

ХУЛОСА

М.Ч. Мачонова, Н.М. Хочаева,
Г.М. Саидмурадова

РАВИШҶОИ МУОСИР ОИДИ ТАБОБАТИ СУЛФАКАБУТАК ДАР КӮДАКОН

Мақсади таҳқиқот. Баҳодихӣ ба таъсириҳои саририю масъунии доруҳои масъунитбаландкунанда дар табобати кӯдакони гирифтори сулфакабутак.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳти назорати мо 144 бемор ббо ташхиси сулфакабутак дар сини аз таваллуд то 17 сола қарор доштанд, ки вобаста аз хусусияти табобат кӯдакони бемор ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Гурӯҳи якум танҳо табобати асосиро гирифтанд, гуруҳҳои боқимонда бар илова ба табобати асосӣ маводҳои масъунитбаландкунандаро қабул намуданд.

Натиҷа ва муҳокимаи он. Дар натиҷаи сан-

чиши мукоисавии басомади вохурии аломатҳои асосии бемори дар гуруҳҳое, ки доруҳои масъунитбаландкунандаро қабул намуда чараёни мусбӣ назар ба гуруҳе, ки танҳо табобати асосиро қабул намуда буданд, муайян карда шуд. Дар давраи шадиди бемори (то табобат) нишондиҳандаҳои масъунити ҳуҷайравӣ ва ҳуморали бозътимод байни хама гуруҳҳои беморон фарқият надошт.

Дар давраи сихатшавӣ дар хама гуруҳҳои беморон нишондиҳандаҳои масъунити ҳуҷайравӣ ва ҳуморали майл ба баландшавӣ доштанд, гайр аз IgG, ки дар хамаи гуруҳҳои беморон баланд буд.

Хулоса. Хамин тавр, истифодабарии доруҳои масъунитбаландкунанда дар табобати беморони гирифтори сулфакабутак имкон дод, ки тезтар аломатҳои асосии сулфакабутак дар кудакон, механизми вайроншудаи масъунитидоркунанда ва инчунин танзими ситакинҳо муътадил гардониданд.

Калимаҳои асосӣ: сулфакабутак, масъунит, доруҳои масъунитбаландкунанда, кудакон.

УДК 616.352-007.253-616.353-002.3-556.16.06

Д.К. Мухаббатов, Ф.Х. Нозимов, Ш.А. Каримов, Д.Д. Давлатов

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕКТЕНОЗА АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ПАРАПРОКТИТА

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино, Таджикистан

Мухаббатов Джиёнхон Курбонович – профессор кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им Абуали ибни Сино; 734032, г. Душанбе, пр. Рудаки 139, тел.: +992918612808, E-mail: mukhabbatov67@mail.ru.

Цель исследования. Разработать объективные прогностические факторы риска развития пектеноза анального сфинктера у больных со сложными формами свищей прямой кишки.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ и проспективное исследование 170 пациентов со сложными свищами прямой кишки. Группы формировали с учетом характера течения послеоперационного периода: в первую группу вошли пациенты со сложными свищами прямой кишки с развитием пектеноза анального сфинктера (83) и во вторую – с гладким течением послеоперационного периода (87).

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что у больных со сложными свищами прямой кишки, осложненным пектенозом анального сфинктера в 23,6% случаях развивается различной степени недостаточности анального сфинктера. Объективным прогностическим фактором риска развития пектеноза анального сфинктера у больных со сложными свищами прямой кишки, являются перенесенные формы: (анаэробная клостридиальная, неклостридиальная и рецидивирующая), локализация (задняя стенка прямой кишки), вид вызываемой острый парапроктит инфекции (анаэробная клостридиальная и неклостридиальная).

Заключение. Объективными критериями прогноза развития недостаточности анального сфинктера у больных со сложными свищами прямой кишки, осложненным пектенозом анального сфинктера, являются индекс тяжести пектеноза анального сфинктера и степень дисфункции свища прямой кишки.

Ключевые слова: сложные формы парапроктита, пектеноз анального сфинктера, прогнозирование.

