бемороне, ки танҳо табобати умумӣ қабулшуда гирифтаанд, он тағиротхое, ки дар системаи масунаш ҳангоми бемори буд, чунин боқи монд, ҳато вайроншавии мутаносибияти Т- ҳуҷайраҳо мушоҳида шуд.

Хулоса. Чунин тарз, аз тадқиқоти гузарондаи мо натиҷа гирифта шуд, ки тағирпазғири дар ҳолати масунии беморон бо илтиҳоби музминӣ ҳосилаҳои бачадон, баъди табобати гузаронидашуда,

да, нисбатан зиёдшавии Т-лимфотситҳо, баландшавии сатҳи зеркатораи Т-хелперҳо, камшавии микдори Т-супрессориҳо, зийёдшавии иммуноглобулини синфи G ва баланшавии фаъолияти фаготситарии нейтрофилҳо дида шудаанд.

Калимаҳои калидӣ: афканишоти лазерии зудиаш паст, илтиҳоби музминӣ ҳосилаҳои бачадон, сирояти хламидиозӣ, иммунолог.

УДК 616.352-008.22-089;618.182-001.5

doi: 10.52888/0514-2515-2021-349-2-70-75

Д.К. Мухаббатов, М.К. Гулов, С.И. Расулова, Ш.Р. Амиров, Д.Д. Давлатов

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У ЖЕНЩИН

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Мухаббатов Джиёнхон Курбонович – профессор кафедры Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; 734032, г. Душанбе, ул. Борбад, д. 54, кв. 66, тел.: +(992)918612808, E-mail: mukhabbatov67@mail.ru

Цель исследования. Анализ клинического течения и инструментально-функциональных изменений мышц запирающего аппарата прямой кишки у женщин с недостаточностью анального сфинктера.

Материалы и методы исследования. В работе применялись клинические и инструментальные методы исследования (МРТ), а также современные шкалы для оценки недостаточности анального сфинктера (шкала Wexnerscore).

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что у 110 из 228 пациенток, с недостаточностью анального сфинктера, выявили только клинику органической формы недостаточности анального сфинктера, а у 118 (51,8%) – смешанную форму (органическую и функциональную формы) заболевания. Проведенное исследование показывает, что степень послеродового разрыва промежности зависит от производящих факторов, повреждения мышц тазового дна.

Заключение. Анализ клинического течения недостаточности анального сфинктера у женщин показал, что гендер-связанные факторы в 51,8% случаев способствовали развитию смешанной формы заболевания. Проведенные функциональные методы исследования показали, что наряду с наружным и внутренним сфинктерами прямой кишки, повреждается лонно-прямокишечная мышца, что следует учитывать при выборе тактики лечения смешанной формы недостаточности анального сфинктера.

Ключевые слова: анальный сфинктер, недостаточность, послеродовой разрыв промежности, формы недостаточности анального сфинктера.

D.K. Muhabbatov, M.Q. Gulov, S.I. Rasulova, Sh.R. Amirov, J.J. Davlatov

INSUFFICIENCY OF THE ANAL SPHINCTER IN WOMEN

Department of General Surgery No 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Mukhabbatov Dzhiyonkhon Qurbonovich — professor of the department; 734032, Dushanbe, 54 Borbad St., apt. 66, tel.: + 992918612808, e-mail: mukhabbatov67@mail.ru.

Aim. To analyze and assess the clinical course and changes under instrumental-functional examination (MRI) in the muscles of the obturator apparatus of the rectum in women with anal sphincter insufficiency (ASI).

Material and methods. Clinical and instrumental research methods, as well as modern scales for assessing ASI (Wexner score scale), were used in the current study.

Results and discussion. The study showed that 110 out of 228 patients with anal sphincter deficiency showed only

an organic form of ASI, and 118 (51.8%) had a mixed form (organic and functional). This study shows that the degree of postpartum perineal rupture depends on the factors producing the damage to the pelvic floor muscles.

