

ОБЗОР ПО ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Шеркулов К.У.¹, Ахророва Л.Б.²

¹Шеркулов Кодир Усмонкулович – ассистент,
кафедра общей хирургии,
Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд;

²Ахророва Лайло Барно кизи – ассистент,
кафедра факультетской и госпитальной хирургии,
Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара;
Республика Узбекистан.

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 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.

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

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, 21].

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 неопухолевой 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, 22], 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, 23]. В качестве отдельной нозологической единицы геморрой наблюдается примерно в 82,1% случаев, а в 17,9% сочетается с другими проктологическими заболеваниями [8, 13, 21, 37].

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, 21, 24].

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, 36]:

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, 22];

2. Пластические операции [7, 13];

3. Иссечение геморроидальных узлов [6, 22].

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% [22, 23, 35].

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 «калечащими», 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, 34].

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, 22]. 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, 21]. Также имеются работы об использовании в послеоперационном периоде облучения раны анального канала гелий-неоновым лазером, КУФ-облучения, электроиглоанальгезии, однако убедительных данных о влиянии данного лечения на скорость заживления ран и уменьшения сроков реабилитации нет [22, 24, 32].

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, 21]. 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, 33].

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, 25].

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, 22, 30].

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 чёткими 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, 31].

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 «стулобоязнь». 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 поддаётся 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 перианальной коже, однако, при этом усиливается болевой синдром в послеоперационном периоде, увеличивается риск развития трансфинктерных прямокишечных свищей и подкожно-подслизистых парапроктитов [16, 25, 30].

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, 21].

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]. Мадаминов 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 геморроидэктомия 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 Габриэль 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.

Мухаббатов 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 перианальной области. В 25 (41,7%) случаях ограничились иссечением трещины анального канала в сочетании с дезартериализацией 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 геморроидэктомия. 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, 29, 35].

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: DNAL-RAR или гибридная операция - DNAL-RAR внутренних компонентов и иссечение наружных компонентов геморроидальных узлов (II -группа) и 20 пациенткам выполнена симультанная операция- леваторопластика с DNAL-RAR при геморрое II стадии или гибридной операцией DNAL-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 является довольно распространенным заболеванием у наиболее трудоспособного контингента пациентов. Он занимает 4-е место среди заболеваний прямой кишки, с удельным весом по обращаемости 11% [10]. Одни авторы [11, 14] отмечают, что хронический парапроктит чаще наблюдается у женщин, другие [9, 15] - у мужчин или мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой [9, 17]. Хронический парапроктит характеризуется наличием внутреннего отверстия в кишке, свищевого хода и наружного свищевого отверстия в перианальной коже. Он является следствием ОП из-за позднего обращения больным за врачебной помощью и неправильно избранной тактики лечения [14, 15, 30].

ХП нередко сопутствуют явления проктита и проктосигмоидита, изменения в организме общего и местного характера из-за интоксикации из гнойного очага. Наиболее широкие и глубокие крипты на задней стенке анального канала чаще всего подвергаются воспалительным изменениям. ОП и прямокишечный свищ можно рассматривать как две стадии одного заболевания из-за наличия сообщения гнойного очага с просветом прямой кишки. Чаще прямокишечные свищи локализуются на 6 часах условного циферблата из-за неполноценного кровоснабжения из нижней прямокишечной артерии в этой области [10, 13].

В некоторых случаях причиной образования парапроктита является геморрой, когда изъязвленные тромбированные геморроидальные узлы являются входными воротами для инфекции, чаще по линии крипт. Появлению криптита и воспалению анальных желез способствуют также травмы, упорные запоры, охлаждение [1, 12].

Хирургическое лечение хронического парапроктита и свищей прямой кишки является актуальной темой исследований и дискуссий для колопроктологов всего мира, этих тем достаточно в повестках последних съездов европейской ассоциации колопроктологов. В 17 тезисах Всероссийского съезда колопроктологов с международным участием (Астрахань, 2016) описаны новые методы лечения свищей, применяемые в России в настоящее время [12, 29].

