

Оригинальная статья / Original article

Влияние методов лечения на качество жизни пациентов с геморроидальной болезнью

Е.А. Загрядский¹✉, <https://orcid.org/0000-0002-5495-3101>, proctolog52@rambler.ru

А.М. Богомазов², ambog@mail.ru

Е.Б. Головкин³, <https://orcid.org/0000-0002-9946-9321>, egolovko@mail.ru

М.В. Абрицова⁴, <https://orcid.org/0000-0001-7393-5817>, abritsovamv@gmail.com

¹ Медицинский центр «ОН КЛИНИК»; 121069, Россия, Москва, ул. Большая Молчановка, д. 32, стр. 1

² Медицинский центр «Южный»; 117587, Россия, Москва, Варшавское шоссе, д. 126

³ Группа компаний «Медси МСК 12»; 109240, Россия, Москва, ул. Солянка, д. 12, стр. 1

⁴ Клиника биологического омоложения «Реал Транс Хайр»; 115191, Россия, Москва, ул. 3-я Рощинская, д. 6

Резюме

Введение. Эффективность лечения геморроидальной болезни основывается на частоте рецидива симптомов геморроя, развитии ранних и поздних послеоперационных осложнений, а также степени удовлетворенности пациента результатами лечения. Однако не учитывается такой показатель, как качество жизни, на который в числе других факторов влияет здоровье человека.

Цель. Получить данные о влиянии метода и вида лечения на качество жизни пациентов, страдающих острым или хроническим геморроем.

Материалы и методы. Проведен анализ влияния метода лечения на качество жизни пациентов, страдающих острым или хроническим геморроем. В анализ вошло 1 032 пациента с I–IV стадией геморроя. Возраст больных – $44,8 \pm 13,0$ (18–94) лет. В исследование вошло 509 (49,3%) мужчин и 523 (50,7%) женщины.

Результаты. Показатели качества жизни до лечения во всех группах находятся в пределах референтных значений, что связано с адаптацией пациентов к заболеванию. После лечения показатели качества жизни закономерно повышаются. Однако у больных после геморроидэктомии, независимо от характера методики, показатели качества жизни значительно ниже, чем у пациентов 1-й и 2-й групп.

Выводы. Показатели качества жизни во всех группах до проведения лечения находятся в пределах референтных значений и не имеют статистически значимых различий по рассматриваемым показателям. После проведенного лечения отмечается статистически значимое повышение показателей качества жизни по всем шкалам. После геморроидэктомии, независимо от характера методики, показатели качества жизни значительно ниже, чем у пациентов 1-й и 2-й групп, что связано с операционной травмой. Поскольку группы пациентов неоднородные по стадиям заболевания, можно предполагать, что для каждой стадии геморроя существует свое субъективное восприятие заболевания, которое может отражаться на показателях качества жизни, что требует дополнительного анализа полученных результатов.

Ключевые слова: острый геморрой, хронический геморрой, тромбоз, качество жизни, опросник SF-36

Благодарности. Наблюдательная программа EQUALISER реализована при поддержке фармацевтической группы Сервье (Франция), которая не оказывала влияние на конечные результаты исследования.

Для цитирования: Загрядский Е.А., Богомазов А.М., Головкин Е.Б., Абрицова М.В. Влияние методов лечения на качество жизни пациентов с геморроидальной болезнью. *Амбулаторная хирургия*. 2022;19(1):68–80. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-1-68-80>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Influence of treatment methods on quality of life of patients with hemorrhoidal disease

Evgeny A. Zagriadskii¹✉, <https://orcid.org/0000-0002-5495-3101>, proctolog52@rambler.ru

Alexey M. Bogomazov², ambog@mail.ru

Evgeniy B. Golovko³, <https://orcid.org/0000-0002-9946-9321>, egolovko@mail.ru

Maryana V. Abritsova⁴, <https://orcid.org/0000-0001-7393-5817>, abritsovamv@gmail.com

¹ Medical Center ON-CLINIC; 32, Bldg. 1, Bolshaya Molchanovka St., Moscow, 121069, Russia

² Medical Center South; 126, Varshavskoe Shosse, Moscow, 117587, Russia

³ Clinic MEDSI MSK 12; 12, Bldg. 1, Solyanka St., Moscow, 109240, Russia

⁴ Biological Rejuvenation Clinic Real Trans Hair; 3rd Roshchinskaya St., Moscow, 123182, Russia

Abstract

Introduction. The effectiveness of the treatment of hemorrhoidal disease is based on the frequency of recurrence of hemorrhoid symptoms, the development of early and late postoperative complications, as well as the degree of patient satisfaction with the results of treatment. However, such an indicator as quality of life, which reflects the health of the patient, is not taken into account.

Aim. Obtaining data on the influence of the method and type of treatment on the quality of life of patients suffering from acute or chronic hemorrhoids.

Materials and methods. The analysis of the influence of the treatment method on the quality of life of patients suffering from acute or chronic hemorrhoids was carried out. The analysis included 1032 patients with stage I–IV hemorrhoids. The age of the patients was 44.8 ± 13.0 (18–94) years. The study included 509 (49.3%) men and 523 (50.7%) women.

Results. Quality of life indicators before treatment in all groups are within the reference values, which is associated with adaptation of patients to the disease. After treatment, quality of life indicators naturally increase. However, in patients after hemorrhoidectomy, regardless of the nature of the technique, quality of life indicators are significantly lower than in patients of groups 1 and 2.

Conclusions. Quality of life indicators in all groups before treatment are within the reference values and do not have statistically significant differences in the considered indicators. After the treatment, there is a statistically significant increase in the quality of life indicators in all scales. After hemorrhoidectomy, regardless of the nature of the technique, quality of life indicators are significantly lower than in patients of groups 1 and 2, which is associated with surgical trauma. Since the groups of patients are heterogeneous in terms of the stages of the disease, it can be assumed that for each stage of hemorrhoids, there is a subjective perception of the disease, which can be reflected in the quality of life indicators, which requires additional analysis of the results obtained.

Keywords: acute hemorrhoids, chronic hemorrhoids, thrombosis, quality of life, questionnaire SF-36

Acknowledgment. The EQUALISER observational program was implemented with the support of the Servier pharmaceutical group (France), which did not influence the final results of the study.

For citation: Zagriadskii E.A., Bogomazov A.M., Golovko E.B., Abritsova M.V. Influence of treatment methods on quality of life of patients with hemorrhoidal disease. *Ambulatory Surgery (Russia)*. 2022;19(1):68–80. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-1-68-80>.

Conflict of interests: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Геморроидальная болезнь (ГБ) является распространенной патологией анального канала. Истинную распространенность ГБ сложно определить, поскольку пациенты обращаются за медицинской помощью только в случае обострения заболевания, когда геморроидальные кровотечения рецидивируют, приводя к анемии, или развивается тромбоз геморроидальных узлов, сопровождающийся болевым синдромом, либо выпадение геморроидальных узлов становится постоянным [1, 2]. За последние десятилетия отмечен рост заболеваемости ГБ от 13 до 39% как в Северной Америке и Западной Европе, так и странах Юго-Восточной Азии [3–6]. В Российской Федерации ГБ в структуре заболеваний толстой кишки занимает одно из первых мест, составляя от 34 до 41% [5–8].

