



IMPACT OF COMORBIDITIES ON TREATMENT OUTCOMES FOR UNCOMPLICATED CHRONIC HEMORRHOIDAL DISEASE AND ASSESSMENT OF PATIENT QUALITY OF LIFE

¹Khomidov T.A.

²Isokulov T.U.

¹surgeon, medical and sanitary department, in region fund Zafarabad, of the "Navoi Mining and Metallurgical Plant Fund", Republic of Uzbekistan, Navoi.

²Doctor of Medical Sciences Chief Physician of Central Clinical Hospital No. 1, Main Medical Directorate under the Administration of the President of the Republic of Uzbekistan.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.21834960>

ARTICLE INFO

Received: 24th July 2026

Accepted: 29th July 2026

Online: 30th July 2026

KEYWORDS

Chronic hemorrhoidal disease, concomitant somatic pathology, surgical treatment, differentiated approach, patient quality of life.

ABSTRACT

This article details the impact of concomitant somatic pathology on treatment outcomes and surgical treatment of a serious condition such as chronic hemorrhoidal disease. It also discusses modern surgical methods for chronic hemorrhoidal disease. A differentiated approach to the treatment of chronic hemorrhoidal disease is explored. Quality of life and pain are assessed using questionnaires. Determining the effectiveness of surgical treatment and its impact on patients' quality of life are discussed.

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

¹Хомидов Т.А.

²Исокулов Т.У.

¹врач хирург, медико-санитарной части, регионального фонда «Зафарabad», Государственного Учреждения «Фонда Навоийского горно-металлургического комбината», Республики Узбекистан, город Навои.

²доктор медицинских наук. Главный врач Центральной клинической больницы №1, Главного Медицинского Управления при Администрации Президента Республики Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.21834960>

ARTICLE INFO

Received: 24th July 2026

Accepted: 29th July 2026

Online: 30th July 2026

ABSTRACT

В статье подробно изложены влияние сопутствующей соматической патологии на результаты лечения, хирургическое лечение такого тяжелого недуга как хронической геморроидальной болезни. А также современные методы хирургического лечения хронической геморроидальной болезни. Дифференцированный подход в лечение хронической геморроидальной болезни. Оценка качества жизни и



KEYWORDS

*Хроническая
геморроидальная
болезнь,
сопутствующая
соматическая
патология,
хирургическое лечение,
дифференцированный
подход, качество
жизни пациентов.*

*болевого синдрома с помощью опросников. Определение
эффективности хирургического лечения и влияние на
качество жизни пациентов.*

Актуальность. Хронический геморрой – это заболевание, которое характеризуется патологическим расширением вен прямой кишки с образованием геморроидальных узлов. Особенностью хронического геморроя является его волнообразное течение с чередованием периодов ремиссии и обострений. В фазе ремиссии симптомы могут практически отсутствовать или проявляться минимально, тогда как в периоды рецидивов наблюдается усиление всех клинических проявлений заболевания. [2,6,8,10].

Геморроидальная болезнь является самым распространенным проктологическим заболеванием. Данные о частоте патологии неоднозначны. Согласно статистике, в России хроническим геморроем страдает 13-14,5% взрослого населения. Зарубежные ученые указывают цифры от 4,4 до 36%. Исследователи полагают, что причиной столь противоречивой статистической информации является частое бессимптомное течение хронического геморроя [2,6,8,10]. Согласно данным американских проктологов, 80%

больных с геморроидальными узлами, выявленными в ходе планового медицинского осмотра, не обращались за помощью из-за отсутствия жалоб. [2,6,8,10].

Согласно современной теории патогенеза геморроя, нарушение гемодинамики в геморроидальных узлах, а именно дисфункция артериального притока и венозного оттока крови, приводит к их гипертрофии [2,6,8,10]. В перечень условий, способствующих развитию хронического геморроя, специалисты включают сидячую работу, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание, запоры и тяжелые физические нагрузки. Некоторые исследователи указывают, что хронический геморрой чаще диагностируется у людей с многомоментной дефекацией (вариантом физиологической нормы, при котором каловые массы выделяются не сразу, а в несколько приемов, разделенных небольшими промежутками времени) в случае, если они имеют привычку ускорять дефекацию путем чрезмерного натуживания [2,6,8,10].



