

with cardiovascular and mortality risks. *Circulation*, 2019, No. 139, pp. 2228-2237.

8. Wright A.K., Carr M.J., Kontopantelis E. Primary Prevention of Cardiovascular and Heart Failure Events with SGLT2 Inhibitors, GLP-1 Receptor Agonists, and Their Combination in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 2022, No. 45 (4), pp. 909-918.

ХУЛОСА

**И.Б. Ғайратова, М.Э. Рачабзода,
С.У. Асадов**

ХУСУСИЯТХОИ КЛИНИКИ ВА ИНСТРУМЕНТАЛИИ БЕМОРИИ ИШЕМИКИИ ДИЛ ДАР ЯҚЗОЯГӢ БО ДИАБЕТИ ҚАНД НАВӢИ 2

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва инструменталии ҷараёни бемории ишемикии дил (стенокардияи фаъолияти ҷисмонӣ ва кардиосклерози пас аз сакта) дар робита бо диабети қанди нави 2.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводи тадқиқот 175 беморони гирифтори бемории ишемикии дил буд, ки ба меъёрҳои интиҳоб ҷавобгӯ

буданд. Ҳама беморон вобаста ба мавҷудияти диабети қанд ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи I бо диабети нави 2 ($n=67$) ва гурӯҳи II бидуни диабети қанди нави 2 ($n=108$).

Натиҷаҳои таҳқиқот. Беморони гирифтори бемории ишемикии дил дар робита бо диабети қанди нави 2 калонсол буданд ва 38,3%-ро ғуруҳи умумӣ ташкил доданд. Дар байни омилҳои хавф фишорбаландии шараёни, гиперхолестеринемия ва фарбеҳӣ дар гурӯҳҳои муқоисашаванда мавқеи пешсафро ишғол карданд. Таҳлили ҷараёни бемории ишемикии дил дар гурӯҳҳои муқоисашуда нишон дод, ки дар беморони гирифтори диабет қанд бештар аломатҳои ғайриангинозӣ ё ди-гар (нафастангӣ) мушоҳида мешаванд. Аз рӯи натиҷаҳои эхокардиография, дар гурӯҳи беморони диабет қанд андозаи даҳлезҳо (чап ва рост) зиёдтар буд.

Хулоса. Тадқиқот нишон дод, ки беморони гирифтори бемории ишемикии дил дар робита бо диабети қанди нави 2 калонсолтар буда, индекси массаи бадан баландтар ва омилҳои хавфи бемории дилу рағҳо доранд.

Калимаҳои калидӣ: бемории ишемикии дил, диабети қанд, омилҳои хатар, эхокардиография.

УДК: 616.352-008. 22-089

doi: 10.52888/0514-2515-2024-361-2-24-29

Г.А. Гулзода

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Кафедра общей хирургии №1 им. проф. А.Н. Каххарова

Гулзода Ганджина Амиршоҳ - ассистент кафедры общей хирургии №1 им. проф. Каххарова А.Н., ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992908801122; E-mail: gulovagandzina@gmail.com

Цель исследования. Изучить этиологические, патогенетические факторы и распространённость анальной трещины в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. В специализированных колопроктологических центрах нашей Республики ежегодно проходят лечение около 600 больных с анальной трещиной. С 2018 года по 2022 года в медицинских учреждениях с данной патологией госпитализировано 3065 больных.

Все пациенты были подвергнуты осмотру перианальной области, проведено определение анального и ректоанального рефлексов, а также выполнено пальцевое исследование прямой кишки, сфинктерометрия, манометрия и ректороманоскопия.

Результаты исследования и их обсуждение. Основным звеном патогенеза является образование так называемый порочный круг, в цепочке которого важную роль играет болевой синдром и спазм анального сфин-

ктера, а также образование карункулы, которое наблюдалось соответственно в 83% и 82% случаев. Пектиноз анального жома встречался в 8% случаев, а уплотнение краев анальной трещины - в 115 случаях.

Заключение. Анальная трещина является полиэтиологическим заболеванием, важным фактором образования которой является механическое повреждение задней стенки вследствие хронических упорных запоров. В патогенезе анальной трещины важное значение имеет формирование порочного круга, в цепи которого важную роль играют болевой фактор и спазм анального сфинктера

Ключевые слова. анальная трещина, этиология, патогенез, анальный сфинктер, запор.

