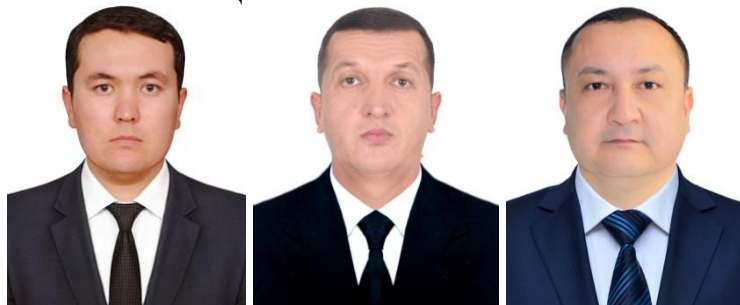


СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА



Усманов Фарход Хамид угли, Дусияров Мухаммад Мукумбаевич, Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АНАЛ КАНАЛ СТЕНОЗИ ХИРУРГИК ДАВО УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Усманов Фарход Хамид ўгли, Дусияров Мухаммад Мукумбаевич, Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT METHODS FOR POSTOPERATIVE ANAL STENOSIS

Usmanov Farkhod Khamid ugli, Dusiyarov Muhammad Mukumbaevich, Khujabaev Safarboy Tukhtabaeovich
Samarkand State Medical University, Republic Of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу тадқиқотга операциядан кейинги анал канал стенози бўлган 102 нафар бемор киритилган. Таклиф этилган анал ёриқларини кесиши ва геморроидэктомия билан бир вақтда анал канали торайишининг шиллиқ шаклида анопластика қилишининг такомиллаштирилган усуллари, шунингдек, тўғри ичак оқмалари билан биргаликда йирингли бўшлиқнинг дастлабки навигация-пункцион санацияси ва кейинчалик радикал операция - оқмани кесиши билан стриктуротомия билан 2 босқичли анопластика операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтириши билан самарали ҳисобланади. Таклиф этилган таъхислаш ва даволаш алгоритми стриктура шакли, анал каналининг торайиши даражаси ва унга ёндош бўлган сурункали анал ёриқ, сурункали геморрой ва тўғри ичак оқмасига қараб оптимал жарроҳлик тактикасини танлаш имконини беради. Анапластика усулини торайиш шакли ва анал каналнинг ёндош патологиясига қараб дифференциал танлаш операциядан кейинги эрта асоратларни 19,5% дан 12,5% гача, торайишининг қайталанишини 13,1% дан 7,1% гача ва анал сфинктер етишмовчилигини 10,8% дан 5,3% гача камайтириши орқали даволаш натижаларини яхшилаш имконини берди.

Калит сўзлар: Операциядан кейинги анал канал стенози, клиникаси, жарроҳлик йўли билан даволаш.

Abstract. This study included 102 patients with postoperative anal stenosis. The proposed improved methods of anoplasty for mucosal anal stenosis with simultaneous excision of anal fissures and hemorrhoidectomy, as well as two-stage anoplasty for patients with anal fistulas with preliminary navigational puncture debridement of the purulent cavity followed by radical surgery—stricturotomy with fistula excision—are effective with a reduced risk of postoperative complications. The proposed diagnostic and treatment algorithm allows for the selection of the optimal surgical approach depending on the stricture type, the degree of anal canal stenosis, and concomitant chronic anal fissure, chronic hemorrhoids, and rectal fistula. Differentiating the choice of an anoplasty technique based on the stricture type and associated anal canal pathology improved treatment outcomes by reducing immediate postoperative complications from 19.5% to 12.5%, stricture recurrence from 13.1% to 7.1%, and anal sphincter insufficiency from 10.8% to 5.3%.

Keywords: Postoperative anal canal stenosis, clinical features, surgical treatment.

Актуальность темы исследования.

Послеоперационный стеноз (сужение, стриктура) анального канала (ПСАК) представляет собой серьёзное заболевание, обусловленное патологическим сужением ануса, которое возникает в результате иссечения перианальной кожи и слизистой оболочки анального канала с последующим их замещением соединительной тканью [1,3].

