

А. Брілантіно¹, А. Ренці² та співавт.

¹ Відділення хірургії, лікарня Антоніо Кардареллі, м. Неаполь, Італія

² Центр захворювань стравоходу та відділення GERX, лікарня Буон Консіольо, м. Неаполь, Італія

Керівні принципи Італійського об'єднаного товариства колопроктології щодо ведення пацієнтів із гемороїдальною хворобою



Клінічні настанови, засновані на доказах, відображають узгоджену позицію членів Італійського об'єднаного товариства колопроктології (*Societa Italiana Unitaria di Colon-Proctologia – SIUCP*) щодо сучасних підходів до діагностики та лікування гемороїдальної хвороби (ГХ). За дорученням Ради SIUCP експертна група сформулювала ключові клінічні питання, що охоплюють основні аспекти ведення пацієнтів із ГХ, та здійснила систематичний і всебічний аналіз наукової літератури з кожної теми. Усі питання обговорювалися в кількох раундах із застосуванням методу Дельфі, що дозволило досягти експертного консенсусу щодо кожного положення. Клінічні питання сформулювалися відповідно до критеріїв PICO, а рекомендації розроблялися з використанням системи GRADE для оцінки якості доказів і сили тверджень.

Ключові слова: гематохезія, аноскопія, гемороїдальний пролапс, флеботоніки, гемороїдектомія, HAL.

1. Яка роль ендоскопії у пацієнтів із ГХ?

1-1. У пацієнтів із підозрою на ГХ та непереконливими результатами фізикального обстеження можна розглянути можливість проведення аноскопії для підтвердження діагнозу та виключення інших анальних патологій, які можуть спричиняти кровотечу, дискомфорт і біль. (*Сила рекомендації (CP) – експертна думка*)

1-2. У пацієнтів віком <40 років без факторів ризику колоректальної неоплазії, які мають гематохезію, ймовірно гемороїдального походження, гнучка сигмоїдоскопія є доцільним діагностичним методом для виключення інших причин кровотечі перед операцією. (*CP – слабка, 2B*)

1-3. У пацієнтів віком >40 років із гематохезією, а також у тих, у кого гематохезія поєднується з факторами ризику колоректального раку (повідомлення про наявність крові в калі),

колоноскопія є найдоцільнішим діагностичним методом для встановлення причин кровотечі. (*CP – сильна, 1B*)

1-4. У пацієнтів, які проходять колоно- або сигмоїдоскопію, для більш точного виявлення анальних патологій ендоскопічне обстеження доцільно доповнити аноскопією. (*CP – слабка, 2B*)

2. Яка роль візуалізаційних досліджень у пацієнтів із ГХ?

2-1. Через брак доступної літератури не можна надати рекомендації щодо використання візуалізаційних досліджень у пацієнтів із ГХ, основними симптомами якої є судинна гіперемія, включно з кровотечею та місцевим дискомфортом. (–)

2-2. У випадках, коли діагноз є сумнівним, можна розглянути можливість проведення тривимірного ендоанального ультразвукового

дослідження (3D-EAUS) і/або магнітно-резонансної томографії (МРТ) для виключення аноректальних абсцесів або внутрішньостінкових утворень. *(CP – слабка, 2B)*

2-3. У пацієнтів із ГХ, які також мають симптоми утрудненого випорожнення, можна розглянути можливість проведення таких досліджень, як дефекографія, цистокольпроктографія або магнітно-резонансна дефекографія. Ці дослідження можуть допомогти оцінити будь-які супутні морфологічні та функціональні порушення органів малого таза, які можуть бути пов'язані із закрепамі. Їх результати слід враховувати при плануванні терапевтичної стратегії. *(CP – слабка, 2B)*

2-4. У пацієнтів із ГХ та з початково порушеною анальною континенцією або наявністю в анамнезі акушерської травми чи попередньої аноректальної операції для оцінки дефектів сфінктера можна розглянути можливість проведення EAUS або МРТ. Це допоможе ідентифікувати пацієнтів із високим ризиком післяопераційної фекальної інконтиненції та обрати найбільш оптимальну тактику. *(CP – експертна думка)*

3. Яка роль функціональних досліджень у пацієнтів із ГХ?

