

# Выбор медикаментозной терапии геморроя

Л.А.Благодарный

ФГБУ Государственный научный центр колопроктологии Минздрава России, Москва

**Г**еморрой – болезнь наружных и внутренних геморроидальных узлов. Комбинированный геморрой предполагает выпадение обоих видов геморроидальных узлов.

Геморроидальные узлы в норме представляют сосудистые кавернозные образования, которые закладываются в подслизистом слое анального канала и прямой кишки в процессе нормального эмбриогенеза. Под действием неблагоприятных факторов (гипоккинез, нарушение питания, тяжелая физическая работа) происходит увеличение геморроидальных узлов, их переполнение кровью и развивается кровотечение. Нарастающие процессы дистрофии в удерживающем мышечном аппарате ведут к выпадению геморроидальных узлов. Именно поэтому при хроническом геморрое основными симптомами являются кровотечение и выпадение геморроидальных узлов из анального канала. В то же время течение геморроя имеет волнообразный характер, хронические процессы сменяются острым геморроем.

## Течение и осложнения геморроя

Острый геморрой – это прежде всего тромбоз геморроидальных узлов, к которому быстро, в течение суток, может присоединиться воспалительный процесс. Острый геморрой подразделяется на 3 степени:

- 1) тромбоз геморроидальных узлов без воспаления;
- 2) тромбоз с воспалением в самом узле;
- 3) распространение воспалительного процесса на окружающую клетчатку.

Хроническое течение геморроя разделяют на 4 стадии. Для I стадии характерно только выделение алой крови из анального канала при дефекации без выпадения узлов. Для II стадии – выпадение геморроидальных узлов с самостоятельным их вправлением в анальный канал (с кровотечением или без него). Особенность III стадии – периодическое выпадение узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал (с кровотечением или без него). Для IV стадии свойственно постоянное выпадение геморроидальных узлов иногда вместе со слизистой анального канала (с кровотечением или без него).

Осложнения – это прежде всего кровотечение из геморроидальных узлов с развитием постгеморрагической анемии, хроническая анальная трещина и недостаточность анального сфинктера, развивающаяся при длительном выпадении узлов.

В результате тромбоза узлов может развиваться острый парапроктит любой степени сложности.

Показания для медикаментозного лечения геморроя:

- 1) острый геморрой;
- 2) хронический геморрой в начальных стадиях;
- 3) предоперационное и послеоперационное лечение;
- 4) профилактика геморроя.

## Консервативная фармакотерапия геморроя

Лечение острого геморроя складывается из общего и местного применения флеботонических, обезболивающих, противовоспалительных и кровоостанавливающих препаратов. Консервативное лечение острого геморроя основано на сочетании системных и топических препаратов. В основе системной терапии ведущее место занимают флебологические препараты, в особенности Детралекс® (микронизированная очищенная флаваноидная фракция, МОФФ). Лечение должно быть комбинированным, т.е. в нем необходимо сочетание системных и топических препаратов, обладающих наибольшим терапевтическим эф-

фектом. Применение местных препаратов усиливает действие флеботоников и способствует уменьшению болевого синдрома (БС), воспалительного процесса и усилению кровоостанавливающего эффекта. В остром периоде достаточно 7–10-дневного курса лечения, а при хроническом течении в качестве профилактики обострения курс может продолжаться до 1,5–2 мес.

Патогенетически обоснованная фармакотерапия решает ряд задач:

- 1) устранение воспаления;
- 2) купирование БС;
- 3) ликвидация тромбоза геморроидальных узлов;
- 4) остановка кровотечения.

Для ликвидации воспаления применяют нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП (диклофенак, нимесил, ксефокам), системную энзимотерапию, разные мазевые формы, содержащие НПВП, глюкокортикоиды (гепарин натрия, постеризан, а также флеботоники – Детралекс®, цикло-3-форте), которые занимают одно из лидирующих мест в лечении острого и хронического геморроя. В качестве противовоспалительных применяют препараты общего комбинированного местного воздействия, а в виде системных препаратов используют НПВП (диклофенак, ксефокам). Их противовоспалительный эффект обеспечивается угнетением биосинтеза простагландинов, имеющих важное значение в патогенезе воспаления и БС.