Согласно исследованиям различных авторов, за последние несколько десятков лет распространенность указанной проктологической патологии варьируется от 2% до 9% от общего числа пациентов, которые подверглись хирургическому вмешательству из-за доброкачественных патологий прямой кишки, в том числе заболеваний анального канала [4]. Постооперационный стеноз анального канала

(ПСАК) встречается в 5-10% случаев после применения стандартных методов хирургического лечения хронического геморроя при этом, по отдельным данным, доля таких случаев может достигать до 15% [2]. В США геморроидэктомия является наиболее частой причиной появления этой патологии, с частотой развития от 1,5% до 3,8% [5,6].

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

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с послеоперационными стриктурами анального канала.

Материал исследования. В данное исследование было включено 102 пациента с ПСАК, которые были прооперированы в отделении колопроктологии клиники СамГМУ в период с 2013 по 2024 годы. Проведен ретроспективный анализ 46 историй болезней пациентов с сужением ануса, возникшим после оперативного лечения хирургических острых и хронических патологий анального канала (контрольная группа - КГ). Кроме того, проспективному анализу были подвергнуты 56 пациентов с ПСАК (основная группа - ОГ), которые проходили лечение с 2019 по 2024 гг и к которым были применены разработанные и усовершенствованные методы оперативного лечения ПСАК.

Критерии включения в исследование определялись наличием у пациентов послеоперационного сужения ануса II и III степени, развившегося в результате оперативного лечения острой и хронической хирургической патологии анального канала. Исключались из исследования пациенты с посттравматическим и врождённым сужением ануса, стенозом анального канала опухолевого генеза, а также с послеоперационным сужением анального канала I степени. Возраст пациентов обеих групп колебался от 21 до 74 лет, при этом средний возраст составил $44,3 \pm 1,6$ лет. Было отмечено преобладание пациентов в возрастной категории 21-44 и 45-59 (46,1% и 45,1% соответственно) лет (55,4%) (таблица 2.1). В ходе исследования преобладали мужчины, которые составили 60 случаев (58,8%), в то время как женщин было 42

(41,2%). Длительность анамнеза у пациентов с послеоперационным сужением ануса в среднем составила $4,2 \pm 1,3$ года. При этом основную часть составили пациенты с длительностью сужения анального канала до 1 года, которые составляли 48,2% и 47,8% случаев в основной группе (ОГ) и контрольной группе (КГ) соответственно, за послеоперационный период. Наименьшую частоту встречаемости по длительности заболевания показали пациенты с периодом от 3 до 5 лет — по 17,8% и 15,2% в обеих группах исследования, что свидетельствует о сопоставимости этих групп пациентов

Из анамнеза было установлено, что ПСАК возникло у 20 (19,6%) пациентов после хирургического лечения острых патологий анального канала: 13 (23,2%) случаев в основной группе (ОГ) и 7 (15,2%) случаев в контрольной группе (КГ). Среди этих пациентов, после оперативного лечения острого гнилостного парапроктита, ПСАК наблюдалось у 8 (7,8%) пациентов: 6 (10,7%) случаев в ОГ и 2 (4,3%) случая в КГ. ПСАК после лечения острого анаэробного парапроктита развилось у 8 (7,8%) пациентов: 4 (7,1%) случая в ОГ и 4 (8,7%) случаев в КГ. Кроме того, у 3 (5,3%) и у 1 (2,2%) пациентов основной и контрольной групп ПСАК возникло после иссечения острой анальной трещины с кровотечением и анемией средней степени тяжести.

В оставшихся 82 (80,4%) случаях сужение ануса в послеоперационном периоде развивалось после хирургического лечения хронических патологий анального канала, из которых 43 (76,8%) пациентов принадлежали к основной группе (ОГ), а 39 (84,8%) — к контрольной группе (КГ). Из них в 59 (57,8%) случаях послеоперационное сужение анального канала (ПСАК) наблюдалось у группы пациентов с хроническим геморроем: 30 (53,5%) пациентов ОГ и 29 (63,0%) пациента КГ (таблица 2.4). В 18 (17,6%) случаях ПСАК развился у пациентов со сложным рецидивирующим свищом прямой кишки: 10 (17,8%) пациентов ОГ и 8 (21,7%) пациентов КГ. В 5 (4,9%) случаях причиной стало хроническое течение анальной трещины: 3 случая (5,4%) в основной группе и 2 (4,3%) в контрольной группе. Распределение всех пациентов с послеоперационным сужением ануса по степеням показало, что общее количество пациентов со II степенью ПСАК достигло 84 (82,3%) случаев, из которых 45 (80,3%) находились в основной группе (ОГ) и 39 (84,8%) в контрольной группе (КГ). С III степенью послеоперационного сужения ануса было зарегистрировано 18 (17,6%) пациентов, включая 11 (19,6%) в ОГ и 7 (15,2%) в КГ (табл. 1).

