

ҳолати муқаррарӣ баргаштанд, афзоиши концентратсияи β -эндорфин мушоҳида шуд. Ҳолати ҷисмонии беморони гирифтори саратони паҳншудаи сина низ ҳангоми баҳодихӣ аз рӯи ҷадвали тағйирёфтаи Карновский баланд шуд.

Хулосаҳо. Истифодаи иммуномодулятори тимосин дар табобати комплексӣ барои беморони гирифтори саратони сина ҳарҷоти зиёди моддӣ, таҷҳизот

ва асбобҳои махсусро талаб намекунад, камхарҷ ва дастрас мебошад. Хусусиятҳои заҳролудӣ надорад, метавонад ҳадди ҳассосияти дардро дар беморони гирифтори раванди умумии омосҳо ба таври назаррас коҳиш диҳад ва ба ин васила сифати зиндагии ин беморонро беҳтар кунад.

Катиҷаҳои калидӣ. Саратони паҳншудаи сина, иммунотерапия, β -эндорфин, тимосин.

УДК 616.35-007.271-089.168.1

doi: 10.52888/0514-2515-2024-360-1-39-46

Дж.К. Мухаббатов, Б.М. Хамроев, М.Б. Аннаев, Дж.Дж. Давлатов

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Кафедра общей хирургии №1 имени профессора А.Н. Каххорова

Мухаббатов Джиёнхон Курбонович – д.м.н., доцент кафедры общей хирургии № 1 им. профессора Каххорова А.Н. ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru; Тел.: +992918612808

Цель исследования. Улучшение ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения постоперационного стеноза анального канала.

Материал и методы исследования. В данное исследование включено 92 пациента с постоперационным стенозом анального канала, в период 2012-2023 гг. Среди всех больных преобладало лицо мужского пола, которые составили 59 (64,1%), а женщины – 33 (35,9%) случаев в исследовании.

Результаты исследования и их обсуждение. У большей части (72,8%) больных стеноз ануса в отдалённом постоперационном периоде развивался после хирургического лечения хронического геморроя. Проведены УЗИ и МРТ исследования. Для хирургического лечения постоперационного стеноза анального канала у больных контрольной группы придерживались традиционной хирургической тактики. Пациенты основной группы получили усовершенствованные способы оперативного лечения. Количество рецидивов постоперационного стеноза анального канала среди больных основной группы после нашей хирургической тактики лечения снизилось на 10,9% (с 17,4% до 6,5%).

Выводы. Выбранная нами хирургическая тактика и разработанные способы хирургического лечения постоперационного сужения анального канала снижают количество ранних постоперационных осложнений на 13%, а поздних – на 10,9%.

Ключевые слова: постоперационный стеноз анального канала, диагностика хирургическое лечение, ближайшие и отдалённые результаты.

J.K. Mukhabbatov, B.M. Khamroev, M.B. Annaev, J.J. Davlatov

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE ANAL STENOSIS

SI “Avicenna Tajik State Medical University”, Department of General Surgery No. 1 named after Professor A.N. Kakhkhorov

Mukhabbatov Djiengkhan Kurbonovich – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of General Surgery No. 1 named after Kakhkhorova A.N. at SI “Avicenna Tajik State Medical University”; E-mail: Mukhabbatov67@mail.ru. Tel: 918-61-28-08

Aim. To improve the immediate and long-term results of surgical treatment of postoperative anal stenosis.

Materials and Methods. The study included 92 patients (46 main and 46 control) with postoperative anal stenosis, during 2012-2023. Among all patients, males predominated, accounting for 59 (64.1%) cases, and females - 33 (35.9%) cases in the study.

Results. A large proportion of patients (72.8%) developed anal stenosis in the long-term after surgical treatment of chronic haemorrhoids. Ultrasound and MRI scans were performed. For the surgical treatment of postoperative anal stenosis in patients in the control group, the traditional existing surgical tactics were followed; patients in the main group received

developed and improved methods of surgical treatment. The number of recurrences of postoperative anal stenosis in patients in the main group after our surgical treatment tactics decreased in 10.9% of cases (from 17.4% to 6.5%).

Conclusions. The chosen surgical tactics and developed methods of surgical treatment of postoperative anal canal stenosis reduce the number of early postoperative complications in 13.1% of cases and late complications in 10.9% of cases.

Keywords: postoperative anal canal stenosis, diagnosis, surgical treatment, immediate and long-term results.

Актуальность. Частота постоперационного стеноза анального канала (ПСАК) по данным авторов на протяжении нескольких десятилетий колеблется в пределах 2-9% от всех больных оперированных по поводу доброкачественных заболеваний заболевания прямой кишки (ПК) [5].

