

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Илмий техник кенгаши раиси
_____ **Ш.К. Атаджанов**
« ____ » _____ **2025 йил.**

РУСТАМОВ ИНОЯТУЛЛА МУРАДУЛЛА ЎҒЛИ
ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИНГ МУРАККАБ ШАКЛЛАРИ БЎЛГАН
БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ

(Монография)

Самарқанд - 2025

МУНДАРИЖА

КИРИШ.....	6
I БОБ. ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИНГ МУРАККАБ ШАКЛЛАРИНИ ТЕКШИРИШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ (адабиётлар шарҳи).....	8
1.1. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари клиникасининг ўзига ҳос хусусиятлари	8
2.2. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларини диагностикаси ва хирургик даволаш	15
II-БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ.....	29
2.1. Материалнинг хусусиятлари	29
2.2. Текшириш усуллари	32
2.2.1. Клиник текшириш усуллари.....	32
2.2.2. Лаборатор текшириш усуллари.....	43
2.2.3. Инструментал текшириш усуллари	47
2.2.4. Статистик ишлов бериш.....	49
III БОБ. ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИНГ МУРАККАБ ШАКЛЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ	50
3.1. Таққослаш гуруҳида ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларни хирургик даволаш	50
3.2. Тадқиқотнинг асосий гуруҳида ўткир парапроктитнинг ишиоректал ва ретроректал шакллари билан беморларда хирургик даволашни оптималлаштириш	53
IV БОБ. ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИНГ МУРАККАБ ШАКЛЛАРИ БИЛАН БЕМОРАЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ҚИЁСҲИЙ ТАҲЛИЛИ	61
4.1. Операциядан кейинги яқин даврда беморларни хирургик даволаш натижалари	61

4.2. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида йирингли параректал

жароҳатни даволашда озон терапиясининг клиник самарадорлиги... 69

ХОТИМА.....83

ХУЛОСА94

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....95

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....96

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РУЙХАТИ

ИГК - интоксикациянинг гематоген кўрсаткичи

ТМИ - тана массасининг индекси

ИКК – импульслар кетма-кетлиги

КТ – компьютер томография

ЛИИ – лейкоцитар интоксикацияси индекси

МРТ - магнит-резонанс томография

АСЕ – анал сфинктери етишмовчилиги

ЎП – ўткир парапроктит

ЎРП- ўткир ретроректал парапроктит

РБ - ретроректал бўшлиқ

РС - реактив сфинктерит

ЭЧТ – эритроцитларнинг чўкиш тезлиги

УТТ - ультратовуш текшируви

RRS – ректороманоскопия

CRP – С реактив оқсил

КИРИШ

Бугунги кунда парапроктит энг кенг тарқалган проктологик касалликлардан бири бўлиб, уларнинг структурасида у сурункали бавосил, анал деворининг сурункали ёриғи ва сурункали колитдан кейинги ва шошилишч проктологик касалликларнинг умумий структурасида эса парапроктит етакчи ўринни эгаллаган. Парапроктит билан касалланиш умумий аҳолининг тахминан 0,5%, умумий хирургик касалликлар билан хасталанган барча беморларда - 4-5% ва тўғри ичак касалликлари билан хасталанган беморларда - 20-40% ташкил этади. Муаллифларнинг фикрига кўра «...диагностикасининг мураккаблиги бўйича ва ўзининг хавфли бўлган асоратлари ва оқибатлари сифатида йирингли парапроктитнинг мураккаб шакллари ҳисобланиб, улар қуйидагилардан иборат: ишиоректал, пельвиоректал, ретроректал парапроктит, уларнинг учраш суръати 12,3-19,5% ташкил этади...»¹.

Дунё миқёсида ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларини хирургик даволаш тамойиллари ва тенденцияларининг асосий замонавий тушунчалари ўзгармайди, яъни булар анал сфинктернинг мушак тузилмаларини сақлаб қолиш ва касалликнинг қайталанишини камайтириш бўлиб, фақат ёндашувларгина ўзгаради холос. Операция қилинганларнинг 13-20% йирингли-яллиғланишли асоратлар ривожланиб, беморларнинг 4-10% касалликнинг рецидивини ёки сурункали шаклига ўтиши, 17-36% орқа чиқарув тешиги атрофида ноқулайлик ҳиссиёти, 6-8% эса сфинктер етишмовчилиги юзага келади. Жароҳатни ревизия қилиш ва манипуляцияларни бажаришда операцион майдонда чекловни мавжудлиги ҳамда кириш йўлининг ва оператив аралашувнинг ўзига хослиги туфайли ички тешикга ишлов бериш пайти радикал операцияларни амалга оширишда аксарият ҳолатларда қийинчиликлар вужудга келади. Бундан ташқари, кенг кесмаларни қўллаш мавжуд хирургик аралашувларда етарли даражада

¹ А.М. Мадаминов [и др.]. К вопросу хирургического лечения острого парапроктита в сочетании с хроническим геморроем // Вестник КРСУ. - 2020. - Т. 14. - № 5. - С. 79-82.

манипуляция эркинлиги таъминлансада, бу ҳолат бемор учун жуда катта жароҳатланишга сабаб бўлади. Адабиётлар маълумотларига мувофиқ, «...ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида анал сфинктер толаларини кесиш, томирларнинг шикастланиши даражасининг кўплиги...»², думғаза-анал бойламини кесиш ва думғаза суягининг резекцияси хирургларни қониқтирмайди. Шу нуқтаи назардан, йирингли ўчоқнинг параректал бўшлиқда жойлашишининг топографик ва анатомик хусусиятларига ва диагностика технологияларининг имкониятларига қараб, хирургик ёндашувни танлаш ўткир парапроктитни даволашда истикболли йўналиш ҳисобланади.

² Болквдзе, Э. Э. Сложные формы острого парапроктита. Обзор литературы / Э. Э. Болквдзе // Колопроктология. - 2018. 27 (1). С. 38-46.

I БОБ. ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИНГ МУРАККАБ ШАКЛЛАРИНИ ТЕКШИРИШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ (адабиётлар шархи)

1.1. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари клиникасининг ўзига хос хусусиятлари

Ўткир парапроктит (ЎП) параректал тўқималарнинг ўткир яллиғланишли шикастланиши бўлиб, яллиғланиш жараёнининг Морган криптлари ва анал синуслардан тарқалиши оқибатида юзага келади [22, 31]. Парапроктит энг кенг тарқалган проктологик касалликлардан бири бўлиб, уларнинг структурасида у геморрой, анал ёриқлари ва колитдан кейин иккинчи ўринда туради ва шошилишч проктологик касалликларнинг умумий структурасида парапроктит етакчи ўринни эгаллайди [1, 48, 114.]. Адабиёт манбаларидан маълумки, парапроктит билан касалланиш умумий аҳолининг тахминан 0,5%, умумий хирургик касалликлар билан барча беморлар орасида - 5-4% ва тўғри ичак касалликлари билан беморлар орасида эса - 20-40% ташкил қилади [37, 99].

ЎП одатда геморрой, анал ёриқ, проктит ва тўғри ичак шиллик қаватининг бошқа шикастланиши сабаб бўлади [17, 35, 47, 125].

Ўткир парапроктитнинг йирингли хирургик патологияси таркибида мураккаб шакллари 7% гача, В.И. Кузнецовга кўра эса - 2,3-9,5% ташкил қилади [43]. ЎП мураккаб шаклларига қуйидагилар киради: пельвиоректал, ретроректал, ишиоректал ва яллиғланишли-инфильтратив шакллари [16].

Бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, чуқур парапроктит билан беморлар 34,0% ташкил этади [5, 15, 31]. Парапроктитнинг чуқур шаклларида бири ўткир ретроректал парапроктит (ЎРП) бўлиб, у ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари орасида беморларнинг 25,1% учрайди [23]. Агар эркаклар ва аёлларда ўткир ретроректал парапроктитнинг учраш суръати таққосланса, унда қийматлар мос равишда 5,4:1 ташкил қилади [15, 17]. ЎП орасида ретроректал парапроктит бизнинг умумлаштирилган

маълумотларимиз ва хорижий муаллифларнинг маълумотларига кўра, касалланиш даражаси 2,8% дан 16,6% гача учрайди [29, 74, 105].

Кўпгина муаллифларнинг фикрига кўра, ЎП мураккаб шакллари билан беморлар аноректал ва думғаза-думғаза суяги соҳасининг ўсмага хос бўлмаган йирингли-яллиғланиш касалликлари билан касалланган барча шошилишч профилдаги беморларнинг 45% ташкил қилади [15].

Аксарият олимлар тўғри ичак деворининг мушаклараро бўшлиғида жойлашган ва анал крипталарга очиладиган анус безларида йирингли жараённинг ривожланишига асосланган патология ривожланишининг криптогландуляр гипотезасини афзалроқ кўришадилар (7, 91, 106).

Шу билан бирга, адабиётларда ЎП ўрнига микроорганизмлар ректал бўшлиқдан кириш натижасида ривожланадиган криптогландуляр абсцесс атамасини учратиш мумкин [19, 72]. Юқумли қўзғатувчилар тўғри ичак шиллиқ қаватининг травматик шикастланиши оқибатида периректал бўшлиққа кириб боради ёки улар яллиғланиш жараёнидан шикастланган анал крипталари ва безларидан тарқалади [25, 105, 128].

Бактериал инвазияга нисбатан энг катта заифлик анал крипталарида кузатилади, чунки улар таркибида мукополисахарид қопламаси йўқ, энг кенг ва чуқур крипталар эса анал канал айланасининг орқа қисмларида жойлашган. Кўпгина тадқиқотлар натижалари анатомик тузилишга боғлиқ ҳолда йирингни айнан ушбу жойлашувидан дарак беради. Анал каналнинг орқа соҳалари думғаза-анал бойлам бирикмаси билан анодумғаза бойлами ҳисобига бир-бирига тегиб турганлиги сабабли каналнинг орқа девори камроқ ҳаракатчанликка эга ва дефекация пайтида у фақат бир оз пастга силжийди ва кучли зўриқиш пайтида айниқса, у қўшимча патологиялар (геморрой, анал ёриқ, колит каби) ёки ич қотиши ҳисобига шикастланиши мумкин [22, 35, 126].

Шуни эътиборга олиш лозимки, иккиламчи иммунитет танқислиги синдромининг ривожланиши ўткир парапроктитда йирингли жараённинг пайдо бўлишининг асосий сабабларидан биридир [62].

Аёлларда бир катор анатомик ва физиологик фарқлар мавжудлиги сабабли анал каналнинг олдинги айлана қисмлари орқа вагинал гумбазга туташган ва шу сабабдан уларда парапроктитнинг "олдинги" ўткир шакли кўпроқ учрайди [7].

N. Garber 1950-йилларда ўткир парапроктит қуйидаги йўллар билан пайдо бўлиши мумкинлигини ёзган: а) *гематоген* – томоқ оғриғидан кейин, тишни олиб ташлаш ва бошқалар, б) *лимфоген* – ёриқлар, шиллик қаватдаги яралар, яллиғланган гемorroидал тугунлар ва бошқалар. в) *контакт* - яллиғланган анал крипталардан анус безлари орқали инфекция параректал бўшлиққа, тос диафрагмаси устида жойлашган абсцесслардан, яллиғланган сийдик-жинсий аъзолардан ва бошқалардан кириши мумкин [22, 35, 91]. Бошқа муаллифлар ҳам микроорганизмларнинг гематоген ва лимфоген йўллар орқали кириб боришини, шунингдек, чегара тўқималари ва аъзоларидан йирингли-яллиғланиш жараёнларининг тарқалишини тасдиқлайдилар [42, 98]. Патологиянинг клиник кўринишлари кўп жиҳатдан микроорганизмларнинг турига, уларнинг вирулентлиги ва инвазивлигига, шунингдек бемор танасининг қаршилигига боғлиқ [35].

Агар яллиғланиш жараёнларида бактериялар сфинктер орқали тарқалса рефлексор спазмни келтириб чиқаради. Т. Didbaridze et al. [2017] маълумотларига кўра, бактерияларнинг криптогландуляр эпителийдан чуқур перианал структураларига тарқалиши учун тўсиқ ички сфинктер ҳисобланади. Парапроктит бирламчи сфинктерлараро бўшлиқда ривожланади, шундан кейингина жараён тўғри ичакни ўраб турган тўқималарга тарқалади [7, 35, 130].

Йиринг ҳосил бўлиши натижасида инфекцияланган массаларнинг чиқиши мураккаблашади, бу эса анал безлари тўқималарининг аста-секин эриши ва йирингли жараённинг мушак тўқималари бўшлиғига кириб, чуқурроқ жойлашган қисмларга ўтишига олиб келади. Шу тарзда, яллиғланиш жараёни интрамурал характерга эга бўлади. Яллиғланиш жараёнлари кучайиши билан бактериялар анус канали атрофида жойлашган

юмшоқ тўқималар структураларига: тери ости, шиллиқ ости, ишиоректал, пельвиоректал ва ретроректал бўшлиқларга кира бошлайди, бунинг оқибатида парапроктит ривожланади [7, 106].

Баъзи муаллифларнинг [7] маълумотларига кўра, ўткир ретроректал парапроктит (ЎРП) ривожланишининг патогенези анал каналининг орқа криптлари соҳасида яллиғланиш билан бошланади ва тўғри ичак орқасида хужайрали тўпланишига сабаб бўлади. Думғаза-анал бойлам ва думғаза бири билан чамбарчас боғланган ва шунинг учун улар биринчи ҳосил бўлган яллиғланиш ўчоғини ўнгга ёки чапга ишиоректал бўшлиқларга тарқалгунча ниқоблаш вазифасини ўтайди. Аминев А.М. ўткир ва сурункали парапроктит турли шаклларининг аксарият ҳолатларда касалликнинг орқа криптлар шикастланиши натижасида келиб чиқишини кузатган. Шу муносабат билан, ретроректал парапроктит аниқлангандан кўра кўпроқ учрайди. Улар ҳақида, қачонким фақат тўғри ичак орқасидаги йирингни давоми бўлмиш латерал ишиоректал парапроктит аниқланганда ёки унинг акси сифатида ўйлаш мумкин [7, 22, 35].

Кўпгина муаллифлар касалликнинг сурункали ва такрорий кечишининг сабаби ички тешикдан келадиган реинфекция деган тўғри фикрни билдиришган. Парапроктит рецидиви омилларидан бири сурункали йирингли патологиялар умумий сонининг 8-35% пайдо бўлиши мумкин бўлган «уйқудаги» инфекциялар фаоллигининг тикланиши деб ҳисобланади [35]. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, рецидив парапроктит билан беморлар ўртача 36,3% ташкил этади [82, 83, 87, 100].

Ўткир парапроктитнинг ривожланишида аксарият ҳолларда аралаш микрофлора иштирок этади. Беморларнинг деярли 98% йиринг ва оқмалардан олинган материални бактериал текширувида *E. Coli* билан биргаликда стафилококк флораси ўсганлиги аниқланади. Кўп ҳолларда микроорганизмлар параректал тўқималарга тўғри ичакнинг шиллиқ қавати орқали, кам ҳолларда эса анусни ўраб турган тери орқали киради. Йирингли таркиб экилганда *E. Coli*, *S. Aureus*, *E. Cloacae* ва *S. Epidermidis*, яъни одатда

тўғри ичакда яшайдиган полимикроб флоранинг устунлигини аниқланади [94, 95, 99]. Ушбу парапроктит носпецифик ёки банал деб аталади.

Метастатик аноректал абсцесс ва флегмоналар пайти мономикроб флоранинг учраши истисно тарқасида тўғри албатта, бу вақтда унинг асосий кўзгатувчиси *S. Augus* бўлиб, уларнинг миқдори 60,8% етади [98].

Аэроб микроорганизмлар сабабли ривожланган парапроктитда йирингли таркибда анаэроб бактериялар мавжудлиги аниқланиши ҳам мумкин, улар бирон бир клиник кўринишлар билан намоён бўлади [53, 78, 120, 123]. Бошқа тадқиқотчилар [67, 97, 129] маълумотларига кўра, ЎП очилгандан сўнг, бактериологик тадқиқотлар натижасида микроорганизмлар беморларнинг 87,2% монокультура сифатида ажратилган. Кузатишларнинг 8,4% икки турдаги микроорганизмлар бирикмасидаги микроблар ассоциацияси аниқланган. Кузатишларнинг 4,4% микрофлоранинг ўсиши аниқланмаган. Муаллиф таъкидлаганидек, микроорганизмларнинг монокультуралари аралаш бактериал флора билан солиштирганда, ЎП энг кенг тарқалган патогенлари ҳисобланади [98, 101]. Адабиёт маълумотларига асосан, беморларнинг 1-2% ўткир парапроктит ўзига хос инфекция (сил ва актиномикоз ва бошқалар) туфайли юзага келади [7, 22, 91]. Парапроктитларда йирингли жараёнларнинг кўзгатувчиси жуда кам ҳолларда моноинфекция бўлиши мумкин, аксарият ҳолатларда эса аэроб-анаэроб кўзгатувчилар комбинацияси эвазига агрессивлиги билан характерланади.

Бир қатор олимларнинг фикрига кўра, йирингли жараённинг характери ва оқибати кўп жиҳатдан улар ассоциациясидаги устун бактериялар турига боғлиқ. Айнан, бактериал ассоциацияда анаэроб микроорганизмларнинг устунлиги, ўткир парапроктитда салбий оқибатларнинг хавфининг юқорилиги билан боғлиқ [46, 59, 74, 106].

Шуни эътиборга олиш зарурки, агар культуранинг 2% специфик инфекция ташкил этса, унда анаэроб форма 3 дан 7% гача етади ва клиник жиҳатдан оғирроқ кечади ва ўлим сонининг юқорилиги билан характерланади [105, 131].

Шу билан бирга, анаэроб бактериялар билан ўткир ифлосланиши оқибатида тос тўқималарида газли флегмона, парапроктитнинг гангреноз ва чириш шакллари ривожланиши, шунингдек, парапроктит билан беморларда анаэроб сепсиснинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Бу ҳолда инъекцион агентлар: *B. perfringens*, *B. oedematiens maligni*, *B. Histoliticus*, *Vibrion septicus* [6, 28, 30] бўлиши мумкин. Адабиётда анаэроб парапроктитнинг суръати 2,2% дан 4,7% гача [36, 67, 78, 95] учраши қайд этилган. Баъзи муаллифларнинг [99] маълумотларига кўра, кекса ва қари беморларда анаэроб ва чириган парапроктит ЎП билан касалланган барча беморлар умумий сонининг 12,9% ташкил қилади.

Анаэроб парапроктитнинг ноклостридиал шаклида грамманфий микроорганизмларнинг (*Bacteroides*, *Fuzobacterium*, *Campilobacter*) учраш суръати 52,0%, граммусбат микроорганизмларнинг (*Peptococcus*, *Peptostreptococcus*) учраш суръати эса 27% ташкил қилади ва қолган ҳолатларда бактерияларнинг бошқа турлари ҳам аниқланади [53, 97, 125].

Замонавий тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, анаэроб парапроктит организмнинг иммунологик резистентлигини пасайиши фонида юқумли агентнинг юқори дозаси ва вирулентлиги билан боғлиқ. Анаэроб парапроктит кўпроқ қандли диабет, иммунитет танқислиги, гипотермия, юрак-қон томир патологиялари, стероид гормонал, ўсмалар туфайли химиотерапия препаратларини узоқ муддат қўллаш ва бошқа омиллар мавжуд бўлган беморларда учрайди [37]. Колопроктология соҳасида ўлган беморларнинг умумий сони орасида ўткир анаэроб парапроктит билан беморлар патологиялар рўйхатида онкопатология билан беморлардан кейин иккинчи ўринни эгаллайди ва бу тахминан 18% ташкил қилади [46, 94, 96].

Сергацкий К. И. [2017] маълумотларига кўра, парапроктитнинг анаэроб шакллари билан беморларда ўлим даражаси 21% етади [102]. Бошқа тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, бу кўрсаткич сезиларли даражада юқори ва 15-40% ҳолларда ўзгариб туради ва юқумли жараённинг оммавий тарқалишида ўлим 80% гача ошади [50, 125].

Адабиётда ўткир парапроктитнинг кўплаб классификациялари мавжуд. Улар яллиғланиш жараёнининг бирламчи жойлашуви, қўзғатувчининг характери, клиник кўринишлари, ташқи ва ички оқма тешикларининг жойлашиши ва оқма йўлининг мавжудлигига қараб фарқланади [16, 91].

Ҳозирги вақтда ўткир парапроктитда зарарланиш даражасига қараб даволаш тактикаси учун энг қулай тасниф D.H. Ahrenholz [121] томонидан таклиф қилинган ва кўплаб Европа мамлакатларида қўлланиладиган классификация ҳисобланади. Ушбу классификация парапроктит шаклининг зарарланиш даражасига боғлиқлигига асосланади ва муаллиф 4 та шундай даражани таклиф этган:

I даража - яллиғланиш жараёни терининг ўзида жойлашган;

II даража - яллиғланиш жараёни тери ости тўқимасида мавжудлиги;

III даража - яллиғланиш жараёни юзаки фасцияда мавжудлиги;

IV даража- яллиғланиш жараёни мушаклар ва чуқурроқ жойлашган фасциал структураларда мавжудлиги.

Ўткир парапроктитнинг энг кенг тарқалган шакллари ушбу классификацияга мувофиқ II ва III даражаларга тегишлидир. Такдим этилган классификацияга кўра, пельвиоректал, ретроректал ва анаэроб каби ўткир парапроктитнинг чуқурроқ вариантлари IV даражага тегишли [12, 26, 121].

Нетер Ф. маълумотларига кўра, тўғри ичак орқаси (ретроректал) бўшлиғининг топографик ва анатомик хусусиятларига кўра уч қават тафовут қилинади: а) юзаки ретроанал бўшлиқ, тери ва анал-думғаза бойлам ўртасида; б) чуқур ретроанал бўшлиқ, анус оралиғи -думғаза бойлам ва анусни кўтарувчи мушак; в) ретроректал бўшлиқнинг ўзи анусни кўтарувчи мушак ва тос қорин пардаси ўртасида чегараланган бўлиб, уларнинг ҳар бири ўзига хос клиник хусусиятга эга [71].

Тўғри ичакдан ўнг ва чап томонда ретроректал бўшлиқ пельвиоректал бўшлиқ билан эркин алоқа қилади. Бўшлиқлар ўртасидаги мавжуд алоқа туфайли, бу локализацияда йиринг тўпланиши ва пельвиоректал тўқималарнинг икки томонлама (тақасимон) зарарланиши жуда кўп учрайди

[11, 22, 49, 114]. Бошқаларга муаллифларга кўра [7, 12, 91] думғаза-анал бойлам ўртасида ва m. levator ani ва ташқи сфинктерни думғаза қисмига фиксация бўлмаган соҳагача бўшлиқ мавжуд бўлиб булиб, у ерда асосан ёғ тўқимаси мавжуд. Ушбу бўшлиқ тўғри ичакнинг орқасида жойлашган бўлиб Кортн бўшлиғи деб номланади. Орқа деворни мобилизация қилиш зарурияти туғилганда ушбу бўшлиқни мавжудлигини ёдга олиш лозим, сабаби унга кириш анал-думғаза бойламини шикастлантириш заруриятисиз очиш имконини беради.

2.2. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларини диагностикаси ва хирургик даволаш

Ўткир парапроктит диагностикасининг асосий вазифалари беморнинг шикоятлари, касалликнинг клиник белгилари ва объектив кўрик маълумотларини ҳисобга олган ҳолда параректал тўқималарда парапроктитнинг аниқ жойлашувини аниқлашни ўз ичига олади. Ўткир парапроктитнинг клиник белгилари: ўткир бошланиш, тўғри ичак, оралик ёки тос соҳаларида оғриқнинг кучайиш тенденцияси билан, гипертермия кабилар киради [17, 75].

Касалликни тери ости шаклининг диагностикаси, одатда, техник жиҳатдан унчалик мураккаб эмас, чунки анус атрофида жойлашган тери ости тўқималарида жойлашган йирингли тўпланмалар мавжудлигининг клиник кўриниши оғриқ, терининг маҳаллий гиперемияси, патологик бўшлиқ жойлашган соҳа ва перианал терининг бурмалари жойларида цианоз пайдо бўлиши билан характерланади. Пальпация пайтида зарарланган соҳаларда оғриқнинг кучайиши қайд этилади, дастлаб флюктуация симптоми аниқланмаслиги мумкин, аммо яллиғланиш ўсиб бориши билан у ижобий бўлади. Ўткир парапроктитнинг ушбу шакли диагностикаси шубҳасиз ҳолда енгил аниқланиши мумкин. Ректал текширув пайти йирингли тўплам ва ичак бўшлиғи ўртасида боғлиқлик мавжудлиги ҳамда зарарланган криптани ҳам аниқлаш мумкин [22, 31]. Бундан ташқари, ушбу текширув давомида тўғри ичакдаги маҳаллий ўзгаришларни аниқлаш мумкин: оғриқ, шиллиқ қаватнинг

қалинлашиши ва силлиқланиши, инфильтратнинг бўртиб туриши, яллиғланган крипта соҳасидаги воронкасимон тортилиб туриш кабилар [17, 11, 22].

96% ҳолатларда оддий ўткир парапроктит диагностикасида қийинчиликлар бўлмайди, аммо қолган 4% ҳолатларда яллиғланиш характеридаги тўғри ичак ва генитал аъзоларнинг бошқа ўткир патологиялар (йирингли простатит, баланопостит) билан дифференциал диагностика ўтказиш зарурати туғилади) [79, 107, 115]. Баъзи ҳолларда ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари, хусусан, ишиоректал ва ретроректал парапроктитни диагностикасида қийинчиликлар пайдо бўлади, чунки ЎП бундай шакллари билан беморларнинг кўпчилиги касаллик бошланганидан 7-8 кун ўтгач проктология бўлимига мурожат қилишади [8, 99, 31].

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари умумий ва маҳаллий характердаги ўзгаришларни келтириб чиқариши мумкин, улар қалтираш (эт увушиши), умумий кайфият ва уйқунинг бузилиши, тўғри ичак канали ва тос бўшлиғида доимий характердаги тўмтоқ оғриқлар кўринишида намоён бўлади. Бу вақтда визуал кўрик пайти анус атрофидаги терида ўзгаришлар кузатилмайди. Ректал текширувда пельвиоректал парапроктит билан беморларда тўғри ичакнинг ампуляр қисмининг ўрта ёки юқори сегментида жойлашган деворлардан бирининг соҳасида оғриқнинг кучайиши, тўғри ичак деворида инфильтратив ўзгаришлар белгилари ёки унинг ичакдан ташқарида мавжудлиги аниқланади. Касаллик бошланганидан бошлаб 7-чи кунга келиб инфильтрат ректум бўшлиғига бўртиб чиқа бошлайди, бунда яллиғланиш жараёни простата ва уретра каналига тарқалиши ва бунинг натижасида беморда сийиш пайтида оғриқ пайдо бўлиши мумкин. ЎП ретроректал шакли билан беморларда тўғри ичак орқа деворининг бўртиб туриши ва ушбу беморларда думғаза соҳаси босиб кўрилганда оғриқнинг кучайиши кузатилади [17, 22, 35, 114]. ЎП ретроректал кўриниши диагностика ва даволаш масаласида мураккаблиги билан ажралиб туради [15, 29].

Болквадзе Э.Е. маълумотларига кўра, [16] ЎРП дастлабки кунларданок яллиғланиш инфилтрати, сўнгра абсцесс ҳосил бўлади, бармоқ билан текширув вақтида кучли оғриқ кузатилади. Бироқ, парапроктитнинг ушбу шакли билан биринчи навбатда умумий интоксикация белгилари пайдо бўлади (тана ҳароратининг кўтарилиши, қалтираш, артралгия, қориннинг пастки қисмида оғриқлар пайдо бўлиши, сийишнинг бузилиши, дефекация пайтида, шунингдек жинсий алоқа пайтида оғриқ пайдо бўлиши, катта ҳожатнинг бузилиши, думба соҳаларида оғриқ пайдо бўлиши ва бошқалар), кейин эса маҳаллий симптомлар ривожланади [54, 65, 75, 114].

