

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

На правах рукописи

УДК 616.353.1-002.3:616-039.76 (00

МАДАМИНОВ АБДУМУТАЛИБ МОМИНОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ
СОРБЦИОННЫХ И ЛИМФОГЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

14.00.27. - хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Бишкек - 2002

Работа выполнена на кафедре общей хирургии и анестезиологии Кыргызской государственной медицинской академии.

Научный консультант: доктор медицинских наук,
профессор Акылбеков И.К.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,
профессор Абдуллаев М.Ш.;
доктор медицинских наук,
старший научный сотрудник
Ниязов Б.С.;
доктор медицинских наук,
профессор Аманбаев С.М.

Ведущая организация: Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова (г. Алматы)

Защита состоится “ _____ ” 2002 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д.14.02.192 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-я Линия, д.25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Автореферат разослан “ _____ ” 2002 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
доцент



— А.А. Сопуев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Острый парапроктит - гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки, относится к числу наиболее распространенных заболеваний прямой кишки, составляя 24-40% в их структуре (Канделис Б.Л., 1980; Гошицкий Л.Г. и соавт., 1991; Коплатадзе А.М. и Бондарев Ю.А., 1992, 1994; Numan N., 1999).

Социальная значимость проблемы определяется тем, что подавляющее большинство больных (51,6-86,1%) с данным заболеванием составляют лица трудоспособного возраста. При традиционных методах лечения этих больных средние сроки временной нетрудоспособности составляют 30-45 и более дней. Это требует больших материальных затрат от больных (Смирнов В.Е. и соавт., 1995; Болквядзе Э.Э., 1998; Лаврешин П.М. и соавт., 1998, 1999).

Острое гнойное поражение параректальной клетчатки значительно отличается от банальной гнойной инфекции околопрямокишечной области. Важнейшей отличительной чертой острого парапроктита является связь абсцесса с просветом прямой кишки. Гнойник обычно исходит из инфицированных заднепроходных крипт. Это обстоятельство требует принципиально иного подхода к выбору методики лечения, отличного от применяемых при лечении других нагноительных заболеваний мягких тканей промежности.

Простое вскрытие и дренирование гнойника на промежности у больных острым парапроктитом приводит к более или менее стойкому выздоровлению лишь у 30-35% пациентов. Рецидивы заболевания наблюдаются у 30-47%, а переход процесса в хроническую форму - у 50-70% оперированных больных (Казкенов Т.А. и соавт., 1991; Гошицкий Л.Г. и соавт., 1994; Назаров Л.У. и соавт., 1994, 1995; De Lorenzi D., 1997; Onaca N. et al., 2001). Это связано с тем, что при простом вскрытии и дренировании гнойника на промежности внутреннее отверстие парапроктита, как правило, остается несанированным (Ривкин В.Л. и соавт., 1994; Балтайтис Ю.В. и соавт., 1996; Бородинец А.А. и соавт., 1996; Коплатадзе А.М. и соавт., 1997; Stelzner F., 1986; Corman M.L., 1990; Al-Salem A.H. et al., 1996; Festen C. and Van Harten H., 1998). Поэтому радикальная операция при остром парапроктите должна предусматривать не только широкое вскрытие и санацию околопрямокишечного абсцесса, но и обязательно ликвидацию его внутреннего отверстия в заднепроходном канале (Альф И.М. и соавт., 1994; Захарченко А. и соавт., 1995; Масляк В.М. и Стасышин Р.И., 1995; Ходаков В.В. и соавт., 1995; Лаврешин П.М. и соавт., 1998, 1999; Rossen L., 1994; Denis J., 1995; Knoefel W.T. et al., 2000). После радикальных операций, если она осуществлялась без учета степени сложности

острого парапроктита, в 4,9-33% случаев может развиваться недостаточность сфинктера заднего прохода (Федоров В.Д. и Дульцев Ю.В., 1984; Ламм Я.Е. и соавт., 1989; Альф И.М. и соавт., 1994; Нупен Н., 1999).

Проблему хирургического лечения острого парапроктита нельзя считать решенной, поскольку при всех уже известных методах остается высокой частота осложнений и рецидивов заболевания.

Воспринимая рану, остающуюся после вскрытия острого парапроктита, как гнойную, требуется подбор таких методов лечения, которые бы позволили реализовать патогенетическую направленность лечебного воздействия. Это обуславливает необходимость комплексного подхода к лечению указанной нозологии.

В связи с развитием клинической лимфологии, изучением морфофункционального состояния лимфатического русла, в частности, при острой гнойной инфекции, большое значение придается возможностям практического управления функциями лимфатической системы, коррекции изменений, связанных с нарушением регионарного лимфатического дренажа (Левин Ю.М., 1986; Буянов В.М. и соавт., 1987; Бородин Ю.И. и соавт., 1990, 1995, 1999).

Применение с этой целью различного рода сорбционных материалов для местного лечения (Харченко В.Г. и соавт., 1992; Шеянов С.Д. и соавт., 1993; Картель Н.Т., 1995; Рачковская Л.Н., 1996; Ефименко Н.А. и Нуждин О.И., 1998; Lameire N.H. and De Vriese A.S., 2001) и эндолимфатического медикаментозного воздействия (Панченков Р.Т. и соавт., 1984; Джумабаев С.У. и соавт., 1987; 1989; 1991; Дуденко Г.Н. и соавт., 1990; Антонов А.А., 1991; Любарский М.С. и соавт., 1992, 1995) является патогенетически обоснованным.

Особенно актуальными остаются вопросы местного медикаментозного воздействия на гнойные раны мягких тканей различных локализаций (Данилов К.Ю. и соавт., 1988; Белов С.Г., 1991; Адамян А.А. и соавт., 1992; Даченко Б.М., 1995).

Вышеизложенное обуславливает актуальность темы и является основанием для выполнения данного исследования.

Связь темы диссертации с крупными научными программами: работа выполнена в рамках научно-исследовательских работ Кыргызской государственной медицинской академии по теме: "Острый парапроктит: современный хирургический метод лечения" (государственный номер регистрации 0000756).

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с острым парапроктитом путем применения оптимизированного метода оперативного

вмешательства, а также сорбционных и лимфогенных технологий в послеоперационном периоде.

Задачи исследования:

1. Оптимизировать методику оперативного вмешательства при остром парапроктите.
2. Разработать способ частичного ушивания и дренирования раны промежности и анального канала остающихся после вскрытия острого парапроктита.
3. Изучить эффективность применения комбинированного сорбционного препарата СУМС-1М и лимфотропной антибиотикотерапии в послеоперационном периоде у больных с острым парапроктитом.
4. Разработать способ лимфостимулирующей терапии при лечении острого парапроктита.
5. Разработать на основе предложенных способов хирургического лечения острого парапроктита дифференцированные подходы к выбору метода операции в зависимости от характера и степени сложности местных изменений.
6. Провести сравнительный анализ результатов лечения острого парапроктита различными способами в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Научная новизна:

Впервые разработан способ радикального хирургического лечения острого парапроктита, включающий рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с одновременной ликвидацией его внутреннего отверстия, иссечение гнойно-некротических тканей и частичное ушивание раны.

Клинически подтверждено выраженное saniрующее и противовоспалительное действие комбинированного сорбционного препарата СУМС-1М в лечении больных с острым парапроктитом.

Использование регионарной лимфотропной антибактериальной терапии в комплексной программе лечения пациентов с острым парапроктитом является эффективным методом снижения бактериальной обсемененности послеоперационной раны.

Установлен противовоспалительный и анальгезирующий эффект лимфостимулирующей терапии при лечении острого парапроктита.

