

УДК 616.147.17-007.64-036.12-089

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ:
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ****Тебенева Полина Александровна,**студент института клинической медицины, Уральский государственный медицинский
университет, Екатеринбург, Россия
tebenevapolli987654321@yandex.ru**Максимова Кристина Игоревна,**ассистент кафедры хирургических болезней, кандидат медицинских наук Уральский
государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия
mki@dor-bol.ru**Аннотация**

Геморроидальная болезнь является распространённым заболеванием аноректальной области, характеризующимся разнообразием клинических проявлений и высоким риском рецидивирования. Выбор метода лечения определяется выраженностью симптомов, степенью пролапса геморроидальных узлов, наличием наружного компонента и эффективностью предшествующей терапии. В статье представлен обзор современных консервативных, малоинвазивных и хирургических методов лечения геморроидальной болезни. Рассмотрены их клинические показания, преимущества и ограничения с учетом контроля кровотечения, коррекции пролапса, послеоперационного болевого синдрома, сроков восстановления и риска рецидива. Особое внимание уделено индивидуализации хирургической тактики в зависимости от клинических проявлений и анатомических особенностей заболевания. Обоснована необходимость выбора метода лечения на основе комплексной оценки состояния пациента, а не только степени геморроидальной болезни.

Ключевые слова: геморроидальная болезнь, геморрой, геморроидальный пролапс, геморроидэктомия, лигирование латексными кольцами, склеротерапия, геморроидальная деартериализация, мукопексия, лазерная геморроидопластика, степлерная геморроидопексия, хирургическое лечение.

**RISK-BASED APPROACH IN CONTROL AND SUPERVISORY ACTIVITIES:
PROBLEMS OF IMPLEMENTATION AT THE REGIONAL AND MUNICIPAL
LEVELS****Tebeneva Polina Alexandrovna,**student at the Institute of Clinical Medicine, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia
tebenevapolli987654321@yandex.ru

Maximova Kristina Igorevna,

assistant at the Department of Surgical Diseases, Candidate of Medical Sciences

mki@dor-bol.ru

ABSTRACT

Hemorrhoidal disease is a common condition of the anorectal area, characterized by a variety of clinical manifestations and a high risk of recurrence. The choice of treatment method is determined by the severity of symptoms, the degree of prolapse of hemorrhoidal nodes, the presence of an external component, and the effectiveness of previous therapy. The article provides an overview of modern conservative, minimally invasive, and surgical methods for treating hemorrhoidal disease. Their clinical indications, advantages, and limitations are considered, taking into account bleeding control, prolapse correction, postoperative pain syndrome, recovery time, and the risk of recurrence. Special attention is paid to individualizing surgical tactics depending on the clinical manifestations and anatomical features of the disease. The necessity of choosing a treatment method based on a comprehensive assessment of the patient's condition, rather than solely on the degree of hemorrhoidal disease, is substantiated.

Keywords: hemorrhoidal disease, hemorrhoids, hemorrhoidal prolapse, hemorrhoidectomy, rubber band ligation, sclerotherapy, hemorrhoidal dearterialization, mucopexy, laser hemorrhoidoplasty, stapled hemorrhoidopexy, surgical treatment.

Введение

Геморроидальная болезнь (ГБ) - одно из самых распространенных заболеваний аноректальной области. Из-за высокой заболеваемости, склонности к рецидивам и существенного влияния на качество жизни пациентов геморрой представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. Согласно систематическим обзорам и современным мета-анализам, включающим 150 исследований из 45 стран и охватившим более 8,9 млн человек, глобальная распространённость геморроя на момент обследования составляет 25,92% (95% доверительный интервал — от 22,62% до 29,22%), а годовая распространённость — 21,65% [6]. Распространенность этого заболевания увеличивается под влиянием многих факторов, таких как: возраст, хронические запоры, ожирение, беременность, диабет, семейный анамнез заболевания и особенности дефекации, особенно длительное натуживание и продолжительное время, проведенное сидя на унитазе. Таким образом, геморроидальная болезнь возникает под воздействием различных факторов, и её клинические проявления могут значительно различаться у разных пациентов [6]. Клинические проявления заболевания варьируются от эпизодических кровотечений и дискомфорта до явного выпадения геморроидальных узлов, болевых ощущений, тромбоза и ухудшения качества жизни [19]. Выбор метода лечения зависит от тяжести клинических проявлений, степени геморроидального пролапса, наличия осложнений и эффективности предшествующей терапии [8]. Несмотря на разнообразие консервативных, малоинвазивных и хирургических подходов, универсального метода лечения геморроя не существует. Каждый из применяемых методов имеет свои преимущества и ограничения, а также различается по эффективности, частоте рецидивов, интенсивности послеоперационной боли и срокам восстановления [8]. В связи с этим особую актуальность приобрел индивидуальный подход к выбору лечебных стратегий, учитывающих клиническую форму и степень заболевания. Современные хирургические методы

направлены не только на устранение основных симптомов и пролапса геморроидальных узлов, но и на минимизацию травматичности вмешательства, послеоперационной боли и риска рецидивов [8].