Олдинги қисмида ретроректал бўшлиқ ўз фасцияси билан бирга тўғри ичак девори билан, орқа қисмида - сакрал суякнинг олдинги қисмлари, юқори қисмида - тос қорин пардаси ва пастки қисмида - тўғри ичак девори - думғаза бойлами ва латерал томондан ички ёнбош томирлари билан ўралган. Тўғри ичакнинг ўнг ва чап томонидан ретроректал бўшлиқ пельвиоректал бўшлиқ билан эркин туташади. Қорин бўшлиғининг ретроперитонеал бўшлиғи юқорида жойлашган. Ретроректал ёғли бўшлиқнинг ўзига хос хусусияти шундаки, у тос бўшлиғининг латерал ёғли бўшлиқлари билан, томирлар ва нервлар бўйлаб ретроперитонеал ва параректал висцерал ёғли тўқималар билан туташганлигидир [7, 91, 113]. Шунингдек, инфекция тарқалишининг яна бир анатомик хусусияти лимфа тизими ҳисобланади. Тўғри ичакнинг лимфатик ҳосилалари инфекция жараёнларининг тарқалиш йўллари сифатида катта аҳамиятга эга, чунки тўғри ичакнинг орқа юзасидан сакрал лимфа томирлари орқали лимфа орқага, сакрал лимфа тугунларига оқиб, йирингли инфекцияни тарқатиши орқали ретроректал парапроктит ривожланишига олиб келади [98, 105].

Тўғри ичакнинг периметри бўйлаб жойлашган барча ёғли бўшлиқлар ретроанал ва ретроректал бўшлиқлар орқали ўзаро боғланган. Шу муносабат билан, беморлар кеч мурожат қилган ҳолатларда ва ўз вақтида диагноз қўйилмаганда, яллиғланиш жараёни параректал структураларга тарқалиши мумкин, натижада оралиқ ва ретроперитонеал бўшлиқ соҳаларида асоратлар

ривожланиши вужудга келади. Шунингдек, бу жараёнлар кўпинча пельвиоректал ёғ тўқималарининг шикастланишига ва ҳар икки томонда йирингли тўпламларнинг жойлашувига (тақа шаклидаги парапроктит) сабаб бўлади [41, 49, 61, 80]. Ўткир парапроктитнинг ушбу шакли билан касалликнинг биринчи кунларидан бошлаб кучли оғриқлар мавжуд бўлади. Тўғри ичак канали ва думғаза соҳасида оғриқли ҳислар пайдо бўлади ва улар дефекация ҳамда ўтиришга ҳаракат қилинган ҳолатларда кучаяди [75, 77, 93, 112].

Ўткир парапроктитнинг диагностика сифати ва хирургик даволаш тактикаси яхшиланганига қарамай, уларнинг кўпчилиги, айниқса ишиоректал ва ретроректал парапроктит билан узоқ вақт давомида урологлар, гинекологлар, неврологлар ва терапевтлар томонидан бошқа касалликлар бўйича даволаниши мумкин. Беморлар касалликни даволашнинг бундай тактикасига риоя қилган ҳолда, узоқ вақтни ўтказадилар, бунинг оқибатида патология кучайиб боради, патологик жараён тарқалишда давом этиб бемор умумий аҳволининг оғирлашишига олиб келади. Бу эса ушбу категориядаги беморларни стационар даволаш учун кўпроқ вақт ва маблағ сарфлашга сабаб бўлади [35, 84, 106].

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари ўз вақтида аниқланмаслиги ва кечикиб мурожат қилишда беморда 9,1% тос ёғ бўшлиқлари орасида яллиғланишни тарқалиши, 2,0% йирингни қорин бўшлиғига ёрилиши, йирингни қорин парда орти бўшлиғига ёрилиши 2,0%, сон соҳасига 1,2% ва 2,0% ҳолатда йирингни гениталий юмшоқ тўқималарига ўтиши каби жиддий асоратлар юзага келади [6, 20, 27, 33, 60].

ЎП мураккаб шакллари диагностикасида тўғри ичакни клиник ва бармоқ билан текширишдан ташқари, лаборатор ва инструментал текширишлар, жумладан RRS, УТТ, КТ ва МРТ қўлланилади [10, 18, 40, 76].

Лаборатор текширувларидан беморларда умумий қон ва сийдик, ҳамда биохимик қон текширишлари ўтказилади [42, 48, 103, 107]. Чарышкин А.Л. ишларида [112], ЛИИ қўшимча равишда рецидив парапроктитда ўрганилган.

Мансуров А. Б. томонидан олиб борган тадқиқотларда қандли диабет фонида ЎП билан беморларда ЛИИ динамикасини ўрганилган [64].

А.В. Смолькин 2020 йилда ўз ишида Островский В.К. формуласи бўйича ЎП билан беморларни даволашни оптималлаштириш критерияси сифатида мониторинг олиб бориш учун ЛИИ фойдаланган [56].

Бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, ишиоректал ва ретроректал парапроктитда оралиқ соҳаси кўздан кечирилганда ва тўғри ичак бармоқ ёрдамида текширилганда ўткир яллиғланиш жараёнининг характерли белгиларининг бўлмаслигини қайд этишган [75, 91]. Бироқ, парапроктитнинг ушбу шакли билан муҳим симптомлар интоксикация ва лихорадка ҳисобланади [3, 9, 60]. Баъзида касалликнинг бошида фақат тос бўшлиғининг ичида ва қуймуч нерви бўйлаб тарқаладиган оғриқлар кузатилади. Қачонким, йирингли жараён пастга тарқалганда маҳаллий соҳада оғриқлар пайдо бўлади [26, 28, 61, 85, 87]. ЎП ташқи белгилари фақат йиринг ичак бўшлиғига ёки оралиқнинг тери юзасига ажрала бошлаган кўринишидаги касалликни ўтказиб юборилган аянчли пайтларида намоён бўлади [35, 88, 93, 113]. Парапроктитнинг ушбу шаклида диагноз аниқлангунча беморларда узоқ вақт давомида мустақил равишда даволанадилар ёки бошқа ихтисосликдаги врачлар томонидан амбулатор кузатувда бўлишади ва бунинг натижасида уларга лозим бўлган даволаш чора-тадбирлари ўз вақтида ўтказилмайди [41, 58, 106].

Ҳозирги вақтда ўткир парапроктитни топографик баҳолаш учун ультратовуш текширувлари тобора кўпроқ қўлланилмоқда, улар бошқа патологияларни диагностикасида қўлланилишига нисбатан, уларнинг ижобий натижалари адабиётларда тақдим этилганига қарамай, колопроктологик амалиётда кам қўлланилмоқда [40, 76, 100].

Бугунги кунда тос аъзоларининг УТТ учта усули мавжуд: трансперитонеал усул ёрдамида, трансперинеал ва тўғри ичак орқали. Филиппов Д.Ю. (1999), Stewart L. et al. (2001) ҳамда бошқа олимлар маълумотларига кўра, эндоректал УТТ фойдаланиш ёғ бўшлиқларда юзага

келадиган патологик ўзгаришларнинг характери баҳолашда, шунингдек, ушбу соҳадаги бошқа патологиялар билан дифференциал диагностикасида самарадорли ҳисобланади. Филиппова Д.Ю. эндоректал УТТ усулининг сезгирлиги ва спецификлиги мос равишда 89% ва 80% етади, бу усулнинг аниқлиги эса 86% ташкил қилишини таъкидлайди. Stewart L. ўзининг тадқиқотларида операциядан олдинги даврда ўтказилган УТТ натижалари 85% ҳолларда оператив аралашувлар пайтида тасдиқланганлигини кўрсатиб ўтган [76].

Даценко Б.М. маълумотларига кўра, ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида ультратовуш текшируви натижасида 83,1%, шу жумладан йирингли жараённинг ретроректал жойлашуви билан 71,8% ҳолатларда диагноз тўғри аниқланганлиги қайд этилган [29]. Ўткир парапроктитнинг, айниқса ретроректал мураккаб шаклларида УТТ маълумотларининг информативлиги абсцесснинг аниқ жойини аниқлаш ва диагнозни аниқлаштириш учун етарли текшириш усули ҳисобланади [32, 77].

Оралик ва трансректал сонографик текширувини ўтказишда патологик ўчоқнинг жойлашиши, унинг ўлчамлари, характери, ундаги мавжуд йўллarning сони, тўғри ичак девори ва ташқи сфинктер мушак қаватининг толалари даражасида яллиғланиш жараёнининг тарқалганлиги, шунингдек, тери юзасига нисбатан патологик ўчоғнинг жойлашганлик даражасини аниқлаш мумкин [1, 77, 108].

КТ текширувида парапроктитни кўрсатадиган белгилар нотекис чегаралар билан паст экзогенликка эга бўшлиқни аниқлашдир. Кичик йирингли тўпламлар, одатда, юмалоқ кўринишга эга бўлиб, каттароқлари эса одатда нотекис овал кўринишга эга бўлади; аллақачон шаклланган йирингли тўпламларда экзогенлиги юқори бўлган капсуланинг мавжудлиги кузатилади [76, 124].

КТ текшируви пайтида абсцесс фойдасига паст интенсивликдаги ғадир-будир чегараланиш билан ўчоғни аниқланиши каби белгилар гувоҳлик беради. Кичик ўлчамдаги йирингли тўпламлар, одатда, юмалоқ кўринишга

эга, каттароқ ўлчамларидагилар эса асосан тўғри бўлмаган овал кўринишида бўлади, эхогенлигининг кўчайиши билан капсулага эгалиги шаклланган йирингли тўпламда кузатилади.

КТ текшируви мураккаб параректал абсцесслар жойлашувини аниқлашда кам қўлланилади, чунки ушбу патология учун ушбу тадқиқот усули заиф диагностик қобилиятга эга. Бир қатор олимларнинг фикрига кўра, КТ текшируви тос аъзоларининг абсцессларини фақат 66-75%, ички тешикни эса 24% ҳолларда аниқлаши мумкин. Шу билан бирга, йирингли йўлнинг топографик хусусиятларини ўрганиш амалий жиҳатдан мутлақо иложсиз [18, 76].

Бироқ, бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, тос аъзоларининг КТ ўтказишда ЎП чуқур шаклларида уч ўлчовли тасвирни қайта тиклаш орқали йирингли оқишнинг жойлашувини янада аниқроқ аниқлаш мумкин, бу эса ўз навбатида хирургик даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам беради [31, 106].

Адабиётда тўғри ичак патологияларини диагностикасида МРТ катта аҳамиятлилигини қайд этадиган кўплаб ишлар мавжуд. МРТ колопроктологик амалиётга жорий этилиши туфайли йирингли ўчоқ ва унинг каналларининг аниқроқ жойлашишини аниқлаш қобилияти яхшиланди, бу эса хирургик аралашувнинг энг мақбул тактикасини танлаш ва асоратлар ривожланиш хавфини камайтириш имконини беради, бу ҳақда бир қатор муаллифларнинг дастлабки тадқиқотлар натижалари дарак беради [32, 39, 127].

Йирингли йўлни ва унинг характерини МРТ текшируви ёрдамида аниқлаш имконияти 85,7%, патологик ўчоғ ҳажмини аниқлашнинг ишончлилиги эса 91,4% ташкил қилади. Йирингли йўлнинг ички каналини аниқлашда ушбу усулнинг диагностик аниқлиги 84%, бу текшириш усулининг сезгирлиги ва ўзига хослиги 100% етади [12, 39]. Stewart L. ва унинг ҳамкасблари (2001) томонидан келтирилган маълумотлар унчалик оптимистик бўлмаган ҳолда - йирингли йўлнинг топографик хусусиятларини

аниқлаш имконияти 50% ошмайди ва йирингли йўлнинг ички каналини аниқлаш имконияти 74% ташкил қилади.

Ўткир парапроктит аниқланганда шошилиш хирургик оператив амалиёти ўтказилади, унинг тескариси эвазига, яъни диагноз вақтида аниқланмасдан касалликнинг давомийлиги ошиб бориши билан беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади ва ноқулай оқибатлар хавфи ортади. Бу яллиғланиш жараёнини тарқалиши ва йирингли таркибнинг тос бўшлиғининг ёғли бўшлиқларига кириб бориши хавфи юқори бўлиб, бу сфинктер, тос бўшлиғи ва тўғри ичак девори мушак тўқималарининг деструкциясига олиб келади [54, 92, 115, 116].

Баъзи олимларнинг фикрига кўра, ЎП операциялар тўғри ичакнинг анал сфинктери мушак толаларига нисбатан йирингли йўлнинг жойлашишини ҳисобга олган ҳолда ички тешикни бартараф қилиш орқали амалга оширилиши керак [51, 66, 84, 116].

ЎП мураккаб шаклларида икки босқичли операциялар амалга оширилади. Биринчи босқич - йирингли бўшлиқни очиш ва дренажлаш, иккинчи босқичда эса 5-7 кундан кейин яллиғланиш белгилари тўлиқ бартараф бўлгач, радикал операциялар амалга оширилади [16, 43, 55, 59]. Иоффе И.В. ҳам ЎП мураккаб шаклларида хирургик аралашувлар икки босқичда амалга оширилиши кераклигини таъкидлайди. Биринчи босқичда ўткир парапроктит шошилиш равишда очилиб етарли даражада ревизия, санация қилингач патологик ўчоғ дренажланади. Хирургик даволашнинг иккинчи босқичида бирламчи тешик тежамкор усулда кесиб олинади ва Fistula Plag обтураторини қўллаш орқали у ёпилади [43].

Бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, ЎП мураккаб шакллари билан беморларни хирургик даволашнинг энг самарадор радикал операция бир босқичли йирингни очиш усули ва йирингни Т-симон кўринишда ичак бўшлиғига кесишдан иборатдир [25, 58]. Шунини таъкидлаш керакки, ЎП икки босқичли хирургик даволашнинг фундаментал тарафдорлари бўлган бир қатор муаллифлар мавжуд [43, 106].

Бироқ, касалликнинг чуқур жойлашувида, хусусан, ЎРП қачонким, йирингли бўшлиқнинг аниқ жойлашуви ва атроф ёғ тўқималари бўшлиқларига яллиғланиш жараёнининг тарқалганлиги ва шу билан биргаликда клиник кўринишларини аниқлашда муаммолар вужудга келганда кўшимча текшириш усуллари қўллаш талаб қилинади. [7, 23]. Ушбу касаллик мураккаблиги туфайли хирургик аралашувни ўз вақтида ва тўлиқ амалга оширишни кечикиши ва бунинг оқибатида аксарият ҳолатларда ўлим билан кузатиладиган септик асоратлар ривожланишига сабаб бўлади [77, 91, 114].

Болквадзе Э.Э. [2008] маълумотларига кўра, ЎП билан беморларни хирургик даволаш икки босқичда амалга оширилади. Биринчидан, йирингли бўшлиқ очилади ва дренажланади, иккинчидан, яллиғланиш жараёни ўтгач, 5-6 кундан кейин радикал операциялар амалга оширилади [16].

Шуни таъкидлаш керакки, ўткир парапроктитда радикал операциялар йирингли бўшлиқнинг жойлашуви, унинг йўли ва яллиғланган криптанинг ўзи ҳақида аниқ тасаввурга эга бўлган ҳолатлардагина амалга оширилади. Аммо хирургик аралашуви олдидан бемор соматик ҳолатининг оғирлиги, яллиғланган криптани аниқлашнинг қийинчилиги ва йирингли-яллиғланиш жараёнларининг оғирлиги каби қарши кўратмалар ҳақида унутмаслигимиз керак [48, 65].

Ўткир парапроктит билан беморларда радикал хирургик аралашувларни ўтказишда унинг характери, анал сфинктернинг мушак толаларига нисбатан жойлашишини ҳисобга олган ҳолда параректал йирингли ўчоғ очилади ва йирингли йўлнинг ички тешиги бартараф этилади [9, 90, 122, 124].

Хирургик стационар шароитида одатда параректал абсцесснинг очилиши ва уни дренажлаш тўғри ичакдаги ички тешикни бартараф қилмасдан амалга оширилади [22, 35]. Йирингли асоратларнинг ривожланиши 13-20% ҳолларда, 4-10% ҳолларда эса касалликнинг қайта ривожланиши ёки патологиянинг ўткир шаклининг сурункали шаклга ўтиши кузатилади, 17-36% беморлар анал канали соҳасидаги ёқимсиз ҳис-

туйғулардан шикоят қиладилар ва 6-8% ҳолларда анал сфинктер етишмовчилиги юзага келади [23, 57, 112, 117].

Муаллифларнинг фикрига кўра, анал каналининг операциядан кейинги стриктуралари ЎП бўйича ноадекват хирургик даволаш ўтказилган беморларнинг 13,5% ривожланади [2, 3]. ЎП бўйича 11,3% операция қилинган аёлларда 3,3-4,7% ҳолларда ректовагинал оқмалар, анал сфинктер етишмовчилиги [9] шаклида асоратлар ривожланган. Нотўғри диагностика ва хирургик даволашда Аминев [7] маълумотларига кўра, ЎП қайталаниши 10%, бошқа муаллифларнинг фикрига кўра 19,6% гача кузатилади [15].

Аксарият ҳолатларда касалликнинг қайталаниши ЎП мураккаб шаклларида учрайди. Уларнинг учраш суръати 26,2% гача бўлиши мумкин [15, 18, 115]. ЎП мураккаб шакллари билан беморларга ўз вақтида ва радикал бўлмаган хирургик аралашуви қайта операциялар сони ва ўлимнинг кўпайишига олиб келади. Парапроктит ички канали бартараф этилмасдан очилгандан сўнг, беморларнинг 60-100% тўғри ичак оқмалари пайдо бўлади [9, 75, 104, 124]. Аммо шуни таъкидлаш керакки, операциядан кейинги дастлабки даврда ЎП мураккаб шаклларида операция туридан қатъий назар, кўпинча асоратлар пайдо бўлади: сийдикни рефлексор кўринишида ўтқир тутилиши, сийдик пуфагида яллиғланиш жараёнининг ривожланиши, қон кетиш ва геморроидал тугунларининг тромбози кабилар [44, 74, 86, 111, 114].

Ўтқир парапроктитда парапроктитнинг шаклини ҳисобга олган ҳолда адекват радиал ёки яримой кесмалар қилиш керак. Хусусан, юзаки ЎП, айнан тери ости ва тери ости-шиллик ости парапроктитлар учун радиал кесмалар амалга оширилади [83, 116]. Шуни таъкидлаш керакки, бир қатор тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, ретроректал ва орқа тақасимон шаклида ЎП думғаза-анал бойламнинг қўшимча равишда кесиш амалга оширилади [7, 22, 59].

Бошқа муаллифлар анал канал ва думғаза ўртасида думғаза-анал бойламини кесиш билан ёйсимон ёки ўрта чизиқли кесма орқали ретроректал

бўшлиққа хирургик йўли билан киришни тавсия қилади. Баъзи ҳолларда думғаза ва думнинг резекцияси учинчи дум умуртқадан юқори бўлмаган ҳолда амалга оширилади [11, 14, 17, 75, 83]. ЎРП бўйича операция пайтида ретроректал бўшлиқни дренажлаш алоҳида аҳамиятга эга, Воробьёв Г.И. [22] маълумотларишга кўра, дренажлашни қуйидаги усулларда амалга ошириш керак: а) анус орқасидаги ўрта чизикнинг ўнг ва чап томонидаги иккита яримой кўринишида кесма, бунда тўғри ичак думғаза боғлам сақланиб қолади, б) анус орқасидаги кенг яримой кўринишида тўғри ичак думғаза боғламни кесиш билан, бу ҳолатда пресакрал тўғри ичак думғаза бўшлиққа кенг киришни ва яхши дренажлашни таъминланади. Кўпгина ҳолларда, трансанал сфинктеротомиясиз, пластик усуллар ёрдамида парапроктитнинг ички каналини ёпиш мумкин [22, 32, 34]. Жуков Б.Н. ва ҳаммуаллифларнинг маълумотларига кўра [41], ЎП мураккаб шаклларида (пельвиоректал ва ретроректал) кўпчилик ҳолатда йирингли ўчоғ очилади ва лигатурни киритиш билан дренажланади. Агар патологик ўчоғ ретроректал бўшлиқ ва тақа шаклидаги ишиоректал бўшлиқда жойлашган бўлса, баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, анодумғаза бойламини қўшимча равишда кесиш керак бўлади [41].

Маълумки, ЎП пайтида абсцесс стандарт ҳолатда очилади ва дренажланади. Агар йирингли йўл ташқи сфинктердан медиал жойлашган бўлса, дренаждан сўнг яллиғланган крипта ва йирингли йўлни ичак бўшлиғи ичидан кесилади. Бирламчи радикал операциялар парапроктит, йирингли йўл ва яллиғланган криптанинг жойлашуви ҳақида аниқ тасаррув мавжуд бўлсагина амалга оширилади. Яна бир шароит кучли ривожланган йирингли-яллиғланиш ва чандикли ўзгаришларнинг йўқлиги ҳисобланади [114].

Бир қатор тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бирламчи радикал операциялар шифохонада қолиш муддати, даволанишнинг умумий нархи, рецидивлар сонини камайтиришга ёрдам беради ва беморларнинг ҳаёт тарзи сифатига ижобий таъсир кўрсатади [130].

Операциядан кейинги эрта даврда йирингли йўлнинг интрасфинктер ва трансфинктер жойлашувида ижобий натижалар 65-88% ҳолларда учрайди [48, 114].

Ҳозирги вақтда клиник тавсияларда ЎП мураккаб шакллари бир неча босқичда ўтказиш мақсадга мувофиқлигини кўрсатади. Парапроктитни очиш, санация қилиш ва дренажлашдан сўнг, яллиғланиш жараёни ўтгач, радикал операциялар ўтказилади [9, 16, 40, 45].

Турли хил йирингли-яллиғланиш патологиялари билан беморларни, шу жумладан ўткир парапроктит билан беморларни даволашнинг амалдаги стандартлари нафақат оператив аралашув ва кучли антибактериал терапия, балким беморни даволаш ва реабилитацияни тезлаштиришга ёрдам берадиган турли хил жисмоний ва механик таъсирларни ва асоратлар сонининг камайишини ўз ичига олади. [68, 69, 73, 81, 95].

ЎП чуқур ва анаэроб шакллари учун жорий қилинган ушбу усуллардан бири жароҳатда салбий босимни ушлаб турадиган ва жароҳат юзасига вақти-вақти билан таъсир қилувчи вакуум терапияси ҳисобланади [13, 21, 38, 81].

Салбий босим жароҳат юзасида нам шароитни ҳосил қилади, жароҳатдан ортиқча патологик таркибни олиб ташлашга ёрдам беради ва регенератив жараёнларни тезлаштиради [24, 63, 112].

Хирургик аралашуви туридан қатъий назар, бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, операциядан кейинги даврда ЎП оралиқ жароҳатларни даволаш учун турли усуллар: комбинацияланган офлотримол-2 препаратини маҳаллий қўллаш, лазер терапияси, озонланган 0,9% NaCl эритмасини қўллаш орқали гидропрессив ишлов бериш, СУМС-1 сорбентли сорбцион дренаж тампонидан фойдаланган ҳолда аппликация, жароҳатларга кислород ёки озон-ҳаво аралашмаси билан ишлов бериш кабилар қўлланилади [4, 52, 109].

Бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, ЎП операциядан кейинги даврда, шу жумладан мураккаб шаклларда вакуум терапияси қўлланилади, бу даволаш жараёнида ижобий натижалар беради [45].

Касалликни даволаш самарадорлигининг мезонлари клиник кўрсаткичларни нормал қийматларга қайтиши, шунингдек, жароҳатларни тозаланиш вақти, грануляция ва тўқималар эпителизациясининг пайдо бўлиши ҳисобланади [44, 52, 59].

Шуни таъкидлаш зарурки, ЎП диагностикаси ва хирургик даволаш тактикалари яхшиланганлигига қарамасдан унинг мураккаб шакллари билан беморларда, биринчи ўринда ретроректал парапроктит билан пациентларда диагностика ва хирургик даволаш ҳануз муаммолигича қолмоқда. Адабиётларда ҳозиргача РП топограф-анатомик хусусиятларига боғлиқ ҳолда ЎРП диагностикаси ва хирургик даволашда рационал усулларни танлаш бўйича боғлиқ яхлит ва аниқ тавсиялар йўқ. Шу сабабли ўз вақтида диагноз қўйилмаслиги ва йирингли тўплам жойлашувининг назоратдан четда қолиб кетиши хавфли асоратлар ва ҳаттоки, ўлим асоратларига олиб келмоқда.

ЎРП операция жараёнида анал сфинктер, думғаза-анал бойлами, нерв ва қон томирлар тўплами ва мушак-боғловчи аппаратлар шикастланиши мумкин.

Шундай қилиб, ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларни диагностикаси ва даволашга бағишланган аксарият муаммолар ўз ечимини топмасдан қолмоқда ва бу ретроректал бўшлиқнинг, думғаза-анал бойлам ва унинг узунлиги, думғаза суяги ва унинг жойлашуви ҳамда ушбу соҳаларнинг қон билан таъминланишининг топографо-анатомик хусусиятлари янада чуқурроқ ўрганишни талаб этади. Бироқ, адабиётда ўткир парапроктитда унинг бўшлиқларига боғлиқ ҳолда микроблар пейзажини ҳақида аниқ маълумот топиш қийин. Шунингдек йирингли бўшлиқни дренажлаш ҳақида ҳам жуда кам маълумот мавжуд.

Юқорида келтирилган маълумотларга асосланган ҳолда, ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари диагностикаси ва хирургик даволаш муаммолари ва беморларни кейинчалик реабилитация қилиш муаммоси муҳим ижтимоий ва иқтисодий аҳамият касб этади.

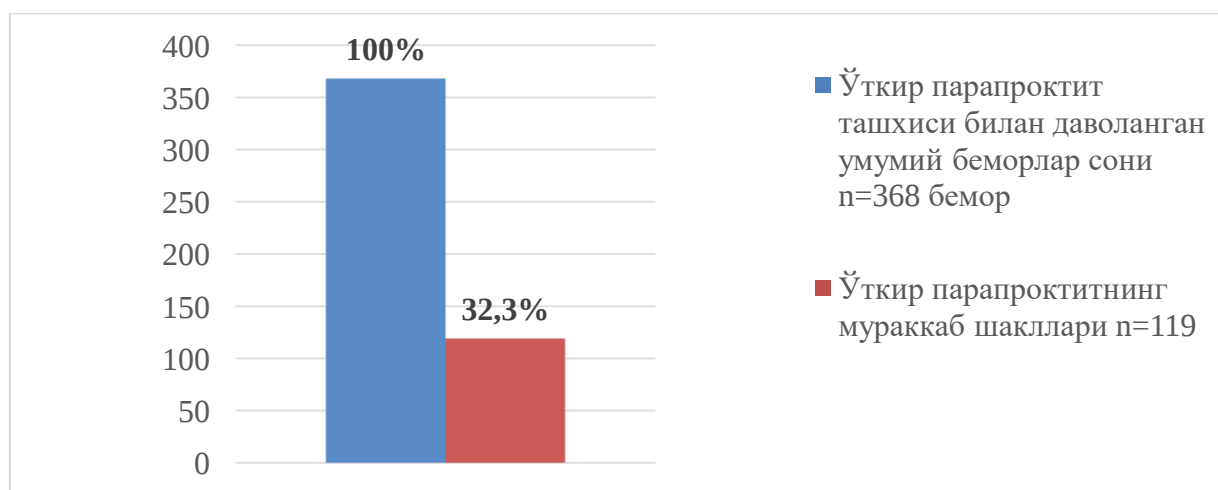
Биобарин, келтирилган адабиётлар шарҳига биноан, биз фақатгина ЎРП муаммоларининг асосий аспектларига тегишли бўлган маълумотларга урғу бердик ва ушбу патологияни ўз вақтида диагностикаси ва даволашга боғлиқ усулларни такомиллаштириш бўйича изланишларни давом эттиришни ўринли деб биламиз.

Шундай қилиб, ҳозирги вақтда ўткир парапроктининг мураккаб шакллари билан беморларни хирургик даволаш охиригача ечилмаган муаммо бўлиб қолмоқда, шу сабабли у кейинги тадқиқотларни олиб боришни талаб қилади.

