

AKUTNÍ HEMOROIDÁLNÍ NEMOC

Tomáš Skříčka

Bakešova nemocnice, Brno

Akutní hemoroidální nemoc patří mezi velmi frekventovaná onemocnění. Moderní léčba hemoroidů zahrnuje škálu opatření od změny životního režimu, přes léčbu místní a medikamentózní, až po výkony seminvasivní a čistě chirurgické. Podmínkou úspěšné léčby je správná diagnostika pomocí anoskopu, léčba „step by step“, upravená individuálně pro každého pacienta. Konzervativně a semiinvasivně můžeme definitivně vyléčit přes 90 % pacientů. Asi 1/10 musí být operována.

Klíčové slova: hemoroidy, diagnostika, léčba.

Klíčové slova MeSH: hemoroidy – diagnostika, terapie.

ACUTE HAEMORRHOIDAL DISEASE

Acute haemorrhoidal disease is a very frequented one. Modern treatment of haemorrhoids involves a scale of methods. To change daily habits, local therapy, pharmacology, semiinvasive methods and finally surgery. The condition of successful therapy is a precise diagnosis by means of anoscope, „step by step“ therapy, individually tailored for each patient. Using conservative and semiinvasive measurements we can reach definitive treatment in more than 90 % of patients. About 1/10 of them have to be operated.

Key words: hemorrhoids, diagnosis, treatment.

Key words MeSH: hemorrhoids – diagnosis, therapy.

Via pract., 2006, roč. 3 (3): 136–139

Úvod

Některé práce uvádějí, že až 70 % dospělé populace starší 30 let trpí někdy v životě hemoroidy (1). Je ale poctivě říci, že za řadu potíží si mohou pacienti sami, protože se dostávají až s příznaky, kdy už není léčení jednoduché (značné krvácení, fixované prolapsy s trombózami). Pro laika znamenají totiž všechny symptomy v anální oblasti „pouze“ hemoroidy.

Hemoroidy

Symptomy

Hemoroidální nemoci se přisuzují téměř všechny příznaky v anální oblasti – bolest, svědění, krvácení, pálení, špinění, zduření a další. S diagnózou „hemoroidy“ se pak dostávají pacienti s trhlínami, ragádami, análním ekzémem, abscesy, píštělemi, polypy, anální trombózou a dalšími.

Měli bychom bezesbytku dodržovat zásadu: **Nikdy neléčit bez správné diagnózy!!!** Daleko horší následky než výše zmíněné diagnózy mohou mít nepoznané rektální karcinomy, kolitidy, vnitřní rektální prolapsy, solitární rektální vředy. Tyto všechny stavy mohou být bez pečlivého vyšetření prohlášeny za „hemoroidy“ se všemi následky, z toho plynoucími.

Je před námi ještě mnoho výchovné práce, aby se pacienti naučili otevřeně hovořit s ošetřujícím lékařem o svém análním dyskomfortu dostatečně včas.

Epidemiologie

Hemoroidální nemoc postihuje téměř 70 % dospělé západní populace nejméně 1 x za život. Asymptomatické hemoroidy má ještě větší počet jedinců.

Diagnóza

Diagnóza hemoroidální choroby je syntézou pacientovy anamnézy, aspekce před a během anoskopie, digitálního vyšetření (toto slouží jen k velmi hrubé orientaci v análním kanále). Hemoroidy se tradičně popisují ve 4 stupních, zejména s ohledem na charakter zevního prolapsu:

Hemoroidy I. stupně: mírně zvětšené pleteně, které nesestupují ani při tlaku pod linea dentata. Při striktním dodržování této definice sem patří vlastně každý, byť bez příznaků. Proto se sem běžně zařazuje jen pacienti s příznaky, většinou s krvácením.

Hemoroidy II. stupně: protrudují při tlaku pod linea dentata, kdy jsou zvenčí viditelné a hmatné. Při skončení tlaku (obvykle bezprostředně po stolici) se spontánně retrahují.

Hemoroidy III. stupně: při tlaku či při defekaci protrudují zevně. Zpravidla si je pacienti musí sami manuálně reponovat.

