

На правах рукописи

Крячко Андрей Анатольевич

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ
С СОПУТСТВУЮЩИМ ПРОСТАТИТОМ**

14.01.17 – Хирургия

14.01.23 – Урология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2018

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации.

Научные руководители: **Алиев Залкип Омарович**

доктор медицинских наук, профессор кафедры эндоскопической урологии ФПКМР РУДН

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой эндоскопической урологии ФПКМР РУДН

**Официальные
оппоненты:**

Грошили Виталий Сергеевич

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Божедомов Владимир Александрович

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ФГБУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», ведущий научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени акад. В. И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, научный руководитель по андрологии и репродукции ФГБУ «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «18» июня 2018 г. в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 212.203.37 при федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов» по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГАОУ ВО РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6) и на сайте: <http://dissovet.rudn.ru>.

Автореферат разослан «__» _____ 2018 года

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Персов Михаил Юрьевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы

В рамках современных медицинских исследований все воспалительные заболевания органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства можно объединить понятием «хроническая тазовая боль» (ХТБ) и обозначить как проблему нескольких дисциплин. Кроме того, тазовая боль может иметь невоспалительный генез, например, ХП типа 4. С учетом этого диагностика и лечение указанных заболеваний осуществляется в рамках дифференцированного подхода [Белова А. Н. и др., 2007; Лопаткин Н. А., 2013; Савельева В. С., Кириенко А. И., 2010; Nickel J. C. et al., 2009, 2015; Benjamin-Pratt A. R., 2010]. Среди них хронические заболевания прямой кишки и предстательной железы самые распространенные, что подтверждается обширным количеством исследований [Nickel J. C. et al., 2009; Persu C. et al., 2010; Pontari M. et al., 2013; Riegel V. et al., 2014]. Кроме того, с одной стороны, отсутствие отдельного заболевания или, с другой стороны, наличие комплекса различных болезней, включая психосоциальные, при малой эффективности проводимой терапии усиливает интенсивность научных работ в этом направлении [Butrick C. W. et al., 2009; Fall V. et al., 2010; Pontari M. et al., 2013].

Особое место занимает проблема взаимосвязи хронических заболеваний прямой кишки и предстательной железы. Некоторые авторы обращают внимание на связь простатита с заболеваниями прямой кишки. К этому предрасполагают следующие факторы: геморрой, хронические колиты, свищи и трещины заднего прохода, хронические проктиты и др. [Курбанов К. М. и др., 2002; Тиктинский О. Л. и др., 2006; Ткачук В. Н. и др., 2006].

По мнению ряда авторов, взаимосвязь между воспалительными заболеваниями предстательной железы, особенно конгестивного простатита (эта форма ХП считается невоспалительной и соответствует типу 3Б по современной классификации) и прямой кишки, обусловлена анатомическими особенностями венозных анастомозов и их изменениями, а также лимфатической системы [Привес М. Г. и др., 1974; Тиктинский О. Л., 2006; Савинов В. А., 1998].

Изучая взаимосвязь острых заболеваний прямой кишки и предстательной железы, Х. И. Ишонаков (2003) у 87,7 % больных острым геморроем и у 80,3 % острым парапроктитом выявил ХП, в то время как инфекционная форма простатита обнаружена у более 60 % больных. При острых воспалительных процессах прямой кишки или обострениях заболевания для клинической картины характерно обилие симптоматики, связанной с вовлечением в процесс соседних органов, что затрудняет диагностику. Поэтому пациенты с ХГ и простатитом с частыми обострениями и с наличием характерных и нехарактерных симптомов требуют особого подхода как при диагностике, так и при лечении.

В связи с этим актуальность проблемы можно объяснить тем, что за последние десятилетия в литературе мало работ о связи ХГ и ХП. Существующие работы [Ишонаков Х. С., 2003; Тиктинский О. Л. и др., 2006] в основном датируются несколькими десятилетиями ранее и базируются на основании клинической картины заболевания и осмотра, не учитывая современные опросники, лабораторные и инструментальные методы исследования. В связи с этим дальнейшее изучение клинических проявлений, особенностей диагностики и комплексного лечения сочетанных рецидивирующих хронических заболеваний прямой кишки, особенно геморроя и простатита, до сих пор актуальная задача проктологии и урологии, что явилось предметом нашего исследования.

Цель исследования – улучшение результатов диагностики и лечения хронического геморроя в сочетании с простатитом.

Задачи:

1. Определить клиническую симптоматику пациентов с хроническим геморроем и простатитом с частыми обострениями и наличием нехарактерных симптомов.
2. Оценить результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования пациентов с ХГ с признаками простатита.
3. Оценить урологический, общесоматический, неврологический, психический статус у пациентов с ХГ с признаками простатита с помощью классификации UPOINT (МПОИНС).
4. Оценить эффективность результатов совместного лечения хронического геморроя и простатита проктологом и урологом.

Научная новизна. Впервые на основании комплексного обследования больных хроническим геморроем и простатитом с частыми обострениями и наличием нехарактерных симптомов, а также использования классификации UPOINT расширены диагностические возможности этой категории пациентов. Полученные результаты консервативного и оперативного лечения указанных выше пациентов с использованием современной классификации позволяют более достоверно оценить их результаты. Доказано, что данные пальцевого ректального исследования, ТРУЗИ и исследование секрета простаты при ХГ с нехарактерными симптомами свидетельствуют об изменениях предстательной железы, что указывает на большой процент заболеваний сопутствующим ХП.

Практическая значимость. У пациентов, больных ХГ в сочетании с простатитом определены и выделены характерные признаки основного заболевания и нехарактерные сопутствующего. Определены основные методы исследования при хроническом геморрое и простатите (наружный осмотр промежности и ануса, области половых органов, пальцевое ректальное исследование прямой кишки, осмотр прямой кишки в зеркалах или аноскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, стандартная проба Meares–Stamey в упрощенной

модификации по Nickle с определением чувствительности выделенных изолятов к антибактериальным препаратам, использовали опросник NIH CPSI (ХП-СХТБ) – индекс шкалы симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин, МИЭФ-5 для оценки сексуальной активности, ТРУЗИ, урофлоуметрию), которые позволяют дифференцировано подходить к установке окончательного диагноза с учетом сопутствующих болезней соседних органов.