Conclusion. Analysis of the clinical course of ASI in women showed that gender-related factors in 51.8% of cases contributed to the development of a mixed form of the disease. Functional research methods showed that along with the external and internal sphincters of the rectum, the pubo-rectal muscle is damaged in patients with ASI, which should be taken into account when choosing a treatment strategy for the mixed form of ASI.

Keywords: anal sphincter, insufficiency, postpartum perineal rupture, forms of anal sphincter insufficiency.

Актуальность. Недостаточность анального сфинктера (НАС) составляет 5-7% наблюдений и относительно часто развивается у женщин в последствии разрывов промежности, выпадением прямой кишки и после операций на анальном канале. Недостаточность анального сфинктера представляет собой нерешенную проблему в структуре колопроктологии и является тяжелым заболеванием, приводящим к возникновению расстройств, связанных с постоянным и непроизвольным недержанием кала и газов [1-4]. Разработано и предложено большое количество способов хирургического лечения НАС, при которых рецидивы заболевания возникают в 40-70% случаев, недостаточность сфинктера прямой кишки развивается после этих операций у 6,6-20% женщин [5, 6]. По данным зарубежных авторов, через 6 недель после родов НАС наблюдали у 13-38% первородящих и у 23-39% повторно рожавших женщин. Кроме того, исследования, проводимые иностранными учеными, показали, что через 3 месяца после родов недержание кала отмечали у 9,6% пациенток и недержание газов выявили в 45,3% случаев. И при использовании акушерских щипцов повреждение анального сфинктера до III степени наблюдали у 16%, а после вакуум-экстракции – у 7 пациенток. Через 3 месяца после родов у этих пациенток в 59% и 33% случаев соответственно выявили НАС [7-9]. Явление кишечного недержания (3-15%) является причиной социальной инвалидности и изоляции пациенток, причиняющей им физическое и моральное страдание, и создает непреодолимые препятствия в интимной жизни, может привести к распаду семьи или невозможности ее создать [10, 11].

Цель исследования. Анализ клинического течения и инструментально-функциональных изменений мышц запирающего аппарата прямой кишки у женщин с недостаточностью анального сфинктера.

Материалы и методы исследования. В основу данного исследования положены данные обследования и лечения 228 пациенток, оперированных в отделении колопроктологии на базе ГУ «Город-

ской медицинский центр №2 имени академика К.Т. Таджикива» (ГКБ №5) г. Душанбе за период с 2009 по 2020 годы, по поводу послеродового разрыва промежности (n=120) и выпадения прямой кишки (n=108) осложненной НАС.

Послеродовой разрыв промежности (ПРП) II степени выявили у 46 (38,4%) женщин, III-степени – у 48 (40%) и IV-степени – у 26 (21,6%) пациенток. НАС II степени выявили у 74 (61,7%) женщин и III степени – у 46 (38,3%) больных.

Все больные, находившиеся под нашим наблюдением, проходили комплексное обследование, которое включало: клинико-лабораторные анализы крови, наружный осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректоро-маноскопию аппаратом фирмы VEB MLV MEDICINISCHE (GDR, Берлин), серия 9403-0202, УЗИ производилось аппаратом с частотой 7,5 МГц Mindray M7 Biomedical Electronics Co, ректальным и линейными датчиками, (Китай), рентгенологическое исследование (ирригография, проктография, баллонная проктография) проводилось аппаратами фирмы 50 kW/630mA High Frequency Medical X-ray Machine (Китай), МРТ аппаратом фирмы Philips Intera 1.0T (Китай) и функциональные методы исследования (сфинктерометрия, манометрия аппаратом VEB MLV MEDICINISCHE, (GDR) Берлин).

В процессе статистической обработки нами применялись программы Тау-Кендала и определение корреляционной зависимости по Спирмену, (корреляция составляет $r=334681$ при доверительном интервале 0,95).

Результаты исследования и их обсуждение. В зависимости от полученных травм во время родов, возраста пациенток, длительности заболевания и факторов риска, выявили различные формы по сложности и тяжести НАС.

