



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.

OPTIMIZATION OF COMPREHENSIVE TREATMENT FOR COMPLICATED HEMORRHOIDS AND ASSESSMENT OF PATIENT QUALITY OF LIFE (Literature Review)

Ruziev Ismatillo Rakhmatullaevich

proctologist, Head of the Department of Proctology, Multidisciplinary Clinic, Tashkent Center for the Development of Professional Qualifications of Healthcare Professionals.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.21834780>

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.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ (Обзор литературы)

Рузиев Исматило Рахматуллаевич

врач проктолог, заведующий отделением проктологии Многопрофильной клиники Центра Развития Профессиональной Квалификации Медицинских работников.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.21834780>

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 (ГБ) — распространенное заболевание анального канала, определяемое как симптоматическое увеличение и дистальное смещение нормальных анальных подушечек [9,11,13,15]. Геморроидальная болезнь является одной из наиболее распространенных причин анальной патологии, с пиком заболеваемости в возрасте от 45 до 65 лет как у мужчин, так и у женщин [13,19,30,31].

Однако точную частоту встречаемости ГБ определить сложно, поскольку пораженные лица часто неохотно обращаются за медицинской помощью. Например, данные из Франции показали, что 85% лиц с анальными симптомами, обратившихся к врачам общей практики, не сообщали о них спонтанно, несмотря на испытываемый дискомфорт [1,2,13,15,19,31].

Геморрой среди заболеваний прямой кишки по частоте занимает первое место. По данным многих авторов, геморроем страдает до 10-15% взрослого населения. Удельный вес геморроя в структуре коло

проктологических заболеваний составляет 34-41% случаев [4,8,12,13,22,26,30]. В основе геморроя лежит патология кавернозных телец, которые в процессе нормального эмбриогенеза закладываются в подслизистом слое дистального отдела прямой кишки перед аноректальной линией в анальном канале и под кожей промежности [13,19,22,29,30,32]. Причиной гиперплазии кавернозных образований и появления, а также увеличения геморроидальных узлов является нарушение кровообращения в этих кавернозных образованиях [13,19,22,29,30,32,33,34]. Чаще всего эти изменения происходят под действием таких неблагоприятных факторов, как сидячий образ жизни, неправильное питание, запор, беременность, злоупотребление алкоголем [11,13,15,19,26]. В последующем увеличенные геморроидальные узлы начинают постепенно смещаться в дистальном направлении. Этому способствуют нарастающие процессы дистрофии и ослабление их удерживающего связочного аппарата, поэтому



геморроидальные узлы начинают выпадать из анального канала [11,13,15,19,26,29,30,31].

В основе гемодинамического фактора лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку артериальной крови и уменьшению оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и развитию геморроидальных узлов [13,15,19,26,29].

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. Подушки или синусоиды состоят из артериол, венул и артериовенозных анастомозов [11,13,15,19,26,29,30,31].

Имеющиеся в настоящее время данные из Европы и Японии сообщают об общей распространенности ГБ в диапазоне 3–27% [19,26,29,30,31,32,34].

В целом, данные о распространенности ограничены, а отсутствие данных в некоторых регионах особенно бросается в глаза, например, в некоторых частях Африки [19,26,29,30,31,32,34]. Показатели распространенности обычно выше, когда данные собираются в рамках скрининга или диагностики других заболеваний. Например, в исследовании, проведенном в Австрии, геморрой был выявлен у 39% лиц, проходивших скрининг на коло ректальный рак

[11,13,15,19,26,29]. К распространенным симптомам геморроидальной болезни относятся боль, анальное кровотечение, дискомфорт, зуд, отек. Запор, выпадение прямой кишки, недержание кала и недержание кала. На ранних стадиях геморроидальной болезни лечение, как правило, направлено на контроль или облегчение симптомов, а не на излечение заболевания. Поскольку запор и высокий индекс массы тела часто связаны с рецидивом и тяжестью геморроидальной болезни, обычно рекомендуются изменения образа жизни и диеты; однако эти изменения требуют высокой приверженности пациентов, и улучшения могут проявиться не сразу [11,13,15,19,26,29]. Как правило, геморрой рассматривается как заболевание, когда он становится симптоматическим. Наиболее распространенным проявлением геморроидальной болезни является безболезненное ректальное кровотечение во время дефекации. Боль у пациентов с геморроем чаще всего обусловлена анальными трещинами и аноректальными абсцессами [11,13,15,19,26,29].

