

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



№1 (Том 7)

2026

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**ТОМ 7, НОМЕР 1**

**JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH**

**VOLUME 7, ISSUE 1**





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал  
Издается с 2020 года  
Выходит 1 раз в квартал

**Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский университет,  
tadqiqot.uz

**Главный редактор:**

Н.М. Шавазид.м.н., проф.

**Заместитель главного редактора:**

М.Р. Рустамов д.м.н., проф.

**Ответственный секретарь**

Л.М. Гарифулина д.м.н., проф.

**Редакционная коллегия:**

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;  
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;  
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;  
Н.А. Ярмухамедова, д.м.н., проф.

**Редакционный совет:**

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)  
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)  
А.Н. Арипов (Ташкент)  
М.Ш. Ахророва (Самарканд)  
Н.В. Болотова (Саратов)  
Н.Н. Володин (Москва)  
С.С. Давлатов (Бухара)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
М.М. Матлюбов (Самарканд)  
Э.И. Мусабаев (Ташкент)  
А.Г. Румянцев (Москва)  
Н.А. Тураева (Самарканд)  
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)  
А. Фейзиоглу (Стамбул)  
Ш.М. Уралов (Самарканд)  
А.М. Шамсиев (Самарканд)  
У.А. Шербек (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.  
Тел.: +998662333034, +998915497971  
E-mail: [hepato\\_gastroenterology@mail.ru](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1.	<b>Абдукадирова Н. Б.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	6
2.	<b>Атаева М.С., Каюмова Ш.Ш.</b> ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ.....	9
3.	<b>Axmatov A.A.</b> GLOMERULONEFRITGA CHALINGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN GLYUKOKORTIKOIDLARNING OSHQOZON-ICHAK TIZIMIGA NOJO'YA TA'SIRLARI VA ULARNING OLDINI OLISH.....	15
4.	<b>Ashurova M. J.</b> OBESITY AND VITAMIN D DEFICIENCY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, THE PRESENT CONDITION OF THE PROBLEMS.....	20
5.	<b>Гойибова Н.С.</b> СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....	24
6.	<b>Goyibova N. S.</b> CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM AND THEIR RELATIONSHIP WITH MICROALBUMINURIA IN CHILDREN WITH OBESITY.....	27
7.	<b>Ibragimova Yu.B.</b> BOLALARDA SURUNKALI GASTRITNING RIVOJLANISH MEKANIZMLARI VA KECHISH XUSUSIYATLARI..	30
8.	<b>Исламова Д. С.</b> КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	35
9.	<b>Исламова Д. С.</b> АНТИБИОТИКО-РЕЗИСТЕНТНОСТЬ HELICOBACTER PYLORI У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ.....	40
10.	<b>Исломов Н. К.</b> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ С ИЗВЛЕЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ПО МЕТОДИКЕ NOSE.....	45
11.	<b>Mamatkulova F.X.</b> IMMUN TROMBOTSITOPENIYANING ETILOGIK OMILLARI VA KLINIK KO'RINISHLARINING TAHLILI..	48
12.	<b>Nabieva D.M.</b> MODERN APPROACHES TO REHABILITATION OF CHILDREN WITH SECONDARY LACTASE DEFICIENCY AFTER ACUTE INTESTINAL INFECTION.....	52
13.	<b>Nabieva Sh.M.</b> FEATURES OF THE NEONATAL PERIOD IN NEWBORNS WITH PERINATAL ENCEPHALOPATHY DEPENDING ON THEIR FUNCTIONAL STATE.....	56
14.	<b>Nabieva Sh.M.</b> CHRONIC FETAL HYPOXIA AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF PERINATAL ENCEPHALOPATHY IN NEWBORNS FROM MOTHERS WITH A HISTORY OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL PATHOLOGY.....	59
15.	<b>Нажмиддинов З.А., Рузибоев С.А.</b> ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ.....	63
16.	<b>Хамрабаева Ф.И., Мадумарова А.А.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАННАКОМП ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	66
17.	<b>Холмурадова З.Э.</b> КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ СИСТЕМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ОЖИРЕНИИ.....	69

