

Т.А. Булегенов, М.Ж. Аймагамбетов, Н.Д. Кенесбек, Н.Б. Омаров  
НАО «Медицинский университет Семей»

## СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*Оперативное лечение прямокишечных свищей имеет давнюю историю. Еще в трудах Гиппократы были описаны первые методики оперативного лечения данной патологии.*

*При лечении хронического параректального свища более трудоемкой является лечение экстрасфинктерных и сложных трансфинктерных хронических прямокишечных свищей. Любое оперативное вмешательство, направленное на радикальное иссечение прямокишечного свища в большей или меньшей степени повреждает запирающий аппарат прямой кишки, что приводит к развитию или усугублению анального недержания.*

*В настоящее время высокая распространенность данной патологии и частые осложнения и рецидивы, трудности выбора способа лечения требуют комплексного изучения и совершенствования существующих лечебно-диагностических протоколов и алгоритмов.*

**Ключевые слова:** Хронический параректальный свищ, хирургическое лечение

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в практике врача-проктолога является свищевая форма хронического парапроктита. По данным различной литературы, в структуре колопроктологических патологии прямокишечные свищи, составляют от 15% до 30% [1].

При профилактических осмотрах и обращаемости пациентов с параректальными свищами, составляет 2 случая на 10 тысяч населения в год. Наиболее часто данная патология встречается в возрасте от 30 до 50 лет, это до 0,5% лиц трудоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость данной патологии. Пациенты мужского пола страдают несколько чаще, чем женщины [10, 27].

В нынешнее время существует множество классификаций прямокишечного свища, при создании которых основной идеей служили обобщение особенностей топографии свищевого хода, степень сложности и распространенности процесса, что позволило бы наиболее оптимально подойти к выбору метода лечения. На сегодняшний день зарубежными специалистами более активно используется классификация, созданная А. Парксом, Ж. Хардкастлом и П. Гордоном. Согласно этой классификации прямокишечные свищи делятся на 4 основные группы: межфинктерные (45%), трансфинктерные (30%), супрасфинктерные (5%) и экстрасфинктерные (2%) [4].

Для определения лечебной тактики, в настоящее время в странах СНГ врачи хирурги в большинстве случаев используют простую классификацию, основанную на отношении свищевого хода к волокнам анального сфинктера. Согласно этой классификации ректальные свищи делятся на: интрасфинктерные (35%), трансфинктерные (45%), экстрасфинктерные (20%) [4, 15].

Так же учеными была разработана классификация свищей прямой кишки по степени сложности: при I степени сложности экстрасфинктерного свища внутреннее отверстие узкое без рубцов вокруг него, без гнойников и инфильтратов в клетчатке, ход достаточно прямой. При II степени сложности в области внутреннего отверстия имеются рубцы, но при этом нет воспалительных изменений в клетчатке. При III степени экстрасфинктерные свищи характеризуют узкое внутреннее отверстие без рубцового процесса вокруг, но при наличии в клетчатке гнойно-воспалительный процесс. При IV степени сложности у свищей широкое внутреннее отверстие, окруженное рубцами, с воспалительными инфильтратами или гнойными полостями в клетчаточных пространствах [4].

Для полного обследования пациента прямо кишечным свищем применяется большинство используемых в современной проктологии методов: осмотр, пальпация перианальной и крестцово-копчиковой области, ректально-пальцевой осмотр, зондирование и прокрашивание свищевого хода, фистулография, ректороманоскопия ианоскопия, трансректальное ультрасонография, сфинктерометрия и миография [13].

В нынешнее время известны достаточное количество методов лечения хронического парапроктита. Однако, учитывая значительную операционную травматичность, при хирургическом лечении больных с данной патологией количество неудовлетворительных результатов лечения стабильно остается высоким. Эти результаты связаны не только с возникновением повторных симптомов заболевания, но и развитием анального недержания вследствие обширной травматизации сфинктерного аппарата.

Очевидно, что при выборе метода хирургического лечения, прежде всего, нужно руководствоваться именно топографией свищевого хода [14].

Если оперативное лечение интрасфинктерных и трансфинктерных свищей в достаточной мере разработано и дает хороший эффект, то проблема лечения экстрасфинктерных свищей до настоящего времени остается актуальной, потому что этот вид свища относится к сложным и так как свищевой ход располагается высоко, может занимать несколько клетчаточных пространств с образованием гнойных затеков [5, 7].

