



ISSN 2712-8741 (Print)
ISSN 2782-2591 (Online)

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

AMBULATORY SURGERY (RUSSIA) • AMBULATORNAYA KHIRURGIYA

Том 19, №1, 2022



РЕМЕДИУМ
ГРУППА

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ[®]

РОССИЙСКИЙ ТЕМАТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Том 19, №1, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

ЗУБКОВ Д.С.

«Врачебное новообразование»: как хирургу подтвердить свою квалификацию? 8

НОВОСТИ

 11

ФЛЕБОЛОГИЯ

БОГАЧЕВ В.Ю., БОЛДИН Б.В., ТУРКИН П.Ю., КЛЮЧЕВСКАЯ М.Н.

О некоторых особенностях компрессионной терапии варикозной болезни вен нижних конечностей клинического класса C2 по CEAP 13

КАТОРКИН С.Е., МЕЛЬНИКОВ М.А., КУШНАРЧУК М.Ю., ЯРОВЕНКО Г.В., МЫШЕНЦЕВ П.Н.

Стандартизированное применение комбинированного топического препарата в комплексном лечении тромбоза поверхностных вен нижних конечностей 20

САННИКОВ А.Б.

Клинический случай лечения поверхностного тромбоза (уникальный по своей неповторимости) 30

ТУРКИН П.Ю., СЛЕСАРЕВА А.А., РОДИОНОВ С.В., ВАРИЧ Г.А., КУЖУГЕТ А.А., ПОНОМАРЬ С.А.

Современные тенденции в лечении венозных трофических язв у пожилых пациентов 34

АНГИОЛОГИЯ

ХОРЕВ Н.Г., КОТОВ В.И., КОНЬКОВА В.О.

Некоторые клинические и лабораторные предикторы структурных изменений биологического шунта после бедренно-подколенного шунтирования 44

ЧЕРВЯКОВ Ю.В., МОСКОВСКИЙ И.А.

Результаты амбулаторного лечения пациентов с периферическим атеросклерозом артерий нижних конечностей 51

ОРТОПЕДИЯ

ФИЛАТОВА Ю.С., ИЛЬИН М.В., СОЛОВЬЕВ И.Н.

Остеоартрит: современные возможности терапии 60

ПРОКТОЛОГИЯ

ЗАГРЯДСКИЙ Е.А., БОГОМАЗОВ А.М., ГОЛОВКО Е.Б., АБРИЦОВА М.В.

Влияние методов лечения на качество жизни пациентов с геморроидальной болезнью 68

СКВОРЦОВ В.В., ЕРЕМЕНКО А.А., ЕРЕМЕНКО Н.В.

Регулирование деликатной проблемы у пациентов с заболеваниями прямой кишки 81

АБРИЦОВА М.В., ТОРЧУА Н.Р., БОГДАНОВА Е.М., МАРКИНА М.А.

Безоперационное лечение хронической анальной трещины ... 90

БЕЛИК Б.М., КОВАЛЕВ А.Н.

Опыт применения гомеопатической мази при консервативном лечении острого геморроя в амбулаторных условиях 98

УРОЛОГИЯ

ПАНЧЕНКО Р.И., ГАРМАШ О.Н., ГОРБУНКОВ В.Я., БАЙЧОРОВ Э.Х.

Новые подходы в лечении больных с варикоцеле при различных формах патоспермии в зависимости от возраста 108

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ФОМИНА Е.Е., АХМЕТЗЯНОВ Р.В., ТУХБАТУЛЛИН М.Г.

Ультразвуковая диагностика вен малого таза у женщин репродуктивного возраста 113

САННИКОВ А.Б., ШАЙДАКОВ Е.В.

Пневмоплетизмографическая характеристика патологической сегментарной гиперволемии голени у пациентов с ХЗВ различных клинических классов (по CEAP) 124

ОБМЕН ОПЫТОМ

ШИРИНБЕК О., МНАЦАКАНЯН Г.В., ОДИНОВА С.Н.

Цианоакрилатная клеевая облитерация варикозных вен в реальной клинической практике: двухлетние результаты лечения 132

СОЛОМАХА А.А., ВЛАСОВ А.П., ГОРБАЧЕНКО В.И.

Амбулаторная диагностика эндогенной интоксикации в хирургии 140

МОРОЗОВ А.М., СЕРГЕЕВ А.Н., ЖУКОВ С.В., НОВИКОВА Н.С., БЕЛЯК М.А.

Современные маркеры воспалительного процесса в хирургической практике 147

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

БОГАЧЕВ В.Ю., ЛОБАСТОВ К.В., ФОКИН А.А., ШАЙДАКОВ Е.В., БУРЛЕВА Е.П., КРЫЛОВ А.Ю., БАРИНОВ В.Е., БЕЛЕНЦОВ С.М., СОРОКА В.В., БРЕДИХИН Р.А., РОСУХОВСКИЙ Д.А., БОРСУК Д.А., ГАБАЙ П.Г.

О текущей ситуации в отношении рисков и профилактики развития венозных тромбозомболических осложнений после хирургического лечения варикозной болезни 157

Оригинальная статья / Original article

Опыт применения гомеопатической мази при консервативном лечении острого геморроя в амбулаторных условиях

Б.М. Белик^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0003-0813-193X>, bbelik@yandex.ruА.Н. Ковалев^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0061-9474>, Kovalev.come@mail.ru¹ Ростовский государственный медицинский университет; 344022, Россия, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29² Международный медицинский центр «УРО-ПРО»; 350062, Россия, Краснодар, ул. Яна Полуяна, д. 51/1

Резюме

Введение. Применение традиционных противовоспалительных и местноанестезирующих препаратов при консервативном лечении острого геморроя может привести к развитию у пациентов серьезных побочных эффектов.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность применения гомеопатической мази в качестве топического лекарственного препарата в комплексном лечении больных с острым геморроем в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов консервативного лечения 48 пациентов с острым геморроем 1–3-й степени, которые были разделены на две группы. У 23 пациентов (контрольная группа) проводилось традиционное консервативное лечение без применения топических препаратов. У 25 пациентов (основная группа) традиционная медикаментозная терапия дополнялась местным лечением с использованием гомеопатической мази. Критериями сравнения полученных данных являлись выраженность клинических проявлений заболевания, параметры качества жизни на основе опросника SF-36, а также число хороших и удовлетворительных результатов лечения.