II-БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

2.1. Материалнинг хусусиятлари

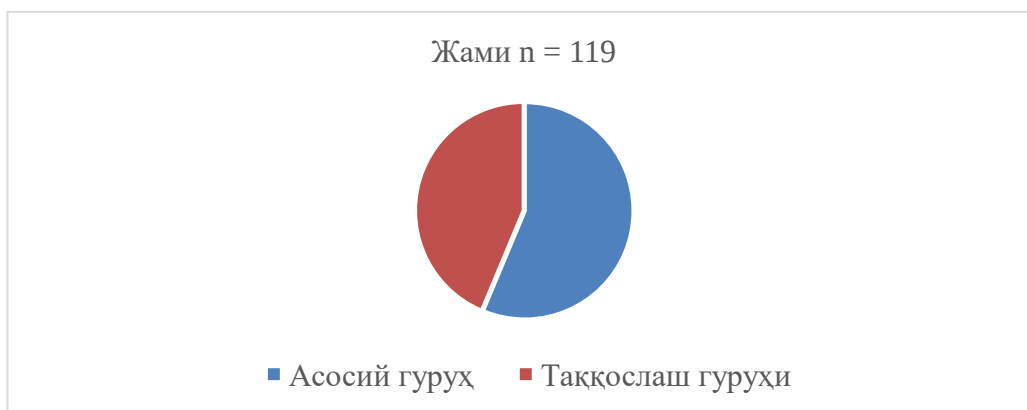
Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг колопроктология бўлимида 2017-2022 йиллар давомида 368 нафар беморлар ўткир парапроктит билан операция қилинган бўлиб, улардан 249 нафарида касалликнинг тери ости ва тери ости-шиллик ости шакллари аниқланган. Академик Г.Н. Воробёв таснифига кўра (2009), параректал абсцесснинг ишиоректал ($n=76$) ва ретроректал ($n=43$) жойлашуви бўлган 119 нафар бемор ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари бўлган гуруҳга киритилган (2.1-расм).



2.1-расм. Тадқиқотда ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари учраш суръати

Ушбу тадқиқот 2017-2022 йиллар давомида Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг колопроктология бўлимида операция қилинган ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан 119 нафар беморни комплекс диагностикаси ва хирургик даволаш тажрибасига асосланган бўлиб, улар ўткир парапроктит билан операция қилинган беморлар умумий сонининг 32,3% ташкил этган. Пельвиоректал парапроктит билан бор йўғи 2 бемор бўлганлиги сабабли бизнинг тадқиқотимизга киритилмаган.

Даволаш-диагностика ёрдами кўрсатилишининг муддати ва ҳажмига боғлиқ ҳолда беморлар икки гуруҳга бўлинган. Таққослаш гуруҳи (ретроспектив таҳлил) анъанавий усулда параректал парапроктитни очишдан иборат хирургик муолажани ўтказган 52 беморни ўз ичига олган. Асосий гуруҳ 67 бемордан иборат бўлиб, уларда диагностика ва хирургик даволаш мақсадида замонавий инструментал текшириш усуллари (эндоректал сонография, МРТ), шунингдек, параректал абсцесс ички каналини кечиктирилган усулда бартараф этишни таъминлайдиган такомиллаштирилган хирургик даволаш ва 2 босқичда парапроктит ва параректал жароҳатларни даволашда гидропрессив озон терапия усуллари қўлланилган (2.2-расм).



2.2-расм. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларни ўрганиш гуруҳлари бўйича тақсимлаш

Ёши ва жинсига қараб беморлар қуйидагича тақсимланган (2.1-жадвал).

Беморларнинг ёши 18 ёшдан 83 ёшгача бўлган. 104 нафари эркек (87,3%), 15 нафари эса аёл (12,7%), бу 7:1 нисбатга тўғри келган. Касаллик кўпинча 18 ёшдан 59 ёшгача бўлган меҳнатга лаёқатли ёшдаги кишиларда учраган, бу ҳолатларнинг 87,4% ташкил этган. Кекса ва қари беморлар 12,6% ташкил қилган.

2.1 жадвал

Беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши (n=119)

Ёш гуруҳи	Беморларнинг	Эркеклар	Аёллар	Жами	%
-----------	--------------	----------	--------	------	---

	ёши				
Ёшлар	18-29	16	2	18	15,1%
Кичик ўрта ёш	30-44	54	6	60	50,4%
Катта ўрта ёш	45-59	21	5	26	21,8%
Кекса ёшдагилар	60-74	10	2	12	10,2%
Қариялар	75 дан юқори	3	-	3	2,5%
Жами		104	15	119	100%

Ўрганилган беморлар орасида 88 (74%) ҳолатда ўткир парапроктитнинг бирламчи мураккаб шакли, 31 (26%) ҳолатда эса рецидиви қайд этилган (2.3-расм).



2.3 расм. *Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларда бирламчи ва қайталанувчи шакллари нисбати*

Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг колопроктология бўлимида шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш учун ўткир парапроктит билан беморларни шифохонага ётқизиш бир неча йўналиш бўйича амалга оширилган. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан 119 нафар беморнинг 30,4% тез ёрдам машинасида уйдан ёки турли тиббиёт муассасаларидан келтирилган. 23,9% поликлиника шифокорлари томонидан юборилган ва 3,4% бошқа патологиялар бўйича бошқа бўлимларда (терапевтик профил) стационар даволанаётган ва шошилиш хирургик даволаш учун проктология бўлимига ўтказилган. Беморларнинг 46,3%

нафари мустақил равишда СамДТУ кўп тармоқли клиникасининг қабул бўлимига мурожаат қилишган.

Кузатувнинг 60,4% беморларида ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан анал каналининг қўшимча касалликлари, булар энг кўп учрайдиган сурункали геморрой - 25,1% ва ўткир геморрой - 13,4% аниқланган. 14,3% беморларда анал ёриқлари кузатилган. Анал сўрғичларнинг гипертрофияси - 7,6% ва проктитлар кам ҳолларда аниқланган.

Шу билан биргаликда ҳар иккала гуруҳдаги беморларнинг ушбу контингенти орасида гипертония ва юрак ишемик касаллиги каби юрак-қон томир касалликлари мавжуд бўлиб, бу ҳолатларнинг 19,1% ташкил этган. Иккала тадқиқот гуруҳидаги ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморлар орасида қўшимча касалликлар учраш суръати бўйича иккинчи ўринда қандли диабет - 17,7% бўлган. Шунини таъкидлаш керакки, беморлар орасида семизлик - 29,9% ҳолларда кузатилган.

2.2. Текшириш усуллари

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида умумий клиник текшириш усуллари билан беморларни текшириш бир қатор инструментал ва лаборатор текширувларни ўз ичига олиши нафақат тўғри диагноз қўйишга, балким ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида боғлиқ ҳолда унинг шакллари, йирингли-яллиғланиш жараёнини тарқалганлиги ва патоген кўзгатувчини аниқлаш имконини беради. Буларнинг барчаси ўз вақтида диагностика ва ўткир парапроктит шаклига қараб оптимал хирургик даволашга ёрдам беради.

2.2.1. Клиник текшириш усуллари

Хирургия бўлимига қабул қилингандан сўнг, барча беморлар умумий қабул қилинган клиник усуллар бўйича кенг қамровли текширувдан, жумладан: беморнинг шикоятларини тўплаш, касаллик анамнези ва ҳаёт тарихи, шунингдек физикал текширувлар ўтказилган. Аноректал соҳа

касалликлари учун сўровнинг ўзига хос хусусияти шундаки, шикоятларни тўплашда етакчи саволларни бериш керак, чунки кўпчилик беморларда, айниқса қишлоқ жойларидан келган беморларда уят ҳисси туфайли фақат билвосита маълумотлар аниқланган. Шундай экан, бемор билан суҳбат унинг характерининг ўзига хос жиҳатлари, ёши ва жинсини ҳисобга олган ҳолда хушмуомалалик билан ўтказилиши керак. Анусда оғриқ ва оғирлик ҳисси пайдо бўлиш вақти, касалликнинг давомийлиги, доминант симптомлар, клиник кечишининг учраш суръати, ҳарорат реакцияси, катта таҳорати ва сийишнинг бузилиши, оғриқ синдромининг характери ва интенсивлиги, консерватив давланинг давомийлиги ва самарадорлиги, шунингдек касалликларнинг пайдо бўлишининг этиологик омилларини аниқлаш муҳим ҳисобланади.

Текширув махсус текширув хонасида тизза тирсак ҳолатида ёки оёқларни максимал даражада бўкилган ҳолда ётган ҳолатда ўтказилган. Бундай ҳолатда перианал соҳадаги яллиғланиш белгиларини аниқладик: тери қопламасининг тургори ва ранги, гиперемия ва шиш мавжудлиги. Шунингдек, текширув вақтида оралиқ соҳаси терисининг ҳолати ва ташқи кўриниши, мацерация жойлари мавжудлиги, терининг тирналганлиги, чандик жараёнининг ривожланганлиги, патологик суюқликлар мавжудлиги (йиринг, шилимшиқ), ҳамда анал канал ва оралиқ соҳасининг қўшимча касалликлари баҳоланган. Пальпация йўли билан инфилтратнинг катталиги, флюктуация, маҳаллий соҳада ҳароратнинг ўсиши ва оғриқ мавжудлиги аниқланган. Беморнинг текширув вақтидаги ҳолати ва гавдасини тутиши ҳам фойдали маълумот беради. Пальпация пайтида хамир консистенциясидаги ўртача қаттиқликдаги шиш, чов, қорин олд ён ёки ретроперитонеал бўшлиқда оғриқлар мавжуд бўлганда, ушбу касалликнинг анаэроб шаклида кўпроқ кузатиладиган кўтарилувчи лимфангит ва лимфаденит мавжудлигини тахмин қилиш мумкин. Перианал соҳа терисининг чизикли тирнаш кўринишида китиқланганда анал рефлекснинг мавжудлиги ва кучайиш даражасини аниқладик.

Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш пайтида оғриқ, параректал тўқималарда қаттиқлашув, унинг чегаралари, ичак бўшлиғига бўртиб туриши, эластиклиги, флюктуация мавжудлиги, яллиғланган томонда бурмаларнинг силлиқлиги ва маҳаллий ҳароратнинг ошиши, шунингдек тўғри ичак деворларининг инфильтрацияси мавжудлиги аниқланган. Бундан ташқари, парапроктитнинг паст жойлашуви билан думғазага босилганда оғриқнинг кучайиши ҳам баҳоланган. Ундан ташқари, анал каналнинг қўшимча касалликларини инкор этиш мақсадида қуйидагилар: ички геморройлар, чандиқлар, анал канали деворидаги дефектлар, морган крипталарининг ҳолати, сурункали анал ёриғида чегара бұртмасининг мавжудлиги, анал сўрғичларнинг полиплари ва гипертрофияси ҳамда сфинктер тонуси аниқланган.

Ўткир парапроктит мураккаб шакллариининг биринчи ва энг кенг тарқалган клиник кўриниши оралиқ, анал канал ва тосда турли хил интенсивликдаги оғриқлар мавжудлиги бўлган. Оғриқ синдромининг ривожланиш вақти, характери ва динамикаси аниқлик киритилган. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида ҳарорат реакцияси, гипотермия, ахлат ва сийиш бузилиши ҳам ўрганилган.

Шуни таъкидлаш керакки, ҳозирги кунгача ўткир парапроктитнинг кенг тарқалган классификацияси академик Г.Н. Воробёв (2009) томонидан таклиф этилган. Топографик-анатомик хусусиятларига боғлиқ ҳолда анатомик белгилари бўйича тери ости, тери ости-шиллик ости, ишиоректал, пельвиоректал ва ретроректал шакллар фарқланади.

Ўткир парапроктитнинг тери ости-шиллик ости шаклида парапроктит юзаки тери ости-шиллик ости бўшлиқда жойлашади. Ишиоректал шакл - йирингли бўшлиқнинг тўғри ичак ишиоректал бўшлиғи атрофида чуқурликда жойлашганлиги; касалликнинг ретроректал шаклида йирингли бўшлиқ хусусий ретроректал бўшлиғида, m. levator соҳасидада жойлашган бўлади.

Ўткир парапроктит мураккаб шакллариининг клиник кўринишини касалликнинг энгилроқ шакли - тери ости-шиллик ости билан қиёсий жиҳатдан аниқлаш учун биз касалликнинг клиник шаклига қараб беморларнинг асосий шикоятларини ўрганиб чиқдик. (2.2-жадвал).

**Асосий тадқиқот гуруҳида тери ости-шиллик ости шаклдан фарқли
ўларок, ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари бўлган
беморларнинг асосий шикоятлари**

Шикоятлар	Ўткир парапроктит шакли				Жами
	Тери ости - шиллик ости (n=141)	Ишиоректал (n=42)	Ретроректал (n=25)	P	
Анал канали соҳасида кучли оғриқ	141 (100,0%)	29 (38,1%)	5 (11,6%)	<0,001	130 (60,4%)
Тана ҳароратининг кўтарилиши	25 (26,0%)	55 (72,3%)	36 (83,7%)	<0,001	116 (53,9%)
Анал канали атрофида оғриқлик ҳисси	46 (47,9%)	54 (71,0%)	38 (88,3%)	<0,05	138 (64,1%)
Қалтираш	14 (14,5%)	47 (61,8%)	33 (76,7%)	<0,001	94 (43,7%)
Ўтира олмаслик	95 (98,9%)	29 (38,1%)	0 (0,0%)	<0,001	124 (57,6%)
Уйқу бузилиши	68 (70,8%)	39 (51,3%)	21 (48,8%)	>0,05	128 (59,5%)
Меҳнатга лаёқатликни пасайиши	44 (45,8%)	40 (52,6%)	26 (60,4%)	>0,05	110 (51,1%)
Иштаҳанинг йўқолиши	19 (19,7%)	22 (28,9%)	34 (79,0%)	<0,01	75 (34,8%)

Эслатма: p- ўткир парапроктит шакллари ўртасидаги кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти (жадваллар учун χ^2 мезонига мувофиқ)

Ўткир парапроктитнинг тери ости-шиллик ости шаклида беморлар одатда 100% ҳолатларда йирингли тўпламнинг жойлашиши билан боғлиқ бўлган анал канали атрофида оғриқ борлигидан шикоят қиладилар, чунки у ерда жуда кўп нерв толалари мавжуд. Ушбу беморлар 98,9% ҳолларда оғриқ туфайли ўтира олмайдилар. 70,8% ҳолларда кучли ва симилловчи оғриқлар туфайли уйқуси бузилади. Ушбу касалликнинг ишиоректал шаклида беморларнинг атиги 38,1% анал соҳасидаги оғриқлардан шикоят қилган. 71,0% ҳолларда ўткир парапроктитнинг ишиоректал шакллари билан беморларда оғриқдан ташқари, анал канал ҳудудида оғирлик ҳисси ҳақида шикоятлар бўлган. Беморларнинг 51,3% оғриқ туфайли ухлай олмаган ва беморларнинг 38,1% ўтира олмаган. Шунингдек, беморларнинг 72,3% тана ҳарорати субфебрил даражага кутарилган.

Ўткир парапроктитнинг ретроректал шаклларида беморларнинг 83,7% ҳарорат $37,8^{\circ}\text{C}$ дан 40°C гача кўтарилган, шундан 76,7% ҳолларда қалтираш кузатилган. Беморларнинг 88,3% анал каналида оғирлик ҳисси ҳақида шикоят қилган. Беморларнинг 79,0% йирингли интоксикация мавжудлиги сабабли иштаҳаси бузилган, 60,4% эса меҳнат қобилияти пасайган.

Шундай қилиб, шуни таъкидлаш лозимки, ўткир парапроктит симптомларининг клиник кўринишлари, биринчидан, йирингнинг жойлашуви, иккинчидан, ўткир парапроктитнинг анатомо-топографик хусусиятларига боғлиқ бўлади. Бунинг учун биз 2.3-жадвалда келтирилган ўткир парапроктит мураккаб шакллариининг клиник симптоматикасини боғлиқлигини ўрганиб чиқдик. Тери ости-шиллик ости шаклларида бирламчи маҳаллий, кейин эса умумий ўзгаришлар рўй беради. Ишиоректал ва ретроректал кўринишларда эса тескари, бошида умумий, сўнгра маҳаллий ўзгаришлар ривожланади.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида клиник формаларига боғлиқ ҳолда оғриқлар ноаниқ нўқталарда жойлашган бўлади. Бунинг учун биз оғриқ синдромини жойлашуви ва ирридациясини ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари формаларига боғлиқ ҳолда ўргандик, улар 2.3 жадвалда келтирилган.

Жадвалдан кўриниб турибдики, анал каналдаги оғриқ барча тери ости-шиллик ости шаклларида учрайди, ишиоректал ва шу жумладан ретроректал шакллардан ташқари, чунки йирингли бўшлиқ леватор мушаклари устида жойлашган бўлади. Ўткир парапроктитнинг ишиоректал шаклида оралиқ ва жинсий аъзога оғриқ иррадиацияси беморларнинг мос равишда 80,2% ва 14,4%, ретроректал шаклда эса - 27,9% ва 11,6% кузатилган. Ўткир парапроктитнинг ретроректал шакли билан беморларнинг 100% бел соҳасига оғриқларнинг узатилиши кузатилган.

2.3 жадвал

**Асосий тадқиқот гуруҳидаги тери ости-шиллик ости шаклдан фарқли
ўлароқ ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида оғриқни
жойлашуви**

Оғриқнинг тарқалиши	Ўткир парапроктит шакли			Р	Жами
	Тери ости - шиллик ости (n=141)	Ишиоректал (n=42)	Ретроректал (n=25)		
Анал канали атрофига	141 (100,0%)	31 (40,7%)	0 (0,0%)	<0,001	127 (59,0%)
Оралиқ соҳасига	0 (0,0%)	61 (80,2%)	12 (27,9%)	<0,001	73 (33,9%)
Жинсий аъзо соҳасига	9 (9,3%)	11 (14,4%)	5 (11,6%)	<0,001	25 (11,6%)
Бел соҳасига	0 (0,0%)	6 (7,8%)	43 (100,0%)	<0,001	49 (22,7%)
Ҳаракат вақтида оғриқнинг кучайиши	84 (87,5%)	56 (73,6%)	21 (48,8%)	<0,05	161 (74,8%)
Жинсий ҳаракат вақтида оғриқнинг кучайиши	25 (26,0%)	7 (9,2%)	6 (13,9%)	<0,05	38 (17,6%)
Оғриқнинг ўтирганда кучайиши	96 (100,0%)	62 (81,5%)	9 (20,9%)	<0,001	167 (77,6%)

Эслатма: р- ЎРП шакллари ўртасидаги кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти (ихтиёрий жадваллар учун χ^2 мезонига мувофиқ)

Ўткир парапроктитнинг тери ости-шиллик ости шакли билан беморлар гуруҳида юриш пайтида оғриқнинг кучайиши беморларнинг 87,5%, ишиоректал шакли билан беморлар гуруҳида эса 73,6% беморларда кузатилган. Ўткир парапроктитнинг ретроректал шакли билан беморлар гуруҳида юриш пайтида оғриқнинг кучайиши фақат 48,8% ҳолларда қайд этилган, бу йирингли бўшлиқнинг юқори жойлашиши билан боғлиқ бўлган. Жинсий алоқада оғриқнинг кучайиши ўткир парапроктитнинг шиллик ости шакли билан беморларда кўпроқ кузатилган - 26,0% ҳолларда. Ўткир парапроктитнинг шиллик ости шакли билан беморлар 100% ҳолларда кучли оғриқлар туфайли ўтира олмаган; ишиоректал шакли билан беморлар гуруҳида бу шикоятлар беморларнинг 81,5% томонидан қайд этилган (2.4-жадвал).

2.4 жадвал

Асосий тадқиқот гуруҳидаги тери ости-шиллик ости шакллари билан фарқли ўлароқ ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларни шифохонага ётқизиш давомийлигини таҳлили

Шифохонага ётқизиш давомийлиги	Ўткир парапроктит шакли			Р	Жами
	Тери ости - шиллик ости (n=141)	Ишиоректал (n=42)	Шу жумладан ретроректал (n=25)		
3 кунгача	74 (77,0%)	14 (18,4%)	1 (2,3%)	<0,001	89 (41,3%)
3 кундан 6 кунгача	20 (20,8%)	29 (38,1%)	9 (20,9%)	<0,01	58 (26,9%)
7 кундан 9 кунгача	2 (2,0%)	32 (42,1%)	17 (39,5%)	<0,001	51 (23,7%)
10 кундан бошлаб ва юқори	0 (0,0%)	1 (1,3%)	16 (37,2%)	<0,001	17 (7,9%)

Эслатма: р- ЎРП шакллари ўртасидаги кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти (ихтиёрий жадваллар учун χ^2 мезонига мувофиқ)

Ўткир парапроктит билан беморларда биринчи клиник кўринишлар бошланганидан бошлаб шифохонага ётқизиш вақти ҳар хил бўлган (2.5 жадвалга қаранг). Беморларни касалхонага кеч ётқизиш сабабларини аниқлаш мақсадида беморларни ўткир парапроктитнинг клиник шаклларига қараб касалхонага ётқизиш муддатини ўргандик.

Шуни таъкидлаш керакки, ўткир парапроктитнинг тери ости-шиллик ости шакли билан беморлар 74 (77,0%) шифохонага касалликнинг эрта муддатларида ётқизилган, яъни 3 кунгача. Ўткир парапроктитнинг ишиоректал шакли билан 29 (38,1%) беморлар 3 дан 6 кунгача шифохонага ётқизилган. Ўткир парапроктитнинг ретроректал шакли билан 7 кундан 9 кунгача бўлган 17 (39,5%) бемор ва 16 (37,2%) ҳолатда 10 кундан ортиқ ҳолатларда шифохонага ётқизилган.

Беморларнинг шифохонага кеч ётқизилиши сабабларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, биринчидан, амбулатория шароитида ўзбошимчалик билан консерватив даволанишга уриниши туфайли тиббий ёрдамга кеч муружат қилишган. Иккинчидан, кўп ҳолларда, ўз вақтида диагноз қўйилмаганлиги сабабли, беморлар турли ихтисосликдаги шифокорлар томонидан бошқа касалликлар бўйича консерватив даволанишган. Шунингдек, айрим ҳолларда беморларнинг шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш учун кеч ётқизилишига сабаб амбулатор босқичда тўғри диагноз мураккаблиги бошқа колопроктологик касалликларнинг хуружи (анал каналининг ўткир ёриғи, геморроидал тугунларини ўткир яллиғланиши) бўлган.

Шуни таъкидлаш жоизки, ушбу касалликда биринчи клиник белгининг намоён бўлиши ўткир парапроктитда йирингли тўпламни жойлашуви ва ўткир парапроктитнинг анатомо-топографик хусусиятларига боғлиқ.

Биз семириш даражасига қараб ўткир парапроктитнинг энг кенг тарқалган шакллариини ўрганиб чиқдик. Ўткир парапроктит билан беморларнинг тана массаси индексини ҳисобга олган ҳолда тақсимланиши 2.5 жадвалда келтирилган.

2.5 жадвал

Ўткир парапроктит шаклига боғлиқ ҳолда беморларда семириш даражаси

Ўткир парапроктит шакли	ТМИ (семизлик даражаси)						Жами	
	I		II		III		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Тери ости-шиллик ости шакли (n=141)	15	15.6%	9	9.3%	2	2.0%	26	27.0%
Ишиоректал шакли (n=42)	13	17.1%	10	13.1%	8	10.5%	31	40.7%
Шу жумладан ретроректал шакли (n=25)	9	20.9%	7	16.2%	6	13.9%	22	51.1%
P	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
Жами (n=208)	37	17.2%	26	12.0%	16	7.4%	79	36.7%

Эслатма: p- ЎП шакллари ўртасидаги кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти (ихтиёрий жадваллар учун χ^2 мезонига мувофиқ)

Кўриниб турибдики, ўткир парапроктит билан 79 (36,7%) ҳолатда турли даражадаги семириш аниқланган. Ортиқча тана вазнига эга бўлган 37 (17,2%) беморда семизликнинг II босқичи аниқланган.

2.6 жадвал

Тана тузилишининг типига боғлиқ ҳолда ўткир парапроктитнинг шакллари

Ўткир парапроктит шакли	Тана тузилишининг типи		
	долихоморф	мезоморф	брахиморф
Тери ости-шиллик ости шакли (n=141)	7 (7,3%)	39 (40,6%)	50 (52,0%)
Ишиоректал шакли (n=42)	5 (6,1%)	31 (40,7%)	40 (52,6%)
Шу жумладан ретроректал шакли (n=25)	3 (6,9%)	18 (41,8%)	22 (51,1%)
p	>0,05	>0,05	>0,05
Жами (n=208)	15 (6,9%)	88 (40,9%)	112 (52,0%)

Эслатма: p- ЎП шакллари ўртасидаги кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти (ихтиёрий жадваллар учун χ^2 мезонига мувофиқ)

Тана тузилишининг типига боғлиқ ҳолда ўткир парапроктит клиник шаклининг ривожланиш суръатини ўрганиш натижалари 2.6-жадвалда келтирилган.

Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, ўткир парапроктит кўпинча брахиморф тана типига эга бўлган кишиларда аниқланган, бу 52,0% ва мезоморф тана типига беморларда 40,9% ташкил этган.

2.7 жадвал

Тери ости-шиллик ости шаклидан фарқли ўлароқ ўткир парапроктит мураккаб шаклларининг маҳаллий клиник белгилари

Ўткир парапроктитнинг белгилари	Ўткир парапроктит шакли			Р	Жами
	Тери ости - шиллик ости шакли (n-141)	Ишиоректал шакл (n-42)	Шу жумладан ретроректал шакл (n-25)		
Тери гиперемияси	96 (100,0%)	6 (7,8%)	0 (0,0%)	<0,001	102 (47,4%)
Яллиғланган соҳанинг бўртиб туриши	96 (100,0%)	21 (27,6%)	3 (6,9%)	<0,001	120 (55,8%)
Оғриқ	96 (100,0%)	62 (81,5%)	8 (18,6%)	<0,001	166 (77,2%)
Маҳаллий ҳарорат	96 (100,0%)	14 (18,4%)	0 (0,0%)	<0,001	110 (51,1%)
Флюктуация	96 (100,0%)	12 (15,7%)	0 (0,0%)	<0,001	108 (50,2%)
Крепитация мавжудлиги	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)

Эслатма: р- ЎП шакллари ўртасидаги кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти (ихтиёрий жадваллар учун χ^2 мезонига мувофиқ)

Диагнозни аниқлаш учун барча беморларда перианал соҳа кўрикдан ўтказилган. ЎП шаклига боғлиқ ҳолда перианал соҳадаги характерли ўзгаришлар 2.7-жадвалда кўрсатилган.

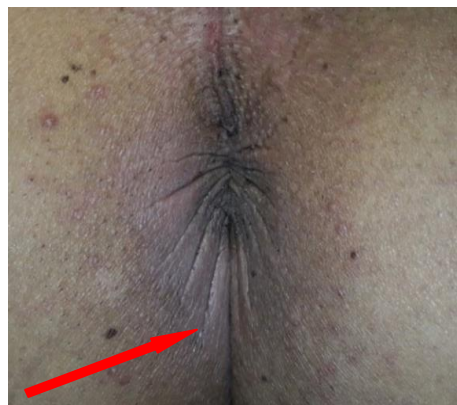
Ўткир парапроктитнинг тери ости-шиллик ости шакли билан беморларнинг 100% перианал соҳада шиш, гиперемия ва инфильтрация

аниқланган. Ўткир парапроктитнинг ишиоректал шаклида анал канал соҳасида шиш фақат 27,6% ҳолларда аниқланган. Шунингдек, 7,8% ҳолларда гиперемия аниқланган. Ўткир парапроктитнинг ретроректал шаклида йирингли жараён ретроректал соҳада жойлашган бўлиб, бу ўзгаришлар аниқланмайди. Ўткир парапроктитнинг ретроректал шаклида пальпация пайтида флюктуация ва маҳаллий ҳарорат аниқланмайди.

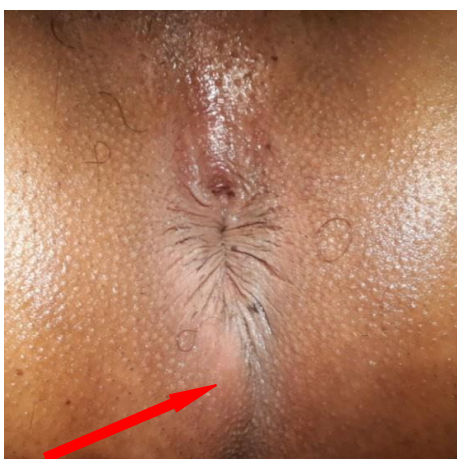
Перианал соҳа пайпаслаганда ўткир парапроктитнинг тери ости-шиллик ости шакли билан беморларнинг 100% кучли оғриқ кузатилган. Шунингдек, ўткир парапроктитнинг ишиоректал шакли билан беморларнинг 81,5% кучли оғриқлар аниқланган. Ретроректал шаклда чуқур пальпация пайтида беморларнинг атиги 18,6% анал каналининг орқа девори бўйлаб оғриқлар бўлган (2.4-расм).



