ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НАРУЖНОГО ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Д.А. Ломоносов, А.Л. Ломоносов, С.В. Волков*, А.А. Голубев

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 170642, Российская Федерация, г. Тверь, ул. Советская, д. 4

Резюме

Цель исследования. Изучение актуального состояния проблемы диагностики и лечения острого наружного геморроя (ОНГ) с позиции практикующего врача-колопроктолога амбулаторного звена в Тверском регионе на основе анализа особенностей клинической картины заболевания, его течения и примененной тактики колопроктолога.

Пациенты и методы. Сплошная выборка, ретроспективное последовательное исследование 124 амбулаторных больных (2016–2017 гг.), клинические и статистические методы исследования.

Результаты. Больные с ОНГ обращались к колопроктологу поликлиники в поздние сроки (в среднем через 11,7 дня от начала заболевания), чаще без боли или с легкой болью в заднем проходе, с 1 (легкой) и 2 (средней) степенью тяжести заболевания. Основными осложнениями ОНГ были некроз и разрыв стенки геморроидального узла с кровотечением из него. Консервативное лечение больных с ОНГ проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями Ассоциации колопроктологов России (АКР); оно оказалось неэффективным у 11,3% больных, которым было выполнено амбулаторное хирургическое вмешательство. Всем больным с сильной болью, с тяжелой степенью ОНГ была предложена госпитализация в отделения хирургического профиля (в том числе в отделение колопроктологии), от которой они отказались.

Заключение. Изученные особенности работы амбулаторной колопроктологической службы при ОНГ позволяют выявить недостаточную доступность ресурсов системы для пациентов, нецелевое информирование населения средствами «масс-медиа», что в определенной степени приводит к затруднению выполнения рекомендаций АКР.

Ключевые слова:

острый наружный геморрой, тромбоз геморроидальных узлов, периаанальный венозный тромбоз, клиническая картина, боль, локализация, стадии, консервативное лечение, оперативное лечение

Оформление ссылки для цитирования статьи

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. Исследования и практика в медицине. 2020; 7(2): 144–153. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-2-13>

Для корреспонденции

Волков Сергей Владимирович – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии с курсом урологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь, Российская Федерация.

Адрес: 170642, Российская Федерация, г. Тверь, ул. Советская, д. 4

E-mail: serg_korg@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8556-0557>

SPIN: 9557-3089, AuthorID: 921368

Информация о финансировании. Финансирование данной работы не проводилось.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Получено 01.02.2019, Рецензия (1) 27.05.2019, Рецензия (2) 28.10.2019, Принята к печати 24.06.2020

CLINICAL CURRENT FEATURES AND TREATMENT TACTICS OF ACUTE EXTERNAL HEMORRHOIDS IN OUTPATIENT AND POLYCLINIC CONDITIONS

D.A.Lomonosov, A.L.Lomonosov, S.V.Volkov*, A.A.Golubev

Tver State Medical University,
4 Sovetskaya str., Tver 170642, Russian Federation

Abstract

Purpose of the study. The study of the current problems for acute external hemorrhoids (AEH) diagnosis and treatment from the point of view of a practicing ambulatory coloproctologist in the Tver region (based on an analysis of the clinical features of the disease, its course and the applied tactics of the coloproctologist) was made.

Patients and methods. A retrospective study with continuous series of 124 patients (2016–2017), using clinical and statistical research methods.

Results. Acute external hemorrhoids (AEH) is a painful formation that suddenly arises due to acute thrombosis of the external hemorrhoid plexus, located near the anus, mainly at 3, 5, 7 hours on the proctological dial, with a free space between the hemorrhoid and the mucous membrane of the anal canal. Patients with AEH turned to the ambulatory coloproctologist at a later date (on average 11.7 days after the onset of the disease), most often without pain or with slight pain in the anus, with mild and moderate severity of the disease. The main complications of AEH were necrosis and hemorrhoidal wall rupture with bleeding from it. Conservative treatment of patients with AEH was due to clinical guidelines of the Russian Coloproctologists Association (RCA); it was ineffective in 11.3% of patients, who underwent outpatient surgery. All patients with severe pain, high grades of AEH, were offered for hospitalization to the surgical department (including coloproctological), but they refused. Low operative activity and late surgery in patients with AEH, who applied to the polyclinic, were due to the fact that only 12 (9.7%) patients sought help within the first 72 hours of the onset of the disease, low severity of pain, as well as the patients refused the proposed operations.

