https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-1-100-106

АНОСКОПИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Хитарьян А.Г.[1,2], Алибеков А.З.[1,2], Ковалев С.А.[1,2], Орехов А.А.[1,2], Бурдаков И.Ю.[1], Ляпина В.А.[1], Мельников Д.А.[1]

[1] Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

[2] Дорожная клиническая больница на станции Ростов-Главный, ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ: оценить эффективность использования препарата Детралекс® на основании выраженности развития воспалительных изменений геморроидальных узлов по данным высокоразрешающей аноскопии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в исследование были включены 192 пациента с хроническим геморроем III стадии. Всем пациентам были назначены пищевые волокна. В 1 группе, (96 пациентов) дополнительно, был назначен препарат Детралекс® в течение 2 месяцев. Произведена оценка эффективности проводимой терапии на основании данных высокоразрешающей аноскопии. Был проведен расчет комплаентности приема препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ: отсутствие жалоб на выпадение узлов после 2-х месячного консервативного лечения, означавшее снижение стадии геморроя из III во II, увеличилось в 1-й и 2-й группе, соответственно, на 66% и 27% случаев, что доказывает преимущество консервативного лечения геморроя сочетанием Детралекса® и пищевых волокон. Так же, отмечено снижение таких проявлений геморроидальной болезни как боль в 1-й и 2-й группах, соответственно, в 5 и 1,5 раза, кровотечений в 4 и 1,5 раза, зуда и жжения в 4 и 1,6 раза. Объективная оценка консервативного лечения по данным высокоразрешающей аноскопии показала, что в первой группе количество геморроидальных узлов воспалительных изменений 2 типа перешло из второго в 1 тип почти в 50% случаев, в то время как во 2-й группе только в 20% случаев. Комплаенс приема препарата Детралекс® в 1 группе составил 74%, суммарный комплаенс приема пищевых волокон в обеих группах составил 66,3%.

ВЫВОДЫ: консервативное лечение пациентов с хроническим геморроем III стадии препаратом Детралекс® в сочетании пищевыми волокнами позволяет снизить клинические проявления заболевания в 65,7% случаев и достоверно снизить количество геморроидальных узлов 2 типа на 47,9% по данным высокоразрешающей аноскопии.

[Ключевые слова: высокоразрешающая аноскопия; хронический геморрой; консервативное лечение; воспалительные изменения; Детралекс]

Для цитирования: Хитарьян А.Г., Алибеков А.З., Ковалев С.А., Орехов А.А., Бурдаков И.Ю., Ляпина В.А., Мельников Д.А. Аноскопия высокого разрешения в оценке эффективности консервативной терапии хронического геморроя. *Колопроктология*. 2020; т. 19, № 1 (71), с. 100-106

HIGH-RESOLUTION ANOSCOPY IN THE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF CONSERVATIVE TREATMENT FOR CHRONIC HEMORRHOIDS

Khitaryan A.G.[1,2], Alibekov A.Z.[1,2], Kovalev S.A.[1,2], Orekhov A.A.[1,2], Burdakov I.Y.[1], Lyapina V.A.[1], Melnikov D.A.[1]

[1] Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

[2] Road Clinical Hospital JSCo «RZD», Rostov-on-Don, Russia

AIM: to assess the effectiveness of micronized purified flavonoid fraction (MPFF) in conservative treatment for chronic hemorrhoids according to high-resolution anoscopy (HRA).

PATIENTS AND METHODS: the study included 192 patients with chronic hemorrhoids, stage III. The general recommendation for all patients was dietary fibers for soft stools. The main group included 96 patients treated with MPFF for 2 months, 96 controls used dietary fibers only. The treatment effectiveness was evaluated due to high-resolution anoscopy data and clinical manifestation of the disease. The calculation of the drug intake compliance was carried out as well.

RESULTS: patients of the main group showed significant clinical improvement after treatment in prolapse correction (66% vs 27%; p=0.001), in pain intensity decrease (5 times vs 1.5 times; p=0.03), in bleeding incidence (4 times vs 1.5 times; p=0.001). HRA showed significant reduction of inflammation (from type 2 to type 1) in main group in 50% and 20% in controls (p=0.02). Compliance with the MPFF in main group 1 was 74%, the total compliance of dietary fiber intake in both groups was 66.3%.

