

13. Macaron C., Qadeer M.A., Vargo J.J. Recurrent abdominal pain after laparoscopic cholecystectomy // Cleveland clinic journal of medicine. - 2011. - №78-3. P. 171-178.

УДК 616.352-089.168.1-06

**Ю.А. Тагиева, З.И. Муртазаев, Л.Т. Рахматова, У.А. Шербек, М.И.
Рустамов, Ш.У. Бойсариев**
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА**
Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии
Самаркандский медицинский институт
г.Самарканд. Узбекистан

**Yu.A. Tagieva, Z.I. Murtazaev, L.T. Rahmatova, U.A. Sherbekov, M.I.
Rustamov, Sh.U. Boysariiev**
**SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE
INSUFFICIENCY OF THE ANAL SPHINCTER**
Department of General Surgery, radiation diagnosis and therapy
Samarkand medical institute
Samarkand. Uzbekistan

Контактный e-mail: umumxirurgiya@mail.ru

Аннотация. На период с 2010-2015 гг. на стационарном лечении с диагнозом послеоперационная недостаточность анального сфинктера в отделении проктологии клиники СамМИ состояло 41 больных. Из них 20 (48,7%) мужчин, 21 (51,3%) женщин. Возраст больных с 18 по 71 лет. Все больные до поступления в наш стационар с 1 до 5 раз перенесли операции по поводу геморроя, анальной трещины, острого и хронического парапроктита в различных больницах республики. В статье рассмотрены отдаленные результаты у 37-х прооперированных больных. Если у больного отсутствуют жалобы на недостаточность сфинктера и данные сфинктерометрии нормальные результаты оцениваются как хорошие. Хорошие результаты наблюдались у 31 больных (75,8%). Если в результате операции недостаточность анального сфинктера переходит на одну степень в сторону улучшения, результаты оцениваются как удовлетворительные. Такие результаты наблюдались в 19,4% случаев (у 8 больных). У 2-х больных (4,8%) отмечались неудовлетворительные результаты. У этих больных послеоперационный период осложнялся нагноением ран.

Annotation. For the period since 2010-2015 on hospitalization with the diagnosis postoperative insufficiency of an anal sphincter in office of a proctology of

clinic of SamMI consisted 41 patients. From them 20 (48,7%) men, 21 (51,3%) women. Age of patients from 18 to 71 years. All patients before receipt in our hospital with 1 to 5 times underwent operations concerning hemorrhoids, an anal crack, a acute and chronic paraproctitis in various hospitals of the republic. In article the remote results at the 37th operated patients are considered. If the patient has no complaints to insufficiency of a sphincter and normal results yielded sphincter manometry are estimated as good. Good results were observed at 31 patients (75,8%). If as a result of operation insufficiency of an anal sphincter passes to one degree towards improvement, results are estimated as satisfactory. Such results were observed in 19,4% of cases (at 8 patients). At 2 patients (4,8%) unsatisfactory results were noted. At these patients the postoperative period was complicated by suppuration of wounds.

Ключевые слова: острый парапроктит, хронический парапроктит, геморрой, трещина анального канала, лечение.

Keywords: the acute paraproctitis, chronic paraproctitis, hemorrhoids, a crack of the anal canal, treatment.

Недостаточность анального сфинктера остается одной из актуальнейших проблем современной проктологии. У большинства пациентов с этой патологией недостаточность анального жома связана с перенесенными ранее операциями на дистальном отделе прямой кишки. Недостаточность анального сфинктера после различных общепроктологических операций встречается в 38,8% случаев.