G.A. Gulzoda

AETIOLOGY, PATHOGENETIC FACTORS AND PREVALENCE OF ANAL FISSURE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

State Educational Institution Avicenna Tajik State Medical University, Department of General Surgery №1 named after Prof. A.N. Kakhkharov.

Gulzoda Gandjina Amirshokh - Assistant of the Department of General Surgery №1 named after Prof. A.N. Kakhkharov, State Educational Institution Avicenna Tajik State Medical University; Tel.: +992908801122; E-mail: gulovagandzina@gmail.com

Aim. To study the aetiology, pathogenetic factors and prevalence of anal fissure in the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. Approximately 600 patients with anal fissure are treated annually in specialised coloproctology centres of the Republic. During 2018-2022, 3,065 patients were admitted with this pathology.

All patients underwent perianal examination. Anal and rectal reflexes were measured, digital rectal examination, sphincterometry, manometry and sigmoidoscopy were performed.

Results and discussion. The main factor in the pathogenesis is the formation of the so-called vicious cycle, in which the pain factor and spasm of the anal sphincter play an important role, as well as the formation of a caruncle, which was observed in 83% and 82% of the cases, respectively. Pectinosis of the anal sphincter occurred in 8% and thickening of the anal fissure margins in 115 cases.

Conclusions. Anal fissure is a polyetiological disease and an important factor in its development is mechanical damage of the posterior wall due to chronic persistent constipation. In the pathogenesis of anal fissure there is a vicious circle in which pain factor and spasm of anal sphincter play an important role.

Keywords: anal fissure, aetiology, pathogenesis, anal sphincter, constipation.

Введение. Трещина заднего прохода или анальная трещина (АТ) является одной из часто встречающихся патологий прямой кишки (ПК), уступающая по частоте среди проктологических заболеваний лишь геморрою и парапроктиту [1, 2, 13]. Удельный вес АТ среди колопроктологических больных составляет 11-15%, а заболеваемость колеблется от 20 до 23 на 1000 человек взрослого населения [4].

При этой патологии на задней или передней стенке анального канала образуется линейный или эллипсовидный надрыв стенки, протяжённость которого колеблется в пределах 1 см, имеет овальную или треугольную форму [3, 13]. В дальнейшем она превращается в язвенный дефект многослойного плоского эпителия анального канала. Заболевание чаще встречается в среднем возрасте, 90% составляют больные от 20-60 лет [8, 12]. АТ хотя неопасное заболевание, но это страдание (постоянная боль), которое ухудшает качество жизни больного. Иногда она становится причиной

серьёзных осложнений параректальной области. В процессе течения и лечения анальных трещин встречаются такие осложнения как кровотечение, образование гематом и абсцессов в 14% случаев [4, 5, 11], в отдалённом периоде свищи, рецидивы заболевания – до 11,7% и до 38% случаев развитие анального недержания [9, 11].

До настоящего времени остаются спорным вопросы этиопатогенеза заболевания. Одни авторы в патогенезе АТ особо выделяют роль спазма анального сфинктера и локальной ишемии анодермы. Другие проктологи [6] причиной образования считают упорные запоры. Кроме того, некоторые авторы причины образования АТ связывают с нарушением процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и системы антиоксидантной защиты (АОЗ) [6, 7, 10].

Таким образом, на основе ознакомления с литературными данными и накопленного клинического опыта проктологов, не претендуя на окончательное решение вопроса, можно сделать вывод,

Таблица 1

Частота поступления больных с анальными трещинами в различные медицинские учреждения РТ за период 2018-2022 гг

№	Регион	Количество	%
1	Специализированные проктологические отделения медицинских учреждений г. Душанбе	1420	46,3
2	Проктологическое отделение областной больницы г. Худжанд	750	24,5
3	Хирургическое отделение ЦБ г. Турсунзода	350	11,4
4	Хирургическое отделение областной больницы г. Хорога	250	8,2
5	Хирургическое отделение областной больницы г. Куляб	200	6,5
6	Хирургическое отделение ЦБ Раштского района	50	1,6
7	Хирургическое отделение Яванской ЦБ	45	1,5
	Всего	3065	100,0

Примечание: % – от общего числа наблюдений.