## Купирование БС

При остром геморрое для снятия воспаления чаще применяют топические комбинированные препараты (прокто-гливенол, натальсид, нигепан). Они оказывают венотонизирующее и противовоспалительное действие, улучшают сосудистый тонус, уменьшают веностаз застой в кавернозных тельцах, совершенствуют микроциркуляцию. Их противовоспалительное действие объясняется ингибированием эндогенных веществ, исполняющих роль медиаторов в развитии воспаления. Эмла, катеджель, содержащие лидокаина гидрохлорид, оказывают быстрое и продолжительное обезболивающее действие.

При остром геморрое для купирования БС обычно применяют ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин, производные парацетамола – эффералган, солпадеин), а также НПВП в виде системной и местной терапии. Комбинация топических препаратов и НПВП обладает выраженным обезболивающим эффектом. При БС, связанном с острой анальной трещиной, осложняющей течение геморроя, эффективны обезболивающие и спазмолитические препараты (анальгин, баралгин), а также производные нитроглицерина для местного применения, оказывающие спазмолитическое действие на внутренний сфинктер (0,4% нитроглицериновая мазь). Выраженным обезболивающим эффектом обладают местные препараты, содержащие лидокаина гидрохлорид (эмла, катеджель).

## Тромболитические препараты

Для ликвидации тромбоза геморроидальных узлов в виде смешанной терапии принимают пентоксифиллин, парацетамол (панadol) и, конечно, комбинированные флеботонические препараты, среди которых чаще всего используется Детралекс®. Препараты группы бензопиранов (вазобрал, гливенол, троксевазин) также могут улучшать кровоток в геморроидальных узлах.

Местное тромболитическое воздействие оказывают гепаринсодержащие мази с разной концентрацией гепарина от 500 до 1000 Ед, а также комбинированные местные препараты, содержащие флуокортолона гексонат и цинхокаина гидрохлорид, трибенозид с лидокаином гидрохлоридом (ультрапрокт, прокто-гливенол), натальсид и проктозан. Основным симптомом острого геморроя – чаще всего тромбоз геморроидальных узлов. Именно поэтому для ликвидации тромбоза используют гепаринсодержащие мази и гели (гепарин-натриевая соль). Высокий терапевтический эффект этих препаратов основан на:

- блокировании биосинтеза тромбоза;
- уменьшении агрегации тромбоцитов;
- снижении активности гиалуронидазы и угнетении синтеза арахидоновой кислоты;
- ускорении эндогенного фибринолиза.

Применение гепаринсодержащих препаратов способствует регрессу тромбированных геморроидальных узлов, снижению отека и гиперемии кожи, воспалительной реакции. Более эффективны комбинированные препараты (гепатромбин Г, ультрапрокт), содержащие гепарин натрия, полидоканол, пантенол и гидрокортизон. Гепарин связывает плазменное свертывание и тормозит гемостаз, полидоканол обеспечивает обезболивающее воздействие, а пантенол стимулирует процессы репарации, гидрокортизон оказывает противовоспалительное действие.

Для местного лечения кровоточивости геморроидальных узлов эффективно применяют коллагеновые гемостатические губки, состоящие из фибриногена и тромбина. После введения в анальный канал гемостатическая губка рассасывается и образует фибринную пленку, которая блокирует кровоточащие участки геморроидальных узлов. Из комбинированных препаратов при кровоточащем геморрое эффективен фенилэфрин, являющийся  $\alpha$ -адреномиметиком и обладающий местным сосудосуживающим действием. За счет этого эффекта происходит уменьшение выделения крови из геморроидальных узлов. Выраженное гемостатическое воздействие оказывает и местный препарат, содержащий алгинат натрия (натальсид). Эффект этого препарата обусловлен сокращением времени полимеризации фибрин-мономера на заключительном этапе свертывания крови.

Учитывая многообразие форм и стадий геморроя, оптимален индивидуальный подход.

У большей части пациентов с геморроем имеется синдром раздраженного кишечника (СРК) – чаще всего в виде запоров, т.е. этим пациентам показано целенаправленное лечение. Оно заключается в применении гидрофильных коллоидов (отруби пшеничные), ферментных препаратов (креон, панзинорм), эубиотиков (дюфалак, бактисубтил, линекс) и прокинетики (дебридат, дицетел, лактулоза). Лечение СРК – непременное условие для эффективности профилактики и успешного лечения любых форм геморроя.

