

Ломоносов А.Л.¹, Голубев А.А.¹, Куканова М.А.¹, Хоменчук А.А.¹, Хушаков А.Х.¹, Ломоносов Г.Д.²

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НАРУЖНОГО ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинский университет» Минздрава России, 170642, Тверь, Россия

²ФГБОУ ВО «Тверской государственной университет», 170100, Тверь, Россия

Описано множество вариантов острого наружного геморроя с разной степенью развития тромбоза. **Цель исследования** — изучить особенности диагностики и лечения амбулаторных больных с острым наружным геморроем в форме «овоид» (ОНГ–ФО). **Материал и методы.** Сплошная выборка, ретроспективное последовательное изучение данных 97 амбулаторных больных с ОНГ–ФО. ОНГ–ФО 1-й степени (ОНГ–ФО 1) выявлен у 57,7% больных, узел был чаще эластичен, синей окраски, ОНГ–ФО 2-й степени (ОНГ–ФО 2) у 42,3% больных проявляется раной, некрозом на узле, выделением крови из него, ОНГ–ФО 3-й степени (ОНГ–ФО 3) не было. 32,7% пациентов обращались в среднем через 4 дня, боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) составляла 6 баллов в среднем. Консервативное лечение проводилось всем больным ОНГ–ФО с назначением очищенной микронизированной флавоидной фракции (МОФФ). Местное лечение больных ОНГ–ФО 1 осуществлялось мазью, содержащей гепарин и гидрокортизон + лауромакрогол 600, больных ОНГ–ФО 2 — мазью, содержащей инактивированные микробные клетки *E. coli*, гидрокортизон. При кровотечении из узла назначали транексамовую кислоту, при запоре — псиллиум, лактулозу, макрогол. Анальгезия осуществлялась в зависимости от интенсивности боли. Оперировано только 3,1% пациентов в срок до 2018 г. **Выводы.** Проведенное лечение больных с ОНГ–ФО было эффективным. В среднем сроки лечения составляли 8–12 дней. Все обследованные больные выздоровели и были трудоспособны. Основной метод лечения больных ОНГ–ФО консервативный.

Ключевые слова: острый геморрой; тромбоз наружных геморроидальных узлов; диагностика; лечение.

Для цитирования: Ломоносов А.Л., Голубев А.А., Куканова М.А., Хоменчук А.А., Хушаков А.Х., Ломоносов Г.Д. Диагностика и лечение острого наружного геморроя в амбулаторных условиях. *Клиническая медицина*. 2023;101(6):301–307. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2023-101-6-301-307>

Для корреспонденции: Ломоносов Андрей Лотович — e-mail: Lotlom@yandex.ru

Lomonosov A.L.¹, Golubev A.A.¹, Kukanova M.A.¹, Khomenchuk A.A.¹, Khushakov A.H.¹, Lomonosov G.D.² DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EXTERNAL HEMORRHOIDS ON AN OUTPATIENT BASIS

¹Tver State Medical University of the Russian Federation Health Ministry, 170642, Tver, Russia

²Tver State University, 170100, Tver, Russia

There are many variants of acute external hemorrhoids (AEH), with varying degrees of its development. **The purpose of the study is to study the features of diagnosis and treatment of outpatient patients with AEH in the form of ovoid (AEH–FO).** **Material and methods.** A solid sample, a retrospective sequential study of the data of 97 outpatient patients with AEH–FO. AEH–FO of the first degree (AEH–FO 1) was detected in 57,7% of patients, the node was more often elastic, blue in color; AEH–FO of the second degree (AEH–FO 2) in 42,3% of patients, wound necrosis on the node, the discharge of blood from it. In 32,7% of patients treated on average after 4 days, the average pain on the visual pain scale (VPS) was 6 points. Conservative treatment was carried out in all patients with AEH–FO with the appointment of MOFF (90% diosmin and 10% hesperin flavides). When bleeding from the node, tranexam, psyllium, lactulose, macrogol were prescribed for constipation. Analgesia was performed depending on the intensity of the pain. Only 3,1% of patients were operated on before 2018. **Conclusions.** The treatment of patients with AEH–FO was effective. In the average treatment period of 14 days, all patients recovered and were able to work.

Key words: acute hemorrhoids; thrombosis of external hemorrhoids; acute external hemorrhoids; diagnosis; treatment.

