

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024

Ломоносов Д.А.¹, Ломоносов А.Л.¹, Казаков А.Ю.¹, Воронин А.С.¹, Ломоносов Г.Д.²**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОДНОУЗЛОВЫМ ТРОМБОЗОМ НАРУЖНЫХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ**¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия²ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет», Тверь, Россия

Одноузловой тромбоз наружных геморроидальных узлов (ТНГУ-ОУ) выявлен в 81,4% случаев всех форм тромбоза. **Цель.** Разработать алгоритмы лечения больных с ТНГУ-ОУ. **Материал и методы.** Изучение данных 362 амбулаторных пациентов с ТНГУ-ОУ показало, что 81,5% пациентов обратились к колопроктологу позже 3 суток от начала тромбоза. У 81,3% боль в анусе отсутствовала или носила слабый/умеренный характер. ТНГУ-ОУ первой степени (ТНГУ-ОУ-1) выявлен у 91,7% пациентов, ТНГУ-ОУ второй степени (ТНГУ-ОУ-2) — у 8,3%, у 305 (84,3%) больных ТНГУ-ОУ визуализировался на неизмененной анодерме. Запоры выявлены у 14,4% больных. Особенности воспаления у больных ТНГУ-ОУ-2: 1 — размеры некроза до 5 мм; 2 — незначительное выделение гноя, крови. **Результаты.** Консервативное лечение является основным методом лечения больных с ТНГУ-ОУ. Использование алгоритма консервативного лечения позволило вылечить 340 (93,9%) больных, в сроки от 7 до 19 дней. 22 (6,1%) больных с ТНГУ-ОУ-1, с ТНГУ-ОУ-2 после купирования воспаления оперированы. У 45 (9,7%) больных, несмотря на отказ от операции, также наступило выздоровление. Ограничения выполнения операций в поликлинике: 1 — успешность консервативного лечения; 2 — отсутствие условий для выполнения операций в поликлинике; 3 — частые отказы больных от операции. Срок нетрудоспособности в послеоперационном периоде составил 12 ± 1 день. **Вывод.** Алгоритмы лечения больных с ТНГУ-ОУ позволяют сбалансированно использовать консервативные или оперативные методы лечения.

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

Для цитирования: Ломоносов Д.А., Ломоносов А.Л., Казаков А.Ю., Воронин А.С., Ломоносов Г.Д. Тактика ведения больных с одноузловым тромбозом наружных геморроидальных узлов. Клиническая медицина. 2024;102(7):550–556.

DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2024-102-7-550-556>

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

Denis A. Lomonosov¹, Andrey L. Lomonosov¹, Andrey Yu. Kazakov¹, Andrey S. Voronin¹, Georgy D. Lomonosov².

TACTICS FOR MANAGING PATIENTS WITH UNINODULAR THROMBOSIS OF EXTERNAL HEMORRHOIDAL NODES

¹Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver, Russia

²Tver State University, Tver, Russia

Uninodular thrombosis of external hemorrhoidal nodes (UTHN) was identified in 81.4% of all forms of thrombosis. **Objective.** To develop treatment algorithms for patients with UTHN. **Material and methods.** An analysis of data from 362 outpatient patients with UTHN showed that 81.5% sought help from a proctologist more than 3 days after the onset of thrombosis. In 81.3% of cases, anal pain was absent or mild/moderate in nature. First-degree UTHN (UTHN-1) was found in 91.7% of patients, while second-degree UTHN (UTHN-2) was present in 8.3%. In 305 (84.3%) patients, UTHN was visualized on unchanged anoderm. Constipation was noted in 14.4% of patients. The characteristics of inflammation in patients with UTHN-2 included: 1 — necrosis size up to 5 mm; 2 — slight discharge of pus or blood. **Results.** Conservative treatment is the primary method for managing patients with UTHN. The use of a conservative treatment algorithm allowed for the recovery of 340 (93.9%) patients within a timeframe of 7 to 19 days. Twenty-two (6.1%) patients with UTHN-1 and UTHN-2 underwent surgery after inflammation subsided. In 45 (9.7%) patients, despite refusing surgery, recovery also occurred. Limitations on performing surgeries in outpatient settings include: 1 — the success rate of conservative treatment; 2 — lack of facilities for performing surgeries in outpatient clinics; 3 — frequent refusals by patients for surgery. The period of disability during the postoperative period averaged 12 ± 1 days. **Conclusion.** Treatment algorithms for patients with UTHN allow for a balanced use of conservative or surgical treatment methods.

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

For citation: Lomonosov D.A., Lomonosov A.L., Kazakov A.Yu., Voronin A.S., Lomonosov G.D.. Tactics of management of patients with single-node thrombosis of external hemorrhoids. *Klinicheskaya meditsina*. 2024;102(7):550–556.

DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2024-102-7-550-556>

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

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

Acknowledgments. The study had no sponsorship

Received 19.02.2024

Accepted 23.04.2024

Тромбоз наружных геморроидальных узлов (ТНГУ) — это патологическое увеличение наружного кавернозного сплетения анального канала с образованием тромбированного геморроидального узла, расположенного

под анодермой. Выделяют три степени ТНГУ: первая (легкая) — тромбоз узла без воспаления; вторая (средняя) — с воспалением; третья (тяжелая) — с переходом воспаления в подкожную клетчатку [1].