Цель исследования - представить современные методы лечения геморроидальной болезни и рассмотреть подходы к выбору хирургической тактики в зависимости от клинических проявлений и степени заболевания.

Материалы и методы исследования.

Настоящая работа представляет собой литературный обзор современных методов лечения геморроидальной болезни с акцентом на выбор лечебной тактики в зависимости от степени заболевания, характера и выраженности пролапса, ведущих клинических проявлений и наличия наружного геморроидального компонента. Поиск научных публикаций проводился в электронных базах данных PubMed, Scopus и Web of Science за период с 2016 г. по сентябрь 2026 г. Поиск осуществлялся с использованием следующих ключевых слов и их комбинаций: геморроидальная болезнь, геморрой, геморроидальный пролапс, геморроидэктомия, лигирование латексными кольцами, склеротерапия, геморроидальная деартериализация, мукопексия, лазерная геморроидопластика, степлерная геморроидопексия, хирургическое лечение. Для расширения поиска использовались синонимы и комбинации поисковых терминов, соответствующие отдельным методам лечения и клиническим проявлениям заболевания. Языковые ограничения: в обзор включались публикации, опубликованные на русском и английском языках. Публикации на других языках исключались. Критериями включения являлись публикации, посвященные лечению геморроидальной болезни у взрослых пациентов; рандомизированные клинические исследования, когортные исследования, систематические обзоры и метаанализы; публикации, содержащие данные об эффективности и безопасности методов лечения, послеоперационной боли, сроках восстановления, коррекции пролапса, частоте осложнений и рецидивировании заболевания. Критериями исключения являлись публикации, посвященные преимущественно детской популяции, экспериментальные исследования без клинической составляющей, работы, посвященные заболеваниям аноректальной области без анализа геморроидальной болезни, дублирующие публикации, а также публикации, не содержащие данных, относящихся к рассматриваемым методам лечения. Отбор публикаций осуществлялся в несколько этапов: первоначально оценивались названия и аннотации найденных публикаций, после чего проводилась оценка полнотекстовых статей на соответствие критериям включения и исключения. При анализе литературы основное внимание уделялось следующим клиническим характеристикам и исходам лечения: контроль ректального кровотечения, коррекция пролапса геморроидальных узлов, возможность воздействия на наружный геморроидальный компонент, выраженность послеоперационного болевого синдрома, сроки восстановления, частота осложнений и риск рецидива.

Результаты и их обсуждение.

Выбор метода лечения геморроя в первую очередь зависит от клинической оценки состояния пациента, выраженности симптомов, степени выпадения внутренних геморроидальных узлов, наличия наружного компонента и эффективности предыдущего лечения [8]. При выборе стратегии лечения необходимо учитывать не только стадию заболевания, но и основные клинические симптомы. Сочетание кровотечения, пролапса, болевого синдрома, тромбоза, а также внутреннего и наружного геморроидального компонентов может определять необходимость применения различных методов лечения

[18]. Согласно современным рекомендациям, при заболеваниях I и II степени и у некоторых пациентов с III степенью по классификации Goligher предпочтение обычно отдается консервативному лечению и амбулаторным вмешательствам, в то время как при выраженном выпадении, особенно при III и IV степени, а также при сочетании внутреннего и наружного геморроидальных узлов чаще рассматривается вопрос о хирургическом вмешательстве [3]. Таким образом, степень геморроидальной болезни является важным, но не единственным критерием выбора метода лечения. Согласно современной концепции, стратегия лечения должна быть индивидуальной и учитывать клиническую симптоматику и анатомические особенности заболевания [3]. Консервативная терапия - это начальный этап лечения большинства пациентов с симптоматической геморроидальной болезнью. Основная цель - уменьшить выраженность симптомов и устранить факторы, способствующие прогрессированию заболевания. Основой лечения является коррекция рациона и режима опорожнения кишечника, увеличение потребления пищевых волокон и жидкости, профилактика запоров и стимулирование перистальтики, а также сокращение времени, проводимого «на унитазе». При необходимости применяют слабительные средства, флеботропные препараты и симптоматическое местное лечение [8]. Консервативное лечение особенно важно для пациентов, которым хирургическое вмешательство не является оптимальным вариантом. Даже на III-IV стадиях заболевания наличие выраженного пролапса не обязательно означает, что требуется немедленное хирургическое вмешательство. При умеренных симптомах, отсутствии осложнений, сопутствующей патологии, высоком операционном риске или отказе пациента от операции можно использовать консервативные методы в качестве паллиативной стратегии для купирования симптомов [22].

