

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩАЯ ТАКТИКА ПРИ КРИПТОГЕННЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА



Садиллаев Гулом Жураевич, Сайинаев Фаррух Караматович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

2-ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТЎҒРИ ИЧАКНИНГ КРИПТОГЕН ЧИҚИНДИЛАРИДА ХАВФНИ ПЕРИОПЕРАЦИОН СТРАТИФИКАЦИЯЛАШ ВА СФИНКТЕРНИ САҚЛАШ ТАКТИКАСИ

Садиллаев Гулом Жураевич, Сайинаев Фаррух Караматович
Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

PERIOPERATIVE RISK STRATIFICATION AND SPHINCTER-PRESERVING TACTICS FOR CRYPTOGENIC RECTAL FISTULAS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Sadillaev Gulom Juraevich, Sayinaev Farrukh Karamatovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада 2-тур қандли диабет билан кечувчи тўғри ичак оқмаларида жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинган. Асосий рақамли кўрсаткичлар сақланган ҳолда 112 та касаллик тарихи, шу жумладан диабетли 54 нафар ва диабетсиз 58 нафар бемор ретроспектив ўрганилди, 2021-2025 йилларда такомиллаштирилган усул қўлланган диабетли 61 нафар бемор натижалари ҳам баҳоланди. Диабет мавжуд беморларда параректал тўқимада йирингли бўйлиқлар, мураккаб ва қайталанувчи оқмалар кўпроқ учраши кўрсатилди. Периперацион назорат ва сфинктерни сақловчи тактика эрта асоратларни 14,8% дан 9,8% гача, анал сфинктер етишмовчилигини 18,5% дан 8,3% гача, оқма қайталанишини 20,4% дан 9,8% гача камайитириши имконини берди.

Калим сўзлар: тўғри ичак оқмаси, 2-тур қандли диабет, параректал тўқима, сфинктерни сақловчи операция, қайталаниши, анал инконтиненция.

Abstract. The article analyzes surgical outcomes in patients with rectal fistulas associated with type 2 diabetes mellitus. The principal numerical data are preserved: 112 case histories were retrospectively assessed, including 54 diabetic patients and 58 non-diabetic controls, and 61 additional diabetic patients treated with an improved surgical strategy in 2021-2025 were evaluated prospectively. Diabetes was associated with a higher rate of purulent cavities in pararectal tissue and more frequent complex or recurrent fistulas. Perioperative metabolic control, preoperative sanitation, tension-reducing flap techniques and sphincter-preserving principles decreased early postoperative complications from 14.8% to 9.8%, anal sphincter insufficiency from 18.5% to 8.3%, and fistula recurrence from 20.4% to 9.8%.

Keywords: rectal fistula, type 2 diabetes mellitus, pararectal tissue, sphincter-preserving surgery, recurrence, anal incontinence.

Актуальность. Свищи прямой кишки относятся к числу заболеваний, при которых формально ограниченный гнойно-воспалительный процесс приобретает системное клиническое значение. Для колопроктологической практики проблема заключается не только в ликвидации свищевого хода, но и в сохранении удерживающей функции анального сфинктера, предупреждении рецидива, санации скрытых гнойных полостей и обеспечении полноценного заживления периа-

нальной раны. При сахарном диабете 2 типа эти задачи усложняются вследствие микроангиопатии, нейропатии, нарушения лейкоцитарного ответа, снижения тканевой оксигенации и замедления коллагенообразования. Поэтому однотипное применение стандартных операций у пациентов с диабетом не всегда обеспечивает предсказуемый функциональный и анатомический результат [7].

Клиническая ценность представленного материала определяется тем, что сравнение пациентов со свищами прямой кишки на фоне диабета и

без него позволяет рассматривать заболевание не только как локальную хирургическую патологию, но и как модель взаимного отягощения хронического воспаления и метаболической декомпенсации. При наличии диабета возрастает вероятность множественных ходов, остаточных гнойных полостей, длительного инфильтративного процесса, нагноения послеоперационной раны и несостоятельности пластического этапа. В таких условиях выбор операции должен основываться на топографической характеристике свища, степени вовлечения сфинктерного аппарата, состоянии внутреннего отверстия, наличии рубцово-воспалительных изменений и уровне компенсации углеводного обмена [3, 5, 8, 20].