Лечение всех сложных форм хронического парапроктита остается актуальной задачей, это обусловлено высоким риском развития повторного образования прямокишечного свища, который составляет от 4,7% до - 33%, а также анальным недержанием, встречаемой в 5 - 83% после проведенных хирургических операции [6, 8].

При выборе тактики лечения в настоящее время консервативные методы полностью утратили свое применение из-за полной неэффективности.

При наличии значительного количества разнообразных способов хирургического лечения, до настоящего времени не существует «универсального». Процент рецидива за последние годы снизился до 0 - 22,2, анальная недостаточность до 0 - 14,6%. В основном эти показатели зависят от метода операции и показывают на положительный эффект от используемых видов операции [11].

В настоящее время наиболее часто используемые виды хирургического лечения сложных параректальных свищей можно разделить на 4 группы: лигатурный, рассечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием волокон сфинктера, эндоскопический способ, LIFT методика и пластический [28].

Радикальным методом лечения больных с хроническим парапроктитом является только хирургическое. К настоящему времени опубликовано более 100 операций для лечения пациентов со свищами прямой кишки [11].

На сегодняшний день самым известным и распространенным методом хирургического лечения хронического парапроктита является иссечение свища под проводниковой, сакральной или общим обезболиванием [12].

Наиболее существенным недостатком этого метода является длительное время заживления послеоперационной раны: 4- 8 недель, а также болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, сопровождающимися у некоторых пациентов дизурическими расстройствами ввиду хорошей иннервацией области прямой кишки, при этом процент рецидивов и осложнений при данной операции достаточно низок [12].

На сегодняшний день существует несколько модификаций лигатурного метода, так А. И. Саидов с соавторами применяют лигатуру с 2-3 узлами в середине. Операция состоит из двух этапов. Методика заключается в следующем, грануляционная ткань из внутрисфинктерной или внутрисфинктерной части свищевого хода удаляется путем перемещения узлов в разные стороны. Лигатуру не завязывают туго, затем концы ее фиксируются пластырем к ягодичной области. Рана в перианальной области ушивается редкими швами. После уменьшения кожной раны, рассекают ткани расположенные между лигатурой [13]. Описание методики лигатурного метода, заключается в проведении через внутреннее отверстие лигатуры со стороны кожи промежности и затягивании ее на резиновой трубке, что позволяет пересекать волокна сфинктера от дна ранькнаружи а не по окружности.

В своих работах А. К. Эфенджан и А. Э. Коноплев предлагают лигатурный метод («подпружиненный шток-тяж») с обратным прошиванием перианальной раны лигатурой из прямой кишки.

В большинстве случаев при лечении больных, страдающих экстрасфинктерными свищами четвертой степени сложности, лигатурный метод остается операцией выбора [21].

Результаты лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки лигатурным методом разными авторами трактуются неоднозначно. Обращаем внимание на весьма широкий диапазон показателей. Так количество рецидивов колеблется от 0 до 22%, а частота развития послеоперационного анального недержания, промежутков от 0 до 63% [15].

Методика рассечения экстрасфинктерного свища в просвет прямой кишки с восстановлением волокон сфинктера является предметом споров колопроктологов на протяжении нескольких десятилетий. Принято считать, что применение данного метода при положительном исходе было бы самым благоприятным в функциональном отношении. Однако показания к выполнению этого метода ограничены 1-2 степенью сложности. Главным минусом методики является большая вероятность нагноения послеоперационной раны, что почти всегда является причиной рецидивирования заболевания и развитию анального недержания. Поэтому большинство авторов отдают предпочтение лигатурному методу при IV степени или различным пластическим методам при I – III степени сложности свища [22].

Еще один выбор лечения сложных свищей прямой кишки с рассечением сфинктера был предложен Л.У. Назаровым. Особенность этого метода заключается в следующем: после рассечения свищевого хода с волокнами сфинктера делают дополнительное иссечение перианальной кожи таким образом, чтобы рана приобрела вид пики, острие которой обращено к ягодичной области. Пересеченные волокна сфинктера ушивают, после чего на кожную рану накладывают отдельные глухие швы, для того чтобы уменьшить натяжение швов на сфинктере. Этот метод имеет ограниченные показания и может быть выполнен только при узком свищевом ходе. Кроме того этот выбор лечения обладает всеми недостатками этой группы операций [24].

