

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА (обзор литературы)

Коваленко Д.Е.¹, Атрощенко А.О.¹, Варданыан А.В.², Хатьков И.Е.¹,
Чудных С.М.¹, Поздняков С.В.¹, Данилов М.А.¹, Саакян Г.Г.¹,
Долгопят И.А.¹, Абдулатипова З.М.¹

¹ ГБУЗ МКНЦ им. А.С.Логина ДЗМ, г. Москва
(директор – чл.-корр. РАН, профессор И.Е.Хатьков)

² ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

[Ключевые слова: геморрой, воспалительные заболевания кишечника, HAL-RAR, болезнь Крона]

MINIMAL-INVASIVE APPROACH FOR HEMORRHOIDS TREATING IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (review)

Kovalenko D.E.¹, Atroschenko A.O.¹, Vardanyan A.V.², Khatkov I.E.¹, Chudnykh S.M.¹,
Pozdnyakov S.V.¹, Danilov M.A.¹, Saakyan G.G.¹, Dolgopyatov I.A.¹, Abdulatipova Z.M.¹
Moscow Clinical and Scientific Center, Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia
State scientific centre of coloproctology, Moscow, Russia

[Key words: hemorrhoids, inflammatory bowel disease, HAL-RAR, Chron's disease]

*Адрес для переписки: Коваленко Д.Е., «Московский клинический научный центр им. А.С.Логина
Департамента здравоохранения г. Москвы», шоссе Энтузиастов, д. 86, Москва, 111123;
тел.: +7 (916) 331-79-96, e-mail: dima_77791@mail.ru,*

В настоящее время геморрой признан одним из наиболее распространенных заболеваний человека. При этом, частота его возникновения в разных странах сильно отличается [16]. В Российской Федерации она составляет 130-145 человек на 1000 взрослого населения, а в структуре колопроктологических заболеваний частота геморроя составляет не менее 40% [1]. Выбор метода лечения пациентов с геморроидальной болезнью до сих пор является серьезной дилеммой для врача. Новые технологии последних лет позволили в значительной степени улучшить качество хирургических методов лечения геморроя. Тем не менее, вопрос о наиболее оптимальном варианте хирургического вмешательства до настоящего времени остается нерешенным, а данные об эффективности различных методик зачастую противоречивы [9]. Актуальной проблемой на сегодняшний день является тактика лечения геморроя у больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

У больных данной группы отмечается атипичное течение геморроя, проявляющееся в виде частых кровотечений и тромбозов геморроидальных узлов. Воспалительные изменения слизистой и кожи анального канала приводят к снижению ее репаративных возможностей, ригидности, ломкости, склонности к разрывам [23,2,3,6]. Частота симптоматического геморроя у пациентов с ВЗК составляет от 3,3% до 20,7% [22,14,21,7]. Данные цифры могут быть недостоверны в связи с тем, что клинические проявления ВЗК могут маскировать симптоматику геморроидальной болезни [12]. Некоторые авторы считают, что длительные и частые приступы диареи, характерные для этих больных, провоцируют развитие геморроидальной болезни [14,19,13]. Болезнь Крона (БК) в форме перианальных проявлений может имитировать клинику геморроя, что приводит к постановке ложного диагноза [17,10,8]. Данная проблема на сегодняшний день мало изучена, и не решена тактика

ведения пациентов с сочетанием данных патологий, что объясняет актуальность данной темы и необходимость дальнейших исследований.

Консервативные методы лечения геморроя у пациентов с ВЗК имеют ограниченную результативность и не способны полностью избавить пациентов от жалоб. Выполнение инвазивных вмешательств вызывает небезосновательные опасения у колопроктологов. В одной из первых статей на тему хирургического лечения геморроидальной болезни у больных с ВЗК Jeffery с соавторами провели ретроспективный анализ, включающий 42 пациента с язвенным колитом (ЯК) и 20 пациентов с БК, подвергшихся хирургическому лечению геморроя. Более половины случаев оперативного лечения пациентов с БК (n=11) сопровождались тяжелыми осложнениями [18]. Несмотря на столь угрожающие результаты, необходимо отметить, что данная статья была опубликована более 40 лет назад и характер осложнений авторами не указан. В других, более поздних исследованиях, также посвященных проблемам лечения геморроидальной болезни у больных с ВЗК, авторами также было показано аналогичное число осложнений после оперативного лечения, однако вновь характер и степень осложнений продемонстрированы не были [20,23].

