

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**РАХМАТОВ БАХТИЁР ХАМЗАЕВИЧ**

**СУРУНКАЛИ БАВОСИЛНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Самарқанд – 2025**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Content of the abstract of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD)**

**Рахматов Бахтиёр Хамзаевич**

Сурункали бавосилни жарроҳлик даволаш усулини

такомиллаштириш ..... 4

**Рахматов Бахтиёр Хамзаевич**

Совершенствование хирургического лечения хронического  
геморроя.....

26

**Rakhmatov Bakhtiyor Khamzaevich**

Improving surgical treatment of  
chronic hemorrhoids.....

50

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published

works..... 54

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**РАХМАТОВ БАХТИЁР ХАМЗАЕВИЧ**

**СУРУНКАЛИ БАВОСИЛНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛИНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Самарқанд – 2025**

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2024.2.PhD/Tib4705 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Самарқанд Давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертациянинг уч тилдаги (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) автореферати Илмий Кенгаш веб саҳифаси ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) ва «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) ахборот-таълим порталида жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:** **Хўжабаев Сафарбой Тухтабаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Расмий оппонентлар:** **Мамараджабов Собиржон Эргашевич**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Ибатуллин Артур Альбертович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:** **В.И.Разумовский номидаги Саратов давлат тиббиёт университети (Россия Федерацияси)**

Диссертация ҳимояси Самарқанд Давлат тиббиёт университети ҳузуридаги илмий даражаларлар берувчи DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 рақамли Илмий Кенгашнинг 2025 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Анкабай кўчаси, 6-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz))

Диссертация билан Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№. \_\_\_\_\_ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд шаҳри, Амир Темур кўчаси, 18-уй. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75;

Диссертация автореферати 2025 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2025 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси)

**Н.Н.Абдуллаева**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**К.В.Шмырина**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD)

**З.Б.Курбаниязов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Сурункали бавосил тўғри ичак касалликлари ичида энг кенг тарқалган касалликларидан бири бўлиб, колопроктолог мутахассисига мурожаат қилишнинг кенг тарқалган тури ҳисобланади. Колопроктологик патологиялар орасида бавосил биринчи ўринда туради ва эркаклар ва аёлларда тенг равишда учрайди. Бавосил ҳар қандай ёшда учрайди, лекин кўпинча улар меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамларга таъсир қилади, бу эса катта иқтисодий харажатларни келтириб чиқаради. Умумий аҳолининг тахминан 50 фоизи бавосилнинг клиник кўринишини бошдан кечирган. Ушбу касаллик вақтинчалик меҳнат фаолиятининг сусайишига олиб келади, шунингдек, ҳаёт сифатини пасайтиради. Тўғри ичак касалликлари таркибида унинг улуши 34% дан 41% гача эканлиги аниқланган. Бавосил билан оғриган беморларни даволаш колопроктологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Асрлар давомида жарроҳлар сурункали бавосилни даволаш муаммоси устида ишламоқда. Бугунги кунга қадар Е. Миллиган ва Г. Морган томонидан 1937 йилда таклиф қилинган геморроидэктомиянинг учта тугуннинг олиб ташлашга қаратилган энг кенг тарқалган операция бўлиб қолмоқда. Жаҳон проктологик амалиётида сурункали бавосилни даволаш учун кўплаб жарроҳлик усуллари мавжуд. Бироқ, уларнинг ҳеч бири операциядан кейинги эрта ва кеч асоратларни ривожланиш хавфидан маҳрум бўлган тўлиқ оптимал деб ҳисобланиши мумкин эмас. Колопроктологларнинг геморроидэктомиянинг янги усулларига қизиқиши ушбу мавзу бўйича нашрлар сони билан тасдиқланади.

Сўнгги йилларда янги технологиялар бавосилни даволашнинг жарроҳлик усуллари сифатини сезиларли даражада яхшилади. Бироқ, жарроҳлик аралашувининг энг мақбул варианты ҳақидаги савол ҳали ҳам ҳал қилинмаган ва турли усулларнинг самарадорлиги ҳақидаги маълумотлар кўпинча ўзаро қарама-қарши бўлиб келмоқда. Шу муносабат билан сурункали бавосилни жарроҳлик йўли билан тузатишнинг янги усуллари ишлаб чиқиш зарурати бу иш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган жарроҳлик ёрдами сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланиши стратегиясида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»<sup>1</sup>. каби вазифалар белгиланган.

---

<sup>1</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022 - 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Фуқаролар саломатлигини таъминлашда доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ҳозирги вақтда сурункали бавосилли беморларни даволаш учун жарроҳлик усулини танлаш масалалари долзарблигича қолмоқда. Бу, асосан, бугунги кунда қўлланиладиган даволаш усулларининг камлиги ва номукамаллиги, шунингдек, операциядан кейинги эрта ва кеч даврларда кўп сонли асоратлар билан боғлиқ.

Янги технологияларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш билан бавосилни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш мумкин бўлди. Шу билан бирга, жарроҳлик аралашувининг энг мақбул варианты муаммоси бугунги кунгача ҳал қилинмаган ва турли усулларнинг самарадорлиги ҳақидаги маълумотлар кўпинча қарама-қарши бўлиб қолмоқда. Шу муносабат билан, ҳар бир алоҳида ҳолатда бавосил билан оғриган беморларда операция усули ва ҳажмини танлаш индивидуал ёндашувга асосланган бўлиши керак. Сурункали бавосилнинг III-IV босқичлари бўлган беморларни радикал даволашнинг ягона ва асосий воситаси жарроҳлик даволаш - ушбу асосий бавосил тугунини олиб ташлашдир. Бугунги кунда геморроидэктомия қилишнинг бир қанча усуллари мавжуд. Бошқа тўғри ичак касалликлари учун жарроҳлик даволаш усулларининг бундай хилма-хиллиги йўқ, бу жарроҳлар томонидан энг мақбул операция усулини доимий равишда излаш, шунингдек, барча камчиликларни бартараф этиш мумкин бўлган универсал усул йўқлигини кўрсатади. Касалликнинг тез-тез такрорланиши, шунингдек, операциядан кейин кузатилган асоратларнинг кўплиги жарроҳлик даволашнинг у ёки бу усулини танлаш учун аниқ кўрсатмаларни аниқлашни талаб қилади.

Сўнгги ўн йилликда янги технологияларнинг ривожланиши билан боғлиқ ҳолда, сурункали бавосилни даволашнинг миниинвазив ва юқори самарали усулларини фаол излаш ва амалга ошириш давом этмоқда. Шунини таъкидлаш керакки, бавосил билан оғриган беморларни даволашда миниинвазив усуллардан фойдаланиш, албатта, ўзининг ижобий томонларига эга: уларни амалга ошириш осон, камроқ молиявий харажатларни талаб қилади, камроқ инвазивдир, беморни касалхонага ётқизишга ҳожат йўқ,

кисқароқ, бемор учун даволаниш ва реабилитация даври, шунингдек, бу усул нисбатан кам сонли асоратларга эга. Кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, миниинвазив даволаш усуллари қўллаш учун бавосил унинг дастлабки босқичида ва касалликнинг клиник кўринишида қон кетиш ҳолатлари устунлик қилганда ҳисобланади. В.С. Грошилина ва унинг ҳамкасблари (2017) нинг сўзларига кўра, ушбу даволаш усулининг салбий сифати сурункали бавосилнинг мураккаб шакллари бўлган беморларда патологиянинг қайта ривожланиши ҳолатларининг кўплиги туфайли камбағал самарадорлик деб ҳисоблаш мумкин.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим ёки илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети наъмунавий дастурнинг «Шикастланишлар, жарроҳлик касалликлари ва ўсмаларнинг олдини олиш, диагностика қилиш ва даволаш бўйича замонавий технологияларни яратиш ва жорий этиш» (Давлат рўйхати №012400287) бўйича режалаштирилган тадқиқот ишлари доирасида амалга оширилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** "LigaSure" замонавий электрожарроҳлик технологияларидан фойдаланган ҳолда сурункали бавосилни жарроҳлик даволашни такомиллаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

операция босқичларида LigaSure электрожарроҳлик бўлимида фойдаланган ҳолда геморроидэктомия техникасини такомиллаштириш.

геморроидэктомиянинг анъанавий усулларида сўнг ва сурункали бавосил учун биполяр электрокоагуляциядан фойдаланган ҳолда тавсия этилган усулдан сўнг жароҳатларнинг курси ва тузатиш хусусиятларини ўрганиш.

клиник, микробиологик ва функционал тадқиқот усуллари бўйича асоратларнинг частотаси ва оғриқнинг интенсивлиги мезонлари бўйича операциядан кейинги яқин даврнинг боришини ўрганиш.

геморроидэктомия натижалари асосида такомиллаштирилган жарроҳлик усуллари самарадорлигини клиник жиҳатдан асослаш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2018-2023-йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси проктология бўлимига ётқизилган сурункали ички ва комбинацияланган бавосил билан оғриган 224 нафар бемор олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** операция усулини танлаш учун тавсия этилган мезонлардан келиб чиққан ҳолда геморроидэктомия усулини танлашга дифференциал ёндашувдан фойдаланган ҳолда ички ва комбинацияланган бавосилли беморларни комплекс текшириш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқот жараёнида умумий клиник, инструментал тадқиқотлар, шунингдек тиббий-биологик статистика усуллари қўлланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгиллиги** қуйидагилардан иборат:

операция босқичларида "LigaSure" биполяр электрохирургияси ёрдамида сурункали бавосил учун геморроидэктомия усуллари такомиллаштирилган;

қон томирларини электрокоагуляция қилиш учун геморроидэктомия операцияси босқичларида "LigaSure" дан фойдаланиш патогенетик жиҳатдан оқланган ва жароҳатни қисқа муддатда даволаш ҳамда реабилитация вақтини қисқартириш имконини берган;

LigaSure ускунаси ёрдамида геморроидэктомия операциясидан кейинги даврда оғриқнинг интенсивлиги, перианал ҳудуддаги тўқималарнинг шишиши ва операциядан кейинги қон кетишининг анъанавий операциялар усулларига нисбатан самарадорлиги исботланган;

геморроидэктомиянинг тавсия этилган такомиллаштирилган усулларида самарадорлиги даволашнинг бевосита ва узоқ муддатли натижаларини яхшилаш орқали клиник жиҳатдан асосланган.

#### **Тадқиқотнинг амалий натижалари:**

операциядан кейинги иккиламчи қон кетишининг олдини олиш учун LigaSure аппарати ёрдамида геморроидэктомия усули такомиллаштирилди ва операциядан кейинги асоратларни камайтирадиган сурункали бавосилларни ички локализацияда шиллиқ ости геморроидэктомия усули асосланди;

LigaSure қурилмаси ёрдамида геморроидэктомия тўқималарнинг тезроқ тикланиши билан бирга келади, бунинг натижасида реабилитация даври камаяди;

Сурункали бавосилни ушбу биполяр электрокоагуляция аппарати ёрдамида жарроҳлик амалиёти билан даволаш ҳар томонлама (операция давомийлиги, операциядан кейинги оғриқ синдроми, беморнинг касалхонада бўлиш вақти, асоратларнинг частотаси, вақтинча ногиронлик ва касалликнинг қайталаниши) Миллиган-Морган усули НИИ проктология II модификациясига нисбатан устунроқ ҳисобланади;

LigaSure қурилмаси ёрдамида геморроидэктомиянинг ишлаб чиқилган ва такомиллаштирилган миниинвазив усулларида фойдаланиш II-IV босқичдаги сурункали бавосилни тезда ва узоқ муддатли даволашнинг яхши натижаларини олиш имконини берди.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** илмий-тадқиқот ишида фойдаланилган замонавий, бир бирини тўлдирувчи ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, қўлланилган усулларнинг халқаро ҳамда маҳаллий муаллифлар маълумотлари билан таққосланганлиги, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлаганлиги билан асосланган.

#### **Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулоса ва таклифлар ўзига хос назарий аҳамиятга эга бўлиб, улар сурункали бавосил билан оғриган беморларни диагностика қилиш ва жарроҳлик йўли билан даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшади. Қон томирларини электрокоагуляция қилиш учун LigaSure қурилмасидан

фойдаланган ҳолда сурункали бавосилни жарроҳлик йўли билан даволашнинг ишлаб чиқилган ва такомиллаштирилган усуллари самарали, патогенетик жиҳатдан асосланган ва радикалдир. Ўрганилган параметрларга асосланиб, тавсия этилган геморроидэктомия усули анъанавийга қараганда самаралироқ эканлиги исботланган.

Сурункали бавосилни жарроҳлик даволаш учун ишлаб чиқилган ва тавсия этилган миниинвазив усулларни клиник амалиётда қўллаш жарроҳлик аралашув вақтини қисқартиради, операциядан кейинги оғриқ синдромларини сезиларли даражада камайтиради ва шунга мос равишда беморларнинг оғриқ қолдирувчи воситалардан фойдаланишга бўлган эҳтиёжини камайтиради, операциядан кейинги асоратларни камайтиради, вақтни қисқартиради. Вазирликнинг Давлат колопроктология илмий-тадқиқот марказининг иккинчи модификациясида Миллиган-Морган усулидан фойдаланган ҳолда анъанавий операция билан солиштирганда беморларнинг касалхонада бўлиши ва беморларнинг ногиронлиги туфайли вақт йўқотилиши, шунингдек касалликнинг қайталаниши сонини камайтиради.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Сурункали бавосилни жарроҳлик даволаш усулини такомиллаштириш бўйича олиб борилган илмий-тадқиқот натижалари асосида (Ўзбекистон Республикаси ССВ ҳузуридаги Илмий техник кенгашининг 16.11.2024 й. 09/34-сон хулосаси):

биринчи илмий янгилик: операция босқичларида «LigaSure» биполяр электрохирургияси ёрдамида сурункали бавосил учун геморроидэктомия усуллари такомиллаштирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 17.10.2024 й. 3821-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 17.10.2024 й. 377-У-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: операциядан кейинги иккиламчи қон кетишининг олдини олиш учун LigaSure аппарати ёрдамида геморроидэктомия усули такомиллаштирилди ва операциядан кейинги асоратларни камайтирадиган сурункали бавосилларни ички локализацияда шиллиқ ости геморроидэктомия усули асосланди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: беморларнинг стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 5 кун учун 2 576 480 сўм (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра). Беморларнинг барча лаборатор-инструментал текширишларига жами 855 300 сўм сарфланади. «LigaSure» биполяр электрохирургияси ёрдамида операция қилинганда стационар даволаниш 2 кунга қисқариб, иқтисодий кўрсаткич 1 110 500 сўмни ташкил этади (бир нафар бемор учун). Хулоса: Сурункали бавосилни даволашда операция босқичларида «LigaSure» қурилмасини қўллаш орқали амалга оширилган янги усуллар юқори самарадорликка, патогенетик жиҳатдан асосланган ва радикал усуллар бўлиб, улар операциянинг яқин ва узоқ муддатли натижаларини яхшилашга имкон беради.

иккинчи илмий янгилик: қон томирларини электрокоагуляция қилиш учун геморроидэктомия операцияси босқичларида «LigaSure» дан

фойдаланиш патогенетик жиҳатдан оқланган ва жароҳатни қисқа муддатда даволаш ҳамда реабилитация вақтини қисқартириш имконини берган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 17.10.2024 й. 3821-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 17.10.2024 й. 377-U-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: LigaSure қурилмаси ёрдамида геморроидэктомия тўқималарнинг тезроқ тикланиши билан бирга келади, бунинг натижасида реабилитация даври камаяди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: умумий ўртача 1 280 600 сўм сарфланади (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра). Беморларга юқоридаги тавсия қилинган «LigaSure» дан фойдаланиш натижасида ижобий натижалар 2 баробар кўп ҳолатда кузатилганлигини ҳисобга олсак, йиллик иқтисодий кўрсаткич 3 821 500 сўмни ташкил этади. Хулоса: Сурункали бавосилни даволашда «LigaSure» биполяр электрокоагуляциясини қўллаш анъанавий геморроидэктомияга қараганда яранинг тезроқ тикланишини таъминлайди, шунинг учун реабилитация даври қисқаради.

учинчи илмий янгилик: «LigaSure» ускунаси ёрдамида геморроидэктомия операциясидан кейинги даврда оғриқнинг интенсивлиги, перианал ҳудуддаги тўқималарнинг шишиши ва операциядан кейинги қон кетишининг анъанавий операциялар усулларига нисбатан самарадорлиги исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 17.10.2024 й. 3821-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 17.10.2024 й. 377-U-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: Сурункали бавосилни ушбу биполяр электрокоагуляция аппарати ёрдамида жарроҳлик амалиёти билан даволаш ҳар томонлама (операция давомийлиги, операциядан кейинги оғриқ синдроми, беморнинг касалхонада бўлиш вақти, асоратларнинг частотаси, вақтинча ногиронлик ва касалликнинг қайталаниши) Миллиган-Морган усули НИИ проктология II модификациясига нисбатан устунроқ ҳисобланади. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: «LigaSure» ускунаси ёрдамида геморроидэктомия операциясидан кейинги даврда оғриқнинг интенсивлигининг камайганлиги билан одатда умумий ўртача 1 180 400 сўм сарфланади (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра). Хулоса: «LigaSure» аппарати ёрдамида амалга оширилган геморроидэктомия Миллиган-Морган усулига қараганда самаралироқ бўлиб, у яқиндаги (26,4% дан 10,6% га) ва узок муддатли (12,2% дан 2,7% га) операциядан кийиноқ муаммоларнинг камайишини таъминлайди, шунингдек, анъанавий геморроидэктомия билан солиштирганда баъзи даражада тизимли шикастланишлар, сигап сифатидаги оғриқлар ва антикогулянтлардан фойдаланишнинг камайишига ёрдам беради.