For citation: Lomonosov A.L., Golubev A.A., Kukanova M.A., Khomenchuk A.A., Khushakov A.H., Lomonosov G.D. Diagnosis and treatment of external hemorrhoids on an outpatient basis. *Klinicheskaya meditsina*. 2023;101(6):301–307. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2023-101-6-301-307>

For correspondence: Andrey L. Lomonosov — e-mail: Lotlom@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 31.01.2023

Острый наружный геморрой (ОНГ) (перианальный венозный тромбоз, код К64.5) — это патологическое увеличение наружных геморроидальных узлов (при комбинированном геморрое — наружных и внутренних узлов) вследствие острого нарушения кровоснабжения в кавернозных образованиях [1, 2]. Больные ОНГ предъявляют жалобы на образование на анодерме, боли, жжение,

анальный зуд, выделение крови из ануса [1–5]. Выделяют степени острого геморроя (ОГ): первая (легкая) — тромбоз узла без воспаления; вторая (средняя) — с развитием воспаления; третья (тяжелая) — характеризуется переходом воспаления в подкожную клетчатку, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки, профузным анальным кровотечением [1–4]. Другие осложнения

ОНГ — некроз, рана узла, выделение крови из него [4]. Существует множество вариантов ОНГ: изолированный тромбоз без хронического геморроя (ИТБХГ) [4], размером более или менее 2 см [6], комбинированный геморрой [1–4], одноузловой, многоузловой, напоминающий форму параллелепипеда [3], перианальный тромбоз и тромбированный геморрой [1, 2, 7].

Лечение ОНГ осуществляют консервативными и оперативными методами. Опрос врачей выявил неоднозначное отношение к выбору способа лечения, а также относительный дефицит знаний по этой проблеме [6, 8, 9]. Одни авторы лечат ОНГ консервативно, считая, что при перианальном тромбозе и тромбированном геморрое нет необходимости в хирургическом вмешательстве [7, 10]. Консервативное лечение больных с ОНГ заключается в назначении трибенозида и лидокаиновой мази [11], мезогликана [12], 0,3% нитроглицериновой мази, 1,5% лидокаиновой мази, кеторолака, трометамола. [5, 9]. В клинических рекомендациях Ассоциации колопроктологов России (КРАКР) [1, 2] для лечения ОГ рекомендуют использовать очищенную микронизированную флавоидную фракцию (МОФФ), мази, содержащие инактивированные микробные клетки *E. coli*, гидрокортизон, гепарин натрия, фенилэфрин, лидокаин [1, 2]. В РФ колопроктологи чаще назначают МОФФ (90% диосмина и флавоидов, 10% гепарина) [6, 8]. Большинство авторов применяют хирургическое лечение ОНГ в случае, если с момента от начала заболевания прошло 48–72 ч. Позже 72 ч рекомендовано проведение консервативной терапии с последующим плановым хирургическим лечением [1, 4, 9, 10, 13, 14]. Оценка лечения больных старше 75 лет показала, что наиболее эффективное оперативное лечение — тромбэктомия [5]. Показания к операции у больных с ОНГ не уточнены [2]. По мнению Л.А. Благодарного, при выборе лечения ОГ необходимо учитывать степень тяжести клинических проявлений, длительность заболевания, распространенность тромбоза, наличие некроза слизистой оболочки, выраженность воспаления и отека, наличие сопутствующей патологии. К срочным показаниям к операции при ОНГ относится рецидивирующий, без воспаления ИТБХГ при продолжительности заболевания до 24 ч с момента госпитализации. Больным с ОГ 2-й степени и впервые возникшим редко рецидивирующим течением рекомендовано проводить консервативное лечение, направленное на уменьшение воспаления и болевого синдрома, нормализацию кровотока в пораженном участке как первый этап перед операцией [4].

Цель исследования изучить особенности диагностики и лечения амбулаторных больных с ОНГ-ФО.

Материал и методы

Клиническая часть работы выполнена на базах кафедры госпитальной хирургии Тверского ГМУ. В период с 2017 по 2022 г. к колопроктологу обратились больные с ОНГ-ФО, среди них 50 (51,5%) мужчин и 47 (48,5%) женщин. На молодой возраст (18–44 года) пришлось 66 (68,1%) пациентов, на средний возраст (45–59 лет) — 21 (21,6%), на пожилой (60–74 года) — 9 (9,3%),

а на старческий (75–90 лет) — 1 (1%). Выясняли жалобы на наличие образования и болей в заднем проходе. Изучали интенсивность болей в анусе, определяя по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 баллов. Пациент на градуированной линии длиной 10 см отмечал цифру, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет», правая — «худшая боль, какую можно себе представить» [2]. Выделяли больных, у которых болей нет, больных с легкой болью 1–3 балла, с умеренной 4–6 баллов, с сильной 7–10 баллов [4]. В группе больных «болей нет» часть пациентов предъявляла жалобы на зуд, жжение в области заднего прохода. При наличии у больного выделения из ануса определяли его интенсивность и характер выделений. Выделяли больных с профузными анальными кровотечениями, не останавливающимися после консервативного лечения [2]. Выявление запоров осуществлялось со слов больного в соответствии с Римскими критериями IV. Больной по картинке Бристольской шкалы кала описывал форму кала (тип 1, 2). В том случае, если больной считал кал плотным, но не визуализировал его, диагностировали кал плотный, неуточненный [16].

