



А. В. Макуха^{1,2},
М. А. Каштальян¹,
В. Ю. Шаповалов², Р. В. Єнін²

¹ Одеський Національний
медичний університет

² Військово-медичний клінічний
центр Південного Регіону

© Колектив авторів

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО УСКЛАДНЕНОГО ГЕМОРОЮ

Реферат. *Вступ.* Останніми роками розроблений та широко застосовується метод хірургічного лікування геморою за методикою лігування гемороїдальних артерій під доплер-контролем (методика THD), а також із додатковим ректоанальним відновленням (HAL-RAR).

Мета дослідження. Метою нашого дослідження стало порівняння методик лікування хронічного ускладненого геморою II-III стадій: класичної операції за Міліганом-Морганом, степлерної мукопексії за Лонго, а також комбінованої методики: доплерної дезартерізації методом HAL-RAR із додатковим видаленням зовнішнього анодермального компоненту.

Матеріали і методи. У клініці колопроктології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону м. Одеса за період з 2011 р. по 2021 р. виконано аналіз трьох груп пацієнтів, яким було виконано гемороїдектомію при ускладнених формах геморою (кровотеча, випадіння вузлів, пролапс слизової, анальна тріщина). Усі пацієнти страждали на хронічний ускладнений геморою II або III ст. із одним чи декількома з вищевказаних ускладнень. Обрані випадки поділено на три групи: I група (порівняння) операцій за Міліганом-Морганом – 240 пацієнтів, з них – 64 жінок та 176 чоловіків; розподіл за віком від 18 до 75 років; II група степлерних гемороїдопексій за Лонго – 276 пацієнтів, з них – 89 жінок та 115 чоловіків. Розподіл за віком від 18 до 72 років; комбінованих утручань із використанням бездротового доплеро-оперативного комплексу Wi-3 HAL-RAR та додатковим видаленням надлишку анодерми (з січня 2019 по травень 2021рр.) прооперовано 53 хворих, з них 31 (58%) чоловік та 22 (42%) жінки. Розподіл за віком від 28 до 62 років.

Результати та їх обговорення. Згідно отриманих нами даних: ліжко-день варіював від 1 до 8 діб, переважно меншим він був у групі III – 1,3 ($\pm 0,4$) ліжко-дні у порівнянні із 3,1 ($\pm 0,8$) – у групі II та 4,8 ($\pm 1,7$) – у групі III, резорбтивної лихоманки не спостерігалось; найбільший больовий синдром за ВАШ (середній – 7 балів) у пацієнтів групи I – порівняно з пацієнтами з групи II (середній – 4 бали) та пацієнтами групи III (середній – 2 бали); найбільш висока кількість ранніх післяопераційних ускладнень виявилася у пацієнтів, оперованих за Міліганом-Морганом: 1) гостра затримка сечі спостерігалась у 43 випадках (18%) групи I, в порівнянні із 38 випадками (14%) групи II. Найменша кількість випадків затримки сечі спостерігалась у групі III - 2 випадки (4%) ($p < 0,05$); 2) післяопераційна кровотеча з рани суттєво частіше зустрічалась у групі I - 9 (3,75%) випадків, порівняно із групою II – 6 (2,5%) випадків. У групі III післяопераційної кровотечі не спостерігалось; 3) резорбтивна лихоманка зустрічалась найчастіше у групі I – 43 (18%) випадки порівняно із групою II – 33 (12%) випадки. У групі III резорбтивна лихоманка не зустрічалась ($p < 0,05$).

У всіх пацієнтів із використанням комбінованого втручання HAL-RAR+ висічення зовнішнього компоненту анодерми біль купувався прийомом неспецифічних протизапальних препаратів без застосування наркотичних анагетиків. Ускладнень не спостерігалось. Усі пацієнти відмічали відсутність зниження якості життя у післяопераційному періоді.



Висновки. 1. Хірургічне лікування геморою комбінованим методом HAL-RAR + висічення наружного компоненту є простим та ефективним методом, який у післяопераційному періоді зменшує термін перебування пацієнта у стаціонарі, порівняно нижчий за больовим синдромом та частотою ранніх післяопераційних ускладнень. 2. Технологія HAL-RAR із висіченням наружного компоненту анодерми може бути операцією вибору у хірургічному лікуванні хронічного ускладненого геморою II-III стадії.

