

ХУЛОСА

К.М. Курбонов, Қ.Р. Рӯзибойзода,
М.М. Мақсудов, Х.З. Фақиров

ПЕШГИРИИ ЧУРРАҲОИ
БАЪДИЧАРРОҲИИ ШИКАМ

Мақсади тадқиқот. Беҳтарсозии натиҷаҳои табобати чарроҳии чурраҳои шикам аз ҳисоби самаранок истифодабарии эндопротезҳои полипропиленӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Натиҷаҳои комплекси ташҳис ва табобати 120 беморони бо чурраи шикам таҳлил карда шудааст. Ҳамаи беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуда буданд. Ба гурӯҳи якум 58 (48,3%) беморон дохил карда шуда, гузаронидани амалиётҳои чарроҳии радикалӣ ба нақша гирифта шуда буд. Ба гурӯҳи дуюм бошад

62 (51,7%) беморон шомил буданд, ки ба онҳо гузаронидани амалиётҳои чарроҳии дар узвҳои паси сифок ба нақша гирифта шуда буд.

Натиҷаҳо. Натиҷаҳои тадқиқоти комплекси клиникӣ нишон медиҳад, ки дар беморони гурӯҳи 1-ум ва 2-юм ҳанӯз то чарроҳӣ норасоии анатоми-функционалии девораи пеш ва паҳлуии шикам II-III дараҷа дар 42% ва 67% ҳолат ҷой дошт, ки предикторҳои пайдошавии чурраҳои баъдиҷарроҳии шикам мебошад.

Хулоса. Яке аз роҳҳои беҳтарсозии пешгирии чурраҳои баъдиҷарроҳии шикам ин истифодабарии самараноки усулҳои мининвазивӣ, ки осебҳои на он қадар зиёди чарроҳӣ, осебҳои структураҳои асабу-мушакӣ дар девораи пеш ва паҳлуи шикам мебошад.

Калимаҳои калидӣ: чурраи баъдиҷарроҳии шикам, норасоии анатоми-функционалӣ, пешгирӣ.

УДК: 616.089:616-036.12+616-007.251(575.3)

К.Дж. Пулотов

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ
АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»

Пулотов Камолджон Джамолович – к.м.н., старший научный сотрудник ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов»; Тел.: (+992)377 93-845-45-09; E-mail: kamolendos@mail.ru.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническими анальными трещинами в отдаленном периоде.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты клинического исследования 112 пациентов с хроническими анальными трещинами в отдаленном периоде от 6 месяцев до 4-х лет спустя после хирургического вмешательства. Обследование включало осмотр, функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки с проведением сфинктеро- и манометрии, а также исследование конечных продуктов перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной защиты в плазме крови и в биоптатах слизистой оболочке прямой кишки.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения ХАТ основывалась на отдаленных результатах в двух сравниваемых группах пациентов: основной - 64, и контрольной - 48 пациентов. Из 64 больных ХАТ основной группы в 58 (91%) случаях удалось получить хорошие результаты лечения. Удовлетворительные результаты лечения получены у 4 (6,2%) пациентов, неудовлетворительными результатами выявлены у 2 (3,1%) больных с тяжелой степенью ХАТ, через 6 месяцев. В контрольной группе хорошие результаты отмечены в 37 (77,0%) случаях, удовлетворительные – 6 (12,5%), и неудовлетворительные результаты выявлено в 5 (10,5%) случаев соответственно.

Заключение. Применение дифференцированной хирургической тактики с учетом степени тяжести ХАТ, состояния ПОЛ и АОЗ позволило в значительной степени улучшать отдаленные результаты хирургического лечения ХАТ в 91% случаев и существенно снизить частоту рецидивов заболевания до 7,5% по сравнению с пациентами контрольной группы.

Ключевые слова: анальная трещина, перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита, отдаленные результаты, сфинктерометрия.

K.D. Pulotov

LONG-TERM OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC ANAL FISSURES

SI "Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Handicapped"

Pulotov Kamoldzhon Djamolovich - senior scientific associate at the Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of Republic of Tajikistan; Candidate of Medical Sciences; Phone: (+992)377 93-845-45-09

Aim. To improve the results of surgical treatment of patients with chronic anal fissures in the remote period.