Оригинальную методику для оперативного лечения сложных свищей предложил в 1956 А. Н. Рыжих. Сущность метода сводится к следующему: свищевой ход после маркировки и зондирования иссекается на всем протяжении до стенки кишки и здесь отсекается. Остаток свищевого хода, проходящий через толщу стенки кишки, выскабливается острой ложкой и ушивается. После этого, внутреннее отверстие (когда оно располагается в задней крипте) рассекается вместе со стенкой кишки и частью волокон сфинктера на глубину 1,5-2,5 см. Разрез начинается проксимальнее внутреннего отверстия и выводится на перианальную кожу на 1-2 см. Также иссекается внутреннее отверстие свища. Рана тампонируется со стороны просвета кишки 5-14 дней. Эту же методику автор применял у мужчин при расположении внутреннего отверстия в передней крипте. Если же внутреннее отверстие свища располагалось в боковой крипте или в передней крипте у женщин, то автор предлагал со стороны просвета кишки иссекать ленту слизистой оболочки длиной 3 см, шириной 1-2 см с внутренним отверстием. После чего, слизистая оболочка ушивается двумя рядами кетгуттовых швов и делается задняя дозированная сфинктеротомия на глубину 1-1,5см у мужчин 1см у женщин. Тампонада раны выполняется как и в основной методике.

Операция по методу Рыжих технически относительно сложна и сегодня применяется редко из-за высокой частоты рецидивов. Главным недостатком методики является то, что оставление даже незначительного участка свищевого хода приводит к рецидиву, а некалиброванная сфинктеротомия значительно повышает риск развития недостаточности сфинктера [24].

Ривкин В.Л. с соавт. предложили свой вариант радикальной операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки. Хирург промаркировывает свищевой ход витальным красителем и иссекает наружную его часть из тканей «в виде шнура». Дойдя до поворота свищевого хода к кишке, хирург отсекает наружную часть свища и зондирует его культю, чтобы еще раз определить его ход и внутреннее отверстие свища в анальном канале. Далее по зонду (или по изогнутому малому зажиму Бильрота), проведенный в просвет кишки, отдельным от раны промежности треугольным разрезом дистальную часть свища рассекают через его внутреннее отверстие, как это выполняется при операции по Габриэлю. Зонд из раны промежности удаляют, культю свища выскабливают острой ложечкой, обрабатывают йодом и ушивают в ране промежности двумя рядами узловых швов.

Со слов Г.И. Воробьева с соавт., сравнение операции, описанной А.Н. Рыжих, и варианта В.Л. Ривкина не имеет особых различий. Этой операции свойственны все те же недостатки, что были отмечены и при операции, предложенной А.Н. Рыжихом [22].

Некоторые авторы при лечении экстрасфинктерного парапроктита, сочетающихся с анальной недостаточностью, чаще используют иссечение свища в просвет прямой кишки с одновременной сфинктероплеватом пластикой [17].

Методами выбора лечения экстрасфинктерных свищей на сегодняшний день являются пластические операции. К достоинствам пластических методов можно отнести минимизация травматизации запирающего аппарата прямой кишки, уменьшение риска появления анальной инконтиненции, препятствие пенетрации кишечной флоры в околопрямокишечную клетчатку, малые сроки заживления послеоперационных ран в сравнении с лигатурным, универсальность использования при различных степенях сложности. Имеется более 100 модификаций этого способа, и, следствием, мнения колопроктологов на выбор техники выполнения операции весьма противоречивы [18].

Осуществляются операции с использованием фасциально-мышечного трансплантата из медиальной порции большой ягодичной мышцы для пластики внутреннего отверстия и остаточной полости после иссечения свища прямой кишки [20].

Пластические операции, нацеленные на ликвидирование внутреннего отверстия свища путем смещения слизисто-подслизистого слоя прямой кишки, считаются большинством авторами технически сложными, трудоемкими и мало радикальными для лечения сложных форм хронического парапроктита. Показания к проведению данных операций неосновательно сужены из-за опасности некроза аутолоскута и ограничены неосложненными формами параректальных свищей [19].

