

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№2 (Том 1)

2020



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский институт

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф.;
Л.М. Гарифулина к.м.н., доц.
(ответственный секретарь);
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц.;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Б.М. Тожиев д.м.н., проф.;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный Совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
М.К. Азизов (Самарканд)
Н.Н. Володин (Москва)
Х.М. Галимзянов (Астрахань)
С.С. Давлатов (Самарканд)
Т.А. Даминов (Ташкент)
М.Д. Жураев (Самарканд)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
В.В. Никифоров (Москва)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.

Тел.: +998662333034, +998915497971

E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ/ CONTENT

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1.	Абдуллаев Р.Б., Дусанов А.Д. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ КУРЯЩИХ ТАБАК «НАС».....	5
2.	Абдухалилова Г.К., Бектемиров А.М., Отамуратова Н.Х., Ахмедов И.Ф., Ахмедова М.Д., Мирзаджанова Д.Б. ГЕНОТИПЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ SALMONELLA ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ ОКИ И ИЗ ТУШЕК БРОЙЛЕРНЫХ КУР.....	11
3.	Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Ахматов А.А. ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	18
4.	Гарифуллина Л.М. КОМПЛЕКСНАЯ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....	22
5.	Давлатов С.С., Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ.....	26
6.	Джураева З.А., Расулов С.К., Муминов О.Б. ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ МАТЕРИНСКОГО МОЛОКА.....	30
7.	Джураева З.А., Муминов О.Б., Курбонова Н.С. АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ МИКРОЭЛЕМЕНТНЫХ ДИСБАЛАНСОВ СИСТЕМЕ «МАТЬ – РЕБЕНОК».....	37
8.	Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р. ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ОСОБЕННОСТИ ЕЁ ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДПРИНЯТОЙ ТАКТИКИ.....	41
9.	Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А. СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ.....	48
10.	Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А. СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ.....	52
11.	Рузибаев С.А., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.....	56
12.	Рузибоев С. А., Авазов А. А., Мухаммадидиев М. Х., Худойназаров У. Р. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	61
13.	Рустамов М.И., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГАНГРЕНОЗНО - НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ.....	65
14.	Рустамов М.И., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГАНГРЕНОЙ ФУРЬНЕ.....	69



УДК 616.352-007.253

Давлатов Салим Сулаймонович

к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1,
Самаркандского государственного медицинского института.
Самарканд, Узбекистан.

Рустамов Муродулла Исамиддинович

к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии,
Самаркандского государственного медицинского института.
Самарканд, Узбекистан.

Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич


ассистент кафедры общей хирургии,
Самаркандского государственного медицинского института.
Самарканд, Узбекистан.

Рустамов Иноятулло Муродуллаевич

Студент магистратуры по специальности «Хирургия»
Самаркандский государственный медицинский институт.
Самарканд, Узбекистан.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

For citation: Rustamov Murodulla Isamiddinovich, Davlatov Salim Sulaymonovich, Saydullaev Zayniddin Yaxshiboyevich, Rustamov Inoyatullo Murodullaevich. Choice of surgical tactics of treatment of patients with acute paraproctitis. Journal of hepato-gastroenterology research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 26-29

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2020-2-5>

АННОТАЦИЯ

Пролежено 303 больных с различными клиническими формами острого парапроктита. Все наблюдаемые больные оперированы радикально. Лечебная тактика и выбор метода хирургического лечения у больных с различными клиническими формами острого парапроктита зависят от локализации гнояника, расположения первичного гнойного хода по отношению к волокнам анального сфинктера, степени развития рубцового процесса в параректальной клетчатке, стенке прямой кишки. Разработанный комплекс тактических и лечебных мероприятий позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре, значительно снизить процент рецидивов заболевания, улучшить функциональные результаты лечения.

Ключевые слова: острый парапроктит, диагностика, лечебная тактика, хирургическое лечение, исходы заболевания.

Davlatov Salim Sulaymonovich

Tibbiyot fanlari nomzodi, 1-sonli jarrohlik kasalliklari
kafedrası dotsenti, Samarqand davlat tibbiyot instituti.
Samarqand, O'zbekiston.

Rustamov Murodulla Isamiddinovich

Tibbiyot fanlari nomzodi, Umumiy xirurgiya kafedrası
assistenti, Samarqand davlat tibbiyot instituti.
Samarqand, O'zbekiston.

Saydullaev Zayniddin Yaxshiboyevich

Umumiy xirurgiya kafedrası assistenti,
Samarqand davlat tibbiyot instituti.

Samarqand, O'zbekiston.

Rustamov Inoyatullo Murodullaevich

"Jarrohlik" mutaxassisligi bo'yicha magistratura

talabasi Samarqand davlat tibbiyot instituti.

Samarqand, O'zbekiston.

