Литература:

1. Ахундов А.А. Переломы области локтевого сустава у детей / А.А. Ахундов, Н.А. Овсянкин // *Амбулаторная травматология детского возраста: Сб. научн. трудов. СПб., Медицина. 2008. - С.27-41.*
2. Баиров Г.А. Переломы области локтевого сустава у детей / Г.А. Баиров // *СПб., Медицина, 2007. С. 5-7.*
3. Davis R.T. Supracondylar Humerus Fractures in Children / R.T. Davis, J.T. Gorczyca, K. Pugh // *Clinical Orthopaedics and Related Research. 2010. - N 376. - P. 49-55.*

УДК 618.16

**И.М. Рустамов, З.И. Муртазаев, К.У. Шеркулов,
М.И. Рустамов, Ш.У. Бойсариев.**

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии
Самаркандский медицинский институт
г.Самарканд. Узбекистан

**I.M. Rustamov, Z.I. Murtazaev, K.U. Sherkulov,
M.I. Rustamov, Sh.U. Boysariev.**

MODERN TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE PARAPROCTITIS

Department of the general surgery, radiodiagnosis and therapy
Samarkand medical institute
Samarkand. Uzbekistan

Контактный e-mail: umumxirurgiya@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены результаты лечения у 746 оперированных в проктологическом отделении клиники СамМИ в течение 1, 2 и 3 лет после операции. После радикальных операций по поводу парапроктитов с интрасфинктерным и чрезсфинктерным гнойным ходом (608 случаев 81,5 %) образования свищей не было. После операций по поводу парапроктитов с экстрасфинктерным гнойным ходом (138 случаев 18,4%) в 8 случаях (1,0 %) сформировался свищ, в 5 случае (0,6 %) отмечен рецидив острого парапроктита в области послеоперационного рубца. Все больные со свищами и острым парапроктитом успешно оперированы в нашем отделении.

Annotation. In article results of treatment at 746 the clinics of SAMMI operated in proctology office within 1, 2 and 3 years after operation are considered. After radical operations for paraproctitis with intrasphincteral and the trough the spincter purulent course (608 cases of 81,5%) of formation of fistulas wasn't. After operations for paraproctitis with the extrasphincter purulent course (138 cases of

18,4%) in 8 cases (1,0%) fistula was created, in the 5th case (0,6%) recurrence of the acute paraproctitis in the field of a postoperative hem is noted. All patients with fistulas and to acute paraproctitis are successfully operated in our office.

Ключевые слова: острый парапроктит, абсцесс, дренирование гнойника, лечение.

Keywords: the acute paraproctitis, abscess, drainage of an abscess, treatment.

Острый парапроктит является одним из наиболее распространенных проктологических заболеваний. По данным авторов больные с острым парапроктитом составляют около 0,5–4% всех хирургических больных, 5-40% больных с заболеваниями ободочной и прямой кишок, 20–48% больных с острыми гнойными поражениями аноректальной зоны [2,5,6, 7].

Острый парапроктит занимает четвертое место после геморроя, анальных трещин и колита, и составляет 38–41% от общего числа больных с экстренной хирургической патологией толстой кишки и 10–50% от всех случаев колопроктологических заболеваний [1,2,3,5,8,12]. Заболевают острым парапроктитом чаще мужчины в возрасте 20–50 лет и на их долю приходится до 70% всех случаев, что многие исследователи связывают с анатомическими особенностями строения малого таза, обусловленными половыми различиями [9,10,12].

Показатель заболеваемости среди больных с острым парапроктитом в трудоспособном возрасте варьирует от 6,1 до 22,4% случаев [2,7,9,13].

Несмотря на множество проведенных исследований у нас в стране и за рубежом, в лечении острого парапроктита остается ряд нерешенных проблем. Недостаточность анального сфинктера после радикальных операций, по данным различных авторов, колеблется от 7,2 % до 33 %, рецидивы заболевания от 15 % до 30 %.

