



ARTICLE INFO

Received: 24th July 2026

Accepted: 29th July 2026

Online: 30th July 2026

KEYWORDS

Chronic hemorrhoidal disease, surgical treatment, monitoring complications, differentiated approach, patient quality of life.

MODERN TREATMENT OF UNCOMPLICATED CHRONIC HEMORRHOIDAL DISEASE AND ASSESSMENT OF PATIENT QUALITY OF LIFE (Literature Review)

Khomidov Tukhtasin Azimkhonovich

surgeon, medical and sanitary department, in region fund Zafarabad, of the "Navoi Mining and Metallurgical Plant Fund", Republic of Uzbekistan, Navoi.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.21834656>

ABSTRACT

This review article details the historical aspects of the development of surgical care worldwide, the surgical treatment of such a serious condition as chronic hemorrhoidal disease, and the dynamic development of conservative and surgical treatment methods. It also examines modern surgical treatment methods for chronic hemorrhoidal disease and monitoring of postoperative complications. This article presents an overview of the effectiveness of modern treatment methods for chronic hemorrhoidal disease. This publication presents the main surgical treatment methods and characterizes the positive and negative aspects of each method. A differentiated approach to the treatment of chronic hemorrhoidal disease is also explored. Assessment of quality of life and pain syndrome using questionnaires is also included. Determining the effectiveness of surgical treatment and its impact on patients' quality of life.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ (Обзор литературы)

Хомидов Тухтасин Азимхонович

врач хирург, медико-санитарной части, регионального фонда «Зафарabad», Государственного Учреждения «Фонда Навоийского горно-металлургического комбината», Республики Узбекистан, город Навои.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.21834656>

ARTICLE INFO

Received: 24th July 2026

Accepted: 29th July 2026

Online: 30th July 2026

ABSTRACT

В обзорной статье подробно изложены исторические аспекты развития хирургической помощи во всем мире, хирургическое лечение такого тяжелого недуга как хронической геморроидальной болезни динамическое развитие способов и методов консервативного и хирургического лечения. А также современные методы хирургического лечения хронической геморроидальной болезни, своеобразный мониторинг после операционных



KEYWORDS

*Хроническая
геморроидальная
болезнь, хирургическое
лечение, мониторинг
осложнений,
дифференцированный
подход, качество
жизни пациентов.*

*осложнений. Представлен обзор сведений об
эффективности современных методов лечения
хронической геморроидальной болезни. В данной
публикации представлены основные методы
хирургического лечения, дана характеристика
положительных и отрицательных аспектов каждого
метода. Дифференцированный подход в лечение
хронической геморроидальной болезни. Оценка
качества жизни и болевого синдрома с помощью
опросников. Определение эффективности
хирургического лечения и влияние на качество жизни
пациентов.*

Актуальность. Геморроидальная болезнь — очень распространенное проктологическое заболевание, однако точную распространенность определить сложно, поскольку многие пациенты не обращаются за медицинской помощью [3,7,30].

Крупное международное онлайн-исследование показало, что, исходя из самостоятельно сообщаемых признаков и симптомов, предполагаемая распространенность геморроидальной болезни составляет 11%, и только 41% пациентов обратились к врачу на первом этапе лечения. В основе геморроидальных узлов лежат венозные сосудистые образования, состоящие из многочисленных полостей различного объема [3,7,30,31,32,33].

Внутренние геморроидальные узлы, наряду с анальным сфинктером обеспечивают до 15-20 % герметичности прямой кишки вне дефекации [13,30,31,32]. Наружные геморроидальные узлы обеспечивают отток крови от области заднего прохода, состоят из подкожных вен находящихся непосредственно под кожей. Анатомическое строение

анального синуса оказывает влияние на результаты лечения пациентов с геморроем [13,30,31,32]. Распространенность заболевания составляет 140-160 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41% [13,30,31,32].

