

# Гемороїдальна хвороба: диференційований підхід в загальній практиці

Проф.Чернявський Володимир Володимирович.  
НМУ імені О.О.Богомольця, кафедра внутрішньої медицини №1,  
Гастроцентр «Олімед»  
м. Київ

# Термінологія

**Геморой** – це збільшена (гіпертрофована) артеріо-венозна кавернозна тканина підслизового шару анального каналу та параректальної клітковини.

**Гемороїдальна хвороба** – хронічне захворювання, зумовлене збільшенням артеріо-венозної кавернозної тканини підслизового шару анального каналу та параректальної клітковини, що призводить до появи симптомів, які порушують якість життя та ускладнень.

**Терміни є співіснуючими та взаємозамінними**

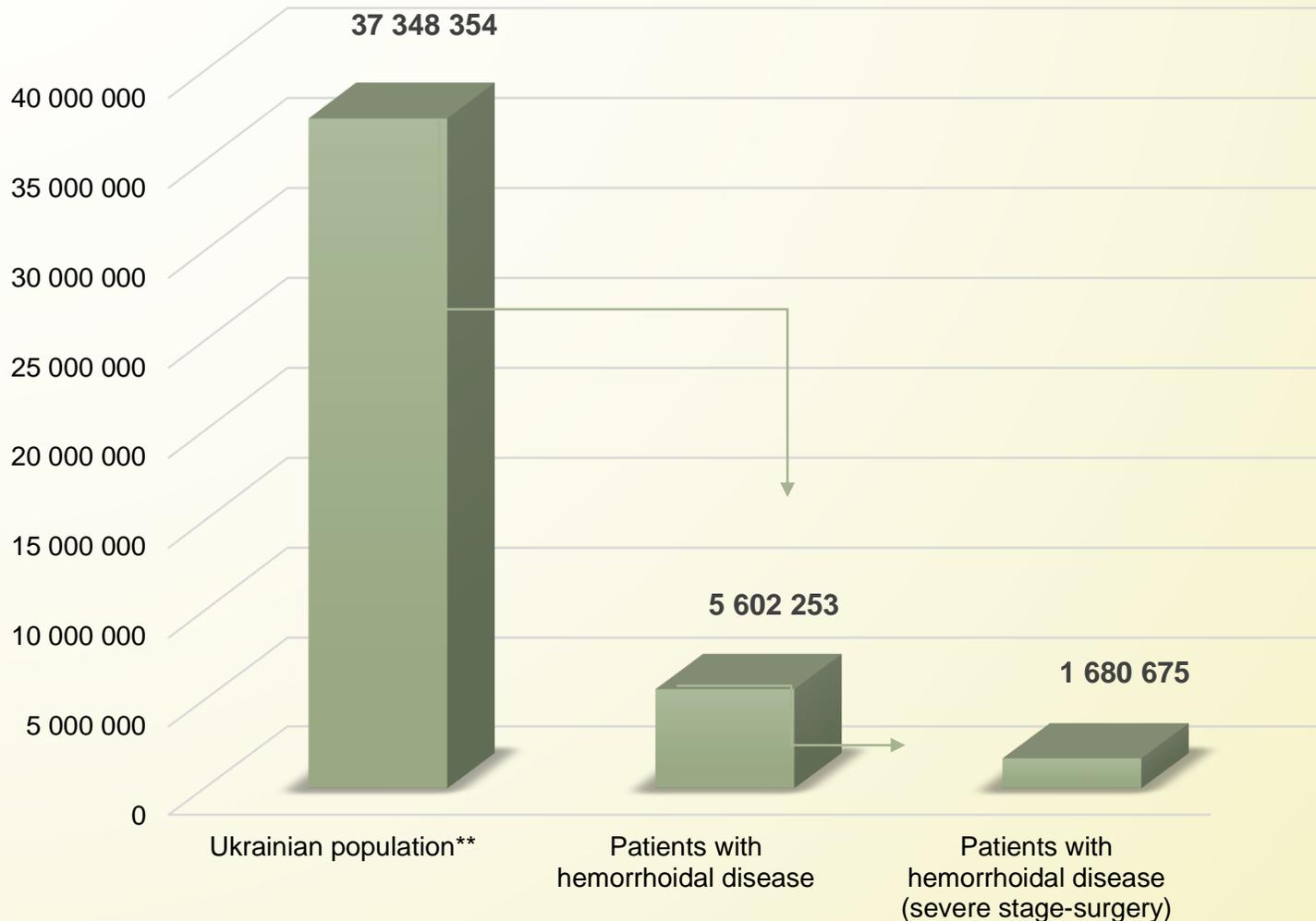
# Типовий випадок з практики

**Чоловік, 36 років** звернувся на консультацію зі скаргами на здуття живота, неоформлені випорожнення (тип 5) зі значною кількістю газів, біль помірної інтенсивності та свербіж в задньому проході та перианальній ділянці, які виникли напередодні. Можливим провокуючим чинником називає вживання алкоголю і переїдання за день до появи симптомів.

**Анамнез.** До даного епізоду відзначав схильність до закрепів - випорожнення 1 раз на 2 дні, переважно з ускладненнями, тип калу за Бристольською шкалою - 2. Домішки крові на туалетному папері періодично відмічав протягом останніх 2 років. Останній рік відмічав періодичне випадіння вузла при дефекації, незначний свербіж в задньому проході. Посилення симптомів після вживання алкоголю, гострої, смаженої їжі. За професією - підприємець, більшу частину робочого дня - за кермом автомобіля. Хворів на пептичну виразку ДПК - після успішної ерадикації *H. pylori* в 2006 р. рецидивів не спостерігалось, скарг немає.

**Сімейний анамнез** - пептична виразка у батька, ГПМК у матері, за ШКТ не обтяжена, алергологічний анамнез не обтяжений. Палить 15-20 цигарок на добу, алкоголь 2-3 рази на тиждень в межах 200 мл горілки чи коньяку.

# Епідеміологія гемороїдальної хвороби в Україні



Геморой виявляють у 10-15% дорослого населення, а його питома вага серед захворювань прямої кишки становить 42%.

За даними провідних колопроктологічних центрів, хірургічному лікуванню підлягають близько 30% хворих на хронічний геморой.

Крупномасштабне міжнародне дослідження оцінювало особливості та лікування хворих на геморой. Дані співпадають з даними українських публікацій. Поширеність геморою становила 11% (тобто 1 725 з вибірки 16 015); більшість респондентів мали захворювання низького ступеня тяжкості (71%). Порівняно із загальною популяцією, учасники з гемороєм мали більше супутніх захворювань (у середньому 3,1 проти 1,3)\*.

\* <https://health-ua.com/article/18428-suchasna-dagnostika-ta-lkuvannya-hronchnogo-gemoroyudosvd-koloproktologchno>

\* <https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/cer-2020-0159>

\*\* [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2021/zb/05/zb\\_chuselnist%202021.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/05/zb_chuselnist%202021.pdf) станом на 1 січня 2021 року та мінус людей, що виїхали закордон

# Поширеність симптомів НЕМО-ДЕТЕСТ study\*

МІДЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ  
ЛЕКЦІЯ

## Геморої: відверта розмова на делікатну тему

За результатами Проктологічної online-школи

Геморої – делікатна проблема, що часто залишається на задньому плані й замовчується хворими. Зазвичай вони звертаються до проктолога на пізніх стадіях захворювання, коли скарги стали нестерпними чи зумовили ускладнення.