Conclusions. The studied features of the outpatient coloproctologic service in AEH reveal the inadequate availability of system resources for patients, inappropriate informing the population with «mass-media» technologies; it makes difficulties to implement the recommendations of the RCA.

Keywords:

acute external hemorrhoids, thrombosis of hemorrhoidal varices, perianal venous thrombosis, clinical data, pain, localization, stages, conservative treatment, operative treatment

For citation

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 and Practical Medicine Journal (Issled. prakt. med.). 2020; 7(2): 144–153. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-2-13>

For correspondence

Sergei V. Volkov – Cand. Sci. (Med.), associate Professor of the hospital surgery department with a course of urology Tver State Medical University, Tver, Russian Federation.

Address: 4 Sovetskaya str., Tver 170642, Russian Federation

E-mail: serg_korg@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8556-0557>

SPIN: 9557-3089, AuthorID: 921368

Information about funding. No funding of this work has been held.

Conflict of interest. Authors report no conflict of interest.

Received 01.02.2019, Review (1) 27.05.2019, Review (2) 28.10.2019, Accepted 24.06.2020

АКТУАЛЬНОСТЬ

В литературе до настоящего времени нет единства в определении понятия «острый геморрой» (ОГ). Часто используются термины: тромбоз наружных геморроидальных узлов с воспалением и без него, с некрозом узлов, тромбоз наружных и внутренних узлов, ущемленный внутренний геморрой, периаанальный венозный тромбоз (шифр по МКБ-10 K64.5), ограниченный периаанальный тромбоз с четкими границами узла, периаанальная гематома, изолированный тромбоз без хронического геморроя [1, 2].

Воробьев Г.И. и соавт. [3] описывают острый наружный геморрой (ОНГ) как компактное образование округлой формы до 3 см, с гладкой поверхностью, расположенное под эпидермисом кожи ануса. Острый тромбоз геморроидальных узлов может быть наружным и внутренним, но в 85% отмечается развитие комбинированного процесса [2]. Границей между внутренним и наружным геморроем является зубчатая линия [4]. Диагноз ОНГ устанавливают на основании острой анальной боли, наличия рядом с анальным отверстием образования синего цвета, выделения крови из ануса [2]. Для заболевания характерны постоянные боли в области заднего прохода без иррадиации. Боли усиливаются при акте дефекации, особенно у больных с запорами, нарушениями функции кишечника, после приема слабительных средств. Выявлена корреляция между размерами тромбированного узла и выраженностью болевого синдрома. Отмечено, что болевой синдром индивидуален для каждого человека — от невыносимого до незначительного [3]. Наиболее интенсивная боль у пациентов с ОНГ возникает в первые 24–48 ч от начала заболевания. После этого геморроидальный узел уменьшается в размерах, интенсивность боли снижается [5, 6]. Диагностика ОГ основана на сборе жалоб, анамнеза, объективном осмотре, визуальной оценке и пальпации геморроидального узла и окружающих тканей. Обследование позволяет определить степень ОГ, выявить кровопотерю и сопутствующую анемию, инфекционные осложнения (парапроктит, флегмону заднего прохода, сепсис и т.д.) [1, 2, 7]. К местным осложнениям ОНГ относят некроз стенки, прорыв содержимого геморроидального узла, кровотечение из наружных геморроидальных узлов. Вследствие давления тромба на стенку геморроидального узла в 30–35% случаев возникают ее некроз и самопроизвольная эвакуация тромба через образовавшийся дефект [6–8]. Выбор тактики лечения больных зависит от степени ОГ, наличия или отсутствия четких границ геморрои-