D.K. Mukhabbatov, F.Kh. Nozimov, Sh.A. Karimov, D.D. Davlatov

PREDICTION OF ANAL SPHINCTER PECTENOSIS IN COMPLEX FORMS OF PARAPROCTITIS

Department of General Surgery №1, Avicenna Tajik State Medical University

Mukhabbatov Djiyonhon Kurbonovich - professor of the department; 734032, Dushanbe, Rudaki Ave. 139, tel.: + 992918612808, e-mail: mukhabbatov67@mail.ru.

Aim. To develop objective predictive risk factors for the development of anal sphincter pectenosis in patients with severe forms of rectal fistulas to improve the long-term results of surgical treatment.

Material and methods. We have conducted a retrospective analysis and a prospective study of 170 patients with rectal fistulas. The study groups were formed according to the nature of the course of the postoperative period: the first group consisted of patients with severe rectal fistulas with the development of pectenosis of the anal sphincter (83). The second included patients with a smooth course of the postoperative period (87).

Results and discussion. It was found that 23.6% of patients with severe rectal fistulas complicated by pectenosis of the anal sphincter developed various degrees of anal sphincter insufficiency. An objective prognostic risk factor for the development of the pectenosis of the anal sphincter in patients with severe rectal fistulas is the form of the disease (anaerobic clostridial, non-clostridial and recurrent); localization (posterior rectal wall); type of infection caused by acute paraproctitis (anaerobic clostridial and non-clostridial).

Conclusion. Objective criteria for the prognosis of the development of anal sphincter insufficiency in patients with severe rectal fistulas complicated by anal sphincter pectenosis are the severity index of anal sphincter pectenosis and the degree of rectal fistula dysfunction.

Keywords: complex forms of paraproctitis, anal sphincter pectenosis, prognosis.

Актуальность. Среди доброкачественных заболеваний прямой кишки, хронические парапроктиты-свищи, представляют собой одно из самых распространенных, и их частота колеблется от 15 до 40% случаев. Наиболее значимую и сложную тактическую задачу, представляет хирургическое лечение сложных (высоких трансфинктерных и экстрасфинктерных) свищей, которые встречаются в 30-45% случаев хронического парапроктита и недостаточность анального сфинктера в отдаленном послеоперационном периоде встречается до 33% наблюдений [4, 9, 12].

Основной причиной недостаточности анального сфинктера (НАС) у больных со сложными свищами прямой кишки (ССПК), являются развитие дефекта мышц наружного анального сфинктера и замещение мышц анального сфинктера фиброзной тканью – пектеноз анального сфинктера (ПАС). Обобщение литературных данных показывает, что после внедрения технологичных сфинктеросохраняющих операций, достигнуты успехи к уменьшению количества НАС, однако в ближайшие 3 года после операций, наблюдается частота рецидива заболевания до 22-38% случаев [7, 10, 13].

Несмотря на арсенал современных диагностических возможностей современной колопроктологии, ПАС остается нередким последствием СПК, который развивается в 2,3-10,1% случаях

[2]. Отсутствие научных работ, посвященных изучению возможных факторов, способствующих развитию НАС в пред- и послеоперационном периодах, являются причиной повторных операций и ухудшения отдаленных результатов больных со ССПК [1, 6, 11].

Одни ученые ориентируются на лабораторные показатели крови в предоперационном периоде, а другие на трансформацию структурных изменений в слизистой оболочке толстой кишки и тест-системы на основе магносорбентов с иммобилизованным антигеном из патологических рубцов [5, 8].

Вышеизложенные данные указывают на то, что проблема НАС в хирургии СПК еще существует и все новые исследования в данном направлении являются актуальными в колопроктологии.

Цель исследования. Разработать объективные прогностические факторы риска развития пектеноза анального сфинктера у больных со сложными формами свищей прямой кишки.

Материалы и методы исследования. Проведённое исследование в отделение колопроктологии ГУ ГМЦ №2 города Душанбе охватило обследование и лечение 170 больных со ССПК. Первый период охватывает с 2006 по 2013 гг. – ретроспективный анализ (83) и второй - с 2014 по 2020 гг. проспективный (87). Мужчин было

125 (73,5%), женщин – 45 (26,5%). Всем больным проводили общеклинические (СРБ - в сыворотке периферической крови) и специальные методы исследования. Ультразвуковое исследование проведено на аппарате Mindray-7 с помощью датчика частотой 5-7 МГц.

