA SSD 3500 з трансректальним та лінійним датчиком 7,5-12 МГц обстежуючи навколопрямокишкову ділянку поглиблено вивчали ступінь регіонарної венозної гемодинаміки та мікроциркуляції. Десять хворих, які в післяопераційному періоді не отримували нормовен, склали контрольну групу.

Критерії оцінки ефективності лікування у післяопераційному періоді:

- особливості клінічного перебігу післяопераційного періоду;
- аноскопічна динаміка репаративних процесів;
- вираженість і тривалість післяопераційного болювого синдрому;
- терміни відновлення функціональної активності (самостійної дефекації);
- терміни тимчасової непрацездатності та тривалість стаціонарного лікування.

Результати досліджень та їх обговорення. Згідно з сучасною класифікацією, геморої має чотири ступені важкості залежно від вираженості характерних симптомів:

I ступінь – гемороїдальні вузли залишаються в межах відхідника, клінічні прояви – виділення незміненої (червоної) крові під час чи після акту дефекації;

II ступінь – випадіння гемороїдальних вузлів при дефекації та самостійне їх вправлення, клінічні ознаки – виділення незміненої (червоної) крові під час чи після акту дефекації, випадіння гемороїдальних вузлів, виділення слизу, свербіж, дискомфорт;

III ступінь – випадіння гемороїдальних вузлів при дефекації з необхідністю вправлення їх руками, клінічні ознаки – такі ж, як при I та II ступенях, а також випадіння з ділянки відхідника гемороїдальних вузлів при фізичному навантаженні;

IV ступінь – випадіння і укривання виразками вузлів, виділення незміненої (червоної) крові під час чи після акту дефекації, виразки, виділення слизу, свербіж, порушення замикаючої функції клінічного (анатомічного) відхідникового каналу, що проявляється нетриманням калу і газів.

Окремо виділяють ускладнення гемороєю у вигляді тромбозу гемороїдальних вузлів, яке нерідко називають гострим гемороєм. Кровотеча скоріше є не ускладненням, а основним і нерідко єдиним симптомом хронічного геморою та простежується на всіх стадіях його розвитку. Однак тривалі кровотечі при геморої швидко призво-

дять до анемізації хворого, і тому анемія, що виникла внаслідок гемороїдальних кровотеч, повинна розглядатись як ускладнення гемороєю. Діагноз гемороєю повинен бути поставлений на основі характерних скарг хворого та після обов'язкового проведення проктологічного огляду хворого.

Простий (неускладнений, хронічний) геморої II-III ступенів вимагає медикаментозного лікування. Профілактикою ускладнень захворювання у цієї групи хворих є нормалізація фізіологічного акту дефекації і гігієна промежини після спорожнення.

Ускладнений геморої поділяють на дві форми – гострий геморої (аноректальний тромбоз) і кровоточивий геморої.

Гострий аноректальний тромбоз (гострий геморої) прийнято класифікувати за 3 ступенями тяжкості:

I ступінь характеризується тромбозом поодиноких печеристих пазух гемороїдальних вузлів, що клінічно проявляються лише болем при дефекації або пальпації;

II ступінь – тромбозом одного або декількох гемороїдальних вузлів, ускладненого тромбозом флебітом;

III ступінь характеризується тромбозом гемороїдальних комплексів із розвитком гнійно-септичних ускладнень у навколопрямокишковій клітковині (некрозом вузла, парапроктитом, висхідним тромбозом).

Пацієнтам першої групи, крім загальноприйнятої терапії при доопераційному лікуванні, призначали препарат Нормовен за схемою 2 т. х 3 рази на день (перші три доби), далі 2 т. х 2 рази на добу (наступні дві доби), далі 1 т. х 2 рази на добу (протягом 1-3 місяців). Оперативне втручання виконували на 5-7 добу від початку лікування. В другій групі пацієнтів лікування препаратом Нормовен проводили по вищенаведеній схемі, але з першого дня післяопераційного періоду.

Геморої, ускладнений гострим гемороїдальним тромбозом III ступеня, гемороїдальними кровотечами, які супроводжуються анемією, підлягає хірургічному лікуванню. В інших випадках лікувальний підхід будується за принципом: “від простого – до складного” – медикаментозне лікування, при неефективності – малоінвазивне хірургічне лікування (вакуумне лігування), при рецидиві – радикальне хірургічне лікування (операція Міллігана-Моргана, Уайтхеда) (табл. 1).

