

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Диссертационный совет Д.14.12.020

На правах рукописи
УДК 616.352-007.253-089

УРАИМОВ КУМАРБЕК АБДЫМОМУНОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА
ЛЕЧЕНИЯ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ
ПРЯМОЙ КИШКИ**

14.01.17 – хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

БИШКЕК – 2013

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней Ошского Государственного университета Министерства образования и науки Кыргызской Республики.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Мадаминов Абдумуталиб Моминович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Ниязов Батырхан Сабитович

доктор медицинских наук
Салибаев Оскон Абдыгапарович

Ведущая организация: Алматинский государственный институт
усовершенствования врачей (Республика
Казахстан)

Защита состоится «31» января 2013 года в 13:00 часов на заседании диссертационного совета Д.14.12.020 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. Ишембая Абдраимова, д. 25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. Ишембая Абдраимова, д. 25).

Автореферат разослан «_____» 2012 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Н.Ч.Элеманов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Транссфинктерные свищи, составляя до 40-45% от всех видов свищей прямой кишки, являются причиной довольно длительной нетрудоспособности и значительно снижают качество жизни пациентов (В.Д. Федоров и Ю.В. Дульцев, 1984; Г.И. Воробьев с соавт., 2001; В.Д. Турутин, 2001; В.Л. Ривкин с соавт., 2001; А.А. Чернов с соавт., 2007; А.М. Мадаминов с соавт., 2010).

Лечение трансфинктерных свищей прямой кишки, до сегодняшнего дня остается сложной проблемой колопроктологии. Такая проблема связана с упорным течением свищей прямой кишки, с тем, что не всегда возможно определить внутреннее отверстие свища, наличием гнойных полостей и затеков, а также рубцовых изменений в параректальных клетчаточных пространствах, трудностью выбора тактики и техники хирургического лечения свищей прямой кишки, а также послеоперационного ведения у этих больных. По данным многих авторов из ближнего и дальнего зарубежья число рецидивов после хирургического лечения свищей прямой кишки колеблется от 10% до 25 % (С.В. Ремизов и Е.Е. Чубарова, 2004; В.А. Ильин с соавт., 2005; И.А. Лурин с соавт., 2006; Е.Е. Чубарова, 2006; В.К. Татьянченко с соавт., 2008). Нарушение функции анального жома после операции наблюдается у 4,9-33% больных (Г.И. Воробьев с соавт., 2001; Б.Н. Жуков с соавт., 2002; А.М. Кузьминов с соавт., 2002; В.К. Ан, Е.Е. Чубарова, 2006; М.М. Алиев, 2008; Н. Hasegawa et al., 2000; К. S. Ho et al., 2001.)

Для местного лечения гнойных ран мягких тканей различных областей человеческого организма в последние годы стали применять бактериофаги, которые оказывают антимикробное действие (В.К. Гостищев 2004.)

Вопросы применения бактериофагов для местного лечения ран, образующихся после иссечения свища в просвет прямой кишки, рассмотрены в единичных работах. Поэтому изучение результатов местного лечения ран после иссечения свища в просвет прямой кишки, вскрытия и дренирования гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах является актуальным.

Таким образом, проблема лечения данного заболевания до настоящего времени не только сохраняет свою актуальность, но и определяет необходимость поиска нового рационального метода лечения трансфинктерных свищей прямой кишки.

Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами: тема работы инициативная.

Цель работы. Улучшение результатов лечения трансфинктерных свищей прямой кишки.

Задачи исследования:

1. Оптимизировать способ ушивания раны промежности, остающейся после иссечения трансфинктерного свища прямой кишки.
2. Выявить показания и противопоказания к применению оптимизированной методики хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки .
3. Дать оценку эффективности использования жидкого пио бактериофага «Фагио» в комплексном лечении больных с трансфинктерными свищами прямой кишки.
4. Провести сравнительный анализ результатов лечения трансфинктерных свищей прямой кишки различными методами в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Научная новизна работы:

- Впервые разработана, апробирована и внедрена в клиническую практику оптимизированная методика лечения трансфинктерных свищей прямой кишки.

- Впервые в Кыргызской Республике апробирована и внедрена в клиническую практику методика комплексного лечения трансфинктерного свища прямой кишки с использованием усовершенствованной методики хирургического лечения трансфинктерных свищей и жидкого пио бактериофага «Фагио» в послеоперационном периоде.

- Эффективность предлагаемой методики комплексного лечения с использованием предложенной методики оперативного лечения и жидкого пио бактериофага «Фагио» подтверждена снижением числа осложнений после операции, сокращением сроков пребывания пациентов в стационаре, уменьшением числа рецидивов болезни.

- В ходе сравнительного анализа доказано, что при использовании предложенной методики хирургического вмешательства, а также жидкого пио бактериофага «Фагио» в послеоперационном периоде осложнения носят функциональный характер, тогда как при общепринятой методике осложнения в виде недостаточности анального сфинктера имелось у 7(10.9%) больных из 64 пациентов первой группы.

Практическая значимость полученных результатов:

Для практического здравоохранения разработана оптимизированная методика ушивания раны промежности после иссечения трансфинктерного свища прямой кишки, внедрение которого

рекомендуется в хирургических и колопроктологических отделениях.

Проведенный анализ отдаленных функциональных результатов позволил определить альтернативную методику в комплексном лечении больных с трансфинктерными свищами прямой кишки, внедрения которого рекомендуется во всех хирургических стационарах для улучшения результатов лечения и повышения экономической эффективности стационарной помощи.

Жидкий пио бактериофаг «Фагио» за счет своей патогенетической направленности дает более выраженный положительный лечебный эффект в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки у больных с трансфинктерными свищами прямой кишки.

Экономическая значимость полученных результатов: применение в медицинской практике результатов проведенных исследований за счет снижения затрат на медикаментозные средства, расходные материалы, сокращения сроков лечения и снижения числа осложнений и повышения качества жизни больных с данной патологией дает экономический эффект в виде скорейшего возвращения больных к активной трудовой деятельности.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Впервые в Кыргызской Республике усовершенствована и внедрена в клиническую практику методика хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки, позволяющая значительно улучшить результаты оперативного вмешательства.

2. При применении такой методики послеоперационная рана заживает быстрее.

3. Методика комплексного лечения с использованием жидкого пио бактериофага «Фагио» улучшает отдаленные результаты лечения и обеспечивает более эффективную медико-социальную реабилитацию больных с данной патологией. При правильном выполнении оперативных приемов, адекватном послеоперационном ведении ран полного излечения удалось добиться у 98,3% больных с трансфинктерными свищами прямой кишки.