В настоящее время наиболее распространенной причиной развития ПСАК все еще является геморроидэктомия. По данным Каххорова и соавторов послеоперационные структуры анального канала после геморроидэктомии составляют до 75,0%, в сочетании с иссечением анальной трещины до 14,0% случаев и иссечением свищей прямой кишки (СПК) – до 9,0% случаев [2]. По данным научного исследования, проведенного в 2014 году Лаврешином П.М. и Муравьевым А.В. вместе с другими соавторами в % наблюдениях причинами послеоперационного сужения анального канала (АК) были технические погрешности. Так в 6,0% случаев сужение ануса развивалось после гнойно-септических осложнений со стороны раны. В тоже время в 52,2% случаях не удалось выявить причины, приводящие к избыточному рубцеобразованию в послеоперационном периоде с развитием ПСАК [4]. Благодарный Л.А. анализируя научную статью Муравьева А.В. с соавторами делает заключение что профилактика послеоперационных рубцовых сужений АК имеет огромное практическое значение в колопроктологии, в частности при оперативном лечении хронического геморроя [1].

В практической колопроктологии известно, что хирургическое лечение ПСАК является основным, однако, оперативное лечение сужения ануса после оперативных вмешательств по поводу хирургических патологий АК в настоящее время остаётся нерешённым вопросом. В литературе до сих пор отсутствуют единые и четкие рекомендации по поводу рационального метода диагностики и хирургического лечения ПСАК, а также не учитываются состояние слизистой оболочки анального канала (СОАК) и сфинктера прямой кишки (ПК) в послеоперационном периоде. В настоящее время, несмотря на внедрение в клиническую колопроктологию современных технологий в операционном лечении послеоперационных стенозов анального канала (АК), результаты хирургического лечения остаётся неудовлетворительными [2]. Исходя из вышесказанного, поиск путей усовершенствования диагностики местных изменений стенки анального канала у больных с ПСАК, их корригирующая те-

рапия в предоперационном периоде и их значение в выборе тактики операции с усовершенствованием способов хирургического лечения данной патологии анального канала являются актуальным.

Цель исследования. Улучшение ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения постоперационного стеноза анального канала.

Материал и методы исследования. В данное исследование включено 92 пациента с ПСАК, оперированных в отделении колопроктологии ГУ ГКЦ №2 им. Академика К. Таджиева в период за 2012-2023 гг. Из них, с целью выявления частоты встречаемости, причин осложнений в раннем послеоперационном и отдалённом периодах, ретроспективному анализу были подвергнуты 46 истории болезни больных со сужением ануса, возникшим после оперативного лечения больных с хирургической острой и хронической патологией АК (контрольная группа - КГ). Также проспективному анализу были подвергнуты 46 больных с ПСАК (основная группа - ОГ), которые пролечились в период 2018-2023 гг. Для выявления местных изменений тканей АК, сфинктера ПК и параректальной клетчатки пациентам ОГ применяли современные методы диагностики и усовершенствованные методы оперативного лечения ПСАК.

Главными критериями диагностики ПСАК являлись клинические (жалобы, местный осмотр промежности) и инструментальные (УЗИ и МРТ промежности применены только у больных ОГ). В диагностике послеоперационного сужения ануса из-за невозможности не проводилось пальцевое исследование, ано- и ректороманоскопия, сфинктерометрия и аноректальная манометрия.

В исследование включались больные с постоперационным сужением ануса II и III степени, развившейся после оперативного лечения острой и хронической патологии АК. Критериями исключения были пациенты с посттравматическим, врождённым сужением ануса и стенозом АК опухолевого генеза, а также с ПСАК I степени сужения.

Среди всех больных преобладали лица мужского пола, которые составили 59 (64,1%) случаев, а женщины – 33 (35,9%) случая. Возраст больных обеих групп исследования колебался от 23 до 72 лет, средний возраст пациентов составил $43,2 \pm 1,8$ лет. Отмечено нами доминирование пациентов в возрасте 40-49 лет (55,4%), что относится к трудоспособному возрасту.

Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием программы Statistica 10 (StatSoft, США). При парных сравнениях между независимыми группами по качественным переменным использовался критерий χ^2 , в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Распределение пациентов по степеням показало (табл. 1), что общее количество больных с II-ой степенью ПСАК составило 78 (84,8%) пациентов (38 (82,6%) в ОГ и 40 (86,9%) в КГ) и 14 (15,2%) больных с III-ой степенью (8 (17,4) в ОГ и 6 (13,0%) в КГ).

Таким образом, распределение пациентов по степеням послеоперационного стеноза ануса не выявило статистическое различие, влияющее на результаты хирургического лечения ПСАК, что говорит о сопоставимости двух исследуемых групп.