Современный алгоритм лечения пациентов с ГБ основывается на стадии заболевания. Ранние формы ГБ лечатся изменением диетического режима, флеботропной терапией микронизированной очищенной флавоноидной фракцией (МОФФ) и приемом пищевых волокон. При резистентном течении заболевания консервативная терапия сочетается с малоинвазивными методами лечения. Пациентам с 3-й и 4-й ст. геморроя показано хирургическое лечение как единственный эффективный подход в лечении [7, 8].

Европейское общество колопроктологов определяет эффективность лечения ГБ по частоте рецидива симптомов геморроя, развитию ранних и поздних послеоперационных осложнений, требующих

либо консервативного либо хирургического лечения, а также степенью удовлетворенности пациента результатами лечения [8]. Однако не учитывается такой показатель, как качество жизни (КЖ), который включает в себя состояние здоровья пациента [9, 10].

Цель исследования: получение данных о влиянии метода и вида лечения на качество жизни пациентов, страдающих острым или хроническим геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Российское наблюдательное многоцентровое исследование «ЭКВАЛАЙЗЕР» проведено в различных регионах Российской Федерации 98 врачами-колопроктологами из 60 городов РФ. Первый пациент был включен в исследование 1 марта 2019 г., последний – в июне 2019 г. Исследование основано на анализе данных клинико-инструментального обследования 1 032 пациентов с 1–4-й ст. геморроя. Возраст больных – $44,8 \pm 13,0$ (18–94) года. В исследование вошло 509 (49,3%) мужчин и 523 (50,7%) женщины.

Исследование проведено в соответствии с принципами, изложенными в Хельсинской декларации (версия 2013 г., принятая в Форталезе, Бразилия) и одобренными этическим Комитетом на местном уровне [11]. Все пациенты, включенные в исследование, дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии включения и невключения

В исследование включены пациенты старше 18 лет с острым (тромбоз наружных и (или) внутренних геморроидальных узлов) и хроническим геморроем.

В исследование не включались пациенты с сопутствующей патологией анального канала, а также пациенты, перенесшие операцию на анальном канале (геморроидэктомия, иссечение свища прямой кишки). Также, не включались пациенты с тяжелыми системными заболеваниями, беременностью, воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), принимающие антикоагулянты, а также неспособные понять смысл программы и следовать рекомендациям врача.

Оценка эффективности консервативной терапии

Индивидуальная регистрационная карта (ИРК) каждого пациента отражала длительность заболевания, клинические проявления заболевания при первичном обращении пациента (визит В-0). Клинические признаки заболевания: выпадение узлов, кровотечение, боль, зуд/дискомфорт заднего прохода оценивались на основании самооценки пациента («да» или «нет»). В случае утвердительного ответа симптом оценивался по характеру, частоте и интенсивности (визуальная аналоговая шкала – ВАШ). Оценка болевого синдрома осуществлялась на основании ВАШ, где 0 мм – отсутствие болей и 100 мм – нестерпимая боль. Выпадение внутренних геморроидальных узлов (пролапс) определялось на основании самооценки пациента и аноскопии. Признаки функциональных

запоров оценивались на основе Римских критерий III (3-я редакция) [12]. Стадии внутреннего геморроя и степень острого геморроя установлены на основании классификации Goligher и Клинических рекомендаций [13, 14]. Эффективность лечения и степень регресса симптомов геморроя определялись на контрольных осмотрах через 5–7 дней (визит В-2) и 25–30 дней (визит В-3).

Протокол консервативной терапии предусматривал применение системной флеботропной терапии (микронизированная очищенная флавоноидная фракция) в сочетании с применением пищевых волокон, местной терапии свечами и мазями, а также назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Учитывалась длительность консервативного лечения и динамика клинических проявлений. Оценивались показания к применению инвазивных методов лечения (малоинвазивных или хирургических). Оценка качества жизни осуществлялась с помощью валидированного опросника SF-36.

Данные собирались во время визита обращения (В-0) и по завершении лечения (В-3). На последнем визите В-3 оценивалась удовлетворенность лечением врача и пациента. Демографические и клинические данные пациентов представлены в *табл. 1–3*.

ТАБЛИЦА 1. Исходные характеристики пациентов, включенных в исследование					
TABLE 1. Baseline characteristics of patients included in the study					
Параметры	1-я группа n = 311	2-я группа n = 298	3-я группа n = 423	Итого n = 1032	Chi-Square Tests symp. Sig. (2-sided)
Возраст (лет) mean ± SD min; max	44,2 ± 12,9 19; 90	43,8 ± 13,0 20; 94	45,7 ± 13,7 18; 81	44,8 ± 13,0 18; 94	0,367
Пол					
Мужчины, n (%)	157 (50,5)	146 (49,0)	206 (48,7)	509 (49,3)	0,884
Женщины, n (%)	154 (49,5)	152 (51,0)	217 (51,3)	523 (50,7)	
Длит. заболевания (лет)	3,4 ± 1,4 (2; 8)	3,19 ± 1,4 (1; 6)	3,2 ± 1,3 (2; 6)	3,34 ± 1,6 (1; 10)	0,096
Стадии геморроя по Goligher, n (%)					
I	96 (30,9)	39 (13,1)	76 (18,0)	211 (20,4)	<0,001
II	123 (39,5)	178 (59,7)	55 (13,0)	356 (34,5)	
III	46 (14,8)	61 (20,5)	193 (45,6)	300 (29,1)	
IV	46 (14,8)	20 (6,7)	99 (23,4)	165 (16,0)	
Впервые выявленный геморрой	98 (31,5)	72 (24,2)	87 (20,6)	257 (24,9)	0,669

ТАБЛИЦА 2. Распределение пациентов по стадиям заболевания и степени геморроя
TABLE 2. Distribution of patients by disease grade and degree of hemorrhoids

	Стадии геморроя по Goligher, n (%)				n = 1032	Chi-Square Tests symp. Sig. (2-sided)	
	I n = 211	II n = 356	III n = 300	IV n = 165			
Вне обострения	189 (89,6)	251 (70,5)	224 (74,7)	139 (84,2)	803 (77,8)	0,230	
Острый геморрой							
1-я степень	19 (9,0)	51 (14,3)	37 (12,3)	14 (8,5)	121 (11,7)		
2-я степень	3 (1,4)	50 (14,0)	36 (12,0)	9 (5,5)	98 (9,5)		
3-я степень	-	4 (1,1)	3 (1,0)	3 (1,8)	10 (1,0)		

ТАБЛИЦА 3. Клинические данные пациентов до начала лечения
TABLE 3. Clinical data of patients before starting treatment

Клинические признаки	Стадии геморроя по Goligher, n (%)				n = 1032	Chi-Square Tests symp. Sig. (2-sided)
	I n = 211	II n = 356	III n = 300	IV n = 165		
Выпадение узлов	146 (69,2)	259 (72,8)	200 (66,7)	121 (73,3)	726 (70,3)	0,287
Кровотечение	164 (77,7)	294 (82,6)	242 (80,7)	109 (66,1)	809 (78,4)	<0,001
Боль при дефекации	110 (52,1)	195 (54,8)	177 (59,0)	99 (60,0)	581 (56,3)	0,314
Анальный зуд	141 (66,8)	251 (70,5)	210 (70,0)	117 (70,9)	719 (69,7)	0,786

Статистический анализ

Статистический анализ проведен с использованием программы SPSS (v. 19.0, Chicago, IL). Цифровые данные, отвечающие нормальному распределению, представлены как среднее со стандартным отклонением. Данные, не отвечающие нормальному распределению, представлены в виде медианы и диапазона. Для сравнения результатов лечения использован тест Wilcoxon для двух зависимых выборок или U-критерий Манна – Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,001$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование проводилось с марта 2019 г. по июнь 2019 г. В него были включены 1 032 пациента с геморроем, которые соответствовали критериям включения. Средний возраст пациентов составил $44,8 \pm 13,0$ (18–94) года. Мужчин было 509 (49,3%), женщин – 523 (50,7%). Длительность заболевания составила в среднем $3,34 \pm 1,6$ (1;10) года. У 257 (24,9%) больных геморрой был выявлен впервые. При анализе ИРК факторы риска развития геморроя в виде избыточной массы тела и ожирения выявлены у 524 (58,4%). Функциональными запорами страдали 347 (38,6%) пациентов (табл. 4).