Materials and methods. The current work analyzes the results of a clinical study of 112 patients with chronic anal fissures (CAF) in the remote period after the surgery that ranged from 6 months to 4 years. The examination methods included a visual examination, functional examination of the rectal obturator with sphincterometry and manometry, as well as the study of the final products of lipid peroxidation and the state of antioxidant protection of the blood plasma and biopsies of the rectal mucous layer.

Results and discussion. Evaluation of the surgical treatment of chronic anal fissures was based on the long-term results of two groups of patients: the main group – 64 patients and the control group – 48 patients. Positive treatment results were managed to achieve in 58 (91%) out of 64 cases of patients with chronic anal fissures in the main group. Satisfactory treatment results were achieved in 4 (6.2%) patients, unsatisfactory results were observed in 2 (3.1%) patients with severe chronic anal fissures, after 6 months. Following results were observed in the control group: good results - 37 (77.0%) cases; satisfactory results - 6 (12.5%) cases; unsatisfactory results - 5 (10.5%) cases.

Conclusion. The use of differentiated surgical approach, taking into account the severity of the chronic anal fissures, lipid peroxidation and antioxidant protection, significantly improved the long-term results of surgical treatment of chronic anal fissure in 91% of cases and significantly reduced the recurrence rate of the disease to 7.5% in comparison to patients of the control group.

Keywords: anal fissures, lipid peroxidation, antioxidant protection, long-term results, sphincterometry.

Актуальность. Хроническая анальная трещина (ХАТ) в структуре болезней толстой кишки занимает 3 место после колитов и геморроя и составляет до 15% всех колопроктологических болезней. При уровне показателя заболеваемости 20-23 случаев на 1000 взрослого населения она в основном поражает лиц трудоспособного возраста, чаще женщин молодого и среднего возраста [1,2,4]. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных технологий в лечении ХАТ, число осложнений не снижается. Хирургическое иссечение трещины с различными модификациями сфинктеротомии считающееся «золотым стандартом», нечасто осложняются анальной инконтиненцией (до 35%), образование свищей и рецидива (от 0,6-10%) и рубцовых стриктур (0,2-1,6%) причины которых не изучены [5,7,8]. Тем самым мало еще прогнозировать об эффективности и результативности консервативной терапии анальной трещины, путем медикаментозной релаксации внутреннего анального сфинктера, низкой из-за частого появления побочных эффектов и высокого уровня рецидивов. В целом, они многообразны, и как следует отметить, в их возникновении причастны нарушения барьерной и защитной функции слизистой оболочки прямой кишки (СОПК), которые все еще изучены недостаточно. Ряд авто-

ров, изучая причины возникновения неудовлетворительных результатов хирургического лечения анальных заболеваний в дистальном отделе прямой кишки, остановились на этиологических факторах, которые раньше всего включаются в патологический процесс [3]. Это обусловлено активацией перекисного окисления липидов (ПОЛ) и угнетения местной антиоксидантной защиты (АОЗ) слизистой оболочки прямой кишки. Обладая высокой реакционной способностью, эти продукты оказывают системное повреждающее действие на клеточную структуру, по обобщенным данным которых можно заключить, что нарушение динамического равновесия в системе ПОЛ-АОЗ, является важным патогенетическим звеном в развитии ХАТ и ее осложнений.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническими анальными трещинами в отдаленном периоде.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты клинического исследования 112 пациентов с ХАТ, в отдаленные периоды от 6 месяцев до 4-х лет спустя после хирургического вмешательства. Обследование включало осмотр, функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки с проведением сфинктеро и манометрии, а также пальцевое

исследование, аноскопия, ректороманоскопия и по показаниям - фиброколоноскопия. Исследование продуктов ПОЛ определяли по уровню конечного продукта - малонового диальдегида, а состоятельности антиоксидантной защиты судили по активности витамина С и супероксиддисмутазы (СОД) в плазме крови и в биоптатах слизистой оболочке прямой кишки (СОПК).

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью параметрических методов, используя программу Statistica for Windows 6,0 и элементов компьютерной графики (Microsoft Excel). Значение всех параметров представлено как среднее $M \pm m$ (стандартная ошибка среднего). Средние данные сравнивали по критерию Стьюдента (t). Уровень статистической значимости был выбран как $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Объективная оценка результатов хирургического лечения является необходимым условием для определения анализа эффективности разработанных способов лечения и основывается на ее отдаленных результатах. При оценке отдаленных результатов хирургического лечения ХАТ проводилась не только клиническая оценка, но и выполнялось комплексное исследование запирательного аппарата прямой кишки. Предполагалось выявить эффективность дифференцированной хирургической тактики хирургического лечения ХАТ и причины возникновения послеоперационных осложнений и рецидивов заболеваний.

