

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**  
**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**  
**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ**  
**АКАДЕМИЯ им. И.К. АХУНБАЕВА**

**Диссертационный совет Д.14.15.502**

На правах рукописи  
УДК 616.35-07-089

**РАЙЫМБЕКОВ ОТОРБАЙ РАЙЫМБЕКОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И**  
**ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ**  
**ЗАБОЛЕВАНИЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**

14.01.17 – хирургия

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

**Бишкек – 2016**

Работа выполнена в Ошском государственном университете

**Научный консультант:** доктор медицинских наук, профессор  
Бейшеналиев Алымкадыр Савирдинович

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
Мадаминов Абдумуталиб Моминович

доктор медицинских наук  
Тилеков Эрнис Абдышевич

доктор медицинских наук  
Бапиев Талгатбек Ануарбекович

**Ведущая организация:** Казахский медицинский университет  
непрерывного образования (г.Алматы)

Защита диссертации состоится « 11 » октября 2016 года в 14<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета Д.14.15.502 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Кыргызской Государственной Медицинской Академии имени И.К. Ахунбаева по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. 3-линия, 25.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: г. Бишкек, ул. 3-линия, 25 и в библиотеке КГМА имени И.К. Ахунбаева по адресу: г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92а.

Автореферат разослан « 9 » сентября 2016 года.

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

**Н.Ч. Элеманов**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** Благодаря увеличению продолжительности жизни людей, усовершенствованию диагностических технологий, наметилась тенденция к возрастанию числа больных имеющих 2-3 сопутствующих хирургических заболеваний [Б.Б. Осипов, 2003; В.К. Ан, В.Л. Ривкин, 2003; А.А. Захарченко и соавт., 2015; J.P. Arnaud et al., 2001]. По данным многих авторов, удельный вес больных имеющих два – три заболевания прямой кишки составляет 20-30% и при этом отмечается тенденция к их росту [Т. Кулжабаев и соавт., 1999; Д.К. Мухаббатов и соавт., 2014]. Диагностика, дифференциальная диагностика и выбор метода лечения сочетанных заболеваний прямой кишки представляют собой сложную и до конца еще не решенную проблему [П.М. Лаврешин и соавт., 2015].

При оперативном лечении сочетанных хирургических заболеваний прямой кишки встает вопрос: разделить хирургическое вмешательство на два этапа или произвести одновременную хирургическую коррекцию имеющейся сочетанной патологии и когда следует поступать тем или иным образом [Ю.И. Седлецкий и соавт., 1991; S. Ibrahim et al., 1998 ].

В последние годы наметился заметный рост интереса хирургов к сочетанным операциям, которые избавляют больного от повторного вмешательства, приносят положительный экономический эффект, связанный с сокращением койко-дней, дублирования одних и тех же медикаментов, а также психологический эффект для больного, что оказывает большое влияние на исход операции [М.Ю. Баталов, 1996; С.И. Турдалиев и соавт., 2011;].

Однако, следует отметить, что если одни исследователи [О.С. Олиферов и соавт., 2000; Ю.В. Андреев и соавт., 1997] указывают на необходимость расширения показаний к этим операциям, отмечая их положительные качества, то другие очень осторожно подходят к этому вопросу, обосновывая свои взгляды высоким процентом осложнений, и указывают, что эти операции должны выполняться хирургом высокой квалификации и только по очень строгим показаниям [ С.И. Турдалиев и соавт., 2011; G. Diana et al., 2000].

Сочетания геморроя с острым и хроническим парапроктитом по литературным данным встречается от 1,5% до 36,9% [А.М. Кузминов и соавт., 2015], который подлежат оперативным методам лечения. На сегодня существующие способы хирургического лечения геморроя в сочетании с острым или хроническим парапроктитом и методы послеоперационного ведения сопровождаются достаточно большим числом послеоперационных осложнений, приносящих дополнительные страдания, удлиняющие сроки временной нетрудоспособности.

Согласно данным разных авторов [Т. Кулжабаев и соавт., 1999; Д.К. Мухаббатов и соавт., 2015; L.Hunt et al., 1999], геморрой в сочетании с

хронической анальной трещиной встречается от 12,7% до 58,8%. Большинство больных с подобным сочетанием подлежат оперативным вмешательствам и рекомендуется произвести иссечение анальной трещины и геморроидэктомии по одному из известных способов [Т. Кулжабаев и соавт., 1999; J. Jordan et al., 2010].

Однако, до настоящего времени все еще высок процент осложнений после геморроидэктомии, вскрытия острого парапроктита, иссечении анальной трещины и параректального свища, что широко отражено в иностранной и русскоязычной литературе последних лет [А.М. Мадаминов и соавт., 2011; С.Г. Габитов, Н.А. Шодиев, 2014; L. Abramowitz et al., 2002; A. Arroyo et al., 2004]. Вопросы хирургического лечения геморроя, острого парапроктита, хронической анальной трещины и хронического парапроктита, их ближайших и отдаленных результатов, возможных осложнений и рецидива болезни весьма актуальны в настоящее время, что требует особого подхода к выбору хирургического лечения рассматриваемых патологий [Н.Р. Бичурин и соавт., 2014; А.В. Лахин, А.А. Лахин, 2015; Л.А. Мирзоев и соавт., 2015; D. Bussen et al., 2004].

Использование сочетанных операций позволяет устранить всю выявленную хирургическую патологию в рамках одного анестезиологического пособия, избавляет больного от повторных операций и связанных с ними операционных, послеоперационных хирургических и анестезиологических осложнений и эмоциональных нагрузок, исключает возникновение в раннем послеоперационном периоде обострения, не скорректированного сопутствующего заболевания, повышает качество жизни больных [Д.К. Мухаббатов и соавт., 2014].

Наличие разногласий, отсутствие четких рекомендаций по отношению к хирургической тактике и послеоперационному ведению при сочетании хронического геморроя с парапроктитами, хронической анальной трещиной, параректальным свищем, требуют дальнейшего изучения этой проблемы, выработки рациональных методов лечения [Т. Кулжабаев и соавт., 1999; Д.К. Мухаббатов и соавт., 2015].

Отсутствие четко сформулированных и обоснованных показаний и противопоказаний к сочетанным операциям при сочетанных заболеваниях аноректальной области явилось основанием для выполнения данного исследования.

**Связь темы диссертации с научными программами и с основными научно-исследовательскими работами.** Работа выполнена в соответствии с основным планом научно-исследовательских работ медицинского факультета Ошского Государственного университета и является фрагментом комплексной темы "Оптимизация диагностики и хирургического лечения хронического

геморроя в сочетании с острым и хроническим парапроктитом", номер государственной регистрации 0005856.

**Целью исследования** является оптимизация результативности хирургического лечения сочетанных заболеваний аноректальной области, таких как острый парапроктит и геморрой, хроническая анальная трещина и геморрой, параректальные свищи и геморрой, на основании ранней дифференциальной диагностики и путем разработки рациональных методов оперативного лечения и послеоперационного ведения больных с изучением клинической и экономической эффективности.

**Задачи исследования:**

1. Определить частоту встречаемости сочетанных заболеваний аноректальной области в структуре проктологических заболеваний по данным ГКБ г.Ош.

2. Разработать алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики сочетанных заболеваний аноректальной области, основанный на основных проктологических жалобах и симптомах заболевания.

3. Определить показания, выбор метода и сроки выполнения операций при остром парапроктите в сочетании с хроническим геморроем.

4. Определить показания, выбор метода и сроки выполнения операций при сочетании хронического геморроя с хронической анальной трещиной.

5. Определить показания, выбор метода и сроки выполнения операций при сочетании хронического геморроя с параректальным свищом.

6. Провести сравнительную оценку клинической и экономической эффективности выполнения сочетанных и последовательных хирургических вмешательств при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

**Научная новизна работы:**

1. Разработаны показания и определены сроки операции при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

2. Обосновано более широкое применение сочетанных операций путем изучения оценки ближайших результатов и экономического эффекта.

3. Проведен сравнительный анализ эффективности применения сочетанных операций в сравнении с последовательными операциями при сочетанных заболеваниях прямой кишки.

4. Разработаны алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики сочетанных заболеваний, основанный на основных проктологических жалобах и симптомах заболевания.

5. Разработаны оригинальные методики одномоментного оперативного вмешательства при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

**Практическая значимость полученных результатов:**

Разработаны показания и определены сроки операции при сочетанных

заболеваниях аноректальной области и обоснованы более широкое применение сочетанных операций путем изучения оценки ближайших результатов и экономического эффекта.