3-1. Аноректальну манометрію можна розглядати у пацієнтів із ГХ, що супроводжується симптомами утрудненого випорожнення, з метою підтвердження клінічної підозри на диссинергію дефекації. *(CP – слабка, 2B)*

3-2. Аноректальна манометрія може бути розглянута разом з EAUS під час передопераційного обстеження пацієнтів із початково порушеною анальною континенцією, щоб оцінити аноректальну функцію та сприяти кращому вибору стратегії лікування. *(CP – експертна думка)*

3-3. Передопераційна оцінка чутливості прямої кишки у пацієнтів із ГХ особливо важлива у тих, хто має очікувану підвищену чутливість прямої кишки, наприклад у пацієнтів з анамнезом проктиту, синдромом подразненого кишечника або попередніми операціями на прямій кишці. У цій підгрупі пацієнтів ризик

післяопераційного ургентного нетримання після степлерної гемороїдопексії може бути вищим, і застосування інших хірургічних методів може бути безпечнішим. *(CP – експертна думка)*

4. Як, коли і чому слід застосовувати нехірургічне лікування в пацієнтів із ГХ?

4-1. Консервативне лікування, яке включає заходи щодо зміни способу життя (достатнє споживання води та клітковини, правильні звички щодо випорожнення та регулярна фізична активність) і фармакологічну терапію, може полегшити симптоми ГХ. *(CP – сильна, 1B)*

4-2. Пацієнтам із ГХ, які продовжують страждати від надмірно твердих випорожнень, незважаючи на зміни способу життя, можна рекомендувати добавки клітковини та проносні засоби, що збільшують об'єм кишкового вмісту, що, своєю чергою, полегшує випорожнення і знижує ризик кровотечі та пролапсу. *(CP – сильна, 1B)*

4-3. При лікуванні пацієнтів із гострою та хронічною ГХ можна рекомендувати застосування **флеботоніків**. Це пов'язано зі зменшенням ризику кровотеч, свербіння, виділень і підтікання, що призводить до загального поліпшення симптомів. *(CP – сильна, 1B)*

4-4. У період загострення ГХ застосування сидячих ванн може бути доцільним для розслаблення м'язів сфінктера, зменшення запалення та застою крові у гемороїдальних вузлах. *(CP – експертна думка)*

4-5. Консервативне лікування є першочерговим підходом при гемороїдальному пролапсі 1-2-го ступеня за класифікацією Голігера, а при пролапсі 3-4-го ступеня може виступати як тимчасовий етап перед хірургічним втручанням. *(CP – експертна думка)*

4-6. У пацієнтів із тромбозом або защемленням гемороїдальних вузлів можливо розглянути застосування місцевого міорелаксанта, такого як ніфедипін 0,3% у поєднанні з лідокаїном 1,5%. *(CP – слабка, 2C)*

4-7. Через обмежену кількість доступної літератури не можна надати рекомендацій щодо застосування нестероїдних протизапальних

препаратів, низькомолекулярних гепаринів (підшкірно), топічних стероїдів та інших місцевих засобів на основі флеботоніків або гепарину, хоча ці препарати часто призначаються проктологами пацієнтам із ГХ у клінічній практиці. (—)

5. Які показання до оперативного лікування пацієнтів із ГХ?

5-1. У пацієнтів із хронічною ГХ хірургічне лікування може розглядатися як метод вибору при прогресуючому пролапсі 3-4-го ступеня за класифікацією Голігера та як варіант другої лінії терапії для ранніх стадій (1-2-го ступеня) після неефективності консервативних заходів. (CP – експертна думка)

5-2. З огляду на обмежену кількість доступної літератури, не можна надати рекомендацій щодо хірургічного лікування гострої ГХ, що супроводжується активною кровотечею. (—)

5-3. У пацієнтів із гострим тромбозом зовнішніх гемороїдальних вузлів хірургічне лікування може бути розглянуто, коли симптоми є надзвичайно тяжкими, пацієнт погано дотримується медикаментозної терапії, консервативні методи лікування неефективні, наявний інтенсивний біль в анальному отворі, який не купірується стандартними анальгетиками, або гемороїдальні вузли мають гангренозний вигляд. У всіх інших випадках початковою терапевтичною стратегією слід вважати консервативне лікування, що включає зміну раціону харчування, застосування засобів для пом'якшення випорожнення, пероральних анальгетиків, сидячих ванн та місцевого застосування ніфедипіну 0,3% з лідокаїном 1,5%. (CP – експертна думка)

5-4. У пацієнтів із гострим тромбозом зовнішніх гемороїдальних вузлів, яким показане хірургічне втручання, можливі варіанти включають ексцизію або розріз затромбованих вузлів. При виборі процедури слід враховувати логістичні особливості, наявні ресурси, досвід лікаря, дотримання пацієнтом рекомендацій і тяжкість клінічного випадку. За можливості хірургічна ексцизія під місцевою анестезією вважається оптимальним варіантом першої лінії, оскільки вона забезпечує краще

післяопераційне полегшення симптомів і знижує ризик рецидиву порівняно лише з розрізом із видаленням тромбу. (CP – слабка, 2C)

