

DOI: 10.38181/2223-2427-2020-3-44-52

УДК: 616.147.17-007.64

© Щеголев А.И., Соколова А.С., Трунин Е.М., Бегисhev О.Б., Сигуа Б.В., Гайнуллина Р.Ф., 2020

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА НАРУЖНОГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА ПРИМЕНительно К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ПОДХОДУ ПРИ ЕГО ЛЕЧЕНИИ

*ЩЕГОЛЕВ А.И.¹, СОКОЛОВА А.С.², ТРУНИН Е.М.¹, БЕГИШЕВ О.Б.¹, СИГУА Б.В.¹, ГАЙНУЛЛИНА Р.Ф.¹*¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, ул. Кирочная, 41, 191014, Санкт-Петербург, Россия² ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, пр. Луначарского, 45–49, 194291, Санкт-Петербург, Россия

Реферат:

Острый тромбоз наружного геморроидального узла является одним из распространенных проявлений геморроя и частой причиной обращения за специализированной медицинской помощью. Несмотря на существующие проспективные исследования, доказывающие эффективность оперативного лечения, нет четкой позиции в определении показаний, сроков и способов хирургического вмешательства, а также эффективности сочетания последнего с консервативной терапией.

В статье сформулирована и описана оригинальная клинико-морфологическая классификация острого тромбоза наружного геморроидального узла на основании данных его ультразвукового исследования (УЗИ). Оценена эффективность различных способов лечения острого тромбоза наружного геморроидального узла, проведенного на основании предлагаемой классификации.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с острым тромбозом наружного геморроидального узла.

Результаты. Выявлены ультразвуковые типы тромбоза наружного геморроидального узла:

– мононуклеарный (при УЗИ представляет собой единичный тромб или плотную, интимно спаянную группу тромботических масс ан- или изоэзогенной структуры с невыраженным отеком кожи и подкожной жировой клетчатки (ПЖК) размером от 10 мм и более);

– полинуклеарный (скопления тромботических масс ан- или изоэзогенной структуры размерами до 10 мм, располагающихся на небольшом расстоянии друг от друга, с умеренно выраженным отеком кожи и ПЖК);

– отечный (при сонографии визуализируют множественные мелкие, до 2–3 мм, анэзогенные тромботические массы на фоне выраженного отека ПЖК и кожи).

Оценена эффективность различных способов лечения пациентов с острым тромбозом наружного геморроидального узла в группах, сформированных на основании предложенной классификации. Установлено, что у больных с отечным сонографическим типом тромбоза более целесообразно применять только консервативную терапию или проводить оперативное лечение после завершения приема диосминсодержащих препаратов. Такая тактика уменьшала продолжительность лечения и снижала болевой синдром. У пациентов с мононуклеарным типом тромбоза наружного геморроидального узла подобный результат отмечали при выполнении операции и начале консервативной терапии в день обращения.

Выводы. Применение ультразвуковой диагностики позволяет установить тип тромбоза геморроидального узла и использовать полученные данные при выборе тактики лечения. Дифференцированный подход к лечению этой категории пациентов, основанный на предложенной классификации, позволяет улучшить результаты лечения больных с острым тромбозом наружного геморроидального узла.

Ключевые слова: острый тромбоз наружного геморроидального узла, клинико-морфологическая классификация, ультразвуковое исследование, дифференцированный подход.

CLINICAL-MORPHOLOGICAL CLASSIFICATION OF ACUTE THROMBOSIS OF THE EXTERNAL HEMORRHOID NODE IN RELATION TO A DIFFERENTIATED APPROACH IN ITS TREATMENT

*SHCHEGOLEV A.I.¹, SOKOLOVA A.S.², TRUNIN E.M.¹, BEGISHEV O.B.¹, SIGUA B.V.¹, GAINULLINA R.F.¹*¹ The North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. Kirochnaya St. 41, St. Petersburg 191014, Russia.² Leningrad Regional Clinical Hospital. Lunacharskogo av. 45–49, St. Petersburg 194291, Russia

Abstract:

Acute thrombosis of the external hemorrhoid node is one of the common manifestations of hemorrhoids and a frequent reason for seeking specialized medical care. Despite existing prospective studies proving the effectiveness of operative treatment, there is no clear position in determining the indications, timing and methods of surgery, nor the combination of the latter with conservative therapy.

The article formulated and described the original clinical-morphological classification of acute thrombosis of the external hemorrhoid node based on the data of its ultrasound examination (ultrasound). Effectiveness of various methods of treating acute thrombosis of external hemorrhoid node, carried out on the basis of proposed classification, is evaluated.

Purpose of the study. Improving treatment outcomes for patients with acute thrombosis of the external hemorrhoid node.

Results. Ultrasound types of thrombosis of external hemorrhoidal node are revealed:

- mononuclear (in ultrasound, it is a single thrombus or a dense, intimately soldered group of thrombotic masses of an an- or isoechogenic structure with untested swelling of the skin and subcutaneous fat (PWD), from 10 mm or more in size);
- polynuclear (clusters of thrombotic masses of an- or isoechogenic structure up to 10 mm in size, located at a short distance from each other, with moderate swelling of the skin and subcutaneous fat);
- edema (during sonography, multiple small, up to 2–3 mm, anechogenic thrombotic masses are visualized against the background of pronounced edema of subcutaneous fat fiber and skin).