Разработан алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики сочетанных заболеваний, основанный на основных проктологических жалобах и симптомах заболевания

Разработаны оригинальные методики одномоментного оперативного вмешательства при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

Доказана высокая экономическая эффективность применения сочетанных операций при рассматриваемых патологиях.

**Экономическая значимость полученных результатов:** Использование разработанных методов симультанных операций при лечении сочетанных заболеваний аноректальной области, направлено на получение медикосоциального и экономического эффекта за счет сокращения сроков пребывания больных в стационаре и расходов на медикаменты на 50%. Широкое и обоснованное применение сочетанных операций снижает число осложнений и рецидивов болезни, экономить большое количество материальных средств для больного и для государства. Так экономическая эффективность от 100 сочетанных операций при ОПП в сочетании с ХГ составило в – 749670,6 сомов при этом от каждой сочетанной операции экономия составляет 7469 (49,76%) сомов. Соответственно от 70 сочетанных операций при ХАТ в сочетании с ХГ составило – 533361,78 сома, а от каждой сочетанной операции экономия составляет 7619 (49,6%) сомов, от 101 сочетанной операции при ХПС в сочетании с ХГ составило в среднем на сумму – 650502,82 сома, а от одной сочетанной операции экономия составляет 6440,62 (50,3%) сомов.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Разработанный, описанный и апробированный нами способы симультанных операций при лечении сочетанных заболеваний аноректальной области, обеспечивает сокращение сроков лечения, улучшает клинические и морфо-функциональные непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты и экономический эффект.

2. Разработанные алгоритмы диагностики и дифференциальной диагностики сочетанных заболеваний аноректальной области являются эффективными в диагностике.

3. Применение комплексных препаратов с высокой антибактериальной и дегидратирующей активностью в лечении послеоперационных промежностных ран, обеспечивает надежную профилактику несостоятельности швов слизистой оболочки прямой кишки и заживление раны в послеоперационном периоде.

**Личный вклад соискателя.** Личное участие автора диссертации

охватывает весь процесс обработки и анализа материала, при которых применялись аналитический, социологический, парно-сопряженный и архивный методы исследования. В 90% операций автор принимал участие в качестве оператора и ассистента оператора.

**Апробация результатов исследования:** Основные положения диссертации доложены и обсуждены на Республиканской научно-практической конференции проктологов КР «Проблемы экстренной колопроктологии» (г.Ош, 2011), на международной научно-практической конференции «Новые технологии в плановой хирургии заболеваний органов грудной, брюшной полости, сердца и сосудов» посвященной 105 – летию со дня рождения академика И.К.Ахунбаева (г.Бишкек, 2013), на совместном заседании сотрудников кафедры «Общей хирургии» и «Хирургических болезней» медицинского факультета ОшГУ, кафедры «Пропедевтической хирургии» КГМА им. И.К.Ахунбаева и хирургов Ошской городской клинической больницы, Ошской областной клинической больницы (г. Ош, 2015), на заседании экспертной комиссии диссертационного совета Д.14. 15. 502 при НХЦ МЗ КР и КГМА им. И.К.Ахунбаева (г. Бишкек, 2016).

**Внедрение результатов исследования:** Вопросы показаний, выбора метода и сроков оперативного вмешательства, профилактики и диагностики сочетанных заболеваний прямой кишки внедрены в учебный процесс студентов 4-5-6-го курсов медицинского факультета ОшГУ, клинических ординаторов ОшГУ и Южного филиала КГМИП и ПК. Основные положения освещаются на лекциях и практических занятиях по теме: «Заболевания прямой кишки».

Методы диагностики и лечения сочетанных заболеваний прямой кишки внедрены в работу проктологического отделения Ошской городской клинической больницы и Ошской областной клинической больницы.

**Публикации по теме диссертации:** опубликовано 29 научных работ в республиканских и зарубежных изданиях, 2 монографий, 1 методическая рекомендация, одно авторское свидетельство на изобретение и утверждено 5 рационализаторских предложений.

**Структура и объем диссертации:** Работа изложена на 215 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, кириллица размер 14, интервал 1,5. Состоит из введения, обзора литературы и 5 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы включает 494 работ, из них 242 авторов ближнего и 252 дальнего зарубежья. Диссертация содержит 35 таблиц и 22 рисунков.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обоснована актуальность темы исследования, изложены цель и задачи исследования, научная новизна, практическая значимость и основные

положения диссертации, выносимые на защиту.

**В первой главе «Современное состояние вопроса диагностики и хирургического лечения сочетанных заболеваний аноректальной области»** приводятся обобщенные и систематизированные литературные данные по вопросам этиологии и частоты возникновения сочетанных заболеваний аноректальной области, представлены результаты различных методов комплексного лечения и их эффективность. Эти сведения позволили обосновать актуальность проблемы и наметить пути для реализации поставленной цели и задач исследования.

**Во второй главе «Клиническая характеристика больных и методы исследований»** изложены клиническая характеристика больных и методы исследования.

В хирургическом отделении №2 Ошской городской клинической больницы с 2000 г. по 2014 год было обследовано и прооперировано 2700 больных с различными заболеваниями прямой кишки.

За этот период с диагнозом геморрой прооперировано 1477(54,7%) больных, по поводу острого парапроктита –764 (28,3%), хронического парапроктита -269 (10%) и анальной трещины -190 (7%). За этот же период с сочетанными заболеваниями аноректальной области прооперировано - 293 больных, что составляет 10,8 % от общего числа прооперированных больных.

По характеру сочетанных хирургических заболеваний прямой кишки больные распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1 - Распределение больных по сочетанным заболеваниям

Характер патологии	Всего	
	абс. число	%%
ОПП + ХГ	122	41,6
ХПС +ХГ	101	34,4
ХАТ + ХГ	70	24
Всего	293	100

Как видно из таблицы 1 ОПП в сочетании с ХГ у 122 (41,6%) больных, ХПС в сочетании с ХГ у 101 (34,4%) больных, ХАТ в сочетании с ХГ у 70 (24%) больных. Таким образом, среди поступивших больных с сочетанными заболеваниями аноректальной области преобладали больные с ОПП в сочетании с ХГ.

В нашей работе для достижения поставленной цели проведен сравнительный анализ эффективности применения различных методов оперативного лечения. С этой целью больные были разделены на две клинические группы.



Первая – основная группа состояла из 293 больных, которые перенесли одномоментные операции по поводу сочетанных заболеваний аноректальной области.

Во вторую - контрольную группу вошли 440 больных, с ХГ 120 больных оперированные по методике геморроидэктомия по Миллигану - Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, с ОПП 120 больных перенесшие вскрытие ОПП с ликвидацией внутреннего отверстия гнойного хода, с ХАТ 100 больных перенесшие иссечение трещины и с ХПС 100 больных перенесшие иссечение свища.

По полу и возрасту сравниваемые группы были идентичными. В основной группе мужчин было 257(87,7%), женщин -36 (12,3%). Возраст пациентов колебался от 17 до 63 лет. Наиболее большую группу составляли лица трудоспособного возраста - 275 (93%) больных.

В диагностике заболеваний большое значение имеет грамотно собранный анамнез, в котором должно быть целенаправленное выяснение всех важных моментов в истории жизни, развития и течения болезни.

Для диагностики заболеваний аноректальной области мы изучали жалобы, анамнез заболевания и объективные данные больного. При поступлении больных в стационар осуществляли осмотр перианальной области в положении на спине или в колено - локтевом положении больного. В обязательном порядке проводилась ректороманоскопия, кроме больных с хронической анальной трещиной. А также с целью изучения состояния анального жома при разных клинических формах геморроя проводилась анальная сфинктерометрия по А.М. Аминеву (1971), оливой 2,5 см в диаметре (исследовалось тоническое напряжение сфинктера в покое).

В ближайшем послеоперационном периоде, с целью выяснения интенсивности местного воспалительного процесса в области послеоперационных ран в обеих клинических группах проводилась локальная ректальная термометрия стандартным термометром на 3, 7 и 10 сутки.

**В третьей главе «Современные взгляды на диагностику и лечение острого парапроктита в сочетании с хроническим геморроем»** Были изучены в сравнительном аспекте результаты хирургического лечения 100 больных с ОПП в сочетании с ХГ, которые составили основную группу. Контрольную группу составили по 120 больных с ХГ и ОПП.

Из 220 больных у 120 больных имел место подкожный ОПП, что составляет 54,5%, тогда как подслизистый ОПП – у 8 (3,6%) больных. Ишиоректальный ОПП имел место у 65 (29,6%) больных, ретроректальный ОПП - у 27 (12,3%)

Из 220 больных с ОПП 92 (41,8%) больных были оперированы в течение первого часа после госпитализации в клинику, 128 (58,2%) больных в течении

от 2-х до 6 часов от момента поступления в стационар.