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

Степень ПСАК	Основная группа (n=56)	Контрольная группа (n=46)	p	Всего (n=102)
II	45 (80,3%)	39 (84,8%)	>0,05	84 (82,3%)
III	11 (19,6%)	7 (15,2%)	>0,05	18 (17,6%)

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

Таблица 2. Частота встречаемости сопутствующих хирургических патологий АК у больных с ПСАК, абс (%)

Сопутствующая хирургическая патология АК	Основная группа (n=56)	Контрольная группа (n=46)	p	Всего (n=102)
ХАТ	28 (50,0%)	29 (63,1%)	>0,05	57 (55,9%)
ХГ	13 (23,2%)	10 (21,7%)	>0,05	23 (12,5%)
СПК	8 (14,2%)	5 (10,9%)	>0,05	13 (12,7%)

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



Рис.1. Больная 55 лет. ПСАК II –ст. возникший после циркулярного иссечения геморроидальных узлов: – видны послеоперационные циркулярные рубцы



Рис. 2. Больной 49 лет с ПСАК III ст. возникшие после иссечения свища прямой кишки, рубцы, возникшие на месте иссечения высокого транс-сфинктерного свища



Рис. 3. Больной 58 лет. ПСАК III степени, возникший после иссечения хронической анальной трещины – образование пектеноза в подслизистом слое АК

В данной работе распределение всех пациентов с послеоперационным сужением ануса, возникающим после оперативного лечения хирургической патологии анального канала по формам, показало, что доминирующую позицию занимали пациенты с кожной формой стриктуры ануса, которые составили 62 (60,8%) случая: 32 (57,1%) наблюдения среди пациентов основной группы (ОГ) и 30 (65,2%) в контрольной группе (КГ). Одной из основных причин развития мышечной формы ПСАК стал пектеноз анального сфинктера в сочетании со свищами прямой кишки, что составило 13 (12,7%) случаев: 8 (7,8%) и 5 (10,9%) наблюдений в ОГ и КГ соответственно. При сочетании кожной и слизистой или иной формы сужения ПСАК классификация пациентов производилась в зависимости от преобладающего типа сужения.

Распределение всех пациентов с послеоперационным сужением ануса по частоте встречаемости сопутствующих хронических хирургических патологий анального канала показало (табл. 2), что большую часть — 57

(55,9%) случаев — составили пациенты с хроническим анальным трещинам (ХАТ): 28 (50,0%) в основной группе (ОГ) и 29 (63,1%) в контрольной группе (КГ). При этом самая низкая частота сочетания хронических патологий отмечена у 13 (12,7%) пациентов СПК: 8 (14,2%) случаев среди пациентов ОГ и 5 (10,9%) в КГ. При анализе сочетания сопутствующих заболеваний у пациентов с сужением ануса, возникшим после оперативных вмешательств по поводу хирургических патологий анального канала, было установлено, что анемия занимает лидирующую позицию, составляя 27 (29,3%) случаев.

Среди жалоб, предъявляемых пациентами, затруднение и чрезмерное натуживание при дефекации с увеличением длительности последней, было отмечено у всех пациентов обеих групп — 100% как в основной группе (ОГ), так и в контрольной группе (КГ). В то же время, наименьшей по частоте встречаемости жалобой среди пациентов с послеоперационным сужением анального канала (ПСАК) оказалось ректальное

кровотечение, которое составило 27 (26,5%) случая. Большую часть пациентов с кровотечением и болезненностью при дефекации составили пациенты с ПСАК, осложнёнными анальной трещиной.

