

Усулҳо ва маводҳои таҳқиқот. Дар марказҳои махсуси колопроктологии ҷумҳурии мо ҳамасола тақрибан 600 нафар беморони раҳи мақбад табобат мегиранд. Аз соли 2018 то соли 2022 3065 нафар беморон бо ин бемори дар муассисаҳои тиббӣ бистарӣ шудаанд.

Ҳамаи беморон дар минтақаи перианалӣ муоина карда шуда, рефлексҳои аналі ва ректоаналӣ муайян карда шуда, муоинаи ташҳиси рақамии ректалӣ, сфинктерометрия, манометрия ва сигмидоскопия гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокима. Омили асосии патогенез ташаккули ба истилоҳ доирае

мебошад, ки дар занҷири он омили дард ва спазми сфинктери анал нақши муҳим доранд, инчунин ташаккули карункул, ки соли 83 мушоҳида шудааст. мутаносибан% ва 82% ҳолатҳо. Пектинози сфинктери анал дар 8% ва саҳтшавии кунҷҳои раҳи мақбад дар 115 ҳолат мушоҳида шудааст.

Хулоса. Фиссураи мақбад бемории полиэтиологӣ буда, омили муҳими пайдоиши он осеби механикӣ ба девори қафо аз сабаби қабзияти доимии доимӣ мебошад. омили дард ва спазми сфинктери анал роли муҳим мебозанд

Калимаҳои калидӣ. раҳи мақбад, этиология, патогенез, сфинктери анал, қабзият.

УДК 616.351-007.253-089.85

doi: 10.52888/0514-2515-2024-361-2-29-36

М.К. Гулов¹, Н.А. Саибова¹, К.Р. Рузбойзода², З.М. Нурзода¹, С.Г. Али-заде², Б.И. Сафаров¹

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ

¹ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Кахарова А.Н.

²ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.

Саибова Наргис Абдуназаровна – соискатель кафедры общей хирургии №1 имени профессора Кахарова А.Н. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +992934004554.

Цель исследования. Повышение эффективности оперативного лечения пациентов с рецидивными формами экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

Материал и методы исследования. Проведен анализ клинических данных 108 больных с рецидивными формами экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Исследуемые пациенты были подразделены на две группы. В первую, основную группу, вошли 58 (53,7%) пациентов, у которых были проведены усовершенствованные и разработанные способы хирургических операций. Во вторую, контрольную группу, были включены 50 (46,3%) пациентов, лечившихся с помощью традиционных общеизвестных методов.

В 6 (5,6%) случаях наблюдалась I степень сложности экстрасфинктерных рецидивных свищей прямой кишки, в 23 (21,3%) случаях – II степень сложности, III степень встречалась в 62 (57,4%) случаях, а IV степень сложности свища имела место в 17 (15,7%) наблюдениях.

Результаты исследования и их обсуждение. В 13 (26,0%) случаях у пациентов контрольной группы была проведена операция лигатурным методом, а у 37 (74,0%) больных применялись различные общеизвестные методы пластических операций для закрытия внутреннего отверстия. Для профилактики рецидива заболевания и снижения частоты послеоперационных осложнений у больных с рецидивными сложными подкожнообразными экстрасфинктерными свищами из основной группы был проведен трехэтапный метод оперативного вмешательства, разработанный и усовершенствованный в нашей клинике (n=18). У 21 (36,2%) пациента был применен разработанный нами способ хирургической коррекции рецидивных свищей прямой кишки III-IV степени сложности с экстрасфинктерным ходом.

Заключение. Таким образом, разработанные и усовершенствованные методы хирургической коррекции рецидивных экстрасфинктерных свищей прямой кишки позволяют радикально иссекать рубцово-воспалительно измененные парафистульные ткани, особенно при свищах III-IV степеней сложности. Эти методы способствуют минимизации как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений, в частности, снижают частоту рецидивов заболевания.

Ключевые слова: рецидивный экстрасфинктерный свищ прямой кишки, диагностика, лигатурные и пластические методы, разработанные и усовершенствованные методы, рецидив.

M.K. Gulov¹, N.A. Saibova¹, K.R. Ruziboyzoda², Z.M. Nurzoda¹, S.G. Alizade², B.I. Safarov¹

DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS IN RECURRENT EXTRASPHINCTERIC FISTULAS OF THE RECTUM

¹ State educational institution Avicenna Tajik State Medical University, Department of General surgery №1 named after professor A.N. Kakharov

² State educational institution Avicenna Tajik State Medical University, Department of Surgical diseases №1 named after Academician K.M. Kurbonov

Saibova Nargis Abdunazarovna - co-researcher of the Department of General Surgery №1 named after Prof. Kakharov A.N. SEI Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +992934004554.

