

DOI 10.37539/2949-1991.2023.11.11.002

**Щёголев Андрей Игоревич,**

врач – колопроктолог СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»;  
ассистент кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией  
им. С.А. Симбирцева ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова" Минздрава России  
(SPIN-код: 8316-6770, AuthorID: 925267; <https://orcid.org/0000-0003-1563-2126>)

**Мальцев Николай Павлович,**

врач-колопроктолог, заведующий отделением колопроктологии СПб ГБУЗ  
«Городская больница № 40» (SPIN-код: 4910-9288, <https://orcid.org/0000-0001-6055-7140>)

**Афанасьева Евгения Павловна,**

врач – колопроктолог СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»

**Зухраева Зарема Имрановна,**

врач – колопроктолог СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»

**Гладышев Дмитрий Владимирович,**

заместитель главного врача по хирургии СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»,  
доктор медицинских наук, доцент; доцент кафедры последипломного медицинского  
образования Санкт-Петербургского государственного университета  
(SPIN-код: 9959-6891, AuthorID: 297813)

## **ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

**Аннотация:** Распространенность неопухолевых заболеваний прямой кишки достоверно установить не представляется возможным. Это обусловлено рядом факторов, наиболее важным из которых является значительная вариабельность клинических проявлений и разная интенсивность симптомов. Немаловажным фактором является поздняя обращаемость, низкий комплаенс пациента (чувство стыда, неловкости, табуированность темы), что значительно затрудняет диагностику и лечение.

Важным фактором ухудшения результатов лечения является первичное обращение этой группы пациентов к непрофильному специалисту: терапевту, гастроэнтерологу, урологу, дерматологу и другим, которые не располагают потенциалом для адекватной диагностики.

В статье проведен анализ результатов специализированной медицинской помощи пациентам с неопухолевыми заболеваниями прямой кишки, выявлены предикторы ухудшения результатов и предложены пути их улучшения.

### **Цель исследования**

Улучшить результаты лечения пациентов с неопухолевыми заболеваниями прямой кишки на догоспитальном этапе.

### **Результаты**

Выявлены основные причины обращения пациентов с неопухолевыми заболеваниями прямой кишки за специализированной медицинской помощью на амбулаторном этапе.



Выполнена оценка качества (правильность постановки диагноза, необходимость дополнительного обследования) у пациентов с неопухолевыми заболеваниями прямой кишки, получившим квалифицированную и специализированную медицинскую помощь на амбулаторном этапе.

#### **Выводы**

Диагностика неопухолевых заболеваний прямой кишки имеет ряд недостатков на этапе амбулаторной квалифицированной медицинской помощи. Это объясняется большой вариабельностью симптомов этой группы нозологий. Низкой доступностью способов ригидной эндоскопии, а также поздней обращаемостью за медицинской помощью.

**Ключевые слова:** неопухолевые заболевания прямой кишки, качество медицинской помощи, ригидная эндоскопия, амбулаторный этап.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

Неопухолевые заболевания прямой кишки – многочисленная гетерогенная группа заболеваний прямой кишки, кожи промежности, костных и мышечных структур таза, которых объединяет симптомокомплекс клинических проявлений. Таких как дискомфорт и боли в промежности, тазу, чувство неполного опорожнения прямой кишки, наличие образований в области ануса (выпадение или набухание стенки ануса), наличие патологических выделений из ануса.

Наиболее важными, на наш взгляд, составляющими в изучаемой группе нозологий являются хронический и острый геморрой и анальная трещина, а также хронический парапроктит. Геморроидальная болезнь занимает лидирующее место в структуре заболеваемости толстой кишки □ 35% взрослого населения Земли имеет ее клинические проявления (Д.И. Воробьев и соавт., 2010; А. Л. Лисичкин, Ю. Б. Бусырев, Т. И. Карпунина, 2020; D.F. Altomare, S. Giuratrabocchetta, 2013; L. Selvaggi et al., 2021). Анальная трещина диагностируется у 20 человек из 1000 (К.С. Тончева, С.П. Гавриленко, В.Ю. Михайличенко, 2020; М.А. Агапов и др., 2021). Заболеваемость хроническим парапроктитом составляет 9 случаев на 100 тысяч (Ю.А. Шельгин и др., 2013; А.Л. Лисичкин, Я.П. Сандаков, 2022). Наиболее часто указанные выше заболевания развиваются в возрасте от 30 до 50 лет, что делает проблему социально значимой.

