

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-49-56>



УДК: 616.147.17-007.64-089-039.57:615.225.3

Эффективность малоинвазивных и хирургических методов лечения хронического геморроя с применением флеботоников

Белик Б.М.¹, Ковалев А.Н.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России (Нахичеванский пер., д. 29, г. Ростов-на-Дону, 344022, Россия)

²«Международный медицинский центр «УРО-ПРО» (ул. имени 40-летия Победы, д. 108, г. Краснодар, 350901, Россия)

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЬ: оценить влияние флеботропной терапии на эффективность хирургического лечения геморроя.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: представлен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 406 пациентов с хроническим геморроем III и IV стадий в амбулаторных условиях. У 205 пациентов (I группа) на всех этапах лечения проводилась стандартная медикаментозная терапия. У 201 пациента (II группа) в периоперационном периоде и на этапе реабилитации (первые 6 месяцев после операции с 2-х месячным перерывом) общепринятое медикаментозное лечение дополнялось флеботропной терапией (препарат Детралекс 1000 мг).

РЕЗУЛЬТАТЫ: у пациентов II группы после операции более быстро купировался болевой синдром, и регрессировали воспалительные симптомы в области оперативного вмешательства, сокращались сроки заживления ран анального канала ($21,4 \pm 1,7$ суток против $26,8 \pm 2,1$ суток), а также регистрировались более высокие параметры качества жизни по сравнению с пациентами I группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: амбулаторное хирургическое лечение геморроя III-IV стадий в комплексе с флеботропной терапией позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений с 17,6% до 8,5% и увеличить в целом число хороших и удовлетворительных результатов лечения с 82,4% до 91,5% ($p < 0,005$).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: геморрой, хирургическое лечение, пролонгированная флеботропная терапия, амбулаторное лечение

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Белик Б.М., Ковалев А.Н. Эффективность малоинвазивных и хирургических методов лечения хронического геморроя с применением флеботоников. *Колопроктология*. 2023; т. 22, № 2, с. 49–56. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-49-56>

Effectiveness of minimally invasive and surgical methods of treatment of chronic hemorrhoids using phlebotonics

Boris M. Belik¹, Aleksey N. Kovalev^{1,2}

¹Rostov State Medical University (Nakhichevanskii per., 29, Rostov-on-Don, 344022, Russia)

²International Medical Center "URO-PRO" (imeni 40-letia Pobedy st., 108, Krasnodar, 350901, Russia)

ABSTRACT

PURPOSE: to evaluate the effect of phlebotropic therapy on the effectiveness of surgical treatment of hemorrhoids. **PATIENTS AND METHODS:** a comparative evaluation of the results of treatment of 406 patients with chronic hemorrhoids of stages III and IV was performed. With surgical treatment of hemorrhoids, standard conservative therapy was performed in 205 patients (group I) and 201 patients (group II) in the perioperative period, as well as at the rehabilitation stage, the standard program of drug treatment was supplemented with phlebotropic therapy using Detralex (1000 mg).

RESULTS: in group II patients, compared with group I patients, pain syndrome was stopped faster, quality of life and working capacity were restored, and the period of epithelization of the anal canal wound was shortened (21.4 ± 1.7 days versus 26.8 ± 2.1 days). This made it possible to increase the number of good and satisfactory results of surgical treatment of hemorrhoids from 82.4% to 91.5%.

CONCLUSION: outpatient surgical treatment of hemorrhoids of stages III-IV in combination with phlebotropic therapy can reduce the number of postoperative complications from 17.6% to 8.5% and increase the overall number of good and satisfactory treatment results from 82.4% to 91.5% ($p < 0.005$).

KEYWORDS: hemorrhoids, surgical treatment, prolonged phlebotropic therapy, outpatient treatment

CONFLICT OF INTEREST: the authors declare no conflict of interest

FOR CITATION: Belik B.M., Kovalev A.N. Effectiveness of minimally invasive and surgical methods of treatment of chronic hemorrhoids using phlebotonics. *Koloproktologia*. 2023;22(2):49–56. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-49-56>

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: Белик Борис Михайлович, пер. Нахичеванский, д. 29, Ростов-на-Дону, 344022, Россия; тел.: 8-904-500-64-42; e-mail: bbelik@yandex.ru

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: Belik B.M., Rostov State Medical University, Nakhichevanskii per., 29, Rostov-on-Don, Russia; тел.: 8-904-500-64-42; e-mail: bbelik@yandex.ru