Анамнез заболевания. Выявляли продолжительность заболевания, возраст больного. Для определения нетрудоспособности больного изучали характер работы — вынужденное длительное сидение за компьютером, за рулем и т.д. или физический труд. У больных с запором изучали характер питания, потребление адекватного количества жидкости и пищевых волокон [2, 16–18].

Физикальное обследование. Больным ОНГ-ФО определяли частоту сердечных и дыхательных сокращений. В период с 2019 по 2022 г. приводили измерение температуры тела. Для исключения постгеморрагической анемии оценивали цвет кожных покровов. При подозрении на анемию, воспалительный процесс назначали клинический анализ крови.

Осмотр и пальпация перианальной области. Пальцевое ректальное исследование проводили после купирования болевого приступа ОНГ-ФО. При ОНГ-ФО тромбированный узел имеет широкое основание, располагающееся слева или справа на анодерме ануса, ось симметрии которого находится в сагитальной плоскости. Тромбоз наружного геморроидального узла (ГУ) без воспаления расценивался как ОНГ-ФО 1. При ОНГ-ФО 2 выявляли признаки воспаления ГУ без перехода на параректальную клетчатку. При проведении исследования мы исходили из описания клинической картины ОНГ [2]. При воспалении и тромбозе наружного геморроидального узла появляется плотное болезненное образование в области ануса с болевым синдромом различной степени выраженности, системной воспалительной реакцией. «Тромбоз наружных геморроидальных узлов является серьезным осложнением геморроя, никогда нельзя забывать о возможности перехода воспаления на окружающие ткани, параректальную клетчатку», а также и того, что «при развитии воспалительных осложнений острого тромбоза геморроидальных узлов с переходом воспалительного процесса на окружающие ткани,

параректальную клетчатку возможно появление общих воспалительных симптомов, таких как повышение температуры тела, лихорадка» [2]. При возможном переходе воспаления на параректальную клетчатку необходимо установить диагноз ОНГ–ФО 3. Для выявления степени ОНГ–ФО оценивали следующие клинические признаки: 1) цвет ГУ: синий, синий с оттенком красного, красный, белый, наличие черного цвета участков; 2) плотность узла: мягкий, плотный, эластичный; 3) выделение крови из ануса; 4) наличие на узле некроза раны; 5) признаки перехода воспаления на окружающие ткани, параректальную клетчатку; 6) максимальная ось симметрии ГУ (измеряли одноразовой линейкой).

Лечение больных с ОНГ–ФО основалось на КРАКР 2015, 2022 гг. При оценке трудоспособности больных с ОНГ–ФО учитывали характер работы – связанность работы с сидением (работники офиса, водители, швеи и т.д.), физической нагрузкой; степень тяжести ОНГ–ФО (1-я, 2-я, 3-я), выраженность болевого синдрома, характер осложнений тромбоза. При невозможности пациентом выполнения работы выдавался лист нетрудоспособности [17, 18]. Часть больных отказывалась от листа нетрудоспособности. Больным назначался повторный осмотр на 3-й, 7-й, 14-й, 21-й дни. Полученные данные заносились в электронную таблицу Excel. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием программ Windows.

Этическая экспертиза. Все пациенты дали согласие на участие в исследовании, обработку персональных данных. Исследование соответствует Хельсинской декларации. Было одобрено на заседании №3 этического комитета ФГБОУ ВО Тверской ГМИ 17.01.2023.

Результаты

ОНГ–ФО выявлен у 97 (100 %) больных, из них локализация овоид слева — 51 (52,6%), справа — 43 (44,3%), слева и справа — 3 (3,1%). Ось симметрии тромбированного узла составляла 18 ± 3 мм. При обращении к колопроктологу пациенты с ОНГ–ФО предъявляли жалобы на боль. У 56 (57,7%) больных был диагностирован ОНГ–ФО 1, у 41 (42,3%) — ОНГ–ФО 2. Выявлены следующие признаки воспаления тромбированного узла и его последствия у больных ОНГ–ФО 2: некроз геморроидального узла у 26 (63,4%) пациентов, гиперемия узла — у 21 (51,3%), выделения крови из геморроидального узла — у 9 (34,7%), реже встречались раны на геморроидальном узле — у 6 (22,8%), эрозии — у 1 (3,8%) пациента. Запоры выявлены у 31 (32%) больного ОНГ–ФО. При изучении причин возникновения запоров выявлено, что у 13 (11,9%) длительное вынужденное сидение, у 14 (45,2%) — нерегулярное питание, у 17 (54,8%) — потребление менее 1,5 л жидкости (характеристики пациентов, особенности клинической картины представлены в табл. 1–5, на рис. 1–5, см. 3-ю стр. обложки).

