

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА



Рустамов Иноятулла Мурадулла угли

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИНГ ЧУҚУР ЖОЙЛАШУВИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Рустамов Иноятулла Мурадулла ўғли

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DEEP LOCALIZATIONS OF ACUTE PARAPROCTITIS

Rustamov Inoyatulla Muradulla ugli

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Ўткир парапроктит кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, умумий жарроҳлик бўлимларида беморларнинг умумий сонининг 0,5% -4% ни, шошилинч проктология бўлимларида эса 24% -50% ни ташкил қилади. Ўткир парапроктит эркакларда кўпроқ учрайди - барча кузатувларнинг 2/3 қисми - ва энг самарали ёшга таъсир қилади: 20 ёшдан 50 ёшгача. Ушбу ёш гуруҳи ўткир парапроктитли беморларнинг 60% дан ортигини ташкил қилади.

**Калит сўзлар:** мураккаб ўткир парапроктит, мураккаб шакллар, жарроҳлик даволаш, озон терапияси.

**Abstract.** Acute paraproctitis is one of the most common diseases, accounting for 0.5%-4% of the total number of patients in general surgical departments and 24%-50% in emergency proctology departments. Acute paraproctitis is more common in men - 2/3 of all observations - and affects the most productive age: from 20 to 50 years. This age group accounts for more than 60% of all patients with acute paraproctitis.

**Keywords:** complicated acute paraproctitis, complex forms, surgical treatment, ozone therapy.

Острый парапроктит остается одной из наиболее распространенных форм гнойно-воспалительных заболеваний прямокишечной клетчатки, требующих неотложного хирургического вмешательства. Сложные формы острого парапроктита (ишиоректальные, пельвиоректальные, ретро ректальные абсцессы) характеризуются глубокой локализацией воспалительного процесса, высокой вероятностью формирования ана ректальных свищей и риском генерализации инфекции (Литвинова Е.В. и соавт., 2022).

Особую актуальность приобретает комплексный подход к лечению, включающий не только своевременное хирургическое вмешательство, но и прецизионную предоперационную диагностику (МРТ, эндоУЗИ), рациональную антибактериальную терапию и иммуномодулирующие методы, направленные на предупреждение хронизации процесса.

Таким образом, совершенствование хирургической тактики при сложных формах острого парапроктита является важным направлением современной проктологии, позволяющим снизить частоту осложнений, улучшить функциональные

результаты лечения и повысить качество жизни пациентов.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных острым парапроктитом путем включения методик озонотерапии в комплекс лечебных мероприятий послеоперационного периода.

**Материал и методы исследования.** Настоящее исследование основано на анализе комплексной диагностики и хирургического лечения 119 пациентов с осложненными формами острого парапроктита, включая ишиоректальные и ретро ректальные формы. Все пациенты были прооперированы в отделении колопроктологии клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2017 по 2022 годы, что составило 32,3% от общего количества больных, перенесших оперативное лечение по поводу острого парапроктита. В данное исследование не включены два пациента с пельвиоректальным парапроктитом из-за недостаточного количества наблюдений.

38,8% случаев проведено вскрытие парапроктита в просвет прямой кишки с ликвидацией внутреннего отверстия, 31,3% - вскрытие парапроктита

с проведением дренирующей лигатуры и дренированием гнойной полости, 7,4% - вскрытие парапроктита с дренированием гнойной полости.

При сложных формах острого парапроктита выявлены аэробная и анаэробная инфекции. Наибольшая чувствительность была у *St. Aureus* к цефазолину, ципрофлоксацину и гентамицину. Микроорганизм *E. coli* более чувствителен к канамицину, цефтриаксону и ципрофлоксацину. У анаэробной неклостридиальной формы острого парапроктита более выражена чувствительность к цефазолину, ципрофлоксацину, гентамицину, доксациклину, канамицину и метранидазолу.

**Результаты и их обсуждение.** Эффективность местного противовоспалительного действия озонотерапии при остром парапроктите оценивалась по срокам исчезновения перифокальных воспалительных изменений и рН раневого отделяемого.

У больных основной группы уже к исходу первых суток от начала лечения отмечалось уменьшение гиперемии кожи и перифокального отека. В среднем к  $2,1 \pm 0,43$  суткам после вскрытия гнойника воспалительные изменения полностью исчезли.

Местные проявления воспалительного процесса характеризовались также динамикой изменений кислотности раневого отделяемого. При применении озонотерапии сдвиг рН в щелочную сторону, свидетельствующий о гладком течении раневого процесса, намечался уже к 3 суткам. РН в 1 сутки -  $5,42 \pm 0,08$ ; на 3 сутки -  $6,8 \pm 0,35$ ; на 5 сутки -  $7,21 \pm 0,24$ ; на 7 сутки -  $7,62 \pm 0,18$ . Ни в одном случае не было отмечено состояние вторичного ацидоза.