Aim. To increase the effectiveness of surgical treatment in patients with recurrent forms of extrasphincteric rectal fistula.

Material and Methods. Clinical data of 108 patients with recurrent extrasphincteric rectal fistulas were analysed. The patients were divided into two groups. The first, the main group, included 58 (53.7%) patients who underwent improved and developed surgical procedures. The second, control group, included 50 (46.3%) patients who were treated with traditional, well-known methods.

In 6 (5.6%) cases grade I complexity of extrasphincteric recurrent rectal fistula was observed, in 23 (21.3%) cases grade II, in 62 (57.4%) cases grade III and in 17 (15.7%) cases grade IV complexity of fistula was observed.

Results. In 13 (26.0%) cases, patients in the control group underwent surgery using the ligature method, and in 37 (74.0%) patients various known plastic surgery methods were used to close the internal hole. In patients with recurrent complex horseshoe-shaped extrasphincteric fistulas from the main group, a three-stage surgical procedure was performed, developed and improved in our clinic (n=18) to prevent disease recurrence and reduce the incidence of postoperative complications. In 21 (36.2%) patients, the method we developed for surgical correction of recurrent rectal fistulas of grade III-IV complexity with an extrasphincteric course was used.

Conclusion. The developed and improved methods of surgical correction of recurrent extrasphincteric fistulas of the rectum allow radical excision of scar-inflammatory altered parafistula tissue, especially in fistulas of III-IV degree of complexity. These methods help to minimise both early and late postoperative complications, in particular they reduce the frequency of disease recurrence.

Keywords: recurrent extrasphincteric fistula of the rectum, diagnosis, ligation and plastic methods, developed and improved methods, recurrence.

Актуальность. На сегодняшний день в колопроктологии свищи прямой кишки занимают одно из ведущих мест. По различным данным, они составляют от 15 до 30% случаев среди всех заболеваний кишечника, а частота рецидивов, особенно при экстрасфинктерном свище, составляет от 25% до 65% [2, 5].

Высокая частота рецидивов, длительный период реабилитации после хирургического вмешательства, значительная вероятность развития недержания кала и газов, стриктур анального канала и гнойных осложнений являются основными факторами, определяющими актуальность улучшения эффективности лечения рецидивных экстрасфинктерных свищей прямой кишки (РЭСПК) [4, 11].

Диагностика РЭСПК включает в себя не только анализ жалоб пациента, анамнеза заболевания и результатов объективного осмотра, но и применение комбинированного подхода, основанного на нескольких методах. К таким методам относятся

рентгенологические и инструментальные исследования прямой кишки, трансректальная ультрасонография, сфинктерометрия и миография [1].

Лечение РЭСПК продолжает оставаться сложной задачей в области колопроктологии. Учитывая специфику рецидивных свищей, выбор хирургической тактики осуществляется индивидуально, с учетом ряда важных критериев [3, 9]. Особый подход требуют пациенты с затеками и грубыми воспалительно-инфильтративными перипроцессами в области свища, поскольку это увеличивает риск развития грозного послеоперационного осложнения, такого как недостаточность анального сфинктера [6, 8].

При развитии недостаточности анального сфинктера частота рецидивов может достигать 40%, что часто требует сложных повторных операций. Это, в свою очередь, пропорционально увеличивает риск развития анальной инконтиненции [7]. Вместе с тем многие авторы [10] подчеркивают,

что при рецидиве свища прямой кишки многие из существующих методов лечения оказываются неэффективными.

Высокий процент рецидивов, особенно среди осложненных форм, и неудовлетворительные результаты оперативных вмешательств подчеркивают необходимость поиска новых методов улучшения хирургического лечения больных данной категории.

Цель исследования. Повышение эффективности оперативного лечения пациентов с рецидивными формами экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

Материал и методы исследования. В данное исследование были включены 108 больных с РЭСПК, лечение которых проводилось в условиях стационара в период с 2014 по 2021 годы. Возраст наблюдаемых больных составлял от 18 до 63 лет.

С целью анализа эффективности оперативных вмешательств при РЭСПК больные были подразделены на две группы. В первую (или основную) группу были включены 58 (53,7%) больных, у которых были проведены усовершенствованные и разработанные способы хирургических операций. Во вторую, контрольную группу, были включены 50 (46,3%) пациентов, лечившихся с помощью традиционных общеизвестных методов.