дального узла, выраженности болевого синдрома, интенсивности анального кровотечения, тяжести анемии, сроков обращения больных к колопроктологу [2]. Интенсивность боли является одним из показаний к проведению операции по поводу ОГ. Считается, что выполнение геморроидэктомии в первые три дня уменьшает болевой синдром [6]. Nyst J.F. [9] считает, что консервативное лечение ОГ неэффективно — не уменьшает боль. Автор применяет тромбэктомию или геморроидэктомию уже во время проведения амбулаторного приема, так как считает, что продолжительность операции занимает несколько минут, требует минимального операционного набора, но сразу приводит к облегчению. Показанием к операции в первые 48 ч от начала заболевания является нестерпимая боль. Ранняя операция является профилактикой эрозии и кровотечения из геморроидального узла [9]. Благодарный Л.А. сформулировал алгоритм лечения ОГ и рекомендует принимать решение о способе лечения в зависимости от степени тяжести заболевания, наличия или отсутствия четких границ геморроидального узла, количества рецидивов заболевания, выраженности анемии и анального кровотечения, оценки эффективности консервативного лечения [2]. Принципы лечения ОГ изложены в Клинических рекомендациях по диагностике и лечению пациентов с острым и хроническим геморроем АКР [7]. Консервативное лечение ОГ заключается в назначении обезболивающих, тромболитических, противовоспалительных и флеботонических препаратов. Срочную операцию (тромбэктомию или удаление геморроидального узла) выполняют в сроки до 72 ч [7].

Цель исследования: изучить особенности клинической картины ОНГ и тактики колопроктолога на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи в условиях Тверского региона, представить актуальное отражение сегодняшнего состояния проблемы диагностики и лечения ОНГ глазами практикующего врача-проктолога амбулаторного звена.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Пациенты были обследованы колопроктологом поликлиники в период с августа 2016 по июнь 2017 гг. В исследование включены 124 последовательно обратившихся больных с ОНГ: 67 (54%) мужчин, 57 (46%) женщин (средний возраст пациентов составил $39,0 \pm 1,3$ года); в среднем через $11,7 \pm 1,6$ дня от начала заболевания. Оценка интенсивности боли как в период возникновения ОНГ (ретроспективно, имея в виду 1–2-е сутки заболевания), так и на момент обращения осуществля-

лась во время сбора анамнеза на приеме у колопроктолога при изучении жалоб больного. Для этого использовали типовую визуально-аналоговую шкалу [11], предварительно объяснив пациенту методологию исследования. Системный воспалительный ответ на возникновение ОНГ оценивали по клиническим критериям Синдрома Системного Воспалительного Ответа SIRS [10]. Наличие у больного постгеморрагической анемии определяли на основании клинических данных и анализа крови. Уделяли внимание срокам обращения больного с момента заболевания, поскольку от этого зависела тактика лечения [7].

Обследование пациентов проводили в положении больного на спине, с приподнятыми на подставки голенями. При осмотре и пальпации заднего прохода оценивали форму, консистенцию, размеры геморроидального узла, воспалительные изменения в нем и окружающих тканях, наличие свободного участка кожи между задним проходом и геморроидальным узлом, определяли локализацию по условному проктологическому циферблату. При осмотре геморроидальных узлов мы также обращали внимание на цвет образований, выделяя черный, белый, синий (с оттенками). У больных с ОНГ выполняли пальцевое ректальное исследование, аноскопию или ректороманоскопию (в зависимости от выраженности болевого синдрома и длительности заболевания).

Оценку степени тяжести тромбоза геморроидальных узлов осуществляли на основании критериев известных классификаций [2, 7], рассматривая их в относительном единстве. Первая (или легкая) степень тяжести ОГ характеризуется тромбозом узлов без воспаления и перианального отека окружающих тканей с четкими границами между узлами. При второй (средней) — отмечается тромбоз узлов с их воспалением, часто с перианальным отеком; в ряде случаев при выраженном воспалении