А)



Б)



С



Г

2.4 расм. Ўткир парапроктитнинг клиник шакллари: А. тери ости, Б. ишиоректал, С, Г Ретроректал.

Ўткир парапроктитнинг ишиоректал шаклида йирингли жараён тери ости-шиллик қаватли шаклга қараганда бир оз чуқурроқ жойлашади ва яллиғланишнинг маҳаллий белгилари камроқ учрайди. Йирингли жараён ретроректал соҳада жойлашганда йирингли жараён бошқа бўшлиқларга ўтишидан олдин, перианал соҳани текшириш ва пальпация қилишда яллиғланишнинг маҳаллий белгилари аниқланмайди.

2.2.2. Лаборатор текшириш усуллари.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморлар диагностикаси учун СамДТУ кўп тармоқли клиникаси лабораториясида қоннинг клиник, лаборатор ва биохимик таҳлиллари ўтказилган. Лаборатор текшириш усулларида барча беморлар умумий қабул қилинган усуллар бўйича умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, биохимик қон таҳлили ва қон ивиш тизими ўрганилган. Қон гуруҳи ва Rh омили, шунингдек, RW учун қон таҳлили, гепатит В ва С вирусларига антитаначаларнинг мавжудлиги ва ОИВга қарши антитаначалар аниқланган.

Йирингли-яллиғланиш жараёнининг оғирлигини аниқлаш эндотоксемия даражасини баҳолаш, даволаш жараёнини назорат қилиш ва касалликнинг прогнози учун муҳим аҳамият касб этган. Ушбу касалликда интоксикация даражасининг ривожланиши ва ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари хирургик даволаш самарадорлигининг критерияси эндотоксемиянинг клиник аҳамиятини аниқлаш бўлган. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларда интоксикация синдромининг оғирлигини баҳолаш учун Я.Я. Кальф-Калиф формуласи ёрдамида лейкоцитлар интоксикация индексини (ЛИИ) ҳисоблашдан фойдаланилган (1941) (1 формула).

$$ЛИИ = \frac{(C+3Ю+2П+4Ми)+(Пг+1)}{(Мо+Л)+(Э+1)}, (1)$$

Бу ерда Пл - плазматик хужайралари, Ю - ёш шакллар, С – сегментядро-ли нейтрофиллар, Р- таёқчаядроли нейтрофиллар, Мо- моноцитлар, Э – эозинофиллар, Ми - миелоцитлар, Л - лимфоцитлар.

В.С. Васильев ва ҳаммуаллифлар (1984) формуласи бўйича интоксикациянинг гематоген индекси (ИГИ) коэффицентларни лейкоцитлар ($K_{\text{лейк}}$) ва ЭЧТ ($K_{\text{соэ}}$) даражасига кўпайтириш ҳисобга олинган (2 формула).

$$\text{ИГИ} = \text{ЛИИ} \times K_{\text{лейк}} \times K_{\text{соэ}} (2)$$

Шунингдек, биз қон зардобиди С-реактив оксил (СРО) ва интерлейкин-6 (ИЛ-6) даражасини ўргандик.

«Диамед» лабораториясида бактериологик текширишларни бажардик. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморлардан йирингли таркибни бактериологик текшириш учун йиғиш 56 (81,5%) ҳолатда амалга оширилган. Хирургик аралашув пайти УТТ назоратида йирингли бўшлиқ шприц ёрдамида пункция қилинган, унинг 1-2 мл миқдордаги таркиби стерил пробиркага солинган ва микроблар пейзажини аниқлаш ҳамда антибиотикга нисбатан сезгирлигини текшириш учун бактериологик лабораторияга юборилган.

Лаборатор текшириш усуллари орасида гемоглобин миқдори, эритроцит, лейкоцит, тромбоцитлар сони ва ЭЧТ аниқлаш учун умумий қон таҳлили ўтказилган. Интоксикациянинг лейкоцитлар индекси (ЛИИ) ва гематоген интоксикация индекси (ИГИ) ҳам ўрганилган. Биохимик қон таҳлили (умумий оксил, мочевино, креатинин, қон қанд, АлАТ ва АсАТ), қон СРО ва ИЛ-6 ҳам текширилган. Операциядан аввал барча беморларнинг қонида РВ, гепатит В ва С вирусига антитаначалар ва ОИВ антитаначалар борлиги текширилган.

Шундай қилиб, қондаги лейкоцитлар миқдори ишиоректал шаклда $9,2 \pm 0,4$, ўткир парапроктитнинг ретроректал шаклида - $10,9 \pm 0,5$ ташкил этган. Шу билан бирга, ЭЧТ баъзи ўзгаришлар кузатилган, бу кўпинча ретроректал ва ишиоректал шаклларида хос бўлган. Беморларда умумий қон

таҳлилини ўрганиш натижалари ўткир парапроктитнинг клиник шаклларига боғлиқ ҳолда, ретроректал ва ишиоректал шакллари бўлган беморларда сезиларли ўзгаришларни кўрсатган (2.8 жадвал).

Қондаги СРО даражасининг ошиши йирингли-яллиғланиш жараёни мавжудлигининг асосий лаборатория мезонларидан бири бўлиб чиқди. Қон плазмаси СРО ўрганиш шуни кўрсатдики, барча ўрганилган беморларда СРО даражаси одатдагидан юқори бўлган (0-3 мг/л). Энг юқори СРО даражаси ўткир парапроктитнинг ишиоректал шаклида - $56,5 \pm 4,8$ ва ўткир парапроктитнинг ретроректал шаклида - $92,1 \pm 6,7$ ташкил этган.

2.8 жадвал

Асосий гуруҳда ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида тери ости-шиллик ости шаклларида нисбатан қон кўрсаткичларининг лаборатор фарқи

Кўрсаткич	Ўткир парапроктит шакли			Крускал-Уоллис критерияси
	Тери ости - шиллик ости (n-141)	Ишиоректал (n-42)	Ретроректал (n-25)	
СРО, мг/л	$56,3 \pm 5,4$	$56,5 \pm 4,8$ $P_1 > 0,05$	$92,1 \pm 6,7$ $P_1 < 0,001$ $P_2 < 0,001$	$< 0,001$
ЭЧТ, мм/соат	$27,9 \pm 3,1$	$31,5 \pm 2,2$ $P_1 > 0,05$	$42,8 \pm 2,3$ $P_1 < 0,01$ $P_2 < 0,001$	$< 0,001$
Қонда лейкоцит-лар, $\times 10^9/\text{л}$	$9,1 \pm 0,5$	$9,2 \pm 0,4$ $P_1 > 0,05$	$10,9 \pm 0,5$ $P_1 < 0,05$ $P_2 < 0,05$	$< 0,01$

Эслатма. P_1 - ЎП нинг тери ости-шиллик ости шаклидагиларга нисбатан кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти; P_2 - ЎП ишиоректал шакли билан солиштирганда, P_3 - ЎП ретроректал шакли билан солиштирганда (Манн-Уитни U тести бўйича)

Шуни таъкидлаш лозимки, ўткир парапроктитнинг ретроректал ва ишиоректал шакллари билан беморларда эндотоксемия кўрсаткичларининг сезиларли ўсиши кузатилган, бу касалликнинг ривожланишини кўрсатади.

2.9 жадвал

Асосий тадқиқот гуруҳидаги тери ости-шиллик ости шаклдан фарқли ўлароқ ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида эндотоксемия кўрсаткичи

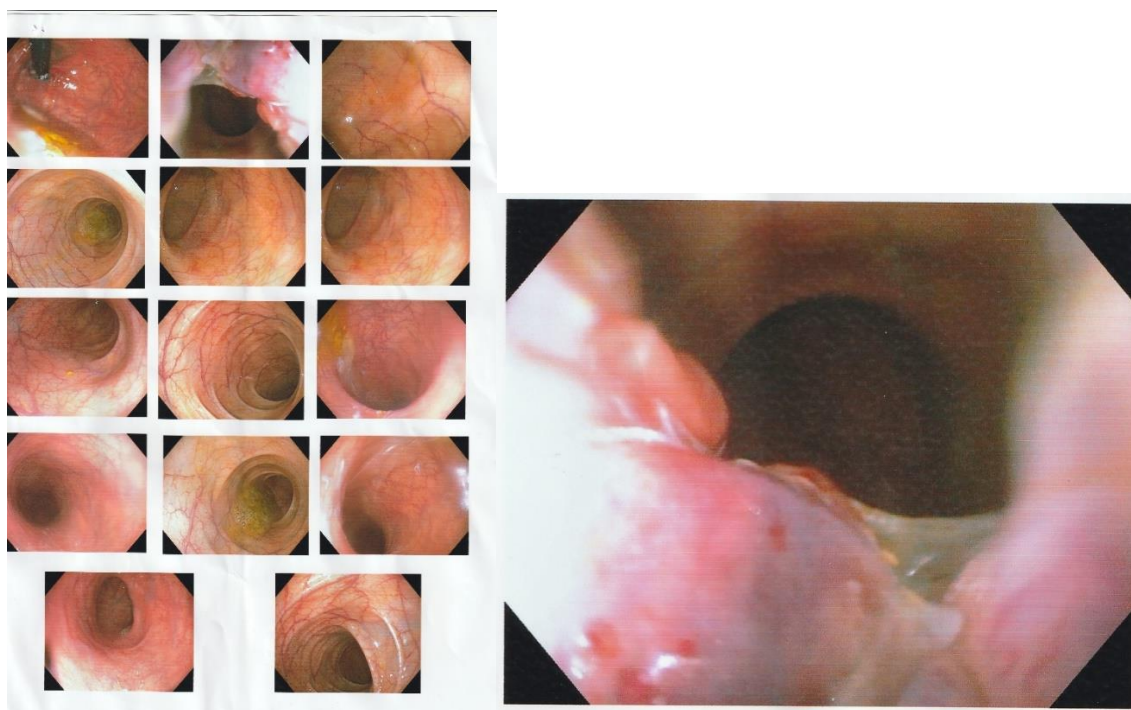
Кўрсаткич	Ўткир парапроктит шакли			Крускал-Уоллис критерияси
	Тери ости - шиллик ости (n=141)	Ишиоректал (n=42)	Ретроректал (n=25)	
ЛИИ	6,4±1,0	7,1±0,8	10,4±2,4	>0,05
ИГК	11,1±2,2	12,9±2,3 P1>0,05	16,9±1,7 P1<0,05 P2<0,01	<0,05
ИЛ-6, пг/мл	7,6±0,6	7,2±0,6	7,0±0,6	>0,05

Эслатма. P1- ЎРП тери ости-шиллик ости шаклидагиларга нисбатан кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти; P2- ЎП ишиоректал шакли билан солиштирганда, P3- ЎП ретроректал шакли билан солиштирганда (Манн-Уитни U тести бўйича)

2.9-жадвалда келтирилганидек, ЎП юқори ва ажратилмаган шакллари билан беморларда эндотоксемия даражаси тери ости-шиллик ости ва ишиоректал шаклларида нисбатан сезиларли даражада ошган. Шундай қилиб, ишиоректал шаклда ЛИИ кўрсаткичлари 7,1±0,8, ретроректал шаклда эса 10,4±2,4 етган. Ишиоректал шаклда ИГК 12,9±2,3 гача, ретроректал шаклда эса 16,9±1,7 гача бўлган. Кўриниб турибдики, бу касалликнинг давомийлиги, яъни беморларнинг мутахассисга кеч мурожат қилиши билан боғлиқдир.

2.2.3. Инструментал текшириш усуллари

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан 119 беморнинг 36 (30,3%) нафарида ректороманоскопия (RRS) бажарилган, 83 (69,7%) беморда эса оғриқ синдроми мавжудлиги сабабли RRS ўтказилмаган. Ректороманоскопия толали ёритиш тизимида эга бўлган қурилма ёрдамида амалга оширилган, бу ичак бўшлиғига бўртиб чиқадиган инфильтрат мавжудлиги ёки унинг йўқлигини аниқлаш имконини берган (2.5 расм). Текширувда инфильтрация соҳасидаги шиллиқ қават гиперемик, қон томир шакли кучайган, тўрсимон шаклда эканлиги аниқланган. Баъзи ҳолларда, анал крипталар соҳасидаги ички тешик жойлашувини аниқлаш имконияти бўлган. RRS пайти неоплазмалар, патологик ажралма ва тўғри ичакнинг қўшимча касалликлари мавжудлиги аниқланган. Ушбу текшириш СамДТУ кўп тармоқли клиникасининг эндоскопия хонасида бажарилган.

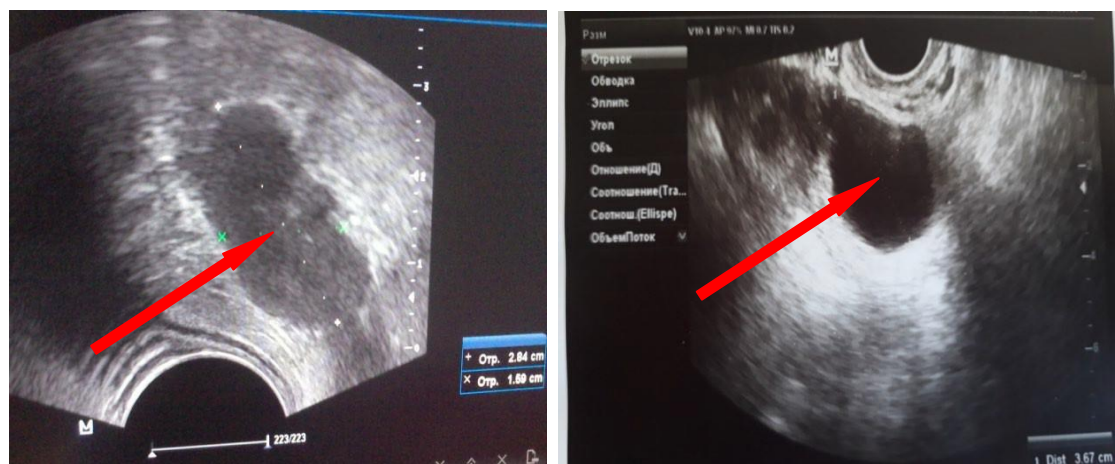


2.5 расм. Бемор П., 47 ёш. RRS ретроректал ўткир парапроктит билан тўғри ичакнинг орқа деворида инфильтратив шиш аниқланган.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларда параректал абсцессни топик диагностикаси ва унинг аниқ жойлашувини аниқлаш, ўлчамлари, тери қатламига нисбатан чуқурлигини, ташқи сфинктер

ва тўғри ичак деворларининг патологик жараёнда иштирок этиш даражаси, қўшимча йўл ва йирингни оқиш йўллари мавжудлигини аниқлаш учун барча 119 пациентларга оралик ва трансабдоминал УТТ амалга оширилган. Текширишлар 3,5 ва 7 МГц частотали “Mindrei DC 40” аппарати ёрдамида амалга оширилган.

Беморларнинг асосий гуруҳида йирингли бўшлиқнинг жойлашувини аниқлаш мақсадида 55 (82,0%) беморга эндоректал сонография бажарилган. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида параректал тўқималарда йирингли бўшлиқлар ва оқишларни аниқлашда эндоректал сонографиянинг информативлиги 97,1%, мўлжалдаги криптанинг жойлашишини аниқлашда - 60,3% ташкил этган (2.6 расм).



2.6 расм. Бемор К., 52 ёш. Эндоректал сонография: ишиоректал соҳада суюқлик шаклланиши мавжуд.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан барча беморларга қатъий равишда қорин бўшлиғи аъзолари, ретроперитонеал бўшлиқ УТТ, ЭКГ ва кўкрак қафасининг R-графияси ўтказилган. Шунингдек, кўрсатмалар ва қўшимча касалликлар мавжуд бўлганда лозим мутахассислар кўриги ўтказилган.

Асосий гуруҳдаги мураккаб клиник ҳолатларда 16 (23,2%) беморда кўрсатмаларга асосан, тос аъзоларининг қўшимча МРТ текшируви ўтказилган. Ушбу тадқиқот усули ёрдамида йирингли таркибнинг жойлашуви ва характери, касалликнинг рецидив ва резидуал формалари ҳақида ишончли маълумотлар (93,7%) олинган (2.7 расм).



2.7 расм. Бемор А. 1979-й.т. МРТ: аксиал кесма, ўнг ишиioreктал бўшлиқда йирингни оқиши, йирингли бўшлиқдан гиперинтенсив сигнал

2.2.4. Статистик ишлов бериш

Материалга статистик ишлов бериш учун «Statistica 10» (Stat Soft Inc., АҚШ) дастури қўлланилган.

Танлаш тақсимотининг нормаллиги Shapiro-Wilk ва Колмогоров-Смирнов тестлари ёрдамида баҳоланган. Миқдорий қийматлар учун уларнинг ўртача ва стандарт хатоликлари, сифат кўрсаткичлари учун эса фоизлар ҳисоблаб чиқилган.

Миқдорий гуруҳлар ўртасида бир нечта таққослашлар учун Крускал-Уоллис Н-критерияси, жуфтлашган таққослашлар учун Манн-Уитни U-критерияси ишлатилган. Учта гуруҳдаги сифат кўрсаткичлари тасодифий жадваллар учун χ^2 критерияси, жуфтлашган ҳолатларда - Пирсон χ^2 критерияси бўйича, шу жумладан Йетснинг тузатиш ва Фишернинг аниқ критерияси ёрдамида таққосланган.

Кўрсаткичларнинг ўзгарувчан омилга боғлиқлигини аниқлаш учун логистик регрессия ва Пирсон корреляцион таҳлили ўтказилган.

Олинган натижалар $p < 0,05$ бўлганда статистик аҳамиятга эга бўлган.

III БОБ. ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИНГ МУРАККАБ ШАКЛЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан барча 119 беморда хирургик аралашуви ўтказилган. Диагностика ва даволаш ёрдами муддати ва ҳажмига боғлиқ ҳолда беморлар икки гуруҳга бўлинган. Таққослаш гуруҳи (ретроспектив таҳлил) анъанавий усулда параректал парапроктитни очишдан иборат хирургик даволашни ўтказган 52 беморни ўз ичига олган. Асосий гуруҳ эса 67 бемордан иборат бўлиб, уларни диагностикаси ва хирургик даволаш учун замонавий инструментал текшириш усуллари (эндоректал сонография, МРТ), шунингдек, параректал абсцесс ички каналини 2-босқичда кечиктирилган тарзда бартараф қилишдек такомиллаштирилган хирургик даволаш усуллари ва параректал жароҳатларни даволашда гидропрессив озон терапияси қўлланилган.

3.1. Таққослаш гуруҳида ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларни хирургик даволаш

Ўткир парапроктит билан таққослаш гуруҳидаги барча беморларга бир вақтнинг ўзида парапроктитни очиш, йиринг йўлини ва унинг ички каналини бартараф қилишни ўз ичига олган бирламчи радикал операцияларни қўллаш бўйича кўрсатмаларни кенгайтириш билан хирургик аралашувлар бажарилган. Бунда ишиоректал яллиғланишда йирингли тўпلامни очиш яллиғланган криптани кесиб олиш билан биргаликда амалга оширилган. Ретроректал жойлашувда эса абсцесс очилиб бўшлиқни дренажлаш лигатура ўтказиш билан биргаликда бажарилган. Агар парапроктит ретроректал бўшлиқда жойлашган бўлса думғаза-анал бойлам қўшимча равишда кесилган (3.1-жадвал).

3.1-жадвалдан кўриниб турибдики, 59,6% гача беморларда тўғри ичак бўшлиғига парапроктит очилиб ички тешик бартараф қилинган. Парапроктитни дренаж ролини бажарувчи лигатура ўтказиш ва йирингли бўшлиқни дренажлаш 13,4% гача бажарилган. Пациентларнинг 17,3%

парапроктит очилиб йирингли бўшлиқ дренажланган. Парапроктитни очиш билан анал-думғаза бойламини кесиш ва йирингли бўшлиқни дренажлаш - 5,7%, парапроктитни очиш думғаза суягини резекция қилиш ва йирингли бўшлиқни дренажлаш - 3,8% ўтказилган.

3.1 жадвал

Тадқиқот гуруҳларида ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларни хирургик даволаш усуллари (n=119)

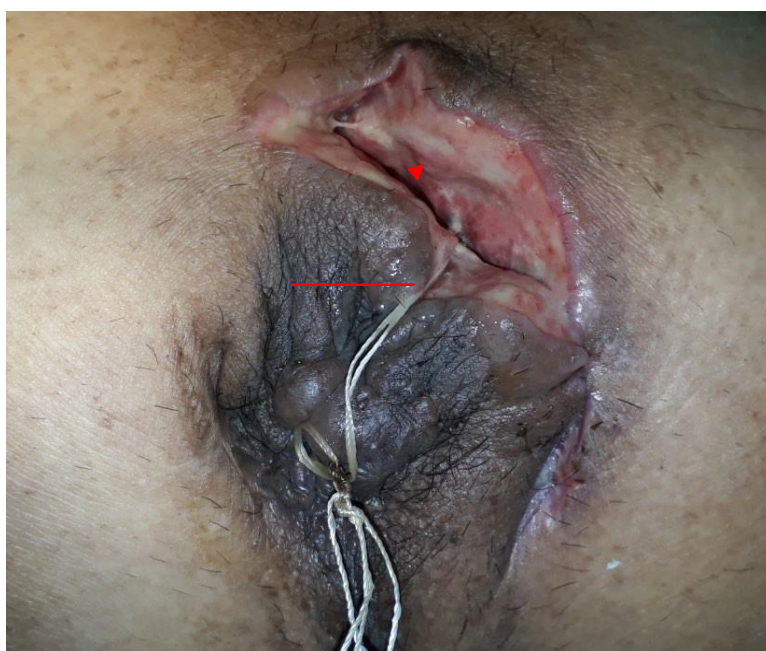
№	Операция турлари	Асосий гуруҳ (n=67)		Таққослаш гуруҳи (n=52)	
		абс. сони	%	абс. сони	%
1	Парапроктитни тўғри ичак бўшлиғига очиш билан ички тешикни бартараф этиш	26	38.8	31	59.6
2	Парапроктитни очиш билан дренаж ролини бажарувчи лигатура ўтказиш ва дренажлаш	21	31.3	7	13.4
3	Парапроктитни очиш билан биргаликда думғаза-анал бойламини кесиш ва дренажлаш	-	-	3	5.7
4	Парапроктитни очиш билан думғаза суяги резекцияси ва йирингли бўшлиқни дренажлаш	-	-	2	3.8
5	Парапроктитни очиш билан йирингли бўшлиқни дренажлаш	5	7.4	9	17.3
6	УТТ назорати остида йирингли бўшлиқни дренажлаш ва ички тешикни 2-босқичда бартараф этиш	15	22.4	-	-
	Жами	67	100%	52	100%

Аммо, бирламчи радикал операциялар пайтида юмшоқ тўқималарнинг кучли яллиғланиш ҳисобига шишиши билан боғлиқ бўлган йирингли йўлни

тўғри аниқлашни ҳар доим ҳам иложи бўлмайди (3.1, 3.2, 3.3 расм). Ундан ташқари, ҳаддан ташқари радикализм сфинктер ва тос бўшлиғининг мушак структураларини шикастланишига олиб келиши оқибатида беморларда реабилитация натижаларини ёмонлаштиради ва бу ҳақда маълумотлар кейинги бобда келтирилган.



3.1 расм. Бемор Д., 33 ёш. Ишиоректал парапроктитда анал сфинктерини кесиш билан парапроктитни очишдан кейинги ҳолат



3.2 расм. Бемор А. 47 ёшда. Ретроректал парапроктитда анал- думгаза бойламнинг кесиш билан парапроктитни очишдан кейинги ҳолат



3.3 расм. Бемор С., 41 ёш. Думғаза суяги резекцияси билан ретроректал парапроктит очилгандан кейин жароҳатнинг кўриниши

3.2. Тадқиқотнинг асосий гуруҳида ўткир парапроктитнинг ишиоректал ва ретроректал шакллари билан беморларда хирургик даволашни оптималлаштириш

Асосий гуруҳда хирургик аралашув ҳажмини танлаш қуйидаги омилларга: ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари жойлашувига боғлиқ ҳолда йирингли бўшлиқнинг жойлашиши ва ҳажми, семизлик даражаси ва думғаза суягининг шаклига боғлиқ бўлган. Бундан ташқари, қон-томир ва нервлар тўплами, анал сфинктер мушаклари, анал-думғаза бойлами ва думғаза суягини интраоператив шикастланишини олдини олиш мақсадида ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида оралиқ ёхуд эндоректал йўл орқали кириш УТТ назорати остида кириш йўли ва кесмани танлашда дифференциал ёндашув қўлланилган.

Ўткир парапроктитнинг ишиоректал ва ретроректал шаклларида хирургик аралашув шошилиш равишда амалга оширилган. Асосий гуруҳда хирургик аралашуви учун анестезияни танлаш критериялари ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида йирингли бўшлиқнинг жойлашуви, йирингли таркибнинг параректал бўшлиқда тарқалиши бўлган.

3.2 жадвал

Асосий гуруҳдаги ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида оғриқсизлантиришнинг турлари (n=67)

Оғриқсизлантириш турлари	Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари		Жами	
	Ишиоректал (n=45)	Ретроректал (n=22)	абс. сони	%
Эпидурал анестезия	6 (13,3%)	1 (4,5%)	7	10,4%
Спинал анестезия	26 (57,7%)	14 (63,6%)	40	59,7%
Вена ичи анестезия	13 (28,8%)	7 (31,8%)	20	29,8%

3.2-жадвалдан кўриниб турибдики, беморларнинг 59,7% ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан тос бўшлиғи мушакларини яхши бўшаштириш учун спинал оғриқсизлантириш қўлланилган. Беморларнинг 10,4% эпидурал-сакрал оғриқсизлантириш амалга оширилган. Чириган ва анаэроб инфекциялари белгилари билан беморларга умумий венаиحي оғриқсизлантириш берилган ва улар 29,8% ташкил этган.

3.3 жадвал

Бирламчи йирингли йўлнинг ташқи анал сфинктерига нисбатига боғлиқ ҳолда асосий гуруҳдаги беморларнинг тақсимланиши

Йирингли йўлнинг харақтери	Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари		Жами n=67	
	Ишиоректал (n=45)	Ретроректал (n=22)	абс. сони	%
Интрасфинктер	12 (26,6%)	6(27,3%)	18	26,8
Транссфинктер	9(20,0%)	3(13,6%)	12	17,9
Экстрасфинктер	13 (28,9%)	4(18,2%)	17	25,4
Йирингли йўл харақтерини аниқлашни имкони мавжуд бўлмаган	11 (24,4%)	9(40,9%)	20	29,8

3.3 жадвалда келтирилган маълумотларга кўра, асосий гуруҳ беморларида 47 (70,1%) ҳолатда ташқи анал сфинктерга нисбатан бирламчи йирингли йўлнинг ички канали аниқланган, 20 (29,8%) нафар беморларда йирингли яллиғланиш жараёни фонида юмшоқ тўқималарда шишли жараёни кучли ривожланлиги туфайли биз ички тешикни топа олмадик. Ўткир парапроктитнинг ишиоректал шакли билан беморларда 26,6% ҳолатда ташқи анал сфинктерга нисбатан бирламчи йирингли йўлнинг характери интрасфинктер бўлган. 20,0% ҳолларда беморларда бирламчи йирингли йўлнинг трансфинктер ва 28,9% эса экстрасфинктерик тури бўлган. Шунингдек, ўткир парапроктитнинг ретроректал шакли билан беморларда йирингли йўлнинг интрасфинктер жойлашуви беморларнинг 27,3%, трансфинктер 13,6% ва 18,2% ҳолатда экстрасфинктер жойлашуви аниқланган.

38,8% ҳолларда парапроктит тўғри ичак бўшлиғига очилиб ички тешик бартараф этилган, 31,3% - парапроктит очилиб дрежловчи лигатура ўтказилган ва йирингли бўшлиқ дренажланган, 7,4% ҳолатда – парапроктит очилиб йирингли бўшлиқ дренажланган (3.1-жадвал).