Следует отметить, что большинство пациентов обратились в стационар спустя год после хирургического устранения свища прямой кишки. Время, прошедшее с момента первичной или вторичной операции, играет значимую роль в обращаемости пациентов и, следовательно, влияет на исход заболевания. В течение одного года после операции по устранению рецидивов свища были госпитализированы 27,8% пациентов. Основная часть пациентов (40,7%) обратилась повторно через год после первой операции, в то время как число обратившихся через два года составило 18,5%, а спустя более двух лет – 13,0%.

Тщательный анализ анамнеза оперативных вмешательств у 108 пациентов с РЭСПК выявил, что 65 (60,2%) из них перенесли 2 и более операций различного объема и характера. Из этой группы 23 пациента перенесли по 2 операции, 18 пациентов – по 3 операции, 11 пациентов – по 4 операции, 8 пациентов – 5 операций и 5 пациентов – 6 операций. В то же время, у 43 (39,8%) пациентов с рецидивными экстрасфинктерными свищами в анамнезе была только одна операция.

Анализ клинических данных из стационарных выписок пациентов с РЭСПК выявил, что им были

проведены различные по объему и методике оперативные вмешательства (табл 1). В процессе этих операций были допущены разнообразные ошибки, как технического, так и тактического характера. Кроме того, отмечены ошибки в управлении послеоперационным периодом. Эти факторы, как было установлено, играли ключевую роль в развитии рецидивов заболевания.

Таблица 1

Характер первично перенесенных оперативных вмешательств

Характер операции	Количество	%
Лигатурный метод	51	47,2
Пластические операции по закрытию внутреннего отверстия	57	52,8
Всего	108	100

Примечание: % - от общего количество больных

Как видно, у 51 (47,2%) пациента в анамнезе имеется операция, выполненная лигатурным методом, а у остальных 57 (52,8%) пациентов выполнялись различные пластические операции для закрытия внутреннего отверстия. Стоит отметить, что при выборе оптимальной тактики оперативного вмешательства для лечения РЭСПК ключевую роль играет степень сложности свища (табл 2).

Таблица 2

Распределение пациентов с РЭСПК в зависимости от степени сложности свища

Степень сложности свища	Количество	%
I степень	6	5,6
II степень	23	21,3
III степень	62	57,4
IV степень	17	15,7
Всего	108	100

Примечание: % - от общего количество больных

Как видно из представленной таблицы, экстрасфинктерные рецидивные свищи прямой кишки I степени сложности встречались в 6 (5,6%) случаях, II степени сложности – в 23 (21,3%) случаях, III степени сложности – в 62 (57,4%) случаях, а IV степени сложности – в 17 (15,7%) случаях.

Для диагностика пациентов с РЭСПК были использованы различные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования. Эти

методы включали зондирование и прокрашивание свищевого хода, фистулографию, сфинктерометрию, ультразвуковое исследование с ректальным датчиком, а также, по показаниям, магнитно-резонансное исследование.

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft, США). Качественные показатели описывались в виде абсолютного значения и долей (%). При парных сравнениях между независимыми группами по качественным показателям применялся критерий χ^2 , точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Пациенты с РЭСПК представляют собой сложную категорию в хирургической практике проктологии. Для их диагностики фистулография была обязательной процедурой во всех наблюдениях. Этот метод является одним из самых информативных, поскольку он предоставляет точные данные о ходе, разветвлениях, длине и ширине свищевого хода. В 43 (40,5%) случаях фистулография позволила определить сложные свищи прямой кишки, выявляя наличие полостей, затеков, обширных бухт, дополнительных разветвлений и криволинейных ходов. Эти сведения имеют ключевое значение для планирования метода и способа предстоящего хирургического вмешательства.

Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) свищевого хода играет ключевую роль в диагностике РЭСПК. Этот метод лучевого исследо-

вания был применен у всех 108 (100%) пациентов. Во время ТРУЗИ в предоперационном периоде у пациентов с рецидивными экстрасфинктерными свищами удалось определить локализацию основного свищевого хода по отношению к волокнам наружного сфинктера в 56 (96,5%) случаях. Кроме того, были выявлены гнойные полости и затеки, оценена протяженность свищевого хода, наличие и локализация дополнительных свищевых ходов, а также высота расположения внутреннего свищевого отверстия. Чувствительность ТРУЗИ при диагностике РЭСПК составляет 96,5%, а специфичность – 96,2%.

В случаях, когда возникали сомнения и для исключения других онкологических и воспалительных заболеваний прямой кишки, а также при недостаточной информативности ТРУЗИ, магнитно-резонансная томография (МРТ) использовалась в качестве диагностического метода у 9 (15,5%) пациентов основной группы. Этот метод позволил во всех случаях исключить другие заболевания, не связанные с фистулами прямой кишки и малого таза, а также визуализировать дополнительные свищевые ходы и гнойные затеки.