четкие границы между узлами могут отсутствовать. Третья (тяжелая) степень, наряду с вышеперечисленным, характеризуется переходом воспаления на подкожную клетчатку с отеком перианальной кожи, некрозом стенки узла и отсутствием четкой границы между узлами. К ОГ некоторые авторы относят профузное кровотечение из геморроидальных узлов; в нашем исследовании таких пациентов не было. Если наружный геморрой сочетался с внутренним, его расценивали как комбинированный ОГ. Пациенты были распределены нами на 3 группы в соответствии со степенью тяжести ОГ: к 1-й группе отнесены пациенты с 1-й, ко 2-й группе — со 2-й и к 3-й — с 3-й степенью тяжестью ОГ. Статистические расчеты основывались на ресурсах программы Microsoft Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сроки обращения пациентов с ОНГ за специализированной амбулаторно-поликлинической помощью к колопроктологу приведены в таблице 1.

Парадоксально, но большинство больных (90,3%) обратились к колопроктологу спустя 4 сут от начала заболевания (в среднем — через $11,7 \pm 1,6$ дня). Позднюю обращаемость этих больных связываем с недостаточной информированностью пациентов о возможностях диагностики и лечения острого геморроя.

Изучена интенсивность болевого синдрома у пациентов с ОНГ (табл. 2) по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) [11]. Выраженность болей в дебюте ОНГ оценивалась при сборе анамнеза заболевания (ретроспективно). Кроме того, проводилась оценка болевого синдрома на момент обращения за амбулаторной помощью с использованием ВАШ [12]. Следует отметить, что невыносимой (91–100%) интенсивности болевого синдрома отмечено не было ни у одного пациента.

Таблица 1. Сроки обращения больных с ОНГ к колопроктологу
Table 1. Terms of patient's with AEH treatment to a coloproctologist

Сроки первичного обращения больных с ОНГ к колопроктологу, сут / Terms of primary treatment of patients with AEH to a coloproctologist, days	Абсолютное число больных / The total number of patients	%
1 - 3 / 1st - 3rd	12	9,7
4 - 7 / 4th - 7th	47	38,1
8 - 15 / 8th - 15th	21	16,9
16 - 30 / 16th - 30th	11	8,7
Более 30 / more than 30	33	26,6
Всего / Total of	124	100

Таблица 2. Интенсивность боли у пациентов с ОНГ
Table 2. Pain intensity in patients with AEH

Интенсивность боли / Pain severity	1-2 сутки от начала заболевания / The first 1-2 days since the beginning of the disease		На амбулаторном приеме колопроктолога / At the outpatient clinic of Coloproctology	
	Абсолютное число больных / The total number of patients	%	Абсолютное число больных / The total number of patients	
Боли нет (0 %) / No pain (0%)	13	10,5	Боли нет (0%) / No pain (0%)	13
Слабая (1-30%) / Weak pain (1-30%)	18	14,5	Слабая (1-30%) / Weak pain (1-30%)	18
Умеренная (31-60%) / Moderate pain (31-60%)	50	40,3	Умеренная (31-60%) / Moderate pain (31-60%)	50
Сильная (61-90%) / Severe pain (61-90%)	43	34,7	Сильная (61-90%) / Severe pain (61-90%)	43
Всего / total of	124	100	Всего / total of	124

Таблица 3. Распределение больных с ОНГ по степени тяжести тромбоза геморроидальных узлов
Table 3. The distribution of the patients with AEH according to the severity of the thrombosis hemorrhoids

Группы больных с ОНГ по степени тяжести тромбоза / Groups of patients with AEH according to the severity of thrombosis	Абсолютное число больных / The total number of patients	%
Первая (лёгкая) / First (light)	77	62,1
Вторая (средняя) / Second (middle)	36	29
Третья (тяжёлая) / Third (severe)	11	8,9
Всего / total of	124	100

Таблица 4. Локализация единичного пораженного наружного геморроидального узла по условному проктологическому циферблату
Table 4. Localization of a single affected external hemorrhoid node according to the proctological dial

Локализация по условному проктологическому циферблату (ч) / Localization by conditional proctological dial (hour)	Абсолютное число больных / Total number of patients	% от общего числа больных с одиночным узлом / % of the total number of patients with a single node
1	2	2,6
2	7	9
3	16	20,8
4	1	1,3
5	13	16,8
6	5	6,5
7	21	27,3
8	0	0
9	2	2,6
10	0	0
11	5	6,5
12	5	6,6
Всего / total of	77	100

Полученные данные вновь парадоксально свидетельствуют о том, что начало заболевания пациенты переносят в домашних условиях, обращаясь к колопроктологу поликлиники позже, чаще с легкой болью или без нее.

