

Сучасні підходи до ведення пацієнтів із гемороїдальною хворобою

За матеріалами клінічних настанов Європейського товариства колопроктологів

Гемороїдальна хвороба (ГХ) – одне з найпоширеніших захворювань аноректальної ділянки, що характеризується ураженням гемороїдальних сплетін навколо анального отвору або нижнього відділу прямої кишки, супроводжується їх симптоматичним збільшенням та дистальним зміщенням. Згідно з даними різних досліджень, поширеність ГХ становить 4,4-45% (V. Lohsiriwat et al., 2012; S. Riss et al., 2012; P.A. Naas et al., 1990; J.F. Johanson et al., 1990). Хвороба суттєво знижує якість життя, тому є не лише медичною, але й соціально-економічною проблемою, актуальність якої зумовлена зростаючим впливом факторів ризику в сучасному світі: надмірною масою тіла, ожирінням, малорухливим способом життя, дією з низьким вмістом клітковини, хронічним запором тощо. Періодично з'являються нові клінічні настанови щодо ведення пацієнтів із ГХ, які базуються на засадах доказової медицини. Оскільки українські лікарі можуть користуватися міжнародними рекомендаціями, дуже важливо слідкувати за оновленнями та впроваджувати сучасні підходи до діагностики й лікування у власну клінічну практику.

У 2020 р. були опубліковані мультидисциплінарні міжнародні клінічні настанови Європейського товариства колопроктологів (European Society of ColoProctology, ESCP) щодо ведення пацієнтів із ГХ. Процес розроблення складався з шести фаз:

- визначення обсягу клінічних настанов (популяція пацієнтів включала хворих із усіма стадіями ГХ; цільова група – усі спеціалісти, що лікують пацієнтів із ГХ, медичні працівники та пацієнти, які хочуть отримати інформацію щодо тактики ведення ГХ);
- створення групи, що займається розробленням клінічних рекомендацій (guideline development group, GDG);
- розробка питань для обговорення;
- пошук літератури у базах даних MEDLINE (Ovid), PubMed, Embase (Ovid) та Кокранівській базі даних систематичних оглядів;
- перевірка даних;
- розробка членами GDG рекомендацій на основі доказів, із використанням системи GRADE (систематичного підходу для оцінювання доказовості у систематичних оглядах).

У клінічних настановах для позначення рекомендацій, які базуються на доказах різного рівня, використовувалися різні модальні дієслова. При доказах високого рівня застосовувався термін «треба, необхідно» (з англ. must), доказах середнього рівня – «варто» (з англ. should or could), доказах низького рівня – «можливо, можна» (з англ. could or may), доказах дуже низького рівня – «можна розглянути» (з англ. can be considered). Група GDG досягла консенсусу щодо усіх рекомендацій. Клінічні настанови ESCP щодо ведення пацієнтів із ГХ оновлюються щорічно, починаючи з 2020 р., та містять 34 рекомендації, представлені у шести розділах, які є керівництвом для найефективнішого ведення пацієнтів із ГХ.

Симптоми, діагностика та класифікація

Наразі наявно недостатньо доказів щодо цього розділу, тому переважна більшість рекомендацій базується на думці експертів GDG.

1.1. Медичним працівникам варто встановлювати попередній діагноз ГХ на основі клінічного анамнезу, враховуючи можливість наявності інших захворювань, наприклад, колоректального раку чи запального захворювання кишечника (ЗЗК).

1.2. Щоб виключити іншу патологію аноректальної ділянки, варто провести перевірку та фізикальний огляд.

1.3. Для діагностики та встановлення ступеня тяжкості ГХ, а також для виключення іншої патології аноректальної ділянки треба провести огляд усього анального каналу (наприклад, із застосуванням жорсткого аноскопа, проктоскопа чи ректоскопа).

1.4. Якщо під час збору анамнезу чи фізикального обстеження виявлено ознаки, що вказують на колоректальний рак чи ЗЗК, варто застосувати відповідні клінічні настанови.

1.5. Фізикальний огляд варто проводити у положенні, що полегшує діагностику та забезпечує комфорт пацієнта, тобто на лівому боці. Альтернативними положеннями може бути літотомічне чи колінно-лікткове.

1.6. Якщо було встановлено попередній діагноз ГХ, можна розпочати базову терапію (тобто дотримання правильних звичок у туалеті, проносні засоби, місцеві анестетики та флеботоніки). Пацієнтів із рефрактерними симптомами варто направити для подальшого лікування.

1.7. Для документації та класифікації найчастіше використовують класифікацію Goligher. Вона може використовуватися медичними працівниками як допоміжний інструмент при виборі найкращого методу лікування для кожного пацієнта.