Доказаны достоверные преимущества комплексного использования новой технологии хирургического лечения в сочетании с лимфотропной методикой введения антибактериальных препаратов и проведения лимфостимулирующей терапии, выражающиеся в сокращении сроков

послеоперационного лечения и уменьшения числа осложнений у пациентов с острым парапроктитом.

Практическая ценность:

• Для практического здравоохранения разработана эффективная оптимизированная система лечения больных с острым парапроктитом, включающая:

- новую технологию радикального хирургического вмешательства;
- применение комбинированного сорбционного препарата СУМС-1М в послеоперационном периоде;
- использование лимфотропной антибактериальной и лимфостимулирующей терапий.

• Разработаны клинико-лабораторные критерии диагностики степени сложности острого парапроктита и выбора наиболее целесообразной тактики лечения.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании разработанных методов лечения за счет сокращения сроков лечения, снижения числа осложнений.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Предложенный метод оперативного лечения острого парапроктита - рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с одновременной ликвидацией его внутреннего отверстия и иссечение гнойно-некротических тканей с последующим частичным ушиванием раны улучшает отдаленные результаты лечения и обеспечивает более эффективную медико-социальную реабилитацию больных с данной патологией.
2. Особенности течения послеоперационного периода при данном способе лечения являются сокращение сроков закрытия послеоперационной раны и уменьшение числа гнойно-воспалительных осложнений.
3. Применение сорбционного препарата СУМС-1 с метронидазолом в послеоперационном периоде у пациентов с острым парапроктитом обеспечивает быстрое купирование воспалительной реакции и явлений интоксикации.
4. Включение методик лимфотропной антибактериальной и лимфостимулирующей терапий в комплексную программу ведения послеоперационного периода позволяет значительно улучшить результаты лечения больных острым парапроктитом.

5. Разработанные сорбционно-лимфогенные технологии дают более выраженный положительный лечебный эффект в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки у больных с острым парапроктитом.

6. Предлагаемые методики являются простыми, экономически малозатратными, не требуют специального оборудования и могут быть внедрены в любом хирургическом стационаре общего профиля.

Личный вклад соискателя. Личное участие автора диссертации охватывает все разделы общеклинических, специальных и дополнительных методов исследования, разработки новых способов лечения и большую часть клинического материала.

Апробация результатов исследования:

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: III Всероссийской научно-практической конференции колопроктологов "Актуальные проблемы колопроктологии" (г. Волгоград, 1997); Международной конференции хирургов "Современные проблемы неотложной хирургии" (г. Бишкек, 1997); Конференции колопроктологов России "Ранения толстой кишки в мирное и военное время. Реабилитация больных, перенесших операции на толстой кишке" (г. Красногорск, 1997); I Конгрессе врачей Кыргызской Республики (г. Бишкек, 1998); Международной конференции хирургов "Актуальные проблемы хирургии" (г. Бишкек, 1999); объединенном заседании сотрудников кафедры общей хирургии и анестезиологии Кыргызской государственной медицинской академии, кафедры хирургических дисциплин Кыргызско-Российского Славянского Университета и хирургической клиники им. И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (г. Бишкек, 2002); заседании экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций при диссертационном совете Д.14.02.192 Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (г. Бишкек, 2002).

Внедрение результатов исследования:

Методика радикального хирургического лечения острого парапроктита с использованием в послеоперационном периоде комбинированного сорбционного препарата СУМС-1М, методов лимфотропной и лимфогенной терапии внедрена в практику работы профильных клиник: медико-санитарной части № 168 г. Новосибирска Российской Федерации; Национальном госпитале при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики; Ошской

областной клинической больнице Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Основные положения диссертационной работы включены в программу подготовки студентов, клинических ординаторов, аспирантов на базах Центра постдипломного обучения и кафедры общей хирургии и анестезиологии Кыргызской государственной медицинской академии; кафедры хирургических дисциплин Кыргызско-Российского Славянского университета по темам: “Острая хирургическая инфекция”, “Заболевания прямой кишки”, используются в курсе лекций на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии по теме: “Операции на прямой кишке”.

Публикации по теме диссертации:

По теме диссертации опубликовано 34 работы, в том числе 2 монографии и 1 методические рекомендации.

Имеются 2 предварительных патента на изобретение Госагентства по науке и интеллектуальной собственности при правительстве Кыргызской Республики (№ 422 от 29 сентября 2000 г.; № 434 от 29 декабря 2000).

Получено удостоверение на рационализаторское предложение “Способ хирургического лечения острого парапроктита”, №679 выданное БРИЗ КГМА 30 июля 1996 г.

Структура и объем диссертации:

Диссертационная работа изложена на 209 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14; интервал 1,5). Работа состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Диссертация иллюстрирована 30 таблицами и 32 рисунками.

Библиография включает 351 источников, из них 225 - отечественных и из стран ближнего зарубежья; 126 - авторов из стран дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика клинических наблюдений и методов исследования

На основании изучения результатов лечения 499 больных острым парапроктитом, находившихся на стационарном лечении в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики с 1 января 1996 г. до 1 января 2000 г., проведен сравнительный анализ эффективности различных методов оперативного лечения. С этой целью мы разделили всех больных на три группы.

Первую группу составили 164 (32,9%) больных, которым было произведено простое вскрытие и дренирование гнойника на промежности. Дальнейшее лечение раны осуществлялось под повязкой.

Во вторую группу вошли 184 (36,9%) пациента, оперированные путем рассечения абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны. В дальнейшем для лечения ран применялись сорбционные и лимфогенные технологии.

В третью группу включен 151 (30,2%) больной, которым была применена предложенная нами методика радикального хирургического лечения острого парапроктита с применением в послеоперационном периоде лимфогенных технологий.

При общеклиническом обследовании больных оценивались жалобы, анамнез болезни и жизни, общее состояние больного, данные осмотра, пальпации, температуры тела, результаты анализа крови.

При необходимости осуществляли электрокардиографию и рентгеноскопию органов грудной клетки.

Специальные методы исследования включали: пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию, ректороманоскопию, введение красителя в полость абсцесса, ультразвуковое исследование.

Для обследования больных, кроме общеклинических и специальных методов исследования, применялись: бактериологическое и цитологическое исследования, определения уровня общего белка и белковых фракций, исследование токсичности плазмы крови.

В результате вышеперечисленных методов исследования устанавливались степень выраженности и локализация воспалительного процесса.

Статистическая обработка материала исследования проводилась путем вычисления относительных показателей и средних величин, достоверность которых доказана вычислением критерия Стьюдента и вероятности безошибочного прогноза “P”.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 499 больных острым парапроктитом мужчин было 417 (83,6%), женщин - 82 (16,4%) (табл. 1).

Наиболее часто это заболевание встречалось среди работоспособной части населения в возрасте от 21 до 50 лет (403 - 80,8%). Средний возраст заболевших составил $37,3 \pm 2,6$ лет. 309 (61,9%) больных поступили в стационар в 1-5 сутки от начала заболевания с небольшими очагами поражения параректальной клетчатки, 190 (38,1%) - на 6-7 сутки и позже с довольно

Распределение больных острым парапроктитом по возрасту и полу

Таблица 1

Пол	Возраст (лет)												Всего больных	
	до 20		21-30		31-40		41-50		51-60		61 и старше		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Мужчины	25	6,0	93	22,3	152	36,4	100	24,0	29	7,0	18	4,3	417	100,0
Женщины	9	11,0	31	37,8	16	19,5	11	13,4	5	6,1	10	12,2	82	100,0
Итого	34	6,8	124	24,8	168	33,7	111	22,3	34	6,8	28	5,6	499	100,0

обширными очагами гнойно-воспалительного поражения окологрямокишечной клетчатки, вследствие поздней обрацаемости. Большую роль в поздней обрацаемости играет торпидное развитие гнойника в рубцовых тканях у больных с рецидивом парапроктита и их боязнь вновь подвергнуться операции.