4. Примененный жидкий пио бактериофаг «Фагио» для лечения послеоперационных ран у пациентов с трансфинктерными свищами прямой кишки оказывает противовоспалительное и антимикробное действие за счет своей патогенетической направленности и дает более выраженный положительный лечебный эффект, в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Личный вклад соискателя. Автор диссертации сам осуществлял все процессы обработки и анализа материалов, внедрял и проводил большинство методов клинического обследования и оперативного

лечения, а также применял меры профилактики послеоперационных осложнений.

Апробация результатов исследования:

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: конференции профессорско-преподавательского состава медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского университета (г. Бишкек, 2010); Республиканской научно-практической конференции «Проблемы экстренной колопроктологии» посвященной 60-ти летнему юбилею ОшГУ (г.Ош, 2011); межкафедральном совещании сотрудников кафедр общей хирургии и хирургических болезней медицинского факультета ОшГУ (г.Ош, 2012); заседании Ассоциации хирургических обществ Кыргызской Республики (г.Бишкек, 2012); заседание экспертной комиссии Диссертационного совета по хирургии при Национальном хирургическом центре (г. Бишкек, 2012).

Внедрение результатов исследования:

Результаты работы внедрены в клиническую практику хирургического отделения №2 ОМОКБ, колопроктологического отделения Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, что подтверждено актами о внедрении.

Основные положения диссертационной работы включены в программы: повышения квалификации врачей-хирургов на кафедре новых хирургических технологий Кыргызского Государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации (КГМИП и ПК); подготовки студентов старших курсов, клинических ординаторов на кафедре общей и факультетской хирургии, а также госпитальной хирургии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н.Ельцина (КРСУ); кафедре хирургических болезней медицинского факультета ОшГУ.

Публикации по теме диссертации:

По теме диссертации опубликовано 8 работ.

Структура и объем диссертации: Диссертационная работа изложена на 108 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14; интервал 1,5). Работа состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы.

Библиография включает 187 источников, из них 111 – русскоязычных авторов и 76 – дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 28 таблицами и 14 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, представлены цели и задачи исследования, изложена научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В главе 1 «Обзор литературы» автором приводятся современные аспекты этиологии, патогенеза, классификации, клиники, диагностики и лечения свищей прямой кишки, которые позволили обосновать актуальность данной проблемы.

В главе 2 «Клиническая характеристика больных и методов обследования» изложены анализ наблюдений и лечения 230 пациентов с трансфинктерными свищами прямой кишки, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении №2 Ошской межобластной объединенной клинической больницы с 2008 по 2011 годы, а также методики исследований.

В зависимости от применявшихся методов хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки, а также наличие или отсутствие гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах и способов ведения послеоперационных ран больные были разделены на четыре группы. Сравнительный анализ эффективности проведенного лечения выполнялись между первой и второй группами больных, а также между третьей и четвертой группами пациентов.

В первую группу вошли 64 (27,8%) больных, которым была произведена операция иссечения свища в просвет прямой кишки со вскрытием гнойных полостей и затеков в параректальных клетчаточных пространствах с оставлением раны открытой. Дальнейшее лечение послеоперационной раны осуществлялась мазью «Левомеколь».

Во вторую группу включены 62 (26,9%) пациента, которым произведено иссечение свища в просвет прямой кишки со вскрытием гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах с оставлением раны открытой. Дальнейшее лечение послеоперационной раны осуществлялась жидким пио бактериофагом «Фагио».

В третью группу отнесены 51 (22,2%) больных, которым произведено иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны.

В четвертую группу определены 53 (23,1%) больных к которым была применена предложенная нами оптимизированная методика хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки.

Из методов исследования осуществлены общеклинические,

инструментальные и специальные методики обследования: общий анализ крови и мочи; электрокардиография; рентгеноскопия органов грудной клетки; пальцевое исследование прямой кишки; ректороманоскопия; сфинктерометрия; фистулография; эндоректальная ультрасонография; бактериологическое исследование.

Статистическую обработку полученных данных проводили на IBMPC Pentium 116 MMX с использованием программных пакетов “Statgrafics” и “ Exsel”, в которых были реализованы параметрические методы Фишера-Стьюдента. Уровень критической значимости применялся как $P < 0,05$.

В главе 3 «Результаты собственных исследований». «Сравнительная оценка эффективности хирургического лечения между первой и второй группами больных с транссфинктерными свищами прямой кишки» рассмотрены результаты лечения и проведена сравнительная оценка результатов лечения у больных первой и второй групп. У этих больных транссфинктерный свищ был осложнен гнойными затеками и полостями в параректальных клетчаточных пространствах.

Из 230 больных транссфинктерными свищами прямой кишки 64(27,8%) пациентам в связи с наличием гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах произведена операция иссечения свища в просвет прямой кишки со вскрытием гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах с оставлением раны открытой. Дальнейшее лечение послеоперационных ран у больных первой группы осуществляли мазью “Левомеколь”.

У больных второй группы после такой же операции, послеоперационные раны лечили жидким пио бактериофагом «Фагио».

В первой группе мужчин было 47(73,5%), а женщин-17(26,5%). Основную часть больных составили лица трудоспособного возраста, обоого пола, от 21 до 50 лет - 53(82,8%). Возраст больных колебался от 18 до 62 лет. Средний возраст больных составил $39,0 \pm 1,6$ лет.

Среди больных второй группы из 62 пациентов мужчин было 45 (72,7%), а женщин -17 (27,3%). Основную часть больных составили лица трудоспособного возраста, обоих полов, от 21 до 50 лет – 45(72,6%). Возраст больных колебался от 18 до 65 лет. Возраст пациентов в среднем составил $41,3 \pm 8,4$ лет.

Распределение больных первой и второй групп по возрасту и полу приведено в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение больных первой и второй групп по полу и возрасту.

Возраст (лет)	I группа				II группа			
	Муж	Жен	Всего	%	Муж	Жен	Всего	%
До 20 лет	3	1	4	6,2	3	1	4	6,5
21-30	10	3	13	20,4	7	3	10	16,2
31-40	12	6	18	28,1	9	5	14	22,5
41-50	18	4	22	34,4	14	7	21	33,8
51-60	3	2	5	7,8	8	1	9	14,5
61 и старше	1	1	2	3,1	4	0	4	6,5
Итого:	47	17	64	100,0	45	17	62	100,0

Длительность анамнеза болезни у больных этих групп была различной (табл. 2).

Таблица 2 - Длительность анамнеза заболевания у больных первой и второй групп.