Для выявления прогностических факторов риска развития ПАС, изучены 14 показателей клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, характер выполненных операций, способ дренирования, течение послеоперационного периода, специфические и неспецифические послеоперационные осложнения у больных со ССПК. С целью достижения цели, группы формировали с учетом характера течения послеоперационного периода: в первую группу вошли пациенты ССПК с развитием ПАС (83 пациента), во вторую – с гладким течением послеоперационного периода (87 пациента).

Результаты исследования и их обсуждение.

Всего обследовано 862 больных со свищами прямой кишки, из них ССПК составили 355 (41,1%) случаев и ПАС выявили у 83 (23,4%) оперированных пациентов. Из 83 больных у 30 (36,2%) больных I степень ПАС установлена только на УЗИ прямой кишки, а у 43,3% со II степенью - патологические рубцовые изменения анального сфинктера были диагностированы на основании УЗИ прямой кишки и с помощью пальцевого исследования. В 20,5% случаях имела место III степень ПАС и диагноз установлен клинически. У всех больных были выражены клинические проявления осложнения, в виде болезненности, затрудненного акта дефекации и НАС на фоне сужения ануса (табл. 1).

Таблица 1

Методы диагностики ПАС

| Степень тяжести ПАС | Методы диагностики | Абс. число | В % |
|---------------------|---|------------|------|
| I степень | Инструментальная | 30 | 36,2 |
| II степень | Инструментальная и пальцевое исследование | 36 | 43,3 |
| III степень | Клиническая | 17 | 20,5 |

Примечание: % - от общего количества больных

При I степени ПАС, фиброзный участок охватывает до $\frac{1}{4}$ окружности анального сфинктера, при II степени ПАС - до $\frac{1}{2}$ окружности анального сфинктера. У больных с III степенью ПАС от $\frac{3}{4}$ и более окружности анального сфинктера, имело

место превращение его в рубцовую ткань (рац. предл. № 3362/R577 выданное ТГМУ им Абуали ибни Сино от 14.11.2013г.).

Возможные прогностические факторы риска были подразделены на следующие 3 подгруппы: непосредственно связанные с больным, связанное с заболеванием (свищ прямой кишки) и связанное с проводимым лечением.

Наиболее часто заболевали мужчины и связано это с особенностями распространения заболевания среди мужского пола. Лица трудоспособного возраста также преобладали по сравнению с другими возрастными группами. Однако частота развития ПАС была высока среди больных, у которых индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 (кг/м² и составил 53,1% случаев.

На момент поступления больных с острым парапроктитом в 34,5% случаев имело место наличие сопутствующих заболеваний анального канала (или толстой кишки) и со стороны других органов систем. Наиболее высокая частота развития ПАС выявлена у больных, имеющих хроническую анальную трещину на момент развития острого парапроктита, и составила она 34% случаев. У этих больных, т.е. с острым парапроктитом, имела место сугубо хроническая задняя локализация анальной трещины с гнойной полостью и затеками. При эндоскопическом исследовании у 9% больных со ССПК с ПАС выявлен проктит (проктосигмоидит). У 7,8% больных, имеющих сопутствующий сахарный диабет и метаболический синдром, был выявлен ПАС.

Изучение факторов, связанных с пациентом (пол, возраст, сопутствующие заболевания толстой кишки и со стороны других органов и систем) показало, что индекс массы тела и наличие хронической задней анальной трещины имели весомый характер на частоту развития ПАС у больных со ССПК, а роль остальных показателей - незначительный.

Сравнительный анализ частоты развития ПАС в зависимости от перенесенной клинической формы острого парапроктита показал, что в первой группе больных преобладали ретроректальные (11,4%) и пельвиоректальные (19,9%) формы заболевания, чем во второй группе пациентов (табл.2). Данные показатели таблицы свидетельствуют о том, что перечисленные формы заболевания наиболее отрицательно влияют на частоту развития ПАС у больных со ССПК.

