

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Костенко Н.В., Есин В.И., Масленников В.С.,  
Шомиров С.С., Шилов И.А.

ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России,  
г. Астрахань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Улучшение качества жизни наряду с коррекцией анемии, является основным показателем к малоинвазивным и хирургическим вмешательствам по поводу геморроя. Возможности выбора метода лечения при внутреннем геморрое III стадии в настоящее время, согласно клиническим рекомендациям, достаточно широки, и авторы применяют как малоинвазивные, так и хирургические способы. При этом в оценке результатов лечения обычно указывают стандартный набор осложнений, частота встречаемости которых сравнима при различных методиках и колеблется от 2% до 5%. В то же время, основную роль для пациента играют ограничение его работоспособности, сроки реабилитации и качество жизни до и после лечения, чему в современной литературе уделяется недостаточно внимания.

**ЦЕЛЬ.** Провести сравнительную оценку качества жизни пациентов хроническим геморроем III стадии в зависимости от примененного метода лечения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За период январь 2013 – декабрь 2014 гг. наблюдали 96 больных хроническим геморроем III стадии, которым провели анкетирование до и после применения различных методов лечения геморроидальной болезни. Пациенты были сходны по проявлениям заболевания, полу и возрасту, а также сопутствующей патологии. 32 пациента были оперированы (выполнена закрытая геморроидэктомия), 32-м – выполнена дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией, 32-м – склерозитерапия с ультразвуковой кавитацией. Сопутствующие заболевания анального канала служили критерием исключения, также как возраст менее 20 и более 70 лет. Качество жизни оценивали по шкале SF-36 до лечения, через 1 и 6 месяцев после лечения отмечали стандартные показатели физического функционирования, психического здоровья, ролевого функционирования, общее состояние здоровья, интенсивность боли, ролевое эмоциональное функционирование, социальное функционирование, жизненную активность. Кроме того, через 6 месяцев после лечения пациентов дополнительно просили отметить наличие остаточных проявлений геморроидальной болезни (выделение крови, дискомфорт в области ануса).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Исходные показатели качества жизни пациентов всех групп до лечения геморроя достоверно не отличались. Представляло интерес различие оценки качества жизни пациентов через 1 и 6 месяцев после лечения в зависимости от исходных данных и примененного метода лечения.

Так, в течение месяца после проведенной геморроидэктомии у пациентов отмечалось достоверное снижение качества жизни по всем показателям, кроме психического здоровья ( $p < 0,05$ ). Наиболее выраженными были изменения физической активности, наличие болевого синдрома и ролевого эмоционального функционирования. Вместе с тем, через 6 месяцев после операции показатели восстанавливались, а также превосходили исходный уровень по таким разделам оценки, как жизненная активность, социальная активность, физическое функционирование ( $p < 0,05$ ).

При проведении склеротерапии в первый месяц состояние пациентов не претерпело столь выраженных изменений, как после геморроидэктомии. В частно-

сти, не был выражен болевой синдром, не страдала жизненная активность и общее состояние здоровья. Однако, через 6 месяцев результаты оценки были несколько ниже, чем показатели в группе хирургического лечения. В частности, не достигли уровня хирургической группы такие разделы, как физическое функционирование, эмоциональное функционирование ( $p < 0,05$ ), что было связано с сохранением, хотя и значительно менее выраженным, проявлений геморроидальной болезни у 18,7% больных.

Показатели качества жизни в группе пациентов, перенесших дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов, занимали среднее значение. Физическая активность, эмоциональное функционирование и интенсивность болевого синдрома в течение 1-го месяца после лечения присутствовали в отличие от группы склеротерапии, однако были менее выражены в сравнении с группой хирургических больных. Через 6 месяцев по таким показателям, как жизненная активность, эмоциональное функционирование, физическое функционирование, показатели были достоверно выше исходных, однако ниже чем в группе хирургических больных ( $p < 0,05$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Качество жизни пациентов после выполнения хирургических и малоинвазивных вмешательств достоверно отличаются по эмоциональному и физическому компонентам здоровья в разные сроки после лечения. Анализ результатов оценки качества жизни в различные периоды лечения геморроидальной болезни дает возможность совместно с пациентом выбирать индивидуальную программу лечения с учетом социальной и трудовой активности, необходимости достижения наиболее радикального результата, комфортности в ближайшем периоде после лечения и другим аспектам жизненной активности.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИОМАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Фролов С.А.,  
Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т.,  
Богормистров И.С., Черножукова М.О.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Современные технологии расширили арсенал колопроктологов в лечении свищей прямой кишки. Применение биоматериалов позволяет решить основные задачи лечения: снизить частоту рецидивов и сохранить функцию держания анального сфинктера. Для каждого из методов должны быть строгие показания. Поэтому существует необходимость в рандомизированных исследованиях, сравнивающих различные хирургические подходы, учитывающие не только клинический исход, но и экономическую эффективность каждого метода.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты хирургического лечения свищей прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** У 6 больных с трансфинктерными свищами (подкожная, поверхностная порции наружного сфинктера) выполнен двухэтапный способ хирургического лечения с применением фибринового клея (приоритетная справка № 2015108359/14(013330) от 11.03.2015). Первый этап – кюретаж свищевого хода радиочастотной абляцией, программированная санация раневого канала в течение 5 дней, второй этап – пломбировка раневого канала фибриновым клеем. Возраст пациентов от 32 до 60 лет. Средняя медиана наблюдения составила 10 месяцев.