В то же время, Wolkomir с соавторами опубликовали исследование, в котором показали, что у пациентов с БК, перенесших операцию по поводу симптоматического геморроя, вообще не было отмечено каких-либо осложнений. Авторы пришли к выводу, что больным с воспалительными заболеваниями кишечника в стадии ремиссии в отдельных случаях возможно проведение хирургического лечения геморроидальной болезни [24]. Однако, нельзя не подчеркнуть, что в данной работе отсутствует подробное описание самих пациентов, не указана локализация основного заболевания и методы диагностики, что заставляет относиться к полученным результатам скептически.

D'Ugo S. с соавторами опубликовали собственные результаты лечения 45 пациентов с БК и геморроем [12]. Первоначально всем пациентам проводилась консервативная терапия геморроидальной болезни. В отсутствие диареи она включала диету с высоким содержанием клетчатки, употребление большого количества жидкости. Также были предложены теплые сидячие ванночки. В случае тромбоза геморроидальных узлов при первом амбулаторном осмотре пациента или, если симптомы геморроя сохранялись через 12 недель от момента начала терапии, к первой линии терапии добавлялись оральные ангиопротекторы.

В результате для 17 (37,8%) пациентов консер-

вативный метод лечения был неэффективен, что потребовало хирургического лечения. В 11 (24,4%) случаях выполнена открытая геморроидэктомия, в 3 (6,7%) – закрытая, в 1 (2,2%) – степлерная геморроидопексия, в 2 (2,4%) наблюдениях выполнено латексное лигирование геморроидальных узлов. Осложнения отмечены в 7 (41,2%) случаях. Наиболее частым из них было послеоперационное кровотечение, которое наблюдалось у 3 (17,6%) пациентов в течение четырех суток после операции. Одно кровотечение было купировано консервативно, в то время как два других потребовали хирургического гемостаза. У 2 (11,8%) пациентов отмечены длительно незаживающие раневые дефекты, потребовавшие местной консервативной терапии в течение 8 недель. В 2 (11,8%) наблюдениях развились местные гнойно-септические осложнения: в 1 (5,9%) случае, через 30 дней после операции, было отмечено гнойное осложнение в виде параректального абсцесса, который был вскрыт и дренирован. В другом случае, через 40 дней после операции, сформировался свищ, успешно вылеченный иссечением в просвет прямой кишки.

Анализ данной работы показал, что консервативная терапия геморроя у данной группы пациентов была неэффективна более чем в трети случаев. В то же время хирургическое лечение сопровождалось большим процентом осложнений.

Karin E. с соавторами в 2010 году в своем исследовании продемонстрировали более благоприятные результаты лечения геморроя у больных с болезнью Крона [15]. В исследование было включено 13 пациентов с хроническим геморроем III стадии, 7 (53,8%) мужчин и 6 (46,2%) женщин. Средний возраст составил 34 года. Все пациенты получали терапию по поводу болезни Крона. Всем пациентам было выполнено шовное лигирование геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии. Важно подчеркнуть, что у 4 (31,1%) пациентов ранее выполнялись другие методы малоинвазивного лечения геморроя: в 2 (15,5%) случаях – лигирование латексными кольцами, в 1 (7,7%) – склеротерапия; в 1 (7,7%) случае – инфракрасная коагуляция. Среднее время оперативного вмешательства составило 27 (22-49) минут. Выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде оценивалась по 10 балльной визуальной аналоговой шкале (VAS). Данный показатель в течение первых суток составлял $2,4 \pm 1,8$ балла, а через одну неделю – $1,6 \pm 0,2$. Необходимо отметить, что в данной работе осложнений в раннем периоде не отмечено. Через 18 месяцев у 4 (31%) пациентов был выявлен возврат симптоматики геморроидальной болезни: в 3 (23,1%) наблюдениях – рецидив кровотечений, в 1 (7,9%) – рецидив пролапса.

Несмотря на то, что в данной статье авторы показали отсутствие каких-либо осложнений после шовного лигирования геморроидальных артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии у больных с ВЗК, малое количество наблюдений не позволяет относиться к полученным результатам с точки зрения доказательной медицины.

В отечественной литературе найдена лишь одна работа, посвященная данной проблеме.