Соотношение частоты развития ПАС от первичного и рецидивирующего характера острого

Таблица 2

Перенесенные клинические формы острого парапроктита (n-170)

| Формы ОП | ССПК с ПАС | | ССПК без ПАС | |
|-----------------------|------------|------|--------------|------|
| | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Подкожно-подслизистая | 18 | 22,1 | 30 | 34,0 |
| Ишиоректальная | 38 | 46,6 | 36 | 41,8 |
| Пельвиоректальная | 16 | 19,9 | 14 | 15,7 |
| Ретроректальная | 9 | 11,4 | 7 | 8,5 |
| Всего | 83 | 100 | 87 | 100 |

Примечание: % - от общего количества больных

парапроктита составила 1:5. Также на развитие патологического изменения на анальном сфинктере, повлияло запущенность форм острого парапроктита, в частности подковообразного и переход в другие клетчаточные пространства.

При изучении характера микробной флоры вызывающий острый парапроктит, установлено, что в 30,1% случаях больные имели анаэробный клостридиальный парапроктит и анаэробный клостридиальный (гнилостный) парапроктит – в 18,1% наблюдений, что относительно больше по частоте встречаемости по сравнению со второй группой больных (табл.3). Особенно выраженные местные патологические изменения отмечены у 13,1% больных с анаэробным клостридиальным парапроктитом в сочетании с сахарным диабетом.

Таблица 3

Перенесенные клинические формы острого парапроктита и частота ПАС(n-170)

| Виды перенесённого парапроктита | ССПК с ПАС | | ССПК без ПАС | |
|---------------------------------|------------|-------|--------------|-------|
| | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Банальный | 43 | 51,8 | 59 | 67,8 |
| Гнилостный | 25 | 30,1 | 20 | 22,9 |
| Анаэробный | 15 | 18,1 | 9 | 10,3 |
| Всего: | 83 | 100,0 | 87 | 100,0 |

Примечание: % - от общего количества больных

Изучены влияние факторов длительности, наличия и локализация гнойной полости и затеков на развитие местных изменений ткани промежности (анальный сфинктер и параректальной области). Проведенный анализ показал, что у больных со ССПК и ПАС гнойные полости и затеки в 84,2% случаев локализовались по задней или же заднебо-

ковой стенках прямой кишки. У 37,7% этих больных, имели место различной по длительности хронического течения с периодическим обострениями плохо дренирующиеся гнойные полости. Оценка местных изменений промежности проводили при помощи УЗИ. Вокруг анального сфинктера выявили различной по форме и размеру воспалительные инфильтраты – неправильной овальной или продольной. Форма и размер воспалительного инфильтрата вокруг анального сфинктера изменялись в зависимости от сроков опорожнения гнойной полости и затеков. У 17,1% больных воспалительный инфильтрат распространялся во все слои мягких тканей пораженной стенки, в 51,8% случае локализовался межмышечно в волокнах анального сфинктера и в 23,7% случаях - у края анального сфинктера. Также при УЗИ определяли утолщения и снижения эхогенности мышечных волокон в области воспалительного инфильтрата (фото 1). Это процесс мы называли реактивный сфинктерит (рац. предл. № 3623/R577, выданное ТГМУ им Абуали ибни Сино от 14.11.2020г.). При пальцевом исследовании определяли болезненность пораженной стенки прямой кишки и снижения эластичности волокна анального сфинктера. В 69,8% случаях удалось установить сообщение гнойной полости с просветом прямой кишки.

Среди факторов связанный с заболеванием отрицательно влияющие на частоту развития ПАС также относятся характер микробной флоры вызывающий острый парапроктит (анаэробная клостридиальная и неклостридиальная инфекция), рецидивирующий подковообразный формы заболевания и локализация гнойной полости по задней стенки прямой

Таблица 4

Изменение показателей эндотоксикоза в сравниваемых группах (n-170)

| Показатели эндотоксикоза | ССПК (n-81) | ССПК с ПАС (n-87) | p |
|--------------------------|-------------|-------------------|--------|
| СОЭ (мм/час) | 21 | 15 | - |
| ПКТ (нг/мл)-0,3 | 1,16±0,31 | 0,35± 0,11 | <0,001 |
| СРБ (мг/л)-100 | 158±6,12 | 106 ±5,76 | <0,001 |

Примечание: p- статическая значимость различия показателей между группами (по U- критерию Манна-Уитни)

Изученные показатели лабораторных методов исследования показали, что у больных с ПАС наряду с рубцовыми изменениями анального сфинктера наблюдались повышенные показатели эндотокси-



Фото 1. УЗИ картина реактивного сфинктерита

коза, что выражалось в увеличении количества СОЭ, СРБ и ПКТ по сравнению с показателями пациентов с гладким течением послеоперационного периода, т.е. без развития ПАС (таб.4). Однако повышение показателей эндотоксикоза в первой группе больных выявлены у тех, у которых были гнойно-воспалительные полости и затеки в параректальной области.

