



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI**

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК 616.351-007.64-073

**ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО
КАНАЛА**

Усманов Фарход Хамиджонович

Научный соискатель кафедры общей хирургии Самаркандского государственного
медицинского университета.

farxodusmonov113@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-5570-9382>

Тел: (93) 305 13 13



Дусияров Мухаммад Мукумбаевич

Доцент кафедры общей хирургии Самаркандского государственного медицинского
университета.

dusiyarov.muxammad@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2079-3613>

Тел: (94) 534 17 27



Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич

Доктор медицинских наук, и.о. профессора кафедры общей хирургии Самаркандского
государственного медицинского университета.

safarboy26021976@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7839-8202>

Tel: (93) 036 76 76





TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

АННОТАЦИЯ

В данное исследование было включено 102 пациента с ПСАК соответственно. Распределение всех пациентов с послеоперационным сужением ануса по степеням показало, что общее количество пациентов со II степенью ПСАК достигло 84 (82,3%) случаев. С III степенью послеоперационного сужения ануса было зарегистрировано 18 (17,6%) пациентов. Доминирующую позицию занимали пациенты с кожной формой стриктуры ануса, которые составили 62 (60,8%) случая. Одной из основных причин развития мышечной формы ПСАК стал пектенос анального сфинктера в сочетании со свищами прямой кишки, что составило 13 (12,7%) случаев. Распределение всех пациентов с послеоперационным сужением ануса по частоте встречаемости сопутствующих хронических хирургических патологий анального канала показало что большую часть — 57 (55,9%) случаев — составили пациенты с хроническими анальными трещинами. Применение УЗИ и МРТ с информативностью 92,4% и 100% соответственно позволяют выявить степень и характер воспалительных патологических изменений в слизистой оболочке анального канала, параректальной клетчатке и анальном сфинктере, что позволяет оптимизировать подготовку к хирургической коррекции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Послеоперационный стеноз анального канала, анопластика, стриктуротомия, анальные трещины, свищ прямой кишки, геморрой, хирургическая тактика, диагностический алгоритм, дифференцированный подход, послеоперационные осложнения.

ANNOTATSIYA

Mazkur tadqiqotga PSAAK (operatsiyadan keyingi anal kanal torayishi) tashxisi qo'yilgan 102 bemor kiritildi. Barcha bemorlarning torayish darajalari bo'yicha taqsimoti shuni ko'rsatdiki, II darajali PSAAK 84 (82,3%) holatda uchradi. III darajali operatsiyadan keyingi anal kanal torayishi esa 18 (17,6%) bemorda qayd etildi. Eng ko'p uchragan turi — anal stenozi teri shakli bo'lib, 62 (60,8%) holatni tashkil etdi. Mushak shaklidagi PSAAK rivojlanishining asosiy sababi sifatida anal sfinkterning pektinozi va to'g'ri ichak fistulalari qayd etildi (13 bemor — 12,7%). Operatsiyadan keyingi anal kanal torayishiga chalingan bemorlar orasida hamroh surunkali jarrohlik patologiyalari tahlili shuni ko'rsatdiki, ularning aksariyati — 57 (55,9%) bemor — surunkali anal yoriqlardan aziyat chekkan. Ultrasonografiya (UZI) va magnit-rezonans tomografiya (MRT) mos ravishda 92,4% va 100% axborotga ega bo'lib, ular yordamida anal kanal shilliq qavati, pararektal to'qimalar va anal sfinkterdagi yallig'lanish o'zgarishlarini aniqlash mumkin. Bu esa jarrohlik tuzatishga tayyorgarlik jarayonini optimallashtirish imkonini beradi.

KALIT SO'ZLAR: Operatsiyadan keyingi anal kanal stenozi, anoplastika, strikturotomiya, anal yoriqlar, to'g'ri ichak fistulasi, gemorroy, jarrohlik taktikasi, diagnostik algoritmi, differensial yondashuv, operatsiyadan keyingi asoratlari.