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 [1,4,5].

По литературным данным 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 [1,2,4,5,6,8]. 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 [1,2,4,5,6,8].

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 [3,7,9]. 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 [3,7,9,10].

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. Учитывая всё вышесказанное всегда каждому пациенту, надо подходить индивидуально и дифференцировано. Длительный процесс реабилитации и болей синдром истощает нервную систему у большинства пациентов вызывает эмоциональные расстройства и депрессивный синдром.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения хронического геморроя путём дифференцированного подхода с применением современных методов и оценкой качества жизни пациентов.

Материалы и методы. В нашем научном исследовании приведены данные о результатах анализа наблюдений за 124 пациентами с неосложнёнными формами геморроидальной болезни (ГБ) I-II стадии, проходивших лечение в условиях хирургического отделения медико-санитарной части регионального фонда «Зафаробод» Государственного Учреждения «Фонд НГМК» за период 2021-2025 годов.

Все пациенты обследовались по стандартной схеме, включающий данные клинического осмотра специалистов и инструментальные



методы исследования ЭКГ, УЗИ, рентгеноскопия, эзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, ректороманоскопия, цифровая сфинктерометрия, проктография, ирригография, колоноскопия, аноскопия при необходимости другие методы обследования.

В диагностике для использовалась магниторезонансная томография (МРТ) при необходимости мульти спиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием и другие необходимые инструментальные методы исследования. Оценка качества жизни проводилось с применением опросников: Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома, прошедшие стандартную процедуру валидации.

Пациенты были распределены на две группы: основную в первую группу вошли (n=63) пациентов, где применялся оптимизированный индивидуализированный подход с применением современных методов хирургического лечения, и контрольную во вторую группу отнесли (n=61), где применялись стандартные и традиционные методы хирургического лечения, принятые в практике большинства региональных учреждений. Использовали лазерную технологию (He LP) 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. Нами также было использовано ультразвуковой отсос во время операции при осложнённых и запущенных формах геморроидальной болезни.

Результаты и обсуждение. Всего исследовано 124 пациентов, распределение по группам выглядит следующим образом. В первую группу вошли 63 (50,8%) пациентов, где применялся оптимизированный индивидуализированный подход с применением современных методов хирургического лечения. Во вторую группу 61 (49,2%) пациентов, применялись стандартные и традиционные методы хирургического лечения (смотрите табл. 1).

Таблица 1
Распределение изученных пациентов по группам, n=124

Группы	Абс.	%
1 группа	63	50,8
2 группа	61	49,2
Итого:	124	100

По возрасту, больные распределены согласно классификации ВОЗ, где предусматривается выделение возрастных групп: молодой возраст 14-19 лет; младший средний возраст 20-44 года; старший средний возраст 45-59 лет; пожилой возраст 60-74 года; старческий возраст 75-89 лет. В наших наблюдениях пациенты были в возрасте от 24 до 79 лет.

Распределение пациентов по возрасту и полу показало, что среди



пациентов преобладали мужчины их, было 65 (52,4%), а женщины – 59 (47,6%), что связано физическими нагрузками мужчин во время работы. Большинство пациентов 50 (40,3%) старшего среднего и пожилого возраста, на втором месте возрастная группа 60-74 года, 33 (26,6%), что согласуется с данными мировых учёных.

В наших исследованиях из 124 пациентов хирургическому лечению подверглись все, показаниями к оперативному лечению были: наличие геморроидальной болезни первой и второй степени различными осложнениями и сопутствующей соматической патологии.

При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 124 пациента у 50 (40,3%) пациентов отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 37 (29,8%), ишемической болезнью сердца у 9 (7,3%). В 3 (2,4%) наблюдениях был отмечен сахарный диабет, у 1 (0,8%) печеночная патология. Следует указать, что у одного и того же больного отмечалось сочетание двух и более соматических заболеваний, особенно это было характерно для сердечно-сосудистых заболеваний (смотрите таб. 2).