BEMORLARDA O'TKIR PARAPROKTITNING XIRURGIK DAVOLASH USULI

ANNOTATSIYA

O'tkir paraproktitning turli xil klinik shakllari bo'lgan 303 bemor davolandi. Barcha kuzatilgan bemorlar tubdan operatsiya qilindi. O'tkir paraproktitning turli xil klinik shakllari bo'lgan bemorlarda terapevtik taktikalar va jarrohlik davolash usulini tanlash absessning joylashishiga, anal sfinkter tolalariga nisbatan birlamchi yiringli o'tish joyiga, pararektal to'qimalarda chandiq jarayonining rivojlanish darajasiga, anal devoriga bog'liq. Taktik va terapevtik chora-tadbirlarning ishlab chiqilgan kompleksi bemorning kasalxonada bo'lish muddatini qisqartirishga, kasallikning Qaytalanish foizini sezilarli darajada kamaytirishga va davolashning funktsional natijalarini yaxshilashga imkon beradi.

Kalit so'zlar: o'tkir paraproktit, diagnostika, terapevtik taktika, jarrohlik davolash, kasallik natijalari.

Davlatov Salim Sulaymonovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

of the Department of Surgical Diseases No. 1,

Samarkand State Medical Institute.

Samarkand, Uzbekistan.

Rustamov Murodulla Isamiddinovich

Candidate of Medical Sciences, Assistant

of the Department of General Surgery,

Samarkand State Medical Institute.

Samarkand, Uzbekistan.

Saydullaev Zainiddin Yaxshiboevich

Assistant of the Department of General Surgery,

Samarkand State Medical Institute.

Samarkand, Uzbekistan.

Rustamov Inoyatullo Murodullaevich

Master's student in the specialty "Surgery"

Samarkand State Medical Institute.

Samarkand, Uzbekistan.

CHOICE OF SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PARAPROCTIVITIS

ANNOTATION

303 patients with different forms of acute paraproctitis were treated. All patients have undergone a radical operation. The treatment tactics and surgical method was different in patients with various clinical forms of acute paraproctitis, which depended on localization of pyogenic abscess, primary purulent motion toward anal sphincter fibers, degree of development of cicatricial process in pararectal tissue of rectum wall. The designed complex of tactical and medical actions allow to reduce the time of staying in hospital, considerably decrease percentage of relapses, improve the functional results of treatment

Key words: acute paraproctitis, diagnosis, treatment tactics, surgical treatment, outcomes of the disease.

Актуальность: Актуальность проблемы лечения больных со сложными формами острого парапроктита в настоящее время связана с тем, что не решены вопросы инструментальной топической диагностики сложных форм острого парапроктита [1, 3, 7]. Отсутствует подробная классификация сложных форм острого парапроктита, руководствуясь которой, можно определить показания и тип лечения. Не разработана единая тактика лечения и послеоперационного ведения больных со сложными формами острого парапроктита [2, 4, 6]. Рецидивы заболевания и осложнения в послеоперационном периоде при применении современных методов хирургического лечения составляют 9-17% наблюдений [1, 7, 9].

В результате многие больные переносят повторные операции, увеличиваются сроки госпитализации, иногда и инвалидизация, снижается

качество жизни вследствие хронического течения неизлеченного гнойного процесса или возникновения грубой рубцовой деформации в перианальной области с недостаточностью анального жома.

Если учесть, что острым парапроктитом в 70 % случаев болеет трудоспособная категория населения, большинство из них мужчины, то эта проблема в масштабах государства приобретает не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость.

Цель исследования. Улучшить результаты и выбор радикального метода хирургического лечения больных острым парапроктитом.

Материал и методы. Мы проанализировали результаты лечения острого парапроктита у 303 пациентов, которые находились на лечении в проктологическом отделении клиники СамГМИ за период

2013-2018 годов. Из них женщин 67 (22%), мужчин 236 (78%), в возрасте от 16 до 74 лет. Сроки от момента заболевания до госпитализации составляли от 3 до 12 дней, в среднем 4 дня.

По локализации подкожно-подслизистые формы парапроктитов были у 162 (53,4%), ишиоректальные у 83 (27,5%), пельвиоректальные у 14 (4,6%), ретроректальные у 25 (8,2%) и межмышечные у 19 (6,3%) больных.

Выработали дифференцированные подходы при выборе хирургической тактики. Радикальная операция при остром парапроктите предполагает вскрытие параректального абсцесса, с учетом степени его сложности, отношения к волокнам сфинктера и ликвидацию его внутреннего отверстия в прямой кишке. В общехирургических стационарах, чаще всего, производится простое вскрытие и дренирование гнойника без ликвидации отверстия в кишке, что в большом проценте случаев приводит к образованию свищей прямой кишки.

При подкожно-подслизистых, ишиоректальных, интрасфинктерных парапроктитах, имеющих интрасфинктерное сообщение с просветом прямой кишки выполняем вскрытие и дренирование гнойника с иссечением гнойного хода в просвет прямой кишки по Рыжих - Бобровой.

При ишиоректальных парапроктитах с трансфинктерным гнойным ходом, проходящим через поверхностную порцию анального сфинктера, т.е. захватывающую менее 1/3 порции анального жома выполняем вскрытие и дренирование гнойника с рассечением гнойного хода в просвет кишки.