Результаты. У пациентов основной группы в динамике лечения отмечался более быстрый регресс болевого синдрома и других проявлений заболевания (зуд, жжение и дискомфорт в анальном канале, перианальный отек), а также регистрировались более высокие значения параметров качества жизни, чем у пациентов контрольной группы. В основной группе хорошие и удовлетворительные результаты лечения были получены у 23 (92,0%) пациентов, неудовлетворительные – у 2 (8,0%) пациентов. В контрольной группе хорошие и удовлетворительные результаты лечения наблюдали у 18 (78,3%) пациентов, неудовлетворительные результаты – у 5 (21,7%) пациентов.

Обсуждение. Указанная закономерность в эффективности консервативного лечения острого геморроя с использованием гомеопатической мази наблюдалась у больных с различной выраженностью симптомов заболевания. При этом максимальный лечебный эффект при местном применении мази отмечался у пациентов с острым геморроем 2–3-й степени, заболевание у которых протекало с выраженным воспалительно-аллергическим компонентом.

Выводы. Полученные результаты позволяют рассматривать гомеопатическую мазь в качестве альтернативного топического лекарственного средства при проведении консервативного лечения острого геморроя в амбулаторных условиях, особенно у пациентов, имеющих серьезные противопоказания к применению традиционных местных препаратов.

Ключевые слова: острый геморрой, консервативное лечение, топическая лекарственная терапия, гомеопатическая мазь, амбулаторное лечение

Для цитирования: Белик Б.М., Ковалев А.Н. Опыт применения гомеопатической мази при консервативном лечении острого геморроя в амбулаторных условиях. *Амбулаторная хирургия*. 2022;19(1):98–106. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-1-98-106>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Experience of homeopathic ointment during the non-surgical treatment for acute hemorrhoids in the outpatient settings

Boris M. Belik^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0003-0813-193X>, bbelik@yandex.ruAleksy N. Kovalev^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0002-0061-9474>, Kovalev.come@mail.ru¹ Rostov State Medical University; 29, Nakhichevan Lane, Rostov-on-Don, 344022, Russia² International Medical Center "URO-PRO"; 51/1, Yan Poluyan St, Krasnodar, 350062, Russia

Abstract

Introduction. The use of traditional anti-inflammatory and local anesthetic preparations during the non-surgical treatment of acute hemorrhoids is liable to cause the progression of serious side effects in patients.

Purpose of the study. To evaluate the clinical efficacy of homeopathic ointment as the topical preparation in the complex treatment of patients with acute hemorrhoids on the outpatient settings.

Materials and methods. The comparative analysis of the results of the non-surgical treatment was conducted and applied to 48 patients with acute hemorrhoids of 1–3 degrees, who were divided into two groups. In 23 patients (control group), traditional non-surgical treatment was conducted without the use of topical preparations. In 25 patients (the main group), traditional preparation therapy was supplemented with local treatment using homeopathic ointment.

Results. In the patients of the main group, a faster regression of pain syndrome and other manifestations of the disease (itching, burning and discomfort in the anal canal, perianal edema) was noted in the dynamics of treatment, and higher values of quality of life parameters were recorded than in patients of the control group. In the main group, good and satisfactory treatment results were obtained in 23 (92.0%) patients, unsatisfactory – in 2 (8.0%) patients. In the control group, good and satisfactory treatment results were observed in 18 (78.3%) patients, unsatisfactory results – in 5 (21.7%) patients.

Discussion. The maximum therapeutic effect with topical application of ointment was observed in patients with acute hemorrhoids of 2–3 degrees, the disease in which proceeded with a pronounced inflammatory-allergic component.

Conclusion. Our results allow us to consider homeopathic ointment as an alternative topical preparation in the non-surgical treatment of acute hemorrhoids in outpatient settings in patients with serious contraindications to the use of traditional topical preparations.

Keywords: hemorrhoids, non-surgical treatment, topical medical therapy, homeopathic ointment, outpatient setting

For citation: Belik B.M., Kovalev A.N. Experience of homeopathic ointment during the non-surgical treatment for acute hemorrhoids in the outpatient settings. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2022;19(1):98–106. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-1-98-106>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

● ВВЕДЕНИЕ

Геморрой — самая распространенная патология среди заболеваний прямой кишки и анального канала. Распространенность геморроя составляет 120–140 случаев на 1000 человек взрослого населения, а его доля в структуре заболеваний толстой кишки варьирует в пределах 34–41% [1, 2]. Причем за последние годы отмечается заметное увеличение числа больных острой формой геморроя, проявляющейся выраженными болями в заднем проходе, тромбозом и воспалением геморроидальных узлов, вовлечением в воспалительный процесс тканей перианальной области [3].

Медикаментозное лечение острого геморроя включает общее и местное применение обезболивающих, противовоспалительных и флеботонических лекарственных препаратов. При этом тактика лечения определяется степенью острого геморроя, характером течения и выраженностью основных проявлений заболевания (острая боль, тромбоз узлов, распространенность воспалительного процесса в перианальной области) [4, 5]. Перед назначением лечения всем пациентам в обязательном порядке выполняется весь спектр необходимых диагностических манипуляций с целью дифференциальной диагностики геморроя с другими заболеваниями толстой кишки [6–11].