Effectiveness of various methods of treating patients with acute thrombosis of external hemorrhoid node in groups formed on the basis of proposed classification is evaluated. It has been found that in patients with edematous sonographic type of thrombosis, it is more advisable to apply only conservative therapy or carry out surgical treatment after completion of taking diosmin-containing preparations. Such tactics reduced the duration of treatment and reduced pain syndrome. In patients with a mononuclear type of thrombosis of the external hemorrhoidal node, a similar result was noted during surgery and the beginning of conservative therapy on the day of circulation.

Conclusion. Application of ultrasound diagnostics allows establishing the type of hemorrhoid node thrombosis and using the obtained data when choosing treatment tactics. A differentiated approach to treating this category of patients, based on the proposed classification, allows improving the treatment results of patients with acute thrombosis of the external hemorrhoid node.

Keywords: acute thrombosis of external hemorrhoid node, clinical-morphological classification, ultrasound examination, differentiated approach.

Введение

Острый наружный геморрой является одним из частых поводов обращения к колопроктологу [1, 2]. Геморроидальная болезнь занимает лидирующее место в структуре заболеваемости толстой кишки, 35% взрослого населения имеет ее клинические проявления [3, 4]. Абсолютно достоверную распространенность острого наружного геморроя выявить сложно из-за разнообразия проявлений заболевания и низкой обращаемости за медицинской помощью. Существующая классификация острого наружного геморроя отражает только степень воспалительных изменений в узле [5] и не учитывает особенности его морфологического строения, что не позволяет использовать существующую классификацию для определения тактики лечения (консервативная терапия, хирургическое вмешательство или их сочетание).

В ряде исследований показана способность комбинированных флеботонических препаратов повысить эффективность консервативного лечения и предотвратить обострение либо увеличить интервал безрецидивного течения заболевания [6, 7]. Необходимость применения диосминсодержащих препаратов в терапии острого тромбоза наружного геморроидального узла до настоящего времени активно обсуждается, хотя существуют многочисленные исследования, подтверждающие результативность их использования при лечении данной патологии [8, 9].

Существует мнение, что выполнение оперативного вмешательства в объеме тромбэктомии у пациентов с острым тромбозом наружного геморроидального узла целесообразно в период до 48 часов от момента появления жалоб и при наличии выраженного болевого синдрома, в остальных случаях показана консервативная терапия [10]. Однако у ряда больных предпочтительно проведение хирургических манипуляций в более поздние сроки в связи с сохраняющимися болевыми ощущениями, наличием объемного образования, доставляющего косметический, психологический дискомфорт или усложняющего гигиенические процедуры. Также существуют пациенты, которые в силу индивидуальных особенностей не могут получать длительную консервативную терапию.

Операцией выбора при хирургическом лечении острого тромбоза наружного геморроидального узла является иссечение тромбированного геморроидального узла (при длительности заболевания более 72 часов). В остальных случаях выполняли рассечение анодермы над областью тромбоза с последующей тромбэктомией [11, 12].

Отсутствие единой позиции в выборе способа лечения больных [13], основанной не только на субъективном мнении специалиста и желании пациента, но и на данных инструментальных исследований, а также возможность развития осложнений оперативного вмешательства и неблагоприятного течения послеоперационного периода определяют актуальность изучаемой проблемы.

Цель

Улучшить результаты лечения пациентов с острым тромбозом наружного геморроидального узла.

Материалы и методы

Материалом исследования послужили результаты лечения 129 совершеннолетних пациентов с острым наружным геморроем, обратившихся за специализированной медицинской помощью на амбулаторном этапе в медицинские учреждения, являющиеся клиническими базами кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией им. С.А. Симбирцева ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России. В изучаемой группе было 82 (69,5%) пациента мужского пола и 36 (30,5%) — женского. Средний возраст составил $37,3 \pm 10,7$ [19;73] лет; у мужчин — $37,5 \pm 10,2$ [21;73] лет, у женщин — $36,7 \pm 12,0$ [19;62] лет. Среднее время от возникновения жалоб до обращения к врачу колебалось в пределах $6,64 \pm 5,83$ [1;30] дней. Пациенты предъявляли жалобы на наличие образования в области заднего прохода (100% в обеих группах), кровотечения из образования 18 (14,0%). Для определения интенсивности боли применяли визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), которая представляет собой горизонтальную линию с расположенными на ней цифрами от 0 до 10, где 0 — «отсутствие боли», 5 — «умеренная боль», а 10 — «сильнейшая боль, какую можно только представить». Выраженность болевого синдрома составила $4,61 \pm 1,29$ [1;7] баллов по ВАШ.

У всех пациентов собирали жалобы и анамнез, проводили осмотр, пальцевое и эндоскопические исследования (ано- и ректороманоскопия, по показаниям — фиброколоноскопия). Ано- и ректороманоскопию производили в день обращения при выраженности болевого синдрома до 3 баллов, в остальных случаях эндоскопическое обследование осуществляли после купирования болевого синдрома. Выполняли клинический анализ крови и коагулограмму.