Большое количество манифестирующих симптомов и, в тоже время, отсутствие специфических проявлений у отдельных нозологий, входящих в симптомокомплекс неопухолевых заболеваний прямой кишки, делает постановку предварительного диагноза и проведение дифференциальной диагностики сложной задачей и определяет актуальность проведенного исследования.

**Цель** Улучшить результаты лечения пациентов с неопухолевыми заболеваниями прямой кишки на догоспитальном этапе.

**Материалы и методы.** Материалом исследования послужили данные ретроспективного анализа первичной медицинской документации (Форма № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию» и консультативное заключение врача-колопроктолога) 100 совершеннолетних пациентов, которые получали специализированную медицинскую помощь в условиях амбулаторно-консультативного отделения СПб ГБУЗ «Городская больница №40». Критериями включения в исследования служили возраст (старше 18 лет на момент осмотра), наличие формы 057/у-04 с диагнозом направления, входящим в изучаемую группу нозологий.

Всем пациентам, обратившимся к колопроктологу в амбулаторно-консультативное отделение СПб ГБУЗ «Городская больница №40», для постановки диагноза производили



общеклинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию и ректороманоскопию, по показаниям выполнялся забор материала для патогистологического исследования. По результатам проведенных исследований определяли дальнейший план обследования и лечения

Для оценки качества медицинской помощи на амбулаторном этапе оценивали легкость получения направления на консультацию, специальность направившего врача, срок наличия жалоб, наличие сбора анамнеза, выполнение пальцевого и эндоскопических исследований. Оценивали совпадение диагнозов по типу нозологии и её степени.

Статистический анализ выполняли с использованием программы JAMOVI для MacOS Catalina, версия 1.1.9.0. Результаты представлены в виде среднего  $\pm$  стандартного отклонения, медианы с верхним и нижним квартилем исследуемого параметра.

**Результаты и обсуждение.** В исследование было включено 100 пациентов – 53 пациента женского пола и 47 мужского. Средний возраст составил  $53,6 \pm 18,7$ , медиана – 55 [55; 69] года, при этом средний возраст пациентов мужского пола был  $54,6 \pm 17,2$ , медиана – 54 [42;70] года, возраст пациентов женского пола –  $52,7 \pm 20$ , медиана – 57 [35; 69] года.

Все пациенты получили квалифицированную, а часть – специализированную медицинскую помощь в поликлинике по месту жительства. Направление на консультацию к колопроктологу во всех случаях было выдано в день обращения. Наиболее часто для получения первичной помощи пациенты обращались к участковому терапевту – 43 (43%) человека и хирургу – 44 (44%) человека. Распределение специальностей врачей, направивших пациентов на консультацию в СПб ГБУЗ «Городская больница №40» представлено на рисунке 1.