Наличие у больного локального гнойно-некротического очага в параректальной клетчатке сопровождалось целым рядом изменений общепатологического характера, свидетельствующих о развитии у них явления гнойной интоксикации. Это проявлялось повышением температуры тела, характерными изменениями количества лейкоцитов в периферической крови и лейкоцитарного индекса интоксикации, повышением уровня молекул средней массы и изменениями белкового спектра плазмы крови.

При применении озонотерапии при лечении острого парапроктита удалось добиться быстрой нормализации температуры тела у 19 больных уже на 1 сутки лечения, у 23 больных на 2 сутки лечения, а в среднем уже к  $1,84 \pm 0,15$  суткам. Температуры тела до операции  $38,3 \pm 1,2$  °С; на 1 сутки  $37,6 \pm 0,96$  °С; на 2 сутки  $36,8 \pm 1,3$  °С; на 3 сутки  $36,5 \pm 1,4$  °С.

Причем ни в одном случае не пришлось прибегать к дополнительному введению антибиотиков, что свидетельствует о высоком противовоспалительном и детоксикационном эффекте предложенного способа лечения острого парапроктита.

Проявления гнойной интоксикации находили также отражение и в изменениях картины крови: уровень лейкоцитов перед операцией составил  $11,2 \pm 0,84 \times 10^9$  О/л; на 2 сутки после операции -  $8,2 \pm 0,9$  хЮ/л; на 3 сутки -  $7,2 \pm 0,97 \times 10^9$ /л; на 5 сутки -  $7,3 \pm 1,1$  хЮ/л. Нормализация показателя на  $2,25 \pm 0,35$  суток.

Более объективными критериями оценки эндотоксикоза служили величины ЛИИ и уровень

молекул средней массы в плазме крови. Динамическое наблюдение картины периферической крови у больных основной группы позволило выявить к 3-4 суткам после операции нормализацию общего числа лейкоцитов, лейкоцитарной формулы и ЛИИ. Это подтверждает наличие выраженного детоксикационного эффекта при применении озонотерапии в лечении острого парапроктита. При исследовании уровня молекул средней массы в плазме крови отмечено увеличение его в 1 сутки наблюдения практически в два раза в сравнении с нормальными цифрами. При сочетанном применении озонотерапии (промывание раны озонированным изотоническим раствором хлорида натрия, газация озono-кислородной смесью в закрытом контуре и масло «озонид») отмечена быстрая нормализация уровня молекул средней массы. Уже на 3 сутки он снизился на 49,4% по сравнению с исходными показателями и составил в среднем  $0,258 \pm 0,006$  усл. ед. Это подтверждает раннее купирование проявлений гнойной интоксикации при применении озонотерапии для лечения острого парапроктита.

Уровень общего белка в первые сутки наблюдения у больных основной группы был близок к нормальным цифрам. В процессе лечения наблюдалась тенденция к некоторому увеличению уровня белка плазмы крови, особенно заметная к 5 суткам лечения. Уровень белка в основной группе в 1 сутки составил  $64,8 \pm 0,74$  (г/л); на 3 сутки -  $59,4 \pm 1,4$  (г/л); на 5 сутки -  $64,5 \pm 1,08$  (г/л); на 7 сутки -  $72,4 \pm 0,65$  (г/л).

Сочетание положительных свойств озонотерапии позволяет в наиболее ранние сроки купировать проявления общей интоксикации, что способствует более гладкому течению раневого процесса.

При бактериологических исследованиях более чем в 75% высевались ассоциации микроорганизмов (в среднем по 2 микроорганизма), преобладающим из них была кишечная палочка (60%). Чувствительность кишечной палочки к амикацину составила 90%.

В контрольных посевах ( $n=60$ ) отмечено снижение доли как грамположительной, так и грамотрицательной флоры, в том числе и группы неферментирующих грамотрицательных бактерий. Причем это снижение не зависело от их чувствительности к антибиотикам. Применение озонотерапии позволило снизить вероятность присоединения вторичной инфекции у 3 больных (6,0%).

Высокий антимикробный эффект в этих случаях подтверждался и при анализе сроков снижения бактериальной обсеменности ниже «критического» уровня, который составил в данной группе больных  $3,1 \pm 0,24$  суток. По срокам это совпадало с завершением процесса очищения ран от гнойно-некротического отделяемого. При использовании озонотерапии отмечен выраженный неполитический эффект.

Уже через сутки с момента начала лечения резко уменьшалось количество гнойно-некротического отделяемого. Происходила быстрая и полная демаркация некротических участков. Полное

очищение ран от гнойно-некротического отделяемого наступало в среднем на  $2,61 \pm 0,15$  сутки.

Исследуя динамику объема раны в основной группе при подкожном парапроктите, мы обнаружили, что к 6-8 суткам после операции она становится практически плоской, а скорость ее уменьшения при комплексном лечении составляет 14,4% в сутки. При ишиоректальном парапроктите объемный индекс регенерации составил 10,7%.

