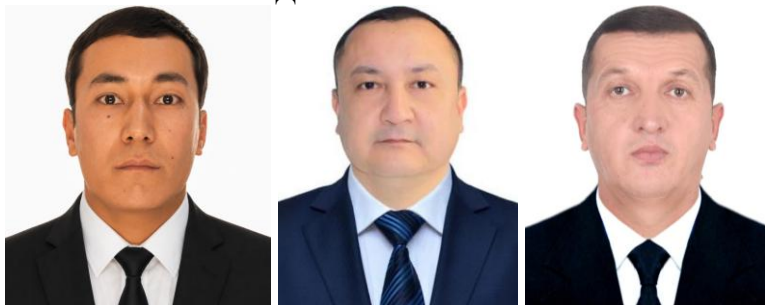


АСОРАТЛАНГАН ГЕМОРОЙДА МОДИФИКАЦИЯЛАНГАН ГЕМОРОИДЭКТОМИЯНИНГ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИ



Комилов Махмуд Абдирахмон ўгли, Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич,
Дусияров Мухаммад Мукумбаевич
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ГЕМОРОЕ

Комилов Махмуд Абдирахмон угли, Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич,
Дусияров Мухаммад Мукумбаевич
Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

CLINICAL EFFECTIVENESS OF MODIFIED HEMORRHOIDECTOMY IN COMPLICATED HEMORRHOIDS

Komilov Mahmud Abdirahmon ugli, Khujabaev Safarboy Tukhtabaevich,
Dusiyarov Muhammad Mukumbaevich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада асоратланган геморройни хирургик даволаш натижалари модификацияланган геморроидэктомия ва анъанавий ёпиқ геморроидэктомия усуллари асосида қиёсий таҳлил қилинди. Тадқиқот 2019–2024 йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университети клиникасининг проктология бўлимида даволанган 346 нафар бемор материалларига асосланди. Асосий гуруҳни модификацияланган усулда операция қилинган 176 нафар, назорат гуруҳини эса анъанавий ёпиқ геморроидэктомия бажарилган 170 нафар бемор ташкил этди. Модификацияланган усулнинг асосий моҳияти ички геморроидал тугунлар қон томир оёқчалари культясини шиллиқ ости қаватида ботириши ва аналь канал шиллиқ қаватини радиал йўналишида эҳтиёткорлик билан тиклашдан иборат бўлди. Таклиф этилган ёндашув эрта операциядан кейинги асоратлар улушини 14,7% дан 3,9% гача, узоқ муддатли асоратларни 14,1% дан 3,2% гача камайтиришига имкон берди. Олинган маълумотлар модификацияланган геморроидэктомиянинг асоратланган геморройда хавфсиз, техник жиҳатдан асосланган ва клиник самарали усул эканини кўрсатади.

Калит сўзлар: асоратланган геморрой, геморроидэктомия, постгеморрагик анемия, тромбланган геморрой, аналь канал стриктураси, операциядан кейинги асоратлар, модификацияланган усул.

Abstract. The article presents a comparative analysis of surgical outcomes in patients with complicated hemorrhoids treated by modified hemorrhoidectomy and conventional closed hemorrhoidectomy. The study included 346 patients treated at the proctology department of Samarkand State Medical University Clinic during 2019–2024. The main group consisted of 176 patients operated on using the modified technique, while the control group included 170 patients who underwent conventional closed hemorrhoidectomy. The modified technique, based on submucosal immersion of the vascular pedicle stump of excised internal hemorrhoidal nodes and careful radial closure of the anal canal mucosa, reduced early postoperative complications from 14.7% to 3.9% and long-term complications from 14.1% to 3.2%.

Keywords: complicated hemorrhoids, hemorrhoidectomy, posthemorrhagic anemia, thrombosed hemorrhoids, anal canal stricture, postoperative complications, modified technique.

Кириш. Геморрой тўғри ичак ва аналь канал соҳасининг энг кўп учрайдиган проктологик касалликларидан бири бўлиб, унинг клиник кечиши фақат маҳаллий ноқулайликлар билан чекланиб қолмасдан, беморнинг меҳнат қобилияти, ижтимоий фаоллиги ва ҳаёт сифатига

ҳам сезиларли таъсир кўрсатади. Айниқса қон кетиш, постгеморрагик анемия, ички геморроидал тугунларнинг доимий тушиши, тромбоз, яллиғланиш ва некротик ўзгаришлар билан кечувчи асоратланган шакллар хирургик амалиётда мураккаб клиник ҳолатлар қаторига

киради [1, 3, 4]. Бундай беморларда даволаш тактикаси нафақат гемorroидал тугунларни радикал бартараф этиш, балки операциядан кейинги қон кетиш, оғриқ синдроми, аналь канал стриктураси ва сфинктер етишмовчилиги каби асоратларнинг олдини олишга қаратилган бўлиши лозим.