Hemoroidy IV. stupně: jsou někdy nazývány permanentně prolabující uzly, které jsou vlastně komplikované uzly III. stupně (trombóza, zánět, exulcerace).

Poznámka ke správnému popisu lokalizace hemoroidálních uzlů: bez ohledu na polohu pacienta je nutné si uvědomit, že číslo 12 je ventrálně (směrem k os pubis) a číslo 6 dorsálně (směrem k os coccygis). Typickými místy lokalizace hemoroidů je tedy č. 3, 7 a 11!

Diferenciální diagnóza

Při pečlivě odebrané anamnéze a na základě klinického vyšetření (aspekce, digitální vyšetření) doplněném anoskopií, nedělá diferenciální diagnostika análního hemoroidálního onemocnění

zpravidla potíže. Odlišení hemoroidů a anální trombózy od řitní trhliny, hluboké ragády, solitárního rektálního vředu, proktitidy, anitidy, análních píštělí, análního karcinomu, karcinomu anorekta, perianální dermatitidy je pak snadné. Musíme mít ale na paměti, že se uvedené afekce mohou kombinovat (například 10 – 20 % hemoroidů je doprovázeno řitními trhlínami).

Konzervativní léčba

Step by step metoda by měla být metodou první volby při léčbě hemoroidů. Vezmeme-li v úvahu rozličné anorektální symptomy a kontroverzní pohled na etiologii vzniku hemoroidální choroby, je jasné, že terapeutická škála je široká. Vždy je nutno začít režimovými doporučeními:

- pravidelné vyprazdňování,
- vysokozbytková dieta,
- dostatek tekutin,
- pečlivá hygiena (avšak pozor – nadměrné používání alkalických mýdel může způsobit mykózy a dermatitidy),
- nepoužívat laxativa (pečlivě došetřit příčinu obstrukce – např. ventrální rektokéla!!).

Farmakoterapie

Je velmi důležitá u většiny anorektálních afekcí. Semiinvasivní a chirurgická léčba by měla být indikována až při selhání léčby konzervativní.

Léčba krvácení

Podle Mutschlera (2) je však jen kvantitativní rozdíl mezi adstringentním efektem léků a kauterizací. Pomáhají koupele v dubové kůře, aplikace Traumacelu T, Detralexu či Ginkor fort.

Terapie bolesti a svědění

V první řadě se užívají lokální anestetika ve formě masťů či gelů. Osobně doporučuji krátkodobě Mesocain gel či Faktum. Proti svědění se někdy indikují antihistaminika.

Analgetika základní řady dle potřeby. Pruritus ani bývá v nejméně 90 % způsoben kvasinkami. Důležité je vyšetření MOP (mikrobiální obraz poševní) u žen, výtěr z konečníku s cílenou kultivací na kandidy. Nizoral masť a tbl. pak eradikují kandidy (nutno léčit oba partnery)!

Antiflogistika

Navzdory jejich širokému používání je na místě varovat před používáním dlouhodobým (atrofie anální mukózy, poruchy hojení, vznik kandidóz) (3). Proto by léčba antiflogistiky neměla překročit 2 týdny. Osobně nejvíce doporučuji Ibuprofen.

Antibiotika, antiseptika

Rovněž tyto preparáty by neměly být používány dlouhodobě. Jsou indikovány jen při akutních atakách onemocnění.

Moderní prostředky

Akutní hemoroidální krize je v současnosti nejčastěji a úspěšně zvládnána použitím kombinovaných preparátů, například Ginkor fort (obsahujících extrakt z ginkgo biloby, troxerutin a heptgaminol hydrochlorid), Detralex (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidová frakce, diosmin a hesperidin) a další. Tyto léky zvyšují žilní tonus tím, že zlepšují aktivitu noradranalinu v jejich stěně, zlepšují lymfatickou drenáž a zlepšují mikrocirkulaci (4, 5, 6).

Skleroterapie

První pokusy prováděl už J. Morgan v roce 1869. V současné době se používá Gabrielova stříkačka a jehla (7). 5 % roztok fenolového oleje se vstříkne orálně od lineae dentatae submukózně, k bazi každého uzlu. Výsledkem je aseptický zánět a později fixace mukózy. Podobný efekt mohou mít i jiné sklerotizující látky. Celá procedura musí být

bezbolestná. Bolestivý tlak bývá způsoben aplikací příliš do hloubky nebo nedostatečně daleko od lineae dentatae.