что некоторые вопросы этиопатогенеза анальной трещины остаются актуальными и требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования. Изучить этиологические, патогенетические факторы и распространённость, анальной трещины в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. В специализированных колопроктологических центрах нашей Республики ежегодно проходят лечение около 600 больных с анальными трещинами. С 2018 года по 2022 год в медицинских учреждениях с этой патологией было госпитализировано 3065 пациентов (табл 1).

Все пациенты были подвергнуты осмотру перианальной области, проведено определение анального и ректоанального рефлексов, а также выполнено пальцевое исследование прямой кишки, сфинктерометрия, манометрия и ректороманоскопия.

В работе использовалась дескриптивная (описательная) статистика. Данные описывались в виде абсолютного значения и их долей (%).

Результаты исследования и их обсуждение. Как видно из таблицы 1, наибольшее количество пациентов поступило в медицинские учреждения г. Душанбе. Это объясняется тем, что в этих учреждениях пациенты поступают из южных регионов Республики и районов республиканского подчинения. Мужчин было 1073 (35%), а женщины болели чаще и составили 1992 (65%) случая. На наш взгляд, это связано с упорными запорами, которые чаще наблюдались у женщин. Возраст пациентов колебался от 16 до 80 лет, средний возраст составил 45 лет. Острая анальная трещина наблюдалась в 555 (18%) случаях, а хроническая в 2510 (82%) случаях. В процессе обследования у больных мы выявили следующие этиологические

факторы, которые привели к образованию анальной трещины (табл 2).

Таблица 2

Факторы, приводящие к образованию анальной трещины

Фактор	Количество	
	абс	%
Запор	1894	61,8
Образование каловой пробки	445	14,5
Гастроэнтериты	249	8,1
Заболевание толстой кишки (болезнь Крона, НЯК)	184	6,0
Роды	147	4,8
Тяжёлая Физическая нагрузка	87	2,8
Не смогли указать причину	59	1,9
Всего	3065	100,0

Примечание: % – от общего числа наблюдений

Наше исследование показало, что основным фактором патогенеза является образование так называемого порочного круга, в цепочке которого важную роль играет болевой фактор и спазм анального сфинктера. На основании наблюдений и клинических проявлений заболевания мы создали следующую схему порочного круга (рис 1).

Такое состояние наблюдалось у всех больных в острой стадии анальной трещины. В большинстве случаев у наших больных пусковым моментом образования анальной трещины явилась механическая травма анодермы вследствие прохождения толстой каловой пробки через анальный канал, причиной которого явились упорные запоры. Далее образовавшаяся трещина приводит к спазму сфинктера и появлению сильных болей. Это в

