

tion in the postoperative period of dental implantation // A.S. Rybalko, S.A. Orlov // Pathogenesis. 2022;4(20):78-84.

8. Оценка возможного риска проведения дентальной имплантации по морфологическим критериям у пациентов с фоновой соматической патологией / Ярмухамедов Бехзод Хамидович Амануллаев Рустам Азимжонович Пулатова Барно Журахоновна // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. 2022;1(2):69–71. <https://doi.org/10.26739.2181-0966-2020-2-14>

9. Assessment of the possible risk of dental implantation according to morphological criteria in patients with background somatic pathology / Yarmuxamedov Bexzod Xamidovich Amanullaev Rustam Azimjonovich Pulatova Barno Juraxonovna // Journal of Oral Medicine and Craniofacial Research. 2022;1(2):69–71. <https://doi.org/10.26739.2181-0966-2020-2-14>

10. Aung Y.T., Eo M.Y., Sodnom-Ish B., et al. Long-term survival rates of taped self-tapping bone-level implants after intermediate placement: a positional effective rationale //Maxillofac Plast Reconstr Surg. 2024;46:17. <https://doi.org/10.1186/s40902-024-00428-7>

11. D'Orto B., Polizzi E., Nagni M., Tetè G., Cappariè P. Full Arch Implant-Prosthetic Rehabilitation in Patients with Type I Diabetes Mellitus: Retrospective Clinical Study with 10 Year

Follow-Up // Int J Environ Res Public Health. 2022;19(18):11735 <https://doi.org/10.3390/ijerph191811735>

12. Frances Herrero, Raphael F. de Souza, Jocelyne S. Feine, et al. The impact of implant-retained overdentures on type-2 diabetic and non-diabetic edentulous patients: Satisfaction and quality of life in a prospective cohort study //Journal of Dentistry. 2022; 127. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2022.104357>

13. Juncar R.I., Precup A.I., Juncar M. Immediate implant-prosthetic dental rehabilitation of patients with diabetes using four imperfectly loaded dental implants: a pilot study//J Int Med Res. Published online. 2020; 48 (3).

14. Li Y., Lu Z., Sun H. Impact of diabetes mellitus on the poor prognosis in patients with osseointegrated dental implants: a meta-analysis of observational studies//Biotechnology and Genetic Engineering Reviews. 2023; 1-19.

15. Naujokat H., Kunzendorf B., Wiltfang J. Dental implants and diabetes mellitus—a systematic review // Int J Implant Dent. 2016; 5. <https://doi.org/10.1186/s40729-016-0038-2>

16. Sam L., Chattipakorn S., Khongkhunthian P. Osseointegration of Maxillary Dental Implants in Diabetes Mellitus Patients: A Randomized Clinical Trial Human Histomorphometric Study. Appl // Sci. 2020; 10. <https://doi.org/10.3390/app10196762>

17. Stavreva N. Consultations of oral manifestations and prosthodontic management of patients with diabetes mellitus //IOSR Journal of Dental and Medical Sciences. 2019; 18 (8): 21-23.

18. Tang D., Wang E., Xu Y., et al. Is hyperglycemia the only risk factor for implant in type 2 diabetes during the healing period //Oral Dis. 2021; 27 (6): 1551-1563. <https://doi.org/10.1111/odi.13685>

19. Verhulst Martijn J.L., Loos Bruno G., Gerdes Victor E.A., et al. Evaluating All Potential Oral Complications of Diabetes Mellitus // Frontiers in Endocrinology. 2019; 10. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00056>

20. Wagner J., Spille J.H., Wiltfang J., Naujokat H. Systematic review on diabetes mellitus and dental implants: an update//Int J Implant Dent. 2022; 3;8 (1):1. <https://doi.org/10.1186/s40729-021-00399-8>

21. Yang Shuting L.Y., Liu Chengcheng W.Y., Wan Zixin S.D. Pathogenesis and treatment of wound healing in patients with diabetes after tooth extraction //Frontiers in Endocrinology. 2022; 13. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.949535>