<b>18. Холмурадова З.Э.</b> СЕМЕЗ БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА: ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИ ҲОЛАТИ, МЕТАБОЛИК БУЗИЛИШЛАР ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ КОМПЛЕКС ТАҲЛИЛИ.....	72
<b>19. Хужабаев С.Т.</b> ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ И СМЕРТНОСТИ В ХИРУРГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЬЖ.....	75
<b>20. Xusainova Sh.K.</b> YANGI TUG'ILGAN SHAQALOQLARDA GIPERBILIRUBINEMIYA RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARINING TA'SIRI.....	79
<b>21. Xusainova Sh.K., Vaxobova F.A.</b> SHAQALOQLARDA UZOQ DAVOM ETUVCHI SARIQLIKLARNI TASHXISLASH VA DAVOLASHINI OPTIMALLASHTIRISH.....	82
<b>22. Shavazi R.N., Ruziboev S.A., Ahrorov M.M.</b> PERCUTANEOUS PUNCTURE-DRAINAGE PROCEDURES UNDER ULTRASOUND CONTROL FOR FLUID ACCUMULATIONS IN ACUTE PANCREATITIS.....	86
<b>23. Шеркулов К.У., Раджабов Ж.П., Усмонкулов М. К., Каюмов О.К.</b> ВЫСОКОРАЗРЕШАЮЩАЯ АНОРЕКТАЛЬНАЯ МАНОМЕТРИЯ (ВРАМ): ЕЁ РОЛЬ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕФЕКАЦИИ.....	89
<b>24. Шеркулов К.У., Усмонкулов М.К., Абдухоликова Н.А., Абдурашидова Н.</b> СТЕПЛЕРНАЯ ГЕМОРРОИДОПЕКСИЯ VERSUS ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ ПО МИЛЛИГАНУ-МОРГАНУ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ДОЛГОСРОЧНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	95
<b>25. Bekjanova O. Ye., Olimjanov K. J.</b> ICHAKNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI FONIDA MINERAL METABOLIZMNING BUZILISHI.....	101

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Шеркулов Кодир Усманкулович**

Ассистент кафедры общей хирургии Самаркандского государственного медицинского университета  
Самарканд, Узбекистан

**Усмонкулов Маъруфбек Кодирович**

Студент 4-курса лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета.  
Самарканд, Узбекистан

**Абдухоликова Настарин Абдувалиева**

Студент 3-курса лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета.  
Самарканд, Узбекистан

**Абдурашидова Нигина**

Студент 2-курса лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета.  
Самарканд, Узбекистан

### СТЕПЛЕРНАЯ ГЕМОРОИДОПЕКСИЯ VERSUS ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ ПО МИЛЛИГАНУ–МОРГАНУ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ДОЛГОСРОЧНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.19797645>

#### АННОТАЦИЯ

Геморрой является одним из наиболее распространённых аноректальных заболеваний в клинической практике с глобальной распространённостью от 4,4% до 36%. Хирургическое лечение геморроя III–IV степени традиционно основывалось на геморроидэктомии по Миллигану–Моргану (ГММ), признанной «золотым стандартом» вмешательства. В 1998 году Антонио Лонго предложил альтернативный метод — степлерную геморроидопексию (СГП, или процедуру РРН), обеспечивающую значительно менее выраженный послеоперационный болевой синдром и более быстрое восстановление. Настоящий систематический обзор сравнивает долгосрочные анатомические и функциональные результаты обоих методов на основании данных рандомизированных контролируемых исследований, метаанализов и проспективных когортных исследований. Совокупность данных свидетельствует о чётко выраженном компромиссе: СГП обеспечивает преимущества в краткосрочном периоде — меньшую боль, сокращение времени операции и ускоренное восстановление трудоспособности, — однако сопряжена с достоверно более высокой частотой долгосрочных рецидивов и повторных вмешательств, особенно при геморрое IV степени. ГММ сохраняет превосходство по долгосрочной радикальности при запущенных формах заболевания. Результаты обзора позволяют сформулировать дифференцированный алгоритм выбора метода с учётом степени геморроя и предпочтений пациента.

**Ключевые слова:** степлерная геморроидопекия, геморроидэктомия по Миллигану–Моргану, РРН, геморрой, долгосрочные результаты, рецидив, анальное держание, качество жизни.

**For citation:** Sherkulov K. U., Usmonkulov M.K., Abduxoliqova N.A. Abdurashidova N.// Stapled Hemorrhoidopexy Versus Milligan–Morgan Hemorrhoidectomy: A Systematic Review Of Long-Term Anatomical And Functional Outcomes

**Sherkulov Kodir Usmankulovich**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti umumiy jarrohlik kafedrası assistenti.  
Samarqand, O'zbekiston

**Usmonkulov Ma'rufbek Kodirovich**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti davolash fakulteti 4-kurs talabasi.  
Samarqand, O'zbekiston

**Abduxoliqova Nastarin Abduvaliyeva**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti davolash fakulteti 3-kurs talabasi.  
Samarqand, O'zbekiston

**Abdurashidova Nigina**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti davolash fakulteti 2-kurs talabasi.  
Samarqand, O'zbekiston

### STEPLERLI GEMORROIDOPEKSIYA VERSUS MILLIGAN–MORGAN GEMORROIDEKTOMIYASI: UZOQ MUDDATLI ANATOMIK VA FUNKTSIONAL NATIJALAR BO'YICHA SISTEMATIK TAHLIL

