

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№3 (Том 4)

2023

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, ISSUE 3





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев, д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова, к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
А.Н. Арипов (Ташкент)
М.Ш. Ахорова (Самарканд)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н.Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
М.М. Матлюбов (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Г. Румянцев (Москва)
Н.А. Тураева (Самарканд)
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Ш.М. Уралов (Самарканд)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

| | |
|---|----|
| 1. Атаева Ф.Н., Туразода М. У. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК С ЮВЕНИЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ..... | 5 |
| 2. Garifulina L.M.,Kholmuradova Z. E. ,Kudratova G. N. FEATURES OF IMPLEMENTATION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM PATHOLOGY IN CHILDREN WITH OBESITY, IMPROVEMENT OF PREVENTION AND TREATMENT..... | 8 |
| 3. Гарифулина Л.М.,Тураева Д.Х.,Аслидинов Ш. Б. СЕМИЗЛИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ГЕПАТОБИЛИАР ПАТОЛОГИЯ..... | 11 |
| 4. Ganiev A.G., Sanakulov A.B. ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH A PREDISPOSITION TO ALLERGIC DISEASES... | 15 |
| 5. Ganiev A.G., Sanakulov A.B. INDICATORS OF CIRCUITAL HEART RHYTHM IN SCHOOLCHILDREN WITH NEUROCULATORY CARDIAC DYSTONIA..... | 19 |
| 6. Isanova Sh.T., Niyozov Sh. T., Mukhtarova M. A., Shukurov Xodixon Baxtiyor o`g`li. PATHOGENETIC MECHANISM OF PAIN SYNDROME IN NEWBORNS..... | 23 |
| 7. Ishkabilova G.Dj.,Raxmonkulov Sh.I. SURUNKALI IKKILAMCHI PIELONEFRITNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI..... | 26 |
| 8. Каримжанов И.А., Мадаминова М.Ш., Умаров Д.А. РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА ИЛ-17А ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ..... | 30 |
| 9. Ниязов Ш.Т., Эргашев С. С., Исанова Ш.Т., Мухтарова А. А. ОПТИКО-КОГЕРЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ У ДЕТЕЙ..... | 34 |
| 10. Rasulov A. S. BIOKIMYOVIY KORSATKICHLARNI O'RGANISH BOLALARDA RAXITNI DAVOLASHDA MUVAFFAQIYATGA ERISHISH YO'LIDIR..... | 38 |
| 11. Sirojiddinova H. N., Usmonova M. F. YOSH BOLALARDA MEKONIAL ASPIRASYON SINDROMINING KLINIK XARAKTERISTIKASI..... | 42 |
| 12. Умаркулов З. З., Хамидов О.А., Давлатов С. С., Усмонов А.У. РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ..... | 46 |
| 13. Умаркулов З.З., Хамидов О.А., Давлатов С. С., Усмонов А. У. РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАЗИТАРНЫМИ И НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ..... | 51 |
| 14. Usmanova M.F., Sirojiddinova X. N. YANGI TUG'ILGAN SHAQALOQLARDA MOSLASHUV JARAYONINING ANAMIYATI..... | 56 |
| 15. Xusainova Sh.K., Zakirova B.I., Makhmujanova S. R. THE PREVALENCE OF RECURRENCE OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN..... | 59 |
| 16. Шавази Н.М., Ибрагимова М. Ф., Шавкатова З. Ш. СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ..... | 63 |
| 17. Шеркулов К.У., Ахророва Л.Б., Усмонова Н. У. СОЧЕТАННАЯ НЕОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА..... | 67 |
| 18. Lim M.V., Irshodzoda A. D., Xatamova K. V. THE ROLE OF MICROCLIMATE IN CHILDREN WITH RECURRENT OBSTRUCTIVE BRONCHITIS..... | 73 |
| 19. Лим М. В., Джураева М.С., Абдурахимова А.Ф. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ..... | 77 |

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 618.181-002.3(611.351)+616

Шеркулов Кодир Усмонкулович

Ассистент кафедры общей хирургии. Самаркандский государственный медицинский университет. Самарканд, Узбекистан.

Ахророва Лайло Барно кизи

Ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии, урологии. Бухарский государственный медицинский институт. Бухара, Узбекистан.

