

Сучасні підходи до ведення гемороїдальної хвороби: рекомендації Французького товариства проктологів

Розуміння причин виникнення порушення венозного кровообігу, а також знання тих процесів, що призвели до появи симптомів гемороїдальної хвороби (ГХ), може надати основний напрямок лікуванню цієї патології. Особливо важливо зрозуміти, що венозна недостатність не є окремо взятою патологією, а визначає ступінь порушення венозного кровотоку при варикозному розширенні вен, ГХ, посттромботичному синдромі, мальформації вен. У статті представлені оновлені рекомендації ведення пацієнтів із ГХ на основі гайдлайну Французького товариства колопроктологів (The French Society of Coloproctology, Societe nationale francaise de coloproctologie, Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report), 2016).

ГХ – поширене захворювання. Це патологічне збільшення зовнішніх та/або внутрішніх гемороїдальних вузлів (ГВ), що може супроводжуватися випадінням їх за межі анального каналу та виділенням крові. Посідає четверте місце серед усіх захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Основні механізми розвитку ГХ – судинний та механічний. Гемодинамічний фактор проявляється у вигляді періодичної дисфункції регуляції судинного тону артерій та кавернозних вен, що призводить до поступового збільшення судинних сплеть у ділянці анального каналу. За рахунок збільшення надходження артеріальної крові до ГВ та відтоку по розширених відвідних венах відбувається розвиток системи венозних анастомозів. Підвищення тиску веде до гіпертрофії і подальшого витончення стінок артерій і вен, що супроводжується їх розривом і, як наслідок, гемороїдальною кровотечею. Збільшення ГВ призводить до поступового порушення роботи м'язів і зв'язок, які утримують їх усередині прямої кишки та анального каналу. Постійне розтягнення м'яза Трейтца та зв'язки Паркса, зменшення їх еластичності призводить до випадіння гемороїдальних сплеть із порушенням їх анатомічного розташування. Сьогодні лікування ГХ складається з комплексу консервативних заходів, малоінвазивних та хірургічних методів лікування або поєднання цих методів.

SNFCP розробило оновлені рекомендації щодо лікування ГХ, які засновані на наукових даних останніх років. Враховуючи, що геморої – доброякісний стан із неспецифічними симптомами, ключовою метою медикаментозного лікування є полегшення симптомів. Загальні принципи лікування ГХ включають:

- місцеве лікування – супозиторії, креми або мазі, що містять кортикостероїди, анестетики, лубриканти та венотоніки;
- модифікатори роботи ШКТ, призначені для регулювання консистенції або частоти випорожнень (харчові волокна, осмотичні проносні засоби, засоби, що сповільнюють пасаж кишкового вмісту);
- флеботоніки, включаючи діосмін, троксерутин, похідні гінкго білоба та гідроксипілюлози;
- нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), які знімають біль і запалення, периферичні та центральні анагетіки для зняття болювого синдрому, кортикостероїди для зняття запального процесу високої інтенсивності.

У короткостроковій перспективі ведення пацієнта з ГХ місцеве лікування за допомогою мазей, кремів та супозиторіїв значно зменшує симптоми (рівень доказовості (РД) 2). Натомість їх довгострокова користь не була продемонстрована. Однак їх рекомендовано призначати при гострих проявах ГХ (ступінь 2, В). Харчові волокна самостійно або в складі продуктів, багатих на клітковину, у довгостроковій перспективі вдвічі зменшують ризик розвитку кровотечі та рецидиву симптомів патології (РД 2). Їх рекомендовано вживати для уникнення та полегшення гострих епізодів ГХ і запобігання рецидивам (РД 2, В). Серед системних препаратів при гострих симптомах внутрішньої ГХ ефективними є флеботоніки (РД 1). Вони також знижують ризик рецидиву симптомів через 6 місяців. Рекоменується призначати їх для короткочасного застосування при гострих проявах ГХ (кровотечі та болю; РД 1, А) та для профілактики рецидиву в майбутньому.

Остаточні наукові дані щодо оцінки НПЗП, кортизолу та його похідних або центральних і периферичних анагетиків для лікування ГХ відсутні. Тим не менш, їх рекомендується призначати як симптоматичну терапію при болювому синдромі, спричиненому тромбозом ГВ (переконлива експертна згода ЕА1). Незважаючи на відсутність фіксованих даних щодо ведення ГХ, комбіноване призначення

ліків поширене в медичній практиці. При тромбозі ГВ рекомендовано лікування НПЗП, анагетиками, регуляторами пасажу кишкового вмісту, препаратами місцевої дії та флеботоніками. При внутрішній ГХ рекомендовано лікування, що включає регулятори пасажу, місцеві препарати та флеботоніки. НПЗП і анагетіки можуть бути додані для зняття болю (переконлива експертна згода ЕА2).