Наиболее часто геморрой встречается у взрослых пациентов, но также есть данные, что и в возрасте от 4 до 18 лет пациенты так же страдают этим заболеванием [13,30,31,32]. Среди взрослого населения геморрой распространен следующим образом: 25-35 лет - 17,6%, 36-45 лет - 21,5%, 46-55 лет - 31,3%, 56-65 лет - 13,7%, 66-85 лет - 5,8% [13,30,31,32].

Многие авторы считают основными причинами возникновения геморроя являются гемодинамический и дистрофический факторы [13,30,31,32].

Обычно его классифицируют по локализации: внутренний (возникает выше зубчатой линии и покрыт анальной слизистой оболочкой) и внешний (возникает ниже зубчатой линии и покрыт анодермой).



Внутренний геморроидальный сплетение представляет собой анальное отверстие [13,30,31,32]. Как правило, геморрой рассматривается как заболевание, когда он становится симптоматическим. Наиболее распространенным проявлением геморроидальной болезни является безболезненное ректальное кровотечение во время дефекации [30,31,32,33]. Патофизиология внутреннего геморроя до сих пор полностью не изучена. Однако одна из теорий предполагает, что хроническое повышение внутрибрюшного давления в сочетании с отсутствием клапанов в ректальных венах может ограничивать венозный отток из синусоидов во время дефекации, что приводит к аномальному расширению синусоидов и, в свою очередь, к кровотечению из-за разрыва и/или повреждения слизистой оболочки [13,30,31,32].

Согласно современной теории патогенеза геморроя, нарушение гемодинамики в геморроидальных узлах, а именно дисфункция артериального притока и венозного оттока крови, приводит к их гипертрофии [13,30,31,32].

Большое значение для увеличения кавернозной ткани прямой кишки, придают местной регуляции кровообращения, изменения в функционировании улитковых артерий и отходящих вен [13,30,31,32].

В дальнейшем, при увеличении объема внутренних геморроидальных узлов происходит истончение покрывающей их слизистой оболочки

и стенок вен, что делает их легко повреждаемыми во время дефекации [13,30,31,32]. Вследствие увеличения внутренних геморроидальных узлов в объеме и массе происходят дистрофические изменения в фиброзно-мышечном каркасе (связки Паркса) прямой кишки и, постепенно, геморроидальные узлы под собственным весом смещаются в дистальном направлении. Это приводит к выпадению геморроидальных узлов [13,30,31,32]. Классификация Голигера обычно используется для оценки тяжести геморроя и, следовательно, указывает на метод хирургического лечения. I степень соответствует непролапсирующему геморрою, а II степень — пролапсирующему геморрою при дефекации со спонтанным вправлением. На поздних стадиях дополнительное разрушение соединенных продольных мышц приводит к их постоянному выпадению за пределы ануса, либо обратимому вручную (3-я степень), либо необратимому (4-я степень) [13,30,31,32]. Основными классифицируемыми признаками служат течение процесса, степень дистрофии мышечно-связочного аппарата терминального отдела прямой кишки и анатомическое расположение геморроидальных узлов [3,7,13,30,31,32]. Также применяют упрощенную классификацию, утвержденную международной классификацией болезней 10-го пересмотра: геморрой первой степени; геморрой второй степени; геморрой третьей степени; геморрой четвертой степени;



остаточные геморроидальные кожные метки; перианальный венозный тромбоз; другой уточненный геморрой; геморрой неуточненный [12,13,30,31,32].

Диагностика острого и хронического геморроя основывается на оценке жалоб, характере начала и длительности заболевания, результатах пальцевого исследования прямой кишки и инструментальных методах обследования. Порядок обследования пациентов по профилю «колопроктология» утвержден Ассоциацией колопроктологов России [5,13,30,31,32]. Всем пациентам с острым и хроническим геморроем рекомендуется проведение пальцевого ректального исследования и аноскопии для осмотра стенок анального канала и дистального отдела прямой кишки [12,13,30,31,32].

