УДК: 616.147.17-007.64-08

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Рузиев Исматилло Рахматуллоевич – врач проктолог
Маткаримов Санжарбек Рахимбоевич – к.м.н., заместитель директора
Многопрофильная клиника центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (Ташкент, Узбекистан)

Резюме. *В статье подробно изложены результаты дифференцированного хирургического лечения, хирургическое лечение такого тяжелого недуга как хронической геморроидальной болезни. А также современные методы хирургического лечения хронической геморроидальной болезни. Дифференцированный подход в лечение хронической геморроидальной болезни. Оценка качество жизни и болевого синдрома с помощью опросников. Определение эффективности хирургического лечения и влияние на качество жизни пациентов.*

Ключевые слова: *хроническая геморроидальная болезнь, дифференцированный подход, хирургическое лечение, исследование качество жизни пациентов.*

DIFFERENTIATED SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED HEMORRHOIDAL DISEASE AND PATIENT QUALITY OF LIFE

Ruziyev Ismatullo Rakhmatulloyevich – proctologist
Matkarimov Sanzharbek Rakhimboevich – C.M.Sc., deputy director
Multidisciplinary Clinic of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *This article details the results of differentiated surgical treatment for a serious condition such as chronic hemorrhoids. It also discusses modern surgical methods for chronic hemorrhoids. A differentiated approach to the treatment of chronic hemorrhoids is used. Quality of life and pain are assessed using questionnaires. The effectiveness of surgical treatment and its impact on patients' quality of life are determined.*

Keywords: *chronic hemorrhoids, differentiated approach, surgical treatment, patient quality of life assessment.*

Геморрой известен с глубокой древности, название болезни традиционно переводится как кровотечение из прямой кишки во время дефекации (от лат. hemo – кровь и rrhoe – вытекать), хотя клиника болезни намного разнообразнее и шире. Самые различные теории возникновения геморроя (варикоз вен прямой кишки, прямокишечная гемангиома и др.), история методов его лечения многократно описаны, особенно после выделения проктологии как отдельной медицинской специальности [1,3,5,9].

При профилактических проктологических обследованиях довольно часто, в основном у пожилых мужчин и много рожавших женщин, при пальцевом ректальном исследовании на стенках анального канала обнаруживаются безболезненные подвижные участки – формирующиеся внутренние геморроидальные узлы, как правило, не кровоточащие и не выпадающие. Этот бессимптомный геморрой, «предболезнь», в лечении не нуждается, у таких лиц следует проводить борьбу с запорами и предупреждать их о возможности кровотечений во время дефекации [1,3,4,9].

Клинически наиболее часто геморрой начинается с острого приступа – болей, выпадения и ущемления узлов, чему обычно способствует задержка стула с настуживанием при дефекации. При наружном осмотре в таких случаях определяются плотные, болезненные при дотрагивании, синюшные узлы по всей окружности ануса. Пальцевое (и тем более инструментальное) исследование и, особенно, попытки вправления таких узлов предпринимать в это время не следует, ничего, кроме боли, это не дает [1,3,4,5].

Согласно современным теориям патогенеза хронического геморроя, ведущим фактором развития болезни на ранних стадиях является гемодинамическое нарушение. Анатомическими исследованиями установлено, что приток артериальной крови к геморроидальному узлу осуществляется в основном, через дистальные ветви непарной верхней ректальной артерии [1,3,4]. Устранение дисбаланса между артериальным притоком и венозным оттоком способствуют нивелированному развитию хронического геморроя [1,3,4].

Существует много теорий патогенеза геморроя: инфекционная, механическая, наследственная, конституционная, нейроэндокринная, которыми пытаются объяснить выпадение геморроидальных узлов из анального канала и выделение алой крови. Однако ни одна из вышеперечисленных теорий достоверно не может объяснить выпадение внутренних узлов и выделение из них алой крови [1,3,4,5].

До сих пор многие хирурги, считающие лечение геморроя своей компетенцией, оперируют больных старым, отжившим методом простой перевязки наружных узлов, что приводит часто к серьезным осложнениям, например, к стойкой стриктуре ануса, когда между удаленными наружными узлами не остается необходимой широкой кожно-слизистой полоски тканей. Нам приходилось лечить таких больных, и в одном случае развилась полная рубцовая стриктура заднего прохода, и дело кончилось наложением временной колостомы с последующей сложной анальной пластикой [1,3,9].