Степень тяжести тромбоза геморроидальных узлов отражена в таблице 3.

Первая группа представлена 77 (62,1%) больными ОНГ с тромбозом изолированного единичного узла без его воспаления и отека (визуально — чаще синего цвета (рис. 1), что позволяло отмечать их расположение на условном проктологическом циферблате — они наиболее часто располагались на 3, 5 и 7 ч (табл. 4).

Вторую группу составили 36 (29%) больных ОНГ с изолированными образованиями, чаще белой

окраски с оттенками, которые были или множественными, или имели другую форму. У 21 (25,8%) больных они имели форму, напоминающую «параллелепипед» (рис. 2).

У 4 (3,2%) больных они были представлены множественными изолированными узлами с наличием границы между ними и напоминали «лепесток» (рис. 3).

Белый (светлый) цвет образований мы объясняем тем, что вследствие отека тканей над геморроидальным узлом последний четко не визуализируется. При выполнении операций у больных с образованиями в виде «параллелепипеда» под отечной кожей располагался геморроидальный узел, который часто сочетался с наличием подкожной гематомы.

Рис. 1. Внешний вид изолированного геморроидального узла при ОНГ (1-я группа больных)

Fig. 1. Appearance of an isolated hemorrhoid node in AEH (the 1st group of patients)

Рис. 2. Образование при ОНГ в форме, напоминающей «параллелепипед» (2 группа больных)

Fig. 2. Formation of AEH in a form resembling "parallelepiped" (the 2nd group of patients)

Рис. 3. Множественные изолированные образования в форме, напоминающей «лепесток» (2 группа больных)

Fig. 3. Multiple isolated formations in the form of a "petal" (the 2nd group of patients)

Рис. 4. Некроз стенки геморроидального узла у больного с ОНГ (3 группа больных)

Fig. 4. Necrosis of the hemorrhoid node wall in a patient with AEH (the 3rd group of patients)

Третью группу составили больные с местными осложнениями ОНГ (табл. 5, рис. 4, 5, 6, 7).

Вид проведенного лечения у пациентов с ОНГ представлен в таблице 6. Большинству больных с ОНГ проводилось амбулаторное консервативное лечение в соответствии с клиническими рекомендациями АКР.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В нашем исследовании медиана возраста пациентов оказалась несколько выше, а соотношение обоих полов — почти одинаковым. Большинство пациентов с ОНГ переносили первичный болевой синдром в домашних условиях и обращались

Таблица 5. Осложнения у больных 3-й группы с ОНГ
Table 5. Complications in patients of group 3 with АЕН

Вид осложнения ОНГ / АЕН complication type	Абсолютное число больных / The total number of patients	% от общего числа больных / % of the total number of patients
Некроз стенки геморроидального узла (рис. 4) / Necrosis of the hemorrhoid node wall (Fig. 4)	4	3,2
Рана в зоне геморроидального узла (с возможным инфицированием – рис. 5) / A wound in the area of the hemorrhoid node (with possible infection – Fig. 5)	3	2,4
Разрыв стенки геморроидального узла с кровотечением (рис. 6) / Rupture of the hemorrhoid node wall with bleeding (Fig. 6)	3	2,4
Комбинированный геморрой: ОНГ + некроз внутреннего геморроидального узла и кровотечение (рис. 7) / Combined hemorrhoids: АЕН + necrosis of the internal hemorrhoid node and bleeding (Fig. 7)	1	0,8
Всего / total of	11	8,8

Таблица 6. Виды лечения больных с ОНГ
Table 6. Types of treatment of patients with АЕН

Виды лечения / types of treatment	Абсолютное число больных / The total number of patients	%
Консервативное амбулаторное / Conservative outpatient	109	87,9
Хирургическое амбулаторное / Surgical outpatient	14	11,3
Перевод в стационар, комплексное лечение (рис. 7) / Transfer to a hospital, complex treatment (Fig. 7)	1	0,8
Всего / total of	124	100