В большинстве случаев диагностировано наличие внутреннего отверстия гнойного хода в «задних» криптах у 128 (58,2%) больных, в передних криптах у 47 (21,4%) больных и боковой криптах у 23 (10,4%) больных, а у 22 (10%) больных внутреннее отверстия гнойного хода не были выявлены.

С 1996 года для диагностики ОПП нами применяется методика ультразвукового исследования перианальной области. При УЗИ перианальной области у больных определяется наличие ограниченных жидкостных образований с нечеткими контурами, неомогенным анэхогенным содержимым. Абсцессы при УЗИ визуализировались на фоне неоднородной структуры перианальной области в виде гипо- или анэхогенного образования неправильной формы с неровными контурами, распространяющегося в глублежащие ткани. При УЗИ определяются не только размеры и глубина абсцесса, но и характер содержимого, по которому можно предполагать приблизительно о сроках заболевания.

Во время операции из 220 больных у 107 (48,6%) брали гной для посева с целью определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

Всего из раневой полости выделено 18 штаммов различных микроорганизмов. Анализ наших исследований показал, что в генезе острого парапроктита решающую роль играют кишечная палочка (57,6%) и золотистый стафилококк (31,0%).

Нами также была изучена чувствительность наиболее значимых выделенных штаммов микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

В контрольной группе -120 больным, оперированным по поводу геморроя в нашей клинике, выполнено хирургическое вмешательство традиционным методом (геморроидэктомия по Миллигану - Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ с нашими видоизменениями).

По поводу ОПП прооперировано 120 больных, которые составили вторую контрольную группу, им произведено вскрытие и ликвидация внутреннего отверстия гнойного хода с дренированием абсцесса.

Нами разработан более эффективный способ радикального хирургического лечения при ОПП в сочетании с ХГ (уд.рац. предложение №12/04 КГМА).

1. Радиарным разрезом вскрывали парапроктит. Образовавшуюся полость раны тщательно выскабливали ложкой Фолькмана, обрабатывали 3% раствором перекиси водорода и раствором фурацилина (1:5000). После этого в полость раны временно вводили тампон смоченный антисептиком. Хирурги меняют перчатки, использованные инструменты откладывают в сторону.

2. После этого при наличии геморроя 2-4 стадии, приступаем к геморроидэктомии. Операцию начинали с осторожной дивульсии мышц анального сфинктера с помощью бранш ректального зеркала, постепенно по

обеим косым линиям в горизонтальном направлении. Задний проход в 4-х симметричных точках (12,3,6,9 часах) расширяет кольцом расширителем Меньшинина при помощи шелковых нитей, для отчетливой визуализации операционного поля анального канала. Внутренние геморроидальные узлы удаляют вместе с наружными узлами (операция по Миллигану - Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ с нашими видоизменениями).

3. После этого приступаем к обработке гнойного хода парапроктита. При интра и трансфинктерных формах гнойного хода мостик тканей рассекается по ходу зонда в просвет прямой кишки. Этот мостик, как правило, состоит из кожи, подкожной клетчатки и часть волокон подкожной порции заднепроходного сфинктера. Вместе с пораженной криптой иссекали и внутреннее отверстие гнойного хода, стенку гнойного хода выскабливали ложкой Фолькмана. Образовавшуюся рану тщательно обрабатывали 3% раствором перекиси водорода и раствором фурацилина (1:5000). После этого на дно раны вместе рассеченной части волокон мышц наружного сфинктера и на слизистую оболочку анального канала накладываем «X» образные швы викрилом. Промежностная часть раны в диаметре до 40мм лечилась открытым способом. В остальных случаях можно установить проточно-промывную систему (рис 1-4).

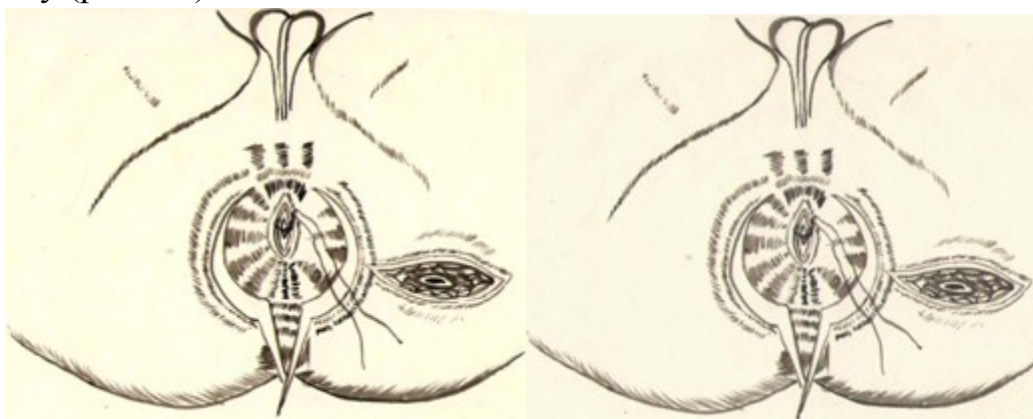


Рис. 1-2. Наложение «X» образного шва на мышечную и слизистую оболочку внутреннего отверстия гнойного хода

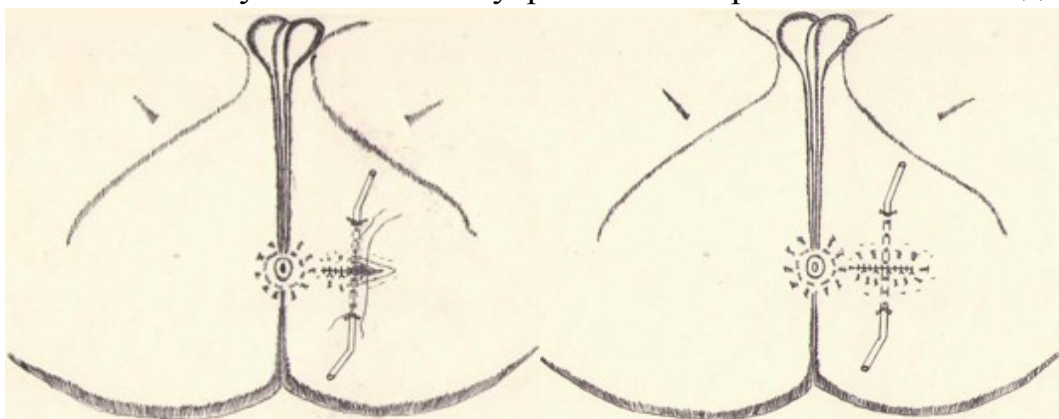


Рис 3-4. Установление проточно-промывной системы на промежностную рану.

4. Если гнойный ход окажется экстрасфинктерным, с целью сохранения функцию анального жома, иссекается внутреннее отверстие гнойного хода вместе с пораженной криптой до мышцы анального канала. Гнойный ход выскабливается ложкой Фолькмана и обрабатывается антисептиками. На образованную рану накладываются «X» образные швы викрилом в 2 слоя на мышечную оболочку и сверху на слизистую оболочку. Внутренние геморроидальные узлы удаляют вместе с наружными узлами. По этой методике 100 больным произведена одномоментная геморроидэктомия с вскрытием и ликвидацией внутреннего отверстия гнойного хода и дренированием гнойной полости.

Мы с 1996 года при операциях на аноректальной области, ран анального канала и перианальной области ушиваем с «X» образными швами (уд. рац. предл. № 685 от 09. 12.96.КГМА). (рис. 5). При этом ушитые ткани в складки не собираются, кроме того герметичность и гемостатическая способность «X» образного шва выражена, при этом одномоментно образуется два стежка и один узел, и так чем меньше узлов в анальном канале тем меньше послеоперационных болей.

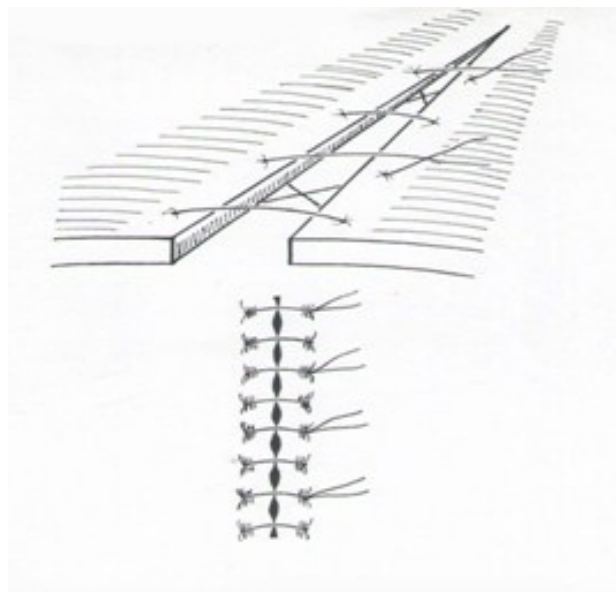


Рис.5. «X» образный шов.