Дата поступления — 01.11.2022

Received — 01.11.2022

После доработки — 09.01.2023

Revised — 09.01.2023

Принято к публикации — 17.05.2023

Accepted for publication — 17.05.2023

ВВЕДЕНИЕ

Современная концепция хирургического лечения хронического геморроя предусматривает использование как малоинвазивных способов, так и геморроидэктомии [1,2]. В последние годы такие малоинвазивные способы оперативного лечения геморроя как дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией и лазерная субмукозная деструкция геморроидальных узлов получают все большее распространение и применяются, в том числе в амбулаторных условиях. Малоинвазивные хирургические методы используются, преимущественно, при I–II стадиях геморроя, а также при лечении хронического внутреннего геморроя III–IV стадии без выраженного наружного компонента [2–4]. Большинство колопроктологов у пациентов с геморроем III–IV стадий производят геморроидэктомию по Миллигану-Моргану, в особенности при сочетании этого заболевания с другой патологией анального канала (полип, трещина заднего прохода) [3–6].

В последние годы при лечении пациентов с поздними стадиями в клиническую практику активно внедряются такие высокотехнологические хирургические вмешательства, как закрытая бесшовная геморроидэктомия на основе таких технологий как LigaSure и Harmonica [1,2,6].

К наиболее существенным недостаткам геморроидэктомии по Миллигану-Моргану и ее различных модификаций следует отнести достаточно выраженный болевой синдром в ранние сроки после операции, послеоперационные кровотечения, воспалительные раневые осложнения, что в значительной степени увеличивает сроки реабилитации больных. Кроме того, в отдаленном периоде после геморроидэктомии у 6–9% пациентов развивается рубцовая стриктура анального канала, а у 1,8–4% пациентов — недостаточность сфинктера [1,2,6].

При выборе метода лечения хронического геморроя поздних стадий в качестве альтернативы

геморроидэктомии по Миллигану-Моргану применяют комбинацию различных малоинвазивных методик (например, сочетание трансанального доплер-контролируемого лигирования геморроидальных артерий с субмукозной лазерной деструкцией). Часто их комбинируют с удалением отдельных геморроидальных узлов, что существенно не влияет на радикализм оперативного вмешательства, и в то же время это уменьшает его продолжительность и травматичность и позволяет добиться хороших результатов лечения [3,6,7,8].

В настоящее время доказана патогенетическая обоснованность применения флеботропной терапии при консервативном лечении острого геморроя, а также представлены данные о позитивном влиянии флеботоников на эффективность малоинвазивных оперативных вмешательств у пациентов с хроническим геморроем [9–11]. Многолетняя клиническая практика применения препарата Детралекс (микронизированная очищенная флавоноидная фракция) отчетливо показала высокую эффективность и безопасность использования этого флеботоника в лечении пациентов с различными формами геморроидальной болезни [10–12]. В то же время отсутствуют исследования, обосновывающие и четко регламентирующие режим проведения флеботропной терапии в течение всего периоперационного периода, а также на этапе реабилитации у пациентов с III–IV стадиями заболевания после хирургического лечения. Это побудило нас разработать рациональную стратегию проведения флеботропной терапии до и после хирургического лечения пациентов с хроническим геморроем III–IV стадий и оценить ее клиническую эффективность.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность хирургического лечения геморроя III–IV стадий в амбулаторных условиях

Таблица 1. Распределение пациентов по клиническим признакам и стадиям хронического геморроя**Table 1.** Distribution of patients by clinical signs and stages of chronic hemorrhoids

Клинические признаки/стадии хронического геморроя	Количество больных			
	I группа (n = 205)		II группа (n = 201)	
	абс.	%	абс.	%
Выпадение узлов из анального канала (III стадия)	33	16,1	38	18,9
Выпадение узлов из анального канала (III стадия) + кровотечение	73	35,6	71	35,3
Выпадение узлов из анального канала (IV стадия)	3	1,5	3	1,5
Выпадение узлов из анального канала (IV стадия) + кровотечение	96	46,8	89	44,3

с применением флеботропной терапии в периоперационном периоде.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В настоящее исследование было включено 406 пациентов с хроническим геморроем III и IV стадий, находившихся на амбулаторном лечении в ММЦ «УРО-ПРО» г. Краснодара в период 2018–2022 гг. Мужчин — 179 (44,1%), женщин — 227 (55,9%). Возраст больных варьировал от 18 до 73 лет. Большинство пациентов — лица трудоспособного возраста. Средний возраст больных составил $45,5 \pm 3,7$ лет. Все пациенты были обследованы амбулаторно в полном объеме с проведением общепринятых клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Пациентам старше 40 лет с целью обязательного предоперационного обследования выполнялась фиброколоноскопия. Всем пациентам проводилось хирургическое лечение геморроя, включая использование традиционных и малоинвазивных технологий.