Малоинвазивные методы лечения

Если симптомы геморроя сохраняются, несмотря на консервативное лечение, рассматривается возможность малоинвазивного вмешательства. Выбор конкретного метода лечения зависит главным образом от характера и интенсивности клинических проявлений. В этом случае определяющими факторами являются основные симптомы заболевания, наличие и выраженность пролапса, его влияние на качество жизни пациента, а также наличие наружных геморроидальных узлов и осложнений [21]. При преимущественном наличии безболезненного ректального кровотечения и отсутствии или минимальной выраженности пролапса могут применяться методы, направленные на уменьшение кровоснабжения и объема геморроидальной ткани, в частности склеротерапия и инфракрасная коагуляция [7]. При сочетании кровотечения, с выпадением внутренних геморроидальных узлов, более подходящий является метод обеспечивающий не только остановку кровотечения, но и устранение пролапса, например лигирование латексными кольцами. Таким образом, одна и та же степень заболевания у разных пациентов не обязательно требует применения одной и той же стратегии лечения [7]. В случае выраженного пролапса, особенно если он сопровождается необходимостью ручного вправления или постоянным выпадением узлов, возможности малоинвазивного лечения становятся более ограниченными. В этом случае необходимо оценить не только наличие внутреннего компонента, но и наличие наружных узлов, избытка кожи в перианальной области, болевой синдром и другие факторы, которые могут повлиять на выбор метода хирургического вмешательства. При наличии наружного компонента малоинвазивные методы, направленные в основном на внутренние геморроидальные узлы, могут оказаться неэффективными [5].

Лигирование латексными кольцами

Лигирование латексными кольцами (RBL) - один из наиболее распространенных методов малоинвазивного лечения внутренних геморроидальных узлов. Метод заключается в наложении эластичного кольца на основание геморроидального узла, что приводит к его ишемии, некрозу и рубцеванию для предотвращения дальнейшего выпадения узла [25]. Основными клиническими показаниями к RBL являются рецидивирующие кровотечения и пролапс внутренних геморроидальных узлов при отсутствии выраженного наружного компонента. Этот метод позволяет воздействовать на оба упомянутых проявления одновременно, поэтому он особенно эффективен при сочетании кровотечения и умеренного пролапса узлов. Согласно результатам систематического обзора и метаанализа, RBL показала более высокую эффективность в борьбе с выпадением и кровотечением по сравнению со склеротерапией, но при этом чаще вызывала послеоперационные боли [21, 1]. По сравнению с хирургическим вмешательством RBL менее травматична, не требует госпитализации и обеспечивает быстрое восстановление.

Склеротерапия

Склеротерапия - это малоинвазивный метод лечения внутренних геморроидальных узлов. Суть процедуры заключается во введении склерозирующего препарата в область геморроидальной ткани, что вызывает локальное воспаление и фиброз. В результате уменьшается сосудистый компонент узлов, образуется рубцовая ткань, что способствует фиксации слизистой оболочки [26]. Основным клиническим показанием к склеротерапии является наличие симптоматического внутреннего геморроидального компонента, особенно при преобладании ректальных кровотечений. Этот метод может быть рекомендован пациентам, нуждающимся в малоинвазивном вмешательстве с минимальным травматизмом и быстрым восстановлением. Современный систематический обзор и мета-анализ 44 исследований с участием 9729 пациентов показал, что склеротерапия сопоставима по эффективности с другими методами лечения и отличается низким риском осложнений [7]. По сравнению с лигированием латексными кольцами, склеротерапия может быть предпочтительнее в плане послеоперационной боли, однако уступает ему в контроле пролапса. Следовательно, когда кровотечение связано со значительным выпадением внутреннего геморроидального компонента - RBL обычно является методом выбора, в то время как в случаях сильного кровотечения и отсутствия значительного пролапса склеротерапия является менее травматичным вариантом лечения [24]. Ограничением этого метода является его преимущественно местное влияние на внутренний геморроидальный компонент. В случае выраженного пролапса или значительного внешнего компонента склеротерапия не может обеспечить полную коррекцию анатомических изменений и может потребовать повторного вмешательства или перехода на другой метод лечения [9].

Инфракрасная коагуляция.

Инфракрасная фотокоагуляция (ИФК) — это малоинвазивный метод лечения внутренних геморроидальных узлов, основанный на воздействии инфракрасного излучения на ткани геморроя. Тепловое воздействие вызывает свертывание крови в сосудах и последующее образование фиброзной ткани, что способствует уменьшению кровоснабжения узлов и их фиксации [11]. Основным клиническим преимуществом этого метода является эффективный контроль ректального кровотечения с минимальной травмой: ИК может использоваться у пациентов с серьезными заболеваниями, связанными с кровотечением, особенно когда нет явного выпадения или степень умеренная. В ходе рандомизированных исследований этот метод продемонстрировал высокую эффективность в контроле кровотечений и низкий уровень послеоперационной боли, а также возможность проведения процедуры в амбулаторных условиях [12]. Таким образом,

при необходимости эффективного контроля симптомов с минимальным травматизмом РИ становится разумным выбором для малоинвазивного лечения при серьезных кровотечениях.