Среди жалоб, предъявляемых пациентами во время дефекации на фоне послеоперационного сужения ануса, ощущение неполного опорожнения прямой кишки было замечено у 84 (82,3%) пациентов. Из них 36 (35,3%) пациентов прибегали к ручному способу облегчения стула: 19 (33,9%) пациентов из ОГ и 17 (36,9%) из КГ, то есть у них наблюдался синдром обструктивной дефекации (СОД). Некоторые исследователи акцентируют внимание на том, что у пациентов с синдромом СОД пассаж содержимого по толстой кишке обычно остаётся нормальным, за исключением задержки в ректосигмоидном отделе. Известно, что причины СОД многочисленны и включают в себя как функциональные, так и анатомические факторы, которые взаимодействуют и влияют на процесс эвакуации стула. Следовательно, изучение особенностей СОД у пациентов с ПСАК также представляет значительный клинический интерес.

Сочетание более трёх симптомов синдрома обструктивной дефекации (СОД) наблюдалось у 90,4% пациентов с послеоперационным сужением анального канала, причём симптоматика имела органический характер.

В рамках данной работы наличие послеоперационных рубцов на коже промежности было зафиксировано во всех случаях (100%). Кроме того, для определения степени послеоперационного стеноза ануса у всех пациентов производилось измерение размеров наружного суженного отверстия анального канала. При этом пациенты с ПСАК I степени были исключены из данного исследования, поскольку они подлежали консервативному лечению.

Анализ пектенноза анального сфинктера (АС) показал его наличие у 24 (23,5%) пациента: 14 (25%) случаев среди пациентов ОГ и 10 (21,7%) случаев в КГ. Большинство случаев пектенноза сфинктера прямой кишки развивалось у пациентов после перенесённых острых гнилостных и анаэробных парапроктитов, что обусловлено реактивным сужением сфинктера и формированием обширных рубцов. Деформация анального канала (АК) была выявлена в 14 (13,7%) наблюдениях, включая 8 (14,3%) случаев среди пациентов основной группы и 6 (13,1%) в контрольной группе.

Результаты и их обсуждение. Пациенты I подгруппы ОГ, у которых не было выявлено

воспалительных изменений в СОАК и фиброзных изменений в АС, подготовка к операции ограничивалась назначением безшлаковой диеты накануне операции. Такой подход целесообразен для минимизации риска операционных и послеоперационных осложнений за счет снижения объема кишечного содержимого. Пациенты II подгруппы, у которых были выявлены признаки воспалительных изменений в СОАК и/или в АС, а также в ПК, получали комплексное противовоспалительное и антибактериальное лечение в предоперационный период. Такая подготовка направлена на снижение активности воспалительного процесса и минимизацию риска инфекционных осложнений после операции. Пациенты III подгруппы с фиброзными изменениями в указанных анатомических структурах подготавливались к операции без специальной предоперационной подготовки, но принимали предложенные способы оперативного лечения ПСАК.

Для хирургического лечения послеоперационного сужения анального канала (ПСАК) у пациентов контрольной группы (КГ) применялась традиционная существующая хирургическая тактика: – Стриктуротомия с пластикой АК с трапециевидным лоскутом (n=33, 77,7%); – Стриктуротомия с циркулярным низведением слизистой прямой кишки (n=8, 17,4%); – Стриктуротомия с иссечением свища и низведением слизистой прямой кишки (n=5, 10,9%). Методы оперативных вмешательств у пациентов с ПСАК в основной группе представлены в таблице 3.

У 32 (57,1%) пациентам основной группы (ОГ) в хирургическом лечении послеоперационного сужения анального канала (ПСАК) слизистой формы стеноза анального канала в сочетании с хронической анальной трещиной, возникшего после геморроидэктомии, применен метод Стриктуротомия с анопластикой наложением швов в поперечном направлении по периметру ануса.

Метод предполагает проведение дивульсии анального канала после обезболивания (эпидуральное-сакральное или спинальное анестезия). В результате дивульсии в зонах послеоперационных рубцов на слизистой оболочке, которая является менее эластичной и растяжимой по сравнению с неповрежденной слизистой, происходят надрывы (рисунок 3.6). Далее, на местах этих надрывов накладываются швы в поперечном направлении, что способствует дополнительному расширению просвета анального канала (рис. 6, 7).