Особое значение имеет функциональная безопасность лечения. При интрасфинктерных и низких трансфинктерных свищах прямое иссечение обычно сопровождается приемлемой частотой заживления, однако при средних, высоких трансфинктерных и экстрасфинктерных вариантах риск нарушения замыкательной функции существенно возрастает. Диабетический фон дополнительно увеличивает вероятность неблагоприятного исхода, поскольку послеоперационное воспаление и местная ишемия нарушают репарацию в зоне анального канала. Следовательно, современные подходы должны сочетать радикальность санации с минимизацией травмы сфинктера, адекватным дренированием, закрытием внутреннего отверстия и снижением натяжения перемещенных тканей [6, 9, 15, 21, 23].

Цель исследования. Целью работы являлось научно обоснованное переосмысление хирургической тактики при свищах прямой кишки у больных сахарным диабетом 2 типа с оценкой ближайших и отдаленных результатов, а также с выделением клинических факторов, которые определяют риск рецидива и недостаточности анального сфинктера.

Материал и методы исследования. Исследование построено на сравнительной оценке трех клинических массивов. Ретроспективному анализу были подвергнуты 112 историй болезни пациентов, лечившихся в отделении колопроктологии клиники Самаркандского государственного медицинского университета в 2016-2020 гг. Из них 54 пациента составили первую подгруппу основной группы, где свищи прямой кишки сочетались с сахарным диабетом 2 типа, а 58 пациентов вошли в контрольную группу без диабета. Отдельно был оценен проспективный материал, включивший 61 больного с сахарным диабетом 2 типа, лечившегося в 2021-2025 гг. с применением усовершенствованных методов хирургического лечения и профилактики осложнений.

Во всех группах преобладали мужчины: суммарно 129 пациентов, что составило 74,5%. Возраст больных основной группы находился в диапазоне от 42 до 72 лет, среднее значение составило $54,2 \pm 0,8$ года. В контрольной группе возраст варьировал от 17 до 75 лет при среднем значении $41,0 \pm 1,5$ года. Такая разница отражает клиническую закономерность: сочетание хронического параректального воспаления и диабета чаще выявляется у пациентов среднего и старшего возраста, тогда как недиабетическая популяция включает более широкий возрастной спектр.

Продолжительность хирургического заболевания от 1 до 3 лет в основной группе была зарегистрирована у 57 пациентов, что соответствует 49,6%; в первой подгруппе этот показатель составил 51,8%, во второй подгруппе - 47,5%. В контрольной группе аналогичная длительность заболевания отмечена у 21 пациента, или у 36,2%. Впервые выявленный сахарный диабет установлен у 55 больных, что составило 47,8% пациентов с сочетанной патологией; в первой подгруппе таких больных было 26, или 48,1%, во второй - 29, или 47,5%. Стадия субкомпенсации диабета отмечена у 50 пациентов, то есть у 43,4%, включая 25 случаев в первой подгруппе и 25 случаев во второй.

Клиническая характеристика предшествующего парапроктита имела принципиальное значение для оценки последующего течения свища. Во всех группах доминировал банальный острый парапроктит, суммарная частота которого достигала 59,4%. Гнилостный парапроктит в анамнезе выявлен у 56 пациентов, или у 32,4%, при этом среди больных с диабетом его доля была выше: 20 случаев, или 37,1%, в первой подгруппе и 26 случаев, или 43,1%, во второй подгруппе, против 10 случаев, или 17,7%, в контрольной группе. Острый анаэробный парапроктит встречался только у пациентов основной группы: 8 случаев, или 14,8%, в первой подгруппе и 6 случаев, или 9,8%, во второй. Эта структура подтверждает более агрессивный характер гнойного процесса у пациентов с нарушенным углеводным обменом.

Для уточнения локальной анатомии учитывали форму свища, отношение хода к анальному сфинктеру, наличие наружного и внутреннего отверстий, гнойных затеков, рубцовых изменений и рецидивного характера процесса. При необходимости оценка дополнялась трансректальным ультразвуковым исследованием, поскольку выявление скрытых полостей до операции позволяет заранее определить объем санации и снизить риск остаточного инфицирования.