В 2015 году Соловьев О.Л. с соавт. опубликовали исследование, в котором показали возможность применения малоинвазивных методов лечения геморроя у больных с ВЗК [5]. С 2001 по 2014 гг. ими выполнена остановка геморроидального кровотечения у 53 пациентов с ВЗК методом склеротерапии с ультразвуком. Болевой синдром наблюдался у 2 (3,8%) пациентов, тромбоз наружных геморроидальных узлов – у 4 (7,6%), развитие воспалительного инфильтрата в перианальной области – у 1 (1,9%) больного. Во всех случаях остановка кровотечения из геморроидальных узлов была успешной. Авторы пришли к выводу, что данная методика является эффективной и безопасной у пациентов с ВЗК и хроническим геморроем при наличии кровотечения из анального канала. Однако, в данной статье не указано распределение пациентов по группам ВЗК и не указана степень активности основного заболевания на момент кровотечения. В связи с чем, достоверно говорить о наличии именно геморроидального кровотечения не представляется возможным.

Несомненный интерес представляет единственный метаанализ, посвященный данному вопросу, основанный на поиске работ в базах Medline, PubMed и Cochrane Library, посвященных хирургическому лечению геморроидальной болезни у больных с ВЗК, опубликованный в 2014 году [11]. Авторы включили в свою работу 11 ретроспективных исследований, в которых оценивались результаты хирургического лечения 135 пациентов. В большинстве работ проведена оценка небольшого количества пациентов, в связи с чем процент осложнений колебался в широком диапазоне (от 0 до 100%). В восьми из одиннадцати исследований осложнения составили от 0% до 11%, в трех – от 50% до 100%. В общей сложности 99 пациентам с болезнью Крона была выполнена геморроидэктомия. Осложнения зафиксированы у 17 (17,1%) пациентов, из которых у 10 (10,1%) были отмечены гнойно-септическое осложнения в области промежности, потребовавшие в более чем половине случаев проктэктомии. В 2 (2%) наблюдениях развилась анальная инконтиненция, которая в одном случае привела к колостомии, в другом – к проктэктомии. У 4 (4%) пациентов развилась стрик-

тура анального канала, потребовавшая проктэктомии в двух случаях. У 1 (1%) пациента возник длительно незаживающий раневой дефект. Таким образом, хирургическое лечение геморроидальной болезни у подобной когорты пациентов сопровождалось тяжелыми осложнениями более чем в 17% наблюдений. При этом в 9 (9%) случаях возникла необходимость в выполнении проктэктомии с формированием пожизненной колостомы. В группе пациентов с язвенным колитом картина осложнений была более благоприятная. Из 36 оперированных пациентов только в 2 (5,5%) случаях отмечены осложнения в виде стриктуры анального канала, с последующей проктэктомией. Несмотря на столь инвалидизированный характер осложнений у пациентов с БК после хирургического лечения геморроидальной болезни, необходимо отметить, что все исследования носили ретроспективный характер, а количество пациентов в отдельных работах не превышало 26.

Полученные данные лишь раз показывают актуальность проблемы лечения геморроидальной болезни у больных с ВЗК. Авторы указывают на большое количество осложнений после инвазивных методик лечения геморроя у пациентов этой группы, которые впоследствии привели к проктэктомии. В работах, посвященных применению миниинвазивных методов лечения геморроя, процент осложнений меньше. Однако, ни одна из работ не посвящена такому выбору метода лечения геморроя у пациентов с ВЗК. Более того, не рассмотрен вопрос применения каких-либо вмешательств по поводу симптоматического геморроя с наличием активности основного заболевания. Все исследования носят ретроспективный характер с отсутствием групп сравнения. Все вышесказанное диктует необходимость проведения дальнейших исследований для решения этой проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев, Г.И. Геморрой. 2-е издание. / Г.И.Воробьев, Ю.А.Шельгин, Л.А.Благодарный // М.: «Литера». – 2010. – с. 188.
2. Данилов, М.А. Непроходимость кишечника – последствие капсульной эндоскопии у пациента с болезнью Крона (клиническое наблюдение). / М.А.Данилов, А.О.Атрощенко, С.М.Чудных и соавт. // Журнал «Доктор. Ру». – 2016. – № 1 (118). – с. 54-58
3. Данилов, М.А. Результаты лечения прямокишечных свищей при болезни Крона – VAAFT. / М.А.Данилов, А.О.Атрощенко, С.В.Поздняков

