



**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 2 (22)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Узбекистон Мустакиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

КЛИНИКА И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Дусияров М.М., Усманов Ф.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Резюме. Послеоперационный стеноз анального канала представляет собой одно из наиболее серьезных и социально значимых осложнений хирургических вмешательств в аноректальной области. По данным современных исследований, частота развития стеноза анального канала после различных проктологических операций варьирует от 2% до 15%, достигая 20-25% при выполнении циркулярных резекций и радикальных вмешательствах по поводу злокачественных новообразований. Наиболее часто послеоперационный стеноз развивается после геморроидэктомии, операций по поводу анальных трещин, свищей прямой кишки, кондилом и других доброкачественных образований перианальной области. Особую группу риска составляют пациенты, перенесшие повторные хирургические вмешательства, комбинированные операции и процедуры с использованием электрокоагуляции больших объемов тканей.

Ключевые слова: послеоперационный стеноз анального канала, клиника, диагностика.

CLINICAL PICTURE AND DIAGNOSTIC FEATURES OF POSTOPERATIVE ANAL STENOSIS

Dusiyarov M.M., Usmanov F.Kh.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Resume. Postoperative anal stenosis is one of the most serious and socially significant complications of anorectal surgery. According to modern studies, the incidence of anal stenosis after various proctological surgeries varies from 2% to 15%, reaching 20-25% after circular resections and radical interventions for malignant tumors. Postoperative stenosis most frequently develops after hemorrhoidectomy, surgery for anal fissures, rectal fistulas, condylomas, and other benign perianal lesions. Patients who have undergone repeated surgeries, combined procedures, and procedures involving electrocoagulation of large volumes of tissue are at particular risk.

Keywords: postoperative anal stenosis, clinical presentation, diagnostics.

АНАЛ КАНАЛ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ СТЕНОЗИНИНГ КЛИНИК КЎРИНИШИ ВА ДИАГНОСТИКАСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Дусияров М.М., Усманов Ф.Х.

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд ш., Ўзбекистон

Резюме. Операциядан кейинги анал канал стенози аноректал соҳадаги жарроҳлик аралашувларининг энг жиддий ва ижтимоий аҳамиятга эга асоратларидан бири ҳисобланади. Замонавий тадқиқотлар натижаларига кўра, турли проктологик операциялардан сўнг анал канал стенозининг ривожланиш частотаси 2% дан 15% гача ўзгариб туради, хавфли ўсмалар сабабли ўтказилган циркуляр резекциялар ва радикал аралашувларда эса бу кўрсаткич 20-25% га етади. Операциядан кейинги стеноз кўпинча геморроидектомия, анал ёриқлар, тўғри ичак оқмалари, кондиломалар ва перианал соҳанинг бошқа хавфсиз ҳосилалари бўйича ўтказилган операциялардан сўнг ривожланади. Такрорий жарроҳлик аралашувлари, комбинацияланган операциялар ва катта ҳажмдаги тўқималарнинг электрокоагуляцияси ёрдамида ўтказилган муолажаларни бошдан кечирган беморлар алоҳида хавф гуруҳини ташкил этади.

Калит сўзлар: операциядан кейинги анал канал стенози, клиник кўриниши, диагностика.

Введение. Патогенез послеоперационного стеноза анального канала является многофакторным процессом, включающим избыточное рубцевание, воспалительную реакцию, нарушение микроциркуляции и иннервации. Основными предрасполагающими факторами являются: чрезмерное иссечение анодермы, нарушение техники операции, развитие послеоперационных инфекционных осложнений, индивидуальные особенности заживления ран и склонность к келоидному рубцеванию [1].

Клинические проявления послеоперационного стеноза анального канала характеризуются прогрессирующим нарушением дефекации, болевым синдромом, развитием копростазы и вторичных осложнений со стороны толстой кишки. Пациенты предъявляют жалобы на затруднение и болезнен-

ность дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника, необходимость применения слабительных препаратов и механических средств эвакуации кала. В тяжелых случаях развивается клиника частичной или полной обтурации анального канала[2].

Диагностика послеоперационного стеноза анального канала представляет определенные трудности, особенно на ранних стадиях развития осложнения. Традиционные методы клинического обследования, включая пальцевое ректальное исследование и аноскопию, не всегда позволяют адекватно оценить степень сужения, состояние анального сфинктера и характер рубцовых изменений. Это обуславливает необходимость применения специализированных диагностических методик[3].

Современные инструментальные методы диагностики включают аноректальную манометрию, позволяющую оценить функциональное состояние анального сфинктера и внутрианальное давление, эндоректальное ультразвуковое исследование для визуализации структурных изменений стенки анального канала, магнитно-резонансную томографию органов малого таза для детальной анатомической оценки. Каждый из этих методов имеет свои преимущества и ограничения, что требует комплексного подхода к диагностике[4].

Особое значение приобретает ранняя диагностика начальных проявлений стеноза, когда патологический процесс еще обратим и возможно применение консервативных методов коррекции. Несвоевременное выявление и неадекватное лечение приводят к прогрессированию рубцового процесса, формированию грубых деформаций анального канала и необходимости выполнения сложных реконструктивных операций[5].

Качество жизни пациентов с послеоперационным стенозом анального канала значительно снижается вследствие постоянного дискомфорта, болевого синдрома, социальной дезадаптации и психоэмоциональных расстройств. Многие больные вынуждены ограничивать физическую активность, изменять характер питания, использовать специальные гигиенические средства, что негативно влияет на их социальное функционирование и трудоспособность[6].