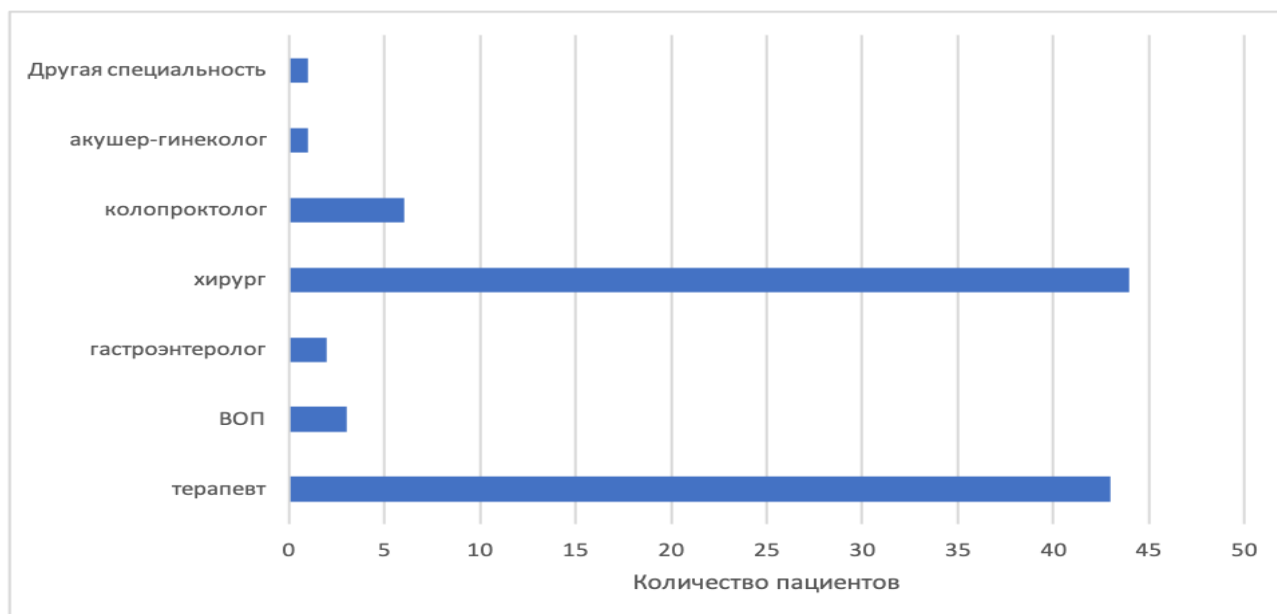


Рисунок 1. Распределение специальностей врачей, направивших пациентов на консультацию в СПб ГБУЗ «Городская больница №40»

Пациенты предъявляли следующие жалобы: дискомфорт в промежности и прямой кишке (зуд), кровотечение, выпадение образований и наличие их около ануса, боли в заднем проходе, дискомфорт и припухлость в области крестца, нарушение дефекации, наличие выделений из ануса. Половая принадлежность не влияла на превалирующий характер жалоб ( $p > 0,05$ ). Распределение предъявляемых пациентами жалоб представлено на рисунке 2.



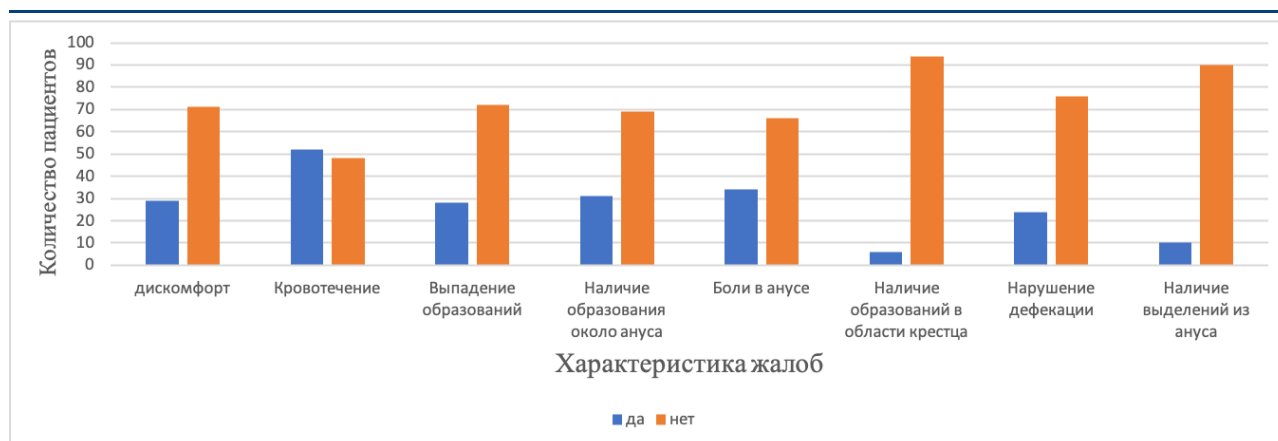


Рисунок 2. Распределение пациентов по наличию и характеру предъявляемых жалоб

Среднее время заболевания (наличия жалоб) составило  $591 \pm 1812$ , медиана – 120 [60;361] суток, а срок ожидания приема врача в поликлинике –  $10,6 \pm 4,26$ , медиана – 10 [9,25;14] суток.

Оценивали сбор анамнеза заболевания, выполнение ректального исследования и эндоскопических методов исследования (со слов пациента). В большинстве случаев сбор анамнеза заболевания был выполнен. Распределение пациентов по процедуре сбор «анамнеза заболевания» и специальности консультирующего врача представлено на рисунке 4.