тўртинчи илмий янгилик: геморроидэктомиянинг тавсия этилган такомиллаштирилган усулларининг самарадорлиги даволашнинг бевосита ва

узоқ муддатли натижаларини яхшилаш орқали клиник жиҳатдан асосланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси 17.10.2024 й. 3821-7-107-ТВ/2024-сон буйруғи ва Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази 17.10.2024 й. 377-U-сон буйруқлари билан амалий фаолиятига жорий қилинган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: LigaSure қурилмаси ёрдамида геморроидэктомиянинг ишлаб чиқилган ва такомиллаштирилган миниинвазив усулларида фойдаланиш II-IV босқичдаги сурункали бавосилни тезда ва узоқ муддатли даволашнинг яхши натижаларини олиш имконини берди. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: беморларни стационар шароитда даволаш одатда умумий ўртача 6 893 350 сўм (СамДТУ кўп тармоқли клиникаси прејскурантига кўра) сарфланади. Йиллик иқтисодий кўрсаткич эса ўз навбатида 20% гача бюджет маблағларини тежашга олиб келади. Хулоса: «LigaSure» аппарати билан ишлаб чиқилган ва такомиллаштирилган геморроидэктомия усуллари билан сурункали бавосилни операция қилиш натижаларидан 94,1% дан 94,6% гача яхши, 5,4% дан 5,9% гача эса қониқарсиз натижалар олинди. Бунга нисбатан назорат гуруҳида яхши натижалар 84,4%, қониқарсиз 8,9%, ноланиш натижалар эса 6,7% ташкил этди.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Ушбу тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 2 та халқаро ва 2 та республика миқёсидаги илмий-амалий анжуманларда муҳокама қилинган

**Тадқиқот натижаларини нашр этилганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан 4 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, беш боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 119 бетдан иборат.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш қисмида** ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва талабгорлигига, тадқиқот мақсади ва вазифалари асосланган бўлиб, ўрганилаётган объект ва мавзу тавсифланган, тадқиқотнинг янгиликлари ва амалий натижалари Ўзбекистон Республикаси фан ва технологияларини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги келтирилган, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, тадқиқотнинг амалиётга жорий қилинган натижалари илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, чоп этилган ишлар ва диссертация таркиби тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида «**Сурункали бавосилни замонавий даволаш усуллари**» миниинвазив технологиялар билан сурункали бавосилни даволаш учун турли хил вариантлардан фойдаланиш самарадорлиги ҳақида баҳсли маълумотлар келтирилган. Юқоридаги

жарроҳлик даволаш усуллари билан операциядан кейинги даврда асоратларни ривожланиши сурункали бавосилли беморларни даволаш усуллари оптималлаштириш ва ушбу тадқиқотни ўтказиш учун асос бўлиб хизмат қилди.

Диссертациянинг иккинчи бобида «**Клиник материал ва тадқиқот усуллари хусусиятлари**». Ушбу тадқиқот 2018 ва 2023 йиллар оралиғида даволанган ички ва комбинацияланган сурункали бавосил ташхиси билан 224 нафар беморни қамраб олган.

Барча беморлар ( $n = 224$ ) икки гуруҳга бўлинган. Биринчи, асосий (истикболли) гуруҳга 122 бемор кирди. Сурункали бавосилни коррекция қилиш учун биполяр электрожарроҳлик аппарат томонидан бошқариладиган LigaSure аппарати ёрдамида миниинвазив усулда амалга оширилди. Иккинчи, назорат (ретроспектив) гуруҳ бир хил ташхисга эга бўлган 102 бемордан иборат бўлиб, операция Россия Федерациясининг ССВ томонидан тавсия этилган Миллиган-Морган усули НИИ проктолония II модификациясида бажаралиган.

СБ (сурункали бавосил) билан оғриган беморларни жинси бўйича тақсимлашда барча тадқиқот гуруҳларида эркаклар устунлиги аниқланди. Биринчи асосий гуруҳда 63,3%, иккинчи назорат гуруҳида - 68,0%. Бу ҳолат бизнинг мамлакатимизда ёмон одатлар эркаклар орасида кенг тарқалганлиги билан изоҳланади, улар ҳам фаол ҳаёт тарзини олиб борадилар; амалга ошириш да бу Кўпроқ жисмоний юклар Ёш беморлар 26 ёшдан 78 ёшгача бўлган, лекин кўпинча 31 ёшдан 40 ёшгача (38,2% ҳолларда) қайд этилган.

ЖССТ ёш таснифига кўра (2012) беморларни ёшга қараб тақсимлашда, СБ билан оғриган беморларнинг энг кўп сони ёш, меҳнатга лаёқатли ёшда ( $n=58,2\%$ ) тўғри келиши аниқланди.

Беморларни касалликнинг давомийлиги ҳақида сўроқ қилиш ва анамнезни диққат билан тўплашда патологиянинг давомийлиги ҳар хил ва 1 йилдан 15 йилгача бўлганлиги аниқланди. Аниқланишича, бир ёшга тўлгунга қадар КГ 14 (6,4%) болаларда учрайди. касал, учун 3 йиллар - да 24 (10,9%), учун 5 йиллар - да 34 (15,4%) беморлар. 10 йилгача бўлган касалликнинг узоқ давом этиши 106 (46,4%), 10 йилдан ортиқ - 46 (20,9%) қайд этилган. беморлар. СБ курсининг давомийлиги ушбу қисм билан изоҳланди улардан бир неча марта шифокор томонидан касалликнинг кучайиши даврида, жарроҳлик даволашга рози бўлмасдан, мустақил ёки консерватив тарзда даволанган. Бошқа қисми эса ўз-ўзини даволаш билан шуғулланиб, ўз муаммосидан тортинчоқлик туфайли шифокорларга бормай, касалликни 3-4 босқичга олиб келди. Кечиктирилган 132 нафар (5 ёшдан 15 ёшгача) беморларнинг 98 нафари эркак эди.

Сурункали бавосилнинг ривожланиш сабабларини ўрганиш учун анамнезига алоҳида эътибор берилди. Анамнезни йиғишда қариндошларда бавосил мавжудлигига, меҳнат фаолияти ва хусусиятларига алоҳида эътибор берилди. яшаш шароитлари. Шу билан бирга, биз бавосил ривожланишининг асосий сабабларини аниқлай олдик. Маълум бўлишича, 32 (14,5%) беморда бавосил ривожланишининг сабаблари ич қотиши шаклида ичак

дисфункцияси, 38 (17,3%) беморда ёмон одатлар, шундай спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш кабилар. Оғир жисмоний фаолият, бевосита қўнғироқ қилиш ривожланиш бавосил, эди белгиланган да 37 (16,4%) киши, 43 (19,1%) беморнинг яқин қариндошлари бавосил билан оғриган, беморлар носоғлом турмуш тарзини олиб боришган (ўткир, аччиқ ва шўр овқатлар истеъмол қилиш, шунингдек, ҳаракатиз турмуш тарзи). Беморларнинг катта қисми - 73 (32,7%) бавосил ривожланиши ва ривожланишига сабаб бўлган бир нечта омилларнинг комбинациясига эга эди.

Клиникага ётқизилган беморлар даврий ёки доимий шикоятлари бўлиб, бавосил тугунларининг пролапси (шиллик қават билан бирга тушиши), қон кетиши, оғриқ ёки қизиш ва перианал қичишиш (сезиларли ноқулайлик) бўлган.

Сўров пайтида бўлган беморлар СБ билан уларнинг касаллиги бавосил тугунларининг пролапси бўлиб, у барча (100%) беморларда аниқланган. Шикоятлар орасида қон кетиши иккинчи ўринда бўлиб, у беморларнинг асосий гуруҳида 104 (86,6%) кишида, иккинчи назорат гуруҳида эса 88 (86,0%) беморда кузатилган. Тўғри ичак атрофида оғриқли ҳислар мавжудлиги биринчи асосий гуруҳда 90 (73,3%), иккинчи назорат гуруҳида эса 83 (82,0%) бемор томонидан қайд этилган. Қизиш ва перианал қичишиш асосий гуруҳда 78 (65,0%) ва назорат гуруҳида 75 (78,0%) беморларда кузатилган. Шунини таъкидлаш керакки, худди шу бемор бирдан бир нечтагача симптомлари мавжуд бўлган.

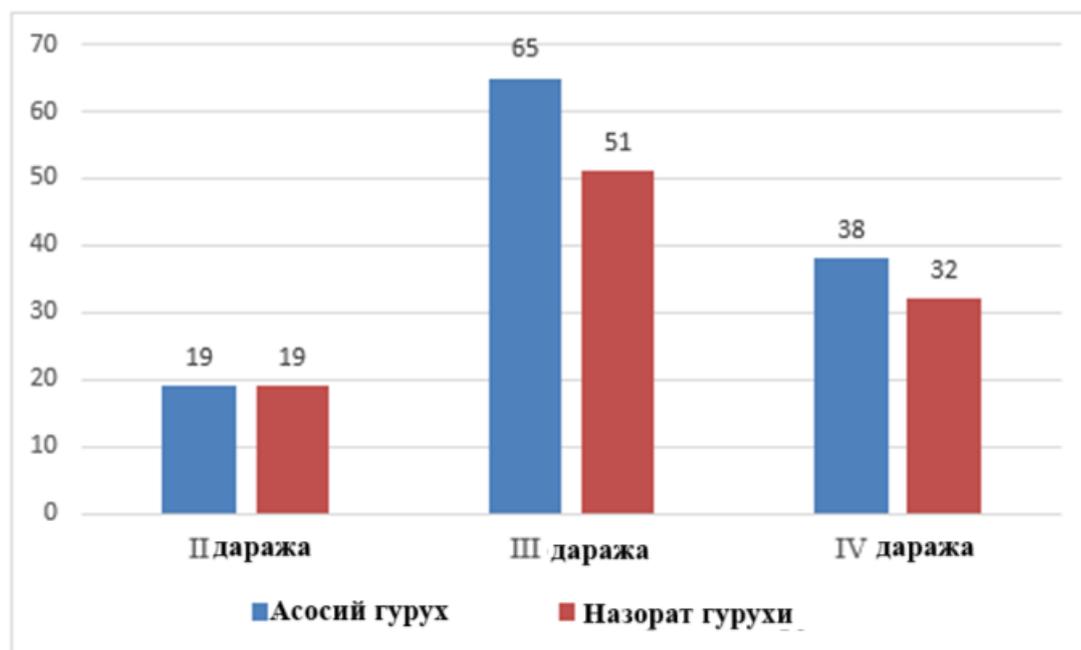
Касалхонага ётқизилган беморларда 56 (23,6%) ҳолатда ички геморрой бор бўлиб, улардан 36 (15,4%) асосий гуруҳда ва 20 (8,2%) назорат гуруҳида, комбинацияланган геморрой - 168 (76,4%) кузатувида (86 -). асосий ва 82 - назорат гуруҳлари) (1-расм).



## Расм 1. – Бавосил тугунларининг локализациясига қараб СБ билан беморларнинг тақсимланиши

СБ учун керакли даволаш усуллари танлаш учун бавосилнинг босқичлари катта аҳамиятга эга эди. Бундай ҳолда, биз Г.И. Воробёва ва бошқалар. (2010) томонидан таклиф қилинган СБ таснифига риоя қилдик.

Бизнинг тадқиқотимизда сурункали бавосилнинг биринчи босқичи бўлган беморлар йўқ эди. Беморларни бавосил босқичлари бўйича тақсимланганда, барча гуруҳларда кўпчилик сурункали бавосилнинг III босқичига эга эканлиги аниқланди: асосий гуруҳда - беморларнинг 53,3 фоизда (n=65), иккинчи назорат гуруҳида - 50% (n=51) беморлар (жами 116 бемор). Сурункали бавосилнинг IV босқичи 70 та (31,8%), шу жумладан асосий гуруҳда 38 (31,7%) ва назорат гуруҳида 32 (32,0%) ҳолатда аниқланган. Тадқиқот гуруҳларида сурункали бавосилнинг иккинчи босқичи бўлган беморлар энг кам сонда - ҳар бир гуруҳда мос равишда 19 (15,0%) ва 19 (18,0%) топилди. Бу, ўз навбатида, бавосил билан оғриган беморларнинг кўпчилигига боғлиқ. айниқса б и л а н биринчи ва иккинчи босқичлари касалликлар, касалликнинг асоратлари ёки илғор босқичлари ривожланмагунча, уйда мустақил равишда, консерватив тарзда даволанади (2-расм).



## Расм 2. – Сурункали бавосил билан оғриган беморларнинг касалликнинг босқичлари бўйича тақсимланиши

Операциядан олдинги ва кейинги даврда беморларга умумий терапия буюрилган (кунига 6 таблеткадан "Детралекс" препарати) ва маҳаллий (Релиф-Адванс шамчалари кунига 2 марта) антиоксидант терапия.

Диссертациянинг учинчи боби «**Жарроҳлик усуллари сурункали бавосилни даволаш**». Барча беморлар турли хил табиат ва ҳажмдаги операцияларни ўтказдилар. Асосий гуруҳдаги беморлар учун (n=122),

назорат гуруҳидаги беморлар учун (n=102) LigaSure аппарати ёрдамида геморроидэктомия, Миллиган-Морган усули НИИ проктология II модификациясида бажарилган. Биринчи операциянинг асосий фарқи шундаки, LigaSure қурилмаси ёрдамида бавосилни олиб ташлашдан олдин қон томир оёқчалари тикилган ва боғланган. Геморроидэктомиядан кейинги тез-тез учрайдиган асоратлардан бири бу қон кетишдир. Асосий гуруҳдаги 122 нафар бемордан 86 нафари (71,7%)да беморда "LigaSure" аппарати ёрдамида геморроидэктомия, 36 (28,3%) беморларда эса - "LigaSure" аппарати ёрдамида шиллик ости геморроидэктомия, сўнгра тўғри ичак шиллик қаватини тиклаш операцияси ўтказилди.

### 1-жадвал

#### Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда геморроидэктомия тури (n-224)

Ишлаб чиқаришнинг табиати ва хажми операциялар	Ички бавосил (n=56)	Комбинацияланган бавосил (n=168)	Жами (n=224)
<b>Асосий гуруҳ (n=122)</b>			
Геморроидэктомиянинг такомиллаштирилган усули билан "ЛигаСур э" қурилмасидан фойдаланиш	-	86	86
Шиллик ости геморроидэктомия ёрдамида аппарат " LigaSure "	36	-	36
<b>Назорат гуруҳ (n=102)</b>			
Миллиган-Морган усули ёрдамида геморроидэктомия	20	82	102

Назорат гуруҳидаги (n=102) геморроидэктомия беморларига Миллиган-Морган геморроидэктомияси ўтказилди.

Маълумки, LigaSure қурилмаси ёрдамида геморроидэктомиядан кейинги асосий асоратлардан бири операциядан кейинги иккиламчи қон кетишдир. Адабиётга кўра, операциядан кейинги иккиламчи қон кетиш кейин геморроидэктомия, яқунланди билан ёрдами билан аппарат "LigaSure" 1,85% гача учрайди. Операциядан кейинги иккиламчи қон кетишининг ривожланишининг олдини олиш учун асосий гуруҳ беморлари билан комбинацияланган бавосил (n=86) олдин геморроидэктомия "LigaSure" аппарати ёрдамида бавосил тугунлари боғланган.

LigaSure аппарати ёрдамида геморроидэктомия пайтида беморларнинг ҳолати анъанавий геморроидэктомия учун тасвирланганидан фарқ қилмайди, яъни бемор орқа томонида ётади, оёқларини танага олиб келади. Жарроҳлик майдони уч марта антисептик воситалар билан даволанади ва стерил чойшаб билан қопланади. Анал сфинктернинг дивульсияси 3-9, 4-10 ва 2-8 да соат цифрблати ёрдамида амалга оширилади.

Кейинги этапда 4 дона Алис қисқичлари ёрдамида соат цифрблати билан 3, 6, 9 ва 12 да сфинктер кенгайтирилади. Натижада, тўғри ичакдан ички бавосил тугуни ўзи чиқиб келади. Ташқи бавосил аниқланганда, улар юқоридан Алис қисқичи билан ушланиб, ташқарига тортилади. Люер қисқичи ёрдамида соат цифрблати билан 3 даги тугунни тортиб, ички тугуннинг юқори қисмини, тугуннинг оёқчаси очилади. Ташқи томондан ичкарига радиал йўналишда LigaSure қурилмасининг шохлари тугуннинг таранг асосига қўлланилади, шунда уларнинг учлари тугуннинг оёқларини маҳкамлайди. Яна бир бор, қурилманинг қисқичи билан тўғри киритилганлигини текширилиб, сфинктер толаларини ёпиш ва шикастланиш хавфи бўлиши инобатга олинди. Геморроидэктомиядан олдин LigaSure аппарати бавосилнинг томир оёқчаларини тикиш ва боғлашни амалга оширади. Шу мақсадда LigaSure қисқичининг учларидан 5-7 мм масофада силжитиб, атравматик игна ёрдамида тегишли геморроидал тугунни таъминловчи томирлар тўпламига сўрилиши мумкин бўлган узилган тикув (Викрил 2-0) қўлланилади. Ён томондан ушбу томирнинг ён томонларига тикув материаллари билан яримойсимон игна орқали кирилади. Шиллик остига игна ўтказилади ва томирнинг қарама-қарши томонида ўтадиган артерия остидан чиқилади. Бойлам ҳосил бўлгандан сўнг иккала тарафдан уч маротаба бойланади. Бойлам қўллаганингиздан сўнг, иплар кесилади. Кейинчалик, тугуннинг асосини электрокоагуляция қилиш 2 ёки 3 светодиоид интенсивлигида амалга оширилади, жараён ўртача 5 сония давом этади. Шунини эсда тутиш керакки, ишчи қисмнинг эгилиш томони ануснинг деворига йўналтирилиши керак.