Всем пациентам проводили УЗИ тромбированного наружного геморроидального узла в положении для промежностного камнесечения. Использовали линейный датчик на 10–15 МГц, акустическое окно создавали при помощи тонкостенного контейнера с акустическим гелем. Исследование проводили в день обращения и на 3, 7 и 14 сутки; в дальнейшем — по необходимости для уточнения эффективности проводимой консервативной терапии. При УЗИ оценивали количество и размеры тромботических масс, выраженность и особенности строения капсулы узла, интенсивность отека кожи, подкожной клетчатки. Выполняли фотофиксацию в день обращения, после хирургического лечения и при контрольных осмотрах.

Все пациенты получали консервативную терапию. Основой последней было лекарственное средство системного применения на основе микронизированной очищенной фракции флавоноидов (МОФФ), которое сочетали с местным лечением в зависимости от превалирующих жалоб. Препаратом выбора являлся Детралекс™ (Daflon) в дозировке 1000 мг. Использовали описанную ниже схему приема препарата. При лечении острого геморроя пациенты получали Детралекс™ (Daflon) внутрь в виде таблеток или порошка в дозировке 1000 мг. Первые четыре дня назначали прием препарата по 1000 мг 3 раза в сутки внутрь после еды. Следующие три дня — 2 раза в сутки (днем и вечером). Поддерживающая терапия состояла в приеме препарата в дозировке 1000 мг один раз в сутки (днем) внутрь после еды в течение 60 суток. По показаниям применяли местные десенсибилизирующие и анальгезирующие препараты в виде мазей и гелей. Антибактериальную терапию не проводили.

Показаниями к выполнению оперативного лечения считали болевой синдром (более 3 баллов по ВАШ, поскольку большинство принявших участие в исследовании пациентов считали этот уровень ухудшающим качество их жизни) в день обращения, неэффективность консервативной терапии (сохранение или усиление болевого синдрома при любом из контрольных осмотров), неудовлетворенность косметическим эффектом после завершения консервативной терапии.

Целью оперативного лечения являлось максимальное удаление компрометированной геморроидальной ткани. Хирургическое вмешательство начинали с выполнения линейного декомпрессирующего разреза и эвакуации тромботических масс, если это удавалось, то осуществляли гемостаз и завершали вмешательство. При невозможности адекватного удаления тромботических масс (большое их количество, дистро-

фические изменения с вовлечением кожи, выраженный спайчатый процесс) выполняли иссечение наружного геморроидального узла. Все пациенты оперированы амбулаторно с использованием местной инфильтрационной анестезии лидокаином или наропином. Вмешательства осуществляли в положении для промежностного камнесечения. Выполняли тромбэктомию, или иссечение наружного геморроидального узла [14, 15]. Гемостаз осуществляли с помощью радиоволнового или электрохирургического аппарата в режиме коагуляции. После хирургического лечения пациентов осматривали на следующий день, через 3, 7 и 14 суток после операции и в дальнейшем по необходимости. Проводили оценку физикального статуса, визуально определяли состояние раны и скорость ее заживления. Местное лечение осуществляли в соответствии с фазой раневого процесса. Результативность оперативного лечения оценивали по выраженности болей по ВАШ на следующий день после вмешательства. При интенсивности болевого синдрома, равной или превышающей таковую до выполнения хирургического пособия, проводимое лечение признавали неэффективным.

Для определения результативности лечения оценивали сроки от момента обращения до исчезновения симптомов и болей, а также динамику уменьшения размера перианального образования по данным сонографии. Больные получали лечение согласно одному из протоколов:

- только консервативная терапия;
- выполнение хирургического вмешательства в день обращения в сочетании с консервативной терапией;
- проведение оперативного лечения после завершения консервативной терапии.

Болевой синдром при консервативном лечении оценивали на 1, 3 и 7 сутки терапии, при оперативном лечении — на первые сутки послеоперационного периода.

В исследование включено 129 пациентов, отказались от исследования 53 обследованных. Все пациенты, отказавшиеся от участия в исследовании, получали лечение согласно действующим клиническим рекомендациям [6]. Пациентов по применяемому способу лечения распределяли методом конвертов в распределении один к одному вне зависимости от сонографического типа тромбоза наружного геморроидального узла.

Статистический анализ выполняли с использованием программы JAMOVI для MacOS Catalina, версия 1.1.9.0. Результаты представлены в виде среднего значения \pm стандартное отклонение исследуемого параметра. Сравнение межгрупповых средних выполнялось при помощи дисперсионного анализа. В качестве зависимой переменной выступало время от начала лечения до купирования жалоб, в качестве независимых — тип тромба согласно предлагаемой классификации и характер проводимого лечения (оперативное лечение или консервативная терапия). Для независимых переменных учитывался эффект взаимодействия. В случае обнаружения статистически значимого эффекта проводи-

лись попарные сравнения критерием Стьюдента с коррекцией р-значения по Тьюки. Статистически значимой была принята величина $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По данным УЗИ выявлено три типа строения тромбированного наружного геморроидального узла: мононуклеарный, полинуклеарный и отечный.

Мононуклеарный тип строения тромбированного наружного геморроидального узла при УЗИ представляет собой единичный тромб или плотную, интимно спаянную, группу тромботических масс ан- или изоэхогенной струк-

туры с невыраженным отеком кожи и ПЖК, размер тромботических масс — от 10 мм (рис. 1).

Тромбированный наружный геморроидальный узел полинуклеарного типа при УЗИ представляет собой скопления тромботических масс ан- или изоэхогенной структуры размерами до 10 мм, располагающихся на небольшом расстоянии друг от друга, с умеренно выраженным отеком кожи и ПЖК (рис. 2).