При ишиоректальных и ретроректальных формах с затеками, а также пельвиоректальных гнойниках с трансфинктерным (более 1/3 порции анального жома) гнойным ходом, при всех парапроктитах с экстрасфинктерным сообщением выполняем вскрытие и дренирование гнойника, криптэктомия. Дополнительными разрезами (если нет возможности через основной доступ) вскрываем затеки, дренируем их, через внутреннее отверстие проводим лигатуру, затягиваем ее. Подтягивание лигатуры производим после купирования воспалительного процесса в ране, в среднем через 4-5 дней. Как правило, достаточно 3 подтяжек лигатуры, после которых она отходит самостоятельно, или мы ее удаляем на 12-16 день. При этих формах, в редких случаях, когда четко не удается определить пораженную крипту, приходится ограничиваться широким вскрытием и дренированием гнойной полости. В дальнейшем если формируется свищ оперируем в плановом порядке через 2-3 месяца.

При рецидивном парапроктите, по возможности иссекаем все рубцовые ткани, при крайне осторожном отношении к волокнам сфинктера. Затягивание лигатуры

таким больным целесообразно после выполнения дна раны грануляциями.

При всех формах выполняем интраоперационное контрастирование путем пункции абсцесса и введения красителя с H_2O_2 для определения пораженной крипты. В конце операции выполняем рану тампонами с мазью Вишневского или левомиколь.

Перевязка на следующий день. Рану промываем растворами антисептиков, дренируем мазевыми турундами.

Антибиотики при гнойных парапроктитах назначаем при распространенных процессах с затеками в параректальную клетчатку.

Результаты: Прослежены результаты лечения у 245 оперированных в проктологическом отделении в течение 1, 2 и 3 лет после операции. После радикальных операций по поводу парапроктитов с интрасфинктерным и чрезсфинктерным гнойным ходом (245 случаев 80,8%) образования свищей не было. После операций по поводу парапроктитов с экстрасфинктерным гнойным ходом (58 случаев 19,2%) в двух случаях (3,4%) сформировался свищ, в одном случае (1,7%) отмечен рецидив острого парапроктита в области послеоперационного рубца.

Все больные со свищами и острым парапроктитом успешно оперированы в нашем отделении. Послеоперационная недостаточность при остром парапроктите чаще всего встречается при применении лигатуры, при рецидивном парапроктите. По нашим данным составила 5 (1,6%) случаев, при одновременном обеспечении радикальных оперативных вмешательств. Ни в одном случае оперативной коррекции недостаточности жома не потребовалось.

Таким образом, как свидетельствуют данные, несмотря на несомненные успехи, еще многие вопросы, касающиеся ведения больных острым парапроктитом, остаются решенными не до конца, что делает целесообразным продолжение исследований по разработке новых высокоэффективных и малотравматичных методов лечения указанной патологии.

Выводы:

1. Операции по поводу острого парапроктита должны проводиться с учетом расположения гнойного хода к волокнам сфинктера прямой кишки, с ликвидацией внутреннего отверстия.
2. Лечение в условиях специализированного отделения больных с острыми парапроктитами ведет к радикальному их излечению без перехода в хронический парапроктит.
3. По возможности операции по поводу острого парапроктита должны проводиться хирургом, подготовленным по проктологии.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Абдуллаев М.Ш., Мансурова А.Б. Острый парапроктит у больных сахарным диабетом. Колопроктология 2012; 1: 46-51.
2. Болквядзе Э.Э., Егоркин М.А. Классификация и лечение сложных форм острого парапроктита. Пятнадцатилетний опыт. Колопроктология 2012; 2:
3. Быков А.Ю., Тинис А.А., Безруков А.В., Хряков А.С., Навроцкий А.Н. Комплексное лечение больных острым парапроктитом в амбулаторно-стационарном проктологическом отделении. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья 2007; 29: 126-128.

4. Чарышкин А.Л. Результаты лечения больных острым парапроктитом/А.Л. Чарышкин, И.Н. Дементьев//Фундаментальные исследования. -2013. -Т. 7. -№2. -С. 428-431.
5. Abcarian H. Anorectal Infection: Abscess-Fistula/H. Abcarian//Clin. Colon. Rectal. Surg. -2011. -Vol.24, № 1. -P. 14-21
DOI: 10.1055/s-0031-1272819
6. Abdullaev M.Sh., Mansurova A.B. Acute paraproctitis in patients with diabetes mellitus (review of literature). Koloproktologiya. 2012; 1: 46-51. (in Russ.).
7. Alekseeva N.T., Glukhov A.A., Ostroushko A.P. Histochemical characteristics of the epidermis during the healing of aseptic wounds against a background of magnet therapy. Sovremennye naukoemkie tekhnologii. 2012; 8: 7-8. (in Russ.).
8. Alekseevnina V.V., Lebed' A.A., Olifirova O.S., Bregadze A.A. Application of electroactivated solutions in surgical practice. Biulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra SO RAMN. 2011; 4: 18. (in Russ.).

**ЖУРНАЛ ГЕПАТО-
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ**
НОМЕР 2, ВЫПУСК 1

**JOURNAL OF
HEPATO-GASTROENTEROLOGY
RESEARCH**
VOLUME 2, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000