Разработана методика обследования и тактика лечения ХГ при сопутствующем ХП. Кроме того, зафиксирован высокий процент положительных результатов лечения ХГ с сопутствующим простатитом при совместном обследовании и лечении проктологом и урологом.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 4 в журналах, рекомендованных ВАК России.

Апробация работы

Материалы диссертационной работы доложены на VI Всероссийской научно-практической конференции урологов Башкортостана (Абзаково, 2015 г.); XII съезде эндохирургов России (Москва, 2015 г.); X юбилейном конгрессе андрологов России (Сочи, Дагомыс, 2015 г.) и на совместной научно-практической конференции сотрудников кафедры эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН и кафедры госпитальной хирургии № 2 Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, а также врачей урологических и хирургических отделений больницы ГКБ № 7 и ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России.

Положения, выносимые на защиту

1. Распространенность сопутствующего воспалительного процесса предстательной железы при часто рецидивирующем обострении хронического геморроя по результатам комплексного обследования высокая, составляя у больных хроническим геморроем 86,9 %.

2. Результаты комплексного обследования больных с хроническим геморроем и простатитом с характерными и нехарактерными симптомами, с привлечением проктолога и уролога значительно улучшают процент выявления сопутствующих заболеваний (до 86,9 %).

3. При хроническом геморрое и простатите с частыми обострениями, кроме органоспецифических, зафиксированы скелетно-мышечные симптомы у 37,5 % больных, психоневрологические – у 51,1 %, сексуальные – у 65,7 % и неврологически-системные – у 48,6 % пациентов.

4. Сравнительный анализ послеоперационных осложнений хронических воспалительных заболеваний прямой кишки с наличием нехарактерных симптомов свидетельствует о необходимости привлечения уролога на этапе диагностики и лечения этих больных.

Внедрение в практику

Результаты настоящего исследования используются при обследовании и лечении больных в урологическом отделении Городской клинической больницы имени С. С. Юдина департамента здравоохранения г. Москвы, а также в стационарах и поликлиниках г. Краснодара, включены в материалы лекций для врачей, обучающихся на курсах усовершенствования на кафедре эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН.

Разработанные методики и научные результаты внедрены в клиническую практику урологических отделений ГКБ № 7 г. Москвы, а также стационаров и поликлиник г. Краснодара.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 117 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения и библиографического указателя, содержащего 138 источников: 71 работу отечественных и 67 зарубежных авторов. Иллюстративный материал представлен 30 таблицами и 10 рисунками.

Личное участие автора

Автором лично проведено обследование и лечение включенных в исследование пациентов, выполнение расчетов, анализ результатов исследования и оформление работы.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Настоящая диссертационная работа основана на результатах обследования и лечения 140 пациентов мужского пола с хроническим рецидивирующим геморроем и простатитом, наблюдавшихся на клинических базах кафедры эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН (ГБУЗ г. Москвы «ГКБ имени С. И. Юдина департамента здравоохранения г. Москвы» (главный врач – д. м. н. Проценко Д. Н.), в ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2 г. Краснодара, ООО «Сити Клиник» г. Краснодара, медико-хирургическом центре «Корона» г. Краснодара, медицинском центре «В надежных руках» г. Краснодара в течение 2009–2015 гг.

В соответствии с целями и задачами обследования все 140 пациентов были распределены на 2 группы. В I группу были включены 85 пациентов, длительно наблюдавшихся по поводу ХГ у проктолога, во II группу вошли 55 пациентов, состоящих на учете у уролога с диагнозом ХП.

Основанием для распределения пациентов по группам исследования явилось их длительное (не менее 3 лет) наблюдение у профильных специалистов с ХГ или простатитом, а также соответствие их состояния следующим критериям включения:

- возраст от 30 до 60 лет;
- длительность заболевания не менее 3 лет;
- рецидивирующий и хронический характер основного заболевания;
- наличие наравне с классическими проявлениями нехарактерных симптомов течения основного заболевания;
- отсутствие в анамнезе психических расстройств;
- отсутствие других воспалительных заболеваний органов малого таза;
- отсутствие онкологических заболеваний органов малого таза;
- отсутствие обострения заболевания в момент исследования;
- пациенты с ДГПЖ с нарушением мочеиспускания;
- наличие информированного согласия больного на включение в исследование.

Таким образом, пациентов I группы, у которых был ХГ, наблюдал проктолог. Характерными симптомами для этих пациентов явились: наличие увеличенных наружных геморроидальных узлов, выпадение внутренних геморроидальных узлов из заднего прохода при дефекации, кровянистые выделения из заднего прохода при дефекации (примесь алой крови в стуле, выделение крови в виде капель или струйки при дефекации), затруднение при акте дефекации, намокание заднего прохода, зуд, жжение в области заднего прохода, слизистые выделения из прямой кишки, чувство дискомфорта и иногда боль в области заднего прохода.

Нехарактерными симптомами основного проктологического заболевания мы считали боль и дискомфорт в области промежности, наружных половых органов, дизурию и др. Наличие этих симптомов послужило основанием для проведения дополнительных консультаций и обследования у уролога.

Аналогичным образом 55 пациентов II группы, длительно наблюдавшихся у уролога с диагнозом ХП, были обследованы проктологом. Характерными симптомами ХП мы считали боль и дискомфорт в области промежности, наружных половых органов, по ходу уретры и за лобком, дизурию и выделения из уретры, а нехарактерными клиническими проявлениями этого заболевания – дискомфорт и боль в области заднего прохода, наличие увеличенных наружных геморроидальных узлов, кровянистые выделения из прямой кишки и другие симптомы проктологических заболеваний.

Пациенты всех групп были обследованы при отсутствии обострения основного заболевания, а при наличии острой фазы больные были исключены из исследования, так как

из-за обильности симптомов и невозможности провести полноценное исследование не всегда удавалось выявить сопутствующее заболевание.

Под основным заболеванием мы подразумевали ХГ и простатит, по поводу которого пациент состоял на учете у профильного специалиста: проктолога или уролога.

Всем пациентам проведено обследование, включающее в себя сбор анамнестических данных и жалоб, физикальный осмотр, комплексное лабораторное и инструментальное обследование.