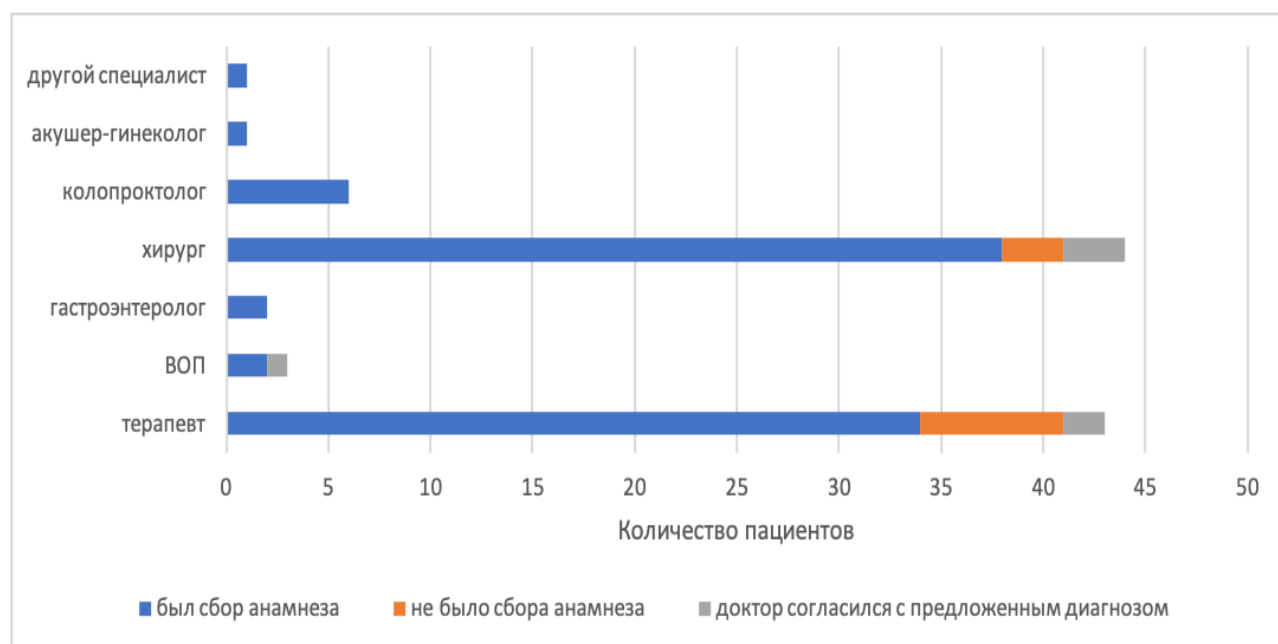


Рисунок 4. Распределение пациентов по процедуре сбор «анамнеза заболевания» и специальности консультирующего врача

Пальцевое ректальное исследование было выполнено в 16 (16%) случаях. Наиболее часто выполнялось врачами хирургами (9%) и колопроктологами (6%). Распределение пациентов по выполнению пальцевого ректального исследования и специальности врача представлено на рисунке 5.