Лечение больных с ОНГ–ФО

Всем больным с ОНГ–ФО проводилось консервативное лечение. Больным с запорами рекомендовали упо-

треблять 1,5–2 л жидкости, 6 (19,3%) больным был назначен полиэтиленгликоль с молекулярным весом 4000, 4 (12,9%) пациентам — шелуха семян подорожника, плоды сливы домашней, 12 (38,7%) пациентам — шелуха семян подорожника, 1 (3,2%) — лактулоза. Сочетание полиэтиленгликоля с молекулярным весом 4000 с псиллиумом назначено 3 (9,7%) больным. У 13 (31,7%) боль-

Таблица 1

Интенсивность болей при ОНГ–ФО

Интенсивность боли	ОНГ–ФО 1		ОНГ–ФО 2	
	количество	%	количество	%
Болей нет	16	28,6	7	17,1
Легкая	15	26,7	5	12,2
Умеренная	16	28,6	7	17,1
Сильная	9	16,1	22	53,6
Всего:	56	100	41	100

Таблица 2

Сроки обращения больных с ОНГ–ФО к колопроктологу с момента возникновения заболевания

Сроки первичного обращения	Количество	%
До 72 ч от начала заболевания	32	33,0
От 72 ч до 14 дней	56	57,7
С 14 сут до 1 мес.	7	7,2
Позже 1 мес.	2	2,1
Всего:	97	100

Таблица 3

Клинические признаки ОНГ–ФО

Цвет тромбированного геморроидального узла у больных с ОНГ–ФО	ОНГ–ФО 1		ОНГ–ФО 2	
	количество	%	количество	%
Синий цвет	48	85,7	9	21,9
Белый цвет	0	0	1	2,4
Сине-кожный цвет	3	5,4	0	0
Сине-светлый	4	7,1	0	0
Сине-красный	1	1,8	7	17,1
Красный	0	0	14	34,2
Участки черного	0	0	10	24,4
Всего	56	100	41	100

Таблица 4

Плотность тромбированного узла у больных с ОНГ–ФО 1, 2

Плотность узла	ОНГ–ФО 1		ОНГ–ФО 2	
	количество	%	количество	%
Мягкий	4	7,1	6	14,6
Эластичный	31	55,4	2	4,9
Плотный	21	37,5	33	80,5
Всего	56	100	41	100

Таблица 5

Структура критериев запоров у больных с ОНГ–ФО

Критерий	Количество	%
Редкая эвакуация содержимого кишечника (менее 3 раз в неделю)	31	28,4
Изменения консистенции кала по Бристольской шкале формы стула, соответствующей 1-му типу консистенции стула	13	11,9
Изменения консистенции кала по Бристольской шкале формы стула, соответствующей 2-му типу консистенции стула	10	9,2
Кал плотный, неуточненный	8	7,3
Избыточное натуживание, сильные потуги при дефекации	16	14,7
Чувство неполного опорожнения после дефекации	11	10,1
Ощущение блокировки содержимого в прямой кишке	9	8,3
Необходимость ручного пособия для эвакуации кала из прямой кишки — используется удаление кала пальцем, поддержка промежности пальцем	11	10,1
Всего критериев у больных с ОНГ–ФО степени с запорами	109	100

ных выявлено вынужденное сидение, у 14 (45,2%) — нарушение правильного питания, у 17 (54,8%) — употребление фастфуда. Рекомендовано при отсутствии болей каждые 45 мин ходить по 5–10 мин; ограничить потребление фастфуда; питаться в столовой, брать на работу продукты, содержащие клетчатку.

Всем больным с ОНГ–ФО назначали МОФФ в дозе: 3 таб./сут в течение 4 дней, затем — по 2 таб./сут в течение 4 дней, далее — по 2 таб./сут в течение последующих 3 дней, подобный режим чаще продолжали до 14 дней [2].

Фармакотерапия ОНГ–ФО включала. 1. Больным ОНГ–ФО 1-й степени — мази, содержащие гепарин натрия, преднизолон, лауромакрогол, и мазь, содержащую гепарин натрия. 2. 41 (42,3%) пациенту назначали мази, содержащие инактивированные микробные клетки *E. coli*, гидрокортизон, 4 (4,1%) пациентам — мазь, содержащую флуокортолон и лидокаин, 2 (2,0%) — содержащую фенилэфрин. 3. Анальгетики, которые назначались не более 5 дней. Анальгезия боли зависела от ее интенсивности. По мере уменьшения ее интенсивности снижались дозы анальгетика и препарата. Пациентам с сильной болью терапия проводилась многоступенчато. На первом приеме назначали кеторолак 30 мг внутримышечно 2–3 раза в сутки. По мере снижения боли назначали анальгетик в зависимости от интенсивности болей. Пациентам с умеренной болью назначали *per os*

нимесулид, с легкой болью — *per os* парацетамол. 4. При кровотечении из узла *per os* на 3–5 дней назначали трамексамовую кислоту 17 (70,7%) больным, 3 (12,5%) получали этамзилат натрия. Особенности местного лечения у больных ОНГ–ФО представлены в табл. 6.