Таблица 1. Клинико-морфологическая характеристика исследуемых групп

Показатель	КГ без СД (n=58)	I ОГ с СД (n=54)	II ОГ с СД (n=61)
Период наблюдения	2016-2020 гг.	2016-2020 гг.	2021-2025 гг.
Средний возраст	41,0+1,5 года	54,2+0,8 года	54,2+0,8 года
Длительность заболевания 1-3 года	21 (36,2%)	51,8%	47,5%
Впервые выявленный СД	-	26 (48,1%)	29 (47,5%)
Субкомпенсация СД	-	25 (46,3%)	25 (40,9%)
Гнилостный парапроктит в анамнезе	10 (17,7%)	20 (37,1%)	26 (43,1%)
Острый анаэробный парапроктит	-	8 (14,8%)	6 (9,8%)
Трансфинктерные свищи	37 (63,8%)	33 (61,2%)	39 (63,9%)
Экстрасфинктерные свищи	7 (11,7%)	8 (14,8%)	10 (16,5%)
Рецидивные свищи	9 (15,0%)	15 (27,8%)	18 (29,8%)

Примечание. КГ - контрольная группа; СД - сахарный диабет 2 типа; ОГ - основная группа. Числовые показатели представлены в абсолютных значениях и процентах при наличии исходных данных.

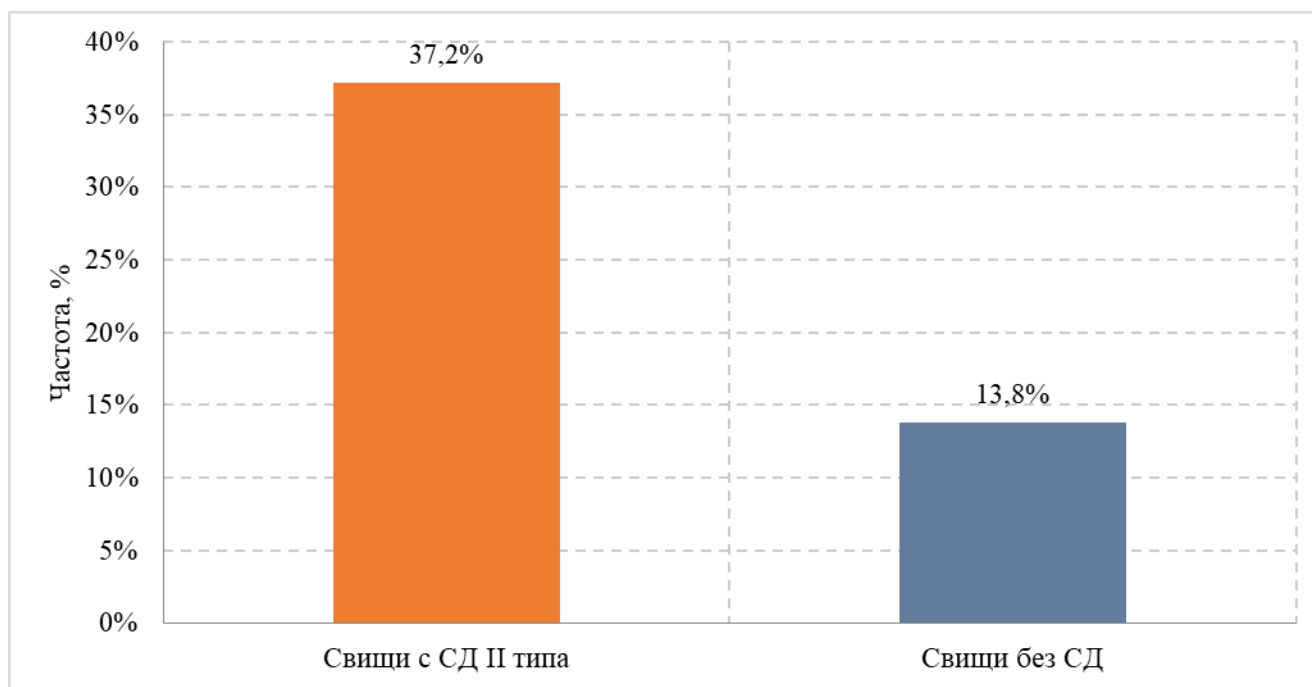


Рис. 1. Частота гнойных полостей в параректальной клетчатке у пациентов со свищами прямой кишки на фоне сахарного диабета и без диабета