Роль сімейного лікаря у сучасній діагностиці та лікуванні пацієнта з гемороєм складно переоцінити. Саме сімейний лікар поінформований про сукупуючу патологію, історію життя й діяльність хворого; обстежує стосовно того, що лікує вчора: смажжово картопельною а шашлику – давня традиція в родині пацієнта, а стіль його життя з 8-годинною роботою в офісі вказує на можливі причини як ерукційний. Обравши того, саме сімейний лікар має слідкувати за проведеним профілактичним комплексом (рекомендується виконувати кожні 3 роки у віці після 40 років) і в разі першого нервового контакту з пацієнтами, котрі мають симптоми геморою.

Незавдяки на промовистій підтримці ГОУ «Сімей Україна» був реалізований успішний проект, проващений патологією етіологічної, патогенезу, діагностики, диференційної діагностики та лікування геморою. Проктологія школа для лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Серія онлайн-семінарів, де можна було отримати практичні поради, що базувалися на науковому підґрунті, відбулася 5, 12 та 19 листопада. Асистент кафедри хірургії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), хірург, проктолог вищої кваліфікаційної категорії, кандидат медичних наук Володимир Савчук Андрійчук (спікер лекцій) у форматі спільноти/відповідей чітко описав межі компетенції сімейних лікарів у лікуванні геморою, звернувши увагу на принципи консервативної терапії й суцільну можливість оперативних втручань.

### Чому та як з'являється геморої?

Геморoidalна тканина – норма чи патологія?

Насамперед варто зупинитися на анатомії й особливостях будови анального каналу, що є постійно частинною промислової (ПК). Попри свою назву, ПК анатомічно має кілька сегментів у фронтальній і сагітальній площинах. Слизова оболонка ПК відіграє складну роль у регулюванні кровотоку й анального каналу. ПК характеризується інтенсивним кровообігом; у веноних сплетених органів малога тиску істотно менше, а кровозаповнення цієї дистальної відділу відбувається під внутрішньо-артеріальною тиском з відтоку крові з проксимальних структур.

В анальному каналі під впливом об'ємного тиску відбувається різноманітне внутрішньогеморoidalне тиску, котрі знаходяться безпосередньо анатомічної анальної каналу, а нові розширюються новими геморoidalними тканинами. Геморoidalна (внутрішня) тканина фіксується в анальному каналі. На жаль, нових систем розташованих м'яз Трейца, що бере участь у її функціонуванні.

Різними вказує, що геморoidalна тканина – це розширення вен анального каналу. Наряди доводять, що вона являє собою вазорепну тканину, котра складається з:

- веноних синусів;
- сприйнятливих артерій;

- артеріальної крові;
- м'язів Паркса, м'яз Трейца (мають підтримувальну функцію й забезпечують повернення до вихідного стану до та після дефекації).

Надає міцну відпору на запалання шлочної тиску, сімейні геморoidalні вузли (ГВ) у людини, складає. ГВ розташовані переважно у вигляді 3 вузликів у відносно віддаленій (у чоловіків у проєкції 3, 7, 11 го уrogenого андріабла).

Навність геморoidalної тканини – варіант норми, що не показує до втручання й не потребує профілактичного вживання. Геморoidalна тканина має герметичну функцію, захищає від механічного ушкодження й функції. Через загрози гемороїт проявляє пацієнта до лікаря й за умови адекватного обстеження дозволяє встановити проксимальну діагносту.

Гемороєм називають структурно-функціональні порушення з боку геморoidalної тканини, що проявляється клінічно (біль, кровотеча, свербіж тощо). При наявності хвороби говорить тільки тоді, коли симптоми турбують пацієнта.

### Чи передається геморої «у спадок»?

Серед факторів, які сприяють розвитку до появи геморою, – неправильне харчування, недотримання гігієни, підвищена/низька фізична активність, слабкість сполучної тканини, підняття тягарів у малому тиску (включно з наявністю пухлин, закрива, океріація, вагітності, підняття важких предметів), запальні процеси, патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

### Як свідчать про геморої?

Діагностування геморою, що поширеність факторів ризику обидвома у загальному епідеміологічному дослідженні НЕМО-ДЕТЕСТ (2018-2019): усвідомлюється слабкість сполучної тканини (понад половина обстежених із гемороєм мали сполучну геморoidalну кровотечу), 57% – запальні ШКТ, 57% мали рудиса, а 38% – страждали від закрива.

Як свідчать про геморої? Існує 2 теорії патогенезу геморою. Відповідно до судинної теорії, геморoidalна тканина звільняється, адже приток крові перевищує відток. Проксимальні геморoidalні вузли звільняються, що нові симптоми зумовлюють порушення цілісності структури, які підтримують геморoidalну тканину. На думку спікера, в більшості хворих задані обидва механізми.

Класифікація геморою: можливі варіанти Гемороїт може бути хронічним і гострим (гострий тромбоз ГВ). Стадії хронічного геморою: 1 – відсутні випадання вузлів (якщо спостерігається відчуження свугу, крові, свербіж);

- 2 – є випадання ГВ, вони виправляються самостійно;
- 3 – вузол випадає внаслідок при нагукуванні, дефекації, виправляється руками;
- 4 – вузол не виправляється.

### Зовнішній вигляд ГВ при різних стадіях може суттєво відрізнятися.

Стадії гострого тромбозу ГВ: 1 – спостерігається однокільний ГВ у вигляді горбика чи вазосилона, вказується тканина без ознак запалання; 2 – тромбоз одного чи декількох ГВ з набряком периферіальних тканин, виправляється болем під час дефекації; 3 – тромбоз і набряк ГВ (у чоловіків – набряк відносно віддаленої клітинки) й периферіальні ділянки, ускладнене виконання шкіри; дефект анартерії може спостерігатися ризик гнійних процесів, паранатит.

Виявляються вторинний гемороїт, який з'являється на тлі гепатозу, кардіологічної тощо.

### Клинічна картина геморою: ознаки сімейний лікар може самостійно діагностувати геморої?

Що це свід, звернувши увагу при опитуванні пацієнта з підозрою на геморої? Опитування пацієнта з анамнезу життя пацієнта, свід звернувши увагу на звички, способу життя (сидячий, активний), зі значним навантаженням, характер харчування (вживання алкоголь, гострої, жарної, смажжово їжі), кількість харчових порцій у їжі, кількість рідкої їжі, попередню хворобу в туалеті (чоловік та тривалість сідання на туалеті, гігієна промивання, закрива/діарія) та, звичайно, оцінювати динаміку симптомів.

### Як клінічна картина геморою?

Самітими хронічного геморою: • кровотеча під час акту дефекації (червоною кров'ю); • кровотеча геморoidalної тканини; • відчуження свугу; • свербіж проксимально;

• дискомфорт; • наявність свербіжних спадко; • наявність болю (якщо хворий скарги жартує на біль у задньому проході, потрібно шукати іншу причину).

