



MODERN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF 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.21834842>

ARTICLE INFO

Received: 22nd July 2026

Accepted: 29th July 2026

Online: 30th July 2026

KEYWORDS

Chronic hemorrhoids,
surgical treatment,
differentiated approach,
patient quality of life.

ABSTRACT

This article provides a detailed account of the historical development of surgical care worldwide, the surgical treatment of chronic hemorrhoids, and the dynamic evolution of conservative and surgical treatment methods. It also covers modern surgical treatment methods for chronic hemorrhoids. A differentiated approach to the treatment of chronic hemorrhoids 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.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ 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.21834842>

ARTICLE INFO

Received: 22nd July 2026

Accepted: 29th July 2026

Online: 30th July 2026

KEYWORDS

Хроническая
геморроидальная
болезнь, хирургическое
лечение,
дифференцированный

ABSTRACT

В статье подробно изложены исторические аспекты развития хирургической помощи во всем мире, хирургическое лечение такого тяжелого недуга как хронической геморроидальной болезни динамические развитие способов и методов консервативного и хирургического лечения. А также современные методы хирургического лечения хронической геморроидальной болезни. Дифференцированный подход в лечение



IF = 9.2

*подход, качество
жизни пациентов.*

*хронической геморроидальной болезни. Оценка
качества жизни и болевого синдрома с помощью
опросников. Определение эффективности
хирургического лечения и влияние на качество жизни
пациентов.*

Актуальности. Хронический геморрой – это длительно существующее расширение венозных сплетений, расположенных в подслизистом слое нижней части прямой кишки и в подкожной клетчатке зоны выхода из анального канала. Проявляется кровотечениями, зудом, жжением в области ануса, увеличением и выпадением геморроидальных узлов. Возможны боли в зоне заднего прохода [3,8,10,13,14]. Распространенность заболевания составляет 140-160 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41% [3,8,10,13,14]. 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 [3,8,10,13,14]. Согласно современной теории патогенеза геморроя, нарушение гемодинамики в геморроидальных узлах, а именно дисфункция артериального притока и венозного оттока крови, приводит к их гипертрофии [3,8,10,13,14]. 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 [3,8,10,13,14]. 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 [3,8,10,13,14]. С использованием ультразвуковой диагностики возможно исследование скоростных характеристик кровотока по ветвям верхней прямокишечной артерии [3,8,10,13,14]. 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 [2,5,6,7]. 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 [2,5,6,7]. 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 [2,5,6,7].

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 [3,8,10,13,14].

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 [1,4,9,11,10]. 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 [1,4,9,11,10]. 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.

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 качество 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. 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 третьей и четвертой степени различными осложнениями и сопутствующей соматической патологии.

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.1).

Таблица 1.

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 проводились до и после проведения

хирургического лечения (смотрите табл. 2).

Таблица 2

Показатели опросника Euro Qul-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 состояния 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
Итого	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. 3).

Таблица 3

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 состоянием 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. 4).

Таблица 4

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. 5).

Таблица 5

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. 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.
2. Положительные результаты среди исследуемого 124 пациента отмечены у 115 (92,7%),
- 5.

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 66 (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. Дескрипторы боль/дискомфорт и тревога/депрессия были отклонены большей степени от нормы в первой группе и медленно восстанавливались показатели качества жизни у этих пациентов.

References:

1. Абрицова М.В., Богомазов А.М., Головкин 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. 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.
4. 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.



5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.