15 (22,4%) ҳолатда УТТ назорати остида йирингли бўшлиқ дастлаб пункция қилинган ва актив дренаж ўрнатилган (3.4, 3.5-расм). Ушбу беморларда лаборатор ва инструментал текширув кўрсаткичлари нормаллашиб, анал канал атрофи ва йирингли бўшлиқ соҳасидаги яллиғланиш 3-5 кун давомида ўтгач, операциянинг 2-чи босқичи амалга оширилган. Спинал оғриқсизлантириш остида йирингли бўшлиқда жойлашган дренаж най орқали 5 - 10 мл бриллиант кўки эритмаси ва 3% водород пероксиди эритмаси 2:1 нисбатда юборилган. Шундан сўнг анал каналдан яллиғланган криптадаги йирингли йўл орқали бўёқнинг ажралиб чиққанлигини аниқлаш мақсадида ревизия қилинган. Текшириш натижасида 15 ҳолатда бирламчи оқманинг йирингли йўли аниқланган. Кейинчалик, ички тешикга ишлов берилгач шиллиқ қават Jad Roble усули ёрдамида қисқартирилган.



А



В

3.4 расм. А. УТТ назорати остида йирингли бўшлиқнинг жойлашувини аниқлаш. В. УТТ назорати остида фаол дренажлаш техникаси



3.5 расм. Йирингли бўшлиқни озонланган эритма билан гидропрессив ювиш

Асосий гуруҳдаги 67 нафар беморнинг 56 (81,2) % нафарида ўткир парапроктит мураккаб шакллариининг клиник шаклларига боғлиқ ҳолда микроб пейзажи ва антибиотикларга нисбатан сезувчанлигини аниқлаш мақсадида операция вақтида йирингли таркиб пункция қилиниб, пунктат бактериологик текширувдан ўтказилган (3.4 жадвал).

Асосий тадқиқот гуруҳидаги ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари
микробли пейзажи (n=56)

Инфекция тури	Микроорганизм тури	Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари		Жами	
		Ишиоректал (n-45)	Ретроректал (n-22)	N	B%
Аэроб инфекция	E. coli	66,7%	61,9%	40	71.4
	St. Aureus	66,7%	57,1%	39	69.6
	Proteus vulgaris	11,2%	14,3%	11	19.6
	St. Epidermidis	55,6%	38,1%	26	46.4
	Streptococcus	72,2%	9,5%	26	46.4
	Enterococcus	22,3%	23,8%	12	21.4
	Enterobacteri	16,7%	9,5%	6	10.7
Анаэроб инфекция	Клостридиал бўлмаган	5,6%	19,1%	11	19.6
	Клостридиал	0%	4,7%	2	3.6

Йирингли бўшлиқдан бактериограмма натижаларини олгандан сўнг, микроорганизмларнинг антибиотикларга нисбатан сезгирлиги аниқланган (3.4-жадвал).

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларда бактериал экмаларни ўрганиш натижалари кўп ҳолларда бу монокультура эмас, балки аралаш микробли флора эканлигини кўрсатган. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида барча шаклларида аэроб инфекцияси кўпроқ учраган, асосан E. Coli (71,4%) ва St. Aureus (69,6%). Беморларнинг 19,6% анаэроб клостридиал бўлмаган инфекция, 3,6% анаэроб клостридиал инфекция аниқланган.

Ўткир парапроктитнинг ишиоректал шаклларида аэроб ва анаэроб микроорганизмларнинг антибиотикларга нисбатан сезувчанлиги (n-45)

Антибиотиклар	Аэроб инфекция							Анаэроб инфекция	
	St. Aureus	St. Epidermidis	Streptococcus	E. coli	Enterococcus	Enterobacteri	Proteus vulgaris,	Клостридал	Клостридал бўлмаган
Гентамицин	11	6	12	8	2	2	1	-	1
Левомецитин	10	9	6	7	3	2	2	-	-
Оксациллин	5	3	6	5	1	3	-	-	-
Тетрациклин	9	6	8	3	-	1	-	-	-
Цефазолин	12	9	10	8	1	2	1	-	1
Ципрофлоксацин	11	10	9	11	4	1	2	-	1
Амоксицилин	5	8	8	10	3	-	-	-	-
Эритромицин	3	6	7	6	1	3	1	-	-
Доксациклин	6	3	8	8	1	1	2	-	1
Канамицин	4	5	10	12	-	2	1	-	1
Метранидазол	9	6	7	9	2	2	-	-	1
Цефтриаксон	8	3	10	11	2	-	1	-	-
Стрептомицин	3	4	6	8	3	1	1	-	-

Ўткир парапроктитнинг ишиоректал шаклида аэроб ва анаэроб инфекциялар аниқланган. Ушбу жадвалда St. Aureus энг кўп цефазолин, ципрофлоксацин, гентамицинга нисбатан сезгирликка эгаллиги кўриниб турибди. E. Coli микроорганизми канамицин, цефтриаксон ва

ципрофлоксацинга нисбатан сезгир. Ўткир парапроктитнинг анаэроб кластридиал бўлмаган шакли цефазолин, ципрофлоксацин, гентамицин, доксациклин, канамицин ва метронидазолга нисбатан юқори сезувчанлиги аниқланган (3.5-жадвал).

3.6 жадвал

Ўткир парапроктитнинг ретроректал шаклларида аэроб ва анаэроб микроорганизмларнинг антибиотикларга нисбатан сезувчанлиги (n-22)

Антибиотиклар	Аэроб инфекция							Анаэроб инфекция	
	9	5	1	10	3	-	2	1	2
Гентамицин	9	5	1	10	3	-	2	1	2
Левомецитин	10	3	1	11	2	2	1	1	2
Оксациллин	8	2	2	8	3	1	2	-	1
Тетрациклин	5	1	1	3	1	-	2	-	2
Цефазолин	9	8	2	9	5	2	3	1	3
Ципрофлоксацин	12	8	2	12	5	2	3	1	4
Амоксиклин	6	5	1	5	3	1	2	-	1
Эритромицин	3	3	-	2	2	1	1	-	3
Доксакиклин	2	6	2	10	3	1	3	-	2
Канамицин	10	5	1	13	3	2	2	1	3
Метронидазол	8	7	1	12	4	2	2	1	4
Цефтриаксон	11	5	2	13	3	1	3	1	1
Стрептомицин	6	4	-	7	1	-	2	-	2

Ўткир парапроктитнинг ишиоректал формасида аэроб ва анаэроб инфекциялар аниқланган. Ушбу жадвалдан кўриниб турибдику, St. Aureus ципрофлоксацин ва цефтриаксонга нисбатан сезувчанлиги юқори. E. Coli микроорганизми цефтриаксон, канамицин, ципрофлоксацин ва метронидазолга нисбатан кўпроқ сезгирлиги аниқланган. Кластридиал анаэроб инфекцияси гентамицин, хлорамфеникол, цефазолин,

ципрофлоксацин, канамицин, метранидазол ва цефтриаксонга нисбатан юқори сезувчанликга эга бўлган (3.6-жадвал).

Клостридиал бўлмаган анаэроб инфекция учун кўпроқ сезувчанлик ципрофлоксацин, метранидазол, цефазолин, эритромицин ва канамицинга аниқланган.

Операциядан кейинги даврда банал инфекциялари мавжуд барча беморларда йирингли бўшлиқ ҳар куни озонланган эритма билан ювиш ва Левомекол малҳамини жароҳатга қўйиш билан жароҳат боғламаси алмаштирилган. Шунингдек, барча беморларга антибиотиклар ва керак бўлганда инфузион терапия ва оғриқ қолдирувчи воситалар буюрилган.

IV БОБ. ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИНГ МУРАККАБ ШАКЛЛАРИ БИЛАН БЕМОРАЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларда хирургик аралашувлардан кейин ҳосил бўлган бирламчи йирингли жароҳатни даволашнинг клиник самарадорлиги қон-томир ва невр тўпламга зарар бермасдан, йирингли ўчоқнинг жойлашишига боғлиқ ҳолда дренажлаш турига ва йирингли жароҳатни операциядан кейинги даволашга боғлиқ бўлган.

4.1. Операциядан кейинги яқин даврда беморларни хирургик даволаш натижалари

Ишиоректал ва ретроректал ўткир парапроктит бўйича операция қилинган беморларнинг ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики, таққослаш гуруҳида операциядан кейинги асоратларнинг асосий сабаби олдиндан параректал абсцесс жойлашувини УТТ маълумотлари бўйича аниқламасдан касалликнинг ўткир даврида бирламчи-радикал операцияларни ўтказиш натижасида тос аъзоларининг мушак-бойламли аппарати ва сфинктернинг мушак структураларининг шикастланиши бўлган.

Барча беморларда оғриқ синдромининг даражаси операциядан кейинги даврнинг 1, 3 ва 6-чи кунларида ҳам аниқланган. 4.1 жадвалда иккала гуруҳда ҳам операциядан кейинги даврда оғриқнинг интенсивлигини қиёсий баҳолаш келтирилган.

Тадқиқот гуруҳларида оғриқ синдромининг интенсивлиги (n = 119)

Беморлар гуруҳи	Ётоқ кунлари	Чидаб бўлмасоғриқли оғриқлар	Жуда кучли	Кучли	Мен ўртачама	Заиф	Йўқлигиде оғриқ
Асосий гуруҳ (n-67)	1	5 (7,2%)	9 (13,0%)	21 (30,4%)	25 (36,2%)	6 (8,7%)	3 (4,3%)
	3	1 (1,4%)	4 (5,8%)	15 (21,7%)	29 (42,0%)	11 (15,9%)	9 (13,0%)
	6	-	1 (1,4%)	9 (13,0%)	31 (44,9%)	15 (21,7%)	13 (18,4%)
Таққослаш гуруҳи (n-52)	1	10 (20,8%)	18 (37,5%)	11 (22,9%)	8 (16,7%)	1 (2,1%)	-
	3	7 (14,6%)	11 (22,9%)	20 (41,7%)	6 (12,5%)	3 (6,2%)	1 (2,1%)
	6	2 (4,2%)	6 (12,5%)	25 (52,1%)	7 (14,6%)	5 (10,4%)	3 (6,2%)

Нейроваскуляр тўпламнинг шикастланиши билан травматик кириш кучли оғриқ билан кузатилган. Назорат гуруҳидаги беморлар операциядан кейинги 1-чи куни чидаб бўлмас оғриқни бошдан кечирган - 20,8%, қачонким, бу ҳолат асосий гуруҳда - 7,2% ташкил этган. 3-чи куни назорат гуруҳида 41,7% кучли оғриқлар бўлган, асосий гуруҳда эса - 21,7%. Назорат гуруҳида операциядан кейинги даврнинг 6-чи кунида оғриқ 18,4% гача қайд этилган, асосий гуруҳда бу миқдор атиги 6,2% етган. Оғриқнинг интенсивлиги анал сфинктер мушаклари ва думғаза-анал бойламни кесиш

билан чуқур яримовал кесимда уятли нервнинг кесилиши билан боғлиқ бўлган. Асосий гуруҳда биз оғриқнинг паст интенсивлигини УТТ навигация маълумотларига мос равишда адекват танланган кириш билан боғлаймиз.

Асосий гуруҳда операциядан кейинги даврда оғриқ синдромининг ифодаланиши назорат гуруҳига қараганда камроқ бўлган. Бу УТТ навигация маълумотларига асосланган адекват танланган кириш билан боғлиқ бўлган.

Операциядан кейинги даврнинг 3 ва 5-чи кунларида беморларда қон таҳлили натижалари 4.2-жадвалда келтирилган.

4.2-жадвал

Операциядан олдин ва кейин лаборатория қон кўрсаткичларида ўзгариш динамикаси (n = 119)

Индекс		Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари	
		Асосий гуруҳ (n=67)	Таққослаш гуруҳи (n=52)
СРО, мг/л	олдин	56,5±4,8	92,1±6,7
	3 кун п/о	33,5±4,3 ^{***}	47,4±5,1 ^{***}
	5 кун п/о	23,3±3,8 ^{***}	29,1±4,2 ^{***}
	P	<0,001	<0,001
ЭЧТ, мм/соат	олдин	31,5±2,2	42,8±2,3
	3 кун п/о	15,6±1,8 ^{***}	21,5±2,0 ^{***}
	5 кун п/о	8,5±1,6 ^{***}	11,7±1,7 ^{***}
	P	<0,001	<0,001
Қондаги лейкоцитлар, х10 ⁹ /л	олдин	9,2±0,4	10,9±0,5
	3 кун п/о	6,9±0,4 ^{***}	8,4±0,4 ^{***}
	5 кун п/о	3,8±0,3 ^{***}	4,2±0,4 ^{***}
	P	<0,001	<0,001

Эслатма: p- вақт бўйича кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти (Фридман критерияси бўйича), *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 - операциядан олдинги билан солиштирганда (Вилкоксоннинг T - критерияси бўйича)

СРО индекслари ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморлар гуруҳида энг юқориликча сақланиб қолган, улар операциядан кейинги учинчи кунга келиб мос равишда $58,6 \pm 7,4$ дан $47,4 \pm 5,1$ гача ва камайган ва операциядан кейинги даврнинг бешинчи кунида улар мос равишда $37,3 \pm 5,1$ дан $29,1 \pm 4,2$ гача камайган.

Натижалар шуни кўрсатдики, операциядан кейинги даврнинг 3-чи кунида қонда лейкоцитлар даражаси бошланғич кўрсаткичларга нисбатан $8,4 \pm 0,4$ гача, таққослаш гуруҳида эса $9,3 \pm 0,9$ гача, операциядан кейинги даврнинг 5-чи кунига келиб улар мос равишда $6,1 \pm 0,5$ ва $4,2 \pm 0,4$ ташкил этган. ЭЧТ кўрсаткичларида ҳам пасайиш кузатилган, улар таққослаш гуруҳида энг юқори бўлиб қолган ва операциядан кейинги даврнинг 3-чи кунида мос равишда $21,5 \pm 2,0$ ва $24,3 \pm 4,7$ ташкил этган ва операциядан кейинги даврнинг 5-чи кунида улар мос равишда $11,7 \pm 1,7$ ва $15,2 \pm 3,9$ гача камайган.

Шундай қилиб, 4.3-жадвалга асосан операциядан кейинги даврда ўрганилган кўрсаткичларнинг статистик жиҳатдан сезиларли даражада пасайиши операциядан кейинги даврнинг 5-чи кунига келиб кузатилган. Ҳамда асосий гуруҳдаги ЛИИ кўрсаткичлари ушбу вақт оралиғида $6,1 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), таққослаш гуруҳида эса $6,3 \pm 0,9$ гача камайган. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида операциядан кейинги 3-чи куни ИГК кўрсаткичлари бошланғич қийматларга нисбатан ўртача $9,8 \pm 1,5$ ($p < 0,001$) гача, таққослаш гуруҳида эса $17,3 \pm 3,1$ гача камайган. Операциядан кейинги 5-чи куни бу кўрсаткичлар ўртача $7,1 \pm 1,4$ ($p < 0,001$) ва $10,4 \pm 2,6$ ($p < 0,05$) гача камайган.

**Таққослаш гуруҳларида операциядан олдин ва кейин эндотоксемия
кўрсаткичлари (n = 119)**

Кўрсаткич		Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари	
		Асосий гуруҳ (n=67)	Таққослаш гуруҳи (n=52)
ЛИИ	операциягача	7,1±0,8	10,4±2,4
	Операциядан сўнг 3-чи кун	6,5±0,6	7,3±1,7
	Операциядан сўнг 5-чи кун	5,2±0,4*	6,1±0,8*
	P	<0,05	<0,05
ИГК	операциягача	12,9±2,3	16,9±1,7
	Операциядан сўнг 3-чи кун	8,7±1,9*	9,8±1,5***
	Операциядан сўнг 5-чи кун	6,6±1,3**	7,1±1,4***
	P	<0,01	<0,001
ИЛ-6, пг/мл	операциягача	7,2±0,6	7,0±0,6
	Операциядан сўнг 3-чи кун	6,2±0,5	6,7±0,5
	Операциядан сўнг 5-чи кун	4,1±0,4***	4,8±0,4***
	P	<0,001	<0,001

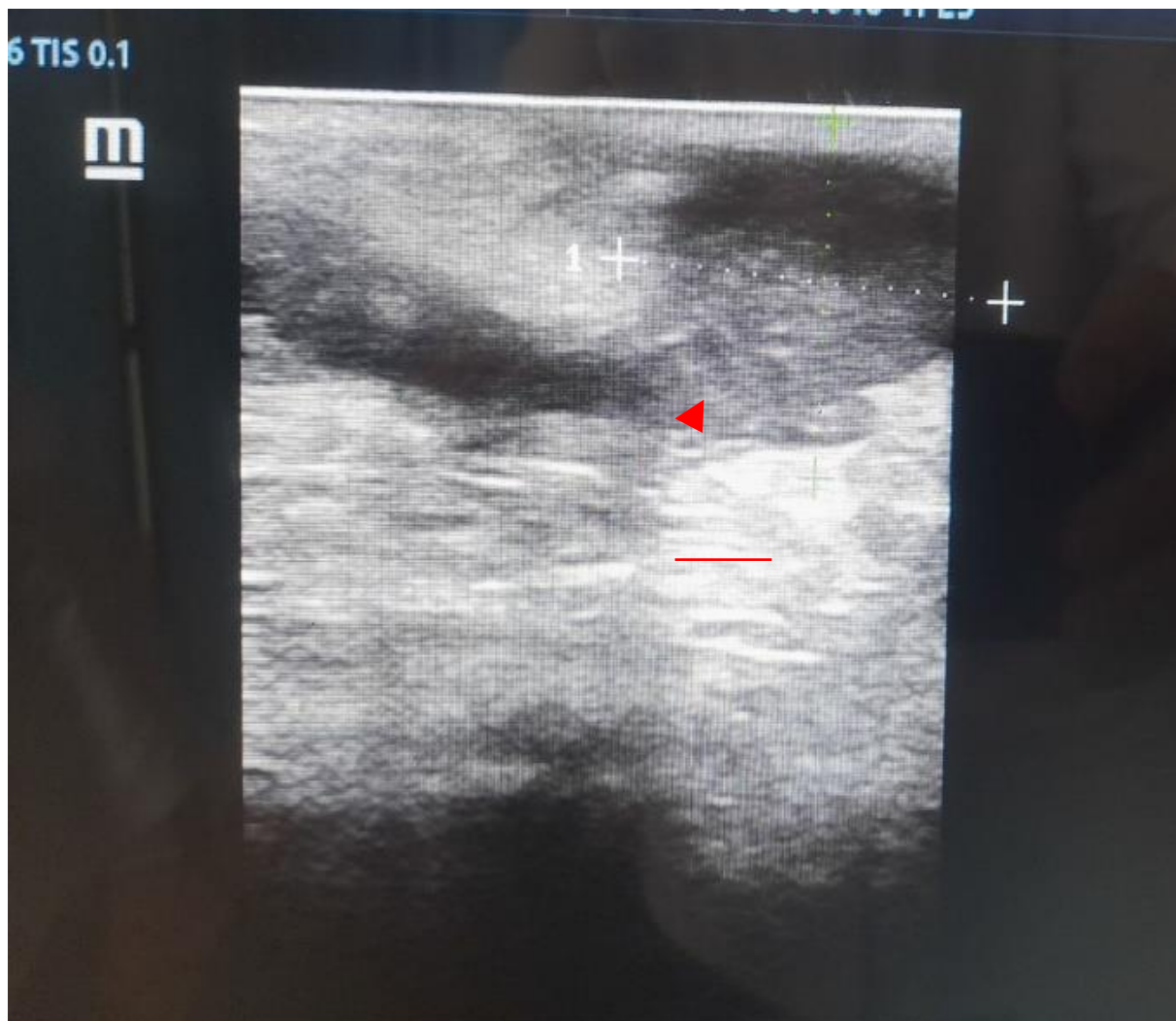
Эслатма: p- вақт бўйича кўрсаткичлар фарқининг статистик аҳамияти (Фридман критерияси бўйича), *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 - операциядан олдинги билан солиштирганда (Вилкоксоннинг T-критерияси бўйича)



4.1 расм. Бемор С., 29 ёш. Ишиоректал паранпроктит очилиб ички тешик бартараф этилгандан кейин 4-чи кун. Йириггли бўшлиқ динамикада кичрайган

Операциядан кейинги эрта даврда УТТ назорати остида асосий гуруҳдаги барча беморларда рецидив ва резидуал йириггли бўшлиқларни истисно қилиш мақсадида қолдиқ бўшлиқдаги ўзгаришлар учун мониторинг олиб борилган.

2 ҳолатда операциядан кейинги даврнинг 3 ва 4-чи кунларида қолдиқ йириггли бўшлиқ аниқланган, у қўшимча дренажлаш ва озонланган эритма билан даволашдан сўнг йириггли-некротик жараёндан тозаланган (4.1-расм).



4.2 расм. Бемор Ж., 51 ёш. Ретроректал парапроктитни очиш операциядан кейин 4-чи кун. Резидуал йирингли бўшлиқ

3 (4,5%) беморларда қолдиқ йирингли бўшлиқ шаклида қўшимча йирингли оқиш аниқланган. Ушбу беморларда умумий оғриқсизлантириш остида йирингли бўшлиқ қайта очилиб дренажлаш амалга оширилган (4.2-расм).

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларини хирургик даволашнинг операциядан кейинги эрта даврда хирургик аралашуви билан боғлиқ бўлган куйидаги асоратлар ривожланган (4.4-жадвал).

Таққослаш гуруҳларида операциядан кейинги эрта даврдаги асоратлар

Асоратнинг характери	Асосий гуруҳ (n=67)		Таққослаш гуруҳи (n=52)		Жами(n=119)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ярадан қон кетиш	-	-	2	3.8	3	2.5
Думғаза суяги резекцияси	-	-	2	3.8	2	1.6
Думғаза-анал бойламининг шикастланиши	-	-	4	7.6	4	3.3
Анал сфинктернинг шикастланиши	4	5.9	9	17.3	13	10.9
Резидуал йирингли бўшлиқ	2	2.9	5	9.6	7	5.8
Йирингли бўшлиқ рецидиви	3	4.5	6	11.5	9	7.6
Жами беморлар	8	11.9	20	38.4	28	23.5

Эслатма: баъзи беморларда 2 ёки undan ortiq асоратлар бўлган

Таққослаш гуруҳида параректал парапроктитни очиш пайтида думғаза суягининг резекцияси 3,8% ва анал-думғаза бойламини кесиш 7,6% ҳолатда мажбурий равишда амалга оширилган. Анал сфинктернинг шикастланиши таққослаш гуруҳида 17,3% ни ва беморларнинг асосий гуруҳида 5,9%ни қайд этилган.

Операциядан кейинги 3-5-чи кунларда беморларнинг 13,4% умумий интоксикация белгилари ва йирингли жараённинг атрофдаги параректал тўқималарга маҳаллий тарқалиши кузатилган. Ушбу ҳолатларнинг сабаблари биринчи операция вақтида аниқланмаган йирингли бўшлиқлар ва йирингли оқишлар натижасида резидуал йирингли бўшлиқнинг пайдо бўлиши билан боғлиқ бўлган. Ушбу беморларда йирингли бўшлиқлар ва оқишлар қайта очилган. Асосий гуруҳдаги беморларда резидуал йирингли бўшлиқ сони 2,9%, таққослаш гуруҳида - 9,6% ташкил этган. Йирингли бўшлиқ рецидиви асосий гуруҳда 4,5%, назорат гуруҳида эса 11,5% ҳолатда аниқланган.

4.2. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида йирингли параректал жароҳатни даволашда озон терапиясининг клиник самарадорлиги

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида озон терапиясининг яллиғланишга қарши маҳаллий таъсирининг самарадорлиги перифокал яллиғланиш ўзгаришлари ва эндотоксемия ҳолатларининг бартараф бўлиш вақти билан баҳоланган.

Озонкислород аралашмасини олиш учун Москва, Медозонс МЧЖ томонидан ишлаб чиқарилган АОТ-Н-01-Арз-01/1 «Медозонс БМ» озон терапияси қурилмаси ишлатилган; рўйхатга олиш гувоҳномаси № 29/06050796/1561-01 02/09/2001 (4.3 расм)



А



Б

4.3-расм. А-Озонтерапия қурилмаси Медозонс БМ (АОТ-Н-01-Арз-01/1). Б-Оxygen Concentrator 7f-5 5L Yuwell озон концентрацияси учун портатив генератор.

Медозонс БМ (АОТ-Н-01-Арз-01/1) тиббий озонотерапевтик курилмаси озоннинг терапевтик дозаларини изотоник эритмада, дистилланган сувда ёки қонда эритиш учун мўлжалланган. Ушбу курилма газли муҳитда ҳам, эритмаларда ҳам озон контцентрациясини тўғридап-тўғри ўлчаш усуллари билан метрологик жиҳатдан таъминланган ва комплектнинг таркибига кирувчи қўшимча мосламалар ёрдамида озонотерапиянинг турли усулларини амалга ошириш имкони мавжуд.

400 мл натрий хлорид изотоник эритмаси бўлган флаконнинг игна киритиладиган юзаси антисептик эритма билан ишлов берилгач унга иккита игна киритилади: узун (шишанинг тубига - ҳаво ўтказгич) ва калтароғи (Дьюфо игнаси). Ҳаво ўтказгич озон-кислород аралашмасини қайта ишланаётган эритмага етказиб бериш учун хизмат қилади ва ПХВ трубка ёрдамида озонизаторнинг чиқиш мосламасига уланади. Дьюфо игнаси эрмаган озон-кислород аралашмасини парчаланиши учун ихчам каталитик деструкторга йўналтириш учун хизмат қилади (ходимлар ва беморларга тасодифий ингаляция таъсирини олдини олади) ва ПХВ трубкаси ёрдамида деструкторга уланади.

Озонаторда озон-кислород аралашмасининг белгиланган концентрацияси, оқим тезлиги 0,5 л/мин, кўпикланиш вақти 20 минут аниқланиб курилма ёқилади. Кўпикланиш тутагач озонланган изотоник натрий хлорид эритмаси солинган флакон очилади ва ҳосил бўлган эритма 30 дақиқа давомида ишлатилиши лозим.

Умумий оғриқсизлантириш остида радикал хирургик операция бажарилгандан сўнг, операция вақтида босим остида йирингли ўчоқ бўшлиғи 400-800 мл озонланган изотоник натрий хлорид эритмаси билан бактерицид озон концентрацияси 8-10 мг / л билан ювилади. Параректал жароҳатни ювиш 1-3 кун давомида кунига 2-3 марта бир хил ҳажмда ва озон концентрациясида амалга оширилади. Жароҳат тозаланиб грануляциялар пайдо бўлганда натрий хлориднинг изотоник эритмасида озон концентрацияси 2 мг / л гача камайтиради.

Асосий гуруҳдаги беморларда даволаш бошланганидан бошлаб биринчи куннинг охирига келиб терида гиперемия ва перифокал шишнинг пасайиши қайд этилган. Парапроктит очилгандан кейин ўртача $2,1 \pm 0,43$ кун ичида яллиғланиш ўзгаришлари бутунлай йўқолган.

Яллиғланиш жараёнининг маҳаллий кўринишлари, шунингдек, жароҳатдан ажраладиган суюқлик кислоталигидаги ўзгаришлар динамикаси билан характерланган. Озон терапияси қўлланилганда 3-чи кунга келиб рН ишқорий томонга силжиши яллиғланиш жараёнини силлиқ кечишидан дарак берган. 1-чи кунда рН - $5,42 \pm 0,08$; 3-чи кун - $6,8 \pm 0,35$; 5-чи кун - $7,21 \pm 0,24$; 7-чи кун - $7,62 \pm 0,18$ бўлган. Ҳеч бир ҳолатда иккиламчи ацидоз ҳолати қайд этилмаган.

Беморда параректал тўқималарда маҳаллий йирингли-некротик ўчоқнинг мавжудлиги умумий биологик характердаги бир қатор ўзгаришлар билан бирга бўлиб, уларда йирингли интоксикация ҳодисаларининг ривожланишини кўрсатади. Бу тана ҳароратининг кўтарилиши, периферик қондаги лейкоцитлар сонининг характерли ўзгариши ва интоксикациянинг лейкоцитлар индекси, ўртача масса молекулалари даражасининг ошиши ва қон плазмасининг оқсил спектрининг ўзгариши билан намоён бўлади.