Результаты исследования. Структура форм заболевания показала, что во всех группах доминировали трансфинктерные свищи. В первой подгруппе основной группы они выявлены у 33 пациентов, или у 61,2%, во второй подгруппе - у 39 пациентов, или у 63,9%, в контрольной группе - у 37 пациентов, или у 63,8%. При этом внутри трансфинктерного варианта чаще встречались средние формы, что определяло необходимость более осторожной хирургической тактики по отношению к сфинктерному аппарату. Экстрасфинктерные формы составили 14,8% в первой и 16,5% во второй подгруппах основной группы, что также указывает на большую долю сложных

анатомических вариантов у пациентов с диабетом.

Рецидивный характер заболевания был существенно более выражен у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. В первой подгруппе рецидивные свищи зарегистрированы в 27,8%, во второй - в 29,8%, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 15,0%. Отдельного внимания заслуживает тот факт, что наибольшая часть рецидивных свищей на фоне диабета приходилась на пациентов со стадией субкомпенсации: 63,2%. Эта закономерность подтверждает необходимость включения эндокринологической коррекции в хирургический алгоритм, поскольку

местная операция без достижения приемлемого метаболического контроля не устраняет системные предпосылки неблагоприятного заживления.

Количество гнойных полостей в параректальной клетчатке также было выше у пациентов с диабетом. Их частота достигала 37,2%, тогда как у больных без диабета она составляла 13,8%. Практическое значение данного различия состоит в том, что план операции должен предусматривать не только иссечение основного свищевого хода, но и активный поиск дополнительных полостей. При сохранении недренированного очага даже технически правильное закрытие внутреннего отверстия может завершиться ретракцией лоскута, нагноением и повторным формированием свища.

Характер вмешательства зависел от высоты хода, степени сложности, состояния перианальных тканей и возможности функционально безопасного закрытия внутреннего отверстия. При интрасфинктерных и низких трансфинктерных свищах применялось иссечение свища в просвет прямой кишки. В контрольной группе оно выполнено у 26 пациентов, или у 44,8%, в первой подгруппе основной группы - у 25 пациентов, или у 46,3%, во второй подгруппе - у 25 пациентов, или у 40,9%. При средних, высоких трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах в ретроспективном периоде использовались операции с перемещением слизистой оболочки и лигатурный метод, а в проспективном периоде - модифицированные варианты с пластикой тканей перианальной области и подкожно-подслизистым проведением лигатуры под низведенным слизисто-мышечным лоскутом.

Разработанный пластический подход был применен у 17 пациентов, или у 27,8%, с трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами I и III степени сложности. Его смысл заключался в том, что после иссечения свищевого хода и низведения лоскута в зоне промежностной раны выполнялись дополнительные параллельные послабляющие разрезы длиной 1,0-1,2 см, расположенные в шахматном порядке, в количестве от 3 до 5. Отступ 0,8-1,0 см от латеральной стенки основной раны позволял уменьшить натяжение тканей, а наложение поперечных швов на дополнительные разрезы ограничивало их площадь. Такая техника была направлена на профилактику ретракции лоскута и несостоятельности пластического этапа.

Второй модифицированный метод был применен у 19 пациентов, или у 31,1%, со сложными трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами. После иссечения свища и обработки внутреннего отверстия проводилась лигатура, а ее конец вместе с резиновым дренажом выводился через интрасфинктерный подкожно-подслизистый

тоннель и дополнительный разрез. Низведенный слизисто-мышечный лоскут фиксировался к краю раны перианальной кожи, вследствие чего бывшее внутреннее отверстие, лигатура и дренаж располагались вне анального канала. Через 3 дня удалялся резиновый дренаж, через неделю - лигатура. Такое решение снижало риск поступления микрофлоры из прямой кишки по лигатуре, предупреждало накопление гематомы или сукровицы под лоскутом и одновременно сохраняло возможность контролируемого дренирования.