Рис. 5. Образование при ОНГ в форме, напоминающей «параллелепипед», с раной (3-я группа больных)

Fig. 5. Formation of АЕН in a form resembling a "parallelepiped" with a wound (the 3rd group of patients)

Рис. 6. Разрыв стенки геморроидального узла с кровотечением (3-я группа больных)

Fig. 6. Rupture of the hemorrhoid node wall with bleeding (the 3rd group of patients)

к колопроктологу чаще с минимальным болевым синдромом в заднем проходе. Полученные нами результаты вполне соответствуют данным, показывающим, что боль у пациентов с ОНГ возникает в первые 24–48 ч от начала заболевания, после чего геморроидальный узел уменьшается в размерах, интенсивность боли снижается [5, 6]. У 77 (62,1%) больных 1-й группы геморроидальный узел был изолированным, единственным. В этой ситуации одиночный геморроидальный узел может располагаться в любой точке условного проктологического циферблата, но наиболее частыми оказались следующие локализации: у 27,3% пациентов — на 7 ч, у 20,8% пациентов — на 3 ч, у 16,8% больных — на 5 ч, что отчасти соответствует типичному расположению внутренних геморроидальных узлов (исключая случаи выявления пораженных наружных узлов на 5 ч). Изучение конкретной локализации образований у больных с ОНГ 2-й группы затруднено из-за множественности и формы узлов. У 11 (8,8%) больных 3-й группы выявлены осложнения ОНГ, однако они были локальными, не переходили на окружающие ткани; не было выраженного ответа на воспаление, значимого кровотечения, постгеморрагической анемии. Лечение этих пациентов также проводилось амбулаторно. Наш анализ амбулаторной помощи больным ОНГ показал, что у 123 (99,2%) больных 1–3-й групп проявления заболевания возможно и нужно лечить именно в этих условиях. У 6 (4,8%) больных отмечена сильная боль, но 5 (4%) больных с такой клинической картиной можно было лечить амбулаторно, консервативными или оперативными методами. Только 1 (0,8%) пациент 3-й группы нуждался в стационарном лечении (см. рис. 7) по комплексу причин.

Рис. 7. Комбинированный геморрой: ОНГ без четких границ с некрозом внутреннего геморроидального узла и кровотечением из него (3 группа больных)

Fig. 7. Combined hemorrhoids: AEH without clear borders with necrosis of the internal hemorrhoid node and bleeding from it (the 3rd group of patients)

Необходимость разделения больных по степени тяжести можно продемонстрировать на примере исследования Чарышкина А. Л. и соавт. [13], целью которого являлась оценка консервативного лечения больных с ОГ. В этой работе больные с ОГ не были распределены по степени тяжести заболевания, что несколько затрудняет проведение оценки эффективности проделанной работы. При анализе литературных источников нами было отмечено, что степень ОНГ у пациентов стационара и поликлиники оказалась разной. Так, по данным Благодарного Л. А., только у 14% больных с ОГ, находившихся на стационарном лечении, отмечена легкая степень тяжести ОГ, у 20,9% — средняя. У большинства (65,1%) стационарных больных диагностировалась тяжелая степень ОГ [2].

Лечебная тактика амбулаторного колопроктолога отличается от таковой в стационаре и должна в первую очередь основываться на комплексной оценке статуса больных с ОНГ по 3 критериям: 1. общее состояние больного — оценивается по клиническим критериям SIRS с учетом наличия значимого кровотечения и анемии; 2. выраженность болевого синдрома оценивается с использованием ВАШ [11, 12]; 3. степени тяжести ОГ [2]. При оценке статуса наших больных с применением данного комплекса критериев тяжелого состояния пациентов отмечено не было.