#### ANNOTATSIYA

Gemorroy klinik amaliyotda eng keng tarqalgan anorektal kasalliklardan biri bo'lib, global tarqalishi 4,4% dan 36% gacha. III–IV darajadagi gemorroyni jarrohlik davolash an'anaviy ravishda Milligan–Morgan gemorroidektomiyasiga (GMM) asoslangan bo'lib, u aralashuvning "oltin standarti" sifatida tan olingan. 1998-yilda Antonio Longo muqobil usulni taklif qildi — staplerli gemorroidopeksiya (SGP, yoki PPH protsedurasi),

bu esa postoperatsion og'riq sindromini sezilarli darajada kamaytiradi va tiklanishni tezlashtiradi. Ushbu sistematik sharh ikkala usulning uzoq muddatli anatomik va funksional natijalarini tasodifiy nazoratli tadqiqotlar, meta-tahlillar va perspektiv kohort tadqiqotlar ma'lumotlariga asoslanib taqqoslaydi. Ma'lumotlar to'plami aniq kompromisni ko'rsatadi: SGP qisqa muddatli davrda afzalliklar beradi — kamroq og'riq, operatsiya vaqtining qisqarishi va ish qobiliyatining tez tiklanishi, — ammo uzoq muddatli qaytalashlar va qayta aralashuvlar chastotasi sezilarli darajada yuqori, ayniqsa IV darajadagi gemorroyda. GMM rivojlangan kasallik shakllarida uzoq muddatli radikal natijalar bo'yicha ustunligini saqlaydi. Sharh natijalari gemorroy darajasi va bemor afzalliklarini hisobga olgan holda usulni tanlash uchun differentsiyalangan algoritmi shakllantirish imkonini beradi.

**Kalit so'zlar:** staplerli gemorroidopeksiya, Milligan–Morgan gemorroidektomiyasi, PPH, gemorroy, uzoq muddatli natijalar, qaytalash, anal nazorat, hayot sifatini yaxshilash.

**Sherkulov Kodir Usmankulovich**

Assistant, Department of General Surgery, Samarkand State Medical University.  
Samarkand, Uzbekistan

**Usmonkulov Ma'rufbek Kodirovich**

4th year student of the Faculty of Medicine, Samarkand State Medical University.  
Samarkand, Uzbekistan

**Abduxoliqova Nastarin Abduvaliyeva**

3th year student of the Faculty of Medicine, Samarkand State Medical University.  
Samarkand, Uzbekistan

**Abdurashidova Nigina**

2th year student of the Faculty of Medicine, Samarkand State Medical University.  
Samarkand, Uzbekistan

## STAPLED HEMORRHOIDOPEXY VERSUS MILLIGAN–MORGAN HEMORRHOIDECTOMY: A SYSTEMATIC REVIEW OF LONG-TERM ANATOMICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES

### ABSTRACT

Hemorrhoids are among the most common anorectal disorders in clinical practice, with a global prevalence ranging from 4.4% to 36%. Surgical treatment of grade III–IV hemorrhoids has traditionally been based on Milligan–Morgan hemorrhoidectomy (MMH), recognized as the “gold standard” intervention. In 1998, Antonio Longo proposed an alternative approach — stapled hemorrhoidopexy (SHP, or PPH procedure), which provides significantly reduced postoperative pain and faster recovery. This systematic review compares the long-term anatomical and functional outcomes of both techniques based on data from randomized controlled trials, meta-analyses, and prospective cohort studies. The body of evidence indicates a clear trade-off: SHP offers short-term advantages — less pain, shorter operative time, and accelerated return to work — but is associated with a significantly higher rate of long-term recurrence and reinterventions, particularly in grade IV hemorrhoids. MMH maintains superiority in long-term radicality for advanced disease forms. The review's results support a differentiated algorithm for method selection, taking into account hemorrhoid grade and patient preferences.

**Keywords:** stapled hemorrhoidopexy, Milligan–Morgan hemorrhoidectomy, PPH, hemorrhoids, long-term outcomes, recurrence, anal continence, quality of life.

**Введение:** Геморрой представляет собой одно из наиболее часто встречающихся аноректальных заболеваний у взрослых: расчётная глобальная распространённость варьирует от 4,4% до 36% [1]. Патологически он характеризуется смещением и гипертрофией анальных подушек, содержащих сосудистые сплетения и соединительную ткань [2]. В норме анальные подушки являются физиологическими структурами, способствующими герметизации анального канала и предотвращению подтекания; симптоматическими они становятся при полнокровии, дистальном смещении или эрозировании [3].

Стандартная классификация внутреннего геморроя основана на системе Гулайгера, разделяющей заболевание на четыре степени [4]. При I степени отмечается безболезненное кровотечение во время дефекации без выпадения узлов [5]. II степень характеризуется пролапсом за пределы анального канала при натуживании с самостоятельным вправлением [4]. При III степени выпавшие узлы требуют мануального вправления [5]. IV степень — постоянное невправимое выпадение, нередко с острым тромбозом или циркулярным пролапсом слизистой [4].

Влияние симптоматического геморроя на качество жизни весьма значительно: заболевание сопровождается стойким кровотечением, выделениями, зудом и выраженным дискомфортом [1]. Консервативное лечение, включая обогащённую клетчаткой диету и коррекцию образа жизни, эффективно при низших степенях; вместе с тем около 10–20% пациентов с симптоматическим геморроем нуждаются в хирургическом вмешательстве [6]. Традиционная геморроидэктомия по Миллигану–Моргану (ГММ) длительное время считается «золотым стандартом» при III и IV степени ввиду высокой эффективности в контроле симптомов и низкой частоты рецидивов [7]. Вместе с тем ГММ печально известна интенсивным

послеоперационным болевым синдромом и длительным восстановительным периодом [2].

