

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.35-007.271-089.168.1-06-07.

*На правах рукописи*

**АННАЕВ МАКСАДБАХОДИРОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на соискание ученой степени  
доктора философии (PhD) – доктора по специальности  
6D110117 - Хирургия

Душанбе - 2024

Работа выполнена на кафедре общей хирургии №1 им. профессора Каххарова А.Н. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

**Научный руководитель:** Мухаббатзода Джиёнхон Курбон, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии №1 им. профессора Каххарова А.Н. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Официальные  
оппоненты:**

**Алиев Фуад Шамильевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный колопроктолог Уральского федерального округа, Заслуженный врач РФ.

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

**Ведущая организация:** Ташкентская медицинская академия, (Республика Узбекистан).

**Защита диссертации состоится** «\_\_\_» «\_\_\_\_\_» 2024 г. в «\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 6D. КОА-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» Адрес: Республика Таджикистан, 734026, г. Душанбе, улица Сино 29-31. Тел: 907 70 82 50

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» и по электронному адресу: [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)

Автореферат разослан «\_\_\_» «\_\_\_\_\_» 2024 года

**Учёный секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук**

**Шарипов А.М.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Послеоперационный стеноз (сужение, стриктура) анального канала (ПСАК) представляет собой серьезное заболевание, обусловленное патологическим сужением ануса, которое возникает в результате иссечения перианальной кожи и слизистой оболочки анального канала с последующим их замещением соединительной тканью [Mori H. et al., 2015; Rodriguez-Silva, J.A., 2023].

Стриктура может формироваться как следствие органического стеноза или же вследствие функционального мышечного сужения. В случаях органического стеноза происходит частичная или полная замена нормального эпителия анального прохода прямой кишки на плотную рубцовую ткань. Этот процесс вызывает морфологические изменения в структуре анального канала, приводя к постепенному ухудшению его функциональности и вызывая трудности, а также болезненные ощущения во время дефекации [Фоменко О.Ю. и др., 2016; Kościński, T., 2022]. Согласно данным современных научных источников, стриктуры ануса и прямой кишки, возникающие после хирургического лечения патологий анального канала, встречаются сравнительно редко среди пациентов, подлежащих оперативному вмешательству в хирургических стационарах. Тем не менее, несмотря на их относительную редкость, данная патология представляет собой сложную и часто трудноразрешимую проблему [Gallo G., 2022].

Согласно исследованиям различных авторов, за последние несколько десятков лет распространенность указанной проктологической патологии варьируется от 2% до 9% от общего числа пациентов, которые подверглись хирургическому вмешательству из-за доброкачественных патологий прямой кишки, в том числе заболеваний анального канала [Purpata A., 2023]. Постооперационный стеноз анального канала (ПСАК) встречается в 5-10% случаев после применения стандартных методов хирургического лечения хронического геморроя [Katabi, K., 2023], при этом, по отдельным данным, доля таких случаев может достигать до 15% [Zheng Z, 2022]. В США геморроидэктомия является наиболее частой причиной появления этой патологии, с частотой развития от 1,5% до 3,8% [Чистохин С.Ю., 2020; Gallo G., 2020].

Дж.К. Мухаббатов вместе с коллегами, проведя анализ лечебных исходов 2994 пациентов, страдающих геморроем и его осложнениями, зафиксировали развитие ПСАК у 64 (2,14%) пациентов, имевших комбинированную патологию анального канала и геморрой. Исследование выявило, что к развитию стриктуры анального канала после геморроидэктомии приводили различные факторы: в 34% случаев — хронический воспалительный процесс в прямой кишке, в 28% случаев — сложные формы геморроя на фоне снижения антиоксидантной защиты слизистой оболочки прямой кишки. Тактико-технические ошибки в период до и после операции составили 20% риска развития стеноза, а наличие сопутствующих заболеваний анального канала — 18%. Среди них только у 6 (9,8%) пациентов технические ошибки во время геморроидэктомии, такие как излишний радикализм, стали прямой причиной формирования стриктуры.

Послеоперационный стеноз анального канала являются следствием осложнений, происшедших после операций, выполненных на анальном канале после геморроя, анальных трещин и хронического парапроктита. При лечении

пациентов послеоперационным сужением ануса необходим комплексный подход с учётом давности заболевания и характера рубцового сужения, что позволяет в каждом конкретном случае выбрать наиболее оптимальный вариант хирургической коррекции [Кахарова Р.А., 2019].

Следует подчеркнуть, что в некоторых случаях оперативное вмешательство при лечении простых анальных трещин способно вызвать послеоперационный стеноз ануса. Это может произойти, если в ходе хирургического вмешательства не выполняется обязательная сфинктеротомия анального сфинктера прямой кишки. [Vejiġa G., 2022].

Учёные, поддерживающие консервативное лечение послеоперационного сужения анального канала (ПСАК), предлагают использовать бужирование ануса как метод, применимый независимо от формы и степени стеноза анального канала прямой кишки [Есаян М.О. и др., 2021; Luo S., 2021]. Тем не менее, ряд авторов указывает на удовлетворительную эффективность данного способа лечения у пациентов с III степенью сужения анального канала, которое может возникать в качестве осложнения после геморроидэктомии, иссечения хронической анальной трещины, иссечения свища прямой кишки, вскрытия острого парапроктита и других процедур. Авторы объясняют свою позицию критикой метода бужирования ануса при ПСАК, отмечая, что к его недостаткам относятся временный характер эффекта от вмешательства и необходимость многократного повторения процедуры. По их мнению, данный метод не способен окончательно избавить пациента от постоянных страданий и предотвратить риск рецидива послеоперационного сужения анального канала прямой кишки [Cain V.T., 2021]. По данным Ан.В. (1996), осложнения различного характера после хирургического лечения ПСАК отмечались в 4,2% случаев. В работах Кусьминова С.В. (2011) случаи нагноения после хирургического лечения ПСАК наблюдались у 6,7% пациентов, рецидивы заболевания - у 4,3% пациентов, случаи НАС были отмечены в 1,4% случаев.

**Степень научной разработанности изучаемой проблемы.** В отечественной научной литературе существует обширное количество публикаций, посвященных оперативному лечению стенозов ануса, возникающих в результате хирургического вмешательства при острой и хронической патологии анального канала. Например, в 1986 году В.П. Макаров описал случаи 106 больных с неопухолевым сужением анального канала прямой кишки. Установлено, что стенозы ануса и прямой кишки, развившиеся после операций на анальном канале, представляют собой распространенную хирургическую проблему в мировой практике колопроктологии. Эта проблема отмечается тенденцией к поддержанию высоких уровней заболеваемости, отсутствием унифицированного подхода к хирургическому лечению таких пациентов, частым возникновением ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений, а также рецидивами заболевания.

Следует подчеркнуть, что, несмотря на прогресс в совершенствовании методик диагностики и хирургического вмешательства при послеоперационном стенозе анального канала, проблема выбора оптимального подхода к диагностике и лечению ПСАК до сих пор не нашла своего решения. В научных публикациях до настоящего времени не представлены унифицированные и однозначные

рекомендации относительно наиболее эффективного метода диагностирования и хирургической коррекции ПСАК.

Изложенный анализ литературных источников, сосредоточенный на ключевых аспектах проблематики ПСАК, позволяет сделать вывод о необходимости продолжения поисков по улучшению методов раннего выявления и эффективного лечения этого заболевания.

**Связь работы с программами (проектами), темами.** Работа выполнена на кафедре общей хирургии №1 им. профессора Каххорова А.Н. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в рамках НИР кафедры «Клинико-эпидемиологические особенности и хирургическое лечение заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны и толстой кишки с применением инновационной технологии» на 2020-2025 гг.

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования:** улучшение ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения послеоперационного стеноза анального канала.

#### **Задачи исследования:**

1. Проанализировать и выявить причины развития послеоперационного стеноза анального канала после различных хирургических вмешательств.
2. Оптимизировать инструментальные методы исследования для диагностики послеоперационного стеноза анального канала.
3. Усовершенствовать способы хирургического лечения пациентов с послеоперационным сужением анального канала.
4. Изучить ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения послеоперационного стеноза анального канала.

**Объект исследования.** В данное исследование было включено 92 пациента с ПСАК, которые были прооперированы в отделении колопроктологии ГУ ГКЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева в период с 2012 по 2023 годы. С целью выявления частоты встречаемости причин осложнений в раннем послеоперационном и отдалённом периодах был проведен ретроспективный анализ 46 историй болезней пациентов с сужением ануса, возникшим после оперативного лечения хирургических острых и хронических патологий анального канала (контрольная группа - КГ). Кроме того, проспективному анализу были подвергнуты 46 пациентов с ПСАК (основная группа - ОГ), которые проходили лечение с 2018 по 2023 год и к которым были применены разработанные и усовершенствованные методы оперативного лечения ПСАК.

**Предмет исследования.** Сравнительное изучение эффективности существующих и новых подходов к диагностике и хирургическому лечению послеоперационного стеноза анального канала. Оценка ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения послеоперационного стеноза анального канала.

#### **Научная новизна исследования**

1. Выявлен ряд УЗИ и МРТ критериев, позволяющих верифицировать степень сложности и структурные изменения анального канала у пациентов с послеоперационным сужением ануса.

2. Разработан способ предоперационной подготовки больных с послеоперационным стенозом анального канала в сочетании со свищем прямой кишки (Рациональное предложение №3493/R981).

3. Предложен лечебно-диагностический алгоритм для пациентов с послеоперационным сужением анального канала, основанный на данных УЗИ и МРТ тканей промежности и факторах риска развития стеноза ануса.

4. Разработаны способы хирургического лечения послеоперационных стенозов анального канала (Рациональные предложения №3495/R983, №3492/R980 и №3494/R982).

#### **Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.**

Внедрение предложенных способов усовершенствования диагностики и хирургического лечения послеоперационного сужения анального канала в клиническую практику позволяет уменьшить частоту рецидивов и улучшить функцию анального сфинктера прямой кишки по сравнению с традиционными методами.

Разработанные способы оперативного лечения больных с послеоперационным стенозом анального канала способствуют сокращению времени нахождения пациентов в стационаре.

Результаты исследования, которые были внедрены в клиническую практику, способствуют улучшению исходов хирургического лечения послеоперационных сужений анального канала.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Применение УЗИ с линейным датчиком и МРТ в комплексном обследовании пациентов с ПСАК позволяет точно установить степень тяжести и структурные изменения анального канала.

2. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволяет определить наиболее эффективную тактику лечения больных с ПСАК.

3. Предложенный способ усовершенствованной предоперационной подготовки и хирургического лечения ПСАК способствует снижению послеоперационных осложнений на 8,8% в раннем и на 6,5% в отдалённом послеоперационном периоде.

4. В зависимости от характера перенесённых заболеваний, таких как острый и хронический парапроктит, методов геморроидэктомии и иссечения трещины анального канала, длительности заболевания, а также наличия сопутствующих болезней, у пациентов с послеоперационными стенозами анального канала могут развиваться различные формы сужения по сложности и степени.

**Степень достоверность результатов диссертации.** Результаты исследования, положения, выносимые на защиту, практические рекомендации базируются на основе обследования достаточного клинического материала, использования современных информативных методов диагностики и выполнения разнообразных традиционных и современных методов хирургического лечения анальных стенозов. Оригинальные научные исследования в виде научных изданий и статей опубликованы в рецензируемых журналах РТ.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Область исследования соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики

Таджикистан по специальности 6D 110117 – Хирургия, которая рассматривает физиологические и патологические процессы, формирующиеся в организме взрослого контингента больных под влиянием оперативных вмешательств, а также разработкой и совершенствованием хирургических методов, в равной мере относящихся как к детскому, так и взрослому контингенту больных.

**Личный вклад соискателя ученой степени в исследования.** Автором лично обследованы больные, разработана медицинская документация и заполнены индивидуальные карты обследования пациентов, проведены инструментальные и лабораторные исследования. Автор лично принимал активное участие в обследовании и хирургическом лечении больных с ПСАК. Проведена статистическая обработка и анализ полученных результатов.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Основные результаты исследований доложены и обсуждены на XVI научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) (Душанбе 2021); XVII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием (Душанбе 2022); XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием (Душанбе 2023); на совместном заседании экспертно-проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» 2023 года, протокол заседания №16.

Результаты исследования внедрены в практику ГУ ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева г. Душанбе и ГУ ГМЦ №3. Основные положения работы внедрены в учебный процесс кафедры общей хирургии №1 имени профессора А.Н. Каххарова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

**Публикации по теме диссертации.** По теме диссертации опубликовано 19 научных работ, из которых 3 статьи опубликованы в рецензируемых изданиях, входящих в перечень, рекомендованный ВАК при Президенте РТ. Получено 6 удостоверения на рационализаторские предложения.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация изложена на 147 страницах и состоит из введения, общей характеристики работ, обзора литературных данных, главы методов исследования, 2-х глав результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций. Список литературы включает 39 русскоязычных и 109 зарубежных источников. Диссертация иллюстрирована 19 рисунком и 20 таблицами. В качестве иллюстраций приводятся и клинические наблюдения.

### **Содержание работы**

**Материал и методы исследования.** В данное исследование было включено 92 пациента с ПСАК, которые были прооперированы в отделении колопроктологии ГУ ГКЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева в период с 2012 по 2023 годы. Проведен ретроспективный анализ 46 историй болезней пациентов с сужением ануса, возникшим после оперативного лечения хирургических острых и хронических патологий анального канала (контрольная группа - КГ). Кроме того, проспективному анализу были подвергнуты 46 пациентов с ПСАК (основная

группа - ОГ), которые проходили лечение с 2018 по 2023 год и к которым были применены разработанные и усовершенствованные методы оперативного лечения ПСАК.

Критерии включения в исследование определялись наличием у пациентов послеоперационного сужения ануса II и III степени, развившегося в результате оперативного лечения острой и хронической хирургической патологии анального канала. Исключались из исследования пациенты с посттравматическим и врожденным сужением ануса, стенозом анального канала опухолевого генеза, а также с послеоперационным сужением анального канала I степени.

В ходе исследования преобладали мужчины, которые составили 59 случаев (64,1%), в то время как женщин было 33 (35,9%). Возраст пациентов обеих групп колебался от 23 до 72 лет, при этом средний возраст составил  $43,1 \pm 1,8$  лет. Было отмечено преобладание пациентов в возрастной категории 40-49 лет (55,4%).

Длительность анамнеза у пациентов с послеоперационным сужением ануса в среднем составила  $3,8 \pm 1,2$  года. При этом основную часть составили пациенты с длительностью сужения анального канала до 1 года, которые составляли 59% и 57% случаев в ОГ и КГ соответственно, за постоперационный период. Наименьшую частоту встречаемости по длительности заболевания показали пациенты с периодом от 3 до 5 лет — по 11% в обеих группах исследования, что свидетельствует о сопоставимости этих групп пациентов.

Из анамнеза было установлено, что ПСАК возникло у 17 (18,5%) пациентов после хирургического лечения острых патологий анального канала: 10 (21,7%) случаев в ОГ и 7 (15,2%) случаев в КГ. Среди этих пациентов, после оперативного лечения острого гнилостного парапроктита, ПСАК наблюдалось у 7 (15,2%) пациентов: 5 (10,9%) случаев в ОГ и 2 (4,4%) случая в КГ. ПСАК после лечения острого анаэробного парапроктита развилось у 8 (17,4%) пациентов: 3 (6,5%) случая в ОГ и 5 (10,9%) случаев в КГ. Кроме того, у 2 (4,4%) пациентов основной группы ПСАК возникло после иссечения острой анальной трещины с кровотечением и анемией средней степени тяжести.

В оставшихся 75 (81,5%) случаях сужение ануса в послеоперационном периоде развивалось после хирургического лечения хронических патологий АК, из которых 36 (86%) пациентов принадлежали к ОГ, а 39 (74,8%) — к КГ. Из них в 57 (62,0%) случаях ПСАК наблюдалось у группы пациентов с хроническим геморроем: 26 (56,5%) пациентов ОГ и 31 (67,4%) пациента КГ. В 14 (15,2%) случаях ПСАК развился у пациентов со сложным рецидивирующим СПК: 8 (17,4%) пациентов ОГ и 6 (13,0%) пациентов КГ. В 4 (4,4%) случаях причиной стало хроническое течение анальной трещины: по 2 случая (4,4%) в каждой из групп.

Распределение всех пациентов по степеням показало, что общее количество пациентов со II степенью ПСАК достигло 78 (84,8%) случаев, из которых 38 (82,6%) находились в ОГ и 40 (87%) в КГ. С III степенью сужения ануса было зарегистрировано 14 (15,2%) пациентов, включая 8 (17,4%) в ОГ и 6 (13,0%) в КГ. Анализ распределения пациентов по степеням ПСАК не показал статистически значимых различий, которые могли бы оказать влияние на результаты хирургического лечения ПСАК. Это указывает на то, что две исследуемые группы являются сопоставимыми (таблица 1.).



**Таблица 1. - Распределение больных обеих исследуемых групп по степеням ПСАК, абс (%)**

Степень ПСАК	Основная группа (n=46)	Контрольная группа (n=46)	P	Всего (n=92)
II	38 (82,6%)	40 (87,0%)	>0,05	78 (84,8%)
III	8 (17,4%)	6 (13,0%)	>0,05	14 (15,2%)

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

В данной работе распределение всех пациентов с ПСАК по формам показало, что доминирующую позицию занимали пациенты с кожной формой стриктуры ануса, которые составили 52 (56,5%) случая: 24 (52,2%) наблюдения среди пациентов ОГ и 28 (60,8%) в КГ. Одной из основных причин развития мышечной формы ПСАК стал пектенос анального сфинктера в сочетании со свищами прямой кишки, что составило 14 (15,2%) случаев: 8 (17,4%) и 6 (13,1%) наблюдений в ОГ и КГ соответственно (таблица 2.).

**Таблица 2. – Распределение больных по формам ПСАК, абс (%)**

Форма ПСАК	Основная группа (n=46)	Контрольная группа (n=46)	P	Всего (n=92)
Кожная	24 (52,2%)	28 (60,8%)	>0,05	52 (56,5%)
Слизистая	14 (30,4%)	12 (26,1%)	>0,05	26 (28,3%)
Мышечная	8 (17,4%)	6 (13,1%)	>0,05	14 (15,2%)

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

Распределение всех пациентов с ПСАК по частоте встречаемости сопутствующих хронических хирургических патологий АК показало, что большую часть — 49 (53,3%) случаев — составили пациенты с хроническим анальным трещиной (ХАТ): 22 (47,8%) в ОГ и 27 (58,7%) в КГ (таблица 3.).

**Таблица 3. - Частота встречаемости сопутствующих хирургических патологий АК у больных с ПСАК, абс (%)**

Сопутствующая хирургическая патология АК	Основная группа (n=46)	Контрольная группа (n=46)	P	Всего (n=92)
ХАТ	22 (47,8%)	27 (58,7%)	>0,05	49 (53,3%)
ХГ	16 (34,8%)	14 (30,4%)	>0,05	30 (32,6%)
СПК	8 (17,4%)	5 (10,9%)	>0,05	13 (14,1%)

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

Основная часть пациентов с сопутствующим сахарным диабетом (СД) приходилась на тех, кто перенёс в анамнезе анаэробные и гнилостные парапроктиты, в общей сложности составив 11 (12,0%) случаев: 6 (13,0%) наблюдений среди пациентов ОГ и 5 (10,9%) — у пациентов КГ. По анамнезу было установлено, что у большинства из них СД был диагностирован первично при экстренном обращении в стационар по поводу острого парапроктита — в 7 (63,3%) случаях. В 8 (72,7%) случаях из 11 СД находился в стадии компенсации, а в 3 (27,3%) случаях — в субкомпенсации.