Одним из приоритетных направлений консервативного лечения острого геморроя является применение топических лекарственных препаратов комбинированного действия в виде многокомпонентных мазей, гелей, кремов или суппозиториев. При этом основной задачей местного лечения является устранение воспаления

и тромбоза геморроидальных узлов, а также купирование болевого синдрома. Для устранения противовоспалительного компонента при консервативном лечении острого геморроя применяют топические лекарственные препараты в виде различных мазевых форм, содержащих глюкокортикостероиды или нестероидные противовоспалительные средства [12–14].

При проведении местной антитромботической терапии при остром геморрое обычно используют лекарственные средства, содержащие в качестве активного вещества антикоагулянт гепарин. Для купирования болевого синдрома при остром геморрое применяют местноанестезирующие средства на основе эфирных или амидных анестетиков (прокаин/новокаин, лидокаин и пр.). При этом в современной клинической практике при местном лечении острого геморроя наиболее часто применяют комбинированные лекарственные препараты, воздействующие одновременно на несколько компонентов заболевания. К их числу относятся такие комбинации, как гепарин/преднизолон, флуокорталон/цинхокаин, трибензозид/лидокаин, фенилэфрин [15–17]. При неэффективности медикаментозной терапии рекомендуется применение у пациентов малоинвазивных хирургических методов лечения [18–33].

Вместе с тем у части пациентов с острым геморроем имеются противопоказания к применению вышеуказанных препаратов в связи с высоким риском развития серьезных побочных явлений, что указано практически во всех инструкциях фармкомпаний к данным лекарственным средствам. Так, применение

комбинированного препарата на основе гепарина/преднизолона противопоказано пациентам, предрасположенным к кровотечениям, аллергическим реакциям, а также при беременности и кормлении грудью. При длительном применении данной комбинации отмечается очень высокая частота побочных эффектов. Кроме того, отсутствуют какие-либо сведения по фармакокинетике гепарина при его местном применении в составе топических средств. В связи с возможным риском для плода и ребенка применение комбинации флуокорталон/цинхокаин не рекомендовано у беременных и кормящих женщин. Схожие противопоказания к применению при беременности имеет комбинация трибензозид/лидокаин, которую также следует исключать при лечении острого геморроя у пациентов с признаками печеночной недостаточности. Применение препаратов на основе фенилэфрина может сопровождаться серьезными нежелательными побочными явлениями со стороны иммунной, эндокринной, нервной и сердечно-сосудистой систем (аллергические реакции, обострение гипертиреоза, тремор, нервозность, бессонница, сердечная аритмия, повышение артериального давления), что в значительной мере ограничивает использование этих лекарственных средств у лиц пожилого возраста, имеющих сопутствующие заболевания. Помимо этого, у пациентов может наблюдаться повышенная чувствительность к компонентам всех вышеназванных препаратов. Таким образом, при выборе оптимального топического средства для консервативного лечения острого геморроя необходимо не только учитывать его клиническую эффективность, но и принимать во внимание безопасность и переносимость лечения данным лекарственным препаратом [34].

В сложившейся ситуации возникла необходимость проведения дополнительных исследований, направленных на поиск альтернативных лекарственных средств для местного лечения острого геморроя. С этих позиций наше внимание привлек натуральный лекарственный препарат – мазь Флеминга, в состав которой входят только природные компоненты (календула, гаммелис вирджинский, каштан конский, ментол и оксид цинка), хорошо зарекомендовавшие себя с точки зрения безопасности и эффективности. Как следует из инструкции по применению этого препарата, календула проявляет противомикробные и противовоспалительные свойства, а также стимулирует регенерацию тканей; гаммелис обладает обезболивающим и флеботонизирующим эффектом; каштан конский способствует нормализации проницаемости сосудов и их тонуса, уменьшает отеки и воспаление; ментол выступает в роли охлаждающего, успокаивающего

и антисептического средства; цинка оксид оказывает подсушивающее, противовоспалительное и антисептическое действие¹.

Кроме этого, в настоящее время имеются исследования, свидетельствующие о положительном клиническом эффекте применения мази Флеминга и в оториноларингологии при лечении заболеваний, протекающих с воспалительно-аллергическим и сосудистым компонентами [35, 36].

Это позволяет предположить, что фармакологические компоненты этого препарата способны найти свои молекулярные «мишени действия» и оказывать эффективное воздействие при местном лечении острого геморроя. При этом представляется важным определение четких показаний к применению мази Флеминга в комплексном лечении острого геморроя, подтверждение ее места в фармакологической линейке топических лекарственных средств, а также объективный анализ клинической эффективности данного препарата.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения мази Флеминга в комплексном лечении больных с острым геморроем в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 48 пациентов с острым геморроем 1–3-й степени, находившихся на амбулаторном лечении в ММЦ «УРО-ПРО» г. Краснодара в период 2021–2022 гг. Мужчин было 22 (45,8%), женщин – 26 (54,2%). Возраст больных варьировал от 18 до 65 лет. Отбор больных для исследования осуществляли с учетом сходности жалоб на момент обращения. Все пациенты были разделены на две группы. У 23 (47,9%) пациентов I (контрольной) группы проводилась традиционная консервативная терапия (ненаркотические анальгетики, противовоспалительные и флеботонические препараты). По различным причинам у этих больных в лечении не применялись топические средства. Чаще всего это было связано с аллергическим фоном, индивидуальной непереносимостью некоторых компонентов лекарственных средств, беременностью, периодом лактации, а также наличием у пациентов сопутствующих сердечно-сосудистых и/или эндокринных заболеваний. У 25 (52,1%) пациентов II (основной) группы традиционное консервативное лечение дополнялось местной терапией. В качестве топического лекарственного средства использовали мазь Флеминга, которую

¹ Инструкция по медицинскому применению препарата Мазь Флеминга®. Регистрационный номер Р №000727/01 от 30.07.2007. Режим доступа: https://www.vidal.ru/drugs/flemings_ointment__35340.