Патофизиология развития геморроя до сих пор полностью не выяснена, но широко признано, что смещение слизистой оболочки анального канала играет важную роль, при этом геморрой развивается, когда поддерживающие ткани анальных подушечек разрушаются или деградируют. Это подтверждается данными, полученными от лиц с геморроем, у



которых наблюдаются значительные патологические изменения анальных подушечек. Кроме того, по-видимому, в патогенезе геморроя присутствует сосудистый компонент, затрагивающий как артериальную, так и сосудистую системы [13,15,19,26]. Основываясь на гистологических данных об аномальном расширении и деформации вен у лиц с геморроем, нарушение регуляции сосудистого тонуса также может играть роль в развитии геморроя из-за нарушения оттока из геморроидального сплетения, приводящего к его переполнению [13,15,19,26].

Факторы, которые, как считается, усугубляют изменения, связанные с развитием ГД, включают факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления, такие как запор, натуживание во время дефекации, беременность и ожирение, хотя в настоящее время недостаточно доказательств для установления причинно-следственных связей для многих из этих факторов [13,15,19,26]. Таким образом, ведущими факторами в патогенезе геморроя являются дисфункция сосудов, обеспечивающих приток артериальной крови по улитковым артериям и отток по отводящим венам, что приводит к переполнению кавернозных полостей, развитию геморроя и дистрофических изменений в фиброзно-мышечном каркасе геморроидальных узлов [13,15,19,26]. Развитие дистрофических процессов в общей продольной мышце подслизистого

слоя прямой кишки и связке Паркса, расположенной в межсфинктерном пространстве анального канала, ведет к смещению геморроидальных узлов в дистальном направлении и их выпадению из анального канала. Эти процессы развиваются под действием неблагоприятных факторов, к которым относятся запор, натуживание при затрудненной дефекации, беременность, длительное вынужденное положение, малоподвижный образ жизни, прием алкоголя [26,29,30,31,32,34].

В зависимости от локализации геморроидальных узлов выделяют внутренний геморрой, при котором узлы находятся кнуры от зубчатой линии анального канала и наружный с расположением узлов дистальнее зубчатой линии. В клинической практике нередко встречается и сочетанная локализация геморроя [26,29,30,31,32,34]. 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 тому, что они остаются навсегда вне ануса, либо обратимо (3-я степень), либо необратимо (4-я степень) [26,29,30,31,32,34]. 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 [3,5,6,7,16,20,21,23,25,29,30]. По мнению многих учёных целесообразно оценить тяжесть анальной боли и дискомфорта по 10-сантиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 (отсутствие боли/дискомфорта) до 10 (самая сильная боль/дискомфорт, когда-либо испытывавшийся) [3,5,6,7,16,20,21,23,25]. А для оценки типа и частоту боли/дискомфорта и указания наличие и тяжесть кровотечения, отека, зуда и загрязнения, а также частоту кровотечений, достигается путём заполнения анкету НЕМО-FISS-QoL (HEMO-FISS-QoL), специфичную для данного заболевания анкету качества жизни [3,5,6,7,16,20,21,23,25]. При хроническом течении заболевания симптомокомплекс складывается из повторяющихся кровотечений, обусловленных дефекацией и выпадением геморроидальных узлов из заднего прохода. Кровотечение как ведущий симптом геморроя отмечается более чем у 50% пациентов [1,2,10,18,19,24,28].

Следующим по частоте симптомов, характерным для геморроя является выпадение геморроидальных узлов. С увеличением длительности заболевания число больных с выпадением геморроидальных узлов почти в два раза превышает число пациентов с кровотечениями из заднего прохода [11,19,26,30,31,32,33,34].

У больных с хроническим геморроем наблюдаются тупая постоянная боль в заднем проходе, дискомфорт и анальный зуд. Дискомфорт и анальный зуд более характерны для поздних стадий заболевания [15,19,26,30].

Геморрой проявляется двумя вариантами клинического течения - хроническое течение заболевания и острый геморрой.

