

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТЎҒРИ ИЧАК ОҚМАЛАРИНИНГ МАҲАЛЛИЙ АСОРАТЛАРИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ



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

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

OPTIMIZATION OF TREATMENT TACTICS FOR LOCAL COMPLICATIONS OF RECTAL FISTULAS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

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

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада II тип қандли диабет билан оғриган беморларда тўғри ичак оқмаларининг клиник кечилиши, маҳаллий асоратлар тузилмаси ва даволаш-диагностик тактикани оптималлаштириш масалалари таҳлил қилинди. Тадқиқот 2016–2025 йилларда колопроктология амалиётида даволанган беморлар материаллари асосида бажарилди. Қандли диабет мавжуд беморларда йирингли бўшлиқлар, қўшимча оқма йўллари, оралиқ териси мацерацияси, анусит-проктит ва анал сфинктер етишмовчилиги диабетсиз беморларга нисбатан кўпроқ учраши аниқланди. Айниқса субкомпенсация босқичида йирингли бўшлиқлар ва анал сфинктер етишмовчилиги кўрсаткичлари юқори бўлиб, бу ҳолат операциядан олдин трансректал УТ назоратида санация ўтказиш, гликемик ҳолатни барқарорлаштириш ва сфинктерни сақловчи индивидуал хирургик тактикани танлаш зарурлигини кўрсатади.

Калит сўзлар: тўғри ичак оқмаи, қандли диабет, параректал клетчатка, йирингли бўшлиқ, трансректал ультратовуш текшируви, анал сфинктер етишмовчилиги, хирургик даволаш.

Abstract. The article analyzes the clinical course, structure of local complications, and optimization of diagnostic and treatment tactics for rectal fistulas in patients with type 2 diabetes mellitus. The study was based on clinical materials of patients treated in coloproctological practice between 2016 and 2025. In patients with diabetes mellitus, purulent cavities, additional fistulous tracts, maceration of the perineal skin, anositis, proctitis, and anal sphincter insufficiency were detected more frequently than in patients without diabetes. The highest rates of purulent cavities and sphincter insufficiency were observed in the subcompensated stage of diabetes, supporting the need for preoperative sanitation under transrectal ultrasound guidance, glycemic stabilization, and individualized sphincter-preserving surgical tactics.

Keywords: rectal fistula, diabetes mellitus, pararectal tissue, purulent cavity, transrectal ultrasound, anal sphincter insufficiency, surgical treatment.

Кириш. Тўғри ичак оқмалари колопроктологияда узоқ давом этувчи, қайталанишга мойил ва беморнинг меҳнат қобилияти ҳамда ҳаёт сифатига жиддий таъсир кўрсатувчи патологиялардан бири ҳисобланади. Оқма йўлининг анатомик жойлашуви, ички ва ташқи тешикларнинг ўзаро муносабати, параректал клетчаткада йирингли бўшлиқлар ёки оқмаларнинг мавжудлиги, шунингдек анал сфинктер аппаратида яқинлиги операция ҳажмини белгилайдиган асосий омиллардир. Халқаро

тавсияларда аноректал абсцесс ва fistula-in-ano ҳолатларида клиник кўрик, анамнез, тўғри ичакни рақамли текшириш, заруратда УТТ, МРТ ёки фистулографиядан фойдаланиш тавсия этилади [9, 10].

Сўнгги йилларда тўғри ичак оқмаларини даволашда сфинктерни сақловчи усуллар, LIFT амалиёти, видеоназорат остида оқма йўлини қайта ишлаш, лазерли фистулотомия ва бошқа мининвазив ёндашувлар кенг муҳокама қилинмоқда. Бироқ бу усулларнинг

самарадорлиги беморнинг умумий соматик ҳолати, иммун-метаболик фони ва инфекциянинг тарқалиш даражаси билан бевосита боғлиқ. Қандли диабет мавжуд беморларда микроангиопатия, нейропатия, лейкоцитлар фаоллигининг пасайиши ва гипергликемия билан боғлиқ иммун жавобнинг бузилиши туфайли жароҳат битиши секинлашади, инфекция хронизацияси ва рецидив хавфи ортади [1, 3, 11].