22. Yu Shan-Huey, Oh Tae-Ju. Diabetes mellitus-Dental implants and periodontal disease. 2020. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-820605-8.00007-3>

А.Я. Ильканич, Р.А. Коломыц, Ю.С. Воронин

ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ: КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВ ХИРУРГИЧЕСКОГО

DOI 10.25789/YMJ.2025.90.09

УДК 616-08-035

Проведен сравнительный анализ эффективности консервативного и хирургического лечения острого тромбоза геморроидальных узлов. У 125 (61,6%) пациентов, получивших консервативное лечение и 78 (38,4%) оперированных больных. Программа консервативного лечения содержала рекомендации по питанию, формированию режима дефекации, использованию тепловых ванночек, приему системных и топических препаратов. Пациентам второй группы под местной инфильтрационной анестезией проводилось хирургическое вмешательство в объеме тромбэктомии или иссечении тромбированного геморроидального узла. Пациенты, получившие консервативную терапию и пациенты, которым выполнялось оперативное вмешательство, были сопоставимы по полу, возрасту и стадии острого тромбоза геморроидальных узлов. Между пациентами двух групп выявлены статистически значимые различия при оценке боли на 1 и 7 сутки лечения ($p=0,043$ и $p=0,037$ соответственно) и сроков временной нетрудоспособности ($p=0,032$). Заключение: оперативное вмешательство при геморрое, осложненном острым тромбозом геморроидальных узлов, выступает как метод выбора, обладающий множеством преимуществ. Ключевыми являются уменьшение болевого синдрома на 1 сутки после лечения до 3 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), на 7 сутки – до 1 балла по ВАШ. В сравнении с группой больных, получавших консервативную терапию, после хирургического лечения острого тромбоза геморроидальных узлов отмечена более низкая частота возникновения рецидива заболевания. За период проведения исследования рецидивирующее течение отмечено у 1 (2,0%) пациента после оперативного вмешательства против 5 (10,2%) случаев в группе консервативного лечения. Хирургическое лечение обеспечивает более быструю трудовую реабилитацию и сокращает период временной нетрудоспособности до $6,3 \pm 0,3$ дней.

Ключевые слова: острый тромбоз геморроидальных узлов, хирургическое лечение острого тромбоза геморроидальных узлов, консервативное лечение острого тромбоза геморроидальных узлов.

БУ «Сургутская окружная клиническая больница» (628408, г. Сургут, ул. Энергетиков, 24/2): **ИЛЬКАНИЧ Андрей Яношевич** – д.м.н., проф., рук. окружного центра колопроктологии, зав. колопроктологическим отделением, ORCID 0000-0003-2293-136X, aikanich@yandex.ru, **КОЛОМЫЦ Рада Александровна** – аспирант 2 курса, врач-хирург, ORCID 0000-0001-7170-9779, radakolom@mail.ru, **ВОРОНИН Юрий Сергеевич** – к.м.н., врач-колопроктолог, ORCID 0000-0003-1948-5506, ysvoronin2402@gmail.com

A comparative analysis of the effectiveness of conservative and surgical treatment of acute thrombosis of hemorrhoids. Was performed: 125 (61.6%) patients who received conservative treatment and 78 (38.4%) operated patients. The conservative treatment program contained recommendations on nutrition, formation of a bowel movement regime, use of thermal baths, and taking systemic and topical medications. Patients of the second group underwent surgical intervention in the amount of thrombectomy or excision of a thrombosed hemorrhoid node under local infiltration anesthesia. Results of the study: patients who received conservative therapy and patients who underwent surgery were comparable in gender, age, and stage of acute hemorrhoidal thrombosis. Statistically significant differences were found between the patients of the two groups in pain assessment on the 1st and 7th days of treatment ($p=0.043$ and $p=0.037$, respectively) and the duration of temporary disability ($p=0.032$). Surgical intervention in hemorrhoids complicated by acute thrombosis of hemorrhoids is a method of choice with many advantages. The key ones are to reduce pain on the 1st day after treatment to 3 points on the visual-analog scale (VAS), on the 7th day – to 1 point according to VAS. Compared with the group of patients