Проведенное исследование показало, что из 228 пациенток с недостаточностью анального сфинктера, у 110 (48,2%) больных выявили только клинику органической формы НАС и у 118 (51,8%) – смешанную форму (органическую и функциональную формы НАС) заболевания.

Проведенное исследование показывает, что

Рисунок 1. Диаграмма рассеяния по Спирмену: Домашние роды vs Степень разрыва промежности. Полученные нами данные степени корреляции послеродового разрыва промежности от домашних родов составляла $r=30381$ и доверительный интервал 0,95.

Рисунок 2. -Диаграмма рассеяния по Спирмену: Домашние роды vs Степень НАС. Кроме того, домашние роды имеют неблагоприятное влияние на степень недостаточности анального сфинктера. Как видно из рисунка, корреляция составляет $r=334681$ при доверительном интервале 0,95

степень послеродового разрыва промежности зависит от производящих факторов, повреждения мышц тазового дна.

Влияние домашних родов на развитие послеродовой недостаточности анального сфинктера, сопутствующие заболевания со стороны прямой кишки и тазового дна приведены в табл. 2.

Всех пациенток со смешанной (сочетанной)

формой НАС в зависимости от этиологических факторов мы разделили на 4 подгруппы. Ниже приводим этиологические факторы и сочетанные заболевания малого таза, и функциональные изменения мышц ЗАПК в каждой подгруппе.

Смешанная недостаточность анального сфинктера (СНАС) в сочетании с пролапсом слизистой прямой кишки и выпадением геморроидальных

узлов, выявили у 14 больных, и они составили первую подгруппу. Изучение условий и причин развития смешанной формы заболевания у этой группы больных показал, что причины развития НАС были связаны с повреждением и полным разрывом не только волокон наружного сфинктера, но и волокон внутреннего сфинктера прямой кишки. При этом фактический дефект распространялся на глубину 3-4 см, и означал отсутствие всех порций сфинктера и ректовагинальной перегородки. Способность удержания газов и кала у части больных этой группы обеспечивались остатками неповрежденной задней порции волокон сфинктера и мышц леваторов. Кроме того, у 18 пациенток диагностировано нарушение функции лонно-прямокишечной мышцы. Данное нарушение выявлено у пациенток с наличием дефекта наружного сфинктера более 3/4 его окружности. Между степенью НАС и состоянием лонно-прямокишечной мышцы выявлена следующая корреляция: у всех больных с НАС III степени отмечалось нарушение функций лобково-прямокишечной мышцы, в то время как при I степени недостаточности нарушений её функции не выявлено. У пациенток с НАС II степени, функция лонно-прямокишечной мышцы была нарушена в 53,1%.

Во вторую подгруппу вошли 33 пациентки с СНАС в сочетании с генитальным пролапсом (ректоцеле (13), цистоцеле (5), выпадением матки (полным и неполным) (8), ректоцеле и цистоцеле совместно (7)). Пациентки данной подгруппы состояли из числа многорожавших и женщин пожилого возраста. При дефектах влагалища, промежности с повреждением анального сфинктера важное значение имели степень мышечной ретракции остатков мышц сфинктера и степень денервации волокон наружной его части, а также мышц тазового дна.

В третью подгруппу включили 11 больных СНАС в сочетании с гнойно-воспалительными процессами (ректовагинальный свищ (5), лигатурный свищ (4), передний параректальный свищ (2)). Пациентки данной подгруппы имели различную степень повреждения анальных сфинктеров на фоне гнойно-воспалительного процесса промежности. Они были обусловлены нарушением целостности волокон наружного и внутреннего сфинктеров и структур мышц тазового дна. Проведенный ретроспективный анализ истории болезни больных этой подгруппы показал, что факторами риска развития гнойно-воспалительных осложнений являлись: нарушение биоценоза влагалища

(12,8%), анемия (10,2%), ожирение (9,1%) и другие сопутствующие заболевания. Немаловажное значение, имела запоздавшая диагностика гематом и абсцессов послеоперационной раны промежности.