Ближайшие результаты лечения

ОНГ–ФО 1. Повторно обратились и лечились 11 (11,3%) больных, из них 3 (3,1%) было оперировано, при этом средние сроки лечения составили 8 дней. В эти сроки тромбированный узел уменьшился в среднем до 5 мм, был мягким, безболезненным, часто фрагментировался. Продолжительность лечения после операции составила 11 дней.

ОНГ–ФО 2. Повторно обратились 31 (32%) пациент, при этом 26 (26,8 %) пациентов были нетрудоспособны. Длительность при консервативном лечении у больных в среднем была 11 дней. За время лечения от узла отделился струп, рана эпителизовалась, выделение крови прекратилось, болевой синдром купировался. Тромбированный узел уменьшился до 6 мм от исходного, был безболезненным, чаще уплотненным, выделение крови прекращалось.

Нетрудоспособность больных с ОНГ–ФО. Лист нетрудоспособности (ЛН) выдавался 26 (26,8 %) больным с ОНГ–ФО 2, которым проводилось консервативное лечение. В среднем временная нетрудоспособность со-

Таблица 6

Местное лечение у больных с ОНГ–ФО

Местное лечение у больных с ОНГ–ФО с использованием мазей	ОНГ–ФО 1		ОНГ–ФО 2	
	количество	%	количество	%
Гепатортомбин Г (гепарин натрия, преднизолон, лауромакрогол 600)	52	92,8	0	0
Гепариновая мазь (гепарин натрия, бензокаин, бензилникотинат)	4	7,1	0	0
Постеризан форте (инактивированные микробные клетки <i>E. coli</i> , гидрокортизон)	0	0	23	56,1
Постеризан (инактивированные микробные клетки <i>E. coli</i>)	0	0	12	29,3
Релиф ПРО (лидокаин, флуокортолон)	0	0	4	9,7
Релиф (фенилэфрин)	0	0	2	4,8
Всего	56	100	41	100

ставляла 12 дней, минимальная — 4 дня, максимальная — 21 день [17, 18]. Показанием для выдачи больным ЛН с ОНГ–ФО 2 являлось сочетание характера работы, выраженности болевого синдрома и воспалительных процессов в тромбированном геморроидальном узле. У 6 (23 %) работа была связана с тяжелой физической нагрузкой, у 15 (57,7%) больных — с длительным сидением (работники офиса, водители, швеи и т.д.), у 5 (19,3%) тяжелый труд на работе сочетался с сидением. Боль при обращении к колопроктологу в среднем по ВАШ составляла 6 баллов. Осложнения, приводящие к нетрудоспособности, выявлены у 26 (26,8 %) больных. Из осложнений у больных ОНГ–ФО 2 преобладали некроз геморроидального узла — у 10 (37,5%) и выделения крови из геморроидального узла — у 9 (34,7%) пациентов, реже встречались раны на геморроидальном узле — у 6 (22,8%), эрозии — у 1 (3,8%) пациента.

Обсуждение

Введенный ранее термин ОНГ в форме параллелепипеда не корректен, поэтому был заменен на ОНГ–ФО в форме овоида. Большинство (89,7%) больных с ОНГ–ФО, обратившихся к колопроктологу, были молодого и среднего возраста, что соотносится с данными более ранних данных литературы [3]. 33% больных обратились к колопроктологу до 3 сут от начала заболевания, 57,7% в период от 4 до 14 сут, тогда как больные с другими формами ОНГ — у 9,7 и 55% соответственно [3]. Таким образом больные ОНГ–ФО чаще, чем пациенты с другими формами ОНГ, обращались к колопроктологу в сроки до 3 сут от начала заболевания, что, возможно, связано с более тяжелым течением заболевания.