Отсюда следует, что в настоящее время сроки госпитализации больных в хирургический стационар остаются довольно поздними. Поздняя госпитализация, недостаточный объем лечения на догоспитальном этапе значительно усложняют течение патологического процесса, являются причиной серьезных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки.

Установлено, что острый парапроктит следует классифицировать не только по анатомическому признаку (подкожный, подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный) или клиническому течению (первичный, рецидивирующий), но и по степени сложности (тяжести).

Последняя группировка как раз и разделяет параректальные абсцессы по объему поражения мягких тканей промежности, а также по глубине и направлению основного гнойного хода, сообщающего полость абсцесса с заднепроходным каналом.

Мы при определении степени сложности гнойного процесса придерживались классификации острого парапроктита, изложенного выше, с некоторыми собственными дополнениями: небольшие односторонние подкожные, подслизистые, ишиоректальные формы острого парапроктита с интрасфинктерным расположением гнойного хода мы относим к I степени сложности; ишиоректальные, рецидивирующие, подковообразные, ретроректальные формы острого парапроктита с расположением гнойного хода в поверхностной порции анального жома - ко II степени сложности; ишиоректальные, пельвиоректальные, ретроректальные формы острого парапроктита с расположением гнойного хода в глубокой порции анального сфинктера или экстрасфинктерно - к III степени сложности.

Из 499 больных у 203 (40,7%) был подкожный и подслизистый, у 173 (34,7%) - ишиоректальный, у 82 (16,4%) - рецидивирующий, у 13 (2,6%) - подковообразный, у 21 (4,2%) - пельвиоректальный, у 7 (1,4%) - ретроректальный парапроктит (рис. 1).

У 417 (83,6%) больных был диагностирован первичный острый, у 82 (16,4%) - рецидивирующий парапроктит (табл. 2).

Чтобы оперировать больных острым парапроктитом радикально, необходимо определить локализацию внутреннего отверстия гнойника.

В условиях неотложной операции, которая показана больным острым парапроктитом, часто бывает трудно точно определить и верифицировать

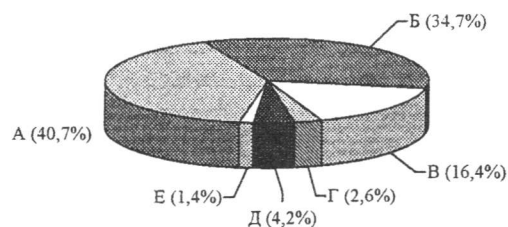


Рис. 1. Распределение больных по локализации острого парапроктита: А - подкожный и подслизистый, Б - ишиоректальный, В - рецидивирующий, Г - подковообразный, Д - пельвиоректальный, Е - ретроректальный парапроктит

внутреннее отверстие гнойника, ибо воспалительный отек и инфильтрат часто не позволяют сделать это даже при пунктировании абсцесса и попытках маркировки основного гнойного хода, хотя эти манипуляции во многих случаях эффективны.

При urgentном вмешательстве под адекватным обезболиванием опытный хирург-проктолог почти всегда может и должен установить направление и глубину основного гнойного хода, идущего из полости абсцесса в просвет анального канала.

Из 499 больных 151 больной острым парапроктитом I-II степени сложности оперирован по нашей методике, а 184 I-II степени сложности - методом рассечения гнойника в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны. У всех этих больных определялось внутреннее отверстие парапроктита. Так, из 151 больного у 126 (83,4%) пациентов внутреннее отверстие абсцесса локализовалось на задней, у 22 (14,6%) - на передней и у 3 (2,0%) - в одной из боковых крипт. А из 184 больных второй группы у 152 (82,6%) пациентов внутреннее отверстие абсцесса локализовалось на задней, у 28 (15,2%) - на передней и у 4 (2,2%) - в одной из боковых крипт (табл. 3).

Отметим, что передняя локализация внутреннего отверстия парапроктита чаще встречается у женщин, у которых передняя стенка анального канала интимно спаяна с задней стенкой влагалища и поэтому менее подвижна.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от формы парапроктита и срока госпитализации от начала заболевания

Диагноз	Сроки госпитализации (в сутках)												Всего больных	
	до 3		на 4		на 5		на 6		на 7		свыше 7		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Первичный острый парапроктит	80	19,2	90	21,6	84	20,1	36	8,6	67	16,1	60	14,4	417	100,0
Рецидивирующий парапроктит	15	18,3	24	29,3	16	19,5	6	7,3	8	9,8	13	15,8	82	100,0
Итого	95	19,1	114	22,8	100	20,8	42	8,4	75	15,0	73	14,6	499	100,0

Распределение больных 2 и 3 исследуемых групп, в зависимости от локализации внутреннего отверстия острого парапроктита

Вид операции	Локализация внутреннего отверстия						Всего	
	задняя		передняя		боковая		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
							абс.	абс.
Рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением раны открытой	152	82,6	28	15,2	4	2,2	184	100,0
Вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки с частичным ушиванием раны	126	83,4	22	14,6	3	2,0	151	100,0
Итого	278	83,0	50	14,9	7	2,1	335	100,0

Больных острым парапроктитом мы оперировали, в основном, под сакральной анестезией (96,8%) и под внутривенным наркозом (3,2%), что обеспечивало возможность проведения необходимой радикальной операции: рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с иссечением всех гнойно-некротических тканей и ликвидация его внутреннего отверстия в условиях релаксации анального сфинктера и мышц тазового дна.

У больных второй группы, после рассечения абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны, в рану помещали сорбционный тампон-дренаж (сферический углеродминеральный сорбент с метронидазолом - СУМС-1М), а поверх него накладывали повязку.

Переязки проводились ежедневно до полного очищения раны от гнойно-некротического отделяемого и появления грануляций.

Переязки осуществлялись следующим образом: после ванны, рану обрабатывали антисептиками, края раны - 70 градусным спиртом; в слизистую анального канала, в зоне послеоперационной раны, с целью лимфостимуляции, вводили лимфотропный препарат лидазу в дозе 32 ЕД, разведенную в 10 мл 0,5% раствора новокаина и вновь в рану помещали сорбционный тампон-дренаж. Больным назначали антибактериальный препарат в сочетании с лидазой один раз в день. Сначала в область икроножной мышцы подкожно вводили лимфотропный препарат лидазу в дозе 32 ЕД, разведенных в 4 мл 0,25% раствора новокаина. Через 3-5 минут, не вынимая иглы, вводили антибиотик в половинной суточной дозе, разведенный в 4 мл 0,25% раствора новокаина.

Продолжительность антибактериальной терапии определялась сроками нормализации температуры тела, показателей периферической крови и сроками исчезновения местной воспалительной реакции тканей.

Обычно это проводилось в течение 5-7 дней.