В зависимости от варианта проведения медикаментозной коррекции в периоперационном периоде и на этапе реабилитации были созданы две группы. У 205 (50,4%) пациентов I (контрольной) группы в периоперационном периоде проводилась общепринятая медикаментозная терапия, включая применение топических комбинированных средств. У 201 (50,6%) пациента II (основной) группы в периоперационном периоде, а также на этапе реабилитации стандартная программа медикаментозного лечения дополнялась пролонгированной флеботропной терапией с использованием препарата Детралекс (1000 мг).

При выборе схемы назначения флеботропного препарата учитывали степень выраженности воспалительного процесса в области геморроидальных узлов. У пациентов хроническим геморроем с маловыраженными симптомами обострения заболевания перед операцией назначали препарат Детралекс 1000 мг по 1 таблетке 2 раза в день

в течение 7 суток. При наличии отчетливых признаков обострения хронического геморроя (отек, болезненность узлов), помимо топических средств, с целью купирования воспалительного компонента перед операцией пациенты получали препарат Детралекс 1000 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 4 суток, затем по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 суток. После операции пациентам II группы препарат назначали по такой же схеме, как и при обострении заболевания (по 1 таблетке 3 раза в день в течение 4 суток, затем по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 суток). В последующем пациенты получали препарат по 1 таблетке 1 раз в день в течение 2 месяцев. После этого на 60 дней делали перерыв в приеме препарата, а затем в течение 2 месяцев проводили повторный курс флеботропной терапии (1 таблетка в день).

На момент начала лечения группы больных были сопоставимы по клиническим проявлениям хронического геморроя в соответствии со стадией заболевания (Табл. 1).

У 61 (15,0%) пациента диагностирована постгеморрагическая анемия, потребовавшая на этапе предоперационной подготовки проведения гемотрансфузий и назначения железосодержащих препаратов.

При выборе метода хирургического лечения хронического геморроя учитывали индивидуальные клинико-анатомические особенности патологического процесса (размеры и «стадию развития» каждого отдельного узла, его расположение по отношению к другим геморроидальным узлам, а также взаимоотношение между наружным и внутренним компонентами). Руководствуясь этим принципом, у каждого пациента персонализировано применяли две или более методики удаления геморроидальных узлов, включая комбинацию традиционных оперативных вмешательств и малоинвазивных методов. Виды операций, выполненных в обеих группах больных, представлены в таблице 2.

Традиционная геморроидэктомия по Миллигану-Моргану в различной комбинации с малоинвазивными методами была произведена у 49 (23,9%)

Таблица 2. Оперативные вмешательства у пациентов хроническим геморроем III–IV стадий в I и II группах
Table 2. Surgeries performed in patients with chronic hemorrhoids of stages III–IV in groups I and II

Оперативные вмешательства	Количество больных			
	I группа (n = 205)		II группа (n = 201)	
	абс.	%	абс.	%
Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану + HAL-RAR	9	4,4	13	6,5
Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану + LHP	26	12,7	21	10,4
Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану + HAL-RAR + LHP	14	6,8	16	8,0
Геморроидэктомия аппаратом LigaSure + HAL-RAR	22	10,7	18	8,9
Геморроидэктомия аппаратом LigaSure + LHP	21	10,2	24	11,9
Геморроидэктомия аппаратом LigaSure + HAL-RAR + LHP	33	16,1	29	14,4
Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем + HAL-RAR	26	12,7	19	9,4
Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем + LHP	30	14,6	29	14,4
Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем + HAL-RAR + LHP	24	11,7	32	15,9

больных I группы и у 50 (24,9%) II группы. При этом в качестве малоинвазивных способов лечения применяли дезартеризацию геморроидальных узлов с мукопексией (технология HAL-RAR) с помощью аппарата А.М.И. «HAL-Doppler II» (Австрия) и лазерную субмукозную деструкцию геморроидальных узлов (Laser Hemorrhoidoplasty, LHP) аппаратом ЛАХТА-МИЛОН (модель «Touchscreen», Россия). Закрытая бесшовная геморроидэктомия путем электрохирургической коагуляции узлов аппаратом LigaSure (Valleylab FT10, США) в различных сочетаниях с методиками HAL-RAR и LHP была выполнена у 76 (37,1%) пациентов I группы и у 71 (35,3%) II группы. Закрытая бесшовная геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем Covidien (США) в комбинации с малоинвазивными методами была произведена у 80 (39,0%) пациентов I группы и у 80 (39,8%) II группы. Рациональное сочетание традиционных операций и малоинвазивных методов при хирургическом лечении пациентов с хроническим геморроем III–IV стадий, не сказываясь в целом на радикальности оперативного вмешательства, в значительной мере уменьшало уровень его травматичности, так как позволяло избегать избыточного иссечения анодермы при удалении внутренних геморроидальных узлов при неравномерности степени их выпадения.