II тип қандли диабет билан оғриган беморларда перианал инфекциялар оддий клиник кўринишдан кўра мураккаброқ кечади. Бундай беморларда йирингли бўшлиқлар чуқурроқ жойлашиши, қўшимча оқма йўллари кўп бўлиши, некротик ва гнилодли яллиғланиш элементлари устунлик қилиши мумкин. Шу сабабли оддий ташқи кўрик ёки фақат фистулография маълумоти етарли бўлмаслиги эҳтимол. Трансректал ультратовуш текшируви ички тешик локализацияси, параректал клетчаткадаги бўшлиқлар, оқмалар ва сфинктер комплексининг ҳолатини баҳолашда юқори амалий аҳамиятга эга [2, 4, 7].

Ўзбекистон шароитида колопроктологик касалликларнинг клиник кечиш хусусиятлари, айниқса қандли диабет билан қўшилганда, даволаш тактикасини индивидуаллаштиришни талаб этади. Самарқанд ва бошқа маҳаллий хирургик мактаблар ишларида тўғри ичак ва анал каналнинг қўшма патологиялари, парапроктит, оқмалар ва хирургик санация масалаларига эътибор қаратилган [4, 5, 8]. Бироқ тўғри ичак оқмалари диабет фонида кечганда маҳаллий асоратлар тузилмаси, трансректал УТ назоратида йирингли бўшлиқларни предоперацион санация қилиш ва сфинктерни сақлашга қаратилган алгоритмни илмий асослаш ҳали ҳам долзарблигини сақлаб қолмоқда.

Ушбу **тадқиқотнинг мақсади** II тип қандли диабет билан оғриган беморларда тўғри ичак оқмаларининг маҳаллий асоратлари тузилмаси ва частотасини баҳолаш, шунингдек трансректал УТТ маълумотларига асосланган даволаш-диагностик тактикани оптималлаштиришдан иборат.

Материал ва усуллар. Тадқиқот 2016–2025 йилларда Самарқанд давлат тиббиёт

университети клиникасининг колопроктология амалиётида даволанган тўғри ичак оқмаи бўлган беморлар клиник материалларига асосланди. Ретроспектив таҳлилга II тип қандли диабет билан бирга кечган тўғри ичак оқмаи мавжуд 54 нафар бемор ва қандли диабетсиз 58 нафар бемор киритилди. Шунингдек, 2021–2025 йилларда II тип қандли диабет билан оғриган 61 нафар беморда такомиллаштирилган даволаш-диагностик ёндашув проспектив тарзда қўлланилди. Шундай қилиб, таҳлил қилинган клиник материалларда назорат гуруҳи, I асосий гуруҳ ва II асосий гуруҳ натижалари таққосланди.

Назорат гуруҳини қандли диабетсиз тўғри ичак оқмаи бўлган беморлар ташкил этди. I асосий гуруҳга тўғри ичак оқмаи ва II тип қандли диабет бирга кечган, анъанавий диагностик ва хирургик ёндашувлар қўлланган беморлар киритилди. II асосий гуруҳда эса диабет фонидаги тўғри ичак оқмаларида трансректал ультратовуш текшируви, йирингли бўшлиқлар ва оқмаларни операциядан олдин санация қилиш, гликемияни барқарорлаштириш ҳамда сфинктерни сақлашга йўналтирилган индивидуал операция тактикаси қўлланилди.

Барча беморларда шикоятлар, касаллик давомийлиги, аввал ўтказилган ўткир парапроктит шакли, рецидивлар частотаси, қандли диабет давомийлиги ва компенсация даражаси ўрганилди. Обьектив кўрикда ташқи оқма тешиги, оралик терисидаги мацерация, индурция, чандикли ўзгаришлар, деформация, анусит ва проктит белгилари баҳоланди. Анал сфинктер функциясини баҳолаш учун клиник кўрик, сфинктерометрия ва аноректал манометрия маълумотларидан фойдаланилди.

Инструментал диагностикада фистулография, трансректал ультратовуш текшируви, аноскопия ва ректороманоскопия муҳим ўрин тутди. трансректал УТ ёрдамида оқма йўлининг сфинктерга муносабати, йирингли бўшлиқлар, қўшимча йўللар, ички тешик локализацияси ва параректал клетчатка ҳолати баҳоланди. Йирингли бўшлиқ ёки оқма диаметри 2 см дан катта бўлган ҳолларда УТТ назоратида пункция ва 7–10 кун давомида антисептик санация ўтказиш мақсадга мувофиқ деб баҳоланди.