наносили ватным тампоном на воспаленные геморроидальные узлы три раза в сутки в течение 8–10 дней. Помимо этого, при наличии внутреннего компонента геморроя после нанесения мази снаружи вводили указательный палец в задний проход на глубину 3–4 см и медленными вращательными движениями равномерно распределяли лекарственный препарат по слизистой оболочке анального канала.

У всех пациентов производились сбор жалоб и анамнеза заболевания, осмотр, аноскопия, при необходимости ректороманоскопия (фиброколоноскопия).

Для объективизации результатов исследования у обследуемых пациентов в обеих группах в сравнительном аспекте оценивали: выраженность болевого синдрома по 5-балльной вербальной рейтинговой шкале (Verbal Rating Scale, VRS) и проявление других симптомов заболевания (боли в анальном канале при акте дефекации, зуд и жжение в анальном канале во время и после акта дефекации, перианальный отек, чувство дискомфорта в анальной области). Результаты лечения больных с острым геморроем оценивали по следующим критериям: хорошие результаты — полный регресс основных проявлений заболевания; удовлетворительные результаты — значительное уменьшение выраженности основных симптомов заболевания (перианального отека, тромбоза и воспаления узлов); неудовлетворительные результаты — сохранение или прогрессирование основных проявлений заболевания, присоединение воспалительных и геморрагических осложнений.

Интенсивность болевого синдрома в процессе лечения оценивалась в баллах самим пациентом в диапазоне от 0 баллов (отсутствие боли) до 5 баллов (очень сильная боль). Качество жизни пациентов оценивали на основе стандартизированных шкал с помощью опросника SF-36. На базе полученных данных рассчитывали два основных количественных параметра — физический и психологический компоненты здоровья (Physical Health, PH, и Mental Health, MH), значения которых могли варьировать от 0 до 100 баллов. С целью стандартизации системы расчетов использовали специальный онлайн-калькулятор.

Статистический анализ полученных данных был выполнен с использованием компьютерной программы Statistica 7.0 for Windows. Для всех количественных параметров определяли средние значения и стандартные ошибки выборок. Все выборки проверены на соответствие нормальному распределению показателей по критериям Колмогорова – Смирнова и Шапиро – Уилка. Статистическую значимость различий между группами оценивали с помощью непараметрического

критерия Манна – Уитни, изменение параметров в одной группе пациентов в динамике наблюдения — с использованием рангового критерия парных сравнений Уилкоксона. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенные исследования показали, что применение мази Флеминга в качестве топического комбинированного лекарственного средства в комплексном лечении больных с острым геморроем оказывает отчетливое анальгезирующее и противовоспалительное действие. Так, пациенты II группы на фоне проведения местного лечения уже начиная со вторых суток оценивали выраженность болевого синдрома по 5-балльной вербальной рейтинговой шкале достоверно ниже, чем пациенты I группы. При этом у пациентов II группы болевой синдром в значительной мере был купирован на $4,2 \pm 1,1$ сут., тогда как у больных I группы — лишь на $7,2 \pm 1,1$ сут. от начала лечения (рис. 1).

Одновременно с уменьшением выраженности болевого синдрома у пациентов основной группы отмечался более быстрый регресс других проявлений острого геморроя по сравнению с пациентами контрольной группы. У больных II группы наблюдалось более быстрое уменьшение перианального отека, а также в более ранние сроки устранялись зуд, жжение и боль в анальном канале, связанные с актом дефекации, а вместе с ними — физический дискомфорт в анальной области (табл.). В большинстве наблюдений у пациентов основной группы признаки острого воспаления геморроидальных узлов в значительной

РИСУНОК 1. Динамика болевого синдрома по 5-балльной вербальной рейтинговой шкале у пациентов I и II групп на фоне лечения
FIGURE 1. Dynamics of pain syndrome on a 5-point verbal rating scale in patients of groups I and II on the background of treatment

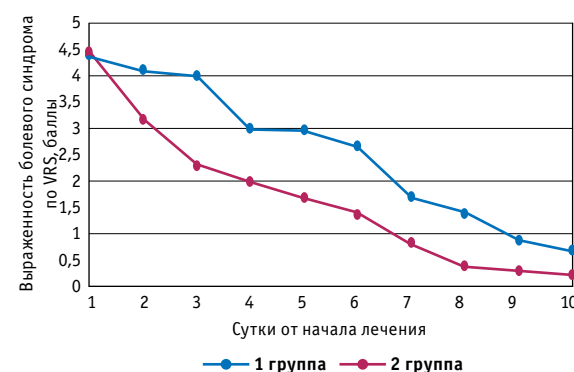


ТАБЛИЦА. Сравнительная оценка выраженности симптомов у пациентов с острым геморроем в I и II группах в динамике лечения ($p \pm m$) %
TABLE. Comparative assessment of the severity of symptoms in patients with acute hemorrhoids in groups I and II in the dynamics of treatment ($p \pm m$) %

