



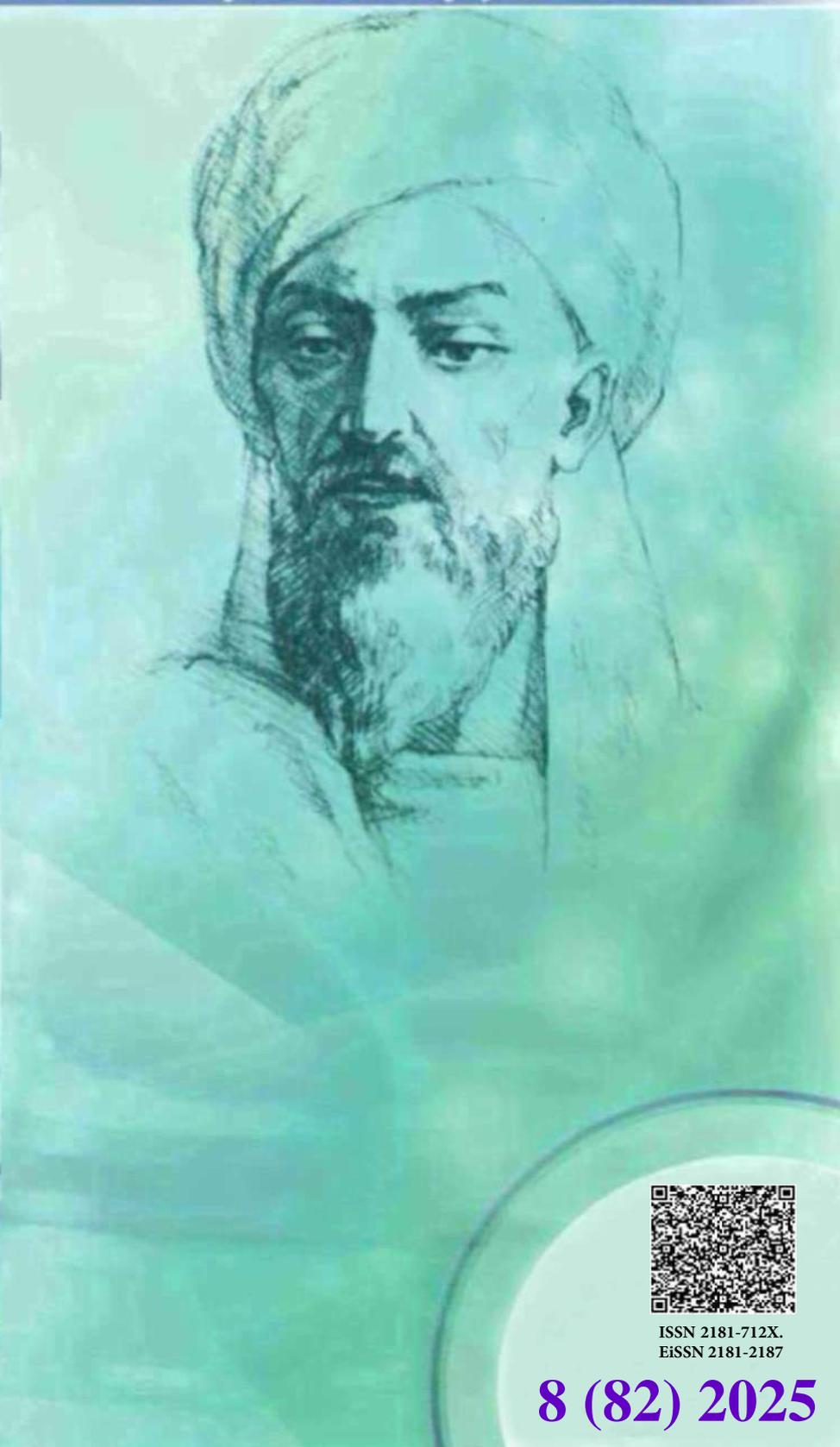
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (82) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (82)

2025

август

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.07.2025, Accepted: 06.08.2025, Published: 10.08.2025