Длительность анамнеза у пациентов с ПСАК в среднем составила $3,8 \pm 1,2$ года, но наибольшую часть составили больные с длительностью сужения ануса до 1 года послеоперационного периода. Из анамнеза выяснились, что ПСАК возникло у

11 (12,0%) больных после хирургического лечения острых патологии АК (6 (13,0%) случаев в ОГ и 5 (10,9%) – в КГ); у 3 (3,3%) пациентов после оперативного лечения острого гнилостного парапроктита (1 (2,2%) случаев в ОГ и 2 (4,4%) случая – в КГ); у 7 (7,6%) пациентов – в следствии острого анаэробного парапроктита (4 (8,7%) случаев в ОГ и 3 (6,5) случая в КГ) и у 1 (2,2%) пациента ОГ – после иссечения острой анальной трещины с кровотечением и анемией средней степени тяжести (табл. 2).

В остальных 81-ом (82,0) случае сужение ануса в послеоперационном периоде развивалось после хирургического лечения хронических патологий АК: у 38 (82,6%) пациентов ОГ и у 43 (93,5%) КГ. Из них в 67 (72,8%) случаях ПСАК выявилась в группе пациентов с хроническим геморроем, где 30 (65,2%) пациентов ОГ и 37 (80,4%) КГ, в 11 (12,0%) случаях – со сложным рецидивирующим СПК (6 (13,0%) больных ОГ и 5 (10,9%) КГ) и в 3 (3,3%) случаях – с хронической анальной трещиной (1 случай (2,2%) среди больных ОГ и 2 случая (4,3%) КГ). Таким образом, по данным таблицы 2 у большей части (72,8%) больных стеноз ануса в отдалённом послеоперационном периоде развился после хирур-

Таблица 1

Распределение больных обеих исследуемых групп по степеням ПСАК

Степени ПСАК	ОГ, n=46	КГ, n=46	p	Всего:
	абс, %	абс, %		абс, %
II	38 (82,6%)	40 (87,0%)	$>0,05$	78 (84,8%)
III	8 (17,4%)	6 (13,0%)	$>0,05^*$	14 (15,2%)
Всего:	46 (100,0%)	46 (100,0%)		92 (100,0%)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетсе)

Таблица №2

Характер перенесшей патологии анального канала (АК) у больных с ПСАК

Показатель		ОГ	КГ	p	Всего:
		абс, %	абс, %		абс, %
Острая патология АК, n=11	Острый гнилостный парапроктит	1 (2,2%)	2 (4,4%)	$>0,05$	3 (3,3%)
	Острый анаэробный парапроктит	4 (8,7%)	3 (6,5%)	$>0,05$	7 (7,6%)
	Острая анальная трещина	1 (2,2%)	-		1 (1,1%)
Хроническая патология АК, n=81	Хронический геморрой	33 (71,7%)	34 (73,9%)	$>0,05$	67 (72,8%)
	Свищи прямой кишки	6 (13,0%)	5 (10,9%)	$>0,05$	11 (12,0%)
	Хроническая анальная трещина	1 (2,2%)	2 (4,3%)	$>0,05$	3 (3,3%)
Всего:		46 (100,0%)	46 (100,0%)		92 (100,0%)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