Хирургические исследования включали наружный осмотр промежности и заднего прохода, ректальное пальцевое исследование прямой кишки, осмотр в зеркалах прямой кишки, аноскопию, ректороманоскопию, а также опрос на присутствие скелетно-мышечных болей в брюшной полости и в малом тазу, нейропатии, общих симптомов и др. Урологические исследования включали ПРИ, стандартную пробу Meares–Stamey в упрощенной модификации по Nickle, опросник NIH CPSI (ХП-СХТБ), классификацию UPOINT, УЗИ, ТРУЗИ, МИЭФ-5, урофлоуметрию. По показаниям выполняли колоноскопию, рентгеновское исследование органов мочевыделительной системы, определение уровня ПСА, назначали консультацию психоневролога.

Учитывая рецидивирующее течение заболевания и наличие психоневрологических, скелетно-мышечных и других расстройств органов и систем, для оценки симптоматики использовали классификацию UPOINT (МПОИНС), в основе которой лежит фенотипирование [Zhang, Z. C., 2013]. Она содержит 6 доменов: мочевой, психологический, органоспецифический, инфекционный, неврологический, а также болевой, – и позволяет оценивать состояние основных органов (Таблица 1).

Данная классификация в основном используется при хронических воспалительных заболеваниях простаты, однако органоспецифические, неврологические, общесоматические, скелетно-мышечные, психосоциальные и мочевые симптомы также наблюдаются при хроническом рецидивирующем геморрое, что позволяет пользоваться этой классификацией.

Классификация UPOINT (МПОИНС)

Домен (критерий)	Оценка и симптомы
Мочевой	Оценка по индексу симптомов хронического простатита Национального института здоровья США (National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI) > 4 Симптомы затрудненного мочеиспускания Частое мочеиспускание и/или никтурия Повышенный объем остаточной мочи
Психосоциальный	Депрессия Признаки неадекватного поведения Тревога/стресс
Органоспецифический	Признаки заболевания простаты и прямой кишки Лейкоциты в простатическом секрете Гемоспермия Кальцификаты в предстательной железе
Инфекционный	Грамотрицательные бактерии или энтерококки в простатическом секрете Успешное применение антибактериальной терапии в прошлом
Неврологический/ системный	Клинические признаки центральной невропатии (сенсорная, моторная, нейропатия конечностей) Боль за пределами малого таза Синдром раздраженной толстой кишки Фибромиалгия Синдром хронической усталости
Скелетно-мышечный	Боль при пальпации и/или болезненные мышечные спазмы или наличие триггерных точек в мышцах живота и/или тазового дна

Для проведения сравнительного анализа проанализировали результаты консервативного и оперативного лечения 112 пациентов с ХГ и сопутствующим простатитом или ХП с ХГ. Консервативное лечение ХГ проведено пациентам 2-й и 3-й стадии заболевания и тем, которым по разным причинам не выполнено оперативное лечение (отказ пациента, наличие противопоказания и др.). Среди 112 пациентов консервативное лечение геморроя получили 48 (37,5 %), а хирургическое – 64 (62,5 %) пациента. Таким образом, в зависимости от вида лечения пациенты были разделены на группы консервативного и оперативного методов лечения. Результаты сравнивали до и после лечения, и отдельно оценивали группу пациентов с ХГ и сопутствующим простатитом и, наоборот, группу с ХП и сопутствующим ХГ. В нашей работе мы применяли общеизвестные методы лечения хронических воспалительных заболеваний прямой кишки и простаты, которые оценивали ретроспективным и перспективным анализом. Лечение заключалось в проведении консервативного и оперативного лечения ХГ и ликвидации воспалительного процесса у пациентов с ХП. Лечение проводили как консервативно (общие мероприятия,

антибиотикотерапия, свечи для лечения ХГ и ХП, флеботропные препараты, физиолечение и др.), так и оперативно по показаниям, а антибактериальную терапию по результатам посева секрета простаты и посева мочи.

Возраст больных всех групп составил от 30 до 60 лет (средний возраст – $42,4 \pm 5,6$ года). При анализе возраста больных установлено, что в 80 % случаев это были пациенты трудоспособного и социально активного возраста. В таблице 2 представлено распределение больных в зависимости от возраста по группам.

Таблица 2

Возраст пациентов исследуемых групп

Возраст, годы	Группы			
	ХГ (n = 85)		ХП (n = 55)	
	Абс.	%	Абс.	%
30–39	31	36,5	21	38,0
40–49	38	44,7	24	43,7
50–59	16	18,8	10	18,3
Всего	85	100,0	55	100,0

Представленные данные свидетельствуют об отсутствии достоверных различий при сравнении возраста групп изучаемых пациентов ($p > 0,05$).

В большинстве случаев пациенты, у которых были рецидивирующие заболевания органов малого таза, наблюдались от 3 до 10 лет. Проведенный анализ не выявил достоверных отличий средних значений длительности наблюдения среди пациентов различных групп исследования. У пациентов всех групп были частые обострения хронического заболевания в течение 1 года наблюдений. Статистический анализ подтвердил сопоставимость групп исследований по количеству обострений в I, II группах, наличие отличий и недостоверностей и т. д.

Психосоциальные проблемы пациентов оценивались по их жалобам.

Обострение геморроя зафиксировано от 2 до 8 раз в течение 1 года (в среднем по 3 обострения). Некоторые больные несколько раз в году проходили консервативное и хирургическое лечение по поводу обострения заболевания. Обострение ХП 4 раза в год отмечали 18 (32,7 %) пациентов, 3 раза – 22 (43,6 %), по 1–2 раза – 12 пациентов.

Сопутствующие колопроктологические заболевания при наличии геморроя усугубляли течение основной болезни. Чаще всего наблюдали трещины заднего прохода – у 25 (29,4 %) и криптит – у 16 (26,1 %) больных. Свищ прямой кишки в анамнезе у 4 (6,5 %) больных.

Из сопутствующих заболеваний чаще всего выявляли гипертоническую болезнь, заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени и

желчевыводящих путей, а также сахарный диабет II типа. У 28 (32,9 %) пациентов I группы и у 23 (41,8 %) больных II группы диагностировали несколько сопутствующих заболеваний, чаще всего гипертоническую болезнь и хронический пиелонефрит.

Статистическая обработка материала исследований

Статистическую обработку полученных в ходе исследования результатов проводили с помощью программы Statistica for Windows 6.0 (StatSoft Inc.). Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней ошибки (m) относительных величин (P) для каждой группы с оценкой критерия достоверности (t) по Стьюденту. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Перед проведением сравнительного анализа количественных данных в исследуемых группах определяли вид распределения данных (тест Колмогорова–Смирнова, графический анализ данных). При нормальном виде распределения данных для оценки различий в группах применяли методы параметрической статистики, а при ненормальном виде распределения данных — методы непараметрической статистики: тест Краскела–Уоллиса для сравнения данных в нескольких группах. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$ (95%-й уровень значимости) и при $p < 0,01$ (99%-й уровень значимости).

