

На правах рукописи

**ХОЛОВ АКМАЛ
ДАВЛАТАЛИЕВИЧ**

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ
МЕТОДОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ**

3.1.9. Хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе 2023

Работа выполнена на кафедре общей хирургии №2 Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Абдуллоев Джамолиддин Абдуллоевич** – доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Стяжкина Светлана Николаевна** – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кахарова Раъно Абдурауфовна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой колопроктологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Защита состоится « » _____ 2023 г. в ____ ч на заседании диссертационного совета 73.2.009.01 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» (Республика Таджикистан, 734026, г. Душанбе, ул.Сино 29-31).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», по адресу: 734026, г. Душанбе, ул.Сино 29-31 (www.tajmedun.tj).

Автореферат разослан « ____ » _____ 2023 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
д.м.н., доцент**

Назаров Ш.К.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Геморроидальная болезнь является одним из самых распространенных заболеваний прямой кишки и наиболее частой причиной обращения к колопроктологу [Воробьев Г.И. и соавт. 2010; Дмитриченко В.В. 2019; Хитарьян А.Г. и соавт. 2018]. Среди колопроктологической патологии геморрой занимает первое место и одинаково встречается у мужчин и женщин [Altomare, D.F. 2013].

Геморрой встречается в любом возрасте, однако наиболее часто им страдают лица трудоспособного возраста, что обуславливает большие экономические затраты [Дмитриченко В.В. 2019; Райымбеков О.Р. и соавт. 2017]. Около 50% людей в общей популяции когда-либо отмечали у себя клинические проявления геморроя [Ganz R.A. 2013]. Данное заболевание приводит к временной потере трудоспособности, а также снижает качество жизни [Денисенко В.Л. и соавт. 2019]. Его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34% до 41% [Стяжкина С.Н. и соавт. 2019; Мухаббатов Дж.К. и соавт. 2019].

Лечение больных геморроем остаётся одной из самых актуальных проблем колопроктологии [Погосян Г.Н. и соавт. 2019]. На протяжении столетий хирурги работают над проблемой лечения хронического геморроя [Андреев А.В. 2015; Мирзоев Л.А. и соавт. 2019; Мухаббатов Дж.К. и соавт. 2015]. До настоящего времени самой распространенной остается операция, направленная на иссечение трёх геморроидальных узлов, предложенная Е. Миллиганом и Г. Морганом еще в 1937 г. [Шельгин Ю.А. и соавт. 2019]. 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 [Осмонов Т.Ж. 2016; Селиванов А.В. 2015]. Интерес колопроктологов к новым методикам геморроидэктомии подтверждается количеством публикаций на эту тему [Мадаминов А.М. и соавт. 2018; Хубезов Д.А. и соавт. 2017].

Новые технологии последних лет позволили в значительной степени улучшить качество хирургических методов лечения геморроя [Грошилин В.С. и соавт. 2017; Кузьминов А.М. и соавт. 2019; 103. Bellio, G. 2018]. Тем не менее вопрос о наиболее оптимальном варианте хирургического вмешательства до настоящего времени остаётся нерешённым, а данные об эффективности различных методик зачастую противоречивы [Тимербулатов В.М. и соавт. 2015].

В связи с этим необходимость разработки новых методов хирургической коррекции хронического геморроя послужила основанием для проведения настоящей работы.

Цель исследования. Совершенствование хирургического лечения хронического геморроя и проведение сравнительного анализа полученных данных с результатами традиционных методов.

Задачи исследования

1. Разработать технику геморроидэктомии при помощи аппаратно-контролируемой биполярной электрохирургической установки «LigaSure».
2. Изучить особенности течения и заживления ран после традиционных методов геморроидэктомии и по разработанной методике при хроническом геморрое.
3. Изучить интенсивность болевого синдрома, реактивного отёка и нарушений мочеиспускания у оперированных больных разработанным способом.
4. Провести сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов геморроидэктомий, проведенных традиционным и предложенным способами, по данным клинических, микробиологических и функциональных методов исследования.

Научная новизна работы

Для профилактики вторичного послеоперационного кровотечения разработан и усовершенствован способ геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» (рац. удостоверение № 3636/R687 от 06.03.2019 г.).

Разработан и обоснован способ подслизистой геморроидэктомии с применением аппарата «LigaSure» при внутренней локализации хронического геморроя (рац. удостоверение № 3423/R414 от 22.06.2021 г.), уменьшающий частоту послеоперационных осложнений.

На достаточном клиническом материале изучены послеоперационное течение и сроки заживления ран. На основе изучаемых параметров доказано, что предложенный нами метод геморроидэктомии эффективнее, по сравнению с традиционным.

Практическое значение работы

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.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Разработанные и усовершенствованные методы хирургического лечения хронического геморроя с использованием аппарата «LigaSure» для электрокоагуляции сосудов являются эффективными, патогенетически обоснованными и радикальными.