У 151 больного третьей группы с острым парапроктитом I-II степени сложности операция осуществлялась следующим образом: после обработки операционного поля проводили пункцию гнойника толстой иглой, затем отсасывали небольшое количество гнойного содержимого и в полость абсцесса вводили 3-5 мл 1% раствора метиленовой сини или бриллиантовой зелени, смешанных с 3% раствором перекиси водорода в соотношении 1:1. После этого для визуализации внутреннего отверстия анальный канал расширяли ректальным зеркалом. Через пункционное отверстие в полость гнойника проводили пуговчатый зонд, конец которого проходил в просвет прямой кишки. Радиальным разрезом над зондом в направлении к пораженной крипте гнойник рассекали, затем иссекали края и дно гнойной полости, вместе с анальной криптой иссекали и внутреннее отверстие гнойного хода. После

тщательного гемостаза, образовавшуюся рану обрабатывали 3% раствором перекиси водорода и раствором фурацилина 1:5000. Затем на всем протяжении раны на ее дно и края накладывали швы из рассасывающихся нитей, при стягивании которых края раны соприкасались между собой и рана превращалась в линейную с ликвидацией остаточной полости. Далее рану ушивали вторым рядом швов наглухо, оставляя поверхностную линейную рану анального канала и перианальной области длиной до 2 см.

В анальный канал вставляли небольшую турунду с мазью левомеколь, которую удаляли на следующий день после операции. С целью лимфостимуляции ежедневно после гигиенической ванны и обработки раны антисептиками осуществляли введение лимфотропного препарата лидазы в дозе 32 ЕД, разведенную в 10 мл 0,5% раствора новокаина в область слизистой оболочки анального канала, вокруг раны. После чего на рану осуществляли аппликацию мази левомеколь.

Больным этой группы, так же как и второй группы, проводили лимфотропную антибиотикотерапию (по описанной выше методике).

Мы считаем, что открытая в просвет прямой кишки рана должна быть дренирована открытым способом. Для этого достаточно оставить поверхностную рану анальной и перианальной областей длиной до 2 см не ушитой. А остальную часть раны можно ушить наглухо для сокращения сроков ее заживления.

Известно, что снижение функции сфинктера прямой кишки после его частичного рассечения связано не с операционной травмой этой круговой мышцы, а с длительными сроками тугой тампонады раны. Поэтому, ушивая рану частично, мы исключали необходимость такой тампонады.

Микробиологическое исследование показало, что сравнительно чаще возбудителем острого парапроктита является кишечная палочка, которая в 42,7% наблюдений высеяна в монокультуре и в 11,2% - в ассоциации со стафилококками. В монокультуре стафилококки обнаружены в 31,7% наблюдений, а в ассоциации с протеем - в 4,2%.

Выделенная микрофлора проявила сравнительно высокую резистентность к пенициллинам, включая полусинтетические, левомецетину и тетрациклину, сохраняя высокую чувствительность к цефалоспорином и гентамицину.

Количественная характеристика микрофлоры при остром парапроктите - исходная и в процессе лечения изучена для оценки сравнительной эффективности методик, использованных для лечения промежностных ран после их хирургической обработки.

Исходное содержание гноеродной микрофлоры в полости абсцесса (до операции) было высоким и составило 10^6-10^8 микробных тел в 1 мл содержимого гнойной полости (в среднем $8,4 \pm 1,4 \times 10^6$). Хирургическая обработка гнойника существенно снижала микробную обсемененность раны (на 1 г тканей), особенно если она выполнялась радикально, путем иссечения гнойника, как это имело место в III группе больных (10^1-10^2).

В тех случаях, когда по техническим причинам радикальная хирургическая обработка оказывалась невозможной (I группа больных), инфицирование гнойной полости оставалось высоким ($3,4 \pm 1,4 \times 10^4$) (табл. 4).

Таблица 4

Содержание микробных тел в ране в зависимости от способа лечения (n=499)

Способ лечения	Исходный уровень (в среднем)	Сутки исследования		
		1	3	5
		M±m	M±m	M±m
Простое вскрытие острого парапроктита с последующей ежедневной перевязкой с мазью левомеколь	$8,4 \pm 1,6 \times 10^6$	$3,4 \pm 1,4 \times 10^4$ ($P_1 < 0,05$)	$2,3 \pm 1,17 \times 10^3$ ($P_2 < 0,05$)	$1,9 \pm 0,42 \times 10^2$ ($P_3 < 0,05$)
Рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны с применением сорбционных и лимфогенных технологий	$8,4 \pm 1,6 \times 10^6$	$2,1 \pm 0,4 \times 10^2$ ($P_1 < 0,05$)	$0,6 \pm 0,36 \times 10^1$ ($P_2 < 0,05$)	$0,4 \pm 0,25 \times 10^1$ ($P_3 < 0,05$)
Вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки с частичным ушиванием раны с применением лимфогенных технологий	$8,4 \pm 1,6 \times 10^6$	$2,9 \pm 0,6 \times 10^2$ ($P_1 < 0,05$)	$1,8 \pm 0,4 \times 10^1$ ($P_2 < 0,05$)	$0,6 \pm 0,1 \times 10^1$ ($P_3 < 0,05$)

Примечание: M±m - средние величины количества микробных тел в 1 мл раневого содержимого; P_1 , P_2 , P_3 - достоверность различий показателей в сравнении с исходным.

Исследование цитологической динамики заживления ран методом “отпечатков” свидетельствовало о более быстром переходе картины клеточного состава от некротического типа к регенераторному во II и III группах по сравнению с первой группой.

При исследовании уровня молекул средней массы в плазме крови во всех группах больных отмечено увеличение его в первые сутки наблюдения в сравнении с нормой. У больных I-ой группы уровень молекул средней массы к 3 суткам снизился лишь на 8,2%, а на 5 сутки превышал нормальные показатели в 1,4 раза. У больных II и III групп изменение уровня молекул средней массы носило характер параллельного снижения.

Тем не менее, к 3 суткам лечения во всех группах больных сохранились различия в содержании молекул средней массы в плазме крови по сравнению с величиной нормального показателя. Но уже к 5 суткам наблюдения концентрация среднемoleкулярных пептидов в указанных группах приближалась к показателю, принятому за норму (табл. 5).

Таблица 5

Динамика изменений средних уровней молекул средней массы в сыворотке крови у больных при различных методах лечения острого парапроктита (в условных единицах) (данные представлены в виде $M \pm m$)

Группы больных	Уровень молекул средней массы (n=150)		
	1 сутки	3 сутки	5 сутки
Простое вскрытие острого парапроктита	0,488±0,031	0,448±0,009	0,346±0,005
Рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны	0,484±0,037	0,359±0,006*	0,261±0,006*
Вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки с частичным ушиванием раны	0,501±0,024	0,317±0,006**	0,245±0,008**

Примечание: * - разница статистически достоверна ($P < 0,05$) по отношению к первой группе; ** - разница статистически достоверна ($P < 0,05$) по отношению к первой и второй группам.

Исследование уровня общего белка показало, что уровень общего белка в первые сутки наблюдения у больных всех групп был близок к нормальным цифрам. Однако в дальнейшем, у больных I группы отмечалось снижение

уровня общего белка к 10 суткам наблюдения, а у больных II и III групп наблюдалась тенденция к некоторому его увеличению. Качественный состав белковых фракций в первые сутки наблюдения менялся значительно, за счет снижения уровня альбуминов и повышения содержания глобулиновых фракций. При этом отмечалось снижение А/Г-коэффициента во всех группах больных. К 5-м и 10-м суткам лечения наблюдалась отчетливая тенденция к нормализации белкового спектра, что проявлялось увеличением А/Г-коэффициента (табл. 6).