В обеих группах обследуемых пациентов мы сравнивали степень болевого синдрома после операции (по нумерологической оценочной шкале, NRS: от 0 до 10 баллов), а также выраженность послеоперационных воспалительных изменений в анальной области (боли в заднем проходе и дискомфорт при физической нагрузке и акте дефекации, перианальный отек, кровянистые выделения во время акта дефекации). В качестве параметров

сравнения в исследуемых группах учитывали сроки заживления ран в анальной области, количество послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Мы считали хорошими результатами полную ликвидацию основных проявлений заболевания; удовлетворительными результатами — сохранение перианального отека, чувство дискомфорта в анальной области при дефекации; неудовлетворительными результатами — наличие послеоперационных осложнений и/или рецидива заболевания. Качество жизни пациентов после операции оценивали с помощью опросника SF-36. Статистический анализ результатов исследования был выполнен на персональном компьютере (программа Statistica 7.0 for Windows). Для проверки нормальности распределения значений в выборках использовали критерии Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Статистическую значимость различий между группами оценивали с помощью критерия Манна-Уитни (U). При оценке изменений параметров в пределах одной группы пациентов в динамике наблюдения использовали ранговый критерий парных сравнений Уилкоксона. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов II группы, у которых хирургическое лечение геморроя III–IV стадий в периоперационном периоде и на этапе реабилитации сопровождалось флеботропной терапией, степень болевого синдрома после оперативного вмешательства была существенно ниже по сравнению с пациентами I группы. При этом у пациентов II группы

Таблица 3. Послеоперационные воспалительные изменения в области промежности в I и II группах ($P \pm m$) %**Table 3.** Postoperative inflammatory changes in the perineum in groups I and II ($P \pm m$) %

Клинические признаки	Группа больных	Сутки после операции ($n = 406$)				
		1-е	3-и	5-е	7-е	10-е
Боли в анальном канале при акте дефекации, %	I группа	98,6 $\pm$ 1,3	84,8 $\pm$ 3,1	62,6 $\pm$ 3,7	44,8 $\pm$ 2,2	11,2 $\pm$ 1,6
	II группа	98,1 $\pm$ 1,4*	75,6 $\pm$ 2,8	37,3 $\pm$ 4,4	15,9 $\pm$ 3,3	4,6 $\pm$ 1,4
Боли и дискомфорт в заднем проходе при физической нагрузке, %	I группа	97,5 $\pm$ 2,7	60,1 $\pm$ 3,3	43,4 $\pm$ 3,8	22,4 $\pm$ 4,1	8,7 $\pm$ 2,3
	II группа	93,2 $\pm$ 2,1*	54,3 $\pm$ 2,7*	18,5 $\pm$ 3,1	9,1 $\pm$ 2,2	3,4 $\pm$ 1,2
Перианальный отек, %	I группа	89,5 $\pm$ 2,1	78,4 $\pm$ 2,7	57,8 $\pm$ 3,3	34,1 $\pm$ 4,2	12,3 $\pm$ 3,2
	II группа	85,3 $\pm$ 2,6*	45,4 $\pm$ 4,2	24,3 $\pm$ 2,1	13,5 $\pm$ 1,3	3,1 $\pm$ 1,9
Кровянистые выделения при акте дефекации, %	I группа	97,5 $\pm$ 1,2	85,6 $\pm$ 2,8	72,1 $\pm$ 2,7	56,1 $\pm$ 3,9	40,9 $\pm$ 4,3
	II группа	97,1 $\pm$ 1,4*	78,1 $\pm$ 3,5	49,2 $\pm$ 3,8	35,3 $\pm$ 3,0	21,3 $\pm$ 3,4

Примечание: * — статистически недостоверные различия между группами ($p > 0,05$)

болевого синдрома в значительной мере купировался на $5,6 \pm 1,2$ сутки после операции, в то время как в I группе больных — только на $8,3 \pm 1,3$ суток (Рис. 1).

Наряду с уменьшением болевого синдрома у пациентов основной группы имел место более отчетливый регресс клинических признаков, обусловленных послеоперационными воспалительными изменениями (Табл. 3).