Давность заболевания	I группа				II группа			
	Муж		Жен		Муж		Жен	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 3 месяцев	3	4,6	2	3,1	2	3,2	1	1,6
от 3мес. до 6 мес.	7	11,0	5	6,3	8	12,9	3	4,9
от 6мес. до 1 года	16	25,0	7	9,4	15	24,2	7	11,3
от 1 до 2 лет	10	15,6	3	4,6	9	14,5	3	4,9
от 2 до 5 лет	4	6,3	2	3,1	6	9,7	2	3,2
от 5 до 10 лет	3	4,6	1	1,6	3	4,8	1	1,6
10 лет и более	2,2	3,2	1	1,6	2	3,2	-	
Всего:	45	70,3	19	29,7	45	72,5	17	27,5
	64 (100,0%)				62 (100,0%)			

Из таблицы 2 видно, что 40 (62,5%) больных первой группы поступили в хирургическое отделение в течение первого года от начала заболевания, а остальные 24(37,5%) пациента поступили через 1-10 и более лет. А среди пациентов второй группы в течение первого года заболевания в стационар поступили 36(58,1%) больных, а через 1-10 и более лет -26(41,9%). Среди больных первой группы свищ прямой кишки сформировался у 19(29,7%) пациентов после самопроизвольного вскрывшегося острого парапроктита из-за несвоевременного обращения к врачам за медицинской помощью. До поступления на стационарное лечение 42(65,7%) человека перенесли оперативное вмешательство по поводу острого парапроктита. Из 42 больных 39 пациентов перенесли

простое вскрытие и дренирование острого парапроктита в области промежности, а 3-е больных радикальное вскрытие парапроктита. Из 64 пациентов еще 3-е(4,6%) больных ранее перенесли оперативное вмешательство по поводу трансфинктерного свища прямой кишки, т.е у этих больных свищ прямой кишки был рецидивным . Трое (4,6 %) больных оперированы под интубационным наркозом , 30(46,9%) больных оперированы под проводниковой анестезией, а 31(48,5%) больной под внутривенным наркозом .

У больных второй группы до поступления в стационар 6(9,7%) пациентов перенесли радикальные оперативные вмешательства по поводу острого парапроктита, 40(64,6%) исследуемым больным произведено только простое вскрытие и дренирование острого парапроктита в области промежности, а 3 (4,8%)-пациентам радикальная операция по поводу свища прямой кишки. Таким образом, у этих 3-х пациентов свищ носил рецидивный характер. Ещё у 13(20,9%) пациентов свищ сформировался после самопроизвольного вскрывшегося острого парапроктита из-за того, что эти больные своевременно не обращались к врачам за медицинской помощью. 5(8,0%) больных этой группы оперированы под интубационным наркозом, 29(46,8%) под внутривенным наркозом, 28(45,2%) под проводниковой анестезией.

У больных первой и второй групп оперативное вмешательство заключалось в следующем: после тщательной подготовки кишечника больной укладывался на операционный стол в положении, как для операции по поводу геморроя. После обработки операционного поля в наружное свищевое отверстие вводили раствор бриллиантовой зелени с 3% раствором перекиси водорода (1:1). Затем в свищевой ход вводили пуговчатый зонд .После чего мостик тканей над зондом рассекали, при этом пересекали часть волокон анального жома. Затем иссекали стенки свищевых ходов и края раны, после чего вскрывали гнойные затеки и полости, расположенные в параректальных клетчаточных пространствах. При наличии детрита их выскабливали ложкой Фолькмана. Гемостаз осуществляли электрокоагулятором, рана оставалась открытой . У больных первой группы операцию заканчивали введением марлевой ленты с мазью «Левомеколь» и газоотводную трубку в анальный канал, а у больных второй группы введением в рану и анальный канал марлевой ленты смоченную жидким пио бактериофагом “Фагио” и газоотводную трубку.

Больным с целью обезболивания в послеоперационном периоде первый день назначали раствор морфия 1% -1,0мл или раствор промедола 2%-1,0мл внутримышечно, на следующий день всем больным вводили раствор анальгина 50%-2,0мл с раствором димедрола 1%-1,0мл внутримышечно, или кетонал 2,0мл внутримышечно.

Назначали антибиотики сроком на 5-7 дней. Перевязки ран осуществляли ежедневно, вокруг раны обрабатывали 70 градусным этиловым спиртом, а саму рану обрабатывали 3% раствором перекиси водорода и раствором фурацилина 1:5000, после чего у больных первой группы рану вновь тампонировали марлевой лентой с мазью «Левомеколь», а у больных второй группы в рану вставляли марлевую ленту смоченную жидким пио бактериофагом «Фагио». Стул искусственно не задерживали, обычно первая дефекация происходила на 3-4 сутки после операции.

В послеоперационном периоде критериями оценки были сроки: исчезновения отека и перифокальной инфильтрации мягких тканей; очищения ран; появления грануляционной ткани в ране; нормализации температуры тела; нормализации количества лейкоцитов в периферической крови и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ); выраженность и длительность местного болевого синдрома; средние сроки пребывания больных в стационаре и амбулаторного долечивания; функциональное состояние анального сфинктера.

В отдаленные сроки (через 6-24 месяцев) в качестве критериев для сравнения служили частота рецидивов, развития недостаточности анального сфинктера.

У больных первой группы перифокальные воспалительные изменения исчезли в среднем лишь к $3,54 \pm 0,2$ суткам, а у пациентов второй группы в среднем к $2,23 \pm 0,1$ суткам.

Статистическая достоверность полученных результатов ($P < 0,05$) в сравниваемых группах больных подчеркивает более высокую клиническую эффективность использования в послеоперационном периоде жидкого пио бактериофага «Фагио».

У больных первой группы гипертермия купировалась к $1,9 \pm 0,15$ суткам, а у пациентов второй группы к $1,5 \pm 0,12$ суткам ($P < 0,05$).

У больных первой группы уровень лейкоцитов в крови нормализовался в среднем к $3,25 \pm 0,26$ суткам, а у пациентов второй группы к $2,05 \pm 0,19$ суткам ($P < 0,05$).

У больных первой группы ЛИИ нормализовался в среднем к $4,19 \pm 0,23$ суткам, а у пациентов второй группы $3,14 \pm 0,2$ суткам.

Очищение раны у больных первой группы в среднем наступало на $4,16 \pm 0,14$ сутки, а грануляционная ткань появлялась на $4,66 \pm 0,2$ сутки. У больных второй группы очищение раны в области анального канала и перианальной области наступало на $2,58 \pm 0,2$ сутки, а грануляционная ткань появлялась на $3,10 \pm 0,11$ сутки.

Таким образом, на фоне лечения жидким пио бактериофагом «Фагио», у больных второй группы в послеоперационном периоде достигнуты лучшие результаты, чем у больных первой группы.

Во время перевязок больные первой группы испытывали довольно выраженные боли, что требовало введения анальгетиков в течение 2-3 суток. У 7(10,9%) больных первая перевязка производилась на фоне введения обезболивающих препаратов.