Анализ литературы последних лет, а также опыт отечественных и зарубежных клиник показывает, что в вопросе хирургической тактики при лечении РЭСПК до сих пор не сформировалось единого мнения. Выбор конкретной операции зависит от множества важных факторов, включая степень рубцовых изменений в тканях перианаль-

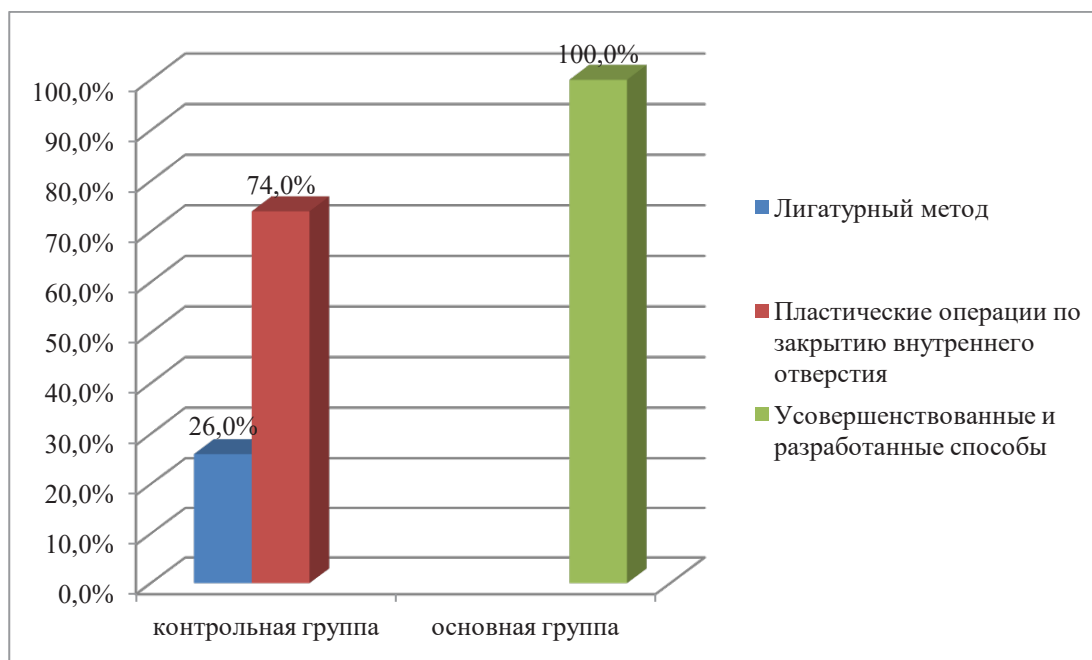


Рисунок 1. Способы повторного хирургического вмешательства у пациентов обеих групп

ной области, размеры и расположение внутреннего отверстия свища, а также наличие инфильтратов и гнойных полостей в клетчатке около прямой кишки. В нашем исследовании выбор оперативного вмешательства основывался на принципе минимальной травматизации волокон сфинктера прямой кишки. Применение усовершенствованных нами способов хирургического лечения РЭСПК способствовало сокращению частоты развития интра- и послеоперационных осложнений, а также уменьшению времени пребывания пациентов в стационаре.

В зависимости от уровня сложности свища и способа хирургического лечения все пациенты были распределены следующим образом (Рис 1).

В основной группе (n=58), пациенты подверглись операции с использованием усовершенствованных и разработанных нами методов вмешательств. В контрольной группе 13 (26,0%) пациентов были оперированы лигатурным методом, а у 37 (74,0%) применялись различные общеизвестные методы пластических операций для закрытия внутреннего отверстия свища.

В нашей клинике с целью профилактики повторного развития данной патологии и оптимизации эффективности оперативного лечения больных с РЭСПК сложной подковообразной формы нами был предложен и применён трехэтапный способ хирургического вмешательства. Суть разработанного нами метода заключается в следующем. На начальном этапе свищевой ход и затеки окрашиваются красителем. Затем проводится иссечение основного свищевого хода и глубоких затеков с одной стороны. После этого через внутреннее отверстие свища пропускается лигатура, которую затем завязывают на узел. Основная рана частично зашивается, а область внутреннего отверстия дренируется постоянно. Через две недели, когда основная рана либо заживает, либо уменьшается в размере, проводится второй этап операции, включающий иссечение глубоких затеков с другой стороны. Рану также частично зашивают и продолжают дренировать область внутреннего отверстия. Завершающий третий этап включает рассечение мостика тканей над лигатурой после заживления раны. Важно отметить, что в послеоперационном периоде необходимо предотвратить преждевременное слипание краев раны. Для этого образующуюся продольную рану в анальном канале следует длительно дренировать с помощью мазовых турунд. Это обеспечивает заполнение

раны грануляциями из глубины, способствуя её эффективному заживлению.