Таблиця 1

Види оперативних втручань у досліджуваних групах хворих

Вид оперативного втручання	I група	II група
Операція Міллігана-Моргана	86	77
Операція Уайтхеда	23	37
Вакуумне лігування латексними кільцями	8	12
Всього	117	126

Як видно з таблиці 1, малоінвазивне лікування виконано тільки у 20 (8,2%) пацієнтів, іншим хворим (223 (91,8%)) – радикальні втручання.

Найчастішими клінічними проявами незалежно від виду хірургічного лікування були: больовий синдром, виділення крові при дефекації, виражений набряк тканин післяопераційної рани, слабкість м'язів-стискачів, парестезії, навколівідхідниковий свербіж.

Ультразвукове дослідження навколівідхідникової ділянки та прямої кишки, що відбувається на мікроциркуляторному рівні, свідчило про вірогідне ($p < 0,001$) збільшення базальної величини перфузії шкіри в середньому до $87,3 \pm 16,3$ п.е. і зниженні парціального тиску кисню до $26,7 \pm 7,1$ мм рт.ст. (в нормі, відповідно, $67,7 \pm 8,2$ п.е. і $55,5 \pm 3,7$ мм рт.ст.). На тлі порушення мікроциркуляції та трофіки тканин у частотному спектрі лазерних доплерограм домінували так звані LF-хвилі, частота яких була збільшена до 18–20/хв., а амплітуда – до 3,3–3,5 мВ. Зазначені зміни пояснюються місцевим порушенням метаболізму і регуляції судинного тону. У нормі ці показники становлять, відповідно, 10–14/хв. і 2,5–2,7 мВ. Постішемична гіпере-

мічна відповідь була знижена вірогідно ($p < 0,001$) в середньому до $150,5 \pm 49,4\%$ у порівнянні з нормою ($334,6 \pm 127,6\%$), що відображало пригнічення реактивності і резерву мікроциркуляторного русла. Виявлено також важкі порушення симпатичної регуляції кровотоку, які проявлялися ортостатично вірогідним ($p < 0,01$) ЛДФ-поток у хворих з хронічним гемороєм на $29,2 \pm 6,6\%$, проти $49,6 \pm 14,4\%$ в нормі.

Після курсового лікування препаратом Нормовен визначали вірогідне ($p < 0,001$) зростання рівня парціального тиску кисню до $32,6 \pm 8,3$ мм рт.ст. і зниження ЛДФ-поток до $75,4 \pm 11,2$ п.е. При цьому, слід зазначити, що частота LF-хвиль зменшилася до 13–16/хв., а амплітуда – до 2,8–3 мВ. Зазначені зміни відображали тенденцію до нормалізації обмінних процесів у тканинах. Про збільшення реактивності мікроциркуляторного русла свідчив показник гіперемічної реакції, що досяг $235,7 \pm 74,3\%$. Відповідно, до клінічного зменшення набряку тканин простежувалася вірогідна ($p < 0,01$) активація протинабрякового аксон-рефлексу: зниження лазерного доплерівського потоку в ортостазі склала $35,7 \pm 8,3\%$ (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка симптоматики у хворих протягом лікування

Симптоми	Вид оперативного втручання	
	Контрольна група (n=10)	Хворі за поглибленим ультразвуковим обстеженням, які отримували Нормовен (n=36)
Набряковий синдром	96,8%	33%
Больовий синдром	90%	22,1%
Свербіж шкіри	100%	43,7%
Парестезії	100%	38%

Нормовен має різнобічний механізм дії: підвищує тонус вен, знижує проникність капілярів, покращує відтік лімфи, мікроциркуляцію в печеристих тільцях та нормалізує в них кровотік. Наслідком цього є поліпшення венозного і лімфатичного відтоку від відхідникового каналу. Ряд механізмів забезпечує протизапальну дію Нормовену. Препарат перешкоджає утворенню основних медіаторів запалення – простагландинів PGE2 і PGE2a, а також тромбоксану B2. Знижується адгезія лейкоцитів до ендотелію вен, їх активація і викид лейкотриєнів, цитокінів, протеолітичних ферментів і вільних радикалів. Клінічно ефекти препарату проявляються у вигляді зменшення болю і явищ дискомфорту, зменшення набряків. Нормовен випускається у мікронізованому вигляді. Завдяки цьому, всмоктування препарату в кишці відбувається швидко [3, 4, 5].