У пациентов основной группы в более ранние сроки после операции отмечались редукция перианального отека и прекращение кровянистых выделений при акте дефекации, а вместе с этим — уменьшение болей и чувства дискомфорта в заднем проходе

во время дефекации и при физической нагрузке. В большинстве наблюдений у пациентов II группы ликвидация острых воспалительных изменений в области хирургического вмешательства отмечалась на $6,1 \pm 1,2$ сутки после операции, а у большего числа пациентов I группы эти проявления регрессировали только на $10,2 \pm 1,7$ послеоперационные сутки. У пациентов основной группы уменьшались сроки заживления послеоперационных ран анальной области (соответственно, $21,4 \pm 1,7$ суток против $26,8 \pm 2,1$ суток у пациентов контрольной группы). У пациентов основной группы в более ранние сроки после операции восстанавливалась трудоспособность (соответственно, $4,2 \pm 1,1$ суток

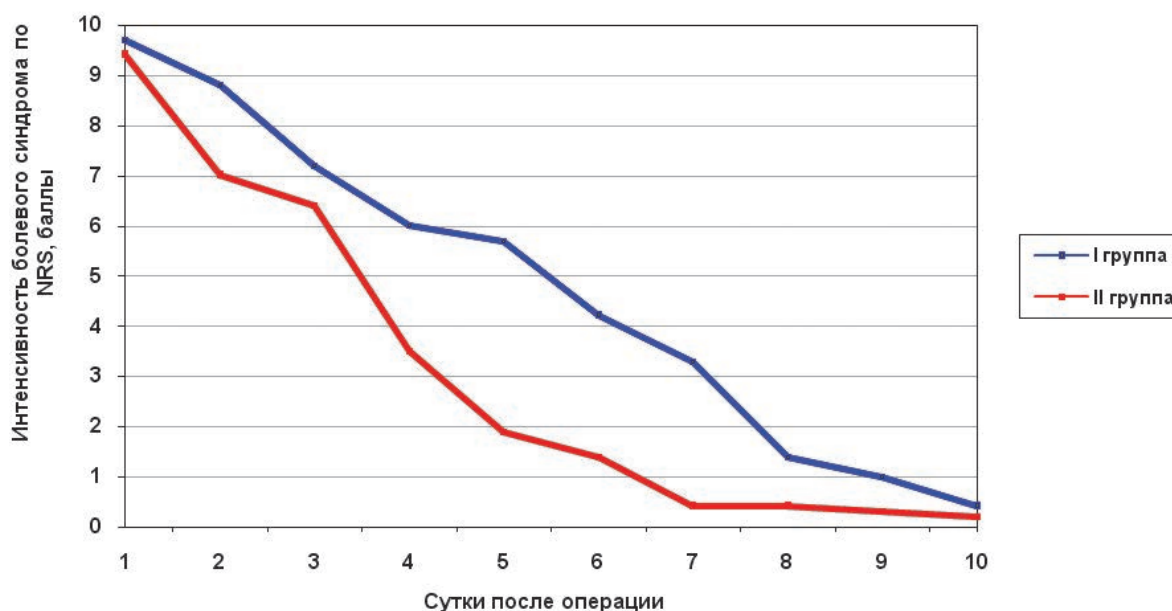
**Рисунок 1.** Интенсивность болевого синдрома по 10-балльной нумерологической оценочной шкале у пациентов хроническим геморроем III–IV стадий в I и II группах после операции**Figure 1.** The intensity of pain syndrome according to a 10-point numerological evaluation scale in patients with chronic hemorrhoids of stages III–IV in groups I and II after surgery

Таблица 4. Структура послеоперационных осложнений у пациентов I и II групп**Table 4.** Structure of postoperative complications in patients of groups I and II

Характер осложнений	Количество больных			
	I группа (n = 205)		II группа (n = 201)	
	абс.	%	абс.	%
Кровотечения из ран анального канала	1	0,5	1	0,5
Тромбоз остаточной кавернозной ткани	12	5,8	5	2,5
Прорезывание швов анодермы	6	2,9	2	1,0
Гнойно-воспалительные раневые осложнения	11	5,4	4	2,0
Стриктура анального канала	6	2,9	5	2,5
Всего больных с осложнениями	36	17,6	17	8,5

Таблица 5. Сравнительная характеристика качества жизни пациентов I и II групп после операции**Table 5.** Comparative characteristics of the quality of life of patients of groups I and II after surgery

Сроки наблюдения после операции	I группа		II группа	
	РН (M ± m)	МН (M ± m)	РН (M ± m)	МН (M ± m)
5-е сутки	64,2 ± 2,7	68,2 ± 2,2	76,2 ± 3,1	74,2 ± 2,8
10-е сутки	67,2 ± 3,2	72,2 ± 2,9	78,2 ± 3,3	80,2 ± 3,4
20-е сутки	74,2 ± 2,6	78,2 ± 3,0	81,2 ± 2,9	86,2 ± 2,7
30-е сутки	81,2 ± 3,1	84,2 ± 2,1	87,9 ± 2,4	89,7 ± 3,1
3 месяца	85,1 ± 2,7	87,1 ± 2,8	91,5 ± 3,1	93,8 ± 3,0
6 месяцев	92,1 ± 2,5	89,3 ± 2,4	96,5 ± 3,2*	95,8 ± 2,7

Примечание: * — статистически недостоверные различия между группами ($p > 0,05$)

против $6,9 \pm 1,4$ суток у пациентов в контрольной группе).