Анализ ИРК показал, что после первичного обращения (визит В–0) и постановки диагноза «геморрой» пациентам было назначено консервативное лечение для уменьшения симптомов заболевания. Базовое лечение включало флеботоническую терапию (МОФФ) – Детралекс, препарат был назначен 989 (95,8%) пациентам в дозах согласно инструкции по медицинскому применению. Форму Детралекс табл. 1 000 мг получали 790 (76,5%) пациентов, форму Детралекс табл. 500 мг – 87 (8,4%) больных, форму Детралекс суспензия 1 000 мг – 80 (7,7%) человек. У 32 (3,1%) пациентов лекарственная форма препарата была не указана (табл. 5).

Флеботоническая терапия (МОФФ) и прием пищевых волокон на основе семян подорожника (Мукофальк, Фитомуцил норм) либо пшеничных отрубей или прием осмотических слабительных (Макрогол) сочетался с местной противовоспалительной терапией (свечи, мази), а также с применением противовоспалительных средств (НПВС). Характер лечения представлен в табл. 6.

Более 50% пациентов получали пищевые волокна, это свидетельствует о том, что истинное количество пациентов с наличием функциональных запоров значительно выше, чем указано в ИРК на основании ответов пациентов.

ТАБЛИЦА 4. Факторы риска в исследуемой популяции
TABLE 4. Risk factors in the study population

Факторы риска	1-я группа n = 311	2-я группа n = 298	3-я группа n = 423	Итого n = 1032	Chi-Square Tests symp. Sig. (2-sided)
Выраженный дефицит массы тела	-	1 (0,3)%	-	1 (0,1)%	0,038
Недостаток массы тела	9 (3,5)	3 (0,8)	5 (1,2)	17 (1,7)	
Норма	98 (38,0)	145 (40,3)	170 (41,1)	413 (40,0)	
Избыточная масса тела	126 (48,8)	155 (43,1)	174 (42,0)	455 (44,1)	
Ожирение 1-й ст.	23 (8,9)	53 (14,7)	56 (13,5)	132 (12,7)	
Ожирение 2-й ст.	2 (0,8)	3 (0,8)	5 (1,2)	10 (1,0)	
Морбидное ожирение	-	-	4 (1,0)	4 (0,4)	
Нарушение функции толстой кишки					*Asymp. Sig. (2-tailed)
Запоры	91 (35,3)	132 (36,7)	141 (34,1)	364 (35,3)	0,751*
Избыточное натуживание	64 (24,8)	79 (21,9)	84 (20,3)	227 (21,9)	0,389*
Бристольская шкала стула, 1– 2-й тип	72 (27,9)	108 (301,0)	101 (24,4)	281 (27,2)	0,209*
Ощущение неполного опорожнения	54 (20,9)	64 (17,8)	76 (18,4)	194 (18,8)	0,587*
Стул < 3 раз в неделю	25 (9,7)	54 (15,0)	46 (11,1)	125 (12,1)	0,095*

Wilcoxon signed-rank test.

ТАБЛИЦА 5. Длительность системной флеботонической терапии МОФФ
TABLE 5. Duration of systemic phlebotonic therapy MPFF

Период наблюдения	Длительность терапии МОФФ, n (%)				*Asymp. Sig. (2-tailed)
	1-я группа n = 311	2-я группа n = 298	3-я группа n = 423	Итого n = 1032	
В–0	293 (94,2)	293 (98,3)	403 (95,3)	989 (95,8)	<0,001
В–2	284 (91,3)	287 (96,3)	390 (92,2)	961 (93,1)	0,032
В–3	229 (73,9)	251 (84,2)	356 (84,4)	836 (81,2)	<0,001
Более 30 дней	126 (40,5)	147 (49,3)	165 (39,0)	432 (41,8)	0,011

Wilcoxon signed-rank test.

При контрольном визите (5–7-й день) у 721 (69,9%) пациента с 2–4-й ст. геморроя сохранялись эпизоды кровотечений и болевой синдром, что расценено как резистентное течение заболевания (рис. 1).

Этим пациентам были проведены малоинвазивные или хирургические вмешательства. Остальные пациенты получали только консервативное лечение. Таким образом, сформировались три группы пациентов: 1-я группа – консервативное лечение, 2-я

группа – малоинвазивное лечение, 3-я группа – хирургическое лечение. Характер инвазивного лечения основывался на стадии геморроя, предпочтениях пациента, а также клинических рекомендациях по лечению различных стадий геморроя [15] (табл. 7).

Малоинвазивные манипуляции проведены 239 (70,3%) пациентам с 2-й и 3-й ст. геморроя. Среди малоинвазивных манипуляций наиболее часто проводилось лигирование внутренних геморроидальных

ТАБЛИЦА 6. Характер проводимой базовой терапии
TABLE 6. The nature of the basic therapy

Пищевые волокна, длительность применения, n (%)					
Период наблюдения	1-я группа n = 311	2-я группа n = 298	3-я группа n = 423	Итого n = 1032	Asymp. Sig. (2-sided)
B-0	170 (54,7)	157 (52,7)	237 (56,0)	564 (54,7)	0,674*
B-2	154 (49,5)	157 (52,7)	296 (70,0)	607 (58,8)	<0,001*
B-3	136 (43,7)	156 (52,3)	262 (61,9)	554 (53,4)	<0,001*
Местная терапия, длительность применения, n (%)					
B-0	182 (70,5)	250 (69,4)	315 (76,1)	747 (72,4)	<0,001*
B-2	192 (74,4)	224 (62,2)	293 (70,8)	709 (68,7)	<0,001*
B-3	103 (39,9)	123 (34,2)	197 (47,6)	423 (41,0)	<0,001*
НПВС, длительность применения, n (%)					
B-0	77 (24,8)	66 (22,1)	151 (35,7)	294 (28,5)	<0,001*
B-2	24 (7,7)	70 (23,5)	268 (63,4)	362 (35,1)	<0,001*
B-3	1 (0,3)	9 (3,0)	57 (13,5)	67 (6,5)	<0,001*

Wilcoxon signed-rank test.