Таблица 2

Соматическая патология у обследованных пациентов n=124

Показатели	Количество n=124	%
Наличие соматической патологии	50	40,3%
Артериальная гипертензия	37	29,8%
Ишемическая болезнь сердца	9	7,3%
Сахарный диабет	3	2,4%
Печёночная патология	1	0,8%
<i>Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)</i>		

В нашем исследовании у пациентов с сопутствующими соматическими патологиями геморроидальная болезнь протекала тяжелее часто происходило обострение образуя своего рода прочный круг это высказывалось на результаты лечения.

Симптомы геморроидальной болезни в исследуемых группах были различными наиболее частой жалобой, предъявляемой пациентами

первой группы, была боль и дискомфорт 44 (69,8%) случаев, второй по частоте была жалоба на наличие кровотечения 10 (15,9%) и нарушение осанки вынужденное положение тела из-за болевого синдрома 9 (14,3%) случаев наблюдений.

В наших исследованиях во вторую группу отнесли 61 (49,2%) пациентов, которым были проведены применялись стандартные и



традиционные методы хирургического лечения у них в основном наблюдались боли и дискомфорт 46 (75,4%) жалоба на наличие кровотечения 7 (11,5%) и нарушение осанки вынужденное положение тела из-за болевого синдрома 6 (9,8%) случаев наблюдений.

По результатам полученных данных у наших 124 пациентов отмечены положительные результаты у 115 (92,7%), это совокупность параметров значительное улучшение и

улучшение, незначительное улучшение у 9 (7,3%).

Показатели в обеих группах были хорошими так как дифференцированный подход к хирургическому лечению и применение современных высокотехнологических методов лечения положительно повлияли на результаты (смотрите табл.3).

Таблица 3

Ближайшие результаты лечения пациентов с геморроидальной болезнью после хирургического лечения n=124

Результаты лечения				
Группы	Значительное улучшение	Улучшение	Незначительное улучшение	Всего: %
1	6 (10,8%)	52 (81,5%)	5 (7,7%)	63 (50,8%)
2	41 (66,7%)	16 (27,0%)	4 (6,3%)	61 (49,2%)
Итого:	47 (38,3%)	68 (54,7%)	9 (7,0%)	124 (100%)
Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)				

Исследование качества жизни 124 пациентов достигалось с применением Европейского Опросника Качества Жизни Euro Qol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома.

В исследуемых двух группах больше всего ухудшались параметры опросника Euro Qol-5D как,

боль/дискомфорт и тревога/депрессия. Исследование КЖ пациентов во всех группах проводилось до и после проведения хирургического лечения (смотрите табл. 4).

Таблица 4

Показатели опросника Euro Qol-5D до лечения (n=124)

Группы	Количество пациентов	М (мобильность)	С (Самообслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/Дискомфорт)	Т/Д (Тревога/депрессия)	EQ-балл состоя. здоровья
--------	----------------------	-----------------	----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	--------------------------



1	63	1	1	0,39658	0,123	0,08611	0,66271
2	61	1	1	0,34040	0,123	0,08465	0,66450
Ито го	124	1	1	0,36849	0,123	0,08538	0,663855
Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)							

По результатам нашего исследования качества жизни (КЖ) 124 пациентов показали, что данные, полученные во всех группах различные, ухудшение показателей КЖ первой группы сильно отличаются от нормальных, во второй

группе было выявлено что показатели КЖ пациентов умеренно ухудшались смотрите (смотрите табл. 5).

Таблица 5

Показатели опросника Euro Qul-5D после лечения (n=124)

Группы	Количество пациентов	М (мобильность)	С (Самообслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/Дискомфорт)	Т/Д (Тревога/депрессия)	EQ-балл состояния здоровья
1	63	1	1	0,38922	0,4979	0,95208	- 0,57638
2	61	1	1	0,32590	0,5244	1,0250	- 0,6124
Итого	124	1	1	0,35756	0,51115	0,98854	- 0,59439
Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)							

У пациентов первой группы нарушения проводимости спинного мозга медленно восстанавливались это связано с течением заболевания и дегенеративными изменениями при остеохондрозе позвоночника сопутствующей соматической патологией.