2. Геморроидэктомия с использованием аппарата «LigaSure» сопровождается более быстрым заживлением тканей, вследствие чего уменьшается реабилитационный период.
3. Хирургическое лечение хронического геморроя с помощью аппаратно-контролируемой 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.
4. Применение разработанных и усовершенствованных миниинвазивных способов геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» позволило получить хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения при хроническом геморрое II и IV стадии.

Личный вклад диссертанта

Автор лично участвовал в обследовании больных. Сбор материала, статистическая обработка и анализ результатов диссертации проведены лично автором. При участии автора было оперировано большинство больных, включенных в исследование. Личное участие автора подтверждено представленными данными и заключением комиссии, ознакомившейся с первичной документацией проведенного исследования.

Внедрение в практику

Методика хирургического лечения хронического геморроя с использованием аппарата «LigaSure» внедрена в практику хирургических отделений Государственного учреждения «Комплекс здоровья Истиклол» города Душанбе, Государственного учреждения «Городской медицинский центр №3» (ГМЦ №3) города Душанбе. Основные положения диссертации используются при чтении лекций и проведении практических занятий на кафедре общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы были доложены и обсуждены на: годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине» (Душанбе, 2019 г.); на 67-ой годичной международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Медицинская наука XXI-века – взгляд в будущее» (Душанбе, 2019 г.); на XV-ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» (Душанбе, 2020 г.); на научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Новые проблемы медицинской науки и

перспективы их решений» (Душанбе, 2021 г.); на международной научно-практической конференции ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет» - «Актуальные вопросы медицины и медицинского образования» (Дангара, 2021 г.); на заседании межкафедральной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (Душанбе, 2018 г.). Протокол №10 от 5.07.2022.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 10 работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых журналах, определенных ВАК Министерства науки и высшего образования РФ для опубликования результатов докторских и кандидатских диссертаций. По теме диссертации получено 2 удостоверения на рационализаторские предложения.

Структура и объем работы

Диссертация изложена на 117 страницах, состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, 2 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Список литературы включает 195 источников, в том числе 99 на русском и 96 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 16 рисунками и 9 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

В основу данного исследования были включены 110 пациентов с хроническим внутренним и комбинированным геморроем, которые проходили лечение в период с 2018 по 2021 гг.

Все пациенты (n=110) были распределены на две группы. В первую, основную группу вошло 60 пациентов. Коррекцию хронического геморроя у них выполняли миниинвазивным способом при помощи аппаратно-контролируемой биполярной электрохирургической установки LigaSure. Вторую, контрольную группу составили 50 больных с тем же диагнозом, но прооперированных традиционным хирургическим способом по Миллигану-Моргану во II-ой модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

При опросе больных о продолжительности заболевания и тщательном сборе анамнеза выяснено, что длительность патологии была различной и колебалась в пределах от 1 до 15 лет. Выявлено, что до года ХГ встречался у 7 (6,4%) больных, до 3 лет - у 12 (10,9%), до 5 лет - у 17 (15,4%) пациентов. Длительный срок заболевания до 10 лет отметили у 51 (46,4%), более 10 лет - 23 (20,9%) больных.

Госпитализированные больные имели внутренний геморрой в 26 (23,6%) случаях, из них в 17 (15,4%) – основной и 9 (8,2%) контрольной группы, и комбинированный геморрой – 84 (76,4%) наблюдениях (43 –

основной и 41 – контрольной группы) (рисунок 1).

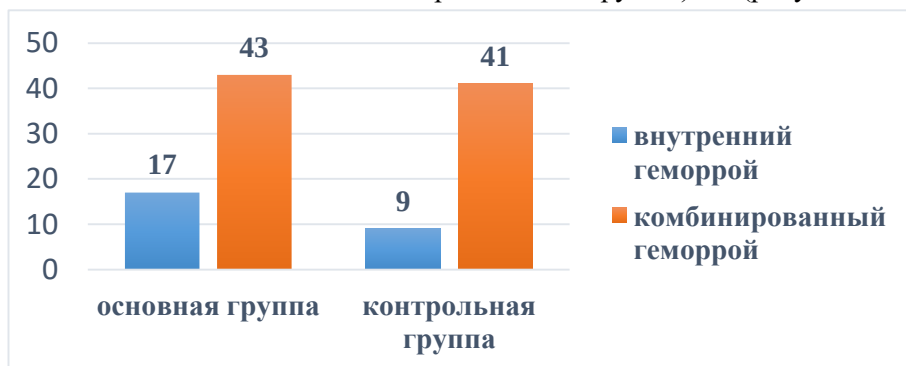


Рисунок 1. – Распределение пациентов с ХГ в зависимости от локализации геморроидальных узлов

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

В нашем исследовании больные с первой стадией ХГ не встречались. Распределение больных со II, III и IV стадиями представлено на рисунке 2.