С целью диагностики сопутствующих заболеваний прямой и дистальной части сигмовидной кишки, а также дифференциальной диагностики геморроя всем пациентам рекомендуется проведение ректороманоскопии [12,13,30,31,32]. Пациентам с геморроем старше 50 лет обязательно проведение фиброколоноскопии в связи с большой частотой бессимптомно протекающих заболеваний толстой кишки [12,13,30,31,32].

Для объективной диагностики функционального состояния наружного и внутреннего анальных сфинктеров пациентам с патологией

аноректальной области могут быть использованы стандартная, трехмерная или сфинктерометрия высокого разрешения для исследования моторной функции срамного. Данный метод исследования позволяет оценить ряд характеристик тонуса анального сфинктера при волевом сокращении и в покое [5,31,33].

В литературе описан способ применения ультразвуковой диагностики при геморроидальной болезни. Авторы указывают, что сонография может быть применена для ранней диагностики и выбора метода лечения хронического внутреннего геморроя 1-2 стадии [5,30,31,32,33].

Структура геморроидальных вен играет ключевую роль в выборе метода лечения геморроя. Развитие мозаичного сонографического рисунка может являться характерным признаком дилатации кавернозных вен и показанием для хирургического лечения геморроя 3 и 4 стадий [5,30,31,32,33].

С использованием ультразвуковой диагностики возможно исследование скоростных характеристик кровотока по ветвям верхней прямокишечной артерии [5,30,31,32,33]. Таким образом, литературные данные свидетельствуют о том, что диагностика геморроидальной болезни, может быть проведена при первичном обращении пациента. Для постановки диагноза необходимо собрать анамнез заболевания, узнать жалобы, провести осмотр перианальной области, пальцевое



исследования прямой кишки и аноскопию. С целью дифференциальной диагностики с другой патологией аноректальной области и толстой кишки необходимо выполнить ректороманоскопию и по показаниям фиброколоноскопию [5,30,31,32,33].

В 2011 году был представлен метод дезартеризации геморроидальных узлов с использованием лазерного излучения, при котором был использован проктоскоп со встроенным ультразвуковым датчиком для поиска и коагуляции терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии [2,10,12,14]. В 2018 году было предложено проводить лазерную дезартеризацию геморроидальных узлов под контролем внутритканевой ультразвуковой визуализации [2,10,12,14]. В литературе имеются данные о том, что после проведения данной операции отмечается отсутствие послеоперационного болевого синдрома и осложнений. Рецидив клинических проявлений геморроя наблюдается у 5% пациентов в течение 2 лет [2,10,12,14].

Метод лазерной дезартеризации во многом схож с методом инфракрасной коагуляции геморроидальных узлов с той разницей, что коагуляция ветвей верхней прямокишечной артерии, происходит не вслепую, а под ультразвуковым контролем [2,10,12,14].

Посредством доплерометрии возможно фиксировать результат воздействия на сосудистую ножку.

При использовании данной методики нет воздействия на саму кавернозную ткань и не осуществляется лифтинг геморроидального узла, что в дальнейшем может приводить к рецидиву заболевания. Показанием к применению операции является хронический внутренний геморрой 1-2 стадии [2,10,12,14]. Лазерная процедура при геморрое (He LP) использует диодный лазер с длиной волны 980 нм (13 Вт: 5 импульсных выстрелов по 1,2 с каждый с паузой 0,6 с), избирательно воздействующий на гемоглобин и вызывающий закрытие верхних геморроидальных артерий [2,10,12,14]. Для этой процедуры не требуется общая анестезия, и, по желанию пациента, анальгетики могут быть введены интраоперативно. Для идентификации концевых ветвей верхних геморроидальных артерий примерно в 3 см проксимальнее зубчатой линии можно использовать доплеровский датчик (зонд 20 МГц диаметром 3 мм). Это устройство вводится в прямую кишку, когда пациент находится в литотомическом положении, и заменяется лазером после идентификации целевой артерии [2,10,12,14].