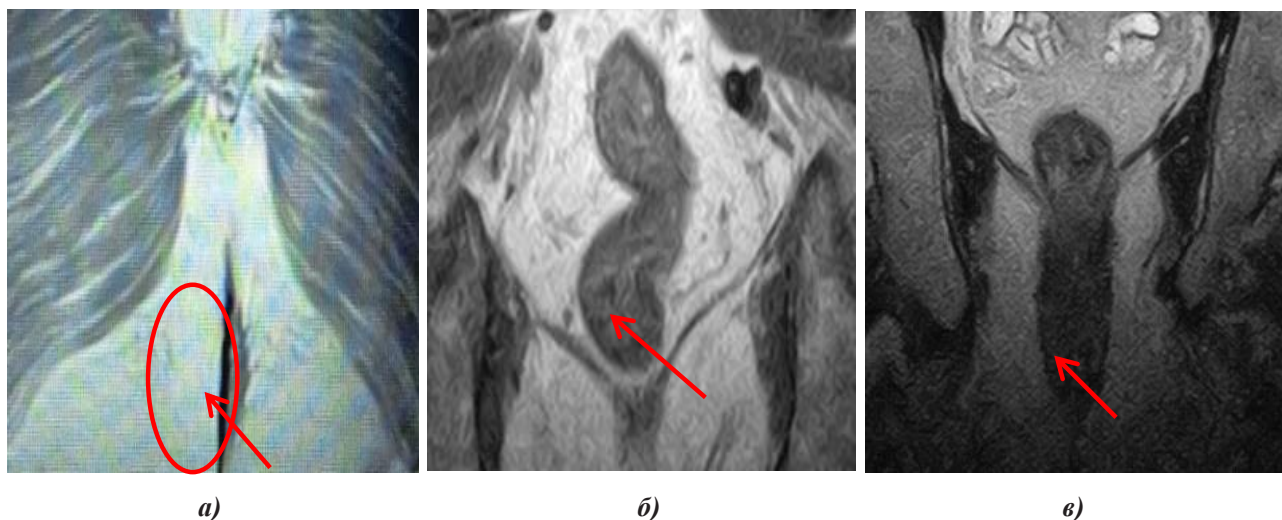


Рисунок 1. МТР – исследование АК и органов малого таза больных с ПСАК.
а - инфильтрация правой стенки анального канала и нижеампулярной части прямой кишки (указано стрелкой); б и в – значительное расширение ПК выше сужения ануса (указано стрелкой)

гического лечения хронического геморроя, а среди пациентов с острой патологией АК ПСАК отмечался после вскрытия острого анаэробного парапроктита, который составил 7 (7,6%) наблюдений.

Среди жалоб, предъявляемых больными, были затруднение и чрезмерное натуживание при дефекации с увеличением длительности последнего, жалобы наблюдались у всех пациентов обеих групп (100,0%). В тоже время, самым низким по частоте встречаемости жалоб больных с ПСАК явилось ректальное кровотечение, которое составило 17 (18,5%) наблюдений.

Проведенное УЗИ исследование показало, что у больных с ПСАК обнаружались гнойные полости и затёки в 13 (14,1%) случаях: в 5 (5,4%) случаях после иссечения СПК, в 3 (6,6%) – после иссечения хронической анальной трещины, осложнённой внутренним параректальным свищом и в 5 (5,4%) наблюдениях после вскрытие острого гнилостного папапроктита. Из них в более половины случаев (69,2%), выявились трудно дренирующиеся гнойные полости в параректальной клетчатке с периодическими обострениями. В 7 (15,2%) случаях вокруг анального сфинктера выявлялись различные по форме и размеру воспалительные инфильтраты. Также при УЗИ промежности с помощью линейного датчика в 4 (8,7%) случаях определяли утолщение и снижение эхогенности мышечных волокон в области воспалительного инфильтрата что нужно учитывать при подготовке больных к предстоящей операции – анопластике. МРТ – исследование проводилось 8 (17,4%) больным ОГ с III-ой степенью ПСАК. Среди них в 2-х (4,3%) случаях была выявлена инфильтрация одной из стенок АК в нижеампулярной части ПК. Кроме этого, в 7-ми (15,2%) случаях у больных ОГ было обнаружено чрезмерное расширение ПК и

ректосигмоидального отдела толстого кишечника с признаками хронической кишечной непроходимостью толстого кишечника (*рис. 1 а, б, в*).

Больные ОГ, в зависимости от наличия выявленных местных изменений тканей АК, были разделены на три подгруппы: I-подгруппа - без изменения СОПК и АК; II-подгруппа - с УЗИ и МРТ признаками воспаления СОПК и анального сфинктера (АС) и III-подгруппа - с УЗИ и МРТ признаками фиброзных изменений СОПК и АС (табл. 3).

Таблица №3

Распределение больных ОГ в зависимости от состояния местных изменений в анальном канале, n=46

ОГ	Характер изменений	Абс. число	В%
I-подгруппа	Без воспалительных изменений СОАК	25	54,3
II-подгруппа	С воспалительными изменениями СОАК	12	26,1
III-подгруппа	С фиброзными изменениями АС	9	19,6
Всего:		46	100,0%

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

Предоперационный период больных I-подгруппы ОГ ограничивался проведением накануне операции назначением безшлаковой диеты. Пациенты II-подгруппы, у которых были выявлены признаки воспалительных изменений в СОАК и ПК и, или в АС больные получали противовоспалительное и анти-

Таблица 4

Характер хирургического вмешательства у больных с ПСАК, абс. (%)

Вид проведённой операции	ОГ	КГ
Разработанный способ хирургического лечения ПСАК с хронической трещиной АК	21 (45,6%)	-
Разработанный способ хирургического лечения ПСАК в сочетании со свищами прямой кишки	8 (17,4%)	-
Разработанный способ хирургического лечения ПСАК в сочетании с внутренним геморроем	9 (19,6%)	-
Стриктуротомия с пластикой АК с трапециевидным лоскутом (по Виктору Кимановичу)	6 (13,0%)	35 (76,1%)
Стриктуротомия с циркулярным низведением слизистой прямой кишки (способ Кусьминовы С.В.)	2 (4,3%)	6 (13,0%)
Стриктуротомия с иссечением свища и низведением слизистой прямой кишки	-	5 (10,9%)
Всего:	46 (100,0%)	46 (100,0%)

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

бактериальное лечение в предоперационном периоде. Больные III-подгруппы с фиброзными изменениями в выше указанных анатомических структурах пациенты без специальной подготовки принимали разработанные нами способы оперативного лечения ПСАК.