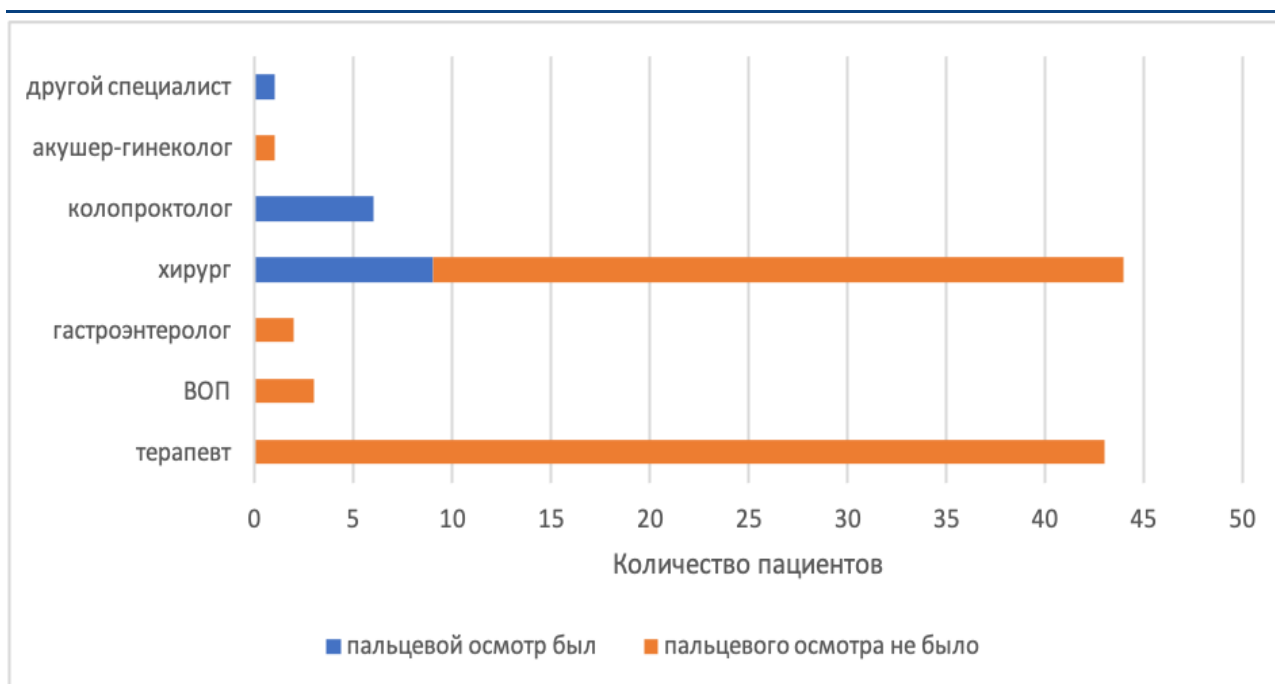


Рисунок 5. Распределение пациентов по выполнению пальцевого ректального исследования и специальности врача

Эндоскопическое исследование на амбулаторно-поликлиническом этапе не было выполнено у 81 (81%). Наиболее часто для диагностики применялась видеокOLONоскопия – 9 (9%) случаев, аноскопия не выполнялась. Распределение пациентов по выполнению эндоскопического исследования и специальности врача представлено на рисунке 6.

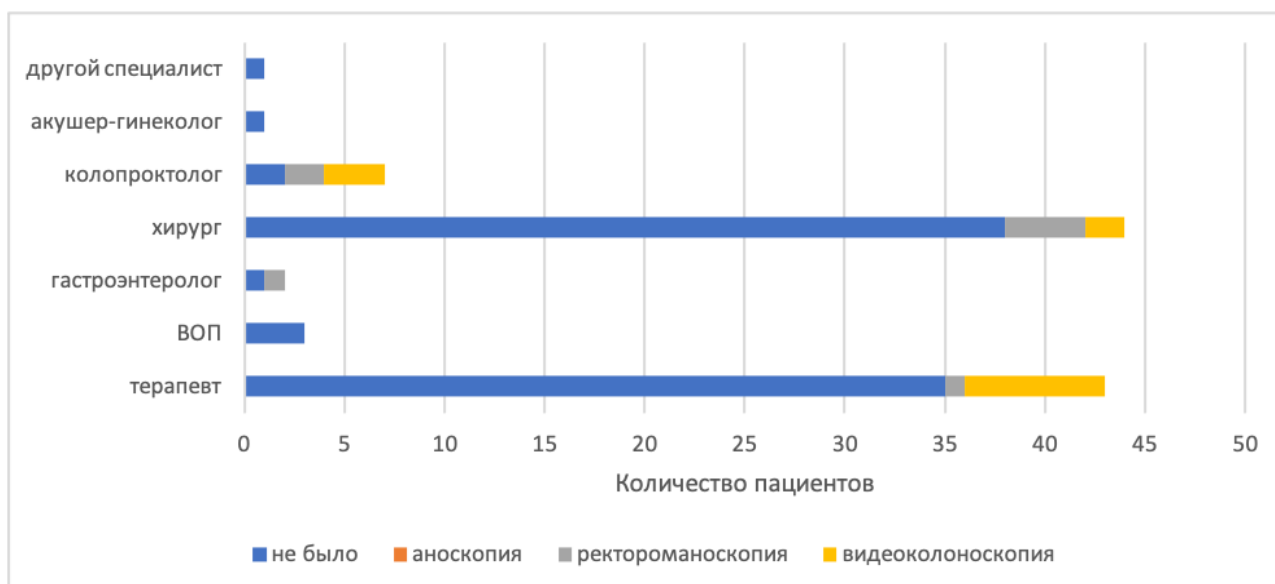


Рисунок 6. Распределение пациентов по выполнению эндоскопического исследования и специальности врача

Наиболее часто диагнозом направления являлся хронический геморрой – 63 (63%) пациента и «другие диагнозы» – 18 (18%) пациентов. Распределение пациентов по диагнозу направления и специальности врача представлено на рисунке 7.