Skleroterapie je metodou první volby u drobných uzlů, zejména krvácejících, bez mukózního prolapsu.

Kryoterapie

Kryoterapie byla v nedávné době dostatečně etablovaná metoda. Používá se běžně CO₂ nebo N₂. Zmrazení tkání pod -22 °C způsobuje trvalou destrukci tkání vznikem trombózy a nekrózy, ke kterým dojde do 24 hodin po aplikaci chladu. Separace nekrotických tkání probíhá asi 10 dní.

Nevýhodou je vnímání pocitu chladu pacientem a délky procedury (až 25 minut). Konec sondy se zavádí do oblasti vnitřního uzlu, kdy aplikací chladu vzniká „iceball“. Procedura se opakuje asi po 5 minutách, kdy začne iceball tát. Nutnost použití narkózy či hlubší sedací dělá tuto metodu méně atraktivní.

Kryoterapie byla velice populární v 70. a 80. letech minulého století. V současné době je ale téměř opuštěna (8).

Fotokoagulace

Tuto metodu publikoval Neiger (9), který adaptoval infračervený koagulátor k léčbě hemoroidů. Infračervený paprsek způsobuje tkáňovou destrukci zahřátím na 100 °C. Zasažená tkáň reaguje podobně jako po elastické liguře. Samotná fotokoagulace je vhodná k ošetření drobných (reziduálních) uzlů po elastické liguře, k sanaci drobných krvácení a jako doplňková metoda elastické liguře (rychlejší nekroza uzlů).

Elastická ligatura

Principem metody je nekroza a ztráta zaškrcené tkáně, ulcerace a tím fixace mukózy. Malý, pevný, gumový kroužek je aplikován pevně na krček uzlu ve vzdálenosti 1 až 1,5 cm nad lineae dentatae. Během několika dní dojde k nekrotizaci a vzniku ulceriformního defektu. Do 3 týdnů dojde k epitelizaci defektu. Nejuživanější je zjednodušená verze McGivneyova

aplikátoru (10). Z důvodů hygienicko-etických, zejména při větším počtu pacientů v proktologické ambulanci, je vhodné použití jednorázových anoskopů dostatečného průměru (23 mm) z důvodů bezpečně a snadné aplikace ligatur. Pacient nemusí být vyprázdněn, i když je vhodné, aby v den aplikace byl po stolici. Aplikace je velmi přehledná a bezpečná v genupektorální poloze na speciálním proktologickém stole.

Anoskop zavedeme asi 6 cm do análního kanálu, vytáhneme mandrén a povytáhneme anoskop do úrovně asi 1 cm nad lineae dentatae. Asistence drží anoskop v požadované pozici, zatímco my uchopíme klíšťkami uzlu a aplikujeme gumový kroužek. Nasazení kroužku je možno provést i bez asistence, a to s pomocí podtlakového aplikátoru. Jeho nevýhodou je ale nedostatečná kontrola ligace. Nejčastější komplikací po aplikaci elastické ligatury je bolest. Ta je způsobena buď aplikací ligatury příliš blízko lineae dentatae, nebo příliš masivní ligací. Uvádí se, že baze ligovaného uzlu má být nejméně 1 cm nad lineae dentatae, raději několik mm výše. V originálním Barronově doporučení (11) se hovoří o liguře jediného uzlu a opakování po 3 týdnech. My rovněž preferujeme liguře 1, někdy 2 uzlů v intervalu 10 – 14 dní. Použití fotokoagulace k bazi uzlu urychlí tvorbu nekrozy.

Někdy mají pacienti mírné bolesti, i když je ligatura aplikována na správném místě. Je-li bolest nesnesitelná, je nutné kroužek odstranit. Větší krvácení je velmi vzácné a projevuje se v promilových incidencích. Z vážných komplikací bylo popsáno několik úmrtí (12) na následky pánevní klostridiové infekce.