По данным литературы [13, 15], используется множество методов лечения прямокишечных свищей, но ни один не может считаться универсальным. В Национальных клинических рекомендациях по колопроктологии под редакцией Шельгина Ю.А., которые основаны на принципах доказательной медицины, отмечено, что все применяемые способы имеют низкую степень эффективности. При лечении свищей прямой кишки оптимальная операция должна обеспечивать не только хорошие результаты заживления, но и носить сфинктеросохраняющий

характер. К традиционным методам хирургического лечения хронического парапроктита со свищом относятся рассечение или иссечение свища в просвет кишки, иссечение свищевого хода с ушиванием сфинктера (при лечении интрасфинктерных и поверхностно расположенных трансфинктерных свищей, а также лигатурный метод [13, 16].

По мнению большинства хирургов, единственным эффективным методом лечения при хронических парапроктитах является операция [10, 22]. Операция Габриэля бывает 2 типов: Габриэль-1 и Габриэль-2. Операция Габриэль-1 выполняется при интра-и трансфинктерном ходе прямокишечного свища и заключается в иссечении прямокишечного свища в виде треугольного лоскута с вершиной, обращенной в кишку, основанием в перианальную кожу, с растяжением сфинктера по Рекамье. После такой операции положительный эффект отмечается в 83-94,7% случаев. 19-25,1% пациентов жалуются на неприятные ощущения в области заднего прохода [5]. Другие авторы получили хорошие и удовлетворительные результаты после иссечения прямокишечного свища в 53,6-68,1% случаев [12]. Операция Габриэль-2 выполняется при экстрасфинктерном расположении свищевого хода и заключается в иссечении свищевого хода в пределах здоровых тканей, пересечении всех волокон сфинктера с последующим его восстановлением узловыми швами, что нередко приводит к развитию анальной инконтиненции, особенно при передних и боковых прямокишечных свищах. Недостатками этого способа операции являются: большая рана, медленно заживающая вторичным натяжением, формирование грубого рубца анального канала; болезненность после операции; длительный срок госпитализации [15].

Пластика свободным кожным лоскутом [11] приводит к уменьшению сроков заживления раны, но наносится дополнительная травма при формировании кожного лоскута.

Некоторые авторы [12, 18] предлагали иссекать свищ до анального канала с низведением вышележащего участка слизистой оболочки и подшиванием к дистальному краю раны по Масляку. Но такая пластическая операция местными тканями довольно сложна, с риском бактериального загрязнения раны. В случае прорезывания швов вероятно развитие острого парапроктита и рецидива свища. Более совершенной в этом плане является методика полностенного низведения стенки прямой кишки по Блинничеву с иссечением свищевого хода в пределах здоровых тканей, с сохранением волокон сфинктера. Однако, некоторые авторы [9, 23] отмечали рецидивы и в этом случае при прорезывании швов и ретракции стенки прямой кишки.

Методы рассечения свищевого хода и иссечения свища в просвет прямой кишки наиболее просты в исполнении и обеспечивают надёжную его ликвидацию только при интра- и экстрасфинктерном расположении свищевого хода. Рецидив заболевания наблюдался в 2-9% случаев, а

частота развития анальной инконтиненции составляла 0-17% [9, 12].

Рассечение свища в просвет кишки является более предпочтительным, так как размер раны и повреждение мышечных волокон сфинктера меньше, чем при иссечении всего свищевого хода [13, 18]. При этом сроки заживления ран после рассечения оставили 7-85 дней, а после иссечения - 26 - 116 дней.

Анальная инконтиненция является одним из наиболее распространенных послеоперационных осложнений, значительно снижающих качество жизни пациента. По данным Jorda Visscher A. et al. [18], различная степень недержания сфинктера после традиционных методов хирургического лечения прямокишечных свищей отмечена у 39 (34%) из 141 пациента. При этом показатели у больных со сложными свищами (4,7 балла по шкале Векснера) были намного хуже, чем у пациентов с простыми свищами (1,2 балла по шкале Векснера) ($p=0,001$). В других работах, включающих манометрию, также отмечено отрицательное влияние различных оперативных вмешательств на функцию держания [12].

Quah H.M. et al. [21] в 2006 году изучили отдаленные результаты после рассечения свищевого хода у 415 больных. Только в 26,3% случаев не отмечено снижения тонуса анального сфинктера. Поэтому применение данных методик сейчас ограничено вследствие опасности развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера.