Геморроидальная деартериализация и мукопексия

Геморроидальная деартериализация обычно сочетаемая с мукопексией, является органосохраняющим методом лечения геморроидальной болезни. Вмешательство включает перевязку дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии с последующей мукопексией в случае пролапса. Такое сочетание позволяет одновременно воздействовать на сосудистый компонент заболевания и устранять выпадение геморроидальных узлов [15]. Главное преимущество этого метода заключается в том, что пролапс можно устранить без удаления геморроидальных узлов. Показанием к применению этого метода является выпадение внутренних геморроидальных узлов, особенно в сочетании с кровотечением при отсутствии выраженного наружного компонента. Мукопексия также позволяет восстановить анатомическое положение пролабирующей слизистой и уменьшить выраженность выпадения. Рандомизированные исследования продемонстрировали эффективность сочетания мукопексии и деартериализации геморроидальных артерий при лечении прогрессирующих геморроидальных заболеваний [23]. По сравнению с резекцией геморроидальных узлов деартериализация геморроидальных артерий сопровождается меньшей послеоперационной травматичностью и, как правило, более быстрым восстановлением. Однако преимущество этого метода заключается именно в сохранении тканей, а его основным недостатком является риск рецидива выпадения [2]. Таким образом, предложенный метод можно рассматривать в первую очередь при сочетании кровотечения и пролапса, когда необходимо сохранение геморроидальной ткани. При выраженном наружном компоненте или при наличии избытка кожи перианальной области возможности этого метода ограничены, поскольку он не позволяет скорректировать внешние анатомические изменения.

Лазерная геморроидопластика.

Лазерная геморроидопластика (LHP) - это малоинвазивный метод, при котором лазерная энергия воздействует непосредственно на ткани геморроидальных узлов, вызывая их коагуляцию и последующее уменьшение объема узлов. В отличие от резекции геморроидальных узлов, этот метод позволяет сохранить значительную часть тканей геморроидальных узлов и слизисто-кожный покров анального канала [4]. Этот метод применяется у пациентов с симптоматической геморроидальной болезнью, когда необходимо уменьшить объем геморроидальных узлов, сохранив их анатомическую структуру. Наиболее убедительные результаты были получены при лечении пациентов с умеренно выраженными симптомами и пролапсом, которым не помогли консервативные и другие малоинвазивные методы лечения. Согласно результатам метаанализа 17 исследований с участием 1196 пациентов, по сравнению с традиционной резекцией геморроидальных узлов лазерная пластика геморроидальных узлов сопровождается меньшей послеоперационной болью и кровопотерей, более быстрым восстановлением и меньшим количеством осложнений [4]. Важным преимуществом LHP является ее низкая травматичность, однако уменьшение симптомов достигается за счет ремоделирования геморроидальной ткани, а не за счет ее полного удаления. Таким образом, при значительном выраженном пролапсе или значительном наружном компоненте возможности этого метода ограничены. Согласно имеющимся данным, частота рецидивов может быть выше по сравнению с резекцией геморроидальных узлов при более выраженных формах заболевания [14]. Таким образом, LHP можно рассматривать как органосохраняющая альтернатива иссекающим операциям, для которых приоритетом является уменьшение симптомов, минимизация послеоперационной боли и быстрое восстановление. В случае

выраженных наружных компонентов или необходимости надежной коррекции выраженного пролапса предпочтение может отдаваться более радикальным вмешательствам.

Хирургическое лечение

Если клинически значимые симптомы сохраняются, несмотря на консервативное и малоинвазивное лечение, а амбулаторное вмешательство невозможно или недостаточно эффективно, если анатомические изменения не могут быть полностью скорректированы без резекции, рассматривается вопрос о хирургическом лечении. Особенно важно наличие выраженного наружного компонента или комбинированного наружного и внутреннего геморроидальных узлов, поскольку большинство малоинвазивных вмешательств направлены в основном на внутренние геморроидальные узлы. Согласно действующим рекомендациям Американского общества колоректальных хирургов, резекция геморроидальных узлов является предпочтительным методом лечения для некоторых пациентов с наружным геморроем, а также при сочетании симптомов с выраженным пролапсом [8]. При выборе метода хирургического вмешательства необходимо учитывать не только степень пролапса, но и его характер, наличие наружного компонента, ведущие симптомы, предшествующее лечение и ожидаемое влияние вмешательства на качество жизни пациента. Резекция геморроидальных узлов по-прежнему является наиболее радикальным хирургическим методом, при котором удаляются увеличенная геморроидальная ткань. Кроме того, применяется малоинвазивная хирургия, основная цель которой — устранить выпадение и уменьшить приток крови к геморроидальным узлам. Выбор между этими методами представляет собой компромисс между агрессивностью лечения, выраженностью послеоперационной боли, скоростью восстановления и риском рецидива [10].

Геморроидэктомия.

Геморроидэктомия по-прежнему является наиболее радикальным хирургическим методом лечения геморроя, позволяющим непосредственно удалить патологически измененные геморроидальной ткани. В отличие от неэксцизионных вмешательств, резекция геморроидальных узлов позволяет устранить как внутренние, так и наружные проявления заболевания, что определяет ее особую важность при выраженном комбинированном геморрое. Основными показаниями к резекции геморроидальных узлов являются выраженное или рецидивирующее выпадение геморроидальных узлов, сопровождающееся значительным ухудшением качества жизни, наличие крупных наружных или комбинированных геморроидальных узлов, а также сохранение симптомов после консервативного и малоинвазивного лечения. Особенно важным преимуществом этой операции является возможность скорректировать анатомические изменения, которые невозможно устранить методами, направленными в основном на внутренние проявления заболевания [8, 17]. Основным недостатком резекции геморроидальных узлов заключается в том, что по сравнению с вмешательствами без резекции послеоперационный болевой синдром более выражен, а период восстановления более длительный. В то же время к преимуществам этого метода можно отнести его высокую долгосрочную эффективность и низкую вероятность рецидива симптомов. Систематические обзоры и сетевые метаанализы показали, что открытая и закрытая геморроидэктомия вызывает более сильную послеоперационную боль, чем многие органосохраняющие методы лечения, но при этом обеспечивает наиболее надежный контроль над заболеванием и характеризуется низкой частотой рецидивов [20]. Таким образом, геморроидэктомия является наиболее целесообразным методом лечения, когда основной целью является не только купирование симптомов, но и устранение очевидных анатомических проявлений заболевания. При выборе хирургического вмешательства необходимо сопоставить ожидаемую долгосрочную