Усмонова Нигинабону УсмоновнаСтудентка 4-го курса стоматологического факультета
Кафедра факультетской и госпитальной хирургии, урологии.
Бухарский государственный медицинский институт.

СОЧЕТАННАЯ НЕОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА

For citation: Sherkulov K.U., Ahrorova L.B., Usmonova N.U./ Combined non-tumor pathology of the rectum and anal canal. Journal of hepato-gastroenterology research. 2023. vol. 4, issue 3. pp.67-72

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10511118>

АННОТАЦИЯ

В последние годы отмечена тенденция в индустриальных странах к увеличению сочетанных заболеваний анального канала и прямой кишки, требующих оперативного лечения. Больные геморроем, острым парапроктитом, хронической трещиной анального канала, прямокишечными свищами, полипами анального канала и прямой кишки составляют 19-42% в структуре колопроктологической заболеваемости. Анализ литературы свидетельствует о целесообразности выполнения сочетанных операций. До настоящего времени недостаточно разработаны показания и противопоказания к выполнению одномоментных операций при неопухоловой патологии анального канала и прямой кишки. Отсутствует оптимальный лечебный алгоритм при сочетанной проктологической патологии. Нуждаются в модификации некоторые операции для улучшения эффективности лечения. Все это и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Ключевые слова: сочетанная неопухоловая патология, анальный канал, прямая кишка, свищи прямой кишки.

Sherkulov Qodir UsmonqulovichUmumiy jarrohlik kafedrasida assistenti.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti. Samarqand, O'zbekiston.**Ahrorova Laylo Barno Qizi**Fakultet va hospital jarrohligi, urologiya kafedrasida assistenti.
Buxoro davlat tibbiyot instituti. Buxoro, O'zbekiston.**Usmonova Niginabonu Usmonovna**Stomatologiya fakulteti 4-kurs talabasi
Fakultet va hospital xirurgiya, urologiya kafedrasida.
Buxoro davlat tibbiyot instituti.

TO'G'RI ICHAK VA ANAL KANALNING O'SIMTASIZ KOMBINATSIYALANGAN PATOLOGIYASI

ANNOTATSIYA

So'nggi yillarda sanoati rivojlangan mamlakatlarda anal kanal va to'g'ri ichakning jarrohlik davolashni talab qiladigan qo'shma kasalliklarining ko'payishi tendentsiyasi kuzatilmog'da. Koloproktologik kasallanish tarkibida gemorroj, o'tkir paraпроктит, anus kanalining surunkali yorig'i, to'g'ri ichak oqmalari, anal kanal va to'g'ri ichak poliplari bilan og'rigan bemorlar 19-42% ni tashkil qiladi. Adabiyotlarni tahlil qilish kombinatsiyalangan operatsiyalarni bajarishning maqsadga muvofiqligini ko'rsatadi. Bugungi kunga qadar anal kanal va to'g'ri ichakning shishsiz patologiyasi uchun bir bosqichli operatsiyalarni bajarish uchun ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar etarli darajada ishlab chiqilmagan. Kombinatsiyalangan proktologik patologiya uchun optimal davolash algoritmi yo'q. Davolash samaradorligini oshirish uchun ba'zi operatsiyalarni o'zgartirish kerak. Bularning barchasi ushbu tadqiqot uchun asos bo'ldi.

Kalit so'zlar: o'simtasiz kombinatsiyalangan patologiya, anal kanal, to'g'ri ichak, to'g'ri ichak oqmalari.

Sherkulov Kodir UsmonkulovichAssistant of the Department of General Surgery.
Samarkand State Medical University. Samarkand, Uzbekistan.

Ahrorova Lailo Barno Kizi

Assistant of the Department of Faculty and Hospital Surgery, urology.
Bukhara State Medical Institute. Bukhara, Uzbekistan.

Usmonova Niginabonu Usmonovna

4th year student of the Faculty of Dentistry
Department of faculty and hospital surgery, urology.
Bukhara State Medical Institute.

COMBINED NON-TUMOR PATHOLOGY OF THE RECTUM AND ANAL CANAL

ANNOTATION

In recent years, there has been a tendency in industrialized countries to an increase in combined diseases of the anal canal and rectum, requiring surgical treatment. Patients with hemorrhoids, acute paraproctitis, chronic fissure of the anal canal, rectal fistulas, polyps of the anal canal and rectum account for 19-42% in the structure of coloproctological morbidity. An analysis of the literature indicates the expediency of performing combined operations. To date, indications and contraindications for performing one-stage operations for non-tumor pathology of the anal canal and rectum have not been sufficiently developed. There is no optimal treatment algorithm for combined proctologic pathology. Some operations need to be modified to improve the effectiveness of treatment. All this formed the basis for this study.

