

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ



Шеркулов Кодир Усмонкулович¹, Давлатов Салим Сулаймонович², Рахманов Косим Эрданович¹

1 – Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

МУРАККАБ РЕКТАЛ ОҚМАЛАРНИ КОМПЛЕКС ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА ТАКТИК ВА ТЕХНИК ЖИХАТЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Шеркулов Кодир Усмонкулович¹, Давлатов Салим Сулаймонович², Рахманов Қосим Эрданович¹

1 – Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

OPTIMIZATION OF TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF COMPLEX RECTAL FISTULAS

Sherkulov Kodir Usmonkulovich¹, Davlatov Salim Sulaymonovich², Rakhmanov Kosim Erdanovich¹

1 – Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: pro.ilmiy@bsmi.uz

Резюме. Тадқиқотнинг долзарблиги. Сурункали парапроктитни даволаш ва қайталанишининг олдини олишининг замонавий ёндашувлари тўғри ичак сфинктери функциясини тиклашга, операциядан кейин жисмоний реабилитацияга ва қониқарли натижаларга эришишга асосланган. Тадқиқот мақсади. Оқма йўлининг техник жиҳатларини такомиллаштириши орқали тўғри ичак оқмаси бор беморларни даволаш натижаларини яхшилаш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Проспектив динамик фаол тадқиқот учун 134 та клиник маълумотлар танлаб олинди. Биринчи гуруҳ, яъни таққослаш гуруҳига анъанавий усуллар билан оқмалар олиб ташилган 56 нафар (41,0%) бемор кирди. Иккинчи, асосий гуруҳга 78 нафар (59,0%) бемор олинган бўлиб, уларда оқмани бартараф этишда модификацияланган асбоблар ёрдамида жарроҳлик амалиёти амалга оширилган. Беморларнинг асосий гуруҳида сфинктер сақловчи операциялар ўтказилди. Тадқиқот натижалари. LIFT усули билан модификацияланган ўтказгичлар ёрдамида ва анал сфинктерининг мушак толаларига зарар етказмасдан бажарилган жарроҳлик амалиётида беморларда операциядан кейинги даврда ва дефекация ҳаракатларидан кейин оғриқ даражаси сезиларли даражада пасайди. Оғриқнинг бу камайиши наркотик аналгетикларга бўлган эҳтиёжни камайтиради ва беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайди. Хўлоса. Асосий гуруҳда сфинктер сақловчи жарроҳлик усулларидан фойдаланиш оқмани очии учун анъанавий усуллар ва кейинги сфинктерни тикиш операцияларидан кескин фарқ қилади, бу эса вақтинчалик ногиронликнинг 18,9±3,6 кун билан 32,7±4,6 кун солиштирганда қисқароқ даврини келтириб чиқаради; VAS шкаласи бўйича 1,6±0,3 билан 6,0±0,2 солиштирганда оғриқ синдромининг паст интенсивлиги билан операциядан кейинги давр янада ижобий кечишни таъминлайди; касалхонага ётқизиш вақтини 10,1±2,2 кун билан 17,4±3,1 солиштирганда қисқартиради ва беморларни операциядан кейинги реабилитация қилиш эффективлигини оширади. Ушбу омиллар операциядан кейинги ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайди ва муваффақиятли даволаниш натижаларига эришиш учун молиявий харажатларни камайтиришга ёрдам беради.

Калит сўзлар: комбинацияланган ўсимта бўлмаган патология, анал канал, тўғри ичак, ректал оқмалар.

Abstract. Relevance of the study. Modern approaches to the treatment of chronic paraproctitis and prevention of recurrences are based on the restoration of rectal sphincter function, physical rehabilitation after surgery and achievement of satisfactory results. A significant percentage of unsatisfactory outcomes and the lack of an optimal method of treatment require further research in this area. Purpose of the study is to improve the results of treatment of rectal fistula patients by improving the technical aspects of fistula excision. Materials and methods of research. A total of 134 cases were selected for a prospective dynamic active study. The first group, the comparison group, included 56 (41.0%) patients in whom fistulas were dissected using conventional methods. The second group, the main group, included 78 (59.0%) patients in whom fistula dissection was performed using modified instruments. In the main group of patients sphincter-saving

operations were performed. Results of the study. Patients who underwent LIFT surgery with the use of modified guides and without disruption of the muscle fibers of the anal groin have a significant reduction in the level of pain syndrome in the postoperative period and after acts of defecation. This reduction in pain reduces the need for narcotic analgesics and significantly improves the quality of life of patients. Conclusions. The use of sphincter-saving surgical methods in the main group differs from traditional operations on fistula excision with subsequent suture of the sphincter, causing a shorter period of temporary disability - 18.9 ± 3.6 days compared to 32.7 ± 4.6 days; more favorable postoperative course with lower intensity of pain syndrome - $1,6 \pm 0,3$ on VAS scale in comparison with $6,0 \pm 0,2$ points; shorter hospitalization - $10,1 \pm 2,2$ days in comparison with $17,4 \pm 3,1$ days, and more effective postoperative rehabilitation of patients. These factors significantly improve the quality of life after surgery and contribute to lower financial costs to achieve successful treatment outcomes.