Експерти відзначають, що препарати для місцевого застосування і флеботоніки найкраще переносяться пацієнтами в ракурсі ефективності та безпеки. У випадках наявності ускладнень, таких як анальна тріщина, для лікування можна використовувати комбінацію місцевих та проносних засобів. При запальних захворюваннях кишечника (ЗЗК) лікування цієї патології має бути пріоритетним, ніж лікування ГХ. У вагітних і породіль регуляція моторики кишечника може знизити ризик розвитку ГХ. Відповідно до рекомендацій Довідкового центру тератогенних агентів (CRAT), призначення місцевих, проносних засобів, парацетамолу для лікування ГХ у вагітних і жінок, що годують грудьми. Натомість перед призначенням НПЗП, кортикостероїдів або анагетиків слід ознайомитися з останніми даними CRAT щодо співвідношення профілю безпеки/ефективності. У дітей можливе призначення місцевих і проносних засобів, а при тромбованих ГВ – НПЗП. При застосуванні антиагрегантів або імуносупресивних препаратів немає необхідності змінювати місцеве або загальне медикаментозне лікування ГХ.

Інструментальне лікування ГХ включає фізичні методи лікування внутрішньої ГХ, що призводить до кровотечі з прямої кишки, але варто зазначити, що тромбоз зовнішніх і/або внутрішніх ГВ не є показанням до інструментального лікування. Загальні принципи інструментальних методів лікування полягають в тому, щоб викликати фіброзні зміни тканин на верхівці внутрішнього гемороїдального сплетення. Незалежно від того, яка техніка використовується, перевагу слід надавати одноразовим методикам. На сьогодні визнані 3 основні інструментальні методи лікування ГХ, підтверджені в літературі: це інфрачервона фотокоагуляція, лігування гумовою стрічкою та склеротерапія.

Лігування гумовою стрічкою, інфрачервона фотокоагуляція та склеротерапія рекомендовані у випадках кровотечі внаслідок геморою I та II ступеня або після неефективності медикаментозного лікування (РД 1, ступінь А). У короткостроковій перспективі ефективність цих трьох інструментальних методик порівнянна при ГХ I та II ступеня зі зникненням симптомів у 70-90% випадків. Лігування гумовою стрічкою більш ефективне, ніж інфрачервона фотокоагуляція і склеротерапія, у випадках пролапсу і вимагає меншої кількості сеансів (РД 2). При пролапсі II ступеня лігування гумовою стрічкою ефективне у двох із трьох випадків. Лігування можна рекомендувати при локалізованому або помірному пролапсі ГВ перед визначенням необхідності хірургічного лікування (РД 2, ступінь В). У випадках пролапсу III ступеня гемороїдектомія та гемороїдопексія більш ефективні, ніж лігування гумовою стрічкою, і перевагу слід надати саме цим методам (РД 1, ступінь А). Лігування не рекомендується у випадках циркулярного пролапсу III та IV ступеня (РД 2, ступінь В). Встановлено, що виконання трьох лігувань за 1 сеанс дає результати, порівнянні з результатами трьох лігувань за 3 послідовні сеанси (РД 1, клас А). Немає консенсусу щодо необхідності систематичної антибіотикопрофілактики у випадку використання гумової лігатури або проведення склеротерапії (експертна згода ЕА3). Однак це виправдано для пацієнтів із високим ризиком інфікування: пацієнтів із цукровим діабетом, з ослабленим імунітетом на тлі вродженої патології чи використання імуносупресорів. Протипоказанням

для інструментального лікування є активні ЗЗК та періанальне нагноєння. У випадках вагітності або тяжкої імуносупресії лігування гумовою стрічкою та склеротерапія протипоказані (переконлива експертна згода ЕА4). Згідно з даними, інструментальне лікування має низький ризик кровотечі. Хірургічне лікування слід запропонувати після неефективності медикаментозного лікування та/або після інструментального лікування, якщо дотримані всі необхідні рекомендації.