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на наличие конкретного заболевания, тщательный сбор анамнеза подтвердил, что многие больные имеют различные жалобы, не характерные для основного заболевания (Таблица 3).

Боль различной интенсивности в области заднего прохода, промежности или наружных половых органов в анамнезе зафиксирована практически у всех 140 (100 %) больных, боль другой локализации (по ходу уретры, в малом тазу, крестце и др.) – у 105 (75 %), выделение из уретры – у 24 (17,1 %), увеличение геморроидальных узлов – у 38 (27,1 %), выпадение геморроидальных узлов – у 48 (34,3 %), кровянистые выделения из прямой кишки в анамнезе – у 104 (72,3 %), дизурия – у 109 (77,9 %), острая задержка мочи в анамнезе – у 22 (15,7 %), запоры – у 48 (34,3 %) пациентов. Психосоциальные симптомы выявлены у 61 (43,6 %) пациента, скелетно-мышечные симптомы – у 45 (32,1 %), неврологические/системные (боль за пределами таза, миалгия, утомляемость, сонливость и слабость) – у 51 (36,4 %) и скелетно-мышечные симптомы – у 45 (32,1 %) пациентов.

Частота клинических симптомов у всех обследованных больных по данным анамнеза

Клиническая симптоматика	Количество больных	
	Абс.	%
Дискомфорт в заднем проходе, наружных половых органах и промежности	140	100
Боль различной интенсивности в области наружных половых органов, заднем проходе и промежности	140	100
Боль по ходу уретры, в малый таз, крестец и др.	105	75,0
Увеличение наружных геморроидальных узлов	38	27,1
Выпадение внутренних геморроидальных узлов	48	34,3
Кровянистые выделения из ануса в анамнезе	104	72,3
Дизурия в анамнезе	109	77,9
Наличие слизистого отделяемого из прямой кишки	24	17,1
Наличие отделяемого из уретры	24	17,1
Острая задержка мочи в анамнезе	22	15,7
Запоры	48	34,3
Психосоциальные симптомы (депрессия, признаки неадекватного поведения, тревога/стресс)	61	43,6
Неврологические/системные (нейропатия конечностей, боль за пределами таза, миалгия, утомляемость, сонливость и слабость)	51	36,4
Скелетно-мышечные симптомы (боль при пальпации и/или болезненные мышечные спазмы или наличие триггерных точек в мышцах живота и/или тазового дна)	45	32,1

Все больные с ХГ жаловались на дискомфорт в заднем проходе, наружных половых органах и промежности, и боль различной интенсивности – 85 (100 %), а также на боль другой локализации (по ходу уретры, в малом тазу, крестце и др.) – 70 (82,3 %) больных. На кровянистые выделения из прямой кишки указали 72 (84,7 %) пациента, на увеличение геморроидальных узлов – 24 (28,2 %), выпадение геморроидальных узлов – 37 (31,8 %), на выделение из уретры – 4 (4,7 %), на дизурию – 54 (63,5 %), на острую задержку мочи в анамнезе – 6 (7,1 %), на запоры – 28 (32,9 %), на психосоциальные симптомы – 28 (32,9 %), на неврологические/системные – 18 (21,2 %) и на скелетно-мышечные симптомы – 15 (17,6 %) пациентов.

Все пациенты с ХП жаловались на боль различной интенсивности в области наружных половых органов, заднем проходе и промежности, а также дискомфорт в заднем проходе, наружных половых органах и промежности. Боль по ходу уретры, за лобком, в малом тазу, крестце и в других отделах малого таза зафиксирована у 35 (63,6 %) пациентов; дизурия – у 55 (100 %), выделение из уретры (слизистые, простаторрея, сперматоррея) – у 21 (38,2 %), острая задержка мочи – у 16 (29,1 %), увеличение геморроидальных узлов – у 11 (20 %), выпадение геморроидальных узлов – у 11 (20 %),

кровянистые выделения из прямой кишки в анамнезе – у 32 (58,2 %), запоры – у 20 (36,4 %), психосоциальные симптомы – у 33 (60 %), неврологические/системные – у 33 (60 %) и скелетно-мышечные симптомы – у 30 (54,5 %) пациентов.

По данным осмотра, пальпации и аноскопии, изолированный наружный геморрой выявили у 15 (17,6 %) больных с ХГ и у 10 (18,2 %) больных с ХП, изолированный внутренний геморрой выявили у 44 (51,8 %) у больных с ХГ и у 16 (29,1 %) – с ХП. Комбинированный геморрой выявлен соответственно у 26 (30,6 %) пациентов с ХГ и у 20 (36,4 %) с ХП.

Пальпаторные изменения предстательной железы (изменение размеров, болезненность, изменение консистенции, участки уплотнения и размягчения) у больных общей группы наблюдали у 80 %. Эти изменения встречались у 78,8 % пациентов с ХГ и у всех с ХП. По данным ТРУЗИ, изменение размеров, экзогенности, наличие гипэхогенных участков, микрокальцинаты и изменение семенных пузырьков зафиксировано от 8 до 76 (9,4–89,6 %) пациентов с ХГ и от 20 до 55 % с ХП. Хотя, известно, что патогномичные УЗИ признаки, характерные для ХП не существуют.

Показатели микроскопии секрета предстательной железы чаще всего были изменены у больных ХП. У 36 (65,6 %) больных с ХП и у 25 (29,4 %) больных с ХГ выявлено изменение рН секрета простаты. Показатели лейкоцитов больше нормы обнаружены у 45 (81,8 %) пациентов ХП и у 45 (52,3 %) пациентов с ХГ. Лецитиновые зерна в малом количестве наблюдали чаще всего у больных с ХП – у 45 (81,8 %), реже у больных с ХГ – у 37 (43,5 %).

Результаты посева секрета предстательной железы у обследованных в зависимости от выявленной микрофлоры по группам: у 30 (54,5 %) пациентов с ХП выявили смешанную флору и у 6 (10,9 %) – монофлору. У 12 (14,1 %) пациентов с ХГ выявили смешанную флору и 21 (24,7 %) – монофлору. В группе монофлоры чаще всего диагностировали *Enterococcus faecalis* и *Escherichia coli*, которые были зафиксированы у 12 (14,1 %) и у 4 (4,7%) пациентов с ХГ и у 10 (18,2 %) и 10 (18,2 %) пациентов с ХП.