Качество жизни отражает влияние заболевания и лечения на благополучие пациента и характеризует его физическое, эмоциональное и социальное благополучие, которое изменяется под влиянием заболевания или его лечения поэтому всё чаще учёные мира начали исследовать [2,6,7,8].

Сопутствующие патологии ускоряют прогрессирование хронического геморроя, увеличивают частоту обострений и повышают риск опасных осложнений (тромбозы, кровотечения). Поскольку геморрой тесно связан с состоянием сосудов, соединительной ткани и пищеварения, любые сбои в этих системах напрямую влияют на тяжесть течения болезни [1,5,9].

Цель исследования - улучшение эффективности лечения осложнённых форм геморроидальной болезни путём оптимизации комплексного лечебного подхода с оценкой качества жизни пациентов.

Материалы и методы. В нашем научном исследовании приведены данные о результатах анализа наблюдений за 128 пациентов с осложнёнными формами геморроидальной болезни (ГБ) III–IV стадии, проходивших лечение в условиях проктологического отделения многопрофильной клинике центра развития профессиональной квалификации медицинских работников за период 2021-2025 годов.

Все пациенты обследовались по стандартной схеме, включающий данные клинического осмотра специалистов и инструментальные методы исследования ЭКГ, УЗД, рентгеноскопия, эзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, ректороманоскопия, цифровая сфинктерометрия, проктография, ирригография, колоноскопия, аноскопия при необходимости другие методы обследования.

В диагностике для исключения новообразования брюшной полости и выявления других патологий использовалась магниторезонансная томография (МРТ) при необходимости мульти спиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием и другие необходимые инструментальные методы исследования.

Оценка качество жизни проводилось с применением опросников: Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома, прошедшие стандартную процедуру валидации.

Пациенты были распределены на две группы: основную в первую группу вошли (n=65) пациентов, где применялся оптимизированный индивидуализированный подход с применением современных методов хирургического лечения, и контрольную во вторую группу отнесли (n=63), где применялись стандартные и традиционные методы хирургического лечения, принятые в практике большинства региональных учреждений.

Оптимизированный подход основывался на анализе международного опыта (включая данные Cochrane reviews, руководства ASCRS и ESCP), предполагая комбинацию следующих компонентов: медикаментозная противовоспалительная терапия (в том числе флеботропные препараты последнего поколения), малоинвазивные процедуры (лигирование латексными кольцами, лазерная коагуляция, HAL-RAR) и при необходимости — щадящие оперативные вмешательства (метод Лонго, геморроидэктомия с применением электрохирургических и ультразвуковых технологий). Использовали лазерную технологию (He LP) диодный лазер с длиной волны 980 нм (13 Вт: 5 импульсных выстрелов по 1,2 с каждый с паузой 0,6 с), избирательно воздействующий на гемоглобин и вызывающий закрытие верхних геморроидальных артерий. Нами также было использовано ультразвуковой отсос во время операции при осложнённых и запущенных формах геморроидальной болезни.

Результаты и обсуждение. Всего исследовано 128 пациентов, распределение по группам выглядеть следующим образом. В первую группу вошли 65 (50,8%) пациентов, где применялся оптимизированный индивидуализированный подход с применением современных методов хирургического лечения. Во вторую группу 63 (49,2%) пациентов, применялись стандартные и традиционные методы хирургического лечения (смотрите табл. 1).

Таблица 1

Распределение изученных пациентов по группам, n=128

Группы	Абс.	%
1 группа	65	50,8
2 группа	63	49,2
Итого:	128	100

По возрасту, больные распределены согласно классификации ВОЗ, где предусматривается выделение возрастных групп: молодой возраст 14-19 лет; младший средний возраст 20-44 года; старший средний возраст 45-59 лет; пожилой возраст 60-74 года; старческий возраст 75-89 лет. В наших наблюдениях пациенты были в возрасте от 24 до 79 лет.