Як свідчать результати українського епідеміологічного дослідження НЕМО-ДЕТЕСТ (2018-2019), найпоширенішими ознаками скаргами при зверненні хворих із гемороєм до проктолога були біль (80%), свербіж (80%), набряк (59%), випадання вузлів (49%), кровотеча (43%), забруднення спідньої білизни (14%), нетримання калу (1%). Спікер зазначив: висока поширеність болю серед пацієнтів (звернувши увагу, що біль у разі хронічного геморою відсутній!) показує на наявність гострого тромбозу ГВ і виправляється трактуванням симптомів. Зокрема, частота опитуваних класифікувала дискомфорт у задньому проході як болю відчуження.



В.С. Андрієв

Кровотеча на тлі геморою має низьку особливості: кров виділяється напруженої акту дефекації (всередині-червоною кров'ю), часто спостерігається розбірливість дрібними краплями, струмина кровотеча; іноді вона з'являється під час спроби свербіж в туалеті. Значний кровотеча не супроводжується болювими відчуженнями.

Симптоми гострого тромбозу ГВ: • гострий початок (з анамнезу – після різкого вступування, відносно важких предметів, порушення дієти); • виражений біль протягом 3-5 днів у разі неускладненого перебігу; • відчуження розпирання; • викривлення м'якушів (випукоток – набряк анартерії над ГВ); • спонтанне одужання (до 3 тиж); • можливі ускладнення (наприклад, гострий паранатит).

Діагностика при підозрі на гемороїт дослідження слід проводити? До діагностичного мінімуму у разі лікаря на гемороїт відносять історію життя, що доступні сімейним лікарям: • історія життя пацієнта (спік пацієнта); • анамнез хвороби (включно з наявністю симптомів, подорожчати на біль, чи свербіж, чи випадання вузлів, набряк, кровотеча, забруднення спідньої білизни (якщо додатково рекомендований огляд у гігієні); огляд у дзеркало; анамнез (сімейне вживання їжі, доступна не жарко, ресторанолюбство); • фіброколоноскопія (бажана на наявності кровотечі, болю живота – пацієнтам віком від 40 років); • біопсія на наявність виразки або пухлин; • іригоскопія (хворим, які мають протипоказання до колоноскопії).

### Звернувши пацієнта зі скаргами з боку ПК – «трижильний діалог», який свідчить про необхідність стану ШКТ (особливо важливо).

В якому положенні слід проводити обстеження пацієнта? Існує декілька варіантів: на боці, в гігієнічному кріслі, в коліно-ліктьовому положенні. «Як є призначенням, в якому саме положенні оглядати хворого. Проте, базується на професійному досвіді, знанні пацієнта, що інформативнішим є огляд пацієнта в коліно-ліктьовому положенні, оскільки при цьому зона промислової більш розкривається. Бажано оглянути хворого й у положенні напруження, що дозволяє оцінити стан проксимальних відділів ПК, – зауважив спікер.

Під час дослідження ПК виконується в гумових рукавичках, а саме вказівним пальцем, попередньо вказівним інструментом до шкіри та слизової оболонки туфриваються, щоб уникнути пошкодження та травми калу. Потрібно

Як свідчать результати українського епідеміологічного дослідження НЕМО-ДЕТЕСТ (2018-2019)\*, найпоширенішими анальними скаргами при зверненні хворих із гемороєм до проктолога були:

- біль (80%),
- свербіж (60%),
- набряк (59%),
- випадання вузлів (49%),
- кровотеча (43%),
- забруднення спідньої білизни (14%),
- нетримання калу (1%).

Крупномасштабне міжнародне дослідження з кількістю респондентів 16 015\*\* відмічає, що поширеними початковими ознаками/симптомами були:

- біль (60%),
- кровотеча (47%),
- дискомфорт (43%).

Респонденти з геморою, які звернулися до лікаря, частіше проходили втручанням та приймали ліки.

# Патогенез гемороїдальної хвороби

- Артеріальне кровопостачання гемороїдальні вузли отримують з верхньої ректальної артерії, кінцеві гілки якої відкриваються в кавернозні сплетення. Місця розгалуження артерії відповідають проєкції годин 3,7, та 11 циферблату, в положенні хворого на спині.
- Кавернозні сплетення прямої кишки закладаються в процесі нормального ембріогенезу, вони є в усіх людей. За рахунок цих сплетень відбувається пом'якшення проходження калу через анальний канал та **здійснюється близько 15-20% функції анального тримання спокою за рахунок гідравлічного наповнення кров'ю та герметизації просвіту.**
- Особливістю будови кавернозних сплетень є відсутність розгалуження артерій на капіляри, а пряме сполучення з венулами. **Тобто має місце артеріо-венозне шунтування, чим і пояснюється ряд клінічних проявів геморою.**
- В основі патогенезу геморою лежить гіпертрофія кавернозних сплетень підслизового шару перехідної зони епітелію прямої кишки та наступне їх випадіння.
- Згідно судинної теорії, венозний стаз внаслідок недостатності клапанного апарату гемороїдальних вен призводить до тромбозу, розширення кавернозних вен, хронічного запального процесу, фіброзу та дистрофії м'язів що оточують кавернозні тільця.
- Згідно механічної теорії, недостатність сполучнотканинних волокон в зоні фіксації вузлів призводить до дистального зміщення вузлів та подальшої їх протрузії в анальний канал.

# Причини геморою

<b>Закреп</b>	пацієнт довго і сильно тужиться, щоб спорожнити кишечник, що призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску
<b>Дисфункція прямої кишки</b>	що викликає спазми внутрішнього сфінктера прямої кишки і необхідність частого, тривалого напруження при дефекації
<b>Порушення венозного кровообігу</b>	провокує застійні явища в судинах прямої кишки та формування вузлів
<b>Алкоголь, жирна їжа, гостра їжа</b>	розширюються судини, ускладнюється циркуляція крові, гемороїдальні вузли збільшуються і запалюються
<b>Вагітність</b>	підвищення внутрішньочеревного тиску призводить до порушення відтоку венозної крові та її застою у гемороїдальних сплетіннях

# Римські критерії IV функціонального закрепу

1. Повинні включати щонайменше 2 або більше з наступних ознак:

- Відчуття напруження більш ніж 25 % випадків
- Твердий кал, що відповідає 1 або 2 типу згідно з Брістольською шкалою більш ніж 25 % випадків (рис.1)
- Відчуття аноректальної обструкції більш ніж 25 % випадків
- Використання ручних методів полегшення дефекації (пальцева евакуації)
- Частота випорожнень менше 3 разів на тиждень

2. Послаблення стільця виникає рідко без застосування послаблюючих засобів

3. Недостатньо критеріїв щодо СПК

З тривалістю симптомів протягом останніх 3 місяців з початком симптомів щонайменше за 6 місяців.