Жадвал 1. Тадқиқот гуруҳларида оқма шакллари ва асосий маҳаллий асоратлар тақсимооти

Кўрсаткич	Назорат гуруҳи, n=58	I асосий гуруҳ, n=54	II асосий гуруҳ, n=61
Интрасфинктер оқмалар	14 (23,3%)	13 (24,1%)	12 (19,7%)
Транссфинктер оқмалар жами	37 (63,8%)	33 (61,2%)	39 (63,9%)
Экстрасфинктер оқмалар	7 (11,7%)	8 (14,8%)	10 (16,5%)
Рецидив оқмалар	9 (15,0%)	15 (27,8%)	18 (29,8%)
Йирингли бўшлиқлар ва оқмалар	8 (13,8%)	20 (37,0%)	22 (35,3%)
Анал сфинктер етишмовчилиги	5 (8,3%)	15 (27,7%)	17 (28,3%)

Статистик таҳлилда кўрсаткичлар абсолют сон ва фоизларда ифодаланди. Гуруҳлар ўртасидаги фарқлар клиник аҳамиятлилиқ нуқтаи назаридан таҳлил қилинди. Асосий эътибор қандли диабет мавжуд беморларда маҳаллий асоратлар, йирингли бўшлиқлар, қўшимча оқма йўллари ва анал сфинктер етишмовчилиги частотасига қаратилди.

Натижалар. Клиник таҳлил II тип қандли диабет билан оғриган беморларда тўғри ичак оқмалари узокроқ давом этиши, кўпроқ рецидивланиши ва маҳаллий асоратлар билан оғирлашишини кўрсатди. Касаллик давомийлиги 1–3 йил бўлган беморлар асосий гуруҳларда кўпроқ учради. Бу ҳолат диабет фонида инфекциянинг персистенцияси, грануляцион тўқима шаклланишининг секинлашиши ва оқма йўлининг тўлиқ битмаслиги билан изоҳланади.

Оқма шакллари бўйича таҳлилда барча гуруҳларда транссфинктер оқмалар устунлиқ қилди. Назорат гуруҳида транссфинктер оқмалар 63,8% ни, I асосий гуруҳда 61,2% ни, II асосий гуруҳда 63,9% ни ташкил этди. Экстрасфинктер оқмалар эса қандли диабет мавжуд беморларда кўпроқ қайд этилди. Рецидив оқмалар назорат гуруҳида 15,0% бўлган бўлса, I асосий гуруҳда 27,8%, II асосий гуруҳда 29,8% ни ташкил қилди. Бу диабет фонида тўқима трофикаси ва инфекция назорати бузилиши операциядан кейинги узок муддатли натижаларга таъсир қилишини кўрсатади.