Существуют и другие способы пластических операций, редко применяемых при данной патологии: пластика внутреннего отверстия лоскутом, взятой из перианальной кожи; пластика внутреннего отверстия лоскутом твердой мозговой оболочки, с или безнизведенияслизисто-подслизистого лоскута; пластика внутреннего отверстия пересадкой аутооткани; инвагинация свищевого хода в просвет кишки; перевод экстрасфинктерного свища в интрасфинктерный (подслизистый) [25,26].

К преимуществам пластических методов относятся:

Минимальный риск травматизаций запирающего аппарата прямой кишки;

Снижение риска возникновения анальной инконтиненции;

Препятствие проникновению кишечной флоры в параректальную клетчатку и рану промежности, что способствует снижению рецидивов заболевания; Уменьшение срока заживления послеоперационных ран по сравнению с другими методиками;

Универсальность применения при различных степенях сложности.

К недостаткам методикотносится:

Методики технически сложны и требуют высокой квалификации хирурга; Вероятность повреждения стенки прямой кишки высокая;

Риск развития рецидива при некрозе лоскута, чаще всего это связано с недостаточным кровоснабжением перемещенного лоскута; При применении аутотрансплантатов возникает риск развития рубцовой деформации при прорезывании швов и миграции трансплантата, а также недостаточная фиксация склеиваемых поверхностей при использовании клеевых композиций [16].

При использовании общепринятых методов лечения больных сложными формами параректального свища количество рецидивов заболевания остается стабильно высоким, это обусловлено не устранением во время операции внутреннего отверстия свища, нерадикальным удалением тканей свищевого хода, неполным вскрытием гнойных затеков и неадекватным дренированием ран параректальной клетчатки [17].

Ликвидация внутреннего свищевого отверстия является наиболее важной стадией операции, так как от этого в большей степени зависят непосредственные и функциональные результаты лечения [18].

Некоторому уменьшению процента послеоперационных осложнений послужило усовершенствование ряда технических аспектов оперативного вмешательства, однако ни один из более чем 100 известных в наши дни способов операции не является гарантией излечения [12].

Количество предлагаемых оперативных вмешательств и их модификаций продолжает возрастать, используются различные технологии: латексные лигатуры, клипирование никелидо-титановыми скрепками, пломбировка клеевыми композициями. Наряду со сложными и пластическими методами, требующими прецизионной техники и высокой квалификации хирурга (различные виды проктопластики с использованием ауто и аллотрансплантатов), продолжает применяться в различных вариантах ректальных свищей [25].

Использование эндоскопического метода – новое направление в лечении сложных анальных фистул. Но операционная техника этой методики сложна и требует использования дорогостоящего специфического оборудования [10].

Лигирование свищевого хода в межсфинктерном слое (LIFT) – новый и довольно популярный способ при экстрасфинктерных свищах. Главным преимуществом данного метода и LIFT-методики – малая травматичность. Методика LIFT по своему сложна, но серьезным недостатком является оставление внутреннего отверстия, из-за чего высок риск развития рецидивов [19].

Операционная техника MEINERO – является эндоскопическим методом лечения сложных форм свищей анального канала. Здесь применяется эндоскопическая стойка, монополярный электрод, фистулоскоп, линейный степлер. Через наружное свищевое отверстие вводится фистулоскоп, далее продвигается по свищевому ходу пока не выйдет через внутреннее отверстие свища. Затем, применив монополярный электрод, под визуальным контролем разрушается свищевой ход изнутри. Ткани, подвергшиеся некрозу, удаляют с помощью специальной щетки. Далее выполняется закрытие внутреннего отверстия при помощи степлера «CCS30 Contour Transtarstapler». Ну и последним этапом является введение синтетического цианокрилата в количестве 0,5 мл в область закрытого внутреннего отверстия для усиления эффекта. Данная операционная техника сложна и требует применения дорогостоящего специфического оборудования [19].

Помимо этого для хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки используются методики с применением различных клеевых композиций. Суть данного метода заключается в том, что вначале выполняется механическая обработка свищевых ходов, затем иссекается внутреннее отверстие с формированием слизистой лоскута. Затем, применяя катетер диаметром 2мм, проведенный от наружного свищевого отверстия к внутреннему, вводится экстенпорально приготовленная клеевая композиция, которая постепенно заполняет свищевой ход. Через 4-5 минут после загустевания клея, внутреннее отверстие ушивается Z-образным швом. Заключительным этапом является пластика перемещенным слизистым лоскутом. К недостаткам относится: плохой контакт клея со склеиваемыми тканями, быстрое загустевание клеевых композиций, из-за чего трудно постепенно целиком заполнить весь свищевой ход [12].