Keywords: combined non-tumor pathology, anal canal, rectum, difficult rectal fistulas.

Актуальность исследования. Современные подходы к лечению хронического парапроктита и предотвращению рецидивов основываются на восстановлении функции сфинктера прямой кишки, физической реабилитации после операции и достижении удовлетворительных результатов [3, 6, 7, 9]. Значительный процент неудовлетворительных исходов и отсутствие оптимального метода лечения требуют дальнейших исследований в этой области [2, 5, 8]. Всё это подчеркивает необходимость разработки и внедрения в практику оптимальных методов диагностики и подходов к хирургическому лечению больных со свищами прямой кишки [1, 4, 6, 10]. Особое внимание должно быть уделено подготовительному этапу с оценкой резервных возможностей организма и использованием сфинктеро-сберегающих операций.

Цель исследования заключается в улучшении результатов лечения больных свищами прямой кишки путём совершенствования технических аспектов иссечения свищевого хода.

Материалы и методы исследования. Исследование базируется на данных обследования и лечения пациентов со свищами прямой кишки, оперированных в проктологическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2018 по 2023 годы. Для проспективного динамического активного исследования были отобраны 134 случая. Среди них были пациенты с транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Все пациенты были прооперированы планомерно и, в зависимости от выбранной тактики лечения, разделены на две группы. В первую группу, группу сравнения, вошли 56 (41,0%) пациентов, которым свищи иссекались традиционными методами. Во вторую, основную группу, включены 78 (59,0%) пациентов, у которых иссечение свищей проводилось с использованием модифицированных инструментов.

В основной группе (ОГ) пациентам применялся один из вариантов вмешательств, направленных на максимальное сохранение сфинктера (сфинктеро-сберегающие операции). В зависимости от расположения свищевого хода относитель-

но мышечных волокон анального жома, были выполнены следующие виды операций.

Больным основной группы с транссфинктерными свищами выполнялась процедура LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract, то есть перевязка свищевого хода в межсфинктерном пространстве) с ликвидацией внутреннего отверстия свища у самого основания после его выворачивания на изнанку в просвет прямой кишки. Для этого использовался модифицированный пугочатый зонд с оливой или гибкий цилиндрический проводник с оливой при извилистом свищевом ходе. При наличии гнойных скоплений в параректальной клетчатке, кроме иссечения свища, проводились вскрытие, выскабливание стенок гнойной полости, промывание антисептиками и дренирование остаточной полости.

В эту подгруппу вошли 49 пациентов. Средний возраст пациентов данной группы составил $45,3 \pm 7,1$ года.

Технические аспекты. Операция проводилась под спинальной, эпидуральной или комбинированной анестезией. Пациента укладывали на операционном столе на спине с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах, на специальных подставках. Просвет прямой кишки и операционное поле обрабатывали спиртовым раствором йода. После стандартных диагностических процедур, таких как прокрашивание свищевого хода раствором метиленового синего и исследование свищевого хода пугочатым зондом, определяли точное расположение внутреннего отверстия свища. Важным этапом операции было проведение пугочатого зонда через весь свищевой ход, так как зонд служил ориентиром для правильного расположения свища и предотвращения повреждения стенки свищевого хода при его мобилизации в межсфинктерном пространстве. Для пациентов с разветвленными и извилистыми свищевыми ходами использовался разработанный нами гибкий цилиндрический проводник. В проекции внутреннего свищевого отверстия пальпаторно определяли межсфинктерную борозду. По борозде выполняли полулунный разрез длиной 1,5-2,0 см. (рис. 1).



Рис. 1. Через свищевой ход проведен пуговчатый зонд. Выполнен полулунный разрез по межсфинктерной борозде длиной 2 см в проекции расположения внутреннего свищевое отверстия

Затем края раны со стороны внутреннего и наружного сфинктеров захватывались зажимами Алиса или разводились тупыми крючками типа крючков Фарабефа. С помощью электрокоагуляции и острого рассечения аккуратно расслаивали ткани между наружной поверхностью внутреннего сфинктера и внутренней поверхностью наружного сфинктера. При этом хирург постоянно ори-

ентировался на расположение пуговчатого зонда или гибкого проводника, введенного в свищевой ход.