Таблица 3. Методы оперативных вмешательств у пациентов с ПСАК в основной группе абс. (%)

Способ хирургического вмешательства	Основная группа (n=56)
Стриктуротомия с анопластикой наложением швов в поперечном направлении по периметру ануса при ПСАК в сочетании с хронической анальной трещиной	32 (57,1%)
Стриктурэктомия и анопластика с подслизистым удалением геморроидаильных узлов и низведением отсепарированного трапециевидного лоскута в анальный канал при ПСАК в сочетании с хроническим геморроем	16(28,8%)
2-х этапное хирургическое лечение: – 1-й этап пункционная под УЗИ наведением санация гнойной полости; –2-ой этап стриктуротомия с иссечением свища и низведение слизистой прямой кишки при ПСАК в сочетании со свищами прямой кишки	8 (14,3%)



Рис. 6. Больная 59 лет. Слизистая форма стеноза анального канала после геморроидэктомии: - надорывы раны после дивульсии анального канала на местах рубцов слизистой оболочки.

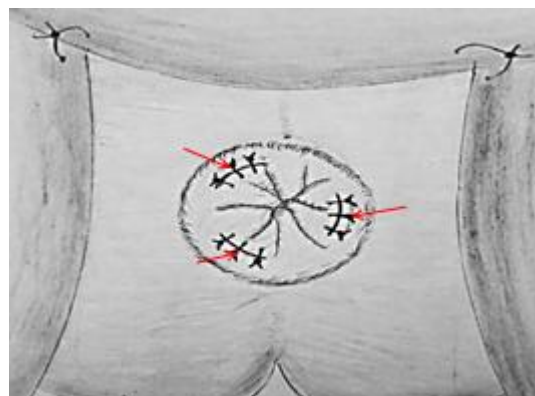
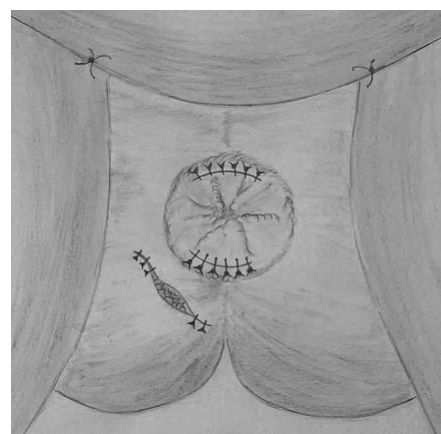


Рис. 7. Способ хирургического лечения больных со слизистой формой постоперационного стеноза анального канала. Швы в поперечном направлении на ранах в слизистой оболочке анального канала.



Рис. 8. Способ хирургического лечения послеоперационного стеноза анального канала в сочетании со свищами прямой кишки: – выделение свищевого хода до стенки прямой кишки; – стриктуротомия в области внутреннего свищевого отверстия и на противоположной стороне стенки анального канала с двойным низведением лоскута в анальный канал; – конечный вид операции



Показанием к применению данного метода является исключительно слизистая форма сужения анального канала. Специфика метода заключается в том, что он направлен на восстановление естественной анатомии слизистой оболочки анального канала без вмешательства в более глубокие слои, такие как кожа или мышечная ткань.

Таким образом, данный метод является целенаправленным и патогенетически обоснованным подходом к лечению слизистой формы ПСАК.

Радикальным методом лечения больных с параректальными свищами и сужением ануса является только хирургическое вмешательство, но эффективность оперативного способа лечения СПК и ПСАК зависит и от правильной предоперационной подготовки пациентов, особенно тех больных, у которых имеется гнойная полость в параректальной клетчатке, так как они входят в группу риска послеоперационных осложнений.