Сўнгги йилларда проктология амалиётида классик Миллиган–Морган операцияси, Фергюсон усули, степлерли гемorroидопексия, доплер-назоратли гемorroидал артериялар дезартеризацияси, LigaSure ва лазер гемorroидопластика каби турли хирургик технологиялар қўлланилмоқда [10, 11, 12, 15, 18]. Ушбу усулларнинг ҳар бири муайян афзалликларга эга бўлса-да, асоратланган гемorroйда уларнинг самарадорлиги касаллик босқичи, тугунлар ҳажми, қон кетиш интенсивлиги, тромбоз даражаси, аналь канал шиллик қавати ҳолати ва беморнинг умумий соматик фонига боғлиқ равишда фарқ қилади. Шу сабабли, асоратланган шаклларда универсал хирургик ёндашув мавжуд эмаслиги муаммонинг долзарблигини янада оширади [13, 16].

Анъанавий ёпиқ гемorroидэктомия радикаллик жиҳатидан ишончли усул ҳисобланса-да, у операциядан кейинги оғриқ синдроми, эрта қон кетиш, сийдик тугилиши, дефекацияда оғриқ ва қийинлашиш, кейинчалик эса аналь канал деформацияси, стриктура, аналь ёриқ ва сфинктер функциясининг пасайиши билан асоратланиши мумкин [2, 8]. Бундай асоратларнинг бир қисми техник омиллар, жумладан, ички гемorroидал тугунлар қон томир оёқчалари культясининг аналь канал бўшлиғида қолиши, шиллик қаватнинг ортиқча кенг иссиқция қилиниши ва жароҳат юзаларида яллиғланиш жараёни ривожланиши билан боғлиқ.

Ўзбекистонда ҳам проктологик касалликларни, хусусан, гемorroйнинг асоратланган шакллари даволаш бўйича хирургик технологияларни такомиллаштиришга катта эътибор қаратилмоқда. Самарқанд илмий мактаби ва бошқа маҳаллий тадқиқотларда гемorroидэктомия техникасини кам травматик, қон кетиш хавфи паст ва реабилитация муддати қисқа бўлган шаклда модификация қилиш зарурлиги таъкидланади [1, 3, 5, 6, 7, 9]. Шу нуқтаи назардан, қон томир оёқчалари культясини шиллик ости қаватига ботиришга асосланган модификацияланган гемorroидэктомиyani клиник жиҳатдан баҳолаш муҳим илмий ва амалий аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади асоратланган гемorroйда модификацияланган гемorroидэктомиyaning клиник самарадорлигини анъанавий ёпиқ гемorroидэктомия натижалари билан қиёсий баҳолаш, эрта ва узок муддатли

операциядан кейинги асоратлар частотасини таҳлил қилишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар. Тадқиқот 2019–2024 йиллар давомида Самарқанд давлат тиббиёт университети клиникасининг проктология бўлимида стационар шароитда текширувдан ўтган ва хирургик даволанган 346 нафар асоратланган гемorroйли бемор материалларига асосланди. Беморлар операция усулига кўра икки гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳга 176 нафар бемор киритилди, уларда таклиф этилган модификацияланган гемorroидэктомия бажарилди. Назорат гуруҳини 170 нафар бемор ташкил этиб, уларда анъанавий ёпиқ гемorroидэктомия амалга оширилди. Беморлар ёши 17 ёшдан 75 ёшгача бўлиб, умумий контингентда 218 нафар эркак (63,0%) ва 128 нафар аёл (37,0%) мавжуд эди. Энг катта улушни меҳнатга лаёқатли ёшдаги, яъни 21–60 ёшли беморлар ташкил қилди - 326 нафар (94,2%).

Клиник материалнинг тузилиши асоратланган гемorroй шакллари бўйича таҳлил қилинди. 126 нафар беморда (36,4%) сурункали гемorroй қон кетиш ва постгемorroгик анемия билан кечган, 113 нафар беморда (32,6%) ички тугунлар ва тўғри ичак шиллик қаватининг доимий тушиши билан кечувчи IV босқич гемorroй аниқланган, 107 нафар беморда (30,9%) эса III даражали тромбланган гемorroй қайд этилган. Гуруҳлар ўртасида асосий клиник шакллар бўйича тақсимот нисбатан мос бўлгани тадқиқот натижаларини қиёсий баҳолаш имконини берди.

Беморларнинг анамнези, шикоятлари, касаллик давомийлиги, меҳнат фаолияти хусусияти, ич қотиши, ўткир таом ва алкоголь истеъмоли, камҳаракат ҳаёт тарзи, ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ омиллар ўрганилди. Тадқиқотда гемorroй ривожланишига таъсир қилувчи омиллар сифатида оғир жисмоний меҳнат 108 нафар беморда (31,1%), камҳаракат касбий фаолият 69 нафарда (20,0%), доимий ич қотиши 21 нафарда (5,9%), ўткир таом ва алкогольни мунтазам қабул қилиш 78 нафарда (22,6%), аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ ҳолатлар 71 нафарда (20,4%) қайд этилди. Ушбу омиллар веноз дренаж бузилиши, каверноз таначалар гиперплазияси ва аналь канал соҳасида микроциркуляция ўзгаришлари билан боғлиқ патогенетик фонни шакллантиради [4, 13].