В 4-ую подгруппу отнесли 5 пациенток с СНАС в комбинации с двумя и более этиологическими факторами смешанной формы заболевания. В эту подгруппу вошли пациентки с СНАС в сочетании с гнойно-воспалительными процессами и пролапсом органов тазового дна. Проведенные исследования показали, что функциональные нарушения мышц запирающего аппарата прямой кишки были обусловлены нарушением целостности не только волокон наружного и внутреннего сфинктеров, но и волокон лонно-прямокишечной мышцы. Так, наряду с недержанием газов и жидкого кала, наблюдалось недержание мочи.

Больным наряду с УЗИ, манометрией и сфинктерометрией, проведено МРТ органов и структур малого таза. Больным применено МРТ исследование, учитывая преимущества в плане диагностики генитального пролапса и структурных изменений мышц тазового дна. На основании заключений МРТ органов и структур малого таза, определяли выбор комбинированного метода хирургического лечения смешанной формы недостаточности анального сфинктера.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к мнению, что у женщин с НАС, клиническое течение заболевания и функциональных нарушений со стороны запирающего аппарата прямой кишки, имеют гендерные особенности. Факторами, способствующими развитию этих нарушений, являются повторные роды и давность заболевания свыше 5 лет, одномоментное повреждение волокон не только наружного, внутреннего сфинктера, а также лобково-прямокишечной мышцы и наличие гнойно-воспалительных процессов промежности. Перечисленные факторы в 51,6% случаев являются причиной развития СНАС у женщин, в отличие от лиц мужского пола. Полученные результаты изучения этиологии и характера функциональных нарушений мышц промежности у женщин с НАС дают повод пересмотреть некоторые тактические и технические вопросы хирургического лечения данного контингента пациенток.

Выводы.

1. Анализ клинического течения НАС у женщин показал, что гендер-связанные факторы в 51,6% случаев, способствовали развитию смешанной формы заболевания.

2. Проведенные функциональные методы ис-

следования показали, что также повреждается лонно-прямокишечная мышца и это следует учитывать при выборе хирургической тактики лечения при смешанных формах НАС.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8-11 см. в REFERENCES)

1. Кахаров А.Н. Диагностика и лечение проктологических заболеваний // А.Н. Кахаров. - Душанбе 1996.- (на таджикском языке).- С.-176
2. Муравьев А.В., Р.В. Отдаленные результаты лечения анальной инконтиненции / Журавель, К.А. Муравьев, С.И. Петросянц [и др.] // Колопроктология. - Приложение. - 2015.- №1 (51).- С. 36.
3. Ривкин В.Л. Анальная инконтиненция у женщин с послеродовыми разрывами промежности / В.Л. Ривкин, В.А. Устинов, Г.А. Султанов [и др.] // Гинекология. - 2009. - Т. 11, №5. - С. 55-58.
4. Ривкин В.Л. Анальная инконтиненция: состояние проблемы / В.Л. Ривкин // Consiliummedicum. Приложение. Хирургия. - 2016. - №1. - С. 24-25.
5. Султанова С.Г. Структура, диагностика, профилактика и лечение послеоперационных осложнений родовых разрывов промежности, осложненных анальной инконтиненцией / С.Г. Султанова // Казанский медицинский журнал. - 2015. - Т. 96, №5. - С. 779-783.
6. Фролов С.А. Хирургическое лечение больных недержанием кишечного содержимого / С.А. Фролов, Т.С. Одарюк, Л.Ф. Подмаренкова [и др.] // Хирургия. - 2014. - №14. - С. 27-33.
7. Шельгин Ю.А. Справочник по колопроктологии/ Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный - М.: Литтерра, 2012. - 596с.