Суммарный балл по доменам индекса шкалы симптомов согласно опроснику NIH-CPSI (ХП/СХТБ) у всех больных по выделенным группам достоверно отличался от нормы. У больных с ХГ суммарный балл составил $8,0 \pm 2,1$ и ХП – $15,0 \pm 1,1$. Наиболее выраженные изменения зафиксированы у больных с ХП ($p < 0,001$ по сравнению с группами ХГ). Показатели качества жизни (QoL) в баллах у больных с ХП были – $4,4 \pm 0,4$ и с ХГ – $2,8 \pm 0,2$ ($p < 0,001$). Средняя величина объемной скорости мочеиспускания (Qсред) у больных ХГ составила $14,6 \pm 2,5$ (8–22) мл/с и у больных с ХП – $12,2 \pm 3,2$ (9–18) мл/с. Различие между группами достоверно ($p < 0,05$; $t = 2,8$). Средний объем остаточной мочи у больных с ХГ составил $28,0 \pm 8,5$ мл (0–80) и у больных с ХП – $50,7 \pm 9,5$ (0–150) мл. Различие между группами достоверно ($p < 0,001$; $t = 2,7$ и $5,2$).

Таким образом, результаты комплексного обследования свидетельствовали, что у большинства пациентов (77,6–89,4 %) с ХГ имели место 2 более признаков ХП (Таблица 4).

Таблица 4

Результаты клинико-лабораторных и инструментальных исследований у пациентов

Метод исследования и полученный результат	Группы				P
	ХГ (n = 85)		ХП (n = 55)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Нехарактерные симптомы: – боль, дискомфорт другой локализации, дизурия, ОЗМ, выделение из уретры, симптомы геморроя у больных ХП	4–70	4,7–82,3	11–46	20–83,6	
ПРИ простаты:					
– изменение размеров	26	30,6	36	65,5	
– болезненность	66	77,6	46	83,6	
– изменение консистенции	67	78,8	55	100	
– участки уплотнения	63	74,1	50	90,9	
ТРУЗИ простаты:					
– изменение размеров	20	36,4	34	61,8	
– изменение эхогенности	76	89,4	55	100	
– микрокальцинаты	10	18,2	24	43,6	
– изменение семенных пузырьков	27	31,5	52	94,5	
Микроскопия секрета простаты					
– лейкоциты	45	52,3	45	81,8	
– уменьшение лецитиновых зерен	37	43,5	45	81,8	
– наличие микробной флоры	12	14,1	30	54,5	
Положительный посев секрета простаты	33	38,8	45	81,8	<0,001
Суммарный балл симптомов (опросник ХП/СХТБ)	8,0 ± 2,1	–	15,0 ± 1,1	–	<0,001
Качество жизни, баллы	2,8 ± 0,2	–	4,4 ± 0,4	–	<0,001
Средняя величина объемной скорости мочеиспускания, мл/с	14,6 ± 2,5	–	12,2 ± 3,2	–	<0,05; t = 2,8

Результаты обследования больных по группам согласно классификации UPOINT (МПОИНС) подтвердили, что у больных с ХГ, наряду с характерными симптомами, у 62 (72,9 %) выявлен мочевого синдром (дизурия, наличие остаточной мочи и др.), у 28 (45,9 %) – психосоциальные симптомы, у большинства пациентов (77,6–89,4 %) – 2 и более признаков ХП, у 33 (38,8 %) – инфекция в предстательной железе, у 18 (29,5 %) – неврологические/системные признаки и у 15 (24,6 %) пациентов – скелетно-мышечные симптомы. У больных с ХП, наряду с характерными (мочевой, органоспецифический) и

нехарактерными симптомами, у 33 (60 %) обнаружены психосоциальные симптомы, у 45 (77,8 %) – инфекция в предстательной железе, у 33 (60 %) – неврологические/системные признаки и у 30 (54,5 %) пациентов – скелетно-мышечные симптомы (Таблица 5).

Таблица 5

Результаты обследования больных по группам согласно классификации UPOINT (МПОИНС)

Домен (критерии)	Оценка и симптомы				P
	ХГ (n = 85)		ХП (n = 55)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Мочевой	54	63,5	55	100	
Психосоциальный	28	49,2	33	60	
Органоспецифический	85	100	55	100	
Инфекционный	33	38,8	45	77,8	
Неврологический/системный	18	21,2	33	60	
Скелетно-мышечный	15	17,6	30	54,5	

На основании полученных результатов комплексного обследования зафиксировано, что изолированный ХГ и ХП диагностировали только у 9 (16,4 %) и 9 (10,6 %) больных соответственно. У остальных 76 (89,4 %) больных ХГ сочетался с ХП, и у 46 (83,6 %) больных с ХП выявили геморрой (Таблица 6).

Таблица 6

Сочетание хронического геморроя и простатита по результатам комплексного обследования больных

Выявленные заболевания	Число больных	
	Абс.	%
ХГ + ХП	76	89,4
ХП + ХГ	46	83,6
Изолированный ХП	9	16,4
Изолированный ХГ	9	10,6
Всего	140	100

Результаты лечения больных по группам, согласно классификации UPOINT (МПОИНС), показали, что мочевой домен по опроснику NIH-CPSI (ХП/СХТБ) имел достоверное различие (Таблицы 7–8).

**Динамика симптомов после консервативного лечения по группам
согласно классификации UPOINT (МПОИНС)**

Домен (критерии)	Группы							
	ХГ (n = 26)				ХП (n = 22)			
	До лечения		После лечения*		До лечения		После лечения*	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мочевой	18	71,8	5	19,2	22	100	4	16,0
Психосоциальный	10	38,5	2	7,7	13	59,1	1	4,0
Органоспецифический	26	100	4	15,4	22	100	4	16,0
Инфекционный	12	46,1	–	–	14	77,8	–	–
Неврологический/системный	8	30,7	–	–	10	60	2	8,0
Скелетно-мышечный	6	23,1	–	–	12	36,4	1	4,0

* – достоверное снижение показателей домена.

