

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шеркулов Кодир Усмонкулович<sup>1</sup>

Усмонкулов Маъруфжон Кодирович<sup>1</sup>

Атоева Мохигул Отабековна<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Самаркандский государственный медицинский университет.

<sup>2</sup>Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

Давлатов С.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент БухГМИ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.13842305>

**Актуальность исследования.** На сегодняшний день, если говорить не о каком-либо едином универсальном методе, а о разработке определенного направления, подхода к лечению свищей прямой кишки, имеются значительные положительные изменения. Так, начиная с конца прошлого века, на фоне развития медицинских технологий стали появляться и активно разрабатываться методы лечения свищей прямой кишки, при которых сфинктерный аппарат напрямую не затрагивается.

**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 планово 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 многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета при выполнении иссечения свищей прямой кишки до 2020 г. пользовались исключительно традиционными методами, после которых имелись общеизвестных недостатков – недостаточность и стриктура анального сфинктера, рецидив свищей прямой кишки и др. Указанные обстоятельства побудили нас к поиску более щадящих, менее травматичных и в то же время радикальных методов операций. В основной группе (ОГ) пациентам применялся один из вариантов вмешательств, направленных на максимальное сохранение сфинктера (сфинктеро-сберегающие операции). В зависимости от расположения свищевого хода относительно 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 пуговчатый 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. 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.

**Результаты исследования.** С целью изучения непосредственных результатов проводилась оценка интенсивности болевого синдрома с применением линейной визуально-аналоговой шкалы (VAS). 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. 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») ( $p < 0,05$ ). 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" ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Применение сфинктеро-сберегающих 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 VAS 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.

### References:

1. 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.
2. 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.
3. Cadeddu F. et al. Complex anal fistula remains a challenge for colorectal surgeon //International journal of colorectal disease. – 2015. – Т. 30. –P. 595-603.
4. Davlatov S. S. et al. The choice of surgical treatment tactics in patients with acute paraproctitis //Journal of Hepato-Gastroenterology. – Т. 1. – №. 2. – С. 26-29.
5. 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.
6. 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.
7. 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

INNOVATIVE  
ACADEMY