Также у 21 (36,2%) пациентов основной группы был применен разработанный способ операции сложных форм свищей с экстрасфинктерным ходом. Данный метод включает в себя ряд шагов: сначала осуществляется первичная обработка с использованием скальпеля, чтобы отделить ход свища от внешнего отверстия до стенки прямой кишки. На этом этапе выполняется пересечение свища и его ушивание с использованием викрила. Далее, в рану промежности с целью дренирования устанавливается резиновый дренаж либо турунда с мазью для регенерации раны путем вторичного натяжения. Внутренняя стенка анального канала обрабатывается методом гидропрепаровки: 0,9% физраствор с добавлением антибиотика вводится сегментарно в зависимости от уровня нахождения внутреннего отверстия свища, проникая в подслизистый слой до достижения верхней границы анального канала. После этого овальным разрезом производится иссечение внутреннего отверстия свища одновременно с затронутой криптой и прилегающими тканями. Это позволяет открыть внутреннее отверстие и интрамуральный участок свищевого канала. Затем производится очистка этой области с помощью ложки Фолькмана и обработка раствором декасана. После этого проводится ушивание обработанных участков в два слоя, используя викрил №3 на атравматической игле. Для улучшения заживления и защиты швов применяется аппликационная система Дуплоджект, с помощью которой наносится двухкомпонентный фибриновый клей Тиссукол Кит, обеспечивая дополнительную стабильность и способствуя процессу заживления. Далее производится мобилизация образовавшегося овального лоскута и его перемещение в горизонтальном направлении вниз. Выполняется ушивание лоскутов между собой и слизисто-мышечным слоем прямокишечной стенки путем наложения узловых швов через каждые 3-4 мм. Это позволяет изолировать рану (зону внутреннего отверстия свищевого канала) внутри прямокишечного просвета от интактных тканей анального канала. В кишечном просвете устанавливается газоотводная трубка, а также проводится ежедневное введение мази (такие как проктоседил, проктозан, проктофаст) с использованием аппликатора для ускоренной регенерации раны.

Применение двухкомпонентного фибринового клея «Тиссукол Кит», обладающего гемостатическими, склеивающими и ранозаживляющими свой-

ствами, позволяет достигать гемостаза в области внутреннего отверстия свища. Клей наносится под слизистым лоскутом, который был перемещен во время операции. Это значительно уменьшает риск ретракции лоскута в послеоперационном периоде. Такой подход препятствует проникновению воздуха и кишечного содержимого в параректальную клетчатку, устраняя тем самым один из основных факторов, приводящих к развитию свища.

Для сравнительной оценки эффективности различных методов хирургического вмешательства, применяемых у пациентов обеих групп, была изучена частота развития послеоперационных осложнений различного характера как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационных периодах у больных с экстрасфинктерными рецидивными свищами прямой кишки.

В ближайшем послеоперационном периоде у больных основной группы (n=58) развитие осложнений отмечалось в 6 (10,3%) случаях, а в группе контроля (n=50) развитие осложнений отмечалось в 13 (26,0%) случаях (таблица 3).

Как видно, в основной группе больных развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде наблюдалось в 6 (10,3%) случаях. Среди них было кровотечение из послеоперационной раны в 1 (1,7%) случае, инфильтрат раны без нагноения в 3 (5,2%) случаях и острая задержка мочи в 2 (3,4%) случаях. Все эти осложнения были успешно пролечены консервативными методами, и повторные хирургические вмешательства не потребовались.

В контрольной группе (n=50), ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 13 (26,0%) пациентов. К ним относились кровотечение в 1 (2,0%) случае, нагноение в 4 (8,0%) слу-

чаях, инфильтрат раны без нагноения в 3 (6,0%) случаях, острая задержка мочи в 3 (6,0%) случаях и ретракция лоскута в 2 (4,0%) случаях. В последних двух случаях потребовалось повторное хирургическое вмешательство.

Детальный анализ поздних послеоперационных осложнений, т.е. в отдаленном периоде от 1 до 24 месяцев после операции, показал, что такие осложнения возникли у 16 (16,8%) пациентов из обеих групп (Рис 2).