receiving conservative therapy, after surgical treatment of acute hemorrhoidal thrombosis, a lower incidence of disease recurrence was noted. During the study period, a recurrent course was observed in 1 (2.0%) patient after surgery versus 5 (10.2%) cases in the conservative treatment group. Surgical treatment provides faster labor rehabilitation and reduces the period of temporary disability to 6.3 ± 0.3 days.

Keywords: acute hemorrhoidal thrombosis, surgical treatment of acute hemorrhoidal thrombosis, conservative treatment of acute hemorrhoidal thrombosis

Для цитирования: Ильканич А.Я., Коломыц Р.А., Воронин Ю.С. Острый тромбоз геморроидальных узлов: консервативное лечение против хирургического. Якутский медицинский журнал. 2025; 90(2): 40-44. <https://doi.org/10.25789/YMJ.2025.90.09>

Введение. Острый тромбоз геморроидальных узлов (ОТГУ) представляет одну из наиболее болезненных патологий «малой» колопроктологии. Основным фактором, способствующим развитию ОТГУ, является венозный застой. Микротравмы эндотелия венозных сосудов способствуют активации гемостаза и образованию тромба, что приводит к отеку тканей и некрозу [3, 8]. Выбор оптимального способа лечения исходит из анализа жалоб пациента, анамнеза заболевания и результатов клинического осмотра [4, 10].

Существует два основных метода лечения: консервативное и хирургическое. Консервативное лечение рекомендуется при ОТГУ без выраженных симптомов заболевания, отказе пациента от операции, а также у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. При этом, ряд авторов утверждает, что консервативное лечение является оптимальным выбором для большинства пациентов с ОТГУ [12, 16]. В свою очередь, хирургическое лечение рекомендуется в случаях выраженной симптоматики заболевания, при ОТГУ с некрозом и при неэффективности консервативных методов лечения. Хирургическое лечение, в сравнении с консервативным методом, обеспечивает быстрее выздоровление и снижает риск рецидива заболевания. В связи с этим, у пациентов с частыми рецидивами ОТГУ, хирургическое вмешательство может быть рассмотрено как способ профилактики тромбоза [2, 6]. Большинство исследователей подчеркивают важность индивидуального подхода к лечению. Выбор между консервативным и хирургическим лечением основывается на тяжести и течении заболевания, с учетом предпочтений самого пациента [15]. Возможна и комбинированная тактика: использование консервативного лечения для облегчения симптомов ОТГУ для подготовки к последующему хирургическому вмешательству [17].

Таким образом, до настоящего времени выбор оптимальной тактики лечения пациентов с ОТГУ является предметом дискуссий, и исследования, оценивающие достоинства и не-

достатки консервативного и хирургического лечения, являются, по-прежнему, актуальными.

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности консервативного и хирургического лечения острого тромбоза геморроидальных узлов.

Материалы и методы: проведено ретроспективное одноцентровое когортное исследование, в которое было включено 203 пациента, пролеченных по поводу ОТГУ в окружном центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы в период 2020-2024 гг. Консервативно пролечено – 125 (61,5%), оперированы – 78 (38,5%) больных. Средний возраст пациентов составил $41,4 \pm 11,9$ лет. Обследование и лечение больных проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями Ассоциации колопроктологов России [8].

Критерии включения: пациенты старше 18 лет; острый тромбоз геморроидальных узлов. Критерии исключения: пациенты с сопутствующей колопроктологической патологией: анальной трещиной, свищем заднего прохода; беременность и период грудного вскармливания; индивидуальная непереносимость компонентов применяемых лекарственных препаратов; пациенты с сопутствующими заболеваниями: циррозом печени или после лучевой терапии органов малого таза. Данное исследование было одобрено этическим комитетом.