Ближайшие послеоперационные осложнения включали кровотечение, острую задержку мочи, нагноение промежностной раны и ретракцию низведенного лоскута. В первой подгруппе основной группы они наблюдались у 8 пациентов, или у 14,8%, во второй подгруппе - у 6 пациентов, или у 9,8%, в контрольной группе - у 3 пациентов, или у 5,2%. Наиболее часто осложнения возникали у больных с сопутствующим ожирением, артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, то есть при компонентах метаболического синдрома. Нагноение раны промежности и анального канала было особенно характерно для стадии субкомпенсации диабета: 14 случаев, или 28,6%, из 15 случаев осложнений, зарегистрированных в этом блоке наблюдений.

Отдаленные результаты оценивались по частоте рецидива, недостаточности анального сфинктера и клинического выздоровления. Рецидив свища в общей совокупности выявлен у 22 пациентов, или у 12,7%. В первой подгруппе основной группы он наблюдался у 11 пациентов, или у 20,4%, во второй подгруппе - у 6 пациентов, или у 9,8%, в контрольной группе - у 5 пациентов, или у 8,6%. Наибольшая частота рецидива при диабете в ретроспективной группе была связана с операциями, основанными на перемещении слизистой оболочки, где показатель достигал 12,9%. После усовершенствованных вмешательств рецидивы стали реже и по уровню приблизились к контрольной группе.

Функциональное состояние анального сфинктера оценивалось через 6 месяцев после операции. Недостаточность анального сфинктера среди всех обследованных групп выявлена у 19 пациентов, или у 10,9%. В первой подгруппе основной группы она отмечена у 10 пациентов, или у 18,5%, включая 8 случаев I степени, или 14,8%, и 2 случая II степени, или 3,7%. Во второй подгруппе она зарегистрирована у 6 пациентов, или у 9,8%, включая 5 случаев I степени, или 8,3%, и 1 случай II степени, или 1,7%. В контрольной группе показатель составил 4 случая, или 6,7%, включая 3 случая I степени, или 5,0%, и 1 случай II степени, или 1,7%. III степень анальной инконтиненции не выявлена ни в одной группе.

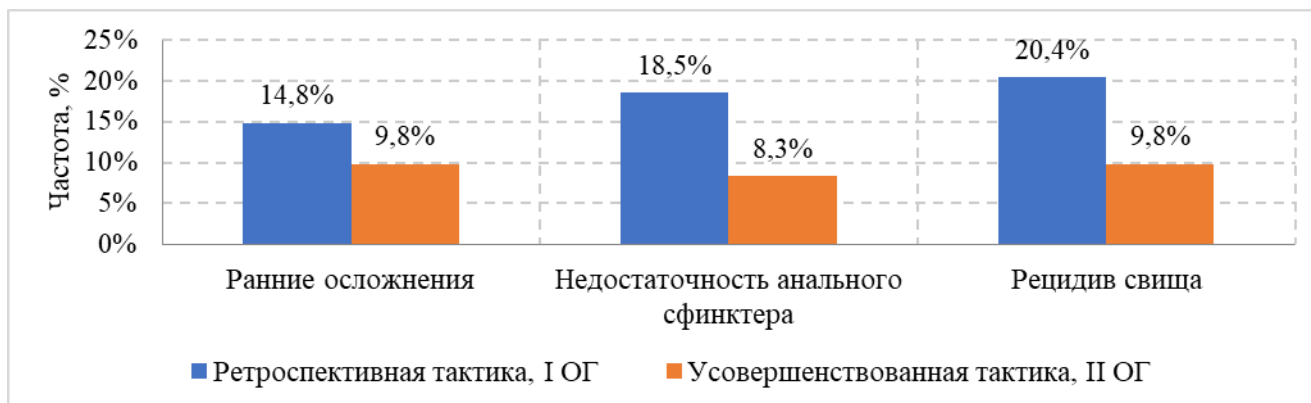


Рис. 2. Снижение частоты основных неблагоприятных исходов после применения усовершенствованной периоперационной тактики у пациентов со свищами прямой кишки и сахарным диабетом 2 типа