Исследование показало, что на амбулаторный прием колопроктолога чаще приходят пациенты с легкой степенью ОНГ в периоде исхода заболевания (который четкого временного критерия не имеет). В то же время в стационар, по данным литературы, чаще обращаются пациенты с тяжелой или средней тяжестью ОНГ [2]. Очевидно, по этой причине 109 (87,9%) амбулаторных больных с ОНГ лечились консервативно в соответствии с клиническими рекомендациями АКР [7]. В то же время многие авторы рекомендуют выполнять операции по поводу ОГ больным с изолированным тромбозом без воспалительного компонента и периаанального отека, с сильной и нестерпимой болью, профузными кровотечениями в сроки 48–72 ч с момента начала заболевания [2, 6–9]. В нашем исследовании у 14 (11,3%) пациентов консервативное лечение ОНГ было неэффективным. Этим больным было выполнено иссечение геморроидального узла в сроки позже 72 ч от начала заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В большинстве случаев пациенты ОНГ — это люди трудоспособного возраста, обращающиеся в среднем через 11,7 дня после возникновения заболевания. Основными являются жалобы на на-

личие мало- или безболезненного образования в заднем проходе. В большинстве случаев регистрируется легкая или средняя тяжесть заболевания, геморроидальные узлы чаще локализуются на 3, 5, 7 ч ректального циферблата. Это связано с преобладанием на амбулаторном приеме пациентов с легкой и средней тяжестью ОНГ, с отсутствием или умеренной болью в анусе, редкими,

малоинтенсивными анальными кровотечениями без анемии, поздней обращаемостью пациентов. Основным методом лечения больных с ОНГ в поликлинике — консервативный (в соответствии с рекомендациями АКР). Геморроидэктомию выполняли позже 72 ч от начала заболевания в случаях безуспешного консервативного лечения, при частых рецидивах заболевания.

Участие авторов:

Ломоносов Д.А. — сбор, анализ и интерпретация клинических данных, ассистенция на операциях, подготовка статьи.

Ломоносов А.Л. — концепция и дизайн исследования, выполнение операций, написание текста, обработка материала.

Волков С.В. — написание текста, техническое редактирование, подготовка иллюстраций.

Голубев А.А. — научное редактирование в рамках осуществляемого кафедрой госпитальной хирургии многоуровневого проекта, анализ и оформление библиографии.

Authors contribution:

Lomonosov D.A. — collection, analysis and interpretation of clinical data, assistance in operations, preparation of articles.

Lomonosov A.L. — concept and design of the research, performing operations, writing the text, processing the material.

Volkov S.V. — writing the text, technical editing, preparation of illustrations.

Golubev A.A. — scientific editing within the multi-level project carried out by the Department of hospital surgery, analysis and design of the bibliography.

Список литературы

1. Благодарный Л.А. Выбор медикаментозной терапии геморроя. Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2013; (2): 35–38.
2. Благодарный Л.А. Осложненный геморрой: диагностика и лечение. Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. 2015; (3–4): 29–34
3. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. «Геморрой», 1 издание, Москва; 2002, 188 с.
4. Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Абрицова М.В. Модифицированная Классификация Внутреннего Геморроя. Колопроктология. 2015; (2(52)): 4–10.
5. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. World J Gastroenterol. 2015 Aug 21; 21(31): 9245–9252. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i31.9245>
6. Lohsiriwat V. Anorectal emergencies. World J Gastroenterol. 2016 Jul 14; 22(26): 5867–5878. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i26.5867>
7. Клинические рекомендации. Колопроктология. Под ред. Ю.А. Шелыгина. ГЭОТАР-Медиа, 2015, 528 с.
8. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and Treat-

- ment Options. Am Fam Physician. 2018 Feb 1; 97(3): 172–179.
9. Nyst JF. Hemorrhoidal thrombosis: treatment at the consulting room. Rev Med Brux. 2015 Sep; 36(4): 278–280
10. Сепсис: классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение: Практическое руководство. Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. — М.: Медицинское информационное агентство, 2010, 352 с.
11. Бывальцев В.А., Белых Е.Г., Алексеева Н.В., Сорокиных В.А. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации. ФГБУ «НЦПВХ» СО РАМН. Иркутск, 2013, 32 с.
12. Есин Р.Г., Есин О.Р., Ахмадеева Г.Д., Салихова Г.В. Оценка боли по ВАШ расшифровка. Методы объективизации болевого синдрома. Доступно по: <https://kzn-kpatp9.ru/ocenka-boli-po-vash-rasshifrovka-metody-obektivizacii-bolevogo/>
13. Чарышкин А.Л., Исаев А.А., Глушенко Л.В. Оценка результатов консервативного лечения острого геморроя. Колопроктология, 2013; (3(45)): 26–29.