В настоящее время не существует общепринятой тактики лечения больных с различной степенью сложности острого парапроктита. Часть авторов предлагают ограничиться вскрытием и дренированием параректального гнойника и производить радикальную операцию только в случае формирования свища прямой кишки. При этом они вполне резонно отмечают, что у 30 % больных, после вскрытия и дренирования абсцесса наступает полное выздоровление и радикальная операция в этом случае является дополнительной неоправданной травмой анального сфинктера.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения больных острым парапроктитом.

Материалы и методы исследования

Мы проанализировали результаты лечения острого парапроктита у 746 пациентов, которые находились на лечении в проктологическом отделении клиники СамМИ за период 2005-2015 годов. Из них женщин 218 (29,2 %), мужчин 528 (70,8 %), в возрасте от 18 до 80 лет. Сроки от момента заболевания до госпитализации составляли от 2 до 12 дней, в среднем 4-6 суток. По локализации подкожно-подслизистые формы парапроктитов были у 352 (47,1

%), ишиоректальные у 256 (34,3 %), пельвиоректальные у 37 (4,9 %), ретроректальные у 64 (8,5 %) и межмышечные у 37 (4,9 %) больных. Выработали дифференцированные подходы при выборе хирургической тактики.

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

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

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

При ишиоректальных и ретроректальных формах с затеками, а также пельвиоректальных гнойниках с трансфинктерным гнойным ходом, при всех парапроктитах с экстрасфинктерным сообщением выполняем вскрытие и дренирование гнойника, криптэктомия. Дополнительными разрезами вскрываем затеки, дренируем их, через внутреннее отверстие проводим лигатуру, затягиваем ее. Подтягивание лигатуры производим после купирования воспалительного процесса в ране, в среднем через 4-5 дней. Как правило, достаточно 3-4 подтяжек лигатуры, после которых она отходит самостоятельно, или мы ее удаляем на 14-18 день. При этих формах, в редких случаях, когда четко не удастся определить пораженную крипту, приходится ограничиваться широким вскрытием и дренированием гнойной полости. В дальнейшем если формируется свищ операцию проводили в плановом порядке через 2-4 месяца.

При рецидивном парапроктите, по возможности иссекаем все рубцовые ткани, при крайне осторожном отношении к волокнам сфинктера. Затягивание лигатуры таким больным целесообразно после выполнения дна раны грануляциями.

Все виды парапроктита вскрывали под общим или перидуральным обезбаливанием. В конце операции выполняем рану тампонами с мазью Вишневского или гипертоническим раствором.

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

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

Результаты исследования и их обсуждение

Прослежены результаты лечения у 746 оперированных в проктологическом отделении в течение 1, 2 и 3 лет после операции. После радикальных операций по поводу парапроктитов с интрасфинктерным и чрезсфинктерным гнойным ходом (608 случаев 81,5 %) образования свищей не было. После операций по поводу парапроктитов с экстрасфинктерным гнойным ходом (138 случаев 18,4%) в 8 случаях (1,0 %) сформировался свищ, в 5 случае (0,6 %) отмечен рецидив острого парапроктита в области послеоперационного рубца. Все больные со свищами и острым парапроктитом успешно оперированы в нашем отделении.

Послеоперационная недостаточность при остром парапроктите чаще всего встречается при применении лигатуры, при рецидивном парапроктите. По нашим данным составила 7 (0,9 %) случаев, при одновременном обеспечении радикальных оперативных вмешательств. Ни в одном случае оперативной коррекции недостаточности сфинктера не потребовалось.

Таким образом, операции по поводу острого парапроктита должны проводиться с учетом расположения гнойного хода к волокнам сфинктера прямой кишки, с ликвидацией внутреннего отверстия. Лечение в условиях специализированного отделения больных с острыми парапроктитами ведет к радикальному их излечению без перехода в хронический парапроктит.

Выводы:

1. Операции по поводу острого парапроктита должны проводиться с учетом расположения гнойного хода к волокнам сфинктера прямой кишки, с ликвидацией внутреннего отверстия.