ABSTRACT

This study included 102 patients with postoperative anal canal stenosis (PACS). The distribution of all patients by degree of stenosis showed that the total number of patients with grade II PACS reached 84 (82.3%) cases, while grade III stenosis was registered in 18 (17.6%) patients. The dominant group consisted of patients with the cutaneous form of anal stricture, accounting for 62 (60.8%) cases. One of the main causes of the muscular form of PACS was pectenosis of the anal



sphincter combined with rectal fistulas, observed in 13 (12.7%) cases. The distribution of all patients by the frequency of concomitant chronic surgical pathologies of the anal canal showed that the majority — 57 (55.9%) cases — were patients with chronic anal fissures. The use of ultrasound and MRI, with an informativeness of 92.4% and 100%, respectively, allows for the identification of the degree and nature of inflammatory pathological changes in the mucous membrane of the anal canal, pararectal tissue, and anal sphincter, which helps to optimize preparation for surgical correction.

KEYWORDS: Postoperative anal canal stenosis, anoplasty, stricturotomy, anal fissures, rectal fistula, hemorrhoids, surgical tactics, diagnostic algorithm, differentiated approach, postoperative complications.

ВВЕДЕНИЕ

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.

ЛИТЕРАТУРА И МЕТОДОЛОГИЯ

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



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

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 свищем 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	Контрольная	p	Всего
--------------	----------	-------------	---	-------



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

	группа (n=56)	группа (n=46)		(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)

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 пектенос 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.

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)

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.



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 трансфинктерного свища



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

Анализ пектеноза 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 пектеноза 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

В диагностике постоперационного сужения ануса, возникшего в результате оперативных вмешательств на анальном канале по поводу различных хирургических заболеваний, не проводились пальцевое исследование, ано- и ректороманоскопия, сфинктерометрия и аноректальная манометрия из-за узкости наружного отверстия анального канала, что не позволяло ввести палец или зонд аппарата.

УЗИ-исследование выявило наличие гнойных полостей и затеков у пациентов с ПСАК в 15 (26,7%) случаях: 6 (10,7%) случаев после иссечения синуса пилонидальной кисты, 4 (7,1%) случая после иссечения хронической анальной трещины, осложненной внутренним параректальным свищом, и 5 (8,9%) случаев после вскрытия острого гнилостного парапроктита. В большинстве случаев у пациентов были выявлены плохо дренируемые гнойные полости в параректальной клетчатке с периодическими обострениями. В 8 (14,2%) случаях вокруг анального сфинктера были обнаружены воспалительные инфильтраты различной формы и размера. Кроме того, при УЗИ промежности с помощью линейного датчика в 5 (8,9%) случаях было определено утолщение и снижение эхогенности мышечных волокон в области воспалительного инфильтрата, что важно учитывать при подготовке пациентов к предстоящей анопластике. Ниже проведено несколько рисунков УЗИ мягких тканей промежности с использованием линейного датчика (рис. 4).

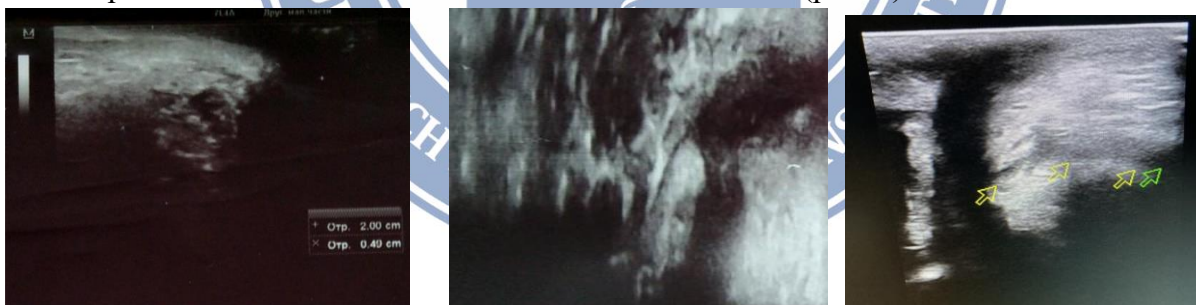


Рисунок 4. - УЗИ –исследование с линейным датчиком. а и б– инфильтрация правой стенки анального канала; в – высокий трансфинктерный свищ прямой кишки

У 18 (17,6%) пациентов, имеющих сопутствующие свищи прямой кишки — 10 (17,8%) из основной группы (ОГ) и 8 (17,3%) из контрольной группы (КГ), в предоперационном периоде была проведена фистулография параректальных фистул. Целью данного диагностического исследования было выявление наличия гнойных полостей и затеков в параректальной клетчатке, а также обнаружение дополнительных свищевых ходов в околопрямокишечной клетчатке. В результате фистулографии в 7 (6,8%) случаях были обнаружены гнойные полости в околопрямокишечной клетчатке, а в 11 (10,8%) наблюдениях выявлены дополнительные свищевые ходы.