Жалобы. Все больные жаловались на образование в заднем проходе [2]. У больных ОНГ–ФО 1 сильная боль выявлена у 16,1 %, умеренная — у 28,6%, легкая боль — у 26,7%, болей не было у 28,6%. У больных ОНГ–ФО 2 сильная боль наблюдалась у 53,6%, умеренная — у 17,1%, легкая боль — у 12,2%, болей не было — у 17,1%. У больных другими формами ОНГ сильная боль — у 34,7%, умеренная — у 40,3% и легкая боль — у 14,5%, отсутствие болей у 10,5% [3]. Полученные данные показали, что сильная боль чаще отмечалась у больных ОНГ–ФО 2, чем у больных с ОНГ–ФО 1 и с другими формами ОНГ, возможно, именно более сильная боль заставляла больных с ОНГ–ФО 2 обращаться в более ранние сроки. У больных ОНГ–ФО запоры выявляются чаще, чем в популяции — 32,0 и 12–19% соответственно [16]. В структуре критериев запора наиболее распространены следующие: избыточное натуживание, сильные потуги при дефекации, которые выявлены у 16 (14,7%) пациентов, что, очевидно, связано с выделением при дефекации кала типа 1 у 13 (11,9%) больных, типа 2 — у 10 (9,2%), кал плотный, неуточненный у 8 (7,3 %). Возможными причинами возникновения запоров у 13 (11,9%) являлась длительное вынужденное сидение, у 14 (45,2%) больных — нерегулярное питание, у 17 (54,8%) — потребление менее 1,5 л жидкости. При ОНГ–ФО необходимо проводить терапию, направленную на формирование

кала типа 3. Лечение также было направлено на увеличение приема жидкости и нормализацию двигательного режима, что соответствует данным литературы [1, 2].

Физикальное исследование показало на опасность развития у больных ОГ 3-й степени общей воспалительной реакции на гнойно-воспалительный процесс, что свидетельствует о локальном воспалении тромбированного узла.

Осмотр и пальпация анодермы. Исследование показало, что у 85,7% больных ОНГ–ФО 1 тромбированный узел имел синий цвет узла или с оттенком красного, в 62,5% узел был эластичным или мягким. У 63,4% больных ОНГ–ФО 2 выявлены участки черной окраски — маркер некроза, у 34,2% цвет узла был красный или с оттенком синего, у 2,4% — белый, у 88 % узел был плотным. ОНГ описывают в виде «плотного болезненного образования» в области наружных геморроидальных узлов» [2] синей или белой окраски [4]. По нашим данным, основными маркерами воспаления у больных ОНГ–ФО 2 были некроз геморроидального узла — у 10 (37,5%) пациентов и выделения крови из геморроидального узла — у 9 (34,7%) пациентов, реже встречались раны на геморроидальном узле — у 6 (22,8%), эрозии — у 1 (3,8%) пациента [2].

Перехода воспаления за пределы узла не было. По сравнению с ОНГ у больных ОНГ–ФО более часто возникают воспалительные осложнения на тромбированном узле (некроз, рана, выделение крови из узла). Клиническим признаком у больных ОНГ–ФО 1 в большинстве случаев является синий цвет тромбированного узла, имеющего эластичную или мягкую консистенцию. Главными признаками ОНГ–ФО 2 являлись последствия локального воспаления тромбированного узла без перехода на параректальную клетчатку, такие как гиперемия узла, некроз, рана, эрозия, выделение крови из узла. У 56 (57,7%) был выявлен ОНГ–ФО 1, у 41 (42,3%) больного — ОНГ–ФО 2. Больные ОНГ–ФО 1 в 15,4% случаев чаще обращались к колопроктологу, чем больные ОНГ–ФО 2.

Лечение. Существует относительный дефицит знаний в выборе показаний к оперативному, а значит, и консервативному лечению ОГ [6, 8, 9]. Авторы предлагают самые разнообразные варианты лечения больных ОНГ [4, 7, 9, 10]. Одна точка зрения заключается в том, что оперативное лечение ОНГ применяют в случае, если с момента начала заболевания прошло 48–72 ч [9]. Л.А. Благодарный считает, что больным с ОГ 2-й степени необходимо проводить консервативное лечение как первый этап подготовки к операции [4]. Другие авторы считают, что при перианальном тромбозе и тромбированном геморрое нет необходимости в хирургическом вмешательстве [7, 10]. Проводя лечение больных ОНГ–ФО, придерживались КРАКР 2015, 2020 гг. На основании КРАКР 2015 г. до 2018 г. было оперировано 3 больных ОНГ–ФО 1. С 2019 г. больным проводилось только консервативное лечение. Исходили из того, что лечение пациента с тромбозом наружного геморроидального узла требует крайне серьезного отношения врача [2]. Вместе с тем в РФ не выработаны показания к оперативному

и консервативному лечению больных ОНГ [2]. Всем больным ОНГ–ФО назначали МОФФ [2].

Особенности местного лечения заключаются в следующем.

1. Больным ОНГ–ФО 1 местное лечение было направлено на лечение тромбоза и профилактику его воспаления. Для этого назначали мазь, содержащую гепарин натрия, преднизолон, лауромакрогол, или мазь, содержащую гепарин натрия.

2. Больным ОНГ–ФО 2 местное лечение было направлено на ликвидацию воспаления узла и его осложнений, выделения крови. Назначали мази, содержащие инактивированные микробные клетки *E. coli*, гидрокортизон, а также мази, содержащие флуокортолон и лидокаин, фенилэфрин. При выделении крови из узла чаще назначали *per os* транексамовую кислоту, или этамзилат натрия. Анальгетики назначали в зависимости от интенсивности боли.