Стадия компенсации диабета отчетливо влияла на отдаленные исходы. Среди 115 пациентов с диабетом рецидивы при компенсированном течении отмечены у 5 пациентов, или у 7,7%, тогда как при субкомпенсации - у 13 пациентов, или у 26,1%. Недостаточность анального сфинктера при компенсированном диабете составила 5 случаев, или 7,7%, а при субкомпенсации - 11 случаев, или 22,4%. Эта разница демонстрирует, что хирургический результат нельзя рассматривать отдельно от состояния углеводного обмена; именно субкомпенсация становится ключевым фоном для инфекционного осложнения, неполного заживления и функционального дефицита.

Обсуждение. Полученные данные позволяют рассматривать сахарный диабет 2 типа как самостоятельный модификатор риска при свищах прямой кишки. Его влияние проявляется не только через общую склонность к инфекции, но и через конкретные морфологические признаки: большую частоту гнилостного и анаэробного парапроктита, большее число гнойных полостей, более высокую долю экстрасфинктерных и рецидивных свищей. Эти признаки формируют принципиально иную операционную ситуацию, при которой неполная санация и избыточное натяжение тканей становятся ведущими причинами осложнений.

С клинической точки зрения наиболее значимым результатом является уменьшение ранних послеоперационных осложнений с 14,8% до 9,8%. Хотя абсолютная разница может казаться умеренной, для категории пациентов с диабетом она имеет существенное значение, поскольку каждое нагноение раны или ретракция лоскута увеличивает вероятность рецидива и повторной операции. Важным является не только сам факт снижения осложнений, но и механизм этого снижения: предварительная санация полостей под контролем трансректальной ультрасонографии, рациональная дренажная стратегия, снижение натяжения периаанальных тканей и исключение прямого микробного пути по лигатуре.

Снижение частоты рецидива с 20,4% до 9,8% свидетельствует о том, что усовершенствованная тактика оказала влияние на ключевую проблему лечения сложных свищей. Рецидив обычно возникает при сочетании нескольких факторов: сохранение внутреннего отверстия, остаточный инфицированный ход, недренированный затек, несостоятельность пластического закрытия и хроническое нарушение репарации. В предложенной логике лечения каждый из этих факторов получает адресную коррекцию. Закрытие внутреннего отверстия дополняется контролем дренирования, а снижение натяжения повышает вероятность приживления лоскута.

Функциональные результаты не менее важны, чем анатомическое закрытие свища. Уменьшение недостаточности анального сфинктера с 18,5% до 8,3% демонстрирует, что сфинктеросохраняющая концепция оправдана у пациентов с диабетом. При этом в проспективной подгруппе общий показатель недостаточности составил 9,8%, а I степень - 8,3%, что указывает на преимущественно легкий характер выявленных нарушений. Отсутствие III степени инконтиненции во всех группах является принципиальным критерием безопасности.

При интерпретации результатов необходимо учитывать, что пациенты с сахарным диабетом не являются однородной группой. Наличие субкомпенсации существенно ухудшает прогноз: рецидивы увеличиваются до 26,1%, а недостаточность сфинктера - до 22,4%, тогда как при компенсации эти показатели составляют 7,7% и 7,7%. Следовательно, предоперационная подготовка должна включать не только локальную диагностику свища, но и коррекцию гликемии, оценку сердечно-сосудистого риска, лечение сопутствующего ожирения, артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. Хирургический этап в такой модели становится частью междисциплинарного маршрута, а не изолированной манипуляцией.

С практических позиций наиболее рациональным представляется алгоритм, в котором интрасфинктерные и низкие трансфинктерные свищи лечатся менее травматичными радикальными методами, а средние, высокие трансфинктерные и экстрасфинктерные формы требуют пластических либо лигатурно-пластических операций. При диабете обязательным компонентом должен быть поиск гнойных полостей, поскольку их частота достигает 37,2%. При выявлении таких полостей приоритет отдается санации и дренированию, а окончательное закрытие внутреннего отверстия должно выполняться при условиях, обеспечивающих минимальное натяжение тканей.