Иссечение свища с ушиванием раны наглухо резко снижает радикализм операции и может привести к рецидиву в 9,6-11,7% случаев [7, 16]. Грубые рубцы на задней стенке анального канала деформируют его и приводят к недержанию газов и кишечного содержимого.

В 2010 г. Zanotti C1. et al. [24] изучили стоимость лечения прямокишечных свищей у 214 больных. Установлено, что общие затраты на излечение пациента составили в среднем 5,561 евро, из которых 80% приходилось непосредственно медицинские расходы. Остальные 20% экономических потерь были связаны с длительностью периода нетрудоспособности (в среднем - 10,4 суток). Авторы отметили, что такая высокая стоимость лечения обусловлена высокой частотой рецидивов заболевания и развитием осложнений.

В последние годы в экспериментальной и клинической медицине большое внимание уделяется разработке лечебных методик с применением клеточной трансплантации и технологий регенеративной медицины для восстановления как функциональных, так и структурных нарушений в организме, сформировано новое направление в реконструктивно-восстановительной хирургии. Перспективой является методика клеточной ауто трансплантации в лечении свищей прямой кишки [19].

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.

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

1. *Абдувакилов Ж., Ризаев Ж.* Биохимические маркеры соединительной ткани у больных хроническим воспалительным пародонитом на фоне метаболического синдрома // *Stomatologiya*. 2018. Т. 1. №. 1 (70). С. 11-14.
2. *Агабабян И.Р.* и др. Метаболический синдром как один из основных факторов развития артериальной гипертонии // *Достижения науки и образования*. 2019. №. 10 (51). С. 54-58.
3. *Агабабян И.Р., Солева С.Ш.* Место статинов в комплексном лечении SARS-COV-2 // *Вопросы науки и образования*. 2021. №. 14 (139). С. 70-81.
4. *Азизова Р.Б., Абдуллаева Н.Н., Усмоналиев И.И.* Изменение высших когнитивных функций у больных с эпилепсией // *Вопросы науки и образования*. 2019. №. 28 (77). С. 87-96.
5. *Давлатов С.* и др. Выбор хирургической тактики лечения больных острым парапроктитом // *Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований*. 2020. Т. 1. №. 2. С. 26-29.
6. *Дехканов Т.Д.* и др. Морфология флюоресцирующих структур двенадцатиперстной кишки // *European research*. 2019. С. 183-187.
7. *Камолов Т.К.* и др. Причины возникновения послеоперационной недостаточности анального сфинктера // *Национальная ассоциация ученых*. 2016. №. 1 (17). С. 12-14.
8. *Махрамов У.Т., Набиев Б.Б.* Хирургическое лечение больных с ущемленными вентральными грыжами: требование к выполнению (обзор литературы) // *Достижения науки и образования*. 2022. №. 4 (84). С. 84-91.
9. *Мирзаева С.С., Орипов Ф.С.* Морфология местного иммунноэндокринного аппарата тонкой кишки кроликов в раннем постнатальном онтогенезе // *Вопросы науки и образования*. 2021. №. 12 (137). С. 36-45.

10. *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.
11. *Набиев Б.Б., Худойбердиев Д.К.* Анатомия плодных органов лимфоидной системы человека (обзор литературы) //Достижения науки и образования. 2020. №. 16 (70). С. 15-24.
12. *Орипов Ф.С.* Адренергические нервные структуры тощей кишки крольчат в раннем постнатальном онтогенезе //Морфология. 2008. Т. 133. №. 2. С. 100а-100а.
13. *Орипов Ф.С.* Адренергические нервные структуры тощей кишки крольчат в раннем постнатальном онтогенезе //Морфология. 2008. Т. 133. №. 2. С. 100а-100а.
14. *Орипов Ф.С.* и др. Морфофункциональные особенности флюоресценции энтерохромаффинных клеток двенадцатиперстной кишки //Проблемы науки. 2022. №. 1 (69). С. 52-54.
15. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Пре-и перинатальный онтогенез тканевых и иммунных структур слизистой оболочки тонкого кишечника кроликов //Вестник науки и образования. 2020. №. 12-3 (90). С. 97-102.
16. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2015. №. 4. С. 41-42.
17. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Хамраев А.Х.* Морфология адренергических нервных структур тощей кишки в раннем постнатальном онтогенезе //Вестник науки и образования. 2021. №. 6-2 (109). С. 73-76.
18. *Ризаев Ж.А.* и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. 2022. №. 1 (81). С. 75-79.
19. *Ризаев Ж.А., Шамсиев Р.А.* Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) //Вісник проблем біології і медицини. 2018. Т. 1. №. 2 (144). С. 55-58.
20. *Рустамов М.* и др. Результаты хирургического лечения больных острым гангренозно-некротическим парапроктитом //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. 2020. Т. 1. №. 2. С. 65-68.
21. *Рустамов М.* и др. Хирургическое лечение больных гангреной фуньне //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. 2020. Т. 1. №. 2. С. 69-71.
22. *Тешаев Ш.Ж., Хасанова Д.А.* Макроскопическое строение пейеровых бляшек тонкой кишки крысы и изменения кишки при воздействии хронического облучения //Оперативная хирургия и клиническая