У всех больных второй группы местный болевой синдром был умеренно выражен на протяжении первых 1 – 1,5 суток после операции, уже на 2-е сутки они не нуждались в применении обезболивающих средств.

В первой группе больных, средняя длительность пребывания их на стационарном лечении составила $9,8 \pm 1,02$ койко-дней. У таких больных в ране достаточно долго протекали фазы гидратации и дегидратации раневого процесса.

У больных второй группы после такой же операции и применения для лечения послеоперационной раны жидкий пио бактериофаг «Фагио» средний послеоперационный койко-день составил $7,8 \pm 1,04$.

Больные второй группы в стационаре провели на 2 койко-дня меньше, по сравнению с пациентами первой группы. В первой группе больных средний срок амбулаторного долечивания составил $15,0 \pm 2,04$ дня, во второй группе - $12,0 \pm 1,6$ дня.

Период полного заживления ран у пациентов второй группы составила $19,8 \pm 1,4$ дня, что достоверно отличалось от такового в первой группе $24,8 \pm 2,01$ дня ($P < 0,05$). Таким образом, предложенный метод комплексного лечения ран анальной области и промежности в послеоперационном периоде у большинства больных хроническим парапроктитом с гнойными затеками и полостями в параректальных клетчаточных пространствах привело к сокращению сроков стационарного лечения и амбулаторного долечивания.

Мы провели исследование функционального состояния замыкательного аппарата прямой кишки у исследуемых больных.

Из 64 обследованных больных первой группы впервые возникла послеоперационная недостаточность анального сфинктера I степени у 7 (10,9%) пациентов, что обусловлено формированием достаточно грубого рубца в месте рассечения значительной порции сфинктера.

У больных, второй группы, объективные признаки недостаточности анального сфинктера I степени выявлены у 2(3,2%) пациентов, что мы объясняем не осложненным течением послеоперационного периода и отсутствием формирования грубого рубца. У больных второй группы тугая тампонада послеоперационной раны не осуществлялась.

Таким образом, анализ результатов проведенных нами сфинктерометрических исследований позволяет считать, что лучшие функциональные результаты при ликвидации транссфинктерных

свищей прямой кишки наблюдались у больных второй группы, у которых не применялось тугая тампонада послеоперационной раны.

Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Всего рецидивы выявлены у 6 (4.7%) больных, недостаточность анального сфинктера – у 9 (7.1%) из 126 пациентов I-II групп.

Проведенный анализ показал, что наибольшее число случаев рецидивов – 4 (7,3%) и недостаточности сфинктера – 7(12,8%) было выявлено после операции иссечения свища в просвет прямой кишки со вскрытием гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах с оставлением раны открытой и дальнейшее ее лечение мазью «Левомеколь» из-за длительного тугого тампонирования послеоперационной раны.

У больных, которым произведено иссечение свища в просвет прямой кишки со вскрытием гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах с оставлением раны открытой и дальнейшее ее лечение жидким пио бактериофагом «Фагио» в послеоперационном периоде, рецидивы развились у 2(3.2%) пациентов, тогда как недостаточность сфинктера I степени наблюдался также у 2 (3.2%) пациентов.

Для клинической оценки отдаленных результатов оперативного лечения транссфинктерных свищей прямой кишки нами использованы критерии предложенные в 2004 году сотрудниками ГНЦ колопроктологии МЗРФ, включающие отсутствие или возникновение рецидивов и наличие признаков недостаточности анального сфинктера.

У больных первой и второй групп, из 126 пациентов, результаты лечения расценены, как хорошие, у 111(88.1%) больных при отсутствии рецидивов и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные – у 9(7.1%) при недостаточности анального сфинктера I степени с отсутствием рецидива. Неудовлетворительные результаты констатированы у 6(4.8%) больных вследствие возникновения рецидива болезни.

Таким образом, анализ результатов лечения больных хроническим парапроктитом больных первой и второй групп свидетельствует о том, что методика лечения с применением жидкого пио бактериофага «Фагио», без применения тугого тампонирования послеоперационной раны обеспечивает неосложненное течение послеоперационного периода, существенное сокращение сроков стационарного лечения и амбулаторного долечивания. Это имеет важное социально-экономическое значение.

Хорошие результаты комплексного лечения больных с транссфинктерными свищами прямой кишки с гнойными затеками и полостями в параректальных клетчаточных пространствах позволяет нам рекомендовать его более широкому применению в хирургических

стационарах .

В четвертой главе «Сравнительная оценка эффективности хирургического лечения между третьей и четвертой группами больных с трансфинктерными свищами прямой кишки» рассмотрены результаты хирургического лечения больных с трансфинктерными свищами прямой кишки больных третьей и четвертой исследуемых групп. Из 230 больных с трансфинктерными свищами прямой кишки 51(22,2%) пациенту, которые составили третью группу, произведена операция - иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны несколькими узловыми швами из рассасывающихся нитей.

Учитывая что, в настоящее время нет универсальной операции применяемой при всех видах свищей прямой кишки при выборе способа операции при них, необходимо понять сущность данного заболевания и возникающих во время операции анатомических нарушений. Исходя из вышеизложенного и учитывая характер свищевого хода, его трансфинктерное прохождение, отсутствие выраженных рубцов стенки прямой кишки в области внутреннего отверстия свища, а также отсутствие гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах нами оптимизирована методика хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки. 53 (23,1%) больных, к которым была применена предложенная нами оптимизированная методика хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки составили четвертую исследуемую группу.

В таблице 3 представлены распределение больных этих групп по полу и возрасту.

Таблица 3 - Распределение больных третьей и четвертой групп по полу и возрасту.

Возраст (лет)	III группа				IV группа			
	Муж	Жен	Всего	%	Муж	Жен	всего	%
До 20 лет	3	1	4	7,8	3	-	3	5,6
21-30	5	5	10	19,7	9	4	13	24,5
31-40	11	3	14	27,5	10	6	16	30,2
41-50	12	1	13	25,5	11	4	15	28,2
51-60	5	4	9	17,6	3	1	4	7,6
61 и старше	1	-	1	1,9	2	-	2	3,8
Итого:	37	14	51	100,0	38	15	53	100,0

В третьей группе мужчин было 37(72,6%), а женщин- 14(27,4%) и основную часть заболевших составили больные трудоспособного возраста обоего пола: от 21 до 50 лет 37(72,6%). Возраст больных варьировал от 21 до 63 лет. Средний возраст больных составил 38,7

±1,5лет.