Результаты функциональных методов исследования показали, что при ПАС I степени функциональное состояние анального сфинктера находится на стадии компенсаций - отмечали полное сохранение функции (тонической) внутреннего сфинктера и координированное взаимодействия с наружным сфинктером (сохранение сократительной функции) прямой кишки. У этой категории больных, признаки НАС не выявлены. При II степени ПАС отмечали признаки дисфункции внутреннего сфинктера и нарушения взаимодействия с наружным сфинктером, и расценивали как стадию субкомпенсации. У 10 (12,1%) больных со II степенью ПАС установлена I(6) и II(4) степени НАС. При III степени ПАС выявили снижения биопотенциалов мышц ЗАПК и дисфункцию внутреннего сфинктера с нарушением синхронного координированного взаимодействия ВС и НС ПК, как критерий неблагоприятного прогностического исхода. Наиболее тяжелой степени НАС наблюдали у больных с III степени тяжести ПАС. У всех 17 больных с III степени ПАС выявили II и III степени НАС. Таким образом, с нарастанием тяжести ПАС отмечали развитие дисфункции внутреннего сфинктера и нарушения синхронной регуляции функции удержания кишечного содержимого. Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между степенью тяжести ПАС и развитию НАС у больных со ССПК.

Анализ факторов, связанных с заболеванием, показал, что наиболее отрицательно влияют на частоту развития ПАС у больных со ССПК,

следующие:

- ретроректальный, рецидивирующий и ишиоректальный пельвиоректальный острый парапроктит
- анаэробный кластридиальной и некластридиальной этиологии
- локализация гнойной полости и затеков по задней или же заднебоковых стенках прямой кишки.

Применение лигатурного способа лечения острого парапроктита (43%) оказывал наиболее значимую роль в развитии ПАС, по сравнению с паллиативными методами оперативного вмешательства – вскрытие парапроктита с дренированием гнойной полости.

У 78,9% больных проведено пассивное дренирование гнойной полости и затеков через основную рану резиново-марлевым выпускником и лишь в 21,1% случаев использовали контрапертурные разрезы параректальной клетчатки. У 28 больных в раннем послеоперационном периоде отмечалось развитие рецидивных и резидуальных гнойных полостей и затеков параректальной клетчатки с развитием обострения заболевания.

При анализе факторов, связанных с лечением установлено, что более значимую роль в развитии ПАС у больных с ССПК, играет применение натяжного лигатурного способа лечения острого парапроктита.

Для расчета прогноза ПАС на каждый фактор выбирали адекватное значение и диапазон значений и определяли соответствующий им сумма баллов (табл.5). При оценке тяжести ПАС определяли сумму факторов по 3-х балльной системе. У одного больного может быть несколько прогностических факторов, которые вычисляли по формуле. Если показатель, по каким причинам не определялся, то значение коэффициента считали нуль. Сумма баллов по всем показателям составляла индекс прогноза. Значение ИП рассчитывали

Таблица 5

Структура распределения признаков с учетом развития ПАС

| Признаки | Критерии | Баллы |
|---|---|-------|
| Возраст | <60 лет / ≥60 лет | 1/2 |
| Пол | Мужчины/ женщины | 1/2 |
| ИМТ (кг/м ²) | ≥30 / <30 | 1/2 |
| Сопутствующие патологии анального канала | ХАТ/проктит/(проктосигмоидит)/ Геморрой | 1/2/3 |
| Сопутствующие заболевания других органов | Сахарный диабет / ИБС / Хронический гепатит | 1/2/3 |
| Форма ОП | Ишиоректальный /пельвиоректальный /ретро-ректальный | 1/2/3 |
| Этиология (вызываемая инфекция) ОП | Банальная /гнилостная / Анаэробная | 1/2/3 |
| Наличие гнойных затеков | Да / нет | 1/2 |
| Расположение гнойной полости (стенка) | Передняя/боковая/задняя | 1/2/3 |
| Характер заболевания | Первичная /рецидивная | 1/2 |
| Наличие внутреннего отверстия | Да / нет | 1/2 |
| Локализация внутреннего отверстия (крипт) | Передний/боковой/задний | 1/2/3 |
| Характер операций (радикальный) | Да / нет | 1/2 |
| Способ дренирование | Пассивное /активное | 1/2 |