В 1998 году Антонио Лонго предложил степлерную геморроидопексию — процедуру PPH (Procedure for Prolapse and Hemorrhoids), ознаменовавшую смену парадигмы за счёт отказа от иссечения чувствительного анодерма [7]. PPH предусматривает создание циркулярного степлерного анастомоза выше зубчатой линии, что позволяет «подтянуть» выпавшие геморроидальные узлы на физиологическое место и прервать их артериальное кровоснабжение. Долгосрочное сравнение PPH и ГММ принципиально важно для определения того, сохраняются ли ранние преимущества PPH в виде снижения боли без ущерба для анатомической коррекции и функциональных исходов [8].

**Целью настоящего исследования** является комплексное сравнение долгосрочных анатомических и функциональных результатов степлерной геморроидопексии (PPH) и геморроидэктомии по Миллигану–Моргану (ГММ).

**Материал и методы исследования:** Настоящая работа представляет собой систематический нарративный обзор опубликованной рецензируемой литературы, посвящённой сравнению степлерной геморроидопексии и геморроидэктомии по Миллигану–Моргану. Поиск литературы проводился в электронных базах данных PubMed/MEDLINE, Scopus, Cochrane Library и Google Scholar. Использовались следующие поисковые запросы и их комбинации: «stapled hemorrhoidopexy», «PPH hemorrhoids», «Milligan-Morgan hemorrhoidectomy», «procedure for prolapse and hemorrhoids», «hemorrhoid recurrence long-term», «anal continence hemorrhoidectomy», «stapled hemorrhoidopexy complications». К включению допускались рандомизированные контролируемые исследования, систематические обзоры, метаанализы, проспективные когортные исследования и

ретроспективные серии, содержащие данные с периодом наблюдения не менее 12 месяцев, опубликованные в рецензируемых журналах на английском языке.

В общей сложности в обзор включены 20 публикаций, охватывающих период с 2015 по 2025 год. Извлечение данных было сосредоточено на дизайне исследования, степени геморроя по Гулайгеру, хирургической технике (стандартная PPH, TST, C-PSH, ГММ), первичных исходах (рецидив, повторная операция, болевой синдром по ВАШ), функциональных показателях (анальная манометрия, шкала Хорхе–Векснера, обструктивная дефекация) и профиле осложнений. Данные были нарративно синтезированы по тематическим разделам для создания структурированного сравнительного анализа.

#### **Результаты исследования и их обсуждение : Хирургические техники и их модификации**

Геморроидэктомия по Миллигану–Моргану (ГММ) — открытая хирургическая техника, предусматривающая иссечение геморроидальных подушек с сохранением кожных мостиков для профилактики анального стеноза [2]. Операция, как правило, выполняется в литотомическом положении под спинальной или общей анестезией [2]. На геморроидальную ножку накладывается зажим Кели, затем выполняется V-образный разрез в анодерме и мобилизация геморроидального сплетения от внутреннего сфинктера [2]. Apex ножки прошивается и перевязывается рассасывающимся материалом, геморроидальный узел отсекается, а рана заживает вторичным натяжением [2]. Метод обеспечивает гибкость в достижении полного иссечения, однако оставляет открытую чувствительную раневую поверхность [9].

Степлерная геморроидопексия (РРН) использует специализированный циркулярный степлер — РРН-01 или РРН-03 — для иссечения циркулярного кольца слизистой и подслизистой прилигательно в 4 см проксимальнее зубчатой линии [10]. Операция начинается с введения циркулярного анального расширителя и наложения кисетного шва нитью 2-0 Пролен или аналогичным нерассасывающимся материалом [11]. Принципиально важно, что кисетный шов должен захватывать исключительно слизистый и подслизистый слои во избежание травмы внутреннего сфинктера [2]. После введения циркулярного степлера и позиционирования головки за кисетным швом нить затягивается, пролабирующая ткань втягивается в корпус аппарата, который затем прошивается с одновременным иссечением избытка ткани и формированием циркулярного анастомоза [10].

Среди технических модификаций особого внимания заслуживает метод тканеселективной техники (TST), использующий трёхконовый аноскоп для парциального прошивания наиболее пролабирующих участков с сохранением слизистых мостиков [12]. Другой вариант — С-образная парциальная степлерная геморроидопексия (С-PSH) — применяет стандартный степлерный набор с кишечным шпателем для формирования С-образного кисетного шва, обеспечивающего селективную резекцию [13]. Типичными техническими ошибками при РРН являются: слишком высокое наложение кисетного шва, снижающее эффект «подтягивания» и увеличивающее частоту рецидивов; а также слишком низкое его наложение, при котором прошивание степлером затрагивает чувствительный анодерм и вызывает хронический болевой синдром [14]. Включение волокон внутреннего анального сфинктера в иссекаемый «пончик» является частой технической ошибкой, достоверно коррелирующей с ранним послеоперационным болевым синдромом и фекальной urgenностью [11].