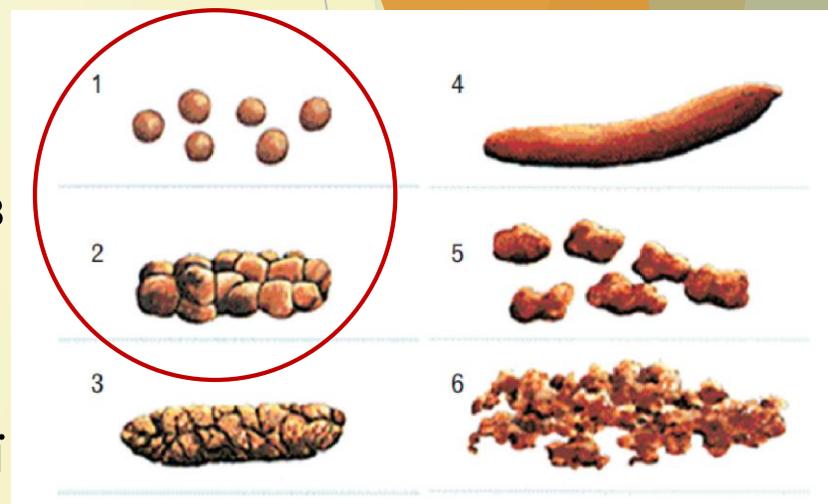


Рис.1 Брістольська шкала

# Класифікація геморою

Залежно від локалізації гемороїдальних вузлів



**Зовнішній**



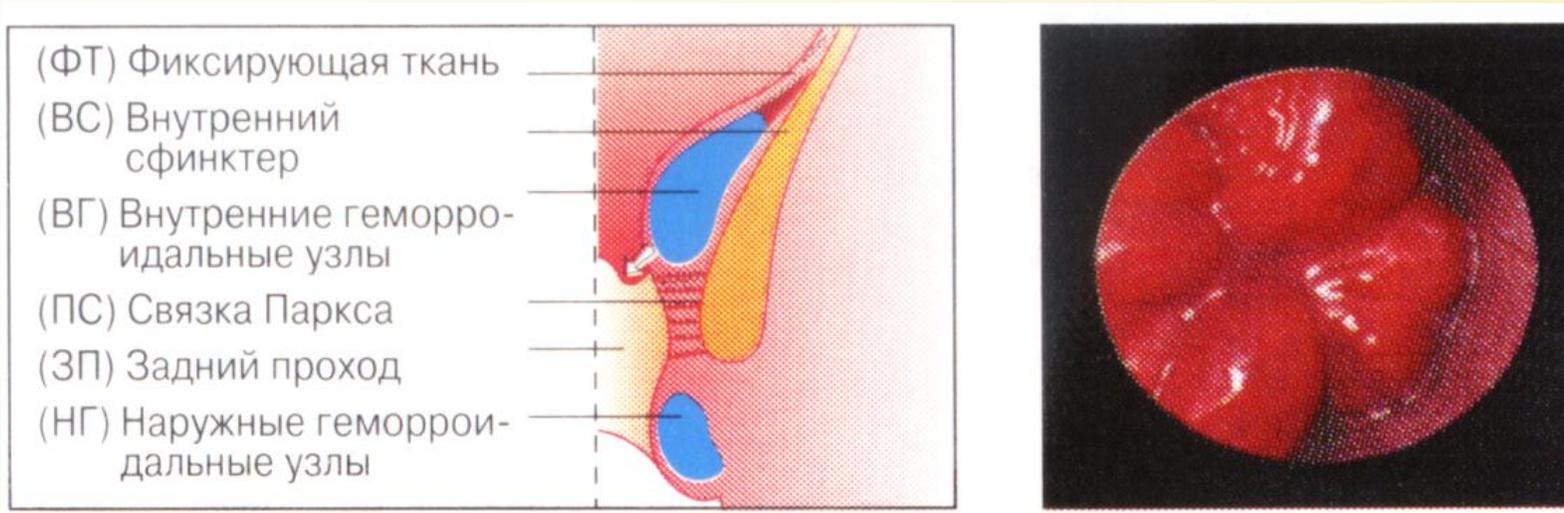
**Комбінований**



**Внутрішній**

# Стадії геморою

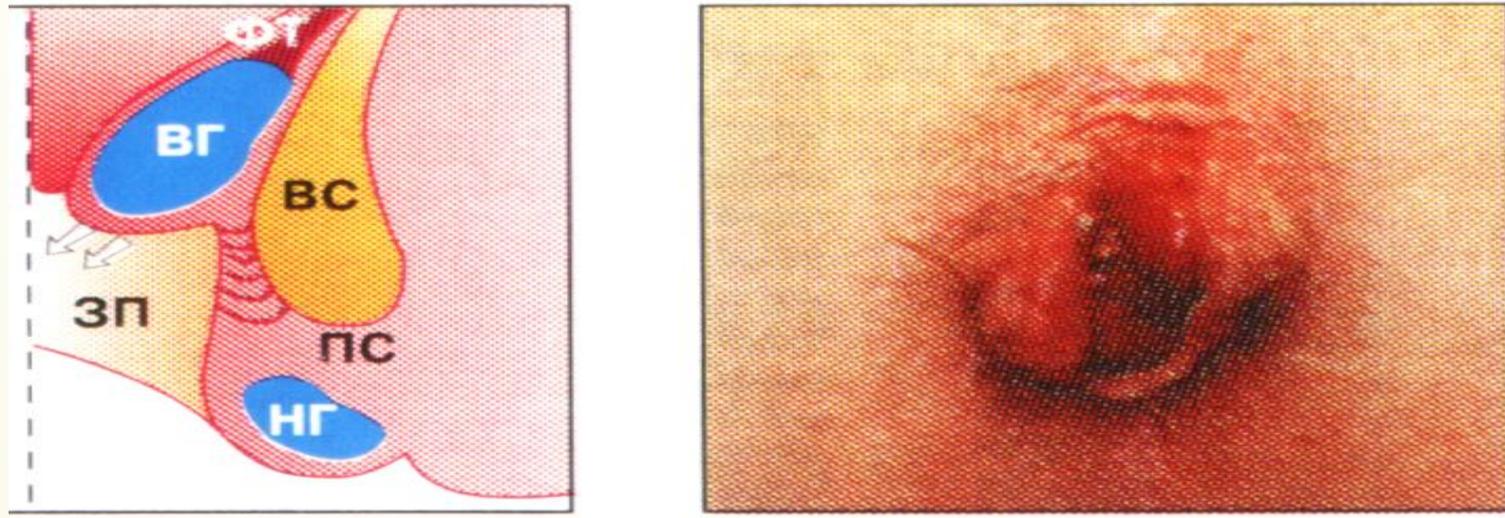
## I стадія



Розширення вен, травмування стінок слизової оболонки при утрудненій дефекації. Відчувається легке печіння і поколювання, можливо навіть не помітно крові, а може виявлятися гемороїдальною кровотечею.