2. Лечение в условиях специализированного отделения больных с острыми парапроктитами ведет к радикальному их излечению без перехода в хронический парапроктит.

3. По возможности операции по поводу острого парапроктита должны проводиться хирургом подготовленным по проктологии.

Литература:

1. Абдуллаев М.Ш., Мансурова А.Б. Острый парапроктит у больных сахарным диабетом. Колопроктология 2012; 1: 46-51.

2. Алексеевна В.В., Лебедь А.А., Олифирова О.С., Брегадзе А.А. Применение электроактивированных растворов в хирургической практике. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН 2011; 4: 18.

3. Ан В.К. Опыт радикального хирургического лечения сложных форм острого парапроктита. Международный медицинский журнал 2001; 5: 458-459.

4. Болквандзе Э.Э., Егоркин М.А. Классификация и лечение сложных форм острого парапроктита. Пятнадцатилетний опыт. Колопроктология 2012; 2:

5. Бородинец А.Л., Агеев В.П., Кремень В.Е. Результаты лечения острого парапроктита. Первый Белорусский международный конгресс хирургов. Витебск, 1996. 158-159.

6. Быков А.Ю., Тинис А.А., Безруков А.В., Хряков А.С., Навроцкий А.Н.

Комплексное лечение больных острым парапроктитом в амбулаторно-стационарном проктологическом отделении. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья 2007; 29: 126-128.

7. Abdullaev M.Sh., Mansurova A.B. Acute paraproctitis in patients with diabetes mellitus (review of literature). Koloproktologiya. 2012; 1: 46-51. (in Russ.).

8. Alekseeva N.T., Glukhov A.A., Ostroushko A.P. Histochemical characteristics of the epidermis during the healing of aseptic wounds against a background of magnet therapy. Sovremennye naukoemkie tekhnologii. 2012; 8: 7-8. (in Russ.).

9. Alekseevnina V.V., Lebed' A.A., Olifirova O.S., Bregadze A.A. Application of electroactivated solutions in surgical practice. Biulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra SO RAMN. 2011; 4: 18. (in Russ.).

10. Balaitis Iu.V., Poida A.I., Zhel'man V.A. [Features of development and generalization of infection in acute paraproctitis]. Pervyi Belorusskii mezhdunarodnyi kongress khirurgov. Sbornik nauchnykh trudov [Proc. 1st Int. Cong. Surg.]. Vitebsk. 1996; 165-167. (in Russ.).

11. Bolkvadze E.E., Egorkin M.A. Classification and treatment of complex forms of acute paraproctitis. Fifteen years of experience. Koloproktologiya. 2012; 2: 13-16. (in Russ.).

12. Bolkvadze E.E., Koplatazde A.M., Protsenko V.M., Egorkin M.A., Alekperov E.E. Necrectomy volume and treatment of postoperative wound during the anaerobic paraproctitis. Sibirskii meditsinskii zhurnal. 2009; 84: 1: 84-85. (in Russ.).

13. Bykov A.Iu., Tinis A.A., Bezrukov A.V., Khriakov A.S., Navrotskii A.N. Complex treatment of patients with acute paraproctitis in out-patient and stationary proctology department. Nauchno-meditsinskii vestnik Tsentral'nogo Chernozem'ia. 2007; 29: 126-128. (in Russ.).

УДК. 616-001.17-616.1-08

З.Я.Сайдуллаев, И.Б.Мустафакулов, У.А. Шербек,ов,

Т.К. Камолов, Л.Т. Рахматова, И.М.Рустамов.

**ЭНДОБРОНХИАЛЬНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ
ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ**

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии.

Самаркандский медицинский институт.

Самарканд, Узбекистан.

Z.Ya.Saydullaev, I.B.Mustafakulov, U.A. Sherbekov,

T.K. Kamolov, L.T. Rahmatova, I.M.Rustamov.

**ENDOBRONKHIAL OF COMPLEX THERAPY AT PATIENTS WITH THE
THERMOINHALATION TRAUMA**