Нормовен сприяє зменшенню діаметра лімфатичних судин, знижує лімфатичний тиск і покращує лімфатичний дренаж шляхом збільшення кількості відкритих лімфатичних судин. Все це сприяє кращому відтоку інтерстиціальної рідини.

Нормовен пригнічує адгезію і міграцію лейкоцитів, здійснюючи захисну дію на мікроциркуляторне русло. Зниження гіперпроникності капілярів, підвищення резистентності їх стінки забезпечують поліпшення дифузії кисню і перфузії шкіри.

Нормовен зменшує розтяжність вен, підвищує їх тонус і зменшує венозний застій; знижує проникність капілярів і збільшує їх резистентність, поліпшує мікроциркуляцію; покращує лімфатичний дренаж, значно прискорює транспорт лімфи, а також пригнічує активність лейкоцитів і синтез медіаторів запалення. Володіє флебопротекторним, протинабряковим та протизапальним ефектом. Отже, Нормовен патогенетично впливає на основні ланки розвитку хронічного геморою, покращуючи суб'єктивні (болі, парестезії, свербіж тощо) і об'єктивні (зменшення набряку) клінічні ознаки гострого та хронічного геморою.

При хронічному геморої для запобігання рецидивів доцільно використовувати по 2 т. щоденно протягом 1–3 місяців, залежно від ступеня важкості захворювання. При цьому вірогідно змен-

шується частота загострень, їх тривалість та вираженість симптомів захворювання.

Для місцевого лікування слід використовувати мікроклізми (30-50 мл) з розчином ромашки, звіробію, кори дуба; свічки або мазі – реліф або реліф-адванс, проктоглівенол, постеризан, ультрапрокт, проктозан-нео, долопрокт, анузол тощо.

Якщо консервативна терапія геморою не дала очікуваного результату, а хвороба прогресує і супроводжується різким зниженням працездатності, при кожній дефекації з'являються випадіння внутрішніх гемороїдальних вузлів, кровотечі, тромбози, рекомендується хірургічне втручання.

Гемороїдектомія – золотий стандарт хірургічного лікування хронічного геморою III-IV ступенів. Незважаючи на те, що на сьогодні відомо понад 300 методів хірургічного лікування геморою, найпоширенішим та патогенетично обґрунтованим є гемороїдектомія за методом Мілліган-Моргана (висічення одним блоком гемороїдальних вузлів на 3, 7 та 11 годинах), яка доповнюється методикою відновлення слизової оболонки та анодерми клінічного (хірургічного) відхідникового каналу. Це – радикальна операція, і якщо вона проводиться відповідно до всіх правил та вимог, то пацієнт цілком виліковується, досягаються добрі функціональні результати.

Кінцевий результат проведеного лікування оцінювали при огляді пацієнта через 2 тижні від початку лікування. Відмінними результати вважали, якщо пацієнт суб'єктивно відзначав повне одужання з покращенням основних симптомів хвороби, а при ректальному огляді не виявлялися місцеві прояви захворювання; задовільними, якщо пацієнт суб'єктивно відзначав покращення свого стану і зникнення симптомів захворювання, однак патологічні зміни в гемороїдальних комплексах зберігалися; недостатніми, коли стан пацієнта залишався без змін. Відмінні результати були отримані у 109 (44,9%) випадках, добрі – у 67 (27,5%), задовільні – у 49 (20,2%), без змін – у 13 (5,3%), незадовільні – у 5 (2,1%) випадках.

Проведене нами дослідження із застосуванням препарату Нормовен показало високий відсоток зменшення або усунення болю, зменшення та зникнення свербіння, припинення кровотечі. У пацієнтів, що приймали препарат, побічні дії не спостерігалися. Таким чином, препарат Нормовен може бути рекомендований при лікуванні гострого геморою.

Диференційна діагностика має важливе значення, оскільки під «маскою» геморою може приховуватися низка захворювань, у першу чергу, пухлини відхідникового каналу та ампулярного відділу прямої кишки, які внаслідок несвоєчасної діагностики часто розпізнаються в занедбаних стадіях з подальшим несприятливим онкологічним прогнозом. Для проведення диференційної діагностики з пухлинами товстої кишки показано використання іригоскопії, фіброколоноскопії, ультра-

сонографії, біопсії (в окремих випадках, за показаннями, КТ та/або МРТ).

Окрім пухлин, диференційну діагностику найчастіше доводиться проводити з гострим парапроктитом, поліпами відхідникового каналу, кондилломатозом відхідникового каналу та навколівідхідникової ділянки, хронічною тріщиною відхідника, а також з випадінням прямої кишки. Усе це проводиться саме під час проктологічного огляду.