Таблица 6

Динамика изменений уровня общего белка крови (в г/л) и белковых фракций (в %) у больных при различных методах лечения острого парапроктита

Показатель	Группы больных ($M \pm m$)		
	I (n=50)	II (n=50)	III (n=50)
Первые сутки			
Белок	70,01±2,28	69,93±1,47*	68,86±1,93**
А/Г	0,98±0,08	0,96±0,08*	1,01±0,07**
α_1 -глобулин	6,67±0,48	6,65±0,34*	6,76±0,68**
α_2 -глобулин	10,71±0,61	11,86±0,36*	10,98±0,59**
β -глобулин	11,87±0,68	12,21±0,41*	11,66±0,54**
γ -глобулин	20,28±0,67	19,98±0,51*	19,91±0,72**
Пятые сутки			
Белок	69,75±1,72	69,37±1,60*	68,92±1,36**
А/Г	0,96±0,06	1,04±0,06*	1,11±0,05**
α_1 -глобулин	6,57±0,38	5,72±0,42*	5,45±0,72**
α_2 -глобулин	11,96±0,49	11,39±0,62*	9,82±0,52**
β -глобулин	12,20±0,57	11,72±0,57*	11,76±0,41**
γ -глобулин	20,10±0,69	19,98±0,97*	19,78±0,76**
Десятые сутки			
Белок	68,20±1,12	69,92±1,42*	69,44±0,98**
А/Г	1,06±0,03	1,24±0,02*	1,27±0,04**
α_1 -глобулин	6,92±0,32	5,94±0,26*	5,22±0,30**
α_2 -глобулин	11,18±0,67	8,96±0,58*	8,66±0,37**
β -глобулин	12,86±0,68	11,46±0,42*	11,97±0,34**
γ -глобулин	19,27±0,57	18,37±0,78*	18,16±0,72**

Примечание: * - разница статистически достоверна ($P < 0,05$) по отношению к первой группе; ** - разница статистически достоверна ($P < 0,05$) по отношению к первой и второй группам.

Изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с острым парапроктитом разными методами.

При изучении непосредственных результатов лечения оценивались сроки:

1. Исчезновения болевого синдрома;
2. Исчезновения отека и перифокальной инфильтрации мягких тканей;
3. Очищения ран от гнойно-некротического отделяемого;
4. Появления грануляционной ткани в ране;
5. Нормализации температуры тела;
6. Нормализации количества лейкоцитов в периферической крови и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ);
7. Стационарного лечения больных;
8. Полного заживления ран.

Все показатели анализировались в сутках.

Отдаленные результаты лечения оценивались по частоте рецидива заболевания, перехода процесса в хроническую форму и развития недостаточности анального сфинктера.

У больных I и II групп болевой синдром сохранялся до 5-7 суток, усиливаясь на 2-3 часа после каждой перевязки, а у больных III группы умеренные по интенсивности боли в области раны отмечены в течение 1-3 суток, после чего они в покое отсутствовали.

При простом вскрытии и дренировании острого парапроктита на промежности у больных I группы перифокальные воспалительные изменения исчезали в среднем лишь к $6,76 \pm 0,2$ суткам. При рассечении абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны с применением в послеоперационном периоде сорбционных и лимфогенных технологий у больных II группы отек и инфильтрация, окружающих рану тканей, купировались на 1,5-3 суток раньше, чем в I группе. У больных III группы, оперированных по нашей методике, такие процессы исчезали в среднем к $2,58 \pm 0,11$ суткам.

После простого вскрытия острого парапроктита у больных первой группы очищение ран наступало в среднем на $9,44 \pm 0,46$ сутки, а грануляционная ткань появлялась на $9,96 \pm 0,47$ сутки. У больных второй группы, которым проводилось рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с применением сорбционных и лимфогенных технологий, очищение ран от гнойно-некротического отделяемого наступало в среднем на $5,12 \pm 0,2$ сутки, а грануляции появлялись на $5,06 \pm 0,22$ сутки.

В третьей группе пациентов, которым проводилось вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки с частичным ушиванием раны с применением лимфогенных технологий очищение не ушитой части раны наступало на $4,26 \pm 0,21$ сутки, а грануляционная ткань появлялась на $4,41 \pm 0,22$ сутки.

У больных первой группы температура тела нормализовалась в среднем лишь к $5,31 \pm 0,36$ суткам. Во второй группе гипертермия у больных купировалась на 2,5-3 суток раньше, чем в первой группе. Применение предложенной нами оперативной методики в III группе пациентов способствовало более ранней, чем у больных I и II групп, нормализации температуры тела.

У больных первой группы уровень лейкоцитов в крови на протяжении длительного времени оставался высоким, нормализуясь в среднем лишь к $7,24 \pm 0,51$ суткам. В 1,66 раза быстрее происходило снижение лейкоцитоза у больных II группы. В более ранние сроки ($3,04 \pm 0,22$), чем у больных I и II групп, количество лейкоцитов в периферической крови приближалось к нормальным цифрам в III группе.

У больных I группы лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) оставался повышенным до 9 суток наблюдения, а во второй группе нормализация его происходила в 1,7-1,9 раз быстрее.

У больных III группы нормализация ЛИИ происходила в среднем на $4,15 \pm 0,22$ сутки.

У 164 больных первой группы, после простого вскрытия и дренирования гнойника на промежности, средний послеоперационный койко-день составил $13,5 \pm 1,71$ (табл. 7).

Таблица 7

Сроки стационарного лечения больных I, II, III групп

Группы больных	Характер оперативного вмешательства	Число оперированных больных		Сроки стационарного лечения ($M \pm m$)
		абс.	%	
I	Простое вскрытие и дренирование абсцесса	164	32,9	$13,5 \pm 1,71$
II	Рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны	184	36,9	$11,9 \pm 1,04$ ($P < 0,05$)
III	Вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки с частичным ушиванием раны	151	30,2	$9,9 \pm 2,02$ ($P < 0,05$)

Примечание: P - достоверность различий между группами.

Все больные этой группы выписались на амбулаторное долечивание с гнойными ранами. Сроки амбулаторного долечивания у 83 обследованных больных составил в среднем $22,0 \pm 2,4$ дня. Таким образом, общая продолжительность лечения составила $35,5 \pm 3,2$ дней.

В отдаленные сроки из 83 обследованных больных у 15 (18,0%) наблюдался рецидив заболевания, у 27 (32,5%) выявлен параректальный свищ и у 6 (7,2%) – недостаточность анального сфинктера I степени (табл. 8).

У 184 больных второй группы, после рассечения абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны с применением сорбционных и лимфогенных технологий в послеоперационном периоде, средние сроки стационарного лечения составили $11,9 \pm 1,04$ койко-дней.

Таблица 8

Отдаленные результаты лечения больных острым парапроктитом, оперированных различными методами

Группы больных	Характер оперативного вмешательства	Число больных	Отдаленные результаты лечения (n=256)					
			Рецидив заболевания		Образование свища		Недостаточность анального сфинктера	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	Простое вскрытие и дренирование абсцесса	83	15	18,0	27	32,5	6	7,2
II	Рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны	95	4	4,2	7	7,4	3	3,2
III	Вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки с частичным ушиванием раны	78	1	1,3	-	-	-	-

Больные выписались из стационара так же с гранулирующими ранами.

Сроки амбулаторного долечивания у 95 обследованных больных составили в среднем $16,0 \pm 1,03$ дней. Таким образом, общая продолжительность лечения составила $27,3 \pm 1,03$ дней.

Несмотря на то, что у больных этой группы, во время операции осуществлялась санация внутреннего отверстия абсцесса, после операции все же оставались довольно обширные раны, заживление которых происходило в более длительные сроки, чем в третьей группе.

В отдаленные сроки из 95 обследованных больных у 4 (4,2%) наступил рецидив заболевания, у 7 (7,4%) сформировался свищ прямой кишки, а у 3 (3,2%) развилась недостаточность анального сфинктера I степени.