Барча беморларда умумклиник текширувлар, қон умумий таҳлили, коагулограмма элементлари, тромбоцитлар сони, протромбин индекси ва қон ивиш вақти баҳоланди. Тўғри ичак ва аналь канал ҳолатини аниқлаш мақсадида ректороманоскопия мажбурий тартибда бажарилди. Қўшимча патологияга шубҳа қилинган ҳолатларда 64 нафар беморда

колоноскопия, 43 нафар беморда ирригоскопия ўтказилди. Аналь сфинктер функционал ҳолати Аминев усули бўйича сфинктерометрия орқали 135 нафар беморда баҳоланди. Тромбоз туфайли кучли оғриқ синдроми мавжуд бўлган беморларда сфинктерометрия ўтказилмади.

Назорат гуруҳида анъанавий ёпиқ геморроидэктомия Миллиган–Морган операциясининг ёпиқ модификацияси асосида бажарилди. Ички геморроидал тугунлар шартли соат циферблати бўйича 3, 7 ва 11 соат соҳаларида кетма-кет иссиқция қилинди, қон томир оёқчалари тикиб боғланди, аналь канал шиллиқ қавати тикланди. Асосий гуруҳда операция техникаси модификацияланган бўлиб, ички тугун иссиқция қилинганидан сўнг қон томир оёқчаси культяси узок муддат сўрилувчи ип билан тикиб боғланди ва шиллиқ ости қаватига 90° бурчак остида ботирилди. Кейин жароҳат радиал йўналишда, шиллиқ қаватнинг соғлом оралиқларини сақлаган ҳолда алоҳида тугунли чоклар билан ёпилди.

Операциядан кейинги даврда оғриқ синдроми, қон кетиш, сийдик тутилиши, дефекацияда кийинлашиш, маҳаллий яллиғланиш белгилари, стационарда даволаниш давомийлиги, эрта ва узок муддатли асоратлар таҳлил қилинди. Узок муддатли натижалар назорат гуруҳида 134 нафар, асосий гуруҳда 125 нафар беморда 6 ойдан 2 йилгача бўлган муддатда ўрганилди. Натижалар қиёсий таҳлил қилинди ва клиник аҳамиятли фарқлар фоиз кўрсаткичлари ҳамда мутлак сонлар орқали баҳоланди.

Натижалар. Тадқиқот гуруҳлари бўйича беморлар сони деярли тенг тақсимланган бўлиб, асосий гуруҳ 176 нафар (50,8%), назорат гуруҳи 170 нафар (49,2%) бемордан иборат бўлди. Бу ҳолат икки хирургик ёндашув натижаларини қиёсий таҳлил қилиш учун клиник жиҳатдан мақбул шароит яратди. Гуруҳлар ўртасида асоратланган геморрой турлари бўйича кескин номутаносиблик кузатилмади, яъни қон кетиш ва анемия, IV даражадаги доимий тушиш ҳамда тромбланган геморрой улуши ҳар икки гуруҳда ўзаро яқин бўлди (расм 1-2).

Асоратланган геморрой клиник шакллари таҳлил қилинганда, қон кетиш ва постгеморрагик анемия билан кечувчи сурункали геморрой 126 нафар беморда, IV босқичдаги доимий тушиш 113 нафар беморда, III даражали тромбланган геморрой эса 107 нафар беморда қайд этилди. Қон кетиш ва анемия билан кечувчи ҳолатларда операциядан олдин гемоглобин даражасини баҳолаш, анемия оғирлигини аниқлаш ва зарур коррекция чораларини кўриш муҳим аҳамият касб этди. IV даражадаги геморройда эса аналь сфинктер тонуси, шиллиқ қават тушиши ва дефекация функцияси алоҳида баҳоланди (расм 4-5).

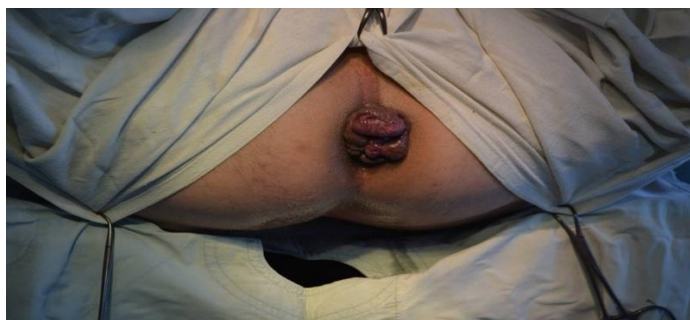
Назорат гуруҳида анъанавий ёпиқ геморроидэктомиядан кейин эрта даврда қон кетиш 7 нафар беморда (4,1%) кузатилди. Қон кетиш, асосан, қон томир оёқчаси лигатурасининг сирпаниши ёки аналь канал жароҳатига қўйилган чокларнинг қисман ажралиши билан боғлиқ бўлди.