Для хирургического лечения ПСАК у больных КГ придерживались традиционной существующей хирургической тактики. Пациенты ОГ, у которых была выявлена сопутствующая патология анального канала – свищ прямой кишки с наличием гнойного затёка в параректальной клетчатке (5 (10,9%) случаев) в предоперационном периоде амбулаторно проводилась пункция гнойной полости под контролем УЗИ датчика с последующей ежедневной санацией (10-14 дней) раствором антисептики «Вавеган», а также проводился УЗИ-мониторинг уменьшения гнойной полости и воспалительного инфильтрата

параректальной клетчатки. После соответствующей предоперационной подготовки больных ОГ, в зависимости от отсутствия или наличия соответствующих патологий АК проводились разработанные нами способы хирургического лечения ПСАК и получены рацпредложения №3492/R980, №3495/R983, №3494/R982 (табл. 4).

21 (45,0%) больному ОГ, у которых сужение ануса возникло после геморроидэктомии применялся усовершенствованный нами способ хирургического лечения в местах надрывов слизистой оболочки, образовавшихся после дивульсии АК (в зонах послеоперационных рубцов после геморроидэктомии).

Данный способ заключается в том, что после дивульсии АК, происходят надрывы (рис. 2б) и на этих ранах в слизистой и на ране после иссечение трещины ставят швы в поперечном направлении (рис.

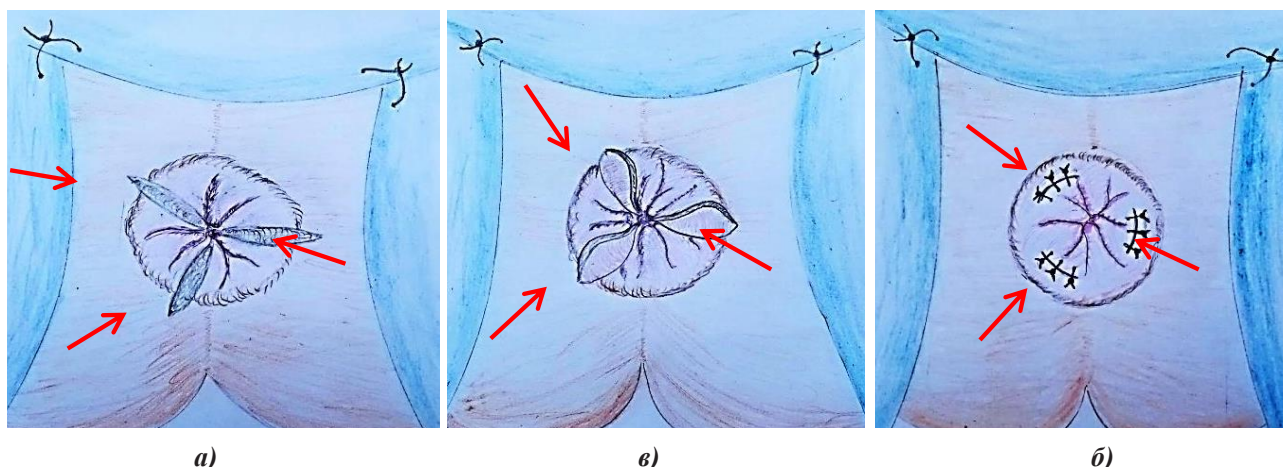
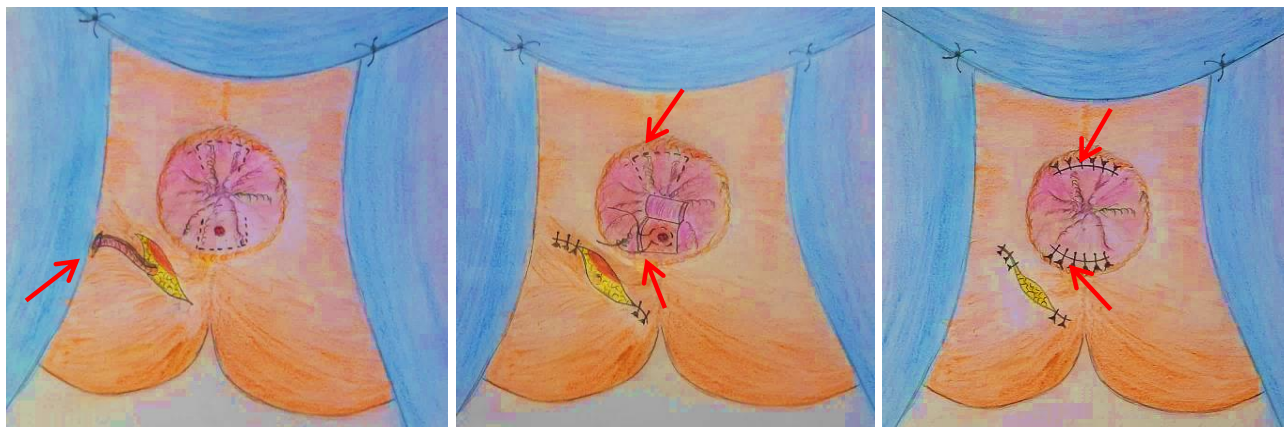