Лечение запоров. Больным без болей или с легкой болью рекомендовано избегать физического труда, при длительном вынужденном сидении — периодически вставать и двигаться. Рекомендовали нормализовать питание и питьевой режим. Назначали полиэтиленгликоль с молекулярным весом 4000, шелуху семян подорожника, плоды сливы домашней, лактулозу.

Выводы

Под ОНГ–ФО подразумевают тромбированный узел с широким основанием, расположенный на 8,3% чаще слева, чем справа на анодерме ануса, с осью симметрии в сагиттальной плоскости протяженностью 18 ± 3 мм. Мужчины и женщины одинаково часто страдают ОНГ–ФО, в большинстве случаев в молодом, реже в среднем возрасте. Более половины больных ОНГ–ФО обращаются к колопроктологу в период от 4 дней до 2 нед., треть больных обращаются до 3 сут от начала заболевания. Больные ОНГ–ФО 1 на 15,7% чаще обращались к колопроктологу, чем ОНГ–ФО 2. Больные ОНГ–ФО 3 не наблюдались. При поведении физикального исследования у больных ОНГ–ФО 1 характерен синий цвет эластичного или мягкого узла. Главными диагностическими критериями ОНГ–ФО 2 являются последствия локального воспаления тромбированного узла в виде его гиперемии, некроза, раны на нем, выделение крови из него.

Нами использовалась следующая схема лечения больных ОНГ–ФО. Базовым методом является назначение МОФФ [4]. Местное лечение больным ОНГ–ФО 1 было направлено на лечение тромбоза и профилактику его воспаления с использованием мазей, содержащих гепарин натрия, преднизолон. У больных ОНГ–ФО 2 терапия была направлена на ликвидацию воспаления узла и его осложнений, выделения крови из него. Для этого использовались мази, содержащие инактивированные микробные клетки *E. coli*, гидрокортизон, реже мазь, содержащую фенилэфрин. При выделении крови из узла чаще назначали *per os* транексамовую кислоту или этамзилат натрия. Анальгетики назначали в зависимости от интенсивности боли. У трети больных ОНГ–ФО

выявлены запоры, которые чаще проявлялись плотным калом и избыточным натуживанием. Лечение запоров было направлено на активизацию больного, нормализацию питания и питьевого режима. Больным назначали полиэтиленгликоль с молекулярным весом 4000, псиллиум, лактулозу.

Ближайшие результаты лечения. У больных ОНГ–ФО средняя продолжительность лечения 8–12 дней. Критериями выздоровления являлись отсутствие болей в анусе, уменьшение мягкого, реже плотного, безболезненного узла до 5 мм от исходного. 26,8% больных ОНГ–ФО 2 были нетрудоспособны. Предложенные методы диагностики и консервативного лечения являются эффективными у больных с ОНГ–ФО. Основной метод лечения больных с ОНГ–ФО — консервативный.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Шельгин Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология. Под ред. Ю.А. Шельгина. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2015. [Shelygin Ju.A. Clinical guidelines. Coloproctology. Ed. Yu.A. Shelygin. Moscow, GEOTAR-Media, 2015. (In Russian)].
- Шельгин Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология. Под ред. Ю.А. Шельгина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. [Shelygin Ju.A. Shelygin Ju.A. Clinical guidelines. Coloproctology. Ed. Yu.A. Shelygin. Moscow, GEOTAR-Media, 2020. (In Russian)].
- Ломоносов Д.А., Ломоносов А.Л., Волков С.В., Голубев А.А. Особенности клинического течения и тактики лечения острого наружного геморроя в амбулаторно-поликлинических условиях. *Журнал исследования и практика в медицине*. 2020;7(2):144–153. [Lomonosov D.A., Lomonosov A.L., Volkov S.V., Golubev A.A. Clinical current features and treatment tactics of acute external hemorrhoids in outpatient and polyclinic conditions. *Research 'n Practical Medicine Journal*. 2020;7(2):144–153. (In Russian)]. DOI: 10.17709/2409-2231-2020-7-2-13
- Благодарный Л.А. Осложненный геморрой: диагностика и лечение. *Амбулаторная хирургия*. 2015;3–4:59–60. [Blagodarnyj L.A. Complicated hemorrhoids: diagnosis and treatment. *Ambulatory surgery*. 2015;3–4:29–34. (In Russian)].
- Eberspacher Ch., Mascagni D., Antypas P., Grimaldi G., Fralleone L., Pontone S., Sorrenti S., Pironi D. External hemorrhoidal thrombosis in the elderly patients: conservative and surgical management. *Minerva Chir.* 2020;75(2):117–120. DOI: 10.23736/S0026-4733.18.07724-6
- Garmanova T.N., Bredikhin M.I., Kazachenko E.A., Alekberzade A.V., Tulina I.A., Tsarkov P.V. Treatment of thrombosed external hemorrhoids in Russia: an online survey. *Tech. Coloproctol.* 2020;24:987–988. DOI: 10.1007/s10151-020-02287-6
- Hardy A., Cohen C.R.G. The acute management of haemorrhoids. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2014;96:508–511. DOI: 10.1308/003588414X13946184900967
- Alldinger I., Poschinsky Z., Hansera S., Helmes S. Perianal thrombosis: there is no need for surgical intervention. *Surgery of the Langenbeck arch.* 2022;407(3):1251–1256. DOI: 10.1007/s00423-021-02415-2
- Родин А.В., Привольнев В.В., Даниленков Н.В. Консервативное лечение острого геморроя. Результаты анкетирования хирургов России. *Колопроктология*. 2018;(4):5–57. [Rodin A.V., Privolnev V.V., Danilenkov N.V. Conservative local and systematic treatment of acute hemorrhoids (Results of an anonymous survey of surgeons in Russia). *Koloproktologia*. 2018;(4):50–57. (In Russian)]. DOI: 10.33878/2073-7556-2018-0-4-50-57
- Sammarco G., Trompetto M., Gallo G. Thrombosed external haemorrhoids: a clinician's dilemma. *Reviews on Recent Clinical Trials*. 2019;14(4):232–234. DOI: 10.2174/1574887114666190927163646