Развитие поздних послеоперационных осложнений в основной группе больных были зафиксировано в 4 (7,8%) случаях, среди них недостаточность анального сфинктера - в 2 (3,8%) случаях, стриктура анального канала - в 1 (2,0%) случае и рецидив заболевания - в 1 (2,0%) случае. В контрольной группе такие осложнения развились у 12 (27,2%) пациентов, включая недостаточность анального сфинктера у 5 (11,3%) пациентов, стриктуру анального канала у 2 (4,6%) пациентов и рецидив заболевания у 5 (11,3%) пациентов.

Выводы

1. Диагностика РЭСПК должны быть комплексной с включением фистулографии, трансректального ультразвукового исследования и МРТ по показаниям.

2. Эти методы позволяют оценить распространенность гнойно-воспалительных изменений мягких тканей промежности, протяженность свищевого хода, наличие и локализацию дополнительных свищевых ходов, а также высоту расположения внутреннего свищевого отверстия при свищах III-IV степеней сложности, что обеспечивает выбор обоснованного хирургического вмешательства.

3. Разработанные и усовершенствованные методы хирургической коррекции РЭСПК обе-

Таблица 3

Частота развития и характер осложнений, возникших у пациентов обеих групп в раннем послеоперационном периоде

Осложнение	Основная группа (n=58)		Контрольная группа (n=50)		p
	абс.	%	абс.	%	
Кровотечение	1	1,7	1	2,0	>0,05
Нагноение послеоперационной раны	0	0,0	4	8,0	<0,05
Инфильтрат раны без нагноения	3	5,2	3	6,0	>0,05
Острая задержка мочи	2	3,4	3	6,0	>0,05
Ретракция лоскута	0	0,0	2	4,0	>0,05
Всего	6	10,3	13	26,0	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

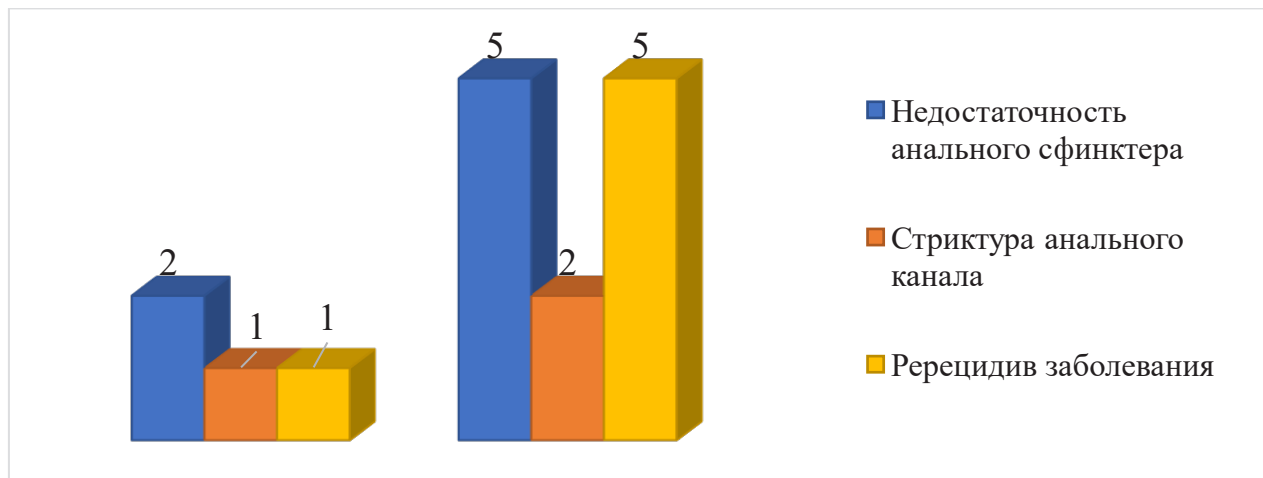


Рисунок 2. Количество осложнений, возникших у больных обеих групп в отдаленном послеоперационном периоде

спечивают радикальное иссечение рубцово-воспалительно измененных парафистульных тканей, особенно важно это при свищах III-IV степеней сложности.

4. Эти методы позволяют снизить частоту развития как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений, в том числе существенно уменьшить риск рецидива заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-11 см. в REFERENCES)

1. Грошили В.С. Эффективность модифицированной методики фистулоскопии при сложных и рецидивных ректальных свищах / В.С. Грошили, П.В. Цыганков, Г.А. Мрыхин // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2018. - №2. - С. 53-62.

2. Каторкин С.Е. Современные сфинктеросохраняющие методы лечения чрес- и экстрасфинктерных параректальных свищей / С.Е. Каторкин, А.В. Журавлев, А.А. Чернов, В.Н. Краснова // Новости хирургии. - 2018. - Т.26, №2. - С. 204 - 214.