РИСУНОК 1. Динамика основных симптомов геморроя в период B-0-B-2
FIGURE 1. Dynamics of the main symptoms of hemorrhoids in the period B-0-B-2

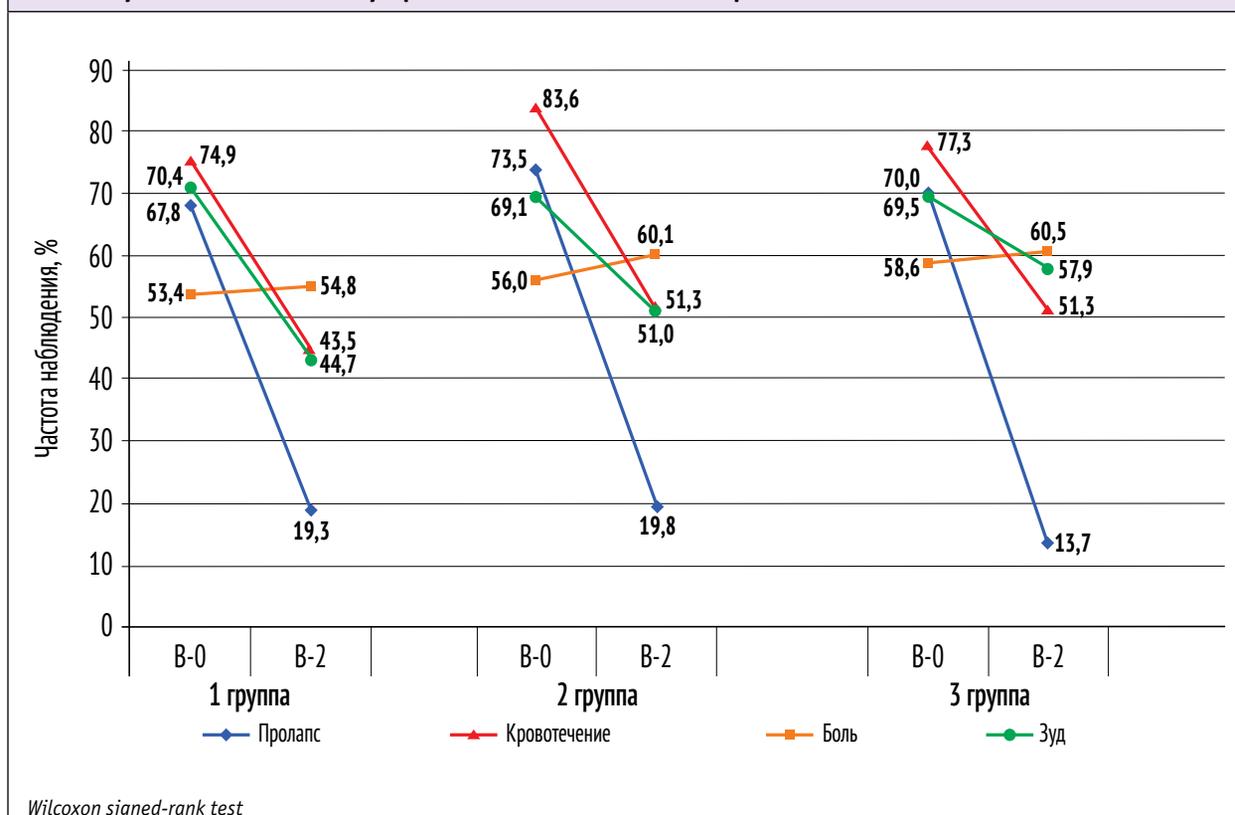


ТАБЛИЦА 7. Характер инвазивного лечения
TABLE 7. The nature of the invasive treatment

Вид лечения	Стадии геморроя по Goligher, n (%)				Итого n (%)
	I n = 211	II n = 356	III n = 300	IV n = 165	
Консервативное	96 (45,5)	123 (34,6)	46 (15,3)	46 (27,9)	311 (30,1)
Малоинвазивное	39 (18,5)	178 (50,0)	61 (20,3)	20 (12,1)	298 (28,9)
Склеротерапия					63 (6,1)
Лигирование кольцами					151 (14,6)
*ТД/ТД-МП					81 (7,8)
*ИКК					3 (0,4)
Хирургическое	76 (36,0)	55 (15,4)	193 (64,4)	99 (60,0)	423 (41,0)
Геморроидэктомия по Ferguson					79 (7,7)
Геморроидэктомия по Milligan – Morgan					151 (14,6)
Геморроидэктомия LigaSure/UltraCision					92 (8,9)
Операция Лонго					19 (1,8)
Тромбэктомия					76 (7,4)
Лазерная тромбэктомия					9 (0,8)

* ТД/ТД-МП – Трансанальная дезартеризация/Трансанальная дезартеризация с мукопексией. * ИКК – Инфракрасная коагуляция. * ГЭ – Геморроидэктомия.

узлов латексными кольцами – 151 (19,6%). При геморрое III и IV ст. наиболее часто выполнялась геморроидэктомия по Milligan – Morgan – 148 (19,2%).

К окончанию лечения отмечается регрессия основных симптомов геморроя во всех группах (рис. 2).

Анализ ИРК до начала лечения (В–0) не выявил статистически значимых различий по рассматриваемым показателям качества жизни во всех группах. Показатели КЖ во всех группах были выше 50 баллов, за исключением показателей ролевой деятельности, которые были ниже 30 баллов.

Сочетание консервативной терапии (МОФФ) с малоинвазивным или хирургическим лечением эффективно воздействовало на симптомы ГБ во всех группах.

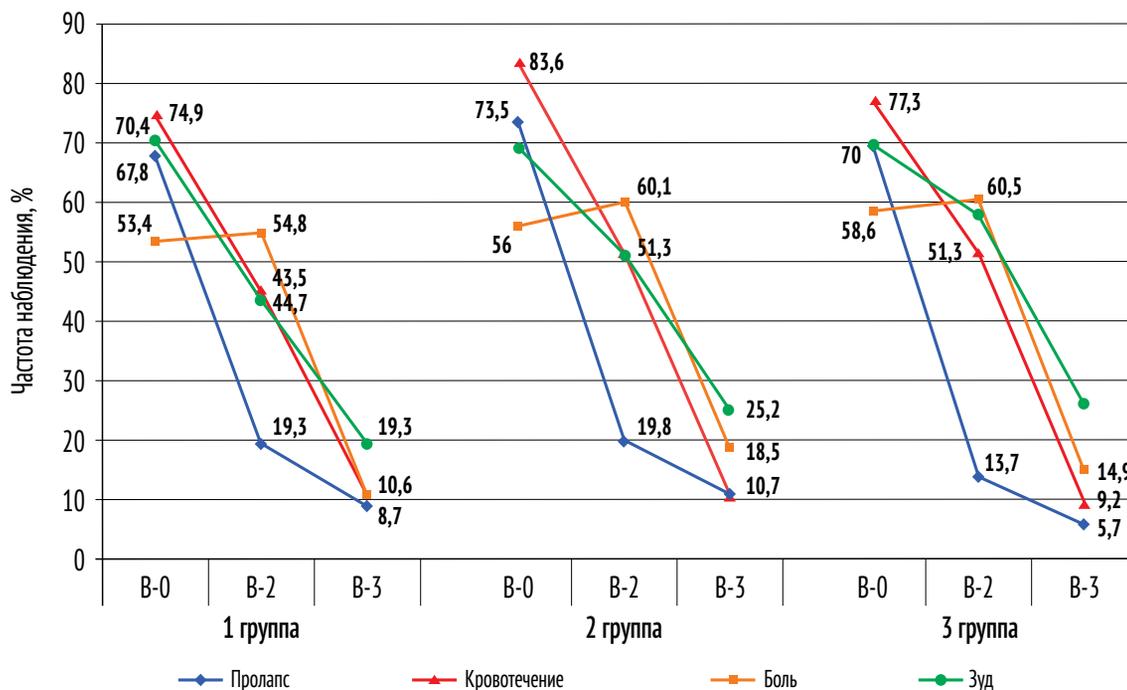
После завершения лечения по всем шкалам отмечено статистически значимое повышение показателей. Показатели КЖ в 1-й группе были выше, чем во 2-й и 3-й группах, что вполне закономерно. У пациентов после инвазивных вмешательств (геморроидэктомия) наблюдался более выраженный дискомфорт, требовалась более продолжительная

реабилитация, чем у пациентов с малоинвазивными вмешательствами, что нашло свое отражение в показателях КЖ, однако статистически значимых различий при оценке психологического состояния (МН) пациентов обеих групп в послеоперационном периоде не получено ($p = 0,24$) (рис. 3).