Для объективной оценки результатов лечения проведен сравнительный анализ групп пациентов, получивших консервативное и хирургическое лечение по основным антропометрическим и клиническим признакам. Для сравнительного описания по возрасту использована классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [13]. Клинические проявления оценивались согласно классификации Ассоциации колопроктологов России. По локализации: наружный тромбоз и внутренний тромбоз. По степени распространения воспалительного процесса: I степень – тромбоз наружных или внутренних геморроидальных узлов без воспали-

тельного процесса. II степень – тромбоз с воспалением геморроидальных узлов. III степень – тромбоз геморроидальных узлов, усугубленный воспалением подкожной клетчатки, отеком перианальной области и/или некрозом слизистой [8].

Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась на момент первичного обращения за медицинской помощью, через 1, 7 и 14 суток после начала лечения. В группах сравнения проведен анализ структуры, частоты осложнений и рецидивов заболевания. При этом рецидивом считали появление симптомов (боли и кровотечения) или нового тромбоза в течение 3 месяцев после завершения лечения. Также, был выполнен сравнительный анализ длительности нетрудоспособности.

Показаниями к консервативной терапии явились отказ от проведения хирургического вмешательства и III стадия ОТГУ. Программа консервативной терапии включала рекомендации по питанию, формированию режима дефекации, использованию тепловых ванночек, системных и топических препаратов, действие которых направлено на улучшение регионального кровотока, снижение воспаления. Все пациенты получали консервативное лечение препаратами, зарегистрированными и одобренными для применения на территории Российской Федерации. Терапия осуществлялась в рамках показаний, и в соответствии с утвержденной инструкцией по медицинскому применению. Выбор топического препарата зависел от клинических проявлений ОТГУ: кровотечения, болевого синдрома, зуда и пр.

Показаниями к хирургическому вмешательству явились согласие пациента на оперативное вмешательство, отсутствие тяжелых сопутствующих соматических и отдельных колопроктологических заболеваний.

Оперативные вмешательства проводились под местной инфильтрационной анестезией в положении для камнесечения. Выполнялись 2 типа хирургического вмешательства: тромбэктомия – у 53 (67,9%) и иссечение

тромбированного геморроидального узла – у 25 (32,1%) больных.

Оперативное вмешательство начиналось с обработки раствором антисептика операционного поля. После выполнения местной инфильтрационной анестезии проводилась аноскопия, ревизия анального канала, периаанальной области и нижней трети прямой кишки. Для тромбэктомии наносился разрез длиной не более 1,0 см над тромбированным геморроидальным узлом для эвакуации тромба. При проведении иссечения тромбированного геморроидального узла производились два сходящихся полуовальных разреза с последующим удалением узла. Швы на рану не накладывались. После достижения гемостаза электрокоагуляцией, накладывалась пращевидная повязка с раствором хлоргексидина.

В периоперационном периоде пациенты получали обезболивающие и противовоспалительные препараты, венотонизирующие лекарственные средства, тепловые ванночки, топические препараты и лекарственные средства, влияющие на эффективную дефекацию.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.7.0 (разработчик – ООО "Статтех", Россия). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона (при значениях ожидаемого явления более 10), точного критерия Фишера (при значениях ожидаемого явления менее 10). Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты и обсуждение. В анализируемых группах 106 (52,2%) мужчин и 97 (47,8%) женщин. Лиц молодого возраста 77 (37,9%), среднего 83 (40,9%) человека и 43 (21,2%) пациен-

та пожилого возраста. Сравнительная оценка в анализируемых группах выполнена с применением хи-квадрата Пирсона. Число лиц молодого возраста статистически не различалось ($p_{\text{общ}} = 0,393$, $p_{\text{муж}} = 0,451$, $p_{\text{жен}} = 0,334$). Аналогичные значения были получены среди пациентов среднего ($p_{\text{общ}} = 0,595$, $p_{\text{муж}} = 0,621$, $p_{\text{жен}} = 0,569$) и пожилого возраста ($p_{\text{общ}} = 0,231$, $p_{\text{муж}} = 0,163$, $p_{\text{жен}} = 0,299$) (табл. 1).