Жадвал 1. Асоратланган геморрой турлари бўйича беморлар тақсимооти

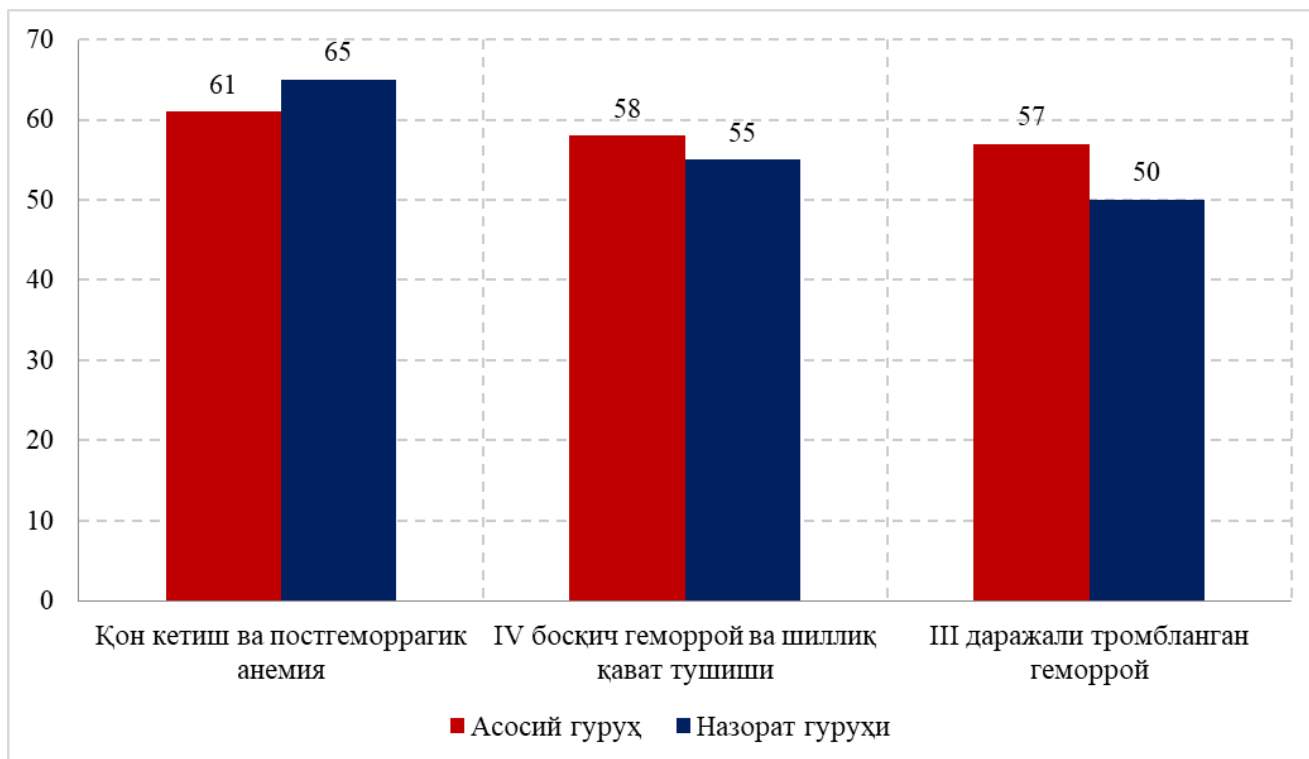
Геморрой асорати	Асосий гуруҳ, абс.	Асосий гуруҳ, %	Назорат гуруҳи, абс.	Назорат гуруҳи, %	Жами, абс. (%)
Қон кетиш ва постгеморрагик анемия	61	34,6	65	38,8	126 (36,4)
IV босқич геморрой ва шиллиқ қават тушиши	58	32,9	55	31,8	113 (32,6)
III даражали тромбланган геморрой	57	32,4	50	29,4	107 (30,9)
Жами	176	50,8	170	49,2	346 (100,0)