Клинические признаки	Группа больных	Сутки от начала лечения (n = 48)				
		1-е	3-и	5-е	7-е	10-е
Боли в анальном канале при акте дефекации, %	I группа	95,6 ± 1,8	86,9 ± 2,9	53,4 ± 2,1	31,7 ± 1,3	9,8 ± 1,7
	II группа	92,1 ± 1,7*	72,3 ± 3,2	38,5 ± 2,4	18,2 ± 1,9	4,1 ± 1,3
Зуд и жжение в анальном канале во время и после акта дефекации, %	I группа	73,9 ± 1,5	69,5 ± 2,4	61,8 ± 3,6	43,4 ± 1,9	13,2 ± 3,8
	II группа	72,4 ± 1,9*	60,3 ± 2,3	48,3 ± 3,1	29,5 ± 1,6	8,0 ± 4,5
Перианальный отек, %	I группа	56,5 ± 2,2	52,1 ± 1,9	47,8 ± 3,3	34,7 ± 3,1	12,3 ± 2,6
	II группа	55,8 ± 3,4*	40,2 ± 2,6	31,3 ± 2,7	21,2 ± 1,9	4,7 ± 2,3
Дискомфорт в анальной области, %	I группа	95,6 ± 2,3	91,3 ± 2,4	76,9 ± 3,1	60,8 ± 2,9	34,7 ± 2,4
	II группа	93,8 ± 2,5*	88,6 ± 2,7*	58,0 ± 3,4	40,1 ± 2,5	7,3 ± 1,2

* Статистически недостоверные различия между группами ($p > 0,05$).

степени устранялись на 5-е сут. от начала комплексного консервативного лечения, тогда как у преимущественной части пациентов контрольной группы отчетливый регресс проявлений заболевания отмечался в сроки ближе к 7–8-м сут. Чувство дискомфорта в анальной области, особенно при физической нагрузке, на 10-е сут. от начала лечения отмечалось

лишь у 7,3 ± 1,2% пациентов II группы, тогда как в эти же сроки в I группе этот признак выявлялся у 34,7 ± 2,4% больных. Характерно, что наибольший лечебный эффект при применении мази Флеминга был отмечен у больных, у которых заболевание протекало с выраженным воспалительно-аллергическим компонентом (сильный анальный зуд, значительный перианальный отек, дерматит перианальной области).

Во II группе хорошие результаты лечения были получены у 13 (52%) пациентов и удовлетворительные результаты – у 10 (40%) пациентов. У 2 (8%) больных основной группы в определенной мере была отмечена рефрактерность к проводимому консервативному лечению. У этих пациентов в течение исследуемых сроков наблюдения болевой синдром уменьшился, однако сохранялись отчетливые признаки воспаления геморроидальных узлов, что было расценено как неудовлетворительный результат лечения. В I группе хорошие результаты лечения наблюдали у 10 (43,5%) пациентов и удовлетворительные результаты – у 8 (34,8%) пациентов. У 5 (21,7%) больных в контрольной группе констатировали неудовлетворительный результат лечения (в 3 случаях – прогрессирование воспаления и тромбоз геморроидальных узлов и в 2 случаях – кровотечение). Таким образом, в целом хорошие и удовлетворительные результаты лечения были получены у большего числа пациентов в основной группе (92,0%) по сравнению с контрольной группой больных (78,3%) (рис. 2).

РИСУНОК 2. Сравнительная оценка результатов консервативного лечения больных с острым геморроем в I и II группах
FIGURE 2. Comparative evaluation of the results of conservative treatment of patients with acute hemorrhoids in groups I and II

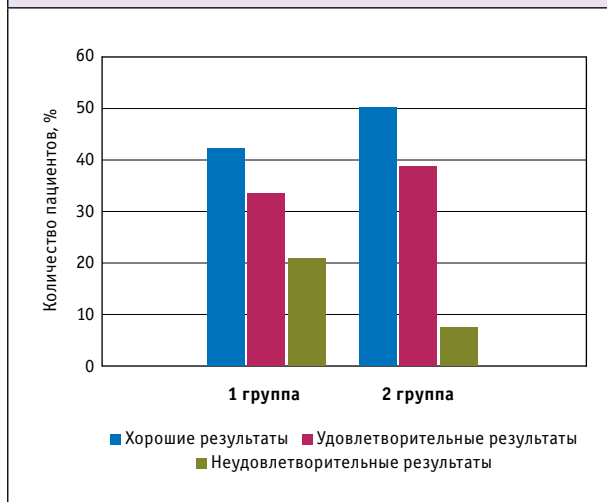


РИСУНОК 3. Сравнительная оценка параметров качества жизни у пациентов I и II групп в динамике лечения. Физический компонент здоровья (PH)

FIGURE 3. Comparative assessment of quality of life parameters in patients of groups I and II in the dynamics of treatment. The physical component of health (PH)

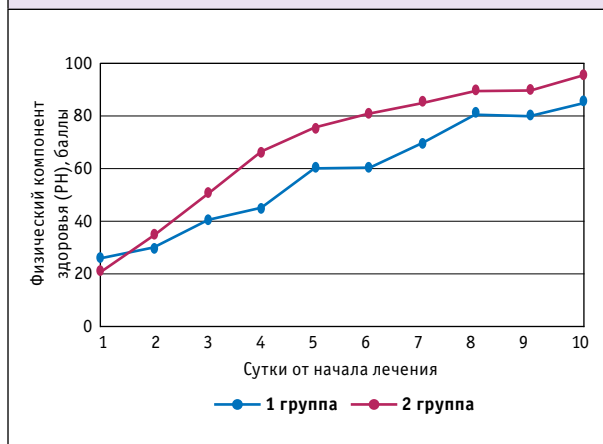
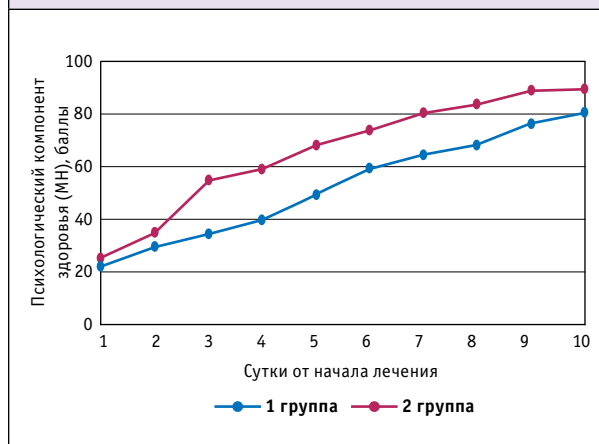