Дескрипторы боль/дискомфорт и тревога/депрессия были отклонены большей степени от нормы в первой

группе и медленно восстанавливались, показатели КЖ пациентов.

Исследование 124 пациентов показало, что, больше всего страдает параметры КЖ боль/дискомфорт и тревога/депрессия этому способствует эмоциональное состояние пациентов.

Болевой синдром как сильный раздражитель в первую очередь действует на эмоциональную



состоянию пациентов являясь провоцирующим фактором ухудшения качества жизни пациентов.

Показатели ВАШ до проведения хирургического лечения выявили в первой группе слабую боль (1-3 балла) у 20 (31,7%), умеренную боль (4-6 балла) у 6 (9,5%), во второй

группе слабую боль у 8 (13,1%), умеренную у 2 (3,3%), всего слабая боль у 28 (22,5%), умеренная боль 8 (6,4%) наблюдений смотрите (смотрите табл. 6).

Таблица 6

Показатели шкалы ВАШ до лечения (n=124)

Группы	Количество пациентов	1-нет боли (0)	2-слабая боль (1-3)	3-умеренная боль (4-6)	4-очень сильная боль (7-9)	5-нестерпимая боль (10)
1	63	0	20	6	0	0
2	61	0	8	2	0	0
Итого:	124	0	28	8	0	0
Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)						

По данным нашего исследования всех 124 пациентов мы получили следующие результаты. После проведения хирургического лечения в обеих группах наблюдались регресс болевого синдрома до исчезновения, слабая боль сохранялась только лишь у 2 (1,6%) пациентов, что доказывает эффективность методов лечения при

дифференцированном подходе. Послеоперационные параметры болевого ощущения пациентами приведено в следующей таблице (смотрите табл. 7).

Таблица 7

Показатели шкалы ВАШ после лечения (n=124)

Группы	Количество пациентов	1-нет боли (0)	2-слабая боль (1-3)	3-умеренная боль (4-6)	4-очень сильная боль (7-9)	5-нестерпимая боль (10)
1	63	61	1	0	0	0
2	61	60	1	0	0	0
Итого:	124	122	2	0	0	0
Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)						

По нашему убеждению, для полноценной оценки КЖ жизни пациентов необходимо применение двух или более опросников

охватывающие по больше нарушенных дескрипторов и показателей.



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.

ВЫВОДЫ:

1. При обследовании соматического статуса выявлено, что среди 124 пациента у 50 (40,3%) пациентов отмечено наличие соматической патологии, проявляющейся в виде артериальной гипертензии у 37 (29,8%), ишемической болезнью сердца у 9 (7,3%). В 3 (2,4%) наблюдениях был отмечен сахарный диабет, у 1 (0,8%) печеночная патология.

2. Положительные результаты среди исследуемого 124 пациента отмечены у 115 (92,7%), незначительное улучшение у 9 (7,3%). Показатели в обеих группах были хорошими так как дифференцированный подход к

хирургическому лечению и применение современных высокотехнологических методов лечения положительно повлияли на результаты.

3. Распределение пациентов по возрасту и полу показало, что среди пациентов преобладали мужчины их, было 65 (52,4%), а женщины – 59 (47,6%), что связано физическими нагрузками мужчин во время работы. Большинство пациентов 50 (40,3%) старшего среднего и пожилого возраста, на втором месте возрастная группа 60-74 года, 33 (26,6%), что согласуется с данными мировых учёных.

4. Качество жизни снижают даже начальные степени хронического геморроя, так как нередко симптомы влияют работоспособность и привычки пациента. Постоянные обострения болезни провоцируют психологический и физический дискомфорт, поэтому оставлять такую патологию без лечения нельзя.

References:

1. 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.
2. 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.
3. 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 (3–4): С. 68–80.
4. 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.



5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.