Распределение пациентов по возрасту и полу показало, что среди пациентов преобладали мужчины их, было 66 (51,6%), а женщины – 62 (48,3%), что связано физическими нагрузками мужчин во время работы. Большинство пациентов 54 (42,2%) старшего среднего и пожилого возраста, на втором месте возрастная группа 60-74 года, 37 (28,9%), что согласуется с данными мировых учёных (смотрите табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациентов по возрасту и полу, n=128

Возрастные группы	Пол				Число пациентов	
	муж	%	жен	%	абс.	%
25-35 лет	8	6,2	7	5,5	15	11,7
36-45 лет	11	8,6	9	7,0	20	15,6
46-60 лет	28	21,9	26	20,3	54	42,2
60-74 лет	18	14,1	19	14,8	37	28,9
75-89 лет	1	0,8	1	0,8	2	1,6
90 и старше	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Итого:	66	51,6	62	48,4	128	100
Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P <0,001)						

При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 128 пациента у 50 (39,1%) пациентов отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 37 (29,0%), ишемической болезнью сердца у 9 (7,0%). В 3 (2,3%) наблюдениях был отмечен сахарный диабет, у 1 (0,8%) печеночная патология. Следует указать, что у одного и того же больного отмечалось сочетание двух и более соматических заболеваний, особенно это было характерно для сердечно-сосудистых заболеваний (смотрите рис. 1).



Рис. 1. **Соматическая патология у обследованных пациентов n=128**

В нашем исследование у пациентов с сопутствующими соматическими патологиями геморроидальная болезнь протекал тяжелее часто происходило обострение образуя своего рода прочный круг это высказывалось на результаты лечения.

Симптомы геморроидальной болезни в исследуемых группах были различными наиболее частой жалобой, предъявляемой пациентами первой группы, была боль и дискомфорт 48 (73,8%) случаев, второй по частоте была жалоба на наличие кровотечения 10 (15,4%) и нарушение осанки вынужденное положение тела из-за болевого синдрома 7 (10,8%) случаев наблюдений.

В наших исследованиях во вторую группу отнесли 63 (49,2%) пациентов, которым были проведены применялись стандартные и традиционные методы хирургического лечения у них в основном наблюдались боли и дискомфорт 50 (79,4%) жалоба на наличие кровотечения 7 (11,1%) и нарушение осанки вынужденное положение тела из-за болевого синдрома 6 (9,5%) случаев наблюдений.

Показатели в обоих группах были хорошими так как дифференцированный подход к хирургическому лечению и применение современных высокотехнологических методов лечения положительно повлияли на результаты (смотрите табл. 3).

Таблица 3

Результаты лечения пациентов с геморроидальной болезнью после хирургического лечения n=128

Результаты лечения				
Группы	**Значительное улучшение**	**Улучшение**	**Незначительное улучшение**	**Всего: %**
1	7 (10,8%)	53 (81,5%)	5 (7,7%)	65 (50,8%)
2	42 (66,7%)	17 (27,0%)	4 (6,3%)	63 (49,2%)
Итого:	49 (38,3%)	70 (54,7%)	9 (7,0%)	128 (100%)
Примечание: отличия показателей статистически достоверны (P <0,001)				

По результатам полученных данных у наших 128 пациентов отмечены положительные результаты у 119 (92,9%), это совокупность параметров значительное улучшение и улучшение, незначительное улучшение у 9 (7,0%).

В наших исследованиях из 128 пациентов хирургическому лечению подверглись все, показаниями к оперативному лечению были: наличие геморроидальной болезни третей и четвертой степени различными осложнениями и сопутствующей соматической патологии.

В исследуемых двух группах больше всего ухудшались параметры опросника Euro Qol-5D как, боль/дискомфорт и тревога/депрессия. Исследование КЖ пациентов во всех группах проводились до и после проведения хирургического лечения (смотрите рис. 2).