Отечный тип тромбированного наружного геморроидального узла при сонографии представляет собой множественные мелкие (до 2–3 мм) анэхогенные тромботические массы на фоне выраженного отека ПЖК и кожи (рис. 3).

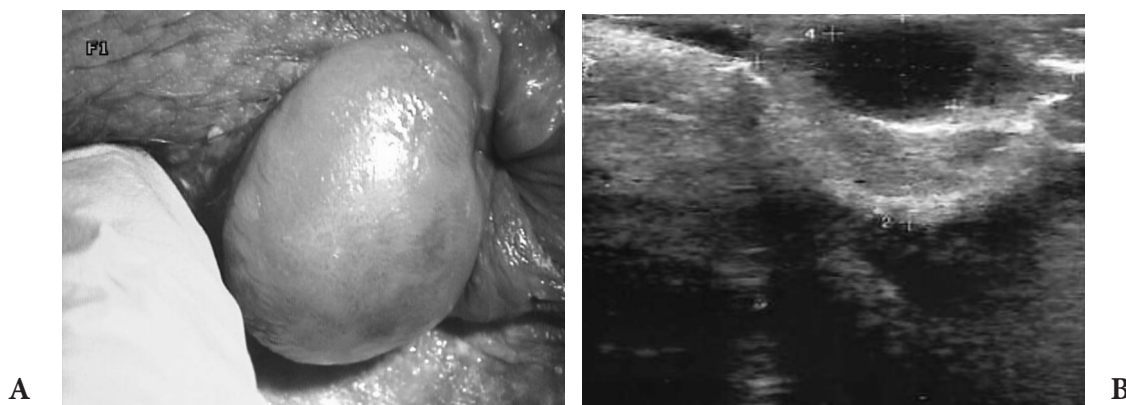


Рис. 1. Внешний вид (А) и УЗ картина (В) мононуклеарного типа тромбоза наружного геморроидального узла
Fig. 1. Appearance (A) and ultrasound pattern (B) of mononuclear type thrombosis of external hemorrhoid node

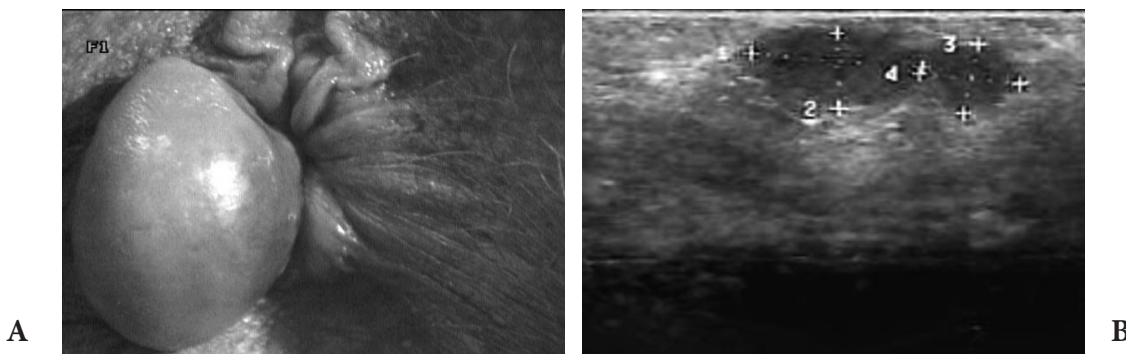


Рис. 2. Внешний вид (А) и УЗ картина (В) полинуклеарного типа тромбоза наружного геморроидального узла
Fig. 2. Appearance (A) and ultrasound pattern (B) of polynuclear type thrombosis of the external hemorrhoid node

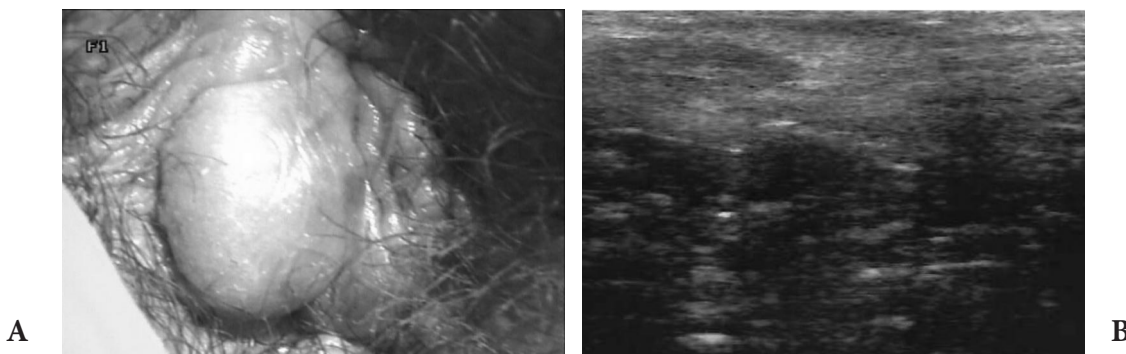


Рис. 3. Внешний вид (А) и УЗ картина (В) отечного типа тромбоза наружного геморроидального узла
Fig. 3. Appearance (A) and ultrasound pattern (B) of edema-type thrombosis of the external hemorrhoid node

При динамическом УЗ контроле на фоне консервативной терапии отмечали консолидацию тромботических масс с уменьшением отека кожи и ПЖК и в ряде случаев, трансформацию полинуклеарного типа тромбоза наружного геморроидального узла в мононуклеарный. Клинически это выражалось в виде уменьшения объема образования. Встречаемость типа строения тромба (по данным УЗИ) в зависимости от пола представлена в таблице 1.