Главными критериями диагностики ПСАК являлись клинические (жалобы, местный осмотр промежности) и инструментальные методы исследования (УЗИ и МРТ применены только больным основной группы для выявления сопутствующих патологий анального канала). В диагностике ПСАК не проводились пальцевое исследование, ано- и ректороманоскопия, сфинктерометрия и аноректальная манометрия. Из лабораторных исследований были проведены биохимия крови, общий анализ крови, свёртывающая система крови, общий анализ мочи, кала и др.

Основными симптомами, составляющими клинику ПСАК, явились затруднение и чрезмерное натуживание при дефекации, увеличение длительности дефекации, ректальное кровотечение и ручное пособие при стуле. Таким образом, среди жалоб, предъявляемых пациентами, затруднение и чрезмерное натуживание при дефекации с увеличением длительности последней, было отмечено у всех пациентов обеих групп — 100% как в ОГ, так и в КГ. Большую часть пациентов с кровотечением и болезненностью при дефекации составили пациенты с ПСАК, осложнёнными анальной трещиной.

Среди жалоб, предъявляемых пациентами во время дефекации на фоне послеоперационного сужения ануса, ощущение неполного опорожнения прямой кишки было замечено у 75 (81,5%) пациентов. Из них 35 (38,0%) пациентов прибегали к ручному способу облегчения стула: 16 (34,8%) пациентов из ОГ и 19 (41,3%) из КГ, то есть у них наблюдался синдром обструктивной дефекации (СОД). Следовательно, изучение особенностей СОД у пациентов с ПСАК также представляет значительный клинический интерес. Осмотр больных с ПСАК проводился в коленно-локтевом положении либо лежа на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и приведёнными к животу нижними конечностями. Особое внимание в ходе осмотра уделялось состоянию кожных покровов в области промежности, наличию и состоянию наружных отверстий параректальных свищей, если они имелись, наличию послеоперационных рубцов, размеру наружного отверстия анального канала, а также наличию деформации промежности, особенно у пациентов, перенёсших острый гнилостный или анаэробный парапроктит на фоне сахарного диабета и т.д. В рамках данной работы наличие послеоперационных рубцов на коже промежности было зафиксировано во всех случаях (100%). Кроме того, для определения степени послеоперационного стеноза ануса у всех пациентов производилось измерение размеров наружного суженного отверстия анального канала. При этом пациенты с ПСАК I степени были исключены из данного исследования, поскольку они подлежали консервативному лечению.

Был проведён ретроспективный анализ 60 пациентов. Анализ возрастнополового состава пациентов выявил преобладание лиц мужского пола, составивших 65,0%, в то время как женщины составили 35,0% случаев. Средний возраст пациентов был 44,2 года, при этом наибольшее количество пациентов приходилось на возрастную категорию 40-49 лет (58,3%). Сочетание более трёх симптомов СОД наблюдалось у 91,2% пациентов с послеоперационным сужением АК, причём симптоматика имела органический характер.

Проведённые УЗИ и МРТ показали наличие гнойных полостей и затеков в 13,3% случаев среди пациентов с постоперационным стенозом анального канала.

Исследование позволило сделать вывод о том, что синдром обструктивной дефекации встречается у 91,2% пациентов с ПСАК, преимущественно у лиц трудоспособного возраста с преобладанием мужского пола. Основные симптомы послеоперационного стеноза анального канала, включая боль, выделение крови из анального канала при дефекации, затруднение опорожнения прямой кишки и наличие острой задней трещины, являются ранними признаками данного состояния. Затруднение при дефекации с чрезмерным натуживанием и увеличенной длительностью акта наблюдается у всех пациентов (100%) и является характерным признаком синдрома СОД.

В рамках данного исследования в лабораторных показателях крови у пациентов с ПСАК на фоне хронического геморроя анемия различной степени была выявлена в 27 (29,3%) случаях, включая 15 (32,6%) случаев в основной группе (ОГ) и 12 (26,1%) в КГ. При этом средние значения гемоглобина в ОГ и КГ составили  $128,7 \pm 4,0$  и  $133,1 \pm 3,9$  г/л соответственно. Анемия часто ассоциировалась с наличием хронической трещины задней стенки анального канала с кровотечением в 24 (26,1%) случаях.

В то же время, лейкоцитоз был выявлен только в 5 (5,4%) случаях у пациентов с гнойным затеком в параректальной клетчатке на фоне сопутствующего СПК, в том числе в 3 (6,5%) случаях в ОГ и в 2 (4,4%) случаях в КГ. Увеличение показателей С-реактивного белка (СРБ) крови также в основном наблюдалось у пациентов с гнойным затеком в параректальной клетчатке при наличии сопутствующего СПК. Средние значения СРБ в этих случаях составили  $11,3 \pm 1,1$  в ОГ и  $6,5 \pm 0,2$  в КГ. Повышение уровня скорости оседания эритроцитов (СОЭ) было зафиксировано в 14 (15,2%) случаях, что в среднем составило  $13,1 \pm 1,2$  у пациентов ОГ и  $15,7 \pm 1,5$  у пациентов КГ, указывая на наличие хронического гнойного воспаления в организме пациентов.

В данном исследовании были также проанализированы как местные, так и общие изменения в организме пациентов с ПСАК. Среди местных изменений были изучены частота встречаемости и характер пектеноза анального сфинктера и деформации анального канала. В качестве критериев общих изменений в организме пациентов со стенозом ануса после оперативного лечения хирургических патологий анального канала были включены кахексия и гипопротейнемия (таблица 4.).

**Таблица 4. – Местные и общие изменения у больных с ПСАК, абс (%)**

Показатель	Основная группа (n=46)	Контрольная группа (n=46)	p	Всего (n=92)
<b>Местные изменения</b>				
Пектенос АС	12 (26,1%)	9 (19,6%)	>0,05	21 (22,8%)
Деформация АК	6 (13%)	5 (11%)	>0,05	11 (12%)
<b>Общие изменения</b>				
Гипопротенемия	4 (8,7%)	6 (13,8%)	>0,05	10 (10,9%)
Кахексия	5 (11%)	4 (9%)	>0,05	9 (9,8%)

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

Анализ пектеноза анального сфинктера (АС) показал его наличие у 21 (22,8%) пациента: 12 (26%) случаев среди пациентов ОГ и 9 (19,6%) случаев в КГ.

Большинство случаев пектеноза сфинктера прямой кишки развивалось у пациентов после перенесённых острых гнилостных и анаэробных парапроктитов, что обусловлено реактивным сужением сфинктера и формированием обширных рубцов. Деформация анального канала (АК) была выявлена в 11 (12,0%) наблюдениях, включая 6 (13,0%) случаев среди пациентов основной группы и 5 (10,9%) в контрольной группе. Статистически значимое изменение в биохимическом анализе крови, а именно гипопротеинемия, наблюдалась у 10 (10,9%) пациентов с III степенью послеоперационного сужения анального канала с давностью более трёх лет: 4 (8,7%) случая в основной группе и 6 (13,8%) в контрольной группе. Почти у всех больных, 9 из 10 (90,0%), с гипопротеинемией была обнаружена кахексия разной степени: 5 (10,9%) случаев среди пациентов основной группы и 4 (8,7%) в контрольной группе. Предполагается, что гипопротеинемия у пациентов с ПСАК может быть связана с болезненностью и трудностью акта дефекации, особенно когда наружное отверстие анального канала не пропускает даже кончик пальца.

Из-за сужения анального канала, особенно при II и III степенях, отсутствует возможность проведения внутрианальных инструментальных исследований. Оптимизация диагностики постоперационного стеноза анального канала и разработка хирургической тактики на основе полученных данных осуществлялись с применением ключевых диагностических критериев и внеанальных инструментальных методов исследования анального канала после оперативного лечения острых и хронических хирургических патологий. Как было указано, основными критериями диагностики ПСАК являлись клинические данные (жалобы пациентов и осмотр промежности) и инструментальные показатели (ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) промежности), которые проводились только у пациентов основной группы для выявления сопутствующих патологий анального канала и определения соответствующей хирургической стратегии.

Необходимо подчеркнуть, что в диагностике постоперационного сужения ануса, возникшего в результате оперативных вмешательств на анальном канале по поводу различных хирургических заболеваний, не проводились пальцевое исследование, ано- и ректороманоскопия, сфинктерометрия и аноректальная манометрия из-за узкости наружного отверстия анального канала, что не позволяло ввести палец или зонд аппарата. Однако, при II степени сужения ануса удалось ввести в анальный канал расширитель Гегара от №7 до №12, а при III степени сужения – возможность введения ограничивалась расширителем Гегара №6.

УЗИ-исследование выявило наличие гнойных полостей и затеков у пациентов с ПСАК в 13 (14,1%) случаях: 5 (5,4%) случаев после иссечения синуса пилонидального киста, 3 (6,6%) случая после иссечения хронической анальной трещины, осложненной внутренним параректальным свищом, и 5 (5,4%) случаев после вскрытия острого гнилостного парапроктита. В более чем половине этих случаев (69,2%) у пациентов были выявлены плохо дренируемые гнойные полости в параректальной клетчатке с периодическими обострениями. В 7 (15,2%) случаях вокруг анального сфинктера были обнаружены воспалительные инфильтраты различной формы и размера. Кроме того, при УЗИ промежности с

помощью линейного датчика в 4 (8,7%) случаях было определено утолщение и снижение эхогенности мышечных волокон в области воспалительного инфильтрата, что важно учитывать при подготовке пациентов к предстоящей анопластике. Ниже проведено несколько рисунков УЗИ мягких тканей промежности с использованием линейного датчика.

Детальное изучение и классификация патологических изменений на основе УЗИ данных дали возможность более точно спланировать хирургические вмешательства, выбрать наиболее подходящую хирургическую тактику и тем самым повысить эффективность лечения и минимизировать риск развития осложнений после операции.

У 14 (15,2%) пациентов, имеющих сопутствующие свищи прямой кишки — 8 (17,4%) из основной группы (ОГ) и 6 (13,0%) из контрольной группы (КГ), в предоперационном периоде была проведена фистулография параректальных фистул. Целью данного диагностического исследования было выявление наличия гнойных полостей и затеков в параректальной клетчатке, а также обнаружение дополнительных свищевых ходов в околопрямокишечной клетчатке. В результате фистулографии в 6 (6,5%) случаях были обнаружены гнойные полости в околопрямокишечной клетчатке, а в 9 (9,8%) наблюдениях выявлены дополнительные свищевые ходы. Эти данные имеют важное значение для планирования хирургического вмешательства, так как наличие гнойных полостей и дополнительных свищевых ходов может существенно влиять на выбор методики операции и стратегию лечения пациентов с послеоперационным сужением анального канала. УЗИ с линейным датчиком позволило выявить все имеющиеся затеки или гнойные полости и вторичные свищевые ходы у пациентов. При сравнительной оценке результатов УЗИ и фистулографии мягких тканей промежности в диагностике гнойных полостей и затеков в параректальной клетчатке у больных с ПСАК на фоне СПК, УЗИ продемонстрировало более высокую чувствительность и достоверность по сравнению с фистулографией. Это может быть связано с особенностями строения свищевых ходов, имеющих широкий проход и узкий вход к гнойной полости, что затрудняет эффективное дренирование и приводит к тому, что контрастное вещество при фистулографии быстро попадает в полость прямой кишки, минуя гнойные затеки.

Чувствительность УЗИ составила 87,5%, а специфичность достигла 94,1%. Эти показатели подтверждают высокую ценность ультразвукового исследования с линейным датчиком для диагностики воспалительных процессов в анальном канале и сфинктере у пациентов с послеоперационным сужением анального канала.

Высокая чувствительность указывает на способность метода корректно выявлять наличие воспалительных процессов у большинства пациентов с данным заболеванием, в то время как высокая специфичность говорит о низкой вероятности получения ложноположительных результатов. Таким образом, УЗИ с линейным датчиком является надежным инструментом для оценки состояния слизистой и подслизистой оболочки анального канала, а также сфинктера прямой кишки у пациентов с постоперационным сужением анального канала, позволяя оптимизировать подход к лечению и повысить эффективность предстоящих хирургических вмешательств.

У 8 (17,4%) пациентов основной группы (ОГ) с III степенью ПСАК было проведено магнитно-резонансное томографическое исследование (МРТ). В результате у 2-х (4,3%) пациентов была выявлена инфильтрация одной из стенок анального канала и нижнеампулярной части прямой кишки, что может указывать на воспалительные изменения или другие патологические процессы в этих областях.

Кроме того, у 7-ми (15,2%) пациентов основной группы было обнаружено чрезмерное расширение прямой кишки и ректосигмоидального отдела толстого кишечника с признаками хронической кишечной непроходимости толстого кишечника. Это состояние может быть связано с длительным нарушением проходимости и стазом содержимого в кишечнике, что часто встречается при сложных формах ПСАК.

При проведении магнитно-резонансного томографического исследования органов малого таза и мягких тканей промежности у пациентов со сужением ануса, возникшим в результате оперативного лечения острых и хронических хирургических патологий анального канала, был выявлен пектенос анального сфинктера прямой кишки в 5 из 8 случаев: 3 (6,5%) случая среди пациентов основной группы и 2 (4,4%) случая среди пациентов контрольной группы. Кроме того, у пациентов обеих исследуемых групп с сопутствующим рецидивирующим свищом прямой кишки была обнаружена гнойная полость в 4 (8,7%) наблюдениях в параректальной клетчатке.

Необходимо подчеркнуть, что в процессе оценки достоверности МРТ исследования для выявления наличия воспалительных процессов, в частности пектеноса, в анальном сфинктере прямой кишки у пациентов с III степенью послеоперационного сужения анального канала (ПСАК), возникшего после оперативного лечения острых и хронических хирургических патологий анального канала, были изучены чувствительность и специфичность данного диагностического метода. Оба показателя составили 100,0%, что свидетельствует о высокой информативности МРТ в диагностике указанных состояний.

Такие результаты указывают на то, что МРТ является чрезвычайно эффективным методом для точного выявления воспалительных процессов в анальном сфинктере у пациентов с ПСАК. Высокая чувствительность и специфичность МРТ позволяют не только точно диагностировать состояние анального сфинктера и наличие пектеноса, но и оптимизировать подход к лечению, выбирая наиболее эффективную хирургическую тактику на основе полученных данных. Это, в свою очередь, способствует улучшению клинических исходов для пациентов с таким сложным состоянием, как ПСАК.

#### **Статическая обработка данных**

Статистическая обработка полученных данных была выполнена с использованием программного обеспечения Statistica 10.0 (Statsoft, США). Для адекватной оценки нормальности распределения выборок использовались критерии Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. В данной работе количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки, категориальные значения — в виде абсолютных и процентных величин. При сравнении количественных показателей между двумя независимыми группами использовался U-критерий Манна-Уитни, а для сравнения

качественных показателей применялся критерий  $\chi^2$ . Различия между группами считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Больные ОГ в зависимости от отсутствия или наличия выявленных местных изменений тканей анального канала и анального жома прямой кишки с помощью УЗИ исследования линейным датчиком нами были разделены на три подгруппы: I-подгруппа без изменения СОПК и АК; II-подгруппа с УЗИ и МРТ признаками воспаления СОПК и или АС и III-подгруппа с УЗИ и МРТ признаками фиброзных изменений СОПК и или АС. Ретроспективно было установлено, что пациентам КГ не проводились УЗИ и МРТ исследования промежности для выявления сопутствующих патологий АК, влияющих на ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения ПСАК.

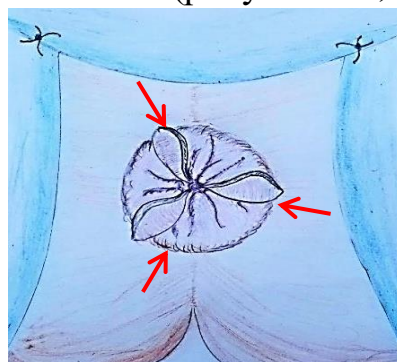
Для хирургического лечения ПСАК у пациентов КГ применялась традиционная существующая хирургическая тактика. Однако в ОГ, у пациентов с выявленной сопутствующей патологией анального канала, такой как свищ прямой кишки с наличием гнойного затёка в параректальной клетчатке (5 (10,9%) случаев), был принят инновационный подход в предоперационный период. Амбулаторно проводилась пункция гнойной полости под контролем УЗИ с использованием линейного датчика с последующей ежедневной санацией полости в течение 10-14 дней раствором антисептика «Вавеган» и параллельным УЗИ-мониторингом уменьшения размеров гнойной полости и воспалительного инфильтрата.

После адекватной предоперационной подготовки пациентов ОГ с учётом выявленной сопутствующей патологии анального канала проводились специально разработанные способы хирургического лечения ПСАК, результаты которых были систематизированы в виде рациональных предложений. Эти подходы и методики представлены в алгоритме хирургической тактики для пациентов с ПСАК и отражают индивидуализированный подход к лечению данной категории больных, целью которого является оптимизация лечебного процесса и повышение его эффективности.

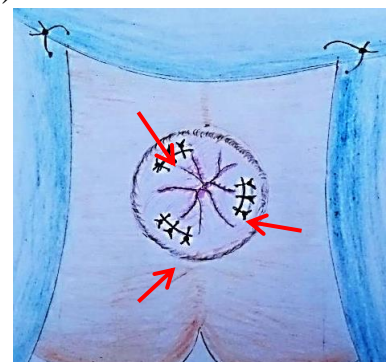
У 21 (45,0%) пациента ОГ), у которых сужение ануса возникло после геморроидэктомии, применялся усовершенствованный метод хирургического лечения ПСАК (Рационализаторское предложение №3492/R980). Этот метод был специально разработан для лечения слизистой формы стеноза анального канала, возникшего после геморроидэктомии, и предполагает проведение дивульсии анального канала после обезболивания (рисунок 1. а, б).



а)



б)



в)

**Рисунок 1. - Интраоперационное фото и схематическое изображение**

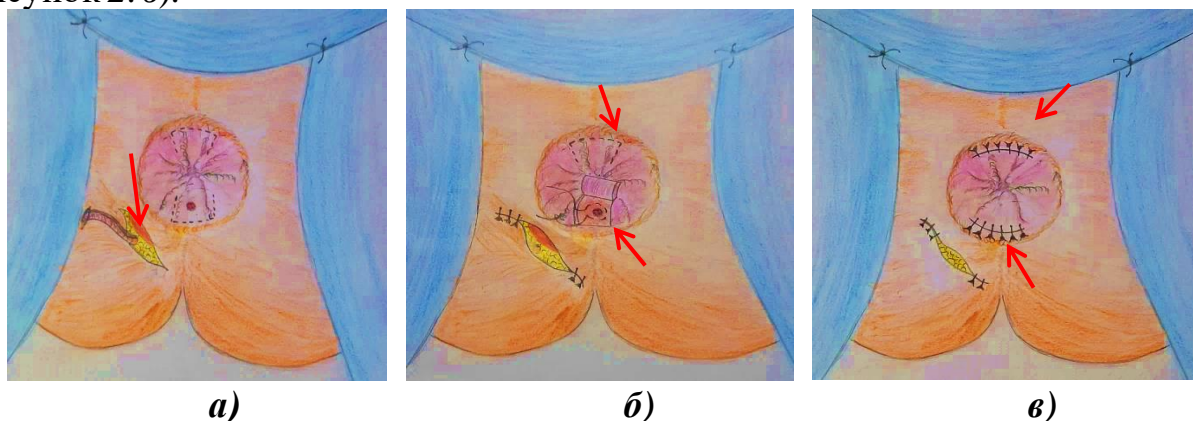
**слизистой формы стеноза АК после геморройэктомии: а - , б- надрывы; в - швы в поперечном направлении на ранах в слизистой оболочке анального канала** указаны красной стрелкой.