Базисна терапія

Першим кроком у веденні пацієнта, в якого було діагностовано ГХ, є базисна терапія та інформування пацієнта про всі стадії ГХ.

2.1. Варто заохочувати пацієнтів до здорового способу життя, наприклад, вживання достатньої кількості рідини,

дотримання здорового харчування та фізичної активності (експертний висновок, підвищений GDG).

2.2. Варто дати поради стосовно дотримання правильних звичок у туалеті, включно із положенням тіла під час акту дефекації. Варто уникати напруження під час дефекації та тривалих актів дефекації (експертний висновок, підвищений GDG).

2.3. Для полегшення симптомів та зменшення кровотеч можна розглянути призначення проносних засобів (низький рівень доказовості).

2.4. Флеботоніки можуть сприяти зменшенню симптомів (низький рівень доказовості).

2.5. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) та ненаркотичні анагетики можна призначати для усунення болю (експертний висновок).

Амбулаторні процедури

Якщо базова терапія не сприяла бажаному зменшенню вираженості симптомів, варто розглянути додаткові процедури. До амбулаторних процедур належать лігування латексним кільцем (ЛЛК), склеротерапія (СКЛ) та інфрачервона коагуляція (ІЧК).

3.1. Рішення про вибір амбулаторної процедури (ЛЛК, ін'єкційна СКЛ та ІЧК) варто приймати спільно з пацієнтом, враховуючи його побажання, доступність процедури та придатність пацієнта для подальших процедур (експертний висновок, підвищений GDG).

3.2. ЛЛК варто проводити при ГХ I-III ступеня. Надалі може знадобитися повторення процедури (середній рівень доказовості).

3.3. ІЧК можна використовувати як варіант вибору у пацієнтів із кровоточивістю геморою I ступеня (низький рівень доказовості).

3.4. Ін'єкційну СКЛ можна використовувати у пацієнтів із ГХ I-II ступеня (низький рівень доказовості).

Хірургічне лікування

Для пацієнтів, у яких базова терапія та/або амбулаторні процедури не дали бажаного результату, або для пацієнтів із ГХ III-IV ступеня можна розглянути хірургічне втручання.

4.1. Рішення про вибір хірургічного лікування варто приймати спільно з пацієнтом, враховуючи його побажання, доступність процедури та придатність пацієнта для проведення хірургічних процедур (експертний висновок, підвищений GDG).

4.2. Лігування гемороїдальних артерій під контролем доплера (Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation – DG-HAL) у поєднанні з мукопексією чи без неї можна використовувати у пацієнтів із ГХ II-III ступеня та/або у пацієнтів, рефрактерних до амбулаторних процедур (низький рівень доказовості). Проте у зв'язку з тим, що ефективність процедур, проведених під контролем доплера, наразі ставиться під сумнів, можна розглянути проведення лише мукопексії (дуже низький рівень доказовості, підвищений GDG).

4.3. Степлерна гемороїдопексія (СГП) може використовуватися у пацієнтів із ГХ II-III ступеня та/або у пацієнтів, рефрактерних до амбулаторних процедур (низький рівень доказовості).

4.4. Геморойдектомія може бути застосована у пацієнтів із ГХ II-III ступеня та/або у пацієнтів, рефрактерних до амбулаторних процедур (середній рівень доказовості).

4.5. Геморойдектомію варто використовувати у пацієнтів із ГХ IV ступеня (середній рівень доказовості).

Особливі ситуації

Тромбоз гемороїдальних вузлів

5.1. У пацієнтів із тромбозом гемороїдальних вузлів рішення про вибір лікування варто приймати спільно з пацієнтом, враховуючи його побажання, доступність процедур та придатність пацієнта для подальших процедур (експертний висновок, підвищений GDG).

5.2. У пацієнтів із тромбозом гемороїдальних вузлів у першу чергу можна розглядати базову терапію, тобто дотримання

правильних звичок у туалеті, проносні засоби, НПЗП та ненаркотичні анагетики (думка експертів). У пацієнтів із тромбозом гемороїдальних вузлів можна розглядати призначення флеботоніків (низький рівень доказовості). В окремих випадках можна розглянути можливість проведення операції (дуже низький рівень доказовості).

5.3. У пацієнтів із тромбозом гемороїдальних вузлів можна розглядати хірургічні процедури (тобто СГП та геморойдектомію; дуже низький рівень доказовості).

Імунодефіцитні стани

5.4. Амбулаторні процедури (включаючи ЛЛК та СКЛ) у пацієнтів із ослабленою імунною системою здаються безпечними, але доступно дуже мало даних щодо цього твердження (дуже низький рівень доказовості).