Л.А. Благодарный в отдельную группу выделяет однозарядной или многоузловой изолированный тромбоз без хронического геморроя (ИТГУ), который выявляется среди больных с острым геморроем в колопротологическом стационаре у 15,4% пациентов [2]. Другие авторы выделяют аналогичную ИТГУ форму тромбоза — одноузловой ТНГУ-ОУ-1. ТНГУ-ОУ-1 — это изолированный тромбоз единичного геморроидального узла без воспаления и отека. ТНГУ-ОУ-1 среди всех амбулаторных колопротологических больных с ТНГУ выявлен у 62,1% пациентов. Значительно реже исследователи выявляли ТНГУ-ОУ с воспалением единичного геморроидального узла (ТНГУ-ОУ-2) [3].

Консервативное лечение. Ряд авторов считает, что консервативное лечение ТНГУ эффективно. Больным не показано оперативное лечение, т.к. нет никаких доказательств его преимуществ [4, 5]. У больных с ТНГУ, если диагноз поставлен позже 72 ч с момента начала заболевания, консервативное лечение было эффективно т.к. боль и отек исчезали в течение следующих 7 дней. Полностью тромбированный узел исчезает через 2–3 нед. путем его резорбции [6].

Клинические рекомендации ассоциации колопротологов России (КРАКР) говорят о том, что у больных при остром тромбозе геморроидального узла(ов) консервативная терапия, направленная на купирование болевого синдрома и воспалительного процесса, рекомендована в следующих случаях: 1) циркулярный тромбоз с выраженным отеком и воспалением окружающих тканей; 2) срок от начала заболевания до момента выбора тактики лечения превышает 72 ч [7].

Метаанализ показал, что применение микрогенизированной флавоноидной фракции в лечении геморроидальной болезни способствует уменьшению симптомов геморроя [8]. Анонимное анкетирование 102 врачей-хирургов широкого профиля показало, что большинство специалистов считают необходимым назначение системных флеботоников. Из системных венотоников наиболее часто назначался препарат «микрогенизированной флавоноидной фракции (диосмин + флавоноиды в пересчете на гесперидин) (МОФФ)» [9]. КРАКР для лечения острого геморроя рекомендует использовать МОФФ, доза при остром геморрое — 3 таб./сут в течение 4 дней, затем — по 2 таб./сут в течение последующих трех дней; рекомендуемая доза при хроническом геморрое — 1 таб./сут. Для местного лечения острого геморроя предлагается использовать мази, содержащие инактивированные микробные клетки *E. coli*, гидрокортизон, гепарин натрия, глюкокортикоиды, фенилэфирин, лидокаин, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [1].

Оперативное лечение ТНГУ. J.F. Nyst считает, что пероральные или местные медикаментозные методы лечения редко эффективны, а удаление тромба или иссечение наружного геморроидального узла — простая процедура, которую можно выполнить в консультативном кабинете. Он уверен в том, что оперативное лечение приносит почти немедленное уменьшение боли, при

этом занимает всего несколько минут и требует минимального оборудования [10]. КРАКР, напротив, указывают на необходимость купирования воспалительного процесса, прежде чем выполнять хирургическое лечение. При остром тромбозе геморроидального узла(ов) рекомендуется выполнение тромбэктомии или иссечение тромбированного узла(ов) при изолированном тромбозе 1–2 наружных геморроидальных узлов или в случае, если срок от момента начала заболевания до момента выбора тактики лечения не превышает 72 ч [7]. Показания для госпитализации в медицинскую организацию: 1) неотложная госпитализация — при остром геморрое с выраженным болевым синдромом; 2) плановая госпитализация — при хроническом течении заболевания или при легком обострении, сопровождающемся умеренным болевым синдромом, локальным тромбозом одного или нескольких геморроидальных узлов, без воспаления окружающих тканей [1]. Л.А. Благодарный описал оперативное лечение больным с ИТГУ, которые составили 15,4% от всех больных и находились в колопротологическом отделении по поводу острого геморроя. Пациентам было осуществлено иссечение тромбированного геморроидального узла по срочным показаниям — в течение 24 ч с момента госпитализации, и чаще — амбулаторно, под местным обезболиванием (видимо, операция проводилась в дневном хирургическом стационаре), с хорошими результатами в 72% случаев [2]. Другие авторы выполняли иссечение тромбированного геморроидального узла в амбулаторных условиях у 11,3% больных — в сроки позже 72 ч от начала заболевания, в случаях безуспешного консервативного лечения [3]. Больным, у которых выявлен ТНГУ в форме «воды», была проведена операция только в 3,1% случаев [11]. Авторы считают, что иссечение тромбированного узла у пожилых людей безопасно и эффективно. При выборе медикаментозного или хирургического метода лечения, тромбэктомия предпочтительнее и хорошо воспринимается пожилыми людьми [12]. Опрос 124 колопротологов и хирургов РФ показал неоднозначное отношение врачей к выбору способа лечения ТНГУ [13].