Қурилма ёрдамида геморроидал тугун оёқчасининг электрокоагуляцияси икки марта амалга оширилади, қурилма учлари ўрнини ўзгартиради. Электрод чиқарилади ва ички бавосил тугунининг куйдирилган майдоннинг марказида чиқарилади. Худди шундай, ички бавосиллар кесилади ва теришда соат цифрблати билан 7 ва 11 да чиқарилади.

Биз ташқи бавосилни Алис қисқичи билан ушлаймиз. Тугуннинг четлари бўйлаб тери скаल्पел билан кесилади. Катта эҳтиёткорлик билан, толаларга тегмасдан ташқи сфинктер, кейин тортишишлар унинг устида қурилманинг қисқичлари тагликка қўлланилади ва электрокоагуляция амалга оширилади. Шу тарзда, ташқи бавосил олиб ташланади. Кесилган тери бир ёки иккита кесилган кеткут чоклари билан тикланади. Соат цифрблати билан 7, 11 даги ташқи тугунлар ҳам шу усулда олинади. Операция якунида жароҳат антисептик эритма билан ишлов берилиб, полихлорвинил газ чиқарувчи найча, Левомиколь малҳамли турунда қўйилади ва Т-симон боғлама билан фиксация қилинади (1,2,3-расм).



**Расм. 1. Люер қисқичи ички тугунни операция олиб чиқилиши**



**Расм. 2. LigaSure қисқичи билан ички тугуннинг асосига фиксацияланиши**



**Расм. 3. LigaSure қисқичи ортидан 0,5-0,7 мм орқасидан тикилиши**

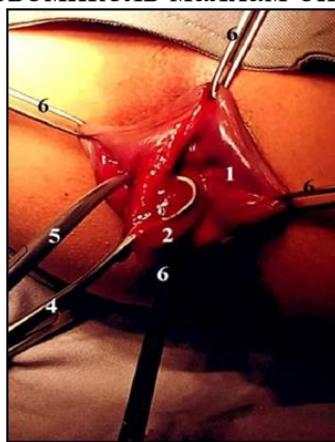
Маълумки, 1956 йилда инглиз жарроҳи А. Parks геморроидэктомия усулини таклиф қилган бўлиб, бу усул ҳали ҳам кўплаб жарроҳлар томонидан қўлланилади. Жарроҳлик техникаси қуйидагича: шиллиқ қаватдаги кесмадан сўнг, геморроидалал тугун атрофдаги тўқималардан томир шиллиқ остига қадар ажратилади ва у ички сфинктердан ҳам ажратилади. Геморроидал тугунни олиб ташлагач, унинг шиллиқ ости ва анус каналининг шиллиқ қавати кеткут ип билан баланд қилиб тикилади, шиллиқ қават остида тугуни қолдирилади. Parks га кўра геморроидэктомиянинг асосий камчиликлари уни амалга оширишда этарлича мураккаблик, узоқ ва машаққатли иш ҳисобланади, чунки бавосил изоляция қилинганда шиллиқ ости қатламдан диффуз тўқималардан қон кетиши кузатилади.

Биз ушбу техникани такомиллаштирдик ва уни ичкарида амалга оширдик. (шиллиқ қават остида) маҳаллийлаштириш геморроидалал тугунлар да касал асосий гуруҳ (n=36). Беморнинг позицияси билан бир хил геморроидектомиянинг классик усулида - танага олиб келинган оёқлари билан орқа томонда. Жарроҳлик майдони уч марта антисептик воситалар билан даволанади ва стерил чойшаб билан қопланади. Анал сфинктернинг бўлиниши теришда 3-9, 4-10 ва 2-8 да соат цифрблати ёрдамида амалга оширилади. Кейин анал сфинктер 4 та Алис қисқичлари ёрдамида соат 3, 6, 9 ва 12 позицияларида чўзилади. Натижада, тўғри ичакдан ички бавосил пайдо бўлади. Люер қисқичи ёрдамида анъанавий сиферблатда ички тугуннинг юқори қисмини соат 3 да тортганда, тугуннинг оёғи очилади. Шиллиқ парда тугуннинг четлари бўйлаб скальпель ёки қайчи билан иккита ёйсимон кесма

билан кесилади. Геморроидалал тугун кўшни тўқималардан, шунингдек, ички сфинктердан томир шиллик остигача ажратилади (ташқи бавосил учун зарарни камайтириш учун улар скальпель билан кесилади. тери). Ёниқ оёқ геморроидалал тугун кўйилади қисқичлар қурилма "LigaSure" ва саутеризатион бошланади. Қурилма автоматик равишда иш тугаши ҳақида сигнал беради ва жараён тугайди. Ушбу қурилманинг шохлари олиб ташланади ва кейин анал каналнинг шиллик қавати бир нечта кеткут тикувлари билан тикланади. Қолдикдаги 7 ва 11 да қолган тугунлар худди шундай тарзда чиқарилади (4,5,6-расм). Операция охирида жароҳат ишлов берилиб, полихлорвинин газ чиқарув найчаси қўйилади. Бундан кейинги этапда жароҳат усидан Левомиколь малхам билан Т симон боғлама қўйилади.



**Расм. 4.** Люер қисқичи ёрдамида ички тугунни операцион олиб чиқилиши



**Расм. 5.** Скальпель еки кайчи билан ости шиллик қаватни ажратиш жараёни



**Расм. 6.** LigaSure қисқичи ёрдами билан геморроиал тугун ости шиллик қаватни фиксация қилиш жараёни

Барча олиб ташланган макропрепаратлар кейинги гистологик текшириш учун лабораторияга юборилди.

Тўртинчи боб «Сурункали бавосилни хирургик даволашнинг натижалари». Ҳар қандай патологияни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларининг асосий кўрсаткичлари операциядан кейинги эрта ёки кечки даврларда асоратларнинг табиати ва частотаси ҳисобланади. Операциянинг натижаси катта боғлиқ миқдорлар омилар: усули операциялар, операциядан кейинги ғамхўрлик касаллар учун, танаси ўзи касал (қаршилиқ, сезувчанлик), бирга келадиган патологиянинг мавжудлиги ва бошқалар.

Қуйидаги мезонлардан фойдаланган ҳолда беморларда операцион жараён ўтказилган:

1. Операция давомийлиги;
2. оғриқ синдромининг интенсивлиги ва беморнинг оғриқ қолдирувчи воситаларга бўлган эҳтиёжи;
3. яқин ва узоқ операциядан кейинги асоратларнинг частотаси;

4. жароҳатнинг битиш хусусияти;
5. стационар даволаниш муддати;
6. меҳнат фаолиятининг тикланиш муддати;
7. асоратлар частотаси;
8. функционал натижалар даволаш нархи.

Таққосланган гуруҳларда биринчи мезон операция давомийлиги бўлди. LigaSure аппарати ёрдамида геморроидэктомиянинг такомиллаштирилган усули қўлланилган асосий гуруҳда операция давомийлиги ўртача  $25 \pm 4,1$  дақиқани ташкил этди. LigaSure қурилмаси ёрдамида бажариладиган геморроидэктомиянинг ўзи ўртача  $18 \pm 3$  дақиқани ташкил қилади.

Ушбу ҳолатда, операция столида ўтказиладиган вақт бавосилнинг томир оёқчаларини тикиш ва боғлаш туфайли кўпаяди. Шиллик қаватни кейинчалик тиклаш билан шиллик ости геморроидэктомия қилинган асосий гуруҳда операция давомийлиги  $35 \pm 2,4$  дақиқани ташкил этди. Бу эрда вақтнинг катта қисми геморроидалал тугунларни новдагача ажратиш ва изоляция қилишга, кейинчалик геморроидэктомиядан кейин шиллик қаватни тиклашга сарфланади. Ушбу операция жуда машаққатли, шунинг учун операция давомида гемостаз нуқта котеризацияси билан амалга оширилади. Иккинчи (назорат) гуруҳида операция давомийлиги  $45 \pm 2,2$  дақиқа.

Миллиган-Морган усули НИИ проктология II модификациясидаги геморроидэктомия билан бавосилнинг қон томир шиллик остини тикиш, операция вақтида гемостазни амалга ошириш ва шиллик қават яраларининг четларини тикиш учун вақт сарфланади.

Геморроидэктомиядан кейин юзага келадиган ва беморда сезиларли ноқулайлик туғдирадиган оғриқ синдромининг интенсивлигига катта аҳамият берилди. Маълумки, бавосилни олиб ташлашдан кейин оғриқ кўплаб омиллар таъсирида пайдо бўлади ва жарроҳлик техникасига, индивидуал оғриқ сезувчанлигига, беҳушлик техникасига ва операциядан кейинги оғриқни йўқотишга бевосита боғлиқ бўлиши мумкин.

Оғриқ синдроми операциядан сўнг дарҳол 1, 2, 3-кунларда ва биринчи ичак ҳаракатидан кейин 10 балллик рақамли баҳолаш шкаласи (Numerical Rating Scale, NRS) ёрдамида баҳоланди, бунда "0" ҳеч қандай оғриқнинг йўқлиги ва "10" "" - ўткир чидаб бўлмас оғриқ деб ҳисобланди.

Шундай қилиб, беморларда энг кучли оғриқлар операциядан кейинги биринчи кунларда ва биринчи дефекация ҳаракатидан кейин қайд этилган. Биринчи кунда асосий гуруҳдаги беморларда оғриқ синдромининг интенсивлиги яхшиланади йўл геморроидэктомия билан ёрдами билан "LigaSure" қурилмаси НРС шкаласи бўйича ўртача  $4,7 \pm 0,5$  баллни ташкил этди ва амалга оширилгандан сўнг. шиллик ости геморроидэктомия Билан кейинги шиллик қаватнинг тикланиши, оғриқ синдромининг интенсивлиги  $5,1 \pm 0,5$  балл. Назорат (иккинчи) гуруҳида оғриқ синдромининг интенсивлиги бироз юқорироқ ва ўртача  $7,2 \pm 0,4$  баллни ташкил этди. Оғриқ синдромининг интенсивлигидаги бир хил фарқлар биринчи дефекация ҳаракатидан кейин кузатилди: биринчи (асосий) гуруҳларда мос равишда  $4,4 \pm 0,4$  ва  $4,3 \pm 0,3$  балл, назорат гуруҳларида  $8,1 \pm 0,3$  баллни ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, Миллиган-Морган усули НИИ проктология II модификациясидаги геморроидэктомия ёрдамида бавосил олиб ташланган назорат гуруҳида биринчи дефекация ҳаракатидан кейин беморларда оғриқ синдроми энг юқори кўрсаткичларга, яни рақамли рейтингга 10 баллга эга бўлган. Оғриқ синдроми интенсивлиги эса 3-суткадан кейин камайиб борди.

Операциядан кейинги даврда асосий гуруҳ (биринчи) беморларида оғриқ синдроми назорат гуруҳи (иккинчи) билан солиштирганда тезроқ камайгани кайд этилган бўлиб, 4-кунида оғриқ даражаси  $2,1 \pm 0,2$  баллга етган. 5-кунида асосий гуруҳдаги беморларда оғриқ даражаси  $1,6 \pm 0,4$  баллдан ошмаган, назорат гуруҳида эса операциядан кейинги 7-кунгача  $2,0 \pm 0,2$  балл даражасида бўлган. Кейинги текширувларда, яъни 10 ва 14-кунларда, оғриқ сезгиси борасида сезиларли фарқ кайд этилмаган, ва у  $1 \pm 0,4$  балл даражасида баҳоланган. Оғриқ синдромининг кучайишига қараб, оғриқни қолдирувчи препаратларни киритиш зарурати юзага келади. Пациентларнинг оғриқ қолдирувчи препаратларга бўлган эҳтиёжи ўрганилганда, "LigaSure" аппарати ёрдамида геморроидэктомия қилинган беморларда наркотик препаратларни қўллаш зарурати бирорта ҳам ҳолатда юзага келмагани маълум бўлди. Ненаркотик препаратлар, яъни стероид бўлмаган яллиғланишга қарши воситалар беморларга икки-уч марта киритилган. Ўртача ҳар бир бемор учун  $4,5 \pm 0,5$  мл препарат талаб этилган. Асосий гуруҳда, яъни шиллиқ қават ости геморроидэктомияси амалга оширилган беморлар орасида баъзи ҳолларда наркотик воситаларни бир марта киритиш зарурати юзага келган. Бу ҳолатни операция ярасининг хусусиятлари билан изоҳлаш мумкин. Мазкур операцияда геморроидал тугунларни яқин жойлашган қопловчи тўқималардан ажратиш ва тугунларни оёқчасигача ажратиш жараёнида қон оқишини тўхтатиш учун кесиш ёки керак бўлса, қон оқишини қайнатиш талаб этилади. Бу эса операциядан кейинги даврда оғриқ синдромининг кучайишига олиб келади. Бу эса беморларнинг оғриқ қолдирувчи воситаларга бўлган эҳтиёжини оширади. Ўртача ҳар бир бемор учун ушбу гуруҳда наркотик аналгетиклар эҳтиёжи  $0,5 \pm 0,2$  мл, ненаркотик аналгетиклар эса  $6,1 \pm 0,3$  млни ташкил этган.

Назорат гуруҳида ҳар бир бемор учун  $1,2 \pm 0,4$  мл наркотик аналгетиклар ва  $10,2 \pm 0,4$  мл ненаркотик аналгетиклар ишлатилиниши талаб этилган.

Келгуси мезон сифатида операция самарадорлигини баҳолаш учун яқин даврдаги операциядан кейинги асоратларни ўрганиш амалга оширилди. Бизнинг тадқиқотимизда операциядан кейинги яқин асоратларнинг хусусияти ва улар пайдо бўлиш ҳолатлари ўрганилди. Эрта операциядан кейинги асоратлар қаторига қон кетиши, ўткир сийдик тугилиши, перианал соҳанинг шиши ва иситмали ҳарорат киритилди.

Операциядан кейинги яқин асоратлар барча тадқиқ қилинган гуруҳларда кузатилди. Беморлар умумий сони ва аниқланган асоратлар сони ўртасида номуносивиблик мавжуд. Бу, айрим беморларда бир вақтда бир ёки бир нечта асоратлар пайдо бўлиши билан изоҳланади.

Масалан, операциядан кейинги эрта даврда қон кетиши асосий гуруҳда ҳеч бир беморда учрамаган. Назорат гуруҳида эса 4 (3,9%) беморда қон кетиши қайд этилган. Биринчи дефекация пайтида гемorroидал тугуннинг кесилган қисмига қўйилган лигатуранинг сирпаниши натижасида қон кетиши мумкин, бу операциядан кейинги даврдаги энг хавфли асоратлардан биридир. Бу ҳолат назорат гуруҳидаги икки беморда учраган. Бундай ҳолатларда шошилиш операция - қон кетиши мумкин бўлган қон томирларини тикиш амалга оширилган. Қолган икки ҳолатда қон кетиши кам бўлган ва гемостаз консерватив терапия ёрдамида таъминланган.

Ўткир сийдик тутилиши барча ўрганилган гуруҳларда учраган. Барча беморларда бу асорат операциядан кейинги биринчи куннинг ўзида қайд этилган. "LigaSure" аппарати ёрдамида такомиллаштирилган гемorroидэктомия амалга оширилган асосий гуруҳда бу асорат 3 (2,5%) беморда учраган. Слизистая қаватини тиклаш билан шиллиқ қават ости гемorroидэктомияси амалга оширилган беморларда бу асорат 2 (5,6%) беморда қайд этилган. Назорат гуруҳида (иккинчи) рефлатор сийдик ушланиши 8 (7,8%) беморда кузатилган. Барча ҳолатларда доимий катетеризация талаб этилмаган, бир марта катетеризация қилган ҳолда муаммо ҳал қилинган.

Перианал соҳанинг шиши бўйича ҳам тадқиқ қилинган гуруҳларда баъзи фарқлар қайд этилган. Операциядан кейинги иккинчи кунда перианал шиш асосий гуруҳда 5 (5,8%) беморда, слизистая қават тикланган ҳолда эса 2 (5,5%) беморда қайд этилган. Назорат гуруҳида бу асорат 7 (6,8%) беморда кузатилган. Бешинчи кунда асосий гуруҳда 2 беморда, назорат гуруҳида эса 4 беморда шиш сақланган. Еттинчи кундан бошлаб асосий гуруҳларда перианал шиш қайд этилмаган, назорат гуруҳида эса икки беморда бу ҳолат сақланган ва ўнинчи кунгача давом этган.

Фебриль иситма, операция травмаси, перианал шиш ва дизурик кўринишлар асосий гуруҳда 1 (0,8%) беморда, назорат гуруҳида эса 5 (4,9%) беморда қайд этилган. Иссиқлик ошганда парентерал равишда яллиғланишга қарши воситалар киритилган. Учинчи ва тўртинчи кунларда беморларнинг ҳарорати нормал ҳолатга қайтган.

Тикилган ишларнинг номуваффақиятлиги ва яра қирраларининг ажралиши назорат гуруҳидаги 1 беморда гемorroидэктомиядан кейин 7-кунда кузатилган. Беморнинг таъкидлашича, бу асорат дефекация вақтида

механик жароҳат туфайли юзага келган. Бемор қониқарли ҳолатда касалхонадан чиқарилган.