3. Костарев И.В. Клинико-манометрические изменения функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки у пациентов, перенесших иссечение транс- или экстрасфинктерного свища с ушиванием сфинктера / И.В. Костарев, [и др.] // Колопроктология. - 2018. - №4 (66). - С. 31-38.

4. Костарев И.В. Клинические результаты одноцентрового проспективного исследования по оценке эффективности хирургического лечения транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки с применением биопластического коллагенового материала / И.В. Костарев, [и др.] // Анналы хирургии. - 2018. - Т.23, №2. - С. 99-107.

5. Краснова В.Н. Сравнительные результаты применения лигирования свищевого хода в межсфинктерном

пространстве в лечении чрессфинктерных и экстрасфинктерных параректальных свищей / В.Н. Краснова, [и др.] // Врач-аспирант. - 2017. - Т.80, №1. - С. 179-189.

6. Кузьминов А.М. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом сегментарной проктопластики / А.М. Кузьминов, [и др.] // Актуал. вопр. колопроктологии. - 2017. - №2. - С. 60-63.

7. Мухаббатов Д.К. Метаболический синдром у больных со свищами прямой кишки / Д.К. Мухаббатов, М.К. Гулов, Б.М. Хамроев // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2018. - Т.26, №1. - С. 86-95.

8. Хитарьян А.Г. Обоснование технологии FiLaC при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки / А.Г. Хитарьян [и др.] // Колопроктология. - 2019. - Т.18, №2 (68). - С. 75-81.

REFERENCES

1. Groshilin V.S. Effektivnost modifitsirovannoy metodiki fistuloskopii pri slozhnykh i retsidivnykh rektal'nykh svishchakh [Effectiveness of modified fistuloscopy technique in complicated and recurrent rectal fistulas]. *Ulyanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal - Ulyanovsk medical and biological journal*, 2018, No. 2, pp. 53-62.

2. Katorkin S.E. Sovremennye sfinkterosokhranyayushchie metody lecheniya chres- i ekstrasfinkternykh pararektal'nykh svishchey [Modern sphincter-preserving methods of treatment of per- and extrasphincteric pararectal fistulas]. *Novosti khirurgii - News of surgery*, 2018, Vol. 26, No. 2, pp. 204-214.

3. Kostarev I.V. Kliniko-manometricheskie izmeneniya funktsional'nogo sostoyaniya zapiratel'nogo apparata pryamoy kishki u patsientov, perenesshikh issechenie trans- ili ekstrasfinkternogo svishcha s ushivaniem sfinktera [Clinical and manometric changes in the functional state of the

rectal closure apparatus in patients undergoing excision of trans- or extrasphincteric fistula with sphincter suturing]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2018, No. 4 (66), pp. 31-38.

4. Kostarev I.V. Klinicheskie rezultaty odnotsentrovogo prospektivnogo issledovaniya po otsenke effektivnosti khirurgicheskogo lecheniya trans- i ekstrasfinkternykh svishchey pryamoy kishki s primeneniem bioplasticheskogo kollagenovogo materiala [Clinical results of a single-center prospective study to evaluate the efficacy of surgical treatment of trans- and extrasphincteric rectal fistulas using bioplastic collagen material]. *Annaly khirurgii – Annals of surgery*, 2018, Vol. 23, No. 2, pp. 99-107.

5. Krasnova V.N. Sravnitelnye rezultaty primeneniya ligirovaniya svishchevogo khoda v mezhsfinkternom prostanstve v lechenii chressfinkternykh i ekstrasfinkternykh pararektalnykh svishchey [Comparative results of intersphincteric fistula ligation in the treatment of transsphincteric and extrasphincteric pararectal fistulae]. *Vrach–aspirant - Postgraduate doctor*, 2017, Vol. 80, No. 1, pp. 179-189.

6. Kuzminov A.M. Funktsionalnoe sostoyanie zapiratel'nogo apparata pryamoy kishki pri lechenii ekstrasfinkternykh svishchey pryamoy kishki metodom segmentarnoy proktoplastiki [Functional state of the rectal locking apparatus during treatment of extrasphincteric rectal fistulae by segmental proctoplasty]. *Aktualnye voprosy koloproktologii - Topical issues of coloproctology*, 2017, No. 2, pp. 60-63.

7. Mukhabbatov D.K. Metabolicheskiy sindrom u bolnykh so svishchami pryamoy kishki [Metabolic syndrome in patients with rectal fistulas]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik imeni akademika I.P. Pavlova - Russian Medical and Biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov*, 2018, Vol. 26, No. 1, pp. 86-95.