для точности заключений в 94% и составляли они соответственно – 14+28 у.е. При ИП меньше или равном -14 у.е. с вероятностью более 80% можно ожидать гладкое течение послеоперационного периода. Если ИП больше -28 у.е., то с той же вероятностью можно ожидать развития ПАС. При величине ИП от -15 до 28 у.е. прогноз остается неопределенным.

Полученный ретроспективный анализ результатов хирургического лечения больных со ССПК показал, что ни один прогностический фактор в отдельности не может быть однозначным критерием по прогнозу развития ПАС. Однако среди прогностических факторов риска развития имеются ряд критериев, которые имеют важное научно- практическое значение.

Применение в клинической практике прогностических факторов риска развития ПАС у больных со ССПК в предоперационном периоде, позволило определить абсолютные показания для проведения профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты развитию НАС в отдаленном послеоперационном периоде. Разработанная программа позволяет прогнозировать ПАС у больных со ССПК и уменьшить развитие НАС в отдаленном послеоперационном периоде.

Выводы

1. В 23,4% наблюдений выявили ПАС среди

больных со ССПК, который в 32,5% случаев способствовал развитию НАС.

2. Прогностическими факторами рисками развития ПАС у больных со ССПК являются высокий индекс ИМТ, сложные формы острого парапроктита, локализация гнойной полости по задней стенке прямой кишки и натяжной лигатурный способ лечения острого парапроктита.

3. Реактивный сфинктерит в послеоперационном периоде является одним из этапов (звенья) развития ПАС у больных со ССПК и развивается у лиц с наличием гнойной полости и затеков по задней стенке прямой кишки и эндотоксикога.

ЛИТЕРАТУРЫ

(пп. 10-13 см. в REFERENCES)

1. Алиев Ф.Ш. Опыт лечения больных с недостаточностью анального сфинктера / Ф.Ш. Алиев и соавт. // Университетская медицина Урала. -2016, №4. - С.6-8.
2. Иброхимов Ю.Х. Предоперационная подготовка больных с хроническим парапроктитом / Ю.Х. Иброхимов, Б.С. Пиров // Вестник Авиценны. 2010. № 4 (45). С. 57-61.
3. Куляпин А.В. Возможности использования «Стимулятора регенерации» в лечении проктологических заболеваний/ Куляпин А.В. и соавт. // Актуальные проблемы колопроктологии. -2005. - С.96-98.
4. Костарев, И.В. Дренирующая лигатура при сфинктеросохраняющем лечении свищей прямой кишки

/ А.И. Мусин, И.В. Костарев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. - №8. – выпуск 2. – С. – 65-72.

5. Федулова Э.Н. Новые критерии прогнозирования течения и оценки эффективности терапии язвенного колита у детей/ Э.Н. Федулова и соавт. // Клиническая медицина.,2011. - С.66-72.

6. Разин А.Н. Способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами / А.Н. Разин, Б.Н. Жуков, А.А. Чернов, С.Е. Каторкин // Новости хирургии. – 2014. – №1. (22). – С. 83-88.

7. Ривкин В.Л. Вариант радикальной операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки/ В.Л.Ривкин// Актуальные проблемы колопроктологии. – 2005. – С.121-122.

8. Способ пластической операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки / А.В. Муравьев, В.С. Малогин, Р.В. Журавель, О.В. Лысенко // Колопроктология. 2012. №3 (41). С. 11-14.

9. Фролов, С.А. Выбор метода хирургического лечения свищей, сопряженных с воспалительными и рубцовыми изменениями / С.А. Фролов, И.С. Богористров // Хирург. – 2016. - № 11 – 12. – С. 57 – 63.