Согласно данным литературы существует следующие группы причин, приводящих к рецидиву заболевания

Ошибки предоперационной диагностики:

- неверное определение отношения свищевого хода к волокнам сфинктера;
- недиагностированные гнойные полости из затеки.

2. Технические дефекты, допущенные во время операции:

- неправильное определение внутреннего отверстия;
- недостаточное иссечение свищевого хода;
- неверный выбор метода операции.

2. Погрешности послеоперационного ведения ран:

- длительная тампонада ран, которая приводит к формированию широкого рубца;
- преждевременное склеивание краев раны.

При анализе литературных сведений выявлен безусловный рост числа приверженцев реконструктивно-пластических способов лечения. Однако все предложенные на сегодняшний день принципы пластической ликвидации внутреннего отверстия также имеют существенные недостатки, которые в свою очередь не позволяют добиться стабильно положительных результатов в лечении [3].

Проблемы лечения данного заболевания до настоящего времени не только сохраняют свою актуальность, но и определяют необходимость поиска новых рациональных способов хирургических вмешательств [2].

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ан В.К., Ремизов С.В., Ривкин В.Л., Чубарова Е.Е. Пересмотр некоторых принципов патогенеза и лечения сложных форм парапроктита // Актуальные проблемы колопроктологии. - М.: 2005. - С. 6-8.
- 2 Алиев М.М. Оптимизация лечения больных острым и хроническим парапроктитом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук - Ставрополь, 2008. - 24 с.
- 3 Родионов А.А., Рязанцев Е.В., Кулыгин И.В. Актуал. вопр. колопроктологии. - Самара: 2003. - С. 116-117;
- 4 Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. - М.: Медицина, 1956. - 400 с.
- 5 Жуков Б.Н., Исаев В.Ф., Чернов А.А. Комплексный метод лечения больных со сложными параректальными свищами // Материалы 1 международной конф. по торако-абд. хирургии. - М.: 2008. - С. 55-61.
- 6 Мансуров Ю.В., Помазкин В.И., Соловьев Д.П. Хирургическое лечение хронического парапроктита с рецидивными экстрасфинктерными свищами прямой кишки // Актуал. вопр. колопроктологии. - Уфа: 2007. - С. 71-72.
- 7 Саидов А.С., Хакимов М., Полвонов Ш.Б. Лечение рецидивных экстрасфинктерных и высоких трансфинктерных свищей методом отсроченной обработки внутреннего отверстия. Материалы научной конференции // «Актуальные проблемы колопроктологии». - М.: 2005. - С. 124-131.
- 8 Турутин А. Д. Хирургическое лечение свищей прямой кишки // Актуал. вопр. колопроктологии. - Уфа: 2007. - С. 111-113.
- 9 Болквадзе Э.Э., Коплатадзе А.М., Проценко В.М., Шмаков В.А. Опыт хирургического лечения острого парапроктита // Актуал. вопр. колопроктологии. - Уфа: 2007. - С. 23-25.
- 10 Помазкин В.И., Мансуров Ю. В. Лечение экстрасфинктерных параректальных свищей, сочетающихся с недостаточностью анального сфинктера // Актуал. вопр. колопроктологии. - Уфа: 2007. - С. 91- 92.
- 11 Черкасов М.Ф., Грошилик В.С., Старцев Ю.М. Новый способ оперативного лечения эктра и транс-финктерных ректальных свищей // Вестн. Хирургии. - 2009. - №4. - С. 144-149.
- 12 Абдуллаев М.Ш., Мансурова А.Б. Острый парапроктит у больных с сахарным диабетом (обзор литературы) // Колопроктология. - 2012. - №1. - С. 46-51.
- 13 Чернов А.А., Жуков Б.Н., Исаев В. Р. Оптимизация хирургического лечения больных со сложными эктра -и чрезсфинктерными параректальными свищами // Казанский мед. журнал. - 2007. - №6. - С.604-605.
- 14 Чубарова Е.Е. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения сложных форм хронического парапроктита: Автореф. дисс. ... канд. мед.наук - М., 2006. - 23 с.
- 15 Татьяначенко В.К., Черкасов М.Ф., Грошилик В.С., Старцев Ю.М. Новый способ оперативного лечения эктра и трансфинктерных ректальных свищей // Вестн. хир. гастр. - 2008. - №4. - С. 124-131.
- 16 Болквадзе Э. Э., Егоркин М.А. Классификация и лечение сложных форм острого парапроктита пятнадцатилетний опыт // Колопроктология. - 2012. - №2. - С. 13-17.
- 17 Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.В., Ан В.К. Руководство по колопроктологии. - М.: ИД «Медпрактика», 2004. - 488 с.
- 18 Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 432 с.
- 19 Шелыгин Ю.А. Клинические рекомендации // Колопроктология. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - С. 82-100.
- 20 Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - С. 135-144.
- 21 Шелыгин Ю.А., Бирюков О.М., Благодарный Л.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных хроническим парапроктитом (свищ заднего прохода, свищ прямой кишки). - М.: 2013. - 11 с.
- 22 Захаров А. Ю., Иткин И. М., Долгицер Г. Л., Васильев С. В. Опыт лечения осложненных анаэробных парапроктитов // Актуал. вопр. колопроктологии. - Уфа: 2007. - С. 47-48.
- 23 Милитса Н.Н., Топоров Ю.Д., Козлов В.Б. Лечение острого парапроктита // Клин. хирургия. - 2008. - №10. - С. 37-39.
- 24 Зитта Д.В., Субботин В.М. Применение программы оптимизации периоперационного ведения больных в плановой колоректальной хирургии // Колопроктология. - 2013. - №1. - С. 15-19.
- 25 Castro A. Di., Caviglia A., Valle M., Biancari F. Complex perianal fistula: diagnosis and treatment // Minerva Chir. - 1995. - Vol. 50, № 4. - P. 349-353.
- 26 Pescatori M., Maria G., Anastasio G., Rinaldo L. Anal manometry improves the outcome of surgery for fistula-in-ano // Dis. Colon. Rectum. - 1989. - Vol. 32, №7. - P. 588-592.
- 27 Dziki A., Bartos M. Seton treatment of anal fistula: experience with a new modification // Eur. J. Surg. - 1998. - Vol. 164, №7. - P. 543-548.