Расм 1. Қон кетиш билан асоратланган, сурункали геморрой



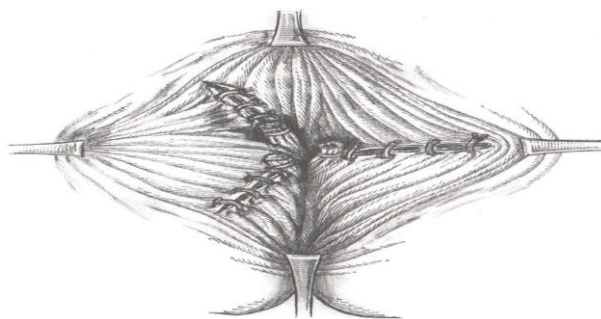
Расм 2. Сурункали геморрой IV даража



Расм 3. Асоратланган геморрой турлари бўйича беморлар тақсимоли



Расм 4. Тромбланган геморрой III даража



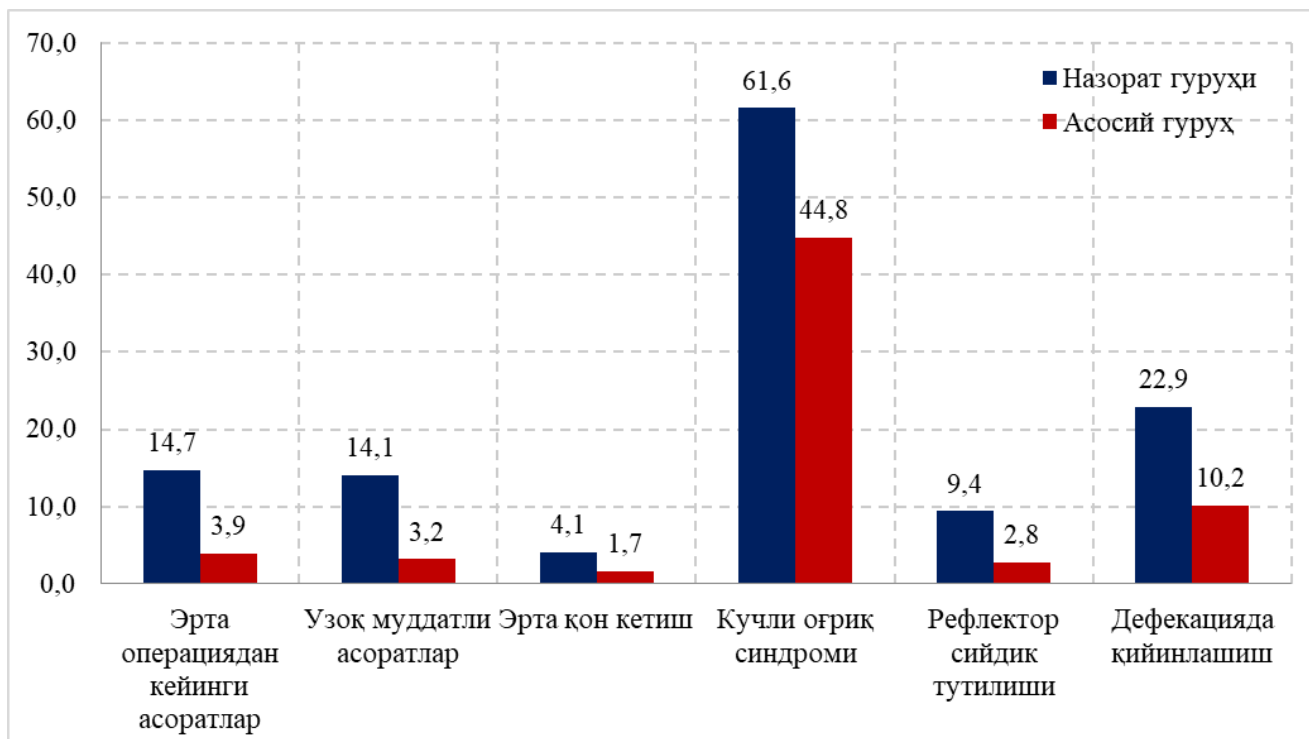
Расм 5. Анъанавий ёпик геморроидэктомиядан кейин анал каналнинг тикланган шиллик қаватининг кўриниши

Ушбу гуруҳда кучли оғриқ синдроми 104 нафар беморда (61,6%) қайд этилиб, биринчи кунларда наркотик анальгетиклар қўллаш зарурати туғилди. Биринчи дефекация вақтида кучли оғриқ 54 нафар беморда (31,7%) кузатилди, 32 нафар беморда (18,8%) эса 7–8 суткагача сақланувчи тўмтоқ оғриқ қайд этилди.

Назорат гуруҳида рефлектор сийдик тугилиши 16 нафар беморда (9,4%) кузатилди. Биринчи боғлам алмаштириш вақтида 58 нафар беморда (34,1%) тўғри ичакдан кам миқдорда қон ажралиши аниқланди. Вазелин мойи қўлланилганига қарамадан, биринчи дефекация акти 39 нафар беморда (22,9%) қийин кечди, 17 нафар беморда (10,0%) тозаловчи клизма қўллашга тўғри келди. Операциядан кейинги ўткир парапроктит 2 нафар беморда (1,2%) ривожланди. Стационарда даволаниш давомийлиги ўртача $9,34 \pm 0,063$ койка-кунни ташкил этди.

Асосий гуруҳда модификацияланган геморроидэктомия қўлланилганда эрта қон кетиш фақат 3 нафар беморда (1,7%) кузатилди. Бу кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан паст бўлиб, қон томир оёқчаси культясини шиллик ости қаватига ботириш техникаси гемостаз барқарорлигини оширгангани кўрсатади. Кучли оғриқ синдроми 79 нафар беморда (44,8%) қайд этилди, қолган беморларда оғриқ наркотик анальгетикларсиз назорат қилинди. Биринчи дефекация вақтида оғриқ 20 нафар беморда (11,3%), 7–8 суткаларда тўмтоқ оғриқ 28 нафарда (15,9%) кузатилди.