REFERENCES

1. Aliev F. Sh. Opyt lecheniya bolnykh s nedostatochnostyu analnogo sfinktera [Experience in the treatment of patients with anal sphincter insufficiency]. *Universitetskaya meditsina Urala - University medicine of the Urals*, 2016, No. 4, pp. 6-8.

2. Ibrokhimov Yu. Kh. Predoperatsionnaya podgotovka bolnykh s khronicheskim paraproktitom [Preoperative preparation of patients with chronic proctitis]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2010, No. 4 (45), pp. 57-61.

3. Kulyapin A. V. Vozmozhnosti ispolzovaniya «Stimulyatora regeneratsii» v lechenii proktologicheskikh zabolevaniy [Possibilities of using the “Regeneration Stimulator” in the treatment of proctological diseases]. *Aktualnye problemy koloproktologii - Actual problems of coloproctology*, 2005, pp. 96-98.

4. Kostarev I. V. Dreniruyushchaya ligatura pri sfinkterosokhranyayushchem lechenii svishchey pryamoy kishki [Drainage ligature for sphincter-preserving treatment of rectal fistulas]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2018, No. 8, Issue 2, pp. 65-72.

5. Fedulova E. N. Novye kriterii prognozirovaniya techeniya i otsenki effektivnosti terapii yazvennogo kolita u detey [New criteria for predicting the course and evaluating the effectiveness of therapy for ulcerative colitis in children]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical medicine*, 2011, pp. 66-72.

6. Razin A. N. Sposob operativnogo lecheniya patsientov s ekstrasfinkternymi pararektalnymi svishchami [Method of surgical treatment of patients with extrasphincteric pararectal fistulas]. *Novosti khirurgii – News of Surgery*,

2014, No. 1 (22), pp. 83-88.

7. Rivkin V. L. Variant radikalnoy operatsii pri ekstrasfinkternykh svishchakh pryamoy kishki [A variant of radical surgery for extrasphincteric rectal fistulas]. *Aktualnye problemy koloproktologii - Actual problems of coloproctology*, 2005, pp.121-122.

8. Muravyov A.V. Sposob plasticheskoy operatsii pri ekstrasfinkternykh svishchakh pryamoy kishki [Method of plastic surgery for extrasphincteric fistulas of the rectum]. *Koloproktologiya - Coloproctology*, 2012, No. 3 (41), pp. 11-14.

9. Frolov S. A. Vybor metoda khirurgicheskogo lecheniya svishchey, sopryazhennykh s vospalitelnyimi i rubtsovymi izmeneniyami [The choice of the method of surgical treatment of fistulas associated with inflammatory and cicatricial changes]. *Khirurgiya – Surgery*, 2016, No. 11-12, pp. 57- 63.

10. Adegbola S. O. Symptom amelioration in Crohn’s perianal fistulas us-ing video assisted anal fistula treatment (VAAFT). *Journal of Crohn’s and Colitis*, 2018, Vol. 12 (9), pp.1067-1072.

11. Xu Y. Ligation of Intersphincteric Fistula Tract Is Suitable for Recurrent Anal Fistulas from Follow-Up of 16 Months. *BioMed Research International*, 2017, Vol. 2017, pp. 315-2424.

12. Yassin N. A., Hammond T. M., Lunniss P. J. Ligation of the intersphincteric fistula tract in the management of anal fistula. A systematic review. *Colorectal Disease*, 2013, Vol. 15 (5), 527–535.

13. Zheng L. H., Zhang A. Z., Shi Y. Y., Li X., Jia L. S., Zhi C. C., Yu Q. X., Zhang W., Liu Y.J., Wang L., Xiao D., Wang C. Impact of Smoking on Anal Abscess and Anal Fistula Diseases. *Chinese Medical Journal*, 2018, Vol. 131 (9), pp. 1034–1037.