Итак, несмотря на то, что ТНГУ-ОУ выявляется более чем у 62,1% пациентов среди всех больных с ТНГУ, обратившихся на прием к колопротологу, изучение литературы показало, что клиническая картина заболевания, распространенность, половой состав, сроки обращения больных к колопротологу, интенсивность болевого синдрома, наличие воспаления на тромбированном узле у пациентов с ТНГУ-ОУ недостаточно изучены. В то же время в КРАКР недостаточно освещены причины и возможности выполнения операций в поликлинике: рекомендуется лишь проведение операции пациентам с ТНГУ-ОУ, обратившимся до 72 ч от начала заболевания, но не указаны другие сроки проведения вмешательств [7].

Цель исследования. На основании особенностей клинической картины и консервативного лечения ТНГУ-ОУ уточнить алгоритмы консервативного и хирургического лечения в амбулаторных условиях.

Материал и методы

Клиническая часть работы выполнена на базе кафедры госпитальной хирургии Тверского ГМУ. В период с 2017 по 2020 г. по поводу ТНГУ на амбулаторный прием к колопроктологу обратилось 445 больных, у 362 (81,4%) выявлен ТНГУ. Женщины составили 45,9% (166 пациентов), мужчины — 54,1% (196 пациентов). Возрастной состав больных с ТНГУ-ОУ (распределение больных по возрасту проводилось с использованием классификации ВОЗ) представлен в табл. 1.

Обследование больных включало изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективное обследование больного, в том числе обследование анального канала толстой кишки.

Наиболее характерными жалобами для ТНГУ являются: внезапное появление образования и болей в заднем проходе. Изучали интенсивность болей в анусе, определяя по нумерологической оценочной шкале (НАШ) 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». Выделили следующие группы больных: болей нет, с легкой болью (1–3 балла), с умеренной (4–6 баллов), с сильной (7–10 баллов) [1]. В группе «болей нет» часть пациентов предъявляла жалобы на зуд, жжение в области заднего прохода. Обращали внимание на выделение и интенсивность крови из ануса. При «малоинтенсивном» выделении крови больные предъявляли жалобы на «пачкание» ануса, реже ягодиц и бедер, нижнего белья, туалетной бумаги каплями крови. Оценивали жалобы на наличие анемии, профузного анального кровотечения, ухудшение общего самочувствия (слабость, головокружение). Диагноз «запор» устанавливали на основании жалоб: 1. Редкая эвакуация содержимого кишечника (менее 3 раз в неделю). 2. Отхождение сухого, плотного кала. Больной по картинке Бристольской шкалы кала описывал форму и тип кала. В случае, если больной считал кал плот-

ным, но не визуализировал его, диагностировали кал плотный, неуточненный. 3. Избыточное натуживание, сильные потуги при дефекации. 4. Чувство неполного опорожнения (признак должен встречаться чаще, чем в четверти актов дефекации). 5. Ощущение блокировки содержимого в прямой кишке. 6. Необходимость ручного пособия для эвакуации кала из прямой кишки (признак должен встречаться чаще, чем в четверти актов дефекации). Диагноз запора устанавливали, если присутствует 2 или более признаков [14]. Для получения результатов консервативного лечения у части больных с ТНГУ-ОУ-1, которые не явились на повторный осмотр, обследование проводилось методом собеседования по телефону. Анамнез заболевания: выявляли возраст больного, продолжительность заболевания.

Объективное обследование больного проводилось в соответствии с общепринятыми стандартами и рядом особенностей. По показаниям определяли частоту сердечных и дыхательных сокращений, АД, измерялась температура тела. Обследование анального канала заключалось в осмотре и пальпации тканей анального канала и прилежащих тканей. Для осмотра тромбированного геморроидального узла стенки анатомического анального канала раздвигались. Оценивали следующие клинические признаки тромбоза наружного геморроидального узла: 1. Цвет: синий, наличие на узле участков черного цвета. 2. Плотность узла: мягкий, плотный. 3. Наличие на узле некроза/раны. 4. Выделение крови, гноя из тромбированного узла. 5. Заживление раны (замещение раневого дефекта эпителием, рубцом), отсутствие крови и гноя.

Критерии невключения: беременные, родильницы, дети. Критерии включения и определения: ТНГУ-ОУ — это одиночный, изолированный тромбированный узел, локализованный в пределах анодермы, имеющий четкие границы, в форме «узла» (круга или овоща, максимальная ось которого находится в радиальной плоскости). ТНГУ-ОУ-1 — тромбированный узел без признаков воспаления, синего цвета, плотный или мягкой консистенции. Формы ТНГУ-ОУ: 1. Первая форма — тромбированный узел отчетливо визуализируется на неизмененной анодерме. 2. Вторая форма — тромбированный узел локализуется в остаточной кожной бахромке. 3. Третья форма — тромбированный узел пальпируется пальцем, визуализируется на неизмененной анодерме только при проведении аноскопии. ТНГУ-ОУ-2 — локально воспаленный тромбированный узел, чаще плотной консистенции, сине-красного цвета, реже синий с участком некроза черной окраски или раны, иногда с выделением крови из узла. Размеры некроза, раны измеряли с помощью одноразовой миллиметровой линейки. Пальцевое ректальное исследование выполняли больным без болей в анусе, с легкими болями, после выздоровления. Инструментальные диагностические исследования. Больным с ТНГУ безболевой формы, с легкими болями, а также после выздоровления выполнялась аноскопия. Ориентиром анатомического анального канала являлись анальные сосочки в проксимальном направлении за-слонки. В дистальном направлении — анокожная линия.