Сравнение с международными рекомендациями подтверждает актуальность такого подхода. Современные руководства по лечению анарктальных абсцессов и свищей подчеркивают необходимость индивидуального выбора метода с учетом высоты свища, риска инконтиненции и возможности сохранения сфинктера. В рассматриваемом материале это положение получает конкретное числовое подтверждение: сфинктеросохраняющие методы с профилактикой натяжения и дополнительным дренажным контролем позволяют приблизить результаты у пациентов с диабетом к результатам пациентов без диабета.

Ограничением анализа является то, что группы сформированы в разные временные периоды, а проспективная подгруппа получала усовершенствованную тактику в 2021-2025 гг. Это означает, что улучшение результатов могло быть связано не только с техникой операции, но и с накоплением опыта, лучшей предоперационной диагностикой и более строгим метаболическим контролем. Однако именно комплексность вмешательства отражает реальную клиническую практику, где исход формируется совокупностью диагностических, хирургических и послеоперационных решений.

Выводы:

Свищи прямой кишки у пациентов с сахарным диабетом 2 типа отличаются более тяжелым клинико-морфологическим профилем по сравнению с аналогичной патологией без диабета. Для этой категории характерны высокая частота гнойных полостей в параректальной клетчатке, достигающая 37,2%, значительная доля гнилостного парапроктита в анамнезе, большее количество экстрасфинктерных и рецидивных форм, а также выраженная зависимость исхода от стадии компенсации углеводного обмена. Эти данные обосновывают необходимость обязательной предоперационной топоческой диагностики и санации скрытых гнойных очагов.

Сфинктеросохраняющая хирургическая тактика с низведением слизисто-мышечного лоскута, снижением натяжения перианальных тканей

и контролируемым подкожно-подслизистым проведением лигатуры является функционально оправданной при средних, высоких трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах. Ее применение позволяет снизить ранние послеоперационные осложнения с 14,8% до 9,8%, рецидив свища с 20,4% до 9,8%, а недостаточность анального сфинктера с 18,5% до 8,3%, при сохранении заживления без нарушения функции сфинктера у 97% оперированных больных.

Субкомпенсация сахарного диабета остается одним из наиболее значимых факторов риска неблагоприятного исхода. При ней частота рецидива достигает 26,1%, а недостаточность анального сфинктера - 22,4%, тогда как при компенсации оба показателя составляют 7,7%. Поэтому хирургическое лечение должно проводиться в рамках междисциплинарного периоперационного маршрута, включающего эндокринологическую коррекцию, контроль метаболического синдрома, прецизионную локальную диагностику, рациональную санацию и индивидуализированный выбор сфинктеросохраняющей операции.

Литература:

1. Ризаев Ж. А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.
2. Ризаев Ж. А., Асадуллаев Н. С., Абдувакилов Ж. У. Динамика возрастных показателей физико-химического состава ротовой жидкости у лиц пожилого и старческого возраста // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 3 (145). – С. 382-385.
3. Ризаев Ж. А., Нурмаматова К. Ч., Тухтаров Б. Э. Организация лечебно-профилактической помощи при аллергических заболеваниях у детей // ББК. – Т. 51. – С. 113.
4. Ризаев Ж. А., Рахимова Д. А., Жумаев С. Ю. Первый опыт панкреато-дуоденальной резекции при периапулярной карциноме (100 операций) // Медицина и образование. – 2020. – №. 1. – С. 32-35.
5. Ризаев Ж. А. и др. Нуждаемость лечения заболеваний пародонта у пациентов с системными васкулитами и ковид-19 // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2022. – Т. 25. – №. 4. – С. 40-45.
6. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения. *Uzbek journal of case reports*. 2024; 4 (3): 6-11
7. Ризаев Ж. А., Рахимова Д. А., Жумаев С. Ю. Особенности поражения тканей пародонта у пациентов с хронической обструктивной болезнью