УДК: 616.345-002.2-07:616.379-008.64

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛУБОКИХ ПАРАПРОКТИТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Касымов А.Л. <https://orcid/0000-0002-3412-6141>
Ахмаджонов Ж.У <https://orcid.org/0000-0003-0362-8357>
Мамадиев А.М <https://orcid/0009-0002-6608-473X>
Жураев Г.Г. <https://orcid/0009-0003-1736-6412>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон, Ул. Атабеков
- 1 Тел : (0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

В данной научной статье авторы анализируют клинико-диагностические особенности глубоких парапроктитов в зависимости от анатомических форм у больных с сахарным диабетом (СД). У 48 больных с различными анатомическими локализациями глубоких форм парапроктитов у больных с СД авторы рассматривают особенности клинического течения, использованных диагностических инструментальных исследований. Авторами у 48 больных исследованы частота регистрации местных и общих клинических проявлений глубоких парапроктитов в зависимости от анатомических локализаций, а также исследованы характер и частота тяжелых осложненных форм глубоких парапроктитов по данным клинических признаков. В статье показаны о возможностях диагностических ресурсов. В целом, авторы на основании проведенных исследований пришли к заключению, что клинические проявления глубоких парапроктитов у больных с СД характеризуются преобладанием системных признаков воспаления над локальными симптомами, особенно при пельвиоректальной (ПВР) и ректоректальной (РТР) локализации. У обследованных пациентов выявлена тенденция к атипичному стертому дебюту заболевания, что затрудняет раннюю диагностику и способствует позднему поступлению.

Ключевые слова: глубокий парапроктит, сахарный диабет, клиническое течение, диагностика.

QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA CHUQUR PARAPROKTITLARNING KLINIK VA DIAGNOSTIK XUSUSIYATLARI

Kasimov A.L. <https://orcid/0000-0002-3412-6141>
Axmadjonov J.U <https://orcid.org/0000-0003-0362-8357>
Mamadiev A.M <https://orcid/0009-0002-6608-473X>
Juraev G.G. <https://orcid/0009-0003-1736-6412>

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60. E.mail:
info@adti

✓ Rezyume:

Ushbu ilmiy maqolada mualliflar qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda chuqur paraproktitlarning anatomik shakllariga ko'ra klinik va diagnostik xususiyatlarini tahlil qilganlar. Qandli diabetli bemorlarda paraproktitning chuqur shakllarining turli anatomik joylashuvlari bo'lgan 48 nafar bemorda mualliflar kasallikning klinik kechishi xususiyatlarini va qo'llanilgan diagnostik instrumental tekshiruvlarni o'rganishgan. Mualliflar 48 nafar bemorda chuqur paraproktitlarning mahalliy va umumiy klinik belgilarining qayd etilish chastotasini anatomik joylashuviga qarab tekshirganlar, shuningdek, chuqur paraproktitlarning og'ir asoratli shakllarining xususiyati va uchrashuv chastotasini klinik belgilarga asoslanib o'rgananganlar. Maqolada diagnostik resurslarning imkoniyatlari haqida ma'lumot berilgan. Umuman olganda,

mualliflar o'tkazilgan tadqiqotlar asosida qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda chuqur paraproktitlarning klinik ko'rinishlari, ayniqsa PVR va RTR joylashuvida, yallig'lanishning tizimli belgilari mahalliy belgilardan ustunlik qilishi bilan tavsiflanishini aniqlashdi. Tekshirilgan bemorlarda kasallikning g'ayritabiiy va sezilarsiz boshlanishiga moyillik kuzatildi. Bu esa erta tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi va bemorlarning shifoxonaga kechikib murojaat qilishiga olib keladi.