эффективность с более высокой степенью агрессивности и послеоперационными болевыми ощущениями, что особенно важно, когда нет абсолютной необходимости в резекционной операции.

Степлерная

геморроидопексия

Степлерная геморроидопексия (SH) - это неэксцизионный хирургический метод лечения геморроидальной болезни, который в основном применяется для устранения пролапса внутренней геморроидальной ткани. Во время операции выполняется циркулярная резекция избыточной слизистой оболочки над зубчатой линией с последующим подтягиванием и фиксацией пролабирующих тканей. В отличие от геморроидэктомии, сами геморроидальные узлы не удаляются [13].

Основное преимущество этого метода заключается в том, что по сравнению с традиционной резекцией геморроидальных узлов снижается интенсивность послеоперационных болей и ускоряется восстановление. Таким образом, SH можно рекомендовать пациентам, у которых основной проблемой является внутренний пролапс, а приоритетом является снижение травматичности хирургического вмешательства и сокращение периода реабилитации. Однако этот метод не применяется для устранения выраженного наружного компонента [13]. Основное ограничение метода заключается в том, что вероятность рецидива пролапса, выше, чем при иссечении геморроидальных узлов.

Таким образом, если необходимо уменьшить выраженность анатомических изменений с наименьшей послеоперационной травматизацией, то степлерная геморроидопексия может быть разумным выбором для тщательно отобранных пациентов с преимущественно внутренним компонентом. В случае выраженного наружного или комбинированного выпадения предпочтение следует отдавать методам резекции.

Таблица 1 «Выбор метода лечения в зависимости от степени геморроидальной болезни и клинического фенотипа».

Метод лечения	Основные показания	Коррекция пролапса	Воздействие на наружный компонент	Послеоперационная боль	Восстановление	Риск рецидива
Консервативная терапия	Все степени; преимущественно кровотечение, зуд, дискомфорт без выраженного пролапса	Не устраняет	Не воздействует	Отсутствует	Быстрое	Высокий при сохраняющемся пролапсе
Склеротерапия	I-II степень; преимущественно кровотечение	Ограниченная эффективность	Не корректирует	Минимальная	Очень быстрое	Выше, чем после более радикальных методов
Инфракрасная коагуляция	I-II степень; преимущественно кровотечение,	Ограниченная эффективность	Не корректирует	Минимальная	Очень быстрое	Возможен рецидив при выраженном пролапсе

	минимальны й пролапс					
Лигирование латексными кольцами	II–III степень; кровотечени е и пролапс без выраженного наружного компонента	Корректиру ет внутренний пролапс	Не корректир ует	Низкая– умеренная	Быстрое	Умеренный
Геморроидальн ая артериальная деартериализа ция и мукопексия	II–III степень; кровотечени е и пролапс	Корректиру ет внутренний пролапс	Не корректир ует	Низкая	Быстрое	Умеренный; выше при выраженном пролапсе
Лазерная геморроидопла стика	II–III степень; преимуществ енно внутренние узлы, кровотечени е и пролапс	Корректиру ет внутренний пролапс	Не корректир ует	Низкая	Быстрое	Возможен рецидив, особенно при выраженном пролапсе
Степлерная геморроидопек сия	III степень; циркулярны й пролапс внутренних узлов	Корректиру ет внутренний пролапс	Не корректир ует	Умеренная	Быстрое	Выше, чем после иссечения, особенно при выраженном пролапсе
Иссечение геморроидальн ых узлов	III–IV степень, выраженный пролапс, наружный компонент, рецидив после малоинвазив ного лечения	Выраженна я коррекция	Устраняет	Выраженная	Более длитель ное	Ниже, чем после большинства органосохраняющи х методов

[19].

Закключение

Современная стратегия лечения геморроидальной болезни должна строиться на индивидуальной оценке клинических проявлений заболевания, а не на простой анатомической классификации. В случае сильного ректального кровотечения и отсутствия значительного выпадения приоритет может быть отдан консервативной терапии и минимально инвазивным методам, направленным на снижение кровоснабжения геморроидальной ткани. Если кровотечение сопровождается выпадением геморроидальных узлов, рекомендуется применять методы лечения, которые одновременно останавливают кровотечение и уменьшают геморроидальный пролапс [16]. При клинически значимом пролапсе могут рассматриваться методы, обеспечивающие его коррекцию при сохранении тканей, тогда как наличие выраженного наружного или комбинированного компонента, рецидивирование симптомов после малоинвазивного

лечения и значимое нарушение качества жизни повышают обоснованность иссекающего хирургического лечения.