Mnoho prací zdůrazňuje, že elastická ligatura je metodou první volby u hemoroidů II. stupně. Z dlouhodobých statistik vyplývá, že 70 % pacientů je po jediné kúře definitivně zbaveno příznaků a 5–7 % vyžaduje operaci. U ostatních jejich stav vyřeší další liguře či kombinace s jinými konzervativními či semiinvasivními terapeutickými postupy (13, 14).

Reziduální kožní rugy, pokud dělají potíže, je možno odstranit v místní anestezii ambulantně.

Obrázky 1 – 3.



Barron sám původně doporučoval kombinovat ligaci s kryoterapií (15). V současnosti je elastická ligatura hemoroidů nejrozšířenější metodou. Z výhod vyniká zejména bezbolestné ambulantní provedení a odpadá pracovní neschopnost pacientů (16). Z osobních zkušeností můžeme konstatovat, že elastickou ligaturou jdou řešit i uzly III. stupně a dokonce i tzv. stupně č. IV (17).

Chirurgická léčba hemoroidů

Principem chirurgické léčby hemoroidů III.-IV. stupně (nižší stupně se k chirurgické terapii zpravidla neindikují) je odstranění hemoroidálních uzlů, podvaz hemoroidálních cév a částečná či kompletní rekonstrukce pooperačního slizničního nebo kožního defektu. Podle výše podvazu hemoroidálních cév a typu rekonstrukce defektů se nejčastěji používají následující metody či jejich kombinace: Milligan-Morgan, Parks, Fergusson.

Závěr

Step by step léčba hemoroidů je na jednu stranu léčba zdoluhavá, ale na stranu druhou bezpečná a je nej přijatelnější pro pacienta. Kombinace diety, zlepšení vyprazdňování, farmakoterapie a metody semiinvasivní léčby, mohou vyléčit více než 90 % pacientů s hemoroidální chorobou. Ambulantly lze provést i radikální operaci hemoroidů (18).

Anální fissura

Anální fissuru nutno diferenciatně-diagnosticky odlišit od typických hemoroidů. Je to hluboká trhlinka v análním kanále, v chronické stadiu charakteru vředu. Léze je typicky spojená s krvácením a bolestí při defekaci.

Incidence

Exaktní incidence není známa. Je však velice častá a dle statistik z proktologických ambulancí se jedná o druhé nejčastější onemocnění anální oblasti. Pacienti většinou udávají potíže s „hemoroidy“, které jsou symptomaticky léčeny, aniž by byly vyšetřeny a diagnostikovány. Téměř 20 % pacientů s anální fissurou má současně symptomatické hemoroidy.

Etiopatogeneze

Jako příčina vzniku anální trhliny se uvádí poškození tuhou stolicí při obstrukci či průjmu. Často však pacienti nejsou schopni udat přesný začátek potíží. Příznaky se někdy projevují plíživě, jindy dramaticky.

Nezhojená trhlinka se přemění v chronickou lézi s intermitentními příznaky. Původní trhlinka se postupně mění ve vředovitý kráter, nejčastěji na č. 6 a začíná těsně pod linea dentata. U řady pacientů je viditelná hypertrofická papila a tzv. strážní hrbolek aborálně. Na bazi bývají zřetelně vidět vlákna vnitřního svěrače. Oblast baze defektu kontaktně krvácí a je velice citlivá. Necitlivé léze podobného charakteru je nutno pedezírat z Crohnovy choroby.

Příznaky

Většina pacientů si stěžuje na „hemoroidy“. Prudká nepopsatelná bolest a intenzivní řezání, které trvá řadu hodin, jsou typické příznaky. Krvácení je vždy světle červené a bolesti následují okamžik vyprazdňování stolice. Mnoho pacientů má takový strach z vyprázdňování, že se snaží „to udržet“ co nejdéle. Tím si způsobí ještě tužší stolicí a ještě horší bolesti při jejím odchodu. Někteří pacienti při odchodu stolice i křičí. Významným příznakem je panický strach z análního vyšetření.