Геморрой может проявляться у пациента как одним симптомом, так и сразу несколькими. Одним из наиболее частых симптомов, который может возникать при хроническом внутреннем геморрое является выделение крови при акте дефекации. Он отмечается в 76-80 % наблюдений [2,10,12,14].

Объемы выделяемой крови могут быть различными. Одни пациенты



отмечают едва заметные капли алой крови на туалетной бумаге, другие кровь, разбрызганную по стенкам унитаза. В некоторых случаях может развиваться хроническая постгеморрагическая анемия [5,31,33].

Также пациенты могут отмечать выделение крови при дефекации в виде брызжащей струи, данное явление является признаком внутреннего геморроя. В редких случаях кровь может застывать в просвете прямой кишки, и при этом возможно выделение темной крови и сгустков. Характерным является прекращение кровотечения при завершении акта дефекации и вправлении геморроидальных узлов в прямую кишку [5,31,33].

Вторым по частоте симптомом является выпадение внутренних геморроидальных узлов. Данное явление было выявлено как первый симптом геморроя у 39% пациентов [5,31,33]. По данным различных публикаций анальный зуд и дискомфорт в области заднего прохода возникает в 4-95% наблюдений. Возникновение этого симптома связано с выпадением внутренних геморроидальных узлов, попаданием слизи на пери анальную кожу и ее мацерацией [5,31,33]. Для проявления наружного геморроя характерно увеличение объема наружных геморроидальных узлов после дефекации, которое связано с их кровенаполнением [5,31,33].

Клиническая картина геморроя наиболее часто сопровождается выделением крови из прямой кишки или выпадением геморроидальных

узлов при дефекации, что свидетельствует о гипертрофии внутренних геморроидальных узлов. Увеличение объема наружных геморроидальных узлов при дефекации свидетельствует о гипертрофии подкожных вен пери анальной области [5,31,33]. В настоящее время существует множество способов лечения пациентов с геморроидальной болезнью, которые делятся на консервативные и хирургические. В абсолютном большинстве случаев заболевания необходимо сочетание применения консервативных и хирургических способов лечения, выбор и последовательность которых определяется индивидуально для каждого пациента в зависимости от стадии и формы заболевания [5,7,16,17,31,32]. В хирургическом лечении, выделяют стандартные и малоинвазивные хирургические методы.

В публикации J. Jongen и V. Kahlke (2019 год) указано, что для оценки качества проведенного лечения пациентов с геморроем рекомендуется использовать качественные показатели, такие как послеоперационная боль, осложнения, невозможность удерживать кал или газы, сроки нетрудоспособности и другие. По мнению этих авторов количественные показатели, такие как частота рецидивов геморроидальной болезни, не могут быть использованы для оценки качества проведенного лечения [5,31,33].



В настоящий момент представлено большое количество методов как консервативного, так и хирургического лечения пациентов с геморроем. Многообразие методов связано с тем, что с одной стороны их разработка и применение направлены на снижение инвазивности, а с другой на достижение максимально возможного радикализма вмешательства. По этой причине для лечения пациентов с ранними стадиями хронического геморроя в арсенале врача-колопроктолога имеется гораздо больше оперативных методик, чем для пациентов с запущенным заболеванием [5,31,33].

Консервативное лечение состоит из применения топических средств в виде суппозиториев, мазевых составов и системных препаратов, направленных на нормализацию функций венозной или пищеварительной систем [3,7,11,15,31,32]. Выбор препаратов должен проводиться в зависимости от клинической картины [3,7,11,15,31,32]. Данный вид лечения пациентов с хроническим геморроем может проводиться в качестве монотерапии при 1 стадии хронического внутреннего геморроя для купирования обострений или в виде компонента периоперационного лечения [3,7,11,15,31,32]. Принципы фармакотерапии должны быть направлены на нормализацию кровообращения в области геморроидальных узлов, купирование воспаления, нормализацию тонуса внутреннего анального сфинктера и функций пищеварительной системы