# Стадії геморою

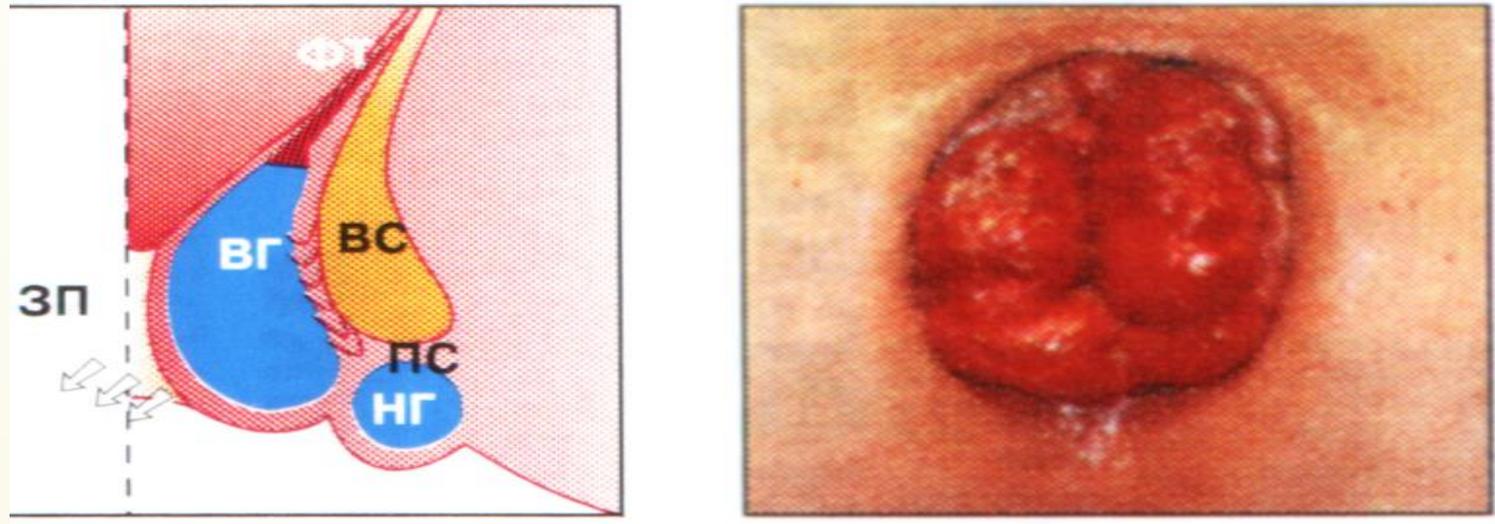
## II стадія



Розширені вени набухають, утворюючи вузли, які відчуються як стороннє тіло у кишці. Під час випорожнення травмуються та кровоточать. Вузли можуть вийти назовні при сильному навантаженні, **вправляються самостійно**. Людина відчуває біль під час дефекації.

# Стадії геморою

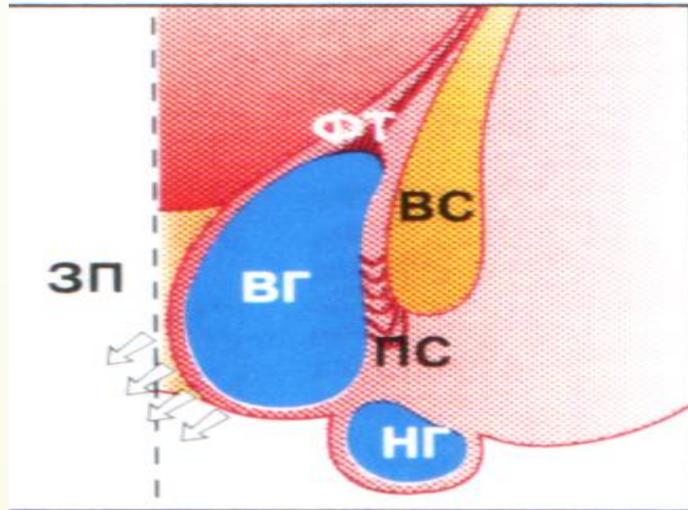
## III стадія



Вузли збільшені, завжди випадають навіть від найменшої фізичної активності, їх **доводиться постійно вправляти вручну**. У кишці з'являються тріщини, кровотечі посилюються.

# Стадії геморою

## IV стадія



Вузли неможливо вправити, вони сильно опухають, набувають червоно-синього відтінку. **Лише хірургічне втручання.**

# Симптоми «червоних прапорців»: підозра на органічну причину проблеми

- ▶ Підвищення температури
- ▶ Невмотивована втрата маси тіла
- ▶ Анемія
- ▶ Блювання
- ▶ **Домішки крові (!)**
- ▶ Вік > 50 років

**Додатково, до уваги сімейного лікаря:**

- ▶ Тривалість симптомів більше 2 тижнів
- ▶ Прискорене серцебиття, перебої в роботі серця, зміни артеріального тиску

# Диференційна діагностика крові в калі

## Яскраво червона

- Анальна тріщина (+ біль під час дефекації, часто після закрепів)
- Геморой (+ біль, зуд)
- Передозування антикоагулянтами (відсутність болю)
- Проктит (інфекційний, травматичний)

## Дьогтеподібний кал (мелена)

Кровотеча з верхніх відділів ШКТ:  
стравохід, шлунок, ДПК  
(+біль, неприємний запах та липкі випорожнення)

## Темна

- Кровотеча з нижніх відділів ШКТ:
- Товстий кишечник - НВК (+біль, слиз)
  - Хвороба Крона
  - Дивертикулярна хвороба
  - Пухлина або поліпи (зміна характеру стільця, втрата маси тіла)
  - Інфекція: паразити *Entamoeba histolytica* (малинове желе); бактерії *Salmonella*, *Shigella* (ректальний «плювок»), *Campylobacter*, *E. Coli*,
  - Передозування антикоагулянтами або ангіодисплазія (відсутність болю)
  - Ішемічний коліт

# Рекомендації з ведення пацієнтів з ГХ\*

Ступінь 1	Ступінь 2	Ступінь 3	Ступінь 4
-----------	-----------	-----------	-----------

Корекція харчування і способу життя (при всіх ступенях)  
(Достатнє споживання рідини і харчових волокон, корекція звичок при дефекації. **Grade of Recommendation: Strong recommendation 1B)**

Медикаменти (при ступенях 1 і 2)  
(різноманітна група засобів з позиції мінімального ризику і максимального симптоматичного полегшення. **Grade of Recommendation: Weak recommendation b)**

Амбулаторні процедури (при ступенях 1- 2 -3 )  
(в разі неефективності терапевтичних процедур можуть допомогти - кільця, склеротерапія, інфрачервона коагуляція. Найбільш ефективно - латексні кільця. **Grade of Recommendation: Strong recommendation 1A.)**

Хірургічна гемороїдектомія (при ступенях 3 і 4)

# Національна асоціація колопроктологів. Рекомендація щодо введення пацієнтів з гемороєм, 2020\*



Клінічна хірургія  
Klinichna khirurgiia

## ІНФОРМАЦІЯ

Klinichna khirurgiia. 2020 July/August; 87(7-8):89-104.  
DOI: 10.26779/2522-1396.2020.7-8.89