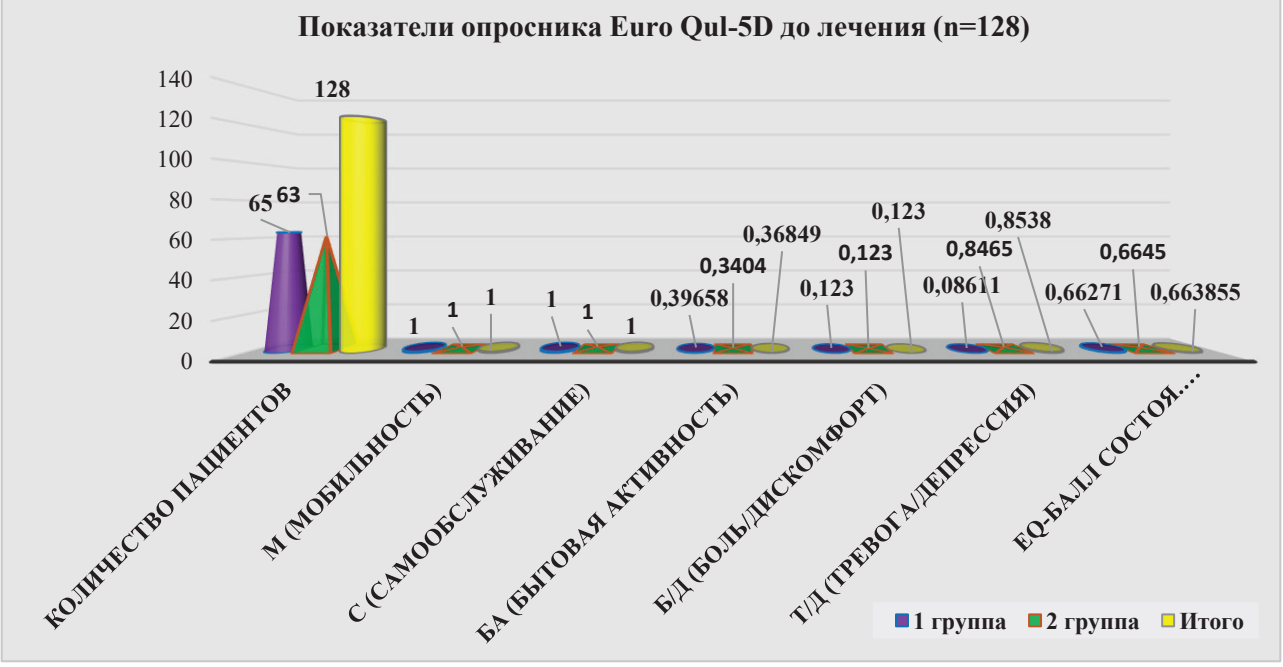


Рис. 2. **Показатели опросника Euro Qul-5D до лечения (n=128)**

По нашим данным дескрипторы боль/дискомфорт и тревога/депрессия были отклонены большей степени от нормы в первой группе и медленно восстанавливались, показатели КЖ пациентов. Исследование 128 пациентов показало, что, больше всего страдает параметры КЖ боль/дискомфорт и тревога/депрессия этому способствует эмоциональное состояние пациентов.

По результатам нашего исследования качества жизни (КЖ) 128 пациентов показали, что данные, полученные во всех группах различные, ухудшение показателей КЖ первой группы сильно отличаются от нормальных, во второй группе было выявлено что показатели КЖ пациентов умеренно ухудшались смотрите (смотрите рис. 3).