- анатомия (Пироговский научный журнал). 2020. Т. 4. №. 1. С. 41-45.
23. *Тешаев Ш.Ж., Хасанова Д.А.* Сравнительная характеристика морфологических параметров лимфоидных структур тонкой кишки крыс до и после воздействия антисептика-стимулятора Дорогова фракции 2 на фоне хронической лучевой болезни //Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пироговский научный журнал). 2019. Т. 3. №. 2. С. 19-24.
 24. *Тешаев Ш., Хасанова Д.* Воздействие различных факторов на лимфоидные образования кишечника //Журнал проблемы биологии и медицины. 2018. №. 2.1 (101). С. 185-189.
 25. Ургентные заболевания органов брюшной полости [Текст]: учебное пособие / З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, К.Э. Рахманов, А.Ф. Зайниев.-Бухара: "Sadridin Salim Vuxoriy" Durdona, 2022. - 416 с.
 26. *Хамдамов Б.З.* и др. Оценка эффективности лазерной фотодинамической терапии при обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии печени //Биология ва тиббиёт муаммолари. 2015. №. 3. С. 84.
 27. *Agababyan I.R., Agababyan L.R.* The diagnostic value of routine research methods electrocardiography and echocardiography in patients with chronic heart failure elderly //International Conference «Process Management and Scientific Developments. 2019. P. 168-171.
 28. *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.
 29. *Kasimov A. et al.* Features of diagnosis and clinic of post-traumatic epilepsy against the background of concomitant somatic diseases //International Journal of Pharmaceutical Research. 2020. Т. 12. №. 3. P. 1788-1792.
 30. *Kasimov A. et al.* Features of diagnosis and clinic of post-traumatic epilepsy against the background of concomitant somatic diseases //International Journal of Pharmaceutical Research. 2020. Т. 12. №. 3. P. 1788-1792.
 31. *Obidovna D.Z.* Gender differentiation of masculine and feminine verbalization //European International Journal of Multidisciplinary Research and Management Studies. 2022. Т. 2. №. 05. P. 59-65.
 32. *Ruhullaevich T.O.* et al. Improved results of treatment of purulent wounds with complex use of photodynamic therapy and CO2 laser in the experiment //European science review. 2016. №. 3-4. P. 185-189.
 33. *Shamsiev A.M., Oripov F.S., Shamsieva D.A.* Епідеміолого-клінічні паралелі уроджених вад тонкої кишки в новонароджених //Вісник наукових досліджень. 2018. №. 1.
 34. *Sivkov I.I., Mukharlyamov N.M., Agababyan I.R.* The effect of peripheral vasodilating agents on the microcirculatory channel in congestive circulatory

- insufficiency //Sovetskaya meditsina. 1987. №. 1. P. 3-9.
35. *Ubaydova D.S.* Clinical aspects of liver damage in covid-19. Asian journal of Pharmaceutical and biological research. 2022. Volume 11. Issue 2. P. 69-75.
 36. *Yusufovna K.N.* et al. Pharmacogenetics-A New Word in the Treatment of Rheumatoid Arthritis //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. 2021. P. 259-265.
 37. *Ziyadullaev S.* et al. The effect of budesonide on the quality of life in patients with bronchial asthma //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. 2020. T. 7. №. 2. P. 1760-1766.