Когда достигали зоны расположения свищевое хода, с помощью электрокоагулятора и тупого рассечения с использованием диссектора разделяли ткани выше и позади свища. Обходя свищевой канал, диссектор проводили за него и выводили в рану с противоположной стороны (рис. 2 а).

Аккуратно выделяли часть свища в межсфинктерном пространстве, избегая повреждения мышечных волокон анального жома. Затем с помощью диссектора подводили лигатуру под свищевой ход. Введенный проводник подтягивали через наружное свищевое отверстие до межсфинктерного пространства, и после перевязки дистальной части на уровне выемки стержня, свищевой ход завязывали лигатурой. При тракции зонда назад олива фиксировала слизистую свища и подтягивала её в просвет прямой кишки, таким образом, проксимальная часть свищевое хода выворачивалась в просвет прямой кишки. Свищ отсекали у самого основания после прошивания и перевязывания (рис. 2 б, в). Следует отметить, что операция выполнялась без травматизации анального сфинктера.

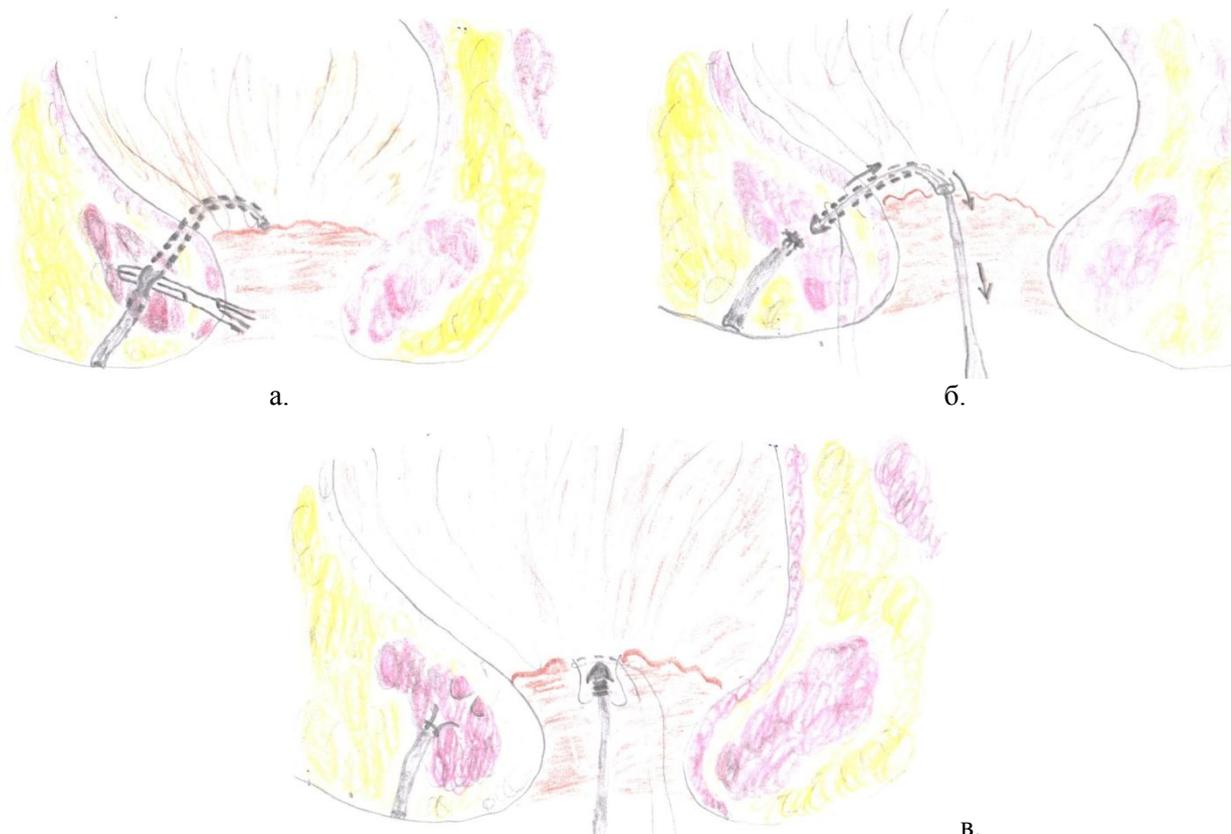


Рис. 2. Транссфинктерный свищ прямой кишки (глубокая порция сфинктера): а - через свищевой ход проведен зонд. Часть свища в межсфинктерном пространстве выделена из тканей, под свищевой ход проведен диссектор и выведен с противоположной стороны; б - свищевой ход перевязан лигатурой вблизи наружного сфинктеров; в - подтягивание в просвет прямой кишки проксимальной части свищевое хода на изгнankу, у самого основания свищ перевязывается и отсекается