Key words: combined non-tumor pathology, anal canal, rectum, rectal fistulas.

Введение. На сегодняшний день проблема возникновения кишечных свищей является крайне актуальной, поскольку относится к наиболее тяжелым осложнениям, возникающим после оперативных вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, и регистрируется у 0,5 - 1,8% больных. Такой рост возникновения данного осложнения связан с увеличением числа пациентов среди оперированных больных и расширением объема оперативных вмешательств. Проблема несформированных свищей тонкой кишки вышла за рамки чисто медицинской и приобрела социальный характер, поскольку негативные последствия лечения наблюдаются у 38-89% пациентов. Максимальное количество осложнений после восстановления непрерывности кишечника наблюдается в неотложной хирургии, что обусловлено частым использованием резекционных методов лечения. Так, резекция кишечника выполняется у 14%-33% пациентов с ущемленной грыжей, 25%-49% пациентов с острой кишечной непроходимостью, в 50%-85% случаев разрывов и перфораций полых органов. При повторных вмешательствах по поводу послеоперационных осложнений на органах брюшной полости резекция тонкой кишки выполняется в 30%-60% случаев.

В последние годы отмечена тенденция в индустриальных странах к увеличению сочетанных заболеваний анального канала и прямой кишки, требующих оперативного лечения. У 18-32% больных, поступающих в колопроктологические стационары, имеются по 2-3 сочетанных заболевания, при которых необходима одномоментная хирургическая коррекция [6, 18].

Больные геморроем, острым парапроктитом, хронической трещиной анального канала, прямокишечными свищами, полипами анального канала и прямой кишки составляют 19-42% в структуре колопроктологической заболеваемости. В частности, геморрой в сочетании с хронической трещиной анального канала наблюдается в 12,3-59,1% случаев, прямокишечным свищом в 29,3-40,1%, полипом анального канала в 13,2-18,4%. Предиктором возникновения острого парапроктита в 20,3-31,5% случаев является геморрой [3, 8].

До настоящего времени диагностика, дифференциальная диагностика и хирургическое лечение сочетанной неопухоловой патологии анального канала и прямой кишки представляет собой сложную, до конца не решенную проблему. Некоторые хирурги [5, 11, 17] положительно относятся к сочетанным оперативным вмешательствам ввиду сокращения койко-дня, выраженного медико-экономического эффекта и отсутствия необходимости в повторной операции. Другие считают, что после сочетанных операций выше процент осложнений, и выполнять данные вмешательства следует только по строгим показаниям [2, 10].

По данным некоторых авторов [8, 14], сочетанные операции имеют следующие преимущества: пациент сразу излечивается от 2-3 сочетанных заболеваний, требующих хирургической коррекции; нет необходимости в повторном анестезиологическом обеспечении; предупреждается дальнейшее развитие некорригированного патологического процесса; сокращается срок

госпитализации больного; нет необходимости в повторном обследовании; повышается экономическая эффективность лечения.

По данным разных источников, распространенность геморроя достаточно высока - от 120 до 186 на 1000 населения, из них от 10 до 50% нуждаются в лечении, причем, в 75% случаев - в хирургическом [5, 16]. В качестве отдельной нозологической единицы геморрой наблюдается примерно в 82,1% случаев, а в 17,9% сочетается с другими проктологическими заболеваниями [8, 13].

Причины возникновения геморроя: врожденная недостаточность венозной системы, застойные явления в венах прямой кишки, малоподвижный образ жизни, тяжёлый физический труд, беременность, роды и др. [5]. Но эти теории не могут объяснить артериальный характер кровотечения из геморроидальных узлов. По данным Капуллера Л.Л. и соавт. (1974, 1994), структурной основой геморроя является не варикозное расширение вен прямой кишки, а гиперплазия пещеристых телец и эктазия их порто-кавальных и артериовенулярных анастомозов.