- легких //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 63-65.
8. Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27-28.
9. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.
- 10.Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчно-каменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. –2023. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.
- 11.Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
- 12.Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.
- 13.Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
- 14.Arkenbosch J.H.C., van Ruler O., de Vries A.C., van der Woude C.J., Dwarkasing R.S. The role of MRI in perianal fistulizing disease: diagnostic imaging and classification systems to monitor disease activity // Abdominal Radiology. - 2024. - P. 589-597.
- 15.Атоева М., et al. Management of patients with complex rectal fistula: diagnostic and surgical aspects // Surgery and Endoscopy in Uzbekistan. - 2024. - №3. - P. 42-48.
- 16.Gaertner W.B., Burgess P.L., Davids J.S., Lightner A.L., Shogan B.D., Sun M.Y., Paquette I.M., Feingold D.L., Steele S.R. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the management of anorectal abscess, fistula-in-ano, and rectovaginal fistula // Diseases of the Colon and Rectum. - 2022. - Vol. 65, №8. - P. 964-985.
- 17.Мухаббатов Д.К. Синдром взаимного отягощения у больных со свищами прямой кишки в сочетании с сахарным диабетом // Сахарный диабет. - 2024. - Т. 27, №4. - С. 1-8.
- 18.Ommer A., Herold A., Berg E., Fürst A., Sailer M., Schiedeck T. German S3 guideline: anal abscess and fistula // Langenbeck's Archives of Surgery. - 2012. - Vol. 397, №1. - P. 17-38.
- 19.Parks A.G., Gordon P.H., Hardcastle J.D. A classification of fistula-in-ano // British Journal of Surgery. - 1976. - Vol. 63, №1. - P. 1-12.
- 20.Sadillaev G.J., Sayinaev F.K. Сфинктеросохраняющие методы в лечении свищей прямой кишки у пациентов с сахарным диабетом // Tibbiyot va zamonaviy jarrohlik yondashuvlari. - 2025. - №2. - С. 76-83.
- 21.Sohrabi M., Bahrami S., Mosalli M., Khaleghian M., Obaidinia M. Perianal fistula: from etiology to treatment - a review // Middle East Journal of Digestive Diseases. - 2024. - Vol. 16, №2. - P. 76-85.
- 22.Zakaria R., Amin M.M., Orban Y.A., Elfwakhyr R.M., Alhussein H.A. Diagnostic value of transrecto-perineal ultrasound in perianal fistula: preoperative versus intraoperative findings // Formosan Journal of Surgery. - 2025. - Vol. 58, №2. - P. 60-66.
- 23.Zou M., Xue M., Liu Y., Xia S., Chen Y., Peng Z., Wu W. Adipose-derived stem cell therapies for complex anal fistula: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // Frontiers in Medicine. - 2025. - Vol. 12. - Article 1524037.

**ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ
РИСКА И СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩАЯ
ТАКТИКА ПРИ КРИПТОГЕННЫХ СВИЩАХ
ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Садиллаев Г.Ж., Сайинаев Ф.К.

Резюме. В статье представлена клинико-аналитическая интерпретация результатов хирургического лечения свищей прямой кишки у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Сохранены основные количественные параметры исходного клинического материала: ретроспективно проанализированы 112 историй болезни, включающие 54 пациента со свищами прямой кишки и диабетом 2 типа, а также 58 пациентов без диабета; дополнительно оценены 61 пациент с диабетом 2 типа, которым в 2021-2025 гг. применялась усовершенствованная хирургическая тактика. Показано, что диабетический фон ассоциирован с более высокой частотой гнойных полостей в параректальной клетчатке, рецидивных и сложных форм заболевания. Комплексная предоперационная санация, прецизионное закрытие внутреннего отверстия, снижение натяжения низведенного лоскута и оптимизация метаболического статуса позволили уменьшить ранние послеоперационные осложнения с 14,8% до 9,8%, недостаточность анального сфинктера с 18,5% до 8,3%, рецидив свища с 20,4% до 9,8%.

Ключевые слова: свищ прямой кишки, сахарный диабет 2 типа, параректальная клетчатка, сфинктеросохраняющая операция, рецидив, анальная инконтиненция.