В результате дивульсии в зонах послеоперационных рубцов на слизистой оболочке, которая является менее эластичной и растяжимой по сравнению с неповрежденной слизистой, происходят надрывы. Далее, на местах этих надрывов накладываются швы в поперечном направлении, что способствует дополнительному расширению просвета анального канала (рисунки 1. в).

Основное преимущество данного способа заключается в его способности направленно воздействовать на зоны с наименьшей растяжимостью – рубцовые участки, которые и являются основными причинами сужения анального канала. В результате дивульсии анального канала именно в этих местах формируются надрывы на слизистой оболочке, что позволяет достичь дополнительного расширения просвета канала и устранить сужение.

Эффективность оперативного способа лечения СПК и ПСАК зависит и от правильной предоперационной подготовки пациентов, особенно тех больных, у которых имеется гнойная полость в параректальной клетчатке, так как они входят в группу риска послеоперационных осложнений. Исходя из этого, 8 (17,4%) больным со стенозом ануса в сочетании со СПК ОГ применен третий нами разработанный способ хирургического лечения ПСАК (Рационализаторское предложение №3494/R982). Этот метод предполагает детальную препарацию свищевого хода со стороны промежности до стенки прямой кишки (рисунок 2. а). Далее у основания стенки прямой кишки свищевой ход отсекается.

После иссечения рубцов внутреннее отверстие ушивается кисетным швом и отпрепаруется слизисто-подкожный лоскут (рисунок 2. б), который низводится и фиксируется к перианальной коже. Также на противоположной стороне проводится стриктуротомия с низведением слизистой оболочки в анальный канал вышеуказанным способом с целью полной ликвидации стеноза анального канала (рисунок 2. в).



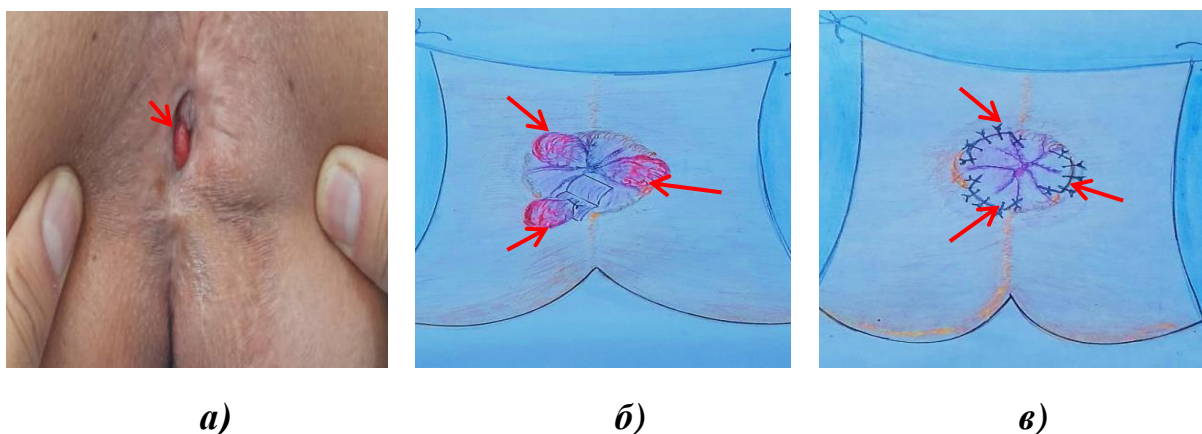
**Рисунок 2. - Способ хирургического лечения ПСАК в сочетании со СПК.** а – выделение свищевого хода до стенки прямой кишки, б – стриктуротомия в области внутреннего свищевого отверстия и на противоположной стороне стенки анального канала с двойным низведением лоскута в анальный канал, в – конечный вид операции.

Профилактическое устранение гнойных процессов в параректальной клетчатке не только улучшает прогнозы для хирургического лечения, но также



снижает вероятность рецидивов и способствует более полному восстановлению анатомической структуры и функций анального канала.

У 9 (19,6%) пациентов с ПСАК в сочетании с хроническим геморроем был применён второй способ лечения, разработанный нами (Рационализаторское предложение №3495/R983), направленный на сохранение слизистой оболочки и расширение анального канала через подслизистое удаление геморроидальных узлов (рисунок 3. а). Процедура начинается с обезболивания, после чего осуществляется иссечение рубцовой стриктуры (стриктурэктомия). Далее выполняется дивульсия АК, в ходе которой слизистая оболочка над геморроидальным узлом отсепарируется в форме трапеции (рисунок 3, б). Затем производится прошивание и завязывание сосудистой ножки с последующим удалением геморроидальной ткани.



**Рисунок 3. - Способ хирургического лечения ПСАК в сочетании с хроническим внутренним геморроем. а – фото промежности с ПАСК и внутренний геморрой; б - отсепаровка слизистой оболочки в форме трапеции над узлом внутреннего геморроя, прошивание и завязывание сосудистой ножки с удалением геморроидальной ткани; в - низведение отсепарованного трапециевидного лоскута в анальный канал с прошиванием его к анодерме.**

Затем выполняется дозированная сфинктеротомия через рану на месте удалённого геморроидального узла на глубину от 0,5 до 1,0 см на задней стенке АК. После этого сверху указанной раны размещают отсепарованный ранее трапециевидный лоскут в АК с прошиванием его к анодерме (рисунок 3. в). Этот метод анопластики, разработанный нашей командой, позволяет сохранить слизистую оболочку ануса и предотвратить уменьшение или натяжение тканей анального канала, которые могут привести к его дальнейшему сужению. Основным показанием к применению данного способа стал послеоперационный стеноз анального канала, сочетающийся с хроническим внутренним геморроем.

Ключевым параметром для анализа и сравнения непосредственных результатов хирургического вмешательства у пациентов ОГ и КГ в первые послеоперационные дни стали случаи кровотечения и ретракции перемещенного лоскута в АК, приводящие к последующему нагноению раны. Такие осложнения были зарегистрированы у 14 (15,2%) пациентов в каждой из групп. В целом, в ранний послеоперационный период после хирургического лечения ПСАК нагноение раны анального канала среди всех исследованных пациентов произошло в 11 (11,9%) случаях, из которых 4 (8,7%) случая были зафиксированы среди пациентов ОГ и 7 (15,2%) случаев — в КГ. Факторами, способствующими

нагноению раны анального канала, стали наличие сахарного диабета в стадии субкомпенсации и легкая степень постгеморрагической анемии. В результате, частота нагноений послеоперационных ран в ОГ снизилась на 6,5% по сравнению с КГ (с 15,2% до 8,7%). Отмечается, что пациентам с анемией средней и тяжелой степени в предоперационный период проводилась гемотрансфузия для коррекции уровня гемоглобина до 90,0 г/л и выше. В то же время, пациентам с анемией легкой степени трансфузия эритроцитарной массы не проводилась, поскольку данное состояние не считалось показанием к переливанию крови. Необходимо подчеркнуть, что одной из причин раннего послеоперационного кровотечения у 3 (3,3%) пациентов из обеих исследуемых групп (включая 1 (2,2%) случай в основной группе (ОГ) и 2 (4,4%) случая в контрольной группе (КГ)) стало несоблюдение пациентами постельного режима в первые сутки после операции (таблица 5).

**Таблица 5. - Ближайшие результаты хирургического ПСАК, абс (%)**

Вид осложнения	Основная группа (n=46)	Контрольная группа (n=46)	p	Всего (n=92)
Нагноение раны	4 (8,7%)	7 (15,2%)	<0,05	11 (11,9%)
Кровотечение	1 (2,2%)	2 (4,4%)	>0,05	3(3,3%)
Итого:	5(10,9%)	9(19,7%)	<0,05	14(15,2%)

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

Кроме того, в одном случае (2,2%) в основной группе причиной кровотечения стало соскальзывание лигатуры с сосуда из промежностной раны после проведения иссечения свища с анопластикой. Данное раннее послеоперационное осложнение было успешно устранено путем перевязки кровоточащего сосуда в промежностной ране под местной анестезией. Таким образом, было отмечено снижение частоты указанных осложнений на 8,8% (с 19,7% до 10,9%).

Снижение частоты послеоперационных осложнений является важным показателем эффективности предоперационной подготовки, хирургической техники и последующего ухода за пациентами.

В рамках оценки отдалённых результатов хирургического лечения ПСАК, нами были использованы такие критерии, как количество рецидивов и развитие НАС, данные по частоте которых представлены в таблице 6.

**Таблица 6. - Отдалённые результаты хирургического ПСАК, абс (%)**

Вид осложнения	Основная группа (n=46)	Контрольная группа (n=46)	p	Всего (n=92)
НАС I степени	2 (4,4%)	4 (8,7%)	<0,05	6 (7,6%)
НАС II степени	1 (2,2%)	2 (4,4%)	>0,05	3 (3,3%)
НАС III степени	0 (0%)	0 (0%)	-	0 (0%)
Рецидив	3 (6,5%)	7(15,2%)	<0,05	10 (10,8%)
Всего:	6 (13,0%)	13 (28,3%)	<0,05	19 (20,6%)

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

В целом, рецидив ПСАК был зафиксирован у 10 (10,8%) пациентов: в 3 (6,5%) случаях в ОГ и в 7 (15,2%) случаях в КГ. Согласно нашим наблюдениям, причиной рецидивов структуры ануса в отдалённом послеоперационном периоде в 3 (3,3%) случаях стали нагноения послеоперационной раны. В других случаях рецидивы ПСАК были связаны с такими факторами, как сопутствующая спаечная болезнь и склонность к гиперрубцеванию.

Функция анального сфинктера анализировалась в отдалённый послеоперационный период, спустя 6 месяцев после операции. Среди всех исследуемых пациентов НАС развилась у 9 (9,8%) случаев, из которых 3 (6,5%) пришлось на основную группу и 6 (13,0%) на контрольную группу. Отмечается, что анальное недержание I степени, возникшее в результате оперативного лечения анальной структуры, встречалось чаще, чем недержание II степени.

Анальное недержание I степени было выявлено у 6 (7,6%) пациентов. Среди них, 2 (4,4%) случая пришлось на пациентов ОГ и 4 (8,7%) случаев – на КГ, при этом различие показателей между группами имело статистическую значимость, составившую  $p < 0,05$ . Важно подчеркнуть, что анальное недержание III степени не наблюдалось ни в одной из исследуемых групп.

Использование в диагностике постоперационного сужения анального канала ультразвукового исследования с линейным датчиком и магнитно-резонансной томографии позволяет получить максимально полную информацию о характере патологического процесса в предоперационный период и определить наиболее адекватную хирургическую тактику.

## **ВЫВОДЫ**

1. Основными причинами неудовлетворительных результатов хирургического лечения постоперационного сужения анального канала являются трудности и неточность в диагностике степени тяжести изменений местных тканей анального канала, а также неадекватная предоперационная подготовка и традиционный подход к выбору методов оперативного вмешательства [1-А, 4-А, 11-А, 14-А, 15-А, 16-А, 22-А].
2. Применение УЗИ и МРТ в диагностике послеоперационного сужения ануса позволяет точно определить наличие местных воспалительных изменений и степень распространенности рубцовых процессов в анальном канале. Эти методы обеспечивают получение объективной информации о состоянии тканей и способствуют выбору наиболее адекватной хирургической тактики. Некоторые признаки синдрома обструктивной дефекации (СОД), как боль, выделение крови из анального канала при дефекации, затруднение опорожнения прямой кишки и наличие острой трещины являются ранними признаками послеоперационного стеноза анального канала [2-А, 3-А, 5-А, 6-А, 7-А, 8-А, 9-А, 10-А, 12-А, 20-А, 25-А].
3. Разработанный дифференциальный поэтапный подход в предоперационном периоде позволяет индивидуализировать подготовку больных к операции и выбирать способы хирургического лечения послеоперационного сужения анального канала с более высокой эффективностью и наименьшим риском возникновения послеоперационных осложнений [17-А, 19-А, 22-А, 23-А, 24-А].
4. Усовершенствованные способы хирургического лечения постоперационного сужения анального канала показали снижение послеоперационного нагноения

раны на 6,5%, уменьшение количества рецидивов заболевания на 8,7% и снижение частоты НАС на 6,5% по сравнению с контрольной группой [18-А].

### **Рекомендации по практическому использованию результатов исследования**

1. Учитывая невозможность проведения внутрианальных инструментальных методов исследования у пациентов с сужением анального канала, которое возникло после хирургического лечения патологий ануса, рекомендуется применять альтернативные методы диагностики для определения оптимальной хирургической тактики, такие как УЗИ с линейным датчиком, а при III степени стеноза рекомендуется использовать магнитно-резонансную томографию промежности. Эти методы позволяют выявить воспалительные процессы в стенке анального канала, наличие гнойной полости в параректальной клетчатке и определить форму и протяженность сужения.
2. При обнаружении воспалительных процессов в стенке анального канала в предоперационном периоде пациентам следует проводить курс противовоспалительного лечения, а при наличии гнойной полости в параректальной клетчатке рекомендуется ее обработка раствором "Вавеган".
3. Для лечения слизистой формы послеоперационного стеноза анального канала следует применять усовершенствованный нами способ хирургического вмешательства.
4. В случаях сочетания стеноза с хроническим внутренним геморроем, показано применение усовершенствованного нами способа хирургического лечения.
5. При наличии параректального свища в комбинации с сужением ануса рекомендуется использование разработанного нами способа хирургического лечения постоперационного стеноза анального канала, включающего комплексные меры для устранения обеих патологий.

### **Публикации по теме диссертации**

#### **Статьи в рецензируемых журналах**

[1-А] Аннаев М.Б. Послеоперационный стеноз анального канала (Обзор литературы) [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Дж.К. Мухаббатов, Ф.Х. Нозимов // **Авджи зухал.** №4. - 2022.-С.-105-116.

[2-А] Аннаев М.Б. Синдром обструктивной дефекации у больных с постоперационным стенозом анального канала [Текст] / Дж.К. Мухаббатов, М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Тошев Ш.А. // **Научно-медицинский журнал Сатург.** 2022.-С.-6-11.

[3-А] Аннаев М.Б. Синдром обструктивной дефекации у больных с хроническими хирургическими патологиями анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев // **Авджи зухал.** №4. – 2023.-С.-111-116.

#### **Статьи и тезисы в сборниках конференции**

[4-А] Аннаев М.Б. Стеноз анального канала [Текст] / Дж.К. Мухаббатов, М.Б. Аннаев, Ф.Х. Нозимов // **Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)».** 27-ноябр. Душанбе 2020.- С.- 207.

**[5-А]** Аннаев М.Б. Клиническое течение послеоперационного стеноза анального канала [Текст] / Дж.К. Мухаббатов, М.Б. Аннаев, А.А. Караева // Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». 17-ноября 2021 Душанбе (Dushanbe).-С.-496.3.

**[6-А]** Аннаев М.Б. Клиническое проявление синдрома обструктивной дефекации у больных с постоперационным сужением анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Дж.К. Мухаббатов // Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. 25-ноябр Душанбе 2022.-С.-580-582.

**[7-А]** Аннаев М.Б. Постоперационный болевой синдром с хроническими патологиями анального канала [Текст] / Дж.К. Мухаббатов, М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев // Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. 25-ноябр Душанбе. 2022.-С.-584-585.

**[8-А]** Аннаев М.Б. Характеристика послеоперационного болевого синдрома у больных с хронической хирургической патологией анального канала [Текст] / А.Дж. Мухаббатов, М.Б. Аннаев, Хамроев Б.М. // Материалы XIV научно-практической конференции: «усиление и перспектива развития подготовки средних медицинских специалистов в Республике Таджикистан» в честь 32-ой годовщины государственной независимости Республики Таджикистан. 08-декабр 2023.-С.-19-22.

**[9-А]** Аннаев М.Б. Оптимизация диагностики сужения ануса, возникающего после оперативного лечения хирургической патологии анального канала [Текст] / Мухаббатов Дж.К. Аннаев М.Б. Хамроев Б.М. // Материалы юбилейной (71-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. 1-декабр 2023 Душанбе.-С.-198-199.

**[10-А]** Аннаев М.Б. Клиническое течение послеоперационного сужения анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Дж.Дж. Давлатов, А.А. Караева // XVI научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). Душанбе 2021.-С.-8.

**[11-А]** Аннаев М.Б. Сужение анального канала у больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, А.Дж. Мухаббатов // XVI научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). Душанбе 2021.-С.-9.

**[12-А]** Аннаев М.Б. Клиническое течение послеоперационной структуры анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, А.Дж. Мухаббатов, А.А. Караева // Материалы XVII научно-практической конференции молодых ученых и

студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. Душанбе 2022. -С.-208.

[13-А] Аннаев М.Б. Характер послеоперационного сужения анального канала после острых и хронических патологий [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Дж.К. Мухаббатов // Материалы республиканской научно-практической конференции (III-годовая) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвященная 30-летию XVI-ой сессии Верховного Совета Республики Таджикистан. Дангара 2022. -С.-89-90.

[14-А] Аннаев М.Б. Факторы риска развития послеоперационного стеноза анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Дж.К. Мухаббатов // Материалы республиканской научно-практической конференции (III-годовая) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвященная 30-летию XVI-ой сессии Верховного Совета Республики Таджикистан. Дангара 2022. -С.- 90.

[15-А] Аннаев М.Б. Структурные особенности послеоперационной стриктуры анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, А.Дж. Мухаббатов, А.А. Караева // Материалы 76-ой Международной научно-практической конференции студентов медицинских вузов и молодых учёных. Самарканд. 2022. -С.- 412-413.

[16-А] Аннаев М.Б. Прогнозирование постоперационного стеноза ануса у больных с хроническими хирургическими патологиями анального канала на фоне сахарного диабета [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, А.Дж. Мухаббатов // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. -С.-192.

[17-А] Аннаев М.Б. Предоперационная подготовка больных со свищами прямой кишки в сочетании с постоперационным стенозом анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Ф.Х. Нозимов // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. Душанбе 2023. -С.-192.

[18-А] Аннаев М.Б. Хирургическое лечение слизистой формы постоперационным стенозом анального канала [Текст] / Аннаев М.Б. Хамроев Б.М. Туразода М.С. // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. -С.-192-193.

[19-А] Аннаев М.Б. Алгоритм диагностики и хирургического лечения послеоперационного сужения анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Дж.К. Мухаббатов, Б.М. Хамроев // Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (IV-ая годовая), посвящённой 32-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. 22-декабри 2023. Дангара.-С.-80.

#### **Рационализаторские предложения**

[20-А] Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ предоперационной подготовка больных со свищом прямой кишки в сочетании с постоперационным стенозом анального канала» Рац.пред. №3493/R981, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 10.12.2022.

[21-А] Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ прогнозирования постоперационного стеноза ануса у больных с хроническими патологиями анального канала на фоне сахарного диабета» Рац.пред. №3494/R982, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 10.12.2022.

[22-А] Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ хирургического лечения больных с постоперационным стенозом анального канала в сочетании хроническим внутренним геморроем» Рац.пред. №3495/R983, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 10.12.2022.

[23-А] Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ хирургического лечения больных слизистой формой постоперационного стеноза анального канала» Рац.пред. №3492/R980, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 10.12.2022.

[24-А] Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ хирургического лечения послеоперационного стеноза анального канала в сочетании со свищами прямой кишки». Рац.пред. №3494/R982, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 04.05.2023.