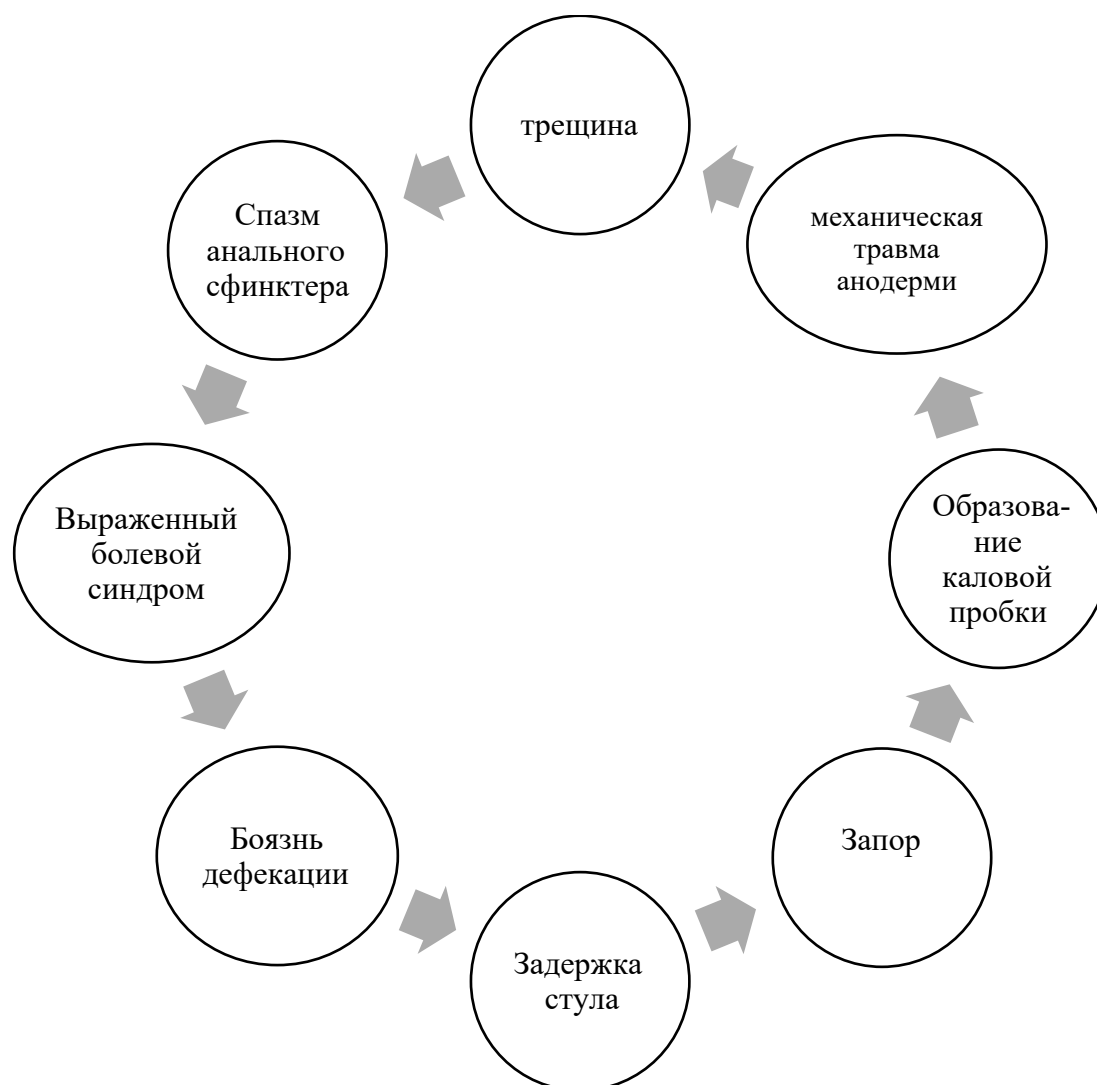


Рисунок 1. Схема порочного круга

свою очередь приводит к боязни акта дефекации и умышленной задержке стула. Далее усиливался запор и круг заново повторялся. По мере хронизации трещины интенсивность болей снижалась. Другим патогенетическим фактором является так называемый пектиноз анального сфинктера. Это связано с развитием фиброза мышечных волокон анального жома. Третьим патогенетическим фактором является образование карункула (сторожевого бугорка) у наружного или внутреннего угла трещины, который возникает в результате хронизации процесса и образования гипергрануляции фиброзной ткани (табл 3).

Как видно из вышеизложенного в большинстве случаев (62%) этиологическими факторами анальной трещины являлись запоры и образование каловой пробки, которые приводят к хронической механической травматизации анального канала.

Таблица 3

Патогенетические факторы	Абсолютное число больных	%
Синдром порочного круга	2555	83,4
Синдром пектиноза анального сфинктера	247	8,1
Образование карункулы (сторожевой бугорок)	2510	81,9
Уплотнение краев трещины без образования карункула	329	10,7

Примечание: % – от общего числа наблюдений

Наряду с этим, нами выявлены и другие причины появления анальной трещины - роды, болезни толстой кишки, гастроэнтериты и даже тяжёлая физическая нагрузка. Основным патогенетическим

фактором развития болезни у наших пациентов был синдром порочного круга, а также образование карункула, которое наблюдалось соответственно в 83% и 82% случаев. Пектиноз анального жома встречался в 8% случаев, а уплотнение краев анальной трещины - в 115 случаях.

Выводы.

1. Анальная трещина является полиэтиологическим заболеванием, важным фактором образования которой является механическое повреждение задней стенки вследствие хронических упорных запоров.

2. В патогенезе анальной трещины важное значение имеет формирование порочного круга, в цепи которого важную роль играют болевой фактор и спазм анального сфинктера.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-13 см. в REFERENCES)

1. Нехрикова С.В. Амбулаторное лечение пациентов с заболеваниями анального канала и периаанальной области / С.В. Нехрикова, А.Ю. Титов, В.Н. Кашников и др. // *Доказательная гастроэнтерология*. – 2019. – Т.8, №3. – С. 27-37.