Операциядан кейинги яралар ёпилишининг маҳаллий асоратлари назорат гуруҳидаги икки беморда учраган. Улар 9 ва 13 кунларида кескин оғриқлар, ҳароратнинг ошиши, иштаҳанинг йўқолиши ва умумий ҳолсизликдан шикоят қилиб шифохонага муружаат қилган. Қўшимча операция - ярани очиш, санитария ва дренажлаш амалга оширилган. Қўшимча асоратлар кузатилмаган, яралар иккинчи даражали тикилиш билан шифоланган. Беморлар қониқарли ҳолатда касалхонадан чиқарилган.

Шундай қилиб, асосий гуруҳларда эрта операциядан кейинги асоратлар назорат гуруҳига қараганда сезиларли даражада кам учраган.

## 2-жадвал

### Операциядан кейинги даврда асоратларнинг учраш тезлиги (абс,%)

Асоратларнинг табиати	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи (n=102)	P
	Қурилма ёрдамида геморроидэктомиянинг такомиллаштирилган усули "LigaSure" (n=86)	Қурилма ёрдамида шиллик ости геморроидэктомия " LigaSure " ( n =36)		
Қон кетиши операциядан кейин	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (8,0%)	>0,05
Ўткир кечикиш сийдик	3 (3,5%)	2 (5,6%)	8 (7,8%)	>0,05
Шиш перианал соҳа	5 (5,8%)	2 (5,6%)	7 (6,8%)	>0,05
Фебрил иситма	1 (0,8%)	0 (0,0%)	5 (4,9%)	>0,05
бузилиши ва деҳиссенсе қирралар яралар	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	>0,05
Йиринглаш томонидан яралар	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)	>0,05
Жами	9 (10,5%)	4 (11,1%)	27 (26,4%)	<0,01

Изоҳ p - гуруҳлар ўртасидаги кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти (ихтиёрий жадваллар учун ч 2 мезонига мувофиқ)

Ҳаракат жараёнининг динамикасини ўрганиш мақсадида клиник тадқиқотлар билан бирга яра ажрамининг цитологик ва микробиологик текширувлари ўтказилди.

Операциядан уч кун ўтгач, яра жараёни динамикасини ўрганишда асосий гуруҳда "LigaSure" аппарати ёрдамида такомиллаштирилган геморроидэктомия усулидан кейин 52 (60,4%) беморда ва "LigaSure" аппаратида слиза ости геморроидэктомия қилинган 12 (35,3%) беморда ўртача даражадаги нейтрофил характеридаги яллиғланиш реакцияси аниқланди. Шунингдек, ушбу гуруҳнинг 20 (23,2%) ва 12 (29,4%) беморларида моноцитар ҳужайраларнинг ядровий гистиоцитлари (ремонт жараёнининг илк белгилари) кузатилди. Бундан ташқари, слиза ости геморроидэктомия қилинган 4 (11,7%) беморнинг мазокларида базофил цитоплазмали катта гистиоцитлар (фаол ремонт белгиси) кўрсатилди. Бу вақтда, назорат гуруҳидаги 72 (72%) беморда эозинофиллар сонининг кўпайиши, моноцитлар ва лимфоцитларнинг ҳужайравий элементлари билан кучли яллиғланиш реакцияси қайд этилди.

Операциядан беш кун ўтгач, "LigaSure" аппарати ёрдамида такомиллаштирилган геморроидэктомиядан кейин 62 (72%) беморда ва слиза ости геморроидэктомиядан кейин 24 (70,6%) беморда эозинофиллар сонининг ошиши, нейтрофил лейкоцитлари ва кам сонли лимфоцитлар ҳамда моноцитлар қайд этилди. Асосий гуруҳидаги беморларнинг аксариятида нейтрофиллар сонининг камайиши кузатилди, уларда ремонтнинг илк белгилари пайдо бўлган.

Операциядан етти кун ўтгач, асосий гуруҳнинг 44 (51,2%) ва 16 (47,0%) бемор мазокларида кўп сонли коллаген толалари ва норасо эпителий тўпланиши аниқланган. Слиза ости геморроидэктомия ўтказилган 4 (11,7%) беморда норасо ясси эпителий ва фибробластлар кузатилган. Назорат гуруҳида биринчи ҳафтанинг охирида 78 (58%) беморда нейтрофиллар сони камайган бўлса, 12 (12%) беморда ремонтнинг илк белгилари (ягона гистиоцитлар), 8 (8%) беморда эса фаол ремонт белгилари (базофил цитоплазмали катта гистиоцитлар) кўринган.

Операциядан ўн кун ўтгач, асосий гуруҳидаги беморларнинг аксариятида кўзга кўринган етишмаган ясси эпителий, фибробластлар, 28 (32,5%) беморда эса бир ядровий қонга мансуб ҳужайра элементлари — лимфоцитлар ва моноцитлар кузатилди. "LigaSure" аппарати ёрдамида такомиллаштирилган геморроидэктомия амалга оширилган 24 (27,9%) беморда ва слиза ости геморроидэктомияси қилинган 16 (47%) беморда грануляцион тўқиманинг бошланғич белгилари пайдо бўлди (ягона ядровий гистиоцитлар аниқланди). Бу вақтда, назорат гуруҳидаги 54 (54%) беморда нейтрофиллар сони кўпайган, фагоцитланган макрофаглар кузатилди. 12 (12%) беморда ёпиштирилган маҳлуллар япилиши (петроқўйишли тўқималар) бўлди, 14 (14%) беморда эса нейтрофиллар сонининг камайиши ва қолдирилган яллиғланиш элементлари кўринди.

Операциядан 14 кун ўтгач, асосий гуруҳда барча беморларда рубцан тўқималар (фибробластлар ва фиброцитлар) аниқланди. Назорат гуруҳида эса кўпчилик беморларда (66%) коллаген тўқималарининг ўртача даражада кўпайиши ва етишмаган ясси эпителийлар тўпланиши кузатилди.

20 кундан кейин, "LigaSure" аппарати ёрдамида такомиллаштирилган геморроидэктомия амалга оширилган 78 (90,7%) бемор ва слиза ости геморроидэктомияси қилинган барча беморлар мазокларида пухта волокнист тўқима аниқланди. Назорат гуруҳида эса фақат 34 (34%) беморда пухта волокнист тўқима элементлари, 14 (14%) беморда эса яллиғланишнинг қолган элементлари кузатилди.

Клиник ва цитологик тадқиқотлар натижалари микробиологик тадқиқотлар билан тасдиқланди. Аналь каналдан олинган мазок натижаларига кўра, операциядан олдин турли хил микроорганизмлар аниқланди. Улар орасида асосан фекал стрептококклар кўпроқ учради (асосий гуруҳда 35,7% ва 22,2%, назорат гуруҳида 48%). Барча аниқланган микроорганизмлар эпизодик ёки тасодиқий турлардан бўлиб, операция жараёнида пайдо бўлган яра флорасига транзитор бўлган.

Оператив аралашувдан сўнг, яралик ажрашмаларининг микрофлораси ўзгарган. Биз олиб борган тадқиқотларимизга кўра, амалиётдан учинчи кундан еттинчи кунгача назорат гуруҳида баъзи микроорганизмларнинг учрашиш ҳолатларининг кўпайиши кузатилган, асосий гуруҳга нисбатан. Учинчи кундан еттинчи кунгача асосий гуруҳларда (39,5% ва 35,3% билан) фекал стрептококкларнинг топилиши сезиларли даражада камайган (26,6% ва 17,6% гача асосий гуруҳларда). Золатистий стафилококк ва синигнойли палочкалар амалиётдан олдин ҳеч қандай ҳолда аниқланмаган, аммо назорат гуруҳида операциядан кейин 7-кунга келиб, золатистий стафилококклар кўпайган (10% дан 16% га). Операциядан кейин 7-кунга келиб, назорат гуруҳида шундай кийматда протей (6%) топилган, ҳеч қандай протей операциядан олдин ёки учинчи кунга келиб аниқланмаган. Асосий гуруҳда микроблар ассоциацияси усулдаги геморроидэктомиядан сўнг усулдан фойдаланган аппарат «LigaSure» билан учинчи кунга келиб 8 (9,3%) беморда аниқланди, еттинчи кунга келиб биринчи гуруҳда 2 (2,3%) беморда аниқланди, «LigaSure» аппарати билан шиллик ости геморроидэктомиядан сўнг учинчи кунга 1 (5,9%) беморда, еттинчи кунга эса унда ассоциация бўлмади. Назорат гуруҳида операциядан кейин 7-кунга келиб, микроблар ассоциацияси ўсган (18% дан 36% га).

Бундай кўриниш, асосий гуруҳдаги беморларда яраларинг микробли забалари камроқлигини кўрсатади. Бу, эҳтимол, геморроидэктомиянинг модификацияланган усули билан аноректал соҳага катта послеоперацион яралар ва тикувларнинг йўқлиги, шунингдек, микроорганизмларнинг ривожланишига яракли муҳит бўлган қон кетишларининг камлиги билан боғлиқ.

Олиб борилган микробиологик тадқиқотлар ва шунингдек, асосий гуруҳларда гнойли-ёпалиш муаммоларининг камайиши шунингдек, таклиф қилинаётган методикаларнинг патогенетик самарадорлигини яна бир бор тасдиқлайди.

Шунингдек, биполяр электрокоагуляциясининг сурункали бавосилни даволашдаги фойдаланилиши патоген микрофлораларининг контаминациясини камайтиради, яра жараёнининг йўналишини ижобий

таъсир кўрсатиб, грануляция жараёнини тезлаштиради, операциядан кейинги муаммоларни камайтиради ва шу билан реабилитация даврини қисқартиришга ёрдам беради.

Стационарда даволаш вақти ва пациентларнинг ишловчилик қобилятининг йўқотиш вақти муҳим аҳамиятга эга бўлди. Асосий гуруҳ беморларининг стационарда бўлиш вақти  $6,7 \pm 1,8$  койко-кун, назорат гуруҳида эса  $11,2 \pm 1,2$  койко-кунга тенг бўлган. Асосий гуруҳда геморроидэктомиянинг такмилланган усулини амалга оширишдан кейин беморларнинг ишловчилик қобилятининг йўқолиш вақти  $18 \pm 4,2$  кун, шиллиқ ости геморроидэктомия аппарати билан  $14 \pm 4,2$  кун, назорат гуруҳида эса  $25,8 \pm 3,8$  кун бўлган.

Олиб борилган тадқиқот натижаларига кўра, асосий гуруҳ беморларининг стационарда бўлиш вақти назарий гуруҳ беморларидан анча фарқ қилган. Асосий гуруҳларда низо ҳолатларининг камлиги стационарда бўлиш вақти ва ишловчилик қобилятини йўқотишни қисқартириш имконини берди.

Яраларнинг тугилгани ва тўлиқ эпителиализацияси ҳар бир беморнинг стационардан чиқишидан сўнг ҳар бир ташрифида визуал текширилди.

Асосий гуруҳда геморроидэктомиянинг такмилланган усулини амалга оширишдан кейин яраларнинг тугилгани стационардан чиқишдан 15-25 кун оралиғида, шиллиқ ости геморроидэктомия аппарати билан - 12-17 кун оралиғида, назорат гуруҳида эса 18-34 кун оралиғида кузатилди.

Яраларнинг тўлиқ эпителиализацияси биринчи асосий гуруҳда 19-36 кун, назорат гуруҳида 30-45 кунгача кузатилди.

Операциянинг узоқ муддатли натижаларини барча беморларда турли сабабларга кўра кузатиш имконияти бўлмади. Бироқ, 108 (90,0%) бемор асосий гуруҳдан, 90 (90%) бемор назорат гуруҳидан операциянинг узоқ муддатли натижаларини кузатишга муваффақ бўлди.

### Жадвал 3

#### Частотаси ривожланиш асоратлар В операциядан кейинги узоқ муддатли давр

Мураккабликлар ҳақида характер	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи (n=90)	P
	Геморроидэктомиянинг такомиллаштирилган усули "ЛигаСур э" дан фойдаланиш (n=74)	Шиллиқ ости геморроидэктомия ёрдамида " LigaSure " (n=34)		
Оғриқ дефекация пайтида	2 (2,7%)	-	6 (6,6%)	>0,05*
Стриктурал анал канал	-	-	2 (2,2%)	

Анализ ёрилиш	-	1 (2,9%)	2 (2,2%)	>0,05*
Муваффақият излик анал пулпа	-	-	1 (0,9%)	
Жами	2 (2,7%)	1 (2,9%)	11 (12,2%)	<0,05

Операциядан кейинги узок муддатли даврда, назорат текшируви натижаларга кўра, асосий гуруҳдан 2 (2,7%) бемор операциядан кейин усулдан фойдаланиб геморроидэктомия ўтказилгани учун ва назорат гуруҳидан 6 (6,6%) бемор ҳар бир дефекацияда кичик оғриқ ва ноқулайлик хиссини билдирган. Жойни текширишда, бу шикоятларга сабаб бўлган паталогик ўзгаришлар аниқланмади. Бу ҳолат, эҳтимол, операция давомида геморроидал узуллар устида қолдирилган синтетик товушлар билан боғлиқ. Назорат гуруҳида 2 (4,4%) беморда яраларинг севиш тизими билан заифланиб, ануснинг иккинчи даражадаги торилишини келтириб чиқарган. Дефекация жараёнида жигар оҳангидан оғриқ сезилган. Консерватив даволаш ва бужирувчи терапиянинг самарасизлиги билан, уларга 6 ойдан сўнг қайта операция (аноластика по Аминеву) амалга оширилди. Операциядан кейин беморлар консерватив терапия курсини олишди ва стационардан қониқарли ҳолатда чиқарилган. Яқин ва узок муддатли операция даврлари муаммосиз ўтди.

Асосий гуруҳда, шиллиқ ости геморроидэктомия аппарати «LigaSure» билан амалга оширилганда, 1 (2,9%) беморда, назорат гуруҳида эса 2 (2,2%) беморда анус канали яралари аниқланди. Комплекс консерватив даволаш бу муаммоларни ҳал қилди ва беморларга қайта операция зарур бўлмади. Беморлар стационардан қониқарли ҳолатда чиқарилди. Анус жома муаммоси 2-чи (назорат) гуруҳида 1 (0,9%) беморда аниқланди. Тўғри тайёргарликдан кейин сфинктеропластика ўтказилди. Операция даврлари муаммосиз ўтди ва бемор стационардан чиқарилди. Даволаш натижаси "яхши" деб баҳоланди.

Геморрой касаллигининг қайта келиши 2 йилда асосий гуруҳда 1 (0,8%) беморда ва назорат гуруҳида 3 (2,9%) беморда аниқланди. Операцияда геморроидал узулларнинг тарқатилиши ва салбий омиллар, масалан, алкоголь ичимликлар ва иссиқ тузланган овқатларни истеъмол қилиш, касалликнинг қайтишига сабаб бўлди. Беморлар стационарга қабул қилинди ва «LigaSure» аппарати билан геморроидэктомия қилинди. Операция даврлари муаммосиз ўтди. Беморлар стационардан чиқарилди. Узок муддатли операция натижалари "яхши" деб баҳоланди.

Асосий гуруҳда шиллиқ ости геморроидэктомия аппарати «LigaSure» билан амалга оширилганда геморройнинг қайтиши кузатилмади. 108 бемордан асосий гуруҳ ва 90 бемордан назорат гуруҳидан ранги ва узок муддатли операция даврларида функционал ўзгаришларни аниқлаш мақсадида сўров ва сфинктерометрия билан анус сфинктерининг ёпиш функцияси ўрганилди. Асосий гуруҳда операциядан кейин 10-14 кун давомида анус сфинктери функциясининг тикланиши кузатилган. Назорат

гуруҳида бу жараён 20-24 кундан кейин бўлди. Бир ой ўтиб, анус босиш босими бўйича статистик даражада фарқлар аниқланмади, на асосий, на назорат гуруҳларида.

Сфинктер аппарати функциясининг тез тикланиши «LigaSure» аппарати билан геморроидэктомия қилинган асосий гуруҳларда тўғридан-тўғри тўқима зарарланишининг минималлиги билан тушунтирилади. Маблағлар самарадорлигини аниқлаш мақсадида, ҳар бир беморга операциядан кейинги даврда ишлатилган оғриқни камайтириш препаратларининг миқдори, яқин ва узоқ муддатли операция муаммолари, стационарда бўлиш муддати, иш қобилиятини тиклаш вақти ва геморрой касаллигининг қайта келиши фриза қилиниб, ҳар икки гуруҳда ҳам муқоиса қилинди.

Асосий гуруҳда геморроидэктомиянинг усулдан фойдаланиб амалга оширилганида, наркотик препаратлардан бирорта беморда ҳам фойдаланилмаган, шиллик ости геморроидэктомия аппарати «LigaSure» билан эса ҳар бир бемор учун  $0,5 \pm 0,2$  мл миқдорида ишлатилган. Назорат гуруҳида ҳар бир беморга  $1,2 \pm 0,4$  мл наркотик препаратлари сарф қилинган. Наркотик бўлмаган оғриқни камайтириш препаратлари назорат гуруҳида асосий гуруҳга нисбатан 1,7-2,3 баробар кўпроқ сарф қилинган. Шунингдек, назорат гуруҳида яқин операция даврида 12,1%, узоқ муддатли операция даврида 9,6% кўпроқ муаммолар кузатилган, бу асосий гуруҳга қараганда, уларда операциянинг усуллари «LigaSure» аппарати билан амалга оширилди. Шиллик ости геморроидэктомияга нисбатан муаммолар 12,9% кўпроқ бўлган.

Назорат гуруҳи беморлари стационарда 5 кундан кўпроқ бўлишган, ва уларнинг иш қобилияти тикланиши асосий гуруҳга қараганда 9-11 кунга узоқроқ бўлган.