Оказалось, что в группе сравнения уровень лейкоцитов в крови на протяжении длительного времени оставался высоким, нормализуясь в среднем лишь к  $5,24 \pm 0,51$  суткам. В основной группе отмечалось нормализация уровня лейкоцитов в среднем на  $2,15 \pm 0,23$  сутки.

Вместе с тем, следует отметить, что уровень лейкоцитов в периферической крови не всегда объективно отражал выраженность проявлений гнойной интоксикации. Более объективными критериями оценки эндотоксикоза служила величина ЛИИ.

У больных группы сравнения ЛИИ оставался повышенным до 7 суток

наблюдения, что подтверждает длительное сохранение гнойной интоксикации, что определяет необходимость назначения антибиотиков. В основной группе уровень ЛИИ снижался с первых суток. Динамическое изучение картины периферической крови у больных с сочетанными операциями с применением местно левомеколя и комбинации антибиотикотерапии позволило выявить наряду с быстрой нормализацией общего числа лейкоцитов и быструю нормализацию лейкоцитарной формулы.

Сроки полного заживления послеоперационной раны после сочетанных операций при сочетании острого подкожного парапроктита с хроническим геморроем составило –  $13,11 \pm 1,3$  дней, и при ишиоректальном парапроктите с геморроем –  $25,8 \pm 1,31$  дней.

Постоянное проточное промывание гнойной полости осуществлялось со скоростью 20-30 капель в минуту: в качестве лекарственной смеси использовали 0,02% водный раствор хлоргексидина биглюконата, который одновременно с механическим очищением раны оказывает прямой подавляющий эффект на микрофлору.

На фоне улучшения общего состояния больных и стихания местных воспалительных явлений переходим от непрерывного промывания, обычно через 2-3 дня, на периодическое промывание, т.е. больные, ходили, отдыхали. После ликвидации местных признаков воспаления и отсутствия гнойного отделяемого по дренажу, промывание прекращали и трубку удаляли.

У больных основной группы и III-й исследуемой группы средняя длительность послеоперационного лечения составила  $12,1 \pm 2,3$  и  $11,2 \pm 1,9$  койко-дней соответственно. Это объясняется характером выполняемого оперативного вмешательства. В открытой ране достаточно долго протекают фазы гидратации и дегидратации раневого процесса. После геморроидэктомии средние сроки пребывания больных в стационаре составляют  $9,2 \pm 1,9$  койко-дней. Еще более показательны данные о сроках трудовой реабилитации больных: в основной группе, срок амбулаторного долечивания составлял  $23,3 \pm 3,1$  дня, во II-й исследуемой группе  $14,5 \pm 2,1$  и в III-й исследуемой группе  $18,2 \pm 1,6$  дней. Эти объективные данные свидетельствуют, что предложенный нами метод оперативного вмешательства у больных сочетанными заболеваниями прямой кишки не увеличивает на много сроки стационарного лечения и амбулаторного долечивания.

Нами были проведены исследования экономической эффективности применения сочетанных операций. С этой целью проанализированы сроки пребывания больных в стационаре, которым были выполнены сочетанные операции и операции без сочетания и определены прямые затраты на них. Экономическая эффективность от 100 сочетанной операции при ОПП в сочетании с ХГ составило в среднем на сумму – 749670,6 сомов. А от каждой

сочетанной операции экономия составляет 7469 (49,76%) сомов. Учитывая значительную экономическую эффективность сочетанных операций, их широкое и обоснованное применение позволит сохранить большое количество материальных средств.

При обследовании в отдаленном периоде из обследованных больных основной группы наступил рецидив ОПП у 9 (9%) больных, параректальные свищи у 5 (5%) больных, а в контрольной группе из 120 больных у 14 (11,6%) больных развился параректальный свищ, у 8 (6,6%) наступил рецидив ОПП.

#### **В четвертой главе «Современные взгляды на диагностику и лечение анальной трещины в сочетании с хроническим геморроем»**

Было изучено результаты оперативного лечения 190 больных с хронической анальной трещиной. Из 190 больных с хронической анальной трещиной заднего прохода женщин было 164 (86,3%), а мужчин 26 (13,7%). Все больные по характеру оперативного вмешательства были разделены на три группы. В первую группу включены 61 (32,1%) больных, которым произведено иссечение анальной трещины с боковой дозированной сфинктеротомией с оставлением раны открытой. Во вторую группу включены 59 (31,1%) больных, которым произведено иссечение анальной трещины, дивульсия анального сфинктера и ушивание образовавшейся раны в радиарном направлении рассасывающимися нитями. В третью группу вошло 70 (36,8%) больных с ХАТ в сочетании с ХГ, которым осуществлялись иссечение анальной трещины в пределах здоровых тканей вместе сторожевым бугорком, ушивание слизистой оболочки анального канала к перианальной коже в поперечном направлении и геморроидэктомия. Все операции осуществлены под сакральной анестезией, после тщательной предоперационной подготовки кишечника.

Задняя анальная трещина диагностирована у 152 (80%) больных, передняя у 23 (12,1%) больных и сочетание передней и задней анальных трещин у 15 (7,9%) больных. Длительность заболевания была от 3 месяцев до 11 лет.

Оценивая особенности течения послеоперационного периода у этих больных, было установлено, что в первой и второй группах раны заживали по типу вторичного заживления. В третьей группе, где применялась наша методика, рана зажила первичным натяжением.

К осложнениям относили длительный болевой синдром, длительную фазу гидратации и дегидратации раневого процесса.

При каждой перевязке больные первой и второй группы испытывали боли, что требовало введения анальгетиков в течение 3-4 суток. У третьей группы больных местный болевой синдром был умеренно выражен на протяжении первых 2-х суток после операции и уже на 2-3 сутки они не нуждались в применении обезболивающих средств, так как при поперечном ушивании раны слизистой анального канала, слизь не попадает в рану.

У больных первой и второй группы средняя длительность послеоперационного лечения составила  $9,2 \pm 1,9$  койко-дней соответственно, а у третьей группы больных средняя длительность послеоперационного лечения составила  $9,9 \pm 2,1$  койко-дней. Это объясняется характером выполняемого оперативного вмешательства. В открытой ране достаточно долго протекают фазы гидратации и дегидратации раневого процесса. В третьей группе, где применялась наша методика, рана зажила первичным натяжением, поэтому длительность послеоперационного периода в сравнении с другими группами достоверно ( $P < 0,001$ ) ниже.

Еще более показательны данные о сроках трудовой реабилитации больных: в третьей (основной) группе срок амбулаторного долечивания составлял  $14,3 \pm 3,1$  дня, в I-й исследуемой группе –  $17,5 \pm 2,1$  и во II-й исследуемой группе  $17,2 \pm 1,6$ . Эти различия достоверны ( $P < 0,001$ ).

У 70 больных с хронической анальной трещиной и геморроем нами проведено одномоментное оперативное вмешательство: дивульсия анального сфинктера, иссечение анальной трещины в пределах здоровых тканей вместе со сторожевыми бугорками и ушивание дефекта слизистой анального канала к перианальной коже в поперечном направлении с геморроидэктомией модифицированной нами методикой. (уд.рац.предл. №30/14 от 15.12.2014г. КГМА)

Предложенный нами метод лечения - одномоментное хирургическое вмешательство при хронической анальной трещине в сочетании с хроническим геморроем включает:

- дивульсию анального сфинктера, анальный канал расширяется кольцом расширителем Меньшинина;
- иссечение анальной трещины в пределах здоровых тканей вместе со сторожевыми бугорками и ушивание слизистой оболочки анального канала к перианальной коже в поперечном направлении (рис.6-7);



*Задняя анальная трещина  
со сторожевым бугорком*

*Поперечное ушивание раны  
анального канала*

Рис.6,7. Иссечение анальной трещины и ушивание дефекта слизистой анального канала к перианальной коже в поперечном направлении

- иссечение геморроидальных узлов на 3,7,11 часах, при этом культя сосудистой ножки узлов и рана анального канала прошивается по разработанной нами методике (рис.8-11);