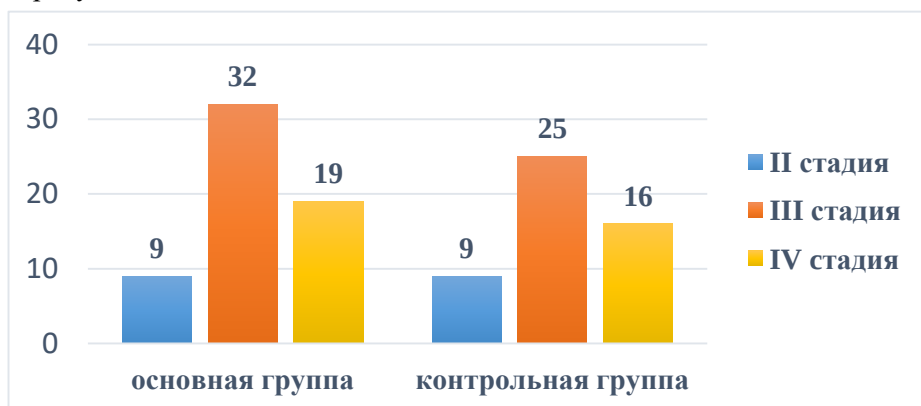


Рисунок 2. – Распределение больных с хроническим внутренним геморроем по стадиям болезни

При распределении больных по стадиям геморроя было выявлено, что во всех группах у большей части пациентов отмечается III стадия хронического геморроя: в основной группе - у 53,3% (n=32) больных, во второй контрольной у 50% (n=25) пациентов. IV стадия ХГ в целом имела место в 35 (31,8%) случаях, среди которых в 19 (31,7%) – основной и в 16 (32,0%) контрольной группы. Пациенты со второй стадией хронического геморроя в исследуемых группах встречались в наименьшем количестве –

9 (15,0%) и 9 (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 стадия заболевания.

Методы исследования

Все больные поступали в плановом порядке. В клинике всем были проведены комплексные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования. Детально изучались жалобы, анамнез заболевания, проводились клинические обследования, выполнялась рентгенография грудной клетки, электрокардиография, консультации кардиолога, УЗИ исследования органов брюшной полости.

Всех больных осматривали в коленно-локтевом положении. Производили наружный осмотр перианальной области и области заднего прохода. При этом основное внимание было направлено на выявление наличия деформаций, рубцов, изменение цвета кожи (покраснение либо появление следов расчесов), оценку состояния анального отверстия, наличие зияния ануса, выпадение геморроидальных узлов из него, особенности их цвета, общее число узлов, их локализация и консистенция, появление кровоточивости при контакте с узлами, возможность обратного их вправления в заднепроходный канал. Также нами выполнялось пальцевое исследование заднего прохода с изучением сфинктерного тонуса с оценкой волевых сокращений. УЗИ пациентам выполнялось на аппарате ССД - 256 и ССД - 630 фирмы «АЛОКА» Японии. При обнаружении анемии пациентам проводили эндоскопическую фиброгастродуоденоскопию и фиброколоноскопию. Пациентов женского пола осматривала гинеколог с проведением влагалищного исследования.

Оценка эффективности проведенного хирургического лечения была осуществлена путем повторного обследования больных. Повторный осмотр и оценка состояния места проведенной операции после выписки больного из стационара были произведены на 10, 14, 20, 30 сутки, через 6 месяцев и год.

С целью изучения динамики раневого процесса было проведено цитологическое исследование мазков-отпечатков, которые забирались с участков послеоперационной раны в различные сроки (на 3, 5, 7, 10, 14 и 20 сутки) послеоперационного периода. Забор материала для цитологического исследования производился во время перевязки послеоперационной раны, используя специальные стерильные поролоновые тампоны. При этом тампон захватывали зажимом или пинцетом и проводили им по поверхности раны. По методу Поппенгайма окрашивали изъятые материалы. В течение 120 секунд препарат замачивали в специальном красителе - эозине метиленовом по Май-Грюнвальду, после чего промывали под водой. Далее производилось еще одно окрашивание с помощью 0,1% раствора азур-эозина в течение 6 минут, после чего препарат вновь промывали под водой. На завершающем этапе материал осушали и отправляли на микроскопическое исследование.

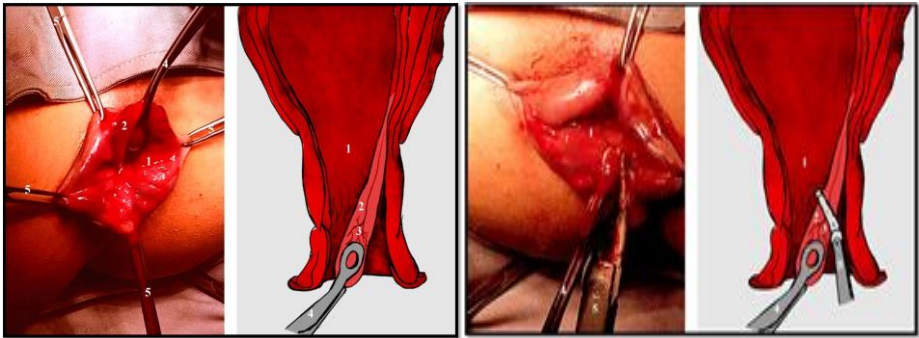
Перед и после хирургического вмешательства изучался состав микрофлоры отделяемого из ран. Перед хирургическим вмешательством, а также на 3 и 7 сутки после него производился забор биоматериала. Забор осуществлялся стерильным тампоном и в течение часа материал доставлялся в лабораторию для дальнейшего исследования. Окраска биоматериала-мазка выполнялась по Граму.