РИСУНОК 4. Сравнительная оценка параметров качества жизни у пациентов I и II групп в динамике лечения. Психологический компонент здоровья (MH)

FIGURE 4. Comparative assessment of quality of life parameters in patients of groups I and II in the dynamics of treatment. Psychological component of health (MH)



Анализ параметров качества жизни больных на основе опросника SF-36 в динамике лечения показал, что у пациентов II группы, у которых в качестве топического лекарственного средства применялась мазь Флеминга, оценка собственного физического и психологического компонента здоровья была выше по сравнению с больными I группы в аналогичные сроки наблюдения (рис. 3, 4).

Таким образом, у пациентов основной группы, получавших в качестве топического лекарственного компонента мазь Флеминга, независимо от выраженности симптомов заболевания, получены достоверно лучшие результаты лечения, чем у больных в контрольной группе. При этом каких-либо осложнений, связанных с применением данного препарата у пациентов с острым геморроем, нами не наблюдалось.

ОБСУЖДЕНИЕ

Включение комбинированного лекарственного препарата мазь Флеминга в комплексную программу консервативного лечения больных с острым геморроем является патогенетически обоснованным, т. к. активные фармакологические компоненты этого средства оказывают отчетливое местное анальгезирующее, противовоспалительное и флеботоническое воздействие. При этом наиболее целесообразным является местное применение мази Флеминга у пациентов с острым геморроем 2–3-й степени, у которых заболевание протекает с выраженным

воспалительно-аллергическим компонентом (чувство сильного зуда, жжения в анальном канале, значительный перианальный отек). Анальный зуд и жжение, как правило, наблюдаются при выраженном геморрое и возникают в связи с неполным смыканием анальной щели на фоне воспаления слизистой прямой кишки и вследствие этого выделения слизи. Следует также подчеркнуть, что у пациентов с сопутствующими заболеваниями, у которых имеются серьезные противопоказания к применению препаратов, содержащих глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, а также традиционные анестетики, антиконгестанты и прямые антикоагулянты, в качестве эффективного альтернативного лекарственного средства для местного лечения острого геморроя в амбулаторных условиях вполне может быть использована мазь Флеминга. Как показали наши исследования, у пациентов основной группы, в комплексном лечении которых в качестве топического лекарственного средства использовалась мазь Флеминга, купирование признаков острого воспаления и тромбоза геморроидальных узлов отмечалось в более ранние сроки по сравнению с контрольной группой больных, получавших стандартную медикаментозную терапию без применения топических средств.

Таким образом, лучшие результаты лечения, полученные нами у пациентов основной группы, в значительной мере определялись включением в программу консервативного лечения у них топического

лекарственного препарата мазь Флеминга. Указанная закономерность в эффективности лечения острого геморроя наблюдалась у больных с различной выраженностью симптомов заболевания. При этом большее число положительных результатов лечения, полученных нами в основной группе больных, подтверждалось не только более отчетливым регрессом проявлений острого геморроя, но и более высокими зарегистрированными значениями параметров качества жизни у данных пациентов, чем у больных в контрольной группе.

Выводы

Применение мази Флеминга в качестве лекарственного топического средства при консервативном лечении больных с острым геморроем в значительной мере устраняет перианальный отек и признаки воспаления, уменьшает выраженность тромбоза узлов, способствует купированию болевого синдрома

и повышению параметров качества жизни пациентов. При этом число хороших и удовлетворительных результатов лечения острого геморроя достигает 92,0%. Это позволяет рассматривать мазь Флеминга в качестве альтернативного топического лекарственного средства при проведении консервативного лечения острого геморроя в амбулаторных условиях у пациентов, имеющих серьезные противопоказания к применению традиционных местных препаратов. Помимо этого, мазь Флеминга может быть успешно использована при консервативном лечении острого геморроя у всех пациентов с выраженным воспалительно-аллергическим компонентом (чувство сильного зуда, жжения в анальном канале, значительный перианальный отек).