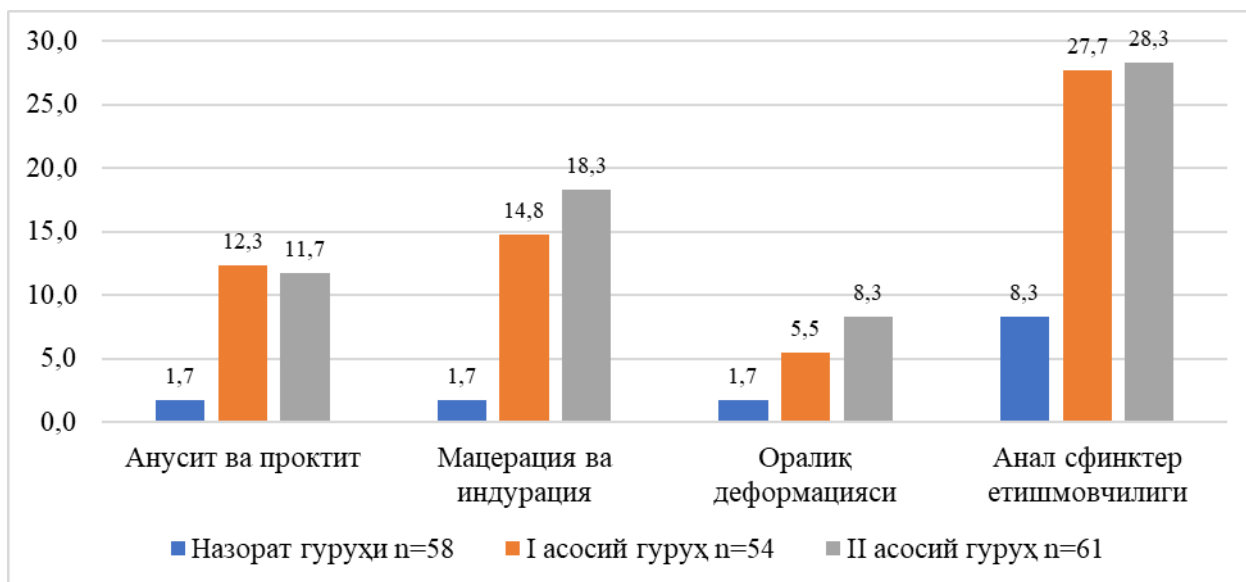
Маҳаллий асоратлар тузилмасида оралик териси мацерацияси, индурация ва деформацияси, анусит-проктит ҳамда анал сфинктер етишмовчилиги алоҳида ўрин тутди. Анусит ва проктит назорат гуруҳида 1,7% ҳолатда учраган бўлса, қандли диабет мавжуд гуруҳларда 12% атрофида қайд этилди. Оралик териси мацерацияси ва индурацияси ҳам диабет фонида сезиларли даражада

кўпроқ кузатилди. Бундай ўзгаришлар оқма ажралмаси, доимий намланиш, иккиламчи микрофлора қўшилиши ва тери трофикасининг бузилиши билан боғлиқ.

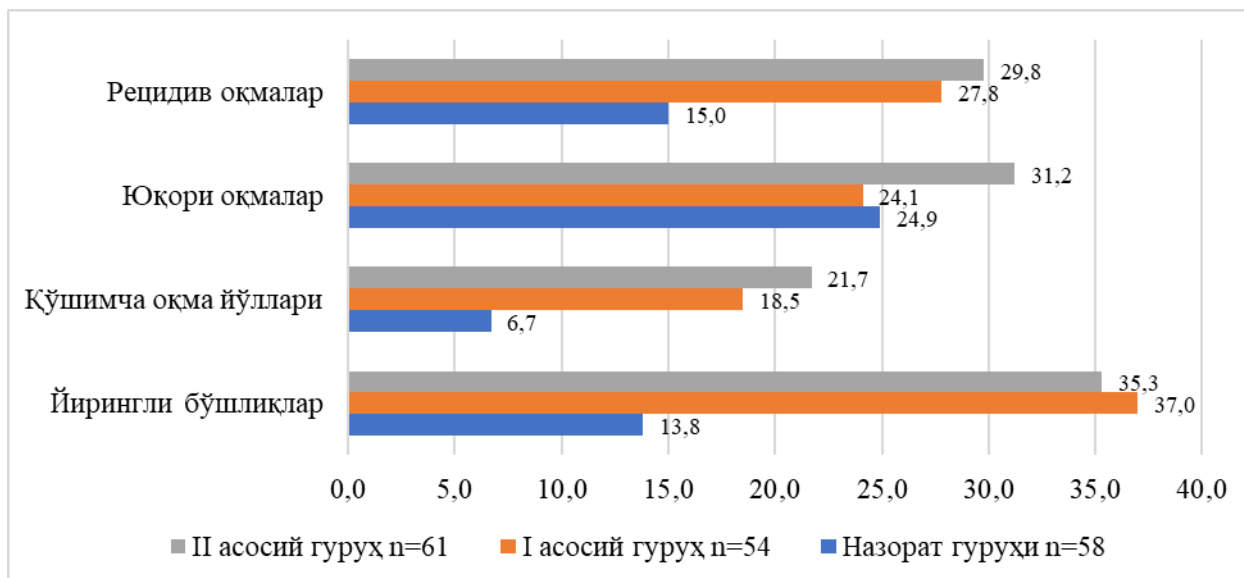
Анал сфинктер етишмовчилиги клиник жиҳатдан энг муҳим асоратлардан бири бўлиб, у беморнинг ижтимоий фаоллиги, психологик ҳолати ва операция тактикасини танлашга бевосита таъсир кўрсатади. Назорат гуруҳида анал сфинктер етишмовчилиги 8,3% ҳолатда қайд этилган бўлса, I асосий гуруҳда 27,7%, II асосий гуруҳда 28,3% ҳолатда аниқланди. Диабетнинг субкомпенсация босқичида ушбу кўрсаткич 44,9% гача етгани операция давомида сфинктер аппаратини максимал сақлаш зарурлигини асослайди (расм 1).