Таким образом, выбор стратегии лечения требует оценки основных симптомов, характера и степени тяжести пролапса, наружного геморроидального компонента, предшествующих методов лечения и индивидуальных приоритетов пациента. Малоинвазивные методы позволяют снизить послеоперационную травму и сократить период восстановления, но могут быть сопряжены с повышенным риском рецидива. В то же время радикальные операции обеспечивают более длительный контроль заболевания, подход к лечению, но сопровождаются более сильной послеоперационной болью и требуют более длительной реабилитации. Это позволяет избежать радикального лечения, которое может оказаться бесполезным для пациентов с основным симптоматическим течением, а также неэффективной операции при явных анатомических изменениях. Таким образом, оптимальная стратегия лечения геморроидальных заболеваний заключается не в выборе методов, основанных исключительно на тяжести состояния, а в сочетании специфических терапевтических подходов с учётом основных клинических проявлений и анатомических фенотипов болезни.

Список литературы:

1. Abounozha S, Ibrahim R, Saafan T, et al. Hemorrhoidal Artery Ligation (HAL) vs. Rubber Band Ligation (RBL) for Second- and Third-Degree Hemorrhoids: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 2025;17(2):e79810. doi:10.7759/cureus.79810. PMID:40161159. PMCID: PMC11955090.
2. Alemrajabi M, Akbari A, Sohrabi S, et al. Simple mucopexy and hemorrhoidal arterial ligation with and without Doppler: a randomized clinical trial for short-term outcome. *Ann Coloproctol*. 2023;39(4):351–356. doi:10.3393/ac.2022.00017.0002. PMID:35570403. PMCID: PMC10475797.
3. Brilliantino A, et al. The Italian Unitary Society of Colon-Proctology (Società Italiana Unitaria di Colonproctologia) guidelines for the management of acute and chronic hemorrhoidal disease. *Ann Coloproctol*. 2024;40(4):287–320. doi:10.3393/ac.2023.00871.0124. PMID:39228195. PMCID: PMC11375232.
4. Cheng PL, Chen CC, Chen JS, Wei PL, Huang YJ. Diode laser hemorrhoidoplasty versus conventional Milligan-Morgan and Ferguson hemorrhoidectomy for symptomatic hemorrhoids: Meta-analysis. *Asian J Surg*. 2024;47(11):4681–4690. doi:10.1016/j.asjsur.2024.04.156. PMID:38762410.
5. Ding Z, Xuan J, Tang G, et al. Rubber band ligation versus coagulation for the treatment of haemorrhoids: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Postgrad Med J*. 2023;99(1175):946–953. doi:10.1136/pmj-2022-141941. PMID:37117040.
6. Esmaeilnia Shirvani A, Pakdaman K, Maleki Z, et al. Worldwide prevalence of haemorrhoids: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med*. 2026;58(1):2606433. doi:10.1080/07853890.2025.2606433.
7. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJ, et al. *Colorectal Dis*. 2020;22:650–662. doi:10.1111/codi.14975
8. Gallo G, Picciariello A, Armellin C, et al. Sclerotherapy for hemorrhoidal disease: systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2024;28(1):28. doi:10.1007/s10151-023-02908-w. PMID:38261136. PMCID: PMC10806988.