Рис. 3. Пациент Л. 47 лет. И/б №7534-22г. Диагноз: задний трансфинктерный свищ прямой кишки (поверхностная порция сфинктера). Положение на столе как для литотомии. Выполнена перевязка свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT). Периферическая часть свища выскабливается через наружное свищевое отверстие ложечкой Фолькмана. Между швов в рану установлен латексный выпускник, обеспечивающий дренирование раны

После перевязки и пересечения свища проводили пробу с введением раствора метиленового синего через наружное свищевое отверстие. При герметичной перевязке хода краситель не проникал в рану, а полностью вытекал обратно через наружное свищевое отверстие. Если герметичность была недостаточной, краситель начинал поступать в рану. Однако это не являлось критерием ненадежности операции, поскольку более важно обеспечить герметичность культи свища в области внутреннего сфинктера. В случае попадания красителя в рану, культя свища дополнительно погружалась отдельными швами Викрилом 2-0 с захватом наружного сфинктера.

Стенки периферической части свищевого хода, при отсутствии затеков в параректальных тканях, выскабливали через наружное свищевое отверстие с помощью ложечки Фолькмана. При глубоком расположении свищевого хода и протяженной ране в межсфинктерном пространстве между швами устанавливали латексный дренаж. Если не было воспалительного процесса и обильных выделений, дренаж удаляли через 3-5 дней (рис. 3).

При трансфинктерных свищах с гнойными полостями в параректальных клетчаточных пространствах свищевой ход также пересекали в межсфинктерном пространстве (LIFT). Помимо этого, вскрывали и выскабливали стенки гнойной полости, промывали её антисептиками и дренировали оставшуюся полость.

Операция проста по технике и радикальна, так как полностью иссекается свищевой ход и устраняется внутреннее отверстие свища. Рана быстро заживает, что сокращает послеоперационный период и уменьшает продолжительность пребывания в стационаре.

Больным основной группы с экстрасфинктерными свищами, в зависимости от степени сложности свищевого хода, проводились следующие операции: иссечение экстрасфинктерного свища I-II степени сложности без повреждений мышечных волокон анального жома с использованием модифицированного проводника, а также иссечение экстрасфинктерного свища III-IV степени сложности с вскрытием гнойной полости.

В эту подгруппу вошли 29 пациентов. Средний возраст пациентов данной подгруппы составил $52,1 \pm 9,7$ года.

Технические аспекты. При экстрасфинктерных свищах прямой кишки у пациентов основной группы свищевой ход иссекали с использованием модифицированного пуговчатого зонда или гибкого цилиндрического проводника, аналогично методу, применяемому у больных с трансфинктерными свищами. В отличие от последнего, через наружное свищевое отверстие вводили модифицированный пуговчатый зонд или гибкий проводник, выводя его через внутреннее отверстие. Если возникали трудности с проведением проводника, его вводили через внутреннее отверстие после окрашивания свищевого хода красителем. Затем вокруг наружного свищевого отверстия выполняли окаймляющий разрез, обнажая свищевой ход как можно глубже, избегая повреждений мышечных волокон анального жома. Далее иссекали свищевой ход на максимально глубоком уровне. Внутреннее свищевое отверстие устраняли, подтягивая проксимальную часть свищевого хода в просвет прямой кишки и выворачивая его наизнанку, после чего у самого основания прошивали, перевязывали и отсекали свищевой ход (рис. 4).



Рис. 4. Иссечение экстрасфинктерного свища I-II степени сложности без повреждений мышечных волокон анального жома с применением модифицированного проводника



Рис. 5. Иссечение экстрасфинктерного свища III-IV степени сложности с вскрытием гнойной полости

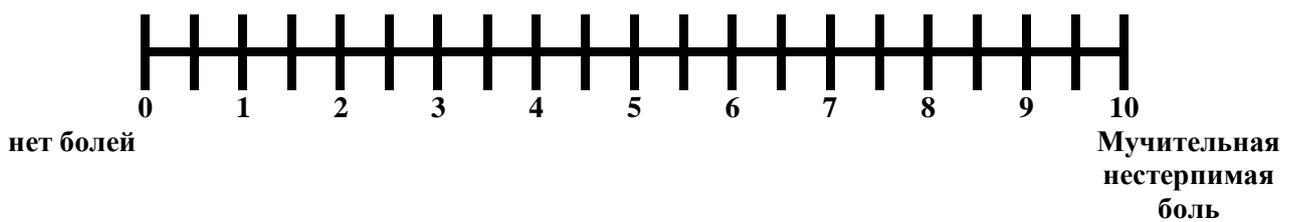


Рис. 6. Визуально-аналоговая шкала боли (ВАС)