Резекція ніжок гемороїдальної тканини, або гемороїдектомія, є традиційним хірургічним методом лікування ГХ. До інноваційних методів відносять термофузію та ультразвуковий скальпель. Паралельно розвиваються нові уявлення про хірургічне лікування внутрішньої ГХ зі збереженням гемороїдальної тканини. До них відносяться гемороїдопексія циркулярним степлером, або процедура Лонго, перев'язка гемороїдальних артерій під контролем Доплера (DGHAL) і мукопексія. Загалом, гемороїдопексія, DGHAL і мукопексія повинні використовуватися лише для лікування внутрішньої ГХ. Для проведення інструментальних методів лікування ГХ не потрібно переривати прийом аспірину. Інші антиагреганти, антикоагулянти та тяжка коагулопатія підвищують ризик кровотечі, натомість консервативне лікування не залежить від прийому системних препаратів та має високі показники ефективності на будь-якій стадії розвитку захворювання як самостійна терапія, так і при комбінованому лікуванні ГХ.

Флеботропні препарати є групою біоактивних речовин, отриманих шляхом хімічного синтезу або переробки рослинної сировини. Венотонік на основі діосміну – це флавоноїдний глікозид, отриманий з гесперидину. В Україні він представлений препаратом Флебодія французької компанії Laboratoire Innotech International. Це капіляростабілізуючий засіб, венотонік та ангіопротектор, який покращує венозний відтік, підвищує резистентність судин і знижує їхню проникність, чинить протинабрякову та протизапальну дію.

Лікування ГХ передбачає підтвердження діагнозу, купірування симптомів, а також оволодіння різними альтернативними методами лікування цієї патології. Медикаментозне лікування завжди повинно пропонуватися як терапія першої лінії; цього може бути достатньо при гострих станах і при ГХ I і II ступеня. Інструментальне лікування рекомендується у разі неефективності медикаментозного або як негайне лікування при локалізованих пролапсах III ступеня. Натомість хірургічне лікування слід запропонувати у разі неефективності медикаментозного та інструментального або невідкладно при поширеному пролапсі. Призначення флеботропних препаратів як самостійної терапії при ГХ I-II ступеня, у складі комбінованої терапії, а також для профілактики ускладнень у післяопераційному періоді неодноразово демонструвало свою ефективність.

Реферативний огляд статті <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187878861600031X>

Підготувала Катерина Пашинська



Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу ФЛЕБОДІА 600. Склад: 1 таблетка містить діосмін, що відповідає 600 мг діосміну безводного чистого. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Ангіопротектори. Капіляростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Код АТХ C05C A03. **Показання.** Комплексне лікування функціональних станів, що супроводжуються підвищеною проникністю капілярів. Лікування симптомів венозної та лімфатичної недостатності, в тому числі: відчуття важкості в ногах, набряку, болі та трофічних розладів. Лікування функціональних симптомів гострого геморою. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу. **Спосіб застосування та дози.** При венозній та лімфатичній недостатності: 1 таблетка на добу під час прийому їжі. Тривалість курсу лікування визначає лікар залежно від перебігу захворювання. Перші симптоми зникають після першого місяця лікування. Лікування може продовжуватися від 1 до 6 місяців. Середня тривалість лікування становить 2-3 місяці. При гострому геморої: 2-3 таблетки на добу під час прийому їжі протягом 7 днів. Якщо після лікування симптоми геморою не зникають, слід звернутися до лікаря для корекції лікування. Максимальна добова доза - 1800 мг (3 таблетки). **Побічні реакції.** З боку шлунково-кишкового тракту: часто (>1/100 <1/10): біль у животі; нечасто (>1/1000 <1/100): здуття живота, діарея, диспепсія, нудота; рідко (>1/10000 <1/1000): блювання. З боку шкіри та підшкірної клітковини: нечасто (>1/1000 <1/100): алергічні реакції, такі як висип, свербіж, кропив'янка, ангіоневротичний набряк. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Виробник.** Іннотера Шузї, Франція/Innotech Shouzy, France. **Регістраційне посвідчення.** № UA/8590/01/01 згідно Наказу МОЗ України 01.08.2018 № 1422. **Дата останнього перегляду.** 06.08.21. Під назвою Флебодія мається на увазі Флебодія 600, таблетки вкриті плівковою оболонкою. Інструкція представлена в скороченому вигляді. Повний текст інструкції дивись в Державному реєстрі лікарських засобів (<http://www.drz.com.ua>)

ФЛЕБОДІА 600 - ФРАНЦУЗЬКИЙ ФЛЕБОТОНІК, ЯКОМУ ДОВІРЯЮТЬ У БІЛЬШ НІЖ 60 КРАЇНАХ СВІТУ!