References

1. Blagodarnyi LA. Choice of medication for hemorrhoids. Surgery. Appendix to the journal Consilium Medicum. 2013; (2): 35–38. (In Russian).
2. Blagodarnyi LA. Complicated hemorrhoids: diagnosis and treatment. Hospital-replacing technologies: Ambulatory surgery. 2015; (3–4): 29–34. (In Russian).
3. Vorob'ev GI, Shelygin YuA, Blagodarnyi LA, «Gemorroi», 1 edition, Moskva, 2002, 188 p. (In Russian).
4. Shelygin YuA, Titov AY, Abritsova MV. Modified classification of haemorrhoids. Koloproktologiya. 2015; (2(52)): 4–10. (In Russian).
5. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctol-

- ogist's view. World J Gastroenterol. 2015 Aug 21; 21(31): 9245–9252. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i31.9245>
6. Lohsiriwat V. Anorectal emergencies. World J Gastroenterol. 2016 Jul 14; 22(26): 5867–5878. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i26.5867>
7. Clinical recommendations. Coloproctology. Ed by. Yu. A. Shelygina. GEOTAR-Media, 2015, 528 p. (In Russian).
8. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options. Am Fam Physician. 2018 Feb 1; 97(3): 172–179.
9. Nyst JF. Hemorrhoidal thrombosis: treatment at the consulting room. Rev Med Brux. 2015 Sep; 36(4): 278–280.

10. Sepsis: classification, clinical and diagnostic concept and treatment: Practical guide. Ed. By V.S. Savelyev, B. R. Gelfand. Moscow: Medical information Agency, 2010, 352 p.
11. Byval'tsev VA, Belykh EG, Alekseeva NV, Sorokovikov VA. Application of scales and questionnaires in the examination of patients with degenerative lesion of the lumbar spine: methodological recommendations. FGBU "NTsRVKh" SO RAMN, Irkutsk, 2013, 32 p. (In Russian).
12. Esin RG, Esin OR, Akhmadeeva GD, Salikhova GV. Otsenka boli po VASh rasshifrovka. Metody ob"ektivizatsii bolevogo sindroma. (In Russian). Available at: <https://kzn-kpatp9.ru/ocenka-boli-po-vash-rasshifrovka-metody-obektivizatsii-bolevogo/>
13. Charyshkin AL, Isaev AA, Glushhenko LV. Results of conservative treatment for thrombosed hemorrhoids. Koloproktologiya. 2013; (3(45)): 26–29. (In Russian).

Информация об авторах:

Ломоносов Денис Андреевич – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь, Российская Федерация. SPIN: 6713-4972, AuthorID: 937762

Ломоносов Андрей Лотович – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь, Российская Федерация.

Волков Сергей Владимирович* – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8556-0557>, SPIN: 9557-3089, AuthorID: 921368

Голубев Александр Александрович – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь, Российская Федерация.

Information about authors:

Denis A. Lomonosov – Cand. Sci. (Med.), associate Professor of the hospital surgery department Tver State Medical University, Tver, Russian Federation. SPIN: 6713-4972, AuthorID: 937762

Andrei L. Lomonosov – Cand. Sci. (Med.), associate Professor of the hospital surgery department Tver State Medical University, Tver, Russian Federation.

Sergei V. Volkov* – Cand. Sci. (Med.), associate Professor of the hospital surgery department Tver State Medical University, Tver, Russian Federation. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8556-0557>, SPIN: 9557-3089, AuthorID: 921368

Aleksandr A. Golubev – Cand. Sci. (Med.), associate Professor of the hospital surgery department Tver State Medical University, Tver, Russian Federation.