[25-А] Аннаев М.Б. Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ оптимизации диагностики послеоперационного стеноза анального канала с последующим выбором хирургической тактики». Рац.пред. №3551/R1009, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 26.10.2023.

#### **Список сокращений и условных обозначений**

**АК-Анальный канал**

**АС-Анальный сфинктер**

**ВАК-Высшая аттестационная комиссия**

**ГУ ГКЦ- Государственное учреждение Городской клинический центр**

**КГ-Контрольная группа**

**МРТ-Магнитно-резонансная томография**

**НАС-Недостаточность анального сфинктера**

**ПСАК-Послеоперационный стеноз анального канала**

**ОГ- Основная группа**

**СОД-Синдром обструктивный дефекации**

**СРБ-С-реактивный белок**

**СПК-Свищ прямой кишки**

**СОПК-Слизистое оболочки прямой кишки**

**США-Соединённые Штаты Америки**

**ТРУЗИ-Трансректальное ультразвуковое исследование**

**УЗИ-Ультразвуковое исследование**

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҲИ  
ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛӢ  
ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.35-007.271-089.168.1-06-07.

*Бо ҳуқуқи дастнавис*

**АННАЕВ МАҚСАД БАҲОДИРОВИЧ**

**ОПТИМИЗАТСИЯИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ҚАРРОҲИИ  
СТЕНОЗИ ПАС АЗ ҚАРРОҲИИ КАНАЛИ МАҚЪАД**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи унвони илмии**

**доктори фалсафа (PhD) – доктор аз рӯйи ихисоси**

**6D110117 - Қарроҳӣ**

Душанбе – 2024



**Таҳқиқот дар кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи профессор  
Қаҳҳоров А.Н., МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи  
Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.**

**Роҳбари илмӣ:** **Мухаббатзода Циёнхон Қурбон**, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи профессор Қаҳҳоров А.Н., МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Муқарризи расмӣ:** **Алиев Фуад Шамилевич** - доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи ҷарроҳии умумӣ, Муассисаи федералии давлатии бучавии таълимии таҳсилоти олии «ДДТ Тюмен» ВТ ФР сармутахассиси ғайривохидии колопроктологияи Кишвари федералии Урал, табиби хизматнишондодаи ФР.

**Қаҳарова Раъно Абдурауфовна** - номзоди илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи колопроктологияи МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурияти ҚТ”.

**Муассисаи пешбар:** Академияи тиббии Тошкент (Ҷумҳурии Узбекистон)

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ с.2024 соати «-----» дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D. КОА-040-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31. Тел: 907 70 82 50.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва сайти расмӣ [www.tajmedun](http://www.tajmedun). Шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2024 ирсол шуд.

**Котиби илмӣ  
шурои диссертатсионӣ,  
доктори илмҳои тиб**

**Шарипов А.Ш.**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамияти мавзуи таҳқиқот.** Тангшавии пас аз ҷарроҳии канали мақъад (ТПКМ) бемории чиддӣ мебошад, ки ба тангшавии патологияи анус (мақъад) вобаста буда, дар асари буридани пӯсти перианалӣ ва пардаи луобии канали мақъад ва баъдан онҳоро бо бофтаҳои пайваस्तкунанда иваз намудан ба амал меояд [Mori H. et al., 2015; Rodriguez-Silva, J.A., 2023].

Стриктур (тангно) метавонад, ки дар натиҷаи стенози органикӣ ё дар натиҷаи тангшавии функционалии мушакҳо пайдо шавад. Дар ҳолати стенози органикӣ ивазкунии ҷузъӣ ё пурраи эпителии муътадили канали мақъад ба бофтаи саҳти хадшадор ба амал меояд. Ин раванд дар сохтори канали мақъад тағйиротҳои морфологиро ба вучуд меорад ва ба тадриҷан бадшудани функсияи он оварда мерасонад ва ҳангоми дефекация мушкилӣ ва эҳсосоти дарднок эҷод мекунад [Фоменко О.Ю. ва дигарон 2016; Kościński, T., 2022]. Мувофиқи маълумотҳои сарчашмаҳои муосири илмӣ, стриктураи анус ва рострӯда, ки пас аз табобати ҷарроҳии бемории канали мақъад пайдошуда бошанд, дар байни беморони ҷарроҳишаванда дар статсионарҳои ҷарроҳӣ нисбатан кам дучор мешаванд. Ба ҳар сурат, ба нисбатан кам будани он нигоҳ накарда, ин беморӣ мушкилии мураккаб ва ҳаллуфаслаш мушкил мебошад [Gallo G., 2022].

Мувофиқи таҳқиқоти муаллифони гуногун, дар як чанд даҳсолаи охир паҳншавии бемории проктологии мазкур аз 2 то 9 %-и миқдори умумии беморонро, ки бинобар беморҳои хушсифати рострӯда, аз ҷумла беморҳои канали мақъад ҷарроҳӣ шудаанд, ташкил медиҳад [Purnama A., 2023]. Стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад (СПКМ) дар 5-10 %-и ҳолатҳои пас аз истифода намудани усулҳои стандартии табобати ҷарроҳии бавосири музмин пайдо мешавад [Katabu, K., 2023], дар ин маврид, тибқи маълумотҳои ҷудогона, ҳиссаи чунин ҳолатҳо мумкин аст, ки то 15 % расад [Zheng Z., 2022]. Дар ИМА геморроидэктомия сабаби зиёд пайдошудани ин беморӣ мебошад, ки басомади пайдошавиаш аз 1,5 % то 3,8% аст [Чистохин С.Ю., 2020; Gallo G., 2020].

Ҷ. К. Муҳаббатов ҳамроҳи ҳамкасбон таҳлили натиҷаҳои табобати 2994 бемори гирифтори бавосир ва оризаҳои онро анҷом дода, рушди СПКМ-ро дар 64 (2,14%) беморе ба қайд гирифтанд, ки патологияи омехтаи канали мақъад ва бавосир доштанд. Таҳқиқот муайян сохт, ки ба ташаккули стриктураи канали мақъад пас аз геморроидэктомия омилҳои гуногун сабаб мегардиданд: дар 34% ҳолатҳо - шаклҳои мураккаби бавосир дар заминаи коҳиш ёфтани ҳимояи зиддиоксидантии луобпардаи рӯдаи рост, дар 28% - хавфи рушди стеноз, дар 18% - мавҷудияти беморҳои ҳамроҳи канали мақъад. Аз онҳо танҳо дар 6 (9,8%) бемор ҳаҷми техникаи дар вақти геморроидэктомия, аз қабili радикализи изофӣ, сабаби бевоситаи ташаккул ёфтани стриктура шуданд.

Стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад натиҷаи оризаҳои мебошад, ки пас аз ҷарроҳии бавосир, тарқиши мақъад (analfissure) ва парапроктити музмин ба вучуд меоянд. Ҳангоми табобати беморон дар давраи пас аз ҷарроҳии тангшавии мақъад бо дар назардошти муҳлати беморӣ ва хусусиятҳои тангшавии хадшавӣ муносибати комплексӣ зарур аст, ин имконият медиҳад, ки дар ҳар як ҳолати алоҳида ва нисбатан оптималии ислоҳи ҷарроҳӣ интихоб карда шавад [Кахарова Р.А., 2019].

Бояд таъкид кард, ки дар баъзе ҳолатҳо амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми табобати *anal fissure* –и оддӣ метавонад, ки стенози пас аз ҷарроҳии анусро ба вучуд оварад. Ин дар ҳолате пайдо шуда метавонад, ки агар дар ҷараёни амалиёти ҷарроҳӣ сфинктеротомияи ҳатмии сфинктери мақъадии роstrӯда иҷро карда нашавад [Bejiga G., 2022].

Олимоне, ки табобати консервативии тангшавии пас аз ҷарроҳии канали мақъадро дастгирӣ мекунанд, пешниҳод менамоянд, ки милзании (халидани буж) анус ҳам чун усул истифода шавад, ки новобаста аз шакл ва дараҷаи стенози канали мақъади роstrӯда ба қор бурда мешавад [Есаян М.О. ва дигарон, 2021; Luo S., 2021]. Бо вучуди ин, як гурӯҳ муҳаққиқон аз самаранокии қаноатбахши ин усули табобат дар беморони дорои дараҷаи III–и тангшавии канали мақъад сухан мегӯянд, ки метавонад ба сифати оризаи пас аз геморроидэктомия, буридани тарқиши (фиссураи) музмини мақъад, буридани носури роstrӯда, чок кардани парапроктити шадид ва дигар дастамалҳо пайдошуда метавонад. Муаллифон мавқеи худро бо интиқоди усули милзании (халидани буж) анус ҳангоми СПКМ шарҳ дода, менигоранд, ки аз ҷумлаи камбудихои вай инҳоянд, ки самаранокиаш муваққатӣ аст ва зарурати чандин маротиба такрор кардани дастамал ба миён меояд. Ба андешаи онҳо, ин усул наметавонад, ки беморро аз озорҳои доимӣ ба таври ниҳой ҳалос кунад ва наметавонад, ки хатари пайдо шудани ретсидивҳои тангшавии пас аз ҷарроҳии канали мақъади роstrӯдаро пешгирӣ намояд [Cain V. T., 2021].

Тибқи маълумоти Ан. В. (1996), оризаҳои дорои табиати гуногун пас аз табобати ҷарроҳии стриктураҳои пас аз ҷарроҳии канали мақъад (СПКМ) дар 4,2% ҳолатҳо қайд шудаанд.

Дар таҳқиқоти Кусминов С. В. (2011) ҳолатҳои фасодгирӣ баъд аз табобати ҷарроҳии СПКМ дар 6,7% беморон, такрорёбии беморӣ дар 4,3% беморон, ҳолатҳои норасоии сфинктери мақъад (НСМ) дар 1,4% ҳолатҳо ба мушоҳида расиданд.

### **Дараҷаи аз худ шудани масъалаи илмӣ.**

Дар адабиёти илмии ватанӣ миқдори зиёди интишороти бахшида ба табобати ҷарроҳии стенози анус мавҷуд аст, ки дар натиҷаи амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми бемориҳои шадид ва музмини канали мақъад пайдо шудааст. Масалан, дар соли 1986 В.П. Макаров дар 106 бемор ҳолатҳои тангшавии ғайриомосии канали мақъади роstrӯдаро тавсиф кардааст. Муқаррар карда шудааст, ки стенозҳои анус ва роstrӯда, ки пас аз ҷарроҳӣ дар канали мақъад пайдо мешаванд, проблемаи маъмули ҷарроҳӣ дар амалияи колопроктологияи ҷаҳонӣ боқӣ мемонад. Ба ин мушкилот тамоюли нигоҳдории сатҳи баланди беморшавӣ, набудани муносибати ягона ба табобати ҷарроҳии ҷунин беморон, зуд-зуд пайдо шудани оризаҳои наздик ва дури пасазҷарроҳӣ, ҳамҷунин ретсидивҳои бемориҳо хос аст.

Бояд тазаккур дод, ки ба пешравиҳо дар такмили усулҳои ташхис ва табобати ҷарроҳии стенозҳои пас аз ҷарроҳии канали мақъад нигоҳ накарда, проблемаи интиҳоби муносибати оптималӣ нисбат ба ташхис ва табобати СПКМ то имрӯз ҳаллу фасл нашудааст. Дар интишороти илмӣ то ҳол тавсияҳои ягона ва мушаххаси усули самараноки ташхис ва ислоҳи ҷарроҳии СПКМ пешниҳод нашудааст.

Таҳлили пешниҳодшудаи сарчашмаҳои илмӣ, ки ба ҷанбаҳои калидии мушкилоти СПКМ бахшида шудаанд, имконият медиҳад барои зарурати идома додани ҷустуҷӯҳо ҷиҳати беҳтар намудани усулҳои барвақт ошкор намудан ва табобати самараноки ин беморӣ ҳулоса барорем.

**Иртиботи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯҳо.** Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи профессор Қаҳҳоров А. Н. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар доираи КИТ-и кафедра – “Хусусиятҳои клиникӣ-эпидемиологӣ ва табобати ҷарроҳии бемориҳои узвҳои минтақаи гепатопанкреатобилиарӣ ва рӯдаи ғафс бо истифода аз технологияҳои инноватсионӣ» дар солҳои 2020-2025 иҷро карда шудааст.

#### **Тавсифи умумии таҳқиқот**

**Мақсади таҳқиқот:** беҳтар сохтани натиҷаҳои наздик ва дури табобати ҷарроҳии стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад (СПКМ).

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Таҳлил ва муайян кардани сабабҳои пайдошавии стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад пас аз амалиётҳои гуногуни ҷарроҳӣ.
2. Оптимизатсияи усулҳои инструменталии таҳқиқот барои ташҳиси стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад.
3. Такмил додани усулҳои табобати ҷарроҳии беморони дорои стенози пасазҷарроҳии канали мақъад.
4. Омӯзиши натиҷаҳои наздик ва дури табобати ҷарроҳии стенози пасазҷарроҳии канали мақъад (СПКМ).

**Объекти таҳқиқот.** Ба таҳқиқоти мазкур 92 бемори гирифтори СПКМ дохил карда шуданд, ки дар шуъбаи колопроктологияи МД МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев дар давраи солҳои 2012 – 2023 ҷарроҳӣ шудаанд. Бо мақсади муайян кардани басомади дучоршавии сабабҳои пайдошавии оризаҳо дар давраи барвақти пасазҷарроҳӣ ва давраҳои дур таҳлили ретроспективии 46 таърихи бемории беморони дорои тангшавии анус, ки пас аз табобати ҷарроҳии бемориҳои шадид ва музмини бемориҳои канали мақъад (гурӯҳи назоратӣ) пайдо шудаанд, гузаронида шуд. Ғайр аз ин, 46 бемори дорои СПКМ низ таҳти таҳлили проспективӣ қарор дода шуданд (гурӯҳи асосӣ), ки давраи солҳои 2018 - 2023 табобат гирифтаанд ва дар онҳо усулҳои таҳияшуда ва такмилдодаи амалиёти ҷарроҳии СПКМ мавриди истифода қарор дода шудаанд.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши муқоисавии самаранокии равишҳои мавҷудбуда ва нав дар ташҳис ва табобати ҷарроҳии стенози пасазҷарроҳии канали мақъад. Баҳоидиҳии натиҷаҳои наздик ва дури табобати ҷарроҳии стенози пасазҷарроҳии канали мақъад.

#### **Навгониҳои илмӣ таҳқиқот.**

1. Қатор омилҳои ТУС ва ТМР, ки имкон медиҳанд дараҷаи вазнинии тағйироти сохтории канали мақъад дар беморон бо тангшавии пасазҷарроҳии анус тасдиқ карда шаванд.

2. Усули оmodасозии пешазчарроҳии беморони дучори стенози пасазчарроҳии канали мақъад дар якҷоягӣ бо носури роstrӯда таҳия карда шуд (Пешниҳоди ратсионалзатории №3493/R981).

3. Алгоритми табобатӣ-профилактикӣ барои беморони дорои тангшавии пасазчарроҳии канали мақъад пешниҳод карда шуд, ки ба маълумоти ТУС ва ТМР-и бофтаҳои чатан ва омилҳои хатари пайдошавии стенози анус асос ёфтаанд.

4. Усулҳои табобати чарроҳии стенози пасазчарроҳии канали мақъад таҳия гардиданд (Пешниҳоди ратсионализатории №3495/R983, №3492/R980 и №3494/R982).

#### **Аҳамияти назариявӣ ва амалии таҳқиқот.**

Татбиқи усулҳои пешниҳодшудаи такмил додани ташхис ва табобати чарроҳии стенози пасазчарроҳии канали мақъад таҳия ва дар фаъолияти амалии клиникӣ имконият медиҳад, ки миқдори ретсидивҳо кам ва функцияи сфинктери мақъади роstrӯда дар муқоиса аз усулҳои анъанавӣ беҳтар карда шавад.

Усулҳои таҳияшудаи табобати чарроҳии стенози пасазчарроҳии канали мақъад имконият медиҳанд, ки замони дар статсионар бистарӣ будани беморон кам карда шавад.

Натиҷаҳои таҳқиқот, ки дар амалияи клиникӣ татбиқ шудаанд, имконият фароҳам месозанд, ки натиҷаҳои табобати чарроҳии стенози пасазчарроҳии канали мақъад беҳтар карда шавад.

#### **Нуқтаҳои асосии барои ҳимояи пешниҳодшаванда.**

5. Истифодаи ТУС бо сенсори ростхата ва ТМР дар таҳқиқоти комплекси беморони дорои СПКМ имконият медиҳад, ки дараҷаи вазнинӣ ва сохтори тағйироти канали мақъад дақиқ муайян карда шавад.

6. Алгоритми табобатӣ-профилактикии таҳияшуда имконият медиҳад, ки тактикаи нисбатан самараноктари табобати беморони дорои СПКМ муайян карда шавад.

7. Усули пешниҳодшудаи оmodагии пешазчарроҳӣ ва табобати чарроҳии беморони дорои СПКМ барои то 13,2% кам кардани оризаҳои пас аз чарроҳӣ дар давраи барвақт ва 15,3% дар давраи дури пас аз чарроҳӣ мусоидат мекунад.

8. Вобаста аз хусусияти бемориҳои аз сар гузаронидашуда, ба монанди парапроктити шадид ва музмин, усулҳои геморроидэктомия ва чок кардани тарқиши канали мақъад, давомнокии беморӣ, ҳамчунин мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони дорои стенози пасазчарроҳии канали мақъад мумкин аст, ки шаклҳои гуногуни тангшавӣ аз ҷиҳати мураккабӣ ва дараҷаи пайдошаванд.

**Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия.** Натиҷаҳои таҳқиқот, нуқтаҳои барои ҳимояи пешниҳодшаванда, тавсияҳои амалӣ дар заминаи таҳқиқи маоди кофии клиникӣ, истифодаи усулҳои муосири иттилоотии ташхис ва иҷро намудани усулҳои гуногуни анъанавӣ ва суосири табобати чарроҳии стенози мақъад асос ёфтаанд. Таҳқиқоти оригиналии илмӣ дар шакли интишороти илмӣ ва мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚТ нашр шудаанд.

**Мувофиқати диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси.** Соҳаи таҳқиқот бо шиносномаи КОА-и назди Президенти ҶТ оид ба ихтисоси 6D 110117 – Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад, ки протсессҳои физиологӣ ва патологияи дар организмҳои гурӯҳи калонсолони беморон таҳти таъсири амалиётҳои ҷарроҳӣ ташаккул меёбанд, ҳамчунин коркард ва такмил додани усулҳои ҷарроҳиро, ки баробар ба гурӯҳи кӯдакон ва калонсолони бемор тааллуқдоранд, баррасӣ меамояд.

**Саҳми шахсии доктараби унвони илмӣ дар таҳқиқот.**

Муаллиф шахсан беморонро муоина карда, ҳуҷҷатҳои тиббиро таҳия ва картаҳои инфиродии муоинаи беморонро пур намудааст, таҳқиқоти инструменталӣ ва лабораториро гузаронидааст. Муаллиф шахсан дар таҳқиқ ва табобати ҷарроҳии беморони мубтало ба СПКМ фаъолна иштирок кардааст. Коркарди оморӣ ва таҳлили натиҷаҳои ба даст овардашуда гузаронида шудааст.

**Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.** Натиҷаҳои асосии таҳқиқотдар конференсияи илмӣ- амалии XVI -уми олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ бахшида ба 30-солагии Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва «Соли рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунари мардумӣ (2019-2021)» (Душанбе 2021); дар конференсияи илмӣ- амалии XVII-уми олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе 2022); дар конференсияи илмӣ- амалии XVIII -уми олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ «Илм ва инноватсия дар тиб – 2023» (Душанбе 2023); дар ҷаласаи муштараки комиссияи экспертӣ- проблемавии фанҳои ҷарроҳӣ дар МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” соли 2023, протоколи №16.гузориш, баррасӣ ва таҳлил шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот дар фаъолияти амалии МД БКШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев, ш. Душанбе ва МД БКШ №3 татбиқ шудаанд. Нуқтаҳои асосии пажӯҳиш дар раванди таълими кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи профессор Қаҳҳоров А.Н. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» татбиқ гаштаанд.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Вобаста ба мавзӯи диссертатсия 19 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 3 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризишавандаи КОА ҶТ нашр шудааст. Барои 6 пешниҳоди рационализаторӣ шаҳодатнома гирифта шудааст.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар ҳаҷми 146 саҳифа таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи маълумотҳои адабиёт, бобҳои усулҳои таҳқиқот бахшидашуда, 2 боби таҳқиқоти натиҷагирӣҳои ҳуди муаллиф, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ иборат аст. Феҳристи адабиёт 39 сарчашмаҳо бо забони русӣ ва 109 сарчашма бо сарчашма бо дигар забонҳои хориҷиро дар бар гирифтааст. Дар диссертатсия 19 расм ва 20 ҷадвал оварда шудааст. Ба сифати айёният муоинаҳои клиникӣ низ оварда шудаанд.

## Қисмҳои асосии таҳқиқот

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар таҳқиқоти мазкур 92 беморони дорои СПКМ дохил карда шудаанд, ки дар шуъбаи колопроктологияи МД БКШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев, ш. Душанбедар давраи солҳои 2012–2023 ҷарроҳӣ шуда буданд. Таҳлили ретроспективи 46 таърихи бемории беморони дорои тангшавии мақъад гузаронида шуд, ки пас аз табобати ҷарроҳии бемориҳои шадид ва музмини канали мақъад (гурӯҳи назоратӣ – ГН) иҷро карда шуд. Ғайр аз ин, 46 бемори дорои СПКМ (гурӯҳи асосӣ –ГА) аз таҳлили проспективӣ гузаштанд, ки дар давраи солҳои 2018 - 2023 дар онҳо усулҳои таҳияшуда ва такмилёфтаи табобати ҷарроҳии СПКМ анҷом дода шуд.

Меъёри ба таҳқиқот дохил кардан аз муайян кардани мавҷудияти дараҷаҳои II ва III –и тангии мақъади пас аз ҷарроҳӣ дар беморон иборат буд, ки дар асари табобати ҷарроҳии бемориҳои шадид ва музмин пайдо шудаанд. Аз таҳқиқот бемороне хориҷ карда шуданд, ки тангшавии посттравматикӣ ва модарзодии мақъад, стенози канали мақъад бо омос доштанд, ҳамчунин бо тангшавии пасазҷарроҳии дараҷаи I канали мақъад.

Дар ҷараёни таҳқиқот мардҳо бартарӣ доштанд, онҳо 59 ҳолат (64,1%) –ро ташкил доданд, занҳо 33 (35,9%) буданд. Синну соли ҳарду гурӯҳ аз 23 то 72 сол буда, синну соли миёна  $43,1 \pm 1,8$  солро ташкил дод. Бартарӣ доштани беморони синну соли 40-49-сола (55,4%) мушоҳида шуд.

Давомнокии анамнез дар беморони дорои тангии пасазҷарроҳии канали мақъад ба ҳисоби миёна  $3,8 \pm 1,2$  сол буд. Дар ин маврид қисми асосиро беморони дорои давомнокии тангии пасазҷарроҳии канали мақъадашон то як сол ташкил доданд, ки ба 59% ва 57% ҳолатҳои ГА ва ГН дар давраи пас аз ҷарроҳӣ рост меомад. Миқдори камтарини дучоршавии давомнокии беморӣ дар давраи аз 3 то 5 сол 11% дар ҳарду гурӯҳи таҳқиқшаванда буд, ки аз муқоисашавандагии ин гурӯҳҳои беморон дарак медиҳад.

Аз анамнез муқаррар карда шуд, ки СПКМ дар 17 (18,5%) бемор пас аз табобати ҷарроҳии бемориҳои шадиди канали мақъад пайдо шудааст: 10 (21,7%) ҳолат дар ГА ва 7 (15,2%) ҳолат дар ГН. Дар байни беморон, пас аз табобати ҷарроҳии парапроктити шадиди фасоднок, СПКМ дар 7 (15,2%) бемор бақайд гирифта шуд: 5 (10,9%) ҳолат дар ГА ва 2 (4,4%) ҳолат дар ГН. СПКМ пас аз табобати парапроктити шадиди анаэробӣ дар 8 (17,4%) бемор пайдошуд: 3 (6,5%) ҳолат дар ГА ва 5 (10,9%) ҳолат дар ГН. Ғайр аз ин, дар 2 (4,4%) бемори гурӯҳи асосӣ СПКМ пас аз буридани тарқиши шадиди аналі бо хунравӣ ва камхунии дараҷаи вазниниаш миёна рух додааст.

Дар 75 (81,5%) ҳолати боқимонда тангии мақъад пас аз табобати ҷарроҳии бемориҳои музмини канали мақъад (КМ) пайдошудааст, ки аз онҳо 36 (86%) бемор ба ГА ва 39 (74,8%) беор ба ГН мансуб мебошанд. Аз онҳо 57 (62,0%) ҳолати СПКМ дар гурӯҳи беморони дорои бавосири музмин дида шуд: 26 (56,5%) бемори ГА ва 31 (67,4%) бемори ГН. Дар 14 (15,2%) ҳолат СПКМ дар беморони дорои НРР (носури роstrӯда) дидашуд: 8 (17,4%) бемори ГА ва 6 (13,0%) бемори ГН. Дар 4 (4,4%) ҳолат сабаби ҷараёни музмини гирифтани тарқиши мақъадбуд: 2 ҳолатӣ (4,4%) дар ҳар як гурӯҳ.

Аз рӯи дараҷа гурӯҳбандӣ кардани беморон нишондод, ки миқдори умумии беморони дараҷаи II СПКМ ба 78 (84,8%) ҳолат расида аст, ки аз инҳо 38 (82,6%)

дар гурӯҳи асосӣ ва 40 (87%) дар ГН буданд. Бо дараҷаи Ш-и тангии мақъад 14 (15,2%) бемор ба қайд гирифта шуд, аз онҳо 8 (17,4%) дар ГА ва 6 (13,0%) дар ГН. Таҳлил аз рӯи дараҷаи СПКМ гурӯҳбандӣ кардани беморон фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимро нишон надод, ки тавонанд ба натиҷаҳои табобати ҷарроҳии СПКМ таъсир расонанд. Ин ба он далолат мекунад, ки ду гурӯҳи таҳқиқшаванда муқоисашавандаанд (ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1. – Гурӯҳбандӣ кардани беморони ҳар ду гурӯҳ аз рӯи дараҷаи СПКМ, мутлақ (%)**

Дараҷаи СПКМ	Гурӯҳи асосӣ (n=46)	Гурӯҳи назоратӣ (n=46)	P	Ҷамагӣ (n=92)
II	38 (82,6%)	40 (87,0%)	>0,05	8 (84,8%)
III	8 (17,4%)	6 (13,0%)	>0,05	4 (15,2%)

*Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи  $\chi^2$ ).*

Дар таҳқиқоти мазкур гурӯҳбандӣ кардани беморони гирифтори СПКМ аз рӯи шакл нишон дод, ки беморони дорои шакли пӯстии стриктураи анус бартарӣ доранд ва 52 (56,5%) ҳолатро ташкил медиҳанд: 24 (52,2%) ҳолат дар беморони ГА ва 28 (60,8%) ҳолат дар ГН. Яке аз сабабҳои асосии пайдошавии шакли мушакии СПКМ пектенози сфинктери мақъад дар якҷоягӣ бо носурҳои роstrуда буд, ки 14 (15,2%) ҳолатро ташкил медиҳад: мутаносибан 8 (17,4%) ва 6 (13,1%) ҳолат дар ГА ва ГН (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 2. – Гурӯҳбандӣ кардани беморон аз рӯи шакли СПКМ, мутлақ (%)**

Шакли СПКМ	Гурӯҳи асосӣ (n=46)	Гурӯҳи назоратӣ (n=46)	P	Ҷамагӣ (n=92)
Пӯстӣ	24(52,2%)	28(60,8%)	>0,05	52 (56,5%)
Луобӣ	14 (30,4%)	12(26,1%)	>0,05	26 (28,3%)
Мушакӣ	8(17,4%)	6(13,1%)	>0,05	14 (15,2%)

*Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи  $\chi^2$ ).*

Гурӯҳбандӣ кардани ҳамаи беморони гирифтори СПКМ аз рӯи басомади дучоршавии бемориҳои ҳамроҳшудаи музмини ҷароҳишавандаи нишон дод, ки қисми бештари ҳолатҳоро — 49 (53,3%) беморони дорои тарқиши музмини мақъад (КММ) ташкил дод: 22 (47,8%) дар ГА ва 27 (58,7%) дар ГН. Басомади пасттарини якҷояшавии бемориҳои музмин дар 13 (14,1%) бемор дида шуд: 8 (17,4%) ҳолат дар байни беморони ГА ва 5 (10,9%) ҳолат дар ГН (ҷадвали 3.).

**Ҷадвали 3. –Басомади дучоршавии бемориҳои ҳамроҳшуда иҷрошавандаи КМ дар беморони дорои СПКМ, мутлақ (%)**

Бемориҳои ҳамроҳшуда иҷрошавандаи КМ	Гурӯҳи Асосӣ (n=46)	Гурӯҳи Назоратӣ (n=46)	P	Ҷамагӣ (n=92)
КММ	22 (47,8%)	27 (58,7%)	>0,05	49 (53,3%)
ХГ	16 (34,8%)	14 (30,4%)	>0,05	30 (32,6%)
НРР	8 (17,4%)	5 (10,9%)	>0,05	13 (14,1%)

*Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи  $\chi^2$ ).*



Қисми асосии беморони дорой бемории ҳамроҳ шудаи диабети қанд ба онҳое рост омад, ки дар анамнезашон парапроктити анаэробӣ ва фсоднок доштанд ва дар умум 11 (12,0%) ҳолатро ташкил карданд: 6 (13,0%) мушоҳида дар беморони ГА ва 5 (10,9%) — дар беморони ГН. Аз рӯйи анамнез муайян карда шуд, ки дар бештари онҳо ДҚ бори нахуст ҳангоми мурочиати таъҷилӣ ба статсионар аз хусуси парапроктити шадид — дар 7 (63,3%) ҳолат ташхис карда шудааст. Дар 8 (72,7%) ҳолат аз 11 ДҚ дар марҳалаи чуброншавӣ ва дар 3 (27,3%) ҳолат дар марҳалаи субкомпенсатсия қарор доштанд.

Меъёрҳои асосии ташхиси СПКМ усулҳои клиникӣ (шикоятҳо, муоинаи мавзеи чатан) ва инструменталии таҳқиқот (ТУС ва МРТ) танҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ барои муайян кардани бемориҳои ҳамроҳшудаи канали мақъад буданд. Дар ташхиси СПКМ таҳқиқот бо ангушт гузаронида нашудано ва ректороманоскопия, сфинктерометрия ва манометрияи аноректалӣ. Аз таҳқиқотҳои лабораторӣ таҳлили биохимиявии хун, таҳлили умумии пешоб, начосат ва ғайра гузаронида шуданд.

Симптомҳои асосии ташкилкунандаи клиникаи СПКМ, зӯрзании душвор ва аз ҳад зиёд ҳангоми дефекация, тӯл кашидани давомнокии дефекация, хунравӣ аз роstrӯда, ва воситаҳои дастӣ ҳангоми дефекация ба ҳисоб мераванд. Ҳамин тавр, дар байни шикоятҳои беморон зӯрзании душвор ва аз ҳад зиёд ҳангоми дефекация ватӯл кашидани давомнокии дефекация дар ҳамаи беморони ҳарду гурӯҳ -100% ҳам дар ГА ва ҳам дар ГН ба қайд гирифта шуд. Шикояти камтарин дар байни беморони дорой СПКМ хунравии роstrӯда буд, ки 24 (26,1%) ҳолатро ташкил дод. Қисми бештари беморони дорой хунравӣ ва дарднокӣ ҳангоми дефекацияро он беморони дорой СПКМ ташкил доданд, ки оризаи тарқиши мақъад доштанд.

Дар байни шикоятҳои пешниҳодкардаи беморон ҳангоми дефекация дар заминаи тангшавии пас аз ҷарроҳии мақъад, эҳсосоти пурра ҳолӣ нашудани рӯдаи рост дар 75 (81,5%) беморон дида шуд. Аз онҳо 35 (38,0%) барои сабук кардани дефекация аз даст истифода карданд: 16 (34,8%) беморони ГА ва 19 (41,3%) аз ГН, яъне дар онҳо синдроми дефекацияи обструктивӣ (СДО) ба мушоҳида расид. Ҳамин тартиб, омӯхтани хусусиятҳои СДО дар беморони дорой СПКМ низ аҳамияти калони клиникӣ дорад. Муоинаи беморони дорой СПКМ дар вазъияти базону – оринҷ ё ба пушт дарозкашида қаткардани буғумҳои косу ронва зону ва андомҳои поёниро ба шикамчафс кардан гузаронида шуд. Дикқати махсус ҳангоми муоина кардан ба қабатҳои пӯсти ноҳияи чатан, мавҷуд будан ва ҳолати сӯроҳҳои берунии носурҳои параректалӣ дода шуд, агар онҳо бошанд, мавҷуд будани хадшаҳои пас аз ҷарроҳӣ, андозаи сӯроҳи берунии канали мақъад, ҳамчунин мавҷуд будани деформатсияи чатан, махсусан дар бемороне, ки парапроктити шадиди фсоднок ё анаэробиро дар заминаи диабети қанд аз саргузаронида бошад ва додашуд. Дар доираи таҳқиқоти мазкур мавҷуд будани хадшаҳои пас аз ҷарроҳӣ дар пӯсти чатан дар ҳамаи ҳолатҳо (100%) ба қайд гирифта шуд. Ғайр аз ин, барои муайян кардани дараҷаи стенози пас аз ҷарроҳии анус дар ҳамаи беморон андозаи сӯроҳии берунии тангшудаи канали мақъадчен карда шуд. Дар ин маврид беморони дорой араҷаи I – и СПКМ аз таҳқиқоти мазкур хориҷ карда шудан, чунки онҳо табобати консервативӣ мегирифтанд.

Таҳлили ретроспективи 60 бемор гузаронида шудааст. Таҳлили синнусоли ва чинсии ҳайати беморон бартарӣ доштани чинси мардро нишондод, ки 65,0% - роташкилдод, дар ҳолеки чинсизан 35,0% ҳолат буд. Синну соли миёнаи беморон 44,2 сол буда, миқдори зиёдтари беморон дар категорияи синну солии 40-49-сола (58,3%) қарордоштанд. Якҷоя шудани зиёда аз 3 симптоми СДО дар 91,2% -и беморони дорои тангшавии пас аз ҷарроҳии КМ дидашуд, симптоматика хусусияти маҳдуддошт.

ТУС ва ТМР-и гузаронида шуда мавҷуд будани ҷавфҳои фасоднок ва варамро дар 13,3% ҳолат дар байни беморони стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад нишон доданд. Таҳқиқот имконият доддар бораи он хулосабарорем, ки СДО (синдроми дефекасияи обструктивӣ) дар 91,2%-и беморони дорои СПКМ, асосан дар синну соли қобили қорӣ ва бартарӣ доштани мардҳо ба назар мерасад. Симптомҳои асосиестено зип аз ҷарроҳии канали мақъад, аз ҷумладард, хорич шудани хун аз канали мақъад ҳангоми дефекасия, душвории ҳолиқардани рост рӯда ва мавҷудияти тарқиши шади девораи ақиб аз ҷумлаи аломатҳои барвақти ин ҳолат ба шумор мераванд. Душворӣ ҳангоми дефекасия бо аз ҳадзиёдзӯр задан вазиёдшудани муҳлати ин амал дар ҳамаи беморон (100%) ба мушоҳи дарасид ва аломатҳои синдроми СДОГ мебошад.

Дар доираи таҳқиқотимазкур дар нишондиҳандаҳои лаборатории хун дар беморони дорои СПКМ дар заминаи бавосири музмин дарачаҳои гуногуни камхунӣ дар 27 (29,3%) ҳолат муайян карда шуд, аз ҷумла 15 (32,6%) ҳолат дар гурӯҳи асосӣ ва 12 (26,1%) ҳолат дар ГН. Дар ин маврид нишондиҳандаи миёнаи гемоглобин дар ГА ва ГН мутаносбан  $128,7 \pm 4,0$  ва  $133,1 \pm 3,9$  г/л – роташкилдод. Анемия зиёдтар бо мавҷудбудани тарқиши музмини девораи ақиб КМ бо хунравӣ дар 24 (26,1%) ҳолат вобастааст.

Паст шудани сатҳи лейкоцитҳо то камтар аз  $4,0 \times 10^9$ /л дар таҳлили умумии хун ба қайд гирифта нашуд. Дар айни замон, лейкоцитоз дар 5 (5,4%) ҳолат дар беморони дорои варамии фасоднок дар ҳуҷайра бофти параректалӣ дар заминаи НРР-и ҳамроҳ шуда ба ҷашмрасид, аз ҷумла 3 (6,5%) ҳолат дар гурӯҳи асосӣ 2 (4,4%) ҳолат дар гурӯҳи назоратӣ. Баланд шудани нишондиҳандаҳои С-сафедаи реактиви (ССР) хун низ асосан дар беморони дорои варамии фасоднок дар ҳуҷайра бофти параректалӣ ҳангоми мавҷуд будани НРР-и ҳамроҳ шуда дида шуд. Нишондиҳандаи миёнаи ССР дар ин ҳолатҳо  $11,3 \pm 1,1$  дар ГА ва  $6,5 \pm 0,2$  дар ГН буд. Баландшудани сатҳи суръати таҳшиншавии эритроцитҳо (СОЭ) дар 14 (15,2%) ҳолат ба қайд гирифта шуд, ки ба ҳисоби миёна  $13,1 \pm 1,2$ -ро дар беморони ГА ва  $15,7 \pm 1,5$  дар беморони ГН буд, ин аз мавҷуд будани илтиҳоби фасодноку музмин дар организми беморон дарак медиҳад.

Дар таҳқиқоти мазкур ҳам чунин тағйиротҳои маҳаллӣ ва ҳам умумӣ дар организми беморони дорои СПКМ мавриди таҳлил қарордода шуд. Дар байни тағйиротҳои маҳаллӣ ба сомади дучоршавӣ ва хусусиятҳои пектенози сфинктери мақъад ва деформатсияи канали мақъад омӯхта шуд. Ба сифати меъёри тағйиротҳои умумӣ дар организмидорои стенози анус пас аз табобати ҷарроҳии бемориҳои канали мақъад кахексия ва гипопро테인емия дохил карда шуданд (ҷадвали 4.).