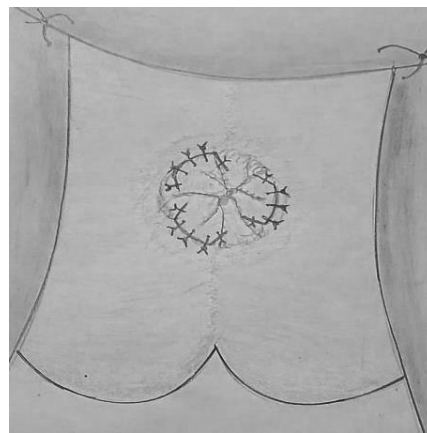


Рис. 9. Способ хирургического лечения постоперационного стеноза анального канала в сочетании с хроническим внутренним геморроем; - отсепаровка слизистой оболочки в форме трапеции над узлом внутреннего геморроя, прошивание и завязывание сосудистой ножки с удалением геморроидальной ткани; - Низведение отсепарованного трапециевидного лоскута в анальный канал с прошиванием его к анодерме

Исходя из этого, 8 (14,2%) больным со стенозом ануса в сочетании со СПК ОГ применен метод 2-х этапное хирургическое лечение: – 1-й этап пункционная под УЗИ наведение санация гнойной полости; –2-ой этап стриктуротомия с иссечением свища и низведение слизистой прямой кишки при ПСАК в сочетании со свищами прямой кишки.

Метод предполагает детальную препарацию свищевого хода со стороны промежности до стенки прямой кишки (рис. 8). Далее у основания стенки прямой кишки свищевой ход отсекается.

После иссечения рубцов внутреннее отверстие ушивается кисетным швом и отпрепаруется слизисто-подкожный лоскут (рисунок 3.10.б), который низводится и фиксируется к перианальной коже. Также на противоположной стороне проводится стриктуротомия с низведением слизистой оболочки в анальный канал вышеуказанным способом с целью полной ликвидации стеноза анального канала (рис. 8).

Таким образом, комплексный 2-х этапный подход, включающий тщательную предоперационную подготовку с акцентом на ликвидацию гнойной полости, и последующее хирургическое вмешательство, является оптимальной стратегией лечения пациентов с данным сочетанием заболеваний. Этот подход позволяет достичь максимально положительных исходов лечения и минимизировать риск осложнений.

У 16 (28,6%) пациентов с послеоперационным сужением анального канала (ПСАК) со слизистой формой из них у 13 (23,2%) в сочетании с хроническим геморроем был применена стриктурэктомия и анопластика с подслизистым удалением геморроидальных узлов и низведением отсепарированного трапециевидного лоскута в анальный канал.

Метод направлен на сохранение слизистой оболочки и расширение анального канала через подслизистое удаление геморроидальных узлов. Процедура начинается с обезболивания, после чего осуществляется иссечение рубцовой стриктуры (стриктурэктомия). Далее выполняется дивульсия анального канала, в ходе которой слизистая оболочка над геморроидальным узлом отсепарируется в форме трапеции (рис. 9). Затем производится прошивание и завязывание сосудистой ножки с последующим удалением геморроидальной ткани.

Затем выполняется дозированная сфинктеротомия через рану на месте удалённого геморроидального узла на глубину от 0,5 до 1,0 см на задней стенке анального канала (АК). После этого сверху указанной раны размещают отсепарованный ранее трапециевидный лоскут в АК с прошиванием его к анодерме.

Этот метод анопластики, позволяет сохранить слизистую оболочку ануса и предотвратить уменьшение или натяжение тканей анального канала, которые могут привести к его дальнейшему сужению. Основным показанием к применению данного способа стал послеоперационный стеноз анального канала, сочетающийся с хроническим внутренним геморроем (таблица 3.6). В рамках данного исследования не фиксировались случаи послеоперационного сужения ануса, возникшие после лечения хронической хирургической патологии анального канала с наружным геморроем.

Осложнения были зарегистрированы всего у 16 (15,7%) пациентов обеих групп. В целом, в ранний послеоперационный период после хирургического лечения ПСАК нагноение раны анального канала среди всех исследованных пациентов произошло в 12 (11,7%) случаях, из которых 5 (8,9%) случая были зафиксированы среди пациентов основной группы (ОГ) и 7