Отдаленные результаты хирургического лечения ХАТ прослежены в сроки от 6 месяцев до 4 лет у 112 пациентов. Объективная оценка эффективности разработанной дифференцированной хирургической тактики лечения ХАТ, основывалась на отдаленных результатах в двух сравниваемых группах пациентов. При этом 64 пациентов составили основную группу, которым проводилось разработанную в клинике дифференцированную хирургическую тактику лечения с учетом нарушений процессов ПОЛ, и 48 пациентов контрольную группу, подвергшимся общеизвестными традиционными методами лечения (табл. 1). Из общего количества больных мужчин было 37 (33%), женщин - 75 (67%). Средний возраст пациентов составил в основной группе - $36,18 \pm 3,6$ лет, в контрольной группе - $38,12 \pm 4,2$. 98 больных (87,5%) были зрелого возраста и находились в возрасте от 20 до 39 лет т.е. в период наибольшей трудовой активности.

Для сравнительной оценки эффективности

результатов хирургического лечения в отдаленном периоде разработаны объективные критерии степени тяжести заболевания. В зависимости от тяжести патоморфологических изменений в зоне ХАТ и дистальных отделов прямой кишки, а также количества и частоты рецидивов заболевания больные распределены на 3 группы. Главные характеристики больных основной и контрольной групп отражены в табл. 1.

Таблица 1

Отдаленные результаты хирургического лечения ХАТ

Группы сравнения	Степени тяжести ХАТ		
	I степень	II степень	III степень
	абс.ч. (%)	абс.ч. (%)	абс.ч. (%)
Основная (n=64)	22 (34,3%)	24 (37,5%)	18 (28,2%)
Контрольная (n=48)	19 (39,5%)	18 (37,5%)	11 (23%)

Примечание: %- от общего количество больных.

Пациентов основной группы имеющих ХАТ I степени тяжести было 22 (34,3%), и она характеризовалась наличием одной трещины с небольшим дном и наружным сторожевым бугорком, соответствующим спазмом сфинктера и без рубцово-воспалительных изменений и рецидивов заболевания. Пациентов основной группы имеющих ХАТ II степени тяжести составило 24 (37,5%) случаев, с наличием рубцово-воспалительных изменений вокруг глубокой трещины с внутренним и наружным сторожевым бугорком, а также 1-2 кратным рецидивом заболевания. У больных с третьей, тяжелой степенью ХАТ, отмечено наличие одного или «целующихся» трещин с выраженными рубцовыми или воспалительными изменениями вокруг ХАТ дистальных и проксимальных «сторожевых бугорков» в 18 (28,2%) случаев. Следовательно, среди пациентов контрольной группы соответственно - 19 (39,5%), 18 (37,5%) и 11 (23%) больных. Отмечалось также вовлечение сфинктера в патологический рубцовый процесс или пектенос, осложненными свищами или сужением ануса. У 78 (55,7%) больных с ХАТ имелись сопутствующие системные и хронические воспалительные заболевания прямой и толстой кишок, которым требовалась соответствующая консервативная коррекция.

Результаты лечения оценивались как хорошие,

удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошим результатом считалось полное излечение от заболевания, удовлетворительным - наличие незначительных кровотечений и повторное возникновение болей, неудовлетворительным - боль после акта дефекации, продолжающийся сфинктероспазм и рецидив ХАТ. Непосредственно в стационарных условиях обследовано 62 пациента, остальные 50 были опрошены методом анкетирования.

Из 64 больных ХАТ основной группы в 91% случаев удалось получить хороших результатов лечения. Удовлетворительные результаты лечения у 4 (6,2%) пациентов. Из них у одного сохранились болевые ощущения в анальном канале, у двоих - незначительные редкие ректальные кровотечения, и у одного имела место слабость анального жома. Неудовлетворительных результатов - рецидива трещины выявлены у 2 больных с тяжелой степенью ХАТ, через 6 месяцев, не выполнявших рекомендации проктолога, у которых длительное время сохранились болевые ощущения редкими ректальными кровотечениями.