Статистический анализ материала производился с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10.0» (Stat Soft Inc., USA). Для количественных показателей определяли их среднее значение и стандартную ошибку ($M \pm m$); для качественных величин указывались их абсолютные значения и доли (%). Парные межгрупповые сравнения в количественных выборках выполнялись по U-критерию Манна-Уитни для независимых групп. Для определения статистической значимости различий между группами по качественным величинам применялся критерий χ^2 , в том числе с поправкой Йетса, и точный критерий Фишера, а при парном сравнении двух зависимых групп использовался критерий МакНемара. Уровень статистической значимости принимался при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Пациентам основной группы ($n=60$) геморроидэктомия выполнена с использованием аппарата «LigaSure», у больных контрольной группы ($n=50$) применялись классические методы геморроидэктомии способом Миллигана-Моргана во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. Ключевым моментом операции в первой группе было то, что перед удалением геморроидальных узлов с помощью аппарата «LigaSure», производится ушивание и перевязка сосудистый ножки.

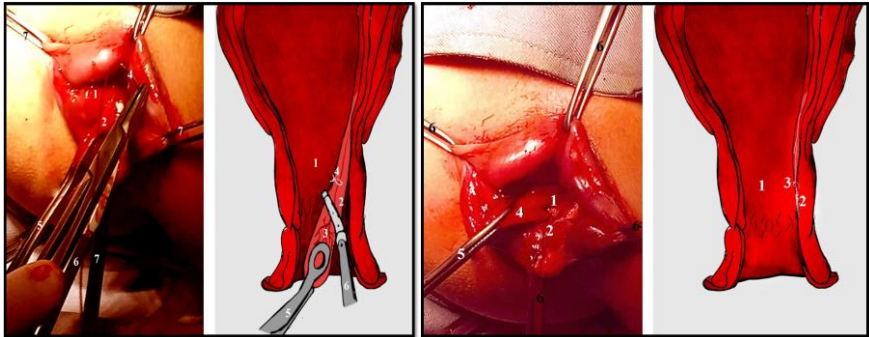
Одним из частых ближайших осложнений после геморроидэктомии является кровотечение. Из 60 больных основной группы 43 (71,7%) пациентам коррекцию геморроидальной болезни выполняли усовершенствованным способом геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure», 17 (28,3%) пациентам - подслизистую геморроидэктомию с помощью аппарата «LigaSure» с последующим восстановлением слизистой оболочки прямой кишки. С целью профилактики развития послеоперационного вторичного кровотечения пациентам основной группы при комбинированном геморрое ($n=43$) перед геморроидэктомией аппаратом «LigaSure» проводили ушивание и перевязку сосудистой ножки. 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 (**пат. удост. № 3636/R687 от 06.03.2019 г.**). Подобным образом аналогично иссекаются и удаляются внутренние геморроидальные узлы на 7, 11 часах по циферблату (рисунки 3-А и Б и 4-А и Б).



А

Б

Рисунок 3. – Этапы операции: А. – Операционный доступ к внутреннему геморроидальному узлу и подтягивание узла наружу окончатым зажимом Люера. 1-слизистая оболочка прямой кишки, 2-внутренний геморроидальный узел, 3-сосудистые ножки, 4-окончатый зажим Люера, 5-зажим Алиса. Б – Захват основания геморроидальных узлов браншем аппарата LigaSur. 1-слизистая оболочка прямой кишки, 2-внутренний геморроидальный узел, 3-сосудистые ножки, 4-окончатый зажим Люера, 5- бранша аппарата LigaSur, 6- зажим Алиса.



А

Б

Рисунок 4. – Этапы операции: А – Прошивание и перевязка сосудистой ножки, отступив 0,5-0,7 мм от конца бранша аппарата LigaSur. 1-слизистая оболочка прямой кишки, 2-внутренний геморроидальный узел, 3-сосудистая ножка, 4-ушивание и перевязка сосудистых ножек, 5-окончатый зажим Люера, 6- бранш аппарата LigaSur, 7-зажим Алиса. Б – Завершение операции. 1-слизистая оболочка прямой кишки, 2- «заваренная» зона, 3-узловой шов, 4-внутренний геморроидальный узел, 5-окончатый зажим Люера, 6-зажим Алиса.

Известно, что в 1956 г. английский хирург А. Parks предложил метод геморроидэктомии, который используется до настоящего времени многими хирургами. Данная методика нами была усовершенствована и применена при внутренней (подслизистой) локализации геморроидальных узлов у больных основной группы (n=17). 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 ножки геморроидального узла ставятся бранши аппарата «LigaSure» и начинают прижигание. Бранши аппарата снимаются, и далее слизистую анального канала восстанавливают несколькими кетгутовыми швами (рисунки 5 - А и Б; 6 - А и Б) (рац. предложение № 3423/R414 от 22.06.2021 г.).