В основе развития острого геморроя лежит острый тромбоз геморроидальных узлов. Тромбоз обычно начинается во внутренних узлах и распространяется в дальнейшем на наружные узлы [15,19,26,30]. Острый геморрой по клиническому течению разделяют на три степени: первая степень характеризуется тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса; для второй степени характерно присоединения воспаления геморроидальных узлов; при третьей степени на фоне тромбоза и воспаления геморроидальных узлов развивается воспаление подкожной клетчатки и пери анальной кожи [15,19,26,30]. Реже встречается изолированный тромбоз наружных геморроидальных узлов, проявляющийся в виде тромбированного образования округлой формы и сохраняющийся на протяжении 2-3 месяцев. А при выделении алой и темной крови осуществляется колоноскопия или ирригоскопия [15,19,26,30]. Хроническое течение геморроя подразделяют на четыре стадии.



Обычно для первой стадии является характерным только выделение алой крови из заднего прохода при дефекации без выпадения геморроидальных узлов. Вторая стадия характеризуется выпадением геморроидальных узлов с кровотечением или без него, но самостоятельным их вправлением в анальный канал [15,19,26,30].

При третьей стадии отмечается периодическое выпадение геморроидальных узлов из анального канала с кровотечением или без него, требующее их ручного вправления. Четвертая стадия характеризуется постоянным выпадением геморроидальных узлов из анального канала вместе со слизистой оболочкой прямой кишки с кровотечением или без него, невозможностью их вправления в анальный канал при помощи ручного пособия [15,19,26,30]. Диагноз ставится на основании жалоб больного, осмотра пациента, пальцевого исследования прямой кишки, ректороманоскопии [15,19,26,30]. В начальных стадиях геморроя, в том числе и при остром геморрое показано консервативное лечение [15,19,26,30].

В последние годы при лечении хронического геморроя все большее распространение получают так называемые малоинвазивные способы лечения [1,2,10,18,19,24,28,30,31,33,34]. К этим способам лечения относится инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов, склеротерапия, лигирование латексными кольцами, электрокоагуляция,

дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии

[1,2,10,18,19,24,28,30,31]. В настоящее время в странах Европы и Америки у 79-83% пациентов для лечения хронического геморроя применяют малоинвазивные способы лечения [1,2,10,18,19,24,28,30]. Многие авторы отмечают, что малоинвазивные способы лечения дают хорошие результаты при первой, второй, третьей стадии хронического геморроя, а при четвертой стадии заболевания, сопровождающейся выпадением слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки они не дают положительных результатов [1,2,10,18,19,24,28,30]. Выбор метода лечения геморроя в зависимости от стадии и выраженности симптоматики, применения малоинвазивных методов как в самостоятельном исполнении, так и в комбинации с друг другом или с хирургическим пособием позволяет достичь хороших результатов у 89% пациентов [4,8,12,14,17,19,27].

Операция геморроя в первые была предложена в 1937 году Е. Milligan, G. Morgan. Эта методика заключается в иссечении трех геморроидальных узлов снаружи внутрь и перевязке их ножек на 3-7-11 часах по условному циферблату [4,8,12,14,17,19].

Ко второй группе эти авторы относят так называемые пластические операции, выполняемые с погружением культи геморроидального узла в подслизистый слой с ушиванием



слизистой оболочки анального канала [1,2,10,18,19,24,28,30].

Одним из первых такую операцию предложил в 1927 году А.М. Мартынов, который после иссечения геморроидальных узлов погружал культю ножки перевязанного узла в подслизистый слой и ушивал раны анального канала [1,2,10,18,19,24,28,30].

В 1956 году А. Parks предложил подслизистую геморроидэктомию, которая заключается в следующем: после гидравлической препаровки геморроидальные узлы на 3,7 и 11 часах острым путем выделяют из подслизистого слоя, в этом слое перевязывают культю и узел отсекают, а культю узла погружают в подслизистый слой. Затем слизистую оболочку анального канала восстанавливают узловыми швами из рассасывающихся нитей [1,2,10,18,19,24,28,30]. К третьей группе авторы относят сверхрадикальную операцию циркулярного иссечения слизистой оболочки прямой кишки вместе с геморроидальными узлами, предложенную в 1882 году W. Whitehead [1,2,10,18,19,24,28,30]. Эта операция заключается в циркулярном удалении слизистой оболочки прямой кишки вместе с геморроидальными узлами, низведения слизистой оболочки и подшивание ее к анальному каналу отдельными швами по всей окружности прямой кишки [1,2,10,18,19,24,28,30]. Большинство коло проктологов во всем мире выполняют операции, отмеченные в первой группе. Так одни авторы выполняют закрытую

геморроидэктомию с ушиванием слизистой оболочки анального канала, а другие авторы выполняют открытую геморроидэктомию [1,2,10,18,19,24].