Механическая теория объясняет возникновение геморроя дегенеративными изменениями тканей анального канала. Мышечная фиброэластическая ткань, удерживающая внутренние геморроидальные узлы на месте, с третьего десятилетия жизни начинает дегенерировать. Потеря эластичности приводит к подвижности геморроидальных узлов, и они начинают сдвигаться к анальному каналу. Постоянное выпадение приводит к истончению и разрывам слизистой оболочки, возникает кровотечение из кавернозных соустьев геморроидального сплетения. Таким образом, геморрой развивается при сочетании различных патогенетических факторов [3, 10].

По локализации геморрой подразделяют на наружный, внутренний и комбинированный; по течению бывает острый и хронический (как фазы одного и того же процесса).

Выделяют 4 стадии хронического геморроя [4, 9]:

I стадия - узлы не выпадают, во время дефекации выделяется кровь из ануса;

II стадия - узлы выпадают при дефекации и вправляются самостоятельно;

III стадия - узлы выпадают даже при незначительной физической нагрузке, самостоятельно не вправляются, только при ручном пособии;

IV стадия - выпавшие за пределы анального канала узлы, не вправляются.

Различают три степени острого геморроя:

I степень - тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов;

II степень - тромбоз геморроидальных узлов с их некрозом;

III степень - переход воспаления на подкожно-жировую клетчатку, некроз слизистой оболочки узлов.

Осложнённые формы геморроя являются показанием к оперативному вмешательству. Многочисленные оперативные пособия можно условно разделить на 3 основные группы:

1. Перевязка геморроидальных узлов [6, 13];
2. Пластические операции [7, 13];
3. Иссечение геморроидальных узлов [6, 14].

По данным литературы, лигатурный метод лечения геморроя сопровождается осложнениями: выраженным болевым синдромом (13,7-16,3%), отеком перианальной области (16,2-19,4%), повышением температуры тела (9,1-15,3%), а в отдаленном периоде - слабостью анального сфинктера (8-11%), в 9,3-16,2% случаев был рецидив геморроя [2, 10, 19]. Рецидив заболевания после использования латексных колец в лечении геморроя составляет 8,2-34,1% [12].

Циркулярное иссечение слизистой оболочки анального канала вместе с геморроидальными узлами и низведение её вышележащих отделов с фиксацией к перианальной коже (операция Уайтхеда), при использовании циркулярного сшивающего аппарата - операция Лонго, часто сопровождаются грозными осложнениями. Эти операции, по данным некоторых ученых, считаются «калечачими», и их не рекомендуется выполнять [9, 11, 18]. Отрицательной стороной способа геморроидэктомии с применением механического шва аппаратом КЦ-28, циркулярного сшивающего аппарата фирмы «Covidien или Ethicon» с диаметром головки 25-30мм [13, 18] является то, что формируется рана анального канала, которая может привести к недостаточности анального сфинктера и стриктуре заднего прохода. Не нашли широкого применения способ геморроидэктомии с наложением глухого шва по типу восьмерки на зажиме и геморроидэктомия с механическим швом при помощи сосудосшивающих аппаратов [6, 8, 16].

По данным литературы, недостатками применяемых способов хирургического лечения геморроя являются: риск развития кровотечения, выраженный болевой синдром после операции, возможность развития стриктур анального канала, парапроктита, болезненные перевязки, длительный период нетрудоспособности, опасность развития в отдаленном периоде недостаточности анального сфинктера и рецидива заболевания в 2-3,4% [10, 15]. Для геморроидэктомии используют также лазер, его преимущества - бескровность операции, незначительный болевой синдром, более благоприятный послеоперационный период. Однако, в литературе встречаются работы, посвященные высокому риску рецидива геморроидальной болезни, развитию стриктуры анального канала [15]. Также имеются работы об использовании в послеоперационном периоде облучения раны анального канала гелий-неоновым лазером, КУФ-облучения, электроглоанальгезии, однако убедительных данных о влиянии данного лечения на скорость заживления ран и уменьшения сроков реабилитации нет [20].

Широкое распространение получила операция Миллигана-Моргана, предложенная еще W.Miles. При этом иссекают три внутренних и три наружных геморроидальных узла (на 3, 7 и 11 часах условного циферблата) вместе с кавернозными тельцами подслизистого слоя прямой кишки, что патогенетически обосновано [9, 15]. Недостатком операции является выраженный болевой синдром, обусловленный ушиванием ран перианальной области. Существует также модифицированный способ геморроидэктомии, когда раны перианальной области не ушиваются, так называемая «открытая» геморроидэктомия, выполнение которой уменьшает длительность операции, снижает болевой синдром и сроки реабилитации в послеоперационном периоде [17].