CONCLUSIONS: combination of MPFF with dietary fiber intake significantly reduces clinical manifestations of chronic hemorrhoids stage III and HRA shows significant reduction of inflammation in hemorrhoid piles in these cases.

[Key words: high-resolution anoscopy; chronic hemorrhoids; conservative treatment; inflammatory changes; detralex]

For citation: Khitaryan A.G., Alibekov A.Z., Kovalev S.A., Orekhov A.A., Burdakov I.Y., Lyapina V.A., Melnikov D.A. High-resolution anoscopy in the evaluation of the effectiveness of conservative treatment for chronic hemorrhoids. *Koloproktologia*. 2020; v. 19, no. 1 (71), pp. 100-106

Адрес для переписки: Алибеков Альберт Заурбекович, НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД», хирургическое отделение, ул. Варфоломеева, 92А, Ростов-на-Дону, 344011, Россия; тел. +7 (928) 606-99-99; e-mail: saul09@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Геморрой является самым распространенным заболеванием прямой кишки и встречается, чуть ли не у каждого третьего жителя Европы и Северной Америки в возрасте от 20-60 лет [1,2]. Однако, если представить эту популяцию населения в виде остроконечного айсберга, специализированную интервенционную проктологическую помощь получает едва ли его верхушка [3]. Приоритетной задачей колопроктологов является обращение внимания широких слоев населения на проблему геморроя для обследования ободочной и прямой кишки, как сегмент онкопоиска и предотвращения осложненных случаев заболевания [4]. В начале прошлого столетия отечественными учеными Карпинским И. и Шклярским В., а затем более фундаментальными морфологическими исследованиями Stelzner F. были заложены основы сосудистой теории возникновения геморроя, в основе которой – связь между сосудистыми пещеристыми телами подслизистого слоя дистальной части прямой кишки и концевыми ветвями верхних прямокишечных сосудов, объясняющих клинику заболевания. Затем большой вклад в описание эмбриологии этих сосудистых образований внес также отечественный проктолог Капуллер Л.Л. [5], показавший в морфологических исследованиях наличие в геморроидальных узлах артериол, не распадающихся на капилляры, а напрямую впадающих в просвет кавернозных вен.

Современное развитие ангиологии способствовало появлению ангиопротекторов и венотоников, которые с учетом нашего понимания сосудистой теории развития геморроя могут быть активно использованы в консервативном лечении хронического геморроя для снижения клинических проявлений заболевания, предотвращения осложнений геморроя, подготовки для оперативного лечения [6,7]. В нашей стране, ряде стран Европы и Америки наиболее популярным препаратом в консервативном лечении геморроя является Детралекс (Daflon) – микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ), обладающая ангиопротекторным, венотоническим, противовоспалительным действием, влияющим на основной субстрат геморроидальной болезни с точки зрения сосудистой теории ее возникновения [8,9].

Однако использование МОФФ, других ангиопротекторов, топических средств для лечения геморроя требуют появления новых объективных методов оценки их эффективности.

Ранее было проведено исследование точности, специфичности и чувствительности аноскопии высокого разрешения (АВР) для определения выраженности воспаления внутренних геморроидальных узлов при хроническом геморрое III стадии, путем проведения гистоморфологических и аноскопических параллелей по данным АВР [10]. Доказана высокая точность, специфичность и чувствительность метода, составляющие 82,1%, 40% и 91,3%, соответственно. На основании аноскопической картины АВР было выделено 3 типа геморроидальных узлов зависимости от аноскопической картины АВР (Табл. 1).

При окраске геморроидального узла от розовой до незначительно гиперемированной, с сохраненной эластичностью, отсутствием отека, сохранении светового рефлекса или блестящей слизистой, с обычным сосудистым рисунком, без дополнительных включений, и отсутствием тромботических включений в подслизистом слое, геморроидальный узел относят к 1 типу (Рис. 1).

При наличии умеренной гиперемии геморроидального узла, снижении его эластичности, наличии умеренного отека, снижении светового рефлекса, усиленным сосудистым рисунком, и отсутствием тромботических включений в подслизистом слое, геморроидальный узел относят ко 2 типу (Рис. 2).

При выраженной гиперемии геморроидального узла, наличии ригидности, выраженного отека, снижении или отсутствии светового рефлекса, усилении сосудистого рисунка, наличием фибриновых наложений и наличием тромботических включений в подслизистом слое, данные признаки считаются явлениями выраженных воспалительных изменений узла по данным АВР, и такие узлы относят к 3 типу (Рис. 3).