АСОЦІАЦІЯ КОЛОПРОКТОЛОГІВ УКРАЇНИ

### НАЦІОНАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ АСОЦІАЦІЇ КОЛОПРОКТОЛОГІВ УКРАЇНИ ЩОДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕМОРОЄМ,

адаптовані до Рекомендацій Європейського товариства колопроктологів (ESCP)

М. П. Захараш, О. Ю. Усенко, О. І. Пойда, В. В. Бойко, Т. І. Тамм, М. М. Милниця, В. В. Гапонов,  
Ю. М. Захараш, Г. А. Бахар, Л. Ю. Лозинська, Р. К. Палиєнко, В. В. Балицький,  
І. Д. Саргош, В. С. Андриєць

ASSOCIATION OF COLOPROCTOLOGISTS OF UKRAINE

### NATIONAL RECOMMENDATIONS OF ASSOCIATION OF COLOPROCTOLOGISTS OF UKRAINE FOR MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HEMORRHOIDS,

adapted for Guidelines of European Society of Coloproctologists (ESCP)

M. P. Zakharash, O. Yu. Usenko, O. I. Poyda, V. V. Boyko, T. I. Tamm, M. M. Mylytsya, V. V. Gaponov,  
Yu. M. Zakharash, G. A. Bakhar, L. Yu. Lozynska, R. K. Paliyenko, V. V. Balytskyi,  
I. D. Sargosh, V. S. Andriyets

#### Список сокращений

АТ – антитромботическая терапия  
ВИЛ – вирус иммунодефицита людини  
ВР – вірогідний ризик  
ВШ – відношення шансів  
ДІ – довірчий інтервал  
ІЧК – інфрачервона коагуляція  
ЗЗК – запальні захворювання кишечника  
ЛЛК – лігування латексними кільцями  
МОФФ – мікрофізична очищена фанілоїдна фракція  
НПЗП – нестероїдні протизапальні препарати  
РКД – рандомізоване контрольоване дослідження  
СГ – степлерна гемороїдексія  
СТ – склерозуюча терапія  
ССР – стандартизована середня різниця  
ХЗК – хронічні запальні захворювання кишечника

#### Мета роботи

Метою даного проекту, ініційованого Європейським товариством колопроктологів (ESCP), було створення клінічних рекомендацій щодо забезпечення медичною допомогою пацієнтів із гемороєм I-IV стадії в лікувальних закладах первинної, вторинної та третинної ланки медичної допомоги населенню України з використанням до-

казових даних. Застосування запропонованих керівних принципів ESCP [1] та Національних рекомендацій сприятиме покращенню результатів лікування геморою, зокрема у разі прогресування захворювання, розвитку ускладнень, подовженню тривалості його клінічного перебігу та поліпшенню якості життя таких хворих.

У Національних рекомендаціях представлені анатомічні та патофізіологічні аспекти, класифікація, клінічні прояви геморою, сучасна інформація щодо діагностики, комплексного консервативного та хірургічного лікування пацієнтів із гемороєм із використанням як амбулаторних, так і радикальних хірургічних втручань, наведена порівняльна оцінка їх ефективності. Національні рекомендації також включають такі важливі розділи, як особливі ситуації (тромбоз гемороїдальних вузлів, порушення коагуляції, імунodefіцит та лікування геморою у вагітних), інші хірургічні процедури тощо. Застосування Національних рекомендацій можливе при наданні медичної допомоги пацієнтам із гемороєм будь-якої стадії.

Національні рекомендації розроблені на допомогу фахівцям у галузі охорони здоров'я, які надають медичну допомогу пацієнтам із гемороєм (лікарі загальної практики, лікарі-хірурги, гастроентерологи, проктологи-хірурги), а також іншим медичним працівникам, провізорам,

При встановленні діагнозу «хронічний геморої» на початкових його стадіях (I - II стадії), коли немає ускладнень захворювання (кровотеча, гострий тромбоз гемороїдальних вузлів), локальних змін у періанальній зоні та на поверхні вузлів, з метою зменшення інтенсивності клінічних проявів захворювання та покращення загального стану хворого доцільним є призначення консервативної базової терапії лікарем загальної практики - сімейним лікарем, який має певний досвід лікування таких хворих, з обов'язковою рекомендацією щодо огляду хворого хірургом-проктологом або хірургом загальної практики, який має підготовку з проктології, які ї повинні остаточно встановити діагноз та оптимізувати лікувальну тактику.

Основні методи лікування, які полегшують симптоми і запобігають випадінню гемороїдальних вузлів, включають рекомендації щодо поведінки хворого в туалеті, нормалізації раціону харчування (особливо підвищення вмісту клітковини), місцеву та фармакологічну терапію (наприклад, венотоніки, флавоноїди).

# Клінічний випадок - тактика лікування

- ▶ Діагноз: Хронічний геморої 2 ст., іритативний перианальний дерматит легкого ступеня. (Немає мокноття, лише еритема).
- ▶ Обов'язково: консультація проктолога, ректороманоскопія.
- ▶ Загальні рекомендації, місцеве лікування.

# Місцеве лікування - принципи та засоби

## Знеболюючі

- Бензокаїн
- Лідокаїн
- Цинкокаїн

## Протизапальні

- Гідрокортизон
- Трибенозид
- Флуокортолон
- Екстракт ромашки

## Дубильні

- Солі вісмуту
- Рослинні дубілені

## Судинозвужувальні

- Фенілефрин

# Кровоточивість, набряк та кровотечі при геморої<sup>1</sup>

- ▶ Застосування  $\alpha$ -адреноміметика фенілефрину є патогенетично обумовленим

**99% пацієнтів** з гемороєм епізодично відмічають **виділення крові** під час та після акту дефекації

В більшості випадків **кров яскрава, без згустків**. Крапає або бризкає на початку та наприкінці акту дефекації. Виділення темної крові зі згустками відмічають рідко

При тривалому виділенні крові **розвивається анемія**, знижується рівень гемоглобіну крові

**Набряк при геморої:** пацієнти з гемороєм відмічають тиск в анальному каналі, невдоволеність після акту дефекації, тиск на промежину, відчуття чужорідного предмету у анальному каналі



Діюча речовина **Реліф®** – **фенілефрин**,  $\alpha$ -адреноміметик селективно стимулює  $\alpha_1$ -адренорецептори, тому викликає звуження судин, в основному артеріальних, як при системному, так і при місцевому застосуванні. Як вазоконстриктор фенілефрин **зменшує набряк та гіперемію**. Завдяки вазоконстрикції зменшується вираженість ексудативних проявів (кровоточивості)<sup>2</sup>

1. Казимирко В. К., Захараш М. П., Пойда А. И., Мальцев В. И. Патологія дистального відділку кишківника: механізми розвитку, лікування. - К.: МОПІОН, 2008. - 160 с.  
2. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management // World J Gastroenterol. 2012 Vol.18, #17, P.2009-2017

# Фенілефрин - Реліф®

Застосування Реліф® із фенілефрином спрямоване на зменшення **кровоточивості при геморої**<sup>3</sup>