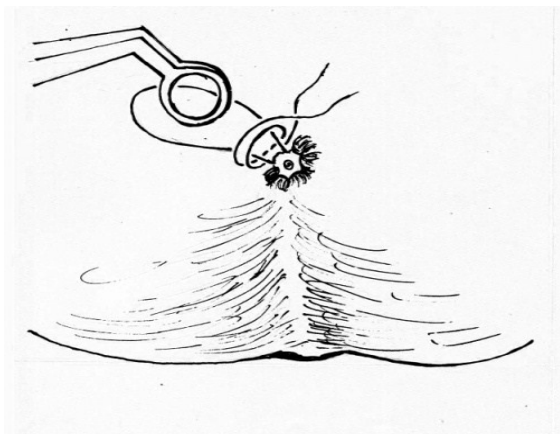


Рис.8. Ушивание ножки узла

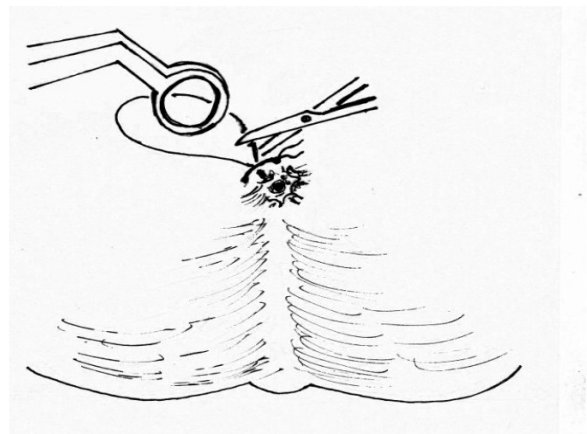


Рис. 9. Иссечение узла изнутри снаружи

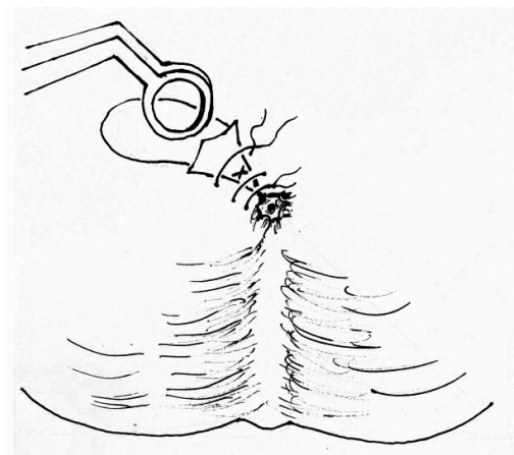


Рис.10.Ушивание раны анального канала

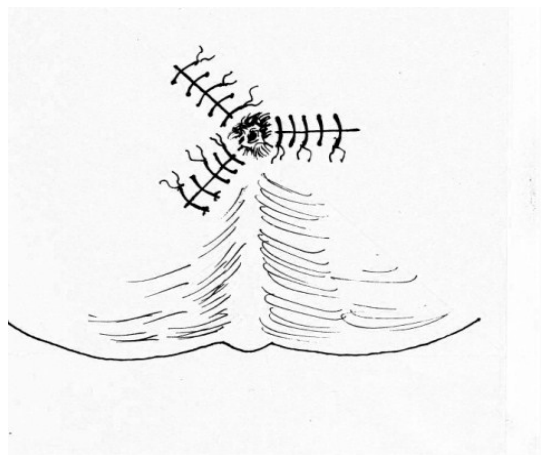


Рис.11. Конец «X»-образным швом

Среднее пребывание больных в стационарном лечении при хронической анальной трещине составляет  $9,1 \pm 2,3$  койко-дней, соответственно  $9,2 \pm 1,9$  и  $9,9 \pm 2,1$  койко-дней при геморрое и в сочетании двух заболеваний.

Эти объективные данные свидетельствуют, что предложенный нами метод оперативного вмешательства у больных сочетанными заболеваниями прямой кишки не увеличивает сроки стационарного лечения и амбулаторного долечивания.

Мы также определили среднюю длительность операций и при этом установили, что продолжительность иссечения анальной трещины составила  $11 \pm 2,3$  минут и геморроидэктомии  $29 \pm 2,8$  минут. Среднее время выполнения иссечения анальной трещины с геморроидэктомией равнялось на  $35 \pm 2,8$  минут. Таким образом, время операции увеличилось незначительно по сравнению с обычной геморроидэктомией и иссечением анальной трещины.



При обследовании в отдаленном периоде из обследованных 70 больных основной группы (ХАТ в сочетании с ХГ) наступил рецидив заболевания у 2 (2,8%) больных, а после изолированной иссечении анальной трещины из 120 больных у 5 (4,2%) больных наступил рецидив заболевания, у 3(2,5%) больных развился слабость анального жома 1-степени.

Больные по поводу осложнений после оперативного вмешательства были повторно госпитализированы и оперированы.

### **В пятой главе «Современные взгляды на диагностику и лечение параректального свища в сочетании с хроническим геморроем»**

Были изучены в сравнительном аспекте результаты хирургического лечения 101 больных с ХПС в сочетании с ХГ, которые составили основную группу. По 100 больных с ХГ и ХПС, которые составили контрольную группу. Мужчин было 88 (87 %), женщин – 13 (13 %), и основную часть заболевших составляли лица трудоспособного возраста. Средний возраст больных составил  $38,5 \pm 2,3$  лет

В большинстве случаев внутреннее отверстие свищевого хода обнаружено в задних криптах у 53 больного (52,5%), передней криптах у 21 (21,8%) и боковой криптах у 16 (15,8%) больных, у 10 (9,9%) больных внутреннее отверстия свищевого хода не были найдены.

При ХПС в сочетании ХГ мы применяем следующую модификацию операции: (уд.рац. предложения №13/04 КГМА)

а) После обработки операционного поля и ревизии дистального отдела прямой кишки, проводим окрашивание свищевого хода с метиленовым синим и зондирование, где выявляется внутреннее отверстие свищевого хода и определяется отношение свищевого хода к анальному жому. В дальнейшем после дивульсии анального жома, анальный канал расширяется кольцо расширителем Менъшинина на для отчетливой визуализации операционного поля анального канала. Производим геморроидэктомию по Миллигану-Моргану во вторую модификации НИИ проктологии МЗ России с нашими видоизменениями.

б) При интра и трансфинктерных параректальных свищах мостик тканей рассекают над желобоватым зондом проведенный по свищевому ходу, иссекаем пораженную крипту и освежаем стенки свищевого хода острым путем. Дно раны свищевого хода вместе с рассеченными волокнами наружного сфинктера и слизистая оболочка анального канала ушивается с «Х» образными швами викриля, таким образом, восстанавливается целостность мышцы анального жома и стенки анального канала, промежностная часть раны оставляется открытыми.

в) Операция при экстрасфинктерном параректальном свище заключается в иссечении параректального свища со стороны промежности до мышцы

наружного сфинктера. Вторым чрезвычайно важным, и весьма ответственным этапом операции является хирургическая обработка внутреннего отверстия свищевого хода. Для этого внутреннее отверстие свищевого хода вместе с пораженными соседними криптами захватывают на зажим Алиса и целиком «эллипсоидно» иссекается до мышцы сфинктера заднего прохода. Свищевой ход на уровне мышц анального жома выскабливается, и мышцы ушивается на уровне сфинктера с «Х» образным швом викриля, сверх этого опять «Х» образным швом викриля ушивается слизистая оболочка анального канала, в этом заключается закрытие внутреннего отверстия свищевого хода. Если во время операции устанавливается, что на уровне внутреннего отверстия свищевого хода имеется геморроидальный узел, то одновременно, единым блоком производится геморроидэктомия с полным восстановлением слизистой анального канала с викрилом, в таких случаях внутреннее отверстие свищевого хода закрывается таким методом. Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во вторую модификации НИИ проктологии МЗ России с нашими видоизменениями.

Среднее пребывание больных в стационарном лечении при параректальном свище составляет  $13,1 \pm 2,3$  койко-дней, соответственно  $9,2 \pm 1,9$  и  $14,9 \pm 2,1$  койко-дней при геморрое и в сочетании двух заболеваний. Сокращение продолжительности стационарного лечения при использовании одновременной хирургической коррекции нескольких заболеваний по сравнению с многоэтапным хирургическим лечением, позволяет оказать высококвалифицированную и специализированную хирургическую помощь. Эти объективные данные свидетельствуют, что предложенный нами метод оперативного вмешательства у больных сочетанными заболеваниями аноректальной области не увеличивает сроки стационарного лечения и амбулаторного долечивания.

При обследовании в отдаленном периоде из 101 больных основной группы наступил рецидив заболевания у 17 (16,8%), а в контрольной группе из 120 больных у 23 (19,1%) у этих больных повторно образовались параректальные свищи. Слабость функции мышц анального жома 1 степени в обеих группах по 2 больных

Больные по поводу осложнений после оперативного вмешательства были повторно госпитализированы и оперированы в отделении проктологии.