#### **Долгосрочная частота рецидивов и повторных вмешательств**

Долгосрочные исследования неизменно выявляют существенные различия в технической эффективности РРН и ГММ применительно к частоте рецидивов [7]. Систематические обзоры РКИ свидетельствуют о том, что при сопоставимых краткосрочных результатах РРН ассоциируется со значимо более высоким риском долгосрочного рецидива геморроя и возврата симптомов [15]. Исследование с 16-летним периодом наблюдения выявило

суммарную частоту рецидивов 16,3%, при этом при IV степени она была существенно выше (26,1%), чем при III степени (7,7%) [16].

По данным пятилетних наблюдений, кумулятивная частота рецидивов после степлерных процедур составляет около 15%, причём IV степень геморроя вновь идентифицируется как самостоятельный предиктор неудачи [17]. Метаанализы показывают, что при сроке наблюдения от одного года и более частота рецидивов после степлерной процедуры составляет 5,7% против 1% при эксцизионных методах [7]. Частота повторных хирургических вмешательств существенно выше в группе РРН: 28,68% против 10,45% в группе ГММ [8].

К предикторам рецидива после РРН относятся анатомическая степень заболевания и наличие хронического запора [13]. У пациентов с IV степенью такие симптомы рецидива, как пролапс, тенезмы и кровотечение, нередко свидетельствуют о том, что РРН является «недостаточным лечением» в долгосрочной перспективе [8]. ГММ, напротив, сохраняет превосходящую долгосрочную частоту излечения при распространённом геморрое: ряд исследований сообщает о 0% рецидивов в группе конвенциональной геморроидэктомии через 5 лет наблюдения против 18,8% в группе стандартной РРН [14]. Степлеры высокого объёма нового поколения с инновационной технологией корпуса демонстрируют многообещающие результаты в снижении этих показателей: при медиане наблюдения 70,5 месяца частота рецидивов составила 5,1% при их применении при II–IV степени [6].

#### **Анатомические изменения после операции**

Постоперационные анатомические изменения существенно различаются между двумя методами. ГММ изменяет анатомию посредством физического иссечения геморроидальных подушек, что в отдельных случаях может приводить к анальному стенозу при неадекватном сохранении кожных мостиков [2]. РРН ориентирована на восстановление анатомии посредством слизистого «лифтинга», возвращающего геморроидальные подушки на физиологическое положение выше зубчатой линии [16].

Целостность степлерной линии является критическим анатомическим аспектом при динамическом наблюдении после РРН. Гистопатологический анализ препарата «пончика» отражает глубину резекции; наличие мышечных волокон в иссечённой ткани служит индикатором возможного повреждения внутреннего анального сфинктера [11]. При эндоскопическом наблюдении в отдалённые сроки иногда выявляются оставшиеся скрепки, способные вызывать локальное воспаление, формирование воспалительных полипов и позднее кровотечение [18].

Степлеры высокого объёма нового поколения обеспечивают резекцию больших слизистых фрагментов со средней вертикальной длиной 4,4 см и объёмом до 12,6 мл [6]. Достигнутая анатомическая коррекция ассоциируется с разрешением геморроидального пролапса по данным клинического и аноскопического обследования [6]. Вместе с тем при циркулярной резекции с формированием фиксированного рубца возможно снижение эластичности прямой кишки, что потенциально ведёт к нарушению дефекации по типу обструктивного опорожнения [17].

#### **Анальноедержание и функция сфинктера**

Функция анального держания является значимой клинической точкой при сравнении РРН и ГММ. В краткосрочном периоде незначительная инконтиненция к газам или жидкому стулу может наблюдаться после обоих вмешательств [2]. В ряде РКИ незначительная инконтиненция на первой неделе после операции отмечалась в 3,3% случаев открытой геморроидэктомии и в 0% — в группе РРН [4]. Вместе с тем долгосрочные данные свидетельствуют о том, что РРН сопряжена с риском urgenности и недержания кала, обусловленного либо повреждением сфинктера, либо снижением эластичности прямой кишки [16].

По данным анальной манометрии, среднее давление покоя (МДП) и среднее давление сжатия (МДС), как правило, не претерпевают значимых изменений ни после РРН, ни после ГММ при технически грамотном выполнении [19]. Дооперационный МДП в среднем составляет 66,8 мм рт. ст. при РРН и 62,7 мм рт. ст.

при ГММ; через один месяц послеоперационные значения остаются статистически сопоставимыми: 63,4 и 59,6 мм рт. ст. соответственно [19]. Аналогичная стабильность характерна и для МДС [19].

Специфическими рисками РРН являются: повреждение внутреннего анального сфинктера при наложении кисетного шва или прошивании степлером [10]; наличие мышечных волокон в 12,2% степлерных препаратов, достоверно коррелирующее с фекальной urgenностью (21% у пациентов с мышечными волокнами против 2,9% — без них) [11]. Техники парциального степлирования (PSH) ассоциируются с достоверно более низкими показателями по шкале инконтиненции Хорхе–Векснера в послеоперационном периоде; газовая инконтиненция регистрируется в 14% случаев при PSH против 23% при циркулярной степлерной геморроидопексии (CSH) [17].