Ниҳоят, геморрой касаллиги қайтиши даражаси назорат гуруҳида 2 йил ичида 6,7%, асосий гуруҳда усулдан фойдаланиб геморроидэктомия ўтказилганида 1,7%, шиллик ости геморроидэктомия аппарати «LigaSure» билан эса қайта келиши бирортасида ҳам кузатилмаган. Назорат гуруҳида касалликнинг қайта келиши асосий гуруҳга қараганда 4-6,7 барабар кўпроқ бўлган.

Шундай қилиб, юқорида келтирилган барча критерийлар асосида, геморройни даволашда таклиф қилинган миниинвазив усуллар, масалан, «LigaSure» аппарати билан геморроидэктомия ва шу аппарат билан шиллик ости геморроидэктомия Миллиган-Морган усули бўйича анъанавий геморроидэктомиядан фойдаланилган усулга қараганда иқтисодий жиҳатдан анча фойдали ва самарали бўлгани аниқланди.

## ХУЛОСА

1. Сурункали бавосилни даволашда операция босқичларида «LigaSure» курилмасини қўллаш орқали амалга оширилган янги усуллар юқори самарадорликка, патогенетик жиҳатдан асосланган ва радикал усуллар бўлиб, улар операциянинг яқин ва узоқ муддатли натижаларини яхшилашга имкон беради.

2. Сурункали бавосилни даволашда «LigaSure» биполяр электрокоагуляциясини қўллаш анъанавий геморроидэктомияга қараганда ярагинг тезароқ тикланишини таъминлайди, шунинг учун реабилитация даври қисқаради.

3. «LigaSure» аппарати ёрдамида амалга оширилган геморроидэктомия Миллиган-Морган усулига қараганда самаралироқ бўлиб, у яқиндаги (26,4% дан 10,6% га) ва узоқ муддатли (12,2% дан 2,7% га) операциядан кийиноқ муаммоларнинг камайишини таъминлайди, шунингдек, анъанавий геморроидэктомия билан солиштирганда баъзи даражада тизимли шикастланишлар, сигап сифатидаги оғриқлар ва антикогулянтлардан фойдаланишнинг камайишига ёрдам беради.

4. «LigaSure» аппарати билан ишлаб чиқилган ва такомиллаштирилган геморроидэктомия усуллари билан сурункали бавосилни операция қилиш натижаларидан 94,1% дан 94,6% гача яхши, 5,4% дан 5,9% гача эса қониқарсиз натижалар олинди. Бунга нисбатан назорат гуруҳида яхши натижалар 84,4%, қониқарсиз 8,9%, ноланиш натижалар эса 6,7% ташкил этди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**  

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**РАХМАТОВ БАХТИЁР ХАМЗАЕВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ**

**14.00.27 – Хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ  
ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**Самарканд – 2025**

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инновации Республики Узбекистан под № B2024.2.PhD/Tib4705.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) и Информационно-образовательном портале «Ziyounet» ([www.ziyounet.uz](http://www.ziyounet.uz)).

**Научный руководитель:** **Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич**  
доктор медицинских наук, доцент

**Официальные оппоненты:** **Мамараджабов Собиржон Эргашевич**  
доктор медицинских наук, доцент

**Ибатуллин Артур Альбертович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** **Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского (Российская Федерация)**

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Анкабай 6. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75; e-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz))

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за № \_\_\_\_\_). Адрес: 140100, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18. Тел.: (+99866) 233-08-41; факс: (+99866) 233-71-75.

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 года.

(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2025 года).

**Н.Н. Абдуллаева**

Председатель Научного Совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**К.В. Шмырина**

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам, доцент

**З.Б. Курбаниязов**

Председатель Научного семинара при Научном Совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, профессор.

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Геморроидальная болезнь является одним из самых распространенных заболеваний прямой кишки и наиболее частой причиной обращения к колопроктологу. Среди колопроктологической патологии геморрой занимает первое место и одинаково встречается у мужчин и женщин. Геморрой встречается в любом возрасте, однако наиболее часто им страдают лица трудоспособного возраста, что обуславливает большие экономические затраты. Около 50% людей в общей популяции когда-либо отмечали у себя клинические проявления геморроя. Данное заболевание приводит к временной потере трудоспособности, а также снижает качество жизни. Его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34% до 41%. Лечение больных геморроем остается одной из самых актуальных проблем колопроктологии. На протяжении столетий хирурги работают над проблемой лечения хронического геморроя. До настоящего времени самой распространенной остается операция, направленная на иссечение трех геморроидальных узлов, предложенная Е. Миллиганом и Г. Морганом еще в 1937 г. В мировой проктологической практике существует множество хирургических методов лечения хронического геморроя. Однако ни один из них нельзя признать в полной мере оптимальным, лишённым риска развития как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений. Интерес колопроктологов к новым методикам геморроидэктомии подтверждается количеством публикаций на эту тему.

Новые технологии последних лет позволили в значительной степени улучшить качество хирургических методов лечения геморроя. Тем не менее, вопрос о наиболее оптимальном варианте хирургического вмешательства до настоящего времени остается нерешенным, а данные об эффективности различных методик зачастую противоречивы. В связи с этим необходимость разработки новых методов хирургической коррекции хронического геморроя послужила основанием для проведения настоящей работы.

В нашей стране в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению хирургической помощи. В связи с этим приоритетными направлениями стратегии развития страны на 2022-2026 годы являются «...мероприятия, направленные на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и реализацию комплекса мероприятий программ развития системы здравоохранения на 2022-2026 годы...»<sup>2</sup>.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной

---

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы»

медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** В настоящее время актуальными остаются вопросы выбора оперативного способа лечения пациентов с хронической формой геморроя. Это обусловлено, в основном, малым количеством и несовершенством используемых на сегодняшний день способов лечения, а также большим числом осложнений в раннем и позднем периодах после хирургического вмешательства.

С разработкой и внедрением новых технологий появилась возможность улучшения результатов оперативного лечения геморроя. Тем не менее, проблема наиболее оптимального варианта хирургического вмешательства и по сегодняшний день остается нерешенной, а данные об эффективности различных методик очень часто противоречивы. В связи с чем выбор метода и объема операции у больных геморроем в каждом отдельном случае должен основываться на индивидуальном подходе. Единственным и основным средством коренного радикального лечения пациентов с III-IV стадиями хронической формы геморроя признается хирургическое лечение – удаление трех главных геморроидальных узлов. На сегодняшний день имеется целый ряд способов выполнения геморроидэктомии. При других толстокишечных заболеваниях нет такого многообразия хирургических способов лечения, что свидетельствует о постоянном поиске хирургами наиболее оптимального метода операции, а также об отсутствии универсального метода, при котором могут быть исключены все недостатки. Высокая частота случаев повторного развития заболевания, а также большое число наблюдаемых осложнений после хирургического вмешательства обуславливают необходимость определения четких показаний к выбору того или иного способа хирургического лечения.

В связи с эволюцией новых технологий в последние десятилетия идет активный поиск и внедрение малоинвазивных и высокоэффективных способов лечения хронического геморроя. Стоит подчеркнуть, что при использовании миниинвазивных методов лечения пациентов с геморроем, безусловно, имеются свои положительные стороны: простота их проведения, требуют меньше финансовых расходов, малая инвазивность, нет необходимости в госпитализации больного, более короткий период лечения и срока реабилитации пациента, а также при данном методе отмечается

относительно низкое число осложнений. По мнению большинства исследователей, для применения миниинвазивных способов лечения считается геморрой в начальных его стадиях и при превалировании в клинической картине заболевания случаев кровотечения. По данным В.С. Грошилина с коллегами (2017), отрицательным качеством данного способа лечения можно считать слабую эффективность в связи с большим числом случаев повторного развития патологии у больных с осложненными формами хронического геморроя.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института по теме: «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения больных хроническим геморроем» (2018-2023 гг.).

**Цель исследования.** Совершенствование хирургического лечения хронического геморроя с использованием современных электрохирургических технологий «LigaSure».

#### **Задачи исследования**

усовершенствовать технику геморроидэктомии применением на этапах операции электрохирургической установки «LigaSure».

изучить особенности течения и репарации ран после традиционных методов геморроидэктомии и по предложенной методике с использованием биполярной электрокоагуляции при хроническом геморрое.

изучить течение ближайшего послеоперационного периода по критериям частоты осложнений и интенсивности болевого синдрома по данным клинических, микробиологических и функциональных методов исследования.

клинически обосновать эффективность усовершенствованных методов операций по результатам геморроидэктомии.

**Объектом исследования** явились 224 больных с хроническим внутренним и комбинированным геморроем, находившихся на стационарном лечении в проктологическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в сроки с 2018 – 2023 гг.

**Предмет исследования** составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с внутренним и комбинированным геморроем с использованием дифференцированного подхода к выбору метода геморроидэктомии основанной на предложенных критериях выбора способа операции.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: общеклинические, биохимические, инструментальные и статистические методы.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

усовершенствованы способы геморроидэктомии при хроническом геморрое применением на этапах операции биполярной электрохирургии «LigaSure»;

применени «LigaSure» на этапах операции геморроидэктомии для электрокоагуляции сосудов является патогенетически обоснованным и позволяет достичь быстрого заживления раны и уменьшения сроков реабилитации;

геморроидэктомия с помощью установки «LigaSure» превосходит по критериям эффективности течения ближайшего послеоперационного периода по параметрам интенсивности болевого синдрома, отека тканей перианальной области и послеоперационного кровотечения в сравнении с традиционными методами операций;

клинически обоснована эффективность предложенных усовершенствованных методов геморроидэктомии улучшением ближайших и отдаленных результатов лечения.

#### **Практические результаты исследования:**

для профилактики вторичного послеоперационного кровотечения усовершенствован способ геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и обоснован способ подслизистой геморроидэктомии при внутренней локализации хронического геморроя, уменьшающий частоту послеоперационных осложнений;

геморроидэктомия с использованием аппарата «LigaSure» сопровождается более быстрым заживлением тканей, вследствие чего уменьшается реабилитационный период;

хирургическое лечение хронического геморроя с помощью аппаратно-контролируемый биполярной электрокоагуляции превосходит по всем параметрам (продолжительность операции, послеоперационный болевой синдром, время пребывания пациента в стационаре, частота осложнений, временная нетрудоспособность и рецидив болезни) традиционную геморроидэктомию по методу Миллигана – Моргана во второй модификации, предложенную в ГНЦ колопроктологии;

применение разработанных и усовершенствованных миниинвазивных способов геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» позволило получить хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения при хроническом геморрое II - IV стадий.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

#### **Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и

хирургического лечения больных с хроническом геморрое. Разработанные и усовершенствованные методы хирургического лечения хронического геморроя с использованием аппарата «LigaSure» для электрокоагуляции сосудов являются эффективными, патогенетически обоснованными и радикальными. На основе изучаемых параметров доказано, что предложенный метод геморроидэктомии эффективнее, по сравнению с традиционным.

Применение в клинической практике разработанных и предложенных миниинвазивных способов хирургического лечения хронического геморроя сокращает время оперативного вмешательства, в значительной степени снижает послеоперационные болевые синдромы и, соответственно, потребность пациентов в применении обезболивающих препаратов, уменьшает послеоперационные осложнения, сокращает время пребывания больных в стационаре и временной потери пациентами трудоспособности, а также минимизирует число рецидивов болезни, по сравнению с традиционной операцией по методу Миллигана - Моргана во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам исследований, проведенных по совершенствованию хирургического лечения хронического геморроя (заключение Научно-технического совета при МЗ Республики Узбекистан от 16.11.2024 й. № 09/34):

первая научная новизна: усовершенствованы способы геморроидэктомии при хроническом геморрое применением на этапах операции биполярной электрохирургии «LigaSure». Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 17.10.2024 г. приказами 3821-7-107-ТВ/2024 и Самаркандский областной многопрофильный медицинский центр от 17.10.2024 й. 377-У. Социальная эффективность научной новизны: для профилактики вторичного послеоперационного кровотечения усовершенствован способ геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и обоснован способ подслизистой геморроидэктомии при внутренней локализации хронического геморроя, уменьшающий частоту послеоперационных осложнений. Экономическая эффективность научной новизны: средняя стоимость стационарного лечения за 5 дней составляет 2 576 480 сумов (согласно прейскуранту многопрофильной клиники СамГТУ). На все лабораторные и инструментальные исследования пациентов будет потрачено 855,3 тыс. сумов. При проведении операции с использованием биполярной электрохирургии LigaSure срок стационарного лечения сокращается на 2 дня, а экономический показатель составляет 1 110 500 сумов (на одного пациента). Заключение: Усовершенствованные способы геморроидэктомии с использованием на этапах операции «LigaSure» при хроническом геморрое являются высокоэффективными, патогенетически обоснованными и радикальными методами, которые позволяют улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты операции.

вторая научная новизна: применени «LigaSure» на этапах операции геморроидэктомии для электрокоагуляции сосудов является патогенетически обоснованным и позволяет достичь быстрого заживления раны и уменьшения сроков реабилитации. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 17.10.2024 г. приказами 3821-7-107-ТВ/2024 и Самаркандский областной многопрофильный медицинский центр от 17.10.2024 й. 377-У. Социальная эффективность научной новизны: геморроидэктомия с использованием аппарата «LigaSure» сопровождается более быстрым заживлением тканей, вследствие чего уменьшается реабилитационный период. Экономическая эффективность научной новизны: общая стоимость составляет в среднем 1 280 600 сумов (согласно прейскуранту многопрофильной клиники СамГТУ). Учитывая, что положительные результаты наблюдались в 2 раза чаще, чем рекомендовано выше у пациентов, применяющих LigaSure, годовой экономический показатель составляет 3 821 500 сумов. Заключение: Применение биполярной электрокоагуляции сосудов «LigaSure» при лечении хронического геморроя позволяет достичь быстрой репарации раны, по сравнению с традиционной геморроидэктомией, вследствие чего сокращается период реабилитации.

третья научная новизна: геморроидэктомия с помощью установки «LigaSure» превосходит по критериям эффективности течения ближайшего послеоперационного периода по параметрам интенсивности болевого синдрома, отека тканей перианальной области и послеоперационного кровотечения в сравнении с традиционными методами операций. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 17.10.2024 г. приказами 3821-7-107-ТВ/2024 и Самаркандский областной многопрофильный медицинский центр от 17.10.2024 й. 377-У. Социальная эффективность научной новизны: хирургическое лечение хронического геморроя с помощью аппаратно-контролируемый биполярной электрокоагуляции превосходит по всем параметрам (продолжительность операции, послеоперационный болевой синдром, время пребывания пациента в стационаре, частота осложнений, временная нетрудоспособность и рецидив болезни) традиционную геморроидэктомию по методу Миллигана – Моргана во второй модификации, предложенную в ГНЦ колопроктологии. Экономическая эффективность научной новизны: При снижении интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде после геморроидэктомии с использованием аппарата LigaSure общая стоимость обычно составляет в среднем 1 180 400 сумов (согласно прейскуранту многопрофильной клиники СамГМУ). Заключение: Геморроидэктомия с использованием аппарата «LigaSure» является эффективной, по сравнению с традиционной геморроидэктомией по методу Миллигана-Моргана, по критериям снижения выраженности послеоперационного болевого синдрома, реактивного отека перианальных тканей и тем самым минимизирует нарушение мочеиспускание и потребность пациентов в применении

обезболивающих препаратов, а также уменьшает частоту развития ближайших (с 26,4% до 10,6%) и отдаленных (с 12,2% до 2,7%) послеоперационных осложнений.

четвертая научная новизна: клинически обоснована эффективность предложенных усовершенствованных методов геморроидэктомии улучшением ближайших и отдаленных результатов лечения. Внедрение научной новизны в практику: внедрены в медицинскую практику Самаркандской городской медицинской объединении от 17.10.2024 г. приказами 3821-7-107-ТВ/2024 и Самаркандский областной многопрофильный медицинский центр от 17.10.2024 й. 377-У. Социальная эффективность научной новизны: применение разработанных и усовершенствованных миниинвазивных способов геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» позволило получить хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения при хроническом геморрое II - IV стадий. Экономическая эффективность научной новизны: Средняя стоимость лечения больных в стационарных условиях обычно составляет 6 893 350 сумов (согласно прейскуранту многопрофильной клиники СамГТУ). Годовые экономические показатели, в свою очередь, приводят к экономии бюджетных средств до 20%. Заключение: При хирургическом лечении хронического геморроя с применением разработанных и усовершенствованных способов геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» получены хорошие результаты от 94,1% до 94,6% и удовлетворительные - от 5,4% до 5,9% у пациентов основной группы, по сравнению с пациентами контрольной группы, где хорошие результаты получены у 84,4%, удовлетворительные – у 8,9% и неудовлетворительные – у 6,7%.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 13 научно-практических конференциях, в том числе 11 международных и 2 республиканских.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 6 журнальных статей, 4 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 119 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведённого исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и

практическая значимость полученных результатов, внедряются в практику результаты исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В **первой главе** диссертации «**Современные представления о лечении больных хроническим геморроем**» представлены неоднозначные сведения об эффективности применения различных вариантов малоинвазивной технологии при лечении хронического геморроя. Относительно высокая частота развития осложнений в послеоперационном периоде при вышеуказанных методах хирургического лечения послужила основанием для оптимизации методов лечения больных с хроническим геморроем и проведения настоящего исследования.

Во **второй главе** диссертации «**Характеристика клинического материала и методы исследования**». В данное исследование были включены 224 пациентов с хроническим внутренним и комбинированным геморроем, которые проходили лечение в период с 2018 по 2023 гг.