REFERENCES

1. Kakharov A.N. *Diagnostika i lechenie proktologicheskikh zabolevaniy* [Diagnostics and treatment of proctologic diseases]. Dushanbe, 1996, 176 p.
2. Muravev A.B. Otdalennyye rezultaty lecheniya analnoy inkontinentsii [Long-term results of anal incontinence treatment]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2015, No. 1 (51), pp. 36.
3. Rivkin V.L. Analnaya inkontinentsiya u zhen-shchin s poslerodovymi razryvami promezhnosti [Anal incontinence in women with postpartum perineal tears]. *Ginekologiya - Gynecology*, 2009, Vol. 11, No. 5, pp. 55-58.
4. Rivkin V.L. Analnaya inkontinentsiya: sostoyanie problem [Anal incontinence: the state of the problem]. *Consiliummedicum. Prilozhenie. Khirurgiya – Consiliummedicum, Application. Surgery*, 2016, No. 1, pp. 24-25.
5. Sultanova S.G. Struktura, diagnostika, profilaktika i lechenie posleoperatsionnykh oslozhneniy rodovyykh razryvov promezhnosti, oslozhnennykh analnoy inkontinentsiyey [Structure, diagnosis, prevention and treatment of postoperative complications of perineal birth ruptures

complicated by anal incontinence]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal - Kazan Medical Journal*, 2015, Vol. 96, No. 5, pp. 779-783.

6. Frolov S.A. Khirurgicheskoe lechenie bolnykh nederzhaniem kishechnogo soderzhimogo [Surgical treatment of patients with bowel incontinence]. *Khirurgiya - Surgery*, 2014, No. 14, pp. 27-33.

7. Shelygin Yu.A. *Spravochnik po koloproktologii* [Handbook of Coloproctology]. Moscow, Litterra Publ., 2012, 596 p.

8. Vergheze T.S. Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 2016, Vol. 27, No. 10, pp. 1459-1467.

9. Crane A.K. Overlapping sphincteroplasty and posterior repair. *International Urogynecology Journal*, 2014, Vol. 25, No. 12, pp. 1729-1730.

10. Tjandra J.J. Practice parameters for treatment of fecal incontinence. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2007, Vol. 50, No. 10, pp. 1497-1507.

11. Wexner S.D. Etiology and management of fecal incontinence. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2017, No. 36 (1), pp. 77-97.

ХУЛОСА

Ҷ.Қ. Муҳаббатова, М.Қ. Гулов, С.И. Расулова, Ш.А. Амиров, Ҷ.Ҷ. Давлатов

НОРАСОГИИ ҲАЛҚАМУШАК ДАР ЗАНОН

Мақсади тадқиқот. Таҳлил ва баҳодиҳии ҷараёни клиникӣ ва тағирёбии инструменталӣ-функционалӣ дар мушакҳои коси хурди рӯдаи рост хангоми норасоии ҳалқа мушак (НХМ) дар занон.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Дар таҳқиқоти усулҳои клиникӣ ва резонанси томографии магнитӣ (ТРМ) инчунин микёси муосир барои арзёбии НХМ (микёси ҳалқаи Wexner) истифода шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Тадқиқот нишон дод, ки аз 228 бемори норасоии сфинктери мақсаднок 110 (48,2%) беморон танҳо клиникаи шакли органикии НХМ ва 118 (51,8%) - шакли омехта (шаклҳои органикӣ ва функционалии НХМ) беморӣ доранд. Тадқиқот нишон медиҳад, ки дараҷаи даридани ҷатан баъд аз таваллуд аз омилҳои даври тавлидкунанда, даридани мушакҳои қабати пӯст вобаста аст.

Ҳамаи беморон бо шакли омехтаи (омехтаи) НХМ, вобаста аз омилҳои этиологӣ, ба 4 зергурӯҳҳои зерин тақсим карда шуданд. Норасоии омехтаи ҳалқа мушак (НХМО) дар яқоягӣ бо пролапси луобпардаи рӯдаи рост ва пролапси гиреҳи

