



MODERN DIAGNOSIS AND COMPREHENSIVE TREATMENT OF COMPLICATED HEMORRHOIDS AND ASSESSMENT OF PATIENT QUALITY OF LIFE

¹Ruziev I.R.

²Isokulov T.U.

¹proctologist, Head of the Department of Proctology,
Multidisciplinary Clinic, Tashkent Center for the Development of
Professional Qualifications of Healthcare Professionals.

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.21834890>

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 КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

¹Рузиев И.Р.

²Исокулов Т.У.

¹врач проктолог, заведующий отделением проктологии Многопрофильной
клиники Центра Развития Профессиональной Квалификации Медицинских
работников.

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

<https://doi.org/10.5281/zenodo.21834890>

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 хронической геморроидальной болезни. Оценка



*подход, качество
жизни пациентов.*

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

Актуальности. Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний, и по данным ВОЗ, этой болезнью страдают около 12% взрослого населения, а в общей структуре колопроктологических заболеваний удельный вес геморроя составляет 34–41% [1,2,3,6,8,9]. Геморроидальная болезнь (ГБ) 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 [8,12,18,19]. Данное заболевание одинаково встречается у мужчин и женщин. Симптомы этой болезни статистически значимо снижают качество жизни пациентов [8,9,12,18]. 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 [8,12,16,18,19]. Существует много теорий патогенеза геморроя: инфекционная, механическая, наследственная, конституционная, нейроэндокринная, которыми пытаются объяснить выпадение геморроидальных узлов из анального

канала и выделение алой крови. Однако ни одна из вышеперечисленных теорий достоверно не может объяснить выпадение внутренних узлов и выделение из них алой крови [8,12,18,19].

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 [1,2,3,6,8,9,18,19].

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) [1,2,3,6,8,9,18,19].

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 [3,4,5,11,13,14,15,17].

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) [3,4,5,11,13,14,15].

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 анкеты HEMO-FISS-QoL (HEMO-FISS-QoL), специфичную для данного заболевания анкету качества жизни [3,4,5,11,13,14].

В настоящее время в странах Европы и Америки у 79-83% пациентов для лечения хронического геморроя применяют малоинвазивные способы лечения [8,12,18,19].

За последний период времени все большее распространение получают малотравматичные, щадящие не хирургические методы лечения геморроя с использованием ультразвукового скальпеля, радиоволнового аппарата «Сургитран», высокочастотного прибора [2,7,10,18].

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.

В научных исследованиях для полноценной оценки качества жизни пациентов необходимо применение двух или трёх опросников.

Цель исследования - улучшение эффективности лечения осложнённых форм геморроидальной болезни путём оптимизации комплексного лечебного подхода с оценкой качества жизни пациентов.

Материалы и методы

В нашем научном исследовании приведены данные о результатах анализа наблюдений за 128 пациентов с осложнёнными формами геморроидальной болезни (ГБ) III–IV стадии, проходивших лечение в условиях проктологического отделения многопрофильной клинике центра развития профессиональной квалификации медицинских работников 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 исключения новообразования брюшной полости и



выявления других патологий 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=65) пациентов, где применялся оптимизированный индивидуализированный подход с применением современных методов хирургического лечения, и контрольную во вторую группу отнесли (n=63), где применялись стандартные и традиционные методы хирургического лечения, принятые в практике большинства региональных учреждений.

Оптимизированный подход основывался на анализе международного опыта (включая данные Cochrane reviews, руководства ASCRS и ESCP), предполагая комбинацию следующих компонентов: медикаментозная противовоспалительная терапия (в том числе флеботропные препараты последнего поколения), малоинвазивные процедуры (лигирование латексными кольцами, лазерная коагуляция, HAL-RAR) и при необходимости — щадящие

оперативные вмешательства (метод Лонго, геморроидэктомия с применением электрохирургических и ультразвуковых технологий). 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 128 пациентов, распределение по группам выглядит следующим образом. В первую группу вошли 65 (50,8%) пациентов, где применялся оптимизированный индивидуализированный подход с применением современных методов хирургического лечения. Во вторую группу 63 (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 66 (51,6%), а женщины – 62 (48,3%), что связано физическими нагрузками мужчин во время работы. Большинство пациентов 54 (42,2%) старшего среднего и пожилого возраста, на втором месте возрастная группа 60-74 года, 37 (28,9%), что согласуется с данными мировых учёных.