Все пациенты (n=224) были распределены на две группы. В первую, основную (проспективная), группу вошли 122 пациентов. Коррекцию хронического геморроя у них выполняли миниинвазивным способом при помощи аппаратно-контролируемой биполярной электрохирургической установки LigaSure. Вторую, контрольную (ретроспективная), группу составили 102 больных с тем же диагнозом, но прооперированные традиционным хирургическим способом по Миллигану-Моргану во II-ой модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

При распределении больных с ХГ (хроническим геморроем) по полу было выявлено, что во всех обследуемых группах преобладали лица мужского пола. В первой основной группе их было 63,3%, во второй контрольной - 68,0%. Это обстоятельство объясняется тем, что в нашей стране вредные привычки встречаются преимущественно у мужчин, они же ведут активный образ жизни, выполняя при этом больше физических нагрузок. Возраст пациентов варьировал от 26 до 78 лет, но чаще ХГ регистрировали в возрасте от 31 до 40 лет (в 38,2% случаев).

При распределении больных согласно возрастной классификации ВОЗ (2012), было выявлено, что наибольшее количество больных с ХГ встречается в молодом, трудоспособном возрасте (n=58,2%).

При опросе больных о продолжительности заболевания и тщательном сборе анамнеза было выяснено, что длительность патологии была различной и колебалась в пределах от 1 до 15 лет. Выявлено, что до года ХГ встречался у 14 (6,4%) больных, до 3 лет - у 24 (10,9%), до 5 лет - у 34 (15,4%) пациентов. Длительный срок заболевания до 10 лет отметили 106 (46,4%), более 10 лет - 46 (20,9%) пациентов. Длительность течения ХГ объяснялась тем, что часть из них неоднократно лечились самостоятельно или консервативно у врача в период обострения болезни, не соглашаясь при этом на оперативное лечение. Другая часть занималась самолечением и не обращалась к врачам в связи со стеснительностью по поводу своей

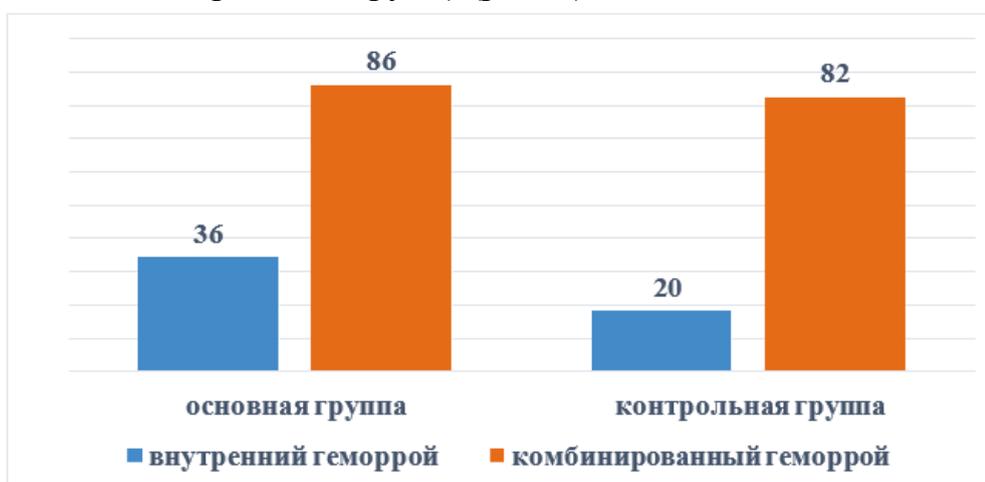
проблемы, доводя болезнь до 3-4 стадии. Среди 132 поздно обратившихся больных (от 5 до 15 лет) 98 пациентов были лица мужского пола.

С целью изучения причин развития ХГ особое внимание уделяли анамнезу жизни. При сборе анамнеза жизни было уделено особое внимание на наличие геморроя у родственников, особенности трудовой деятельности и бытовые условия. При этом нам удалось выявить основные причины развития геморроя. Оказалось, что у 32 (14,5%) больных причинами развития геморроя были нарушения функции кишечника в виде запоров, 38 (17,3%) больных имели вредные привычки, такие как злоупотребление алкоголем. Тяжелые физические нагрузки, непосредственно вызывающие развитие геморроя, были отмечены у 37 (16,4%) человек. У 43 (19,1%) пациента близкие родственники имели геморрой, пациенты вели неправильный образ жизни (прием острой, грубой и соленой пищи, а также сидячий образ жизни). У подавляющего большинства больных - 73 (32,7%) - имело место сочетание нескольких факторов, вызывающих развитие и прогрессирование геморроя.

Пациенты, поступившие в клинику, жаловались на периодическое или постоянное выпадение геморроидальных узлов, кровотечение, боль или жжение и перианальный зуд (значимый дискомфорт).

При опросе больных с ХГ оказалось, что ведущим проявлением болезни у них являлось выпадение геморроидальных узлов, выявленное у всех (100%) обследуемых. Среди жалоб на втором месте находилось кровотечение, которое в основной группе пациентов наблюдалось у 104 (86,6%) человек, во второй контрольной группе - у 88 (86,0%) пациентов. Наличие болезненных ощущений в заднем проходе отмечали 90 (73,3%) больных в первой основной, и 83 (82,0%) - в второй контрольной группе. Жжение и перианальный зуд имели место у 78 (65,0%) пациентов основной группы и у 75 (78,0%) – контрольной группы. Необходимо отметить, что у одного и того же пациента встречалось от одного до нескольких симптомов.

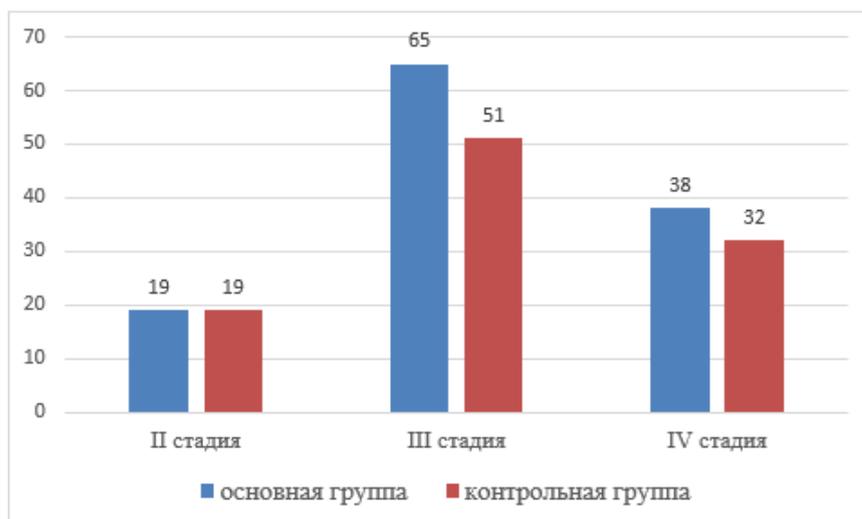
Госпитализированные больные имели внутренний геморрой в 56 (23,6%) случаях, из них 36 (15,4%) – основной и 20 (8,2%) - контрольной групп, комбинированный геморрой – в 168 (76,4%) наблюдениях (86 – основной и 82 – контрольной групп) (рис. 1).



### Рисунок 1. – Распределение пациентов с ХГ в зависимости от локализации геморроидальных узлов

Для выбора необходимых методов лечения ХГ большое значение имели стадии геморроя. В этом случае мы придерживались классификации ХГ, предложенной Г.И. Воробьева и соавт. (2010).

В нашем исследовании больные с первой стадией ХГ не встречались. При распределении больных по стадиям геморроя было выявлено, что во всех группах у большей части отмечается III стадия хронического геморроя: в основной группе - у 53,3% (n=65) больных, во второй контрольной - у 50% (n=51) пациентов (всего 116 больных). IV стадия ХГ в целом диагностирована в 70 (31,8%) случаях, среди которых в 38 (31,7%) – в основной и в 32 (32,0%) – контрольной группы. Пациенты со второй стадией хронического геморроя в исследуемых группах встречались в наименьшем количестве – 19 (15,0%) и 19 (18,0%) соответственно в каждой группе. Вероятно, это обусловлено тем, что большинство больных с геморроем, особенно с первой и второй стадиями болезни, лечатся самостоятельно дома, консервативно, пока не развиваются осложнения или запущенная стадии заболевания (рис. 2).



### Рисунок 5. – Распределение больных с хроническим геморроем по стадиям болезни

В пред- и в послеоперационном периодах пациентами назначали общую (препарат «Детралекс» по 6 таблеток в день) и местную (свечи «Релиф-Адванс» 2 раза в день) антиоксидантную терапию.

**Третья глава диссертации «Хирургические методы лечения хронического геморроя».** Всем больным были выполнены различные по характеру и объёму операции. Пациентам основной группы (n=122) геморроидэктомия выполнена с использованием аппарата «LigaSure», у больных контрольной группы (n=102) применялись классические методы геморроидэктомии способом Миллигана-Моргана во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. Ключевым моментом операции в первой было

то, что перед удалением геморроидальных узлов с помощью аппарата «LigaSure» производится ушивание и перевязка сосудистой ножки. Одним из частых ближайших осложнений после геморроидэктомии является кровотечение. Из 122 больных основной группы 86 (71,7%) пациентам коррекцию геморроидальной болезни выполняли путем усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure», 36 (28,3%) пациентам - подслизистую геморроидэктомию с помощью аппарата «LigaSure» с последующим восстановлением слизистой оболочки прямой кишки.

**Таблица 1**

**Вид геморроидэктомии у пациентов основной и контрольной групп (n-224)**

<b>Характер и объём производимых операций</b>	<b>Внутренний геморрой (n=56)</b>	<b>Комбинированный геморрой (n=168)</b>	<b>Всего (n=224)</b>
<b>Основная группа (n=122)</b>			
Усовершенствованный способ геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure»	-	86	86
Подслизистая геморроидэктомия с применением аппарата «LigaSure»	36	-	36
<b>Контрольная группа (n=102)</b>			
Геморроидэктомия по методу Миллигана-Моргана	20	82	102

Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану выполнялась пациентам контрольной группы (n=102) геморроидэктомия.

Как известно, одним из основных осложнений после геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» является послеоперационное вторичное кровотечение. По литературным данным послеоперационное вторичное кровотечение после геморроидэктомии, выполненной с помощью аппарата

«LigaSure», возникает до 1,85% [27]. С целью профилактики развития послеоперационного вторичного кровотечения, пациентам основной группы при комбинированном геморрое (n=86) перед геморроидэктомией аппаратом «LigaSure» производили ушивание и перевязку сосудистой ножки.

При геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» положение пациентов не отличается от описанного при традиционной геморроидэктомии, то есть, больной лежит на спине с приведенными к туловищу ногами. Операционное поле трижды обрабатывается антисептическими средствами и обкладывается

стерильными простынями. Дивульсию анального сфинктера выполняют с помощью ректального зеркала в районе 3-9, 4-10 и 2-8 часов по циферблату.

Затем производится растягивание анального сфинктера в районе 3, 6, 9 и 12 часов с помощью 4-х зажимов Алиса. В итоге из прямого кишечника выходят внутренние геморроидальные узлы. При обнаружении наружных геморроидальных узлов их захватывают зажимом Алиса с верхушки и подтягивают кнаружи. При подтягивании за верхушку внутреннего узла на 3-х часах по условному циферблату окончательным зажимом Люера обнажается ножка узла. В радиальном направлении снаружи внутрь на натянутое основание узла накладывают бранши аппарата «LigaSure» так, чтобы их концы стягивали ножки узла. Еще раз проверяют правильность вставленной бранши аппарата, так как может быть опасность захвата и повреждения волокон сфинктера. Перед геморроидэктомией аппаратом «LigaSure» производится ушивание и перевязка сосудистой ножки геморроидальных узлов. С этой целью, отступя на 5-7 мм от концов бранши «LigaSure», на сосудистый пучок, кровоснабжающий соответствующий геморроидальный узел, с помощью атрауматической иглы накладывается рассасывающий узловый шов («Викрил 2-0»). С боковой стороны данного сосуда производят выкол круглой иглой с шовным материалом. Проводят иглу в подслизистой основе и под проходящей артерией делают выкол на противоположной стороне сосуда. Протягивают лигатуру и завязывают со свободными другими концами лигатуры тремя узлами. После наложения шва нити отрезаются. Далее производится электрокоагуляция основания узла при интенсивности 2 или 3 светодиода, процесс в среднем занимает 5 секунд. При этом следует помнить, что сторона изгиба рабочей части должна быть направлена к стенке заднего прохода.

Электрокоагуляция ножки сосуда с помощью аппарата выполняется дважды с изменением положения кончиков прибора. Электрод снимается, после чего внутренний геморроидальный узел удаляется по центру заваренной зоны. Подобным образом аналогично иссекаются и удаляются внутренние геморроидальные узлы на 7, 11 часах по циферблату.

Наружные геморроидальные узлы захватываем зажимом Алиса. Скальпелем кожа по краям узла рассекается. С большой осторожностью, не затрагивая волокна наружного сфинктера, после подтягивания на его основание накладываются бранши аппарата и производится электрокоагуляция. Таким образом удаляются наружные геморроидальные узлы. Восстанавливают иссеченную кожу одним или двумя узловыми кетгутowymi швами. Подобным образом удаляются наружные узлы на 7, 11 часах по циферблату. По окончании операции рану обрабатывают, вводят газоотводную трубку с мазью «Левомеколь». Накладывают повязку с мазью «Левомеколь» на промежность и фиксируют её Т-образным повязкам (рис. 1,2,3).



**Рис. 1. Операционный доступ к внутреннему геморроидальному узлу и подтягивание узла наружу окончатим зажимом Люера**



**Рис. 2. Захват основания геморроидальных узлов браншей аппарата LigaSur**



**Рис. 3. Прошивание и перевязка сосудистой ножки отступя 0,5-0,7 мм от конца бранши аппарата LigaSur**

Известно, что в 1956 г. английский хирург А. Parks предложил метод геморроидэктомии, который используется до настоящего времени многими хирургами. Техника операции заключается в следующем: после разреза слизистой оболочки производят выделение геморроидального узла вплоть до ножки сосуда от окружающих тканей, а также выделяют его от внутреннего сфинктера. После удаления геморроидального узла производится высокое прошивание его ножки и слизистой стенки анального канала кетгутовой нитью, узловую культю оставляют под слизистой оболочкой. Главными недостатками геморроидэктомии по Parks считаются достаточная сложность, продолжительная и кропотливая работа при ее выполнении, так как из подслизистого слоя при выделении геморроидального узла наблюдается диффузная кровоточивость тканей.

Данная методика была нами усовершенствована и выполнена при внутренней (подслизистой) локализации геморроидальных узлов у больных

основной группы (n=36). Положение пациента такое же, как и при классическом способе геморроидэктомии - на спине с приведенными к туловищу ногами. Операционное поле трижды обрабатывается антисептическими средствами и обкладывается стерильными простынями. Дивульсию анального сфинктера выполняют с помощью ректального зеркала в районе 3-9, 4-10 и 2-8 часов по циферблату. Затем производится растягивание анального сфинктера в районе 3, 6, 9 и 12 часов с помощью 4-х зажимов Алиса. В итоге из прямого кишечника выходят внутренние геморроидальные узлы. При подтягивании за верхушку внутреннего узла на

3-х часах по условному циферблату окончательным зажимом Люера обнажается ножка узла. Двумя дугообразными разрезами по краям узла скальпелем или ножницам рассекается слизистая оболочка. Геморроидальный узел отделяется вплоть до ножки сосуда от прилегающих окружающих тканей, а также от внутреннего сфинктера (при наружном геморрое с целью минимализации повреждений скальпелем рассекают кожу). На ножку геморроидального узла ставятся бранши аппарата «LigaSure» и начинают прижигание. Автоматически аппарат дает сигнал об окончании работы, на этом процесс завершается. Бранши данного аппарата снимаются и далее слизистую анального канала восстанавливают несколькими кетгутовыми швами. Подобным образом удаляются остальные узлы на 7, 11 часах по циферблату (рисунок 4,5,6). По окончании операции рану обрабатывают, вводят газоотводную трубку. Накладывают повязку с мазью «Левомеколь» на промежность и фиксируют её Т-образной повязкой.



**Рис. 4. Операционный доступ к внутреннему геморроидальному узлу и подтягивание узла наружу окончательным зажимом Люера**



**Рис. 5. Рассечение слизистой оболочки основания геморроидальных узлов скальпелем или ножницам**



**Рис. 6. Захват основания геморроидальных узлов в рассеченной части слизистой оболочки браншами аппарата Ligasur**

Все удаляемые макропрепараты отправляли в лабораторию для дальнейшего гистологического исследования.

**Четвертая глава «Результаты хирургического лечения хронического геморроя».** Основными показателями результата хирургического лечения любой патологии является характер и частота развития осложнений в раннем или в позднем послеоперационном периодах. Результат операции зависит от большого количества факторов: метода операции, послеоперационного ухода за больным, организма самого больного (сопротивляемость, чувствительность), наличия сопутствующей патологии и др.

Характеристика оперированных больных была проведена с помощью следующих критериев:

9. продолжительности операции;
10. интенсивность болевого синдрома и потребность организма пациентов во введении обезболивающих препаратов;
11. частота развития осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах;
12. течение раневого процесса;
13. сроки нахождения пациента в стационаре;
14. длительность восстановления работоспособности;
15. частота рецидивов;
16. функциональные результаты и стоимость лечения.