Анализ ИРК пролеченных пациентов показывает, что частота рецидива симптомов заболевания зависит от стадии заболевания и характера проведенного лечения. Соблюдение алгоритма лечения в соответствии со стадией заболевания дает положительный результат во всех группах (рис. 4), а значит, и удовлетворенность результатами как пациента, так и врача (рис. 5).

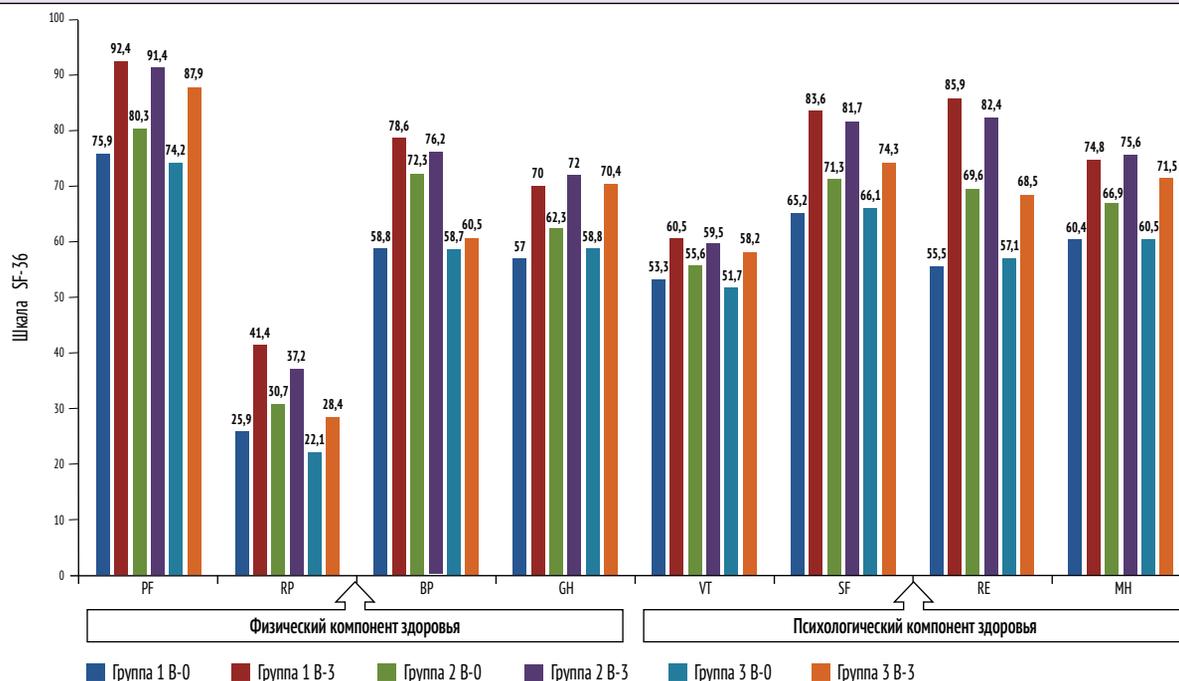
В ходе терапии МОФФ (Детралекс) нежелательные явления выявлены у 1 (0,1%) пациента. Отмечены боли в желудке и диарея, которая привела к усилению болевого синдрома и ухудшению заживления перианальной раны, в связи с этим прием препарата Детралекс был отменен. Флеботропная терапия была продолжена препаратом Диосмин 600 мг в стандартной дозировке. В дальнейшем нежелательные явления были полностью купированы.

РИСУНОК 2. Динамика основных симптомов геморроя в период В-0–В-3
FIGURE 2. Dynamics of the main symptoms of hemorrhoids in the period В-0–В-3



Wilcoxon signed-rank test 0,001

РИСУНОК 3. Показатели качества жизни у пациентов до и после лечения
FIGURE 3. Indicators of quality of life in patients before and after treatment



PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование (физическое состояние); BP – интенсивность боли; GH – общее состояние здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое функционирование (эмоции); MH – психическое здоровье.

Wilcoxon signed-rank test $p > 0,001$

РИСУНОК 4. Рецидив симптомов заболевания в зависимости от характера проведенного лечения
FIGURE 4. Relapse of disease symptoms depending on the nature of the treatment