Ключові слова: геморою, хірургічне лікування геморою, степлерна гемороїдопексія, Trilogy HAL-RAR, гемороїдальна хвороба, гемороїдальна кровотеча

Вступ

Геморою – одне з найросповсюдженіших захворювань аноректальної ділянки, що вважається як симптоматичне збільшення та/або зміщення гемороїдальних вузлів. Частота захворювання на геморою становить 120-140 випадків на 1000 дорослого населення [1]. У структурі захворювань прямої кишки та анального каналу геморою становить 34-41%. Середній вік людей, які страждають від гемороїдальної хвороби, становить 30-50 років [2]. Частота виникнення геморою серед працездатного населення, що призводить до тимчасової непрацездатності в періоди загострення, а також до зниження рівня якості життя, робить лікування геморою важливою загальномедичною і соціально-економічною проблемою.

Окрім аномально розширеного судинного каналу та деструктивних змін підтримуючої тканини гемороїдальних вузлів з'являються нові докази щодо зв'язку гіперперфузії аноректальної ділянки та деяким ступенем запалення тканин [3]. Дослідження, проведене у 2009 р. щодо морфології та гемодинаміки артеріального забезпечення анального каналу виявило гіперперфузійний стан гемороїдального сплетення у пацієнтів з гемороєм, що свідчить про порушення регуляції судинного тонуусу в гемороїдальній тканині. Більше того, було очевидно, що гемороїдальна тканина містить деякі запальні клітини та новоутворені мікросудини [4].

Вибір методу лікування геморою залежить від його стадії:

модифікація способу життя та дієти (багато клітковини, нормалізація стулу та вживання води, уникнення перевантажень) (стадія I-IV);
медикаментозне лікування (I-II);

амбулаторні малоінвазивні методики (склеротерапія, латексне лігування) (стадія I-II);

неексцизійні методики (HAL-RAR, Лонго) (стадія I-III);

ексцизійні методики (відкрита або закрита гемороїдектомія) (стадії I-IV) [5].

Хронічний геморою має чотири стадії:

I стадія – вузли випадають при дефекації, виділення крові з ануса;

II стадія – вузли випадають при дефекації та вправляються самостійно;

III стадія – вузли випадають навіть при незначному фізичному навантаженні, самостійно не вправляються, потребують ручного посібника;

IV стадія – випадаючі за межі анального каналу невправимі вузли [6].

Консервативне лікування початкових стадій полягає у пріоритетному застосуванні венопротекторів і засобів місцевої дії, також розповсюджені способи малоінвазивних амбулаторних методик: інфрачервоної фотокоагуляції, лігування латексними кільцями та інше. Однак у випадку ускладнених форм геморою консервативні методи лікування не можуть бути методом вибору.

Оперативний метод лікування геморою в Україні використовують у 75% хворих, які звернулися за медичною допомогою. Найпоширенішим методом лікування ускладненого геморою в Україні залишаються операція Міллігана-Моргана та її модифікації, спрямовані на висічення основних груп гемороїдальних вузлів, але з метою зниження післяопераційного болю все більшого розповсюдження набувають такі малоінвазивні методики, як степлерна гемороїдопексія (операція Лонго), лігування гемороїдальних артерій під доплер-контролем та гемороїдектомія методом Ligation [2, 6].

При рецидивах та на пізніх стадіях захворювання класично застосовують операцію Міллігана-Моргана та її модифікації. Однак, такі операції спричиняють високу операційну травму, тривалий період відновлення та зниження якості життя [2, 7]. Останніми роками розроблений та широко застосовується метод хірургічного лікування геморою за методикою лігування гемороїдальних артерій під доплер-контролем (методика THD), а також із додатковим ректоанальним відновленням (HAL-RAR) [4, 6].

Мета досліджень

Порівняння методик лікування хронічного ускладненого геморою II-III ст: класичної операції за Міліганом-Морганом, степлерної мукопексії за Лонго, а також комбінованої методики – доплерної дезартеризації методом HAL-RAR із додатковим видаленням зовнішнього аномального компонента.