У 151 больного третьей группы, после вскрытия абсцесса в просвет прямой кишки с частичным ушиванием раны и применением в послеоперационном периоде лимфогенных технологий, средние сроки стационарного лечения составили $9,9 \pm 2,02$ койко-дня.

Большинство больных выписались из стационара с зажившими ранами. Сроки амбулаторного долечивания у 78 обследованных больных составили в среднем $11,0 \pm 1,2$ дней. Таким образом, общая продолжительность лечения составила $20,9 \pm 2,13$ дней.

В этой группе, из 78 обследованных больных, только у 1 (1,3%) – возник рецидив заболевания.

Как видно из вышеизложенного, сокращение сроков стационарного лечения на 4 койко-дня по сравнению с первой и на 2 – по сравнению со второй группами показывает преимущество предложенного нами метода лечения острого парапроктита.

Преимущество данного метода лечения видно, как указывалось выше, и по частоте развития рецидивов, перехода процесса в хроническую форму и по развитию недостаточности анального сфинктера.

Проведенная нами работа показывает, что у большинства больных подкожными, подслизистыми, ишиоректальными локализациями острого парапроктита, гнойный ход, соединяющий просвет анального канала с перианальным абсцессом проходит кнутри или через поверхностную порцию сфинктера заднего прохода. Поэтому у них в обязательном порядке следует выполнять операцию - вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки, иссечение гнойно-некротических тканей с ликвидацией внутреннего отверстия и частичное ушивание послеоперационной раны. Анализ показывает, что такое ушивание послеоперационной раны с оставлением поверхностной линейной раны слизистой анального канала и кожи промежности длиной до 2 см для дренирования и использования антисептиков для местной санации таких ран, а также применение современных многокомпонентных мазей на гидрофильной основе для перевязок и лимфогенных технологий значительно сокращают фазы гидратации и дегидратации раневого процесса. Следовательно, такие раны заживают быстрее с образованием линейного рубца.

А в тех случаях, когда после рассечения абсцесса в просвет прямой кишки не удается зашить послеоперационную рану и приходится оставлять ее открытой, хорошие результаты дает применение сорбционных и лимфогенных технологий для лечения таких ран.

При применении сорбционных и лимфогенных технологий в послеоперационном периоде, раны быстрее очищаются, сокращаются сроки стационарного и амбулаторного долечивания больных, улучшаются ближайшие и отдаленные результаты лечения. Это дает медико-социальный и экономический эффект.

Таким образом, анализ проведенных нами исследований позволяет рекомендовать в широкую клиническую практику наши методы лечения острого парапроктита.

При остром парапроктите I и II степени сложности надо осуществлять вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки с частичным ушиванием раны и применением лимфогенных технологий в послеоперационном периоде, а в тех случаях, когда послеоперационную рану ушить частично не удастся, оставлять ее открытой. А для лечения таких ран использовать сорбционные и лимфогенные технологии.

Техническая простота исполнения, надежность, доступность этих методик обеспечивает возможность их применения в колопроктологических и общехирургических отделениях. Естественно, необходимо строгое соблюдение показаний и противопоказаний.

ВЫВОДЫ:

1. Оптимизированная методика оперативного вмешательства при остром парапроктите, которая производится путем рассечения абсцесса в просвет прямой кишки с одномоментной ликвидацией его внутреннего отверстия и иссечением гнойно-некротических тканей, способствует уменьшению числа гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

2. Частичное ушивание ран анального канала и промежности по разработанной технологии создает условия для более быстрого заживления послеоперационной раны.

3. Использование комбинированного сорбционного препарата СУМС-1М и лимфотропной антибиотикотерапии в лечении острого парапроктита является обоснованным и эффективным.

4. Лимфостимулирующая терапия с использованием протеолитических ферментов в послеоперационном периоде у больных острым парапроктитом обладает противовоспалительным и болеутоляющим действием.

5. Дифференцированные подходы к выбору тактики и объема хирургических вмешательств и реабилитационных мероприятий в зависимости от степени сложности острого парапроктита позволяют повысить результаты лечения.

6. Сравнительный анализ эффективности различных методов лечения острого парапроктита показал преимущества предложенной радикальной хирургической коррекции. Это подтверждается сокращением сроков стационарного лечения и амбулаторного долечивания, снижением числа рецидивов до 1,3% у больных III-ей группы, в то время как у больных I-ой группы это составило 18%, а у больных II-й – 4,2%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Предложен алгоритм ведения, хирургического лечения и реабилитации больных с острым парапроктитом в зависимости от степени сложности.

1. Тактика хирургического вмешательства при остром парапроктите разной степени сложности:

1.1. При операции по поводу острого парапроктита, абсцесс следует вскрыть радиальным разрезом, направленным к пораженной стенке анального канала и определить топографию гнойного хода, сообщающего полость гнойника с просветом прямой кишки, а также выяснить локализацию его внутреннего отверстия в одной из крипт анального канала. В большинстве случаев, гнойный ход проходит кнутри от сфинктера или через его волокна, не затрагивая основной мышечный каркас анального жома (I-II степень сложности острого парапроктита). Это делает возможным выполнение вскрытия абсцесса в просвет прямой кишки с одновременной ликвидацией его внутреннего отверстия, иссечение гнойного хода вместе с гнойно-некротическими тканями.

1.2. После вскрытия абсцесса в просвет прямой кишки с ликвидацией его внутреннего отверстия и иссечения гнойно-некротических тканей с гнойным ходом рану анального канала и промежности необходимо ушить частично, оставив поверхностную линейную рану длиной до 2 см анального канала и перианальной области, что достаточно для ее дренирования.

1.3. Если после рассечения острого парапроктита в просвет прямой кишки, невозможно частично ушить рану, то следует оставить ее открытой.

1.4. При невозможности определения внутреннего отверстия острого парапроктита и при его сложных формах (III степень сложности острого парапроктита) следует ограничиться широким вскрытием и дренированием гнойника на промежности.

2. Послеоперационные мероприятия при остром парапроктите:

2.1. В послеоперационном периоде, у больных с частичным ушиванием раны, необходимо применять лимфогенные технологии: лимфотропное введение антибактериальных препаратов и лимфостимулирующую терапию, а местное лечение ран целесообразно проводить с использованием многокомпонентных мазей на гидрофильной основе.

2.2. В послеоперационном периоде, у больных с открытой раной, для ускорения очищения и заживления ран, необходимо применять сорбционные и лимфогенные технологии.

3. Реабилитация оперированных больных в амбулаторных условиях:

3.1. Сроки реабилитации больных зависят от степени сложности острого парапроктита и в среднем составляют от 15 до 45 дней.

3.2. Кроме специальных методов реабилитации, направленных на полное заживление послеоперационной раны, назначаются общеукрепляющие препараты и процедуры, направленные на укрепление мышц тазового дна.

3.3. Проводится обучение больных по вопросам профилактики рецидива болезни.

СПИСОК

ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Аралбаев Т.А., Аалиев Г.К., Мадаминов А.М. Недостаточность анального жома //Здравоохранение Кыргызстана. - 1993. - №3. - С. 51-52.
2. Мадаминов А.М., Бебезов Х.С. Опыт применения модифицированной операции Габриэля при лечении острого парапроктита //Ранения толстой кишки в мирное и военное время. Реабилитация больных, перенесших операции на толстой кишке: Материалы конференции колопроктологов России. - Красногорск, 1997. - С. 125-126.
3. Бебезов Х.С., Байзаков У.Б., Мадаминов А.М. Принципы лечения острого парапроктита //Ранения толстой кишки в мирное и военное время. Реабилитация больных, перенесших операции на толстой кишке: Материалы конференции колопроктологов России. - Красногорск, 1997. - С. 92-93.
4. Байзаков У.Б., Мадаминов А.М., Аалиев Г.К., Бектенов Ы.А., Турдалиев С.А. Состояние проктологической службы в Кыргызской Республике //Пластичность и реактивность организма, органов, тканей и клеток: Сборник научных трудов. - Бишкек: КГМА, 1997. - С. 314-315.
5. Байзаков У.Б., Турдалиев С.И., Мадаминов А.М., Аалиев Г.К., Бектенов Ы.А. Сакральная анестезия при проктологических операциях //Пластичность и реактивность организма, органов, тканей и клеток: Сборник научных трудов. - Бишкек: КГМА, 1997. - С. 315-316.