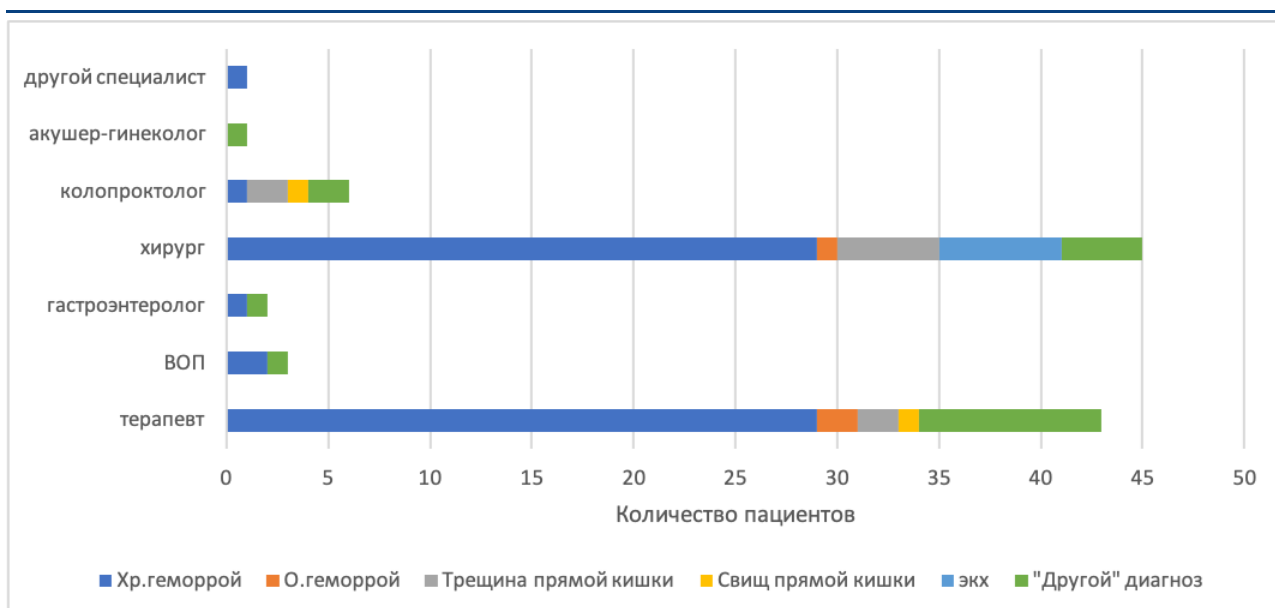


Рисунок 7. Распределение пациентов по диагнозу направления и специальности врача

Выявлен 51 (51%) случай совпадения по нозологии диагноза направления и диагноза, установленного врачом-колопроктологом после первичного осмотра. Всем пациентам со злокачественными образованиями прямой кишки и ректоцеле не было выполнено пальцевое ректальное исследование и эндоскопическое исследование толстой кишки. Распределение пациентов по формам нозологии после осмотра врача-колопроктолога представлено на рисунке 8.