Матеріали і методи досліджень

У клініці колопроктології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону м. Одеса за період з 2011 р. по 2021 р було проведено аналіз пацієнтів трьох груп, яким було виконано гемороїдектомію при ускладнених формах геморою (кровотеча, випадіння вузлів, пролапс слизової, анальна тріщина). Усі пацієнти страждали на хронічний ускладнений геморою II або III ст. із одним чи декількома з вищевказаних ускладнень. Обрані випадки поділено на три групи:

- I група (порівняння) – операції за Міліганом-Морганом: 240 пацієнтів, з яких 64 жінки та 176 чоловіків; розподіл за віком від 18 до 75 років.
- II група – степлерні гемороїдопексії за Лонго: 276 пацієнтів, з яких 89 жінок та 115 чоловіків; розподіл за віком від 18 до 72 років.
- III група – комбіновані втручання з використанням бездротового доплеро-оперативного комплексу Wi-3 HAL-RAR та додатковим видаленням надлишку анодерми (з січня 2019 р. по травень 2021р.). Прооперовано 53 хворих, з яких 31 (58%) чоловік та 22 (42%) жінки; розподіл за віком від 28 до 62 років.

Гемороїдектомію за Міліганом-Морганом виконували класично, переважно відкритим або підслизовим методами. Степлерну гемороїдопексію за Лонго також виконували за класичною методикою [2, 8].

Методика проведення комбінованого оперативного втручання із використанням методики HAL-RAR полягала в наступних послідовних етапах: Для підготовки хворого за 4 години до проведення оперативного втру-

чання виконували очисну клізму. Проводили консультації з суміжними спеціалістами за необхідністю. Операцію проводили під спинномозковою або внутрішньовенною анестезією. Для проведення операції використовували зонд Trilogy Probe фірми А. М. І. (Австрія), який заводили в пряму кишку, після чого прибор з зондом повільно обертали за годинниковою стрілкою для пошука гемороїдальних артерій. Після виявлення гемороїдальної артерії здійснювали дезартеризацію за допомогою нитки Polysorb 2,0 (шовний матеріал) з голкою 36 (колюча). Далі блок обертали для виявлення проекції додаткових гемороїдальних артерій, які лігували аналогічним способом. Після зашивання виконувалась мукопексія надлишку слизової прямої кишки. Наружний компонент анодерми, що залишався, було видалено за допомогою скальпеля та ушито вузловим або П-образним швом ниткою Polysorb 2,0.

Результати досліджень та їх обговорення

Згідно отриманих нами даних:

- ліжко-день коливався від 1 до 8 діб, переважно меншим він був у групі III – 1,3 ($\pm 0,4$) ліжко-дні у порівнянні із 3,1 ($\pm 0,8$) у групі II та 4,8 ($\pm 1,7$) у групі III; резорбтивної лихоманки не спостерігалось;
- найбільший больовий синдром за ВАШ (середній – 7 балів) у пацієнтів групи I – порівняно з пацієнтами групи II (середній – 4 бали) та пацієнтами групи III (середній – 2 бали);
- найбільш висока кількість ранніх післяопераційних ускладнень виявилася у пацієнтів, оперованих за Міліганом-Морганом:

(1) Гостра затримка сечі спостерігалась у 43(18%) випадках групи I, в порівнянні із 38 (14%) випадками групи II. Найменша кількість випадків затримки сечі спостерігалась у групі III – 2 (4%) випадки, ($p < 0,05$).

(2) Післяопераційна кровотеча з рани суттєво частіше зустрічалася у групі I – 9 (3,75%) випадків, порівняно із групою II – 6 (2,5%) випадків. У групі III післяопераційної кровотечі не спостерігалось.

Таблиця 1

Результати порівняння

Параметри порівняння	Гемороїдектомія за Milligan-Morgan	Степлерна гемороїдопексія за Лонго	Комбінованим методом (HAL-RAR + видалення зовн.комп.)
Кількість хворих	240	276	53
Середня кількість ліжко-днів	Від 2 до 8 - 4,8($\pm 1,7$)	Від 2 до 5 -3,1 ($\pm 0,8$)	от 1 до 3 -1,3 ($\pm 0,4$)
Больовий синдром за ВАШ (бали: max-10)	7	4	2
Післяопераційна кровотеча з рани	9 (3,75%)	6 (2,5%)	0
Гостра затримка сечі	43 (18%)	38 (14%)	2 (4%)
Резорбтивна лихоманка	43 (18%)	33 (12%)	0

Примітка. * $p < 0,05$



(3) Резорбтивна лихоманка зустрічалася найчастіше у групі I – 43 (18%) випадки порівняно із групою II – 33 (12%) випадки. У групі III резорбтивна лихоманка не зустрічалася ($p < 0,05$).