Ўткир парапроктитни даволашда озон терапиясидан фойдаланганда 19 беморда даволанишнинг 1-чи кунида, 23 беморда эса даволашнинг 2-чи кунида ва ўртача $1,84 \pm 0,15$ суткада тана ҳароратининг тез нормаллашишига эришишилган. Операциягача тана ҳарорати $38,3 \pm 1,2^{\circ}\text{C}$; 1-чи куни $37,6 \pm 0,96^{\circ}\text{C}$; 2-чи куни $36,8 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$; 3-чи кунга келиб эса $36,5 \pm 1,^{\circ}\text{C}$ бўлган.

Бундан ташқари, бирон бир ҳолатда антибиотикларни қўшимча равишда қўллашга тўғри келмади, бу ўткир парапроктитни даволашда тавсия этилган усулнинг яллиғланишга қарши ва детоксификацион самарадорлигининг юқорилигидан далолат беради.

Йирингли интоксикациянинг намоён бўлиши қон картинасидаги ўзгаришларда ҳам акс этган: операция олдида лейкоцитлар даражаси $11,2 \pm 0,84 \times 10^9/\text{л}$; операциядан кейинги 2-чи куни - $8,2 \pm 0,91 \times 10^9/\text{л}$; 3-чи кун -

$7,2 \pm 0,97 \times 10^9/\text{л}$; 5-чи кун - $7,3 \pm 1,1 \times 10^9/\text{л}$ ташкил этган. Кўрсаткичларнинг нормаллашуви $2,25 \pm 0,35$ кунда руй берган.

Эндотоксикозни баҳолашнинг кўпроқ объектив мезонлари бўлиб ЛИИ қийматлари ва қон плазмасидаги ўртача масса молекулаларининг даражаси хизмат қилган. Асосий гуруҳдаги беморларда периферик қон картинасини динамик кузатиш операциядан 3-4 кунларга келиб лейкоцитлар, лейкоцитар формула ва ЛИИ умумий сонининг нормаллашишини аниқлаш имконини берган. Бу ўткир парапроктитни даволашда озон терапиясидан фойдаланганда кучли детоксификацион самарадорлиги мавжудлигини тасдиқлайди. Қон плазмасидаги ўртача масса молекулалари даражасини ўрганишда, кузатувнинг 1-чи кунида унинг нормал кўрсаткичларга нисбатан деярли икки баравар кўпайиши қайд этилган. Озон терапиясини биргаликда қўллаш билан (жароҳатни озонланган изотоник натрий хлорид эритмаси билан ювиш) ўртача масса молекулалари даражасининг тез нормаллашиши қайд этилган. 3-чи кунида у дастлабки қийматларга нисбатан 49,4% камайган ва ўртача $0,25 \pm 0,006$ анъанавий бирликларни ташкил этган. Бу ўткир парапроктитни даволаш учун озон терапиясини қўллашда йирингли интоксикациянинг намоён бўлишининг эрта бартараф этилишини тасдиқлайди.

Асосий гуруҳдаги беморларда кузатувнинг биринчи кунида умумий протеин даражаси нормал қийматларга яқин бўлган. Даволаш жараёнида плазма оқсиллари миқдорининг биров ошиши тенденцияси кузатилган, бу ҳолат айниқса даволанишнинг 5-чи кунида сезиларли бўлган. 1-чи куни асосий гуруҳдаги протеин даражаси $64,8 \pm 0,74$ (г/л); 3-чи кун - $59,4 \pm 1,4$ (г/л); 5-чи кун - $64,5 \pm 1,08$ (г/л); 7-чи кун - $72,4 \pm 0,65$ (г/л) ташкил этган.

Озон терапиясининг ижобий хусусиятларининг комбинацияси умумий интоксикациянинг намоён бўлишини энг қисқа вақт ичида тўхтатишга имкон беради, бу жароҳатдаги жараённинг янада силлиқ кечишига ёрдам беради.

Бактериологик текширишларда микроорганизмлар ассоциацияси 75% ортиқ (ўртача 2 микроорганизм) унган бўлиб, уларнинг асосий қисми ичак таёқчаси (60%) бўлган. *E. Coli* амикацинга сезгирлиги 90% ташкил этган.

Назорат экмаларида грамм-мусбат ва грамм-манфий флора, шу жумладан ферментатив бўлмаган грамм-манфий бактериялар гуруҳи улушининг камайиши қайд этилган. Бундан ташқари, бу пасайиш уларнинг антибиотикларга сезгирлигига боғлиқ бўлмаган. Озон терапиясидан фойдаланиш 3 нафар беморда иккиламчи инфекция эҳтимолини камайтирди (6,0%).

Ушбу ҳолатларда юқори антимиқроб эффекти бактериялар сонини "критик" даражадан пастга камайтириш вақтини таҳлил қилиш орқали тасдиқланган бўлиб, бу беморларнинг ушбу гуруҳида $3,1 \pm 0,24$ кунни ташкил этган. Вақт нуқтаи назаридан, бу жароҳатларни йирингли-некротик жараёндан тозалаш жараёнининг тугашига тўғри келган. Бу вақтда озон терапиясидан фойдаланганда эса аниқ салбий таъсир қайд этилган.

Даволаш бошланганидан бир кун ичида йирингли-некротик жароҳатдан ажраладиган суюқликнинг миқдори кескин камайган. Некротик соҳаларнинг тез ва тўлиқ чегараланиши руй берган. Йирингли-некротик жароҳатдан ажраладиган суюқликдан тўлиқ тозаланиш ўртача $2,61 \pm 0,15$ кунда содир бўлган.

Даволаш пайтида озон терапиясидан фойдаланиш етарли некролизни таъминлаган ва жароҳат дефектини бир хилда тўлдирадиган грануляцион тўқималарининг эрта пайдо бўлишига олиб келган.

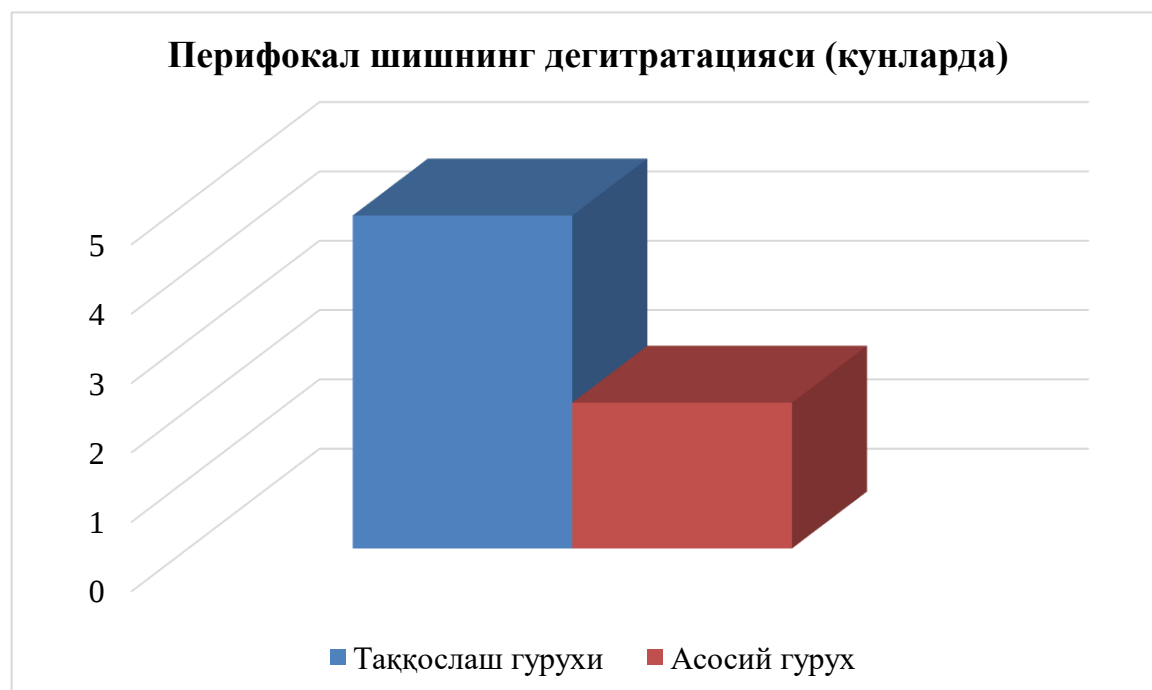
Озон терапиясини қўллашда кузатилган маҳаллий яллиғланиш реакциясининг тез пасайиши, некротик тўқималарнинг эрта кўчиши, жароҳатнинг йирингли-некротик массалардан тез тозаланиши, шунингдек, грануляция тўқималарининг пайдо бўлиш вақти ўртача 2,92 кун ичида ўз аксини топган. Жараён тугалланган некролиз фонида содир бўлган, бу жароҳат дефектинининг тезроқ ва бир хилда грануляцион тўқима билан

қопланишига ёрдам берган, улар майда донатор характерда бўлиб, пушти ёки тўқ қип-қизил рангда ялтироқ кўринишдаги юзага эга бўлган.

Регенерация босқичига ўтиш билан боғлиқ жароҳат жараёнининг ижобий мойиллиги, кейинчалик жароҳат четларида эпителизация пайдо бўлиш вақтида ҳам ўз аксини топиб - ўртача $5,3 \pm 0,27$ кунни ташкил этган.

Ўткир парапроктит очилгандан кейин жароҳатларни анъанавий даволаш ва озон терапиясининг маҳаллий яллиғланишга қарши таъсирининг самарадорлиги перифокал яллиғланиш ўзгаришларининг йўқолиш вақти, жароҳат юзасининг температураси ва жароҳатдан ажраладиган суюқликнинг кислоталилиги билан баҳоланган.

Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, анъанавий даволаниш олиб борилган беморлар гуруҳида энг кам аниқ маҳаллий яллиғланишга қарши таъсир кузатилган. Уни қўллашда перифокал яллиғланиш ўзгаришлари фақат $4,8 \pm 0,6$ кунга келиб бартараф бўлиши қайд этилган (4.4-расм).



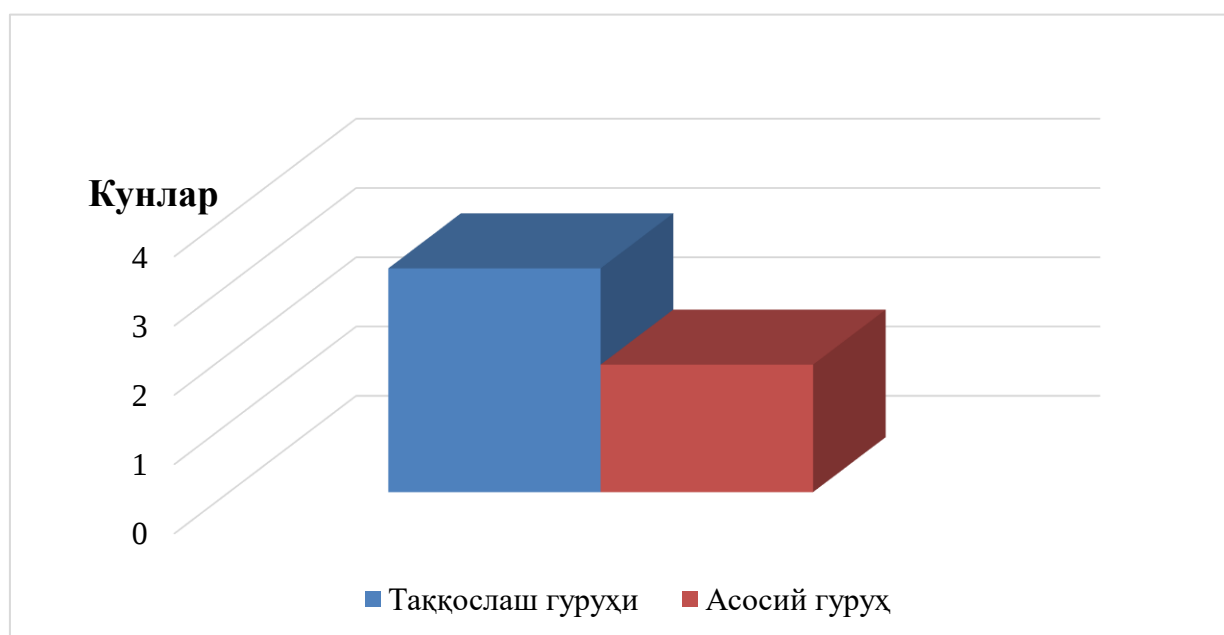
4.4 расм. Перифокал шишнинг дегитратацияси

Маҳаллий даволаш учун озон терапияси қўлланилган асосий гуруҳ беморларида перифокал яллиғланиш ўзгаришларининг тезроқ регрессияси кузатилган. Асосий гуруҳда перифокал шиш ва жароҳатни ўраб турган

тўқималарнинг инфильтрацияси $2,1 \pm 0,43$ кунда йўқолган. Олинган натижаларнинг статистик аҳамияти ($p < 0,05$) таққослаш гуруҳи билан солиштирганда параректал жароҳатларни даволашда озон терапиясининг юқори маҳаллий яллиғланишга қарши таъсирини таъкидлайди.

Озон терапиясидан фойдаланилганда операциядан кейинги 3-чи кунга келиб рН даражасининг ишқорий томонга ўзгариши жароҳат жараёнининг силлиқ кечишидан дарак берган. Таққослаш гуруҳига нисбатан 3-7 кун давомида жароҳатдан суюқлик оқиши рН қийматларида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар сақланиб қолган. Ҳеч қандай ҳолатда иккиламчи ацидоз ҳолати қайд этилмаган, бу анъанавий даволаш усулини қўллашда 3-5-чи кунларда бир қатор ҳолларда юзага келган.

Ўткир парапроктитни даволашда маҳаллий озон терапиясининг детоксификацион таъсирининг қиёсий баҳоси ўтказилган. Тана ҳарорати меъёрлашувининг ўртача вақти расмда кўрсатилган (4.5-расм).

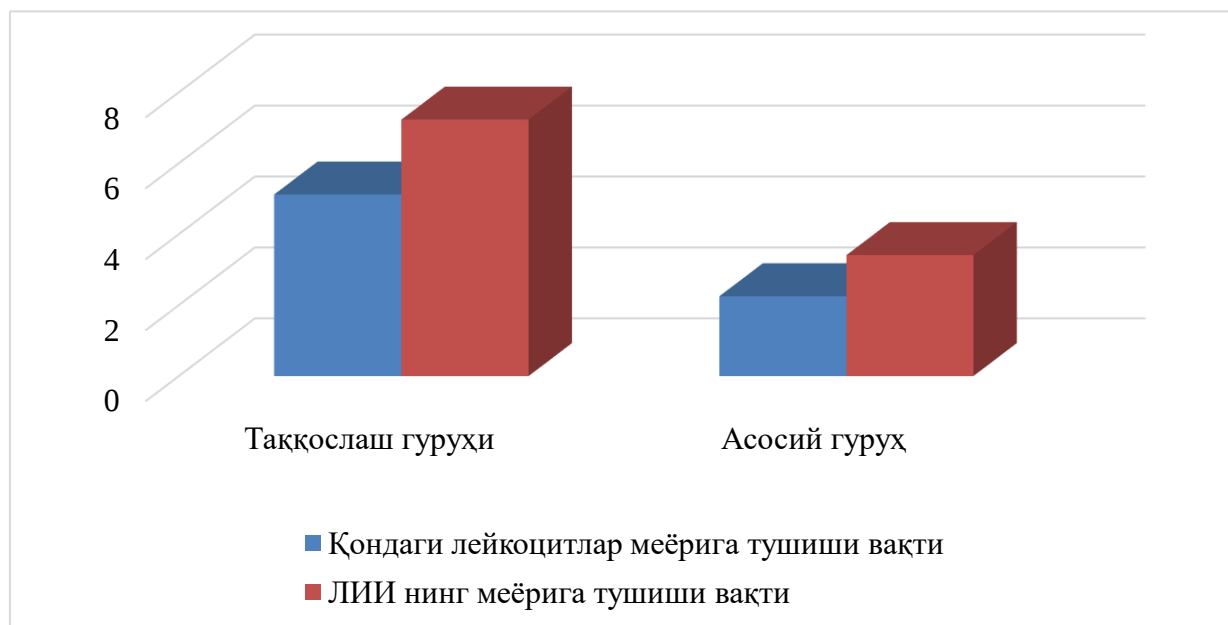


4.5 расм. Тана ҳароратининг нормаллашишининг ўртача вақти ($p < 0,05$)

Олинган маълумотлар шундан дарак берадики, таққослаш гуруҳидаги беморларда эндотоксемия кўринишлари узоқ вақт давом этган, тана ҳарорати ўртача $3,23 \pm 0,64$ кунга келиб нормаллашган. Озон терапиясидан

фойдаланиб таққослаш гуруҳига ($p < 0,05$) нисбатан тана ҳароратининг тезроқ - ўртача $1,84 \pm 0,15$ кунда нормаллашишига эришилган.

Йирингли интоксикациянинг намоён бўлиши қон картинасидаги ўзгаришларда ҳам ўз аксини топган: лейкоцитлар, ЛИИ даражасининг ошиши (4.6-расм).



4.6 расм. Қўлланилган даволаш усулига боғлиқ ҳолда периферик қонда лейкоцитлар сони ва ЛИИ меъёрига келиш учун ўртача вақт ($p < 0,05$)

Таққослаш гуруҳида қонда лейкоцитлар миқдори узок вақт давомида юқори бўлиб, фақат $5,12 \pm 0,75$ кунга нормаллашган. Таққослаш гуруҳидаги беморларга қараганда асосий гуруҳда лейкоцитлар миқдорининг эртароқ лейкоцитлар даражасининг эрта нормаллашиши - $2,25 \pm 0,35$ кунга келиб содир бўлган.

Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, периферик қондаги лейкоцитлар миқдори ҳар доим ҳам йирингли интоксикациянинг намоён бўлиш даражасини объектив равишда акс эттирмайди. Эндотоксемияни баҳолашнинг янада объектив мезонлари бўлиб интоксикациянинг лейкоцитлар индексининг қиймати ва қон плазмасидаги ўртача масса молекулаларининг даражаси хизмат қилган.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда интоксикациянинг лейкоцитлар индекси кузатувнинг 7-чи кунига қадар юқори бўлиб қолган, бу левомеколни

маҳаллий қўллаш билан йирингли интоксикациянинг узоқ муддатли давом этишини тасдиқлайди, бу антибиотикларни қўллаш заруриятини белгилайди.

Асосий гуруҳдаги беморларда периферик қон картинасини динамик ўрганиш лейкоцитлар умумий сонининг тезроқ нормаллашиши билан бир қаторда лейкоцитлар формуласининг тезроқ нормаллашишини аниқлаш имконини берган ($p < 0,05$): кузатувнинг $3,41 \pm 0,26$ кунида ЛИИ қиймати нормал кўрсаткичларга тўғри келган. Бу ўткир парапроктитни даволашда озон терапиясидан фойдаланганда аниқ детоксификацион таъсири мавжудлигини тасдиқлайди.

Беморларнинг барча гуруҳларида қон плазмасидаги ўртача масса молекулалари даражаси ўрганилаётганда, кузатувнинг 1-чи кунида нормага нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли ($p < 0,05$) ўсиш қайд этилган. Бу ўткир парапроктит билан беморларда умумий интоксикация ҳолатлари мавжудлигини тасдиқлайди.

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, ўткир парапроктитда жароҳатни даволаш жараёнининг биринчи босқичида анъанавий усул ёрдамида даволашда ўртача оғирликдаги молекулалар даражаси 3-чи кунга келиб атиги 10,25% камайган, 5-чи куни эса бу кўрсаткич меъёрдан 1,4 баробар ошган. Озон терапиясидан фойдаланилганда ўртача масса молекулалари даражасининг тез нормаллашиши қайд этилган. 3-чи куни у бошланғич кўрсаткичга нисбатан 49,4% га камайган ва ўртача $0,258 \pm 0,006$ шартли бирликни ташкил этган ($p < 0,005$). Бу ўткир парапроктитни даволашда озон терапиясидан фойдаланилганда йирингли интоксикациянинг намоён бўлишини эрта бартараф этилганлигини тасдиқлайди.

Параректал тўқималарда йирингли-яллиғланиш жараёнининг кучайиши қон плазмасининг оксил спектридаги ўзгаришларда намоён бўлган. Ўткир парапроктит билан беморларда умумий оксилни аниқлашда қуйидаги натижалар олинган. Барча гуруҳлардаги беморларда кузатувнинг биринчи кунида умумий оксил миқдори нормал қийматларга яқин бўлган

($p < 0,05$). Кейинчалик, таққослаш гуруҳидаги беморларда кузатувнинг 7-чи кунига келиб умумий оксил микдорининг статистик жиҳатдан сезиларли даражада пасайишини кузатилган. Даволаш жараёнида асосий гуруҳдаги беморларда қон плазмасидаги оксиллар микдорининг бироз ошиши тенденцияси кузатилган ($p < 0,05$).

Шундай қилиб, келтирилган маълумотлар шуни кўрсатадики, беморда параректал тўқималарда йиринглаш жараёнининг мавжудлиги умумий интоксикациянинг намоён бўлиши билан бирга кузатилади ва бу жароҳатнинг битиш жараёнига таъсир этмасдан қолмайди. Бу ҳолат яллиғланишга қарши терапияни қўллашни, ҳамда нафақат маҳаллий даволаниш учун, балким организмга умумий таъсир кўрсатувчи оптимал препарат танлашни ўз ичига олади. Озон терапиясидан фойдаланиш умумий интоксикациянинг намоён бўлишини имкон қадар тезроқ бартараф қилиш имконини беради, бу жароҳат жараёнининг силлиқ кечишига ёрдам кўрсатади.

Олиб борилган микробиологик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, текширилган беморларнинг 77% ўткир парапроктитнинг қўзғатувчиси микроблар ассоциацияси кўринишида бўлган. Ичак таёқчаси ва протей 45% ҳолларда, ичак таёқчаси ва стрептококк 5%, стрептококк ва стафилококк 27% ҳолларда учраган. Бунда грамманфий флора устун бўлиб, барча тадқиқотларнинг 62% *E. Coli* экилган. 23% ҳолларда қўзғатувчилар патогенлар монокультуралар шаклида келтирилган, улар орасида *E. Coli* 12%, *Staphylococcus aureus* ва *Staphylococcus sapr.* 3%, *Streptococcus* 3%, *Proteus* 2%, *Klebsiella* 2%, *Citrobacter* 1% ҳолларда учраган.

Аминогликозидлар гуруҳидаги антибиотиклардан экмаларнинг аксарият қисми (90,3% гача) амикацинга сезгир, гентамицин ва канамицинга эса 55% атрофида сезгир бўлган. Стафилококк экмаларининг 72,4% левомецетинга сезгир бўлган. Граммусбат микроорганизмларнинг линкомицинга (91,6% гача) ва биринчи ва иккинчи авлод цефалоспоринларига (90,5% гача) юқори сезувчанлиги қайд этилган.

Е. Coli культураларининг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлашда замонавий аминогликозидлар ва иккинчи авлод цефалоспоринлари юқори антибактериал фаолликка эга эканлиги аниқланган. Амикацинга сезгир бўлган экмалар сони 85%, гентамицин - 68%, цефуроксим - 80% ташкил этган. Аналогик картина Proteus экмаларига нисбатан кузатилган, уларнинг сезгирлиги гентамицинга 69%, канамицинга - 75,9% ва цефуроксимга 86,5% бўлган. Грамманфий микроорганизмларнинг аксарияти пенициллин каторидаги препаратлар, тетрациклин, эритромицин, ристомицин, левомецитин ва линкомицинга нисбатан чидамлилигини сақлаб қолган.

Анъанавий усул билан даволаш пайтида грамманфий флора билан иккиламчи инфекция 12 беморда (таққослаш гуруҳи) ва беморларнинг асосий гуруҳида иккиламчи инфекция 3 беморда қайд этилган, бу жароҳатлардан олинган суюқлик назорат экмалари билан тасдиқланган. Бу анъанавий усулнинг нисбатан заиф антимикроб таъсиридан дарак беради ва даволаш жараёнида грамманфий флорани муҳимлигини таъкидлайди ва бу айниқса ўткир парапроктитда муҳимдир.

Тадқиқот гуруҳларидаги беморларда назорат экмаси граммусбат ва грамманфий флоранинг, шу жумладан ферментланмайдиган грамманфий бактериялар гуруҳи улушининг пасайишини кўрсатган. Бундан ташқари, бу уларнинг антибиотикларга нисбатан сезгирлигига боғлиқ бўлмаган.

Озон терапиясидан фойдаланиш анъанавий терапияга нисбатан иккиламчи инфекция эҳтимолини 4 баравар камайтирган. Озон терапиясининг юқори микробларга қарши таъсири бактериал ифлосланишни критик даражадан пастга тушириш вақтини таҳлил қилишда ҳам тасдиқланган, унда мавжуд микрофлорадан йирингли жароҳатни тозалаш анъанавий усулга нисбатан 2,4 баравар тезлашган. Вақт нуқтаи назаридан, бу жароҳатларни йирингли-некротик массалардан тозалаш жараёнининг тугашига тўғри келган.

Ўткир парапроктитни даволашда озон терапиясидан фойдаланиш нафақат жароҳатдаги инфекцияга қарши курашиш, балки даволаш жараёнида

параректал жароҳатнинг иккиламчи инфекциясини олдини олиш имконини берган. Таклиф этилган усулнинг афзаллиги жароҳатларни самарадорли санация қилиш ва озон терапиясининг грамм-мусбат ва грамм-манфий микроорганизмларга, шунингдек, анаэробларга таъсири билан изоҳланади.

Ўткир парапроктитни даволашда озон терапиясидан фойдаланишнинг тавсифланган ижобий томонлари жароҳат жараёнининг янада силлик кечишига ёрдам беради.

4.5 жадвал

Ўрганиш гуруҳларида жароҳат жараёнининг динамикаси кўрсаткичларини қиёсий баҳолаш

Кўрсаткич	Таққослаш гуруҳи n=52	Асосий гуруҳ n=67
Ярани тозаланиш муддати (кунлар)	4,2± 0,16	2,61±0,15*
Грануляцияларнинг пайдо бўлиши (кунлар)	4,9 ± 0,42	2,92±0,18
Эпителизациянинг бошланиши (кунлар)	7,9±0,38	5,3± 0,27*
Ишиоректал парапроктитда пара- ректал жароҳатни даволаш (кунлар)	31,5±2,2	26,1±1,35*
Ётоқ куни	9,23±0,74	5,97±0,24*

**Таққослаш гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан фарқлар сезиларли
(p <0,05).**

Параректал жароҳатни маҳаллий даволаш учун сувда эрийдиган малҳамли салфеткалардан фойдаланганда жароҳатни тозаланиши ўртача 4,2 ± 0,15 кундан кейин содир бўлган.

Озон терапиясидан фойдаланганда аниқ ифодаланган некролитик таъсир кузатилган. Даволаш бошланганидан бир кун ичида йирингли-некротик массалар миқдори кескин камайган. Некротик соҳаларнинг тез ва тўлиқ чегараланиши кузатилган. Жароҳатларни йирингли-некротик массалардан тўлиқ тозаланиши 2,61 ± 0,15 кун ичида содир бўлган.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда жароҳатларнинг йирингли-некротик суюқликдан секин тозаланиши, жароҳат жараёнининг суст кечиши жароҳатнинг деворлари ва тубида алоҳида оролчалар кўринишидаги грануляция тўқималарининг фақат $4,9 \pm 0,42$ кунда пайдо бўлишига олиб келган (4.5-жадвал). Шунини таъкидлаш керакки, улар нотекис ривожланган бўлиб, фибрин қопламалари билан қопланган некроз соҳалари орасида оролчалар кўринишида ифодаланган.

Даволашда озон терапиясидан фойдаланиш жароҳатда тўлиқ некролизни таъминлаган ва жароҳат дефектини ўртача $2,92 \pm 0,18$ кунга келиб бир хилда тўлдирувчи грануляция тўқималарининг эрта пайдо бўлишига олиб келган. Грануляциялар майда донатор характерга эга бўлиб, пушти ёки тўқ қизил рангда бўлган.