**Чадвали 4. – Тағйиротҳои маҳаллӣ ва ҳағумумӣ дар беморонидорони СПКМ, мул. (%)**

Нишондиҳанда	Гурӯҳи асосӣ (n=46)	Гурӯҳи назоратӣ (n=46)	P	Ҳамагӣ (n=92)
<b>Тағйиротҳои маҳаллӣ</b>				
Пектеноз АС	12(26,1%)	9(19,6%)	>0,05	1 (22,8%)
Деформатсияи КМ	6(13%)	5(11%)	>0,05	11 (12%)
<b>Тағйиротҳои умумӣ</b>				
Гипопротеинемия	4 (8,7%)	6 (13,8%)	>0,05	0 (10,9%)
Кахексия	5(11%)	4(9%)	>0,05	9 (9,8%)

*Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи  $\chi^2$ ).*

Таҳлили пектенози сфинктери мақъад (СМ) мавҷудияти онро дар 21 (22,8%) беморнишондод: 12 (26%) ҳолат дар байни беморони ГА9 (19,6%) ҳолат дар ГН. Бештари ҳолатҳои пектенози сфинктери роstrӯда дар беморон баъди аз саргузаронидани бемориҳои парапроктитҳои фасоднок ва анаэробӣ пайдо мешаванд, ки аз тангшавии реактивии сфинктер ва ташаккулфтани хадшаҳои густурда вобастаанд. Деформатсияи канали мақъад (КМ) дар 11 (12,0%) ҳолат муайян карда шуд, аз ҷумла 6 (13,0%) ҳолат дар байни беморони ГА ва 5 (10,9%) дар ГН. Тағйиротҳои аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим дар таҳлили биохимиявии хун, махсусан гипопротеинемия, дар 10 (10,9%) бемори дараҷаи III тангшавии пас аз ҷарроҳии канали мақъад бо муҳлати давомнокияш зиёда аз 3 сол ба қайд гирифта шуд: 4 (8,7%) дар байни беморони ГА ва 6 (13,8%) дар ГН. Тақрибан дар ҳамаи беморон, 9 нафар аз 10 (90,0%), бо гипопротеинемия кахексияи дараҷаҳои гуногун ба мушоҳида расид: 5 (10,9%) ҳолат дар байни беморони ГА ва 4 (8,7%) дар ГН. Тахмин мекунам, ки гипопротеинемия дар беморонидорони СПКМ мумкин аст, ки ба дардноқӣ ва душвории дефекация, махсусан, вақте ки сӯроҳии берунии канали мақъад ҳаттонӯги ангуштро намегузаронад, вобаста аст. Бинобар тангшавии канали мақъад, махсусан дар дараҷаҳои II ва III-и он, имконияти гузаронидани таҳқиқоти дохили мақъадии инструменталӣ мавҷуд нест.

Оптимизатсияи ташҳиси стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад ва коркарди тактикаи ҷарроҳӣ дар асоси маълумотҳои ба даст овардашуда бо истифода аз меъёрҳои калидии ташҳисӣ ва усулҳои хориҷи мақъадии инструменталии таҳқиқоти канали мақъад пас аз табобати ҷарроҳии бемориҳои шадид ва музмини ҷарроҳи шаванда амалӣ гардид. Тавре ки ишора шуд, меъёри асосии ташҳиси СПКМ маълумотҳои клиникӣ (шикоятҳои беморон ва муоинаи чатан) ва нишондиҳандаҳои инструменталӣ (ТУС) ва томография магнитӣ-резонансии (ТМР) чатан) буданд, китанҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ барои муайян кардани бемориҳои ҳамроҳшудаи канали мақъад ва муайян кардани стратегияҳои дахлдори ҷарроҳӣ гузаронида шуданд.

Таъкид кардан зарур аст, ки дар ташҳиси тангшавии пас аз ҷарроҳии анус, ки дар натиҷаи амалиёти ҷарроҳӣ дар канали мақъад пайдо шудааст, таҳқиқот бо ангушт, аноскопия, ректороманоскопия, сфинктерометрия ва манометрияи аноректалӣ бинобар тангбудани сӯроҳии берунии канали мақъад иҷро карда нашуд, вай имконият намедод, ки ангушт ё дастгоҳи зонд дароварда шавад. Аммо дар дараҷаи II-и тангшавии анус васеъ кунгандаи Гегарроз №7 то №12

дар овардан мумкин буд, дар дараҷаи III –и тангӣ – имконияти дохилкардани васеъ кунандаи Гегар №6 маҳдудаст.

Таҳқиқоти ултрасадоӣ (ТУС) мавҷуд будани ҷавфҳои фасоднок ва варамхоро дар беморонидорои СПКМ дар 13 (14,1%) ҳолат муайян кард: 5 (5,4%) ҳолат пас аз буридани синуси кистаи пилонидалӣ, 3 (6,6%) ҳолат пас ҷоқкардани тарқиши музмини мақъад, ориза ношуда бо носури дарунии параректалӣ, 5 (5,4%) ҳолат пас аз кушодани парапроктити фасодноки шадид. Дар зиёда аз нисфи ҳолатҳо (69,2%) дар беморон ҷавфҳои фасодноки дренаж гузориашон бад дар ҳучайра бофти параректалӣ бо хупуҷкунии даврӣ муайян карда шуд. Дар 7 (15,2%) ҳолат дар атрофи сфинктери мақъади инфилтратҳои илтиҳобии шакл ва анодазаашон гуногун муайян карда шуд. Ғайр аз ин, ҳангоми ТУС –и чатан бо ёрии датчики ростхата дар 4 (8,7%) ҳолат ғафсӣ ва камшудани эхогенитилифҳои мушакҳо дар ноҳияи инфилтрати илтиҳобӣ муайян карда шуд, ки ба эътибор гирифтани он ҳангоми тайёр кардани беморон ба анопластика хеле муҳиманд. Дар поён як чанд расми ТУС-и бофтаҳои нарми чатан бо истифода аз датчики ростхата оварда мешавад.

Омӯзиши муфассал ва таснифитағйиротҳои патологӣ дар асоси маълумотҳои ТУС имконият доданд, ки амалиётҳои ҷарроҳӣ дақиқтар ба нақша гирифта шаванд, тактика ин исбатан писандидаи ҷарроҳӣ интиҳоб гардад ва ба ин восита самаранокии табобат баланд бардошта хатари пайдошавии оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ кам карда шавад.

Дар 14 (15,2%) бемор, ки носури ҳамроҳшудаи росрӯдаро доранд — 8 (17,4%) аз ГА ва 6 (13,0%) аз ГН буданд, дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ фистулографияи фистулаҳои параректалӣ гузаронида шуд. Мақсади ин таҳқиқоти ташхисӣ ошкор соختани мавҷудияти ҷавфҳои фасоднок ва варамҳо дар ҳучайра бофти параректалӣ, ҳамчунин муайян кардани носурҳои иловагии роҳҳо дар ҳучайра бофти назди роstrӯда буд. Дар натиҷаи фистулография дар 6 (6,5%) ҳолат ҷавфҳои фасодноки ҳучайра бофти назди роstrӯда, дар 9 (9,8%) ҳолат роҳҳои иловагии носурҳо муайян карда шуд. Ин маълумотҳо барои анақшша гирифтани амалиёти ҷарроҳӣ аҳамияти калон доранд, чунки вучуд доштани ҷавфҳои фасоднок ва роҳҳои иловагии инносурҳомутавонад ба интиҳоби усули ҷарроҳӣ ва стратегияи табobati беморони дороит ангшавии пас аз ҷарроҳии канали мақъад таъсири муҳим расонанд. ТУС бо датчики ростхата имконият дод, ки ҳама варамҳо ва ҷавфҳои фасоднок вароҳҳои иловагии носурҳо дар беморон муайян карда шаванд. Ҳангоми баҳодиҳии муқоисавии натиҷаҳои ТУС ва фистулографияи бофтаҳои нарми чатан дар ташхиси варамҳо ва ҷавфҳои фасодноки ҳучайра бофти параректалӣ дар беморонидорои СПКМ ва НРР, ТУС нисбат ба фистулография ҳассосияти баландтар ва эътимоднок нишон дод. Ин метавонад, ки ба хусусиятҳои сохтори роҳҳои инносурҳо вобаста бошад, ки ба ҷавфи фасоднок даромадгоҳи васеъ ва баромадгоҳи тангдоранд, ки ин дренажгузори самаранокро душвор месозад ва ба он оварда мерасонад, ки моддаҳои контрастӣ ҳангоми фистулография зуд, бе расидан ба варам ба ҷавфи роstrӯда меафтанд.

Ҳамин тавр, ТУС бо датчики ростхата ҳамчун усули алтернативии ташхис барои муайян кардани ҷавфҳои фасоднок, варамҳо ва роҳҳои иловагии носурҳо дар беморонидорои СПКМ ва фистулаи ҳамроҳшудаи параректалӣ тавсия карда

мешавад. Ин имконият медиҳад, ки амалиёти ҷарроҳӣ дақиқан ба нақшагирифта ва стратегияи опетималии табобат интиҳоб карда шавад, ташхиси дақиқиҳолати бофтаҳо дар ноҳияи чатан ба асос гирифта шавад.

Барои баҳо додан ба эътимоднокии ТУС бо датчики ростхата дар муайян кардани мавҷудияти протсессҳои илтиҳобӣ дар пардаи луобӣ ва пардаи зерилуобии канали мақъад, хусусиятҳои умумии ин усули ташхисӣ омӯхта шуданд. Ҳассосияти ТУС 87,5%-ро ташкилдод, махсусияти то 94,1% расидааст. Ин нишондиҳандаҳо арзиши баланди ТУС бо датчики ростхатаро барои ташхиси протсессҳои илтиҳобӣ дар канали мақъад ва сфинктери беморонидорои тангшавии пас аз ҷарроҳии канали мақъад тасдиқ мекунад.

Ҳассосияти баланд аз қобилиятнокии усул ҷиҳати дуруст муайянкардани мавҷудияти протсессҳои илтиҳобӣ дар бештари беморони гирифтори ин беморӣ дарак медиҳад, дар ҳолеки махсусияти баланд аз эҳтимоликами ба даст овардани маълумотҳои мусбати дурӯғшаҳодат медиҳад. Ҳамин тавр, ТУС бо датчики ростхатавоситаи бо эътимод барои баҳо додан ба ҳолати пардаҳои луобӣ ва зерлуобии канали мақъад, ҳамчунин сфинктери роstrӯда дар беморонидорои тангии пас аз ҷарроҳии канали мақъад ба ҳисобмеаравад, вай имконият медиҳад, ки равиши табобат оптимизатсия ва самаранокии амалиётҳои ҷарроҳии дар пешистода баланд бардошта шавад.

Бинобар маҳдудбудани баргузори таҳқиқоти ултрасадоии трансректалӣ (ТУСТР) дар беморонидорои СПКМ аз сабаби тангбудани анус, дар таҳқиқоти мазкур қарор қабул карда шуд, ки барои ташхиси ҳолати ин беморон аз ТУС бо датчики ростхатаистиғода карда шавад.

Дар 8 (17,4%) бемори ГА (бодараҷаи III–и СПКМ томографиямагнитӣ-резонансӣ (ТМР) ба кор бурда шуд. Дар натиҷа дар 2-х (4,3%) беморинфилтратсияи яке аз девораҳои канали мақъад ва қисми поёнии ампулярии роstrӯда муайян карда шуд, ки ба тағйироти илтиҳобӣ ё дигар протсессҳои патологӣ дар ин ноҳияҳо далолат мекунад.

Ғайр аз ин, дар 7 (15,2%) бемори гурӯҳи асосӣ ва сеъшавии аз ҳадзиёди рост рӯда ва қисми ректосигмоидалии рӯдаи ғафс бо аломатҳои инсидоди музминирӯдаҳо муайян карда шуд. Ин ҳолат мумкинаст, ки бо ихтилоли дароз муддати гузаронандагӣ ва стазимуҳтавои дар рӯдаҳо вобаста бошад, ки аксарвақт ҳангоми шаклҳои мураккаби СПКМ дида мешавад.

Ҳангоми гузаронидани томографиямагнитӣ-резонансии (ТМР) узвҳои коси майда ва бофтаҳои нарми чатан дар беморонидорои тангшавии анус, ки дар натиҷаи табобати ҷарроҳии бемори ҳоишадид ва музмини ҷарроҳии канали мақъад пайдо шудааст, пектенози сфинктери мақъадии роstrӯда дар 5 маврид аз 8 ҳолат ба назаррасид: 3 (6,5%) ҳолат дар байни беморони гурӯҳи асосӣ ва 2 (4,4%) ҳолат дар байни беморони гурӯҳи назоратӣ. Ғайр аз ин, дар беморони ҳарду гурӯҳи таҳқиқ шаванда идорои носури ҳамроҳшуда ву ретсидивии роstrӯда ҷавфи фасоднок дар 4 (8,7%) ҳолат дар ҳучайрабофти параректалӣ муайян карда шуд.

Таъкид кардан зарураст, кидар протсесси баҳодихӣ ба эътимоднокии таҳқиқоти ТМР барои муайян кардани протсессҳои илтиҳобӣ, аз ҷумла пектеноз, дар сфинктери мақъадии роstrӯда дар беморонидорои III беморонидорои тангии пас аз ҷарроҳии канали мақъад, ки пас аз табобати ҷарроҳии беморихои шадид ва музмини ҷарроҳишавандаи канали мақъад пайдо шудаанд, ҳассосият ва

махсусияти ин усули ташхисӣ омӯхта шуд. Ҳарду нишондиҳанда 100%-ро ташкилдоданд, ки аз иттилоотнокии баланди ТМР дар ҳолатҳои нишондодашудаит ашхис дарак медиҳад.

Чунин натиҷаҳо онро нишон медиҳанд, ки ТМР усули ниҳоят самаранок барои дақиқ муайян кардани протсессҳои илтиҳобӣ дар сфинктери мақъад дар беморонидорои СПКМ ба ҳисоб меравад. Ҳассосияти баланд ва махсусияти ТМР имконият медиҳанд, ки на танҳо ҳолати сфинктери мақъад ва мавҷудбудани пектеноз ташхис карда шавад, балки равишҳои табобат такмил додашавад ва тактикаи нисбатан самараноктари чарроҳӣ дар асоси маълумотҳои ба даст овардашуда интиҳоб карда шавад. Ин, дар навбати худ, барои беҳтар шудани натиҷаҳои клиникӣ барои беморонидороиҳамин гуна беморӣ, ба монанди СПКМ мусоидат мекунад.

### **Коркарди омории маълумотҳо**

Коркарди омории маълумотҳои ба даст овардашуда бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (Statsoft, ИМА) анҷом дода шуд. Барои баҳогузорию муносиб ба муътадилбудани тақсимкунии намунаҳо аз критерияи Шапиро-Уилкава Колмогоров-Смирнов истифода карда шуд. Дар ин таҳқиқот бузургҳои миқдорӣ дар шакли нишондиҳандаи миёна ва ҳатоии стандартӣ, нишондиҳандаҳои категориалӣ дар шакли бузургҳои мутлақ ва фоизӣ оварда шудаанд. Ҳангоми муқоисакардани нишондиҳандаҳои байни ду гурӯҳи мустақил аз U-критерияи Манн-Уитни, барои нишондиҳандаҳои сифатӣ аз критерияи  $\chi^2$  истифодагашт. Фарқияти байни гурӯҳҳо ҳангоми  $< 0,05$  аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуд.

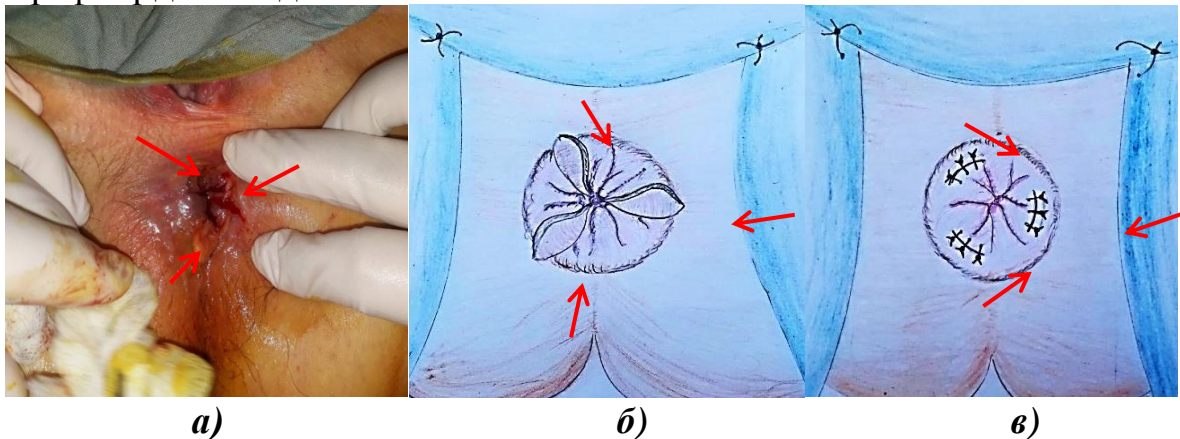
**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Беморони ГА-рӯвобаста аз набудан ё будани тағйиротҳои муайян кардашудаи бофтаҳои канали мақъад ва фишори мақъади роострӯда боёрии таҳқиқоти ТУС бо датчики ростхатамо ба 3 зергурӯҳ тақсим кардем: зергурӯҳи I- бетағйироти СПКМ ва КМ; зергурӯҳи II-бо ТУС ва ТМР аломатҳои илтиҳоби СПКМ ва ё СМ вазергурӯҳи III-бо ТУС ва ТМР аломатҳои тағйироти фибрози СПКМ ва ё СМ. Ба таври ретроспективӣ муқаррар карда шуд, ки дар беморони ГН таҳқиқоти ТУС ва ТМР чатан барои муайян кардани бемориҳои ҳамроҳшудаи КМ, ки ба натиҷаҳои наздик ва дури табобати чарроҳии СПКМ таъсир мерасонанд, гузаронида шуд.

Барои табобати чарроҳии СПКМ дар беморони ГН аз тактикаи маҷдубудаи чарроҳии анъанавӣ истифода карда шуд. Аммо дар ГА дар бемороне, ки дар онҳо бемориҳои ҳамроҳшудаи канали мақъад, ба монанди носури рӯдаи рост бо мавҷудияти варами фасоднок дар ҳучайрабӯфти параректалӣ дар (5 (10,9%) ҳолат, равиши инноватсионии давраи пешазчарроҳӣ ба кор бурда шуд. Ба таври амбулаторӣ пунксияи (тазриқи) ҷавфи фасоднок таҳти назорати ТУС бо истифодаи датчики ростхата, минбаъд санатсияи ҳаррӯзаи ҷавф дар муддати 10-14 рӯз бо маҳлули антисептикии «Вавеган» ва ҳамзамон ТУС-мониторинги хурд шудани андозаи ҷавфи фасодноки инфилтроти илтиҳобӣ гузаронида шуд.

Пас аз омодагии муносиби пешазчарроҳии беморони ГА бо назардошти бемориҳои ҳамроҳшудаи муайянкардашудаи канали мақъад усулҳои махсус коркардшудаи табобати чарроҳии СПКМ гузаронида шуд, ки натиҷаҳои он дар шакли пешниҳодҳои ратсионалӣ ба система дароварда шудаанд. Ин равишҳо ва методикаҳо дар алгоритми тактикаи чарроҳӣ барои беморони дорои СПКМ пешниҳод шуда ва равиши инфиродишудааро нисбат ба

табобати ин категорияи беморон инъикос мекунад, ки мақсади он оптимизатсияи протсесси табобат ва баланд бардоштани самаранокии он мебошад.