Анальная трещина по частоте занимает 2-е место среди проктологических заболеваний, уступая лишь геморрою, а по некоторым данным, и парапроктиту [8, 10, 15]. Хроническая трещина анального канала характеризуется выраженным болевым синдромом.

Среди проктологов нет единства взглядов на показания и тактику лечения хронических трещин анального канала, некоторые мнения диаметрально противоположны и постоянно дискутируются [18, 20].

Частота возникновения анальной трещины - от 11 до 16% среди всех заболеваний толстой кишки, и составляет 20-24 случая на

1000 взрослого населения. Женщины молодого и среднего возраста болеют чаще [10, 18].

Известно много причин возникновения АТ: механическая, паракератоз, сосудистые нарушения, нейромышечные изменения и травма анального сфинктера, дефекты слизистой оболочки при прохождении твердых каловых масс, нейрогенные расстройства с длительным спазмом анальных сфинктеров [6].

На задней стенке анального канала имеются более глубокие дистальные части прямокишечных крипт Морганьи, и там сходятся сухожильные окончания мышц анального сфинктера, что также может способствовать образованию анальной трещины [18]. Трещина в передней части анального канала наблюдается преимущественно у женщин.

Часто анальная трещина сочетается с ректоцеле и мегадолихоколон [3, 18]. Дефекту слизистой оболочки с четкими краями и дном предшествует скарификация участка слизистой оболочки вследствие воздействия высоковирулентной кишечной микрофлоры. На дне такой трещины-язвы нервные окончания теряют свою оболочку, оголяются, что приводит к выраженному болевому синдрому [1, 18].

При хроническом течении края такой язвы уплотняются и утолщаются, а в дистальной части формируется утолщение - «сторожевой бугорок», в проксимальном отделе иногда определяется гиперпластический анальный сосочек. В норме анальные сосочки не имеют никакого отношения к истинным полипам [1, 17].

Образованию АТ могут способствовать зуд заднего прохода, кондиломы, проктит, повреждения слизистой инородными телами, противоестественные половые отношения, острый колит, проктосигмоидит, хронический колит с запорами [10, 11].

Для анальных трещин характерна триада клинических проявлений: боль в заднем проходе, спазм анального сфинктера, незначительное кровотечение из заднего прохода. При сочетании АТ с геморроем к жалобам добавляются выпадение узлов и более обильное ректальное кровотечение [3, 7]. Боли вызывают спазм анального сфинктера, а спазм усиливает боль. При острых трещинах боли сильные, но кратковременные - во время дефекации и в течение 15-20 мин после нее. При хронической АТ боли длительные, появляется «стулобязнь». Пациенты становятся раздражительными, беспокоит бессонница, они чаще ставят клизмы.

АТ может осложниться выраженным болевым синдромом из-за спазма анального сфинктера, кровотечением, острым парапроктитом [7, 9].

Диагностика АТ достаточно проста (осмотр, пальпация, пальцевое исследование прямой кишки, сфинктерометрия).

Необходимо исключить наличие неполного внутреннего свища, для которого характерен постоянный болевой синдром, а при разведении анального канала из него начинает поступать гнойное отделяемое [3, 13].

Пальцевое исследование больных с хроническими анальными трещинами позволяет определить её точную локализацию, состояние краев (плотные, приподнятые), наличие спазма сфинктера, состояние стенок заднепроходного канала, консистенцию анальных сосочков [3, 11]. Оперативное лечение АТ показано при хроническом течении заболевания, которое не поддается консервативной терапии.

Вместо открытой задней дозированной сфинктеротомии зарубежные авторы обычно используют боковую подкожную сфинктеротомию, предложенную Parks А. [14]. При этом рассекают только внутренний сфинктер под контролем пальца, введенного в прямую кишку. После операции в анальный канал вводят тонкую трубку-катетер и марлевую турунду с антисептической мазью, при этом считается, что трещина заживает самостоятельно. Учитывая, что остается субстрат основного заболевания и невозможно контролировать глубину рассечения боковой порции сфинктера, во избежание анальной инконтиненции нет полной уверенности в радикальном излечении данной категории больных [1, 9].