Таким образом, АВР позволяет детально оценить состояние внутренних геморроидальных узлов, выраженность воспалительных изменений, понять и точнее диагностировать другие заболевания анального канала и прямой кишки. Оценка результатов АВР может послужить поводом для отказа от применения минимально инвазивных методик, из-за прогнозируемой неэффективности, связанной с воспалением геморроидальных узлов.

В настоящем исследовании была изучена эффективность консервативного лечения хронического геморроя III стадии с использованием МОФФ и пище-

Таблица 1. *Типы геморроидальных узлов по данным высокоразрешающей аноскопии*

	Воспалительные изменения (по данным высокоразрешающей аноскопии)		
	1 тип	2 тип	3 тип
Окраска	От розовой до незначительно гиперемированной	Гиперемия	Выраженная гиперемия
Эластичность	Сохранена	Сохранена	Ригидный
Отек	Нет	Умеренный	Выраженный
Световой рефлекс	Блеск	Тусклый	Отсутствует
Инъекция сосудов	Обычная	Усиленная	Усиленная
Тромботические включения в подслизистом слое	Нет	Нет	Есть, ± фибринозные наложения

вых волокон и монотерапии пищевыми волокнами на основании данных АВР.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности использования препарата Детралекс® на основании выраженности развития воспалительных изменений геморроидальных узлов по данным высокоразрешающей аноскопии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 192 работающих железнодорожника 1-2 категории труда, страдающих хроническим геморроем III стадии, из них 109 мужчин и 83 женщин. Критерием включения было наличие у пациентов хронического внутреннего геморроя III стадии вне обострения. Из исследования исключались пациенты с имеющейся суб- и декомпенсированной сопутствующей патологией, артериальной гипертензией 3 стадии и больше, сахарным диабетом, пациенты с сопутствующими проктологическими заболеваниями (полипы анального канала, анальные трещины, тромбозы геморроидальных узлов в анамнезе и т.д.), а также пациенты с перенесенными оперативными вмешательствами на аноректальной зоне. Поскольку в развитии заболевания большое значение имеют проблемы, связанные с актом дефекации, характером и частотой стула, то из исследования также исключались пациенты с количеством баллов по шкале запоров Векснера (Wexner constipation score) [11] более 10. Всем пациентам, помимо общепринятых методов обследования, была выполнена АВР, с оценкой степени выраженности воспалительных изменений геморроидальных узлов. АВР выполняли при помощи видеоректоскопа Dr.Camscope DCS 103R.

В большинстве случаев выраженность воспалительных изменений разных геморроидальных узлов варьировала у одного и того же пациента. Поэтому каждый геморроидальный узел получал порядковый номер. Все пациенты были разделены на 2 равные группы по 96 человек методом случайной выборки, статистически сопоставимые по степени выраженности воспалительных изменений на основании данных АВР, а также по количеству баллов по шкале Векснера. Поскольку изменения аноскопической картины не всегда отражают клинические проявления, проводили анкетирование основных клинических жалоб, таких как боль, кровотечение, выпадение и зуд. Данные клинические проявления были оценены до

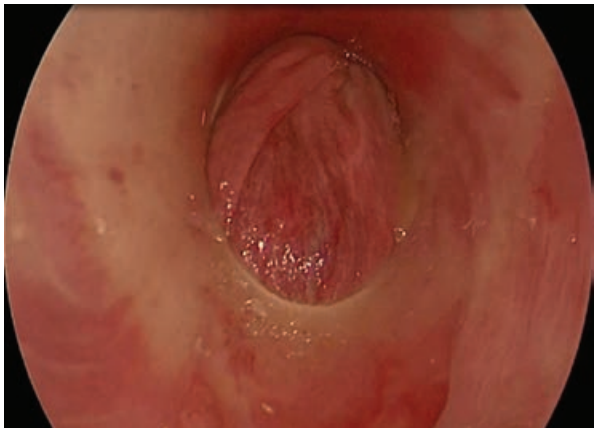

Рисунок 1. *1 тип геморроидального узла. Отсутствие воспалительных изменений по данным высокоразрешающей аноскопии*

Рисунок 2. *2 тип геморроидального узла. Умеренное развитие воспалительных изменений по данным высокоразрешающей аноскопии*

начала лечения и после.