Биринчи расм маълумотларидан кўриниб турибдики, қандли диабет билан оғриган беморларда жойли асоратлар сони ва клиник оғирлиги назорат гуруҳига нисбатан юқори. Айниқса анал сфинктер етишмовчилиги, мацерация ва анусит-проктит каби белгилар диабет мавжуд беморларда кўпроқ қайд этилиб, хирургик амалиётни режалаштиришда операциядан олдинги тайёргарлик ва маҳаллий санациянинг аҳамиятини кучайтиради.

Фистулография ва трансректал УТ натижалари қандли диабет фонида оқмаларнинг анатомик тузилиши мураккаблашишини тасдиқлади. Йирингли бўшлиқлар назорат гуруҳида 13,8% ҳолатда аниқланган бўлса, I асосий гуруҳда 37,0%, II асосий гуруҳда 35,3% ҳолатда қайд этилди. Қўшимча оқма йўллари ҳам диабет мавжуд беморларда икки-уч баробар кўпроқ учради. Бу ҳолат оқма йўлининг фақат асосий каналини бартараф этиш етарли эмаслигини, балки барча йирингли бўшлиқлар ва қўшимча йўллارни операцияга ва операция вақтида аниқлаш зарурлигини кўрсатади.



Расм 1. Тадқиқот гуруҳларида жойли асоратлар частотаси



Расм 2. Ташхисий аниқланмалар ва оқмаларнинг клиник мураккаблиги



Расм 3. Қандли диабет фонида тўғри ичак оқмаларида даволаш-диагностик алгоритм

Олинган натижалар асосида II тип қандли диабет билан оғриган беморларда тўғри ичак оқмаларини даволашда босқичма-босқич ва индивидуал ёндашув зарурлиги асосланди. Биринчи босқичда беморнинг умумий ҳолати, гликемик назорат даражаси, HbA1c кўрсаткичи, қўшимча соматик касалликлар ва маҳаллий яллиғланиш белгилари баҳоланиши лозим. Диабет субкомпенсация босқичида бўлса, операциядан олдин эндокринолог иштирокида гликемияни барқарор-

лаштириш, антибактериал даво ва маҳаллий санацияни кучайтириш мақсадга мувофиқ.

Иккинчи босқичда оқма йўлининг анатомик шакли ва йирингли бўшлиқлар мавжудлиги аниқланади. трансректал УТ диабет фонидаги оқмаларда, айниқса клиник жиҳатдан номаълум ёки вақтинча облитерацияланган ички тешикни топишда, параректал клетчаткадаги оқмаларни баҳолашда ва сфинктер комплексига муносабатни аниқлашда юқори аҳамиятга эга. Йирингли бўшлиқ диаметри 2 см дан катта бўлган ҳолларда

операциядан олдин УТТ назоратида пункция ва антисептик санация ўтказилиши инфекцион юкломани камайтиради ва операциядан кейинги асоратлар хавфини пасайтиради.

Учинчи босқичда операция усули оқма шакли, сфинктер функцияси ва диабет компенсациясига қараб танланади. Оддий интрасфинктер ва паст транссфинктер оқмаларда радикаллик ва сфинктер функциясини сақлаш ўртасида мувозанат таъминланиши зарур. Ўрта ва юқори транссфинктер, экстрасфинктер ҳамда рецидив оқмаларда сфинктерни сақловчи операциялар, босқичли усуллар, сетон, LIFT ёки эндоскопик ёндашувлардан фойдаланиш имконияти кўриб чиқилади. Анал сфинктер етишмовчилиги мавжуд беморларда агрессив фистулотомиядан сақланиш, функционал натижаларни устувор қўйиш зарур.