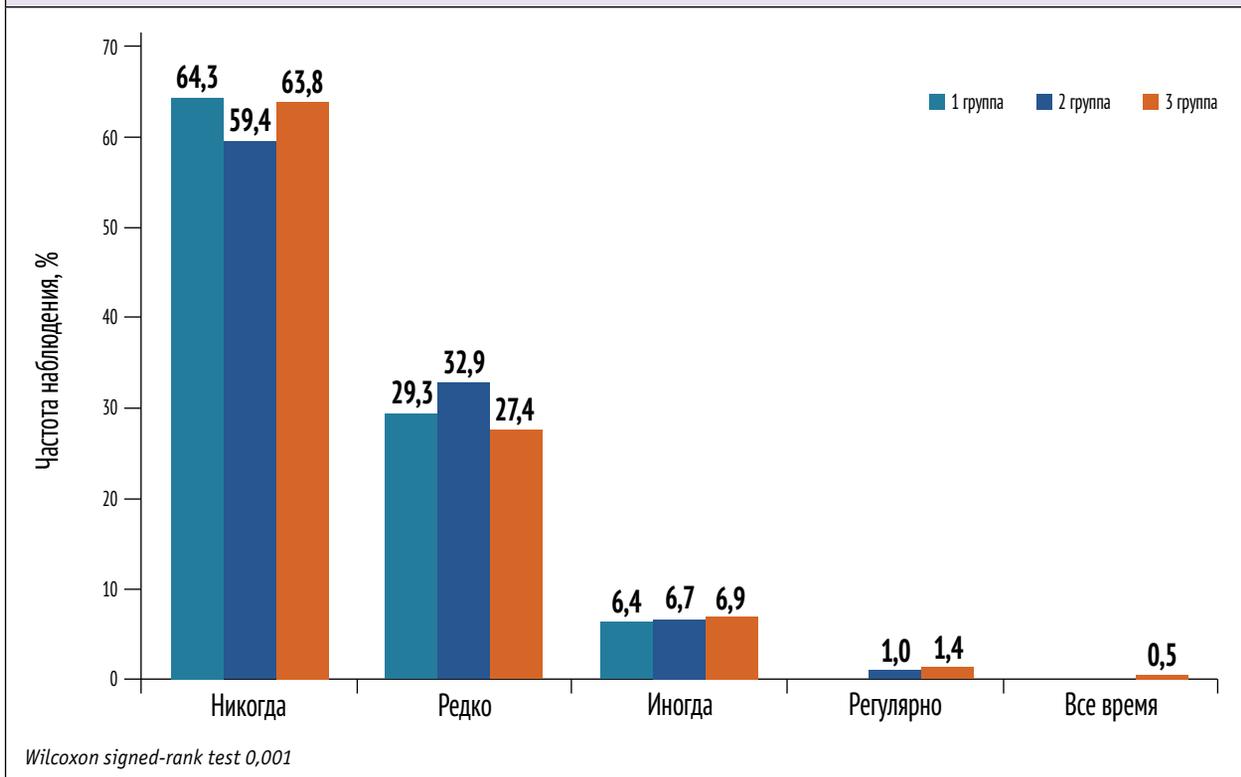
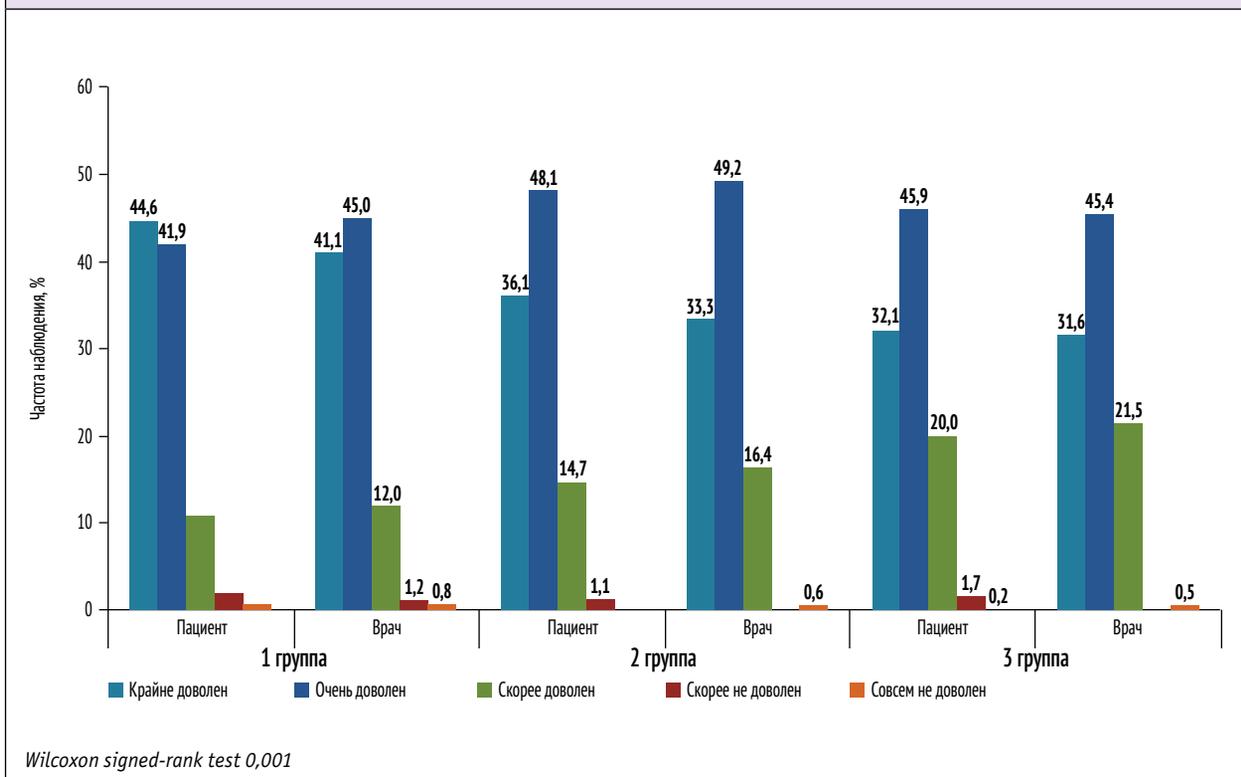


РИСУНОК 5. Удовлетворенность пациента и врача проведенным лечением
FIGURE 5. Satisfaction of the patient and the doctor with the treatment



● ОБСУЖДЕНИЕ

Геморроидальная болезнь (ГБ) оказывает влияние на КЖ, снижая трудоспособность, в связи с рецидивирующими кровотечениями, приводящими к анемии, постоянным выпадением геморроидальных узлов после дефекации, а также развитием тромбоза наружных геморроидальных узлов [15–19].

Алгоритм лечения геморроидальной болезни построен на стадии заболевания, а также на конкретной клинической ситуации. Специалист и пациент совместно принимают решение о выборе характера лечения, учитывая предпочтения самого пациента. Однако независимо от стадии геморроя целесообразно проведение консервативного лечения, которое уменьшает основные клинические проявления геморроидальной болезни, купируя обострение заболевания и подготавливая пациента к тому или иному виду инвазивного или малоинвазивного лечения [20, 21].

В большинстве клинических рекомендаций указывается на целесообразность использования базовой консервативной терапии. Важное место отводится нормализации работы желудочно-кишечного тракта, в связи с этим рекомендуется изменить диетический режим, увеличив потребление растительной клетчатки, что позволяет избежать избыточной потуги и продолжительной дефекации [18, 22]. Также рекомендуется применение системной флеботропной и местной противовоспалительной терапии [14–16, 19].

Исследование CHORUS 2018 г. показало, что у большинства пациентов, страдающих геморроем, достигается снижение клинических проявлений заболевания либо полное их исчезновение у пациентов с 1-й и 2-й ст. геморроя [2, 20]. В настоящем исследовании флеботропную терапию МОФФ (Детралекс) как основу базового лечения получали 989 (95,8%) пациентов. Применение флеботоников имеет патогенетическое обоснование, поскольку такая терапия снижает уровень воспалительных цитокинов и матриксных металлопротеиназ (ММП), тем самым предотвращая деградацию поддерживающих тканей внутреннего геморроидального сплетения [21]. Флеботропная терапия сочеталась с применением пищевых волокон. Несмотря на то, что на запоры и избыточное натуживание при дефекации указано в ИРК у 364 (35,3%) и 227 (21,9%) пациентов соответственно, применение пищевых волокон и осмотических слабительных за весь период наблюдения потребовалось 60% пациентов (табл. 6). Таким образом, можно предполагать, что истинное число пациентов с этим

фактором риска значительно выше, чем врачи-исследователи указывают в ИРК, основываясь на данных, полученных от пациентов.

Закономерно, что консервативная терапия была эффективна у пациентов 1-й группы, поскольку в основном она состояла из пациентов с 1–2-й ст. – 219 (70,4%) и только 92 (29,6%) с 3–4-й ст. геморроя. По общему мнению специалистов, пациентам с 3-й и 4-й ст. геморроя показано хирургическое лечение. Геморроидэктомия является золотым стандартом лечения для этой группы пациентов [8, 16, 18, 22–24]. В настоящем исследовании малоинвазивное и хирургическое лечение проведено 298 (28,9%) и 423 (41,0%) пациентам соответственно.

В клинической практике общепринято оценивать эффективность различных методов лечения ГБ на основании частоты возникновения рецидива клинических проявлений заболевания (частота рецидива кровотечений, пролапс внутренних геморроидальных узлов), требующих консервативного или инвазивного лечения, а также частоты развития ранних или поздних осложнений. Однако эти показатели не могут в полной мере отражать здоровье пациента до и после проведенного лечения. В последние годы приобретает значение оценка качества жизни пациентов с аноректальной патологией и влияние метода лечения на данный показатель [25–29]. Понятие "качество жизни" – это субъективная оценка пациентом своего физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, которое отражает его здоровье [26]. В большинстве исследований, связанных с лечением аноректальной патологии, используется опросник MOS sf-36 (Medical Outcomes Study 36-item form health survey), рекомендованный Международным обществом исследования качества жизни (MAPI) [29–31].