### Местная терапия

Местное лечение геморроя, особенно в его острой стадии, направлено прежде всего на ликвидацию БС и, естественно, воспаления и тромбоза геморроидальных узлов. Выбирая препараты для местного лечения острого геморроя, необходимо учитывать доминирующие симптомы (боль, воспаление, его распространенность, кровоточивость), применяют именно те препараты, которые направлены на ликвидацию этих проявлений. Мазевые аппликации, как и суппозитории, назначают 2 раза в день, как правило, после стула.

Тромбоз геморроидальных узлов, осложненных воспалением, – показание для назначения НПВП, комбинированных препаратов, содержащих обезболивающие, тромболитические и противовоспалительные компоненты. К препаратам этой группы относятся многие линименты, рассчитанные на комбинированное воздействие (ауробин, гепатромбин Г, прокто-

гливенол и др.). При тромбозе показано применение антикоагулянтов местного действия (гепариновая мазь, лиотон или линимент с троксерутином), а также нигепан, гепатромбин Г). Чаще всего тромбозы осложняются воспалительным процессом с его распространением на перианальную область и подкожную клетчатку. В этой ситуации одновременно с местными используются водорастворимые мази с выраженным противовоспалительным действием (левомеколь, левосин, мафенид).

Лечение должно носить комбинированный характер. Вместе с топическими препаратами назначают системную терапию в виде НПВП (диклофенак, ксефокам, целебрекс), обезболивающие (анальгин, баралгин) и флеботропные препараты комбинированного действия (Детралекс®).

### Фармакотерапия кровотечения

Один из основных симптомов геморроя – кровотечение. При этом необходимо оценить его активность, частоту, величину кровопотери и выраженность постгеморрагической анемии. В острой ситуации показано применение местной гемостатической губки из карбозохрома, состоящего из фибриногена и протромбина. Под действием тепла они преобразуются в фибринную пленку, блокирующую кровоточащие участки геморроидальных узлов. Возможно применение проктозана, натальсида или релифа. Это лечение сочетается с системной терапией флеботропными препаратами. Наибольшей доказательной базой среди современных флеботропных препаратов обладает Детралекс® – МОФФ. Нужно отметить, что все препараты на основе биофлавоноидов обладают плохой растворимостью в воде. В случае Детралекса проблема была решена с помощью микронизации – измельчения частиц препаратов струей воздуха, движущейся в центрифуге со сверхзвуковой скоростью. Благодаря подобному измельчению площадь соприкосновения частиц препарата со слизистой оболочкой желудочно-кишечного тракта значительно увеличивается и препарат быстро всасывается, что существенно повышает его клиническую эффективность и быстроту наступления эффекта. Эта особенность отличает Детралекс® от других диосминов. Более того, Детралекс® – единственный флеботропный препарат, содержащий комплекс флавоноидов. Это гесперидин, линарин, изороифолин, диосметин.

Такое сочетание позволяет усилить венотонизирующий эффект в результате потенцирующего действия компонентов.

Клиническая эффективность Детралекса при остром и хроническом геморрое связана с повышением тонуса вен, купированием воспалительной реакции. Различают следующие механизмы действия диосмина с гесперидином, обеспечивающие его клиническое действие при остром и хроническом геморрое:

- повышение тонуса вен;
- купирование воспалительной реакции;
- стимуляция венозного кровотока и оттока лимфы;
- устранение микроциркуляторных расстройств.

Результаты клинических исследований показали высокую эффективность МОФФ в лечении разных форм геморроя. Применение его при остром геморрое значительно уменьшает БС, воспалительный процесс, отек и кровоточивость. Так, в исследовании М.Соспит уже в первые 48 ч после приема Детралекса наблюдалось улучшение симптомов у 50% пациентов, а прием анальгетиков сократился в 2 раза.

В основе действия других флеботонических препаратов (диосмин, троксевазин, венорулон, троксерутин) лежат подобные процессы, но менее выраженные, чем при использовании препарата Детралекс®: повышение тонуса кавернозных тел, снижение проницаемости сосудистой стенки, улучшение метаболических процессов на тканевом уровне, блокада местных медиаторов воспаления и прямое гемодинамическое влияние на отток крови. Как гемостатический препарат можно

---

применять этамзилат натрия, а при выраженной анемии – кровозаменяющие препараты.