- Механізм судинозвужувальної дії фенілефрину полягає у його здатності стимулювати  $\alpha_1$ -адренорецептори (є агоністом  $\alpha_1$ -адренорецепторів)
- Фенілефрин був схвалений FDA у 1939 році. Вперше його судинозвужувальна дія була описана в літературі у 1930 році

## При кровоточивості, набряку варто обрати Реліф®:

- Фенілефрин,  $\alpha$ -адреноміметик селективно стимулює  $\alpha_1$ -адренорецептори, тому викликає звуження судин, зменшує набряк та гіперемію<sup>2</sup>
- Судинозвужувальний ефект фенілефрину сприяє зменшенню місцевої кровоточивості<sup>3</sup>
- Також полегшуються біль та свербіж

1. Drugbank online. Phenylephrine ([Phenylephrine: Uses, Interactions, Mechanism of Action | DrugBank Online](#))

2. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management // World J Gastroenterol. 2012 Vol.18, #17, P.2009-2017

3. Судинозвужувальний ефект фенілефрину сприяє зниженню місцевої кровоточивості. D.J.Carucci, R.Scott, C.Perce, D.J.Innes, G.T.Rodeheaver, J.G.Kennedy, R.F.Edlich. Evaluation of Hemostatic Agents for Skin Graft Donor Sites / JBCR. 1984. - Vol.5. No4. P.321-323

# Реліф® Адванс варто обрати при геморої із больовим синдромом



Проблема: біль при геморої

- Близько половини пацієнтів з гемороєм відчують біль<sup>1</sup>
- Біль може бути ознакою запалення, анальної тріщини, ущемленні гемороїдального вузла, періанального венозного тромбозу.

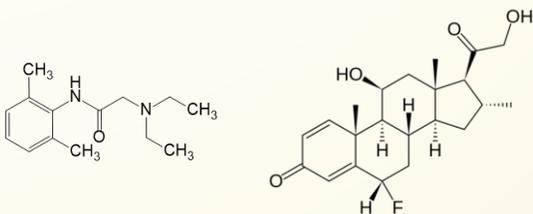
**При болю варто обрати Реліф® Адванс:**

- Бензокаїн проявляє виражену місцеву знеболювальну дію та довго лишається у місці нанесення та забезпечує пролонговану анестезію<sup>2</sup>

**Коли та як та застосувати Реліф® Адванс :**

- Показання: зовнішній та внутрішній геморої, тріщини, ерозія та мікротравми у ділянці ануса, з вираженим больовим синдромом, після проктологічних хірургічних втручань, для знеболювання при проведенні діагностичних маніпуляцій (мазь)
- Вводити по одному супозиторію до 4 разів на добу, мазь наносити до 4х разів на добу

# Мультисимптомний перебіг (біль, свербіж, екзема): Реліф® Про крем



Флуокортолон - сильний глюкокортикостероїд<sup>1</sup>, інгібує усі фази запального процесу<sup>2</sup>, знімаючи запалення

Лідокаїн - швидкий<sup>3</sup> місцевий анестетик, що починає діяти швидше, ніж за 2 хв - для знеболення

Коли та як та застосувати Реліф® Про:

- Коли: зовнішній та внутрішній геморої та інші захворювання періанальної ділянки, що супроводжуються запаленням та болем, а також періанальна екзема (крем)
- Як: крем слід застосовувати 2 рази на добу

1. B.Havlickova. Topical corticosteroid therapy in proctology indications / Aliment Pharmacol Ther / 2010 - 31 (Suppl. 1), P.25

2. С.М.Дроговоз. Фармакологія на допомогу лікарю, провізору та студенту/ Гормональні препарати кори надниркових залоз та їх синтетичні аналоги ([https://pidru4niki.com/75749/meditsina/gormonalni\\_preparati\\_kori\\_nadnirkovih\\_zaloz\\_sintetichni\\_analogi](https://pidru4niki.com/75749/meditsina/gormonalni_preparati_kori_nadnirkovih_zaloz_sintetichni_analogi))

3. Kouba, D. J., Lopiccio, M. C., Alam, M., Bordeaux, J. S., Cohen, B., Hanke, C. W., Jellinek, N., Maibach, H. I., Tanner, J. W., Vashi, N., Gross, K. G., Adamson, T., Begolka, W. S., & Moyano, J. V. (2016). Guidelines for the use of local anesthesia in office-based dermatologic surgery. Journal of the American Academy of Dermatology, 74(6), 1201-1219. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.01.022>

# Свербіж, запалення в перианальній ділянці - оптимально застосовувати Реліф® Ультра



Проблема: свербіж та запалення при геморої

- Свербіж може виникати на фоні запалення у періанальній ділянці у пацієнтів з гемороєм<sup>1</sup>
- Статистично свербіж виникає у 15% пацієнтів здебільшого на більш пізніх стадіях геморою<sup>1</sup>

- **Гідрокортизон** - глюкокортикостероїд, інгібує усі фази запального процесу<sup>3</sup>, знімаючи запалення
- **Цинку сульфат** - сприяє загоюванню, чинить антисептичну, дезінфекційну<sup>2</sup> та в'яжучу дію (препарати в'яжучої дії зменшують ексудативні прояви)<sup>2</sup>

Коли та як та застосувати Реліф® Ультра:

- Коли: зовнішній та внутрішній геморої, тріщини, нориці, виразки, ерозії періанальної ділянки та прямої кишки, які супроводжуються вираженими запальними проявами; проктит, анальний свербіж, екзема, дерматит періанальної ділянки
- Як: вводити по одному супозиторію до 4 разів на добу

1. Казимирко В. К., Захараш М. П., Пойда А. И., Мальцев В. И. Патологія дистального відділку кишківника: механізми розвитку, лікування. - К.: МОРІОН, 2008. - 160 с.

2. Фармакологія: підручник / І.В. Нековаль, Т.В. Казанюк. - 4-е вид., виправл. - К.: ВСВ «Медицина», 2011 - с.57-58, 162

3. С.М.Дроговоз. Фармакологія на допомогу лікарю, провізору та студенту/ Гормональні препарати кори надниркових залоз та їх синтетичні аналоги ([https://pidru4niki.com/75749/meditsina/gormonalni\\_preparati\\_kori\\_nadnirkovih\\_zaloz\\_sintetichni\\_analogi](https://pidru4niki.com/75749/meditsina/gormonalni_preparati_kori_nadnirkovih_zaloz_sintetichni_analogi))