Diagnóza

V 95 % je anamnéza natolik typická, že často stačí pro vlastní diagnózu. Klinické vyšetření pacienta musí být nesmírně šetrné. Zásadně začínáme aspekci při širokém rozevření hýždí. Anální oblast je pak dostatečně přístupná zraku a konec fissury vidíme téměř vždy nad č. 6. Je-li další vyšetřování nutné, provedeme jej dětským anoskopem, dostatečně lubrikovaným (dáváme přednost ponořením konce přístroje do slunečnicového oleje). Pacient je požádán, aby zatlačil. Současně při zavádění anoskopu tlačíme ventrálně, mimo oblast fissury. Digitální vyšetření při viditelné fissure je málokdy nutné a užitečné.

Diferenciální diagnóza

Každá fissura či ulcer v atypické lokalizaci nebo atypického vzhledu jsou podezřelé. Edematózní,

granulární, ektopicky lokalizované a mnohočetné chronické léze, zvláště ve spojení se zarudnutím a zduřením na perineu, jsou podezřelé z morbus Crohn, zejména jsou-li bezbolestné. V úvahu je nutno brát i další patologické stavy, jako je karcinom či afekce spojené s imunodeficitními stavy.

Terapie

Chirurgický výkon – chirurgické řešení je často navrhováno pro fissury v chronickém stadiu nebo pro fissury velmi bolestivé, které nezabírají nebo velmi pomalu na konzervativní postupy. Tento přístup je obvyklý v USA i v jiných zemích (19, 20). Ve vyspělých zemích Evropy jsou populárnější metody více konzervativní, protože chirurgický výkon (parciální laterální sfinkterotomie) přináší až v 10 % různý stupeň inkontinence stolice.

Jiní autoři preferují anoplastiku, která má ale značně úzké indikace (21). Dříve značně populární Lordova metoda (divulze v narkóze) je ve vyspělých zemích opuštěna pro dilaceraci sfinkterové manžety různého stupně až u 22 % pacientů.

Jiným, značně slibným konzervativním postupem, je nitrátová mast (22), ale konečné výsledky tohoto postupu nejsou dosud uspokojivé. V posledních letech se objevily další postupy v léčbě análních fissur; infiltrace botulotoxinem (bezpečná, efektivní, ale drahá metoda) a dilatační léčba (bezpečná, levná, ale zdoluhavá) (23, 24). Osobně dáváme přednost dilatační léčbě sadou 3 velikostí dilatátorů (Dilatan, výrobce Sapimed).

Anální trombóza

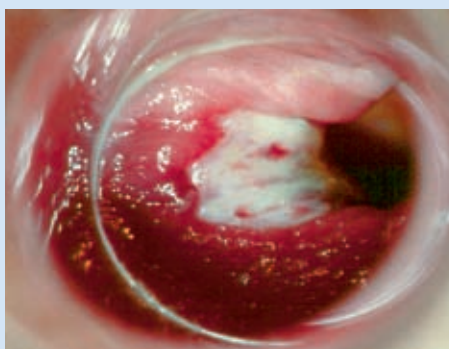
Úvod

Je někdy považována rovněž za hemoroidální onemocnění. Někteří autoři ji však považují za izolovanou patologickou lézi, kterou vlastní hemoroidy nemusejí vůbec provázet.

Etiopatogeneze

Jedná se o žilní trombózu k kteréhli části obvodu anokutálního přechodu. Příčinou bývají nejčastěji nemožnosti bazální hygieny a mikrotrau-

Obrázky 4 – 6.



mata (pobyty v prírode, hrubý toaletní papír), nadmerné fyzické zaťaženie (po zvednutí ťažkého bremene, po porodu).

Diagnostika

Je snadá pohou aspektí. Typická je krátka anamnéza s ňekterou z výše popsaných situací. Anoskopické vyšetření v akutní fázi zpravidla neprovádíme.

Diferenciální diagnostika

Nejčastější potíže může způsobit zanícený prolabovaný hemoroidální uzal IV. stupně. Záměna s jinou anální lézí je nepravděpodobná.