Турли хил даволаш усуллари билан вақт бирлигида жароҳат ҳажмини кичрайиши тезлигини аниқлаш учун жароҳат ҳажмини динамик ўрганиш амалга оширилган. Таклиф этилган формуладан фойдаланиб ҳажмли регенерация индекси аниқланган (қунига % да).

Таққослаш гуруҳида регенерациянинг ҳажмли индекси - $9,51 \pm 0,15\%$ (тери ости парапроктитида) ва $5,9 \pm 0,64\%$ кунни (ишиоректал парапроктитда) ташкил этган. Асосий гуруҳда бу кўрсаткич сезиларли даражада ошган ва $14,4 \pm 0,35\%$ (тери ости парапроктит учун) ва $10,7 \pm 0,14\%$ (ишиоректал парапроктит учун) ни ташкил этган.

Биз жароҳат ҳажмининг динамикасини баъзи объектив қонуниятларга асосланганлигини кузатдик. Травматик шиш ва жароҳатнинг иккиламчи тозаланишининг интенсивлиги орқали аниқланадиган жароҳатнинг битиш тезлиги, айниқса жароҳат жараёнининг биринчи босқичида кўпроқ экан. Иккинчи босқичда эса жароҳат ҳажмининг битиш тезлиги равон пасайаяди ва унинг ҳажмини қисқариши грануляцияни ўсиши ва контракцияси билан боғлиқ бўлади. Жароҳат юзаси ҳажмининг энг катта қисқариши дастлабки 6-7 кун ичида кузатилган (ўртача 70-90%).

Регенерация босқичига ўтиш билан боғлиқ жароҳат жараёнининг ижобий тенденцияси жароҳат четларида эпителизация пайдо бўлиш вақтида янада ўз аксини топган. Таққослаш гуруҳидаги беморларда улар ўртача $7,9 \pm 0,38$ кунни ташкил этган. Асосий гуруҳидаги беморларда жароҳат четларида эпителизация ўртача 2 кун олдин - аллақачон $5,3 \pm 0,27$ кундаёқ пайдо бўлган (3.3.3 жадвал).

Асосий гуруҳда параректал жароҳатни тўлиқ битиш вақти $26,1 \pm 1,3$ кунни ташкил этган (қиёслаш гуруҳида $31,5 \pm 2,2$). Шифохонада даволаниш муддати $5,97 \pm 0,24$ ётоқ / кунгача қисқарган (таққослаш гуруҳида $9,23 \pm 0,74$).

Узоқ муддатли натижалар 1 йилдан 5 йилгача бўлган даврларда кузатилди. Таққослаш гуруҳидаги 5 нафар бемор касалликнинг рецидивини билан қайта ётқизилган, асосий гуруҳдан фақат 2 нафар беморда парапроктитнинг рецидивини кузатилган. Таққослаш гуруҳида 6 (11,5%) беморда, асосий гуруҳда эса 3 (4,4%) беморда параректал оқма шаклланиган. Таққослаш гуруҳида 7 (13,5%) беморда, асосий гуруҳда 3 (4,4%) беморда анал сфинктернинг қисман функционал етишмовчилиги аниқланган.

Шундай қилиб, ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларда операция пайти эндоректал сонография ёрдамида комплекс даволаш усуллари оптималлаштириш, абсцессни юқори (чуқур) жойлашувида дифференциал ёндашилган хирургик тактикани назарда тутган ҳолда операцияни 2 босқичда ўтказишни ўз ичига олган ва йирингли тўпламни паст локализацияси билан бирламчи радикал аралашувлар бажариш, ҳамда операциядан кейинги даврда озонотерапияни қўллаш операциядан кейинги яқин асоратлар учраш суръатини 38,4% дан 11,9% гача, параректал оқмалар шаклланишини 11,5% дан 4,6% гача ва касаллик рецидивини 9,6% дан 2,9% гача, параректал жароҳатлар битиш вақтини 5,4 кунга ва стационар даволаниш вақтини эса 3,2 кунгача қисқартириш имконини берган.

ХОТИМА

Бугунги кунда парапроктит энг кенг тарқалган проктологик касалликлардан бири бўлиб, уларнинг структурасида у сурункали бавосил, анал девори сурункали ёриғи ва сурункали колитдан кейинги ва шошилишч проктологик касалликларнинг умумий структурасида эса парапроктит етакчи ўринни эгаллаган. Парапроктит билан касалланиш умумий аҳолининг тахминан 0,5%, умумий хирургик касалликлар билан хасталанган барча беморларда - 4-5% ва тўғри ичак касалликлари билан хасталанган беморларда - 20-40% ташкил этади. Муаллифларнинг фикрига кўра «...диагностикасининг мураккаблиги бўйича ва ўзининг хавфли бўлган асоратлари ва оқибатлари сифатида йирингли парапроктитнинг мураккаб шакллари ҳисобланиб, улар қуйидагилардан иборат: ишиоректал, пельвиоректал, ретроректал парапроктит, уларнинг учраш суръати 12,3-19,5% ташкил этади...».

Дунё миқёсида ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларини хирургик даволаш тамойиллари ва тенденцияларининг асосий замонавий тушунчалари ўзгармайди, яъни анал сфинктернинг мушак тузилмаларини сақлаб қолиш ва касалликнинг қайталанишини камайтириш бўлиб, фақат ёндашувларгина ўзгаради холос. Операция қилинганларнинг 13-20% йирингли-яллиғланишли асоратлар ривожланиб, беморларнинг 4-10% касалликнинг қайталаниши ёки сурункали шаклига ўтиши, 17-36% орқа чиқарув тешиги атрофида ноқулайлик ҳиссиёти, 6-8% эса сфинктер етишмовчилиги юзага келади. Жароҳатни ревизия қилиш ва манипуляцияларни бажаришда операцион майдонда чекловни мавжудлиги ҳамда кириш йўлининг ва оператив аралашувнинг ўзига хослиги туфайли ички тешикга ишлов бериш пайти радикал операцияларни амалга оширишда аксарият ҳолатларда қийинчиликлар вужудга келади. Бундан ташқари, кенг кесмаларни қўллаш мавжуд хирургик аралашувларда етарли манипуляция эркинлигини таъминлайди, аммо бу ҳолат бемор учун жуда катта жароҳатланишга сабаб бўлади. Адабиётларга кўра, «...ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида анал сфинктер толаларини кесиш, томирларнинг

шикастланиши даражасининг кўплиги...», думғаза-анал бойламини кесиш ва думғаза суягининг резекцияси хирургларни қониктирмайди. Шу нуқтаи назардан, йирингли ўчоқнинг параректал бўшлиқда жойлашишининг топографик ва анатомик хусусиятларига ва диагностика технологияларининг имкониятларига қараб, хирургик ёндашувни танлаш ўткир парапроктитни даволашда истиқболли йўналиш ҳисобланади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимида аҳолига кўрсатилаётган хирургик ёрдам сифатини тубдан яхшилаш ва кўламини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу йўналишда, хусусан, йирингли-септик касалликларни хирургик йўл билан даволаш сифатини оширишда ижобий натижаларга эришилмоқда. Шу муносабат билан, 2022-2026 йилларда мамлакат ривожланишининг устувор йўналиши «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш ва 2022-2026 йилларда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш дастурини тадбиқ этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш...»³ каби вазифалар белгиланган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципаал янги механизмларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон “Соғлиқни сақлаш соҳасида давлат бошқаруви тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сон “Фуқаролар саломатлигини таъминлашда доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертацион тадқиқот муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг мақсади ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларни хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат бўлган.

Ушбу тадқиқот 2017-2022 йиллар давомида Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг колопроктология бўлимида операция қилинган ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан 119 нафар беморни комплекс диагностикаси ва хирургик даволаш тажрибасига асосланган бўлиб, улар ўткир парапроктит билан операция қилинган беморлар умумий сонининг 32,3% ташкил этган. Пельвиоректал парапроктит билан бор йўғи 2 бемор бўлганлиги сабабли бизнинг тадқиқотимизга киритилмаган.

Даволаш-диагностика ёрдами кўрсатилишининг муддати ва ҳажмига боғлиқ ҳолда беморлар икки гуруҳга бўлинган. Таққослаш гуруҳи (ретроспектив таҳлил) анъанавий усулда параректал парапроктитни очишдан иборат хирургик муолажани ўтказган 52 беморни ўз ичига олган. Асосий гуруҳ 67 бемордан иборат бўлиб, уларда диагностика ва хирургик даволаш мақсадида замонавий инструментал текшириш усуллари (эндоректал сонография, МРТ), шунингдек, параректал абсцесс ички каналини кечиктирилган усулда бартараф этишни таъминлайдиган такомиллаштирилган хирургик даволаш ва 2 босқичда парапроктит ва параректал жароҳатларни даволашда гидропрессив озон терапия усуллари қўлланилган.

Беморларнинг ёши 18 ёшдан 83 ёшгача бўлган. 104 нафари эркак (87,3%), 15 нафари эса аёл (12,7%), бу 7:1 нисбатга тўғри келган. Касаллик кўпинча 18 ёшдан 59 ёшгача бўлган меҳнатга лаёқатли ёшдаги кишиларда учраган, бу ҳолатларнинг 87,4% ташкил этган. Кекса ва қари беморлар 12,6% ташкил қилган.

Ўрганилган беморлар орасида 88 (74%) ҳолатда ўткир парапроктитнинг бирламчи мураккаб шакли, 31 (26%) ҳолатда эса рецидиви қайд этилган.

Кузатувнинг 60,4% беморларида ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан анал каналининг қўшимча касалликлари, булар энг кўп учрайдиган сурункали геморрой - 25,1% ва ўткир геморрой - 13,4% аниқланган. 14,3% беморларда анал ёриқлари кузатилган. Анал

сўрғичларнинг гипертрофияси - 7,6% ва проктитлар кам ҳолларда аниқланган.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларнинг 41,3% касаллик бошланганидан кейин 3 кун ичида, 26,9% - 3 кундан 6 кунгача, 23,7% - 7 кундан 9 кунгача ва 7,9% 10 кун ичида шифохонага ётқизилган.

Шуни таъкидлаш лозимки, ўткир парапроктитнинг ретроректал ва ишиоректал шакллари билан беморларда эндотоксемия кўрсаткичларининг сезиларли ўсиши кузатилган, бу касалликнинг ривожланишини кўрсатади.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларда эндотоксемия кўрсаткичлари сезиларли даражада ошади.

Шундай қилиб, ишиоректал шаклда ЛИИ кўрсаткичлари $7,1 \pm 0,8$, ретроректал шаклда эса $10,4 \pm 2,4$ етган. Ишиоректал шаклда ИГК $12,9 \pm 2,3$ гача, ретроректал шаклда эса $16,9 \pm 1,7$ гача бўлган. Кўриниб турибдики, бу касалликнинг давомийлиги, яъни беморларнинг мутахассисга кеч мурожат қилиши билан боғлиқдир.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан 119 беморнинг 36 (30,3%) нафарида ректороманоскопия (RRS) бажарилган, 83 (69,7%) беморда эса оғриқ синдроми мавжудлиги сабабли RRS ўтказилмаган. Ректороманоскопия толали ёритиш тизимига эга бўлган қурилма ёрдамида амалга оширилган, бу ичак бўшлиғига бўртиб чиқадиган инфилтрат мавжудлиги ёки унинг йўқлигини аниқлаш имконини берган (2.5 расм). Текширувда инфльтрация соҳасидаги шиллиқ қават гиперемик, қон томир шакли кучайган, тўрсимон шаклда эканлиги аниқланган. Баъзи ҳолларда, анал крипталар соҳасидаги ички тешик жойлашувини аниқлаш имконияти бўлган.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларда параректал абсцессни топик диагностикаси ва унинг аниқ жойлашувини аниқлаш, ўлчамлари, тери қатламига нисбатан чуқурлигини, ташқи сфинктер ва тўғри ичак деворларининг патологик жараёнда иштирок этиш даражаси,

қўшимча йўл ва йирингни оқиш йўллари мавжудлигини аниқлаш учун барча 119 пациентларга оралик ва трансабдоминал УТТ амалга оширилган.

Беморларнинг асосий гуруҳида йирингли бўшлиқнинг жойлашувини аниқлаш мақсадида 55 (82,0%) беморга эндоректал сонография бажарилган. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида параректал тўқималарда йирингли бўшлиқлар ва оқишларни аниқлашда эндоректал сонографиянинг информативлиги 97,1%, мўлжалдаги криптанинг жойлашишини аниқлашда - 60,3% ташкил этган.

Асосий гуруҳдаги мураккаб клиник ҳолатларда 16 (23,2%) беморда кўрсатмаларга асосан, тос аъзоларининг қўшимча МРТ текшируви ўтказилган. Ушбу тадқиқот усули ёрдамида йирингли таркибнинг жойлашуви ва характери, касалликнинг рецидив ва резидуал формалари ҳақида ишончли маълумотлар (93,7%) олинган.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан барча 119 беморда хирургик аралашуви ўтказилган. Ўткир парапроктит билан таққослаш гуруҳидаги барча беморларга бир вақтнинг ўзида парапроктитни очиш, йиринг йўлини ва унинг ички каналини бартараф қилишни ўз ичига олган бирламчи радикал операцияларни қўллаш бўйича кўрсатмаларни кенгайтириш билан хирургик аралашувлар бажарилган. Бунда ишиоректал яллиғланишда йирингли тўпламни очиш яллиғланган криптани кесиш олиш билан биргаликда амалга оширилган. Ретроректал жойлашувда эса абсцесс очилиб бўшлиқни дренажлаш лигатура ўтказиш билан биргаликда бажарилган. Агар парапроктит ретроректал бўшлиқда жойлашган бўлса думғаза-анал бойлам қўшимча равишда кесилган.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда 59,6% ҳолатда тўғри ичак бўшлиғига парапроктит очилиб ички тешик бартараф қилинган. Парапроктитни дренаж ролини бажарувчи лигатура ўтказиш ва йирингли бўшлиқни дренажлаш 13,4% гача бажарилган. Пациентларнинг 17,3% парапроктит очилиб йирингли бўшлиқ дренажланган. Парапроктитнинг очиш билан анал-думғаза бойламини кесиш ва йирингли бўшлиқни дренажлаш

- 5,7%, парапроктитни очиш думғаза суягини резекция қилиш ва йирингли бўшлиқни дренажлаш - 3,8% ўтказилган.

Аммо, бирламчи радикал операциялар пайтида юмшоқ тўқималарнинг кучли яллиғланиш ҳисобига шишиши билан боғлиқ бўлган йирингли йўлни тўғр аниқлашни ҳар доим ҳам иложи бўлмайди. Ундан ташқари, ҳаддан ташқари радикализм сфинктер ва тос бўшлиғининг мушак структураларини шикастланишига олиб келиши оқибатида беморларда реабилитация натижаларини ёмонлаштиради.

Асосий гуруҳда хирургик аралашув ҳажмини танлаш қуйидаги омилларга: ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларини жойлашувига боғлиқ ҳолда йирингли бўшлиқнинг жойлашиши ва ҳажми, семизлик даражаси ва думғаза суягининг шаклига боғлиқ бўлган. Бундан ташқари, кон-томир ва нервлар тўплами, анал сфинктер мушаклари, анал думғаза бойлами ва думғаза суягини интраоператив шикастланишини олдини олиш мақсадида ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида оралиқ ёхуд эндоректал йўл орқали кириш УТТ назорати остида кириш йўли ва кесмани танлашда дифференциал ёндашув қўлланилган.

3.3 жадвалда келтирилган маълумотларга кўра, асосий гуруҳ беморларида 47 (70,1%) ҳолатда ташқи анал сфинктерга нисбатан бирламчи йирингли йўлнинг ички канали аниқланган, 20 (29,8%) нафар беморларда йирингли яллиғланиш жараёни фонида юмшоқ тўқималарда шишли жараённи кучли ривожланлиги туфайли биз ички тешикни топа олмадик. Ўткир парапроктитнинг ишиоректал шакли билан беморларда 26,6% ҳолатда ташқи анал сфинктерга нисбатан бирламчи йирингли йўлнинг характери интрасфинктер бўлган. 20,0% ҳолларда беморларда бирламчи йирингли йўлнинг трансфинктер ва 28,9% эса экстрасфинктерик тури бўлган. Шунингдек, ўткир парапроктитнинг ретроректал шакли билан беморларда йирингли йўлнинг интрасфинктер жойлашуви беморларнинг 27,3%, трансфинктер 13,6% ва 18,2% ҳолатда экстрасфинктер жойлашуви аниқланган.

38,8% ҳолларда парапроктит тўғри ичак бўшлиғига очилиб ички тешик бартараф этилган, 31,3% - парапроктит очилиб дрежловчи лигатура ўтказилган ва йирингли бўшлиқ дренажланган, 7,4% ҳолатда – парапроктит очилиб йирингли бўшлиқ дренажланган.

15 (22,4%) ҳолатда УТТ назорати остида йирингли бўшлиқ дастлаб пункция қилинган ва актив дренаж ўрнатилган (3.4, 3.5-расм). Ушбу беморларда лаборатор ва инструментал текширув кўрсаткичлари нормаллашиб, анал канал атрофи ва йирингли бўшлиқ соҳасидаги яллиғланиш 3-5 кун давомида ўтгач, операциянинг 2-чи босқичи амалга оширилган. Спинал оғриқсизлантириш остида йирингли бўшлиқда жойлашган дренаж най орқали 5 - 10 мл бриллиант кўки эритмаси ва 3% водород пероксиди эритмаси 2:1 нисбатда юборилган. Шундан сўнг анал каналдан яллиғланган криптадаги йирингли йўл орқали бўёкнинг ажралиб чиққанлигини аниқлаш мақсадида ревизия қилинган. Текшириш натижасида 15 ҳолатда бирламчи оқманинг йирингли йўли аниқланган. Кейинчалик, ички тешикга ишлов берилгач шиллик қават Jad Roble усули ёрдамида қисқартирилган.

Асосий гуруҳдаги 67 нафар беморнинг 56 (81,2)% нафарида ўткир парапроктит мураккаб шаклларининг клиник шаклларига боғлиқ ҳолда микроб пейзажи ва антибиотикларга нисбатан сезувчанлигини аниқлаш мақсадида операция вақтида йирингли таркиб пункция қилиниб, пунктат бактериологик текширувдан ўтказилган.

Ишиоректал ва ретроректал ўткир парапроктит бўйича операция қилинган беморларнинг таққослаш гуруҳида операциядан кейинги асоратларнинг асосий сабаби олдиндан параректал абсцесс жойлашувини УТТ маълумотлари бўйича аниқламасдан касалликнинг ўткир даврида бирламчи-радикал операцияларни ўтказиш натижасида тос аъзоларининг мушак-бойламли аппарати ва сфинктернинг мушак структураларини шикастланиши бўлган.

Нейроваскуляр тўпламнинг шикастланиши билан травматик кириш кучли оғриқ билан кузатилган. Назорат гуруҳидаги беморлар операциядан

кейинги 1-чи куни чидаб бўлмас оғриқни бошдан кечирган - 20,8%, қачонким, бу ҳолат асосий гуруҳда - 7,2% ташкил этган. 3-чи куни назорат гуруҳида 41,7% кучли оғриқлар бўлган, асосий гуруҳда эса - 21,7%. Назорат гуруҳида операциядан кейинги даврнинг 6-чи кунида оғриқ 18,4% гача қайд этилган, асосий гуруҳда бу миқдор атиги 6,2% етган. Оғриқнинг интенсивлиги анал сфинктер мушаклари ва думғаза-анал бойламни кесиш билан чуқур яримовал кесимда уятли нервнинг кесилиши билан боғлиқ бўлган. Асосий гуруҳда биз оғриқнинг паст интенсивлигини УТТ навигация маълумотларига мос равишда адекват танланган кириш билан боғлаймиз.

Операциядан кейинги даврда эндотоксемия кўрсаткичларнинг статистик жиҳатдан сезиларли даражада пасайиши операциядан кейинги даврнинг 5-чи кунига келиб кузатилган. Ҳамда асосий гуруҳдаги ЛИИ кўрсаткичлари ушбу вақт оралиғида $6,1 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), таққослаш гуруҳида эса $6,3 \pm 0,9$ гача камайган. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида операциядан кейинги 3-чи куни ИГК кўрсаткичлари бошланғич қийматларга нисбатан ўртача $9,8 \pm 1,5$ ($p < 0,001$) гача, таққослаш гуруҳида эса $17,3 \pm 3,1$ гача камайган. Операциядан кейинги 5-чи куни бу кўрсаткичлар ўртача $7,1 \pm 1,4$ ($p < 0,001$) ва $10,4 \pm 2,6$ ($p < 0,05$) гача камайган.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларини хирургик даволашнинг операциядан кейинги эрта даврда хирургик аралашуви билан боғлиқ бўлган куйидаги асоратлар ривожланган

Таққослаш гуруҳида параректал парапроктитни очиш пайтида думғаза суякнинг резекцияси 3,8% ва анал-думғаза бойламнинг резекцияси 7,6% ҳолатда мажбурий равишда амалга оширилган. Анал сфинктернинг шикастланиши таққослаш гуруҳида 17,3% ва беморларнинг асосий гуруҳида 5,9% қайд этилган.

Операциядан кейинги 3-5-чи кунларда беморларнинг 13,4% умумий интоксикация белгилари ва йирингли жараённинг атрофдаги параректал тўқималарга маҳаллий тарқалиши кузатилган. Ушбу ҳолатларнинг сабаблари биринчи операция вақтида аниқланмаган йирингли бўшлиқлар ва йирингли оқишлар натижасида резидуал йирингли бўшлиқнинг пайдо бўлиши билан

боғлиқ бўлган. Ушбу беморларда йирингли бўшлиқлар ва оқишлар қайта очилган. Асосий гуруҳдаги беморларда резидуал йирингли бўшлиқ сони 2,9%, таққослаш гуруҳида - 9,6% ташкил этган. Йирингли бўшлиқ рецидиви асосий гуруҳда 4,5%, назорат гуруҳида эса 11,5% ҳолатда аниқланган.

Параректал парапроктит очилгандан кейин йирингли жароҳатларни самарадорли даволаш учун операциядан кейинги даврда беморларнинг асосий гуруҳида 0,9% NaCl эритмаси билан гидропрессив озон терапияси қўлланилган.

Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида озон терапиясининг яллиғланишга қарши маҳаллий таъсирининг самарадорлиги перифокал яллиғланиш ўзгаришлари ва эндотоксемия ҳолатларининг бартараф бўлиш вақти билан баҳоланган.

Параректал парапроктит очилгандан сўнг, операция вақтида босим остида йирингли ўчоқ бўшлиғи 400-800 мл озонланган изотоник натрий хлорид эритмаси билан бактерицид озон концентрацияси 8-10 мг / л билан ювилади. Параректал жароҳатни ювиш 1-3 кун давомида кунига 2-3 марта бир хил ҳажмда ва озон концентрациясида амалга оширилади. Жароҳат тозаланиб грануляциялар пайдо бўлганда натрий хлориднинг изотоник эритмасида озон концентрацияси 2 мг / л гача камайтирилади.

Асосий гуруҳдаги беморларда даволаш бошланганидан бошлаб биринчи куннинг охирига келиб терида гиперемия ва перифокал шишнинг пасайиши қайд этилган. Парапроктит очилгандан кейин ўртача $2,1 \pm 0,43$ кун ичида яллиғланиш ўзгаришлари бутунлай йўқолган.

Ўткир парапроктитни даволашда озон терапиясидан фойдаланганда 19 беморда даволанишнинг 1-чи кунида, 23 беморда эса даволашнинг 2-чи кунида ва ўртача $1,84 \pm 0,15$ суткада тана ҳароратининг тез нормаллашишига эришишилган. Операциягача тана ҳарорати $38,3 \pm 1,2^{\circ}\text{C}$; 1-чи куни $37,6 \pm 0,96^{\circ}\text{C}$; 2-чи куни $36,8 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$; 3-чи кунга келиб эса $36,5 \pm 1,^{\circ}\text{C}$ бўлган.

Эндотоксикозни баҳолашнинг кўпроқ объектив мезонлари бўлиб ЛИИ қийматлари ва қон плазмасидаги ўртача масса молекулаларининг даражаси хизмат қилган. Асосий гуруҳдаги беморларда периферик қон картинасини

динамик кузатиш операциядан 3-4 кунларга келиб лейкоцитлар, лейкоцитлар формула ва ЛИИ умумий сонининг нормаллашишини аниқлаш имконини берган. Бу ўткир парапроктитни даволашда озон терапиясидан фойдаланганда кучли детоксификацион самарадорлиги мавжудлигини тасдиқлайди.

Бактериологик текширишларларда микроорганизмлар ассоциацияси 75% ортиғи (ўртача 2 микроорганизм) унган бўлиб, уларнинг асосий қисми *E. Coli* (60%) бўлган.

Назорат экмаларида грамм-мусбат ва грамм-манфий флора, шу жумладан ферментатив бўлмаган грамм-манфий бактериялар гуруҳи улушининг камайиши қайд этилган. Бундан ташқари, бу пасайиш уларнинг антибиотикларга сезгирлигига боғлиқ бўлмаган. Озон терапиясидан фойдаланиш 3 нафар беморда иккиламчи инфекция эҳтимолини камайтирди.

Даволаш бошланганидан бир кун ичида йирингли-некротик жароҳатдан ажраладиган суюқликнинг миқдори кескин камайган. Некротик соҳаларнинг тез ва тўлиқ чегараланиши руй берган. Йирингли-некротик жароҳатдан ажраладиган суюқликдан тўлиқ тозаланиши ўртача $2,61 \pm 0,15$ кунда содир бўлган.

Регенерация босқичига ўтиш билан боғлиқ жароҳат жараёнининг ижобий мойиллиги, кейинчалик жароҳат четларида эпителизация пайдо бўлиш вақтида ҳам ўз аксини топиб - ўртача $5,3 \pm 0,27$ кунни ташкил этган.

Озон терапиясидан фойдаланганда аниқ ифодаланган некролитик таъсир кузатилган. Даволаш бошланганидан бир кун ичида йирингли-некротик массалар миқдори кескин камайган. Некротик соҳаларнинг тез ва тўлиқ чегараланиши кузатилган. Жароҳатларни йирингли-некротик массалардан тўлиқ тозаланиши $2,61 \pm 0,15$ кун ичида содир бўлган.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда жароҳатларнинг йирингли-некротик суюқликдан секин тозаланиши, жароҳат жараёнининг суст кечиши жароҳатнинг деворлари ва тубида алоҳида оролчалар кўринишидаги грануляция тўқималарининг фақат $4,9 \pm 0,42$ кунда пайдо бўлишига олиб келган (4.5-жадвал). Шунини таъкидлаш керакки, улар нотекис ривожланган

бўлиб, фибрин қопламалари билан қопланган некроз соҳалари орасида оролчалар кўринишида ифодаланган.

Даволашда озон терапиясидан фойдаланиш жароҳатда тўлиқ некролизни таъминлаган ва жароҳат дефектини ўртача $2,92 \pm 0,18$ кунга келиб бир хилда тўлдирувчи грануляция тўқималарининг эрта пайдо бўлишига олиб келган. Грануляциялар майда донатор характерга эга бўлиб, пушти ёки тўқ қизил рангда бўлган.

Асосий гуруҳда параректал жароҳатни тўлиқ битиш вақти $26,1 \pm 1,3$ кунни ташкил этган (қиёслаш гуруҳида $31,5 \pm 2,2$). Шифохонада даволаниш муддати $5,97 \pm 0,24$ ётоқ / кунгача қисқарган (таққослаш гуруҳида $9,23 \pm 0,74$).

Узоқ муддатли натижалар 1 йилдан 5 йилгача бўлган даврларда кузатилди. Таққослаш гуруҳидаги 5 нафар бемор касалликнинг рецидивини билан қайта ётқизилган, асосий гуруҳдан фақат 2 нафар беморда парапроктитнинг рецидивини кузатилган. Таққослаш гуруҳида 6 (11,5%) беморда, асосий гуруҳда эса 3 (4,4%) беморда параректал оқма шаклланган. Таққослаш гуруҳида 7 (13,5%) беморда, асосий гуруҳда 3 (4,4%) беморда анал сфинктернинг қисман функционал етишмовчилиги аниқланган.