Муҳокама. Тадқиқот натижалари II тип қандли диабет тўғри ичак оқмаларининг клиник кечишини оғирлаштирувчи мустақил омиллардан бири эканлигини кўрсатади. Диабет фонидаги гипергликемия нейтрофиллар хемотаксиси ва фагоцитоз фаоллигини пасайтиради, микроциркуляцияни бузади, коллаген синтези ва грануляция жараёнларини секинлаштиради. Шу сабабли бундай беморларда оддий криптоген оқма ҳам кўпинча қўшимча йўллар, йирингли бўшлиқлар ва узок давом этувчи яллиғланиш билан кечади.

Йирингли бўшлиқлар частотасининг назорат гуруҳига нисбатан икки баробардан кўпроқ юқори бўлиши операциядан олдинги инструментал баҳолашни кенгайтиришни талаб этади. Фақат ташқи тешик ва асосий оқма йўлини визуал баҳолаш инфекцион жараённинг ҳақиқий тарқалишини тўлиқ акс эттирмаслиги мумкин. трансректал УТ параректал клетчаткадаги чуқур жойлашган бўшлиқлар, оқмалар ва қўшимча йўлларни аниқлашда муҳим бўлиб, уни предоперацион стандартга киритиш диабетли беморларда айниқса мақсадга мувофиқ.

Субкомпенсация босқичидаги қандли диабетда анал сфинктер етишмовчилигининг юқори учраши икки жиҳатдан муҳим. Биринчидан, бу ҳолат беморнинг ҳаёт сифатига бевосита салбий таъсир қилади. Иккинчидан, операция усулини танлашда сфинктер аппаратурини сақлаш асосий вазифага айланади. Шунинг учун диабетли беморларда операция радикаллиги инфекция ўчоғини тўлиқ бартараф этиш билан бир қаторда функционал хавфларни камайтиришга қаратилган бўлиши керак.

Операциядан олдин УТТ назоратида йирингли бўшлиқларни санация қилиш тактикаси клиник жиҳатдан асосли ҳисобланади. Бир томондан, бу жараён инфекцион юкломани камайтиради, йирингли ажралмани эвакуация қилади ва фиброз-склеротик ўзгаришлар атрофидаги яллиғланишни пасайтиради. Иккинчи томондан, сана-

циядан кейин оқма анатомияси аниқроқ баҳоланади, операция ҳажми пухта режалаштирилади ва қайта аралашув эҳтимоли камаяди.

Замонавий клиник амалиётда диабетли беморларда тўғри ичак оқмаини даволаш фақат колопроктологик муаммо сифатида эмас, балки метаболик, инфекцион ва функционал омилларни бирлаштирувчи комплекс ҳолат сифатида қаралиши керак. Эндокринологик назорат, антибактериал даво, маҳаллий санация, инструментал аниқ ташхис ва сфинктерни сақловчи хирургик техника ўзаро боғлиқ ягона даволаш стратегиясини ташкил қилади.

Хулоса. II тип қандли диабет билан оғирган беморларда тўғри ичак оқмалари диабетсиз беморларга нисбатан оғирроқ клиник кечишга эга бўлиб, рецидив оқмалар, йирингли бўшлиқлар, қўшимча оқма йўллари ва маҳаллий асоратлар частотаси юқори бўлади. Маҳаллий асоратлардан анусит-проктит, оралик териси мацерацияси ва деформацияси, анал сфинктер етишмовчилиги айниқса субкомпенсация босқичида кўпроқ учрайди.

Трансректал УТ тўғри ичак оқмалари ва қандли диабет бирга кечган беморларда муҳим диагностик усул бўлиб, йирингли бўшлиқлар, оқмалар, қўшимча оқма йўллари ва ички тешик локализациясини аниқлашда амалий аҳамиятга эга. Йирингли бўшлиқлар диаметри 2 см дан катта бўлган ҳолларда УТТ назоратида операциядан олдин пункция ва антисептик санация ўтказиш тавсия этилади.

Даволаш тактикаси диабет компенсацияси, оқманинг анатомик шакли, йирингли бўшлиқлар мавжудлиги ва анал сфинктер функциясини ҳисобга олган ҳолда индивидуал танланиши зарур. Сфинктерни сақловчи, босқичли ва инструментал назоратга асосланган ёндашув рецидив ва функционал асоратлар хавфини камайтиришга хизмат қилади.