(15,2%) случай — в контрольной группе (КГ). Факторами, способствующими нагноению раны анального канала, стали наличие сахарного диабета в стадии субкомпенсации и легкая степень постгеморрагической анемии. В результате, частота нагноений послеоперационных ран в ОГ снизилась на 6,3% по сравнению с КГ (с 15,7% до 8,9%). Отмечается, что пациентам с анемией средней и тяжелой степени в предоперационный период проводилась трансфузия эритроцитарной массы для коррекции уровня гемоглобина до 90,0 г/л и выше. В то же время, пациентам с анемией легкой степени трансфузия эритроцитарной массы не проводилась, поскольку данное состояние не считалось показанием к переливанию крови. Необходимо подчеркнуть, что одной из причин раннего послеоперационного кровотечения у 4 (3,9%) пациентов из обеих исследуемых групп (включая 2 (3,8%) случая в основной группе (ОГ) и 2 (4,3%) случая в контрольной группе (КГ)) стало несоблюдение пациентами постельного режима в первые сутки после операции. Учитывая характер и интенсивность кровотечения, в этих случаях для достижения гемостаза использовалась тампонада.

Кроме того, в 1 случае (1,8%) в основной группе причиной кровотечения стало соскальзывание лигатуры с сосуда из промежностной раны после проведения иссечения свища с анопластикой. Данное раннее послеоперационное осложнение было успешно устранено путем перевязки кровоточащего сосуда в промежностной ране под местной анестезией. Из результатов, полученных в раннем послеоперационном периоде, следует, что непосредственные послеоперационные осложнения были зафиксированы в 7 (12,5%) случаях среди пациентов основной группы (ОГ) и в 9 (19,5%) случаях среди пациентов контрольной группы (КГ). Таким образом, было отмечено снижение частоты указанных осложнений на 7,0%

(с 19,5% до 12,5%). Это свидетельствует о том, что выбранная тактика оперативного лечения послеоперационных структур ануса, возникающих после хирургического лечения острых и хронических патологий анального канала, была корректной.

В рамках оценки отдалённых результатов хирургического лечения послеоперационного сужения анального канала (ПСАК), нами были использованы такие критерии, как количество рецидивов и развитие послеоперационной недержания ануса (НАС), данные по частоте которых представлены в таблице 3.8. В целом, рецидив ПСАК был зафиксирован у 10 (9,8%) пациентов: в 4 (7,1%) случаях в основной группе (ОГ) и в 6 (13,1%) случаях в контрольной группе (КГ). Согласно нашим наблюдениям, причиной рецидивов структуры ануса в отдалённом послеоперационном периоде во всех случаях стали нагноения послеоперационной раны.

Функция анального сфинктера анализировалась в отдалённый послеоперационный период, спустя 6 месяцев после операции. Среди всех исследуемых пациентов НАС развилась у 8 (7,8%) случаев, из которых 3 (5,3%) пришлось на основную группу и 5 (10,8%) на контрольную группу. Отмечается, что анальное недержание I степени, возникшее в результате оперативного лечения анальной структуры, встречалось чаще, чем недержание II степени.

Анальное недержание I степени было выявлено у 5 (4,9%) пациентов. Среди них, 2 (3,6%) случая пришлось на пациентов основной группы (ОГ) и 3 (6,5%) случаев – на контрольную группу (КГ), при этом различие показателей между группами имело статистическую значимость, составившую $p < 0,05$. Важно подчеркнуть, что анальное недержание III степени не наблюдалось ни в одной из исследуемых групп (табл. 5).

Таблица 5. Отдалённые результаты хирургического ПСАК, абс (%)

Вид осложнения	Основная группа (n=56)	Контрольная группа (n=46)	p	Всего (n=102)
НАС I степени	2 (3,6%)	3 (6,5%)	<0,05	5 (4,9%)
НАС II степени	1 (1,8%)	2 (4,3%)	>0,05	3 (2,9%)
НАС III степени	0 (0%)	0 (0%)	-	0 (0%)
Рецидив	4 (7,1%)	6 (13,1%)	<0,05	10 (9,8%)
Всего:	7 (12,5%)	11 (23,9%)	<0,05	18 (17,6%)

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

Применение предложенных методов предоперационной подготовки и хирургического лечения постоперационных сужений ануса возникающих у пациентов, прооперированных по поводу острых и хронических патологий анального канала, позволило снизить частоту анального неудержания в два раза – с 10,9% до 5,3%. Как показывают данные таблицы 3.8, количество рецидивов ПСАК среди пациентов ОГ после применения нашей хирургической тактики уменьшилось на 6,0%.