У пациентов II группы в условиях проведения пролонгированной флеботропной терапии отмечалось снижение общего числа послеоперационных осложнений более чем в 2 раза по сравнению с пациентами I группы (8,5% против 17,6%) (Табл. 4). Прежде всего, это касалось существенного уменьшения количества раневых воспалительных осложнений (раннее прорезывание швов анодермы и нагноение ран). В основной группе пациентов значительно реже развивался послеоперационный тромбоз остаточной кавернозной ткани в проекции кожно-анодермальных мостиков (2,5% против 5,8% в контрольной группе), что требовало проведения дополнительных лечебных мероприятий, включая иссечение этой ткани вместе с избытком перианальной кожи и сегментом анодермы.

Кроме того, в 2 (0,5%) случаях у пациентов отмечалось послеоперационное кровотечение из ран анального канала, потребовавшее проведения экстренного хирургического гемостаза. У 6 (2,9%) пациентов I группы и у 5 (2,5%) пациентов II группы вследствие рубцовой ретракции слизистой оболочки и анодермы в поздние сроки после операции наблюдалось формирование стриктуры анального канала. Из их числа у 7 больных стриктура была устранена консервативным путем (многократное

пальцевое бужирование) и у 4 пациентов потребовалось реконструктивное хирургическое вмешательство (стриктуропластика). Рецидива заболевания в течение всего срока наблюдения у пациентов в обеих исследуемых группах не выявляли.

Хорошие и удовлетворительные исходы хирургического лечения были получены у 184 (91,5%) пациентов в основной группе и у 169 (82,4%) — в контрольной группе.

Результаты анкетирования больных на основе опросника SF-36 показали, что после операции пациенты основной группы оценивали свое физическое здоровье (РН) и ментальный статус (МН) выше, чем пациенты контрольной группы (Табл. 5).

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показали, что при оснащении клиники современной высокотехнологичной аппаратурой вполне возможно обеспечить качественное хирургическое лечение пациентов хроническим геморроем III–IV стадий в режиме «стационара одного дня». У этой категории больных наиболее рационально применять высокотехнологическую геморроидэктомию (LigaSure, Harmonica) в комбинации с современными малоинвазивными способами лечения

(дезартеризация геморроидальных узлов, LHP). Это сочетание существенно не влияет на радикальность операции, но в значительной мере снижает степень ее травматичности. При этом следует применять персонифицированный подход с учетом индивидуальных клинично-анатомических особенностей патологического процесса, включая размеры и «стадию развития» каждого отдельного узла, наличие границ между внутренними узлами, а также наружными и внутренними узлами.

Включение в программу комплексной медикаментозной поддержки у данной категории больных флеботропной терапии (препарат Детралекс 1000 мг) на протяжении всего периоперационного периода и этапе реабилитации является патогенетически обоснованным. В этом случае пролонгированная флеботропная коррекция с использованием микронизированной очищенной флавоноидной фракции направлена, прежде всего, на уменьшение растяжения вен и ограничение воспалительной реакции в венозной стенке, устранение повышенной проницаемости микрососудов, улучшение венозного оттока и лимфатического дренажа в зоне измененных тканей. При этом схема назначения препарата предполагает индивидуализированный подход к выбору режима пролонгированной флеботропной коррекции в зависимости от выраженности исходных воспалительных изменений в зоне геморроидальных узлов.

Лучшие результаты хирургического лечения, полученные нами у пациентов основной группы, которым дополнительно проводилась флеботропная терапия, были достигнуты, главным образом, за счет уменьшения выраженности послеоперационного перианального отека, что, в свою очередь, способствовало уменьшению числа воспалительных раневых осложнений. Примечательно, что раннее прорезывание швов анодермы на фоне воспалительного перианального отека, как правило, сопровождалось развитием стойкого сфинктероспазма и выраженным болевым синдромом. Эффективность хирургических вмешательств с применением флеботропных препаратов подтверждается большим числом хороших и удовлетворительных результатов лечения у пациентов основной группы, а также более высокой оценкой качества жизни после операции (в сравнении с пациентами контрольной группы).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведение целенаправленной флеботропной медикаментозной терапии