Всем пациентам были назначены пищевые волокна, в качестве которых выступал препарат Мукофальк 5 грамм (1 пакет) – 2 раза в день 14 дней, затем по 1 пакету 1 раз в день в течение 6 недель, с целью регуляции консистенции каловых масс. В 1 группе, дополнительно, был назначен препарат МОФФ (Детралекс) в дозировке 1000 мг 1 раз в день в течение 2 месяцев.

Согласно данным ABDA (Германия), 50% всех отпущенных по рецептам лекарственных препаратов пациенты принимают не в соответствии с врачебными рекомендациями [12]. С целью изучения комплаенса приема препаратов (Taking Compliance – ТС), каждому пациенту формировался пакет исследования, включавший в себя итоговую анкету по основным клиническим проявлениям (жалобам), а также 70 пакетиков препарата Мукофальк 5 г. Дополнительно, у пациентов 1 группы в пакет включалось по 60 таблеток препарата Детралекс 1000 мг. Каждые 2 недели проводили телефонный опрос с целью контроля проводимого лечения. Спустя 2 месяца пациенты сдавали заполненную итоговую анкету исследования с оценкой основных клинических проявлений (жалоб) и указанием оставшихся препаратов при несоблюдении кратности и длительности приема. По результатам анализа количества оставшихся препаратов, при помощи формулы ТС=количество принятых доз/количество назначенных доз х 100%, высчитывали комплаенс приема препаратов.

Статистика

Результаты исследования обрабатывали с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа STATISTICA for Windows (версия 10). Для описания качественных данных использовался частотный анализ с учетом пропущенных значений, сравнение двух независимых групп проводили с помощью χ^2 критерия Пирсона либо точным критерием Фишера в случае небольших выборок.

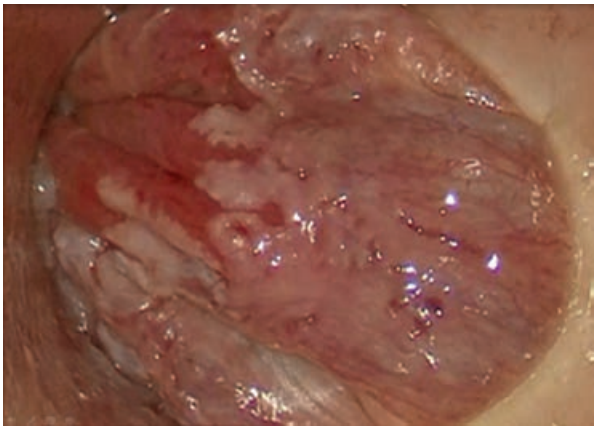

Рисунок 3. *3 тип геморроидальных узлов. Выраженное развитие воспалительных изменений по данным высокоразрешающей аноскопии*

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинические проявления до и после лечения в обеих группах представлены в таблице 2. Как видно из таблицы, основные клинические проявления хронического геморроя были сопоставимы в обеих группах до начала лечения.

Стоит отметить, что после лечения, в 1 группе наличие болевого синдрома снизилось на 26,1%, жалобы на кровотечение сократились на 51%, выпадение – на 65,7%, а проявления зуда и жжения уменьшились на 14,6%. Во 2 группе также отмечалась положительная динамика, однако динамика снижения практически всех клинических проявлений уступала таковым в 1 группе более чем в 2 раза.

На основании данных АВР, была выявлена степень развития воспалительных изменений в обеих группах до и после лечения (Табл. 3). Как видно из таблицы 3, в большинстве случаев, воспалительные изменения геморроидальных узлов соответствовали 2 типу аноскопической картины АВР. Геморроидальные узлы 1 типа по данным АВР встречались в 25 (8,7%) и 31 (10,8%) узлах в I и II группах, соответственно. Третий тип геморроидальных узлов, по данным АВР, встречался в 44 (15,3%) геморроидальных узлах пациентов 1 группы, и в 40 (13,9%) узлах у пациентов 2 группы. Статистический анализ показал отсутствие достоверных отличий между группами до начала лечения.

Через 2 месяца лечения всем пациентам была повторно выполнена АВР с оценкой степени развития воспалительных изменений геморроидальных узлов.