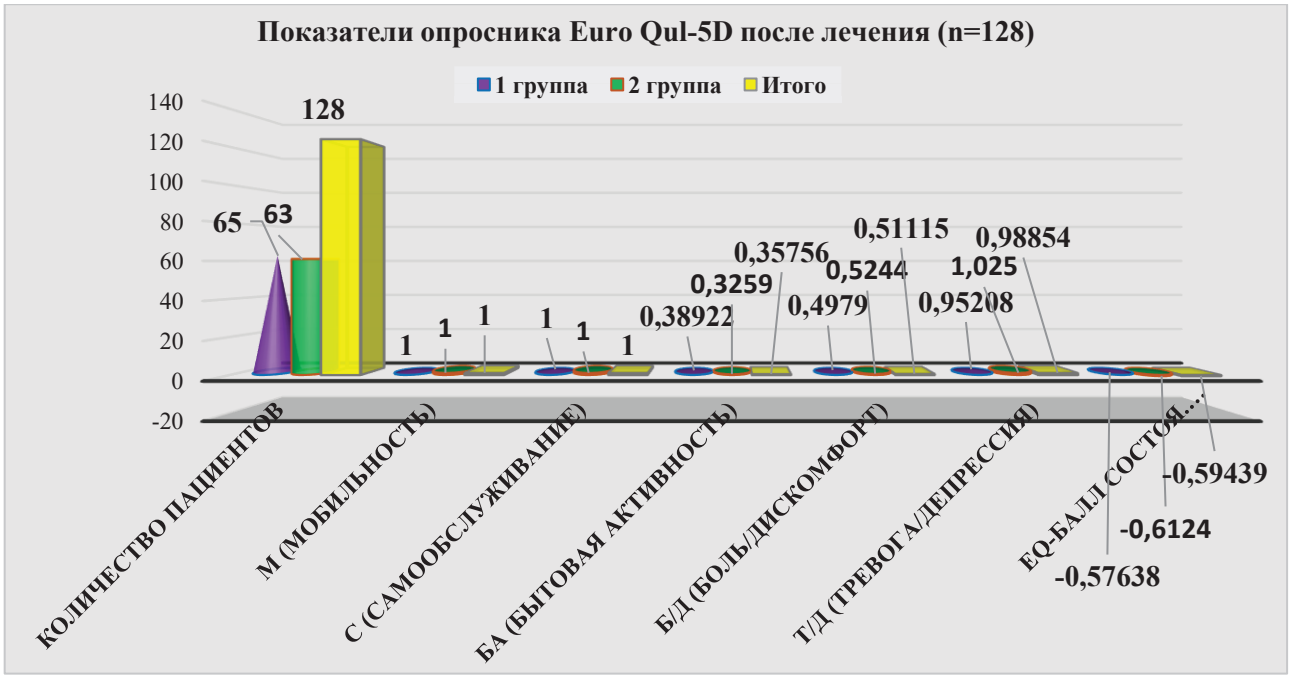


Рис. 3. **Показатели опросника Euro Qul-5D после лечения (n=128)**

По нашим данным анализ показателей визуально-аналоговой шкалы до проведения хирургического лечения выявили в первой группе слабую боль (1-3 балла) у 21 (32,3%), умеренную боль (4-6 балла) у 7 (10,7%), во второй группе слабую боль у 9 (14,3%), умеренную у 3 (4,8%), всего слабая боль у 30 (23,4%), умеренная боль 10 (7,8%) наблюдений (смотрите рис. 4).