Оперативное лечение провели у 100 (77,5%) пациентов, из них хирургическое вмешательство в день обращения выполнили в 88 случаях, последовательное применение консервативной терапии и оперативного пособия использовали у 12 пациентов. Хирургические вмешательства проводили в сроки 2,38 суток от момента обращения. Выполнено тромбэктомии и 36 (36%) иссечений наружного геморроидального узла. Оперативное лечение признано эффективным в 95 (95%) случаях, в 5 (5%) наблюдениях ожидаемого эффекта не получили. Распределение пациентов по типу тромбоза и эффективности хирургического вмешательства представлено в таблице 2.

Консервативную терапию провели 41 (31,8%) пациенту. Неудовлетворительные ее результаты выявили в 12 (29,3%) наблюдениях. Этим пациентам впоследствии выполнили хирургическое вмешательство. Среди них было

4 (33,3%) больных с отечным типом тромбоза и 8 (66,7%) пациентов с мононуклеарным типом тромбоза наружного геморроидального узла. У последних лекарственное лечение эффекта не принесло. В наблюдениях с отечным типом тромбоза однократно (8,3%) отметили отрицательный результат при применении консервативной терапии, в 3 (25%) случаях был выявлен положительный эффект.

Положительный эффект консервативной терапии отметили у 29 (70,7%) пациентов. Среди них преобладали пациенты с отечным типом тромбоза — 21 (72,4%). Больных с мононуклеарным типом тромбоза было 6 (20,1%), с полинуклеарным типом — 2 (6,9%). Распределение пациентов по типу тромбоза и эффективности консервативного лечения представлено в таблице 3.

При анализе сроков от появления жалоб до полного их исчезновения при одновременном начале консервативной терапии и выполнении оперативного лечения в день обращения выявлено, что данный временной интервал наиболее продолжителен у пациентов с отечным типом тромбоза наружного геморроидального узла. Он составляет 21,5±7,41 суток. Самое короткое время до исчезновения жалоб имело место у пациентов с мононуклеарным типом тромбоза — 12,6±6,32 [5;34] суток. При анализе срока, прошедшего до полного исчезновения жалоб на фоне применения только консервативного лечения, установлено, что у пациентов с отечным типом тромбоза наружного геморроидального узла

Таблица 1.
Распределение пациентов по типам морфологического строения тромба наружного геморроидального узла и полу (n=129)

Distribution of patients by types of morphological structure of thrombus of external hemorrhoidal node and sex (n=129)

Эффект оперативного лечения	Тип тромбоза наружного геморроидального узла						Итого	
	Мононуклеарный		Полинуклеарный		Отечный			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Положительный	63	63,0	27	27,0	5	5,0	95	95,0
Отрицательный	0	0,0	0	0,0	5	5,0	5	5,0
Итого	63	63,0	27	27,0	10	10,0	100	100,0

Таблица 2.
Распределение пациентов по эффективности оперативного лечения и типам тромбоза наружного геморроидального узла (n = 100)

Distribution of patients by effectiveness of operative treatment and types of thrombosis of external hemorrhoid node (n = 100)

Пол	Тип тромбоза наружного геморроидального узла						Итого	
	Мононуклеарный		Полинуклеарный		Отечный			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Мужской	56	43,4	20	15,5	14	10,9	90	69,8
Женский	12	9,2	9	7,0	18	14,0	39	30,2
Итого	68	52,7	29	22,5	32	24,8	129	100

он является наименьшим и составляет $17,1 \pm 6$ суток. Наибольшая продолжительность этого периода отмечена у обследуемых с полинуклеарным типом тромбоза $22,5 \pm 0,71$ суток.

При изучении временных интервалов от момента появления жалоб до полного их исчезновения при последовательном применении консервативной терапии и оперативного лечения установлено, что минимальный срок исчезновения жалоб отмечен у пациентов с отечным типом строения тромбированного наружного геморроидального узла. Он составляет $17,2 \pm 3,31$ суток. Максимальный срок до исчезновения жалоб имел место в группе пациентов с мононуклеарным типом тромбоза — $18,8 \pm 3,85$ суток. Распределение сроков лечения от появления до полного купирования жалоб в зависимости от типа тромбоза наружного геморроидального узла и тактики лечения представлено на рисунке 4.

Время, прошедшее до полного прекращения жалоб у пациентов, которым оперативное лечение и начало консервативной терапии были осуществлены в день обращения, составило $6,06 \pm 3,54$ суток. Оно было максимальным в группе оперированных больных с отечным типом тромбоза наружного геморроидального узла — $14,7 \pm 4,96$ суток. Минимальное значение этого временного интервала имело место у лиц с мононуклеарным типом тромбоза наружного геморроидального узла — $4,84 \pm 2,14$ суток.