в периоперационном периоде при хирургическом лечении хронического геморроя и на этапе послеоперационной реабилитации пациентов патогенетически оправдано и направлено, в первую очередь, на уменьшение выраженности перианального отека и болевого синдрома, а также предупреждение воспалительных раневых осложнений. В этом случае хирургическое лечение геморроя III–IV стадий в амбулаторных условиях в комплексе с флеботропной терапией способствует в более ранние сроки после операции купированию болевого синдрома, регрессу воспалительных изменений в области оперативного вмешательства, ускорению темпа заживления послеоперационных ран, повышению качества жизни пациентов и улучшению их социальной реабилитации. Это позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений с 17,6% до 8,5% и увеличить, в целом, число хороших и удовлетворительных результатов хирургического лечения геморроя с 82,4% до 91,5%.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ

Концепция и дизайн исследования: *Белик Б.М., Ковалев А.Н.*

Сбор и обработка материала: *Белик Б.М., Ковалев А.Н.*
Статистическая обработка данных: *Белик Б.М., Ковалев А.Н.*

Написание текста: *Белик Б.М., Ковалев А.Н.*

Редактирование: *Белик Б.М., Ковалев А.Н.*

AUTHORS CONTRIBUTION

Concept and design of the study: *Boris M. Belik, Aleksey N. Kovalev*

Collection and processing of the material: *Boris M. Belik, Aleksey N. Kovalev*

Statistical processing: *Boris M. Belik, Aleksey N. Kovalev*

Writing of the text: *Boris M. Belik, Aleksey N. Kovalev*

Editing: *Boris M. Belik, Aleksey N. Kovalev*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ (ORCID)

Белик Борис Михайлович — заведующий кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Ковалев Алексей Николаевич — врач-колопроктолог ООО «Международный медицинский центр «УРО-ПРО», Краснодар, Россия

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS (ORCID)

Boris M. Belik — Head of department of general surgery, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

Aleksey N. Kovalev — coloproctologist of the Medical Center "URO-PRO", Krasnodar, Russia

ЛИТЕРАТУРА

1. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Клинические рекомендации. Колопроктология. Под ред. акад. РАН Ю.А.Шелыгина. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2020; с. 30–52.
2. Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Ачкасов С.И. Геморрой. Диагностика и лечение. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2022; 216 с.
3. Crea N, Pata G, Lippa M, et al. Hemorrhoid laser procedure (HeLP) for second- and third-degree hemorrhoids: results from a long-term follow-up analysis. *Lasers in Medical Science*. 2022;37(1):309–315. PMID: 33439376. doi: [10.1007/s10103-021-03249-6](https://doi.org/10.1007/s10103-021-03249-6)
4. Poskus T, Danys D, Makunaite G, et al. Results of the double-blind randomized controlled trial comparing laser hemorrhoidoplasty with sutured mucopexy and excisional hemorrhoidectomy. *International Journal of Colorectal Disease*. 2020;35(70):481–490. doi: [10.1007/s00384-019-03460-6](https://doi.org/10.1007/s00384-019-03460-6)
5. Brusciano L, Gambardella C, Terracciano G, et al. Postoperative discomfort and pain in the management of hemorrhoidal disease: laser hemorrhoidoplasty, a minimal invasive treatment of symptomatic hemorrhoids. *Updates Surg*. 2020;72(3):851–857. PMID: 31760588. doi: [10.1007/s13304-019-00694-5](https://doi.org/10.1007/s13304-019-00694-5)
6. Михайличенко В.Ю., Древетняк А.А., Гавриленко С.П., и соавт. Современные методы хирургического лечения хронического геморроя. *Современные проблемы науки и образования*. 2021; 1. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=30533> (дата обращения: 31.07.2022).
7. Lakmal K, Basnayake O, Jayarajah U, Samarasekera D. Clinical Outcomes and Effectiveness of Laser Treatment for Hemorrhoids: A Systematic Review. *World Journal of Surgery*. 2021;45(4):1222–1236. PMID: 33469736. doi: [10.1007/s00268-020-05923-2](https://doi.org/10.1007/s00268-020-05923-2)
8. Ram E, Bachar GN, Goldes Y, et al. Modified Doppler-guided laser procedure for the treatment of second- and third-degree hemorrhoids. *Laser Therapy*. 2018;27(2):137–142. PMID: 30087534. doi: [10.5978/islsm.18-OR-14](https://doi.org/10.5978/islsm.18-OR-14)
9. Загрядский Е.А. Современная тактика лечения острого геморроя. *Амбулаторная хирургия*. 2019;1-2:112–117. doi: [10.21518/1995-1477-2019-1-2-112-117](https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-112-117)
10. Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л. Роль флеботропных препаратов в комплексном лечении острого геморроя. *Колопроктология*. 2018;2(64):48–53. doi: [10.33878/2073-7556-2018-0-2-48-53](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-48-53)
11. Грошин В.С., Черкасов М.Ф., Мирзоев Л.А., Швецов В.К. Влияние флеботоников на эффективность малоинвазивных методов лечения хронического геморроя. *Колопроктология*. 2016;3(57):18–23. doi: [10.33878/2073-7556-2016-0-3-18-23](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2016-0-3-18-23)
12. Gerges SH, Wahdan SA, Elsherbiny DA, El-Demerdash E. Pharmacology of Diosmin, a Citrus Flavone Glycoside: An Updated Review. *Eur J Drug Metab Pharmacokinet*. 2022;47(1):1–18. PMID: 34687440. doi: [10.1007/s13318-021-00731-y](https://doi.org/10.1007/s13318-021-00731-y)