При оценке полового и возрастного состава пациентов в группах консервативной терапии и хирургического лечения нам не удалось установить статистически значимых различий, следовательно проводить сравнительный

анализ эффективности между ними корректно.

Помимо этого, была проведена сравнительная оценка доли лиц мужского и женского пола и стадии ОТГУ в анализируемых группах с применением хи-квадрата Пирсона и точного критерия Фишера. Количество лиц мужского и женского пола, в группах консервативного и хирургического лечения с I степенью ОТГУ статистически не различалось ($p_{\text{общ}} = 0,176$, $p_{\text{муж}} = 0,118$, $p_{\text{жен}} = 0,234$). Аналогичные значения были получены у пациентов со II степенью ($p_{\text{общ}} = 0,495$, $p_{\text{муж}} = 0,476$, $p_{\text{жен}} = 0,513$) и III степенью ($p_{\text{общ}} = 0,90$, $p_{\text{муж}} = 0,859$, $p_{\text{жен}} = 0,941$) (табл. 2).

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст	Консервативная терапия (n = 125)		Хирургическое лечение (n = 78)		P-value*
	Мужчины абс. (%)	Женщины абс. (%)	Мужчины абс. (%)	Женщины абс. (%)	
Молодой	26 (20,8)	21 (16,8)	16 (20,5)	14 (17,9)	$p_{\text{общ}} = 0,393$ $p_{\text{муж}} = 0,451$ $p_{\text{жен}} = 0,334$
Средний	25 (20)	24 (19,2)	18 (23)	16 (20,5)	$p_{\text{общ}} = 0,595$ $p_{\text{муж}} = 0,621$ $p_{\text{жен}} = 0,569$
Пожилой	15 (12)	14 (11,2)	6 (7,9)	8 (10,2)	$p_{\text{общ}} = 0,231$ $p_{\text{муж}} = 0,163$ $p_{\text{жен}} = 0,299$

Таблица 2

Распределение пациентов по степени тромбоза

Возраст	Консервативная терапия (n = 125)		Хирургическое лечение (n = 78)		P-value*
	Мужчины абс. (%)	Женщины абс. (%)	Мужчины абс. (%)	Женщины абс. (%)	
I степень	10 (8)	8 (6,4)	5 (6,4)	4 (5,1)	$p_{\text{общ}} = 0,176$ $p_{\text{муж}} = 0,118$ $p_{\text{жен}} = 0,234$
II степень	55 (43,2)	50 (40)	34 (43,6)	34 (43,6)	$p_{\text{общ}} = 0,495$ $p_{\text{муж}} = 0,476$ $p_{\text{жен}} = 0,513$
III степень	2 (1,6)	1 (0,8)	1 (1,3)	0 (0)	$p_{\text{общ}} = 0,90$ $p_{\text{муж}} = 0,859$ $p_{\text{жен}} = 0,941$

Таблица 3

Оценка интенсивности болевого синдрома на этапах лечения

Оценка по ВАШ	Консервативное лечение n=125	Хирургическое лечение n= 78	P-значение
До лечения	7 (6–8)	7 (6–8)	0,839
1 день после лечения	7 (5–8)	3 (2–5)	0,043
7 день после лечения	3 (2–4)	1 (0–2)	0,037
14 день после лечения	1 (0–1)	0 (0–0)	0,856

При оценке стадии острого тромбоза геморроидальных узлов между пациентами в группах с консервативной терапией и хирургическим лечением нам не удалось выявить статистически значимых различий.

Болевой синдром является одним из ведущих симптомов ОТГУ, поэтому оценка интенсивности болевого синдрома на этапах лечения является одним из важных критериев эффективности консервативного лечения или хирургического вмешательства.