Использование в диагностике постоперационного сужения анального канала ультразвукового исследования с линейным датчиком и магнитно-резонансной томографии позволяет получить максимально полную информацию о характере патологического процесса в предоперационный период и определить наиболее адекватную хирургическую тактику. Благодаря разработанной нами поэтапной хирургической тактике и методикам оперативного лечения, удалось значительно снизить риск рецидивов заболевания с 13,1% до 7,1% и НАС с 10,8% до 5,3%, что подчёркивает эффективность предложенного подхода.

Заключение:

1. Предложенные усовершенствованные способы анопластики при слизистой форме сужения анального канала с одновременным иссечением анальных трещин и геморроидэктомии, а также 2-х этапной анопластики при сочетании со свищами прямой кишки с предварительной навигационно-пункционной санацией гнойной полости с последующей радикальной операцией - стриктуротомии с иссечением свища эффективны меньшим риском возникновения послеоперационных осложнений.

2. Предложенный диагностический и лечебный алгоритм позволяет выбрать оптимальную хирургическую тактику в зависимости от формы стриктуры, степени сужения анального канала и сопутствующей хронической анальной трещины, хронического геморроя и свища прямой кишки.

3. Дифференцированный выбор способа анопластики в зависимости от формы стриктуры и сопутствующей патологии анального канала позволило улучшить результаты лечения снижением ближайших послеоперационных осложнений с 19,5% до 12,5%, рецидива стриктуры с 13,1% до 7,1% и недостаточности анального сфинктера с 10,8% до 5,3%.

Литература:

1. Adilov K. Z., Rizaev J. A., Adilova Sh T. Diagnostic and prognostic significance of gingival fluid cytokines in the development of inflammatory periodontal diseases // The American Journal of Medical

Sciences and Pharmaceutical Research. – 2024. – Т. 6. – №. 07. – С. 12-18.

2. Rizaev J. A., Vohidov E. R., Nazarova N. S. The importance of the clinical picture and development of the condition of periodont tissue diseases in pregnant women // Central Asian Journal of Medicine. – 2024. – №. 2. – С. 85-90.

3. Rizaev J. A., ugli Sattorov B. B., Nazarova N. S. Analysis of the scientific basis for organizing dental care for workers in contact with epoxy resin // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 15. – С. 280-283.

4. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current View of the Problem: A New Approach to Covid-19 Treatment // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.

5. El-Barbary, H. M., Evaluation of House flap anoplasty in cicatricial anal stenosis. Ain Shams University, Cairo, Египет, представлено на 11-м съезде Egyptian Group of Colorectal Surgeons, Шарм-эль-Шейх, июнь 2009. (9 пациентов; оценка симптомов, качество жизни и осложнений) asjs.journals.ekb.eg

6. Islam, Md Rashidul; et al Surgical Treatment of Iatrogenic Low Variety Anal Stenosis with Diamond Flap Anoplasty – A Prospective Study. Journal of Shaheed Suhrawardy Medical College, Dhaka, Bangladesh; Vol. 12 №2.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Усманов Ф.Х., Дусияров М.М., Хужабаев С.Т.

Резюме. В данное исследование было включено 102 пациента с ПСАК. Предложенные усовершенствованные способы анопластики при слизистой форме сужения анального канала с одновременным иссечением анальных трещин и геморроидэктомии, а также 2-х этапной анопластики при сочетании со свищами прямой кишки с предварительной навигационно-пункционной санацией гнойной полости с последующей радикальной операцией - стриктуротомии с иссечением свища эффективны меньшим риском возникновения послеоперационных осложнений. Предложенный диагностический и лечебный алгоритм позволяет выбрать оптимальную хирургическую тактику в зависимости от формы стриктуры, степени сужения анального канала и сопутствующей хронической анальной трещины, хронического геморроя и свища прямой кишки. Дифференцированный выбор способа анопластики в зависимости от формы стриктуры и сопутствующей патологии анального канала позволило улучшить результаты лечения снижением ближайших послеоперационных осложнений с 19,5% до 12,5%, рецидива стриктуры с 13,1% до 7,1% и недостаточности анального сфинктера с 10,8% до 5,3%.

Ключевые слова. Послеоперационный стеноз анального канала, клиника, хирургическое лечение.