[3,7,11,15,31,32]. Единственным способом лечения наружного геморроя является физическое иссечение узлов. И оно может быть выполнено в амбулаторных условиях с хорошими отдаленными результатами [5,7,16,17,31,32]. Применение электро- или ультразвуковой коагуляции в лечении острого и хронического наружного геморроя позволяет существенно уменьшить инвазивность оперативного вмешательства и в большинстве случаев добиться радикального удаления в амбулаторных условиях [5,7,16,17,31,32]. Рецидив заболевания отмечается в 2,4% наблюдений [5,7,16,17,31,32]. В современной литературе представлено большое количество данных по лечению пациентов в комбинации хронического геморроя и анальной трещины, ректоцеле и других заболеваний [5,7,16,17,31,32]. Но при этом среди известных публикаций мало представлено лечение пациентов с хроническим наружным и внутренним геморроем 1-2 стадий в амбулаторных условиях [5,7,16,17,31,32].

Большинство работ посвящено лечению пациентов на поздних стадиях заболевания и использованием геморроидэктомии в условиях круглосуточного стационара [5,7,16,17,31,32]. Таким образом, в изученной литературе не представлены способы хирургического лечения пациентов с комбинированным геморроем малоинвазивными методами в амбулаторных условиях. Все



описанные малоинвазивные хирургические способы лечения направлены на изолированное удаление внутренних геморроидальных узлов. Требуется разработка и внедрение нового малоинвазивного способа лечения пациентов с хроническим наружным и внутренним геморроем 2 стадии. Амбулаторному лечению пациентов с комбинированным геморроем новым способом и посвящено данное исследование [7,11,15,31,32].

Нарушения функций пищеварительной системы является одним из важных факторов, провоцирующих обострения, а модификация образа жизни и питания, должны быть включены в схему лечения любой стадии геморроидальной болезни [7,11,15,31,32]. Основным звеном в лечении геморроидальной болезни, являются флеботропные препараты [5,7,16,17,31]. Они снижают проницаемость капилляров, нормализуют циркуляцию лимфы, снижая давление в лимфатических сосудах, служат профилактикой отеков и застойных явлений. Безусловно, эти препараты воздействуют на патологические механизмы, способствующие развитию и острого геморроя [5,7,16,17,31]. Данные препараты обладают антитромботическим и противовоспалительным действием. Одним из представителей таких лекарственных средств является сулодексид. Он стимулирует активность матриксных металлопротеиназ, которые являются

маркером воспаления сосудистой стенки [5,7,16,17,31].

В настоящее время качество жизни, связанное со здоровьем, чаще всего оценивается с помощью общего опросника здоровья Европейского Опросника Качества Жизни (Euro Quality of Life, или Euro QoL) — это широко распространённый многоаспектный опросник [1,4,6,8,9,19,20,22,23,24,26].

Оценка острой боли — относительно простая задача. В клинической практике зачастую достаточно определить интенсивность и локализацию острой боли нейрохирургических пациентов. Однако в научных исследованиях для получения достоверных результатов важно учитывать и другие параметры боли [1,4,6,8,9,19,20,22,23,24,26,28,30]. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) определяет только интенсивность боли и не предоставляет информации о качественных характеристиках. Эмоциональная составляющая болевого синдрома вносит весомые изменения в погрешности показателей ВАШ [8,9,19,20,22,23,24]. Часто для оценки типа и частоту боли/дискомфорта и указания наличие и тяжесть кровотечения, отека, зуда и загрязнения, а также частоту кровотечений используется опросник путём заполнения НЕМО-FISS-QoL (HEMO-FISS-QoL), специфичную для данного заболевания достигается полноценное исследование качества жизни [1,4,6,8,9,19,20,22,23,24,26,28,30].