В I группе пациентов до начала терапии с использованием МОФФ, только 25 (8,7%) геморроидальных узлов были 1 типа, по данным АВР, тогда как после терапии количество данных узлов возросло до 168 (58,3%). 2 тип геморроидальных узлов в 1 группе был диагностирован в 81 (28,1%), а 3 тип – в 39 (13,6%) геморроидальных узлах. На рис. 4 представлен геморроидальный узел у одного и того же пациента, до и после лечения МОФФ. До начала лечения степень воспалительных изменений соответствовала 2 типу, тогда как после терапии МОФФ, выраженность воспалительных изменений соответствовала 1 типу на основании данных АВР.

Во 2 группе, на фоне лечения пищевыми волокнами, 1 тип геморроидальных узлов встречался в 89 (30,9%) узлах, а 2 и 3 типы в 156 (54,2%) и 43 (14,9%) геморроидальных узлах, соответственно, как показано в таблице 3.

Стоит отметить, что применение МОФФ в 1 группе позволило сократить количество узлов 2 типа,

Таблица 2. *Распределение пациентов в зависимости от клинических проявлений (жалоб) до и после лечения в обеих группах*

		1 группа (96 пациентов)		2 группа (96 пациентов)	
		До	После	До	После
Клинические проявления (кол-во пациентов)	Боль	31 (32,3%)	6 (6,2%)	34 (35,4%)*	22 (22,9%)**
	Кровь	65 (67,7%)	16 (16,7%)	61 (63,5%)*	44 (45,8%)**
	Выпадение	81 (84,4%)	19 (18,7%)	77 (80,2%)*	51 (53,1%)**
	Зуд, жжение	19 (19,8%)	5 (5,2%)	22 (22,9%)*	14 (14,5%)**

Примечание:
** – статистически недостоверные различия по сравнению с 1 группой p<0,05;*
*** – статистически достоверные различия по сравнению с 1 группой p>0,05.*

Таблица 3. *Распределение пациентов (геморроидальных узлов) в зависимости от степени развития воспалительных изменений, по данным АВР, до и после лечения в обеих группах*

		1 группа (288 узлов)		2 группа (288 узлов)	
		До	После	До	После
АВР, (кол-во узлов)	1 тип	25 (8,7%)	168 (58,3%)	31 (10,8%)*	89 (30,9%)**
	2 тип	219 (76%)	81 (28,1%)	217 (75,3%)*	156 (54,2%)**
	3 тип	44 (15,3%)	39 (13,6%)	40 (13,9%)*	43 (14,9%)

Примечание:
** – статистически недостоверные различия по сравнению с 1 группой p<0,05;*
*** – статистически достоверные различия по сравнению с 1 группой p>0,05.*

по данным АВР, на 47,9%, и, соответственно, увеличить количество узлов 1 типа в данной группе, в целом, на 49,6%, тогда как количество узлов 3 типа сократилось лишь на 1,7%. Во 2 группе пациентов также отмечалась положительная динамика, по данным АВР, однако количество узлов 2 типа уменьшилось на 21,1%, увеличив количество узлов 1 типа в данной группе всего на 20,1%. Геморроидальные узлы 3 типа во 2 группе на фоне монотерапии пищевыми волокнами практически не изменились, только в 3 узлах отмечалось уменьшение воспалительных изменений, позволяющих отнести данный узел ко 2 типу, что составило в целом по группе лишь 1%.

На основании анализа оставшихся по окончанию исследования препаратов был произведен расчет комплаенса приема препаратов. Так, из назначенных пациентам 1 группы 5760 таблеток препарата Детралекс, в конце исследования осталось 1496 таблеток. Комплаенс приема препарата Детралекс в 1 группе составил 74%. По окончании исследования, из назначенных 13440 пакетов препарата Мукофальк, в обеих группах к концу исследования осталось 4526. При этом в 1 группе осталось 2487 пакетов, а во 2 группе – 2039. Соответственно комплаенс приема препарата Мукофальк в 1 группе составил 63%, а во 2 группе – 69,6%, при этом в обеих группах в целом, комплаенс составил 66,3%. Полученные данные позволили считать исследование состоявшимся.