В контрольной группе неудовлетворительные результаты (рецидивы, болевые ощущения с рубцовыми изменениями в анальном канале) выявились в 10,5% случаев. Удовлетворительные результаты у 6 (12,5%) больных. Рецидивы заболевания имели место у 2 больных (2,4%), которые в последующем повторно оперированы. Хорошие результаты отмечены у 37 (77%) больных (табл. 2).

В исследованиях последних десятилетий ряд авторами уделяется большое внимание по изучению биохимического фона заболевания. Проблема патологии, вызванной нарушением окислительных

Таблица 2
Результаты лечения ХАТ у прослеженных больных

Группы сравнения	Результаты лечения		
	хор.	удов.	неудов.
	абс.чис. (%)	абс.чис. (%)	абс. (%)
Основная (n=64)	58 (91,0)	4 (6,2)	2 (3,1)
Контрольная (n=48)	37 (77,0)	6 (12,5)	5 (10,5)

Примечание: % - от общего количество больных

процессов, важнейшей характеристикой которых является накопление токсических продуктов перекисного окисления липидов, имеет исключительно важное научное и практическое значение. В свою очередь нарушение процессов ПОЛ являются значительным патогенетическим фактором многих заболеваний и патологических состояний [4, 5]. Следовательно, коррекция нарушений перекисного окисления липидов может предотвратить развитие патологического процесса или облегчить его течение.

Критериями оценки результатов лечения ХАТ в отдаленном периоде основывались на данных функциональных методов исследования запирающего аппарата прямой кишки, а также показатели процессов ПОЛ и состояние АОЗ.

С целью объективной оценки состояния наружного и внутреннего сфинктеров больным основной и контрольной групп выполнялась сфинктерометрия и манометрия. Исходные показатели среднего давления в анальном канале в покое, а также среднее давление в анальном канале при

Таблица 3
Результаты сфинктерометрии в отдаленном периоде (n=74)

Характер оперативных вмешательств	Показатели сфинктерометрии в гр.		
	6 месяцев	1-2 лет	3-4 лет
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ I степени (n=32) Норма: тон. -520±5,25 мак. - 786±7,88 вол. - 266±2,63	тон. 539,1±4,12** мак. 814,9±8,29* вол. 275,4±4,22	537,5±4,12* 813,8±8,74* 276,3±4,65	537,1±4,04* 813,9±8,74* 276,8±4,72
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ II степени (n=24)	тон. 543,2±5,32** мак. 826,6±10,63** вол. 283,1±5,23**	541,5±5,11** 823,1±10,93* 281,6±5,64*	541,2±5,09* 823,2±10,92* 282,0±5,64*
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ III степени (n=18)	тон. 545,6±5,61** мак. 830,5±11,71** вол. 284,6±6,07*	544,8±5,75** 829,7±12,14** 284,3±6,23*	542,2±5,89* 825,1±12,02* 282,9±6,17*

Примечание: значение * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

максимальном и волевом сокращении у пациентов основной и контрольной группы в различные сроки отдаленном периоде представлены в табл. 3.

Результаты исследования показали, что в отдаленном периоде - от 6 месяцев до 4 лет - показали более раннее восстановление функции запирающего аппарата прямой кишки в основной группе больных, перенесших патогенетически обоснованных оперативных вмешательств, чем в контрольной группе. При этом у пациентов основной группы, при сфинктерометрии, наблюдалось статистическое достоверно повышения тонуса анального жома через 6 мес., 1-2 года и 3-4 года на 3,65% ($p < 0,05$), 3,35% и 3,27% ($p < 0,01$) соответственно и статистическое достоверно увеличение максимального сокращения на через 6 мес., 1-2 года и 3-4 года на 3,64%, 3,50% и 3,51% ($p < 0,01$)

соответственно. При сфинктерометрии волевое сокращение отмечается тенденции к увеличению в указанных сроках.

В контрольной группе больных с ХАТ получавшие традиционные методы лечения без учета нарушений процессов ПОЛ и АОЗ, наблюдалось статистическое достоверное повышение тонуса анального сфинктера давление в проекции внутреннего сфинктера которая в сроках от 6 месяцев до 3-4 лет оставались повышенным – 830,5 до 825,1 мм вод.ст. ($p < 0,01$).

Тем самым, при проведении манометрии у больных основной группы с ХАТ различной степени тяжести, отмечено снижение интаректального давления по сравнению пациентов контрольной группы (табл. 4).