У всіх пацієнтів із використанням комбінованого втручання HAL-RAR+ висічення наружного компоненту анодерми біль купувався прийомом неспецифічних протизапальних препаратів без застосування наркотичних анагетиків. Ускладнень не спостерігалось. Усі пацієнти відмічали відсутність зниження якості життя у післяопераційному періоді.

Висновки.

1. Хірургічне лікування геморою комбінованим методом HAL-RAR + висічення наружного компоненту є простим та ефективним методом, який у післяопераційному періоді зменшує термін перебування пацієнта у стаціонарі, порівняно нижчий за больовим синдромом та частотою ранніх післяопераційних ускладнень.

2. Технологія HAL-RAR із висіченням наружного компоненту анодерми може бути операцією вибору у хірургічному лікуванні хронічного ускладненого геморою II-III стадії.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Ривкин ВЛ, Капуллер ЛЛ, Дульцев ЮВ. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. М.: Медицина, 1994. 240 с.
2. Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options - Timothy Mott, Kelly Latimer, Chad Edwards. Arnold, S. Doppler ultrasound assisted hemorrhoid artery ligation. Am Fam Physician, 2018. Feb 1;97(3):172-9.
3. Aigner F, Gruber H, Conrad F, Eder J, Wedel T, Zelger B, et al. Переглянута морфологія та гемодинаміка аноректального судинного сплетення: вплив на перебіг гемороїдальної хвороби. Int J. дис. по колопроктології, 2009;24(1):105-13.
4. Transanal hemorrhoidal dearterialization with mucopexy versus open hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a meta-analysis of randomized control trials. Tech Coloproctol. 2016;20(12):825-33. doi: 10.1007/s10151-016-1551-2. Epub 2016 Nov 25.
5. Лохсіріват В. Підхід до геморою. Curr Gastroenterol. Rep.2013;15:332.
6. World J Gastroenterol. 2015 Aug 21; 21(31): 9245-52. Published online 2015 Aug 21. doi: 10.3748/wjg.v21.i31.9245
7. Gloth FM III: Assessment. В Handbook of Pain Relief in Older Adults: An Evidence-Based Approach, под редакцій FM Gloth III. Totowa (NJ), Humana Press, 2003, p.17.
8. Воробьев ГИ, Шельгин ЮА, Благодарный ЛА. Геморрой. М.: «Митра-Пресс», 2002. 192 с.

REFERENCES

1. Rivkin VL, Kapuller LL, Dul'cev YUV. Gemorroj i drugie zabolevaniya zadneprohodnogo kanala. M.: Medicina, 1994. 240 s. [In Rus.]
2. Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options - Timothy Mott, Kelly Latimer, Chad Edwards. Arnold, S. Doppler ultrasound assisted hemorrhoid artery ligation. Am Fam Physician, 2018. Feb 1;97(3):172-9.
3. Aigner F, Gruber H, Conrad F, Eder J, Wedel T, Zelger B, et al. Pereglyanuta morfologiya ta gemodinamika anorektal'nogo sudinnogo spletennya: vpliv na perebig gemoroïdal'noï hvorobi. Int J. dis. po koloproktologii, 2009;24(1):105-13.
4. Transanal hemorrhoidal dearterialization with mucopexy versus open hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a meta-analysis of randomized control trials. Tech Coloproctol. 2016;20(12):825-33. doi: 10.1007/s10151-016-1551-2. Epub 2016 Nov 25.
5. Lohsirivat V. Pidhid do gemoroyu. Curr Gastroenterol. Rep.2013;15:332 [In Ukr.].
6. World J Gastroenterol. 2015 Aug 21; 21(31): 9245-52. Published online 2015 Aug 21. doi: 10.3748/wjg.v21.i31.9245
7. Gloth FM III: Assessment. V Handbook of Pain Relief in Older Adults: An Evidence-Based Approach, pod redakciej FM Gloth III. Totowa (NJ), Humana Press, 2003, p.17.
8. Vorob'ev GI, SHelygin YUA, Blagodarnyj LA. Gemorroj. M.: «Mitra-Press», 2002. 192 s. [In Rus.].

СРАВНИТЕЛЬНАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА
РАЗЛИЧНЫХ
МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО
ОСЛОЖНЕННОГО
ГЕМОРРОЯ

*А. В. Макуха,
М. А. Каишталъян,
В. Ю. Шаповалов,
Р. В. Енин*

Реферат. Введение. В последние годы разработана и широко применяется метод хирургического лечения геморроя по методике лигирования геморроидальных артерий под доплер-контролем (методика THD), а также с дополнительным ректоанальным восстановлением (HAL-RAR).

Цель исследования. Целью нашего исследования стало сравнение методик лечения хронического осложненного геморроя II-III стадий: классической операции по Милиган-Моргану, степлерные мукопексии по Лонго, а также комбинированной методики: доплерной дезартеризации методом HAL-RAR с дополнительным удалением наружного анодермального компонента.

Материалы и методы. В клинике колопроктологии Военно-Медицинского клинического центра Южного региона г. Одесса за период с 2011 г. по 2021г. был проведен анализ пациентов трех групп, которым была выполнено геморроидэктомия при осложненных формах геморроя (кровотечение, выпадение узлов, пролапс слизистой, анальная трещина). Все пациенты страдали хроническим осложненным геморроем II или III ст., с одним или несколькими из вышеуказанных осложнений. Избранные случаи разделены на три группы: I группа (сравнения) – операции по Миллиган-Моргану - 240 пациентов, из которых 64 женщины и 176 мужчин; распределение по возрасту от 18 до 75 лет; II группа – степлерные геморроидопексии по Лонго – 276 пациентов, из которых 89 женщин и 115 мужчин; распределение по возрасту от 18 до 72 лет; комбинированные вмешательства с использованием беспроводного доплер-оперативного комплекса Wi-3 HAL-RAR и дополнительным удалением избытка анодермы (с января 2019 г. по май 2021 г.) Прооперировано 53 больных, из них 31 (58%) мужчина и 22 (42%) женщины. Распределение по возрасту от 28 до 62 лет.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученных нами данных: койко-день колебался от 1 до 8 суток, преимущественно меньшим он был в группе III – 1,3 ($\pm 0,4$) койко-дня по сравнению с 3,1 ($\pm 0,8$) в группе II и 4,8 ($\pm 1,7$) в группе III, резорбтивный лихорадки не наблюдалось; наибольший болевой синдром по ВАШ (средний 7 баллов) отмечен у пациентов группы I по сравнению с пациентами группы II (средний 4 балла) и пациентами группы III (средний 2 балла); наиболее высокое количество ранних послеоперационных осложнений отмечено у пациентов группы, оперированных по Миллиган-Моргану: 1) острая задержка мочи наблюдалась в 43(18%) случаях группы I, по сравнению с 38 (14%) случаями группы II. Наименьшее количество случаев задержки мочи наблюдалась в группе III – 2 (4%) случая ($p < 0,05$); 2) послеоперационное кровотечение из раны существенно чаще встречалось в группе I – 9 (3,75%) случаев по сравнению с группой II – 6 (2,5%) случаев. В группе III послеоперационного кровотечения не наблюдалось; 3) резорбтивная лихорадка встречалась чаще в группе I - 43 (18%) случая по сравнению с группой II – 33 (12%) случая. В группе III резорбтивная лихорадка не отмечалась ($p < 0,05$).

У всех пациентов с использованием комбинированного вмешательства HAL-RAR + иссечение наружного компонента анодермы боль купировалась приемом неспецифических противовоспалительных препаратов без применения наркотических анальгетиков. Осложнений не наблюдалось. Все пациенты отмечали отсутствие снижения качества жизни в послеоперационном периоде.