В последние годы среди коло проктологов вызвал большой интерес метод лечения геморроя, предложенный в 1998 году А. Longo. Суть этой операции заключается в резекции участка слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки с помощью циркулярного сшивающего аппарата на расстоянии не менее 2-4 см от зубчатой линии [1,2,10,18,19]. Это оперативное вмешательство не предполагает удаления геморроидальных узлов и направлена на восстановление «нормального» анатомо-топографического расположения внутренних кавернозных образований по отношению к анальным сфинктерам за счет их подтягивания вверх, а также прекращения избыточного притока к ним артериальной крови вследствие пересечения терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии [1,2,10,18,19].

Вопросы хирургического лечения геморроя, их ближайшие и отдаленные результаты, возможные осложнения являются актуальными и в настоящее время, что требует особого подхода к выбору метода хирургического лечения [9,14,19,30,33]. До настоящего времени нет окончательно сформулированных, четко обоснованных показаний и противопоказаний к операциям при хроническом геморрое ГГГ-ГУ стадии



в сочетании. Это послужило обоснованием для проведения данного научного исследования [1,2,10,18].

Развитие дистрофических процессов в продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, расположенной в межсфинктерном пространстве анального канала, удерживающих кавернозные тельца в анальном канале приводит к постепенному и необратимому выпадению геморроидальных узлов [1,2,10,18,19,24,28,30]. С увеличением длительности заболевания весьма характерными признаками геморроя становятся увеличение размеров геморроидальных узлов и постепенное их выпадение из анального канала [13,15,19,26]. Мышечный и соединительнотканый каркас уже не удерживает геморроидальные узлы в анальном канале, от чего происходит выпадение их. Длительное выпадение узлов в свою очередь приводит к дистрофическим изменениям и атрофии мышц, окружающих подслизистые кавернозные тельца [13,15,19,26,29,30,31].

Большинство авторов считают, что в начальных стадиях геморроя преобладают функциональные изменения в кавернозных венах, поэтому имеется возможность обратимости патологического процесса [13,15,19,26,29].

Авторы указывают, что выпадение геморроидальных узлов в поздних стадиях обусловлено не сосудистыми изменениями, а нарушениями эластических свойств мышечных структур общей продольной мышцы прямой кишки и связки Паркса, удерживающих геморроидальные узлы в анальном канале [13,15,19,26,29].

Несмотря на вышеизложенное хирургическое лечение геморроя остается эталоном, с которым сравниваются другие способы лечения [1,2,10,18,19,24,28]. В настоящее время существует более 250 вариантов хирургических вмешательств [1,2,10,18,19,24,28].

За последний период времени все большее распространение получают малотравматичные, щадящие не хирургические методы лечения геморроя с использованием ультразвукового скальпеля, радиоволнового аппарата «Сургитран», высокочастотного прибора [4,8,12,14,17,19,27].

Таким образом, несмотря на множество методов лечения геморроя еще достаточно высок процент развития различных осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах, поэтому до сегодняшнего дня продолжают поиски новых методик лечения геморроя.

References:

1. Абдуллозода Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Холов А.Д., Сайдалиева С.Б. / Пути улучшения результатов лечения больных с хроническим геморроем // Симург. – 2020. – № 8. – С. 6–10.