ОБСУЖДЕНИЕ

Современное представление о патогенезе развития хронического геморроя отводит большую роль сосу-

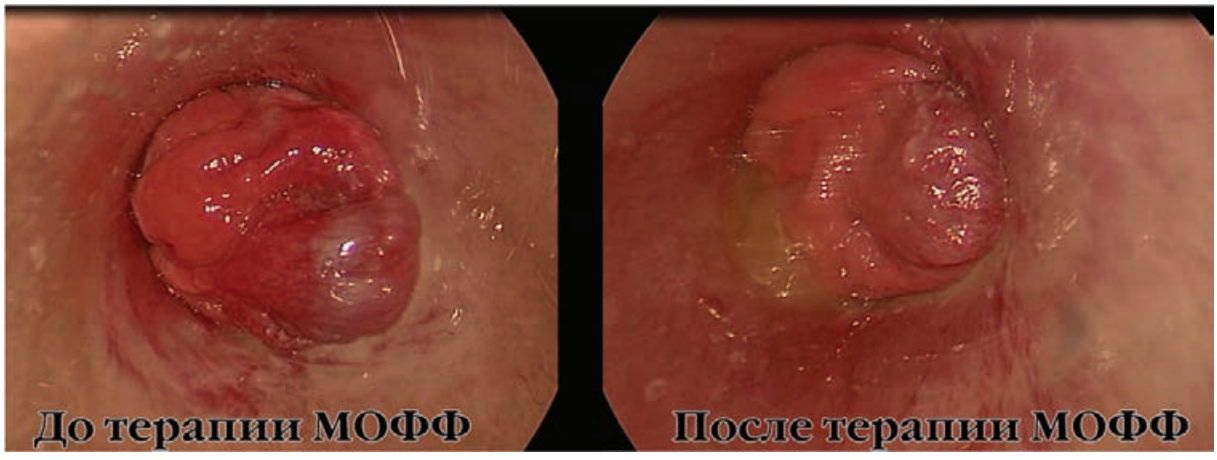

Рисунок 4. *Геморроидальный узел на 3ч. у пациента до и после терапии микронизированной очищенной флавоноидной фракцией*

дистой теории, в связи с этим многие проктологи для консервативного лечения геморроя активно применяют ангиопротекторы и венотоники. Однако, в настоящий момент, оценка эффективности консервативной терапии хронического геморроя базируется, в основном, на изучении субъективных жалоб пациентов на основные проявления заболевания – боль, выпадение внутренних геморроидальных узлов, кровотечения, зуд, жжение. Нами, впервые в мировой литературе, была разработана эндоскопическая семиотика аноскопии высокого разрешения в норме и при воспалительных изменениях в геморроидальных узлах, основанная на сопоставлении данных визуального и данных морфологического исследования удаленных геморроидальных узлов. Таким образом, с помощью АВР можно объективно оценить эффективность проводимой консервативной терапии.

При анализе эффективности консервативного лечения геморроя по данным клинических проявлений, наиболее значимым симптомом было отсутствие жалоб на выпадение узлов после 2-х месячного консервативного лечения, что означало перевод геморроя из III во II стадию. Количество таких пациентов после консервативного лечения увеличилось в 1-й и 2-й группе, соответственно, на 65,7% и 27% случаев, что, безусловно, доказывает преимущество консервативного лечения геморроя путем сочетания МОФФ и пищевых волокон. Отмечено снижение таких проявлений геморроидальной болезни как боль в 1-й и 2-й группах, соответственно, в 5 и 1,5 раза, кровотечений в 4 и 1,5 раза, зуда и жжения в 4 и 1,6 раза. Объективная оценка консервативного лечения, по данным АВР, показала, что в 1 группе количество геморроидальных узлов, перешедших из 2 в 1 тип, составило почти 50% случаев, в то время как во 2-й группе – только в 20% случаев. Отмечена низкая эффективность консервативного лечения геморроидальных узлов 3 типа, что, по-видимому, связано с выраженными воспалительными и фиброзными изменениями в ткани узлов. Использование АВР в оценке эффективности консервативного лечения позволило, таким образом, не только объективизировать результаты консервативного лечения Детралексом по сравнению с клиническими проявлениями геморроя по данным опроса пациентов, но и вычленить группу пациентов, которым следует рекомендовать минимально инвазивные или традиционные операции по поводу геморроя в виду низкой эффективности консервативного лечения. Оперативное вмешательство следует рекомендовать пациентам, у которых на фоне клинической положительной динамики отмечено сохранение воспалительных изменений внутренних геморроидальных узлов 2 типа, по данным АВР.