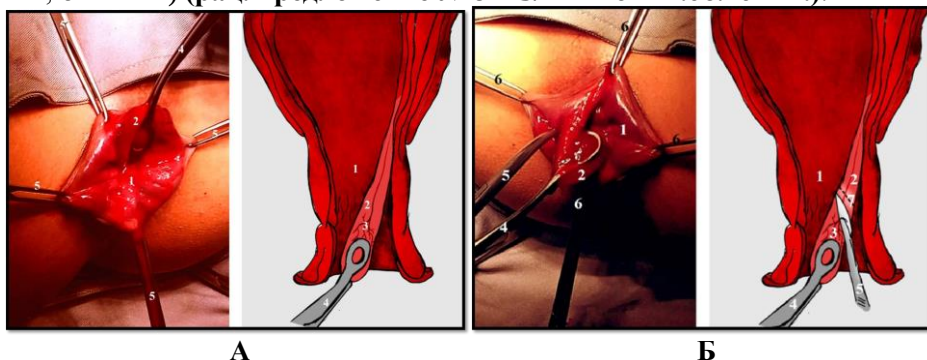


Рисунок 5. – Этапы операции: А – Операционный доступ к внутреннему геморроидальному узлу и подтягивание узла наружу окончатым зажимом Люера. 1-слизистая оболочка прямой кишки, 2-внутренний геморроидальный узел, 3-сосудистая ножка, 4-окончатый зажим Люера, 5-зажим Алиса. Б – Рассечение слизистой оболочки основания геморроидальных узлов скальпелем или ножницам. 1-слизистая оболочка прямой кишки, 2-внутренний геморроидальный узел, 3-сосудистые ножки, 4-окончатый зажим Люера, 5-ножницы или скальпель, 6-зажим Алиса, 7-линия рассечения.

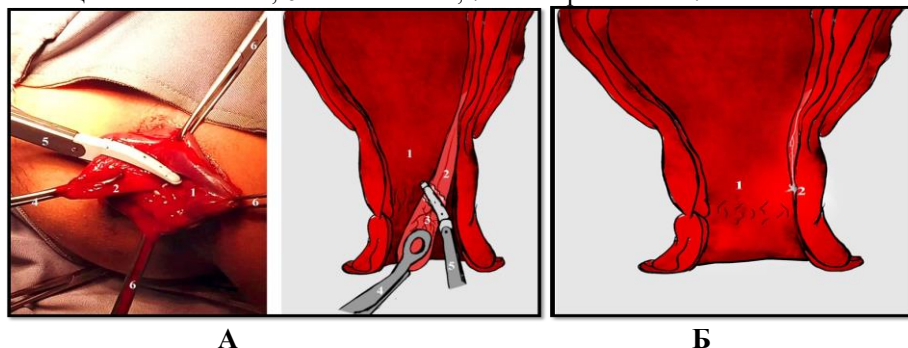


Рисунок 6. – Этапы операции: А – Захват основания геморроидальных узлов в рассеченной части слизистой оболочки браншами аппарата Ligasure. 1-слизистая оболочка прямой кишки, 2-внутренний геморроидальный узел, 3-сосудистые ножки, 4-окончатый зажим Люера, 5- бранши аппарата LigaSur, 6-зажим Алиса. Б – Завершение операции. 1-слизистая оболочка прямой кишки, 2- восстановление слизистой оболочки.

Основными показателями результатов хирургического лечения любой патологии является характер и частота развития осложнений в раннем или в позднем послеоперационном периоде.

Первым критерием сравниваемых групп была продолжительность операции. В основной группе, где геморроидэктомия выполнена усовершенствованным способом, с помощью аппарата «LigaSure», продолжительность операции составляла в среднем $25 \pm 4,1$ мин. Сама геморроидэктомия, выполненная с помощью аппарата «LigaSure», составляла в среднем 18 ± 3 мин. В нашем случае прибавляется время, проведенное на операционном столе, за счёт ушивания и перевязки сосудистой 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.

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

По итогам исследования, в контрольной группе у пациентов после первого акта дефекации отмечались самые высокие цифры болевого синдрома при применении цифровой рейтинговой 10-балльной шкалы. Очевидно, что это связано с особенностями площади операционной раны.

Интенсивность болевого синдрома в течение последующих трёх суток понемногу затихала

Так, 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 $1 \pm 0,4$ балла.

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 кровотокающего 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, ненаркотических анальгетиков - $6,1 \pm 0,3$ мл.

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

Следующим оцененным критерием эффективности проведённого оперативного вмешательства явилось изучение ближайших послеоперационных осложнений. Частота и характер развития ранних послеоперационных осложнений в обеих группах пациентов показаны в таблице 1.

Числа осложнений, возникших в раннем послеоперационном периоде, кровотечения не встречались ни у одного пациента основной группы. В контрольной группе кровотечения развилось у 4 (8%) пациентов. При первой дефекации может произойти соскальзывание лигатуры с культи геморроидального узла, результатом чего является обильное кровотечение - одно из самых опасных осложнений в течение

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 (7,0%) пациентов. У больных, которым выполнена подслизистая геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки (основная группа), острая задержка мочеиспускания отмечалась у 2 (11,7%) человек. В контрольной группе (вторая) послеоперационная рефлекторная задержка мочи имела у 8 (16%) 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.