5-5. У пацієнтів із гострим тромбозом внутрішніх гемороїдальних вузлів нехірургічне лікування слід розглядати як лікувальну стратегію першої лінії. Цей підхід включає ручне вправлення, теплі сидячі ванни, відпочинок, знеболення, застосування **флеботоніків** та місцеву терапію препаратами, що розслаблюють м'язи анального сфінктера. Оперативне лікування слід розглядати як варіант другої лінії, якщо консервативні заходи не дають результату, або як лікування вибору у випадках защемлення гемороїдальних вузлів, ускладненого некрозом, гангrenoю чи сепсисом. (CP – експертна думка)

5-6. У пацієнтів із гострим тромбозом внутрішніх гемороїдальних вузлів і защемленням без таких ускладнень, як некроз, гангрена або сепсис, хірургічним варіантом лікування може бути гемороїдопексія за допомогою скоб. Ця процедура пов'язана з коротшим часом операції, меншим післяопераційним болем, скороченням терміну перебування в лікарні та більш швидким поверненням до звичайної діяльності порівняно з традиційною хірургією. (CP – слабка, 2C)

5-7. Хірургічні процедури, що виконуються в екстрених умовах при гострій ГХ, можуть бути пов'язані з певними інтраопераційними труднощами та потенційно підвищеним ризиком ускладнень. Тому застосування гемороїдопексії або ексцизійної хірургії в екстрених умовах вимагає спеціальної хірургічної підготовки, досвіду хірурга і, бажано, має виконуватися в лікувальних закладах із великим обсягом операцій. Такий підхід спрямований на мінімізацію потенційних післяопераційних ускладнень та поліпшення результатів лікування пацієнтів. (CP – експертна думка)

6. Яка роль амбулаторного лікування в пацієнтів із хронічною ГХ?

6-1. Лікування гумовою стрічкою (RBL), ін'єкційна склеротерапія та інфрачервона коагуляція можуть полегшити симптоми ГХ, такі як кровотеча, і можуть розглядатися

як варіанти лікування в пацієнтів із гемороїдальним пролапсом 1-го або 2-го ступеня, які не відповідають на медикаментозну терапію. (CP – слабка, 2B)

6-2. RBL, ін'єкційна склеротерапія та інфрачервона коагуляція можуть розглядатися як варіанти лікування в пацієнтів, яким не показано хірургічне втручання, для яких неприйнятні можливі ускладнення та витрати, пов'язані з хірургічним лікуванням, а також як перехідний етап до хірургічного втручання у випадках, коли відтермінування операції може бути доцільним. (CP – експертна думка)

7. Яка роль нехірургічних процедур (перев'язування гемороїдальних артерій під УЗ-контролем [НАЛ] та мукопексія) у пацієнтів із хронічною ГХ?

7-1. Серед неексцизійних процедур НАЛ та мукопексія можуть розглядатися як варіант лікування в пацієнтів із ГХ за неефективності консервативного лікування та наявності гемороїдального пролапсу 2-3-го ступеня. (CP – сильна, 1B)

7-2. Перед початком лікування пацієнтів необхідно детально поінформувати про можливе погіршення довгострокових результатів, що може зумовити потребу в подальших втручаннях, а також про ризик розвитку незначних ускладнень і низьку ймовірність виникнення серйозних ускладнень. (CP – сильна, 1C)

7-3. Використання УЗ-доплера при виконанні НАЛ, вірогідно, не дає переваг із точки зору ефективності процедури і може бути пов'язане зі збільшенням часу операції та післяопераційним болем. У пацієнтів із гемороїдальним пролапсом 3-го ступеня на успішність процедури, як видається, більший вплив має репозиціонування та фіксація гемороїдальних вузлів в анальному каналі, ніж перев'язування судин. (CP – слабка, 2B)

8. Яка роль нехірургічних процедур (наприклад, степлерної гемороїдопексії) у лікуванні пацієнтів із хронічною ГХ?

8-1. Степлерна гемороїдопексія може розглядатися як варіант лікування в пацієнтів

із ГХ, яка не піддається медикаментозній терапії і супроводжується гемороїдальним пролапсом 2-4-го ступеня. (CP – сильна, 1A)

8-2. Степлерна гемороїдопексія може розглядатися як варіант хірургічного втручання, особливо в пацієнтів із ГХ, які також мають симптоми утрудненого випорожнення. (CP – експертна думка)

8-3. Серед різних пристроїв, доступних для степлерної гемороїдопексії, степлери нового покоління надають можливість вибрати найбільш відповідну хірургічну техніку та скоригувати об'єм видаленої тканини залежно від ступеня пролапсу. (CP – експертна думка)

8-4. Використання пристроїв нового покоління для степлерної гемороїдопексії може призвести до кращих довгострокових результатів та зменшення частоти ускладнень. (CP – слабка, 2C)

8-5. Усі пацієнти, яким показано проведення степлерної гемороїдопексії, повинні отримати детальний документ – інформовану згоду, у якому пояснюються переваги та ризики, пов'язані з цією процедурою. (CP – експертна думка)

9. Яка роль нових технологій у лікуванні пацієнтів із хронічною ГХ?