Рисунок 2. Способ хирургического лечения больных слизистой формы послеоперационного стеноза анального канала. а – слизистая форма стеноза анального канала после геморроидэктомии; б – надрывы (раны) после дивульсии анального канала на местах рубцов слизистой оболочки; в – швы в поперечном направлении на ранах в слизистой оболочки анального канала.



а)

в)

б)

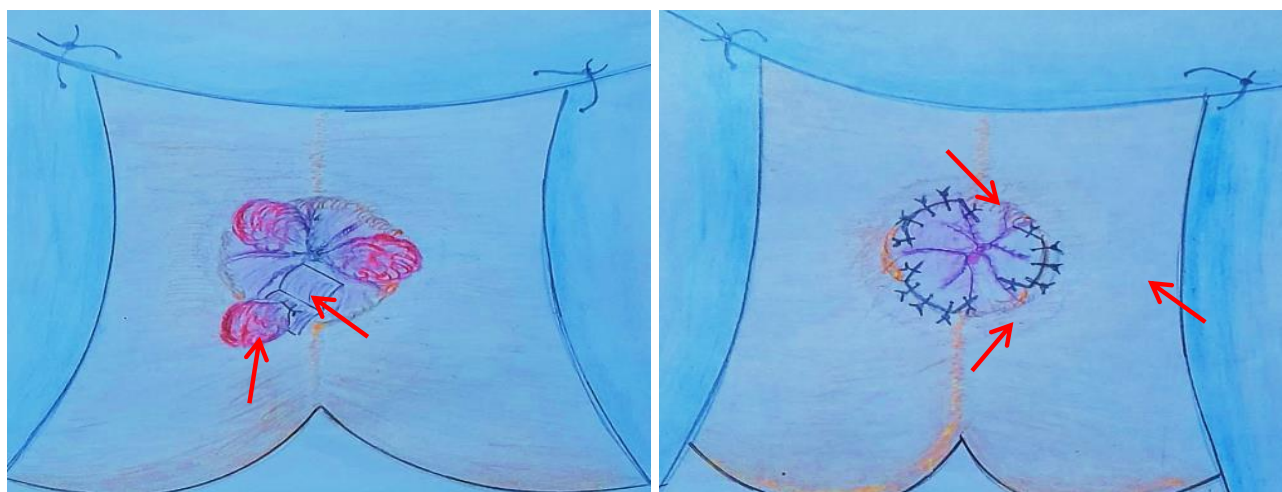
Рисунок 3. Способ хирургического лечения послеоперационного стеноза анального канала в сочетании свищами прямой кишки. а – выделение свищевого хода до стенки прямой кишки, б – стриктуротомия в области внутреннего свищевого отверстия и на противоположной стороне стенки анального канала с двойным низведением лоскута в анальный канал, в – конечный вид операции.

2в), которые приводят к дополнительному расширению просвета АК. Показанием к данному способу является только слизистая форма ПСАК. А кожную и мышечную форму данной патологии относили к противопоказаниям для проведения вышеуказанного способа хирургического лечения.

8 (17,4%) больным со стенозом ануса в сочетании со СПК ОГ применен разработанный нами способ хирургического лечения ПСАК, который заключается в том, что свищевой ход препарируется со стороны промежности до стенки ПК (рис. 3а) и у основания самой стенки он отсекается. После иссечения рубца внутреннего отверстия, рана ушивается кисетным швом и отпрепаровывается слизисто-подкожный лоскут (рис. 3б), который низводится и фиксируется к перианальной коже. Также на противо-

положной стороне проводится стриктуротомия с низведением - с целью полной ликвидации ПСАК (рис. 3в).

9 (19,6%) больным с ПСАК в сочетании с хроническим геморроем, при геморройэктомии с целью сохранения слизистой и расширения анального канала проводился разработанный нами способ подслизистого удаления геморроидального узла с наложением на рану швов. Суть данного способа заключается в том, что после обезболивания производится иссечения рубцовой стриктуры (стриктуэктомия), далее проводится дивульсия анального канала, отпрепаровывают слизистую оболочку в форме трапезы над узлом геморроя (рис. 4а), прошивают и завязывают сосудистую ножку с удалением геморроидальной ткани. Потом производят дозированную сфинктеро-



а

б

Рисунок 4. Способ хирургического лечения постоперационного стеноза анального канала в сочетании с хроническим внутренним геморроем. а – Отсепаровка слизистой оболочки в форме трапезы над узлом внутреннего геморроя, прошивание и завязывание сосудистой ножки с удалением геморроидальной ткани; б – Низведение отсепарованного трапециевидного лоскута в анальный канал с прошиванием его к анодерме.