Выздоровление в группе больных, которым последовательно проводили консервативную терапию и хирургическое вмешательство, заняло в среднем 4,83 суток. У пациентов с мононуклеарным строением тромбированного узла этот срок составлял $4,75 \pm 1,16$ суток. У больных с отечным видом тромбоза при указанной лечебной тактике период выздоровления увеличивался до 5 суток. Время, прошедшее до полного прекращения жалоб, в зависимости

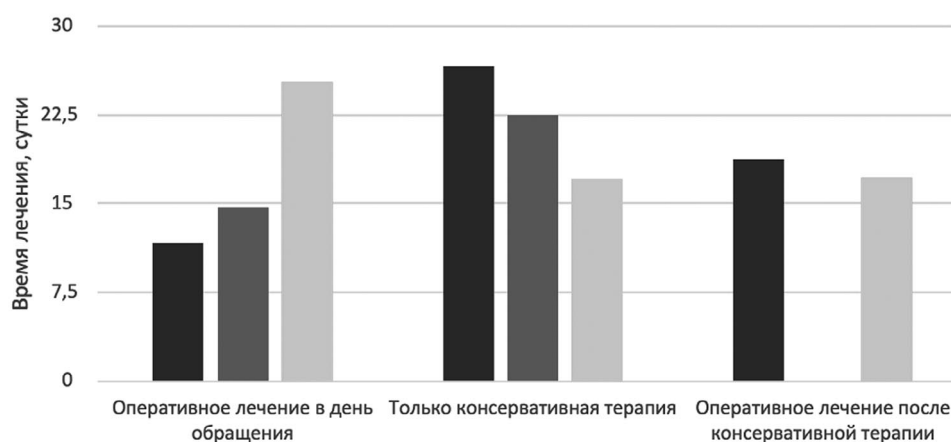


Рис. 4. Срок лечения от появления до полного исчезновения жалоб в зависимости от выбранной тактики и типа тромбоза наружного геморроидального узла. ■ мононуклеарный тип тромбоза наружного геморроидального узла; ■ полинуклеарный тип тромбоза наружного геморроидального узла; ■ отечный тип тромбоза наружного геморроидального узла

Fig. 4. Treatment time from onset of first symptoms to complete disappearance of complaints depending on selected tactics and type of thrombosis of external hemorrhoid node. ■ mononuclear type of thrombosis of the external hemorrhoid node; ■ polynuclear type of thrombosis of the external hemorrhoid node; ■ edema type of thrombosis of the external hemorrhoid node

Распределение пациентов по типу тромбоза и эффективности консервативного лечения (n = 41) Таблица 3.

Distribution of patients by thrombosis type and conservative treatment efficacy (n = 41) Table 3.

Эффект консервативного лечения	Тип тромбоза наружного геморроидального узла						Итого	
	Мононуклеарный		Полинуклеарный		Отечный			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Положительный	6	14,6	2	4,9	24	58,5	32	78,0
Без эффекта	8	19,5	0	0,0	0	0,0	8	19,5
Отрицательный	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Итого	14	34,1	2	4,9	25	61	41	100

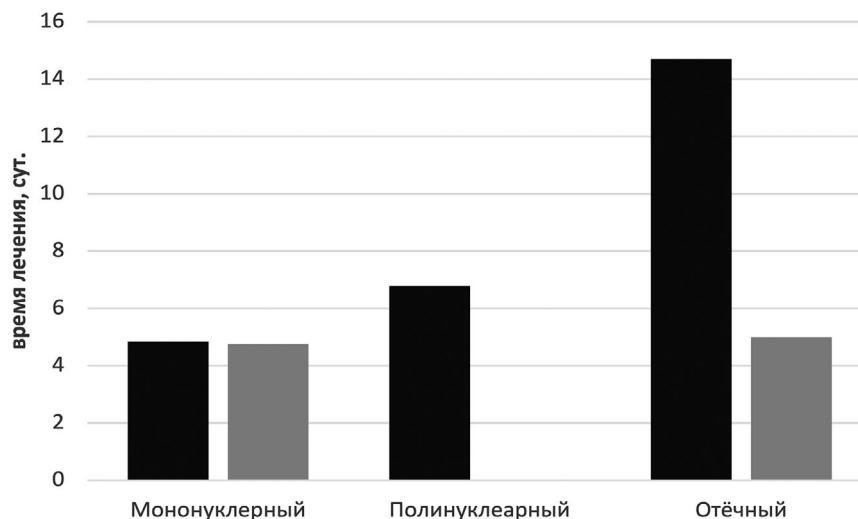


Рис. 5. Временной интервал до полного прекращения жалоб в зависимости от типа тромбоза наружного геморроидального узла и тактики лечения
 ■ — оперативное лечение и начало консервативной терапии в день обращения; ■ — оперативное лечение после завершения консервативной терапии
Fig. 5. Time interval to complete cessation of complaints depending on the type of thrombosis of the external hemorrhoid node and treatment tactics
 ■ — surgery and the beginning of conservative therapy on the day of treatment; ■ — surgery after the completion of conservative therapy

от типа тромбоза наружного геморроидального узла и тактики лечения представлено на рисунке 5.

Время, затраченное на консервативную терапию, в общей выборке составило $14,1 \pm 7,71$ суток. Оно было минимальным у пациентов с отечным типом тромбоза — $11,9 \pm 6,19$ суток. Наиболее длительный период лечения отмечен у обследуемых с мононуклеарным типом строения тромбированного наружного геморроидального узла. Он составляет $20,0 \pm 9,34$ суток.