Результаты манометрии показывают, что по-

Таблица 4

Результаты манометрии в отдаленном периоде (n=74)

Характер оперативных вмешательств	Показатели манометрии в мм.вод.ст.		
	6 месяцев	1-2 лет	3-4 лет
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ I степени (n=32) Н: н.сф. 37,2±0,46 вн.сф. 47,3±0,67 пр.к. 35,1±0,32	н.сф. 50,2±0,52*** вн.сф. 67,8±0,57*** пр.к. 35,6±0,32	47,5±0,48*** 66,7±0,53*** 35,4±0,34	47,7±0,46*** 66,3±0,55*** 35,2±0,36
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ II степени (n=24)	н.сф. 54,4±0,75*** вн.сф. 69,3±0,67*** пр.к. 36,6±0,35**	47,5±0,64*** 66,4±0,55*** 35,1±0,38	50,3±0,57*** 69,2±0,53*** 39,0±0,41***
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ III степени (n=18)	н.сф. 54,4±0,68*** вн.сф. 69,1±0,45*** пр.к. 36,0±0,32	54,2±0,63*** 69,2±0,57*** 39,1±0,37***	47,6±0,48*** 66,3±0,51*** 36,2±0,34*

Примечание: значение * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

казатели интаректального давления в проекции внутреннего сфинктера в отдаленном периоде у пациентов основной группы длительное время оставались повышенными ($p < 0,001$). Так, например, у пациентов I ст. тяжести ХАТ после 6 месяцев наблюдалось статистическое достоверно повышение интаректального давления в проекции внутреннего сфинктера на: 43,34%, через 1-2 лет - 41,01%, и через 3-4 года 40,17%. У пациентов, перенесших 2 ст. ХАТ через 6 мес. – 46,51%, 1-2 лет – 40,38% и 3-4 лет – 46,30%. Пациенты с 3 степени ХАТ через 6 мес – 46,09%, 1-2 лет – 46,30%, и 3-4 года – 40,17%.

Однако, из числа контрольной группы больных (n=11) последней с рецидивом и сохранением болей в заднем проходе полного восстановления запирающей функции не наблюдалось, при том, что данные показатели сфинктерометрии (826±0,69

г. (тон.), 868±0,73 г. (макс.) и манометрии - 67±0,48 (пок.), 84±0,52 (сокр.) мм.вод.ст.) длительное время оставались повышенными ($p < 0,001$).

Изучение показателей процессов ПОЛ и АОЗ в плазме крови свидетельствовало более раннее восстановление АОЗ слизистой оболочки у пациентов основной группы ХАТ, перенесших патогенетически обоснованные оперативные вмешательства (табл. 5, 6).

Комплексное исследование пациентов с ХАТ показало, что в отдаленном периоде отмечается статистическое достоверное повышение МДА у пациентов перенесших операции по поводу ХАТ II-ой: 1,20%, 0,86%, 0,52% и III степень - 1,37%, 1,89%, 0,52% соответственно, что свидетельствует о позднем восстановлении показателей процессов ПОЛ в плазме крови ($p < 0,001$).

В контрольной группе больных (n=11), у кото-

Таблица 5

Показатели ПОЛ в плазме крови в отдаленном периоде (n=54)

Характер оперативных вмешательств	Анализируемые показатели		
	6 месяцев	1-2 лет	3-4 лет
	МДА (мкмоль/мл) N=0,582±0,001	МДА (мкмоль/мл)	МДА (мкмоль/мл)
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ I степени (n=23)	0,586±0,002	0,583±0,002	0,583±0,003
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ II степени (n=17)	0,589±0,001***	0,587±0,001***	0,585±0,001**
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ III степени (n=14)	0,590±0,001***	0,593±0,001***	0,585±0,002

Примечание: значение **p<0,01; ***p<0,001

Таблица 6

Показатели АОЗ в плазме крови в отдаленном периоде (n=54)

Характер оперативных вмешательств	Анализируемые показатели					
	6 месяцев		1-2 лет		3-4 лет	
	Вит. С (мг%) N=7,4±0,03	СОД (ед.акт. СОД) N=50,4±0,11	Вит. С (мг %)	СОД (ед.акт. СОД)	Вит. С (мг%) N=7,4±0,03	СОД (ед.акт. СОД)
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ I степени (n=23)	7,4±0,11	50,4±0,22	7,6±0,07*	50,3±0,21	7,6±0,07*	50,4±0,20
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ II степени (n=17)	7,3±0,15	48,5±1,1	6,8±0,27*	48,5±1,1	7,5±0,11	50,4±0,23
Пациенты, перенесшие операции по поводу ХАТ III степени (n=14)	6,98±0,26	47,8±0,59***	5,8±0,03***	44,6±1,1***	7,4±0,16	50,1±0,32