Из 53(23,1%) больных четвертой группы мужчин было 38(71,7%), а женщин 15 (28,3%). Основную часть заболевших составили лица трудоспособного возраста обоего пола от 21 до 50 лет - 44(83,0%) больных. Возраст пациентов колебался от 20 до 65 лет. Средний возраст больных составил 38,2±1,2 лет.

Длительность анамнеза заболевания у рассматриваемых групп больных были различными и представлена в таблице 4.

Таблица 4 - Длительность анамнеза заболевания у больных третьей и четвертой групп.

Давность заболевания	III группа				IV группа			
	Муж		Жен		Муж		Жен	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 3 месяцев	3	5,9	1	1,9	-	-	-	-
от 3 до 6 мес.	9	17,7	2	4,0	8	15,1	2	3,8
от 6 до 1 года	7	13,8	4	7,9	12	22,6	5	9,4
от 1 до 2 лет	8	15,7	3	5,9	8	15,1	4	7,5
от 2 до 5 лет	6	11,7	2	3,9	6	11,4	3	5,6
от 5 до 10 лет	3	5,9	1	1,9	3	5,6	1	1,9
10 лет и более	1	1,9	1	1,9	1	1,9	-	-
Всего:	37	72,6	14	27,4	38	71,7	15	28,3
	51(100,0%)				53(100,0%)			

Из таблицы 4 видно, что 26(51,0%) больных третьей группы поступили в отделение через 3-12 месяцев от начала заболевания, от 1 до 2 лет 11(21,6%) больных, а через 1-10 и более лет 14 (27,4%) пациентов. Формирование свища прямой кишки в результате самопроизвольно вскрывшегося острого парапроктита из-за несвоевременного обращения к врачам за медицинской помощью отмечено у 16(31,3%) больных. До поступления в хирургическое отделение №2 ОМОКБ 35(68,7%) пациентов перенесли различные виды оперативных вмешательств в других лечебных организациях юга Кыргызстана. Из 35 больных 27(77,2%) перенесли только простое вскрытие и дренирование гнойника в области промежности, а 6(17,1%) пациентов перенесли радикальное вскрытие острого парапроктита. Ещё 2(5,7%) больных ранее были оперированы по поводу свища прямой кишки. Из 51 больного 29(56,9%) оперированы под проводниковой анестезией, 19(37,3%) больных оперированы под внутривенным наркозом, а 3(5,8%) под общим интубационным наркозом.

У больных четвертой группы, оперированных оптимизированным методом видно, что 27(51,0%) больных поступили в хирургическое отделение №2 ОМОКБ спустя от 3 месяцев до одного года после перенесенного острого парапроктита, 26 (49,0%) пациентов поступили на лечение спустя от 1 года до 10 лет и более после формирования свища прямой кишки. У 19 (35,9%) пациентов свищ прямой кишки образовался после самопроизвольно вскрывшегося острого парапроктита из-за не своевременного обращения к врачам за медицинской помощью, а у 27 (51,0%) пациентов свищ сформировался после простого вскрытия и дренирования гнойника в области промежности, у 4(7,5%) после радикального вскрытия абсцесса, у 3(5,6%) свищ носил рецидивный характер, то есть эти трое больных ранее были оперированы по поводу свища прямой кишки. Из 53 больных четвертой группы 12 (22,6 %) оперированы под интубационным наркозом, 32 (60,4 %) под внутривенным наркозом, 9 (17,0 %) под проводниковой анестезией.

Таким образом, по возрасту, полу, длительности анамнеза болезни по характеру и количеству ранее перенесенных операций больные третьей и четвертой групп были сопоставимы.

Техника оперативного вмешательства у больных третьей группы. 51 больному с транссфинктерными свищами прямой кишки без гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах произведена следующая операция: после обработки промежности и слизистой оболочки дистальной части прямой кишки , прокрашивали свищевой ход раствором красителя. Затем разводили стенки анального канала ректальным зеркалом. После чего в наружное свищевое отверстие, расположенное в области промежности, вводили пуговчатый зонд, который входил в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие свища. Единым блоком иссекали свищ в просвет прямой кишки. При этом пересекали часть волокон анального сфинктера. Экономно иссекали края раны. При этом рана приобретала форму треугольника, обращенным острием в просвет прямой кишки. По глубине рана становилась клиновидной. Затем на пересеченные края сфинктера накладывали узловыи швы из рассасывающегося шовного материала без захвата слизистой оболочки прямой кишки. На дистальную часть раны так же накладывали несколько узловых швов из рассасывающихся ниток без захвата кожи. Операцию заканчивали введением в анальный канал марлевой ленты с мазью «Левомеколь» и газоотводной трубки.

Больным назначали антибиотики широкого спектра действия, сроком на 5-7 дней. Больным в 1-й день после операции с целью обезболивания назначали раствор промедола 2%-1,0мл внутримышечно. Со следующего дня все больные переводились на раствор анальгина 50%-2,0мл или на раствор кетанола 2,0мл внутримышечно. Ежедневно проводили перевязки, при этом кожу вокруг раны обрабатывали 70% спиртом, а рану обрабатывали 3% раствором перекиси водорода. Перевязку заканчивали аппликацией мази «Левомеколь» на рану. Такие манипуляции осуществляли в течении 7-10 дней, а после чего перевязки осуществляли индифферентными мазями до полного её заживления. Больные из стационара выписывались с линейными гранулирующими ранами. В послеоперационном периоде среди 51 больного третьей группы у 4(7,8%) пациентов раны нагноились на 3-4 – й день и разошлись швы. Раны у этих больных велись открытым методом.

Теперь остановимся на технике оптимизированной методики хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки без гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах. Операция заключалась в следующем: после обработки кожи промежности и слизистой оболочки дистальной части прямой кишки, прокрашивали свищевой ход раствором красителя. Затем разводили стенки анального канала ректальным зеркалом. После чего в наружное свищевое отверстие расположенное в области промежности вводили пуговчатый зонд, который попадал в просвет прямой кишки, через внутреннее отверстие свища. Единым блоком иссекали свищ в просвет прямой кишки, при этом пересекали часть волокон анального сфинктера. Экономно иссекали края раны, после чего рана приобретала форму остrokонечного треугольника, с острием обращенным в просвет прямой кишки. По глубине рана становилась клиновидной. Затем на дно раны на всем ее протяжении накладывали узловыe швы, из рассасывающихся нитей, без захвата слизистой оболочки анального канала и кожи перианальной области. После чего рана промежности ушивалась наглухо шелком. Операцию заканчивали введением в анальный канал, марлевую ленту смоченную жидким пио бактериофагом «Фагио» и газоотводную трубку, а сверху на область промежности накладывали повязку с мазью «Левомеколь».