Таблица 8

**Динамика симптомов после оперативного лечения по группам
согласно классификации UPOINT (МПОИНС)**

Домен (критерий)	Группы							
	ХГ (n = 44)				ХП (n = 20)			
	До лечения		После лечения*		До лечения		После лечения*	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мочевой	22	56,4	2	5,1	20	100	2	10,0
Психосоциальный	12	30,7	2	5,1	14	70	2	10,0
Органоспецифический	39	100	3	7,7	16	84	4	16,0
Инфекционный	17	38,6	–	–	12	60	–	–
Неврологический/системный	10	22,7	–	–	20	100	3	15,0
Скелетно-мышечный	9	24,6	–	–	18	90	1	5,0

* – достоверное снижение показателей домена.

Суммарный балл индекса шкалы симптомов у больных ХГ после лечения составил $3,5 \pm 0,9$ (до лечения $8,0 \pm 2,1$; $t = 4,5$; $p < 0,01$) и ХП – $7,5 \pm 1,9$ (до лечения – $15,0 \pm 2,1$; $t = 8$; $p < 0,01$). Другие мочевые симптомы (дизурия, учащенное мочеиспускание и др.) после консервативного лечения среди 18 (71,8 %) пациентов с ХГ у 13 (80,1 %) исчезли и у 5 (19,9 %) пациентов уменьшились. Среди 22 (100 %) пациентов с ХП указанные выше симптомы исчезли у 18 (84 %) и уменьшились у 4 (16 %) пациентов. После оперативного лечения мочевые симптомы среди 22 (56,4 %) пациентов с ХГ исчезли у 20 (94,9 %) и у 5 (19,9 %) пациентов

уменьшились. Из 20 (100 %) пациентов с ХП указанные выше показатели исчезли у 18 (84 %) и уменьшились у 2 (10 %) пациентов.

Психосоциальные симптомы (депрессия, признаки неадекватного поведения, тревога/стресс) у пациентов с ХГ и ХП как после, так и до оперативного лечения геморроя достоверны уменьшились по результатам осмотра и жалоб. После консервативного лечения 10 пациентов с ХГ психосоциальные симптомы исчезли у 8 (80 %) и остались у 2 (20 %) пациентов, с ХП из 13 (59,1 %) остались только у 1 (4,0 %). Эти же симптомы после оперативного лечения геморроя у 12 пациентов с ХГ уменьшились у 10 (83,3 %) и 2 (16,7 %), из 14 с ХП – у 12 (85,7 %) и 2 (14,3 %) пациентов. Разницы показателей до и после лечения достоверно различались ($p < 0,01$). Достоверной разницы показателей между консервативным и оперативным лечением не выявлено. Нужно отметить, что психосоциальные симптомы в основном после лечения основного заболевания исчезли. К лечению тех пациентов, у которых указанные выше признаки остались, подключали психотерапевта. После приема антидепрессантов указанные симптомы исчезли или значительно уменьшились.

Органоспецифические признаки (признаки хронического геморроя и простатита, лейкоциты в простатическом секрете, гемоспермия, кальцификаты в предстательной железе) после консервативного лечения 26 пациентов с ХГ у 22 (86,6 %) исчезли, у 4 (15,4 %) уменьшились, и после оперативного лечения 39 пациентов у 36 (92,3 %) исчезли и у 3 (7,7 %) уменьшились. У 20 пациентов с ХП после консервативного лечения у 16 (84 %) симптомы исчезли или значительно уменьшились и уменьшились у 4 (16 %), и после оперативного лечения из 20 пациентов у 2 (10 %) уменьшились и у остальных исчезли. Разницы показателей до и после лечения достоверно различались ($p < 0,01$). После оперативного лечения показатели были лучше, чем после консервативного.

Инфекционный домен (наличие бактерии или энтерококков в простатическом секрете) после лечения у пациентов всех групп показал отрицательный посев секрета простаты.

Неврологически-системные признаки (невропатии, боль за пределами малого таза, синдром раздраженной толстой кишки, фибромиалгия, синдром хронической усталости) у пациентов с ХГ после консервативного и оперативного лечения исчезли, а с ХП уменьшились или сохранились у 2 (8 %) и 1 (4 %) пациента соответственно. Разницы показателей до и после лечения достоверно различались ($p < 0,01$).

Скелетно-мышечные симптомы (боль при пальпации и/или болезненные мышечные спазмы, или наличие триггерных точек в мышцах живота и/или тазового дна) практически исчезли у всех пациентов, за исключением 1 пациента с простатитом. Выявлена достоверная разница показателей до и после лечения ($p < 0,01$).

Анализ показал, что до лечения у 38 (32,2 %) пациентов из 118 выявлена сохранная эректильная функция (у 26 пациентов с ХГ и у 14 пациентов с ХП, 21–25 баллов по МИЭФ). После лечения доля пациентов с сохранной эректильной функцией выросла до 72 (59,3 %). Нужно отметить, что доля пациентов с тяжелой формой ЭД снизилась с 16 (13,6 %) до 4 (3,4 %). У этих 4 пациентов выявлены тяжелые сосудистые нарушения полового члена и им рекомендовано протезирование полового члена.

Результаты консервативного лечения больных по группам в зависимости от степени геморроя и типа простатита свидетельствовали о достоверном снижении количества обострений заболевания по сравнению с периодом совместного обследования и лечения проктологом и урологом. В целом выявлено, что обострение ХГ после лечения было почти в 4,3 раза меньше, чем до лечения, а обострение ХП – в 5,6 раза ($p < 0,05$; $p < 0,001$; $t = 3,8$ и $5,0-9,2$). После оперативного лечения отсутствие обострения ХГ выявлено у 76,9 % пациентов, а ХП – у 90 % пациентов ($p < 0,05$; $p < 0,001$). При этом частые обострения заболевания в количестве 3–5 раз ни у кого не зафиксированы.

В результате проведенных исследований нами разработан пошаговый алгоритм диагностики и лечения больных хроническим геморроем и простатитом с частыми обострениями с наличием характерных и нехарактерных жалоб (Рисунок).

При обращении пациента к проктологу или урологу с наличием нехарактерных жалоб, длительным анамнезом, частыми обострениями основного заболевания целесообразна консультация смежного специалиста. Кроме того, при наличии симптомов психосоматического, неврологического характера и скелетно-мышечной системы, при отсутствии эффекта от лечения целесообразно подключение других специалистов.