# Варіанти терапевтичного впливу: лінійка Реліф®

**Реліф®** - діюча речовина: фенілефрину гідрохлорид

1 супозиторій містить фенілефрину гідрохлориду 5 мг

1г мазі містить фенілефрину гідрохлориду 2,5 мг

Біль, набряк, кровоточивість<sup>1</sup>

**Реліф® Адванс** - діюча речовина: бензокаїн

1 супозиторій містить бензокаїну 206 мг

1г мазі містить бензокаїну 200 мг

Сильний біль, комбінація з іншими препаратами лінійки

**Реліф® Ультра** - діючі речовини: 1 супозиторій містить гідрокортизону

ацетату 10 мг, цинку сульфату моногідрату 11 мг

Свербіж, запалення, ерозії перианальної ділянки

**Реліф® Про** - діючі речовини: 1г крему містить 1 мг флуокортолону півалату та 20 мг лідокаїну гідрохлориду

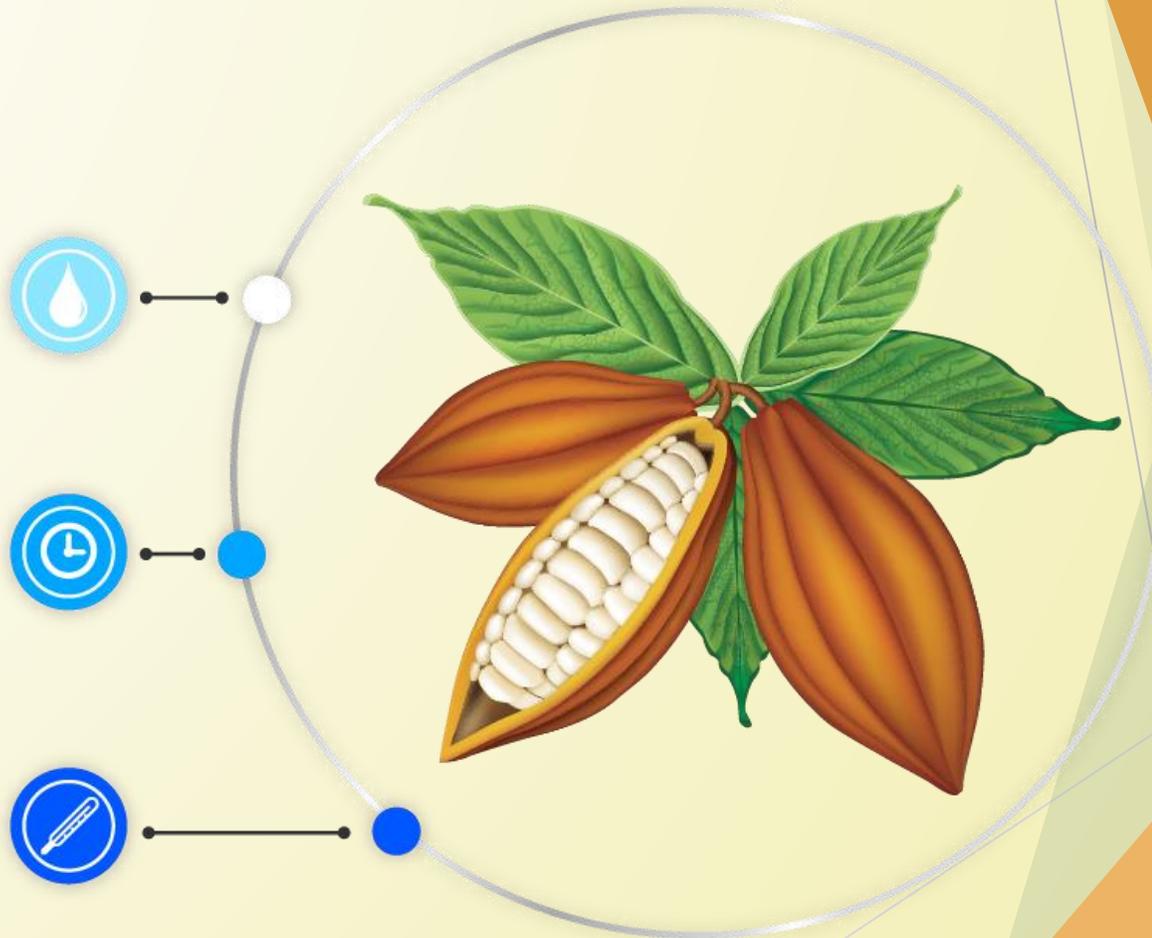
сильне запалення, набряк, біль та свербіж в перианальній ділянці

# Реліф® містить важливий компонент — МАСЛО КАКАО\*

Швидке плавлення  
супозиторія в  
аноректальній зоні<sup>1</sup>

Обволікуючий,  
пом'якшувальний  
засіб<sup>1</sup>

Завдяки вмісту масла какао  
супозиторії плавяться при  
температурі тіла за 4  
хвилини<sup>2</sup>



\*масло какао - основа супозиторіїв Реліф®, Реліф® Адванс та Реліф® Ультра

1. Thomas WH., McCormack R. The drug release characteristics of various rectal suppositories as determined by specific ion electrodes. J Pharm Pharmacol. 1971 Jul;23(7):490-4
2. Фармацевтична енциклопедія > Терміни по Алфавіту > МАСЛО КАКАО (<https://www.pharmacyclopedia.com.ua/article/1344/maslo-kakao>)

# Клінічний випадок: рекомендації

- Дієтичне харчування - без гострої, смаженої, пряної їжі, виключити алкоголь, обмежити паління. Достатнє вживання рідини (30 мл/кг маси тіла).
- Не затримуватись в туалеті, ходити туди без смартфона, гігієна після дефекації - лише вода (не папір), при неможливості - вологі серветки, домивання при першій нагоді.
- **Реліф® Про крем** - після гігієнічних процедур, 2 рази на добу або після кожного акту дефекації - змащувати через аплікатор всередині і ззовні заднього проходу
- **Реліф® мазь** - на ніч вводити через аплікатор всередину заднього проходу
- Запланований курс лікування - 4-7 днів
- Консультація проктолога

# Результат лікування

1. Метеоризм, неоформлені випорожнення перестали турбувати з 2-го дня лікування, як результат дієтичного харчування.
2. Пацієнт відзначив значне полегшення після кожного застосування препаратів, відсутність нічних симптомів
3. Повний регрес симптомів був досягнутий на 4-й день лікування
4. Був проконсультований проктологом, виконано РРС - підтверджено діагноз - внутрішній геморої 2 ступеня. Запропоновано малоінвазивне лікування за допомогою латексних кілець.
5. Проктологом залишено лікування препаратом Реліф® у вигляді супозиторіїв, послідовно виконано лігування 2-х вузлів латексними кільцями.

# Ключові моменти:

- Хронічний геморої, як такий, багатьма пацієнтами тривало ігнорується, що сприяє прогресуванню і ускладненням
- При скаргах з боку кишечника (закреп, діарея) або встановленому діагнозу ФЗК необхідним є **додаткове розпитування** відносно наявності ректальних симптомів з подальшими відповідними рішеннями: стартове лікування, консультація проктолога
- Лікар загальної практики повинен визначити ступінь геморою, призначити лікування функціональних розладів кишки при їх діагностуванні, дати загальні рекомендації
- Порекомендувати **послаблюючий**, знеболюючий (**спазмолітичний!**), **заспокійливий** засіб, корекція мікробіоти кишки
- Визначити тактику лікування гемороїдальної хвороби
- **Лікування геморою 1-2 ст. в компетенції лікаря загальної практики, засіб обирається залежно від переважних симптомів гемороїдальної хвороби**
- Лінійка засобів Реліф® дозволяє успішно лікувати весь спектр проявів гемороїдальної хвороби