Первым критерием в сравниваемых группах была продолжительность операции. В основной группе, где применён усовершенствованный способ геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure», продолжительность операции составляла в среднем  $25 \pm 4,1$  мин. Сама геморроидэктомия, выполненная с помощью аппарата «LigaSure», составляет в среднем  $18 \pm 3$  мин.

В нашем случае прибавляется время, проведенное на операционном столе, за счет ушивания и перевязки сосудистый ножки геморроидальных узлов. В основной группе, где была выполнена подслизистая геморроидэктомия с последующим восстановлением слизистой оболочки, продолжительность операции составляла  $35 \pm 2,4$  мин. Здесь значительная часть времени тратится на рассечение и выделение до ножки геморроидальных узлов и в последующем после геморроидэктомии - на восстановление слизистой оболочки. Данная операция достаточно кропотливая, поэтому по ходу операции выполняется гемостаз путем точечных прижиганий. Во второй (контрольной) группе продолжительность операции составляла  $45 \pm 2,2$  мин.

При геморроидэктомии по Миллигану-Моргану время тратится на прошивание сосудистой ножки геморроидального узла, выполнение по ходу операции гемостаза и наложение швов на края ран слизистой оболочки.

Важное значение придавали интенсивности болевого синдрома, который возникает после геморроидэктомии и вызывает значительный дискомфорт у пациента. Известно, что боль после удаления геморроидальных узлов появляется под воздействием множества факторов и может находиться в прямой зависимости от хирургической техники, индивидуальной болевой чувствительности, техники анестезии и послеоперационного обезболивания.

Оценку болевого синдрома проводили сразу после операции на 1, 2, 3 сутки и после первой дефекации с применением цифровой рейтинговой 10-балльной шкалы (ЦРШ, Numerical Rating Scale, NRS), где «0» – отсутствие какой-либо боли, а «10» – острая нестерпимая боль.

Так, наиболее интенсивные боли у пациентов регистрировались в первые дни после операции и после первого акта дефекации. В первые сутки интенсивность болевого синдрома у пациентов основной группы, где выполнен усовершенствованный способ геморроидэктомии с помощью

аппарата «LigaSure», по шкале NRS составляла в среднем  $4,7 \pm 0,5$  балла, а после выполнении подслизистой геморроидэктомии с последующим восстановлением слизистой оболочки интенсивность болевого синдрома составила  $5,1 \pm 0,5$  баллов. В контрольной (второй) группе интенсивность болевого синдрома была чуть выше и составила в среднем  $7,2 \pm 0,4$  баллов. Такие же различия в интенсивности болевого синдрома встречались и после первого акты дефекации:  $4,4 \pm 0,4$  и  $4,3 \pm 0,3$  баллов в первой (основной) соответственно и  $8,1 \pm 0,3$  баллов контрольной группах.

Как показали итоги исследования, в контрольной группе, где было выполнено удаление геморроидальных узлов по методу Миллигана-Моргана во второй модификации ГНЦ колопроктологии, у пациентов после первого акта дефекации отмечались самые высокие показатели болевого синдрома при применении цифровой рейтинговой 10-балльной шкалы. Очевидно, что это связано с особенностями площади операционной раны. Интенсивность болевого синдрома в течение последующих трех суток понемногу затихала.

В послеоперационном периоде в основной группе больных (первая) уменьшение болевого синдрома отмечалось быстрее, чем в контрольной (второй), достигая на 4-ые сутки  $2,1 \pm 0,2$  баллов. На пятые сутки болевой синдром не превышал  $1,6 \pm 0,4$  балла в основной группе больных, а в контрольной группе до 7-го дня после операции составлял около  $2,0 \pm 0,2$  баллов. При последующих осмотрах на 10 и 14 день после операции существенных различий в ощущении боли не было, она оценена в  $1 \pm 0,4$  баллов. В зависимости от выраженности болевого синдрома возникает необходимость во введении обезболивающих препаратов. При изучении потребности пациентов в обезболивающих препаратах выяснилось, что для тех, кому была выполнена геморроидэктомия с помощью аппарата «LigaSure», введения наркотических препаратов не потребовалось ни в одном случае. Ненаркотические препараты в виде нестероидных противовоспалительных средств пациентам вводили два - три раза. В среднем, для каждого больного требовалось введение до  $4,5 \pm 0,5$  мл препарата. В основной группе, где была выполнена подслизистая геморроидэктомия (основная группа), у некоторых пациентов потребовалось однократное введение наркотических средств. Это можно объяснить особенностями операционной раны. При выполнении данной операции с целью отсепаровки узлов от прилегающих покровных тканей и выделения геморроидальных узлов до ножки требуется рассечение и при необходимости прижигание кровоточащего места, соответственно, это приводит к выраженному болевому синдрому в послеоперационном периоде. В конечном счете это влияет на потребность больных в применении обезболивающих препаратов. В среднем, для каждого больного в этой группе потребность в наркотических анальгетиках составляла  $0,5 \pm 0,2$  мл, а ненаркотических анальгетиков -  $6,1 \pm 0,3$  мл.

В контрольной группе для каждого пациента потребовалось введения  $1,2 \pm 0,4$  мл наркотические анальгетиков, а ненаркотических -  $10,2 \pm 0,4$  мл.

Следующим оцененным критерием эффективности проведенного оперативного вмешательства явилось изучение ближайших послеоперационных осложнений. Нами изучены характер и частота развития ближайших послеоперационных осложнений. Среди ранних послеоперационных осложнений встречались кровотечение, острая задержка мочи, отек перианальной области и фебрильная температура.

Ближайшие послеоперационные осложнения встречались во всех исследуемых группах. Имеются несовпадения общего количества больных с числом выявленных осложнений. Это связано с тем, что у одного и того же пациента развивались от одного до нескольких осложнений.

Так, из числа осложнений, возникших в раннем послеоперационном периоде, кровотечение не встречалось ни у одного пациента основной группы. В контрольной группе кровотечение развилось у 4 (3,9%) пациентов. При первой дефекации может произойти соскальзывание лигатуры с культи геморроидального узла, результатом чего является обильное кровотечение - одно из самых опасных осложнений в течении послеоперационного периода. Оно встречалось у двух пациентов контрольной группы. Потребовалась экстренная операция – прошивание кровоточащего сосуда. В остальных 2 случаях кровотечения не были обильными, гемостаз достигнут назначением консервативной терапии.

Острая задержка мочи встречалась во всех исследуемых группах. У всех пациентов данное осложнение возникало в первые сутки после операции. В основной группе после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» она развилась у 3 (2,5%) пациентов. У больных, которым выполнена подслизистая геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки (основная группа), острая задержка мочеиспускания отмечалась у 2 (5,6%) человек. В контрольной группе (вторая) послеоперационная рефлекторная задержка мочи имела у 8 (7,8%) пациентов. Во всех случаях не было необходимости в постоянной катетеризации мочевого пузыря, поскольку у всех (в основной и контрольной

группах) после однократной катетеризации мочевого пузыря данное осложнение разрешилось.

Некоторая разница показателей в исследуемых группах была зарегистрирована также и при изучении частоты развития отека перианальной области в послеоперационном периоде. Со второго дня после операции выраженный отек перианальной области встречался в основной группе после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» у 5 (5,8%), а после выполнения подслизистой геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки с аппаратом «LigaSure» – у 2 (5,5%) пациентов. В контрольной (второй) группе

данное осложнение отмечено у 7 (6,8%) больных. На пятые сутки отек сохранялся у 2 пациентов основной и у 4 пациентов контрольной групп. Начиная с 7 дня после операции, в основных группах отек перианальной области не встречался ни у одного больного, в то время как в контрольной группе данное осложнение сохранялось у 2 и держалось до десятого дня после операции.

Фебрильная лихорадка, как результат оперативной травмы, отек перианальной области и дизурические явления развились у 1 (0,8%) пациента основной группы, у 5 (4,9%) - контрольной. При повышенной температуре парентерально вводили нестероидные противовоспалительные препараты. На третьи и четвертые сутки у больных основной и контрольной групп температура тела постепенно нормализовалась.

Несостоятельность швов и расхождение краев раны развились у 1 пациента контрольной группы на 7 день после геморроидэктомии. По словам пациента, данное осложнение возникло после затрудненного акта дефекации, что, по сути, является механической травмой. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Местные осложнения в виде нагноения послеоперационных ран также встречались у двух больных контрольной группы. Первая пациентка поступила на девятый день после операции, второй пациент - на тринадцатый день после операции. Они жаловались на нарастающие боли в анальной области, повышение температуры тела, потерю аппетита, общую слабость. Потребовались повторные операции в виде вскрытия, санации и дренирования гнойника. В послеоперационном периоде осложнений не возникло. Заживление раны протекало по типу вторичного натяжения. В удовлетворительном состоянии пациенты выписаны из стационара.

Отсюда следует, что ранние послеоперационные осложнения в основных группах встречались значительно реже, по сравнению с контрольной группой.

**Таблица 2**

**Частота развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде (абс, %)**

Характер осложнений	Основная группа		Контрольная группа (n=102)	P
	Усовершенствованный способ геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» (n=86)	Подслизистая геморроидэктомия с применением аппарата «LigaSure» (n=36)		
Кровотечение после операции	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (8,0%)	>0,05
Острая задержка мочи	3 (3,5%)	2 (5,6%)	8 (7,8%)	>0,05
Отек	5 (5,8%)	2 (5,6%)	7 (6,8%)	>0,05

перианальной области				
Фебрильная лихорадка	1 (0,8%)	0 (0,0%)	5 (4,9%)	>0,05
Несостоятельность швов и расхождение краев раны	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	>0,05
Нагноение ран п/о	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)	>0,05
Всего	9 (10,5%)	4 (11,1%)	27 (26,4%)	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$  для произвольных таблиц)

С целью изучения динамики раневого процесса, наряду с клиническими, были выполнены цитологические и микробиологические исследования раневого отделяемого.

В мазках-отпечатках на третий день после операции при изучении динамики раневого процесса у 52 (60,4%) больных основной группы после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и у 12 (35,3%) больных, которым была произведена подслизистая геморроидэктомия аппаратом «LigaSure», была обнаружена умеренно выраженная воспалительная реакция нейтрофильного характера. Также были заметны единичные ядерные гистиоциты моноцитарных клеток (первые признаки наступления репарации) у 20 (23,2%) и у 12 (29,4%) больных данной группы соответственно. Кроме этого, у 4 (11,7%) пациентов основной группы, которым была произведена подслизистая геморроидэктомия аппаратом «LigaSure», в мазках-отпечатках видны крупные гистиоциты с базофильной цитоплазмой (клеточные признаки активной репарации). В то же время в контрольной группе у 72 (72%) человек имеется выраженная воспалительная реакция (увеличение числа эозинофилов, одноядерные лимфоциты, моноциты).

На пятые сутки у 62 (72,0%) больного после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и у 24 (70,6%) подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» основной группы выявлено увеличение числа эозинофилов, заметны нейтрофильные лейкоциты, в небольшом количестве встречались лимфоциты и моноциты. У подавляющего числа больных основных групп в это же время отмечалось снижение числа нейтрофилов. У них отмечались первые признаки репарации.

На седьмые сутки после операции в мазках-отпечатках у 44 (51,2%) и 16 (47,0%) человек основной группы выявлено множество коллагеновых волокон, скопление незрелого эпителия. У части больных 4 (11,7%) после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» выявлены незрелый

плоский эпителий и фибробласты. В контрольной группе в конце первой недели у 78 (58%) больных отмечено снижение числа нейтрофилов, лишь у 12 (12%) наблюдались первые признаки репарации (видны единичные гистиоциты), у 8 (8%) пациентов имелись признаки активной репарации (крупные гистиоциты с базофильной цитоплазмой).

На 10 сутки послеоперационного периода у большинства больных основной группы в поле зрения был выявлен незрелый плоский эпителий, фибробласты, у 28 (32,5%) - одноядерные клеточные элементы кровяного происхождения-лимфоциты и моноциты. У 24 (27,9%) больных после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и у 16 (47,0%) больных после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» основной группы появились начальные признаки образования грануляционной ткани (заметны единичные одноядерные гистиоциты). В это же время у 54 (54%) пациентов контрольной группы появилось большое количество нейтрофилов, фагоцитирующих макрофагов. У 12 (12%) пациентов дифференцировалась рыхлая волокнистая соединительная ткань (волокнистые тяжи), у 14 (14%) - снижение числа нейтрофилов и остаточные элементы воспаления.

На 14 день после операции в основной группе во всех случаях выявлены элементы рубцовой соединительной ткани (фибробласты и фиброциты). В то время как в контрольной группе у большинства больных (в 66% случаев) заметно умеренное количество коллагеновых волокон, скопление незрелого плоского эпителия.

На 20 день у 78 (90,7%) больных основной группы после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и у всех больных после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» в мазках-отпечатках обнаружено рыхлая волокнистая соединительная ткань. Тогда как в контрольной группе лишь у 34 (34%) пациентов обнаружены элементы рыхлой волокнистой соединительной ткани, у 14 (14%) - остаточные элементы воспаления.

Данные клинического и цитологического исследований верифицировались с результатами микробиологических исследований. В результате исследования мазка из анального канала до операции обнаружены различного рода микроорганизмы. Среди них преобладали фекальные стрептококки (у 35,7% и 22,2% основной группы и у 48% - контрольной группы). Все выделенные организмы относились к группе эпизодически встречающихся или случайных, транзиторных для микрофлоры операционной раны.

После оперативного вмешательства характер микрофлоры раневого отделяемого изменился. Как свидетельствуют полученные нами данные с третьего по седьмые сутки после операции в контрольной группе наблюдается увеличение частоты встречаемости ряда микроорганизмов, по сравнению с основной группой.

С третьих по седьмые сутки после операции в основных группах (с 39,5% и 35,3%) отмечалось заметное снижение число выявлений фекального

стрептококка (до 26,6% и 17,6% в основных группах соответственно). Золотистый стафилококк и синегнойные палочки не были обнаружены ни в одном случае до операции, тогда как в контрольной группе в послеоперационном периоде на 7-ые сутки выявлено увеличение количества золотистых стафилококков (от 10% до 16%). В послеоперационном периоде на 7-ые сутки в контрольной группе также обнаружен протей (6%), тогда как до операции и на 3 сутки после операции этого вида не имелось. Ассоциация микробов на 3 сутки в основной группе после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» обнаружена у 8 (9,3%) больных, на седьмые сутки ассоциация микробов в первой группе выявлена у 2 (2,3%) больного, после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» на 3 сутки - у 1 (5,9%) больного, тогда как на седьмые сутки её не было. В контрольной группе в послеоперационном периоде ассоциация микробов пошла в рост с 18 (18%) случаев на трети сутки до 36 (36%) случаев - на седьмые.

Подобная картина указывает на меньшее микробное загрязнение ран у пациентов основной группы. Скорее всего, это связано с отсутствием больших послеоперационных ран и швов в аноректальной области после геморроидэктомии по модифицированному способу, а также с меньшим количеством кровотечений, которые являются благоприятной средой для развития микроорганизмов.

Полученные данные микробиологических исследований и в результате этого снижение частоты гнойно-воспалительных осложнений в основных группах еще раз подтверждают патогенетическую эффективность предлагаемых методик.

Таким образом, использование биполярной электрокоагуляции в лечении хронического геморроя по разработанной методике уменьшает контаминацию патогенных микрофлор, благоприятно влияет на течение раневого процесса, ускоряя процесс грануляции, способствует снижению послеоперационных осложнений и тем самым сокращает реабилитационный период.

Немаловажное значение имело время стационарного лечения и временной потери пациентами трудоспособности.

Период пребывания больных основной группы в стационаре составлял  $6,7 \pm 1,8$  койко-дней, в то время как в контрольной группе он равнялся  $11,2 \pm 1,2$  койко-дней.

Продолжительность нетрудоспособности больных в основной группе после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» равнялась  $18 \pm 4,2$  дней, а после подслизистой

геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» -  $14 \pm 4,2$  дней, в контрольной -  $25,8 \pm 3,8$  дней.

Как показали результаты проведенного исследования, длительность пребывания пациентов основной группы в стационаре существенно отличалась от пациентов контрольной группы. Низкий процент послеоперационных осложнений в основных группах позволил сократить время пребывания больных в стационаре и сроки нетрудоспособности.

Окончательное заживление и полную эпителизацию ран определяли визуально при каждом визите больного после выписки из стационара.

В основной группе после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» окончательное заживление ран фиксировали от 15 до 25 дней после выписки из стационара, а после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» этот процесс происходил значительно быстрее - от 12 до 17 суток, в контрольной группе - от 18 до 34 дней.

Полная эпителизация ран регистрировалась в пределах от 19 до 36, от 23 до 29 дней и от 30 до 45 дней - в первой основной и в контрольной группах соответственно.

Проследить отдаленные результаты операции удалось не у всех пациентов по различным причинам. Тем не менее, нам удалось проследить отдаленные результаты операции у 108 (90,0%) пациентов из основной, у 90 (90%) пациентов из контрольной групп.

**Таблица 3**

**Частота развития осложнений в отдаленном послеоперационном периоде**

Характер осложнений	Основная группа		Контрольная группа (n=90)	P
	Усовершенствованный способ геморроидэктомии с помощью «LigaSure» (n=74)	Подслизистая геморроидэктомия с применением «LigaSure» (n=34)		
Боль при дефекации	2 (2,7%)	-	6 (6,6%)	>0,05*
Стриктура анального канала	-	-	2 (2,2%)	
Анальная трещина	-	1 (2,9%)	2 (2,2%)	>0,05*
Недостаточность анального жома	-	-	1 (0,9%)	
Всего	2 (2,7%)	1 (2,9%)	11 (12,2%)	<0,05

В отдаленном послеоперационном периоде при контрольном осмотре 2 (2,7%) пациентов из основной группы после проведения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и 6 (6,6%) из контрольной жаловались на незначительную боль и чувство дискомфорта при каждой дефекации. При местном осмотре никаких патологических изменений, вызвавших данные жалобы, не было обнаружено. Вероятнее всего, это связано с находящимися там узлами из синтетических нитей, оставленных на ножке геморроидальных узлов во время операции (контрольная группа).