Поступила / Received 21.04.2022

Поступила после рецензирования / Revised 06.05.2022

Принята в печать / Accepted 07.05.2022

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. *Геморрой*. 2-е изд., доп. и перераб. М.: Литтера; 2010. 193 с. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=19551856>. Vorobiev G.I., Shelygin Yu.A., Blagodarnyj L.A. *Hemorrhoids*. 2nd ed. Moscow: Literra; 2010. 193 p. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=19551856>.
2. Orangio G.R., Gagliardi G. Corman's Colon and Rectal Surgery. 6th ed. *Techniques in Coloproctology*. 2013;17(3):335. <https://doi.org/10.1007/s10151-013-0994-y>
3. Шельгин Ю.А. (ред.). *Колопроктология: клинические рекомендации*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 528 с. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24900252>. Shelygin Yu.A. (ed.). *Coloproctology: clinical recommendations*. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. 528 p. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24900252>.
4. Загрядский Е.А. Современная тактика лечения острого геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2019;(1-2):112-117. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-112-117>. Zagryadsky E.A. Modern treatment of acute haemorrhoids. *Ambulatoynaya Khirurgiya*. 2019;(1-2):112-117. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-112-117>.
5. Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л. Роль флеботропных препаратов в комплексном лечении острого геморроя. *Колопроктология*. 2018;(2):48-53. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-48-53>. Belik B.M., Kovalev A.N., Khatlamadzhiyan A.L. Administration of phlebotropic drugs during complex treatment of acute hemorrhoids. *Koloproktologia*. 2018;(2):48-53. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-48-53>.
6. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. *Геморрой*. М.: Митра-Пресс; 2002. 191 с. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23869566>. Vorobiev G.I., Shelygin Yu.A., Blagodarnyj L.A. *Hemorrhoids*. Moscow: Mitra-Press; 2002. 191 p. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23869566>.
7. Sands L.R., Sands D.R. (eds.). *Ambulatory Colorectal Surgery*. Boca Raton, Florida: CRC Press; 2009. 424 p. <https://doi.org/10.3109/9781420016192>.
8. Corman M.L. *Colon and Rectal Surgery*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. 1743 p. Available at: <https://www.worldcat.org/title/colon-and-rectal-surgery/oclc/55738873>.
9. Phillips B., Ball C., Sackett D., Badenoch D., Straus S., Haynes B., Dawes M. *Oxford Center for Evidence-based Medicine — Levels of evidence*. (March 2009). Available at: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>.
10. Bernardy B., Klose P., Üçeyler N., Kopp I., Häuser W. Methodische Grundlagen für die Entwicklung der Leitlinienempfehlungen (Methodenreport). Methodological fundamentals for the development of the guideline. *Der Schmerz*. 2008;22:244-254. <http://dx.doi.org/10.1007/s00482-008-0670-8>.
11. Cataldo P., Ellis N.C., Gregorcyk S., Hyman N., Buie D.W., Church J. et al. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised). *Dis Colon Rectum*. 2005;48(2):189-194. <https://doi.org/10.1007/s10350-004-0921-4>
12. Абрицова М.В. Оптимальный выбор в терапии острого геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2019;(1-2):118-123. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-118-123>. Abritsova M.V. Optimal choice in the treatment of acute hemorrhoids. *Ambulatoynaya Khirurgiya*. 2019;(1-2):118-123. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-118-123>.
13. Zagriadski E.A., Bogomazov A.M., Golovko E.B. Conservative Treatment of Hemorrhoids: Results of an Observational Multicenter Study. *Advances in Therapy*. 2018;35(11):993. <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0794-x>.
14. Davis B.R., Lee-Kong S.A., Migaly J., Feingold D.L., Steele S.R. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(3):284-292. Available at: https://journals.lww.com/dcrjournal/Fulltext/2018/03000/The_American_Society_of_Colon_and_Rectal_Surgeons.7.aspx.