Больным назначали антибиотики широкого спектра действия, сроком на 5-7 дней. Ежедневно осуществляли перевязки, с применением жидкого пио бактериофага «Фагио» и мази «Левомеколь». С целью снятия болевого синдрома назначали раствор промедола 2% - 1,0мл внутримышечно в первый день после операции. Больные со второго дня

после операции не нуждались в обезболивающих. Первую перевязку осуществляли на следующий день после операции, при этом из анального канала убирали марлевую ленту и газоотводную трубку, кожу вокруг раны обрабатывали 70% спиртом, рану обрабатывали жидким пробиотиком «Фагио», а сверху накладывали повязку с мазью «Левомеколь». Такие мероприятия осуществляли в течении 5-7 дней. На 7-8 день после операции снимали швы, рана чаще всего заживала первичным натяжением. Такие тщательные наблюдения за состоянием раны позволили сократить количество послеоперационных осложнений. При появлении первых признаков нагноения раны швы снимались и лечение ран продолжалось открытым способом.

В этой группе у одного (1,8%) больного послеоперационная рана нагноилась на третьи сутки после операции и швы были сняты. Рана в дальнейшем велась открытым способом.

Средние сроки исчезновения отека и инфильтрации тканей вокруг раны представлены в таблице 5. Из приведенных данных видно, что у больных третьей группы перифокальные воспалительные изменения исчезли в среднем к $2,02 \pm 0,12$ суткам. Более быстрый регресс перифокальных воспалительных изменений отмечен у больных четвертой группы. Так, у пациентов указанной группы перифокальный отек и инфильтрация окружающих рану тканей исчезали в среднем к $1,70 \pm 0,15$ суткам.

Таблица 5 - Средние сроки исчезновения отека и инфильтрации тканей у больных третьей и четвертой групп (в сутках)

Группы больных	Характер оперативного вмешательства	Средние сроки ($M \pm m$)
Третья n=51	Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны	$2,02 \pm 0,12$
Четвертая n=53	Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны промежности наглухо	$1,70 \pm 0,15$ *

Примечание: * - разница статистически достоверна ($P < 0,05$)

Статистическая достоверность полученных результатов ($P < 0,05$) в сравниваемых группах больных показывает более высокую клиническую значимость использования оптимизированной методики хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки – иссечение свища с ушиванием раны промежности наглухо.

Средние сроки нормализации температуры тела приведены в таблице 6.

Таблица 6 - Средние сроки нормализации температуры тела у больных третьей и четвертой групп

Группы больных	Характер оперативного вмешательства	Средние сроки (в сутках $M \pm m$)
Третья	Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны	$1,65 \pm 0,13$
Четвертая	Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны промежности наглухо	$1,45 \pm 0,11^*$

Примечание:* - разница статистически достоверна ($P < 0,05$)

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных третьей и четвертой групп гипертермия ввиду отсутствия гнойных полостей и затеков в параректальных клетчаточных пространствах купировалась на 1,5-2 сутки, носили местную реакцию на оперативное вмешательство и проявлялось отсутствием интоксикации, которое находило свое отражение в картине крови: уровне лейкоцитов и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ).

Средние сроки нормализации количества лейкоцитов в периферической крови и ЛИИ, в зависимости от применяемого метода лечения, представлены в таблице 7.

Таблица 7 - Средние сроки нормализации количества лейкоцитов в периферической крови и лейкоцитарного индекса интоксикации (в сутках) у больных третьей и четвертой групп ($M \pm m$)

Группы больных	Характер оперативного вмешательства	Средние сроки нормализации	
		количество лейкоцитов	ЛИИ
Третья n=51	Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны	$2,31 \pm 0,23$	$2,92 \pm 0,15$
Четвертая n=53	Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны промежности наглухо	$2,01 \pm 0,12^*$	$2,15 \pm 0,12^*$

Примечание: * - разница статистически достоверна ($P < 0,05$)

При этом частота воспалительных послеоперационных осложнений в третьей группе составил 7,8%, а в четвертой группе 1,8% , что указывает на эффективность оптимизированной методики хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки.

При изучении средних сроков пребывания больных на койке в стационаре в третьей группе, средняя длительность послеоперационного периода составила $8,4 \pm 0,7$ койко-дней. У больных четвертой группы средний послеоперационный койко-день составил $6,3 \pm 1,1$ (табл. 8).

Средние сроки амбулаторного долечивания у больных третьей группы составила $13,4 \pm 0,6$ дня, что достоверно отличалось от такового в четвертой группе $9,2 \pm 0,7$ дня; $p < 0,05$. Таким образом общая продолжительность лечения у больных третьей группы составила $21,8 \pm 0,7$ дней, а у больных четвертой группы $15,5 \pm 0,9$ дней.

Результаты сравнительного анализа функционального состояния замыкательного аппарата прямой кишки у исследуемых больных приведены в таблице 9.

Таблица 8 - Сроки стационарного лечения больных третьей и четвертой групп

Группы больных	Число оперированных больных		Сроки стационарного лечения (M±m)
	Абс.	%	
Третья	51	22,2%	$8,4 \pm 0,7$
Четвертая	53	23,1%	$6,3 \pm 1,1$ (P<0,05)

Примечание: P - достоверность различий между группами.

Таблица 9 - Результаты сфинктерометрии больных третьей и четвертой групп

Показатель		Значение (г)	Группа больных	
			Третья (n=51)	Четвертая (n=53)
Тоническое напряжение сфинктера в покое	Нормальный	$398 \pm 11,3$	47	52
	I ст. недостаточности	$365 \pm 8,3$	4	1
Волевое сокращение	Нормальный	$186 \pm 7,2$	47	52
	I ст. недостаточности	154 ± 10	4	1
Максимальное усилие	Нормальный	$584 \pm 12,4$	47	52
	I ст. недостаточности	$519 \pm 11,8$	4	1

У больных третьей группы среди 51(22,2%) оперированных пациентов впервые возникла послеоперационная недостаточность анального сфинктера I степени – у 4(7,8%) больных, а в четвертой

группе среди 53(23,1%) оперированных пациентов недостаточность анального сфинктера I степени – у 1(1,8%) больного, что указывает на высокую эффективность примененного и предложенного нами оптимизированной методики хирургического лечения транссфинктерных свищей прямой кишки.

В таблице 10 представлена информация о рецидивах параректальных свищей и о недостаточности анального жома, возникших после применения различных методик ушивания послеоперационных ран.

Таблица 10 - Случаи рецидива заболевания и недостаточности анального сфинктера у больных III-IV групп

Способы операций	Всего больных	Рецидивы	Недостаточность анального сфинктера		
			Iст.	IIст.	IIIст.
Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны	51	3	4	-	
Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны промежности наглухо.	53	2	1	-	
Итого	104	5	5	-	-

Ретроспективный анализ показал, что среди 53 больных, которым выполнено иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны промежности наглухо, рецидив заболевания отмечен у 2 (3,7%) больных. При изучении результатов операции- иссечения свища в просвет кишки с ушиванием дна раны у 51 больного рецидив заболевания выявлен у 3(5,8%)пациентов.