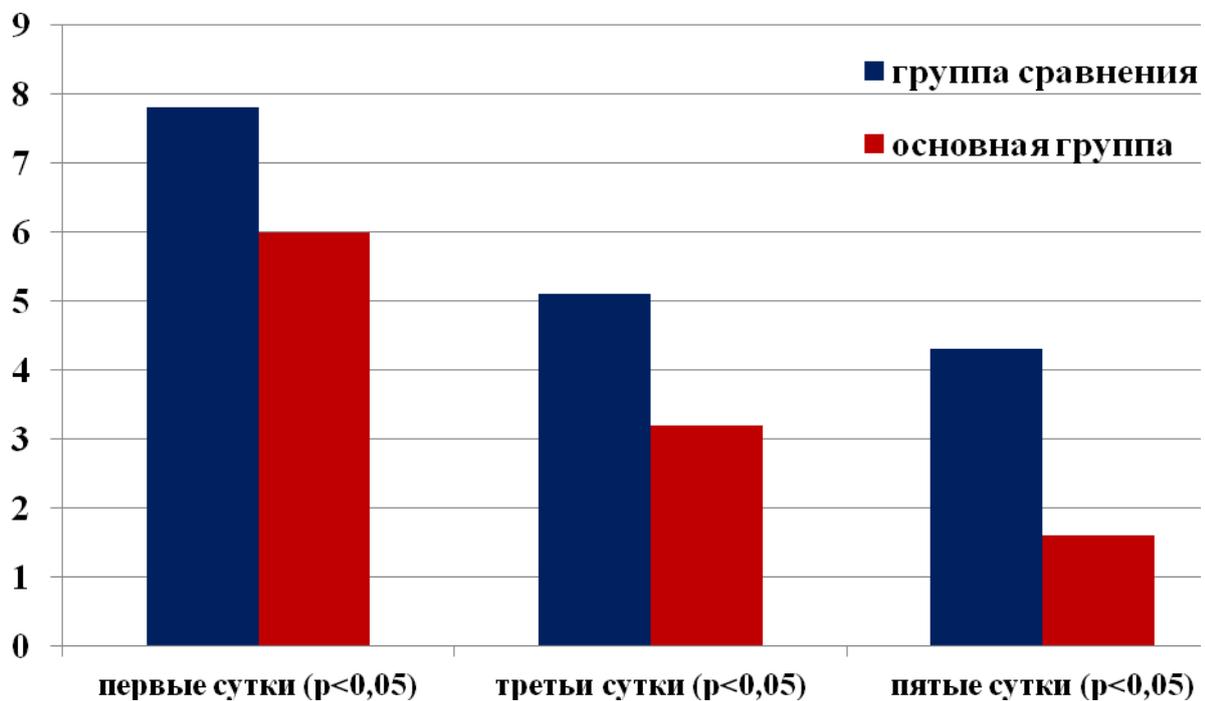


Рис. 7. Динамика интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде

Если в параректальных клетчаточных пространствах обнаруживались гнойные скопления, мы осуществляли вскрытие, выскабливание стенки гнойной полости, промывание антисептиками и дренирование остаточной полости. Внутреннее отверстие ликвидировали согласно описанной выше процедуре (рис. 5).

Результаты исследования. С целью изучения непосредственных результатов проводилась

оценка интенсивности болевого синдрома с применением линейной визуально-аналоговой шкалы (ВАС) (рис. 6).

Интенсивность болевого синдрома оценивалась в покое на 1, 3 и 5 сутки и после 1, 2 и 3 актов дефекации. Пациенту предлагалось указать на линии уровень боли, который он чувствует в данный момент.