тому через рану на месте удаленного геморроя на глубину 0,5-1,0 см (на задней стенке АК). После чего сверху этой раны низводят отсепарованный ранее трапециевидный лоскут в АК с прошиванием его к анодерме (рис. 46). Показанием к данному способу явился только послеоперационный стеноз анального канала в сочетании с хроническим внутренним геморроем.

Основным критерием оценки для сравнения ближайших результатов хирургического лечения больных ОГ и КГ в ранние послеоперационные сроки явились кровотечение и ретракция низведенного лоскута в АК с последующим нагноением раны, которое наблюдались у 13 (14,1%) пациентов обеих групп (табл. 5). У больных ОГ непосредственные послеоперационные осложнения наблюдались в 3 (6,5%) случаях и в 9 (19,6%) случаях в КГ. Таким образом, частота вышеуказанных осложнений снизилась на 13,1% (от 19,6% до 6,5%), что указывает на правильно выбранную тактику оперативного лечения ПСАК. В качестве оценки отдаленных результатов хирургического лечения ПСАК использовали количество рецидивов и послеоперационная НАС (табл. 6).

Таблица 5

Ближайшие результаты хирургического лечения ПСАК, n=92

Показатель	ОГ, n=46	КГ, n=46	p	Всего, n=92
	абс, %	абс, %		абс, %
Кровотечение	1 (2,2%)	2 (4,3%)	>0,05	3 (3,3%)
Нагноение раны	2 (4,3%)	7 (15,2%)	>0,05	9 (9,8%)
Всего:	3 (6,5%)	9 (19,6%)	>0,05	12 (13,0%)

Примечание: p – статистическая значимость различная показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Таблица 6

Отдалённые результаты хирургического лечения ПСАК, n=92

Показатель	ОГ, n=46	КГ, n=46	p	Всего, n=92
	абс, %	абс, %		абс, %
Рецидив	3 (6,5%)	6 (13,0%)	>0,05	9 (9,8%)
НАС	I 2 (4,3%)	5 (10,9%)	>0,05	7 (7,6%)
	II 1 (2,2%)	2 (4,3%)	>0,05	3 (3,3%)
	III -	-		-
Всего:	6 (13,0%)	13 (28,3%)	>0,05	19 (20,7%)

Примечание: p – статистическая значимость различная показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Рецидив ПСАК в общем наблюдался у 11 (12,0%) пациентов: 3 (6,5%) случая в ОГ, 8 (17,4%) случая в КГ. Среди всех исследуемых больных недостаточность анального сфинктера (НАС) развивалась в 10 (10,7%) случаях: 3 (6,5%) случая приходились на пациентов ОГ и 7 (15,2%) случаев на больных КГ. Необходимо отметить, что НАС III степени не наблюдались среди всех больных исследуемых групп. По данным таблицы 5, количество рецидивов ПСАК среди больных ОГ после нашей хирургической тактики лечения снизилось 10,9% (с 17,4% до 6,5%).

Таким образом, использование нами в диагностике ПСАК УЗИ с линейным датчиком и МРТ позволяет получить наибольшую информацию о характере патологического процесса в предоперационном периоде и выбрать правильную хирургическую тактику. Разработанная нами поэтапная хирургическая тактика и способы хирургического лечения ПСАК снижают количество рецидива заболевания с 17,4 до 6,5%.

Выводы.

1. Основными причинами неудовлетворительных результатов хирургического лечения послеоперационного сужения анального канала, наряду с традиционным подходом выбора способов оперативных вмешательств, являются трудности и неточная диагностика степени тяжести местных изменений ткани анального канала, и предоперационная подготовка.

2. Комплексное применение клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования (УЗИ и МРТ) в диагностике послеоперационного сужения ануса позволяют установить наличие местных воспалённых тканей и степень распространённости рубцовых процессов в анальном канале.

3. Объективные критерии, основанные на результатах лабораторных и инструментальных методов исследования, позволяют применение разработанного дифференциального поэтапного подхода в предоперационном периоде и соответствующей хирургической тактики для оперативного лечения больных с послеоперационным стенозом анального канала.

4. Выбранная нами хирургическая тактика и разработанные способы хирургического лечения послеоперационного сужения анального канала снижает количество ранних послеоперационных осложнений на 13,1%, а поздних – на 10,9%.