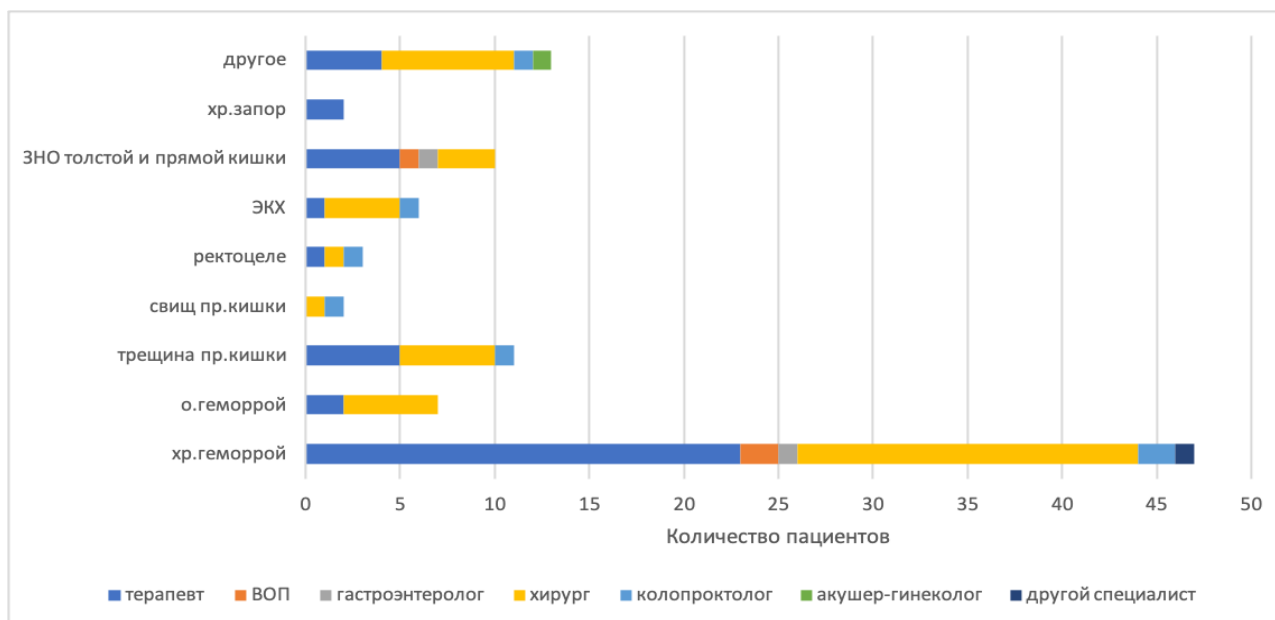


Рисунок 8. Распределение пациентов по форме нозологии после осмотра врача-колопроктолога

При анализе совпадения по степени выраженности нозологии выявлено 13 (13%) случаев совпадения диагнозов направления и диагноза, установленного врачом-колопроктологом после первичного осмотра.



По результатам обследования необходимость дополнительного планового обследования выявлена у 88 (88%) пациентов. Консультация врачей других специальностей была показана в 50 (50%) случаях, как правило это были врачи-гастроэнтерологи, дерматологи, неврологи и онкологи.

Показания для оперативного лечения по профилю «колопроктология» были сформулированы у 57 (57%) больных. В срочном оперативном лечении нуждалось 4 (4%) пациента, при этом 3 (75%) пациентов оперативное вмешательство было выполнено в условиях амбулатории, а 1 (25%) пациенту потребовалось срочное оперативное лечение в условиях стационара. Распределение пациентов по лечебной тактике после осмотра врача-колопроктолога представлены на рисунке 9.