Флебодія

600 мг ДІОСМІН

2-3 ТАБЛЕТКИ
НА ДЕНЬ
ПІД ЧАС ЇЖІ⁽³⁾



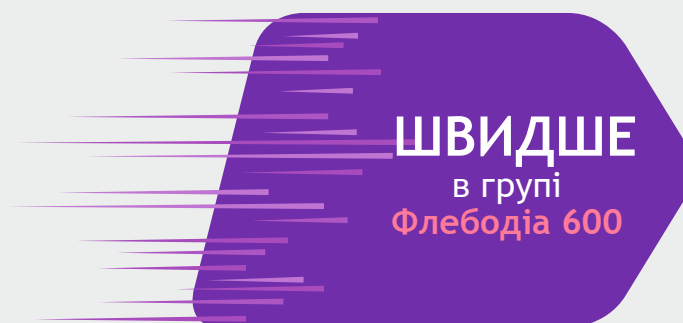
ЕФЕКТИВНЕ ЗМЕНШЕННЯ БОЛЮ ТА НАБРЯКУ⁽¹⁾

Флебодія 600 статистично
значуще зменшує
симптоми гострого
геморою



ШВИДКЕ ЗМЕНШЕННЯ БОЛЮ⁽¹⁾

Зникнення на 3-й день



ШВИДКЕ ЗМЕНШЕННЯ КРОВОТЕЧІ⁽²⁾



3/4
пацієнтів*
без кровотечі
через 3 дні!

*77% пацієнтів



Представництво «Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ» в Україні,
01001, м. Київ, вул. Мала Житомирська/Михайлівська, буд. 6/5.

ФЛЕБОДІА 600

Склад: 1 таблетка містить діосмін, що відповідає 600 мг діосміну безводного чистого. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Фармакотерапевтична група. Ангіопротектори. Капіляростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Код АТХ C05C A03. Показання. Комплексне лікування функціональних станів, що супроводжуються підвищеною проникністю капілярів. Лікування симптомів венозної та лімфатичної недостатності, в тому числі: відчуття важкості в ногах, набряку, болі та трофічних розладів. Лікування функціональних симптомів гострого геморою. Протипоказання. Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу. Спосіб застосування та дози. При венозній та лімфатичній недостатності: 1 таблетка на добу під час прийому їжі. Тривалість курсу лікування визначає лікар залежно від перебігу захворювання. Перші симптоми зникають після першого місяця лікування. Лікування може продовжуватися від 1 до 6 місяців. Середня тривалість лікування становить 2-3 місяці. При гострому геморої: 2-3 таблетки на добу під час прийому їжі протягом 7 днів. Якщо після лікування симптоми геморою не зникають, слід звернутися до лікаря для корекції лікування. Максимальна добова доза - 1800 мг (3 таблетки). Побічні реакції. З боку шлунково-кишкового тракту: часто ($\geq 1/100 < 1/10$): біль у животі; нечасто ($\geq 1/1000 < 1/100$): здуття живота, діарея, диспепсія, нудота; рідко ($\geq 1/10000 < 1/1000$): блювання. З боку шкіри та підшкірної клітковини: нечасто ($\geq 1/1000 < 1/100$): алергічні реакції, такі як висип, свербіж, кропив'янка, ангіоневротичний набряк. Категорія відпуску. Без рецепта. Виробник. Іннотера Шузі, Франція/Innothera Chouzy, France. Реєстраційне посвідчення. № UA/8590/01/01 згідно Наказу МОЗ України 01.08.2018 № 1422. Інструкція представлена в скороченому вигляді. Повний текст інструкції дивись в Державному реєстрі лікарських засобів (<http://www.drz.com.ua>).

Матеріал для розповсюдження в рамках спеціалізованих семінарів, конференцій, симпозіумів з медичної тематики та у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників.

1. M. Chauvenet, M. Libeskind - Intérêt de la diosmine d'hémisynthèse dans la poussée hémorroïdaire aiguë. Revue française de gastro-entérologie, 1994 ;303:642-7.

2. D. Kecmanović, M. Pavlov, M. Ceranić, A. Sepetkovski, P. Kovacević.

3. A. Stamenković - The use of PHLEBODIA in the management of bleeding non prolapsed haemorrhoids. Acta Chir Iugosl. 2005;52(1):115-6. Summary of product characteristics: Phlebodia 600 mg film-coated tablet.

4. Periodic safety update report for diosmin, page 3, data lock point on 31-Jul-2021.