2. Аникин С.В., Яновой В.В., Симоненко А.А., Литвинцева К.А. / Геморроидэктомия при хроническом геморрое: выбор оптимального способа // Дальневосточный медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 20–23.
3. Барбашинов Н.А., Ильканич А.Я. Качество жизни как критерий эффективности хирургического лечения хронического геморроя // Колопроктология. – 2016. – № S1 (55). – С. 14а.
4. Белик Б.М., Ковалев А.Н. / Эффективность малоинвазивных и хирургических методов лечения хронического геморроя с применением флеботоников // Колопроктология. – 2023. – Т. 22, № 2 (84). – С. 49–56.
5. Гавриков А.К., Новиков Ф.В., Гаврикова Д.И., Старкова О.А. / Сравнение качества жизни пациентов после геморроидэктомии с использованием классического метода Миллигана-Моргана и геморроидэктомии аппаратом «Liga Sure» // Научно-практической конференции с международным участием «Эксперимент в хирургии и онкологии». – 2019. – С. 62–64.
6. Денисенко В.Л. / Сравнительная оценка непосредственных результатов лечения и качества жизни пациентов после различных вариантов хирургических вмешательств при хроническом геморрое // Новости хирургии. – 2022. – Т. 30, № 5. – С. 462–468.
7. Загрядский Е.А., Богомазов А.М., Головкин Е.Б., Абрицова М.В. / Влияние методов лечения на качество жизни пациентов с геморроидальной болезнью // Амбулаторная хирургия. – 2022. – Т. 19, № 1. – С. 68–80.
8. Захарченко А.А., Полежаев Л.А., Литвинюк Н.В., Протопопов А.В., Винник Ю.С., Данилова А.В. / Эндоваскулярное лечение геморроидальной болезни: обоснование, безопасность, показания, эффективность // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2023. – Т. 17, № 1. – С. 34–48.
9. Ковалев С.А., Котенко К.В. / Разработка реабилитационных программ для повышения качества жизни и профилактики послеоперационных осложнений у больных после геморроидэктомии // Медицинская реабилитация: научные исследования и клиническая практика: Первый международный конгресс – Санкт-Петербург, 2022. – С. 157–158.
10. Костарев И.В., Родоман Г.В., Батищев А.К., Богормистров И.С., Туктагулов Н.В. / Комплексный подход в терапии хронического геморроя: результаты проспективного сравнительного исследования «ВИТА» // Амбулаторная хирургия. – 2024. – Т. 21, № 2. – С. 153–163.
11. Лисичкин А.Л., Бусырев Ю.Б., Карпунина Т.И. / Оптимизация ведения пациентов колопроктологического профиля при амбулаторном хирургическом лечении геморроя // Пермский медицинский журнал. – 2020. – Т. 37, № 2. – С. 93–100.
12. Михайличенко В.Ю., Древетняк А.А., Гавриленко С.П., Самарин С.А., Усеинов Э.С. / Современные методы хирургического лечения хронического геморроя // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 1. – С. 56.
13. Назаров М.Б., Расулов А.Г., Кобилов И.И., Гафуров А.У., 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. Родоман Г.В., Корнев Л.В., Шалаева Т.И. / Преимущества комбинированного малоинвазивного лечения в реабилитации больных хроническим геморроем // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – Т. 20, № 1. – С. 4–8.

15. Селиванов А.В., Бутырский А.Г. / Сонаграфический мониторинг у больных хроническим комбинированным геморроем до и после различных методов оперативного лечения // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 2 (151). – С. 136–140.

16. Селиванов А.В., Леоненко С.Н., Бутырский А.Г. / Качество жизни пациентов после различных вариантов геморроидэктомии // Колопроктология. – 2016. – № S1 (55). – С. 40–41.

17. Шахрай С.В., Гаин М.Ю., Гаин Ю.М., Дубинина С.Н. / Десятилетний опыт применения малоинвазивной комбинированной лазерной технологии в лечении хронического геморроя // Хирургия. Восточная Европа. – 2024. – Т. 13, № 2. – С. 242–251.

18. 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.

19. Chen M., Tang T.C., He T.H., Du Y.J., Qin D., Zheng H. / Management of haemorrhoids: protocol of an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses // BMJ Open. – 2020. – Vol. 10, № 3. – P. e035287. – DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035287. – PMID: 32213524. – PMCID: PMC7170589.

20. Didelot J.M., Raux B., Didelot R., Rudler F., Mulliez A., Buisson A., Abergel A., Blanc P. / What can patients expect in the long term from radiofrequency thermocoagulation of hemorrhoids on bleeding, prolapse, quality of life, and recurrence: «no pain, no gain» or «no pain but a gain»? // Ann Coloproctology. – 2024. – Vol. 40, № 5. – P. 481–489. – DOI: 10.3393/ac.2022.00311.0044. – PMID: 36217810. – PMCID: PMC11532375.

21. Fallah Tafti S.P., Foroutani L., Safari R., Hadizadeh A., Behboudi B., Ahmadi Tafti S.M., Keramati M.R., Fazeli M.S., Keshvari A., Kazemeini A. / Evaluation of the Farsi-translated Hemorrhoidal Disease Symptom Score and Short Health Scale questionnaires in patients with hemorrhoid disease: a cross-sectional study // Health Sci Rep. – 2023. – Vol. 6, № 6. – P. e1363. – DOI: 10.1002/hsr2.1363. – PMID: 37359414. – PMCID: PMC10290184.