Вагітні

5.5. Вагітним жінкам та породіллям варто використовувати базисну терапію, тобто проносні, теплі лікувальні засоби, флеботоніки та анагетики (експертний висновок, підвищений GDG).

5.6. У вагітних та породіль із тромбозом гемороїдальних вузлів, які не відповідають на базисну терапію, можна розглянути можливість проведення хірургічних процедур для лікування тромбозу (експертний висновок).

ЗЗК

5.7. У пацієнтів із ЗЗК амбулаторні та/або хірургічні процедури можна розглядати лише за умови відсутності ознак активного захворювання (експертний висновок, підвищений GDG).

Променева терапія

5.8. Загалом не можна розглядати амбулаторні та/або хірургічні процедури у пацієнтів, які пройшли променеву терапію (експертний висновок).

Порушення згортання крові

5.9. Перед проведенням амбулаторної та/або хірургічної процедури з приводу ГХ треба припинити застосування антикоагулянтів згідно з національними клінічними рекомендаціями (дуже низький рівень доказовості, підвищений GDG).

Інші техніки

6.1. Можна використовувати як закрити, так і відкриту геморойдектомію без використання електрохірургічного обладнання (низький рівень доказовості). Закрита геморойдектомія асоціюється з менш вираженим больовим відчуттям і кровотечею (низький рівень доказовості).

6.2. Для геморойдектомії можна використовувати таке електрохірургічне обладнання, як LigaSure® та скальпель Harmonic (низький рівень доказовості).

6.3. Можна використовувати/розглянути застосування альтернативних процедур, наприклад, лазерної та радіочастотної абляції (низький рівень доказовості).

6.4. Ректальну резекцію за допомогою степлерного пристрою (включно з трансанальною степлерною ректальною резекцією (stapled transanal rectal resection – STARR) не варто використовувати для лікування ГХ (низький рівень доказовості, занижений експертами).

Висновки

Таким чином, ГХ є однією з найбільш поширених патологій аноректальної ділянки, показник її поширеності коливається від 4,4 до 45%. Останні 10 років ознаменувалися проведенням великої кількості досліджень щодо ГХ, що змінило погляд на менеджмент пацієнтів цієї групи. Спираючись на нові дані, група експертів ESCP розробила багатопрфільні міжнародні клінічні рекомендації, які включають актуальне та доказове резюме існуючих знань у галузі ведення пацієнтів із ГХ.

Перевагою цих рекомендацій є застосування інструменту AGREE Enterprise, який дозволяє зменшити мінливість якості практичних настанов. Це перші міжнародні багатопрфільні клінічні рекомендації, в яких наводиться актуальне та доказове резюме існуючих знань щодо ведення пацієнтів із ГХ і які стануть корисним путівником для практикуючих лікарів.

За матеріалами R.R. van Tol, J. Kleijnen, A.J.M. Watson et al. European Society of Coloproctology: guideline for haemorrhoidal disease. Colorectal Disease®. 2020. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. 22, 650662.

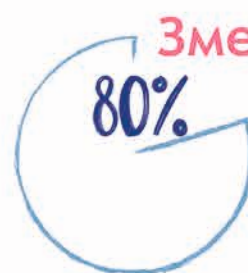
Підготувала Ілона Цюпа





ЕФЕКТИВНЕ ЗМЕНШЕННЯ БОЛЮ ТА НАБРЯКУ⁽¹⁾

Флебодія 600 статистично
значуще зменшує
симптоми гострого
геморою



ШВИДКЕ ЗМЕНШЕННЯ БОЛЮ⁽¹⁾

Зникнення на 3-й день



Швидше
в групі
Флебодія 600



ШВИДКЕ ЗМЕНШЕННЯ КРОВОТЕЧІ⁽²⁾



пацієнтів*
без кровотечі
через 3 дні!

*77% пацієнтів

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



Флебодія
600 мг ДІОСМІН

**2-3 ТАБЛЕТКИ
НА ДЕНЬ**
ПІД ЧАС ЇЖІ⁽³⁾



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

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

Цей матеріал не є рекламою лікарського засобу, містить виключно наукову та медичну довідкову інформацію, призначений для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

ЛІТЕРАТУРА.

1. M. Chauvenet, M. Libeskind - Intérêt de la diosmine d'hémisynthèse dans la poussée hémorroïdaire aiguë. Revue française de gastro-entérologie, 1994 ; 303:642-7.
2. D. Kecmanović, M. Pavlov, M. Ceranic, A. Sepetkovski, P. Kovacevi, A. Stamenković - The use of PHLEBODIA in the management of bleeding non prolapsed haemorrhoids. Acta Chir Iugosl. 2005;52(1):115-6.
3. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ФЛЕБОДІА 600.
4. Periodic safety update report for diosmin, page 3, data lock point on 31-Jul-2021.