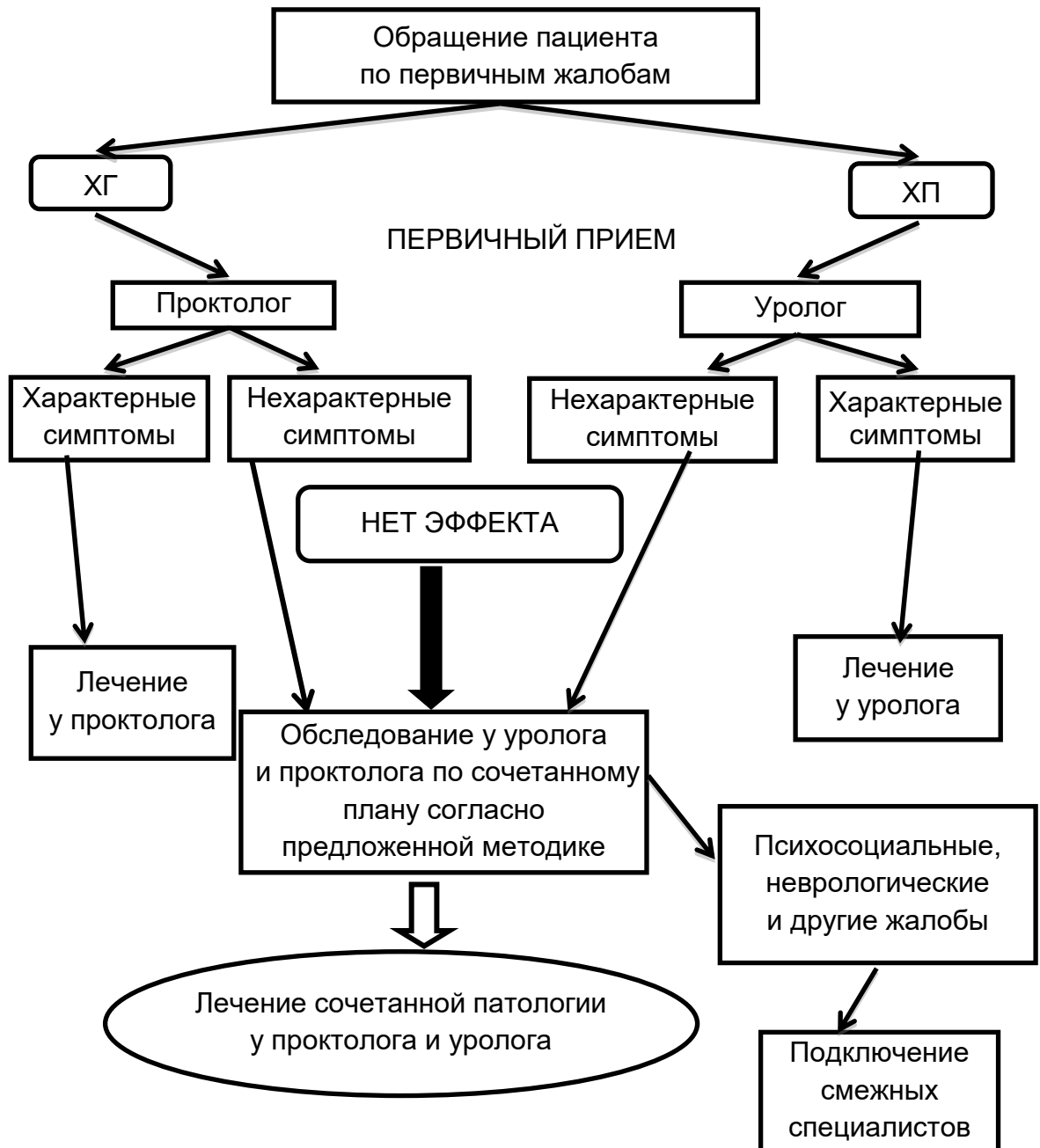


Рисунок. Алгоритм обследования пациента с хроническими заболеваниями прямой кишки и предстательной железы

ВЫВОДЫ

1. Для клинической картины хронического геморроя, протекающего с частыми обострениями, в сочетании с простатитом или наоборот характерно многообразие жалоб как свойственных, так и несвойственных основному заболеванию, что указывает на наличие у больных высокого процента сопутствующих заболеваний.

2. Результаты комплексного обследования подтвердили, что у больных хроническим геморроем (86,9 %) зафиксировано 2 признака хронического простатита и более, а у больных

хроническим простатитом обнаруживается наличие высокого процента сопутствующего геморроя (72,9 %).

3. При хронических заболеваниях прямой кишки и предстательной железы, кроме органоспецифических, скелетно-мышечные симптомы выявлены у 37,5 % больных, психоневрологические – у 51,1 %, сексуальные – у 65,7 % и неврологически-системные – у 48,6 % пациентов. Только частота сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом достоверно выше, чем у больных с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки (60,6 и 76,5 % соответственно).

4. Метод лечения, основанный на совместном участии проктолога и уролога, у пациентов с хроническим геморроем с сопутствующим простатитом позволяет повысить эффективность консервативного и оперативного лечения в 4–6 раз и снизить процент послеоперационных осложнений геморроя в 2,8 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных хроническим геморроем с длительным анамнезом, частыми обострениями и наличием нехарактерных жалоб с целью уточнения диагноза и установления состояния предстательной железы целесообразно провести соответствующие исследования совместно с урологом.

2. Для оценки клинической симптоматики, качества жизни и мочеиспускания при хронических заболеваниях прямой кишки и предстательной железы целесообразно использовать опросник ИСХП (NIH-CPSI), МИЭФ-5 и урофлоуметрию.

3. Для оценки урологического, общесоматического, неврологического, психического статуса и тяжести симптоматики при хронических заболеваниях прямой кишки и предстательной железы эффективна классификация UPOINT (МПОИНС).

4. У больных хроническим простатитом с длительным анамнезом целесообразно исследовать прямую кишку на предмет выявления сопутствующих проктологических заболеваний.

5. При хроническом геморрое и простатите, особенно с частыми обострениями, с наличием нехарактерных симптомов эффективны совместная диагностика и лечение проктолога и уролога.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Крячко, А. А. Современные методы диагностики и лечения воспалительных заболеваний при синдроме хронической тазовой боли / А. А. Крячко, З. А. Кадыров, З. О. Алиев // Вопросы урологии и андрологии. – 2014. – Т. 3, № 1.