Таблица 1. – Частота развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде (абс, %)

Характер осложнений	Основная группа		Контроль-ная группа (n=50)	P
	Усовершенствованный способ геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» (n=43)	Подслизистая геморроидэктомия с применением аппарата «LigaSure» (n=17)		
Кровотечение после операции	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (8,0%)	>0,05
Острая задержка мочи	3 (7,0%)	2 (11,75%)	8 (16,0%)	>0,05
Отек перианальной области	5 (11,6%)	2 (11,75%)	7 (14,0%)	>0,05
Фебрильная лихорадка	1 (2,3%)	0 (0,0%)	5 (10,0%)	>0,05
Несостоятельность швов и расхождение краёв раны	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	>0,05
Нагноение п/о ран	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (4,0%)	>0,05
Всего:	9 (20,9%)	4 (23,5%)	27 (54,0%)	<0,01

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

Отек перианальной области встречался в основной группе после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» у 5 (11,6%), а после выполнения

подслизистой геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки аппаратом «LigaSure» – у 2 (11,7%) пациентов. В контрольной (второй) группе данное осложнение отмечено у 7 (14%) больных. На пятые сутки отёк сохранялся у 2 пациентов основной группы и у 4 пациентов контрольной группы. Начиная с 7 дня после операции, в основных группах отёк 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 встречались у 1 (2,3%) пациента основной группы, у 5 (10%) – контрольной. Повышенную температуру больным нормализовали путём парентерального введения нестероидных противовоспалительных препаратов. На третьи и четвертые сутки у больных основной и контрольной групп температура тела постепенно нормализовалась.

Несостоятельность швов и расхождение краёв раны развилось у 1 пациента контрольной группы на 7 день после геморроидэктомии. По словам пациентов, данное осложнение возникало после затруднённого 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, а 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. 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.

Следует отметить, что 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 26 (60,4%) больных основной группы после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и у 6 (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 10 (23,2%) и у 5 (29,4%) больных данной группы

соответственно. Кроме этого, у 2 (11,7%) больных 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 36 (72%) человек имеется выраженная воспалительная реакция (увеличение числа эозинофилов, одноядерные лимфоциты, моноциты).

На пятые сутки у 31 (72,0%) больного после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и у 12 (70,6%) подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» основной группы выявлено увеличение числа эозинофилов, видны 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 22 (51,2%) и 8 (47,0%) человек основной группы выявлено множество коллагеновых волокон, скопление незрелого эпителия. У части больных 2 (11,7%) после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» выявлены незрелый плоский эпителий и фибробласты. В контрольной группе в конце первой недели у 39 (58%) больных отмечено снижение числа нейтрофилов, лишь у 6 (12%) наблюдались первые признаки репарации (видны единичные гистиоциты), а у 4 (8%) пациентов имелись признаки активной репарации (крупные гистиоциты с базофильной цитоплазмой).

На 10 сутки послеоперационного периода у большинства больных основной группы в поле зрения были выявлены незрелый плоский эпителий, фибробласты, у 14 (32,5%) - одноядерные клеточные элементы кровяного происхождения-лимфоциты и моноциты. У 12 (27,9%) больных после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и у 8 (47,0%) пациентов после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» основной группы появились начальные признаки образования грануляционной ткани (заметны единичные одноядерные гистиоциты). В это же время у 27 (54%) пациентов контрольной группы появилось большое количество нейтрофилов, фагоцитирующих макрофагов. У 6 (12%) пациентов дифференцировалась рыхлая волокнистая соединительная ткань (волокнистые тяжи), у 7 (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 39 (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 выявлена рыхлая волокнистая соединительная ткань. Тогда как в контрольной группе лишь у 17 (34%) пациентов обнаружены элементы рыхлой волокнистой соединительной ткани, у 7 (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% в контрольной группе). 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 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 обнаружения 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 4 (9,3%) больных, на седьмые сутки ассоциация микробов в первой группе выявлена у 1 (2,3%) больного, и после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» на 3 сутки - у 1 (5,9%) больного, тогда как на седьмые сутки не обнаружена. В контрольной группе в послеоперационном периоде ассоциация микробов пошла в рост у 9 (18%) человек, на трети сутки до 18 (36%) случаев возросло на седьмые.

Таким образом, использование биполярной электрокоагуляции в лечении хронического геморроя по разработанной методике уменьшает контаминацию патогенной микрофлоры, 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, после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» - $14 \pm 4,2$ дней, в контрольной - $25,8 \pm 3,8$ дней.

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 в срок от 15 до 25 дней после выписки из стационара, а после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» это происходило 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 отдалённые результаты операции удалось не у всех пациентов по различным причинам. Тем не менее нам удалось проследить отдалённые результаты операции у 54 (90,0%) пациентов из основной, у 45 (90%) пациентов из контрольных групп. В таблице 2 представлены характер и частота развития отдаленных послеоперационных осложнений.