ЛИТЕРАТУРА

(п. 5 см. в REFERENCES)

1. Благодарный Л.А. Профилактика послеоперационного образования стриктур анального канала после геморроидэктомии / Л.А. Благодарный // Медицинский вестник северного кавказа. - 2018. - Т.13. №2. - С. 450-451.

2. Гобеджишвили В.В. Профилактика стеноза анального канала после геморроидэктомии / В.В. Гобеджишвили

ли, О.В. Лысенко // Материалы всероссийского молодёжного форума с международным участием. Ставропольский государственный медицинский университет. - 2017. - С. 373-374.

3. Кахорова Р.А. Хирургические аспекты лечения послеоперационных сужений анального канала / Р.А. Кахорова, Ю.Х. Иброхимов, А.Х. Рабиев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2019. - №1.

4. Лаврешин П.М. Стеноз анального канала: обоснование причин его развития / П.М. Лаврешин и соавт. // Колопроктология. - 2014. - №1 (47). - С. 19-23.

REFERENCES

1. Blagodarnyy L.A. Profilaktika posleoperatsionnogo obrazoviya striktur analnogo kanala posle gemorroidektomii [Prophylaxis of postoperative formation of anal canal strictures after hemorrhoidectomy]. *Meditinskiy vestnik severnogo kavkaza - Medical Bulletin of the North Caucasus*, 2018, Vol. 13, No. 2, pp. 450-451.

2. Gobedzhishvili V.V. Profilaktika stenoza analnogo kanala posle gemorroidektomii [Prevention of anal canal stenosis after hemorrhoidectomy]. *Materials of the ALL-Russian Youth Forum with international participation. Stavropol State Medical University* [Materials of the All-Russian Youth Forum with International Participation. Stavropol State Medical University]. 2017. pp. 373-374.

3. Kakhorova R.A. Khirurgicheskie aspekty lecheniya posleoperatsionnykh suzheniy analnogo kanala [Surgical aspects of treatment of postoperative anal canal constrictions]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Bulletin of postgraduate education in healthcare*, 2019, No. 1.

4. Lavreshin P.M. Stenoz analnogo kanala: obosnovanie prichin ego razvitiya [Anal canal stenosis: rationale for its development]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2014, No. 1 (47), pp. 19-23.

5. Shawki S. Anal fissure and stenosis. *Gastroenterological Clinic of North America*, 2013, No. 42, pp. 729-58.

ХУЛОСА

Ҷ.Қ. Мухаббатов, Б.М. Ҳамроев, М.Б. Аннаев, Ҷ.Қ. Давлатов

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ СТЕНОЗИ ПАСАЗҶАРРОҲИИ КАНАЛИ МАҚЪАД

Мақсади омӯзиш. Беҳтар намудани натиҷаҳои наздик ва дурдасти табobati ҷарроҳии стенози пасазҷарроҳии канали мақъад.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Дар ин таҳқиқот 92 бемор (гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи назоратӣ аз 46 бемор) бо стенози пасазҷарроҳии канали мақъад дохил карда шудаанд, ки дар давраи солҳои 2012-2023 дар байни ҳамаи беморон шахсони чинси мард бартарӣ доштанд, ки 59 (64,1%) ва занон 33 (35,9%) ҳолатро дар тадқиқот ташкил додаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар аксари беморон (72,8%) стенози анус дар давраи дурдасти пас аз ҷарроҳӣ ва пас аз табobati ҷарроҳии бавосири музмин инкишоф ёфт. Таҳқиқоти ултрасадо ва томографияи магнитӣ-резонансӣ гузаронида шуданд. Барои табobati ҷарроҳии стенози баъдиҷарроҳии канали аналі дар беморони гурӯҳи назоратӣ усулҳои анъанавии ҷарроҳии мавҷуда риоя карда шудааст ва беморони гурӯҳи асосӣ усулҳои таҳияшуда ва такмилефтаи табobati ҷарроҳӣ гузаронида шудааст. Шумораи такрори стенози пасазҷарроҳии мақъад дар байни беморони гурӯҳи асосӣ пас аз усули ҷарроҳии табobati мо дар 10,9% ҳолатҳо (аз 17,4% то 6,5%) коҳиш ёфтааст.

Калимаҳои калидӣ: стенози пасазҷарроҳии мақъад, ташхис, табobati ҷарроҳӣ, натиҷаҳои наздик ва дурдаст.

УДК 616-006.6

doi: 10.52888/0514-2515-2024-360-1-46-52

С.Р. Расулов^{1,2}, Д.Ф. Ганиев²

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ЛЕГКОГО В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2016-2022 ГОДЫ

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗНРТ

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; Тел: +992918682186; E-mail: same_rasulov@mail.ru

Цель исследования. Изучить динамику заболеваемости и смертности населения от рака легкого в Республике Таджикистан за период 2016-2022 годы.