В контрольной группе у 2 (4,4%) пациентов заживление ран вторичным натяжением изменило эластичность стенок, а грубое рубцевание анального канала привело к сужению ануса II степени. Растяжение заднего прохода при акте дефекации вызвало у больных болезненные ощущения. Попытки консервативной терапии и бужирование не привели к положительному эффекту, им пришлось через 6 месяцев после первичной операции произвести повторную реконструктивную операцию (аноластика по Аминеву). В послеоперационном периоде больные получили курс консервативной терапии. Выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Ближайший и отдаленный послеоперационный периоды протекали без осложнений.

В основной группе после проведения подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» у одного (2,9%) и в контрольной группе у двух (2,2%) пациентов были выявлены трещины анального канала. Комплексное консервативное лечение разрешило данное осложнение и пациентам не потребовались повторные операции. Больные были выписаны из стационара, их состояние оценено как «хорошее».

Недостаточность анального жома выявлена у одного (0,9%) больного во второй (контрольной) группе. После адекватной подготовки ему провели сфинктеропластику. Послеоперационный период проходил без каких-либо осложнений, и пациент был выписан из стационара. Результат операции оценивали по беморивным ощущениям и данным сфинктерометрии. Результат лечения оценен как «хороший».

Рецидив геморроидальной болезни в течение 2 лет после операции был обнаружено у одного (0,8%) пациента основной (после проведения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата

«LigaSure») и у 3 (2,9%) пациентов контрольной групп. Рассыпчатый тип расположения геморроидальных узлов при первичной операции, а также продолжающееся воздействие отрицательных факторов, таких как злоупотребление спиртными напитками и острой соленой пищей, стали причинами развития рецидивов болезни. Больные госпитализировали и в плановом порядке при помощи аппарата «LigaSure» им выполнена геморроидэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Больные

выписаны из стационара. При опросе и при комплексном обследовании в отдаленном послеоперационном периоде состояние оценивали, как «хорошее». В основной группе, где была выполнена подслизистая геморроидэктомия аппаратом «LigaSure», рецидив геморроидальной болезни не отмечен.

У 108 пациентов основной группы и 90 контрольной в раннем и в отдаленном послеоперационном периодах с целью выявления функциональных отклонений провели опрос, а также с помощью сфинктерометрии была изучена запирающая функция сфинктерного аппарата прямой кишки. Было выявлено, что в основной группе в раннем послеоперационном периоде уже на 10-14 сутки отмечается постепенное восстановление запирающей функции сфинктера прямой кишки. Тогда как в второй (контрольной) группе после операции восстановление функции сфинктерного аппарата отмечается на 20-24 сутки. Спустя месяц статистически значимых различий в цифрах анального давления не было выявлено ни в основной, ни в контрольных группах. Быстрое восстановление функции сфинктерного аппарата прямой кишки объясняется минимальностью повреждения тканей во время геморроидэктомии при помощи аппарата «LigaSure» в основных группах.

С целью определения экономической выгоды методик лечения пациентов нами изучено и проведено в обеих группах сравнение таких параметров, как объем обезболивающих средств на каждого пациента в послеоперационном периоде, ближайшие и отдаленные послеоперационные осложнения, продолжительность пребывания больных в стационаре, сроки восстановления их трудоспособности, а также частота развития рецидивов геморроидальной болезни.

В основной группе после проведения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» наркотические препараты не использовались ни в одном случае, а после проведения подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» - по  $0,5 \pm 0,2$  мл для каждого больного.

В контрольной группе на каждого пациента было израсходовано по  $1,2 \pm 0,4$  мл наркотических препаратов. Ненаркотических обезболивающих средств в контрольной группе затрачено от 1,7 до 2,3 раз больше, по сравнению с основной группой.

Кроме этого, в контрольной группе в ближайшем на 12,1%, в отдаленном послеоперационном периоде на 9,6% чаще развивались осложнения, чем в основной группе, которым были применены усовершенствованные способы геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure», а по сравнению с подслизистой геморроидэктомией аппаратом «LigaSure» - на 12,9% соответственно осложнения встречались чаще.

Больные контрольной группы на 5 суток дольше находились в стационаре, чем в основной группе, этим пациентам от 9 до 11 дней

дольше потребовалось на восстановление трудоспособности, по сравнению с основной группой.

И, наконец, частота развития рецидива геморроидальной болезни в контрольной группе в течение 2 лет была 6,7%, в основной группе после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» этот показатель составил 1,7%, после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» рецидив не встречался ни у одного больного. В контрольной группе рецидивы болезни встречались почти от 4 до 6,7 раза больше, по сравнению с основной группой.

Таким образом, все представленные выше критерии сравнения свидетельствуют о том, что предлагаемые миниинвазивные методы лечения геморроя, такие как геморроидэктомия с помощью аппарата «LigaSure» и подслизистая геморроидэктомия с применением данного аппарата, намного выгоднее в экономическом плане, чем традиционная геморроидэктомия по методу Миллигана-Моргана во второй модификации ГНЦ колопроктологии. По экономическим выгодам методики геморроидэктомии, сравниваемые в настоящем исследовании, находятся в следующей последовательности: геморроидэктомия с помощью аппарата «LigaSure» – подслизистая геморроидэктомия с применением аппарата «LigaSure» – традиционная.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Усовершенствованные способы геморроидэктомии с использованием на этапах операции «LigaSure» при хроническом геморрое являются высокоэффективными, патогенетический обоснованными и радикальными методами, которые позволяют улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты операции.

2. Применение биполярной электрокоагуляции сосудов «LigaSure» при лечении хронического геморроя позволяет достичь быстрой репарации раны, по сравнению с традиционной геморроидэктомией, вследствие чего сокращается период реабилитации.

3. Геморроидэктомия с использованием аппарата «LigaSure» является эффективной, по сравнению с традиционной геморроидэктомией по методу Миллигана-Моргана, по критериям снижения выраженности послеоперационного болевого синдрома, реактивного отека перианальных тканей и тем самым минимизирует нарушение мочеиспускание и потребность пациентов в применении обезболивающих препаратов, а также уменьшает частоту развития ближайших (с 26,4% до 10,6%) и отдаленных (с 12,2% до 2,7%) послеоперационных осложнений.

4. При хирургическом лечении хронического геморроя с применением разработанных и усовершенствованных способов геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» получены хорошие результаты от 94,1% до 94,6% и удовлетворительные - от 5,4% до 5,9% у пациентов основной группы, по сравнению с пациентами контрольной группы, где хорошие результаты получены у 84,4%, удовлетворительные – у 8,9% и неудовлетворительные – у 6,7%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 FOR THE  
AWARD OF ACADEMIC DEGREES AT SAMARKAND STATE  
MEDICAL UNIVERSITY**

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**RAKHMATOV BAKHTIYOR KHAMZAEVICH**

**IMPROVING SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC  
HEMORRHOIDS**

**14.00.27 – Surgery**

**ABSTRACT OF DISSERTATION (PhD)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**Samarkand – 2025**

**The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under № B2024.2.PhD/Tib4705.**

The dissertation was completed at Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) and the Information and Educational Portal "Ziyonet" ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Research leader:** **Khujabaev Safarboy Tukhtabaevich**  
Doctor of Medical Sciences, Docent

**Official opponents:** **Mamaradjabov Sobirjon Ergashevich**  
Doctor of Medical Sciences, Docent

**Ibatullin Artur Albertovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Leading organization:** **Saratov State Medical University named after V.I.Razumovsky** (Russian Federation)

The defense will take place "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2025 at \_\_\_ hours at a meeting of the Scientific Council DSc.04/05.05.2023.Tib.102.03 at Samarkand State Medical University (Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Ankabai St. 6. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75; e-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz))

The dissertation can be found at the Information Resource Center of Samarkand State Medical University (registered under No. \_\_\_\_\_). Address: 140100, Republic of Uzbekistan, Samarkand, st. Amira Temura 18. Tel.: (+99866) 233-08-41; fax: (+99866) 233-71-75.

The abstract of the dissertation was sent out "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2025.

(mailing protocol register No. \_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_ 2025).

**N.N. Abdullaeva**

Chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**K.V. Shmirina**

Scientific Secretary of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences, Docent

**Z.B. Kurbaniazov**

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

## **INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)**

**Purpose of the study** is improving surgical treatment of chronic hemorrhoids using modern electrosurgical technologies "LigaSure".

**The object of the study** were 224 patients with chronic internal and combined hemorrhoids who were undergoing inpatient treatment in the proctology department of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University in the period from 2018 to 2023.

**The scientific novelty of the study is as follows:**

improved methods of hemorrhoidectomy for chronic hemorrhoids by using bipolar electrosurgery "LigaSure" at the stages of the operation;

the use of "LigaSure" at the stages of hemorrhoidectomy surgery for electrocoagulation of vessels is pathogenetically justified and allows for rapid wound healing and a reduction in rehabilitation periods;

hemorrhoidectomy using the "LigaSure" device is superior in terms of the effectiveness of the course of the immediate postoperative period in terms of the parameters of pain intensity, perianal tissue edema and postoperative bleeding in comparison with traditional surgical methods;

the effectiveness of the proposed improved methods of hemorrhoidectomy is clinically substantiated by improving the immediate and remote treatment results.

**Implementation of research results.** Based on the results of studies conducted to improve the surgical treatment of chronic hemorrhoids (conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated 11/16/2024 No. 09/34):

the first scientific novelty: the methods of hemorrhoidectomy for chronic hemorrhoids have been improved by using the bipolar electrosurgery "LigaSure" at the stages of the operation. Implementation of scientific novelty in practice: introduced into medical practice by the Samarkand City Medical Association dated 10/17/2024 by orders 3821-7-107-TB / 2024 and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center dated 10/17/2024 No. 377-U. Social efficiency of scientific novelty: for prevention of secondary postoperative bleeding the method of hemorrhoidectomy with the help of the device «LigaSure» has been improved and the method of submucous hemorrhoidectomy for internal localization of chronic hemorrhoids has been substantiated, which reduces the frequency of postoperative complications. Economic efficiency of scientific novelty: the average cost of inpatient treatment for 5 days is 2 576 480 soums (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). 855.3 thousand soums will be spent on all laboratory and instrumental examinations of patients. When performing the operation using bipolar electrosurgery LigaSure the period of inpatient treatment is reduced by 2 days, and the economic indicator is 1 110 500 soums (per patient). Conclusion: Improved methods of hemorrhoidectomy using LigaSure at the stages of the operation for chronic hemorrhoids are highly effective, pathogenetically substantiated and radical

methods that can improve both the immediate and long-term results of the operation.

the second scientific novelty: the use of LigaSure at the stages of the hemorrhoidectomy operation for electrocoagulation of vessels is pathogenetically substantiated and allows for rapid wound healing and a reduction in rehabilitation time. Implementation of scientific novelty in practice: introduced into medical practice by the Samarkand City Medical Association dated 10/17/2024 by orders 3821-7-107-TB / 2024 and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center dated 10/17/2024. 377-U. Social efficiency of scientific novelty: hemorrhoidectomy using the LigaSure device is accompanied by faster tissue healing, as a result of which the rehabilitation period is reduced. Economic efficiency of scientific novelty: the total cost is on average 1,280,600 soums (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). Considering that positive results were observed 2 times more often than recommended above in patients using LigaSure, the annual economic indicator is 3,821,500 soums. Conclusion: The use of bipolar electrocoagulation of vessels LigaSure in the treatment of chronic hemorrhoids allows for rapid wound reparation, compared to traditional hemorrhoidectomy, as a result of which the rehabilitation period is reduced.

the third scientific novelty: hemorrhoidectomy using the LigaSure device is superior in terms of the effectiveness of the course of the immediate postoperative period in terms of the intensity of pain syndrome, swelling of the perianal tissues and postoperative bleeding in comparison with traditional surgical methods. Implementation of scientific novelty in practice: introduced into medical practice by the Samarkand City Medical Association dated 10/17/2024 by orders 3821-7-107-TB / 2024 and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center dated 10/17/2024. 377-U. Social efficiency of scientific novelty: surgical treatment of chronic hemorrhoids using hardware-controlled bipolar electrocoagulation is superior in all parameters (duration of surgery, postoperative pain syndrome, time of patient's stay in hospital, frequency of complications, temporary disability and relapse of the disease) to traditional hemorrhoidectomy using the Milligan-Morgan method in the second modification, proposed at the State Scientific Center of Proctology. Economic efficiency of scientific novelty: With a decrease in the intensity of pain syndrome in the postoperative period after hemorrhoidectomy using the LigaSure device, the total cost usually averages 1,180,400 soums (according to the price list of the multidisciplinary clinic of Samara State Medical University). Conclusion: Hemorrhoidectomy using the LigaSure device is effective, compared to traditional hemorrhoidectomy using the Milligan-Morgan method, in terms of reducing the severity of postoperative pain syndrome, reactive edema of perianal tissues, and thereby minimizes urination disorders and the need for patients to use painkillers, and also reduces the incidence of immediate (from 26.4% to 10.6%) and remote (from 12.2% to 2.7%) postoperative complications.

fourth scientific novelty: the effectiveness of the proposed improved methods of hemorrhoidectomy is clinically substantiated by improving the immediate and remote treatment results. Implementation of scientific innovation in practice: implemented in medical practice of the Samarkand City Medical Association dated 17.10.2024 by orders 3821-7-107-TB / 2024 and the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center dated 17.10.2024. 377-U. Social efficiency of scientific innovation: the use of developed and improved minimally invasive methods of hemorrhoidectomy using the LigaSure device made it possible to obtain good immediate and long-term treatment results for chronic hemorrhoids of stages II - IV. Economic efficiency of scientific innovation: The average cost of treating patients in a hospital setting is usually 6,893,350 soums (according to the price list of the multidisciplinary clinic of SamSMU). Annual economic indicators, in turn, lead to savings of budget funds of up to 20%. Conclusion: In surgical treatment of chronic hemorrhoids using the developed and improved methods of hemorrhoidectomy with the LigaSure device, good results were obtained from 94.1% to 94.6% and satisfactory results were obtained from 5.4% to 5.9% in patients of the main group, compared with patients of the control group, where good results were obtained in 84.4%, satisfactory results were obtained in 8.9% and unsatisfactory results were obtained in 6.7%.

#### **Structure and scope of the dissertation.**

The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 119 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Рахматов Б.Х., Хужабаев С.Т. Новые технологии в хирургии хронического геморроя // Проблемы биологии и медицины. Самарканд 2024. -№ 4 (155) – С.197-200. (14.00.00; №19).
2. Рахматов Б.Х., Хужабаев С.Т. Выбор хирургического вмешательства при хроническом геморрое // Журнал биомедицины и практики. Самарканд 2024. -Том 9, № 5 – С.122-125. (14.00.00; №24).
3. Хужабаев С.Т., Рахматов Б.Х., Дусияров М.М. Динамика раневого процесса после геморроидэктомии // Журнал биомедицины и практики. Самарканд 2024. -Том 9, № 5 – С.126-132. (14.00.00; №24).
4. Хужабаев С.Т., Рахматов Б.Х., Саидов М.С. Отдалённые результаты хирургического лечения хронического геморроя // Проблемы биологии и медицины. Самарканд 2024. -№ 5 (156) – С.188-192. (14.00.00; №19).
5. Рахматов Б.Х., Хужабаев С.Т. Совершенствование хирургического лечения хронического геморроя с использованием «LigaSure» // International scientific Journal Research Focus. Tashkent 2024. – Т. 3. – №. 8. – С.136-142. (SJIF 6.577 / UIF 8.3).
6. Xujabaev S.T., Rakhmatov B.H. Dynamics of the Wound Process After Hemorrhoidectomy // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(12): 3224-3226 (14.00.00, №2).

**II бўлим (II часть; part II)**

7. Рахматов, Б.Х., Хужабаев, С.Т. (2024). Современные аспекты хирургии хронического геморроя (Обзор литературы). Central asian journal of education and innovation (Т. 3, Выпуск 6, сс. 51–55). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12178524>.
8. Рахматов Б.Х., Хужабаев С.Т. (2024). Сравнительный анализ методов хирургического лечения хронического геморроя: Роль технологии 'ligasure' в оптимизации результатов операций. Молодые ученые, 2(18), 136–137.
9. Рахматов Б.Х., Хужабаев С.Т. (2024). Эффективность и безопасность усовершенствованных методов геморроидэктомии с применением аппарата 'ligasure' в лечении хронического геморроя. Наука и инновация, 2(17), 106–107.
10. Rakhmatov B.Kh., Xujabayev S.T. Minimally invasive technologies in the surgical treatment of chronic haemorrhoids // Interna'onal Journal of Integra've and Modern Medicine. 582-584.
11. Рахматов Б.Х., Хужабаев С.Т., Дусияров М.М., Ахмедов Г.К.

Программа для диагностики и выбора тактики хирургического лечения геморроя // Ўзбекистон Республикаси Адлия Вазирлиги хузуридаги интеллектуал мулк агентлиги № DGU- 43469, 02.11.2024 йил.

12. Хужабаев С.Т., Рахматов Б.Х. Хирургическое лечение хронического геморроя // Методические рекомендации. 25.09.24 №2. Самарканд 2024 г. 29 С.