2. **Крячко, А. А. Клиническая симптоматика у пациентов с хроническими заболеваниями прямой кишки и предстательной железы / А. А. Крячко, З. А. Кадыров, М. В. Фаниев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015 (май-июнь). – Т. 10, № 3. – С. 48–50.**

3. **Крячко, А. А. Некоторые результаты комплексного обследования больных с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки / А. А. Крячко, З. А. Кадыров, М. В. Фаниев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015 (май-июнь). – Т. 10, № 3. – С. 50–53 .**

4. Кадыров, З. А. Некоторые показатели качества жизни у больных с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки и предстательной железы / З. А. Кадыров, А. А. Крячко, М. В. Фаниев // Сборник тезисов 10-го юбилейного конгресса профессиональной ассоциации андрологов России 27–30 мая 2015, Дагомыс. – М. : ООО «Типография Офсетной Печати», 2015. – С. 83–84.

5. **Кадыров, З. А. Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования у пациентов с хроническим простатитом и хроническим геморроем / З. А. Кадыров, А. А. Крячко, З. О. Алиев, М. В. Фаниев, Х. С. Ишонаков, Ф. Ш. Мингболатов // Андрология и генитальная хирургия. – 2016. – Т. 17, № 2. – С. 34–38.**

6. Кадыров, З. А. Некоторые результаты физикальных и лабораторных методов исследования больных с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки и предстательной железы / З. А. Кадыров, А. А. Крячко, М. В. Фаниев // Сборник тезисов 10-го юбилейного конгресса профессиональной ассоциации андрологов России, 27–30 мая 2015 г. Дагомыс. – М. : ООО «Типография Офсетной Печати», 2015. – С. 85–87.

7. Кадыров, З. А. Особенности клинической симптоматики у больных с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки и предстательной железы / З. А. Кадыров, З. О. Алиев, А. А. Крячко [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения Таджикистана. – Душанбе, 2015. – С. 130–131.

8. Кадыров, З. А. Показатели качества жизни у больных с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки и предстательной железы / З. А. Кадыров, З. О. Алиев, А. А. Крячко [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения Таджикистана. – Душанбе, 2015. – С. 131–133.

9. **Кадыров, З. А. Хронические воспалительные заболевания прямой кишки и предстательной железы (обзор литературы) / З. А. Кадыров, А. А. Крячко, З. О. Алиев [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. – 2016. – Т. 17, № 1. – С. 12–19.**

10. Кадыров, З. А. Использование классификации UPOINT (МПОИНС) у больных с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки и предстательной железы /

З. А. Кадыров, З. О. Алиев, **А. А. Крячко** [и др.] // Сборник тезисов X Всероссийской конференции с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2016». 11–12 февраля 2016, Москва. – М. : МЕДФОРУМ Агентство медицинской информации, 2016. – С. 39–41.

11. Кадыров, З. А. Результаты лабораторных методов исследования у больных хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки и предстательной железы / З. А. Кадыров, **А. А. Крячко**, З. О. Алиев [и др.] // Сборник тезисов X Всероссийской конференции с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2016». 11–12 февраля 2016, Москва. – М. : МЕДФОРУМ Агентство медицинской информации, 2016. – С. 42–44.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВАШ	– визуальная аналоговая шкала
ДГПЖ	– доброкачественная гиперплазия предстательной железы
МИЭФ-5	– международный индекс эректильной функции
МСКТ	– мультиспиральная компьютерная томография
ОТГУ	– острый тромбоз геморроидальных узлов
ОЗМ	– острая задержка мочи
ОВЗПК	– острые воспалительные заболевания прямой кишки
ПСА	– простат-специфический антиген
ПРИ	– пальцевое ректальное исследование
ТРУЗИ	– трансректальное ультразвуковое исследование
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ХГ	– хронический геморрой
ХП	– хронический простатит
ХП/СХТБ	– хронический простатит/синдром хронической тазовой боли
ХТБ	– хроническая тазовая боль
ЭД	– эректильная дисфункция
EAU	– Европейская ассоциация урологов
NIH-CPSI	– (ИСХП – индекс симптомов хронического простатита)
UPOINT	– МПОИНС (Urinary – Мочевой, Psychosocial – Психологический, Organ specific – Органоспецифический, Infection – Инфекция, Neurologic/systemic – Неврологический/системный и Tenderness of skeletal muscle – скелетно-мышечный)

Крячко Андрей Анатольевич**Диагностика и лечение хронического геморроя с сопутствующим простатитом**

В диссертационной работе приведены результаты обследования и лечения 140 пациентов мужского пола с хроническим рецидивирующим геморроем и простатитом. Изучены клинические симптомы пациентов, определены и выделены характерные признаки основного заболевания (хронического геморроя) и нехарактерные сопутствующего (хронического простатита). Выявлены, помимо органоспецифических, скелетно-мышечные (37,5 %), психоневрологические (51,1 %), сексуальные (65,7 %) и неврологически-системные (48,6 %) симптомы. Установлено, что комплексное обследование больных с хроническим геморроем и простатитом с привлечением проктолога и уролога значительно улучшает процент выявления сопутствующих заболеваний. Показано, что совместное участие проктолога и уролога в лечении таких пациентов повышает эффективность консервативного и оперативного лечения в 4–6 раз и снижает процент послеоперационных осложнений геморроя в 2,8 раза.

Kryachko Andrey Anatolyevich**Diagnostics and treatment of chronic hemorrhoids with concomitant prostatitis**

The results of examination and treatment of 140 male patients with chronic recurrent hemorrhoids and prostatitis are presented in the dissertational work. Clinical symptoms of patients were studied, characteristic signs of the underlying disease (chronic hemorrhoids) and uncharacteristic concomitant (chronic prostatitis) were determined and highlighted. In addition to organ-specific, were identified skeletal muscle (37,5 %), neuropsychiatric (51,1 %), sexual (65,7 %) and neurologically-system (48,6 %) symptoms. It was found that a comprehensive examination of patients with chronic hemorrhoids and prostatitis involving proctologist and urologist significantly improves the percentage of detection of comorbidities. It is shown that the joint participation of proctologist and urologist in the treatment of such patients increases the effectiveness of conservative and surgical treatment by 4–6 times and reduces the percentage of postoperative complications of hemorrhoids by 2.8 times.

Подписано в печать: .2018

Тираж: экз. Заказ №

Отпечатано в

Адрес