Таким образом, консервативное лечение не является радикальным, и



может быть применено при первых признаках геморроя, для купирования обострений в качестве дополнения к хирургическому лечению и при наличии противопоказаний к оперативному лечению.

Таким образом, ограничение передвижения, не возможность

пациентов заниматься повседневной работой резко снижает социальное существование и адаптацию в среде проживания. Длительный процесс реабилитации и более синдром истощает нервную систему у большинства пациентов вызывает эмоциональные расстройства и депрессивный синдром.

References:

1. Абрицова М.В., Богомазов А.М., Головки Е.Б., Загрядский Е.А. / Геморрой и качество жизни – «две вещи несовместные»? // Амбулаторная хирургия 2020 (3–4): С. 74–79.
2. Аминов А.С., Терюшкова Ж.И., Шелудько Д.В., Никитин А.Р. / Опыт применения лазерной геморроидопластики в лечении геморроидальной болезни // Журнал, Колопроктология. — 2019. — Т. 18, № S3 (69). — С. 13.
3. Бубнова Л.Е., Алексеева Н.В., Иванов Л.Н., Бубнов Д.Н., Юсов А.А. / Патологическое обоснование применения озонотерапии в комплексном лечении больных геморроидальной болезнью // Медицина в Кузбассе. — 2024. — Т. 23, № 1. — С. 65—72.
4. Бутырский А.Г., Селиванов А.В., Фомочкин И.И., Шерендак С.А., Хилько С.С., Скоромный А.Н. Динамика качества жизни пациентов после различных вариантов оперативного лечения хронического комбинированного геморроя // Научные труды S World. – 2015. – Т. 13, № 4 (41). – С. 4–9.
5. Гаин М.Ю., Шахрай С.В. / Малоинвазивные технологии в комплексном лечении геморроя. // Новости хирургии Том 19. № 4. 2011. С 113-122.
6. Житихин Е.В., Ивануса С.Я., Литвинов О.А. Оценка качества жизни больных хроническим геморроем III–IV стадии до и после хирургического лечения // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2014. – Т. 9, № 2. – С. 59–63.
7. Житихин Е.В., Лега Д.Н. / Современные способы хирургического лечения хронического комбинированного геморроя (обзор) // Вестник российской военно-медицинской академии 4(44) – 2013. С. 209-215.
8. Загрядский Е.А., Богомазов А.М., Головки Е.Б., Абрицова М.В. / Влияние методов лечения на качество жизни пациентов с геморроидальной болезнью // Амбулаторная хирургия 2022 (3–4): С. 68–80.
9. Костенко Н.В., Есин В.И., Масленников В.С., Шомиров С.С., Шилов И.А. / Качество жизни пациентов после различных вариантов лечения геморроидальной болезни // Материалы Всероссийского Съезда колопроктологов с международным участием «Оперативная и консервативная колопроктология: современные технологии для высокого качества жизни пациента» и Объединенного



Каспийского и Байкальского форума по проблемам ВЗК, Колопроктология 2016, № 2 (56) С.32.

10. Лавров Р.Н., Сухоруков А.М., Стародубов Д.Ю., Хабарова О.И., Поздняков А.А., Лайтеке Ю.Ю. / Применение новой методики местного обезболивания при лазерной вапоризации (LHP) геморроидального узла в амбулаторных условиях. // Журнал «Медицинские науки и общественное здравоохранение» 2023. 1/9 С. 147-154.

11. Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Матвеев А.И., Бородин Н.А., Морозова Л.А., Поварнин Н.Н. / Лечение комбинированного геморроя 2–3 стадии методом трансмукозной лазерной абляции // Колопроктология, том 22, № 2, 2023. С. 86-91.

12. Мотвеев И.А., Гиберт Б.К., Алиев Ф.Ш., Бородин Н.А., Матвеев А.И., Морозова Л.А., Поварнин Н.Н., Паюсова Т.И. / Изучение приобретения опыта выполнения лазерной вапоризации геморроидальных узлов. // Новости хирургии Том 31. № 1. 2023. С 57-64.