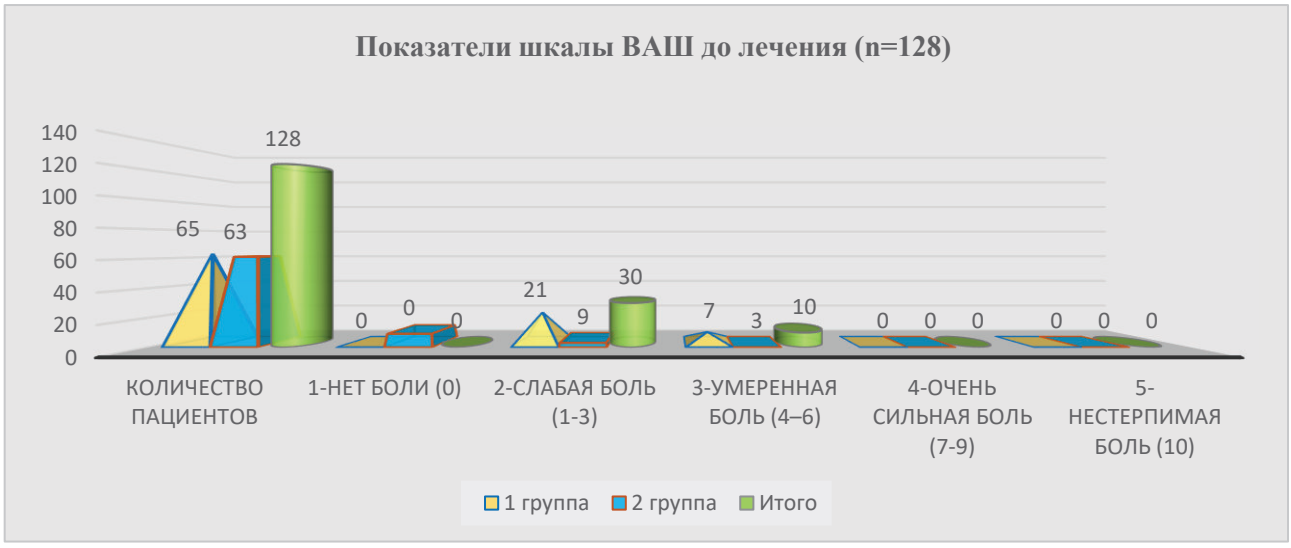


Рис. 4. **Показатели шкалы ВАШ до лечения (n=128)**

По данным нашего исследования всех 128 пациентов мы получили следующие результаты. После проведения хирургического лечения в обоих группах наблюдались регресс болевого синдрома до исчезновения, слабая боль сохранялась только лишь у 3 (2,3%) пациентов, что доказывает эффективность методов лечения при дифференцированном подходе.

Послеоперационные параметры болевого ощущения пациентами приведено в следующей таблице (смотрите рис. 5).

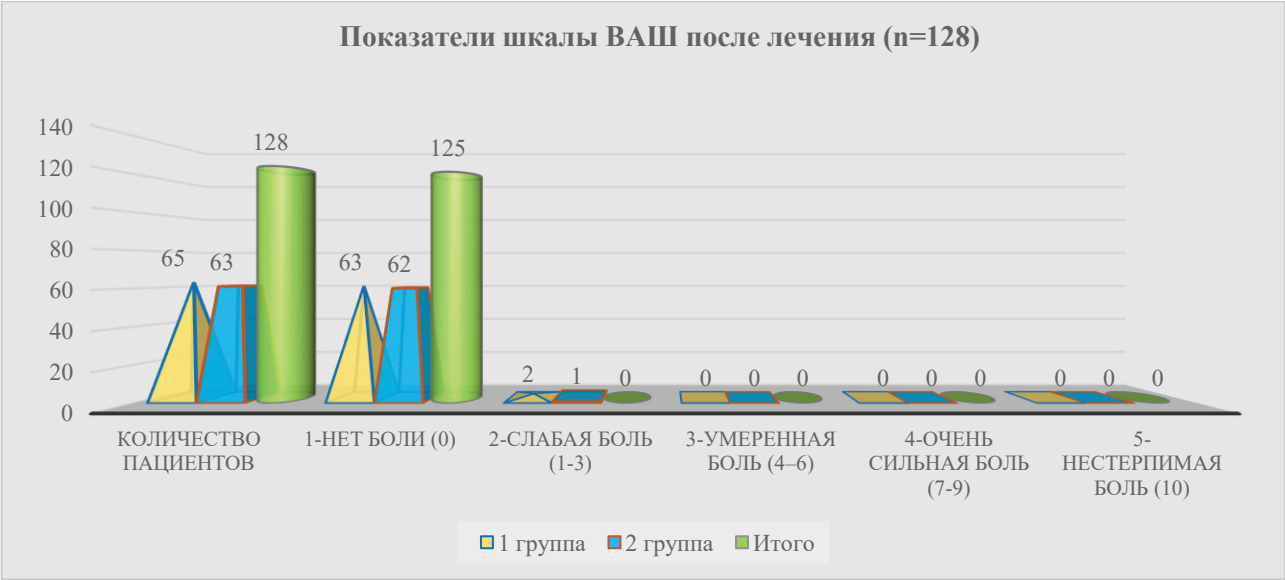


Рис. 5. **Показатели шкалы ВАШ после лечения (n=128)**

По данным нашего исследования всех пациентов болевой синдром как сильный раздражитель в первую очередь действует на эмоциональную состоянию пациентов являясь провоцирующем фактором ухудшения качества жизни пациентов.

По нашему убеждению, для полноценной оценки КЖ жизни пациентов необходимо применение двух или более опросников охватывающие по больше нарушенных дескрипторов и показателей.

Таким образом, несмотря на множество методов лечения геморроя еще достаточно высок процент развития различных осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах, поэтому до сегодняшнего дня продолжаются поиски новых методик лечения геморроя.