2. Ткалич О.В. Непосредственные результаты комплексного лечения хронической анальной трещины с применением ботулотоксина типа А. / О.В. Ткалич, А.А. Пономаренко, О.Ю. Фоменко и др. // *Колопроктология*. – 2020. – Т.19(1). – С. 80-99.

3. Ткалич О.В. Современные методы медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера у больных хронической анальной трещиной / О.В. Ткалич, Е.Е. Жарков, А.А. Пономаренко и др. // *Хирург*. – 2019. – Т.3, №8. – С. 26-42.

4. Шельгина Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология / Ю.А. Шельгина // М.ГЭОТАР-Медиа, – 2015. – 528 с.

5. Хрюкин Р.Ю. Ботулинический токсин типа А и боковая подкожная сфинктеротомия в лечении хронической анальной трещины со спазмом сфинктера / Р.Ю.Хрюкин, И.В. Костарев, К.И. Арсланбекова и др. // *Колопроктология*. – 2020. – Т.19, №2(72). – С. 113-128.

toxin type A]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2020, No. 19 (1), pp. 80-99.

3. Tklich O.V. Sovremennyye metody medikamentoznoy relaksatsii vnutrennego sfinktera u bolnykh khronicheskoy analnoy treshchinoy [Modern methods of medication relaxation of internal sphincter in patients with chronic anal fissure]. *Khirurg – Surgeon*, 2019, Vol. 3, No. 8, pp. 26-42.

4. Shelygina Yu.A. *Klinicheskie rekomendatsii. Koloproktologiya* [Clinical Guidelines. Coloproctology]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015. 528 p.

5. Khryukin R.Yu. Botulinicheskiy toksin tipa A i bokovaya podkozhnaya sfinkterotomiya v lechenii khronicheskoy analnoy treshchiny so spazmom sfinktera [Botulinum toxin type A and lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure with sphincter spasm]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2020, Vol. 19, No. 2 (72), pp. 113-128.

6. Arroyo A., Montes E., Calderon T. Treatment algorithm for anal fissure. Consensus document of the Spanish Association of Coloproctology and Coloproctologz Division of the Spanish Association of Surgeons. *Cirugía Española*, 2018, No. 96 (5), pp. 260-267.

7. Ebinger S.M., Hardt J., Warschkow R. Operative and medical treatment of chronic anal fissures-a review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Gastroenterology*, 2017, No. 52 (6), pp. 663-676.

8. Felt-Bersma R.J., Han-Geurts I.J. *Anal Fissure, in Anorectal Disorders*. Elsevier Publ., 2019. pp. 65-80.

9. Jahnny B., Ashurst J.V. *Anal fissures*. StatPearls Publ., 2021.

10. Sahebally S.M., Meshkat B., Walsh S.R. Botulinum toxin injection vs topical nitrates for chronic anal fissure: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Colorectal Disease*, 2018, No. 20 (1), pp. 6-15.

11. Shelygin Y.A., Tklich O.V., Ponomarenko A.A. Follow-up results of combination treatment of chronic anal fissure. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 2020, Vol. 12, No. 2, pp. 244-249.

12. Stewart D.B.Sr., Gaertner W., Glasgow S. Clinical practice guideline for the management of anal fissures. *Diseases of the Colon & Rectum*, 2017, No. 60 (1), pp. 7-14.

13. Wienert V., Raulf F., Mlitz H. *Anal fissure: Symptoms, diagnosis and therapies*. Springer Publ., 2017. 63 p.

ХУЛОСА

Гулзода Г.А.

ОМИЛҲОИ ЭТИОЛОГИ, ПАТОГЕНЕТИКИ ВА ПАҲНШАВИИ РАХИ МАҚЪАД ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН.

Мақсади омӯзиш. Омӯзиши омилҳои этиологӣ, патогенетикӣ ва паҳншавии раҳи мақъад дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

REFERENCES

1. Nekhrikova S.V. Ambulatornoe lechenie patsientov s zabolevaniyami analnogo kanala i perianalnoy oblasti [Outpatient treatment of patients with anal canal and perianal diseases]. *Dokazatel'naya gastroenterologiya - Evidence-based gastroenterology*, 2019, Vol. 8, No. 3, pp. 27-37.