При оценке интенсивности болевого синдрома до начала лечения у пациентов, получающих консервативную терапию и у пациентов, подвергнутых операции, нам не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,839$). Статистически значимые различия были выявлены на 1 и 7 сутки лечения ($p=0,043$ и $p=0,037$ соответственно). Стоит отметить, что интенсивность болевого синдрома была значительно ниже после оперативного вмешательства, нежели чем при проведении консервативной терапии. Но уже к 14 суткам лечения интенсивность болевого синдрома приблизилась к 0 и была схожей для обеих анализируемых групп ($p = 0,856$) (табл. 3).

Кровотечение в послеоперационном периоде отмечено у 1 (1,3%) пациента. Прочих осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Время возвращения к нормальной деятельности составило $6,3 \pm 0,3$ дней в группе больных, которым проводилось хирургическое вмешательство и $11,6 \pm 1,8$ дней в группе пациентов, получивших консервативную терапию ($p = 0,032$).

Рецидив заболевания, в течение 3 месяцев после лечения развился – у 6 (12,2%) больных: после проведения консервативной терапии – у 5 (10,2%), среди оперированных – у 1 (2,0%) больного ($p = 0,267$).

Согласно исследованиям, проведенным на территории РФ, доля ОТГУ достигает 10-20% всех случаев геморроя [8]. По данным различных источников, заболеваемость ОТГУ среди взрослого населения России колеблется от 4% до 25%. При этом мужчины страдают от ОТГУ в 1,5-2 раза чаще, чем женщины [7, 8]. Средний возраст пациентов колеблется от 30 до 50 лет, при этом наибольшее количество случаев наблюдается в группе 40-49 лет.

В Европе заболеваемость ОТГУ варьирует от 5% до 15% [4, 5]. Исследования подтверждают, что мужчины более подвержены этому состоянию. Со-

отношение мужчин и женщин как 2:1.

В США ОТГУ встречается у 4-5% взрослого населения. Доля лиц мужского пола 60% всех случаев ОТГУ. Средний возраст пациентов колеблется от 45 до 55 лет [2].

В Азии, в частности в Китае, распространенность ОТГУ – 8-12%. Как и в других регионах, мужчины чаще страдают от этого состояния, причем соотношение мужчин и женщин составляет – 1,5:1 [10].

Первым шагом в консервативном лечении является облегчение болевого синдрома. Для этого могут использоваться: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые помогают снизить воспаление и боль [4, 8]. Местные анестетики, например кремы или мази с лидокаином наносятся на область ануса для уменьшения болевых ощущений [15]. Вторая линия лечения направлена на устранение запоров. Запоры могут усугублять состояние и способствовать дальнейшему тромбообразованию. Рекомендуется увеличение потребления клетчатки. Включение в рацион фруктов, овощей и цельнозерновых продуктов помогает нормализовать стул [16]. Сидячие ванны с теплой водой могут помочь уменьшить дискомфорт и отек. Рекомендуется проводить такие процедуры по 15-20 минут несколько раз в день, особенно после дефекации [11]. Также назначаются венотонизирующие препараты, укрепляющие венозную стенку и улучшающие венозный отток. Лечение тромбоза геморроидальных узлов включает комплексный подход, направленный на облегчение симптомов и улучшение качества жизни пациента.

Хирургическое вмешательство рекомендуется в случае тромбированного геморроя, особенно при таких осложнениях, как кровотечение и болевой синдром. На данный момент отсутствуют убедительные доказательства о потенциальных опасностях хирургического вмешательства при ОТГУ.