Выводы:

1. Положительные результаты среди исследуемого 128 пациента отмечены у 119 (92,9%), незначительное улучшение у 9 (7,0%). Показатели в обоих группах были хорошими так как дифференцированный подход к хирургическому лечению и применение дифференцированного подхода в лечение положительно повлияли на результаты.

2. Распределение пациентов по возрасту и полу показало, что среди пациентов преобладали мужчины их, было 66 (51,6%), а женщины – 62 (48,3%), что связано физическими нагрузками мужчин во время работы. Большинство пациентов 54 (42,2%) старшего среднего и пожилого возраста, на втором месте возрастная группа 60-74 года, 37 (28,9%), что согласуется с данными мировых учёных.

3. При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 128 пациента у 50 (39,1%) пациентов отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 37 (29,0%), ишемической болезнью сердца у 9 (7,0%). В 3 (2,3%) наблюдениях был отмечен сахарный диабет, у 1 (0,8%) печеночная патология.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллозода Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Холов А.Д., Сайдалиева С.Б. / Пути улучшения результатов лечения больных с хроническим геморроем // Симург. – 2020. – № 8. – С. 6–10.

2. Барбашинов Н.А., Ильканич А.Я. Качество жизни как критерий эффективности хирургического лечения хронического геморроя // Колопроктология. – 2016. – № S1 (55). – С. 14а.

3. Белик Б.М., Ковалев А.Н. / Эффективность малоинвазивных и хирургических методов лечения хронического геморроя с применением флеботоников // Колопроктология. – 2023. – Т. 22, № 2 (84). – С. 49–56.

4. Гавриков А.К., Новиков Ф.В., Гаврикова Д.И., Старкова О.А. / Сравнение качества жизни пациентов после геморроидэктомии с использованием классического метода Миллигана-Моргана и геморроидэктомии аппаратом «Liga Sure» // Научно-практической конференции с международным участием «Эксперимент в хирургии и онкологии». – 2019. – С. 62–64.

5. Захарченко А.А., Полежаев Л.А., Литвинюк Н.В., Протопопов А.В., Винник Ю.С., Данилова А.В. / Эндоваскулярное лечение геморроидальной болезни: обоснование, безопасность, показания, эффективность // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2023. – Т. 17, № 1. – С. 34–48.

6. Amsriza F.R., Fakhriani R., Pangki A.A. / Translation and validation of Indonesian hemorrhoidal disease symptom score (HDSS) and short health scale hemorrhoidal disease (SHSHD) // Turk J Surg. – 2023. – Vol. 39, № 4. – P. 336–343. – DOI: 10.47717/turkjsurg.2023.6148. – PMID: 38694532. – PMCID: PMC11057928.

7. Didelot J.M., Raux B., Didelot R., Rudler F., Mulliez A., Buisson A., Abergel A., Blanc P. / What can patients expect in the long term from radiofrequency thermocoagulation of hemorrhoids on bleeding, prolapse, quality of life, and recurrence: «no pain, no gain» or «no pain but a gain»? // Ann Coloproctology. – 2024. – Vol. 40, № 5. – P. 481–489. – DOI: 10.3393/ac.2022.00311.0044. – PMID: 36217810. – PMCID: PMC11532375.

8. Fallah Tafti S.P., Foroutani L., Safari R., Hadizadeh A., Behboudi B., Ahmadi Tafti S.M., Keramati M.R., Fazeli M.S., Keshvari A., Kazemeini A. / Evaluation of the Farsi-translated Hemorrhoidal Disease Symptom Score and Short Health Scale questionnaires in patients with hemorrhoid disease: a cross-sectional study // Health Sci Rep. – 2023. – Vol. 6, № 6. – P. e1363. – DOI: 10.1002/hsr2.1363. – PMID: 37359414. – PMCID: PMC10290184.

9. Godeberge P. [et al]. / An international observational study assessing conservative management in hemorrhoidal disease: results of CHORALIS (acute Hemorrhoidal disease evaluation International Study) // J Comp Eff Res. – 2024. – Vol. 13, № 10. – P. e240070. – DOI: 10.57264/cer-2024-0070. – PMID: 39132755. – PMCID: PMC11426285.