Радикальная операция, по мнению отечественных авторов, заключается в иссечении трещины в пределах здоровой слизистой оболочки с дополнительной задней дозированной сфинктеротомией [2, 10]. Некоторые авторы рекомендуют дополнять сфинктеротомию низведением и фиксацией слизистой оболочки к периаанальной коже, однако, при этом усиливается болевой синдром в послеоперационном периоде, увеличивается риск развития трансфинктерных прямокишечных свищей и подкожно-подслизистых парапроктитов [16, 19].

Геморрой в сочетании с АТ встречается в 11,4-59,2% случаев. Наиболее часто бывает трещина при выпадении внутренних геморроидальных узлов. При геморрое трещины обычно имеют хроническое течение из-за нарушения микроциркуляции, особенно в задней и передней частях анального канала [3, 19].

В литературе упоминаются случаи одномоментной хирургической коррекции АТ в сочетании с геморроем. Так, Назаров Л.У. (1981) [7] иссекал трещину с полным восстановлением слизистой оболочки, выполнял боковую подкожную сфинктеротомию и геморроидэктомию с покрытием ран полимерной пленкой «Диплен» для защиты от инфицирования. Однако, операция иссечения АТ, сфинктеротомии, подшивание краев раны ко дну с геморроидэктомией имеет существенные недостатки. В анальном канале образуется дефект слизистой, что является источником болевого синдрома и причиной рефлекторной задержки мочеиспускания. Кроме того, наличие раневой поверхности в анальном канале удлиняет срок грануляции с увеличением периода временной нетрудоспособности пациентов. Дефект слизистой оболочки способствует также образованию грубых рубцов, которые могут привести к формированию интрасфинктерных свищей или недостаточности анального жома [16, 18]. Мадамин А.М. и соавт. (2011) [14] проанализировали результаты различных способов хирургического лечения 172 больных хроническим геморроем в сочетании с хронической анальной трещиной. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую (основную) группу вошли 82 (47,7%) больных, оперированных по предложенной авторами методике. Во вторую (контрольную) группу включены 90 (52,3%) пациентов, которым произведена геморроидэктомию по Миллигану-Моргану во второй модификации НИИ проктологии МЗРФ с иссечением анальной трещины по Габриэлю. Все пациенты предъявляли жалобы на выпадение внутренних геморроидальных узлов, появление крови и незначительные боли во время дефекации. Операции в двух группах были одинаковыми за исключением того, что в основной группе иссекалась анальная трещина по Габриэлю с ушиванием раны в поперечном направлении, а в контрольной группе эта рана оставалась открытой, с дозированной сфинктерэктомией на глубину до 0,8 см у мужчин, и до 0,6 см - у женщин. В первой группе в послеоперационном периоде у 3,7% больных отмечены боли в области ран и выделения крови при дефекации, во второй группе такие жалобы были в 8,9% случаев. Больные в I-й группе провели в стационаре $7 \pm 1,2$ койко-дней, срок амбулаторного долечивания равнялся 15 дням; во II-й группе эти сроки составили соответственно $9 \pm 1,4$ дня и 17 дней соответственно. В обеих группах послеоперационной инконтиненции отмечено не было. В отдельные сроки после оперативного лечения в первой группе рецидив анальной трещины был в 2,4% случаев, во второй группе - в 5,5%. Таким образом, авторы показали преимущества симультанной операции геморроидэктомии с иссечением анальной трещины по Габриэлю с ушиванием раны, оставшейся после иссечения трещины в поперечном направлении.

Мухабатов Д.К. с соавторами (2015) [5, 7] прооперировали 118 больных с геморроем в сочетании с трещиной анального канала. У 60 пациентов произведена усовершенствованная тактика хирургического лечения. 35 (58,3%) пациентам выполнили геморроидэктомию наружных и внутренних геморроидальных узлов в сочетании с иссечением трещины и послабляющими разрезами кожи периаанальной области. В 25 (41,7%) случаях ограничили иссечение трещины анального канала в сочетании с дезартеризацией внутренних узлов или же иссечением только наружных геморроидальных узлов. Болевой синдром после

усовершенствованной операции отмечен в 8,3% и 24,1% наблюдений.