Таблица 1. Возрастной состав пациентов с одноузловым тромбозом наружных геморроидальных узлов

Table 1. Age composition of patients with uninodular thrombosis of external hemorrhoidal nodes

Возраст Age	Количество Number	%
Моложе 17 лет/Under 17 years	0	0
Молодой возраст. От 18 до 44 лет Young age (18 to 44 years)	211	58,3
Средний возраст. От 44 до 60 лет Middle age (44 to 60 years)	113	31,2
Пожилой возраст. От 60 до 75 лет Elderly age (60 to 75 years)	37	10,2
Старческий возраст. От 75 до 90 лет Old age (75 to 90 years)	1	0,3
Долгожители. Старше 90 лет Long-living persons (over 90 years)	0	0
Всего/Total	362	100

Анодерма имеет светло-розовый оттенок, без сальных желез, визуализируются наружные геморроидальные узлы. После выздоровления больным назначали ректоманоскопию или видеоколоноскопию.

Консервативное лечение проводилось всем пациентам с ТНГУ-ОУ. Алгоритм консервативной терапии включал обязательное назначение всем больным МОФФ 3 таб./сут в течение 4 дней, затем по 2 таб./сут в течение последующих 3 дней. При отсутствии эффекта от лечения — по 2 таблетки в день до 14 дней. Лечение болевого синдрома осуществляли ступенчато, в зависимости от интенсивности боли: при легкой степени назначали мазь с лидокаином или бензокаином; при умеренных болях — *per os* НПВП (не более 5 дней); при сильных болях внутримышечно кеторолак (трометамин) 30 мг 2–3 раза в сутки до стихания симптомов (не более 5 дней). Больным с запорами назначали псилиум, реже лактулозу, макрогол с контролем выпитой жидкости (от 1,5 до 2 л). Назначали консультацию гастроэнтеролога или терапевта. Местное лечение больных с ТНГУ-ОУ-1 заключалось в назначении мази, содержащей: гепарин натрия, бензокайн, бензилникотинат. Пациентам с ТНГУ-ОУ-2 назначали мазь с инактивированными микробными клетками *E. coli*/гидрокортизона до 2 нед., при выделении крови из тромбированного узла назначали суппозитории с фенилэфрином. При отсутствии эффекта от консервативного лечения больным, после получения согласия, выполнялась операция.

Алгоритм хирургического лечения. Алгоритм составлен с учетом КРАКР. При обращении больных в сроки до 72 ч, всем больным с ТНГУ-ОУ предлагали оперативное лечение. Показаниями к операции являлись: 1. Поступление к колопроктологу в сроки до 72 ч от начала заболевания; 2. Наличие условий для выполнения операции; 3. Сильная, некупирующаяся боль в анусе; 4. Невозможность устранения причин вызвавших ТНГУ-ОУ (нормализовать деятельность желудочно-кишечного тракта, устраниить запоры, нормализовать гигиенический режим, длительное сидение, подъем тяжести); 5. Изолированный тромбоз наружного геморроидального узла; 6. Рецидивирующий ТНГУ до 2–3 раз в течение года, особенно если тромбоз локализуется в одном месте; 6. Отсутствие эффекта от консервативного лечения у больных. 7. Отсутствие хронических заболеваний в стадии декомпенсации, тяжелых органных дисфункций. У пациентов с ТНГУ-ОУ-2 операция выполняется только после купирования воспаления на анодерме тромбированного узла. Перед операцией должны соблюдаться следующие требования: 1. Письменное согласие на проведение операции. 2. Наличие в хирургическом отделении дневного стационара или дневного стационара в поликлинике [15]. 3. Перед операцией больной должен быть обследован (клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на ВИЧ, RW, HBsAg, а-HCV, сахар крови, креатинин, билирубин). При выявлении сопутствующих заболеваний рекомендуется консультация терапевта. 4. Отсутствие воспаления на тромбированном узле.

Пациентам выполняли малоинвазивные вмешательства: иссечение наружного тромбированного узла или

тромбэктомию под местной инфильтрационной анестезией. Больным с ТНГУ-ОУ, отказавшимся от операции, проводили консервативное лечение. В послеоперационном периоде лечение больных осуществляли, ориентируясь на КРАКР. Оценка результатов лечения. Больным с ТНГУ-ОУ-1 повторная консультация назначалась через 3, 7, 9, 14 дней; с ТНГУ-ОУ-2 и после операции — проводилась через 3, 7, 14, 21 дня. Критерии выздоровления: 1. Больной считает себя здоровым. 2. Отсутствовали боли в анусе. 3. Отсутствовал тромбированный узел. 4. Больной считает себя здоровым несмотря на то, что на анодерме был небольшой безболезненный, неощущимый пациентом, тромбированный геморроидальный узел. 5. Отсутствует воспаление в тромбированном геморроидальном узле. Статистические расчеты основывались на ресурсах программного обеспечения Microsoft Excel 2010.