Популяционное многоцентровое исследование В.Н. Амирджановой и соавт. 2008 г. показало, что референтные значения показателей КЖ условно здоровых людей лежат в среднем диапазоне 50–60 баллов [32]. В настоящем исследовании при оценке показателей КЖ во всех группах нет статистически значимых отличий до проведенного лечения. Показатели КЖ во всех группах были выше 50 баллов, за исключением показателей ролевой деятельности (RP), которые были ниже 30 баллов. После завершения лечения во всех группах и по всем шкалам отмечается статистически значимое повышение показателей КЖ выше 60 баллов, за исключением показателей RP, которые лежат в диапазоне от 28 до 40 баллов. Показатели КЖ

в 1-й группе выше, чем во 2-й и 3-й группе, что вполне закономерно, поскольку там не использовались инвазивные методы лечения.

Таким образом, показатели КЖ до лечения находятся в пределах референтных значений, что связано с адаптацией пациентов к заболеванию. После лечения показатели КЖ закономерно повышаются. Однако у пациентов после геморроидэктомии, независимо от характера методики, показатели КЖ значительно ниже, чем у пациентов 1-й и 2-й групп, что связано с операционной травмой. Поскольку группы пациентов неоднородные по стадиям заболевания, можно предполагать, что для каждой стадии геморроя существует свое субъективное восприятие заболевания, которое может отражаться на показателях КЖ, что требует дополнительного анализа полученных результатов.

ВЫВОДЫ

Показатели КЖ во всех группах до проведения лечения находятся в пределах референтных значений и не имеют статистически значимых различий по рассматриваемым показателям. После проведенного лечения отмечается статистически значимое повышение показателей качества жизни у пациентов с геморроем по всем шкалам, причем показатели качества жизни в 1-й и 2-й группах выше, чем в 3-й группе, что объясняется характером проводимого хирургического лечения. У пациентов после геморроидэктомии наблюдается более выраженный дискомфорт по сравнению с пациентами, перенесшими малоинвазивные вмешательства.

Поступила / Received 21.12.2021

Поступила после рецензирования / Revised 12.01.2022

Принята в печать / Accepted 20.01.2022

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Abramowitz L., Benabderrahmane M., Pospait D., Philip J., Laouénan C. The prevalence of proctological symptoms amongst patients who see general practitioners in France. *Eur J Gen Pract.* 2014;20(4):301–306. <https://doi.org/10.3109/13814788.2014.899578>.
2. Chen M., Tang T.C., He T.H., Du Y.J., Qin D., Zheng H. Management of haemorrhoids: protocol of an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open.* 2020;10(3):e035287. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035287>.
3. Lee J.H., Kim H.E., Kang J.H., Shin J.Y., Song Y.M. Factors associated with hemorrhoids in Korean adults: Korean national health and nutrition examination survey. *Korean J Fam Med.* 2014;35(5):227–236. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2014.35.5.227>.
4. Riss S., Weiser F.A., Schwameis K., Riss T., Mittlböck M., Steiner G., Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27(2):215–220. <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1316-3>.
5. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. (ред.). *Справочник колопроктолога*. М.: Литтера; 2012. Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. (eds.). *Coloproctologist's Handbook*. Moscow: Littera; 2012. (In Russ.)
6. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. *Геморрой*. 2-е изд. М.: Литтера; 2010. 188 с. Vorobiev G.I., Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. *Hemorrhoids*. 2nd ed. Moscow: Littera; 2010. 188 p. (In Russ.)
7. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. *World J Gastroenterol.* 2015;21(31):9245–9252. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i31.9245>.
8. Godeberge P., Sheikh P., Zagriadskii E., Lohsiriwat V., Montaña A.J., Košorok P., De Schepper H. Hemorrhoidal disease and chronic venous insufficiency: Concomitance or coincidence; results of the CHORUS study (Chronic venous and hemorrhoidal diseases evaluation and Scientific research). *J Gastroenterol Hepatol.* 2020;35(4):577–585. <https://doi.org/10.1111/jgh.14857>.
9. Новик А.А., Ионова Т.А. Исследование качества жизни в клинической медицине. *Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. 2006;(1):91–99. Режим доступа: https://www.pirogov-vestnik.ru/upload/uf/152/magazine_2006_1.pdf.
10. Шапошников Ю.Ю., Шапошников Н.Ю. Исследование качества жизни больных после хирургического лечения. *Астраханский медицинский журнал*. 2010;(1):113–121. Режим доступа: <https://astmedj.ru/index.php/amj/issue/view/7/9>.
11. Шапошников Ю.Ю., Шапошников Н.Ю. Study of the quality of life of patients after surgical treatment. *Astrakhan Medical Journal.* 2010;(1):113–121. (In Russ.) Available at: <https://astmedj.ru/index.php/amj/issue/view/7/9>.
12. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D., Houghton L.A., Mearin F., Spiller R.C. Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006;130(5):1480–1491. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.061>.
13. Goligher J.C. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. 1st Pub. London: Charles C. Thomas; 1961. 829 p.
14. Шелыгин Ю.А. (ред.). *Колопроктология: клинические рекомендации*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019; 560 с. Shelygin Yu.A. (ed.). *Coloproctology: clinical guidelines*. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. 560 p. (In Russ.)
15. Guttenplan M. The Evaluation and Office Management of Hemorrhoids for the Gastroenterologist. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017;19(7):30. <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0574-9>.
16. Yeo D., Tan K.Y. Hemorrhoidectomy – making sense of the surgical options. *World J Gastroenterol.* 2014;20(45):16976–16983. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i45.16976>.
17. Peery A.F., Sandler R.S., Galanko J.A., Bresalier R.S., Figueiredo J.C., Ahnen D.J. et al. Risk Factors for Hemorrhoids on Screening Colonoscopy. *PLoS ONE.* 2015;10(9):e0139100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139100>.
18. van Tol R.R., Kleijnen J., Watson A.J.M., Jongen J., Altomare D.F., Qvist M. et al. European Society of coloproctology: guideline for haemorrhoidal disease. *Colorectal Dis.* 2020;22(6):650–662. <https://doi.org/10.1111/codi.14975>.
19. Загрядский Е.А., Богомазов А.М., Головкин Е.Б. Консервативная терапия геморроя. Альтернатива хирургическим методам или составляющая часть? Результаты программы «CHORUS». *Колопроктология*. 2018;(1):27–35. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-1-27-35>.