9-1. Процедура лазерного лікування геморою (HeLP) може бути цінним варіантом, особливо в пацієнтів із гемороїдальним пролапсом низького (1-го) ступеня та кровотечею. Потенційна перевага цієї процедури полягає в тому, що вона не вимагає загальної або спінальної анестезії. (CP – слабка, 2C)

9-2. Лазерна гемороїдопластика (LHP) та процедура Rafaelo (радіочастотна абляція гемороїдальних вузлів під місцевою анестезією) можуть розглядатися як варіанти лікування в пацієнтів із ГХ, яка не піддається консервативному лікуванню та супроводжується гемороїдальним пролапсом 2-3-го ступеня. (CP – слабка, 2C)

9-3. Перед лікуванням пацієнтів слід ретельно проінформувати про можливість погіршення довгострокових результатів, що може вимагати подальшого втручання, а також про

можливість виникнення незначних ускладнень. (CP – експертна думка)

10. Яка роль ексцизійних процедур у пацієнтів із хронічною ГХ?

10-1. Гемороїдектомія може розглядатися як варіант лікування пацієнтів із високим ступенем гемороїдального пролапсу (3-4-й ступінь), особливо в тих, хто має поєднання пролапсу 4-го ступеня та зовнішні гемороїдальні вузли. (CP – сильна, 1A)

10-2. Пацієнти, яким призначена гемороїдектомія, повинні отримати детальний документ – інформовану згоду, у якому пояснюються довгострокові переваги цієї процедури порівняно з ранніми післяопераційними недоліками, а також можливі коротко- та довгострокові ускладнення. (CP – експертна думка)

10-3. Гемороїдектомія має розглядатися як варіант лікування в пацієнтів із рецидивуючим пролапсом високого ступеня після неексцизійних процедур. (CP – експертна думка)

10-4. Відкрита та закрита гемороїдектомія дають подібні результати, хоча остання асоціюється з меншим ризиком кровотечі та швидшим загоєнням. (CP – сильна, 1A)

10-5. Використання гармонійного скальпеля (Harmonic scalpel) або радіочастотних пристроїв для гемороїдектомії може бути пов'язане з коротшим часом операції, зменшеною інтраопераційною крововтратою та меншим післяопераційним болем порівняно з традиційною хірургією. (CP – сильна, 1B)

Узагальнені рекомендації

У випадках гемороїдального пролапсу 1-го ступеня такі амбулаторні процедури, як LHP, RBL та склеротерапія, можуть вважатися кращими хірургічними варіантами.

У випадках пролапсу 2-го ступеня можна застосовувати широкий спектр хірургічних процедур, як окремо, так і в поєднанні. Неексцизійні методи лікування, такі як амбулаторні процедури, HAL плюс мукопексія, LHP, процедура Rafaelo та степлерна гемороїдопексія, можуть вважатися методами лікування першої лінії. Натомість ексцизійна хірургія може розглядатися як лікування другої лінії.

У випадках гемороїдального пролапсу 3-4-го ступеня найчастіше найбільш доцільними процедурами є степлерна гемороїдопексія та гемороїдектомія. Однак при пролапсі 3-го ступеня HAL та мукопексія також можуть бути прийнятними варіантами. При виборі конкретної процедури слід враховувати клінічні характеристики пацієнта, його готовність до лікування та вподобання, наявні місцеві ресурси та досвід конкретного хірурга. Крім того, група експертів вважає степлерну гемороїдопексію золотим стандартом лікування гемороїдального пролапсу 3-го ступеня. Натомість ексцизійна хірургія може бути особливо доцільною в пацієнтів із великими, що випали (і не вправляються), зовнішніми гемороїдальними вузлами в поєднанні з високим ступенем внутрішнього гемороїдального пролапсу. Якщо після неексцизійних процедур спостерігаються рецидиви гемороїдального пролапсу високого ступеня, гемороїдектомія може бути найбільш раціональним вибором лікування.

Реферативний огляд підготувала **Марія Ареф'єва**

За матеріалами: Brillantino A., Renzi A., Talento P. et al. The Italian Unitary Society of Colon-Proctology (Società Italiana Unitaria di Colonproctologia) guidelines for the management of acute and chronic hemorrhoidal disease. Ann Coloproctol. 2024 Aug;40(4):287-320.