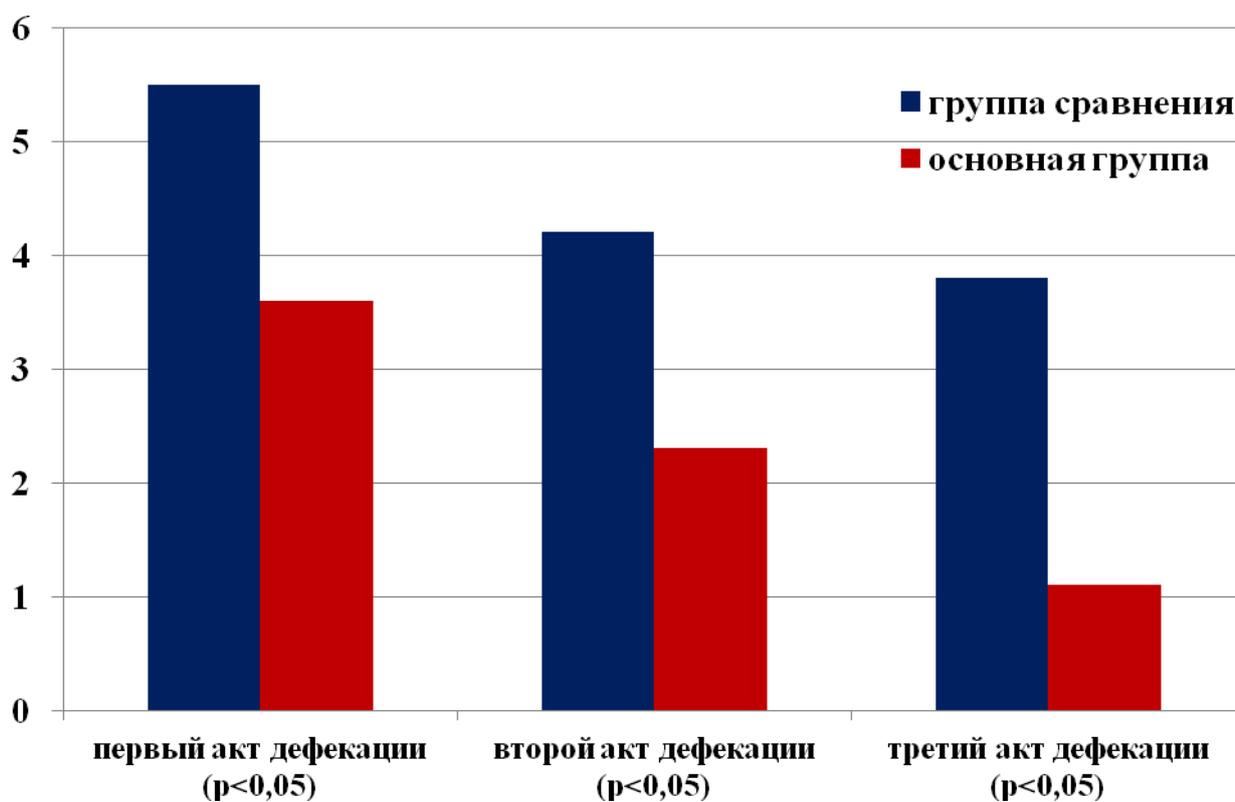


Рис. 8. Динамика интенсивности болевого синдрома после актов дефекации

Затем измеряли расстояние от левой границы линии (пункт "нет боли") до отмеченной пациентом точки в сантиметрах, округляя полученное значение. Каждый сантиметр соответствует одному баллу интенсивности боли.

В основной группе пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству методом LIFT без нарушения анальных сфинктеров при использовании модифицированного пуговчатого зонда или гибкого цилиндрического проводника с оливой, средняя интенсивность болевых ощущений в покое в первые сутки после операции составила $6,0 \pm 0,2$ баллов. К 5-м суткам после операции интенсивность боли снизилась в 3,8 раза, достигнув уровня $1,6 \pm 0,3$ баллов («очень слабая боль»).

В группе сравнения пациентов, которым применялся лигатурный метод, отмечались сильные болевые ощущения в покое в первые сутки после операции, достигая уровня $7,8 \pm 0,4$ баллов. Однако к 5-м суткам после операции интенсивность болевых ощущений снизилась до $4,3 \pm 0,2$ баллов («боль средней степени») ($p < 0,05$) (рис. 7).

Большинство пациентов исследуемых групп (64,2%) испытывали первый акт дефекации через 3 суток после операции. В основной группе после первого акта дефекации средняя интенсивность болевых ощущений составила $3,6 \pm 0,2$ балла, что описывается как "слабые болевые" ощущения. В группе сравнения после первого акта дефекации интенсивность болевых ощущений составила

$5,5 \pm 0,4$ балла, что соответствует уровню "боль средней степени" ($p < 0,05$).

В основной группе после третьего акта дефекации интенсивность болевых ощущений резко уменьшилась до $1,1 \pm 0,3$ балла, что характеризуется как "очень слабая боль", и в половине случаев отмечалось полное отсутствие болевых ощущений. В группе сравнения после третьего акта дефекации были отмечены болевые ощущения "средней степени", оцененные в $3,8 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$) (рис. 8).