Когда анализировали причину рецидива и недостаточности анального сфинктера пришли к выводу, что причиной рецидива было неточное определение места внутреннего отверстия свища во время операции, а причиной недостаточности анального сфинктера явилось длительное тампонирование открытых ран в послеоперационном периоде.

Для клинической оценки отдаленных результатов оперативного лечения нами использованы критерии, предложенные сотрудниками ГНЦ колопроктологии МЗРФ, включающие отсутствие или возникновение рецидивов и наличие признаков недостаточности анального сфинктера (табл. 11).

Таблица 11 - Отдаленные результаты лечения у больных III-IV групп

Способы операций	Результаты		
	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные
Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны	44	4	3
Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны промежности наглухо	50	1	2
Всего	94	5	5

Результаты лечения у больных III-IV исследуемых групп расценены, как хорошие, у 94 (90,4%) пациентов при отсутствии рецидивов и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные – у 5(4,8%) при недостаточности анального сфинктера I степени с отсутствием рецидива. Неудовлетворительные результаты констатированы у 5(4,8%) больных вследствие рецидива заболевания.

Таким образом сравнительный анализ результатов лечения показал преимущества оптимизированной методики оперативного вмешательства. Показанием к применению оптимизированной методики хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки является трансфинктерные свищи без гнойных затеков и полостей в параректальных клетчаточных пространствах. Противопоказанием к применению данной методики являются трансфинктерные свищи с гнойными затеками и полостями в параректальных клетчаточных пространствах.

ВЫВОДЫ

1. Предложенная методика иссечения трансфинктерного свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны промежности наглухо представляет собой усовершенствованную методику хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки.
2. Разработаны показания и противопоказания к применению оптимизированной методики хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки.
3. Использование жидкого пио бактериофага «Фагио» для лечения ран после иссечения трансфинктерного свища в просвет прямой кишки обеспечивает более быстрое купирование воспалительного процесса и очищения таких ран.

4. Использование оптимизированной методики иссечения трансфинктерного свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны промежности наглухо позволяет снизить число послеоперационных осложнений, длительность пребывания больных в стационаре (на 5 койко-дня), частоту рецидивов и недостаточности анального сфинктера в отдаленные сроки после операции.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Инструментальная диагностика у больных с хроническим парапроктитом, включающее эндоскопическое исследование, эндоректальное УЗИ, фистулографию, сфинктерометрию дает основание для правильного выбора способа оперативного вмешательства.

2. При составлении плана лечения трансфинктерных свищей прямой кишки следует учитывать наличие гнойных затеков и полостей вокруг свищевого хода, в параректальных клетчаточных пространствах

3. У больных с трансфинктерными свищами прямой кишки после выполнения хирургической операции полость гнойного очага следует промывать жидким пио бактериофагом «Фагио» и в рану накладывать тампон, смоченный этим раствором.

4. Промывание параректальной раны необходимо осуществлять жидким пио бактериофагом «Фагио» в течении 5-7 дней 2-3 раза в день.

5. При проведении операции иссечение трансфинктерного свища, в просвет прямой кишки, когда отсутствуют гнойные затеки и полости в параректальных клетчаточных пространствах, с целью уменьшения количества послеоперационных осложнений, следует ушить дно раны на всем ее протяжении, затем наглухо ушить рану промежности вторым рядом швов.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Ураимов К.А.** Оптимизация хирургического метода лечения сложных свищей прямой кишки [Текст]: / К.А. Ураимов, А.М. Мадаминов. // Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана. – Бишкек, 2010. - №10.- С. 440 - 444.

2. **Ураимов К.А.** Хирургическая тактика при трансфинктерных свищах прямой кишки [Текст]: / К.А. Ураимов // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2010. - № 2.- С. 56-58.

3. **Ураимов К.А.** Результаты лечения свищей прямой кишки [Текст]: / К.А. Ураимов // Хирургия Кыргызстана. - Бишкек, 2010. - № 2.- С. 58-61.

4. **Ураимов К.А.** Оперативное лечение свищей прямой кишки [Текст]: / К.А. Ураимов // Центрально – Азиатский Медицинский журнал. – Бишкек, 2010. – Том XVI . – Приложение 1. – С.84-86.

5. **Ураимов К.А.** К вопросу хирургического лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки [Текст]: / К.А. Ураимов, А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаев. // Центрально – Азиатский Медицинский журнал – Бишкек, 2010. – Том XVI . – Приложение 1. – С.- 61 - 63

6. **Ураимов К.А.** Опыт лечения свищей прямой кишки [Текст]: / К.А. Ураимов. // Центрально – Азиатский Медицинский журнал. – Бишкек, 2010. – Том XVI . – Приложение 3. – С.- 34 - 35.

7. **Ураимов К.А.** Хирургическое лечение параректальных свищей [Текст]: / К.А. Ураимов. // Вестник ОшГУ. – Ош, 2010. - №3. – С. 22 – 23.

8. **Ураимов К.А.** Выбор метода лечения трансфинктерных свищей прямой кишки [Текст]: / К.А. Ураимов. // Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2012 . - № 1. – С.88-89.

Ураимов Кумарбек Абдымомуновичтин 14.01.17 хирургия – адистиги боюнча медициналык илимдердин кандидаты окумуштуулук даражасын алууга “Көтөн чучукка чыккан трансфинктердик жаранын тешигин хирургиялык ыкма менен дарылоону оптимизациялоо” темасына жазылган диссертациясына
КОРУТУНДУ

Өзөктүү сөздөр: көтөн чучук, трансфинктердик жаранын тешиги, жаранын тешигин кесүү, параректалдык клетчатка, “Фагио”.

Максаты: Көтөн чучуктагы трансфинктердик жаранын тешигин дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: изилдөөнүн материалы катары көтөн чучугунда трансфинктердик жаранын тешиги бар 230 оорулуу каралды.

Изилдөөнүн ыкмасы: текшерүүнүн жалпы бейтаптык, аспаптык жана атайын ыкмалары; кандын жана зааранын жалпы анализи; электрокардиография; көкүрөк клеткасындагы органдардын рентгеноскопиясы; көтөн чучукту манжалар менен изилдөө, ректороманоскопия; сфинктерометрия; фистулография; эндоректалдык ультрасонография; бактериологиялык жана цитологиялык изилдөө.