**В шестой главе «Экономическая эффективность и сравнительная характеристика ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями аноректальной области»** Произведено сравнительная характеристика экономической эффективности после симультанных операции по поводу сочетанных заболеваний аноректальной области. Экономическая эффективность от 100 сочетанной

операции при ОПП в сочетании с ХГ составило в среднем на сумму – 749670,6 сомов. А от каждой сочетанной операции экономия составляет 7469 (49,76%) сомов.

Экономическая эффективность от 70 сочетанной операции при ХАТ в сочетании с ХГ составило в среднем на сумму – 533361,78 сома. А от каждой сочетанной операции экономия составляет 7619 (49,6%) сомов.

Экономическая эффективность от 101сочетанной операции при ХПС в сочетании с ХГ составило в среднем на сумму –650502,82 сома. А от каждой сочетанной операции экономия составляет 6440,62 (50,3%) сомов.

Анализ проведенного исследования позволяет рекомендовать в широкую клиническую практику применение нашей методики оперативного вмешательства при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

## **ВЫВОДЫ**

1.Сочетанные заболевания аноректальной области составляют 10,8% от общего числа прооперированных больных в структуре проктологических заболеваний по данным ОГКБ г.Ош.

2.Созданный алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики при сочетанных заболеваниях аноректальной области облегчает диагностику сочетанных заболеваний аноректальной области, а УЗИ перианальной области является методом дифференциации при затруднительных случаях диагностики ОПП.

3.Разработан оригинальный способ радикальной сочетанной операции вскрытия ОПП и геморроидэктомии, что обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода, укорачивает сроки пребывания больного в стационаре, снижает рецидивы и осложнения болезни. Ликвидация внутреннего отверстия гнойного хода при экстрасфинктерном гнойном ходе ОПП в просвете прямой кишки с ушиванием «Х» образными швами в 2 слоя викрилом является патогенетически оправданной методикой, которая предотвращает всякую недостаточность анального жома и снижает до минимума рецидивы ОПП и образование параректальных свищей

4. Сочетанная операция при ХАТ в сочетании ХГ является методом выбора, преимущество предлагаемого нами метода состоит в том, что больной одновременно избавляется от двух взаимосвязанных заболеваний. А поперечное ушивание дефекта слизистой оболочки анального канала к перианальной коже после иссечения анальной трещины предотвращает попадание слизи в рану, в результате этого уменьшаются послеоперационные боли, ускоряет заживление раны.

Разработан оригинальный способ одномоментное хирургическое вмешательство при ХАТ в сочетании с ХГ, который включает:

– дивульсию мышц анального жома;

- иссечение анальной трещины в пределах здоровых тканей вместе со сторожевым бугорком и ушивание дефекта слизистой анального канала к перианальной коже в поперечном направлении и геморроидэктомия.

5. Разработан метод сочетанной операции при лечении ХПС в сочетании с ХГ, преимущество предлагаемого нами метода состоит в том, что больной одновременно избавляется от двух взаимосвязанных заболеваний. При этом чрезвычайно важным, является хирургическая обработка внутреннего отверстия свищевого хода при экстрасфинктерных свищевых ходах, который заключается в ликвидации внутреннего отверстия свищевого хода в просвете анального канала с ушиванием двухрядным «Х» образным швом. Это всячески исключает развитие послеоперационной недостаточности функции анального жома.

6. При сравнительном анализе сочетанных и последовательных хирургических вмешательств выявлен значительный экономический эффект от проведенных сочетанных операций при сочетанных заболеваниях аноректальной области. Экономический эффект от 100 сочетанных операций при ОПП в сочетании с ХГ составило в среднем на сумму – 749670,6 сомов, при этом от каждой сочетанной операции экономия составляет 7469 (49,76%) сомов. А экономия от 70 сочетанных операций при ХАТ в сочетании с ХГ составило 533361,78 сомов, а от каждой сочетанной операции экономия составляет 7619 (49,6%) сомов. Экономия от 101 сочетанной операции при ХПС в сочетании с ХГ составило 650502,82 сомов, от каждой сочетанной операции экономия составляет 6440,62 (50,3%) сомов.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При установлении хирургической сочетанной патологии аноректальной области целесообразно выполнение симультанных хирургических вмешательств.

2. Операцию в аноректальной зоне желательно провести под сакральной анестезией, которая имеет ряд положительных сторон.

3. Разработанный способ сочетанной операции при ОПП в сочетании с ХГ включает:

а) Радиарным разрезом вскрывает ОПП.

б) После этого при наличии геморроя 2-4 стадии удаляют внутренние и наружные геморроидальные узлы (операция по Миллигану - Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ с нашими видоизменениями).

в) В дальнейшем приступают к обработке гнойного хода ОПП. При интра и трансфинктерных формах гнойного хода мостик тканей рассекается по ходу зонда в просвет прямой кишки, на дно раны вместе рассеченной части волокон мышц наружного сфинктера и на слизистую оболочку анального

канала накладывают «Х» образные швы викрилом. Промежностная часть раны в диаметре до 40мм лечится открытым способом, в остальных случаях можно установить проточно-промывную систему.

г). Если гнойный ход ОПП окажется экстрасфинктерным, с целью сохранения функции анального жома, в просвете анального канала внутреннее отверстие гнойного хода иссекается вместе пораженной криптой до мышцы анального жома. Гнойный ход выскабливается ложкой Фолькмана и обрабатывается антисептиками. На образованную рану накладываются «Х» образные швы викрилом в 2 слоя на мышечную оболочку и сверху на слизистую оболочку

4. Операцию при ХАТ в сочетании с ХГ начинают с дивульсией анального сфинктера, анальный канал расширяет кольцом расширителем. Производят геморроидэктомию по Миллигану-Моргану во вторую модификации НИИ проктологии МЗ России с нашими видоизменениями. После этого иссекают анальную трещину вместе сторожевым бугорком в пределах здоровых тканей и ушивают дефекта слизистой оболочки анального канала к перианальной коже в поперечном направлении с «Х» образными викриловыми швами.

5. При ХПС в сочетании ХГ производят следующую модификацию операции:

а) После обработки операционного поля и ревизии дистального отдела прямой кишки, проводят окрашивание свищевого хода метиленовым синим, таким образом, выявляется внутреннее отверстие свищевого хода и зондированием определяется отношение свищевого хода к мышцам анального жома. В дальнейшем после дивульсии мышц анального жома, анальный канал расширяется кольцо расширителем Меньшинина для отчетливой визуализации операционного поля анального канала. Производят геморроидэктомию по Миллигану-Моргану во вторую модификации НИИ проктологии МЗ России с нашими видоизменениями.

б) При интра или транссфинктерном параректальном свище мостик тканей рассекают над желобоватым зондом, проведенный по свищевому ходу, иссекают пораженную крипту и освежают стенки свищевого хода острым путем. Дно раны свищевого хода вместе с рассеченными волокнами мышц наружного сфинктера и слизистая оболочка анального канала ушивается с «Х» образными швами викриля, таким образом, восстанавливают целостность мышцы анального жома и стенки анального канала, промежностная часть раны оставляется открытыми.

в) Операция при экстрасфинктерном параректальном свище заключается в иссечении параректального свища со стороны промежности до мышцы наружного сфинктера. Вторым чрезвычайно важным, и весьма ответственным

этапом операции является хирургическая обработка внутреннего отверстия свищевого хода. Для этого внутреннее отверстие свищевого хода вместе пораженными криптами захватывают на зажим Алиса и целиком «эллипсоидно» иссекают до мышцы сфинктера заднего прохода. Внутреннее отверстие свищевого хода на уровне мышц анального жома ушивают с «Х» образным швом викриля, сверх этого опять «Х» образным швом викриля ушивается слизистая оболочка анального канала, в этом заключается закрытие внутреннего отверстия свищевого хода. Если во время операции устанавливается, что на уровне внутреннего отверстия свищевого хода имеется геморроидальный узел, то одновременно, единым блоком производится геморроидэктомия с полным восстановлением слизистой анального канала с викрилом. Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во вторую модификации НИИ проктологии МЗ России с нашими видоизменениями.

### **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. **Райымбеков, О.Р.** Лечение хронического парапроктита [Текст] / О.Р. Райымбеков, И.Т. Ыдырысов // Методические рекомендации. – Ош, 2002.- 12с.

2. **Райымбеков, О.Р.** Проточно-промывная система в комплексном лечении острого парапроктита. [Текст] / О.Р. Райымбеков, Т.Н. Анаркулов // Актуальные проблемы современной медицины. Сборник научных трудов международной конференции. – Ч. II. -Ош, 2003. – С.85-88.