Выводы. 1. Хирургическое лечение геморроя комбинированным методом HAL-RAR + иссечение наружного компонента



является простым и эффективным методом, который в послеоперационном периоде уменьшает срок пребывания пациента в стационаре, с наиболее низким болевым синдромом и частотой ранних послеоперационных осложнений. 2. Технология HAL-RAR с иссечением наружного компонента анодермы может быть операцией выбора в хирургическом лечении хронического осложненного геморроя II-III стадии.

Ключевые слова: геморрой, хирургическое лечение геморроя, степлерная геморроидопексия, Trilogу HAL-RAR, геморроидальная болезнь, геморроидальное кровотечение.

COMPARATIVE
CHARACTERISTICS OF
DIFFERENT METHODS
OF TREATMENT OF
CHRONIC COMPLICATED
HEMORRHOIDS

A. V. Makukha,
M. A. Kashtalyan,
V. Yu. Shapovalov,
R. V. Enin

Abstract. Introduction. In recent years, a method of surgical treatment of hemorrhoids by the method of ligation of hemorrhoidal arteries under Doppler control (THD technique), as well as with additional rectoanal reconstruction (HAL-RAR) has been developed and widely used.

The aim of the study. The aim of our study was to compare methods of treatment of chronic complicated hemorrhoids stage II-III: classical Milligan-Morgan surgery, staple mucopexy according to Longo, as well as a combined technique: Doppler desarterization by HAL-RAR with additional removal of the external anodermal component.

Materials and methods. In the clinic of coloproctology of Military medical: Clinical Center of the Southern Region of Odessa performed an analysis of three groups of patients for the period from 2011 to 2021, who underwent hemorrhoidectomy for complicated forms of hemorrhoids (bleeding, nodular prolapse, mucosal prolapse, anal fissure). All patients suffered from chronic complications of stage II or III hemorrhoids, with one or more of the above complications. Selected cases are divided into three groups: Group I (control) operations on Milligan-Morgan — 240 patients, including 64 women and 176 men; Distribution by age from 18 to 75 years; Group II staple hemorrhoidopexy for Longo — 276 patients, including 89 women and 115 men. Distribution by age from 18 to 72 years; Combined interventions using the wireless Doppler surgical complex Wi-3 HAL-RAR and additional removal of excess anoderm (from January 2019 to May 2021) operated on 53 patients, including 31 (58%) men and 22 (42%) women. Distribution by age from 28 to 62 years.

Results and discussion. According to our data: bed day ranged from 1 to 8 days, mostly it was lower in group III — 1.3 (± 0.4) bed per day compared to 3.1 (± 0.8) in group II and 4.8 (± 1.7) in group I resorptive fever was not observed; the highest pain syndrome for VASH (average 7 points) in the group of patients of group I — compared with patients from group II (average 4 points) and patients of group III (average 2 points); the highest number of early postoperative complications was found in the group of patients operated on Milligan-Morgan: 1) acute urinary retention was observed in 43 cases (18%) of group I, compared with 38 cases (14%) of group II. The lowest number of cases of urinary retention was observed in group III — 2 cases (4%) ($p < 0.05$). 2) postoperative bleeding from the wound was significantly more common in group I — 9 cases (3.75%), compared with group II — 6 cases (2.5%). No postoperative bleeding was observed in group III. 3) resorptive fever was most common in group I — 43 cases (18%) compared with group II - 33 cases (12%). Resorptive fever did not occur in group III ($p < 0.05$).

In all patients using the combined intervention HAL-RAR + excision of the external component of the anoderm, the pain was acquired by taking nonspecific anti-inflammatory drugs without the



use of narcotic analgesics. No complications were observed. All patients noted no reduction in quality of life in the postoperative period.

Conclusions. 1. Surgical treatment of hemorrhoids by the combined method of HAL-RAR + excision of the external component is a simple and effective method that in the postoperative period reduces the patient's stay in the hospital, relatively lower in pain and the frequency of early postoperative complications. 2. HAL-RAR technology with excision of the outer component of the anoderm can be the operation of choice in the surgical treatment of chronic complicated hemorrhoids stage II-III.

Key words: *Hemorrhoids, surgical treatment of hemorrhoids, Longo hemorrhoidopexy, Trilogy HAL-RAR, hemorrhoid disease, hemorrhoid bleeding.*