Алынган жыйынтыктар жана жаңылык: Көтөн чучуктун

транссфинктердик жарасындагы тешикти дарылоонун ыкмасы биринчи жолу иштелип чыгарылып, колдонулуп көрүлүп жана клиникалык тажрыйбага киргизилди. Кыргыз Республикасында биринчи жолу көтөн чучуктагы транссфинктердик жаранын тешигин дарылоонун комплекстүү ыкмасы колдонулуп жана клиникалык тажрыйбага киргизилди. Анда транссфинктердик жаранын тешигин хирургиялык дарылоонун мыктыланган ыкмасы менен катар операциядан кийинки мезгилде “Фагио” суюк пио бактериофагы колдонулду.

Оперативдүү дарылоо менен “Фагио” суюк пио бактериофагын айкалышта колдонуу түрүндө сунушталып жаткан комплекстүү дарылоо ыкмасынын натыйжалуулугу операциядан кийин күчөп кетүүлөрдүн санынын азаюусу, бейтаптардын стационарда болуу мөөнүнүн кыскарышы жана оорунун кайра кайталанышынын азайышы менен далилденет. Салыштырмалуу анализдин жүрүшүндө, хирургиялык кийлигишүүнүн сунушталган ыкмасын жүргүзүү учурунда, о.э. операциядан кийинки мезгилде суюк “Фагио” пио бактериофагын колдонуу учурунда татаалдашуу функционалдык мүнөздө өтөт, ал эми жалпыга белгилүү методика учурунда аналдык сфигтердин жетишсиздиги 7(10,9%) сыяктуу оорулар 1-топтун ичинен 64 оорулууну түзөт.

Колдонуу жааты: Колопроктология, хирургия

Библиография 187 маалымат булагын камтыйт, алардын 111 – орус тилинде жазган авторлор жана 76 – алыскы чет өлкөлүк авторлор. Диссертация 28 таблица жана 14 сүрөт менен иллюстрацияланды.

РЕЗЮМЕ

диссертации Ураимова Кумарбека Абдымомуновича на тему:
« Оптимизация хирургического метода лечения транссфинктерных свищей прямой кишки» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности - 14.01.17 хирургия.

Ключевые слова: прямая кишка, транссфинктерный свищ, иссечение свища, параректальная клетчатка, ”Фагио”

Цель: Улучшение результатов лечения транссфинктерных свищей прямой кишки.

Объект исследования: материалом исследования были 230 больных с транссфинктерным свищом прямой кишки

Методы исследования: общеклинические, инструментальные и специальные методики обследования: общий анализ крови и мочи; электрокардиография; рентгеноскопия органов грудной клетки; пальцевое исследование прямой кишки; ректороманоскопия;

сфинктерометрия; фистулография; эндоректальная ультрасонография; бактериологическое исследование.

Полученные результаты и новизна: Впервые разработана, апробирована и внедрена в клиническую практику оптимизированная методика лечения транссфинктерных свищей прямой кишки. Впервые в Кыргызской Республике апробирована и внедрена в клиническую практику методика комплексного лечения транссфинктерного свища прямой кишки с использованием усовершенствованной методики хирургического лечения транссфинктерных свищей и жидкого пио бактериофага «Фагио» в послеоперационном периоде. Эффективность предлагаемой методики комплексного лечения с использованием предложенной методики оперативного лечения и жидкого пио бактериофага «Фагио» подтверждена снижением числа осложнений после операции, сокращением сроков пребывания пациентов в стационаре, уменьшением числа рецидивов болезни. В ходе сравнительного анализа доказано, что при использовании предложенной методики хирургического вмешательства, а также жидкого пио бактериофага «Фагио» в послеоперационном периоде осложнения носят функциональный характер, тогда как при общепринятой методике осложнения в виде недостаточности анального сфинктера имелось 7(10,9%) больных из 64 пациентов 1 группы

Область применения: Колопроктология, хирургия

Библиография включает 187 источников, из них 111 – русскоязычных авторов и 76 – дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 28 таблицами и 14 рисунками.

SUMMARY

Of the thesis work of Kumarbek Abdymomunovich Uraimov on the theme: “Optimization of surgical methods of treatment of transsphincteric fistula-in-ano” for the degree of candidate of medical sciences, specialty - 14.01.17 surgery.

Key words: rectum, transsphincteric fistula, excision of fistula, pararectal cellular tissue, “Phagyo”

Objective: Improving of results of treatment of transsphincteric fistula-in-ano.

Subject of research: 230 patients with transsphincteric fistula-in-ano were data for study

Research methods: general clinic, instrumental and special methods of examination: general analysis of blood and urine; electrocardiography; roentgenoscopy of thoracic organs; digital investigation of fistula;

proctosigmoidoscopy; sphincterometry; fistulography; endorectal ultrasonography; bacteriological and cytological examinations.

Received results and newness: For the first time it has been devised, approved and introduced into clinical practice optimized method of treating of transsphincteric fistula-in-ano. In Kyrgyzstan for the first time has been approved and introduced into clinical practice methods of multimodality therapy of transsphincteric fistula-in-ano with the usage of advanced methods of surgical treatment transsphincteric fistula and fluid pyobacteriogram "Phagyo" in post operational period.

Effectiveness of offered method of multimodality therapy with the usage of offered methods of operative treatment and pyobacteriogram "Phagio" is confirmed by decreasing of number of complications after operation, decreasing of duration of patients' stay at hospital, decreasing the number of palindromia. During the comparative analysis it is proved, that the aftereffects in the postoperative period have functional character at use of the offered method of surgical intervention and liquid phage bacteriophage "Fagio", whereas the aftereffects at the standard methodology in the form of insufficiency of proctal sphincter were at 7 (10,9 %) patients of 64 patients of the group 1.

Field of application: Coloproctology, surgery

Bibliography contains 187 sources, 111 of Russian authors and 76 of far abroad authors. Thesis is illustrated by 28 tables and 14 pictures.

СПИСОК ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ СОКРАЩЕНИЙ

ОМОКБ - Ошская межобластная объединенная клиническая больница

ОшГУ - Ошский государственный университет

МЗРФ - Министерство здравоохранения Российской Федерации

ГНЦК - Государственный научный центр колопроктологии

ЛИИ - Лейкоцитарный индекс интоксикации

СНГ - Содружество независимых государств

КГМИПиПК - Кыргызский Государственный Медицинский Институт переподготовки и повышения квалификации

КРСУ - Кыргызско-Российский Славянский университет

Подписано к печати 3.01..2013 г. Формат бумаги 60x84¹/₁₆.

Бумага офс. Печать офс. Объем 1,0 п.л. Тираж 100 экз.

Бишкек, ул. Сухомлинова, 20. ИЦ "Техник" КГТУ, т.: 54-29-43

E-mail: beknur@mail.ru