Результаты

Сроки обращения больных с ТНГУ-ОУ к колопроктологу: до 72 ч от начала заболевания обратилось 67 (18,5%) пациентов, после — 295 (81,5%). Интенсивность болевого синдрома: у 52 (14,4%) пациентов болей в анусе не было, у 56 (15,5%) она носила легкий характер, у 186 (51,4%) — умеренный и лишь у 68 (18,7%) была выраженной. Формы ТНГУ-ОУ: у 305 (84,3%) больных ТНГУ-ОУ визуализировался на неизмененной анодерме; у 32 (8,8%) — локализовался в остаточной кожной бахромке; у 25 (6,9%) — тромбированный узел, визуализирующийся на неизмененной анодерме (во время проведения аноскопии), пальпировался при пальцевом ректальном исследовании; ТНГУ-ОУ-1 выявлен у 332 (91,7%), ТНГУ-ОУ-2 — у 30 (8,3%) больных.

Структура воспалительных осложнений у больных с ТНГУ-ОУ-2 продемонстрирована в табл. 2.

Размеры некроза и раны не превышали 5 мм. Выделение крови было малоинтенсивным, выделения гноя на поверхности раны или некроза было незначительным.

Запоры выявлены у 51 (14,4%) больного (табл. 3).

Таблица 2. Структура воспалительных осложнений у больных с ТНГУ-ОУ-2

Table 2. Structure of inflammatory complications in patients with UTHN-2

Осложнения Complications	Количество Number	%
Эрозия/Erosion	1	1
Некроз кожи/Skin necrosis	30	28,9
Разрыв тромбированного узла, частичное отделение струпа, раны Rupture of thrombus node, partial detach- ment of scab	26	25
Кровотечение из-под струпа Bleeding under the scab	16	15,2
Некротизированный узел на ножке Necrotized node on a pedicle	1	1
Незначительное выделение гноя из раны Minor purulent discharge from wound	30	28,9
Всего/Total	104	100

Таблица 3. Структура критерииев запора у больных ТНГУ-ОУ

Table 3. Structure of constipation criteria in patients with UTHN

Критерий Criterion	Количество критерииев Number of Criteria	%
Редкая эвакуация содержимого кишечника (менее трех раз в неделю) Rare evacuation of intestinal contents (less than three times a week)	8	5,8
Отхождение кала тип 1 — кал, похожий на горох, фасоль, гречий орех Stool type 1 — stool resembling peas, beans, walnuts	21	15,2
Кал тип 1, 2 — кал в форме «саурдельки», «кореха», «пробки» в виде плотного кала, после чего отходил мягкий кал Stool types 1, 2 — stool in the form of «sausage», «nut», «plug» (dense stool followed by soft stool)	18	13,1
Неуточненный плотный кал Unspecified hard stool	21	15,2
Избыточное натуживание, сильные потуги при дефекации Excessive straining, strong efforts during defecation	33	24,6
Чувство неполного опорожнения Feeling of incomplete evacuation	15	10,8
Ощущение блокировки содержимого в прямой кишке Sensation of blockage of contents in the rectum	14	10,2
Необходимость ручного пособия для эвакуации кала из прямой кишки — используется удаление кала пальцем, поддержка промежности пальцем (признак должен встречаться чаще, чем в четверти актов дефекации) Need for manual assistance to evacuate stool from the rectum (use of a finger for stool removal, support of perineum with a finger); this sign should occur more frequently than in a quarter of defecation acts	7	5,1
Всего/Total	137	100

Лечение больных с ТНГУ-ОУ

Консервативное лечение. Всем больным с ТНГУ-ОУ назначали консервативное лечение. Несмотря на рекомендованное динамическое наблюдение после проведенного консервативного лечения, 261 (72,1%) пациент с ТНГУ-ОУ-1 повторно к врачу не обращались. При проведении собеседования с больными ТНГУ-ОУ-1 по телефону — 50 (13,8%), не явившихся на повторный осмотр, считали себя здоровыми. 101 пациент повторно обратились за помощью и проходили лечение, из них 67 (18,5%) первый раз обращались в течение 72 ч от начала возникновения геморроидального тромбоза.

68 (18,7%) больным с сильными болями в анусе (7–8 баллов по НШБ) на приеме колопроктолога назначали внутримышечно кеторолак (трометамин) 30 мг. Далее амбулаторно внутримышечно кеторолак (трометамин) 30 мг 2–3 раза в сутки — до стихания симптомов (не более 5 дней). У 71 (19,6%) человека выявлен ТНГУ-ОУ-1,

у 30 (8,3%) — ТНГУ-ОУ-2. У 79 (21,8%) пациентов консервативное лечение было эффективно — больные выздоровели. У 22 (6,1%) пациентов эффект от лечения был недостаточен. Больные предъявляли жалобы на болезненность в анусе, наличие на анодерме болезненного тромбированного геморроидального узла.