Оперативное лечение признано неэффективным в 5 (5%) случаях. Такой эффект отмечен у пациентов с отечным типом тромбоза при выполнении оперативного лечения в

день обращения. Болевой синдром у них имел уровень $5,29 \pm 2,63$ балла по ВАШ, что являлось максимальным уровнем выявленной интенсивности болей в послеоперационном периоде. Минимальный уровень болевого синдрома при выполнении оперативного лечения в день обращения выявлен у пациентов с мононуклеарным типом тромбоза наружного геморроидального узла. Он составил $0,87 \pm 0,8$ балла. При применении только консервативной терапии болевой синдром у пациентов с отечным типом тромбоза наружного геморроидального узла оценивали в $0,68 \pm 0,74$ балла. У больных с полинуклеарным типом тромбоза наружного ге-

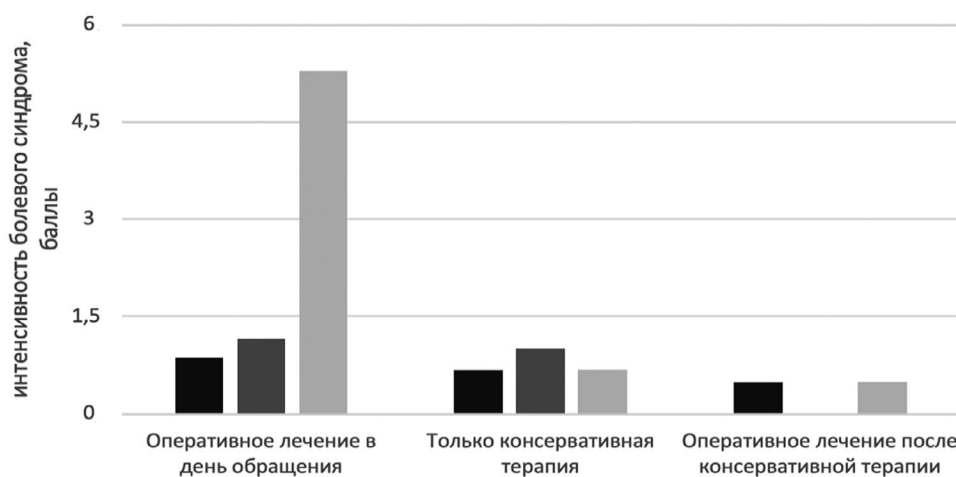


Рис. 6. Распределение пациентов по выраженности болевого синдрома в зависимости от типа тромбоза наружного геморроидального узла и выбора тактики лечения
 ■ мононуклеарный тип тромбоза наружного геморроидального узла; ■ полинуклеарный тип тромбоза наружного геморроидального узла; ■ отечный тип тромбоза наружного геморроидального узла
Fig. 6. Distribution of patients by severity of pain syndrome depending on type of thrombosis of external hemorrhoid node and choice of treatment tactics
 ■ mononuclear type of thrombosis of the external hemorrhoid node; ■ polynuclear type of thrombosis of the external hemorrhoid node; ■ edema type of thrombosis of the external hemorrhoid node

морроидального узла болевой синдром находился на уровне 1,0 балла по ВАШ.

При оперативном лечении, выполняемом после завершения консервативной терапии, болевой синдром имел место в группах пациентов с мононуклеарным и отечным типами тромбоза наружного геморроидального узла, у которых он составлял $0,5 \pm 0,5$ балла по ВАШ. Распределение пациентов по выраженности болевого синдрома в зависимости от типа тромбоза наружного геморроидального узла и выбора тактики лечения представлено на рисунке 6.

У пациентов с отечным типом тромбоза наружного геморроидального узла отмечены лучшие результаты (минимальные сроки лечения, менее выраженный болевой синдром) при использовании консервативной терапии с последующим оперативным лечением. В наблюдениях с мононуклеарным типом тромбоза наружного геморроидального узла наиболее эффективно показало себя выполнение оперативного лечения в день обращения с одновременным началом консервативной терапии. Разные сроки лечения и выраженность болевого синдрома у пациентов при применении дифференцированного подхода к терапии находились в прямой зависимости от с различных сонографических типов тромбоза наружного геморроидального узла. Можно предположить, что разные сонографические типы строения наружного геморроидального узла отражают разные механизмы патогенеза развития его тромбоза. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Выводы

1. Ультразвуковое исследование позволяет провести прижизненное изучение структуры тромбированного наружного геморроидального узла с определением типа строения тромба.

2. Выбор способа лечения острого тромбоза наружного геморроидального узла должен проводиться с учетом данных о его ультразвуковой структуре.

3. В случае мононуклеарного типа тромбоза наружного геморроидального узла эффективнее выполнять оперативное лечение в кратчайшие сроки и одновременно проводить терапию препаратом на основе микронизированной очищенной фракции флавоноидов.

4. В случае отечного варианта тромбоза наружного геморроидального узла целесообразна консервативная терапия с динамической оценкой ультразвуковой картины. К оперативному лечению в этом случае следует прибегать только при неудовлетворенности результатами консервативной терапии.

Список литературы / References

1. Corman ML. Colon and rectal surgery. 5-th ed. Philadelphia: Lippincott, 2004: 1741.
2. Шельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Справочник коло-

проктолога. М.: Литтера, 2012: 64-89. [Shelygin YuA, Blagodarny LA. A guide for coloproctologists. M.: Littera, 2012: 64-89. (In Russ.)].