11. Tetsuo Yamana. Japanese Practice Guidelines for Anal Disorders I. Hemorrhoids. *J. Anus Rectum Colon*. 2017;1(3):89–99. [Electronic resource]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6768674>
12. Trukhan D.I., Degovtsov E.N., Belkina L.V. Conservative treatment of hemorrhoids: focus on combination tribenoside and lidocaine. *Ambulatory Surgery*. 2019;(1–2):106–111. DOI: 10.21518/1995-1477-2019-1-2-106-111
13. Gallo G., Mistrangelo M., Passera R., Testa V., Pozzo M., Perinotti R., Lanati, Lazzari I., Tonello P., Uglione E., Luca E.D., Luc A.R., Clerico G., Trompetto M. Efficacy of mesoglycan in pain control after excisional hemorrhoidectomy: a pilot comparative prospective multicenter study. *Gastroenterology Research and Practice*. 2018;2018:1–8. DOI: 10.1155/2018/6423895
14. Mott T., Latimer K., Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options. *American Family Physician*. 2018;97(3):172–179.
15. Nyst J.F. Hemorrhoidal thrombosis: treatment at the consulting room. *Rev. Med. Brux*. 2015;36(4):278–80.
16. Когония Л.М., Новиков Г.А., Орлова Р.В., Сидоров А.В., Королева И.А., Сакаева Д.Д. Практические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у взрослых онкологических больных. *Злокачественные опухоли*. 2021;3:2–2. [Kogoniya L.M., Novikov G.A., Orlova R.V., Sidorov A.V., Koroleva I.A., Sakaeva D.D. Prakticheskie rekomendacii po lecheniyu khronicheskogo bolevogo sindroma u vzroslykh onkologicheskikh bolnykh. *Zlokachestvennyye opuxoli*. 2021;3:2–2. [Electronic resource]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prakticheskie-rekomendatsii-po-lecheniyu-hronicheskogo-bolevogo-sindroma-u-vzroslykh-onkologicheskikh-bolnykh>
17. Плотникова Е.Ю., Краснов К.А. Запоры нужно лечить. *Медицинский совет*. 2018;14:61–66. [Plotnikova E.Yu., Krasnov K.A. Zapory nuzhno lechit. *Meditsinskij sovet*. 2018;14:61–66. (In Russian)]. [Electronic resource]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zapory-nuzhno-lechit>
18. Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 29.12.2006 № 255-ФЗ (последняя редакция). [Federal law «On compulsory social insurance in case of temporary disability and in connection with motherhood» 29.12.2006 N 255-FZ (poslednyaya redakciya). (In Russian)]. [Electronic resource]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64871
19. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ (последняя редакция). [Federal Law «On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation» dated November 21.11.2011 N 323-FZ (In Russian)]. [Electronic resource]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895
Поступила 31.01.2023

Информация об авторах/Information about the authors

Ломоносов Андрей Лотович (Lomonosov Andrey L.) — канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России

Голубев Александр Александрович (Golubev Alexander A.) — канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России

Куканова Мария Александровна (Kukanova Maria A.) — студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России

Хоменчук Анастасия Алексеевна (Khomechuk Anastasia A.) — студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России

Хушаков Азиз Худоназарович (Khushakov Aziz H.) — студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России

Ломоносов Георгий Денисович (Lomonosov Georgy D.) — студент ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет»