

На правах рукописи

**ДАВЛАТОВ
ДЖАМШЕД ДЖУРАХОНОВИЧ**

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОСТРОГО РЕТРОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА**

3.1.9. Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Душанбе 2022

Работа выполнена на кафедре общей хирургии №1 им. профессора Каххарова А.Н. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Научный руководитель: **Мухаббатов Джиёнхон Курбонович** - доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Сергацкий Константин Игоревич** - доктор медицинских наук, профессор кафедры «Хирургия» Медицинского института Пензенского государственного университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кахарова Раъно Абдурауфовна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой колопроктологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится « _____ » _____ 2022 г. в _____ часов, на заседании диссертационного совета 73.2.009.01 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» (734003, г Душанбе, пр. Рудаки, 139).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» (<https://www.tajmedun.tj>)

Автореферат разослан « _____ » _____ 2022 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета
д.м.н., доцент**

Ш.К. Назаров

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Парапроктит относится к одним из самых распространённых проктологических заболеваний, в структуре которых он, по своей частоте, уступает место только геморрою, анальным трещинам и колитам, а в общей структуре, среди urgentных проктологических заболеваний, парапроктит находится на лидирующей позиции [Ан, В.К. и соавт., 2003; Шелыгин Ю. А. и соавт., 2013; Жабина А. В. 2019]. Из литературных источников известно, что заболеваемость парапроктитом составляет около 0,5% всего населения, 0,5-4% среди пациентов с общехирургической патологией, 20-40% среди пациентов с заболеваниями прямой кишки [Болквадзе Э. Э. 2008; Лаврешин П. М. и соавт., 2017; Усман А. 2020].

Наиболее трудным в диагностике, и опасным по своим осложнениям и исходам, являются сложные формы гнойного парапроктита, к которым относятся: ишиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный парапроктит, частота которых, по данным В.И. Кузнецова, составляет 2,3-9,5% [Иоффе И. В. и соавт., 2012]. Среди сложных форм заболевания, ретроректальный острый парапроктит (ОРП) составляет от 2,8% до 16,6% случаев [Даценко А. Б. и соавт., 2011; Рустамов М. И. и соавт., 2016; Sahnun K. et al., 2017]. Известно, что единственным способом лечения ОРП является хирургический [Аминев А.М. 1973; Воробьев Г.И. 2008; Хитарьян А.Г. 2020; Kanstrup C. 2019]. Однако ОРП имеет свои особенности клинического проявления, диагностики и тактики лечения. По данным многих авторов, больные с ОРП обращаются в более поздние сроки заболевания или госпитализируются в хирургические стационары с разными диагнозами из-за трудности и сложности диагностики заболевания, в результате чего нередко присоединяется анаэробная инфекция и развиваются септические осложнения, частота которых составляет от 22 до 82% случаев с летальным исходом [Каххаров А.Н. 2011; Сергацкий К. И. 2020; Смолькина А. В. и соавт., 2020; Pehlivanlı F et al., 2019]. Однако в связи с топографо-анатомическими особенностями ректоректального пространства и возможностью присоединения анаэробной клостридиальной и несклостридиальной инфекций, поиск путей ранней диагностики заболевания имеет особую значимость.

Основные современные концепции принципов и тенденции хирургического лечения ОРП не меняются - сохранение мышечных структур анального сфинктера и уменьшение рецидива заболевания, изменяются лишь подходы [Костарев И.В. и соавт., 2019; Мусин А. И. 2019; Васильев С.В. 2020; Umoh N.J. et al., 2017]. Несмотря на повышение качества диагностики и тактики хирургического лечения острого парапроктита,

большинство из них, особенно с пельвиоректальным и ретроректальным парапроктитом, долгое время могут лечиться у урологов, гинекологов, невропатологов, терапевтов по поводу других заболеваний. Пациенты, придерживаясь такой тактики лечения острого парапроктита теряют много времени, что всё это приводит к прогрессированию заболевания, распространению процесса, ухудшению общего состояния пациентов. И впоследствии, лечение таких больных в стационаре требует больше времени и средств [Тимербулатов В.М. и соавт., 2007; 2012; Покровский К. А. 2017; Борота А.В. 2020; Siddiqui M.R. et al.].

В связи с этим, сочетание выбора операционного доступа в зависимости от топографо-анатомических особенностей расположения гнойного очага в ретроректальном пространстве и возможностей диагностических технологий является перспективным направлением в лечении острого ретроректального парапроктита.

Цель исследования: улучшение ближайших результатов хирургического лечения больных с острым ретроректальным парапроктитом.

Задачи исследования:

1. Изучить причины развития осложнений после традиционных хирургических вмешательств у больных с острым ретроректальным парапроктитом;
2. Изучить значимость клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования при ранней диагностике больных с острым ретроректальным парапроктитом;
3. Разработать алгоритм диагностики и выбора тактики хирургического вмешательства при остром ретроректальном парапроктите;
4. Изучить ближайшие результаты хирургического лечения острого ретроректального парапроктита.

Научная новизна работы

Изучены причины послеоперационных осложнений больных с ОРП и установлена их зависимость от поздней диагностики и тактико-технических погрешностей во время выполнения радикальных оперативных вмешательств, обусловленных топографо-анатомическими особенностями РП.

Установлено, что местные и общие клинические проявления различных клинических форм ОРП зависят от объёма и локализации гнойной полости в этажах РП, а также от вида вызываемой инфекции.

Обоснована целесообразность использования современных методов исследования (УЗИ, МРТ) для определения объёма и локализации гнойной полости в этажах РП и разработана клиническая классификация форм ОРП.

Обоснована целесообразность использования МРТ органов малого таза при рецидивных формах ОРП как для определения объёма и локализации гнойной полости в этажах РП, так и для выбора тактики лечения и прогноза функциональных изменений мышц тазового дна.

Обоснован дифференциальный подход к выбору метода хирургического лечения у больных с ОРП.

Разработаны объективные критерии эффективности проводимого хирургического лечения и мониторинга развития ранних послеоперационных осложнений у больных с ОРП.

Практическая значимость работы

Разработан алгоритм диагностики и тактики хирургического лечения при ОРП.

Разработана клиническая классификация форм ОРП.

Применение УЗИ и МРТ позволит дифференцировать клинические формы ОРП.

Дифференцированный подход к методам хирургического лечения в зависимости от локализации гнойника, расположения копчиковой кости позволит уменьшить количество осложнений.

Использование УЗИ и определение СРБ в крови в мониторинге послеоперационного ведения больных ОРП позволят своевременно прогнозировать гнойное воспалительное осложнение.

Усовершенствованный способ хирургического лечения больных позволит снизить ранние послеоперационные осложнения и сократить сроки стационарного лечения.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Причинами, способствующими развитию осложнений ОРП, являются поздняя диагностика и тактико-технические погрешности во время выполнения радикальных хирургических вмешательств, обусловленные топографо-анатомическими особенностями РП.
2. Ранняя и дифференциальная диагностика клинических форм ОРП зависят от информативности и специфичности клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.
3. Дифференцированный подход к хирургическому лечению больных с ОРП с учетом клинических форм заболевания способствует улучшению ближайших результатов лечения.

Личный вклад диссертанта при исследованиях

Автором лично изучен и проанализирован большой объём литературных источников, проведен ретроспективный анализ оперированных больных по теме диссертационной работы. Автором лично обследованы больные, разработана медицинская документация, проведены статическая

обработка и анализ клинического материала, заполнены индивидуальные карты обследования пациентов, проведены лабораторные и инструментальные методы исследования. Автор лично принимал активное участие в проведении УЗИ и хирургического лечения пациентов с острым ретро-ректальным парапроктитом.

Апробация работы. Основные разделы диссертационной работы доложены и обсуждены на: заседании межкафедральной проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (19.03.2018г, протокол №2), на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Российский колопроктологический форум» (10-12 октября 2019г), на научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе (2018, 2019, 2020, 2021), на годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе (2020, 2021г).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования и разработки диссертации внедрены в практическую деятельность Государственного учреждения «Городской медицинский центр №2. им. академика К.Т. Таджиева», г. Душанбе.

Основные положения работы внедрены в учебный процесс кафедры общей хирургии №1 им. профессора Каххарова А.Н. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Публикации. По материалам диссертационной работы опубликованы 23 научных работы, 11 тезисов, 12 статей, в том числе 4 - в журналах, рекомендуемых ВАК Министерства науки и высшего образования РФ. Получены 5 удостоверений на рационализаторские предложения и 1 патент.

Объём и структура диссертации: Диссертация изложена на 142 страницах компьютерного текста и включает 24 таблицы, 33 рисунка. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. В список литературы включены 202 источника, в том числе - 116 отечественных, 86 - иностранных. В качестве иллюстраций приводятся и клинические наблюдения.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В основу настоящего исследования положен опыт комплексной диагностики и хирургического лечения 117 больных ОРП, оперированных на кафедре общей хирургии №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», на базе ГУ «Городской медицинской центр №2 им. академика К.Т. Таджиева» г. Душанбе за период 2015-2021 гг. В зависимости от периода и объёма проведения лечеб-

но-диагностической помощи больные были распределены на две группы. В контрольную группу (ретроспективный анализ) вошли 48 пациентов, которым выполнено хирургическое лечение традиционным способом. Основную группу составили 69 пациентов. Для диагностики и хирургического лечения применяли разработанные методы лабораторных и инструментальных методов исследования, а также усовершенствованные хирургические методы лечения.

Возраст наблюдаемых нами больных был от 18 до 83 лет. Среди наблюдавшихся пациентов основной и контрольной группы мужчин было 94 (80,3%), женщин 23(19,7%), что соответствует соотношению 4,1:1. Заболевание чаще возникает у лиц наиболее трудоспособного возраста от 23 до 60 лет, которые составили 84,6% случаев. Возрастная структура пациентов молодого и среднего возрастов составила 87,2%.

Среди исследуемых больных был диагностирован первичный ОРП в 86(73,5%) случаях, лишь в 31(26,5%) случае встречался рецидивирующий ОРП.

Госпитализация больных с ОРП для оказания экстренной медицинской помощи в отделение колопроктологии ГУ ГМЦ №2 происходила в нескольких направлениях. Из 117 пациентов с ОРП, 50,4% были доставлены бригадой скорой медицинской помощи из дома и различных медицинских учреждений. 23,9% были направлены врачами поликлиник и 3,4%- составили исследуемые, находившиеся по поводу других патологий. Только 22,3% пациентов самостоятельно обратились в приёмный покой ГУ ГМЦ №2.

В 13,7% наблюдений у пациентов с ОРП были выявлены сопутствующие заболевания со стороны анального канала. Среди них, чаще всего встречается хронический геморрой, который составляет 5,1%, и острый геморрой - 3,4% случаев. У 4,3% больных выявлена анальная трещина.

Для диагностики больных ОРП проводили клинико-лабораторные и биохимические исследования крови. Из лабораторных методов исследования всем больным было проведено исследование общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимический анализ крови, исследование свертывающей системы крови по общепринятым методикам. Определяли группу крови и резус фактор, а также исследование крови на RW, наличие антител на вирусы гепатита В и С, ВИЧ-антитела. Также проводилось бактериологическое исследование гнойного содержимого.

Для оценки выраженности синдрома интоксикации у пациентов с ОРП определяли показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), гематогенный показатель интоксикации (ГПИ), уровень С-реактивного белка (СРБ) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке крови.

С целью топической диагностики параректального абсцесса у больных с ОРП и для оценки точной локализации, размеров, глубины расположения гнойной полости от кожных покровов, степени вовлечённости патологического процесса в стенках прямой кишки и наружного сфинктера, наличия дополнительного хода и гнойного затёка 86 (73,5%) исследуемым проводилось УЗИ с ректальным и(или) линейным датчиками.

С целью уточнения расположения и формы копчиковой кости, 55 (79,7%) больным проводилась рентгенография крестцово-копчикового отдела позвоночника в двух проекциях.

У 16 (23,2%) больных основной группы с рецидивирующим ОРП (в сложных клинических случаях) проводили МРТ органов малого таза.

СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

С учетом топографо-анатомических особенностей РП, данных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования нами была разработана клиническая классификация форм ОРП: низкая, средняя, высокая и недифференцированная (рац. предложение №3451/R702 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 10.06.2019).

Анализ основных жалобы больных показал, что при низкой форме ОРП в 100 % случаев пациенты жаловались на наличие болевого синдрома вокруг анального канала, в основном по задней стенке, что было связано с расположением гнойника, а также наличием огромного количества нервных окончаний. В 62,5% случаев из-за сильной и ноющей боли отмечалось нарушение сна. При средней форме данного заболевания у 81,8% пациентов были жалобы на наличие сильной и пульсирующей боли. В 68,2% случаев больные со средней формой ОРП, кроме болевого синдрома, жаловались на чувство тяжести в области анального канала.

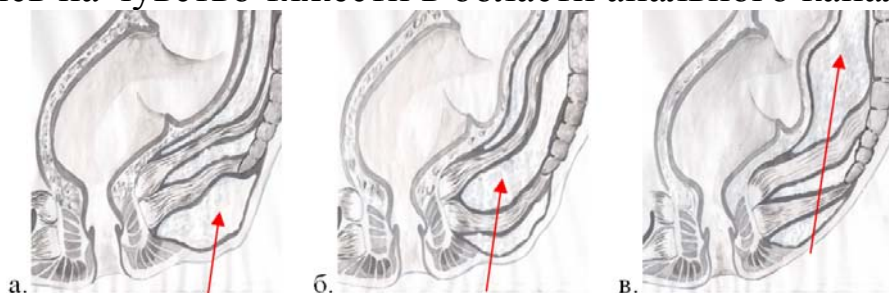


Рисунок 1. - Формы ретроректального парапроктита (а. низкая, б. средняя, в. высокая)

Болезненность в области анального канала встречается при всех формах ОРП, кроме высокой, так как гнойная полость располагается выше мышц, поднимающих задний проход. При ОРП в зависимости от клинических форм, иррадиация и характер болевого синдрома разные. При низкой и средней форме ОРП без распространения в другие пространства, боли локализуются вокруг анального канала. В начальных стадиях забо-

левания, боль носит умеренный ноющий характер. Со временем боли становились более интенсивными. При высокой форме боль иррадирует в промежность, половые органы и поясничный отдел. Недифференцированная форма является осложнением одной из форм ОРП. Вначале отмечается локализованная местная боль, с последующей иррадиацией в другие отделы. При высокой и недифференцированной формах заболевания, боли усиливаются при ходьбе и сидении.

У 31,8% пациентов отмечалось повышение температуры тела. При высоких формах ОРП у 68% пациентов наблюдалось повышение температуры от 37,8 до 40⁰С, а также в 60% случаев был озноб. В 88% случаев были жалобы на наличие чувства тяжести в области анального канала. В 64% больные жаловались на снижение или отсутствие аппетита, а также из-за наличия гнойной интоксикации у 48 % пациентов отмечалось снижение трудоспособности. Почти в 100% случаев с недифференцированной формой ОРП имелись вышеперечисленные жалобы.

Нами были изучены сроки госпитализации пациентов в зависимости от клинических форм ОРП. Следует отметить, что пациенты с низкой формой ОРП в 11 (68,7%) случаях госпитализируются в ранние сроки, до 3 суток. Больные со средней формой ОРП в 13 (59,1%) случаях поступили в стационар от 3 до 6 суток. 16 (64,0%) пациентов с высокой формой ОРП от 7 до 9 суток и в 5 (20%) случаях поступили в стационар на 10 сутки и более. 5 (83,3%) пациентов с недифференцированной формой ОРП были госпитализированы на 10 сутки и более.

Всем пациентам для установления диагноза проводился осмотр перианальной области. Сравнительные характерные местные изменения в перианальной области в зависимости от формы ОРП приведены в таблице 1.

Таблица 1. - Местные признаки ОРП(п-69)

Симптомы ОРП	Форма ОРП				P
	низкая (п-16)	средняя (п-22)	высокая (п-25)	недиф-ая (п-6)	
Гиперемия кожи	16 (100,0%)	3 (13,6%)	-	6 (100,0%)	<0,001
Припухлость в пораженной части	16 (100,0%)	3 (13,6%)	-	6 (100,0%)	<0,001
Болезненность	16 (100,0%)	20 (90,9%)	7 (28,0%)	6 (100,0%)	<0,001
Местная температура	16 (100,0%)	8 (36,4%)	-	6 (100,0%)	<0,001
Флюктуация	16 (100,0%)	5 (22,7%)	-	6 (100,0%)	<0,001
Наличие крепитации	-	-	-	3 (50,0%)	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между формами ОРП (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

Припухлость, гиперемия и инфильтрация в перианальной области определяли у 100% пациентов с низкой и недифференцированной формами ОРП. При средней форме ОРП припухлость в области анального канала установлена только в 13,6% случаев. Также, в 13,6% случаев выявлена гиперемия. При высокой форме ОРП, где гнойный процесс локализуется в верхнем этаже РП, эти изменения не выявляются. Во время пальпации при высокой форме ОРП флюктуация и местная температура не отмечаются. Такие изменения при недифференцированной форме определялись у 100% пациентов.

При пальпации перианальной области у 100 % пациентов с низкой и недифференцированной формами ОРП отмечалась сильная болезненность. Также у 90,9% больных при средней форме ОРП выявлялась сильная болезненность. При высокой форме во время глубокой пальпации только у 28% пациентов отмечалась болезненность по задней стенке анального канала.

Местные изменения признаков воспаления и клиническая симптоматика при ОРП зависит от их клинических форм. При низкой форме данного заболевания местные признаки воспаления появлялись с момента начала гнойного процесса. При средней форме ОРП гнойный процесс располагается чуть глубже, чем при низкой форме и местные признаки воспаления встречались меньше. Когда гнойный процесс локализуется в верхнем этаже РП до перехода гнойного процесса в другие пространства, то при осмотре и пальпации перианальной области не определялись местные признаки воспаления. Недифференцированная форма ОРП является осложненной формой других форм ОРП. При такой форме заболевания во время осмотра определялись все признаки воспаления.

Нами были изучены часто встречаемые формы ОРП в зависимости от степени ожирения. В 25 (36,2%) случаях с ОРП выявлены различные степени ожирения. У 11(15,9%) пациентов выявлена I степень ожирения.

Изучение частоты развития клинической формы ОРП в зависимости от типа телосложения показывает, что наиболее часто встречается у лиц с брахиморфным типом телосложения и составляет 49,3%, пациенты с мезоморфным типом телосложения составляют 37,7%.

Была изучена частота развития заболевания в зависимости от формы и расположения копчиковой кости, а также для правильного выбора доступа и тактики дренирования ретроректального пространства. 55 (79,7) пациентам провели рентгенографию крестцово-копчикового отдела позвоночника в двух проекциях.

В 29 (52,7%) случаях выявлено нормальное расположение копчиковой кости. В 12 (21,8%) – крючкообразное и в 14 (25,5%) – прямое. Низ-

кие и средние формы ОРП часто встречались у больных с нормальным и прямым расположением копчиковой кости, а высокая – в основном с крючкообразным расположением. В большинстве случаев крючкообразное расположение копчиковой кости определялось у лиц с телосложением долихоморфного типа. Необходимо отметить, что независимо от расположения и формы копчиковой кости, затруднения в диагностике ОРП возникали среди больных, страдающих ожирением.

Показатели уровня лейкоцитов крови при высокой форме составили $10,9 \pm 0,5$, а при недифференцированной форме ОРП – $12,9 \pm 1,1$. При этом наблюдались некоторые изменения со стороны СОЭ, что чаще было характерно при высокой и недифференцированной формах. Результаты исследования общего анализа крови у больных в зависимости от клинических форм ОРП, показали значительные сдвиги у пациентов с высокой и недифференцированной формами.

Повышение уровня СРБ в крови оказалось одним из основных лабораторных критериев наличия гнойно-воспалительного процесса. Проведённые исследования СРБ в плазме крови показали, что у всех исследованных больных уровень СРБ выше нормы (0-3 мг/л). Наиболее высокий показатель СРБ выявлен при недифференцированной форме ОРП $101,4 \pm 12,1$ и при высокой форме ОРП составил $92,1 \pm 6,7$.

Следует отметить, что у больных с высокой и недифференцированной формами ОРП, наблюдалось значительное повышение показателей эндотоксемии, что указывало на прогрессирование заболевания.

Из таблицы 2 следует, что показатели эндотоксемии у больных с высоким и недифференцированными формами ОРП по сравнению с низкой и средней формами, в значительной степени увеличены. Так, показатели ЛИИ при высокой форме достигли до $7,1 \pm 0,8$, а при недифференцированной - до $10,3 \pm 2,8$. ГПИ при высокой форме составил до $16,9 \pm 1,7$, а при недифференцированной форме - до $30,9 \pm 4,6$. Видимо, это связано с давностью заболевания, т.е. из-за позднего обращения больных к специалисту.

Таблица 2. - Показатели эндотоксемии при ОРП

Показатель	Форма ОРП				Критерий Крускала-Уоллиса
	низкая (n-16)	средняя (n-22)	высокая (n-25)	недиф-ая (n-6)	
ЛИИ	$6,4 \pm 1,0$	$7,1 \pm 0,8$	$10,4 \pm 2,4$	$10,3 \pm 2,8$	$>0,05$
ГПИ	$11,1 \pm 2,2$	$12,9 \pm 2,3$ $p_1 > 0,05$	$16,9 \pm 1,7$ $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,01$	$30,9 \pm 4,6$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,01$ $p_3 > 0,05$	$<0,05$
ИЛ-6, пг/мл	$7,6 \pm 0,6$	$7,2 \pm 0,6$	$7,0 \pm 0,6$	$9,8 \pm 1,8$	$>0,05$

Примечание. p_1 — статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми при низкой форме ОРП; p_2 — по сравнению с таковыми при средней форме ОРП, p_3 — по сравнению с таковыми при высокой форме ОРП (по U-критерию Манна—Уитни)

Для уточнения и локализации гнойной полости в зависимости от этажа РП 61 (88,4%) пациенту проводили УЗИ, и в 57 (93,4%) случаях полученные результаты соответствовали интраоперационной находке.

В ходе исследования с помощью УЗИ установлено, что в 17 (24,6%) случаях больных, у которых гнойная полость расположена около или в толще волокон анального сфинктера выглядит более гиперэхогенной, чем нормальные ткани сфинктера и такие изменения нами названы реактивный сфинктерит - РС (рац. предложение № 3623/R77, выданное ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» от 14.11.2020 г).

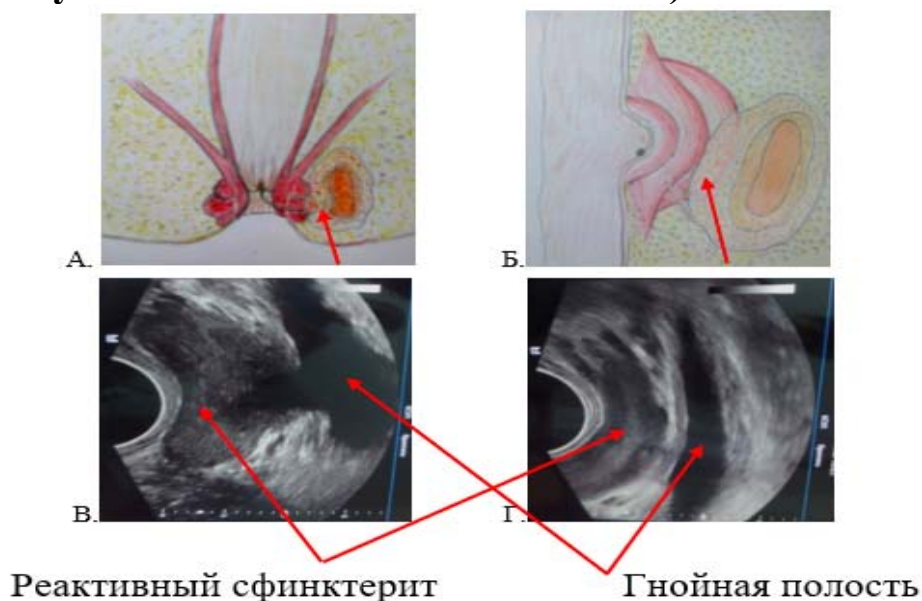


Рисунок 2. - А. Схематическое изображение фронтального разреза промежности. Б. Схематическое изображение сагитально-фронтального разреза промежности. В, Г. Картинка ТРУЗИ реактивного сфинктерита у больных с острым парапроктитом

В сложных клинических случаях, пациентам при рецидивирующей и высокой формах ОРП, было проведено МРТ исследование органов малого таза. Данный метод дало достоверную информацию о расположении гнойного содержимого, а также наличие гнойного хода по отношению к анальному сфинктеру и структурные изменения мышц запирающего аппарата прямой кишки в виде РС. Установлено, что у 8 (11,5%) больных с рецидивирующей формой ОРП остаточная гнойная полость параректальной области способствовала местным структурным изменениям мышц анального сфинктера в виде РС. Данное явление не удается ликвидировать во время операции по поводу острого парапроктита и лишь является предпосылкой развития пектенроза анального сфинктера в отдаленном послеоперационном периоде.

На основании проведенных комплексных клинико-лабораторных и инструментальных исследований разработан алгоритм диагностики и

тактики хирургического лечения при ОРП (рац. предл. № 3471/R959, выданное ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» от 17.05.2022 г.).

Всем 117 пациентам с ОРП в экстренном порядке проведено хирургическое вмешательство. Пациентам контрольной группы с ОРП производили традиционные способы хирургического вмешательства.

В основной группе выбор объема оперативного вмешательства зависел от следующих факторов: локализации и объема гнойной полости с учетом расположения в этажах РП, степени ожирения, формы копчиковой кости и наличия инфекции. Также с целью интраоперационной профилактики повреждения сосудисто-нервного пучка, мышц анального сфинктера, анальной копчиковой связки и повреждения копчиковой кости, усовершенствованы доступ и разрезы для вскрытия ОРП (рац. предложение № 3418/R409, выданное ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» от 20.04.2021г).

У 14 (87,5%) пациентов с низкой формой ОРП обнаружено внутреннее отверстие и им производили радиарный разрез по срединной линии заднего анального канала длиной от 2,0 до 3,0 см по ходу анально - копчиковой связки, затем с помощью желобоватого зонда определили внутреннее отверстие первичного гнойного хода. В 12-ти случаях первичный гнойный ход был интрасфинктерным и в 2-х случаях - низким трансфинктерным.

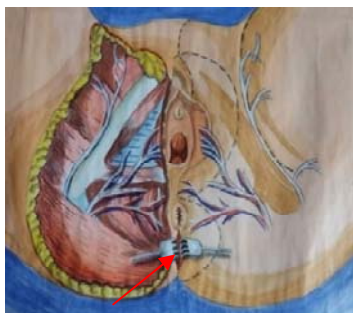


Рисунок 3. - Доступ и разрез при низкой форме ОРП

Из 22 пациентов со средней формой ОРП, у 17 (77,3%) найдено внутреннее отверстие первичного гнойного хода. Далее по разработанной методике справа или слева от анально – копчиковой связки проводился радиарный разрез длиной от 2,5 до 4,0 см.

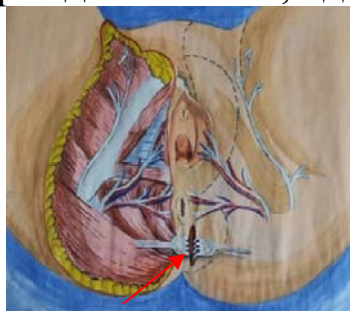


Рисунок 4. - Доступ и разрез при средней форме ОРП

У 4-х больных выявлено, что первичный гнойный ход находился интрасфинктерно и у 3 пациентов низкий трансфинктерный, и у 5-ти

исследуемых со средним трансфинктерным расположением. Всем этим больным проводилась одноэтапная первичная радикальная операция. У 3-х пациентов первичный гнойный ход располагался высоко трансфинктерно и в 2-х случаях - экстрасфинктерно. Этим пациентам проводилось вскрытие гнойника с проведением дренирующей лигатуры через внутреннее отверстие первичного гнойного хода.

В 3-х случаях после уточнения локализации гнойной полости под контролем УЗИ в положении Тренделенбурга под местным обезболиванием пунктировали иглой и установили дренажную трубку размером 15-16 мм по Редону. После эвакуации гнойного содержимого, гнойная полость была промыта антисептическим раствором, дренажная трубка присоединена к гармошке или груше с целью создания отрицательного давления. В зависимости от объёма гнойной полости в течение 5 - 7 дней дренажная трубка промывалась два раза в день антисептическим раствором до очищения от гнойного содержимого (**рац. предложение №3409/R400. 19.01.2021. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 19.01.2021г**). Дренажную трубку удалили после восстановления клинических, лабораторных и инструментальных показателей (в динамике) в послеоперационном периоде.

Из 25-ти пациентов с высокой формой ОРП нам удалось найти внутреннее отверстие у 16-ти (64,0%). У остальных 9-ти (36,0%) больных не представилось возможным выявить внутреннее отверстие.



Рисунок 5. - Доступ и разрез при высокой форме ОРП

Всем пациентам, у которых выявлено внутреннее отверстие при высокой форме ОРП, по разработанной нами методике, был сделан полуовальный разрез справа или слева по задней стенке анального канала до анально - копчиковой связки, отступая 2,5-3,0см от анального канала длиной от 3 до 6см (Рисунок 5).

Установлено, что у 7-ми пациентов уровень гнойного хода идёт высоко трансфинктерно и у 9-ти больных - экстрасфинктерно. Этой группе больных выполнялись дренирующие лигатуры через поражённую крипту.

В 3-х случаях гнойный процесс не распространялся в другие пространства и во время пункции выявлено наличие банальной формы парапроктита с нормальным расположением копчиковой кости. Поэтому под

контролем УЗИ поставлен активный дренаж гнойной полости с промыванием антисептическим раствором.

У пациентов с недифференцированными формами ОРП по данным УЗИ и МРТ до операции было обнаружено, что гнойная полость охватила все этажи РП, а также в 2-х случаях отмечалось распространение в ишио-ректальное пространство справа и слева в виде подковообразного ОП. У 4-х пациентов гнойный процесс распространился в пельвиоректальное пространство (в 3-х случаях справа и 1-ом слева). Из этой группы в 4-х случаях ощущался гнилостный запах и во время пальпации отмечались признаки крепитации. На УЗИ и R-графии крестцового и копчикового отделов позвоночника выявлено, что у данных больных имеются газовые пузырьки в параректальной клетчатке и крючкообразная копчиковая кость. У 3-х пациентов отмечалось ожирение и у 4-х - гиперстенический тип телосложения. Также среди этих исследуемых в 4-х случаях выявлены больные с сопутствующим сахарным диабетом II типа.

Пациентам, которым проводились дренирующие лигатуры, после снятия воспалительного процесса, уменьшение объема гнойной полости, а также нормализация показателей клинических, лабораторных и инструментальных исследований, проводилось отсроченное двухэтапное хирургическое вмешательство по разработанным нами методикам.

В послеоперационном периоде в 2 случаях отмечалось осложнение в виде ретракции низведенного лоскута и этим пациентам в плановом порядке после формирования нормального свищевого хода производилось иссечение свищей.

Способы дренирования гнойной полости при ОРП в сравнительных группах приведены в таблице 3.

Таблица 3. - Способы дренирования гнойной полости (n- 117)

Виды дренирования	Контрольная группа (n-48)		Основная группа (n-69)	
	Абс.	%	Абс.	%
Пассивное (силиконовая трубка+резиновая перчатка)	41	85.4	37	53.6
Активное (силиконовая трубка)	-	-	21	30.5
Проточное-промывное (силиконовая трубка+резиновая перчатка)	7	14.6	11	15.9
Всего	48	100	69	100

Дренирование гнойной полости традиционным способом в контрольной группе больных проведено в 85,4% случаев. Учитывая топографические особенности ретроректального пространства, в основной группе больных под контролем УЗИ в 30,5% случаев удалось выполнить активное дренирование гнойной полости. В остальных 53,6% и 15,9% случаев,

соответственно, использовали пассивное и проточно – промывное дренирование гнойной полости.

Из 69-ти пациентов в основной группе, 56 (81,2%) пациентам после пункции гнойного содержимого во время операции с целью определения микробного пейзажа в зависимости от клинических форм ОРП и чувствительности к антибиотикам провели бактериологическое исследование.

Результаты исследования бактериальных посевов больных с ОРП показали, что в большинстве случаев встречается не монокультура, а смешанная микробная флора. При всех формах ОРП, особенно при низкой и средней, чаще встречалась аэробная инфекция, в основном *E. Coli* (71,4%), и *St. Aureus* (69,6%). Анаэробная неклостридиальная инфекция выявлена у 19,6% больных и анаэробная клостридиальная – у 3,6% пациентов со средней и высокой формы ОРП.

После получения результатов бактериограммы из гнойной полости разных этажей РП, определялась чувствительность микроорганизмов к антибиотикам.

Показатели СРБ в раннем послеоперационном периоде оставались наиболее высокими в группах пациентов с высокой и недифференцированной формами ОРП, которые к третьим суткам после операции снизились до $47,4 \pm 5,1$ и $58,6 \pm 7,4$, соответственно, а к пятым суткам послеоперационного периода они снизились до $29,1 \pm 4,2$ и $37,3 \pm 5,1$, соответственно. На 3-и сутки послеоперационного периода показатели уровня лейкоцитов крови при высокой форме снизились относительно исходных значений до $8,4 \pm 0,4$, а при недифференцированной форме ОРП – до $9,3 \pm 0,9$, а на 5-е сутки послеоперационного периода они составили $4,2 \pm 0,4$ и $6,1 \pm 0,5$, соответственно. Также отмечалось снижение и показателей СОЭ, которые при этом оставались наиболее высокими в группах пациентов с высокой и недифференцированной формами патологии и составили на 3-и сутки послеоперационного периода $21,5 \pm 2,0$ и $24,3 \pm 4,7$, соответственно, а на 5-е сутки послеоперационного периода они снизились до $11,7 \pm 1,7$ и $15,2 \pm 3,9$, соответственно.

Динамика изменения показателей эндотоксемии в раннем послеоперационном периоде в зависимости от формы ОРП приведена в таблице 4.

В раннем послеоперационном периоде статистически значимое снижение исследуемых показателей отмечалось к 5-м суткам послеоперационного периода. Так, показатели ЛИИ при высокой форме к этому периоду времени снизились до $6,1 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), а при недифференцированной до $6,3 \pm 0,9$. При высокой форме ОРП показатели ГПИ на 3-и сутки после операции снизились относительно исходных значений в среднем до $9,8 \pm 1,5$ ($p < 0,001$), а при недифференцированной форме до $17,3 \pm 3,1$. На 5-е

сутки после операции эти показатели снизились в среднем до $7,1 \pm 1,4$ ($p < 0,001$) и $10,4 \pm 2,6$ ($p < 0,05$), соответственно. Также показатели эндотоксемии в послеоперационном периоде оставались наиболее высокими у больных с высокой и недифференцированной формами ОРП.

Таблица 4. - Динамика изменения показателей эндотоксемии до и после операции (n=69)

Показатель		Форма ОРП			
		низкая (n=16)	средняя (n=22)	высокая (n=25)	недиффер-ая (n=6)
ЛИИ	до	$6,4 \pm 1,0$	$7,1 \pm 0,8$	$10,4 \pm 2,4$	$10,3 \pm 2,8$
	3 сутки п/о	$4,3 \pm 0,8$	$6,5 \pm 0,6$	$7,3 \pm 1,7$	$7,4 \pm 1,8$
	5 сутки п/о	$3,5 \pm 0,7^*$	$5,2 \pm 0,4^*$	$6,1 \pm 0,8^*$	$6,3 \pm 0,9$
	p	$< 0,05$	$< 0,05$	$< 0,05$	$> 0,05$
ГПИ	до	$11,1 \pm 2,2$	$12,9 \pm 2,3$	$16,9 \pm 1,7$	$30,9 \pm 4,6$
	3 сутки п/о	$8,4 \pm 1,7$	$8,7 \pm 1,9^*$	$9,8 \pm 1,5^{***}$	$17,3 \pm 3,1$
	5 сутки п/о	$5,3 \pm 1,2^*$	$6,6 \pm 1,3^{**}$	$7,1 \pm 1,4^{***}$	$10,4 \pm 2,6^*$
	p	$< 0,05$	$< 0,01$	$< 0,001$	$< 0,05$
ИЛ-6, пг/мл	до	$7,6 \pm 0,6$	$7,2 \pm 0,6$	$7,0 \pm 0,6$	$9,8 \pm 1,8$
	3 сутки п/о	$5,7 \pm 0,5^*$	$6,2 \pm 0,5$	$6,7 \pm 0,5$	$7,7 \pm 0,9$
	5 сутки п/о	$3,6 \pm 0,3^{***}$	$4,1 \pm 0,4^{***}$	$4,8 \pm 0,4^{***}$	$5,1 \pm 0,6$
	p	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$	$> 0,05$

Примечание: p — статистическая значимость различия показателей в динамике (по критерию Фридмана), * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ - при сравнении с таковыми до операции (по T-критерию Вилкоксона)

Сроки очищения раны от гнойно-некротических масс, прежде всего, зависят от формы ОРП, вида инфекции и наличия распространённости гнойного процесса в другие пространства. От 2 до 5 суток очищение раны в контрольной группе отмечены в 58,3% случаев и в 85,5% - в основной группе. В основной группе в наименее короткие сроки очищение ран отмечались у больных с низкой и средней формами заболевания, чем с высокой формой ОРП. У больных в контрольной группе сроки очищения ран продолжались до 7 суток наблюдения, что подтверждает длительное сохранение гнойной интоксикации и связано с использованием пассивного дренирования, остатками гнойных полостей и затёков после первой операции. Динамика очищения послеоперационных ран у 17 (24,6%) больных основной группы с высокой формой ОРП также была медленной и связана с тем, что не удалось провести некрэктомию. 4 пациентам были проведены многоэтапные операции в виде повторной некрэктомии под общим обезболиванием.

Образование грануляционной ткани в контрольной группе на 5 и 8 сутки было у 43,7% больных, а в основной группе отмечено в 79,5% случаев. Эпителизация ткани от 7 до 10 суток в контрольной группе выявля-

на только у 33,4%, а в основной группе отмечено - в 75,4%.

Проведённый анализ исследования показал выраженную положительную динамику гнойно-воспалительного процесса в основной группе больных. Процесс ускорения очищения ран от некротических масс и образования грануляционной ткани в основной группе больных было связано со своевременной диагностикой гнойной полости и затёков, правильной тактикой хирургического вмешательства и выбором активного дренирования гнойной полости. Эффективность активного дренирования заключалась в том, что под влиянием отрицательного давления снижается содержание избыточного экссудата, ускоряется пролиферация и очищение ткани от гнойного процесса.

При проведении корреляционного анализа было установлено наличие прямой зависимости сроков очищения раны, образования грануляций и эпителизации от формы ОРП (низкая, средняя, высокая и недифференцированная), а также от вида операции (одноэтапная, двухэтапная, многоэтапная), что наглядно представлено в таблице 5.

Таблица 5. - Характеристика корреляционных связей (коэффициенты корреляции Спирмена)

Параметр	Повреждение	Сроки очищения раны	Сроки образования грануляций	Сроки эпителизации
Форма ОРП	0,20	0,81*	0,61*	0,42*
Форма копчика	-0,01	-0,19	-0,08	-0,01
Вид дренирования	0,05	-0,40*	-0,29*	-0,33*
Вид операции	0,18	0,59*	0,39*	0,21

*Примечание: * статистически значимые значения ($p < 0,05$)*

У больных обеих групп в раннем послеоперационном периоде отмечалось развитие осложнений, основной причиной которых являлось повреждение мышечно-связочного аппарата (рассечение анального сфинктера и анокопчиковой связки) при проведении радикальных методов операции в острой фазе заболевания. Повреждения анальной копчиковой связки в основной группе не наблюдались, а в контрольной группе такие повреждения были отмечены в 8,3 % случаев.

Повреждения анального сфинктера в основной группе выявлены в 11,5 %, а в контрольной группе - 22,9 % случаев. Кроме того, неадекватное дренирование остаточной полости и ведение больных способствовали развитию рецидивных и резидуальных гнойных полостей в параректальной области. В контрольной группе на 3 -5 сутки после операции у 10,4 % пациентов отмечены симптомы общей интоксикации и местного распространения гнойного процесса в окружающую параректальную клетчатку. Причины были связаны с недиагностированной до операции и оставлением гнойных полостей и затёков во время первой операции - резидуальной гнойной полости. Рецидивная гнойная полость в контрольной - до 16,7 %.

Этим пациентам проведено повторное до вскрытие гнойных полостей и затёков.

С целью профилактики развития резидуальных и рецидивных гнойных полостей, в основной группе больных в раннем послеоперационном периоде под контролем УЗИ всем больным проведён мониторинг (динамика) изменения остаточной полости. В 6 случаях на 3 и 4 сутки послеоперационного периода была выявлена остаточная гнойная полость, которая после проведения консервативного лечения очистилась от гнойного процесса. Только у 2 (2,9%) пациентов установлен дополнительный гнойный затёк в виде резидуальной гнойной полости. Этим пациентам, повторно, под общим обезболиванием производилась операция - вскрытие гнойной полости с дренированием.

Таким образом, на основе изучения топографо-анатомических особенностей РП разработана клиническая классификация форм ОРП и с учетом полученных объективных показателей клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования разработан алгоритм диагностики и тактики лечения ОРП. Преимущество разработанной тактики лечения ОРП заключается в том, что комплексное применение методов профилактики в интра- и послеоперационном периодах, таких как усовершенствованный доступ и разрезы, этапности лечения и дренирование гнойной полости позволили снизить частоту ранних послеоперационных осложнений в основной группе на 8,7%.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное исследование показывает, что основными причинами развития осложнений в послеоперационном периоде являются поздняя диагностика, тактические и технические погрешности во время выполнения радикальных хирургических вмешательств, обусловленные топографо-анатомическими особенностями РП.
2. Для ранней диагностики ОРП и мониторинга течения послеоперационного периода важную роль играют клинические и лабораторные показатели, а для дифференциальной диагностики форм ОРП большое значение имеют УЗИ и МРТ, информативность которых составляет 87,3 и 96,7%, специфичность – 84,2% и 92,7%, а чувствительность – 86,1% и 95,4%, соответственно.
3. Разработанный алгоритм диагностики и тактики хирургического вмешательства у больных с ОРП позволяет выбрать наиболее эффективный метод оперативного вмешательства.
4. Применение дифференцированной хирургической тактики усовершенствования и послеоперационного ведения больных способствовало снижению частоты ранних послеоперационных осложнений: кровотечения

до 1,4%, образования резидуальных гнойных полостей до 2,9% и рецидивных гнойных полостей до 7,2%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для уточнения клинических форм ОРП необходимо тщательное изучение жалоб, анамнеза заболеваний и проведение лабораторных и современных инструментальных методов (УЗИ, МРТ) исследования.
2. Для верификации локализации и проекции гнойных полостей и затёков у больных с ОРП, а также проекции предполагаемой пораженной крипты, необходимо интраоперационно провести УЗИ.
3. Предложенный автором алгоритм диагностики и тактики хирургического лечения в зависимости от формы ОРП может быть рекомендован врачам - хирургам и проктологам для выбора наиболее оптимального метода хирургического вмешательства.
4. В ходе оперативного вмешательства для профилактики повреждения сосудисто-нервного пучка, мышечно- связочного аппарата и копчиковой кости, необходимо оценить и учитывать топографо – анатомические особенности РП.
5. Учитывая объем и локализацию гнойной полости в этажах РП и виды инфекции, необходимо применение активного дренирования под контролем УЗИ.
6. Пациентам с высоким и недифференцированным формами ОРП, а также с неспецифическими инфекциями целесообразно проводить поэтапное вмешательство.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Давлатов, Дж. Дж. Частота встречаемости ретроректального парапроктита/ Дж.Дж. Давлатов., Б.М. Хамроев., С.Н. Касиров // Материалы XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел». Душанбе - 2018. -С. 161.
2. Давлатов, Дж. Дж. Ранняя диагностика местных осложнений у больных с острым паропроктитом / Дж.К. Мухаббатов., Дж.Дж Давлатов., Б.М. Хамроев // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе - 2019. – С. 161.
3. Давлатов, Дж. Дж. Клиника и диагностика острого ректоректального парапроктита / Дж.К. Мухаббатов., Дж.Дж Давлатов., Б.М. Хамроев // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Душанбе - 2019. – С. 162.

4. Давлатов, Дж. Дж. Классификация острого ретроректального парапроктита / Дж.К. Мухаббатов., Дж.Дж Давлатов., Б.М. Хамроев // Материалы Всероссийской научно-проктической конференции с международным участием «Российский колопроктологический форум» Журнал Колопроктология.-2019(приложение).-№2.-Т-18.- С. 38.
5. Давлатов, Дж. Дж. Осложнения острого ретроректального парапроктита / Дж.Дж Давлатов., Г.Х. Хайрова., К.Ю. Обиджони // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» Душанбе - 2020. – С. 142.
6. Давлатов, Дж. Дж. Возможности стационар замещающего лечения острого ретроректального парапроктита / Дж.Дж. Давлатов., А.С. Мирзоев., М.Б. Аннаев // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе - 2020. - С. 142.
7. Давлатов, Дж. Дж. Частота встречаемости острого ретроректального парапроктита, в зависимости от возраста и пола / Дж.Дж. Давлатов., Ш.А. Каримов., М.Б. Аннаев // XVI научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им.Абуали ибни Сино”, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе - 2020. – С. 49.
8. Давлатов, Дж. Дж. Конституционные особенности острого ретроректального парапроктита / Дж.Дж. Давлатов., Б.М. Хамроев., А.Дж. Мухаббатов // XVI научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им.Абуали ибни Сино”, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе - 2020. – С. 49.
9. Давлатов, Дж. Дж. Микробный пейзаж при остром ретроректальном парапроктите / Дж.Дж. Давлатов., Ф.Х. Нозимов., Г.Х. Хайрова // XVI научно-практическая конференция молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им.Абуали ибни Сино”, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе - 2020. – С. 151.
10. Давлатов, Дж. Дж. Способ послеоперационного ведения больных с острым ретроректальным парапроктитом / Дж.Дж. Давлатов, С.С. Хайдаров, А.Дж. Мухаббатов // Материалы республиканской научно-

практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная), посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и 5-летию деятельности Хатлонского государственного медицинского университета, Дангара – 2021.- С. 128.

11. Давлатов, Дж. Дж. Тактика хирургического лечения острого ретроректального парапроктита / Дж.К. Мухаббатов, Дж.Дж. Давлатов, Б.М. Хамроев // Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная), посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и 5-летию деятельности Хатлонского государственного медицинского университета, Дангара – 2021.- С. 151.
12. Давлатов, Дж. Дж. Реактивный сфинктерит у больных с парапроктитом / Дж.К. Мухаббатов., Дж.Дж. Давлатов., Б.М. Хамроев., Г.Х. Хайрова // Материалы 66-ой годовичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. «Году развития туризма и народных ремесел». Душанбе-2018. – С. 168-169.
13. **Давлатов, Дж. Дж. Прогнозирование пектеноза анального сфинктера при сложных формах парапроктита / Дж.К. Мухаббатов., Ф.Х. Нозимов., Дж.Дж. Давлатов., Ш.А. Каримов // Здравоохранение Таджикистана - №3. - 2020. – С. 35-42.**
14. Давлатов, Дж. Дж. Осложнения острого ретроректального парапроктита / Дж.К. Мухаббатов., Дж.Дж. Давлатов., Ф.Х. Нозимов., Ш.А. Каримов // Материалы 67-ой годовичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Душанбе - 2019. – С. 305-306.
15. Давлатов, Дж. Дж. Парапроктити ретроректали / Дж.К. Мухаббатов., Дж.Дж. Давлатов., Ф.Х. Нозимов., Б.М. Хамроев // Авджи зухал. - 2019. – С. 18-24.
16. Давлатов, Дж. Дж. Причины послеоперационного осложнения при остром ретроректальном парапроктите / Дж.Дж. Давлатов., Дж.К. Мухаббатов., Ш.А. Каримов., С.И. Расулова // Материалы международной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». 2020. – С. 75.
17. **Давлатов, Дж. Дж. Хирургическое лечение пациентов с острым ретроректальным парапроктитом / Дж.К. Мухаббатов, М. К. Гулов, Дж.Дж. Давлатов, Ш. А. Каримов // Международный научно-практический журнал. Ижевск. - 2020. - №1. С. 41-45.**
18. Давлатов, Дж.Дж. Дифференциальная диагностика сложных форм острого парапроктита / Дж.Дж. Давлатов., Дж.К. Мухаббатов., Дж.К.,

Нозимов. // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» 2020. – С. 73-74.

19. Давлатов, Дж. Дж. **Непосредственные результаты хирургического лечения острого ретроректального парапроктита / Дж.К. Мухаббатов, М. К. Гулов, Дж. Дж. Давлатов., С.С.Хайдаров // Известия академии наук РТ. - №3. - 2020. – С. 68-75.**
20. Давлатов, Дж. Дж. **Совершенствование диагностики острого ретроректального парапроктита / Дж.К. Мухаббатов, М. К. Гулов, Дж. Дж. Давлатов., Ф.Х. Нозимов // Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пираговский научный журнал)». - №2. - 2021. – С. 32-38.**
21. Давлатов, Дж. Дж. **Микробный пейзаж при остром ретроректальном парапроктите / Дж.К. Мухаббатов., Дж.Дж. Давлатов., Ф.Х. Нозимов // Материалы международной научно-практической конференции (69-ой годовичной), посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел(2019-2021). 2020г. - С. 594-595.**
22. Давлатов, Дж. Дж. **МРТ в диагностике сложных формах острого парапроктита / Дж.К. Мухаббатов., Дж.Дж. Давлатов., Ф.Х. Нозимов // Материалы международной научно-практической конференции (69-ой годовичной), посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел(2019-2021). 2020. – С. 67-68.**
23. Давлатов, Дж.Дж. **Способ определения реактивного сфинктера при остром парапроктите / Дж.К. Мухаббатов., Дж.Дж. Давлатов., С.С. Хайдаров // Материалы международной научно-практической конференции (69-ой годовичной), посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). 2020. – С. 63-64.**

Рационализаторское предложение

1. Давлатов, Дж.Дж. «Способ определения формы острого ретроректального парапроктита» Дж.К. Мухаббатов, Б.М. Хамроев. Удостоверение на рационализаторское предложение №3451/R702, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 10.06.2019г.
2. Давлатов, Дж.Дж. «Способ определения реактивного сфинктерита при остром парапроктите» Дж.К. Мухаббатов, Ш.А. Каримов. Удостоверение на рационализаторское предложение №3689/R379, выданное ГОУ

«ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 04.03.2020г.

3. Давлатов, Дж.Дж. «Способ послеоперационного введения больных с острым ретроректальным парапроктитом» Дж.К. Мухаббатов, Нозимов Ф.Х. Удостоверение на рационализаторское предложение №3409/R400, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 19.01.2021г.
4. Давлатов, Дж.Дж. «Способ определения доступа и разреза при остром ретроректальном парапроктите» Дж.К. Мухаббатов, С.С. Хайдаров Удостоверение на рационализаторское предложение № 3418/R409, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 20.04.2021г.
5. Давлатов, Дж.Дж. Способ диагностики и тактики хирургического лечения при остром ретроректальном парапроктите Дж.К. Мухаббатов, Нозимов Ф.Х. Удостоверение на рационализаторское предложение № 3471/R969, выданное ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» от 16.05.2022г.

Патент

1. Давлатов, Дж.Дж. «Способ ультразвуковой диагностики острого парапроктита» Дж.К. Мухаббатов, С.И. Расулова, Ф.Х. Нозимов, Ш.Р. Амиров. 11.03.2022, Нахустпатент. № TJ1243.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГУ ГМЦ №2 - Государственное учреждение
«Городской медицинский центр №2»

ГПИ	- гематогенный показатель интоксикации
ИМТ	- индекс массы тела
ИП	- импульсные последовательности
КТ	- компьютерное исследование
ЛИИ	- лейкоцитарный индекс интоксикации
МРТ	- магнитно-резонансная томография.
НАС	- недостаточность анального сфинктера
ОП	- острый парапроктит
ОРП	- острый ретроректальный парапроктит
РП	- ретроректальное пространство
РС	- реактивный сфинктерит
СОЭ	- скорость оседания эритроцитов
ТРУЗИ	- трансректальное ультразвуковое исследование
УЗИ	- ультразвуковое исследование
LIFT	- Ligation of Intersphincteric Fistula Tract
FiLaC	- Fistula Laser Closure
VAAFT	- Video-assisted anal fistula treatment

*Подписано в печать 01.07.2022. Формат 60x84¹/₁₆.
3,5 печатный лист. Тираж 100 экз.*

**734018, г. Душанбе, пр. Саади Шерози, 16.
Издательство «Шарки озод»**