6. Мадаминов А.М., Байзаков У.Б., Аалиев Г.К., Бектенов Ы.А., Турдалиев С.И. К вопросу лечения острого парапроктита //Пластичность и реактивность организма, органов, тканей и клеток: Сборник научных трудов. - Бишкек: КГМА, 1997. - С. 397-398.

7. Мадаминов А.М. Об этиологии и патогенезе острого парапроктита //Современные проблемы неотложной хирургии: Материалы международной конференции хирургов. - Бишкек: КГМА, 1997. - С. 81-82.

8. Мадаминов А.М., Байзаков У.Б., Турдалиев С.И. Способ сакрального обезболивания при проктологических операциях //Современные проблемы неотложной хирургии: Материалы международной конференции хирургов. - Бишкек: КГМА, 1997. - С. 83-84.

9. Мадаминов А.М., Бебезов Х.С. Способ хирургического лечения острого парапроктита //Современные проблемы неотложной хирургии: Материалы международной конференции хирургов. - Бишкек: КГМА, 1997. - С. 84-86.

10. Мадаминов А.М. К вопросу об остром парапроктите //Современные проблемы неотложной хирургии: Материалы международной конференции хирургов. - Бишкек: КГМА, 1997. - С. 86-87.

11. Мадаминов А.М. Радикальное хирургическое лечение острого парапроктита //Материалы третьей Чуйской международной научно-практической конференции. - Бишкек: КГМА, 1997. - С. 108-111.

12. Мадаминов А.М. Результаты радикального хирургического метода лечения острого парапроктита с устранением внутреннего отверстия и ушиванием дна раны //Материалы третьей Чуйской международной научно-практической конференции. - Бишкек: КГМА, 1997. - С. 141-144.

13. Бебезов Х.С., Мадаминов А.М., Байзаков У.Б. Особенности предоперационного обследования больных с острым парапроктитом //Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы Третьей Всероссийской научно-практической конференции колопроктологов. - Волгоград, 1997. - С. 56-58.

14. Мадаминов А.М. Результаты радикального хирургического лечения острого парапроктита //Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы Третьей Всероссийской научно-практической конференции колопроктологов. - Волгоград, 1997. - С. 77-79.

15. Кадырбеков К.К., Казакбаев А.Т., Мадаминов А.М. Состояние проктологической службы в Кыргызской Республике //Материалы Первого конгресса врачей Кыргызской Республики. - Бишкек, 1998. - С. 62-63.

16. Кадырбеков К.К., Мадаминов А.М., Казакбаев А.Т. К вопросу хирургического лечения острого парапроктита //Материалы Первого конгресса врачей Кыргызской Республики. - Бишкек, 1998. - С. 176-177.

17. Мадаминов А.М. Острый парапроктит (частота, клиника, лечение) //Сборник научных трудов: Медико-социальные аспекты здоровья населения. Состояние и перспективы. -Бишкек: КГМА, 1998. - С. 418-420.

18. Мадаминов А.М. Современный метод хирургического лечения острого парапроктита //Сборник научных трудов: Медико-социальные аспекты здоровья населения. Состояние и перспективы. -Бишкек: КГМА, 1998. - С. 420-422.

19. Мадаминов А.М. Механизмы развития и этиология острого парапроктита //Сборник научных трудов: Медико-социальные аспекты здоровья населения. Состояние и перспективы. -Бишкек: КГМА, 1998. - С. 422-424.

20. Мадаминов А.М., Турдалиев С.И. Сакральная анестезия при проктологических операциях //Сборник научных трудов: Медико-социальные аспекты здоровья населения. Состояние и перспективы. - Бишкек: КГМА, 1998. - С. 424-426.

21. Аалиев Г.К., Мадаминов А.М. Об этиологии и патогенезе острого парапроктита //Развитие хирургии в Кыргызстане: Сборник научных трудов. - Бишкек: КГМА, 1998. - С. 6-8.

22. Аалиев Г.К., Мадаминов А.М. К вопросу об остром парапроктите //Развитие хирургии в Кыргызстане: Сборник научных трудов. -Бишкек: КГМА, 1998. - С. 9-12.

23. Мадаминов А.М., Осмонов Т.А., Бектенов Ы.А., Носинов Э.М. Методы хирургического лечения острого парапроктита //Развитие хирургии в Кыргызстане: Сборник научных трудов. -Бишкек: КГМА, 1998. - С. 264-267.

24. Мадаминов А.М. Патогенетические механизмы формирования острого парапроктита и причины его рецидивирования //Актуальные проблемы хирургии: Сборник научных трудов. - Бишкек: КГМА, 1999. - С. 179-182.

25. Мадаминов А.М. Послеоперационный период при остром парапроктите //Хирургия Кыргызстана. - 1999. - №2. - С. 69-71.

26. Мадаминов А.М. Методы радикального хирургического лечения острого парапроктита: Методические рекомендации для врачей. -Бишкек, 1999. - 20 с.

27. Мадаминов А.М., Любарский М.С. Комплексное лечение острого парапроктита //В кн.: Избранные вопросы гнойной хирургии. - Бишкек-Новосибирск, 1999. - С. 411-437.

28. Бебезов Х.С., Мадаминов А.М., Чынгышпаев Ш.М. Острый парапроктит. Методы хирургического лечения. - Бишкек, 2000. - 128 с.

29. Мадаминов А.М., Габитов В.Х., Любарский М.С., Морозов В.В., Наров Ю.Э. Сорбционные технологии в колопроктологии //Консилиум. - 2000. - №3. - С. 33-36.

30. Мадаминов А.М. Острый парапроктит: новые подходы к лечению. - Бишкек-Новосибирск, 2001. - 222 с.

31. Мадаминов А.М., Байзаков У.Б., Аалиев Г.К. Острый парапроктит //Гнойно-септическая хирургия: Сборник научных трудов. - Т. II. - Бишкек, 2001. - С. 55-58.

32. Мадаминов А.М., Бебезов Х.С. Способ хирургического лечения острого парапроктита //Гнойно-септическая хирургия: Сборник научных трудов. - Т. II. - Бишкек, 2001. - С. 70-72.

33. Бебезов Х.С., Мадаминов А.М. Лечение острого парапроктита методом вскрытия абсцесса в просвет прямой кишки с частичным ушиванием раны и с применением лимфогенных технологий //Гнойно-септическая хирургия: Сборник научных трудов. - Т. II. - Бишкек, 2001. - С. 92-95.

34. Бебезов Х.С., Мадаминов А.М. Лечение острого парапроктита методом рассечения абсцесса в просвет прямой кишки с оставлением открытой раны с применением сорбционных и лимфогенных технологий //Гнойно-септическая хирургия: Сборник научных трудов. - Т. II. - Бишкек, 2001. - С. 96-100.

Изобретения

1. Способ лечения острого парапроктита (Частичное ушивание раны, остающейся после вскрытия парапроктита). Предварительный патент Кыргызской Республики №422 от 29 сентября 2000 г.