Ближайшие результаты лечения. Консервативное лечение проводилось 362 пациентам. Можно предположить, что использование алгоритма консервативного лечения позволило вылечить 340 (93,9%) больных. Сроки составили от 7 до 19 дней.

Оперативное лечение. Операция проведена 67 (18,5%) больным с ТНГУ-ОУ, которые поступили в сроки до 72 ч от возникновения заболевания. Им после первичной консультации колопроктолога назначена консервативная терапия. Больные, у которых не было эффекта от консервативного лечения, после получения согласия на оперативное вмешательство были оперированы. Операцию выполняли аппаратом ЭХВЧ «ФОТЕК» в режимах: резка, коагуляция или скальпелем. Оперировано 22 (6,1%) пациента: 2 (0,6%) пациентам с ТНГУ-ОУ-1 в первые 2 суток, с сильными некупирующимися болями в анусе, возникшими сразу после выписки из стационара, выполнено иссечение тромбированного узла; 9 (2,5%) больным с ТНГУ-ОУ-1 после первичной консультации колопроктолога, неэффективного консервативного лечения выполнено иссечение наружных геморроидальных узлов или тромбэктомия. 11 (3%) больным с ТНГУ-ОУ-2 выполнено иссечение наружных геморроидальных узлов после обследования, консервативного лечения и ликвидации воспаления на тромбированном узле. 45 (12,4%) больных отказались от операции, они выздоровели после проведения консервативного лечения.

Ближайшие результаты лечения. Больные выздоровели. Нетрудоспособность в послеоперационном периоде составила 12 ± 1 день.

Обсуждение

ТНГУ-ОУ выявлен у 81,4% среди всех больных с ТНГУ, что свидетельствует о наибольшей распространенности данной формы тромбоза. В 324 (89,5%) случаях ТНГУ-ОУ наблюдался у лиц молодого и среднего возраста, что соотносится с данными более ранних обзоров [3]. Обращает на себя внимание поздняя обращаемость пациентов к колопроктологу, что отмечено авторами в более ранних работах [3]. 295 (81,5%) больных обратились в сроки позже 72 ч от начала заболевания. В подавляющем большинстве случаев у больных выявлен ТНГУ-ОУ-1 — 325 (89,8%). У 34 (9,4%) пациентов выявлен ТНГУ-ОУ-2. Некоторые авторы считают, что острый геморрой чаще является осложнением хронического геморроя, при этом они выделяют ИТГУ [2]. У больных с ТНГУ-ОУ тромбированный узел чаще локализовался на неизмененной анодерме (330 (91,2%) пациентов), реже — в остаточной кожной бахромке (32 (8,8%) больных). Только у 68 (18,8%) пациентов регистрировалась сильная боль, в то время как у 186 (51,4%) боли были умеренными, у 56 (15,5%) — легкими, у 52 (14,4%) — отсутствовали,

что соответствует ранее проведенным исследованиям [3]. Особенностью воспалительного процесса у 30 (8,3%) пациентов с ТНГУ-ОУ-2 является его локализация только в тромбированном геморроидальном узле. Размеры раны на узле не превышали 5 мм. Больные с ТНГУ-ОУ-3 не обращались к колопроктологу, что совпадает с ранее проведенными исследованиями [3].

Одной из главных причин ТНГУ-ОУ является запор, который выявлен у 51 (14,4%) больного. Данный симптом наиболее часто отмечается у больных ТНГУ в форме овоида [20]. Избыточное натуживание, необходимость ручного пособия для эвакуации кала из прямой кишки выявлено у 40 (29, 7%) больных, что сочеталось с выделением плотного кала у 60 (43,7%) пациентов. Нарушение транзита кала по кишечнику выявлено только у 8 (5,8%) пациентов, что соотносится с данными, полученными при изучении ТНГУ в форме «овоида» [11]. Полученные данные свидетельствуют о том, что формирование плотного кала обусловлено не нарушением транзита кишечного содержимого, а нарушением пациентами диеты, включая употребление жидкости менее 1,5 л, клетчатки менее 25 г в сутки [1]. Тактика лечения запоров у больных с ТНГУ должна соответствовать КРАКР [1]. В данном исследовании лечение запоров заключалось в следующем: 1. Колопроктолог осуществлял диагностику запора. 2. Назначал препараты, способствующие нормализации консистенции кала, корректировал путевой режим больного, диету 3. Направлял пациентов на консультацию к гастроэнтерологу, терапевту для углубленного обследования и коррекции лечения.

Лечение. Оценка эффективности лечения больных с ТНГУ-ОУ проводилась на основании критерии выздоровления. Консервативное лечение проведено всем 362 пациентам с ТНГУ. Выявлено, что большая часть, 261 (72,1%) больной с ТНГУ-ОУ, не обращались к колопроктологу на повторный прием после проведенного лечения. Для выявления эффективности консервативного лечения у 50 (13,8%) пациентов из этой группы провели обследование методом опроса по телефону. Исследование показало, что все опрошенные считали себя здоровыми, поэтому повторно не обращались к колопроктологу. Возможно, что остальные больные с ТНГУ повторно к колопроктологу не обращались по причине их выздоровления.