- и соавт. // Журнал «Колопроктология». – 2017. – № S3 (61). – с. 20-21.
4. Ивашкин, В.Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита. / В.Т.Ивашкин, Ю.А.Шельгин, И.Л.Халиф и соавт. // Колопроктология. – 2017. – № 1 (59). – с. 6-30.
5. Соловьев, О.Л. Способ малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей / О.Л.Соловьев, А.О.Соловьев, О.Ю.Долгих и соавт. // Журнал «Колопроктология». – 2015. – № 1 (51) (приложение). – с. 44.
6. Халиф, И.Л. Противорецидивная терапия болезни Крона в послеоперационном периоде (обзор литературы). / И.Л.Халиф, А.В.Варданян, М.В.Шапина и соавт. // Колопроктология. – 2017. – № 3 (61). – с. 63-70.
7. Хатъков, И.Е. Воспалительные заболевания кишечника в практике терапевта и хирурга. / И.Е.Хатъков, А.И.Парфёнов, О.В.Князев // Москва. Сер. Библиотека врача. – 2017.
8. Шельгин, Ю.А. Илеостомия и ее эффективность при осложненных формах болезни Крона толстой кишки. / Ю.А.Шельгин, В.Н.Кашников, К.В.Болихов и соавт. // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2012. – т. 4. – № 3. – с. 19-23.
9. Шельгин, Ю.А. Модифицированная классификация геморроя / Ю.А.Шельгин, А.Ю.Титов, М.В.Абрицова // Колопроктология. – 2015. – № 2 (52). – с. 4-10.
10. Alexander-Williams, J. Perianal Crohn's disease. / J.Alexander-Williams, J.P.Buchmann // World J. Surg. – 1980. – № 4. – p. 203-8.
11. Cracco, N. Is haemorrhoidectomy in inflammatory bowel disease harmful? An old dogma re-examined. / N.Cracco, R.Zinicola // Colorectal Dis. – 2014 Jul. – № 16 (7). – p. 516-9.
12. D'Ugo, S. Medical and surgical treatment of haemorrhoids and anal fissure in Crohn's disease: a critical appraisal. / S.D'Ugo, L.Franceschilli, F.Cadeddu et al. // BMC Gastroenterol. – 2013. – № 13. – p. 47.
13. Delco, F. Associations between hemorrhoids and other diagnoses. / F.Delco, A.Sonnenberg // Dis. Colon Rectum. – 1998. – № 41. – p. 1534-42.
14. Edwards, F. The course and prognosis of ulcerative colitis. Part III. / F.Edwards, C.Truelove // Complications. Gut. – 1964. – № 5. – p. 1-15.
15. Eliad, Karin. Doppler-guided haemorrhoidal artery ligation in patients with Crohn's disease. / Eliad Karin, Shmuel Avital, Iris Dotan et al. // Colorectal Dis. – 2012 Jan. – № 14 (1). – p. 111-4.
16. Gazet, J.C. The prevalence of haemorrhoids. A preliminary survey. / J.C.Gazet, W.Redding, J.W.Rickett // Proc. R. Soc. Med. – 1970. – № 63. – p. 78-80.
17. Hughes, L.E. Surgical pathology and management of anorectal Crohn's disease. / L.E.Hughes, // J. R. Soc. Med. – 1978. – № 71. – p. 644-51.
18. Jeffery, P.J. Treatment of haemorrhoids in patients with inflammatory bowel disease. / P.J.Jeffery, A.G.Parks, J.K.Ritchie // Lancet. – 1977. – № 1. – p. 1084-1085.
19. Johanson, J.F. Association of hemorrhoidal disease with diarrheal disorders. Potential pathogenic relationship? / J.F.Johanson // Dis. Colon Rectum. – 1997. – № 40. – p. 215-21.
20. Keighley, M.R. Current status and influence of operation on perianal Crohn's disease. / M.R.Keighley, R.N.Allan // Int. J. Colorectal Dis. – 1986. – № 1. – p. 104-7.
21. Lewis, R.T. Anorectal Crohn's disease. / R.T.Lewis, D.J.Maroon // Surg. Clin. North. Am. – 2010. – № 90. – p. 83-97.
22. Richard, C.S. Outcome of the pelvic pouch procedure in patients with prior perianal disease. / C.S.Richard, Z.Cohen, H.S.Stern et al. // Dis. Colon Rectum. – 1997. – № 40. – p. 647-52.
23. Vignal, J. Les lésions ano-perineales de la maladie de Crohn. / J.Vignal, M.Rivoire, G.A.Binda et al. // Lyon Chir. – № 1985. – № 36. – p. 82-4.
24. Wolkomir, A.F. Surgery for symptomatic hemorrhoids and anal fissures in Crohn's disease. / A.F.Wolkomir, M.A.Luchtefeld // Dis. Colon Rectum. – 1993. – № 36. – p. 545-547.