Terapie

Způsob léčby závisí od délky trvání příznaků. Není-li anamnéza delší než několik dní, preferujeme

provést krátkou incizi (3 – 4 mm) nad trombozovaným zevním uzlem (bez znecitlivění) a extrahovat trombus. Po výkonu a odstranění trombu vidíváme někdy drobné krvácení z rány. To může být venózní, tepenné nebo smíšené. Bimanuální tlak na postižené místo mívá hemostatický efekt, může být ale značně bolestivé. Proto je výhodné aplikovat na incizi nebo excizi Monselsův roztok, který má překvapivě dobré hemostatické účinky (25).

Trvají-li příznaky 5 a více dní, bývá již zpravidla trombus natolik organizovaný, že je lepší pouze konzervativní postup s aplikací lokálních protizánětlivých a analgetických masť.

doc. MUDr. Tomáš Skříčka, CSc.
Bakešova nemocnice
Žlutý kopec 5, 602 22 Brno
e-mail: e-mail: reditel@bchn.cz

Literatúra

1. Haas PA. The prevalence of hemorrhoids. Dis. Col. Rectum, 26, 1983: 435–9.
2. Mutschler E. Arzneimittelwirkungen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 1986, 508.
3. Florian A, Adam D, Schieck H, Eberwein B. Alternative in der Haemorrhoiden Therapie. *Pharmazeutische Rundschau*, 7., 1981: 51–4.
4. Cospite M. Double-blind, placebo controlled evaluation of clinical activity and safety of Detralex in the treatment of hemorrhoids, *Angiology*, 6, 1994: 566–73.
5. Bernades P, Menkini B. Controlled study of Ginkor fort versus high dose troxerutin in the treatment of acute hemorrhoidal attacks, *Médecine, Chirurgie Digestives*, 22, 1993: 125–31.
6. Hep A, Robek O, Skříčka T. Treatment of hemorrhoids from the gastroenterological point of view, *Vnitř. Lék.*, 46, 2000: 283–285.
7. Khoury GA, Lake SP, Lewis MCA, et al. A randomised trial to compare single with multiple phenol injection treatment of hemorrhoids. *Br. J. Surg.* 72, 1985: 741–2.
8. Mortensen N, Ramanos J. Hemorrhoids. In: Nichols RJ, Dozois RR. *Surgery of Colon and Rectum*. Churchill Livingstone, New York, 1997, 929 p.
9. Neiger A. Hemorrhoids in everyday praxis. *Proctology*, 2, 1979: 22–24.
10. Steinberg DM, Liegois H, Alexander-Williams J. Longterm review of the results of rubber-band ligation of hemorrhoids. *Br. J. Surg.*, 62, 1975: 144–6.
11. Barron J. Office ligation of internal hemorrhoids. *Am. J. Surg.* 195, 1963: 563–4.
12. Russell TR, Donohue JH. Hemorrhoidal banding: A warning. *Dis. Col. Rectum* 28, 1985: 291–3.
13. Wroblewski DE, Corman ML, Veidenheimer MC, et al. Long term evaluation of rubber-band ligation in hemorrhoidal disease. *Dis. Col. Rectum* 23, 1980: 478–81.
14. Bartizal J, Slosberger PA. An alternative to hemorrhoidectomy. *Arch. Surg.* 112, 1977: 534–7.
15. Barron J. Diverse methods of managing hemorrhoids: ligation with cryotherapy. *Dis. Col. Rectum*, 16, 1973: 178–9.
16. DiGiorgio A, Arnone P, Canavese P, et al. Ambulatory treatment of hemorrhoidal pathology with elastic bands according to a modified Barron technique. *Ann. Ital. Chir.*, 68, 1997: 687–92.
17. Skříčka T. Complex treatment of hemorrhoids. In: S. Repše: *Proktologija*. Zborník simpozija, Kirurška šola, Ljubljana 2000, p. 158–169.
18. Argov S. Ambulatory radical hemorrhoidectomy: personal experience with 1530. Milligan-Morgan operations with follow up of 2-15 years. *Dig. Surg.* 16, 1999: 375–378.
19. Notaras MJ. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure – a new technique. *Proc. R. Soc. Med.*, 62, 1969: 713–715.
20. Hsu TC, McKeigan JM. Surgical treatment of chronic anal fissure. *Dis. Col. Rectum* 27, 1984: 475–477.
21. Case JB. Chronic anal fissure. A new method of treatment by anoplasty. *Dis. Col. Rectum* 34, 1991: 198–199.
22. Stassen LP, Schouten WR. The treatment of chronic fissure in ano with nitrate ointment. *Ned Tijdschr Geneesk* 146, 1999: 13–16.
23. Schofield JH, Lund JN. A non surgical approach to chronic anal fissure. *Hosp. Pract.* 32, 1997: 181–6.
24. Coda A, Mattio R, Bendetto C, et al. The long-term results of mechanical anal sphincteroclasia. *Minerva Chir.* 54, 1999: 27–30.
25. Jetmore AB, Heryer JW, Conner WE. Monsel's solution: a kinder gentler hemostatic. *Dis. Col. Rectum* 36, 1993: 866–877.