Причиной формирования недостаточности сфинктера является операционная травма при выполнении хирургических вмешательств по поводу различных заболеваний промежности и прямой кишки: острый и хронический парапроктит, прямокишечно-влагалищный свищ, трещина заднего прохода, геморрой и др. (на первом месте стоят операции, выполненные по поводу свищей прямой кишки). Основными причинами возникновения недостаточности анального сфинктера после операции по поводу хронического парапроктита являются: неправильный выбор метода операции (без учета клинико-морфологических особенностей свища) и осложнение в послеоперационном периоде. Так, например, иссечение свища с ушиванием его культи с дозированной трансанальной сфинктеротомией, возможно только в случае отсутствия рубцовых и воспалительных изменений. При рубцовом процессе в заднепроходном канале дозированная сфинктеротомия сопряжена с опасностью развития недостаточности сфинктера, в таких случаях рана в заднепроходном канале заживает повторным грубым рубцом. Также операционное осложнение в виде послеоперационной недостаточности анального сфинктера сможет быть связано с грубыми манипуляциями на сфинктере, нагноением раны, несостоятельностью швов, длительной тампонадой раны.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения больных с послеоперационной недостаточностью анального сфинктера.

Материалы и методы исследования

На период с 2010-2015 гг. на стационарном лечении с диагнозом послеоперационная недостаточность анального сфинктера в отделении проктологии клиники СамМИ состояло 41 больных. Из них 20 (48,7%) мужчин, 21 (51,3%) женщин. Возраст больных с 18 по 71 лет. Все больные до поступления в наш стационар с 1 до 5 раз перенесли операции по поводу геморроя, анальной трещины, острого и хронического парапроктита в различных больницах республики. Операции в основном производились хирургами общего профиля.

Недостаточность анального сфинктера чаще встречалась в 84% случаях у больных после операции по поводу острого и хронического парапроктита. Из 41 больных перенесших операции по поводу параректальных свищей 24 больных, у 7-ти свищ был транссфинктерный, у 10-ти - экстрасфинктерный.

Степень недостаточности анального сфинктера определяется анатомическими изменениями в анальном канале и промежности. Учитывая эти изменения, мы разделили больных на 3 группы:

1. Изменения в анальном канале ограничиваются деформацией слизистой оболочки и кожи - 12 больных (29,3%).

2. Нарушение целостности анального сфинктера - 19 больных (46,3%).

3. Дефект сфинктера сочетается рубцовой деформацией анального канала и промежности - 10 больных (24,4%).

В I группе деформация кожи и слизистой анального канала сопровождается нарушением сократимости сфинктера. У 7 больных этой группы наблюдалась недостаточность сфинктера I степени, что удалось устранить применением лечебной физкультуры и физиотерапевтических процедур. У остальных 5-х больных с недостаточностью сфинктера II степени произведена сфинктеропластика.

У 3-х больных II группы с недостаточностью сфинктера I степени удалось восстановить мощность сфинктера анального жома с помощью консервативных методов. Остальным больным этой группы произведена операция – у 6 больных сфинктеропластика, у 10 больных сфинктеролеваторопластика.

У больных с нарушением целостности сфинктера, с деформацией анального канала и промежности наблюдалась недостаточность сфинктера III степени. Из них у 8-х больных произведена сфинктеролеваторопластика, у 1-х сфинктероглютеопластика.

Из 41 больных у 37 произведены операции: сфинктеропластика - 6, сфинктеролеваторопластика - 30, сфинктероглютеопластика - 1. Сфинктеропластика произведена при мышечном дефекте менее 1/3 диаметра анального канала. Если мышечный дефект находится в передней или задней половине, то наряду со сфинктеропластикой осуществляется укрепление данной области с использованием медиальных порций мышцы поднимающей задний проход. При наличии значительного дефекта осуществляется пластика с

использованием мышечного лоскута ягодичной мышцы или приводящей мышцы бедра.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучены отдаленные результаты у 37-х прооперированных больных. Если у больного отсутствуют жалобы на недостаточность сфинктера и данные сфинктеромометрии нормальные результаты оцениваются как хорошие. Хорошие результаты наблюдались у 31 больных (75,8%). Если в результате операции недостаточность анального сфинктера переходит на одну степень в сторону улучшения, результаты оцениваются как удовлетворительные. Такие результаты наблюдались в 19,4% случаев (у 8 больных). У 2-х больных (4,8%) отмечались неудовлетворительные результаты. У этих больных послеоперационный период осложнялся нагноением ран.