3. **Райымбеков, О.Р.** Этиопатогенез и лечение параректальных свищей. [Текст] / О.Р. Райымбеков, З.С. Сатыбалдиев // Актуальные проблемы современной медицины. Сб. научных трудов международной конференции. Часть II. - Ош, 2003. – С.88-91.

4. **Райымбеков, О.Р.** Хирургическая тактика и результаты лечения при сочетании хронического параректального свища и геморроя. [Текст] / О.Р. Райымбеков, И.Т. Ыдырысов // Вестник Ошского государственного университета. – Ош, 2002. - №4. – С. 152-154.

5. **Райымбеков, О.Р.** Параректальный свищ и новый метод его хирургического лечения. [Текст] / О.Р. Райымбеков, И.Т. Ыдырысов // Вестник Ошского государственного университета. – Ош, 2002. - №4. – С. 155-158.

6. **Райымбеков, О.Р.** Острый парапроктит у жителей табакосеющих регионов Ошской области. [Текст] / О.Р. Райымбеков, И.Т. Ыдырысов // Вестник Ошского государственного университета. – Ош, 2002. - №5. – С. 40-41.

7. **Райымбеков, О.Р.** Способ геморроидэктомии. [Текст] / О.Р. Райымбеков, И.Т. Ыдырысов, З.А. Туйбаев // Вестник Ошского государственного университета. – Ош, 2003. - №6. – С. 104-105.

8. **Райымбеков, О.Р.** Острый парапроктит: микробиологические аспекты и их чувствительность к антибиотикам. [Текст] / О.Р. Райымбеков, А. Момунова, Р.С. Худайбердиева // Вестник Ошского государственного университета. – Ош,

2003. - №6. – С. 98-99.

9. **Райымбеков, О.Р.** Хирургическая тактика и результаты лечения при сочетании хронического параректального свища и геморроя [Текст] / О.Р. Райымбеков, И.Т. Ыдырысов // Вестник Ошского государственного университета. – Ош, 2004. - №4. – С. 152-154.

10. **Райымбеков, О.Р.** Способ лечения хронического геморроя. [Текст] / О.Р. Райымбеков // Центрально – Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2010. – Т. 16. - № 3. – С. 224-225.

11. **Райымбеков, О.Р.** Хирургическое лечения хронического геморроя. [Текст] / О.Р. Райымбеков, Б.К. Аттокуров, Ж.М. Жолболдуев // Вестник Ошского государственного университета. – Ош, 2011. - №1. – С. 6-7.

12. **Райымбеков, О.Р.** Опыт лечения хронического геморроя при сочетании параректального свища. [Текст] / О.Р. Райымбеков, Б.К. Аттокуров, Ж. Жолболдуев // Вестник Ошского государственного университета. – Ош, 2011. - №1. – С. 21-22.

13. Применение «Х» образного шва в проктологии. [Текст] / [О.Р. Райымбеков, Б.К. Аттокуров, Т.Н. Анаркулов и др.]. // Центрально – Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2011. – Т. 17. - № 4. – С. 52-54.

14. Результаты лечения хронического геморроя при сочетании параректального свища. [Текст] / [О.Р. Райымбеков, Б.К. Аттокуров, А.А. Невреев и др.]. // Центрально – Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2011. –Т. 17. - № 4. – С. 20-21.

15. Результативность симультанных операций при сочетанных заболеваний аноректальной области. [Текст] / [О.Р. Райымбеков, К.С. Кулмурзаев, Э.А. Увашов и др.]. // Центрально – азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2012. – Т. 18. - Приложение 1. – С. 56-57.

16. **Райымбеков, О.Р.** Способ ушивания ран анального канала. [Текст] / О.Р. Райымбеков // Молодой ученый. – Москва, 2013. - №5 (52). – С. 809-811.

17. **Райымбеков, О.Р.** Эффективность симультанных операций при сочетанных заболеваниях аноректальной области [Текст] / О.Р. Райымбеков // Молодой ученый. – Москва, 2013. - №5 (52). – С. 812-814.

18. Опыт применения сакральной анестезии в проктологии. [Текст] / [О.Р. Райымбеков, Г.У. Толбашиева, Б.К. Аттокуров и др.]. // Центрально – Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2013. – Т. 19. - № 4. – . 45-49.

19. Сочетанные операции при лечении острого парапроктита в сочетании с хроническим геморроем. [Текст] / [О.Р. Райымбеков, С.И. Турдалиев, Б.К. Аттокуров и др.]. // Центрально – Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2013. –Т. 19. -№ 4. – С. 53-55.

20. **Райымбеков, О.Р.** Оптимизация хирургического лечения сочетанных заболеваний аноректальной области. [Текст] / О.Р. Райымбеков, Ж.М.

Жолболдуев, З.С. Сатыбалдиев // Вестник Ошского государственного университета. – Ош, 2014. - №1. – С. 164-167.

21. **Райымбеков, О.Р.** Эффективность «Х» образного шва в аноректальной хирургии. [Текст] / О.Р. Райымбеков, З.С. Сатыбалдиев, С.Н. Шукуров // Вестник Ошского государственного университета. – Ош, 2014. - №1. – С. 167-169.

22. **Райымбеков, О.Р.** Возможность применения «Х» образного шва при остром и хроническом парапроктите. [Текст] / О.Р. Райымбеков // Колопроктология. – Москва, 2014. - №3 (49). -С. 40-42.

23. **Райымбеков, О.Р.** Способ закрытой геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки анального канала. [Текст] / О.Р. Райымбеков, А.С. Бейшеналиев, Ж.М. Жолболдуев // Колопроктология. – Москва, 2015. -№1 (51). – С. 42-43.

24. **Райымбеков, О.Р.** Диагностика и хирургическое лечение острого парапроктита при сочетании с хроническим геморроем. [Текст] / О.Р. Райымбеков, А.С. Бейшеналиев. - Ош, 2013. –224с.

25. **Райымбеков, О.Р.** Современные взгляды на диагностику и лечения анальной трещины в сочетании с геморроем. [Текст] / О.Р. Райымбеков. – Ош, 2015. -124с.

26. **Райымбеков, О.Р.** Оптимизация лечения анальной трещины в сочетании с хроническим геморроем [Текст] / О.Р. Райымбеков // Молодой ученый. – Казань, 2015. - №21 (101). – С. 303-305.

27. **Райымбеков, О.Р.** Способ закрытой геморроидэктомии с восстановлением слизистой оболочки анального канала [Текст] / О.Р. Райымбеков // Молодой ученый. – Казань, 2015. - №21 (101). – С. 305-307.

28. **Райымбеков, О.Р.** Лечение параректального свища в сочетании с хроническим геморроем [Текст] / О.Р. Райымбеков // Молодой ученый. – Казань, 2015. - №23 (103). – С. 333-334.

29. **Райымбеков, О.Р.** Клиническая и экономическая эффективность симультанных операций у больных сочетанными заболеваниями аноректальной области [Текст] / О.Р. Райымбеков // Молодой ученый. – Казань, 2015. - №23 (103). – С. 334-337.



## РЕЗЮМЕ

диссертации Райымбекова Оторбая Райымбековича на тему: «Оптимизация диагностики и хирургического лечения сочетанных заболеваний аноректальной области» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия

**Ключевые слова:** прямая кишка, геморрой, острый парапроктит, анальная трещина, параректальный свищ, сочетанные заболевания.

**Объектом исследования** явились больные сочетанными заболеваниями аноректальной области: острый парапроктит в сочетании с хроническим геморроем 100 больных, хронический параректальный свищ в сочетании с хроническим геморроем 101 больных, хроническая анальная трещина в сочетании с хроническим геморроем 70 больных.

**Цель исследования:** улучшить результаты оперативного лечения сочетанных заболеваний аноректальной области, таких как острый парапроктит и геморрой, хроническая анальная трещина и геморрой, хронический параректальный свищ и геморрой, путем разработки рациональных методов оперативного лечения и послеоперационного ведения больных.

**Методы исследования:** клинико-статистические, микробиологические, иммунологические, ЛИИ, планиметрические.

**Полученные результаты и их новизна:** Разработаны показания и определены сроки операции при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

Обосновано более широкое применение сочетанных операций путем изучения оценки ближайших результатов и экономического эффекта.

Проведен сравнительный анализ эффективности применения сочетанных операций в сравнении с последовательными операциями при сочетанных заболеваниях прямой кишки.

Разработаны алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики сочетанных заболеваний аноректальной области, основанный на основных проктологических жалобах и симптомах заболевания.