15. Ривкин В.Л. Амбулаторное лечение геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2014;(3–4):35–37. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ambulatornoe-lechenie-gemorroya-1/viewer>. Rivkin V.L. Outpatient treatment of hemorrhoids. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2014;(3–4):35–37. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/ambulatornoe-lechenie-gemorroya-1/viewer>.
16. Ривкин В.Л. Современные представления о патогенезе, формах и лечении геморроя. *Consilium Medicum*. 2017;(7.1):57–61. Режим доступа: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2017/cm2017_7.1_khiru/sovremennye-predstavleniya-o-patogeneze-formakh-i-lechenii-gemorroya. Rivkin V.L. Modern ideas about the pathogenesis, forms and treatment of hemorrhoids. *Consilium Medicum*. 2017;(7.1):57–61. (In Russ.) Available at: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2017/cm2017_7.1_khiru/sovremennye-predstavleniya-o-patogeneze-formakh-i-lechenii-gemorroya.
17. Благодарный Л.А. Консервативное лечение геморроя: опыт применения препаратов Релиф. *РМЖ*. 2017;(3):169–172. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Konservativnoe_lechenie_gemorroya_opyt_primeneniya_preparatov_Relif. Blagodarnyj L.A. Conservative treatment of hemorrhoids: experience in the use of drugs Relief. *RMJ*. 2017;(3):169–172. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Konservativnoe_lechenie_gemorroya_opyt_primeneniya_preparatov_Relif.
18. MacRae H.M., McLeod R.S. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 1995;38(7):687–694. <https://doi.org/10.1007/BF02048023>.
19. MacRae H.M., McLeod R.S. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. *Can J Surg*. 1997;40(1):14–17. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9030078>.
20. Lee H.H., Spencer R.J., Beart R.W. Multiple hemorrhoidal banding in a single session. *Dis Colon Rectum*. 1994;37(1):37–41. <https://doi.org/10.1007/BF02047212>.
21. Chaleoykitti B. Comparative study between multiple and single rubber bandligation in one session for bleeding internal hemorrhoids: a prospective study. *J Med Assoc Thai*. 2002;85(3):345–350. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12117024>.
22. Armstrong D.N. Multiple hemorrhoidalligation: a prospective, randomized trial evaluating a new technique. *Dis Colon Rectum*. 2003;46(2):179–186. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12576891>.
23. Bat L., Melzer E., Koler M., Dreznick Z., Shemesh E. Complications of rubber bandligation of symptomatic internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(3):287–290. <https://doi.org/10.1007/BF02053512>.
24. Johanson J.F., Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber bandligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol*. 1992;87:1601–1605. Available at: https://www.researchgate.net/publication/21712400_Optimal_nonsurgical_treatment_of_hemorrhoids_a_comparative_analysis_of_infrared_coagulation_rubber_band_ligation_and_injection_sclerotherapy.
25. Savoiz D., Roche B., Glauser T., Dorbrinow A., Ludwig C., Marti M.C. Rubber bandligation of hemorrhoids: relapse as a function of time. *Int J Colorectal Dis*. 1998;13:154–156. <https://doi.org/10.1007/s003840050156>.
26. Sim A.J., Murie J.A., Mackenzie I. Three-year follow-up study on the treatment of first- and second-degree hemorrhoids by sclerosant injection or rubber bandligation. *Surg Gynecol Obstet*. 1983;157:534–536. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6648773>.
27. Chew S.S., Marshall L., Kalish L., Tham J., Grieve D.A., Douglas P.R., Newstead G. Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber bandligation of hemorrhoids and mucosal prolapse. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:1232–1237. <https://doi.org/10.1007/s10350-004-6720-0>.
28. Kanellos I., Goulimaris I., Christoforidis E., Kelpis T., Betsis D. A Comparison of the simultaneous application of sclerotherapy and rubber bandligation, with sclerotherapy and rubber bandligation applied separately, for the treatment of haemorrhoids: a prospective randomized trial. *Colorectal Disease*. 2003;5(2):133–138. <https://doi.org/10.1046/j.1463-1318.2003.00395.x>.
29. Templeton J.L., Spence R.A., Kennedy T.L., Parks T.G., Mackenzie G., Hanna W.A. Comparison of infrared coagulation and rubber bandligation for first and second degree haemorrhoids: a randomised prospective clinical trial. *BMJ (Clin Res Ed)*. 1983;286:1387–1389. <https://doi.org/10.1136/bmj.286.6375.1387>.
30. Ratto C., Donisi L., Parello A., Litta F., Zaccone G., De Simone V. Distal Doppler-guided dearterialization is highly effective in treating haemorrhoids with anastomotic haemorrhoidal dearterialization. *Colorectal Disease*. 2012;14(11):786–789. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2012.03146.x>.
31. Ratto C., Donisi L., Parello A., Litta F., Doglietto G.B. Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization as a minimally invasive therapeutic approach to hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:803–811. <https://doi.org/10.1007/DCR.Ob013e3181cdafa7>.
32. Zampieri N., Castellani R., Andreoli R., Geccherle A. Long-term results and quality of life in patients treated with hemorrhoidectomy using two different techniques: Ligasure versus transanal hemorrhoidal dearterialization. *Am J Surg*. 2012;204(5):684–688. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.01.014>.
33. Lienert M., Ulrich B. Doppler-guided ligation of the hemorrhoidal arteries. Report of experiences with 248 patients. *Dtsch Med Wochenschr*. 2004;129:947–950. <https://doi.org/10.1055/s-2004-823061>.
34. Духанин А.С. Что определяет эффективность и безопасность местных препаратов для лечения геморроидальной болезни. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2017;(10):113–119. Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/hirurgia201710113-119>. Dukhanin A.S. What determines the effectiveness and safety of topical treatment of hemorrhoids. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2017;(10):113–119. (In Russ.) Available at: <https://doi.org/10.17116/hirurgia201710113-119>.
35. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Топоркова Л.А. Эффективность комплексного медикаментозного лечения пациентов с назальной обструкцией и ринореей. *Медицинский совет*. 2019;(6):58–62. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-58-62>. Svistushkin V.M., Nikiforova G.N., Toporkova L.A. The efficacy of combination drug therapy of patients with nasal obstruction and rhinorrhoea. *Meditsinskiy Sovet*. 2019;(6):58–62. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-6-58-62>.
36. Рязанцев С.В., Кривопапов А.А., Шаталов В.А., Шервашидзе С.В. Мазь Флеминга в терапии острых и хронических вазомоторных ринитов. *Российская оториноларингология*. 2017;4(89):136–144. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/maz-fleminga-v-terapii-ostryh-i-hronicheskikh-vasomotornyh-rinitov/viewer>. Ryzantsev S.V., Krivopalov A.A., Shatalov V.A., Shervashidze S.V. Fleming Ointment in the treatment of acute and chronic vasomotor rhinitis. *Rossiyskaya Otorinolaringologiya*. 2017;4(89):136–144. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/maz-fleminga-v-terapii-ostryh-i-hronicheskikh-vasomotornyh-rinitov/viewer>.

Вклад авторов:

Концепция и дизайн исследования — **Белик Б.М., Ковалев А.Н.**

Сбор и обработка материалов — **Белик Б.М., Ковалев А.Н.**

Статистическая обработка — **Ковалев А.Н.**

Написание текста — **Белик Б.М., Ковалев А.Н.**

Редактирование — **Белик Б.М.**

Contribution of authors:

The concept and design of the study — **Boris M. Belik, Aleksey N. Kovalev**

Collection and processing of materials — **Boris M. Belik, Aleksey N. Kovalev**

Statistical processing — **Aleksey N. Kovalev**

Text writing — **Boris M. Belik, Aleksey N. Kovalev**

Editing — **Boris M. Belik**

Информация об авторах:

Белик Борис Михайлович, д.м.н., заведующий кафедрой общей хирургии, Ростовский государственный медицинский университет; 344022, Россия, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29; bbelik@yandex.ru

Ковалев Алексей Николаевич, ассистент кафедры общей хирургии, Ростовский государственный медицинский университет; 344022, Россия, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29; врач-хирург, Международный медицинский центр «УРО-ПРО»; 350062, Россия, Краснодар, ул. Яна Полуяна, д. 51/1; Kovalev.come@mail.ru

Information about authors:

Boris M. Belik, Dr. Sci. (Med.), Head of the Department of General Surgery, Rostov State Medical University; 29, Nakhichevan Lane, Rostov-on-Don, 344022, Russia; bbelik@yandex.ru

Aleksey N. Kovalev, Assistant of the Department of General Surgery, Rostov State Medical University; 29, Nakhichevan Lane, Rostov-on-Don, 344022, Russia; Surgeon of International Medical Center "URO-PRO"; 51/1, Yana Poluyan St., Krasnodar, 350062, Russia; Kovalev.come@mail.ru