бавосир дар 14 бемор пайдо шуд ва онҳо зергурӯҳи аввалро ташкил доданд. Ба зергурӯҳи дуюм 33 нафар беморони НХМ дар якҷоягӣ бо пролапси узвҳои таносул (ректоселе -13, цистоцеле-5, пролапси бачадон (пурра ва нопурра) - 8, ректоселе ва цистоцеле дар якҷоягӣ - 7) дохил карда шуданд. Беморон дар ин зергурӯҳ аз бисёр таваллудкунандагон ва занони пиронсол иборат буданд. Ҳангоми норасоии маҳбал, мушакҳои коси хурд бо зарари ҳалка мушак, дараҷаи кашишхӯрии боқимондаҳои мушакҳои ҳалкаро ва дараҷаи денервацияи нахҳои қисми берунии он, инчунин мушакҳои коси хурд, аҳамияти калон доштанд. Ба зергурӯҳи сеюм 11 нафар беморони НХМ дар якҷоягӣ бо равандҳои пиоинфламатсионӣ (фистулаи ректовагинали -5, фистулаи ligature -4, фистулаи параректалии қаблӣ -2) дохил карда шуданд.

Ба зергурӯҳи 45 нафара беморони НХМ дар якҷоягӣ бо ду ва ё зиёда омилҳои этиологии шакли омехтаи беморӣ дохил карда шуданд.

Хулоса. Таҳлили чараҳои клиникии НХМ дар занон нишон дод, ки омилҳои марбут ба гендер дар 51,8% ҳолатҳо ба рушди шакли омехтаи беморӣ мусоидат кардаанд. Усулҳои тадқиқоти функционалии гузаронидашуда нишон доданд, ки дар баробари ҳалка мушакҳои беруни ва дохилии рӯдаи рост, мушакҳои пубо-ректалӣ дар беморони НХМ зарар мебинанд, ки инро ҳангоми интиҳоби усулҳои табобат барои шакли омехтаи НХМ бояд ба назар гирифт.

Калимаҳои калидӣ: ҳалка мушак, норасоии ҳалка мушак, даридани чатан баъд аз таваллуд, шакли омехтаи норасоии ҳалка мушак.

УДК 616-001, 616-005. 757.9-07

doi: 10.52888/0514-2515-2021-349-2-75-80

А.М. Наимов^{1,2}, А.А. Раззоков³

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

¹Таджикский институт профилактической медицины

²Национальный медицинский центр «Шифобахи»

³Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Наимов Абдукарим Мамадрахимович - соискатель Таджикского института профилактической медицины, заведующий отделением экстренной травматологии и сочетанной травмы Национального медицинского центра «Шифобахи» Республики Таджикистан, Душанбе, пр. И. Сомони 59; Тел.: (+992)918888822; E-mail: abdukarim.naimov@bk.ru

Цель исследования. Совершенствование диагностики синдрома жировой эмболии (СЖЭ) у больных с сочетанной травмой.

Материал и методы исследования. В 2014-2020 годы пролечены 250 больных с сочетанной травмой в возрасте от 18 до 60 лет. Мужчин было 174 (69,6%), женщин – 76 (30,4%). Больные распределялись на две группы, основная группа – 128 (51,2%) больных с сочетанной травмой, у которых диагностика, профилактики и лечение СЖЭ проводилось совершенствованными подходами, контрольная группа 122 (48,8%) больных с сочетанной травмой, у которых диагностика, профилактика и лечение СЖЭ проводилось традиционными подходами.

Результаты исследования и их обсуждение. На основе комплексного анализа данных с формализацией и стандартизацией данных путем сравнения частоты симптомов в группе больных с и без СЖЭ выявлены интегральные критерии для диагностики различных клинических проявлений данного симптомокомплекса. На основе полученных данных разработан высокоэффективный метод диагностики СЖЭ. В основной группе дифференцированное лечение больных с применением разработанных подходов способствовало увеличению удельного веса хороших результатов (43,7%) и снижению неудовлетворительных результатов (8,6%) и летальности (8,6%). В контрольной группе преобладали удовлетворительные (36,0%) и неудовлетворительные результаты (15,6%) и летальные исходы (16,4%).

Выводы. Применение совершенствованных подходов к диагностике СЖЭ и построение лечебной тактики на этой основе относится к эффективным путям улучшения результатов сочетанной травмы.

Ключевые слова, алгоритм диагностики синдрома жировой эмболии (СЖЭ), сочетанная травма, синдром жировой эмболии, жировая глобуллемия.