3. 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.)].

4. Altomare DF, Giuratrabocchetta S. Conservative and surgical treatment of haemorrhoids. *Na. Rev Gastroenterol Hepatol*, 2013, 10: 513-521.

5. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии. М.: МИА, 2006: 79-94. [Vorobiev GI. Basics of coloproctology. M.: MIA, 2006: 79-94. (In Russ.)]

6. Шельгин Ю. А. Колопроктология. Клинические рекомендации. М: GEOTAP-Медиа, 2015: 30-53, 430-449. [Shelygin YuA. Coloproctology. Clinical guidelines. M: GEOTAR- Media, 2015: 30-53, 430-449. (In Russ.)]

7. Giannini I, Amato A, Basso L et al. Flavonoids mixture (diosmin, troxerutin, hesperidin) in the treatment of acute hemorrhoidal disease: a prospective, randomized, triple-blind, controlled trial. *Tech Coloproctol*, 2015. doi 10.1007/s10151-015-1302-9.

8. Stuard S, Cesarone MR, Belcaro G et al. Five-year treatment of chronic venous insufficiency with O-(b-hydroxyethyl)- rutosides: safety aspects. *Int J Angiol*, 2008, 17: 143-148.

9. Labrid C. Pharmacologic properties of Daflon 500 mg. *Angiology*, 1994, 45: 524-530.

10. Grosz CR. A surgical treatment of thrombosed external hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 1990;33:249-250. <https://doi.org/10.1007/BF02134191>

11. Jongen J, Bach S, Stuebinger SH, Bock JU. Excision of thrombosed external hemorrhoid after local anesthesia. A retrospective evaluation of 340 patients. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:1226-1231. <https://doi.org/10.1097/01.DCR.0000081171.18194.51>

12. Thomson JP, Akwary OE. Disorders of the anal canal. In: DC Jr, ed. Text- book of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 14th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1991:958-972.

13. Гарманова Т. Н., Бредихин М. И., Тулина И. А., Медкова Ю. С., Алекберзаде А. В., Царьков П. В. Выбор метода лечения острого периаанального тромбоза. Результаты опроса врачей. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*. 2020; 2:39-47. [Garmanova T. N., Bredihin M. I., Tulina I. A., Medkova YU. S., Alekberzade A. V., Car'kov P. V. Choice of treatment for acute perianal thrombosis. Results of a physician survey. *Hirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova* 2020; 2:39-47. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/hirurgia202002139>

14. Oh C. Acute thrombosed external hemorrhoids. *Mt Sinai J Med*. 1989; 56:30-32.

15. Mazier WP. Emergency hemorrhoidectomy-a worthwhile procedure. *Dis Colon Rectum*. 1973;16(3):200-205. <https://doi.org/10.1007/BF02600966>

Информация об авторах

Щеголев Андрей Игоревич — врач-колопроктолог, ассистент кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией им. С.А. Симбирцева ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Минздрава РФ. ORCID: 0000-0003-1563-2126

Соколова Анна Александровна — врач-колопроктолог ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница. ORCID: 0000-0002-0020-2257

Трунин Евгений Михайлович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией им. С. А. Симбирцева ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Минздрава РФ. ORCID: 0000-0002-2452-0321

Бегишев Олег Бурханович — к. м. н., доцент кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией им. С. А. Симбирцева ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Минздрава РФ. ORCID: 0000-0001-9687-5992

Сигуа Бадри Валериевич — д. м. н., доцент, профессор кафедры факультетской хирургии им. И. И. Грекова Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. ORCID: 0000-0002-4556-4913

Гайнуллина Регина Фоатовна — к. м. н., ассистент кафедры оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией им. С. А. Симбирцева ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Минздрава РФ. ORCID: 0000-0001-9167-303X

Для корреспонденции

Щеголев Андрей Игоревич — cyonic@yandex.ru, 8-906-274-12-38

Information about authors

Andrey I. Shchegolev — teaching fellow at the Department of operative and clinical surgery with topographic anatomy named after S. A. Simbirtsev of the North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov. E-mail: cyonic@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-1563-2126

Anna A. Sokolova — coloproctologist at the GBUZ Leningrad Regional Clinical Hospital. ORCID: 0000-0002-0020-2257

Evgenii M. Trunin — prof., D. Sc. (Medicine), head of the Department of operative and clinical surgery with topographic anatomy named after S. A. Simbirtsev of the North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov. ORCID: 0000-0002-2452-0321

Oleg B. Begishev — MD, PhD, Associate Professor at the Department of operative and clinical surgery with topographic anatomy named after S. A. Simbirtsev of the North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov. ORCID: 0000-0001-9687-5992

Badri V. Sigua — Prof. D. Sc. (Medicine), professor at the Department of departmental surgery named after I. I. Grekov of the North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov. ORCID: 0000-0002-4556-4913

Regina F. Gainullina — PhD, teaching fellow at the Department of operative and clinical surgery with topographic anatomy named after S. A. Simbirtsev of the North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov. ORCID: 0000-0001-9167-303X

For correspondence

Shchegolev Andrey Igorevich — E-mail: cyonic@yandex.ru, 8-906-274-12-38

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.