Разработаны оригинальные методики одномоментного оперативного вмешательства при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

Сформулированные и обоснованные показания и противопоказания к одномоментным хирургическим вмешательствам дают возможность практическим хирургам выбрать наиболее рациональный метод хирургического лечения при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

При сравнительном анализе сочетанных и последовательных хирургических вмешательствах выявлен значительный экономический эффект

лечения. Экономическая эффективность от 100 сочетанных операций при сочетании острого парапроктита с хроническим геморроем составило 749670,6 сома. А от 70 сочетанных операций при сочетании хронической анальной трещины с хроническим геморроем, экономия составила 533361,78 сома, от 101 сочетанных операций при сочетании хронического параректального свища с хроническим геморроем составило 650502,82 сома.

**Область применения:** хирургия.

Работа изложена на 215 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, кириллица размер 14, интервал 1,5. Состоит из введения, обзора литературы и 5 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций.

**Библиография:** Список литературы включает 494 работ, из них 242 авторов ближнего и 252 дальнего зарубежья.

Иллюстрации: 35 таблиц и 22 рисунков.

**Райымбеков Оторбай Райымбековичтин «Аноректалдык аймактагы айкалышкан оорулардын хирургиялык дарылоосун жана диагностикасын оптималдаштыруу» деген темадагы: 14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин докторуокумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазган диссертациялык ишине**

### **КОРУТУНДУ**

**Негизги сөздөр:** түз ичеги, геморрой, капыстан болгон парапроктит, аналдык былжыр челдин жарыгы, параректалдык көзөнөк, айкалышкан оорулар.

**Изилдөөнүн объектиси болуп:** аноректалдык аймактагы айкалышкан оорулар: капыстан болгон парапроктиттин геморрой менен айкалышы боюнча - 100 оору, өнкөт параректалдык көзөнөктүн геморрой менен айкалышы боюнча – 101 оору, аналдык былжыр челдин онокот жарыгынын геморрой менен айкалышы боюнча - 70 оору алынган.

**Изилдөөнүн максаты:** Аноректалдык аймактагы айкалышкан ооруларды: капыстан болгон парапроктиттин геморрой менен, өнкөт параректалдык көзөнөктүн геморрой менен жана аналдык былжыр челдин жарыгы геморрой менен айкалышкан оорулардын хирургиялык дарылоосунда, хирургиялык ыкмаларды рационалдаштыруунун жана операциядан кийинки мезгилде дарылоонун жаңы ыкмаларын иштеп чыгуунун негизинде дарылоону жакшыртуу.

**Изилдөөнүн ыкмалары:** клиника-статистикалык, микробиологиялык, иммунологиялык, интоксикациянын лейкоцитардык индекси, планиметрикалык.

**Алынган жыйынтыктар жана алардын илимий жаңылыгы.**

Аноректалдык аймактагы айкалышкан оорулардын хирургиялык дарылоосунун мөөнөтү жана ыкмалары иштелип чыккан.

Айкалышкан операцияларды кеңири колдонуу, операциянын алгачкы мезгилиндеги жыйынтыктарынын жана экономикалык эффективдүүлүгүнүн эсебинен негизделген.

Аноректалдык аймактагы айкалышкан ооруларды дарылоодо, айкалышкан операциянын эффективдүүлүгү жалгыздалып жасалган операцияга карата салыштыруунун негизинде жүргүзүлгөн.

Негизги проктологиялык даттануулардын жана симптомдордун негизинде аноректалдык аймактагы айкалышкан оорулардын диагностикасынын жана дифференциалдык диагностикасынын алгоритми иштелип чыккан.

Айкалышкан ооруларды дарылоодо бир мезгилде жасалуучу айкалышкан операциялардын оригиналдуу ыкмалары иштелип чыккан.

Айкалышкан операцияларды жасоодо турукташкан жана негизделген көрсөткүчтөрдүн жана каршы көрсөткүчтөрдүн иштелип чыгуусунун натыйжасында, практикалык хирургдар аноректалдык аймактагы айкалышкан ооруларды дарылоодо кайсы учурда операциянын керектүү жана ыңгайлуу түрүн тандап алуу мүмкүнчүлүгүнө ээ болушат.

Айкалышкан операция менен жалгыздалып жасалган операцияны салыштырууда, айкалышкан операциянын бир кыйла экономикалык эффективдүүлүгү аныкталды. Алсак геморрой менен капыстан болгон парапроктит айкалышкан 100 операциядан 749670,6 сом үнөмдөлөт, ал эми геморрой менен аналдык былжыр челдин жарыгы айкалышкан 70 операциядан 533361,78 сом, геморрой менен өнөкөт параректалдык көзөнөк айкалышкан 101 операциядан – 650502,82 сом үнөмдөлөт.

**Колдонулуучу тармагы:** Хирургия.

Диссертациялык жумуш киришүү, илимий булактарды талдоо жана беш бап, өздүк изилдөө, жыйынтык, тыянак жана практикалык сунуштардан турат.

Диссертация 215 компьютердик терүү баракка түшүрүлгөн, Times New Roman шрифти, крилица өлчөмү 14, интервал 1,5

**Библиография.** Жалпы адабий булактар 494, анын ичинен 242 мекендик жана жакынкы чет-мекендик, 252 алыскы-чет мекендик илимпоздордун эмгектерин камтыйт.

Иллюстрациялар: 35 таблица жана 22 сүрөт.

## SUMMARY

thesis research of Raiymbekov Otorbai Raiymbekovich on "Optimization of diagnostics and surgical treatment of combined anorectal diseases "for the degree of doctor of medical sciences, specialty: 14.01.17 – Surgery

**Keywords:** rectum, hemorrhoids, acute abscess, anal fissure, fistula pararectal.

**The object of the study** were patients with related diseases of anorectal: hemorrhoids, combined with acute paraproctitis - 100 patients, hemorrhoids in relation with chronic paraproctitis – in 101, hemorrhoids and anal fissure - 70.

**Objective:** to improve the results of surgical treatment of diseases of anorectal region, such as hemorrhoids and acute paraproctitis, hemorrhoids and chronic anal fissure, hemorrhoids and pararectal fistula, through the development of rational methods of operative treatment and postoperative management of patients.

**Methods:** clinical, statistical, microbiological, immunological, leucocytic index of intoxication, planimetric.

**The results and their new usage:** Indications and defined terms surgery for anorectal diseases combined.

On the basis of wider use of combined operations by examining and evaluating the immediate results of economic benefit. A comparative analysis of the efficacy of combined operations in comparison with the sequence of operations for concomitant diseases of the rectum. The algorithm of diagnosis and differential diagnosis of in relation to diseases based on basic Proctologic complaints and symptoms of the disease. The original method of simultaneous surgery in combined anorectal diseases.

Formulated and valid indications and contraindications for momentary surgical procedures enable surgeons to choose the most practical rational method of surgical treatment of anorectal diseases combined.

Comparative analysis of combined and sequential surgery revealed a significant economic effect of the treatment. Economical effectiveness of combined operation of acute paraproctitis with haemorrhoids in 100 operations is approximately 749670,6 soms. Economical effectiveness of combined operation of chronic anal fissure with chronic haemorrhoids in 70 operations is approximately 533361,78 soms. Economical effectiveness of combined operation of pararectal fistula with chronic haemorrhoids in 101 operations is approximately 650502,82 soms.

**Scope:** Surgery.

The work is presented on 215 pages of computer set, font Times New Roman, Cyrillic size 14, spacing 1.5. It consists of an introduction, literature review, and 5 chapters of their own research findings, conclusions and practical recommendations.

**References:** References includes 494 works, including 242 authors and 252 near-abroad.

**Illustrations:** 35 Tables and 22 Figures

## ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД	- Артериальное давление
ГНЦ КП	- Государственный научный центр колопроктологии
КГМА	- Кыргызская Государственная Медицинская Академия
МЗ КР	- Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МЗ РФ	- Министерство здравоохранения Российской Федерации
ОГКБ	- Ошская городская клиническая больница
ОПП	- Острый парапроктит
ОШГУ	- Ошский Государственный Университет
ОЦК	- Объем циркулирующей крови
ССС	- Сердечно-сосудистая система
УЗИ	- Ультразвуковое исследование
ХАТ	- Хроническая анальная трещина
ХГ	- Хронический геморрой
ХПП	- Хронический парапроктит
ХПС	- Хронический параректальный свищ
IG	- Иммуноглобулин
PS	- Частота пульса в 1 минуту



Подписано к печати 07.09.2016г. Формат бумаги 60x90/16.  
Бумага офс. Печать офс. Объем 1,5 п.л. Тираж 120 экз. Заказ 238.

г.Бишкек, ул. Полярная 11, ИЦ «Илим-Басмасы»