REFERENCES:

1. Shelygin Yu.A., Blagodarny L.A. Clinical recommendations. Coloproctology. Edited by a corresponding member of RAS Shelygin U.A. Moscow: GEOTAR-Media. 2020; p. 30–52. (in Russ.).
2. Shelygin Yu.A., Titov A.Yu., Achkasov S.I. Hemorrhoids. Diagnosis and treatment. Moscow: GEOTAR-Media, 2022; 216 p. (in Russ.).
3. Crea N, Pata G, Lippa M, et al. Hemorrhoid laser procedure (HeLP) for second- and third-degree hemorrhoids: results from a long-term follow-up analysis. *Lasers in Medical Science*. 2022;37(1):309–315. PMID: 33439376. doi: [10.1007/s10103-021-03249-6](https://doi.org/10.1007/s10103-021-03249-6)
4. Poskus T, Danys D, Makunaite G, et al. Results of the double-blind randomized controlled trial comparing laser hemorrhoidoplasty with sutured mucopexy and excisional hemorrhoidectomy. *International Journal of Colorectal Disease*. 2020;35(70):481–490. doi: [10.1007/s00384-019-03460-6](https://doi.org/10.1007/s00384-019-03460-6)
5. Brusciano L, Gambardella C, Terracciano G, et al. Postoperative discomfort and pain in the management of hemorrhoidal disease: laser hemorrhoidoplasty, a minimal invasive treatment of symptomatic hemorrhoids. *Updates Surg*. 2020;72(3):851–857. PMID: 31760588. doi: [10.1007/s13304-019-00694-5](https://doi.org/10.1007/s13304-019-00694-5)
6. Mikhailichenko V.Yu., Drevetnyak A.A., Gavrilenko S.P., et al. Modern methods of surgical treatment of chronic hemorrhoids. Modern problems of science and education. 2021; 1. [Electronic resource]. Access mode: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=30533> (accessed: 31.07.2022). (in Russ.).
7. Lakmal K, Basnayake O, Jayarajah U, Samarasekera D. Clinical Outcomes and Effectiveness of Laser Treatment for Hemorrhoids: A Systematic Review. *World Journal of Surgery*. 2021;45(4):1222–1236. PMID: 33469736. doi: [10.1007/s00268-020-05923-2](https://doi.org/10.1007/s00268-020-05923-2)
8. Ram E, Bachar GN, Goldes Y, et al. Modified Doppler-guided laser procedure for the treatment of second- and third-degree hemorrhoids. *Laser Therapy*. 2018;27(2):137–142. PMID: 30087534. doi: [10.5978/islsm.18-OR-14](https://doi.org/10.5978/islsm.18-OR-14)
9. Zagryadsky E.A. Modern treatment of acute haemorrhoids. *Ambulatornyy hirurgiya*. 2019;1–2:112–117. (in Russ.). doi: [10.21518/1995-1477-2019-1-2-112-117](https://doi.org/10.21518/1995-1477-2019-1-2-112-117)
10. Belik B.M., Kovalev A.N., Khatlamadzhiyan A.L. Administration of phlebotropic drugs during complex treatment of acute hemorrhoids. *Koloproktologia*. 2018;2(64):48–53. (In Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2018-0-2-48-53](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-48-53)
11. Groshilin V.S., Cherkasov M.F., Mirzoev L.A., Shvetsov V.K. Improving the efficiency of minimally invasive treatment of hemorrhoids using phlebotonics. *Koloproktologia*. 2016;3(57):18–23. (in Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2016-0-3-18-23](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2016-0-3-18-23)
12. Gerges SH, Wahdan SA, Elsherbiny DA, El-Demerdash E. Pharmacology of Diosmin, a Citrus Flavone Glycoside: An Updated Review. *Eur J Drug Metab Pharmacokinet*. 2022;47(1):1–18. PMID: 34687440. doi: [10.1007/s13318-021-00731-y](https://doi.org/10.1007/s13318-021-00731-y)