13. Назаров М.Б., Расулов А.Г., Кобилов И.И., Гафуров А., Баладжонов Ш.М., Даминова Н.М. / Современное состояние об этиопатогенезе и хирургическом лечении хронического геморроя и его рецидивов (обзор литературы) // Вестник педагогического университета. Серия естественных наук. — 2022. — № 3 (15). — С. 166—171.

14. Попов И.В., Куанышбеков А.С., Попов Д.А. / Внедрение методики LHP - лазерное удаление геморроидальных узлов. // Вестник КАЗНМУ № 3 2021. С. 232-234.

15. Родин А.В., Даниленков Н.В., Агафонов О.И., Привольнев В.В. / Консервативное лечение хронического геморроя. результаты анкетирования хирургов России. // Колопроктология. 2019; т. 18, №2 (68), С. 69-74.

16. Стяжкина С.Н., Муллахметов Б.А., Хузина Л.Ф., Кирьянов Н.А., Хайруллин А.А., Климентов М.Н. / Значимость геморроидальной болезни в современном мире. // Журнал экспериментальная и клиническая гастроэнтерология | № 207 (11) 2022. С 154-159.

17. Черепенин М.Ю., Лутков И.В., Горский В.А. / Анализ современных малоинвазивных методик хирургического лечения геморроидальной болезни: обзор литературы // «Хирургия. Восточная Европа», 2023, том 12, № 4. С. 471-482.

18. Akinmoladun O. / Management of hemorrhoids and anal fissures // Surg Clin North Am. — 2024. — Vol. 104, № 3. — P. 473—490. — DOI: 10.1016/j.suc.2023.11.001. — PMID: 38677814.

19. Amsriza F.R., Fakhriani R., Pangki A.A. / Translation and validation of Indonesian hemorrhoidal disease symptom score (HDSS) and short health scale hemorrhoidal disease (SHSHD) // Turk J Surg. – 2023. – Vol. 39, № 4. – P. 336–343. – DOI: 10.47717/turkjsurg.2023.6148. – PMID: 38694532. – PMCID: PMC11057928.

20. Bužinskienė D., Sabonytė-Balšaitienė Ž., Poškus T. / Perianal diseases in pregnancy and after childbirth: frequency, risk factors, impact on women's quality of life and treatment methods // Front Surg. – 2022. – Vol. 9. – P. 788823. – DOI: 10.3389/fsurg.2022.788823. – PMID: 35252326. – PMCID: PMC8894587.