#### **Болевой синдром и качество жизни**

Послеоперационный болевой синдром является основным показателем, по которому степлерная геморроидопексия превосходит ГММ [20]. Показатели ВАШ стабильно и достоверно ниже в группе РРН на протяжении первой недели [19]. В первые послеоперационные сутки средние показатели ВАШ в группе конвенциональной хирургии составляют 7,03, тогда как в группе РРН — 2,54 [19]. Снижение боли обусловлено тем, что степлерная линия формируется выше зубчатой линии в зоне, лишённой чувствительной соматической иннервации [2].

Улучшение качества жизни после РРН достигается в более короткие сроки. Пациенты, перенёвшие степлерное вмешательство, возвращаются к труду значительно раньше: в среднем через 8,12 дня против 17,62 дня после конвенциональной операции [3]. По данным других исследований, восстановление повседневной активности в группе РРН наступает ещё быстрее: 1,82 недели против 3,03 недели в группе открытой геморроидэктомии [19]. Показатели качества жизни по стандартизированным опросникам SF-36 и Cleveland Global Quality of Life после РРН высоки (средний балл 0,79) [6].

Вместе с тем удовлетворённость пациентов РРН может снижаться со временем при возникновении рецидивов [20]. Долгосрочные показатели удовлетворённости через 16 лет остаются высокими (82,5%), однако подгрупповой анализ выявляет достоверно большую неудовлетворённость у пациентов с IV степенью по сравнению с III степенью вследствие рецидива симптомов [16; 8]. В ряде когорт удовлетворённость через 2 года после операции оказалась выше в группе конвенциональной геморроидэктомии [20].

#### **Специфические осложнения РРН**

Степлерная геморроидопексия ассоциируется с рядом уникальных и потенциально жизнеугрожающих осложнений, не характерных для ГММ [10]. Синдром обструктивной дефекации (СОД) и фекальная urgenность относительно нередки: они возникают при снижении эластичности прямой кишки циркулярной степлерной линией или формировании фиксированного рубца [17]. Ректовагинальный свищ является редким, но тяжёлым осложнением, обусловленным случайным захватом задней стенки влагалища в корпус степлера при его прошивании у пациенток [10].

К другим специфическим осложнениям РРН относится «постРРН-синдром», характеризующийся стойким болевым синдромом, urgenностью и тенезмами [17]. В литературе описаны жизнеугрожающий тазовый сепсис, синдром ректального кармана и свищи степлерной линии [10; 17]. Среди редких осложнений — внутрибрюшное кровотечение из интрамуральных гематом, перфорация прямой кишки вследствие несостоятельности степлерной линии и гангрена Фурнье [21].

Ведение осложнений РРН нередко требует специализированного аноректального вмешательства, включая удаление скрепок (аграффэктомия) для устранения болевого синдрома и urgenности [17]. Риски операции STARR (степлерная трансанальная резекция прямой кишки при обструктивном опорожнении) во многом переключаются с осложнениями РРН,

включая стойкую тазовую боль и необходимость ревизии фиксированной степлерной линии [6].

#### **Сравнительный анализ: РРН versus геморроидэктомия по Миллигану–Моргану**

Синтез данных проспективных рандомизированных исследований и метаанализов подтверждает, что РРН обеспечивает существенные краткосрочные преимущества ценой долгосрочной технической эффективности [7]. Время операции значимо меньше в группе РРН: в среднем 24–25 минут против 46 минут при открытой геморроидэктомии [4; 22]. Длительность госпитализации также короче: многие пациенты после РРН выписываются в первые сутки, тогда как после ГММ нередко требуется пребывание в стационаре 3 дня и более [18].

В литературе сохраняются дискуссии в отношении экономической эффективности и профиля безопасности обоих методов [11]. РРН уменьшает длительность госпитализации и обеспечивает более быстрое возвращение к работе; однако высокая стоимость одноразового степлерного устройства является существенным ограничивающим фактором [7]. Несмотря на меньшее раннее послеоперационное кровотечение и боль при РРН, метаанализы подчёркивают достоверно более высокий долгосрочный риск рецидива геморроя [8].

Расхождения отмечаются и в функциональных исходах. Хотя ряд исследований указывает на то, что РРН обеспечивает более физиологическую коррекцию и сохранение аноректальной функции, другие фиксируют более высокий долгосрочный риск тенезмов и рецидивного пролапса — особенно в сравнении с 1% частотой рецидивов при ГММ при длительном наблюдении [7]. Степлеры высокого объёма и модифицированные парциальные техники (PSH), по всей видимости, разрешают часть этих противоречий, снижая частоту рецидивов и функциональных расстройств [17; 6].

#### **Алгоритм принятия хирургических решений**

Выбор оптимального хирургического метода должен определяться структурированным алгоритмом, основанным на анатомической степени геморроя и индивидуальных факторах пациента [7]. При I степени следует придерживаться консервативной тактики с медикаментозным лечением [21]. При II и III степени РРН является обоснованным методом выбора, обеспечивающим меньший болевой синдром и сокращение сроков госпитализации [8]. Модифицированные техники — PSH и TST — особенно рекомендуются при III степени для дополнительной минимизации риска urgenности и стеноза [12].