2. Tklich O.V. Neposredstvennye rezultaty kompleksnogo lecheniya khronicheskoy analnoy treshchiny s primeneniem botulotoksina tip A. [Immediate results of complex treatment of chronic anal fissure using botulinum

Усулҳо ва маводҳои таҳқиқот. Дар марказҳои махсуси колопроктологии ҷумҳурии мо ҳамасола тақрибан 600 нафар беморони раҳи мақъад табобат мегиранд. Аз соли 2018 то соли 2022 3065 нафар беморон бо ин бемори дар муассисаҳои тиббӣ бистарӣ шудаанд.

Ҳамаи беморон дар минтақаи перианалӣ муоина карда шуда, рефлексҳои аналӣ ва ректоаналӣ муайян карда шуда, муоинаи ташҳиси рақамии ректалӣ, сфинктерометрия, манометрия ва сигмоидоскопия гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокима. Омили асосии патогенез ташаккули ба истилоҳ доирае

мебошад, ки дар занҷири он омили дард ва спазми сфинктери анал нақши муҳим доранд, инчунин ташаккули карункул, ки соли 83 мушоҳида шудааст. мутаносибан% ва 82% ҳолатҳо. Пектинози сфинктери анал дар 8% ва саҳтшавии кунҷҳои раҳи мақъад дар 115 ҳолат мушоҳида шудааст.

Хулоса. Фиссураи мақъад бемории полиэтиологӣ буда, омили муҳими пайдоиши он осеби механикӣ ба девори қафо аз сабаби қабзияти доимии доимӣ мебошад. омили дард ва спазми сфинктери анал роли муҳим мебозанд

Калимаҳои калидӣ. раҳи мақъад, этиология, патогенез, сфинктери анал, қабзият.

УДК 616.351-007.253-089.85

doi: 10.52888/0514-2515-2024-361-2-29-36

М.К. Гулов¹, Н.А. Саибова¹, К.Р. Рузбойзода², З.М. Нурзода¹, С.Г. Али-заде², Б.И. Сафаров¹

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

²ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.

Саибова Наргис Абдуназаровна – соискатель кафедры общей хирургии №1 имени профессора Кахарова А.Н. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +992934004554.

Цель исследования. Повышение эффективности оперативного лечения пациентов с рецидивными формами экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

Материал и методы исследования. Проведен анализ клинических данных 108 больных с рецидивными формами экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Исследуемые пациенты были подразделены на две группы. В первую, основную группу, вошли 58 (53,7%) пациентов, у которых были проведены усовершенствованные и разработанные способы хирургических операций. Во вторую, контрольную группу, были включены 50 (46,3%) пациентов, лечившихся с помощью традиционных общеизвестных методов.

В 6 (5,6%) случаях наблюдалась I степень сложности экстрасфинктерных рецидивных свищей прямой кишки, в 23 (21,3%) случаях – II степень сложности, III степень встречалась в 62 (57,4%) случаях, а IV степень сложности свища имела место в 17 (15,7%) наблюдениях.

Результаты исследования и их обсуждение. В 13 (26,0%) случаях у пациентов контрольной группы была проведена операция лигатурным методом, а у 37 (74,0%) больных применялись различные общеизвестные методы пластических операций для закрытия внутреннего отверстия. Для профилактики рецидива заболевания и снижения частоты послеоперационных осложнений у больных с рецидивными сложными подкожнообразными экстрасфинктерными свищами из основной группы был проведен трехэтапный метод оперативного вмешательства, разработанный и усовершенствованный в нашей клинике (n=18). У 21 (36,2%) пациента был применен разработанный нами способ хирургической коррекции рецидивных свищей прямой кишки III-IV степени сложности с экстрасфинктерным ходом.

Заклучение. Таким образом, разработанные и усовершенствованные методы хирургической коррекции рецидивных экстрасфинктерных свищей прямой кишки позволяют радикально иссекать рубцово-воспалительно измененные парафистульные ткани, особенно при свищах III-IV степеней сложности. Эти методы способствуют минимизации как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений, в частности, снижают частоту рецидивов заболевания.

Ключевые слова: рецидивный экстрасфинктерный свищ прямой кишки, диагностика, лигатурные и пластические методы, разработанные и усовершенствованные методы, рецидив.