Анализ лечения 101 (27,9%) больного, повторно обратившихся к колопроктологу. Лечение 68 (18,7%) пациентов с сильными болями в анусе (7–8 баллов по НШБ) амбулаторно с использованием внутримышечно кеторолак (трометамин) 30 мг оказалось эффективным т.к. у 66 (18,2%) больных оно привело к постепенному исчезновению боли. 2 (0,5%) больных с ТНГУ-ОУ-1 было оперировано по срочным показаниям, по причине не-купирующегося сильного болевого синдрома. 30 (8,3%) больных с ТНГУ-ОУ-2 имели раны, некроз, небольшие выделения гноя из тромбированного узла. Им назначалось консервативное лечение. Особенность местного лечения локального воспаления тромбированного узла заключалась в назначении вне зависимости от фазы воспаления мази, содержащей инактивированные микроб-

ные клетки *E. coli*/гидрокортизон. Возможность применения гидрокортизона объясняется тем, что размеры некроза/раны были не более 5 мм., а выделение гноя было незначительным. Мазь с гепарином натрия больным с ТНГУ-ОУ-2 не применяли из-за опасности выделения крови из узла. У 79 (21,8%) пациентов этой группы лечение было эффективно. Консервативное лечение больных с ТНГУ-ОУ-1 продолжалось от 7 до 14 дней, с ТНГУ-ОУ-2 — до 19 дней. Все больные были трудоспособны.

Вывод. Консервативное лечение с использованием предложенного алгоритма является основным методом лечения. Данный метод был эффективен у 340 (93,9%) больных. Неудачи консервативного лечения, возможно, связаны с поддержкой воспаления в тромбированном геморроидальном узле, некрозом/раной на узле и другими неуточненными, неизученными причинами. Другие авторы также считают, что основным методом лечения ТНГУ является консервативное лечение [5]. Мы придерживаемся мнения, что у больных с ТНГУ более эффективно консервативное лечение.

Оперативное лечение. Отношение авторов к оперативному лечению больных с ТНГУ неоднозначное [6]. КРАКР рекомендуют выполнение операций в первые 72 ч от начала заболевания [7]. Всем 67 (18,5%) больным с ТНГУ-ОУ, которые поступили к колопроктологу в сроки до 72 ч от начала заболевания, рекомендовано выполнить оперативное вмешательство. Оперировано 22 (6,1%) пациента. В зависимости от сроков выполнения операции после первичного посещения колопроктолога пациентов разделили на 4 группы.

Первая группа: 2 (0,5%) больных с ТНГУ-ОУ-1 с сильными некупирующимися болями в анусе оперированы по срочным показаниям. Л.А. Благодарный описал 112 случаев иссечения тромбированного узла (форма, аналогичная ТНГУ-ОУ) по срочным показаниям в течение 24 ч с момента госпитализации. Хорошие результаты выявлены у 72% больных [4]. Наше исследование показало, что в большинстве случаев, у 20 (5,6%) больных консервативная терапия позволяет купировать сильную боль. Возможность проведения операций в поликлинике ограничена. Больные отказывались от госпитализации, а консервативное лечение было эффективно.

Вторая группа: 9 (2,4%) больных с ТНГУ-ОУ-1 оперированы в течение 9 дней после первичной консультации колопроктолога. Причинами невозможности выполнения срочных операций в этой группе являются: отказ больного от операции, отсутствие условий для проведения операции в поликлинике, отказ от операции и госпитализации в хирургическое отделение.

Третья группа состояла из 11 (3%) человек с ТНГУ-ОУ-2. Больные этой группы оперированы после купирования воспаления на узле. Основным методом хирургического лечения больных с ТНГУ-ОУ-1, 2 явилось иссечение тромбированных геморроидальных узлов (выполнено у 19 (5,3%) больных), лишь у 3 (0,8%) пациентов использовали тромбэктомию.

Четвертая группа. 45 (12,4%) больных отмечали положительную динамику от консервативного лечения

и в период подготовки к операции отказались от операции. Все больные в этой группе выздоровели.