Исследование, проведенное нами, демонстрирует, что хирургическое вмешательство при ОТГУ обеспечивает быстрое снижение интенсивности болевого синдрома, сокращает период нетрудоспособности, снижает риск рецидивов и повышает уровень удовлетворенности у пациентов. Легкая послеоперационная боль и отсутствие серьезных послеоперационных осложнений способствуют быстрому восстановлению пациента к нормальной деятельности. Таким образом, хирургическое лечение представляет собой

эффективную альтернативу консервативной терапии. Тщательный отбор пациентов на основе тяжести их клинических симптомов может привести к оптимальному лечению для каждого пациента. Пациенты выбирали консервативное лечение, отказываясь от предложенного хирургического лечения из-за страха послеоперационной боли и осложнений.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что применение консервативного лечения у пациентов с ОТГУ удлиняет период болезни и увеличивает вероятность рецидива заболевания. Большинство пациентов, страдающих от ОТГУ, предпочитают начать с консервативного лечения из-за страха перед хирургическим вмешательством. Тем не менее, группа пациентов, прошедшая хирургическое лечение, имела низкую частоту осложнений после проведенных мероприятий.

Наше исследование имело некоторые ограничения. Во-первых, это было ретроспективное исследование с ограниченным числом пациентов, данные были получены только из одного центра. Таким образом, смещение отбора было неизбежным. Другим ограничением было, что в лечении этих пациентов принимали участие три врача-колопроктолога, и их индивидуальные решения могли повлиять на результаты. Поэтому необходимы дальнейшие рандомизированные исследования.

Выводы. Хирургическое лечение геморроидальной болезни, осложненной ОТГУ, представляет собой эффективный метод лечения с рядом преимуществ. Среди них можно отметить значительное снижение интенсивности болевого синдрома до 3 баллов по ВАШ на 1 сутки после начала лечения и до 1 балла на 7 сутки после проведенного оперативного лечения, уменьшение вероятности рецидива заболевания с 10,2% до 2%, а также сокращение срока временной нетрудоспособности до $6,3 \pm 0,3$ дней.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л. Тактика лечения острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях // Колопроктология. 2019; №3 (69): С. 18
2. Belik B.M., Kovalev A.N., Khatlamadzhyan A.L. Tactic of treatment acute thrombosis of hemorrhoids in ambulatory care. Coloproctology. 2019; No. 3 (69): 18.
3. Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л. Возможности метода высокочастотной радиоволновой хирургии в радикальном лечении острого тромбоза геморроидальных узлов

в амбулаторных условиях // Колопроктология. 2018; № 2S: 10-11.

Belik B.M., Kovalev A.N., Khatlamadzhayan A.L. Possibilities of the method of high-frequency radio wave surgery in radical treatment of acute thrombosis of hemorrhoidal nodes in outpatient settings. *Coloproctology*. 2018; No. 2S: 10-11.

3. Выбор метода лечения геморроидально-го тромбоза у беременных и родильниц: данные пилотного проспективного исследования. Медкова Ю.С., Маркарян Д.Р., Чурина Ю.А., [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019; №2: 94-100.

Choice of treatment method for hemorrhoidal thrombosis in pregnant and postpartum women: data from a pilot prospective study. Medkova Yu.S., Markaryan D.R., Churina Yu.A., et al. // *Issues of gynecology, obstetrics and perinatology*. 2019; №2: 94-100.

4. Значимость геморроидальной болезни в современном мире. Стяжкина С.Н., Муллахметов Б.А., Хузина Л.Ф., [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022; № 11: 154-159.

The importance of hemorrhoidal disease in the modern world. Styazhkina S.N., Mullahmetov B.A., Khuzina L.F., et al. *Experimental and clinical gastroenterology*. 2022; No. 11: 154-159.

5. Клинико-морфологическая классификация острого тромбоза наружного геморроидального узла применительно к дифференцированному подходу при его лечении. Щеголев А.И., Соколова А.С., Трунин Е.М., [и др.] // Хирургическая практика. 2020; № 3: 44-52.

Clinical and morphological classification of acute thrombosis of external hemorrhoidal nodes in relation to a differentiated approach to its treatment. Shchegolev A.I., Sokolova A.S., Trunin E.M., [et al.] // *Surgical practice*. 2020; No. 3: 44-52.