Асосий гуруҳда рефлектор сийдик тугилиши 5 нафар беморда (2,8%) кузатилиб, асосан 50 ёшдан катта эркакларда простата гиперплазияси фонида қайд этилди. Дефекацияда қийинлашиш 18 нафар беморда (10,2%) аниқланди ва бу ҳолат кўпинча операциягача мавжуд бўлган ич қотиши билан боғлиқ бўлди.



Расм 6. Хирургик даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили



Расм 7. Люэр қисқичлари билан геморроидал тугунларни ушлаб олиш



Расм 8. Ички геморроидал тугунни кесиш



Расм 9. Жароҳатнинг якуний кўриниши

Маҳаллий ректал термометрия кўрсаткичлари назорат гуруҳига нисбатан пастроқ яллиғланиш фаоллигини кўрсатди. Стационарда даволаниш муддати $7,74 \pm 0,074$ койка-кунни ташкил этиб, анъанавий усулга нисбатан қисқарди.

Узоқ муддатли натижалар. Узоқ муддатли кузатув назорат гуруҳида 134 нафар беморда амалга оширилди. Уларнинг 11 нафарида (8,2%) дефекациядан кейин даврий қон ажралиши кузатилди, ректороманоскопия ва аноскопияда майда ички геморроидал тугунлар аниқланди. 7 нафар беморда (5,2%) аналь канал стриктураси ривожланди, уларда бужлаш ва физиотерапевтик даволаш ўтказилди. 5 нафар беморда (3,7%) газларни ушлаб тура олмаслик ҳолати кузатилиб, сфинктерометрияда аналь сфинктер тонуси пасайгани аниқланди. 7 нафар беморда (5,2%) аналь ёриқ, 12 нафарда (8,9%) дефекация вақтида сақланувчи енгил оғриқ қайд этилди.

Асосий гуруҳда узоқ муддатли натижалар 125 нафар беморда баҳоланди. Ушбу гуруҳда 3 нафар беморда (2,4%) дефекация вақтида оз

миқдорда қон ажралиши қайд этилди ва консерватив даво билан баргараф этилди. 2 нафар беморда (1,6%) аналь канал стриктураси аниқланиб, бужлаш ва лидаза электрофорези ёрдамида тузатилди. Сфинктер тонуси пасайиши ҳолатлари аниқланмади. 2 нафар беморда (1,6%) аналь ёриқ, яна 2 нафарда (1,6%) дефекация вақтида енгил оғриқ кузатилди. Умумий ҳисобда, узоқ муддатли асоратлар улуши назорат гуруҳида 14,1% бўлган бўлса, асосий гуруҳда 3,2% гача камайди.

Мазкур натижалар модификацияланган операция техникасида анатомик тузилмаларни эҳтиёткорлик билан сақлаш, қон томир оёқчалари культясини аналь канал бўшлиғида қолдирмаслик ва шиллик қаватни радиал йўналишда функционал тиклаш операциядан кейинги маҳаллий яллиғланиш, чок ажралиши, рубцланиш ва канал стриктураси хавфини камайтиришини кўрсатади (расм 7-9).

Бу жиҳатлар замонавий колопроктологияда функционал натижаларни яхшилашга қаратилган

орган-сақловчи ва кам травматик ёндашувлар таъминлари мис қилади [12, 13, 16].

Муҳокама. Олинган натижалар асоратланган геморройда операция техникасининг майда, аммо принципиал жиҳатлари клиник натижаларга бевосита таъсир қилишини кўрсатди. Анъанавий ёпиқ геморроидэктомида қон томир оёқчалари культясининг аналь канал бўшлиғида қолиши механик кўзғалиш, маҳаллий оғриқ, лигатура сирпаниши ва эрта қон кетиш учун шароит яратиши мумкин. Бундан ташқари, шиллик қават ва перианал тери участкаларининг кенг иссиқция қилиниши дефекация вақтидаги оғриқ ва кейинчалик рубцли деформация эҳтимолини оширади. Шунга ўхшаш ҳолатлар халқаро адабиётларда ҳам таъкидланиб, классик операциялардан кейин оғриқ синдроми ва аналь стенознинг асосий чекловчи омиллардан бири экани кўрсатилган [10, 16, 17].

Модификацияланган усулда эса геморройдал тугунлар радикал бартараф этилиши билан бирга қон томир оёқчаси культяси шиллик ости қаватига ботирилади. Бу техника чок чизигини аналь канал бўшлиғидаги фекал массалар, механик ишқаланиш ва юқумли омиллар таъсиридан нисбатан ҳимоя қилади. Шунингдек, жароҳатнинг радиал йўналишда тикилиши аналь канал диаметрини сақлаш, чоклар орасида соғлом шиллик кўприклар қолдириш ва кейинги рубцланишни физиологикроқ кечишини таъминлайди. Бу омиллар эрта қон кетишнинг 4,1% дан 1,7% гача, сийдик тутилишининг 9,4% дан 2,8% гача, дефекацияда қийинлашишнинг 22,9% дан 10,2% гача камайиши билан ифодаланди.