Важным моментом в проведенном исследовании было изучение комплаенса пациентов при выполнении предлагаемого протокола лечения, при этом индекс комплаентности приема препарата Детралекс в 1 группе составил 74%, суммарный комплаенс приема препарата Мукофальк в обеих группах составил 66,3%, что является вполне удовлетворительным для показателей комплаенса такого рода препаратов.

ВЫВОДЫ

Консервативное лечение пациентов с хроническим геморроем III стадии препаратом Детралекс в сочетании пищевыми волокнами позволяет уменьшить воспалительные изменения, клинические проявления заболевания в 65,7% случаев и достоверно снизить количество геморроидальных узлов 2 типа на 47,9%, по данным высокоразрешающей аноскопии.

Использование высокоразрешающей аноскопии для контроля эффективности консервативного лечения хронического геморроя позволяет не только получить более объективную информацию, но и очертить категорию пациентов, нуждающихся в оперативном пособии.

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с планом научных исследований НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД».

Работа выполнена при поддержке фармацевтической компании Сервье (Франция), которая не оказывала влияния на выводы и заключение статьи. Финансовой поддержки со стороны компании авторы не получали.

Этические аспекты

Одобрение комитета по этике

Исследование одобрено этическим комитетом НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД».

УЧАСТИЕ АВТОРОВ:

Концепция и дизайн исследования: *Хитарьян А.Г., Алибеков А.З.*

Сбор материала: *Алибеков А.З., Ковалев С.А., Орехов А.А., Бурдаков И.Ю., Мельников Д.А., Ляпина В.А.*

Обработка материала: *Алибеков А.З., Ковалев С.А., Орехов А.А., Бурдаков И.Ю.*

Статистическая обработка: *Бурдаков И.Ю., Мельников Д.А., Ляпина В.А.*

Написание текста: *Хитарьян А.Г., Алибеков А.З.*

Редактирование: *Хитарьян А.Г., Алибеков А.З.*

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шелыгин Ю.А., Фролов С.А., Титов А.Ю., Благодарный Л.А. и соавт. Клинические рекомендации ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению геморроя. *Колопроктология*. 2019; т. 18, № 1 (67), с. 7-38. https://doi.org/10.33878/2073-7556-2019-18-1-7-38.
2. Шелыгин Ю.А., Веселов А.В., Сербина А.А. Основные направления организации специализированной колопроктологической помощи. *Колопроктология*. 2017; № 1, с. 76-81. https://doi.org/10.33878/2073-7556-2017-0-1-76-81.
3. Благодарный Л.А. Что должен знать амбулаторный врач о консервативном лечении геморроя. *Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная Хирургия*. 2016; № 3-4, с. 30-33. https://www.a-surgeon.ru/jour/article/view/56
4. Abramowitz L, Weyandt GH, Havlickova B, Matsuda Y, et al. The diagnosis and management of haemorrhoidal disease from a global perspective. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 May;31(Suppl 1):1-58. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04278.x
5. Ривкин ВЛ. Современные представления о патогенезе, формах и лечении геморроя. *Consilium Medicum. Хирургия*. 2017; № 19 (7.1), с. 57-61. http://con-med.ru/magazines/surgery/surgery-7.1-2017/
6. Благодарный Л.А. Эффективность флеботропных препаратов. Результаты метаанализа (на основе Кокрановского центрального реестра контролируемых исследований Cochrane Central Register of Controlled Trials). Москва, РФ. 2015; 24 с.
7. Corsale I, Carrieri P, Martellucci J, Piccolomini A, et al. Flavonoid mixture (diosmin, troxerutin, rutin, hesperidin, quercetin) in the treatment of I-III degree hemorroidal disease: a double-blind multicenter prospective comparative study. *Int J Colorectal Dis*. 2018 Nov;33(11):1595-1600. doi: 10.1007/s00384-018-3102-y [Epub ahead of print].
8. Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л. Роль флеботропных препаратов в комплексном лечении острого геморроя. *Колопроктология*. 2018; № 2, с. 48-54. https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-48-53
9. Giannini I, Amato A, Basso L, Tricomi N, et al. Flavonoids mixture (diosmin, troxerutin, hesperidin) in the treatment of acute hemorrhoidal disease: a prospective, randomized, triple-blind, controlled trial. *Tech Coloproctol*. 2015 Jun;19(6):339-45. doi: 10.1007/s10151-015-1302-9.
10. Хитарьян А.Г., Алибеков А.З., Ковалев С.А., Шатов И.А. и соавт. Есть ли место высокоразрешающей аноскопии в диагностике воспалительных изменений в геморроидальных узлах у пациентов с хроническим геморроем? *Колопроктология*. 2018; № 4, с. 58-64. https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-4-58-65
11. Wexner SD, Duthie GS, et al. Constipation. Etiology, evaluation and management. 2nd ed. Springer-Verlag London; 2006; 272 p. doi: 10.1007/978-1-84628-275-1
12. ABDA, KBV. Zukunftskonzept Arzneimittel versorgung. 2011a. Retrieved 31 May 2016, from http://www.abda.de/fileadmin/assets/Pressetermine/2011/ABDA_KBV/Zukunftskonzept_07_10_2011_KBV_ABDA_Homepage.pdf.