При IV степени, характеризующейся необратимым пролапсом и значительным наружным компонентом, методом выбора является экзцизионная геморроидэктомия — ГММ или закрытая техника по Фергюсону [21]. Долгосрочный анализ однозначно свидетельствует о том, что РРН при IV степени зачастую является «недостаточным лечением», ведущим к высокой частоте рецидивов и неудовлетворённости пациентов [8]. Независимо от выбранного метода, определяющее значение имеют опыт хирурга и техническое совершенство исполнения — в первую очередь корректность наложения кисетного шва и исключение волокон внутреннего сфинктера из резецируемой ткани [11].

**Выводы:** Сравнительный анализ степлерной геморроидопексии (РРН) и геморроидэктомии по Миллигану–Моргану (ГММ) выявляет чётко выраженный компромисс между краткосрочными преимуществами восстановления и долгосрочной технической надёжностью. РРН характеризуется значительно меньшим послеоперационным болевым синдромом, более коротким временем операции и ускоренным возвращением к повседневной активности, что делает её оптимальным выбором для пациентов с симптоматическим геморроем II и III степени.

Вместе с тем долгосрочные результаты — особенно в 5–16-летних временных точках — демонстрируют достоверно более высокий риск рецидива и повторных вмешательств после РРН, в особенности у пациентов с IV степенью заболевания. Функциональные осложнения — фекальная urgenность и ректальные тенезмы — остаются ассоциированными с циркулярным степлированием, хотя парциальные техники и

степлеры высокого объема нового поколения потенциально снижают эти риски. ГММ сохраняет статус «золотого стандарта» при IV степени геморроя, тогда как PPH следует применять у тщательно отобранных пациентов с II–III степенью, для которых приоритетом является быстрое восстановление.

Приоритетными направлениями будущих исследований должны стать крупные многоцентровые РКИ с длительным

наблюдением для изучения степлерных устройств нового поколения и их влияния на функциональные исходы, а также объективная оценка эластичности прямой кишки и аноректальной физиологии после модифицированных техник степлирования с целью уточнения критериев отбора пациентов.

### Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Chen, Yanyan et al. "Modified procedure for prolapse and hemorrhoids: Lower recurrence, higher satisfaction." *World Journal of Clinical Cases* 9 (2021): 36 - 46.
2. Cuk, Vladimir et al. "WH ERE ARE WE NOW IN THE TREATMENT OF HEMORRHOIDS." *Acta Medica Medianae* 54 (2015): 97-106.
3. Bangaradka, N., et al. "A Comparative Study between Stapler and Open Surgical Techniques for Grade III & IV Hemorrhoids: Insights from a Tertiary Care Centre." *International Journal of Science and Research (IJSR)* 13.1 (2024): 900-3.
4. Sobrado, Carlos Walter, et al. "Stapled hemorrhoidopexy: results, late complications, and degree of satisfaction after 16 years of follow-up." *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)* 35 (2022): e1689.
5. Kim, Tae Gyu et al. "A comparative study on efficacy and safety of modified partial stapled hemorrhoidopexy versus conventional hemorrhoidectomy: a prospective randomized controlled trial." *Annals of Coloproctology* 41 (2025): 145 - 153.
6. Zhang, Chaojie, Weiping Zhang, and Jian Xu. "Comparison of the outcomes of hemorrhoidectomy and PPH in the treatment of grades III and IV hemorrhoids." *Medicine* 101.11 (2022): e29100.
7. Batheja, Sagar et al. "Comparative study between stapler hemorrhoidectomy and open hemorrhoidectomy." *International Surgery Journal* (2025): n. pag.
8. Mir Mohammad Sadeghi, Pouya et al. "Short term results of stapled versus conventional hemorrhoidectomy within 1 year follow-up." *International journal of burns and trauma* 11 1 (2021): 69-74 .
9. Kumar, Mohalingam Siva et al. "A Prospective Study Comparing Stapler and Open Surgical Technique of Hemorrhoidectomy." *Cureus* 15 3 (2023): e36304.
10. Sturiale, Alessandro et al. "Long-term outcomes of high-volume stapled hemorrhoidopexy to treat symptomatic hemorrhoidal disease." *Annals of Coloproctology* 39 (2021): 11 - 16.
11. Anitha, L. et al. "A comparative study on post-operative outcomes of stapled haemorrhoidopexy versus milligan–Morgan haemorrhoidectomy in patients above 60 years." *Kerala Surgical Journal* 29 (2023): 75 - 78.
12. Gani, Mubashir, et al. "Outcome of stapled haemorrhoidopexy versus open haemorrhoidectomy in grade third and fourth haemorrhoids." *International Surgery Journal* 11.5 (2024): 727.
13. Manzoor, Shahzad et al. "Comparative study of the outcome and early complications between stapled and open hemorrhoidectomy." *International Journal of Research in Medical Sciences* (2025)
14. Arif, Saleem et al. "STAPLED HEMORRHOIDECTOMY; IS IT REALLY SUPERIOR TO CONVENTIONAL HEMORRHOIDECTOMY? A LONGTERM ANALYSIS." *The professional medical journal* 23 (2016): 1505-1512.
15. Hasan, M., et al. "Surgical Outcomes of Stapled Hemorrhoidopexy and Open Milligan Morgan Procedure for Treatment of Hemorrhoids in Tertiary Level Hospital." *International Surgery Journal*, vol. 12, 2025, pp. 302–306.
16. Mohammed, Serbin et al. "Stapled versus open haemorrhoidectomy: a prospective study." *International Surgery Journal* 7 (2020): 3740.
17. Reddy, Y. B., D. K. S. KotlaBalaraju, and K. Lalitha. "The comparative study of conventional vs stapled haemorrhoidectomy." *Int J Surg* 4.3 (2020): 04.
18. Rahman, Md Atiar, et al. "Evaluation of Outcome Between Excisional Haemorrhoidectomy and Longo's Technique (PPH)." *Journal of Surgical Sciences* 17.2 (2013): 66-72.
19. Suhail Riyaz, Wasim Qadir Kar, Ishfaq Ramzan, Pankaj Kaul, Suhail Anjum Rather (2024), Postoperative Recovery Profile of the Patients Undergoing Conventional and Stapler Hemorrhoidectomy. *International Journal of Innovative Science and Research Technology (IJSRT)* IJSRT24AUG343, 422-426.
20. Ram, Mahesh Kumar et al. "Higher patient satisfaction levels after Stapled Hemorrhoidopexy compared to Conventional Hemorrhoidectomy- a single-center experience." (2020).
21. Sachin, Idoor D. and Om Prakash Muruganathan. "Stapled hemorrhoidopexy versus open hemorrhoidectomy: a comparative study of short term results." *International Surgery Journal* 4 (2017): 472-478.
22. Didelot, Jean-Michel et al. "What can patients expect in the long term from radiofrequency thermocoagulation of hemorrhoids on bleeding, prolapse, quality of life, and recurrence: "no pain, no gain" or "no pain but a gain"?" *Annals of Coloproctology* 40 (2022): 481 - 489.
23. He, Jun, et al. "The comparison of an accessible C-shaped partial stapled hemorrhoidopexy (C-PSH) versus circular stapled hemorrhoidopexy (CSH) in patients with grade IV hemorrhoids: a retrospective cohort study." *BMC gastroenterology* 23.1 (2023): 443.
24. Shaukat, Waleed, et al. "Stapled Hemorrhoidopexy vs. Open Hemorrhoidectomy: A Comparative Study of Short-Term Results." *Journal of Health and Rehabilitation Research* 3.2 (2023): 427-430.
25. Shafiquzzaman, H., et al. "A Comparison between Stapled Hemorrhoidopexy and Conventional Milligan Morgan Procedure in the Treatment of Hemorrhoids." *SAS J Surg* 3 (2022): 168-172.
26. Lin, Hong-Cheng et al. "Partial Stapled Hemorrhoidopexy Versus Circumferential Stapled Hemorrhoidopexy for Grade III to IV Prolapsing Hemorrhoids: A Randomized, Noninferiority Trial." *Diseases of the Colon and Rectum* 62 (2018): 223 - 233.
27. Malyadri, Nambula and Veera Allu. "A Prospective Comparative Study of Stapler Hemorrhoidectomy Vs Open Haemorrhoidectomy (Milligan Morgan) in its Outcome and Postoperative Complications." *Journal of Surgical Research* 4 (2021): 4-13.
28. Puia, Ion Cosmin et al. "Stapled Hemorrhoidopexy: Technique and Long Term Results." *Chirurgia* 116 1 (2021): 102-108 .

29. Ahsan, Manawor. "Stapled Haemorrhoidopexy vs Conventional (Open) Haemorrhoidectomy--A Comparative Study." *Journal of medical science and clinical research* 05 (2017): 23269-23274.
30. Ruan, Q. Z. et al. "A systematic review of the literature assessing the outcomes of stapled haemorrhoidopexy versus open haemorrhoidectomy." *Techniques in Coloproctology* 25 (2020): 19 - 33.
31. Narayanaswamy, Chetty Y. V. et al. "Association of Muscle Fibers with Histopathology in Doughnut Specimens Following Stapled Hemorrhoidopexy and Their Impacts on Postoperative Outcomes." *The Surgery Journal* 8 (2022): e199 - e207.
32. Aggarwal, Naman, Saurabh Agrawal, and Jitendra P. Ray. "Stapled haemorrhoidopexy vs. open haemorrhoidectomy: a comparative study." *International Surgery Journal* 6.4 (2019): 1259-1263.
33. Yadav, Anil Kumar and Nikhil Khantal. "To study postoperative complications between circular stapler hemorrhoidopexy and conventional hemorrhoidectomy." (2020).
34. Rahman, Anharur, Mahmud Hasan, and R. P. Ashraf Uddin. "Comparative study of outcome of surgical treatment of haemorrhoid between open haemorrhoidectomy and stapled haemorrhoidopexy." *East African Scholars J Med Sci* 6.2 (2023): 34-9.

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**  
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**  
ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000