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

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

Критерии включения в исследование определялись наличием у пациентов послеоперационного сужения ануса II и III степени, развившегося в результате оперативного лечения острой и хронической хирургической патологии анального канала. Исключались из исследования пациенты с посттравматическим и врожденным 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 постоперационный 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 гнойного парапроктита, ПСАК наблюдалось у 8 (7,8%) пациентов: 6 (10,7%) случаев в ОГ и 2 (4,3%) случая в КГ. ПСАК после лечения острого анаэробного парапроктита развилось у 8 (7,8%) пациентов: 4 (7,1%) случая в ОГ и 4 (8,7%) случаев в КГ. Кроме того, у 3 (5,3%) и у 1 (2,2%) пациентов основной и контрольной групп ПСАК возникло после иссечения острой анальной трещины с кровотечением и анемией средней степени тяжести.

В оставшихся 82 (80,4%) случаях сужение ануса в послеоперационном периоде развивалось после хирургического лечения хронических патологий анального канала, из которых 43 (76,8%) пациентов принадлежали к основной группе (ОГ), а 39 (84,8%) — к контрольной группе (КГ). Из них в 59 (57,8%) случаях послеоперационное сужение анального канала (ПСАК) наблюдалось у группы пациентов с хроническим геморроем: 30 (53,5%) пациентов ОГ и 29 (63,0%) пациента КГ (таблица 2.4). В 18 (17,6%) случаях ПСАК развился у пациентов со сложным рецидивирующим свищом прямой кишки: 10 (17,8%) пациентов ОГ и 8 (21,7%) пациентов КГ. В 5 (4,9%) случаях причиной стало хроническое течение анальной трещины: 3 случая (5,4%) в основной группе и 2 (4,3%) в контрольной группе.

Распределение всех пациентов с послеоперационным сужением ануса по степеням показало, что общее количество пациентов со II степенью ПСАК достигло 84 (82,3%) случаев, из которых 45 (80,3%) находились в основной группе (ОГ) и 39 (84,8%) в контрольной группе (КГ). С III степенью послеоперационного сужения ануса было зарегистрировано 18 (17,6%) пациентов, включая 11 (19,6%) в ОГ и 7 (15,2%) в КГ (табл 1).

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

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

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

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 и их обсуждение. 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 пилонидального киста, 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 мышеч-

ных 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).

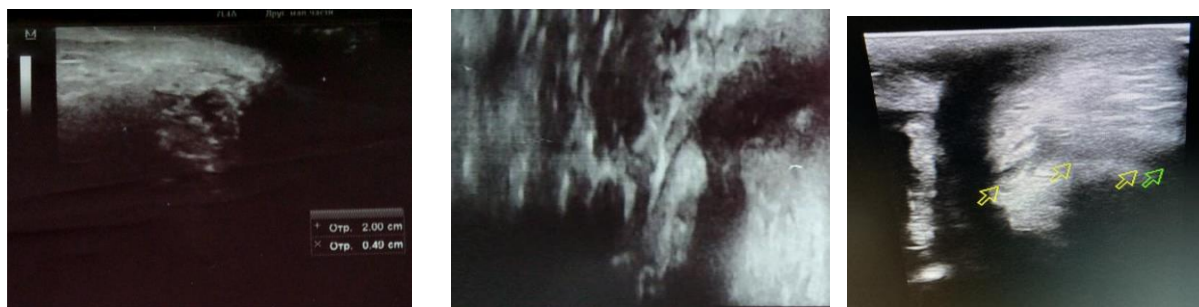


Рисунок 4. - УЗИ –исследование с линейным датчиком. а и б– инфильтрация правой стенки анального канала; в – высокий трансфинктерный свищ прямой кишки

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).

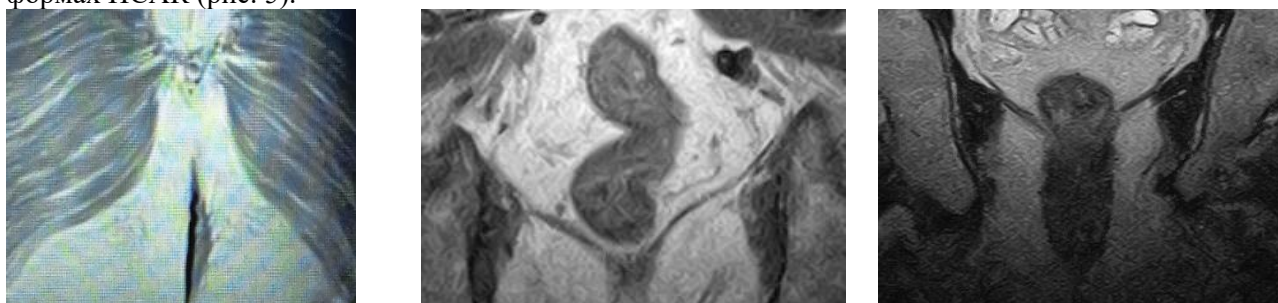


Рисунок 5. МРТ – исследование АК и органов малого таза больных с ПСАК. а –инфильтрация правой стенки анального канала и нижеампулярной части прямой кишки; б - и в – значительное расширение ПК выше сужения ануса

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 свищом 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 фиб-

розных 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.

Выводы:

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.

Список литературы:

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.

Для цитирования: Дусияров М.М., Усманов Ф.Х. Клиника и особенности диагностики послеоперационного стеноза анального канала // *Вестник фундаментальной и клинической медицины*. – 2026. – № 2(22). – С. 118–123. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18520188>