REFERENCES

1. Shelygin Y.A., Frolov S.A., Titov A.Y., Blagodarny L.A. et al. The Russian Association of coloproctology clinical guidelines for the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Koloproktologia*. 2019; v. 18, no. 1 (67), pp. 7-38. https://doi.org/10.33878/2073-7556-2019-18-1-7-38 (In Russ.).
2. Shelygin Y.A., Veselov A.V., Serbina A.A. Main directions of organization of a specialized coloproctological medical care. *Koloproktologia*. 2017; no. 1, pp. 76-81. https://doi.org/10.33878/2073-7556-2017-0-1-76-81 (In Russ.).
3. Blagodarny L.A. What an outpatient doctor must know about conservative therapy of haemorrhoid. *Statsionarozameshchayushchiye tekhnologii: Ambulatornaya khirurgiya*. 2016; no. 3-4, pp. 30-33. https://www.a-surgeon.ru/jour/article/view/56. (in Russ.).
4. Abramowitz L, Weyandt GH, Havlickova B, Matsuda Y, et al. The diagnosis and management of haemorrhoidal disease from a global perspective. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 May;31(Suppl 1):1-58. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04278.x
5. Rivkin V.L. Modern views on the pathogenesis, treatment and types of hemorrhoids. *Consilium Medicum*. 2017; no. 19 (7.1. Surgery): 57-61. (in Russ.).
6. Blagodarny L.A. The effectiveness of phlebotropic drugs. Results of meta-analysis (based on Cochrane Central register of controlled trials). Moscow, Russia; 2015; 24 p. (in Russ.).
7. Corsale I, Carrieri P, Martellucci J, Piccolomini A, et al. Flavonoid mixture (diosmin, troxerutin, rutin, hesperidin, quercetin) in the treatment of I-III degree hemorroidal disease: a double-blind multicenter prospective comparative study. *Int J Colorectal Dis*. 2018 Nov;33(11):1595-1600. doi: 10.1007/s00384-018-3102-y [Epub ahead of print].
8. Belik B.M., Kovalev A.N., Khatlamadzhiyan A.L. Administration of phlebotropic drugs during complex treatment of acute hemorrhoids. *Koloproktologia*. 2018;(2):48-54. (In Russ.).
9. Giannini I, Amato A, Basso L, Tricomi N, et al. Flavonoids mixture (diosmin, troxerutin, hesperidin) in the treatment of acute hemorrhoidal disease: a prospective, randomized, triple-blind, controlled trial. *Tech Coloproctol*. 2015 Jun;19(6):339-45. doi: 10.1007/s10151-015-1302-9.
10. Khitaryan A.G., Alibekov A.Z., Kovalev S.A., Shatov I.A. et al. Is there a place for high-resolution anoscopy in the diagnostics of inflammatory changes in patients with chronic hemorrhoids? *Koloproktologia*. 2018;(4):58-64. https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-4-58-65. (in Russ.).
11. Wexner SD, Duthie GS, et al. Constipation. Etiology, evaluation and management. 2nd ed. Springer-Verlag London; 2006; 272 p. doi: 10.1007/978-1-84628-275-1
12. ABDA, KBV. Zukunftskonzept Arzneimitte lversorgung. 2011a. Retrieved 31 May 2016, from http://www.abda.de/fileadmin/assets/Pressetermine/2011/ABDA_KBV/Zukunftskonzept_07_10_2011_KBV_ABDA_Homepage.pdf.

Дата поступления статьи – 05.11.2019 *После доработки – 12.12.2019* *Принято в печать – 10.01.2020*