9. Hawkins AT, Davis BR, Bhama AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2024;67(5):614–623. doi:10.1097/DCR.0000000000003276. PMID:38294832.
10. He A, Chen M. Sclerotherapy in Hemorrhoids. *Indian J Surg*. 2023;85(2):228–232. doi:10.1007/s12262-022-03414-3. PMID:35469212. PMCID: PMC9022405.
11. Jee J, O'Connell LV, Kaur I, Sahebally SM. Conventional Excisional Haemorrhoidectomy versus Transanal Haemorrhoidal Dearterialization for Haemorrhoids: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Surg*. 2024;41(4):204–212. doi:10.1159/000540256. PMID:39084191.
12. Jin JZ, Bhat S, Lee KT, Xia W, Hill AG. Interventional treatments for prolapsing haemorrhoids: network meta-analysis. *BJS Open*. 2021;5(5):zrab091. doi:10.1093/bjsopen/zrab091. PMID:34633439. PMCID: PMC8504447.
13. Kang SI. Latest Research Trends on the Management of Hemorrhoids. *J Anus Rectum Colon*. 2025;9(2):179–191. doi:10.23922/jarc.2024-090. PMID:40302863. PMCID: PMC12035339.
14. Lauricella S, Brucchi F, Mascianà G, et al. Long-term outcomes of stapled haemorrhoidopexy versus conventional haemorrhoidectomy: An updated systematic review, meta-analysis and trial-sequential analysis of randomized controlled trials. *Int J Colorectal Dis*. 2026;41(1):34. doi:10.1007/s00384-026-05080-3. PMID:41535511. PMCID: PMC12808294.
15. Li Z, Wu J, Brown NKD, Kumassah PK, Agbedinu K, Ambe PC. A systematic review comparing the efficacy of 980 nm vs. 1470 nm wavelengths in laser hemorrhoidoplasty. *Int J Colorectal Dis*. 2024;39(1):117. doi:10.1007/s00384-024-04690-z. PMID:39048788. PMCID: PMC11269455.
16. Liew AN, Wang J, Chen MZ, Tay YK, Kong JCH. Haemorrhoid artery ligation – recto anal repair (HAL-RAR) blind versus Doppler: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg*. 2024;94(11):2053–2061. doi:10.1111/ans.19258. PMID:39465535.
17. Migaly J, Sun Z. Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016; 29:22–29. doi:10.1055/s-0035-1568144. guide
18. Naldini G, Caminati F, Sturiale A, et al. Improvement in Hemorrhoidal Disease Surgery Outcomes Using a New Anatomical/Clinical-Therapeutic Classification (A/CTC). *Surg J (N Y)*. 2020;6(3):e145–e152. doi:10.1055/s-0040-1712542. PMID:32939397. PMCID: PMC7487325.
19. Qureshi W, Hoang S, Frye J, Rao SS. AGA Clinical Practice Update on Diagnosis and Treatment of Hemorrhoids: Expert Review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2026;24(7):1773–1781. doi: 10.1016/j.cgh.2026.04.008. PMID:42067175.
20. Rørvik HD, Davidsen M, Gierløff MC, et al. Quality of life in patients with hemorrhoidal disease. *Surg Open Sci*. 2023; 12:22–28. doi:10.1016/j.sopen.2023.02.004. PMID:36876020.
21. Rubbini M, Ascanelli S. Classification and guidelines of hemorrhoidal disease: Present and future. *World J Gastrointest Surg*. 2019;11(3):117–121.
22. Salgueiro P, Ramos MI, Castro-Poças F, Libânio D. Office-Based Procedures in the Management of Hemorrhoidal Disease: Rubber Band Ligation versus Sclerotherapy – Systematic Review and Meta-Analysis. *GE Port J Gastroenterol*. 2022;29(6):409–419. doi:10.1159/000522171. PMID:36545183. PMCID:PMC9761374.

23. Sheikh P, Lohsiriwat V, Shelygin Y. Micronized Purified Flavonoid Fraction in Hemorrhoid Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Ther.* 2020;37(6):2792–2812. doi:10.1007/s12325-020-01353-7. PMID:32399811. PMCID: PMC7467450.
24. Transanal hemorrhoidal dearterialization (THD) for hemorrhoidal disease: an Italian single-institution 5-year experience analysis and updated literature review. Verre L, Gallo G, Grassi G, et al. *Front Surg.* 2022;9 doi: 10.3389/fsurg.2022.1088546.
25. Грошилин ВС, Мирзоев ЛА, Швецов ВК, Чернышова ЕВ. Эффективность малоинвазивных методов в лечении хронического геморроя II–III стадий. *Ульяновский медико-биологический журнал.* 2017;(2):95–103.
26. Эктон ВН, Сомов КА, Куркин АВ, Музальков ВА. Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами (обзор литературы). *Колопроктология.* 2019;18(4):151–160.

References:

1. Abounozha S, Ibrahim R, Saafan T, et al. Hemorrhoidal Artery Ligation (HAL) vs. Rubber Band Ligation (RBL) for Second- and Third-Degree Hemorrhoids: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus.* 2025;17(2):e79810. doi:10.7759/cureus.79810. PMID:40161159. PMCID:PMC11955090.
2. Alemrajabi M, Akbari A, Sohrabi S, et al. Simple mucopexy and hemorrhoidal arterial ligation with and without Doppler: a randomized clinical trial for short-term outcome. *Ann Coloproctol.* 2023;39(4):351–356. doi:10.3393/ac.2022.00017.0002. PMID:35570403. PMCID:PMC10475797.
3. Brilliantino A, et al. The Italian Unitary Society of Colon-Proctology (Società Italiana Unitaria di Coloproctologia) guidelines for the management of acute and chronic hemorrhoidal disease. *Ann Coloproctol.* 2024;40(4):287–320. doi:10.3393/ac.2023.00871.0124. PMID:39228195. PMCID:PMC11375232.
4. Cheng PL, Chen CC, Chen JS, Wei PL, Huang YJ. Diode laser hemorrhoidoplasty versus conventional Milligan-Morgan and Ferguson hemorrhoidectomy for symptomatic hemorrhoids: Meta-analysis. *Asian J Surg.* 2024;47(11):4681–4690. doi:10.1016/j.asjsur.2024.04.156. PMID:38762410.
5. Ding Z, Xuan J, Tang G, et al. Rubber band ligation versus coagulation for the treatment of haemorrhoids: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Postgrad Med J.* 2023;99(1175):946–953. doi:10.1136/pmj-2022-141941. PMID:37117040.
6. Esmaeilnia Shirvani A, Pakdaman K, Maleki Z, et al. Worldwide prevalence of haemorrhoids: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med.* 2026;58(1):2606433. doi:10.1080/07853890.2025.2606433.
7. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJ, et al. *Colorectal Dis.* 2020;22:650–662. doi: 10.1111/codi.14975
8. Gallo G, Picciariello A, Armellini C, et al. Sclerotherapy for hemorrhoidal disease: systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol.* 2024;28(1):28. doi:10.1007/s10151-023-02908-w. PMID:38261136. PMCID:PMC10806988.