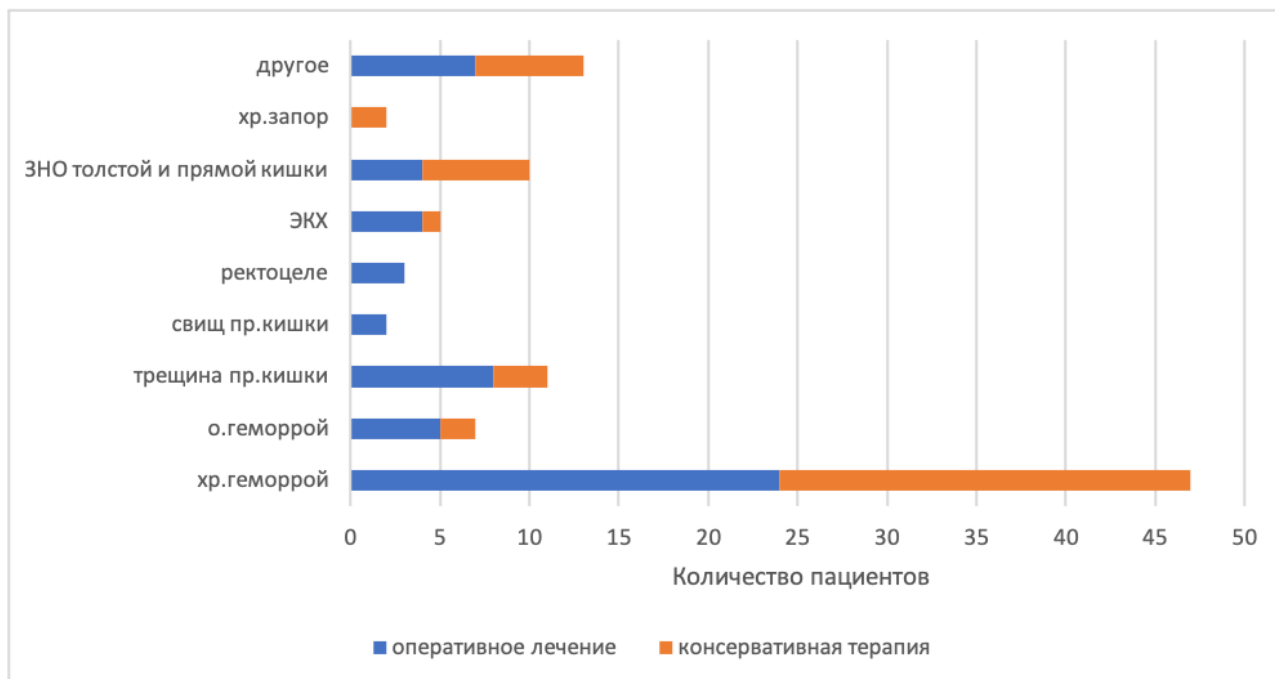


Рисунок 9. Распределение пациентов по лечебной тактике после осмотра врача-колопроктолога

#### Выводы.

1. Диагностика неопухолевых заболеваний прямой кишки имеет ряд недостатков, обусловленных большой вариабельностью клинической картины, длительным сроком заболевания и низкой доступностью (выполнением) эндоскопических способов (аноскопия, ректороманоскопия) исследования прямой кишки на амбулаторном этапе лечения.

2. Для повышения информированности медицинского персонала о патогенезе, клинической картине, способах диагностики и лечения заболеваний этой группы целесообразно увеличить количество тематических курсов повышения квалификации, в том числе и в дистанционном формате.

3. Для улучшения результатов диагностики неопухолевых заболеваний прямой кишки необходимо проведение консультативных приемов с возможностью выполнения аноскопии и ректороманоскопии в условиях поликлиники врачей-колопроктологов, привлеченных из профильных отделений.

#### Список условных сокращений.

1. СПб ГБУЗ – Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения



*Список литературы:*

1. Агапов, М. А. и др. Анальная трещина // Колопроктология. – 2021. – Т. 20. – №. 4. – С. 10-21.
2. Воробьев, Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. 2-е изд. М.: Литера, 2010: 188. [Vorobiev GI, Shelygin YuA, Blagodarny LA. Hemorrhoids. 2nd ed. Moscow: Littera, 2010: 188 (In Russ.)].
3. Лисичкин, А. Л. Оптимизация ведения пациентов колопроктологического профиля при амбулаторном хирургическом лечении геморроя / А. Л. Лисичкин, Ю. Б. Бусырев, Т. И. Карпунина // Пермский медицинский журнал. – 2020. – Т. 37, № 2. – С. 93-100. – DOI 10.17816/pmj37293-100.
4. Лисичкин, А. Л. Особенности организации колопроктологической помощи населению с учётом региональных показателей заболеваемости / А. Л. Лисичкин, Я. П. Сандаков // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). – 2022. – Т. 7, № 4. – С. 122-129
5. Тончева, К. С. Хроническая анальная трещина / К. С. Тончева, С. П. Гавриленко, В. Ю. Михайличенко // Евразийское Научное Объединение. – 2020. – № 5-3(63). – С. 235-238.
6. Шельгин Ю. А. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных хроническим парапроктитом (свищ заднего прохода, свищ прямой кишки) // Москва. – 2013.
7. Altomare DF, Giuratrabocchetta S. Conservative and surgical treatment of haemorrhoids. Na. Rev Gastroenterol Hepatol, 2013, 10: 513-521.
8. Selvaggi L. et al. The management of acute hemorrhoidal disease // Reviews on Recent Clinical Trials. – 2021. – Т. 16. – №. 1. – С. 91-95.