У 10 (17,8%) пациентов основной группы (ОГ) с III степенью ПСАК было проведено магнитно-резонансное томографическое исследование (МРТ). В результате у 3-х (5,4%) пациентов была выявлена инфильтрация одной из стенок анального канала и нижеампулярной части прямой кишки, что может указывать на воспалительные изменения или другие патологические процессы в этих областях.

Кроме того, у 8-ми (14,3%) пациентов основной группы было обнаружено чрезмерное расширение прямой кишки и ректосигмоидального отдела толстого кишечника с признаками хронической кишечной непроходимости толстого кишечника. Это состояние может быть связано с длительным нарушением проходимости и стазом содержимого в кишечнике, что часто встречается при сложных формах ПСАК (рис. 5).

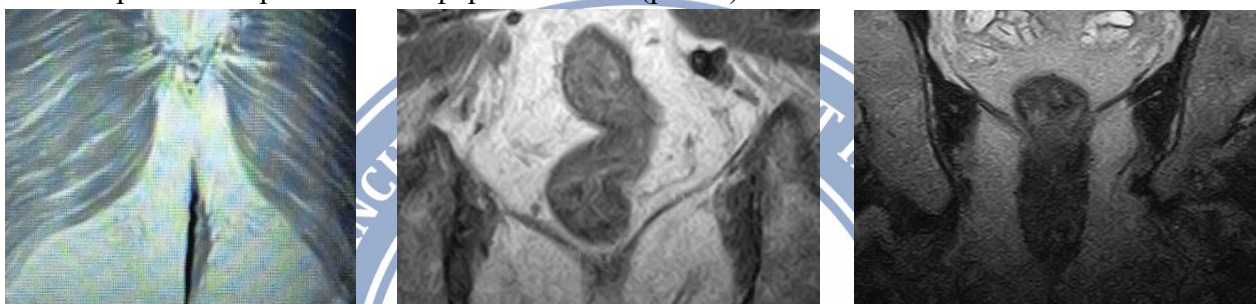


Рисунок 5. МРТ – исследование АК и органов малого таза больных с ПСАК. а – инфильтрация правой стенки анального канала и нижеампулярной части прямой кишки; б - и в – значительное расширение ПК выше сужения ануса

При проведении магнитно-резонансного томографического исследования органов малого таза и мягких тканей промежности у пациентов со сужением ануса, возникшим в результате оперативного лечения острых и хронических хирургических патологий анального канала, был выявлен пектенос анального сфинктера прямой кишки в 6 из 9 случаев (рисунки 3.3. а. б). 4 (7,1%) случая среди пациентов основной группы и 2 (4,3%) случая среди пациентов контрольной группы. Кроме того, у пациентов обеих исследуемых групп с сопутствующим рецидивирующим свищем прямой кишки была обнаружена гнойная полость в 5 (4,9%) наблюдениях в параректальной клетчатке.

Больные ОГ в зависимости от отсутствия или наличия выявленных местных изменений тканей анального канала и анального жома прямой кишки с помощью УЗИ исследования линейным датчиком нами были разделены на три подгруппы: I-подгруппа без изменения СОПК и АК; II-подгруппа с УЗИ и МРТ признаками воспаления СОПК и или АС и III-подгруппа с УЗИ и МРТ признаками фиброзных изменений СОПК и или АС. Ретроспективно было установлено, что пациентам КГ не проводились УЗИ и МРТ исследования промежности для выявления сопутствующих патологий АК, влияющих на ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения ПСАК.

ОБСУЖДЕНИЕ.

1. Установлено, что ПСАК возникло у 20 (19,6%) пациентов после хирургического лечения острых патологий анального канала. Среди этих пациентов, после оперативного лечения острого гнилостного парапроктита, ПСАК наблюдалось у 8 (7,8%) пациентов, после



лечения острого анаэробного парапроктита также 8 (7,8%), у 4 пациентов после иссечения острой анальной трещины с кровотечением и анемией средней степени тяжести.