Причинами низкой оперативной активности по срочным показаниям, в течение 24 ч в поликлинике, у больных с ТНГУ-ОУ являются: 1. Эффективность консервативного лечения у большей части больных ТНГУ-ОУ. 2. Отсутствие в большинстве поликлиник дневного хирургического стационара, организационные трудности госпитализации в хирургический стационар. 3. Поздние сроки получения результатов анализов, которые составляют 3–4 дня после их взятия. 4. Отказы больных от операции. 5. Поздние сроки первичной обращаемости к колопроктологу. Алгоритм хирургического лечения позволяет сформулировать показания к оперативному лечению с учетом эффективности консервативного лечения, отказов от операций, условий для выполнения операций в поликлинике. Необходимо продолжить исследования, направленные на поиск компромисса между консервативным и оперативным лечением больных с ТНГУ-ОУ.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Кашников В.Н., Веселов А.В., Москалев А.И., Титов А.Ю. и др. *Геморрой. Клинические рекомендации. 2020–2021–2022*. Ассоциация колопроктологов России. Москва. ГЭОТАР-Медиа, 2022. [Shelygin Yu.A., Frolov S.A., Kashnikov V.N., Veselov A.V., Moskalev A.I., Titov A.Yu. et al. *Hemorrhoids. Clinical recommendations. 2020–2021–2022*. Association of Coloproctologists of Russia. Moscow. GEOTAR-Media. 2022. (In Russian)].
- Благодарный Л.А. Осложненный геморрой: диагностика и лечение. *Амбулаторная хирургия*. 2015;3–4:59–60. [Blagodarnyj L.A. Complicated hemorrhoids: diagnosis and treatment. *Ambulatornaja chirurgija. Ambulatory surgery*. 2015;3–4:59–60. (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. *Zhurnal issledovaniya i praktika v medicine. — Research'n Practical Medicine Journal*. 2020;7(2):144–153. (In Russian)]. DOI: 10.17709/2409-2231-2020-7-2-13
- 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
- Yamana T. Japanese practice guidelines for anal disorders i. hemorrhoids. *J. Anus Rectum Colon*. 2017;1(3):89–99. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6768674>
- Sammarco G., Trompetto M., Gallo G. Thrombosed external haemorrhoids: a clinician's dilemma. *Reviews on Recent Clinical Trials*. 2019;14(4):232–234. DOI: 10.2174/157488711466190927163646
- Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Титов А.Ю., Благодарный Л.А., Васильев С.В., Веселов А.В. и др. Ассоциации колопроктологов России. Клинические рекомендации по диагностике и лечению геморроя. *Колопроктология*. 2019;18;1(67):7–23. [Shelygin Yu.A., Frolov S.A., Titov A.Yu., Grateful L.A., Vasiliev S.V., Veselov A.V. et al. Associations of Coloproctologists of Russia. Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Coloproctology*. 2019;18;1(67):7–23. (In Russian)].
- Sheikh P., Lokhsirvat V., Shelygin Y. Micronized purified flavonoid fraction in hemorrhoidal disease: a systematic review and meta-analysis. *Adv. Ther*. 2020;37(6):2792–2812. DOI: 10.1007/s12325-020-01353-7
- 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
- Nyst J.F. Hemorrhoidal thrombosis: treatment at the consulting room. *Rev. Med. Brux*. 2015;36(4):278–80.
- Ломоносов А.Л., Голубев А.А., Куканова М.А., Хоменчук А.А., Хушаков А.Х., Ломоносов Г.Д. Диагностика и лечение амбулаторных больных с острым наружным геморроем в форме овоща. *Клиническая медицина*. 2023;101(6):301–307. [Lomonosov A.L., Golubev A.A., Kukanova M.A., Khomenchuk A.A., Khushakov A.H., Lomonosov G.D. Diagnosis and treatment of outpatient patients with acute external hemorrhoids in the form of ovoids. *Clinical medicine*. 2023;101(6):301–307. (In Russian)]. DOI: 10.30629/0023-2149-2023-101-6-301-307
- Eberspacher Ch., Mascagni D., Antypas P., Grimaldi G., Fralleone L., Pontone S. et al. 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
- Гарманова Т.Н., Бредихин М.И., Казаченко Е.А., Алеクберзаде А.В., Тулина И.А., Тсарков П.В. Treatment of thrombosed external hemorrhoids in Russia: an online survey. *Tech. Coloproctol*. 2020;24:987–988. DOI: 10.1007/s10151-020-02287-6
- Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Баранская Е.К., Ивашкин В.Т., Кулникова Н.Д., Лапина Т.Л. и др. Запор. Клинические рекомендации. 2021–2022–2023 (25.06.2021). Утверждены Минздравом РФ. [Aleshin D.V., Achkasov S.I., Baranskaya E.K., Ivashkin V.T., Kulikova N.D., Lapina T.L. et al. Constipation. *Clinical recommendations. 2021–2022–2023 (06/25/2021)*. Approved by the Ministry of Health of the Russian Federation. (In Russian)].
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 № 922н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю хирургия». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated November 15, 2012 N 922n (as amended on February 21, 2020) “On approval of the Procedure for providing medical care to the adult population in the field of surgery”. (In Russian)]. [Electronic resource]. URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=368559>

Поступила 19.02.2024

Принята в печать 23.04.2024

Информация об авторах:

Ломоносов Андрей Лотович — канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

Казаков Андрей Юрьевич — д-р мед. наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

Ломоносов Денис Андреевич — канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

Ломоносов Георгий Денисович — студент физико-технического факультета, ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет»

Воронин Андрей Сергеевич — студент 6-го курса, лечебный факультет, ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

Information about the authors:

Andrey L. Lomonosov — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Hospital Surgery, Tver State Medical University

Andrey Yu. Kazakov — Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Hospital Surgery of the Tver State Medical University

Denis A. Lomonosov — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Hospital Surgery, Tver State Medical University

Georgy D. Lomonosov — student of the Faculty of Physics and Technology, Tver State University

Andrey S. Voronin — 6th year student, Faculty of Medicine, Tver State Medical University