ХУЛОСА

**Ҷ.Қ. Муҳаббатов, Ф.Ҳ. Нозимов,
Ш.А. Каримов, Ҷ.Ҷ. Давлатов**

ПЕШГУИИ ПЕКТЕНОЗИ ҲАЛҚАМУШАК ҲАНГОМИ НАМУДҲОИ МУРАККАБИ ХАНОСИЯ (ПАРАПРОКТИТ)

Мақсади тадқиқот – коркарди омилҳои обективи пешгуи хавфи пайдоиши(рушди) пектенози ҳалқамушак дар беморони намуди мураккаби носурҳои рудаи рост бо мақсади беҳтарсозии натиҷаҳои дарозмуддати табобати ҷарроҳӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Бо мақсади муайян ва коркарди омилҳои обективи пешгуи хавфи пайдоиши(рушди) пектенози ҳалқамушак дар беморони намуди мураккаби носурҳои рудаи рост таҳлили ретроспективӣ ва тадқиқоти проспективӣ 170 беморон дар 2 гуруҳ: 83 бемор бо носури рудаи рост бо пектенози ҳалқамушак(1

гурух) ва 87 бемор бо носури рудаи рост (2 гурух) гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Муайян карда шуд, ки дар 23,6% беморони гирифтори SSPK, ки бо PAS мураккаб шудаанд, дараҷаҳои гуногуни NAS инкишоф меёбанд. Омили объективи хавфи пешгӯии рушди PAS дар беморони гирифтори SSPD шаклҳои интиқолифта мебошад: (анаэробии кластридиалӣ, ғайрикластридиалӣ ва такроршаванда), локализатсия (девораи пушти ректум), на-

муди сироят бо парaproктити шадид (анаэробии кластридиалӣ ва ғайрикластридиалӣ).

Хулоса. Меъёрҳои объективи пешгӯии NAS дар беморони гирифтори SSPK, ки бо PAS мураккаб шудаанд, нишондиҳандаи вазнинии AS пектиноз ва дараҷаи норасоии ISPK мебошанд.

Калимаҳои калидӣ: намуди мураккаби носурҳои рудаи рост, пектенози ҳалқаи мушак, пешгӯӣ, натиҷаҳои дарозмуддати табobati чарроҳӣ.

УДК 616.833-089

Ш.К. Полвонов¹, Р. Раҳматуллоев¹, Н.Х. Шамсов², Н.М. Мирзоев²

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ РЕЦИДИВА У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

¹Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Шамсов Нодир Хизматуллоевич – старший научный сотрудник отделения эндоскопии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе, тел.: +992907775999, E-mail: otarion@list.ru.

Цель исследования. Оценка влияния различных факторов на развитие рецидивирования вентральных грыж

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты лечения 64 больных с вентральными грыжами. Все больные, для удобства оценки ближайших и отдалённых результатов, были разделены на клинические группы: в I группу вошли 28 больных, которым выполнялись методы с наложением сетчатого трансплантата; во II группу вошли 36 больных, которым выполнялась операция, с укреплением передней стенки местными тканями.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе изучения анамнеза больных, было установлено, что в обеих клинических группах часто отмечалось допущение ошибок к выбору показаний к использованию способа пластики грыжевых ворот. Во II клинической группе (группа пластики грыжевых ворот собственными тканями) по большей части причиной развития рецидивов было недостаточное изучение свойств местных тканей в интраоперационном периоде.

Заключение. Полученные данные показывают важность индивидуализации выбора метода пластики грыжевых ворот при рецидивах, и даже при первичном обращении. Шаблонное использование одной методики, будь то операция с пластикой грыжевых ворот местными тканями или сетчатым имплантатом, влечёт за собой развитие рецидивов, и неблагоприятных явлений у данной группы больных.

Ключевые слова: рецидив, грыжи передней стенки живота, вентральные грыжи.

Sh.K. Polvonov¹, R. Rakhmatulloev¹, N.H. Shamsov²

EVALUATION OF DIFFERENT FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF RECURRENCE IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIA

¹Avicenna Tajik State Medical University

²Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

Aim. To conduct an assessment of the influence of various factors on the development of recurrence of ventral hernias.

Material and methods. We have analyzed the results of the treatment of 64 patients with ventral hernias. All patients were divided into two clinical groups: group I included 28 patients who underwent mesh transplant; group II included 36 patients who underwent surgery, with the anterior wall strengthened with local tissues.

Research and discussion. Studying the medical history of patients, it was found that in both clinical groups, the mistakes were often made in the selection of indications for using the hernia gate repair method. In the II clinical group