Оғриқ синдроми геморроидэктомиадан кейинги энг муҳим клиник муаммолардан бири бўлиб, у нафақат бемор субъектив ҳолатига, балки эрта фаоллашув, дефекацияга тайёрлик, стационар даволаниш муддати ва амбулатор реабилитация жараёнига ҳам таъсир қилади. Тадқиқотимизда кучли оғриқ синдроми назорат гуруҳида 61,6%, асосий гуруҳда 44,8% ҳолатда қайд этилди. Гарчи оғриқнинг камайиши ҳар доим ҳам статистик жиҳатдан юқори ишончликка эга бўлмаслиги мумкин бўлса-да, клиник нуқтаи назардан бу фарқ муҳим ҳисобланади, чунки наркотик анальгетикларга эҳтиёжнинг камайиши ва беморнинг эрта ҳаракатланишига хизмат қилади [11, 18].

Тадқиқотда стационарда даволаниш муддати ҳам асосий гуруҳда қисқарди. Назорат гуруҳида ушбу кўрсаткич $9,34 \pm 0,063$ койка-кунни, асосий гуруҳда эса $7,74 \pm 0,074$ койка-кунни ташкил этди. Бу натижа жароҳатнинг нисбатан яхши битиши, маҳаллий яллиғланишнинг камроқ ифодаланиши ва оғриқ синдромининг пастроқлиги билан изоҳланади. Ҳозирги даврда стационар даволаниш муддатини қисқартириш, беморларни

эрта амбулатор назоратга ўтказиш ва иш қобилиятини тезроқ тиклаш хирургик технологияларни баҳолашнинг муҳим мезонларидан бири ҳисобланади [12, 14].

Узоқ муддатли натижалар модификацияланган усулнинг функционал афзаллигини янада яққол кўрсатди. Назорат гуруҳида аналь канал стриктураси, аналь ёриқ ва сфинктер функцияси бузилиши каби асоратлар кўпроқ учраган бўлса, асосий гуруҳда ушбу кўрсаткичлар сезиларли камайди. Бу нафақат операция техникасининг гемостатик самарадорлиги, балки аналь канал анатомик-функционал яхлитлигини сақлашдаги аҳамиятини ҳам тасдиқлайди. Шу сабабли модификацияланган геморроидэктомиа асоратланган геморройда радикаллик ва функционал хавфсизлик ўртасидаги мувозанатни таъминлайдиган мақбул усул сифатида баҳоланиши мумкин.

Халқаро ва маҳаллий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, лазер геморроидопластика, LigaSure, степлерли операциялар ва дезартеризация усуллари айрим клиник ҳолатларда оғриқни камайтириш ва реабилитацияни тезлаштиришда ижобий натижалар беради [5, 6, 11, 18]. Бироқ катта тугунлар, тромбоз, некротик ўзгаришлар, доимий тушиш ва қон кетиш билан кечувчи асоратланган шаклларда классик ёки модификацияланган геморроидэктомиа ҳали ҳам амалий аҳамиятини сақлаб қолмоқда. Шу боис, операция усулини танлашда касаллик босқичи, асорат тури, беморнинг умумий ҳолати ва аналь канал функционал резервларини комплекс баҳолаш зарур.

Хулоса. 346 нафар асоратланган геморройли бемор материаллари асосида ўтказилган қиёсий таҳлил модификацияланган геморроидэктомиа анъанавий ёпиқ геморроидэктомияга нисбатан эрта ва узоқ муддатли натижалар бўйича афзалликларга эга эканини кўрсатди. Асосий гуруҳда эрта операциядан кейинги асоратлар улуши 14,7% дан 3,9% гача, узоқ муддатли асоратлар эса 14,1% дан 3,2% гача камайди.

Қон томир оёқчалари культясини шиллик ости қаватига ботиришга асосланган модификацияланган техника эрта қон кетиш хавфини 4,1% дан 1,7% гача камайтирди. Ушбу усул гемостаз барқарорлигини ошириш, лигатура сирпаниши хавфини камайтириш ва аналь канал жароҳатларини функционал тиклашга хизмат қилди.

Модификацияланган геморроидэктомияда кучли оғриқ синдроми, рефлексор сийдик тутилиши, дефекацияда қийинлашиш ва стационарда даволаниш муддати камайди. Бу эса беморларни эрта фаоллаштириш, амбулатор кузатувга ўтказиш ва меҳнат қобилиятини тезроқ тиклаш имконини беради.

Таклиф этилган усул қон кетиш ва постгеморрагик анемия билан кечувчи сурункали геморройда гемоглобин даражаси 90 г/л дан юқори-

га кўтарилгандан сўнг, IV босқичдаги доимий тушиш билан кечувчи геморройда режали тартибда, катта ҳажмли тромбланган геморройда эса касаллик бошланганидан кейинги 48–72 соат ичида бажарилиши мақсадга мувофиқ.