Таким образом, у пациентов, прошедших операцию методом ЛИФТ с применением модифицированных проводников и без нарушения мышечных волокон анального жома, отмечается значительное снижение уровня болевого синдрома в послеоперационном периоде и после актов дефекации. Это снижение боли позволяет уменьшить потребность в наркотических анальгетиках и существенно улучшить качество жизни пациентов.

В течение первых двух суток после операции пациентам основной группы ежедневно меняли асептические повязки в перианальной области, после чего ежедневные перевязки больше не требовались. Это позволило снизить нагрузку на медицинский персонал и уменьшить расход перевязочного материала. В группе сравнения проводились ежедневные перевязки с периодическим подтягиванием лигатуры каждые 4-5 дней до ее удаления.

Таблица 1. Результаты хирургического лечения больных прямокишечными свищами в раннем послеоперационном периоде.

Показатели		Основная группа (n=78)	Группа сравнения (n=56)
Средние сроки стационарного лечения		10,1±2,2	17,4±3,1
p<0,05			
Осложнения	острая задержка мочи	2 (2,6%)	1 (1,8%)
	абсцедирование свищевого хода	-	4 (7,1%)
Обезболивание	с использованием наркотических средств	-	+
	с использованием ненаркотических средств	+	-
	обезболивание при перевязках	-	+

Пациентам основной группы в послеоперационном периоде предоставлялась возможность получать обезболивание по требованию с использованием ненаркотического препарата "Кеторол". В большинстве случаев (76,9%) это составляло 2 мл дважды в день в течение первых двух суток после операции. В группе сравнения пациентам был назначен наркотический препарат "Промедол" в течение первых суток после операции по 1 мл три раза в день.

У 2 пациентов (2,6%) из основной группы в раннем послеоперационном периоде возникла острая задержка мочи, что потребовало проведение катетеризации мочевого пузыря. Это осложнение мы ассоциируем с использованием спинальной анестезии во время операции. В группе сравнения у 4 пациентов (7,1%) наблюдалось абсцедирование свищевого хода. Мы связываем это осложнение с неполным удалением дистального отдела свищевого хода, что привело к последующему развитию абсцесса. У пациентов на 2-3 сутки после операции было выполнено вскрытие абсцесса. После этого они были выписаны из стационара на 5-6 сутки после вскрытия абсцесса в удовлетворительном состоянии.

Малая инвазивность операции с использованием модифицированных проводников без повреждения мышечных волокон анального сфинктера имела значительное воздействие на продолжительность пребывания пациентов в стационаре. В среднем, пациенты основной группы проводили в стационаре 10,1±2,2 дня (дооперационный период составил 3,2±3,2 дня, послеоперационный - 7±1,9 дней). Продолжительность стационарного лечения определялась необходимостью проведения комплексного обследования, включающего фистулографию, ультразвуковое исследование прямой кишки и параректальной клетчатки, а также магнитно-резонансную томографию. После внедрения нового алгоритма обследования и лечения 15 пациентам, прооперированным в 2021 году, удалось сократить сроки пребывания в стационаре до 7,9±1,1 койко-дней. В группе сравнения средняя продолжительность пребывания в

стационаре составила 17,4±3,1 дня (дооперационный период - 5,3±3,1 дня, послеоперационный - 11,4±2,2 дня) (p<0,05) (табл. 1).

Выводы: Разработанные новшества технических аспектов хирургического лечения пациентов с прямокишечными свищами привел к улучшению стандартов медицинской помощи, снизив частоту ближайших послеоперационных осложнений с 8,9% до 2,6%.

Применение модифицированного пуговчатого зонда и гибкого цилиндрического проводника с оливой при хирургическом лечении сложных прямокишечных свищей не только упрощает процесс технической реализации, но и предотвращает повреждение мышечных волокон анального жома. Кроме того, этот метод требует меньшего времени на оперативное вмешательство - 44,2±5,1 минуты по сравнению с 80,5±7,3 минутами.

Применение сфинктеросберегающих оперативных методов в основной группе отличается от традиционных операций по иссечению свища с последующим швом сфинктера, обуславливая более короткий период временной нетрудоспособности - 18,9±3,6 дней по сравнению с 32,7±4,6 днями; более благоприятное послеоперационное течение с меньшей интенсивностью болевого синдрома - 1,6±0,3 по шкале ВАС в сравнении с 6,0±0,2 балла; сокращение сроков госпитализации - 10,1±2,2 дня по сравнению с 17,4±3,1 днями, и более эффективную послеоперационную реабилитацию пациентов. Эти факторы существенно улучшают качество жизни после операции и способствуют снижению финансовых затрат для достижения успешных результатов лечения.