Примечание: значение *p<0,01; ***p<0,001

рых наблюдался рецидив заболевания и болевые ощущения с рубцовыми изменениями в анальном канале показатели процессов ПОЛ были выше нормы (МДА – 0,593±0,001 мкмоль/мл), показатели АОЗ - сниженными (витамин С – 5,8±0,03 мг%, СОД - 44,6±1,1 ед.акт.СОД) (p<0,001).

Тем самым, в отдаленном периоде при ХАТ II степени тяжести ХАТ наблюдалось значительное снижение активности АОЗ, выражающееся достоверное статистическое снижение содержания Витамина С через 6 мес. - 1,35%, и СОД – 3,77%, через 1-2 лет – 8,11% и 3,77% (p<0,001). У пациентов III степени тяжести ХАТ отмечается достоверное статистическое снижение содержания витамина С через 6 мес. – 5,68%, и СОД – 5,16%, через 1-2 лет – 21,62% и 11,51% (p<0,001).

Закключение. Таким образом, основными причинами неудовлетворительных результатов были сложные клинические формы ХАТ (II-III ст. тяжести), длительная хронизация процесса и глубокие

нарушения в системе ПОЛ и АОЗ. Применение дифференцированной хирургической тактики с учетом степени тяжести ХАТ, состояния ПОЛ и АОЗ позволило в значительной степени улучшать отдаленные результаты хирургического лечения ХАТ в 91% случаев и существенно снизить частоту рецидивов заболевания до 7,5% по сравнению с пациентами контрольной группы.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 7-9 см. REFERENCES)

1. Благодарный Л.А. Результаты консервативного лечения хронической анальной трещины в сочетании с кровоточащим геморроем / Л.А. Благодарный, Е.Е. Жарков // Колопроктология. – 2007. – №1(19). – С. 34-38.
2. Грошили В.С. Значение индивидуального междисциплинарного подхода в повышении эффективности лечения больных с анальной трещиной / В.С. Грошили, В.Г. Заика, Е.А. Рогожкина // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2015. - №1. - С. 101-108
3. Курбанов К.М. Прогнозирование гнойно-вос-

палительных осложнений геморроидэктомии / К.М. Курбанов, Д.К. Мухаббатов, Н.М. Даминава // Вестник Авиценны. - 2002. №3. - С. 38-42.

4. Крылов Н.Н. Хроническая анальная трещина / Н.Н. Крылов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2008. - № 1. - С. 5-11.

5. Убайдулов В.Р. Эффективность сфинктеропластики нежной мышцей бедра при анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, Р. Рофиев, А.С. Саидов // Здравоохранение Таджикистана. - 2016. - №1. - С. 38-44.

6. Ривкин В.Л. Колопроктология: руководство / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капултер, Е.А. Белоусова. - М.: Гэотар Медиа, 2011. - 367 с.

7. Шельгин Ю.А. Риск анальной инконтиненции после иссечения анальной трещины в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией / Ю.А. Шельгин, Е.Е. Жарков, Л.П. Орлова, Л.Ф. Подмаренкова, Н.Н. Полетов // Колопроктология. - 2005. - №1(11). - С. 10-16.

REFERENCES

1. Blagodarny L. A. Rezultaty konservativnogo lecheniya khronicheskoy analnoy treshchiny v sochetanii s krovotochashchim gemorroem [The results of conservative treatment of chronic anal fissure in combination with bleeding hemorrhoids]. *Koloproktologiya - Coloproctology*, 2007, No. 1(19), pp. 34-38.

2. Groshilin V. S. Znachenie individualnogo mezhdistitsiplinarnogo podkhoda v povyshenii effektivnosti lecheniya bolnykh s analnoy treshchinoy [The importance of an individual multidisciplinary approach in increasing the treatment effectiveness of patients with anal fissure]. *Ulyanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal - Ulyanovsk Medical Biological Journal*, 2015, No. 1, pp. 101-108.