9. Hawkins AT, Davis BR, Bhama AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum*. 2024;67(5):614–623. doi:10.1097/DCR.0000000000003276. PMID:38294832.
10. He A, Chen M. Sclerotherapy in Hemorrhoids. *Indian J Surg*. 2023;85(2):228–232. doi:10.1007/s12262-022-03414-3. PMID:35469212. PMCID:PMC9022405.
11. Jee J, O'Connell LV, Kaur I, Sahebally SM. Conventional Excisional Haemorrhoidectomy versus Transanal Haemorrhoidal Dearterialization for Haemorrhoids: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Surg*. 2024;41(4):204–212. doi:10.1159/000540256. PMID:39084191.
12. Jin JZ, Bhat S, Lee KT, Xia W, Hill AG. Interventional treatments for prolapsing haemorrhoids: network meta-analysis. *BJS Open*. 2021;5(5):zrab091. doi:10.1093/bjsopen/zrab091. PMID:34633439. PMCID:PMC8504447.
13. Kang SI. Latest Research Trends on the Management of Hemorrhoids. *J Anus Rectum Colon*. 2025;9(2):179–191. doi:10.23922/jarc.2024-090. PMID:40302863. PMCID:PMC12035339.
14. Lauricella S, Brucchi F, Mascianà G, et al. Long-term outcomes of stapled haemorrhoidopexy versus conventional haemorrhoidectomy: An updated systematic review, meta-analysis and trial-sequential analysis of randomized controlled trials. *Int J Colorectal Dis*. 2026;41(1):34. doi:10.1007/s00384-026-05080-3. PMID:41535511. PMCID:PMC12808294.
15. Li Z, Wu J, Brown NKD, Kumassah PK, Agbedinu K, Ambe PC. A systematic review comparing the efficacy of 980 nm vs. 1470 nm wavelengths in laser hemorrhoidoplasty. *Int J Colorectal Dis*. 2024;39(1):117. doi:10.1007/s00384-024-04690-z. PMID:39048788. PMCID:PMC11269455.
16. Liew AN, Wang J, Chen MZ, Tay YK, Kong JCH. Haemorrhoid artery ligation – recto anal repair (HAL-RAR) blind versus Doppler: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg*. 2024;94(11):2053–2061. doi:10.1111/ans.19258. PMID:39465535.
17. Migaly J, Sun Z. Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;29:22–29. doi:10.1055/s-0035-1568144. guide
18. Naldini G, Caminati F, Sturiale A, et al. Improvement in Hemorrhoidal Disease Surgery Outcomes Using a New Anatomical/Clinical-Therapeutic Classification (A/CTC). *Surg J (N Y)*. 2020;6(3):e145–e152. doi:10.1055/s-0040-1712542. PMID:32939397. PMCID:PMC7487325.
19. Qureshi W, Hoang S, Frye J, Rao SS. AGA Clinical Practice Update on Diagnosis and Treatment of Hemorrhoids: Expert Review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2026;24(7):1773–1781. doi:10.1016/j.cgh.2026.04.008. PMID:42067175.
20. Rørvik HD, Davidsen M, Gierløff MC, et al. Quality of life in patients with hemorrhoidal disease. *Surg Open Sci*. 2023;12:22–28. doi:10.1016/j.sopen.2023.02.004. PMID:36876020.
21. Rubbini M, Ascanelli S. Classification and guidelines of hemorrhoidal disease: Present and future. *World J Gastrointest Surg*. 2019;11(3):117–121.
22. Salgueiro P, Ramos MI, Castro-Poças F, Libânio D. Office-Based Procedures in the Management of Hemorrhoidal Disease: Rubber Band Ligation versus Sclerotherapy – Systematic Review and Meta-Analysis. *GE Port J Gastroenterol*. 2022;29(6):409–419. doi:10.1159/000522171. PMID:36545183. PMCID:PMC9761374.

23. Sheikh P, Lohsiriwat V, Shelygin Y. Micronized Purified Flavonoid Fraction in Hemorrhoid Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Ther.* 2020;37(6):2792–2812. doi:10.1007/s12325-020-01353-7. PMID:32399811. PMCID:PMC7467450.
24. Transanal hemorrhoidal dearterialization (THD) for hemorrhoidal disease: an Italian single-institution 5-year experience analysis and updated literature review. Verre L, Gallo G, Grassi G, et al. *Front Surg.* 2022;9 doi: 10.3389/fsurg.2022.1088546.
25. Grosilin VS, Mirzoev LA, Shvetsov VK, Chernyshova EV. The effectiveness of minimally invasive methods in the treatment of chronic hemorrhoids of stages II–III. *Ulyanovsk Medical and Biological Journal.* 2017;(2):95–103/
26. Ektov VN, Somov KA, Kurkin AV, Muzalkov VA. Ligation of hemorrhoidal nodes with latex rings (literature review). *Coloproctology.* 2019;18(4):151–160.