Применение озонотерапии при лечении обеспечивало адекватный некролиз, приводило к более раннему появлению грануляционной ткани, равномерно выполнявшей раневую дефект.

Быстрое стихание местной воспалительной реакции, раннее отторжение некротических тканей, быстрое очищение раны от гнойно-некротических масс, наблюдавшееся при применении озонотерапии, находили отражение и в сроках появления грануляционной ткани, в среднем на 2,92 сутки. Процесс проходил на фоне завершеного некролиза, что способствовало более быстрому и равномерному выполнению грануляциями раневого дефекта, они имели мелкозернистый характер, розового или насыщенно малинового цвета с блестящей поверхностью.

Положительные тенденции раневого процесса, связанные с переходом в фазу регенерации, находили дальнейшее отражение и в сроках появления краевой эпителизации - в среднем на  $5,3 \pm 0,27$  сутки.

Сроки полного заживления параректальной раны составили при подкожном парапроктите -  $14,5 \pm 1,4$  суток ( $n=26$ ), при ишиоректальном парапроктите -  $26,1 \pm 1,35$  ( $n=24$ ).

#### **Выводы:**

1. При традиционном методе лечения больных с острым парапроктитом нормализация температуры тела наступила в среднем к 3 суткам, уровня лейкоцитов - на 5 сутки, лейкоцитарного индекса интоксикации - на 7 сутки. Заживление параректальной раны при подкожном парапроктите составляет 17 суток, при ишиоректальном - 32 суток.

2. Предложенная методика лечения острого парапроктита представляет собой комплекс организационно-лечебных мероприятий с применением методов озонотерапии, воздействующих на различные звенья патогенеза, в зависимости от стадии течения раневого процесса.

3. Особенностью течения раневого процесса при остром парапроктите с использованием озонотерапии является раннее подавление раневой микрофлоры, снижение явлений эндотоксикоза и маркеров воспаления, что характеризуется нормализацией клинических и биохимических показателей, повышенной пролиферацией фибробластов, а также ускоренной регенерацией тканей параректальной раны.

#### **Литература:**

1. Абдуллаев М.Ш., Джувашев А.Б. Комплексное лечение обширных ран промежности // Актуальные проблемы колопроктологии: Тез. докл. 6-й Всерос-

сийской конференции с международным участием. - Москва, 2005. - С. 406407.

2. Агавелян А.М., Энфенджян А.К. Результаты лечения острых форм геморроя, парапроктита и эпителиального копчикового хода // Проблемы колопроктологии: Республиканский сб. науч. тр., вып. 18 / ГНЦ колопроктологии. - Москва,

2002. - С. 21-24.

3. Акопян А.С., Эксибян Г.Э., Манукян Э.В. и др. Улучшение результатов лечения больных с острым парапроктитом // Проблемы колопроктологии: Республиканский сб. науч. тр., вып. 18. / ГНЦ колопроктологии. - Москва, 2002. - С. 24-28.

4. Аминев А.М. Руководство по проктологии - Куйбышев, 1973., Т 3.-517 с.

5. Ан В.К., Борисов Е.Ю., Полукаров В.А. и др. Опыт хирургического лечения сложных форм острого парапроктита // Актуальные проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всерос. конф. с международ. участием. - Ростов-на-Дону, 2001. -С. 12-15.

2003. Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология. - М.: ИД Медпрактика-М,- 144 с.

7. Ризаев Ж. А. и др. Улучшение гигиенического состояния полости рта на этапах лечения // Узбекский журнал клинических случаев. - 2023. - Т. 3. - №. 4. - С. 20-23.

8. Ризаев Ж. А. и др. Острый миелоидный лейкоз в пакистанской больнице с ограниченными возможностями // Главный редактор. - 2024. - Т. 12. - №. 3. - С. 248.

9. Ризаев Ж. А. и др. Здравоохранение и перспективы развития медицинской науки и врачебного образования в Узбекистане // Медицинский журнал Узбекистана. - 2024. - №. 4. - С. 412-420.

10. Ризаев Ж. А., Гайбуллаев Э. А. Рентгенологическая диагностика агрессивного пародонтита на фоне проводимого лечения // Журнал гуманитарных и медицинских наук. - 2025. - №. 20. - С. 14-19.

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА**

*Рустамов И.М.*

**Резюме.** Острый парапроктит относится к числу наиболее распространенных заболеваний, составляя в общехирургических отделениях 0,5%-4% от общего числа больных и 24%-50% в отделениях неотложной проктологии. Острый парапроктит чаще встречается у мужчин — 2/3 всех наблюдений - и поражает наиболее работоспособный возраст: от 20 до 50 лет. На эту возрастную группу приходится более 60% всех больных острым парапроктитом.

**Ключевые слова:** осложненный острый парапроктит, сложные формы, хирургическое лечение, озонотерапия.