Дар 21 (45,0%) бемори га, ки дар онҳо тангшавии анус пас аз геморроидэктомия пайдо шудааст, усули такмилёфтаи табобати ҷарроҳии СПКМ иҷро карда шуд (Пешниҳоди ратсионализатории №3492/R980). Ин усул махсус барои табобати шакли луобии стенози канали мақъад, ки пас аз геморроидэктомия пайдо шудааст, таҳия гардидааст ва гузаронидани дивулсияи канали мақъадро пас аз бедардгардонӣ талаб мекунад. Дар натиҷаи дивулсия дар минтақаи хадшаҳои пасазҷарроҳӣ дар пардаи луобӣ, ки чандирӣ ва кашишхӯрияш дар муқоиса аз пардаи луобии осебнадида камтар аст, медарад (расми 1, а, б). Минбаъд дар ҷойи ин даридагиҳо ба самти кундалангкук мегиранд, ки барои иловатан васеъ шудани ҷавфи канали мақъад мусоидат мекунад (расми 1 в). Бартари асосии ин усул аз қобилияти он иборат аст, ки ба таъсири асосӣ ба минтақаи кашишхӯрии камтарин – ноҳияи хадшаҳо равона карда шудааст ва сабаби асосии тангшавии канали мақъад низ мегардад. Дар натиҷаи дивулсияи канали мақъад маҳз дар ҳамин ҷойҳо даридагиҳо дар пардаи луобӣ ташаккул меёбанд, ки имконият медиҳад васеъшавии иловгии ҷавфи канал ба даст оварда шуда, тангшавӣ бар тараф карда шавад.

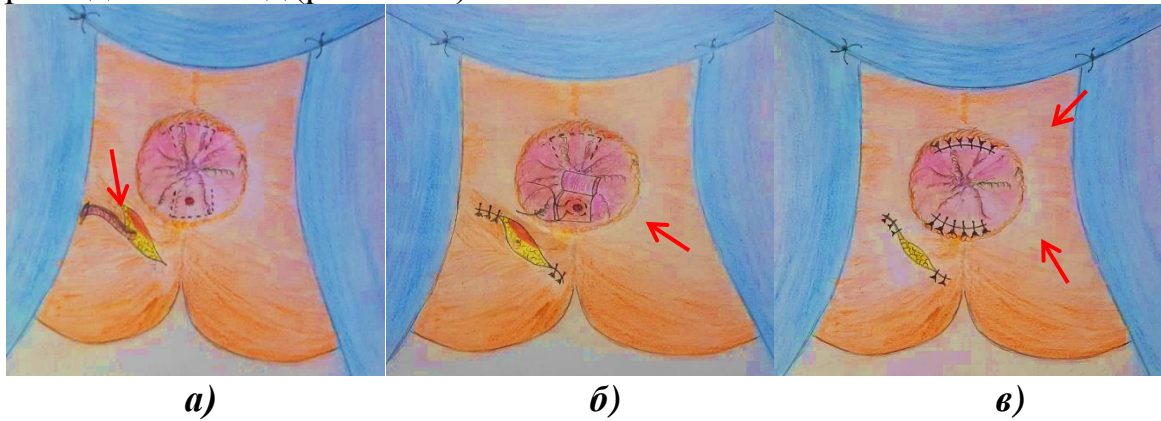


**Расми 1. - Аксиин нтра ҷарроҳӣ ва тасвири схематикии шакли пардаи луобии стенози КМ пас аз геморройэктомия: а-, б-даридагиҳо; в-кӯкходар самтикундаланг дар ҷароҳати пардаи луобии каналии мақъад бо тирчаисурхишора карда шудаанд.**

Самаранокии усули ҷарроҳии табобати СПКМ ва НРР аз тайёрии дурусти пеш аз ҷарроҳии беморон низ вобастааст, махсусан аз он бемороне, ки дар онҳо ҷавфи фасоднок дар ҳуҷайрабофти параректалӣ дида мешавад, чунки онҳо ба гурӯҳи хатари оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ дохил мешаванд. Бо дар назардошти ин, дар 8 (17,4%) беморидорои стенози анус дар якҷоягӣ бо НРР ГА усули сеюми коркард намудаимо оид ба табобати ҷарроҳии СПКМ истифодашудааст (Пешниҳоди ратсионализатории №3494/R982). Ин усул препаратсияи ҷузъиירוҳи носурро аз тарафи чатан то девораи рострӯда пешбинӣ мекунад (расми 2). Баъдан дар асоси девораи рострӯда роҳи носур бурида мешавад.

Баъд аз буридани хадшаҳосӯроҳии дарунӣ бо кӯкҳои кисетӣ дӯхта мешавад ва малофаи луобпардаи-зери пӯстӣ бурида гирифта мешавад (расми б), ки дар пӯсти перианалӣ маҳкам карда мешавад. Хамчунин дар тарафи муқобил стриктуротомия бо фаровардани пардаи луобӣ ба канали мақъад бо усули

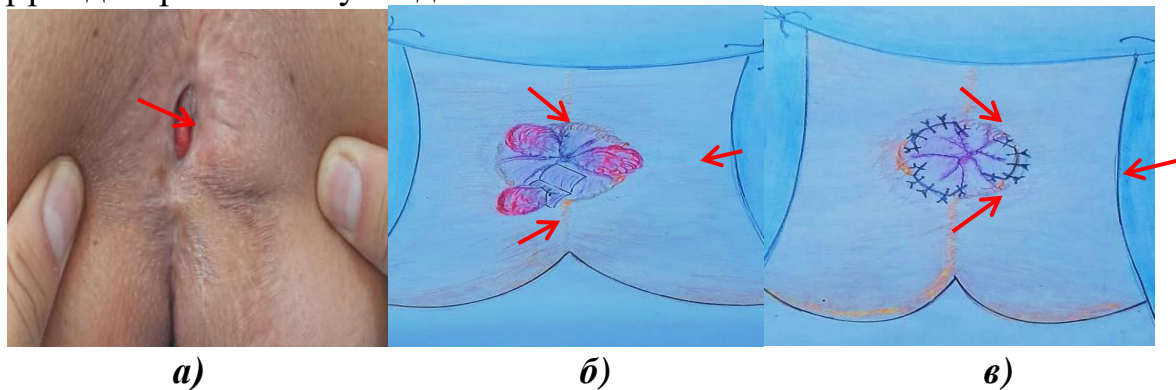
зикршуда бо мақсади пурра бартарафкардани стенози канали мақъад гузаронида мешавад (расми 2в).



**Расми 2.** – Усули табобати чарроҳии СПКМ дар якҷоягӣ бо НРР. а – чудо кардани роҳи носур то девораи рострӯда, б- стриктуротомия дар ноҳияи носури дарунӣ ва дар тарафи муқобили канали мақъад бо ду каратафар овардани малофа дар канали мақъад, в – намуди ниҳони чарроҳӣ.

Муҳимияти ин усул махсусан дар заминаи мураккабӣ ва бисёрчанба будани табобати якҷояшавии стенози пас аз чарроҳии анус ва носурҳои рострӯда меафзояд, чунки ин ҳолат метавонад фаъолияти канали мақъад ва сифати ҳаёти беморро ҷиддан вайронкунад. Бартарафсозии профилактикии протсессҳои фасоднок дар ҳуҷайрабодии параректалӣ на танҳо пешгӯйиро барои табобати чарроҳӣ беҳтар месозад, балки эҳтимоли ретсидивҳоро низ кам карда, барои нисбатан пурра барқарор шудани сохтори анатомӣ ва функцияи канали мақъад мусоидат менамояд.

Дар 9 (19,6%) беморидорои СПКМ дар якҷоягӣ бо бавосири музмин усули дуҷуми табобати коркард намудаимо ба кор бурда шуд (Пешниҳоди ратсионализатории №3495/R983), ки ба нигоҳдоштани пардаи луобӣ ва васеъ кардани канали мақъад аз тариқи дар зери пардаи луобӣ несткардани гирехҳои гемorroидалӣ равона карда шудааст (расми 3.а). Дастамал аз бедардкунӣ сармешавад, пас аз ин стриктураи хадшавӣ бурида мешавад (стриктурэктомия). Баъдан дивульсияи КМ иҷро карда мешавад, ки дар рафти он пардаи луобӣ дар болои гирехи гемorroидалӣ ба шакли трапетсия бурида мешавад (расми 3,б). Баъдан меҳланд ва рағҳои пойчаҳоро мебанданд ва баъди ин бофтаи гемorroидалиро нест мекунанд.



**Расми 3.** – Усули табобати чарроҳии СПКМ дар якҷоягӣ бо бавосири музмини дарунӣ. а – акси чатан бо СПКМ ва бавосири дарунӣ; б – буридани пардаи луобӣ дар шакли трапетсия дар болои гирехи бавосири дарунӣ, дӯхтан ва бастанӣ



пойчаҳои рағҳо бо нест кардани бофтаи бавосир; в–пардаи буридашуда дар канали мақъад ва дар анодерма дӯхтани он.

Баъди ин сфинктеротомияи дозаноқ аз тариқи ҷарроҳат дар ҷойи гиреҳи несткардашудаи бавосиро дар умқи аз 0,5 то 1,0 см дар девораи ақиби КМ гузаронида мешавад. Баъди ин дар болои ҷароҳати зикршуда малофаи қабланбуридашудаи трапетсиямонандро дар КМ бо анодерма медӯзанд (расми 3.в). Ин усули анопластика, ки аз тарафи гурӯҳи мо коркард шудааст, имконият медиҳад, ки пардаи луобии анус ҳифз карда шавад ва кам шудан ё таранг шудани бофтаҳои канали мақъад пешгирӣ карда шавад, ки метавонад ба тангшавии минбаъдаи он оварда расонад. Нишондоди асосӣ барои истифода кардани ин усул стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад аст, ки бо бавосири музмини дарунӣ ҳамроҳ шудааст.

Параметри калидӣ барои таҳлил ва муқоиса кардани натиҷаҳои бевоситаи амалиёти ҷарроҳӣ дар беморони ГА ва ГН дар рӯзҳои авали пас аз ҷарроҳӣ ҳолатҳои хунравӣ ва ретраксияи малофа дар КМ буд, кибаъдан ба пӯсидани ҷароҳат оварда расонид. Чунин оризаҳо дар 14 (15,2%) бемор аз ҳар як гурӯҳ ба назар расид. Дар маҷмуъ, дар давраи барвақти пас аз ҷарроҳӣ баъди табобати ҷарроҳии СПКМ фасодгирии канали мақъад дар байни ҳамаи беморони таҳқиқшаванда дар 11 (11,9%) ҳолат ба амаломад, ки аз онҳо 4 (8,7%) ҳолат дар байни беморони ГА ва 1 (15,2%) ҳолат дар ГН ба қайд гирифта шудааст. Омилҳое, ки барои фасодгирии ҷароҳати канали мақъад мусоидат кардаанд, мавҷуд будани диабетиканд дар марҳалаи субкомпенсатсия ва дараҷаи сабуки камхунии постгеморрагӣ буданд. Дар натиҷа, фасодгирии ҷароҳатҳои пас аз ҷарроҳӣ дар ГА то 6,5% нисбат ба ГН паст шудааст ба (аз 15,2% то 8,7%). Қайд карда мешавад, ки дар беморони дорои камхунии дараҷаҳои миёнавазнин дар давраи пас аз ҷарроҳӣ барои ислоҳ кардани сатҳи гемоглобин то 90,0 г/л ва баланд аз он гемотрансфузия гузаронида шуд. Дар айни замон, дар беморони дорои камхунии дараҷаи сабук трансфузияи массаи эритроцитарӣ гузаронида нашуд, чунки ин ҳолат барои хунгузаронӣ нишондод шуда наметавонад. Қайд кардан зарур аст, ки яке аз сабабҳои хунравии барвақти пас аз ҷарроҳӣ дар 3 (3,3%) беморӣ аз ҳарду гурӯҳи таҳқиқшаванда (1 (2,2%) ҳолат аз ГА ва 2 (4,4%) ҳолат аз ГН) режими бистариро риоя накардани беморон дар шабонарӯзҳои авали пас аз ҷарроҳӣ буд. Хусусиятҳо ва шиддатнокии хунравиро ба назар гирифта, дар чунин ҳолатҳо барои ба даст овардани гемостаз аз тампонади дар маҳлули перекиси водород тар кардашуда истифода карда шуд (чалвали5.).

#### Ҷадвали 5. – Натиҷаҳои наздиктарини ҷарроҳии СПКМ, мутл. (%)

Намуди ориза	Гурӯҳи асосӣ (n=46)	Гурӯҳи назоратӣ (n=46)	p	Ҳамагӣ (n=92)
Фасодгирии ҷароҳат	4 (8,7%)	7 (15,2%)	<0,05	11 (11,9%)
Хунравӣ	1 (2,2%)	2 (4,4%)	>0,05	3(3,3%)
Ҳамагӣ:	5(10,9%)	9(19,7%)	<0,05	14(15,2%)

*Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи  $\chi^2$ ).*

Ғайр аз ин дар як ҳолат (2,2%) дар гурӯҳи асосӣ сабаби хунравӣ чунбидани лигатур аз рағҳои ҷароҳати чатан пас аз гузаронидани бурриши носур бо

аноластика буд. Ин оризаи барвакти пас аз чарроҳӣ бо муваффақият бо роҳи бастании рағҳои хунрав дар ҷароҳати чатан таҳти анестезияи маҳаллӣ бартараф карда шуд. Ҳамин тартиб, камшудани миқдори оризаҳои зикршуда дар 8,8% (аз 19,7% то 10,9%) ҳолат ба мушоҳида расид.

Камшудани миқдори оризаҳои пас аз чарроҳӣ нишон диҳандаи муҳимми самаранокии тайёрии пеш аз чарроҳӣ, техникаи чарроҳӣ ва баъдан мувофиқати беморон аст. Беҳтаршудани натиҷаи табобат дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ аҳамияти истифодаи усулҳои таҳияшуда ва такамилдодашудаи амалиёти ҷарроҳиро таъкид мекунад, ки ба кам кардани хатари оризаҳо равона шуда, барои зуд барқарор шудани беморон пас аз чарроҳӣ мусоидат мекунад.

Дар доираи баҳо додан ба натиҷаҳои дури амалиёти ҷарроҳии СПКМ мо аз меъёрҳои ба монанди миқдори ретсидивҳо ва пайдошудани НКМ (норасоии канали мақъад) истифода намудем, ки маълумотҳо оид ба миқдори онҳо дар ҷадвали 6 оварда шудааст. Дар маҷмуъ, ретсидивҳои СПКМ дар 10 (10,8%) бемор ба қайд гирифта шуд: дар 3 (6,5%) ҳолат дар ГА ва дар 7 (15,2%) ҳолат дар ГН. Мувофиқи муоинаҳои мо, сабаби ретсидивҳои сохтори анус дар давраи дури пас аз чарроҳӣ дар ҳолати фасодгирии 3 (3,3%) ҷароҳати пас аз чарроҳӣ аст. дар дигар ҳолатҳо фасодгирии пас аз чарроҳии СПКМ ба чунин омилҳои ба монанди бемории часпидагии ҳамроҳ шуда ва тамоюл доштан ба гиперхадшавӣ вобастабуданд (ҷадвали 6).

**Ҷадвали 6. - Натиҷаҳои дури ҷарроҳии СПКМ, мутл. (%)**

Намуди ориза	гӯҳи асосӣ (n=46)	гӯҳи назоратӣ (n=46)	p	мағӣ(n=92)
НКМ дараҷаи I	2 (4,4%)	4 (8,7%)	<0,05	6 (7,6%)
НКМ дараҷаи II	1 (2,2%)	2 (4,4%)	>0,05	3 (3,3%)
НКМ дараҷаи III	0 (0%)	0 (0%)	-	0 (0%)
Ретсидив	3 (6,5%)	7(15,2%)	<0,05	0 (10,8%)
Ҳамагӣ:	6 (13,0%)	13 (28,3%)	<0,05	9 (20,6%)

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи  $\chi^2$ ).

Функцияи сфинктери мақъад дар давраи дури баъди чарроҳӣ, 6 моҳ баъд аз он таҳлил карда шуд. Дар байни ҳамаи беморони омӯхташуда норасоии сфинктери мақъад (НСМ) дар 9 ҳолат (9,8%) инкишоф ёфтааст, ки аз он 3 ҳолат (6,5%) дар гурӯҳи асосӣ ва 6 ҳолат (13,0%) дар гурӯҳи назоратӣ қой доштан. Қайд карда мешавад, ки ноустувории мақъади дараҷаи I, ки дар натиҷаи муолиҷаи ҷарроҳии сохтори мақъад ба вуҷуд омадааст, нисбат ба ноустувории дараҷаи II бештар ба мушоҳида мерасад.

Дар 6 бемор (7,6%) нодошти мақъади дараҷаи I муайян карда шуд. Аз онҳо 2 ҳолат (4,4%) дар беморони гурӯҳи асосӣ ва 4 ҳолат (8,7%) дар гурӯҳи назоратӣ рух дод, зимнан фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо аҳамияти омории дошт, ки  $p < 0,05$  ташкил дод. Қайд кардан муҳим аст, ки дар ҳеҷ кадом аз гурӯҳҳои мавриди таҳқиқ нодошти мақъад дараҷаи III мушоҳида нашудааст.

Истифодаи ТУС бо датчики ростхата ва томографияи магнитӣ-резонансӣ дар таҳлили тангшавии пас аз ҷарроҳии канали мақъад имкон медиҳад, ки маълумоти ҳадалимконпурраро дар бораи хусусиятҳои раванди патологӣ дар давраи пеш аз чарроҳӣ ба даст орем ва тактикаи мувофиқтарини ҷарроҳиро муайян намоем

## ХУЛОСАҶО

1. Сабабҳои асосии натиҷаҳои ғайриқаноатбахши табобати ҷарроҳии тангшавии баъдичарроҳии канали мақбад душворӣ ва носаҳеҳии ташҳиси вазнинии тағйирот дар бофтаҳои маҳаллии канали мақбад, инчунин омодагии нокифояи пеш аз ҷарроҳӣ ва муносибати анъанавӣ ба интиҳоби усулҳои даҳолати ҷарроҳӣ мебошад [1-М, 4-М, 11-М, 14-М, 15-М, 16-М, 22-М].

2. Истифодаи ТУС ва ТМР дар ташҳиси тангшавии пас аз ҷарроҳии мақбад имкон медиҳад, ки мавҷудияти тағйироти илтиҳобии маҳаллӣ ва дараҷаи паҳншавии равандҳои хадшавӣ дар канали мақбад аниқ муайян карда шаванд. Ин усулҳо гирифтани маълумоти ҳолисонаро дар бораи ҳолати бофтаҳо таъмин менамоянд ва ба интиҳоби тактикаи ҷарроҳии мувофиқ мусоидат мекунанд. Баъзе аломатҳои синдроми дефекатсияи обструктивӣ (ОДС), аз қабилӣ дард, хунравӣ аз канали мақбад ҳангоми дефекатсия, душвории ҳоли кардани рӯдаи рост ва мавҷудияти тарқиши шадид аломатҳои барвақти стенози пас аз ҷарроҳии канали мақбад мебошанд [2-М, 3-М, 5-М, 6-М, 7-М, 8-М, 9-М, 10-М, 12-М, 20-М, 25-М].

3. Равиши марҳилавии дифференсиалии таҳияшуда дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ имкон медиҳад, ки омодагӣ ба ҷарроҳӣ инфиродӣ карда шавад ва барои ҳар ҳолати мушаххас усулҳои мувофиқтарини табобати ҷарроҳии тангшавии пас аз ҷарроҳии канали мақбад бо самаранокии баланд ва хавфи камтарини пайдошавии оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ интиҳоб гарданд [17-М, 19-М, 22-М, 23-М, 24-М].