В наших исследованиях из 128 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 48 (73,8%) случаев, второй по частоте была жалоба на наличие кровотечения 10 (15,4%) и нарушение осанки вынужденное положение тела из-за болевого

синдрома 7 (10,8%) случаев наблюдений.

В наших исследованиях во вторую группу отнесли 63 (49,2%) пациентов, которым были проведены применялись стандартные и традиционные методы хирургического лечения у них в основном наблюдались боли и дискомфорт 50 (79,4%) жалоба на наличие кровотечения 7 (11,1%) и нарушение осанки вынужденное положение тела из-за болевого синдрома 6 (9,5%) случаев наблюдений.

По результатам полученных данных у наших 128 пациентов отмечены положительные результаты у 119 (92,9%), это совокупность параметров значительное улучшение и улучшение, незначительное улучшение у 9 (7,0%).

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=128

Результаты лечения				
Группы	Значительное улучшение	Улучшение	Незначительное улучшение	Всего: %
1	7 (10,8%)	53 (81,5%)	5 (7,7%)	65 (50,8%)



2	42 (66,7%)	17 (27,0%)	4 (6,3%)	63 (49,2%)
Итого:	49 (38,3%)	70 (54,7%)	9 (7,0%)	128 (100%)
Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)				

Исследование качества жизни 128 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. 2).

Таблица 2

Показатели опросника Euro Qol-5D до лечения (n=128)

Группы	Количество пациентов	М (мобильность)	С (Самообслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/Дискомфорт)	Т/Д (Тревога/депрессия)	EQ-балл состоян. здоровья
1	65	1	1	0,39658	0,123	0,08611	0,66271
2	63	1	1	0,34040	0,123	0,08465	0,66450
Итого	128	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) 128 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 Qol-5D после лечения (n=128)

Группы	Количество пациентов	М (мобильность)	С (Самообслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль/Дискомфорт)	Т/Д (Тревога/депрессия)	EQ-балл состоян. здоровья
1	65	1	1	0,38922	0,4979	0,95208	-0,57638
2	63	1	1	0,32590	0,5244	1,0250	-0,6124



Итого	128	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 128 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 составляющую пациентов являясь провоцирующим фактором ухудшения качества жизни пациентов.

Показатели ВАШ до проведения хирургического лечения выявили в первой группе слабую боль (1-3 балла) у 21 (32,3%), умеренную боль (4-6 балла) у 7 (10,7%), во второй группе слабую боль у 9 (14,7%), умеренную у 3 (4,9%), всего слабая боль у 30 (23,4%), умеренная боль 10 (7,8%) наблюдений смотрите (смотрите табл. 4).

Таблица 4

Показатели шкалы ВАШ до лечения (n=128)

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	65	0	21	7	0	0
2	63	0	9	3	0	0
Итого:	128	0	30	10	0	0
Примечание: отличия показателей статистически достоверны ($P < 0,001$)						

По данным нашего исследования всех 128 пациентов мы получили следующие результаты. После проведения хирургического лечения в обеих группах наблюдались регресс болевого синдрома до исчезновения, слабая боль сохранялась только лишь

у 3 (2,3%) 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=128)

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		65	63	2	0	0	0
2		63	62	1	0	0	0
Итого:		128	125	3	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.

ВЫВОДЫ:

1. В наших исследованиях из 128 пациентов хирургическому лечению подверглись все, показаниями к оперативному лечению были: наличие геморроидальной болезни третьей и четвертой степени различными осложнениями и сопутствующей соматической патологии.

2. Положительные результаты среди исследуемого 128 пациента отмечены у 119 (92,9%), незначительное улучшение у 9 (7,0%). 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 (51,6%), а женщины – 62 (48,3%), что связано физическими нагрузками мужчин во время работы. Большинство пациентов 54 (42,2%) старшего среднего и пожилого возраста, на втором месте возрастная группа 60-74 года, 37 (28,9%), 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.