Фатхутдинов И.М. (2015) [11] провел анализ хирургического лечения 96 больных с хроническим геморроем III и IV стадий; у 25 (26%) из них была сочетанная патология анального канала: хроническая анальная трещина - 7, гипертрофированный анальный сосочек - 7, геморроидальная бахромка - 7, хронический интрасфинктерный свищ прямой кишки - 3, криптит - 1. Средний возраст пациентов составлял $48,5 \pm 11,7$ лет. В среднем перевязывались от 6 до 8 веточек верхней прямокишечной артерии с целью трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов. Лифтинг осуществлялся в местах наибольшего пролапса, как правило, на 3, 7 и 11 часах. После дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки (25 случаев) наблюдались следующие осложнения: кровотечение - 8 (8,3%) случаев, острый геморроидальный тромбоз - 3 (3,1%), выраженный болевой синдром - 2 (2,1%). В 7 случаях на 10-12-й день после операции источником кровотечения оказался прорезавшийся лифтинговый шов. В 2 случаях произведена повторная геморроидэктомию. У 2 пациентов консервативное лечение позволило купировать геморроидальный тромбоз.

По мнению автора, изменение техники выполнения операции (завязывание каждого стежка лифтингового шва на опорный шов, наложение последнего стежка не ближе 8 мм к зубчатой линии) позволяет минимизировать риск развития ранних осложнений после операции по поводу геморроидальной болезни III и IV стадии при сочетанной патологии анального канала [16].

Сочетание геморроя с ректоцеле наблюдается в 8-31% случаев, особенно у женщин среднего и старшего возраста [3, 12]. Большой процент неудовлетворительных результатов лечения свидетельствует о том, что вопросы выбора рациональной оперативной тактики при такой сочетанной патологии до сих пор окончательно не разрешены.

Чистюкин С.Ю. и соавторы [12] за три года наблюдали 88 пациенток с геморроидальной болезнью в сочетании с ректоцеле. 24 из них оперированы только по поводу ректоцеле-леваторопластика (I-группа), 44 пациентки - только по поводу геморроя: DHAL-RAR или гибридная операция - DHAL-RAR внутренних компонентов и иссечение наружных компонентов геморроидальных узлов (II-группа) и 20 пациенткам выполнена симультанная операция- леваторопластика с DHAL-RAR при геморрое II стадии или гибридной операцией DHAL-RAR внутренних компонентов и иссечение наружных компонентов геморроидальных узлов при геморрое III-IV стадии (III группа).

В I группе больных в первые же недели после операции отмечено обострение геморроидальной болезни в виде отека и выпадения увеличившихся плотных узлов. В ближайшие месяцы после операции функция опорожнения прямой кишки улучшилась лишь у половины пациенток, у другой половины запоры беспокоили на прежнем уровне. В I группе продолжительность стационарного лечения составила $9 \pm 2,6$ койко-дней, срок амбулаторной реабилитации $24 \pm 5,5$ дней.

У всех 20 пациенток III группы отмечено благоприятное течение послеоперационного периода с первичным заживлением ран и быстрым восстановлением пассажа кишечного содержимого на 4-7 сутки. У всех заметно улучшилась функция опорожнения прямой кишки в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения. В этой группе продолжительность стационарного лечения составила $12 \pm 2,9$ койко-дней, сроки амбулаторной реабилитации $28 \pm 5,7$ дней ($p=0,32$).

По данным Чистюкина С.Ю. и соавт. [17], изолированные операции при сочетании геморроя и ректоцеле приводят к ухудшению течения «оставленной» патологии. Симультанные операции при сочетанных аноректальных заболеваниях следует считать патогенетически более обоснованными. Они позволяют повысить эффективность послеоперационной реабилитации и заметно улучшить качество жизни таких пациентов. Хронический парапроктит являлся довольно распространенным заболеванием у наиболее трудоспособного контингента пациентов. Он занимает 4-е место среди заболеваний прямой кишки, с удельным весом по

Несмотря на достижения современной хирургии и анестезиологии, довольно высок процент неудовлетворительных результатов оперативного лечения проктологических заболеваний. В доступной литературе очень мало работ, в которых бы отражались клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и оперативное лечение сочетанных заболеваний анального канала и прямой кишки.