21. García-Redondo M., Fernández-Alonso A.M., Ferrer-Márquez M., Rubio-Gil F., Reina Duarte Á. / Validation and adaptation to Spanish of the quality-of-life questionnaire in patients with hemorrhoidal disease and anal fissure (HEMO-FISS-CdV) // *Rev Esp Enferm Dig.* – 2024. – Vol. 116, № 9. – P. 472–477. – DOI: 10.17235/reed.2024.10308/2024. – PMID: 38767040.
22. Kendirci M., Şahiner İ.T., Şahiner Y., Güney G. / Comparison of effects of vessel-sealing devices and conventional hemorrhoidectomy on postoperative pain and quality of life // *Med Sci Monit.* – 2018. – Vol. 24. – P. 2173–2179. – DOI: 10.12659/msm.909750. – PMID: 29643327. – PMCID: PMC5914273.
23. Keong S.Y.J., Tan H.K., Lamawansa M.D., Allen J.C., Low Z.L., Ostbye T. / Improvement in quality of life among Sri Lankan patients with haemorrhoids after invasive treatment: a longitudinal observational study // *BJS Open.* – 2021. – Vol. 5, № 2. – P. zrab014. – DOI: 10.1093/bjsopen/zrab014. – PMID: 33960376. – PMCID: PMC8088290.
24. Lauricella S., Palmisano D., Brucchi F., Agoglitta D., Fiume M., Bottero L., Faillace G. / Long-term results and quality of life after stapled hemorrhoidopexy vs Doppler-guided HAL-RAR: a propensity score matching analysis // *Int J Colorectal Dis.* – 2024. – Vol. 39, № 1. – P. 30. – DOI: 10.1007/s00384-024-04603-0. – PMID: 38386081. – PMCID: PMC10884154.
25. Longchamp G., Liot E., Meyer J., Toso C., Buchs N.C., Ris F. / Non-excisional laser therapies for hemorrhoidal disease: a systematic review of the literature // *Lasers Med Sci.* – 2021. – Vol. 36, № 3. – P. 485–496. – DOI: 10.1007/s10103-020-03142-8. – PMID: 32914275. – PMCID: PMC7952353.
26. Mallmann C., Langenbach M.R., Florescu R.V., Köhler A., Barkus J., Ritz J.P., Gebauer F., Lefering R., Boenicke L. / Parameters predicting postoperative pain and quality of life after hemorrhoidectomy: follow-up results from a prospective multicenter randomized trial // *Int J Colorectal Dis.* – 2023. – Vol. 38, № 1. – P. 262. – DOI: 10.1007/s00384-023-04557-9. – PMID: 37919535. – PMCID: PMC10622377.
27. Partoune A., Coimbra C., Brichant J.F., Joris J. / Quality of life at home and satisfaction of patients after enhanced recovery protocol for colorectal surgery // *Acta Chir Belg.* – 2017. – Vol. 117, № 3. – P. 176–180. – DOI: 10.1080/00015458.2017.1279871. – PMID: 28103758.
28. Ratto C., Parello A., Marra A.A., Campennì P., De Simone V., Litta F. / Timing and modality of hemorrhoidal prolapse impact on patients' quality of life // *J Clin Med.* – 2024. – Vol. 13, № 13. – P. 3946. – DOI: 10.3390/jcm13133946. – PMID: 38999509. – PMCID: PMC11242617.
29. Ray-Offor E., Amadi S. / Hemorrhoidal disease: predilection sites, pattern of presentation, and treatment // *Ann Afr Med.* – 2019. – Vol. 18, № 1. – P. 12–16. – DOI: 10.4103/aam.aam_4_18. – PMID: 30729927. – PMCID: PMC6380113.
30. Rorvik H.D., Davidsen M., Gierloff M.C., Brandstrup B., Olaison G. / Quality of life in patients with hemorrhoidal disease // *Surg Open Sci.* – 2023. – Vol. 12. – P. 22–28. – DOI: 10.1016/j.sopen.2023.02.004. – PMID: 36876020. – PMCID: PMC9978033.



31. Sun Z., Migaly J. / Review of hemorrhoid disease: presentation and management // Clin Colon Rectal Surg. – 2016. – Vol. 29, № 1. – P. 22–29. – DOI: 10.1055/s-0035-1568144. – PMID: 26929748. – PMCID: PMC4755769.
32. Verre L., Gallo G., Grassi G., Bussolin E., Carbone L., Poto G.E., Carpineto S.O., Marano L., Marrelli D., Roviello F. / Transanal hemorrhoidal dearterialization (THD) for hemorrhoidal disease: an Italian single-institution 5-year experience analysis and updated literature review // Front Surg. – 2022. – Vol. 9. – P. 1088546. – DOI: 10.3389/fsurg.2022.1088546. – PMID: 36620384. – PMCID: PMC9811001.
33. Yu K., Li H., Xue P., Xie Z., Tang M., He H., Wu J. / Modified ultrasound scalpel hemorrhoidectomy versus conventional hemorrhoidectomy for mixed haemorrhoids: a study protocol for a single-blind randomized controlled trial // Trials. – 2023. – Vol. 24, № 1. – P. 140. – DOI: 10.1186/s13063-023-07175-6. – PMID: 36829253. – PMCID: PMC9951398.