Адабиётлар:

1. Комилов М.А., Нурмурзаев З.Н., Умаров Ф.У., Равшанов З.Х. Совершенствование методов хирургического лечения осложнённых форм геморроя // Журнал гуманитарных и естественных наук. - 2025. - № 22(2). - С. 33–41.
2. Рахматов Б.Х., Хужабаев С.Т. Совершенствование хирургического лечения хронического геморроя с использованием «LigaSure» // ReFocus. - 2024. - № 3. - С. 45–50.
3. Ризаев Ж.А., Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К. Клинико-функциональная характеристика пациентов с глоссалгией // Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - 2022. - Т. 1, № 1. - С. 213–215. DOI: 10.71337/inlibrary.uz.problems-dentistry.15391.
4. Ризаев Ж.А., Ахророва М.Ш. Особенности поражения полости рта при инфекции SARS-CoV-2 // Stomatologiya. - 2021. - С. 59–63. DOI: 10.34920/2091-5845-2021-51.
5. Ризаев Ж.А., Кубаев А.С., Абдукадиров А.А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2020. - № 3. - С. 162–165.
6. Ризаев Ж.А., Ризаев Э.А., Кубаев А.С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-CoV-2 // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. - 2020. - № 3. - С. 67–69.
7. Komilov M.A., Khujabaev S.T., Dusiyarov M.M. Comparative analysis of surgical treatment outcomes in complicated hemorrhoids // Problems of Biology and Medicine. - 2026. - Vol. 1. - P. 33–41.
8. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: a colorectologist's view // World Journal of Gastroenterology. - 2015. - Vol. 21, No. 31. - P. 9245–9252.
9. Rizaev J.A., Ahrorova M.Sh., Kubaev A.S., Khazratov A.I. Morphological changes in the oral mucous membrane in patients with COVID-19 // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2022. - Vol. 12, No. 5. - P. 466–470.
10. Rizaev J.A., Akhrorova M.Sh., Kubaev A.S., Khazratov A.I. Clinical and immunological aspects of the relationship of the oral cavity and COVID-19 // Thematics Journal of Education. - 2022. - Vol. 7, No. 2.
11. Rizaev J.A., Khusanbaeva F.A., Khazratov A.I. Relationship between chronic kidney disease and oral health // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2022. - Vol. 12, No. 5. - P. 455–462. DOI: 10.5923/j.ajmms.20221205.02.

12. Rizaev J.A., Maeda H., Khranova N.V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. - 2019. - Vol. 27, No. 1. - P. 22–23.

13. Rizaev J.A., Norbutayev A., Murtazayev A. Modern methods for detecting oral cavity defects in hemoblastosis, detecting the degree of damage and prediction of the clinical current // Journal of Biomedicine and Practice. - 2021. - Vol. 6, Issue 5. - P. 45–51.

14. Rizaev J.A., Rustamova D.A., Khazratov A.I., Olimjonov K.J., Olimjonova F.J., Rajabiy M.A. The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases // Journal of Biomedicine and Practice. - 2022. - No. 6.

15. Simillis C., Thoukididou S.N., Slessor A.A.P., Rasheed S., Tan E., Tekkis P.P. Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids // British Journal of Surgery. - 2015. - Vol. 102, No. 13. - P. 1603–1618.

16. Virk A.K., Kaur R., Singh S., Kaur M. A retrospective study of Milligan–Morgan versus LigaSure hemorrhoidectomy // Cureus. - 2024. - Vol. 16, No. 8. - e67031.

17. Zakaria R., Amin M.M., Abo-Alella H.A., Hegab Y.H. Laser hemorrhoidoplasty versus hemorrhoidectomy in the treatment of surgically indicated hemorrhoids: a randomized comparative clinical study // Surgical Endoscopy. - 2025. - Vol. 39, No. 1. - P. 249–258.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ГЕМОРРОЕ

Комилов М.А., Хужабаев С.Т., Дусяров М.М.

Резюме. В статье представлен сравнительный анализ результатов хирургического лечения осложнённых форм геморроя с применением модифицированной геморроидэктомии и традиционной закрытой геморроидэктомии. Исследование основано на клиническом материале 346 пациентов, проходивших лечение в проктологическом отделении клиники Самаркандского государственного медицинского университета в 2019–2024 годах. Основную группу составили 176 больных, оперированных по модифицированной методике, контрольную группу - 170 пациентов, которым выполнена традиционная закрытая геморроидэктомия. Применение модифицированной техники с погружением культи сосудистых ножек иссечённых внутренних геморроидальных узлов в подслизистый слой позволило снизить частоту ранних послеоперационных осложнений с 14,7% до 3,9%, а отдалённых осложнений - с 14,1% до 3,2%.

Ключевые слова: осложнённый геморрой, геморроидэктомия, постгеморрагическая анемия, тромбоз геморроидальных узлов, стриктура анального канала, послеоперационные осложнения.