Вибір методу лікування залежить від ступеня важкості хронічного геморою та наявності ускладнень (кровотечі, тромбозу, некрозу, запалення, виразкування гемороїдальних вузлів).

Консервативна терапія хронічного геморою дає реальний шанс хворому позбутися недуги на ранніх стадіях її розвитку. Основна мета – зниження частоти загострень, їх важкості й тривалості. Показанням до консервативного лікування є I та II ступені хронічного геморою.

У консервативному лікуванні важливе місце належить профілактиці загострення захворювання, його прогресуванню, що є обов'язковою складовою успіху в лікуванні. Особливо слід відзначити, що безперечною умовою успішного лікування геморою є нормалізація роботи органів травлення, в першу чергу, має значення консистенція кишкового вмісту і його пасаж по товстій кишці. На цьому етапі суттєву допомогу пацієнту може надати дільничний терапевт, порекомендувавши відповідну дієту та системне лікування для зниження частоти загострень.

У лікуванні ускладнених форм геморою використовують як монотерапію, так і комбінації препаратів з різних фармакологічних груп, причому найбільш часто застосовують такі групи медикаментів: антикоагулянти; дезагреганти; ангіопротектори і венотоніки; протизапальні нестероїдні і стероїдні препарати; антиангінальні; в'язучі; гемостатичні; антисептики; антихолінергічні та проносні препарати.

Схеми прийому ліків із перерахованих вище груп препаратів залежать від форми та ступеня тяжкості геморою, переважанні тих чи інших клінічних симптомів, наявності у пацієнта супутньої патології, протипоказань до прийому препарату або інгредієнтів, що входять до нього, підвищеній індивідуальній чутливості до медикаменту, фінансової спроможності пацієнта забезпечити повний курс лікування.

Висновки. Призначення препарату Нормовен у до- та післяопераційному періоді вірогідно знижує набряк, болючість, свербіж і парестезії в ділянці післяопераційної рани, дискомфорт при дефекації та зменшує кількість кров'янистих виділень, і, таким чином, полегшує перебіг і сприяє скороченню післяопераційного періоду як у хворих з гострим, так і у пацієнтів із хронічним гемороєм, пришвидшує повернення пацієнтів до праці та активного повноцінного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Дульцев Ю.В. Методы лечения геморроя / Ю.В. Дульцев, А.Ю. Титов, Т.М. Каменецкая // Хирургия. — 1990. — №12. — С. 127—131.
2. Захараш М.П. Геморрой як проблема сучасної колопроктології (Досвід Українського колопроктологічного центру) / М.П. Захараш, О.І. Пойда // Здоров'я України. — 2002. — С. 13—15.
3. Корсак В.В. Комплексне лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок / В.В. Корсак, В.В. Русин // Практична медицина. — 2008. — Т. XIV, № 5. — С.121—124.
4. Никульников П.И. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Новые альтернативы / П.И. Никульников, Г.Г. Влайков, А.А. Гуч // Кровообіг та гемостаз. — 2008. — № 1. — С. 76—78.
5. Савченко Ю.П. Современные технологии оперативного лечения геморроя / Ю.П. Савченко, В.В. Половинкин, В.И. Хмелик // Хирургия. — 2002. — № 8. — С. 53—57.

S.M. CHOBEI

Uzhhorod National University, School of Medicine, Department of Surgical Diseases, Uzhhorod

COMPLEX TREATMENT OF HEMORRHOIDS USING BIOFLAVONOIDS

In the surgical clinic ZOKL Andrew Novak (Uzhgorod) for the period 2012-2014, we observed 243 patients with acute and chronic haemorrhoids aged 21 to 69 years. Patients were divided into two groups. As in I-group included 117 patients who had acute haemorrhoid complications as thrombosis, bleeding and the inflammatory process. II group 126 patients with chronic haemorrhoids III-IV stage.

Admission Normoven in pre- and postoperative period significantly reduces swelling, pain, itching and paresthesia in the area of wound, discomfort during bowel movements and reduces the amount of bleeding, and thus facilitates progress and helps to reduce postoperative period in patients with acute and in patients with chronic haemorrhoids, accelerates return patients to work and active normal life.

Key words: Normoven, acute and chronic haemorrhoids, comprehensive treatment

Стаття надійшла до редакції: 23.09.2014 р.