6. Коротченя, О.Г. Рудько С.С. Практический опыт хирургического лечения острого тромбоза геморроидального узла в амбула-

торных условиях // Инфекционные осложнения в хирургии: сб. материалов XXIX пленума хирургов Республики Беларусь, Островец. 2024; 247-249.

Korotchenya, O.G. Rudko S.S. Practical experience of surgical treatment of acute hemorrhoidal node thrombosis in outpatient settings // *Infectious complications in surgery: collection of materials of the XXIX Plenum of Surgeons of the Republic of Belarus, Ostrovets*, 2024; 247-249.

7. Мурадова С.А., Шичкин Н.А. Место тромбэктомии в лечении тромбоза наружных геморроидальных узлов. актуальные вопросы медицинской науки // Сборник тезисов докладов 73-й всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 75-летию ярославского государственного медицинского университета. 2019; 301

Muradova S.A., Shichkin N.A. Place of thrombectomy in treatment of thrombosis of external hemorrhoidal nodes. current issues in medical science. Collection of abstracts of the 73rd All-Russian Scientific and Practical Conference of Students and Young Scientists with International Participation, dedicated to the 75th anniversary of Yaroslavl State Medical University. 2019; 301

8. Российское общество колопроктологов. клинические рекомендации по диагностике и лечению геморроидальной болезни. 2023.

Russian Society of Coloproctologists. clinical guidelines for the diagnosis and treatment of hemorrhoidal disease. 2023.

9. Тактика ведения больных с одноузловым тромбозом наружных геморроидальных узлов Ломоносов Д.А., Ломоносов А.Л., Казаков А.Ю., [и др.] Клиническая медицина. 2024; № 102(7): 550–556.

Tactics of management of patients with single-node thrombosis of external hemorrhoids Lomonosov D.A., Lomonosov A.L., Kazakov A.Yu., [et al.] *Clinical medicine*. 2024; No. 102(7): 550–556.

10. Comparison of Ligasure hemorrhoidectomy and conservative treatment for thrombosed external hemorrhoids (TEH) in pregnancy. Luo H, He X, Wang M, Zheng X, Peng R, Wang C, Li Q, Yang B // *BMC Surg*. 2023; No. 23(1):15.

11. De Schepper H, Coremans G, Denis MA, Dewint P, Duinslaeger M, Gijzen I, Haers P, Komen N, Remue C, Roelandt P, Somers M, Surmont M, Van de Putte D, Van den Broeck S, Van Kemseke C, De Looze D. Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease // *Acta Gastroenterol Belg*. 2021; No. 84(1): 101-120. doi: 10.51821/84.1.497.

12. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction // *Gastroenterology* 2016; No.150(6): 1257-61.

13. Dyussenbayev, A. Age Periods of Human Life // *Advances in Social Sciences Research Journal*. 2017; № 4(6).

14. Eberspacher C, Mascagni D, Antypas P, Grimaldi G, Fralleone L, Pontone S, Sorrenti S, Pironi D. External hemorrhoidal thrombosis in the elderly patients: conservative and surgical management // *Minerva Chir*. 2020; № 75(2): 117-120. doi: 10.23736/S0026-4733.18.07724-6.

15. Khan A, Kanter AE. Management of Acute Hemorrhoidal Crisis: Evaluation, Treatment, and Special Considerations // *Clin Colon Rectal Surg*. 2023; No. 37(6): 381-386. doi: 10.1055/s-0043-1777663.

16. Picciariello A, Rinaldi M, Grossi U, Verre L, De Fazio M, Dezi A, Tomasicchio G, Altomare DF, Gallo G. Management and Treatment of External Hemorrhoidal Thrombosis // *Front Surg*. 2022; doi: 10.3389/fsurg.2022.898850.

17. The Italian Unitary Society of Colon-Proctology (Società Italiana Unitaria di Coloproctologia) guidelines for the management of acute and chronic hemorrhoidal disease. *Ann Coloproctol*. Brillantino A, Renzi A, Talento P, [et al.] // 2024; № 40 (4): 287-320. doi: 10.3393/ac.2023.00871.0124.