В отдаленном послеоперационном периоде при контрольном осмотре 2 (5,4%) пациента из основной группы после проведения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и 6 (13,3%) 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 вызывало 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 (анопластика по Аминеvu). В послеоперационном периоде больные получили курс консервативной терапии. Выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Ближайший и отдалённый послеоперационный периоды протекали без осложнений.

Таблица 2. – Частота развития осложнений в отдалённом послеоперационном периоде

Характер Осложнений	Основная группа		Контрольная группа (n=45)	Р
	Усовершенствованный способ геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» (n=37)	Подслизистая геморроидэктомия с применением аппарата «LigaSure» (n=17)		
Боль при дефекации	2 (5,4%)	-	6 (13,3%)	>0,05*
Стриктура анального канала	-	-	2 (4,4%)	
Анальная трещина	-	1 (5,9%)	2 (4,4%)	>0,05*
Недостаточность анального жома	-	-	1 (2,2%)	
Всего:	2 (5,4%)	1 (5,9%)	11 (24,4%)	<0,05

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц, * по точному критерию Фишера).

В основной группе после проведения подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure» у одного (5,9%) и в контрольной группе у двух (4,4%) 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 (2,2%) больного во второй (контрольной) группе. После адекватной подготовки ему осуществили сфинктеропластику. Послеоперационный период проходил без каких-либо осложнений, и пациент был выписан из стационара. Результат операции оценивали по субъективным ощущениям больного и данным сфинктерометрии. Результат лечения оценен как «хороший».

Рецидив геморроидальной болезни в течение 2 лет после операции был обнаружен у одного (2,7%) пациента основной (после проведения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure») и у 3 (6,7%) пациентов контрольной группы. Рассыпчатый

тип расположения геморроидальных узлов при первичной операции, а также продолжающееся воздействие отрицательных факторов, таких как злоупотребление спиртными напитками и острой соленой пищи, стали причиной развития рецидивов болезни у этих больных. Больных 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, которым была выполнена подслизистая геморроидэктомия аппаратом «LigaSure», рецидив геморроидальной болезни не отмечен.

Среди 54 пациентов основной группы и 45 контрольной в раннем и в отдаленном послеоперационном периодах с целью выявления функциональных отклонений провели опрос, а также с помощью сфинктерометрии была изучена запирательная функция сфинктерного аппарата прямой кишки. Было выявлено, что в основной группе в раннем послеоперационном периоде уже на 10-14 сутки отмечается постепенное восстановление запирательной функции сфинктера прямой кишки. Тогда как во 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.

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 раза 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 выполнены геморроидэктомии усовершенствованным способом с помощью аппарата «LigaSure», а по сравнению с подслизистой геморроидэктомией аппаратом «LigaSure» - на 12,9% соответственно осложнения встречались больше.

И, наконец, частота развития рецидива геморроидальной болезни в контрольной группе в течение 2 лет составила 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.

В отдалённом послеоперационном периоде у 54 пациентов первой и второй групп и у 45 пациентов контрольной группы удалось оценить результаты проведенной операции, что отражено в таблице 3.

После перенесённых различных оперативных вмешательств состояние больных намного улучшилось. После опроса и комплексного исследования были выявлены различные результаты операции с оценкой «хороший», «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» результаты.

Так, хорошие результаты операции были получены у 94,6% пациентов основной группы после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и у 94,1% пациентов после подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure», у 84,4% пациентов контрольной групп.

Таблица 3. – Результаты хирургических операций в разные сроки

Оценка результата	Группа больных и вид операции			P
	основная группа		контрольная группа	
	Усовершенствованный способ геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» (n=37)	Подслизистая геморроидэктомия с применением аппарата «LigaSure» (n=17)	Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану (n=45)	
Хорошее	35 (94,6%)	16 (94,1%)	38 (84,4%)	$\chi^2=4.154$ $p>0,05$
Удовлетворительное	2 (5,4%)	1 (5,9%)	4 (8,9%)	
Неудовлетворительное	-	-	3 (6,7%)	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц).

Удовлетворительные результаты операции были получены у 5,4% больных основной группы после выполнения усовершенствованного способа геморроидэктомии с помощью аппарата «LigaSure» и у 5,9% больных после проведения подслизистой геморроидэктомии аппаратом «LigaSure». У 8,9% пациентов контрольной группы отмечались удовлетворительные и у 6,7% больных – неудовлетворительные результаты операции, что было связано с возникновением различных по характеру осложнений. В основной группе ни у одного больного не встречалось неудовлетворительных результатов операций, это

подтверждает патогенетическую обоснованность данного вида хирургического лечения.

Таким образом, разработанные нами миниинвазивные способы лечения хронического геморроя являются патогенетическим методом, позволяя при этом достичь лучших результатов. При сравнении полученных результатов данная методика намного превосходила традиционную геморроидэктомию, используемую хирургами повседневно.