Таким образом, послеоперационная недостаточность анального сфинктера обусловлена неадекватной хирургической тактикой при операциях на прямой кишке, интра- и послеоперационными осложнениями. При выборе хирургической тактики в лечении послеоперационной недостаточности анального сфинктера наряду со степенью сфинктерной недостаточности необходимо учитывать анатомические изменения анального канала и промежности и объем мышечного дефекта сфинктера. Недостаточность сфинктера развивается чаще всего при проведении операций на прямой кишке хирургами общего профиля.

Выводы:

1. Послеоперационная недостаточность анального сфинктера обусловлена неадекватной хирургической тактикой при операциях на прямой кишке, интра- и послеоперационными осложнениями.

2. При выполнении операций в колоректальной хирургии необходимо помнить, что для согласованной работы низведенной кишки и сфинктерного аппарата, необходимым условием является анатомическая и функциональная активность внутреннего сфинктера, как связующего звена между анальным и кишечным компонентами держания.

3. При выполнении плановых и экстренных общепроктологических операций в аноректальной области необходимым и обязательным условием является сохранение анатомической целостности внутреннего сфинктера для осуществления в последующем удовлетворительной функции анального держания.

Литература:

1. Ан В.К., Додица А.Н.; Борисов Е.Ю. Опыт лечения послеоперационных Рубцовых стриктур анального канала. Проблемы колопроктологии. - М., 1998, вып. 16, С. 18-20.

2. Воробьев Г.И., Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.Л. Клиническая классификация и выбор метода хирургического лечения больных с острым рецидивирующим парапроктитом с экстрасфинктерным гнойным ходом. Хирургия. 1995 -N3, С. 8-11.

3. Воробьев, Г. И., Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Хирургия анальной недостаточности. Хирургия. 1994. - № 4. - С. 35-37.

4. Дульцев, Ю. В. Анальное недержание. М.: Медицина, 1993. - 202 с. : ил. — (Б-ка практ. врача : важнейшие вопросы хирургии).

6. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., Смирнов С.Г. Низведение сегмента прямой кишки в анальный канал при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки IV степени сложности. Хирургия. - 1992. - N2, С. 144-151.

7. Осмоловский С.В., Затачаев А.В., Кирьянова И.В., Завадский В.Н., Меллер Е.С. Опыт лечения больных с острой гнойной патологией перианальной области. Проблемы колопроктологии. - М., 1998., вып. 16, С. 87-88.

10. Полетов Н.Н. , Шелыгин Ю.А., Подмаренкова Л. Ф. Хирургическое лечение больных с полным недержанием кишечного содержимого. Актуальные проблемы проктологии: материалы конф. — Волгоград, 1997.1. С. 145-148.

11. Смирнов, А. Н., Новожилов В.А. Состояние наружного сфинктера прямой кишки у больных с аноректальными аномалиями по данным электромиографии. Хирургия. 1990. - № 8. - С. 44-47.

12. Усачев В.Е., Мкртычев Г.Г., Мищенко С.Ф., Коноплев А.Е. Многолетний опыт лечения острого парапроктита. Проблемы колопроктологии. - М., 1998., вып. 16, С. 112-113.

13. Abnormal transient internal sphincter relaxation in idiopathic pruritus ani: physiological evidence from ambulatory monitoring. Br. J. Surg. 1994. - Vol. 81, №4.-P. 603-606.

УДК 616-089.053.001.6:617.582

Тилиаков Х.А., Тилаков Б.Т.

**НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО
ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА**

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии

Самаркандского Государственного медицинского института

Самарканд, Узбекистан.

Tilyakov Kh.A., Tilakov B.T.

**OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OLDER CHILDREN AND
ADOLESCENTS WITH CONGENITAL HIP DISLOCATION**

Department of Neurology, neurosurgery, traumatology and orthopedics

Samarkand State Medical Institute

Samarkand, Uzbekistan.

Контактный e-mail: Tiliakov@bk.ru

Аннотация. Работа основана на обследовании и изучении результатов