Шундай қилиб, ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларда операция пайти эндоректал сонография ёрдамида комплекс даволаш усуллари оптималлаштириш, абсцессни юқори (чуқур) жойлашувида дифференциал ёндашилган хирургик тактикани назарда тутган ҳолда операцияни 2 босқичда ўтказишни ўз ичига олган ва йирингли тўпламни паст локализацияси билан бирламчи радикал аралашувлар бажариш, ҳамда операциядан кейинги даврда озонотерапияни қўллаш операциядан кейинги яқин асоратлар учраш суръатини 38,4% дан 11,9% гача, параректал оқмалар шаклланишини 11,5% дан 4,6% гача ва касаллик рецидивини 9,6% дан 2,9% гача, параректал жароҳатлар битиш вақтини 5,4 кунга ва стационар даволаниш вақтини эса 3,2 кунгача қисқартириш имконини берган.

ХУЛОСА

1. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларни хирургик даволашдаги қониқарсиз натижаларининг асосий сабаби, тўқималардаги яққол ривожланган шиш, жараённинг юқори жойлашуви ва йирингли йўлнинг ички тешигини бартараф қилиш мақсадида ҳаддан ташқари радикаликка эришиш учун қилинган ҳаракатда йўл қўйилган тактик ва техник хатолар туфайли қон-томир ва нервларнинг шикастланиши, думғаза-анал бойламини кесиш ва анал сфинктер мушакларининг жароҳатланишидир.

2. Нурли диагностика усуллари - эндоректал ва оралик соҳа сонографик текширувининг информативлиги 97,1%, МРТ - 93,7% ташкил этиб, бу парапроктитнинг мураккаб шакллари аниқ жойлашувини диагностикасида ва операциядан кейинги даврда параректал соҳадаги йирингли бўшлиқларни мониторинг қилишда улардан фойдаланиш зарурлиги асосланган.

3. Парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларни хирургик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштиришда йирингли бўшлиқнинг юқори (чуқур) жойлашуви (беморларнинг 22,3%) билан 2 босқичда операцияларни бажариш ва паст жойлашув билан бирламчи радикал аралашувларни амалга ошириш операциядан кейинги яқин даврда асоратларни 38,4% дан 11,9% гача камайтириш, ҳамда параректал оқмалар шаклланишини 11,5% дан 4,6% гача ва узоқ муддатли даврда касаллик рецидивини 9,6% дан 2,9% гача камайтириш имконини берган.

4. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шакллари билан беморларни операциядан кейинги комплекс даволашда гидропрессив озон терапиясидан фойдаланиш орқали жароҳатларни йирингли-некротик тўқималардан эрта тозаланиши ва эпителизация бошланишига, стационарда даволаниш вақтини $9,23 \pm 0,74$ дан $5,97 \pm 0,24$ кунга ва жароҳатнинг битиш вақтини $31,5 \pm 2,2$ дан $26,1 \pm 1,35$ кунгача қисқартиришга эришилган.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Жараён юқори жойлашувида йирингли тўпламни очиш билан унинг ички тешигини бир вақтда бартараф қилишни назарда тутувчи бирламчи радикал операциялар ёлғон йўл шаклланиш хавфини ошириши натижасида касалликнинг рецидиви ва анал сфинктерни травмасига олиб келади. Бундай ҳолларда УТТ навигацияси назорати остида парапроктитни очиш билан чекланиш лозим, йирингли йўлни бартараф қилиш 2-чи босқичда амалга оширилади.

2. Ўткир парапроктитнинг мураккаб шаклларида параректал тўқималарда йирингли бўшлиқлар ва оқишларни аниқлаш, шунингдек, шубҳали криптанинг жойлашувини аниқлашда операциядан аввал ва операция пайти ультрасонография текширувини ўтказиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

3. Операциядан кейинги даврда параректал йирингли бўшлиқни кунига 2-3 марта бактерицид озон концентрацияси 8-10 мг / л бўлган 400-800 мл озонланган изотоник NaCl эритмаси билан босим остида ювиш тавсия этилади. Жароҳат некротик тўқималардан тозалагач озон концентрацияси 2 мг / л гача камайтирилади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абдуллаев М. Ш., Мансурова А. Б. Острый парапроктит у больных сахарным диабетом (обзор литературы) //Колопроктология. – 2012. – №. 1. – С. 46-51.
2. Акопян А. С., Эксюзян Г. Э., Манукян Э. Улучшение результатов лечения больных острым парапроктитом //Проблемы колопроктологии. – 2002. – Т. 7. – С. 24-28.
3. Наврузов С. Н. Ошибки и осложнения при выполнении операции на аноректальной зоне //Хирургия Узбекистана. – 2014. – №. 1. – С. 61.
4. Алексеева Н. Т., Глухов А. А., Остроушко А. П. Гистохимическая характеристика эпидермиса при заживлении асептических ран на фоне магнитотерапии //Современные наукоемкие технологии. – 2012. – №. 8. – С. 7-8.
5. Алиев М. М. Оптимизация лечения больных острым и хроническим парапроктитом: дис. – ГОУВПО" Ставропольская государственная медицинская академия", 2008.
6. Алиев С. А., Алиев Э. С., Зейналов Б. М. Гангрена Фурнье в свете современных представлений //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2014. – №. 4. – С. 34-39.
7. Аминев А. М. Руководство по проктологии. – Куйбышевское кн. изд-во, 1971.
8. Давлатов С. и др. Выбор хирургической тактики лечения больных острым парапроктитом //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 26-29.
9. Хитарьян А. Г. и др. Результаты многоэтапного миниинвазивного лечения острого парапроктита //Колопроктология. – 2020. – Т. 19. – №. 2. – С. 83-90.
10. Абдуллаев М. Ш., Мансурова А. Б. Острый парапроктит у больных сахарным диабетом (обзор литературы) //Колопроктология. – 2012. – №. 1. – С. 46-51.

11. Мусин А. И., Костарев И. В. Особенности тактики лечения острого парапроктита //Анналы хирургии. – 2017. – Т. 22. – №. 2. – С. 81-87.
12. Тимербулатов М. В. и др. Анаэробный парапроктит //Колопроктология. – 2012. – №. 2. – С. 4-8.
13. Багдасарян Л. К., Багдасарян С. Л. Вариант радикального лечения острого парапроктита с минимальными сроками нетрудоспособности //Колопроктология. – 2011. – №. S3. – С. 19-21.
14. Велиев Т. И., Шалабода А. А., Пантюков Е. Д. Наш опыт лечения острого парапроктита //Колопроктология. – 2017. – №. S3. – С. 19-19.
15. Власов А. П., Кулыгин И. В. Эффективность комплексной терапии острого парапроктита //Пермский медицинский журнал. – 2013. – Т. 30. – №. 5. – С. 54-59.
16. Сергацкий К. И. и др. Возможности и перспективы применения вакуум-терапии в неотложной хирургии острого парапроктита //Фундаментальные исследования. – 2015. – №. 1-2. – С. 366-370.
17. Денисенко В. Л. и др. Острый аэробно-анаэробный парапроктит (случай из практики) //Экстренная медицина. – 2012. – №. 3. – С. 139-144.
18. Демьянов А. В., Андреев А. А. Острый парапроктит. Обзор литературы //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – Т. 6. – №. 4. – С. 525.
19. Денисенко В. Л. и др. Острый аэробно-анаэробный парапроктит (случай из практики) //Экстренная медицина. – 2012. – №. 3. – С. 139-144.
20. Демьянов А. В., Андреев А. А. Острый парапроктит. Обзор литературы //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – Т. 6. – №. 4. – С. 525.
21. Чарышкин А. Л., Дементьев И. Н. Результаты лечения больных острым парапроктитом //Фундаментальные исследования. – 2013. – №. 7-2. – С. 428-431.
22. Ахметзянов Ф. Ш. и др. Дренирование полости малого таза через забрюшинное пространство при операциях на органах малого таза //Российский онкологический журнал. – 2015. – Т. 20. – №. 5. – С. 22-27.

23. Мидленко В. и др. Эпидемиология и опыт лечения хирургических заболеваний прямой кишки, анального канала и промежности //Ульяновский медико-биологический журнал. – 2017. – №. 3. – С. 86-94.
24. Егоркин М. А., Жидких С. Ю. Влияние вакуум-терапии на результаты лечения анаэробного парапроктита и гангрены Фурнье //Международная научно-практическая конференция «Вакуумная терапия ран у детей и взрослых. – 2013. – С. 28-29.
25. Елигулашвили Р. Р., Зароднюк И. В. Магнитно-резонансная томография в диагностике свищей прямой кишки (обзор литературы) // Колопроктология. – 2015.
26. Лаврешин П. М. и др. Дифференцированный подход к лечению острого парапроктита //Вестник Национального медико-хирургического центра им. НИ Пирогова. – 2016. – Т. 11. – №. 2. – С. 62-64.
27. Заикин Е. Ю. и др. Клинико-иммунологическая эффективность использования полимурамила в комплексном лечении больных с параректальными свищами //Человек и его здоровье. – 2018. – №. 4. – С. 56-60.
28. Иоффе И. В., Жаданов В. И., Усачёв С. Н. Особенности диагностики и лечения сложных форм острого парапроктита //Харківська хірургічна школа. – 2012. – №. 3. – С. 29-32.
29. Иоффе И. В., Усачев С. Н. Иммунохимическая оценка локальной воспалительной реакции у больных со сложными формами острых парапроктитов в послеоперационном периоде //Український журнал екстремальної медицини імені ГО Можаяєва. – 2013. – Т. 14. – №. 1. – С. 102-105.
30. Иоффе И. В., Усачев С. Н., Потеряхин В. П. Сравнительная цитологическая оценка раневого процесса у больных со сложными формами острых парапроктитов в послеоперационном периоде после радикального оперативного лечения //Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2013. – Т. 8. – №. 3. – С. 110-115.

31. Мадаминов А. М. и др. К вопросу хирургического лечения острого парапроктита в сочетании с хроническим геморроем //Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – №. 5. – С. 79-82.
32. Шельгин Ю. А. и др. Клинические рекомендации ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению геморроя //Колопроктология. – 2019. – Т. 18. – №. 1 (67). – С. 7-38.
33. Краснова Е. Б., Бронштейн А. Ю., Павлова Я. Г. Микробный пейзаж раневого содержимого в зависимости от этиологии //Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2016. – №. 3 (66). – С. 107-111.
34. Кулыгин И. В., Власов А. П. Комплексная терапия острого парапроктита //III Съезд хирургов Юга России с международным участием. – 2013. – С. 245-245.
35. Кузьминов А. М. и др. Лечение экстрасфинктерных свищей прямой кишки с применением биопластического материала //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – Т. 22. – №. 5. – С. 76-82.
36. Смолькина А. В. и др. Лабораторный мониторинг как критерий оптимизации лечения пациентов с острым парапроктитом //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2020. – Т. 14. – №. 1. – С. 96-101.
37. Лаврешин П. М. и др. Острым парапроктит. Лечебная тактика, хирургическое лечение //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2017. – Т. 19. – №. 11. – С. 65-69.
38. Лаврешин П. М. и др. Дифференцированный подход к лечению острого парапроктита //Вестник Национального медико-хирургического центра им. НИ Пирогова. – 2016. – Т. 11. – №. 2. – С. 62-64.
39. Болквадзе Э. Э., Егоркин М. А. Классификация и лечение сложных форм острого парапроктита //Пятнадцатилетний опыт. Колопроктология. – 2012. – Т. 2.

40. Лебедев И. С. и др. Гнойный парапроктит, сочетающийся с забрюшинным абсцессом //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2014. – №. 4. – С. 57-59.

41. Макарьцов Л. П., Иоффе И. В., Потеряхин В. П. Коррекция иммунологических нарушений пациентов со сложными формами парапроктитов на фоне сахарного диабета //Український журнал екстремальної медицини імені ГО Можаяєва. – 2012. – Т. 13. – №. 3. – С. 88-90.

42. Мадаминов А. М., Мансурова А. Б. Положительные стороны Применения гипербарической оксигенации при лечении сахарного диабета и острого парапроктита //Медицина Кыргызстана. – 2015. – №. 1. – С. 18-20.

43. Мансурова А. Б. Критерии оценки динамики течения острого парапроктита на фоне сахарного диабета //Наука и современность. – 2015. – №. 38. – С. 54-57.

44. Титов А. Ю. и др. Методика лечения сложных свищей прямой кишки лазерной термооблитерации свищевого хода (FILAC): систематический обзор //Колопроктология. – 2019. – Т. 18. – №. S3. – С. 49-50.

45. Митрофанова Н. Н., Мельников В. Л. Особенности микробных ассоциаций при гнойно-септических инфекциях в отделении раневой инфекции многопрофильного стационара //Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2013. – №. 3 (27). – С. 154-163.

46. Мусин А. И., Алиев С. Р. Роль дренирующей лигатуры при лечении острого парапроктита //Колопроктология. – 2017. – №. 3S. – С. 33а-34.

47. Никитюк Д. Б., Алексеева Н. Т., Ключкова С. В. Морфологические особенности анальных желез человека //Журнал анатомии и гистопатологии. – 2016. – Т. 5. – №. 3. – С. 50-53.

48. Рустамов М. И. и др. Обоснование хирургического метода лечения острого парапроктита //Национальная ассоциация ученых. – 2016. – №. 1 (17). – С. 9-10.
49. Ахорова Л. Б. Выбор хирургической тактики лечения больных острым парапроктитом //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 27 (152). – С. 51-57.
50. Орлова Л. П. Ультрасонография в диагностике острого парапроктита //Колопроктология. – 2014. – №. S3. – С. 30-30.
51. Рустамов М. и др. Результаты хирургического лечения больных острым гангренозно-некротическим парапроктитом //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 65-68.
52. Андреев А. А., Демьянов А. В. Метод гидроимпульсной санации в комплексном лечении острого парапроктита //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т. 13. – №. 3. – С. 677-683.
53. Сергацкий К. И. и др. Лечение анаэробных форм острого парапроктита //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2017. – Т. 19. – №. 5. – С. 38-40.
54. Мустафаева М. Ф. Новые подходы в хирургическом лечении острого парапроктита //Вестник хирургии Казахстана. – 2014. – №. 3 (39). – С. 56-58.
55. Мадаминов А. М. и др. Особенности хирургического лечения острого парапроктита //Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2015. – Т. 15. – №. 7. – С. 102-104.
56. Шеркулов Қ. У. Анализ хирургического лечения острого парапроктита //Scientific progress. – 2022. – Т. 3. – №. 2. – С. 793-797.
57. Лаврешин П. М. и др. Острый парапроктит. Выбор метода хирургического лечения // Теория и практика современной хирургии. – 2018. – С. 189.
58. Vladimirova E. S. et al. Особенности тяжелых хирургических инфекций мягких тканей //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2015. – №. 11. – С. 25-34.

59. Мусин А. И. и др. Острый парапроктит: аспекты этиологии, патогенеза и диагностики (обзор литературы) //Хирург. – 2019. – №. 3-4. – С. 38-49.
60. Болквадзе Э. Э. и др. Острый парапроктит. Клиника, диагностика, лечение //Колопроктология. – 2014. – №. S3. – С. 14-14а.
61. Мансурова А. Б. Сочетанное применение ультразвуковой кавитации и гипербарической оксигенации в лечении острого парапроктита, отягощенного сахарным диабетом //Science time. – 2015. – №. 6 (18). – С. 299-305.
62. Мустафакулов И. Б. и др. Современная тактика лечения острого парапроктита //Инновационное развитие: потенциал науки и современного образования. – 2018. – С. 252-255.
63. Карташев А. А., Смолькина А. В. Опыт лечения гнилостных форм острого парапроктита //Научный диалог: вопросы медицины. – 2017. – С. 20-21.
64. Аникин А. И. и др. Опыт применения вакуумной терапии у пациентов с некротизирующими инфекциями мягких тканей //Вакуумная терапия ран у детей и взрослых. Российский и международный опыт: сб. науч. тр. Междунар. науч.-практ. конф. –Москва: Перо. – 2018. – С. 4-6.
65. Мадаминов А. М. и др. К вопросу хирургического лечения острого парапроктита в сочетании с хроническим геморроем //Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2014. – Т. 14. – №. 5. – С. 79-82.
66. Лаврешин П. М. и др. Лечение ран после вскрытия острого парапроктита //Колопроктология. – 2018. – №. 2S. – С. 23а-24.
67. Болквадзе Э. Э. и др. Опыт лечения острого внутрстеночно-инфильтративного парапроктита //Колопроктология. – 2016. – №. 1S. – С. 16-17.
68. Покровский К. А. и др. Оценка проведения радикальных оперативных вмешательств при остром гнойном парапроктите //Колопроктология. – 2015. – №. S1. – С. 37а-38.

69. Родоман Г. В. и др. Парапроктиты: особенности этиологии и актуальные возможности периоперационной антибиотикопрофилактики //Хирург. – 2019. – №. 5-6. – С. 40-49.
70. Алиев Ф. Ш. и др. Первый опыт применения устройства для лечения острого гнойного парапроктита //Университетская медицина Урала. – 2016. – Т. 2. – №. 2. – С. 3-5.
71. Покровский К. А. и др. Оценка проведения радикальных оперативных вмешательств при остром гнойном парапроктите //Колопроктология. – 2015. – №. S1. – С. 37а-38.
72. Попков О. В., Алексеев С. А., Попков С. О. Хирургические аспекты лечения парапроктита //Военная медицина. – 2013. – №. 3. – С. 155-157.
73. Покровский К. А. и др. Результаты лечения больных с острым парапроктитом, осложненным распространенными гнойнонекротическими флегмонами //Колопроктология. – 2016. – №. S1. – С. 39-39.
74. Рычагов Г. П., Агейчик А. В., Войтюшкевич О. В. Результаты лечения острого анаэробного неклостридиального парапроктита с вовлечением в процесс соседних областей //Хирургия. Восточная Европа. – 2012. – №. 3. – С. 271-272.
75. Сергацкий К. И. и др. Характеристика возбудителей и оптимальная эмпирическая антибактериальная терапия у больных острым парапроктитом //Фундаментальные исследования. – 2015. – №. 1-2. – С. 371-375.
76. Сергацкий К. И., Никольский В. И., Ковешникова Т. М. Выбор эмпирической антибактериальной терапии у больных острым парапроктитом //Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2015. – №. 1 (33). – С. 88-100.
77. Сергацкий К. И., Баланюк К. В. Острый парапроктит в структуре летальности пациентов отделения колопроктологии //Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных. – 2016. – С. 243-245.

78. Сергацкий К. И. и др. Особенности микробного пейзажа у пациентов с острыми гнойными парапроктитами //Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2014. – №. 4 (32). – С. 92-98.
79. Лаврешин П. М. и др. Современные подходы к иммунодиагностике при остром парапроктите //Колопроктология. – 2017. – №. S3. – С. 30-30а.
80. Черданцев Д. В. и др. Результаты лечения острого парапроктита //Колопроктология. – 2015. – №. S1. – С. 55-55а.
81. Мансурова А. Б. Ультразвуковая кавитация в комплексном лечении острого парапроктита на фоне сахарного диабета //Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2015. – Т. 15. – №. 7. – С. 105-107.
82. Борота А. В. и др. Способ радикального лечения острого парапроктита //Колопроктология. – 2017. – №. S3. – С. 17-17а.
83. Суфияров Р. С. и др. Лечение парапроктита, вызванного ассоциациями *St. aureus* с *Pr. Vulgaris*, *Morganella morganii* и *Enterobacter aggl* //Человек. Спорт. Медицина. – 2012. – №. 8 (267). – С. 70-73.
84. Усман, А. Минимально-инвазивное хирургическое лечение острого парапроктита в амбулаторных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Усман. – Ростов-на-Дону, 2020.- 24 с
85. Казарян Н. С. и др. Устройство для закрытого дренирования гнойных ран и серозных полостей //Омский научный вестник. – 2013. – №. 1 (118). – С. 146-147.
86. Христуленко А. А. Применение дренажа-ирригатора для внутриполостной ультразвуковой санации и дренирования ран //Український журнал хірургії. – 2013. – №. 4. – С. 64-66.
87. Чарышкин А. Л., Солдатов А. А., Дементьев И. Н. Оптимизация хирургического лечения больных хроническим рецидивирующим парапроктитом //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. – Т. 117. – №. 2. – С. 109-111.

88. Чарышкин А. Л., Дементьев И. Н. Результаты лечения больных острым парапроктитом //Фундаментальные исследования. – 2013. – №. 7-2. – С. 428-431.
89. Navruzov S. Navruzov B. Khodzhimukhamedova N. Khakimov, A. Rakhmonov S. Vokhidov U. Modern minimally invasive approaches in the surgical treatment of hemorrhoids: Literature Review. JESM 2023, 72-78.
90. Adamo K. et al. Prevalence and recurrence rate of perianal abscess—a population-based study, Sweden 1997–2009 //International journal of colorectal disease. – 2016. – Т. 31. – С. 669-673.
91. Ai S. et al. Change of bacterial community structure during cellulose degradation by the microbial consortium //Sheng wu Gong Cheng xue bao= Chinese Journal of Biotechnology. – 2018. – Т. 34. – №. 11. – С. 1794-1808.
92. Amato A. et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: a consensus statement developed by the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR) //Techniques in coloproctology. – 2015. – Т. 19. – С. 595-606.
93. Xu R. W., Tan K. K., Chong C. S. Bacteriological study in perianal abscess is not useful and not cost-effective //ANZ Journal of Surgery. – 2016. – Т. 86. – №. 10. – С. 782-784.
94. Bondi J. et al. Randomized clinical trial comparing collagen plug and advancement flap for trans-sphincteric anal fistula //Journal of British Surgery. – 2017. – Т. 104. – №. 9. – С. 1160-1166.
95. Butt U. I. et al. A case report of pneumo-retro-peritoneum: An unusual presentation of ischio-rectal abscess //Annals of medicine and surgery. – 2017. – Т. 20. – С. 66-68.
96. Cariati A. Fistulotomy or seton in anal fistula: a decisional algorithm //Updates in surgery. – 2013. – Т. 65. – №. 3. – С. 201-205.
97. Chen Y. et al. Successful treatment following early recognition of a case of Fournier's scrotal gangrene after a perianal abscess debridement: a case report //Journal of medical case reports. – 2018. – Т. 12. – №. 1. – С. 1-5.
98. DePestel D. D., Aronoff D. M. Epidemiology of Clostridium difficile infection //Journal of pharmacy practice. – 2013. – Т. 26. – №. 5. – С. 464-475.

99. Dos-Santos D. R. et al. Profile of patients with Fournier's gangrene and their clinical evolution //Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. – 2018. – T. 45. – C. e1430.
100. Abashina V. L. et al. Epidemiological features of nosocomial infections in Primorsky region Health. Medical ecology //Science. – 2014. – T. 4. – №. 58. – C. 114-118.
101. Amato A. et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: a consensus statement developed by the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR) //Techniques in coloproctology. – 2015. – T. 19. – C. 595-606.
102. Fukui K., Fujioka M., Ishiyama S. Sacral Pressure Ulcer-induced Fournier's Gangrene Extending to the Retroperitoneum: A Case Report //Wounds: a Compendium of Clinical Research and Practice. – 2018. – T. 30. – №. 1. – C. E5-E8.
103. Gong Z. et al. Treatment of first-time perianal abscess in childhood, balance recurrence and fistula formation rate with medical intervention //European Journal of Pediatric Surgery. – 2018. – T. 28. – №. 04. – C. 373-377.
104. Gujrathi R. et al. Sciatica: an extremely rare complication of the perianal abscess //Polish Journal of Radiology. – 2016. – T. 81. – C. 370.
105. Hautemanière A. et al. Screening for surgical nosocomial infections by crossing databases //Journal of infection and public health. – 2013. – T. 6. – №. 2. – C. 89-97.
106. Jamshidi R. Anorectal complaints: hemorrhoids, fissures, abscesses, fistulae //Clinics in colon and rectal surgery. – 2018. – T. 31. – №. 02. – C. 117-120.
107. Kanstrup C., Perregaard H., Bertelsen C. A. Perianal abscess after anal intercourse should raise suspicion of rectal gonorrhoeae infection //Ugeskrift for Laeger. – 2019. – T. 181. – №. 9.
108. Li T. et al. Early application of negative pressure wound therapy to acute wounds contaminated with Staphylococcus aureus: an effective approach to preventing biofilm formation //Experimental and therapeutic medicine. – 2016. – T. 11. – №. 3. – C. 769-776.
109. Loo V. G. et al. Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada treatment practice guidelines for Clostridium difficile infection

//Official Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada. – 2018. – T. 3. – №. 2. – C. 71-92.

110. Sungurtekin U. et al. Loose seton: a misnomer of cutting seton //Surgical Science. – 2016. – T. 7. – №. 05. – C. 219.

111. Mentzer C. J. et al. Complex perirectal abscess extending to the preperitoneum and space of retzius //GHS Proc. – 2016. – T. 1. – №. 1. – C. 49-51.

112. Didbaridze T. et al. Microbial etiological agents of anorectal abscesses //The Caucasus. Economic and Social Analysis Journal of Southern Caucasus. – 2017. – T. 2. – №. 17. – C. 29-29.

113. Mitchell S. J. et al. Negative pressure wound therapy limits downgrowth in percutaneous devices //Wound Repair and Regeneration. – 2016. – T. 24. – №. 1. – C. 35-44.

114. Naldan M. E. et al. An infected primary extrapelvic hydatid cyst presenting as perianal abscess //Surgery. – 2017. – T. 162. – №. 4. – C. 961-962.

115. Norderval S. et al. Efficacy of autologous fat graft injection in the treatment of anovaginal fistulas //Techniques in Coloproctology. – 2018. – T. 22. – C. 45-51.

116. Ng L. S. et al. Anaerobic bacteraemia revisited: species and susceptibilities //Ann Acad Med Singap. – 2015. – T. 44. – №. 1. – C. 13-18.

117. Ommer A. et al. German S3 guidelines: anal abscess and fistula (second revised version) //Langenbeck's archives of surgery. – 2017. – T. 402. – C. 191-201.

118. Ozkan O. F. et al. Fournier's gangrene current approaches //International wound journal. – 2016. – T. 13. – №. 5. – C. 713-716.

119. Pang L. M. et al. Efficacy of vacuum sealing drainage after incision of perianal abscess: preliminary experience //The American Surgeon. – 2015. – T. 81. – №. 11. – C. 379-382.

120. Pehlivanli F. et al. An extremely rare complication of widespread retroperitoneal abscess originating from anorectal horseshoe abscess //Bulletin of Emergency & Trauma. – 2019. – T. 7. – №. 1. – C. 72.

121. Roskam M. et al. Perianal abscesses in infants are not associated with Crohn's disease in a surgical cohort //Journal of Crohn's and Colitis. – 2020. – T. 14. – №. 6. – C. 773-777.
122. Umoh N. J. Surgical management of deep postanal abscess and horseshoe fistula of cryptoglandular origin-a review //Clin Surg. – 2017. – T. 2. – №. 2. – C. 1570.
123. Vindigni S. M., Surawicz C. M. C. difficile infection: changing epidemiology and management paradigms //Clinical and translational gastroenterology. – 2015. – T. 6. – №. 7. – C. e99.
124. Adegbola S. O. et al. Management of Perianal Crohn's Disease in the Biologic Era //Coloproctology: A Practical Guide. – 2017. – C. 1-27.
125. Sahnan K. et al. Natural history of anorectal sepsis //Journal of British Surgery. – 2017. – T. 104. – №. 13. – C. 1857-1865.
126. Slauf P., Antoš F., Marx J. Acute periproctal abscesses //Rozhledy v Chirurgii: Mesicnik Ceskoslovenske Chirurgicke Spolecnosti. – 2014. – T. 93. – №. 4. – C. 226-231.
127. Sun Y. et al. Utility of 360° Real-time Endoanal Sonography for Evaluation of Perianal Fistulas //Journal of Ultrasound in Medicine. – 2018. – T. 37. – №. 1. – C. 93-98.
128. Sugrue J. et al. Pathogenesis and persistence of cryptoglandular anal fistula: a systematic review //Techniques in coloproctology. – 2017. – T. 21. – C. 425-432.
129. Xu R. W., Tan K. K., Chong C. S. Bacteriological study in perianal abscess is not useful and not cost-effective //ANZ Journal of Surgery. – 2016. – T. 86. – №. 10. – C. 782-784.
130. Bender F. et al. Drug resistant bacteria in perianal abscesses are frequent and relevant //Scientific Reports. – 2022. – T. 12. – №. 1. – C. 14866.
131. Scholtes B., Zähringer M., Schäffer M. A rare differential diagnosis of perianal abscess //Der Chirurg. – 2019. – T. 90. – C. 585-587.