ВЫВОДЫ

1. Разработанные и усовершенствованные способы геморроидэктомии с использованием аппарата «LigaSure» при хроническом геморрое являются высокоэффективными, патогенетически обоснованными и радикальными методами, которые позволяют улучшить как ближайшие, так и отдалённые результаты операции.
2. Применение аппаратно-контролируемой биполярной электрокоагуляции сосудов при лечении хронического геморроя позволяет достичь более быстрого заживления ткани, по сравнению с традиционной геморроидэктимией, вследствие чего сокращается послеоперационный восстановительный период.
3. Геморроидэктомия с использованием аппарата «LigaSure» является более выгодной в экономическом плане, по сравнению с традиционной геморроидэктимией по методу Миллигана-Моргана, поскольку снижает выраженность послеоперационного болевого синдрома, тем самым минимизирует потребность пациентов в применении обезболивающих препаратов, а также уменьшает частоту развития ближайших и отдалённых 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%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Всем больным, поступившим в клинику с хроническим геморроем, необходимо комплексное обследование. При выявлении провоцирующей геморрой патологии (гастриты, язвы, патология толстого кишечника, простатит и др.) следует провести соответствующее лечение после геморроидэктомии.
2. При внутренней локализации хронического геморроя II-IV стадии рекомендуется применение разработанной подслизистой геморроидэктомии с применением аппарата «LigaSure».
3. С целью профилактики развития вторичного послеоперационного кровотечения при геморроидэктимии аппаратом «LigaSure» рекомендуется

предварительно прошить геморроидальные артерии по разработанной методике.

4. С целью профилактики рецидива геморроидальной болезни необходимо проинформировать больных о причинах развития болезни. При рассыпчатом типе расположения геморроидальных узлов, по возможности, выполнять радикальные операции, поскольку при продолжающемся воздействии вредных факторов после геморроидэктомии высок риск развития рецидива болезни.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Абдуллозода Д.А. Выбор способа оперативного вмешательства у пациентов с хроническим геморроем / Д.А. Абдуллозода, Ш.Ш. Сайфудинов, А.Д. Холов // Здравоохранение Таджикистана. - 2019. - №2. - С.14-18.
2. Абдуллозода Д.А. Современные технологии в хирургическом лечении хронического геморроя / Д.А. Абдуллозода, Ш.Ш. Сайфудинов, А.Д. Холов // Здравоохранение Таджикистана – 2020. - №2. - С.88-96.
3. Абдуллозода Д.А. Мининвазивные технологии в хирургическом лечении хронического геморроя / Д.А. Абдуллозода, А.Д. Холов, С.Муминов, Ш.Ш. Сайфудинов // Известия академии наук Республики Таджикистан. - 2020. - №3. - С.62-67.
4. Холов А.Д. Пути улучшения результатов лечения больных с хроническим геморроем / Д.А. Абдуллозода, Ш.Ш. Сайфудинов, А.Д. Холов, С.Б. Сайдалиева // Научно-медицинский журнал «Симург» - №8(4) - Дангара. - 2020. - С.6-10.
5. Холов А.Д. Причина развития хронического геморроя в Республике Таджикистан / А.Д. Холов, Дж.А. Абдуллозода, М.Х. Суфиев // Юбилейная (70 - ой) научно-практическая конференция ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. - Душанбе, 2022. - С.508-509.
6. Холов А.Д. Пути улучшения результатов геморроидэктомии внутренних геморроидальных узлов при хроническом геморрое / Д.А. Абдуллоев, М.Х. Набиев, А.Д. Холов // Международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». - С.131-132.
7. Холов А.Д. Современные подходы к лечению хронического геморроя / Ш.Ш. Сайфудинов, А.Д. Холов, С.Б. Сайдалиева // XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». - С.216.

8. Холов А.Д. Сравнительная оценка ближайших результатов хирургического лечения геморроя / А.Д. Холов, С. Муминов, Р.А. Зокиров // XVI международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посвящённой «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». - С.185.

9 Холов А.Д. Современные методы хирургического лечения хронического геморроя / А.Д. Холов // XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». - С.529-530.

10 Холов А.Д. Современные возможности удаления внутренних геморроидальных узлов при хроническом геморрое / Д.А. Абдуллоев, М.Х. Набиев, А.Д. Холов // Международной научно-практической конференции (68-ой годичной) ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». - С.9.

Рационализаторское предложение

1. Удостоверение на рационализаторское предложение «Способ геморроидэктомии внутренних геморроидальных узлов при хроническом геморрое» Холов А.Д., Абдуллоев Дж.А., Набиев М.Х. №3636/R687 от 06.03.2019 г.

2. Удостоверение на рационализаторское предложение «Способ подслизистой геморроидэктомии при хроническом геморрое» Холов А.Д., Абдуллозода Дж.А., Набиев М.Х. №3423/R414 от 22.06.2021 г.

СПИСОК СОКРАЩЕННЫХ СЛОВ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГМЦ - городской медицинский центр

ГНЦ – государственный научный центр

ГОУ – государственное образовательное учреждение

ГУ МК - Государственное учреждение «Медицинский комплекс»

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

ТГМУ - Таджикский государственный медицинский университет

ХГ – хронический геморрой