После ликвидации воспалительного процесса необходимо провести лечение, улучшающее репаративные свойства тканей. Солкосерил, актовегин (депротенизированный гемодериват темной крови, содержащий производные нуклеиновых кислот и низкомолекулярные пептиды) совершенствуют течение энергетически зависимых процессов обмена веществ в организме. Препараты улучшают снабжение организма кислородом и глюкозой, стимулируют активность ферментов окислительного фосфорилирования и улучшают микроциркуляцию в тканях.

Местным репаративным воздействием обладает по-стеризан в виде мазевой основы. Действие его основано на повышении местной резистентности тканей к воздействию патогенной микрофлоры.

### **Профилактика и лечение геморроя у беременных**

В ряде случаев, в том числе во время беременности, необходимо назначение флеботропных препаратов. К группам риска относятся пациенты с запорами, ведущие малоподвижный образ жизни, беременные женщины (II–III триместр). Вопрос о применении флеботропных препаратов во время беременности решается индивидуально. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении Детралекса у беременных. Данную информацию подтверждают и Российские клинические рекомендации по лечению заболеваний вен 2013 г. Кроме того, во время беременности и в послеродовом периоде можно использовать местный препарат натальсид, его основа – альгинат натрия, который получают из бурых морских водорослей. Альгинат натрия разрешен к применению у женщин любых сроков беременности.

Препараты флавоноидов хорошо переносятся пациентами. При этом возможен дискомфорт желудочно-кишечного тракта, особенно в начале лечения. Эти явления не требуют отмены препарата, а с продолжением лечения они, как правило, со временем проходят.

При сочетанном лечении тромбоза геморроидальных узлов с использованием местных препаратов нужно помнить об относительных противопоказаниях к применению гепаринсодержащих средств – нарушении свертываемости крови и возможном развитии незначительного кровотечения. Обычно оно купируется местными средствами. Применение комплексного лечения препаратами НПВП, особенно при их длительном употреблении, может вызвать развитие характерных для них побочных эффектов. Именно поэтому все-таки предпочтительно осуществлять местное использование этих препаратов, потому что при данной методике вероятность появления побочных эффектов значительно ниже, чем при системном применении.

Прежде всего системные и местные препараты, предназначенные для лечения геморроя, противопоказаны при наличии указаний в анамнезе на развитие аллергических реакций и непереносимость этих препаратов или их компонентов. Относительные противопоказания к применению гепаринсодержащих средств – нарушения свертываемости крови.

В I триместре беременности противопоказаны прежде всего НПВП и глюкокортикоиды как в системной терапии, так и при местном применении, а также системные препараты для лечения геморроя. Во II–III триместре, послеродовом периоде, во время кормления грудью возможно ограниченное системное и местное применение препаратов с учетом соотношения риск/польза.

Комбинированная фармакотерапия, проводимая при остром или хроническом геморрое, сопровождается длительным положительным эффектом, но возобновление запоров и нарушение диеты могут вызвать очередное обострение. Именно поэтому необходимо проводить профилактику геморроя в виде 1,5–2-ме-

---

сячных курсов, 2 раза в год применять комбинированные флеботонические препараты (Детралекс®) по 2 таблетки однократно в течение 2 мес.

Таким образом, выбор метода консервативного лечения геморроя в зависимости от выраженности симптоматики и одновременное применение системного и местного лечения позволяют достаточно эффективно купировать острые процессы, уменьшить число обострений и предупредить их развитие.

*Список использованной литературы*

1. Воробьев ГИ, Шельгин ЮА, Благодарный ЛА. Геморрой. 2-е изд, перераб. и доп. М., 2010; с. 191.
2. Вовк ЕИ. Рациональная фармакотерапия – фактор успешного лечения геморроя. Рус. мед. журн. 2002; 10 (2): 73.
3. Лекарственные препараты в России. Справочник ВИДАЛЬ. М.: АстраФармСервис, 2010; с. 832.
4. Шельгин ЮА, Благодарный ЛА. Справочник по колопроктологии. М.: Литера, 2012.