3. Kurbanov K. M. Prognozirovaniye gnoyno-vospalitelnykh oslozhneniy gemorroidektomii [Prediction of purulent-inflammatory complications of hemorrhoidectomy]. *Vestnik Avitsenny - Herald of Avicenna*, 2002, No. 3, pp. 38-42.

4. Krylov N. N. Khronicheskaya analnaya treshchina [Хроническая анальная трещина]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii - Herald of Surgical Gastroenterology*, 2008, No. 1, pp. 5-11.

5. Ubayduloev V.R. Effektivost sfinkteroplastiky nezhnoy mishcey bedra pri analnoy nedostatochnosti y detey [The effective of sphincteroplasty with the gentle muscle of the thigh in anal failure in children]. *Zdravooхранenie Tajikistana*. - 2016. - №1. - С. 38-44.

6. Rivkin V. L. *Koloproktologiya: rukovodstvo* [Coloproctology: guideline]. Moscow, GEOTAR Media Publ., 2011. 367 p.

7. Shelygin Yu. A. Risk analnoy inkontinentsii posle issecheniya analnoy treshchiny v sochetanii s bokovoy podkozhnoy sfinkterotomiei [The risk of anal incontinence after excision of the anal fissure in combination with lateral subcutaneous sphincterotomy]. *Koloproktologiya - Coloproctology*, 2005, No. 1(11), pp. 10-16.

8. Collins E. E., Lund J. N. A review of chronic anal fissure management. *Tech Coloproctology*, 2007, Vol. 11, No. 3, pp. 209-223.

9. Poh A., Tan K. Y., Seow-Choen F. Innovations in chronic anal fissure treatment: A systematic review. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2010, Vol. 2, No. 7, pp. 23-241

ХУЛОСА

К.Ч. Пулотов

НАТИЧАҲОИ ДУРИ ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ ТАРҚИШИ МУЗМИНИ МАҚЪАД

Мақсади таҳқиқот: беҳтар намудани натиҷаҳои табobati чарроҳии беморони мубталои тарқиши музмини мақъадошта дар давраи дурӣ.

Мавод ва услубҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқоти клиники 112 нафар беморони тарқиши музмини мақъад дар марҳилаи дур аз 6 моҳ то 4 сол баъди муохилаи чарроҳӣ таҳлил карда шуд. Муоина аз таҳқиқотҳои дастгоҳии ҳалқамушаки мақъад бо гузаронидани сфинктерометрия, манометрия, инчунин таҳқиқоти маҳсулини охири оксидшавии пероксиди липидҳо ва вазъи муҳофизати зиддиоксидантӣ дар ҳуноба ва муҳотпардаи мустақима иборат буд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи он. Баҳодиҳии натиҷаҳои дури муолиҷаи чарроҳии тарқиши музмини мақъад дар асоси натиҷаҳои дури ду гурӯҳи муқоисавии беморон: 64 нафар – асосӣ ва 48 нафар – назоратӣ гирд оварда шудааст. Аз 64 нафар беморони асосии тарқиши музмини мақъадошта дар 58 (91%) нафари онҳо натиҷаҳои хуби табобат ба даст оварда шуд. Натиҷаҳои қаноатбахш дар 4 (6,2%) беморон ва ғайриқаноатбахш дар 2 (3,1%) беморони гирифтори дараҷаи вазнини тарқиши музмини мақъадошта, баъди 6 моҳ ошкор гардид. Дар гурӯҳҳои назоратӣ бошад, натиҷаҳои хуб дар 37 (77,0%) нафар, қаноатбахш – 6 (12,5%) нафар ва ғайриқаноатбахш дар 5 (10,5%) нафар ошкор гардид.

Хулоса. Истифодабарии амали чарроҳии инфиродигардонидашуда бо бодарназардошти дараҷаи вазнини тарқиши музмини мақъад, ҳолати оксидшавии пероксиди липидҳо ва системаи зиддиоксидантӣ имконият дод, ки дар бисёр дараҷаи натиҷаҳои дури табobati чарроҳии тарқиши музмини мақъадро дар 91 ҷисад беҳтар намуда, қасрати такрорёбии беморию нисбат ба гурӯҳҳои назоратии беморон дар 7,5% кам гардонад.

Калимаҳои калидӣ: тарқиши мақъад, оксидшавии пероксиди липидҳо, системаи зиддиоксидантӣ, натиҷаҳои дурнамо, сфинктерометрия.