2. В 82 (80,4%) случаях сужение ануса в послеоперационном периоде развивалось после хирургического лечения хронических патологий анального канала. Из них в 59 (57,8%) случаях послеоперационное сужение анального канала (ПСАК) наблюдалось у группы пациентов с хроническим геморроем. В 18 (17,6%) случаях ПСАК развился у пациентов со сложным рецидивирующим свищом прямой кишки. В 5 (4,9%) случаях причиной стало хроническое течение анальной трещины.

3. Распределение всех пациентов с послеоперационным сужением ануса по степеням показало, что общее количество пациентов со II степенью ПСАК достигло 84 (82,3%) случаев. С III степенью послеоперационного сужения ануса было зарегистрировано 18 (17,6%) пациентов.

4. Доминирующую позицию занимали пациенты с кожной формой стриктуры ануса, которые составили 62 (60,8%) случая. Одной из основных причин развития мышечной формы ПСАК стал пектенос анального сфинктера в сочетании со свищами прямой кишки, что составило 13 (12,7%) случаев. При сочетании кожной и слизистой или иной формы сужения ПСАК классификация пациентов производилась в зависимости от преобладающего типа сужения.

5. Распределение всех пациентов с послеоперационным сужением ануса по частоте встречаемости сопутствующих хронических хирургических патологий анального канала показало что большую часть — 57 (55,9%) случаев — составили пациенты с хроническим анальным трещинам (ХАТ. При этом самая низкая частота сочетания хронических патологий отмечена у 13 (12,7%) пациентов СПК.

6. Применение УЗИ и МРТ с информативностью 92,4% и 100% соответственно позволяют выявить степень и характер воспалительных патологических изменений в слизистой оболочке анального канала, параректальной клетчатке и анальном сфинктере, что позволяет оптимизировать подготовку к хирургической коррекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Послеоперационный стеноз анального канала (ПСАК) остаётся одной из актуальных проблем современной колопроктологии, несмотря на совершенствование хирургических методик лечения анаректальных заболеваний. Большинство случаев ПСАК (82,3%) приходится на пациентов со II степенью сужения анального канала, при этом преобладающей формой является кожная стриктура (60,8%), нередко сочетающаяся с хроническими анальными трещинами и другими воспалительными заболеваниями анального канала. Основными причинами развития ПСАК являются рубцовые изменения после хирургического лечения хронических патологий — геморроя (57,8%), рецидивирующих свищей прямой кишки (17,6%) и хронических анальных трещин (4,9%).

Применение современных методов визуализации, таких как ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), с диагностической информативностью 92,4% и 100% соответственно, позволяет достоверно определить степень и характер патологических изменений в слизистой, параректальной клетчатке и анальном сфинктере. Использование данных инструментальных методов в комплексе с клиническими



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

критериями способствует оптимальному выбору тактики предоперационной подготовки и планированию хирургической коррекции, что в конечном итоге повышает эффективность лечения и снижает риск рецидивов послеоперационного стеноза анального канала.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Мухаббатов, Д. К. Диагностика и хирургическое лечение послеоперационного стеноза анального канала : дис. ... канд. мед. наук / Д. К. Мухаббатов. – Душанбе, 2024. – 135 с.
2. Гребенев, А. Л. Болезни прямой кишки и анального канала / А. Л. Гребенев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 328 с.
3. Глушков, Н. И. Послеоперационные осложнения при хирургии аноректальной зоны / Н. И. Глушков, С. В. Дьяков. – СПб. : Питер, 2020. – 240 с.
4. Brisinda, G. Surgical treatment of anal stenosis / G. Brisinda, G. Maria, S. Vanella // World Journal of Surgery. – 2009. – Vol. 33, No. 6. – P. 1089–1095.
5. Gallo, G. Anoplasty for anatomical anal stenosis: systematic review and outcomes / G. Gallo, V. Stolfi, S. Di Tommaso // Colorectal Disease. – 2022. – Vol. 24, No. 8. – P. 981–992.
6. Atalla, A. D. G. Surgical approach for lower postoperative anal stenosis / A. D. G. Atalla, et al. // World Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2024. – Vol. 16, No. 4. – P. 450–458