**Т.А. Булегенов, М.Ж. Аймагамбетов, Н.Д. Кенесбек, Н.Б. Омаров**  
*«Семей қаласының медицина университеті» ҰАҚ*

### **ТІК ІШЕК ЖЫЛАНКӨЗДЕРІНІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ (ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ)**

**Түйін:** Бұл мақалада тік ішек жыланкөздерін хирургиялық емдеу жолдарын баяндайтын әдебиеттер көздеріне аналитикалық шолу көрсетілген. Одан бөлек жыланкөздердің соңғы жіктелуі мен диагностикасы жайлы сұрақтар қарастырылады. Баршаға белгілі созылмалы тік ішек жыланкөздерінің емдеу жолдары айтарлықтай мол. Соған қарамастан хирургиялық емнің қанағатсыз нәтижелері әлі күнге дейін жоғары болып табылады, ол тек қана қайталамалы аурумен қатар тік ішектің сфинктерлік аппаратының жетіспеушілігімен сипатталады. Осының бәрі хирургиялық емдеу жолдарын ары қарай жетілдіруге негіз болып табылады.

**Түйінді сөздер:** Созылмалы параректалды жыланкөз, хирургиялық ем.

**T. A. Bulegenov, M. Zh. Aymagambetov, N. D. Kenesbek, N. B. Omarov**  
*Medical University of Semey*

### **CONDITION OF SURGICAL TREATMENT FOR CHRONIC PARARECTAL FISTULA (LITERATURE REVIEW)**

**Resume:** This article provides an analytical review of the literature on the surgical treatment of chronic pararectal fistulas. Also discusses the issues of modern classification and diagnostic methods of fistula. Well-known methods of treatment of chronic paraproctitis are quite diverse. However, the number of unsatisfactory results of surgical treatment remains consistently high, which is associated not only with the development of relapse, but also with the development of rectal sphincter failure. That is why we need to improve the surgical manual for this pathology.

**Keywords:** Chronic pararectal fistula, surgical treatment