- Zagryadskiy E.A., Bogomazov A.M., Golovko E.B. Conservative treatment of hemorrhoids. An alternative to surgical methods or component? CHORUS program results. *Koloproktologiya*. 2018;(1):27–35. (In Russ.) <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-1-27-35>.
20. Zagryadskiy E.A., Bogomazov A.M., Golovko E.B. Conservative Treatment of Hemorrhoids: Results of an Observational Multicenter Study. *Adv Ther*. 2018;35(11):1979–1992. <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0817-7>.
 21. Serra R., Gallelli L., Grande R., Amato B., De Caridi G., Sammarco G. et al. Hemorrhoids and matrix metalloproteinases: A multicenter study on the predictive role of biomarkers. *Surgery*. 2016;159(2):487–494. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.07.003>.
 22. Davis B.R., Lee-Kong S.A., Migaly J., Feingold D.L., Steele S.R. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(3):284–292. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001030>.
 23. Sun Z., Migaly J. Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;29(1):22–29. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1568144>.
 24. Brown S.R. Haemorrhoids: an update on management. *Ther Adv Chronic Dis*. 2017;8(10):141–147. <https://doi.org/10.1177/204062231713957>.
 25. Добровольский С.Р., Абдурахманов Ю.Х., Джамынчиев Э.К., Абдуллаева А.А. Исследование качества жизни больных в хирургии. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2008;(12):73–76. Dobrovolsky S.R., Abdurakhmanov Yu.Kh., Dzhamynchiev E.K., Abdullayeva A.A. A study of the quality of life of patients in surgery. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2008;(12):73–76. (In Russ.)
 26. Новик Т.И., Ионова Т.И. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. 3-е изд. РАЕН; 2012. 528 с. Novik A.A., Ionov T.I. *Guide to the study of the quality of life in medicine*. 3rd ed. Moscow: RAEN; 2012. 528 p. (In Russ.)
 27. Дмитриева Л.В., Муртазин Р.Ю. Изучение качества жизни у больных, страдающих геморроем. *Успехи современного естествознания*. 2013;(9):77–78. Режим доступа: <https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=32810>. Dmitrieva L.V., Murtazin R.Yu. A study of the quality of life in patients with hemorrhoids. *Advances in Current Natural Sciences*. 2013;(9):77–78. (In Russ.) Available at: <https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=32810>.
 28. Муравьева А.А., Зинченко О.В., Обедин А.Н. Применение интегральной оценки качества жизни пациентов при хирургическом лечении хронического геморроя. *Вестник Ставропольского государственного университета*. 2012;(1):206–209. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-integralnoy-otsenki-kachestva-zhizni-patsientov-pri-hirurgicheskom-lechenii-hronicheskogo-gemorroya/viewer>.
 29. Muravyova A.A., Zinchenko O.V., Obedin A.N. The use of an integral assessment of the quality of life of patients in the surgical treatment of chronic hemorrhoids. *Vestnik Stavropol'skogo Gosudarstvennogo Universiteta*. 2012;(1):206–209. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-integralnoy-otsenki-kachestva-zhizni-patsientov-pri-hirurgicheskom-lechenii-hronicheskogo-gemorroya/viewer>.
 30. Palazzo F.F., Francis D.L., Clifton M.A. Randomized clinical trial of Ligasure versus open haemorrhoidectomy. *Br J Surg*. 2002;89(2):154–157. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11856126/>.
 31. Житихин Е.В., Ивануса С.Я., Литвинов О.А. Оценка качества жизни больных хроническим геморроем III–IV стадии до и после хирургического лечения. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. 2014;(2):59–63. Режим доступа: <https://www.pirogov-center.ru/etc/magazine-2014-2.pdf>. Zhitikhin E.V., Ivanusa S.Ya., Litvinov O.A. Assessment of the quality of life of patients with hemorrhoids III–IV grade before and after surgical treatment. *Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center*. 2014;(2):59–63. (In Russ.) Available at: <https://www.pirogov-center.ru/etc/magazine-2014-2.pdf>.
 32. Осмонбекова Н.С., Курбанов Ф.С., Добровольский С.Р. Значение и методика анализа качества жизни хирургических больных. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2012;(5):84–87. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2012/5/030023-12072012517>. Osmonbekova N.S., Kurbanov F.S., Dobrovolskii S.R. The importance and evaluation methods of the quality of life in surgical patients. *Khirurgiya / Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2012;(5):84–87. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2012/5/030023-12072012517>.
 33. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»). *Научно-практическая ревматология*. 2008;(1):36–48. Режим доступа: <https://rsp.mediarpress.net/rsp/article/view/985>. Amirdzhanova V.N., Goryachev D.V., Korshunov N.I., Rebrov A.P., Sorotskaya V.N. Population indicators of the quality of life according to the SF-36 questionnaire (results of the multicenter study of the quality of life “MIRAGE”). *Rheumatology Science and Practice*. 2008;(1):36–48. (In Russ.) Available at: <https://rsp.mediarpress.net/rsp/article/view/985>.

Вклад авторов:

Написание текста – Загрядский Е.А.

Концепция и дизайн исследования – Загрядский Е.А., Богомазов А.М., Головко Е.Б.

Сбор и обработка материала – Загрядский Е.А., Богомазов А.М., Головко Е.Б., Абрицова М.В.

Статистическая обработка – Загрядский Е.А.

Редактирование – Загрядский Е.А.

Contribution of authors:

Writing of the text – Evgeny A. Zagriadskii

Concept and design of the study – Evgeny A. Zagriadskii, Aleksey M. Bogomazov, Evgeniy B. Golovko

Collection and processing of the material – Evgeny A. Zagriadskii, Aleksey M. Bogomazov, Evgeniy B. Golovko, Maryana V. Abritsova

Statistical processing – Evgeny A. Zagriadskii

Editing – Evgeny A. Zagriadskii

Информация об авторах:

Загрядский Евгений Алексеевич, д.м.н., профессор, колопроктолог, член Ассоциации колопроктологов России, заведующий отделением проктологии, Медицинский центр «ОН КЛИНИК»; 121069, Россия, Москва, ул. Большая Молчановка, д. 32, стр. 1; proctolog52@rambler.ru

Богомазов Алексей Михайлович, к.м.н., сосудистый хирург, флеболог, колопроктолог, член Ассоциации колопроктологов России, генеральный директор, Медицинской центр «Южный»; 117587, Россия, Москва, Варшавское шоссе, д. 126; ambog@mail.ru

Головко Евгений Борисович, к.м.н., хирург, колопроктолог, член Ассоциации колопроктологов России, заместитель главного врача по медицинской части, Группа компаний «Медси МСК 12»; 109240, Россия, Москва, ул. Солянка, д. 12, стр. 1; egolovko@mail.ru

Абрицова Марьяна Владимировна, к.м.н., колопроктолог, член Ассоциации колопроктологов России, главный врач, Клиника биологического омоложения «Реал Транс Хайр»; 115191, Россия, Москва ул. 3-я Рощинская, д. 6; abritsovamv@gmail.com

Information about the authors:

Evgeny A. Zagriadskii, Dr. Sci. (Med.), Professor, Member of the Association of Coloproctologists of Russia, Head of Proctology Department, Medical Center ON-CLINIC; 32, Bldg. 1, Bolshaya Molchanovka St., Moscow, 121069, Russia; proctolog52@rambler.ru

Aleksey M. Bogomazov, Cand. Sci. (Med.), Coloproctologist, Vascular Surgeon, Phlebologist, Member of the Association of Coloproctologists of Russia, General Manager, Medical Center South; 126, Varshavskoe Shosse, Moscow, 117587, Russia; ambog@mail.ru

Evgeniy B. Golovko, Cand. Sci. (Med.), Coloproctologist, Member of the Association of Coloproctologists of Russia, Deputy Chief Medical Officer, Clinic MEDSI MSK 12; 12, Bldg. 1, Solyanka St., Moscow, 109240, Russia; egolovko@mail.ru

Maryana V. Abritsova, Cand. Sci. (Med.), Coloproctologist, Member of the Association of Coloproctologists of Russia, Chief Physician, Biological Rejuvenation Clinic Real Trans Hair; 3rd Roshchinskaya St., Moscow, 123182, Russia; abritsovamv@gmail.com