Литература:

- Алиев Ф. Ш. и др. Хирургическое лечение пациентки с двумя ректовагинальными свищами (клиническое наблюдение) // Колопроктология. – 2020. – Т. 19. – №. 3. – С. 92-96.
- Наврузов Б. и др. Недостаточность сфинктера при операции на экстрасфинктерных свищах (обзор литературы) // Евразийский журнал

медицинских и естественных наук. – 2023. – Т. 3. – №. 4. – С. 55-67.

3. Тамразов Р. И. и др. Результаты сфинктеросохраняющих операций у больных раком прямой кишки на этапах хирургического и комбинированного лечения: многолетний опыт специализированной клиники //Тазовая хирургия и онкология. – 2019. – Т. 9. – №. 2. – С. 47-61.

4. Шеркулов К. У., Давлатов С. С. Хирургическое лечение сочетанной неопухолевой патологии прямой кишки и анального канала (обзор литературы) //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 4 (84). – С. 41-51.

5. Шеркулов К. У. и др. Совершенствование диагностики и хирургического лечения свищей прямой кишки //Gospodarka i Innowacje. – 2023. – Т. 37. – С. 103-106.

6. Akiba R. T., Rodrigues F. G., da Silva G. Management of complex perineal fistula disease //Clinics in colon and rectal surgery. – 2016. – Т. 29. – №. 02. – P. 092-100.

7. Balciscueta Z. et al. Rectal advancement flap for the treatment of complex cryptoglandular anal fistulas: a systematic review and meta-analysis //International journal of colorectal disease. – 2017. – Т. 32. – P. 599-609.

8. Gaertner W. B. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of anorectal abscess, fistula-in-ano, and rectovaginal fistula //Diseases of the Colon & Rectum. – 2022. – Т. 65. – №. 8. – С. 964-985.

9. Sherkulov K. U., Radjabov J. P., Usmonkulov M. K. Diagnostics and surgical treatment of rectal fistulas //World Bulletin of Public Health. – 2023. – Т. 19. – С. 28-30.

10. Shekhovtsov S.A., Davlatov S.S. Analysis of Factors Influencing the Results of the Laser Obliteration Technique of Short and Complex Rectal Fistulas// American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(7): 913-916. DOI: 10.5923/j.ajmms.20231307.15

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шеркулов К.У., Давлатов С.С., Рахманов К.Э.

Резюме. Актуальность исследования. Современные подходы к лечению хронического парапроктита и предотвращению рецидивов основываются на восстановлении функции сфинктера прямой кишки, физической реабилитации после операции и достижении удовлетворительных результатов. Цель исследования заключается в улучшении результатов лечения больных свищами прямой кишки путём совершенствования технических аспектов иссечения свищевого хода. Материалы и методы исследования. Для проспективного динамического активного исследования были отобраны 134 случая. В первую группу, группу сравнения, вошли 56 (41,0%) пациентов, которым свищи иссекались традиционными методами. Во вторую, основную группу, включены 78 (59,0%) пациентов, у которых иссечение свищей проводилось с использованием модифицированных инструментов. В основной группе больных выполняли сфинктеросберегающие операции. Результаты исследования. У пациентов, прошедших операцию методом ЛИФТ с применением модифицированных проводников и без нарушения мышечных волокон анального жома, отмечается значительное снижение уровня болевого синдрома в послеоперационном периоде и после актов дефекации. Это снижение боли позволяет уменьшить потребность в наркотических анальгетиках и существенно улучшить качество жизни пациентов. Выводы. Применение сфинктеросберегающих оперативных методов в основной группе отличается от традиционных операций по иссечению свища с последующим швом сфинктера, обуславливая более короткий период временной нетрудоспособности - $18,9 \pm 3,6$ дней по сравнению с $32,7 \pm 4,6$ днями; более благоприятное послеоперационное течение с меньшей интенсивностью болевого синдрома - $1,6 \pm 0,3$ по шкале ВАС в сравнении с $6,0 \pm 0,2$ балла; сокращение сроков госпитализации - $10,1 \pm 2,2$ дня по сравнению с $17,4 \pm 3,1$ днями, и более эффективную послеоперационную реабилитацию пациентов. Эти факторы существенно улучшают качество жизни после операции и способствуют снижению финансовых затрат для достижения успешных результатов лечения.

Ключевые слова: сочетанная неопухолевая патология, анальный канал, прямая кишка, сложные ректальные свищи.