8. Khitryan A.G. Obosnovanie tekhnologii FiLaC pri lechenii ekstrasfinkternykh svishchey pryamoy kishki [The rationale of FiLaC technology in the treatment of extrasphincteric rectal fistulae]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2019, Vol. 18, No. 2 (68), pp. 75-81.

9. De Hous N. Fistulectomy and primary sphincteroplasty (FIPS) to prevent keyhole deformity in simple anal fistula: a single-center retrospective cohort study. *Acta Chirurgica Belgica*, 2021, Vol. 121, No. 5, pp. 308-313.

10. Omar W. Drainage Seton Versus External Anal Sphincter-Sparing Seton After Rerouting of the Fistula Tract in the Treatment of Complex Anal Fistula: A Randomized Controlled Trial. *Diseases of the Colon & Rectum*, 2019, Vol. 62, No. 8, pp. 980-987.

11. Vander Mijnsbrugge G.J.H. Perianal fistulas and the lift procedure: results, predictive factors for success, and long-term results with subsequent treatment. *Techniques in coloproctology*, 2019, Vol. 23, No. 7, pp. 639-647.

ХУЛОСА

М.Қ. Гулов, Н.А. Соибова, Қ.Р. Рузибойзода, З.М. Нурзода, С.Ғ. Али-зода, Б.И. Сафаров

ТАШХИС ВА ТАКТИКА ҶАРРОҲӢ ҲАНГОМИ НОСУРҲОИ ТАКРОРИИ ЭКСТРАСФИНКТЕРИИ РӮДАИ МУСТАҚИМ

Мақсади таҳқиқот – беҳтарсозии самаранокии табобати ҷарроҳии беморони беморони гирифтори носурҳои тақрорӣ экстрасфинктерӣ рӯдаи мустақим.

Мавод ва усулҳо. Натиҷаҳои маълумотҳои клиникаи 108 беморони гирифтори носурҳои тақрорӣ экстрасфинктерӣ рӯдаи мустақим таҳлил карда шудааст. Беморони таҳлилгардида ба ду ғуруҳ тақсим карда шуда буданд. Ба ғуруҳи якум, асосӣ 58 (53,7%) беморон шомил буданд, ки барои онҳо усулҳои коркард ва тақмилдодашудаи амалиётҳои ҷарроҳӣ гузаронида шуда буд. Ба ғуруҳи дуюм, санҷишӣ 50 (46,3%) беморон, ки бо истифодаи усулҳои анъанавии маъруф табобат карда шуда буданд. Дар 6 (5,6%) ҳолат дараҷаи I мураккаби носурҳои тақрорӣ экстрасфинктерӣ рӯдаи мустақим, дар 23 (21,3%) ҳолат – II дараҷаи мураккаб, III дараҷа дар 62 (57,4%) ҳолат ва IV дараҷаи мураккаби носур дар 17 (15,7%) беморон ҷой доштанд.

Натиҷаҳо. Дар 13 (26,0%) ҳолат дар беморони ғуруҳи санҷишӣ ҷарроҳӣ бо усули лигатурӣ гузаронида шуда, дар 37 (74,0%) беморон усулҳои ғуноғуни ҷарроҳӣ тармимӣ барои маҳкам кардани суроҳии дохилии носур истифода шуда буд. Барои пешгирии тақрорёбии беморӣ ва паст кардани оризаҳои баъдичарроҳӣ дар беморони ғуруҳи асосӣ бо носурҳои тақрорӣ экстрасфинктерӣ рӯдаи мустақим (n=18) усули налшақли семарҳилагии амалиёти ҷарроҳӣ, ки дар клиникаи мо коркард ва тақмилдодашуда буд, гузаронида шуд. Дар 21 (36,2%) беморон усули коркардшуда барои табобати ҷарроҳии носурҳои тақрорӣ рӯдаи мустақим III-IV дараҷаи мураккаб бо роҳи экстрасфинктерӣ истифода шуда буд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, усулҳои коркард ва тақмилдодашудаи табобати ҷарроҳии носурҳои тақрорӣ экстрасфинктерӣ рӯдаи мустақим ба таври радикалӣ бартараф кардани бофтаҳои тағирёфтаи атрофи носурро, хусусан ҳангоми носурҳои III-IV дараҷаи мураккаб имконият медиҳад. Ин усулҳо барои кам кардани миқдори оризаҳои баъдичарроҳии барвақтӣ ва деринаро, аз ҷумла тақрорёбии бемориро коҳиш медиҳад.

Калимаҳои калидӣ: носурҳои тақрорӣ экстрасфинктерӣ рӯдаи мустақим, ташхис, усулҳои лигатурӣ ва тармимӣ, усулҳои коркардшуда ва тақмилшуда, тақрорёбӣ.