2. Способ лечения острого парапроктита (Применение комбинированного сорбционного препарата, лимфотропной антибиотикотерапии и лимфостимулирующей терапии в послеоперационном периоде). Предварительный патент Кыргызской Республики №434 от 29 декабря 2000 г. (соавторы Ефремов А.В., Любарский М.С.).

Рационализаторские предложения

“Способ хирургического лечения острого парапроктита”, удостоверение №679, выданное БРИЗ КГМА 30 июля 1996 г.

РЕЗЮМЕ

диссертации Мадаминава Абдумуталиба Моминовича "Оптимизация хирургического лечения острого парапроктита с применением сорбционных и лимфогенных технологий" на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.27 - хирургия

Ключевые слова: острый парапроктит, сорбционные и лимфогенные технологии, СУМС-1М, лидаза, рецидив, недостаточность анального сфинктера, свищ прямой кишки.

Объект исследования: 499 больных с острым парапроктитом.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с острым парапроктитом путем применения оптимизированного метода оперативного вмешательства, а также сорбционных и лимфогенных технологий в послеоперационном периоде.

Методы исследования: общеклинические, специальные, лабораторные, статистические.

Полученные результаты и их новизна. Впервые разработан способ радикального хирургического лечения острого парапроктита, включающий рассечение абсцесса в просвет прямой кишки с одновременной ликвидацией его внутреннего отверстия, иссечение гнойно-некротических тканей и частичное ушивание раны. Клинически подтверждено выраженное saniрующее и противовоспалительное действие комбинированного сорбционного препарата СУМС-1М в лечении больных с острым парапроктитом. Использование регионарной лимфотропной антибактериальной терапии в комплексной программе лечения пациентов с острым парапроктитом является эффективным методом снижения бактериальной обсемененности послеоперационной раны. Установлен противовоспалительный и анальгезирующий эффект лимфостимулирующей терапии при лечении острого парапроктита. Доказаны достоверные преимущества комплексного использования новой технологии хирургического лечения в сочетании с лимфотропной методикой введения антибактериальных препаратов и проведения лимфостимулирующей терапии, выражающиеся в сокращении сроков послеоперационного лечения и уменьшения числа осложнений у пациентов с острым парапроктитом.

Рекомендации по использованию: Разработанные эффективная оптимизированная система лечения больных с острым парапроктитом и клинико-лабораторные критерии его диагностики рекомендованы для практического здравоохранения и внедрены в лечебно-профилактических учреждениях г. Ош, г. Бишкек, г. Новосибирск.

Область применения: хирургия, колопроктология.

SUMMARY

to dissertation thesis of Madaminov Abdumutalib Mominovich "Optimization-of surgical treatment of the acute paraproctitis with the use of sorption and lymphogenic technologies" submitted for Doctor's degree in Medicine on the major 14.00.27 - Surgery

Key words: acute paraproctitis, sorption and lymphogenic technologies, CYMC - 1 M, Lydaza, recidivation, insufficiency of sphincter ani, rectal fistula,

Object of research: 499 patients with acute paraproctitis.

Purpose of research: improvement of treatment results of patient with acute paraproctitis through application of the optimized surgical intervention and also sorption and lymphogenic technologies in the post-operative period.

Research methods: general clinical, special, laboratory, statistical.

Obtained results and their novelty: For the first time it was developed the method of radical surgical treatment of the acute paraproctitis, including the dissection of abscess through the lumen of rectum with simultaneous liquidation of its inter opening, dissection of pyo-necrotic tissues and partial wound-rhaphy. The exposed sanating (curing) and anti-inflammatory action of the combined sorption preparation CYMC-1M in treatment of the patients with acute paraproctitis is confirmed clinically. The use of the regional lymphotropic antibacterial therapy in the complex treatment of patients with acute paraproctitis is the efficient method for lowering of bacterial dissemination of post-operated wound. The anti-inflammatory and analgesic effect of limpho-stimulating therapy in treatment of the acute paraproctitis is revealed. The work proves the truth worthy advantages of the surgical treatment new technology complex use in combination with lymphotropic methods of antibacterial medicines injection and carrying out of lymphostimulating therapy, which is clearly exposed in the reduction of the post-operative treatment period and decrease of complications number in treatment of the patients with acute paraproctite.

Recommendations for use: The developed efficient optimized system for treatment of patients with acute paraproctite and clinical-laboratory criteria of its diagnosis are recommended for practical public health and introduced at the medical-prophylactic institutions of the cities of Osh, Bishkek and Novosibirsk.

Field of application: Surgery, coloproctology,

14.00.27 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору окумуштуу наамын изденип – алууга «Сорбциондук жана лимфогендик технологияларды колдонуу аркалуу курч парапроктитти хирургиялык жол менен дарылоону оптималдаштыруу» деген Мадаминов Абдумуталиб Моминовичтин диссертациясынын

КОРУТУНДУСЫ

Өзөктүү сөздөр: курч парапроктит, сорбциондук жана лимфогендик технологиялар, СУМС – 1М, лидаза, оорунун кайталанышы, аналдык сфинктердин жетишсиздиги, түз ичегинин свищи.

Изилдүүн объекти: курч парапроктити бар 499 ооруну адам.

Изилдөөнүн максаты: оперативдик кийлигишүүнүн оптималдашкан методун, ошондой эле операциядан кийинки мезгилде сорбциондук жана лимфогендик технологияларды колдонуу жолу менен курч парапроктитти бар оруулууларды дарылоо жыйынтыктарын жакшыртуу.

Изилдөөнүн методдору: жалпы клиникалык, атайын, лаборатордук, статистикалык.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы: Курч парапроктитти радикалдык хирургиялык жол менен дарылоонун ыкмасы биринчи жолу иштелип чыкты. Ал түз ичегинин ачык жеринен абсцессти кесүү менен ошол эле маалда анын ички көзөнөгүн жоюуну, ирин – некротикалык ткандарды кесип – алууну жана жараны жарым – жартылай тигүүнү камтыйт. Курч парапроктити бар оорунуларды дарылоодо СУМС – 1М комбинирленген сорбциондук препараттын санирлөө жана ырбап кетүүгө каршы айкын таасири клиникалык жактан далилденген. Курч парапроктити бар оорунуларды дарылоонун комплекстин программасында регионардык лимфотроптук бактерияларга каршы терапияны колдонуу операциядан кийинки жарага бактериялык уруктардын түшүүсүн азайтууга эффективдүү ыкма болуп саналат. Курч парапроктитти дарылоодо лимфалик дем берүүчү терапиянын ырбап кетүүгө каршы жана орутпай турган эффектиси белгиленген. Курч парапроктити бар пациенттердин операциядан кийинки дарылануу мезгилин кыскартууда жана татаалдашып кетүүнүн санын азайтууда болгон бактерияларга каршы препараттарды киргизүүнүн жана лимфодем берүү терапиясын жүргүзүүнүн лимфотроп методикасы менен айкалышкан хирургиялык дарылоонун жаңы технологиянын комплекстик колдонуунун жүйөлүү артыкчылыктары далилденген.

Пайдалануу боюнча сунуштар (рекомендациялар): Курч парапроктити бар оорунуларды дарылоонун иштелип чыккан эффективдүү оптималдашкан системасы жана анын диагностикасынын клиникалык – лабораториялык критерийлери практикалык саламаттык сактоо үчүн сунушталган жана Ош, Бишкек, Новосибирск шаарларынын дарылоо – профилактикалык мекемелеринде ишке киргизилген.

Колдонуу жааты: хирургия, колопроктология