22. Feng J., Cheng J., Xiang F. / Management of intractable pain in patients treated with hemorrhoidectomy for mixed hemorrhoids // Ann Palliat Med. – 2021. – Vol. 10, № 1. – P. 479–483. – DOI: 10.21037/apm-20-2385. – PMID: 33545778.

23. Giua C., Minerba L., Piras A., Floris N., Romano F., Sifac G. / The effect of sucralfate-containing ointment on quality of life in people with symptoms associated with haemorrhoidal disease and its complications: the results of the EMOCARE survey // Acta Biomed. – 2021. – Vol. 92, № 1. – P. e2021029. – DOI: 10.23750/abm.v92i1.11309. – PMID: 33683221. – PMCID: PMC7975930.



24. Godeberge P. [et al]. / An international observational study assessing conservative management in hemorrhoidal disease: results of CHORALIS (acute Hemorrhoidal disease evaluation International Study) // J Comp Eff Res. – 2024. – Vol. 13, № 10. – P. e240070. – DOI: 10.57264/cer-2024-0070. – PMID: 39132755. – PMCID: PMC11426285.
25. Kuiper S.Z., Kimman M.L., Van Tol R.R., Waardenburg S.F., Van Kuijk S.M.J., Dirksen C.D., Breukink S.O. / Patient reported outcome measure-haemorrhoidal impact and satisfaction score (PROM-HISS): development, reliability and construct validity // Colorectal Dis. – 2022. – Vol. 24, № 8. – P. 992–999. – DOI: 10.1111/codi.16079. – PMID: 35119715. – PMCID: PMC9544465.
26. Laurain A. [et al]. / French multicentre prospective evaluation of radiofrequency ablation in the management of haemorrhoidal disease // Tech Coloproctology. – 2023. – Vol. 27, № 10. – P. 873–883. – DOI: 10.1007/s10151-023-02787-1. – PMID: 37005961. – PMCID: PMC10485119.
27. Leventoglu S., Menten B., Balci B., Kebiz H.C. / New techniques in hemorrhoidal disease but the same old problem: anal stenosis // Medicina (Kaunas). – 2022. – Vol. 58, № 3. – P. 362. – DOI: 10.3390/medicina58030362. – PMID: 35334538. – PMCID: PMC8954788.
28. Sturiale A., Dowais R., Fabiani B., Menconi C., Porzio F.C., Coli V., Naldini G. / Long-term outcomes of high-volume stapled hemorrhoidopexy to treat symptomatic hemorrhoidal disease // Ann Coloproctology. – 2023. – Vol. 39, № 1. – P. 11–16. – DOI: 10.3393/ac.2020.00227.0032. – PMID: 34324801. – PMCID: PMC10009069.
29. Sun X.W., Xu J.Y., Zhu C.Z., Li S.J., Jin L.J., Zhu Z.D. / Analysis of factors impacting postoperative pain and quality of life in patients with mixed hemorrhoids: a retrospective study // World J Gastrointestinal Surg. – 2024. – Vol. 16, № 3. – P. 731–739. – DOI: 10.4240/wags.v16.i3.731. – PMID: 38577073. – PMCID: PMC10989325.
30. Torrinha G., Gonçalves T., Sousa M., Högemann G., Goulart A., Carvalho A.F., Leão P. / The effects of laser procedure in symptomatic patients with haemorrhoids: a systematic review // Front Surg. – 2022. – Vol. 9. – P. 1050515. – DOI: 10.3389/fsurg.2022.1050515. – PMID: 36578968. – PMCID: PMC9791955.
31. Verre L. [et al]. / 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.
32. Xu S., Qiu J., Zhang H., Lu J., Huang W. / Influences of Hiao's double-C nursing model combined with pain care on postoperative satisfaction with pain control and complications in patients with mixed hemorrhoids // Am J Transl Res. – 2021. – Vol. 13, № 9. – P. 10676–10684. – PMID: 34650742. – PMCID: PMC8507025.
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.



34. Zhou X., Liu F., Lin C., Chen W., Xu J. / Multiple thread ligations versus stapled hemorrhoidopexy on operative outcomes of grade III hemorrhoids: a retrospective cohort study // Front Med (Lausanne). – 2023. – Vol. 10. – P. 1156328. – DOI: 10.3389/fmed.2023.1156328. – PMID: 37056735. – PMCID: PMC10086184.