Адабиётлар:

1. Аламдари Н.М., Афаги С., Тарки Ф.Э., Фатхи М., Бешарат С., Раҳими Ф. Risk factors of recurrent anal abscess in patients with type 2 diabetes mellitus // Archives of Academic Emergency Medicine. - 2022. - Vol. 10, No. 1. - e69.
2. Ризаев Ж.А., Азимов М., Азимов А.М. К вопросу классификации одонтогенных воспалительных заболеваний // Вісник проблем біології і медицини. - 2019. - № 4-1(153). - С. 278–282.
3. Ризаев Ж.А., Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д. Одонтогенные и неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. - Самарканд, 2023.
4. Ризаев Ж.А., Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Олмасов Ф.Г. Доброкачественные опухоли и опу-

холевидные образования челюстно-лицевой области. - Самарканд, 2023.

5. Ризаев Э.А., Бабакулов Ш.Х., Сайфуддинов А.А. Современные аспекты прогнозирования тяжести течения острого панкреатита и его осложнений: обзор литературы // Tadqiqotlar. - 2025. - Т. 61, № 2. - С. 325–332.

6. 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.

7. 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.

8. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжёлого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения // Uzbek Journal of Case Reports. - 2024. - Т. 4, № 3. - С. 6–11. DOI: 10.55620/ujcr.4.3.2024.1.

9. Саъдуллаев Г.Ж., Сайинаев Ф.К. Структура и частота местных осложнений при свищах прямой кишки у больных сахарным диабетом // Материалы клинического исследования. - Самарканд, 2025.

10. Шеркулов К.У. Современный взгляд диагностики и лечения сочетанной неопухолевой патологии прямой кишки и анального канала // Вестник фундаментальной и клинической медицины. - 2024. - № 3(9). - С. 171–183.

11. Gaertner W.B., Burgess P.L., Davids J.S., Lightner A.L., Shogan B.D., Sun M.Y., Steele S.R., Paquette I.M., Feingold D.L. 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 & Rectum. - 2022. - Vol. 65, No. 8. - P. 964–985.

12. Rizaev E.A., Kurbanliyazov Z.B., Mamarazhabov S.E., Nurmurzaev Z.N., Abdurakhmanov D.Sh. Features of surgical correction of complicated forms of

cholelithiasis in elderly and senile age // Texas Journal of Medical Science. - 2023. - Vol. 18. - P. 17–24.

13. Rizaev J.A., Maeda H., Khramova N.V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. - 2019. - Vol. 27, No. 1. - P. 22–23.

14. Rizaev J.A., Norbutayev A., Murtazayev A. Modern methods for detecting oral cavity defects in hemoblastosis, detecting the degree of damage and prediction of the clinical current // Journal of Biomedicine and Practice. - 2021. - Vol. 6, Issue 5. - P. 45–51.

15. Tarasconi A., Perrone G., Davies J. et al. Anorectal emergencies WSES-AAST guidelines // World Journal of Emergency Surgery. - 2021. - Vol. 16. - Article 48.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Садилаев Г.Ж., Сайинаев Ф.К.

Резюме. В статье проанализированы клиническое течение, структура местных осложнений и вопросы оптимизации лечебно-диагностической тактики при свищах прямой кишки у больных сахарным диабетом II типа. Исследование основано на материалах пациентов, пролеченных в колопроктологической практике в 2016–2025 гг. У больных сахарным диабетом чаще выявлялись йиринжные полости, дополнительные свищевые ходы, мацерация кожи промежности, анусит, проктит и недостаточность анального сфинктера по сравнению с пациентами без диабета. Особенно при субкомпенсации сахарного диабета отмечались более высокие показатели йиринжных полостей и сфинктерной недостаточности, что обосновывает необходимость предоперационной санации под контролем трансректального УТТ, стабилизации гликемии и выбора индивидуальной сфинктеросохраняющей хирургической тактики.

Ключевые слова: свищ прямой кишки, сахарный диабет, параректальная клетчатка, йиринжная полость, трансректальное ультразвуковое исследование, недостаточность анального сфинктера, хирургическое лечение.