Úsmev nad zlatú žilu.

Stop bolesti. Stop páleniu. Stop neprijemnostiam.



Pisomná informácia pre používateľa FAKTU[®] masť, FAKTU[®] čipky

Zloženie lieku: Rektálna masť: Liečivá: Poliresulenum (polikresulén) 50 mg, cinchocaini hydrochloridum (cinchokainiumchlorid) 10 mg v 1 g masť. Pomocné látky: Macrogolum 400 (makrogol), cetostearomacrogolum 300 (cetostearomakrogol), silica colloidalis anhydrica (koloidný oxid kremičitý), dinatri edetate dihydricus (dihydrát edetátu dvojsodného), natrii hydroxidum (hydroxid sodný), butylhydroxytoluenum (butylhydroxytoluén), aqua purificata (čistená voda). Rektálne čapky: Liečivá: Poliresulenum (polikresulén) 100 mg, cinchocaini hydrochloridum (cinchokainiumchlorid) 2,5 mg v jednom čapku. Pomocné látky: Adeps solidus (tuhy tuk), cellulolum microcrystalinum (mikrokryštalická celulóza), silica colloidalis anhydrica (koloidný oxid kremičitý), sojase lecitinum (sojový lecitín), natrii hydroxidum (hydroxid sodný). **Farmakoterapeutická skupina:** Antihemoroidálum. **Charakteristika:** Faktu[®] masť a čapky sa používajú na liečbu hemoroidov a iných ochorení v oblasti konečníka. Liek rýchlo zastavuje krvácanie, svrbenie a pálenie v oblasti konečníka, zabraňuje vzniku zápalu a podporuje regeneráciu tkaniva v postihnutej oblasti. **Indikácie:** Faktu[®] masť je určená na liečbu vonkajších aj vnútorných hemoroidov. Čapky sa používajú na liečbu vnútorných hemoroidov, najmä ak sú sprevádzané zápalom a krvácaním. Faktu[®] sa ďalej používa pri výrazných a svrbení (andine exémy, pruritus) a pri drobných rankách v oblasti konečníka (andine fisúry a ragády). **Kontraindikácie:** Precitlivosť na niektorú účinnú zložku, ktorá je obsiahnutá v lieku. V priebehu gravidity a dojčenia možno Faktu[®] používať len so súhlasom lekára. Nie je známe, že by niektoré liečivo prenikalo do materského mlieka. S použitím u detí nie sú klinické skúsenosti. **Nežiaduce účinky:** Mierne lokálne reakcie, napríklad pocit pálenia a svrbenia. Zriedkavo sa môže vyskytnúť kontaktná dermatitída, sčervnenie pokožky, vyrážky a svrbenie. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Rektálna masť: 2 - 3 krát denne naniesť na postihnuté miesto a podľa možnosti voni. U vnútorných hemoroidov treba použiť priložený aplikátor. Rektálne čapky: 2 - 3 krát denne zaviesť 1 čapku do vyprázdeného konečníka. Po zlepšení stavu možno pokračovať dávkou 1 čapku denne. Obvyklá dĺžka liečby je 14 dní až tri týždne. **Balenie:** Rektálna masť: 20 g + aplikátor. Rektálne čapky: 10 ks, 100 ks



ALTANA Pharma s.r.o., Plynárenská 7/B, 821 09 Bratislava,
tel.: 02/58252600, www.altanapharma.com