Заключение. Анализ литературы свидетельствует о целесообразности выполнения сочетанных операций. До

настоящего времени недостаточно разработаны показания и противопоказания к выполнению одномоментных операций при неопухолевой патологии анального канала и прямой кишки. Отсутствует оптимальный лечебный алгоритм при сочетанной проктологической патологии. Нуждаются в модификации некоторые операции для улучшения эффективности лечения. Все это и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Ахророва Л. Б. Выбор хирургической тактики лечения больных острым парапроктитом // Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 27 (152). – С. 51-57.
2. Давлатов С. и др. Выбор хирургической тактики лечения больных острым парапроктитом // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 26-29.
3. Дехканов Т. Д. и др. Морфология флюоресцирующих структур двенадцатиперстной кишки // European research. – 2019. – С. 183-187.
4. Камолов Т. К. и др. Причины возникновения послеоперационной недостаточности анального сфинктера // Национальная ассоциация ученых. – 2016. – №. 1 (17). – С. 12-14.
5. Матвеев И. А. и др. Сочетанные операции при лазерном лечении хронического геморроя 2–3-й стадии в амбулаторных условиях // Амбулаторная хирургия. – 2023. – Т. 20. – №. 1. – С. 140-147.
6. Мустафакулов И. Б. и др. Особенности течения и лечения осложненных форм геморроя у лиц пожилого возраста // Национальная ассоциация ученых. – 2016. – №. 1 (17). – С. 11-12.
7. Рустамов М. и др. Результаты хирургического лечения больных острым гангренозно-некротическим парапроктитом // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 65-68.
8. Рустамов М. и др. Хирургическое лечение больных гангреной фурье // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 69-71.
9. Ургентные заболевания органов брюшной полости [Текст]: учебное пособие / З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, К.Э. Рахманов, А.Ф. Зайниев.-Бухара: "Sadriiddin Salim Buxoriy" Durdona, 2022. - 416 с.
10. Шеркулов К. У. и др. Совершенствование диагностики и хирургического лечения свищей прямой кишки // Gospodarka i Innowacje. – 2023. – Т. 37. – С. 103-106.
11. Шеркулов К. У., Ахророва Л. Б. Обзор по хирургическому лечению сочетанной неопухолевой патологии прямой кишки и анального канала // Вопросы науки и образования. – 2022. – №. 9 (165). – С. 34-54.
12. Шеркулов К. У., Давлатов С. С. Хирургическое лечение сочетанной неопухолевой патологии прямой кишки и анального канала (обзор литературы) // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 4 (84). – С. 41-51.
13. Шеркулов К. У., Рустамов И. М., Усмонкулов М. К. Результаты лечения больных острым гангренозно некротическим парапроктитом // Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 483-486.
14. Шеркулов К. У., Усмонкулов М. К., Кошимова Г. У. Эффективность лигирования свищевого хода в лечении транссфинктерных параректальных свищей // Innovative Development in Educational Activities. – 2023. – Т. 2. – №. 13. – С. 237-242.
15. Шеховцов С.А., Давлатов С.С. Анализ влияния воздействия подпороговых мощностей диодного лазера с длиной волны 1470 нм на функцию запирающего аппарата прямой кишки при выполнении лазерной облитерации коротких и сложных прямокишечных свищей по технологии filac // Медицинский журнал Узбекистана. 2023 №01. - С. 43-47.
16. Шеховцов С.А., Давлатов С.С. Сравнительный анализ факторов, влияющих на результаты применения методики лазерной облитерации (Filac) коротких и сложных прямокишечных свищей // Медицинский журнал Узбекистана. 2023 №01. - С. 37-42.
17. Djalilova Z. O., Davlatov S. S. Physical activity and its impact on human health and longevity // Achievements of science and education. – 2022. – P. 120-126.
18. Shekhovtsov S. A., Davlatov S. S. Analysis of Factors Influencing the Results of the Laser Obliteration Technique of Short and Complex Rectal Fistulas. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(7): -P. 913-916.
19. Shekhovtsov S. A./Influence of subthreshold power of the diode laser on the function of the rectal obliterator during laser obliteration of rectal fistulas by filac technology. Journal of hepato-gastroenterology research. 2023. vol. 4, issue 2. - P. 78-80.
20. Xirurgik kasalliklar [Matn]: darslik / Z.B. Kurbaniyazov, S.S. Davlatov, Q.E. Raxmanov, A.F. Zayniyev. - Buxoro: "Sadriiddin Salim Buxoriy" Durdona, 2022.- 676 b.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, ISSUE 3

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000