4. Усулҳои тақмилшудаи ҷарроҳӣ ва муолиҷаи тангшавии пас аз ҷарроҳии канали мақбад 6,5% кам шудани фасодгирии захм, 8,7% коҳиш ёфтани тақрорёбии беморӣ ва 6,5% кам шудани басомади ҳолати ноустувории сфинктери мақбад (НСМ)-ро дар қиёс бо гурӯҳи назоратӣ нишон дод [18-А].

### **Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот**

1. Бо дарназардошти имконнопазирии татбиқи усулҳои инструменталии муоинаи дохилимақбадӣ дар беморон бо тангшавии канали мақбад, ки пас аз табобати ҷарроҳии патологияҳои мақбад ба вучуд омадааст, тавсия дода мешавад, ки усулҳои алтернативии ташҳис барои муайян кардани тактикаи оптималии ҷарроҳӣ, аз қабилӣ ТУС бо датчики ростхата ва ҳангоми стенози дараҷаи III томографияи магнитии резонансии чатан истифода шаванд. Ин усулҳо имкон медиҳанд, ки равандҳои илтиҳобӣ дар девори канали мақбад, мавҷудияти холигии фасоддор дар насчи параректалӣ ошкор ва шаклу дараҷаи тангшавӣ муайян карда шаванд.

2. Агар дар девори канали мақбад дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ равандҳои илтиҳобӣ ошкор карда шаванд, беморон бояд курси табобати зиддиилтиҳобӣ гиранд ва дар сурати мавҷуд будани холигии фасоддор дар насчи параректалӣ коркарди он бо маҳлули "Вавеган" тавсия дода мешавад.

3. Барои муолиҷаи шакли луобии стенозҳои пас аз ҷарроҳии мақбад бояд усули даҳолати ҷарроҳӣ, ки мо тақмил додаем, истифода карда шавад.

4. Дар ҳолатҳои якҷоягии стеноз бо бавосири музмини дарунӣ истифодаи усули табобати лъарроҳии тақмилдодаи мо нишон дода мешавад.

5. Дар ҳолати мавҷудияти носури параректалӣ дар якҷоягӣ бо тангшавии мақбад корбурди усули табобати ҷарроҳии стенози пас аз ҷарроҳии канали мақбади таҳиякардаи мо, ки чораҳои комплексии бартараф кардани ҳарду патологияро дар бар мегирад, тавсия дода мешавад.

## **ИНТИШОРОТ ОИД БА МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ**

### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

[1-М] Аннаев М.Б. Послеоперационный стеноз анального канала (Обзор литературы) [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Дж.К. Мухаббатов, Ф.Х. Нозимов // **Авджизухал. №4. - 2022.-С.-105-116.**

[2-М] Аннаев М.Б. Синдром обструктивной дефекации у больных с постоперационным стенозом анального канала [Текст] / Дж.К. Мухаббатов, М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Тошев Ш.А. // **Научно-медицинский журнал Сатург. № 16 (4) – 2022.-С.-6-11.**

[3-М] Аннаев М.Б. Синдром обструктивной дефекации у больных с хроническими хирургическими патологиями анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев // **Авджизухал. №4. – 2023.-С.-111-116.**

### **Мақолаҳо ва фишурдаҳои дар маҷмуаҳои конференсияҳо нашршуда**

[4-М] Аннаев М.Б. Стеноз анального канала [Текст] / Дж.К. Мухаббатов, М.Б. Аннаев, Ф.Х. Нозимов // **Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуалиибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». 27-ноябр. Душанбе 2020.- С.- 207.**

[5-М] Аннаев М.Б. Клиническое течение послеоперационного стеноза анального канала [Текст] / Дж.К. Мухаббатов, М.Б. Аннаев, А.А. Караева // **Материалы научно-практической конференции (69-й годовичной) с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». 17-ноября 2021 Душанбе (Dushanbe).-С.-496.3.**

[6-М] Аннаев М.Б. Клиническое проявление синдрома обструктивной дефекации у больных с постоперационным сужением анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Дж.К. Мухаббатов // **Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. 25-ноябр Душанбе 2022.-С.-580-582.**

[7-М] Аннаев М.Б. Постоперационный болевой синдром с хроническими патологиями анального канала [Текст] / Дж.К. Мухаббатов, М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев // **Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. 25-ноябр Душанбе. 2022.-С.-584-585.**

[8-М] Аннаев М.Б. Характеристика послеоперационного болевого синдрома у больных с хронической хирургической патологией анального канала [Текст] / А.Дж. Мухаббатов, М.Б. Аннаев, Хамроев Б.М. // **Материалы XIV научно-практической конференция: «усиление и перспектива развития подготовки средних медицинских специалистов в Республике Таджикистан» в честь 32-ой годовщины государственной независимости Республики Таджикистан. 08-декабр 2023.-С.-19-22.**

[9-М] Аннаев М.Б. Оптимизация диагностики сужения ануса, возникающего после оперативного лечения хирургической патологии анального канала [Текст] / Мухаббатов Дж.К. Аннаев М.Б. Хамроев Б.М. // **Материалы юбилейной**

- (71-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. 1-декабр 2023 Душанбе.-С.-198-199.
- [10-М]** Аннаев М.Б. Клиническое течение послеоперационного сужения анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Дж.Дж. Давлатов, А.А. Караева // XVI научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им. АбуалиибниСино”, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). Душанбе 2021.-С.-8.
- [11-М]** Аннаев М.Б. Сужение анального канала у больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, А.Дж. Мухаббатов // XVI научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им.АбуалиибниСино”, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). Душанбе 2021.-С.-9.
- [12-М]** Аннаев М.Б. Клиническое течение послеоперационной структуры анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, А.Дж. Мухаббатов, А.А. Караева // Материалы XVII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ “ТГМУ им. АбуалиибниСино” с международным участием. Душанбе 2022.-С.-208.
- [13-М]** Аннаев М.Б. Характер послеоперационного сужения анального канала после острых и хронических патологий [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Дж.К. Мухаббатов // Материалы республиканской научно-практической конференции (III-годовая) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвященная 30-летию XVI-ой сессии Верховного Совета Республики Таджикистан. Дангара 2022.-С.-89-90.
- [14-М]** Аннаев М.Б. Факторы риска развития послеоперационного стеноза анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Дж.К. Мухаббатов // Материалы республиканской научно-практической конференции (III-годовая) ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», посвященная 30-летию XVI-ой сессии Верховного Совета Республики Таджикистан. Дангара 2022.-С.- 90.
- [15-М]** Аннаев М.Б. Структурные особенности послеоперационной стриктуры анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, А.Дж. Мухаббатов, А.А. Караева // Материалы 76-ой Международной научно-практической конференции студентов медицинских вузов и молодых учёных. Самарканд. 2022.-С.- 412-413.
- [16-М]** Аннаев М.Б. Прогнозирование постоперационного стеноза ануса у больных с хроническими хирургическими патологиями анального канала на фоне сахарного диабета [Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, А.Дж. Мухаббатов // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. АбуалиибниСино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием.-С.-192.
- [17-М]** Аннаев М.Б. Предоперационная подготовка больных со свищами прямой кишки в сочетании с постоперационным стенозом анального канала

[Текст] / М.Б. Аннаев, Б.М. Хамроев, Ф.Х. Нозимов // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. АбуалиибниСино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием. Душанбе 2023.-С.-192.

**[18-М]** Аннаев М.Б. Хирургическое лечение слизистой формы постоперационным стенозом анального канала [Текст] / Аннаев М.Б. Хамроев Б.М. Туразода М.С. // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. АбуалиибниСино «Наука и инновации в медицине – 2023» с международным участием.-С.-192-193.

**[19-М]** Аннаев М.Б. Алгоритм диагностики и хирургического лечения послеоперационного сужения анального канала [Текст] / М.Б. Аннаев, Дж.К. Мухаббатов, Б.М. Хамроев // Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (IV-ая годовичная), посвящённой 32-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. 22-декабри 2023. Дангара.-С.-80.

#### **Пешниходхоиратсионизаторӣ**

**[20-М]** Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ предоперационной подготовка больных со свищом прямой кишки в сочетании с постоперационным стенозом анального канала» Рац.пред. №3493/R981, выданное ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино» от 10.12.2022.

**[21-М]** Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ прогнозирования постоперационного стеноза ануса у больных с хроническими патологиями анального канала на фоне сахарного диабета» Рац.пред. №3494/R982, выданное ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино» от 10.12.2022.

**[22-М]** Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ хирургического лечения больных с постоперационным стенозом анального канала в сочетании хроническим внутренним геморроем» Рац.пред. №3495/R983, выданное ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино» от 10.12.2022.

**[23-М]** Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ хирургического лечения больных слизистой формой постоперационного стеноза анального канала» Рац.пред. №3492/R980, выданное ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино» от 10.12.2022.

**[24-М]** Аннаев М.Б., Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ хирургического лечения послеоперационного стеноза анального канала в сочетании со свищами прямой кишки». Рац.пред. №3494/R982, выданное ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино» от 04.05.2023.

**[25-М]** Аннаев М.Б. Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М. «Способ оптимизации диагностики послеоперационного стеноза анального канала с последующим выбором хирургической тактики». Рац.пред. №3551/R1009, выданное ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино» от 26.10.2023.

#### **Рӯйхати ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ**

**КМ- канали мақъад**

**СМ- сфинктеримақъад**

**КОА-Комиссияи олияттестатсионӣ**

**МД МКШ- Муассисаи давлатии Маркази шахрии клиникӣ**

**ГН-Гуруҳи назоратӣ**

**ТМР-Томографиямагнит̄-резонанс̄**  
**НСМ-Норасогии сфинктери мақъад**  
**СПКМ-Стенози пас аз чарроҳии канали мақъад**  
**ГА- Гурӯҳи асосӣ**  
**СДО-Синдром дефекатсияи обструктивӣ**  
**ССР-С-сафедаи реактивӣ**  
**НРР-носури рост руда**  
**ПЛРР-пардаи луобии рост рӯда**  
**ИМА-Иёлооти Муттаҳидаи Америка**  
**ТТРУС-Таҳқиқоти трансректалии ултрасадоӣ**  
**ТУС-Таҳқиқоти ултрасадоӣ**

**АННОТАЦИЯ**  
**АННАЕВ МАКСАДБАХОДИРОВИЧ**  
**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**  
**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА**

**Ключевые слова:** Анальный канал, послеоперационный стеноз анального канала, геморроидэктомия, анопластика и предоперационная подготовка.

**Цель исследования:** улучшение ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения послеоперационного стеноза анального канала.

**Методы исследования и использованная аппаратура:** В диссертационной работе применены клинические (жалобы, местный осмотр промежности) и инструментальные методы исследования (УЗИ и МРТ применены только больным основной группы для выявления сопутствующих патологий анального канала). В диагностике ПСАК не проводились пальцевое исследование, ано- и ректороманоскопия, сфинктерометрия и аноректальная манометрия. Из лабораторных исследований были проведены биохимия крови, общий анализ крови, свёртывающая система крови, общий анализ мочи, кала и др.

**Полученные результаты и их новизна.** Изучены чувствительность и специфичность УЗИ и МРТ в определении сложности и структурных изменений анального канала у пациентов с послеоперационным сужением ануса. Разработан способ предоперационной подготовки больных с послеоперационным стенозом анального канала в сочетании со свищом прямой кишки (Рациональное предложение №3493/R981). Предложен лечебно-профилактический алгоритм для пациентов с послеоперационным сужением анального канала, основанный на данных УЗИ и МРТ тканей промежности и факторах риска развития стеноза ануса. Разработаны и внедрены в клиническую практику колопроктологии способы хирургического лечения послеоперационных стенозов анального канала (Рациональные предложения №3495/R983, №3492/R980 и №3494/R982).

**Рекомендации по использованию:** Учитывая невозможность проведения внутрианальных инструментальных методов исследования у пациентов с сужением анального канала, которое возникло после хирургического лечения патологий ануса, рекомендуется применять альтернативные методы диагностики для определения оптимальной хирургической тактики, такие как УЗИ с линейным датчиком, а при III степени стеноза рекомендуется использовать магнитно-резонансную томографию промежности. Эти методы позволяют выявить воспалительные процессы в стенке анального канала, наличие гнойной полости в параректальной клетчатке и определить форму и протяженность сужения. При обнаружении воспалительных процессов в стенке анального канала в предоперационном периоде пациентам следует проводить курс противовоспалительного лечения, а при наличии гнойной полости в параректальной клетчатке рекомендуется ее обработка раствором "Вавеган". Для лечения слизистой формы послеоперационного стеноза анального канала следует



применять усовершенствованный нами метод хирургического вмешательства. В случаях сочетания стеноза с хроническим внутренним геморроем, показано применение усовершенствованного нами способа хирургического лечения. При наличии параректального свища в комбинации с сужением ануса рекомендуется использование разработанного нами способа хирургического лечения постоперационного стеноза анального канала, включающего комплексные меры для устранения обеих патологий.

Область применения: Хирургия.

**АННОТАТСИЯИ**  
**АННАЕВ МАҚСАД БАҲОДИРОВИЧ**  
**ОПТИМИЗАТСИЯИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ СТЕНОЗИ**  
**ПАС АЗ ҶАРРОҲИИ КАНАЛИ МАҚЪАД**

**Калимаҳои калидӣ:** Канали мақъад, стенозии пас аз ҷарроҳии канали мақъад, геморроидэктомия, анопластика ва тайёрии пеш аз ҷарроҳӣ.

**Мақсади таҳқиқот:** беҳтар сохтани натиҷаҳои наздик ва дури табобати ҷарроҳии стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад (СПКМ).

**Услҳои таҳқиқот ва истифодаи таҷҳизот:** Дар таҳқиқоти диертатсионӣ аз усулҳои клиникӣ (шикоятҳо ва муоинаи маҳаллии чатан) ва инструменталӣ (ТУС ва ТМР) танҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ барои муайян кардани бемориҳои ҳамроҳшудаи канали мақъад ба кор бурда шудаанд). Дар ташҳиси СПКМ таҳқиқот бо ангушт, аноскопия, ректороманоскопия, сфинктерометрия ва манометрияи аноректалӣ. Гузаронида нашуд. Аз таҳқиқотҳои лабораторӣ биохимияи хун, таҳлили умумии хун, системаи лахтабандии хун, таҳлили умумии пешоб, наҷоат ва ғ. гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағзони онҳо.** Ҳассосият ва махсусияти ТУС ва ТМР дар муайян кардани мураккабӣ ва тағйироти сохтори канали мақъад дар беморони дорои стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад омӯхта шуд. Усулҳои омодагии пеш аз ҷарроҳии беморони дорои стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад дар якҷоягӣ бо носури рострӯда таҳия карда шуд (Пешниҳоди ратсионалзатории №3493/R981). Алгоритми табобатӣ-профилактикӣ барои беморони дорои стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъад пешниҳод карда шуд, ки дар заминаи маълумотҳои ТУС ва ТМР-и бофтаҳои чатан ва омилҳои хатари пайдошавии стенози анус асос ёфтаанд. Разработаны и внедрены в клиническую практику колопроктологии способы хирургического лечения послеоперационных стенозов анального канала (Рациональные предложения №3495/R983, №3492/R980 и №3494/R982).

**Тавсияҳои барои истифода:** Бо дарназардошти имконнопазирии татбиқи усулҳои инструменталии муоинаи дохилимақъадӣ дар беморон бо тангшавии канали мақъад, ки пас аз табобати ҷарроҳии патологияҳои мақъад ба вучуд омадааст, тавсия дода мешавад, ки усулҳои алтернативии ташҳис барои муайян кардани тактикаи оптималии ҷарроҳӣ, аз қабилӣ ТУС бо датчики ростхата ва ҳангоми стенози дараҷаи III томографияи магнитии резонансии чатан истифода шаванд. Ин усулҳо имкон медиҳанд, ки равандҳои илтиҳобӣ дар девори канали мақъад, мавҷудияти холигии фасоддор дар насчи параректалӣ ошкор ва шаклу дараҷаи тангшавӣ муайян карда шаванд. Агар дар девори канали мақъад дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ равандҳои илтиҳобӣ ошкор карда шаванд, беморон бояд курси табобати зидди илтиҳобӣ гиранд ва дар сурати мавҷуд будани холигии фасоддор дар насчи параректалӣ коркарди он бо маҳлули "Вавеган" тавсия дода мешавад. Барои муолиҷаи шакли луобии стенозҳои пас аз ҷарроҳии мақъад бояд усули даҳолати ҷарроҳӣ, ки мо такмил додаем, истифода карда шавад. Дар ҳолатҳои якҷоягии стеноз бо бавосири музмини дарунӣ истифодаи усули табобати ҷарроҳии такмилдодаи мо нишон дода мешавад. Дар ҳолати мавҷудияти носури параректалӣ дар якҷоягӣ бо тангшавии мақъад корбурди усули табобати ҷарроҳии

стенози пас аз ҷарроҳии канали мақъади таҳиякардаи мо, ки чораҳои комплекси бар тараф кардани ҳарду патологияро дар бар мегирад, тавсия дода мешавад.

**Соҳаистифода:** Ҷарроҳӣ.

**ANNOTATION**  
**ANNAEV MAKSAD BAKHODIROVICH**  
**OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF**  
**POSTOPERATIVE ANAL STENOSIS**

**Key words:** Anal canal, postoperative anal stenosis, hemorrhoidectomy, anoplasty and preoperative preparation.

**Purpose of the study:** To improve the immediate and long-term results of surgical treatment of postoperative anal stenosis.

**Research methods and equipment used:** The dissertation work used clinical (complaints, local examination of the perineum) and instrumental research methods (ultrasound and MRI were used only for patients in the main group to identify concomitant pathologies of the anal canal). In the diagnosis of postoperative anal stenosis, digital examination, ano- and sigmoidoscopy, sphincterometry and anorectal manometry were not performed. Laboratory tests included blood biochemistry, general blood count, blood coagulation system, general analysis of urine, feces, etc.

**The results obtained and their novelty.** The sensitivity and specificity of ultrasound and MRI in determining the complexity and structural changes of the anal canal in patients with postoperative narrowing of the anus were studied. A method has been developed for the preoperative preparation of patients with postoperative anal stenosis in combination with rectal fistula (Rational proposal No. 3493/R981). A treatment and prophylactic algorithm for patients with postoperative narrowing of the anal canal is proposed, based on ultrasound and MRI data of perineal tissue and risk factors for the development of anal stenosis. Methods for surgical treatment of postoperative anal canal stenosis have been developed and introduced into the clinical practice of coloproctology (Rational proposals No. 3495/R983, No. 3492/R980 and No. 3494/R982).

**Recommendations for use:** Considering the impossibility of carrying out intra-anal instrumental research methods in patients with narrowing of the anal canal that occurred after surgical treatment of anal pathologies, it is recommended to use alternative diagnostic methods to determine the optimal surgical tactics, such as ultrasound with a linear sensor, and for grade III stenosis it is recommended use magnetic resonance imaging of the perineum. These methods make it possible to identify inflammatory processes in the wall of the anal canal, the presence of a purulent cavity in the perirectal tissue and determine the shape and extent of the narrowing. If inflammatory processes are detected in the wall of the anal canal in the preoperative period, patients should undergo a course of anti-inflammatory treatment, and if there is a purulent cavity in the perirectal tissue, it is recommended to treat it with the “Vavegan” solution. To treat the mucous form of postoperative anal stenosis, we should use our improved method of surgical intervention. In cases of combination of stenosis with

chronic internal hemorrhoids, the use of our improved method of surgical treatment is indicated. In the presence of a pararectal fistula in combination with a narrowing of the anus, it is recommended to use the method we have developed for surgical treatment of postoperative anal stenosis, which includes comprehensive measures to eliminate both pathologies.

Area of application: Surgery.