Kalit so'zlar: chuqur paraproktit, qandli diabet, klinik kechishi, tashxislash.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC CHARACTERISTICS OF DEEP PARAPROCTITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Kasymov A.L. <https://orcid/0000-0002-3412-6141>
Akhmadjonov J.U <https://orcid.org/0000-0003-0362-8357>
Mamadiev A.M <https://orcid/0009-0002-6608-473X>
Juraev G.G. <https://orcid/0009-0003-1736-6412>

Andijan State Medical Institute Uzbekistan, Andijan, st. Yu. Atabekova 1, phone: (0-374)223-94-60. Email:info@adti

✓ Resume

In this scientific article, the authors analyze the clinical and diagnostic features of deep paraproctitis in patients with diabetes mellitus, depending on its anatomical forms. The study involves 48 patients with various anatomical locations of deep forms of paraproctitis who also have diabetes mellitus. The authors examine the characteristics of the clinical course and the diagnostic instrumental studies used. They investigate the frequency of local and general clinical manifestations of deep paraproctitis in relation to anatomical locations. Additionally, the authors study the nature and frequency of severe complicated forms of deep paraproctitis based on clinical signs. The article discusses the potential of diagnostic resources. Overall, based on their research, the authors concluded that the clinical manifestations of deep paraproctitis in patients with diabetes mellitus are characterized by the predominance of systemic signs of inflammation over local symptoms, especially in PVR and RTR localizations. The examined patients demonstrated a tendency towards an atypical, subtle onset of the disease, which complicates early diagnosis and contributes to delayed hospital admission.

Keywords: deep paraproctitis, diabetes mellitus, clinical course, diagnosis.

Актуальность

Своевременная и точная диагностика глубоких парапроктитов представляет собой важнейшее условие для выбора адекватной хирургической тактики и предотвращения тяжелых осложнений. Глубокие парапроктиты представляют собой одну из наиболее тяжелых форм гнойно-воспалительных заболеваний аноректальной области, нередко сопровождающихся флегмонозным распространением, формированием абсцессов и вовлечением фасциальных пространств таза и промежности [1,3]. По современным данным, до 30-35% острых парапроктитов протекают по глубокому типу (ИШР, ПВР, РТР), требуя срочной хирургической санации и высокой клинической настороженности [7, 8]. Несмотря на высокую клиническую значимость, проблема диагностики и лечения глубоких парапроктитов у больных с (СД) до настоящего времени остается недостаточно разработанной. В большинстве отечественных и зарубежных исследований внимание сосредоточено на общей тактике ведения острых парапроктитов [6, 10], при этом фокус на особенности течения заболевания у лиц с метаболическими нарушениями встречается крайне редко [2]. Классические методы, основанные на физикальном обследовании и пальцевом ректальном исследовании, сохраняют свою значимость, однако при глубоко - расположенных формах воспаления (РТР и ПВР) их чувствительность оказывается недостаточной. Это особенно актуально при СД, когда локальные проявления стерты или отсутствуют вовсе [4, 5, 9].

Таким образом, диагностика глубоких парапроктитов должна строиться на принципах индивидуализации и последовательности. В условиях СД требуется раннее применение КТ или МРТ, расширенное микробиологическое тестирование и динамический контроль воспалительных

маркеров. Только при сочетании клинических, визуализирующих и лабораторных подходов можно своевременно выявить очаг, оценить степень деструкции и выбрать адекватную хирургическую тактику.

Целью исследования явилось: изучение характера и выявление особенностей клинических проявлений глубоких парапроктитов у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы

В основу работы положен анализ результатов лечения у 48 больных с глубокими формами парапроктита на фоне СД, находившихся на лечении и обследовании в проктологических и в отделениях гнойной хирургии Андижанской областной многопрофильной клиники и Наманганской городской больницы в период с 2014 по 2024 годы. Все пациенты были оперированы по неотложным показаниям и получали комплексную терапию.

Методологическая основа настоящего исследования базировалась на комплексной клинико-лабораторно-инструментальной оценке состояния пациентов с глубокими формами парапроктита на фоне СД.

Все пациенты проходили стандартизированный клинический осмотр с оценкой жалоб, анамнеза, физикального статуса. Проводились: термометрия (2 раза в сутки); оценка сознания, ЧСС, АД, частоты дыхания; визуальная и пальпаторная оценка состояния тканей промежности и параректальной области; пальцевое ректальное исследование и аноскопия/ректороманоскопия (по показаниям).

Инструментальные методы включали в себя: УЗИ мягких тканей промежности, параректального пространства, таза (аппараты Mindray DC-60, Китай); КТ органов таза с контрастированием по показаниям (аппарат Toshiba Alexion, Япония); МРТ - при сложных формах или диагностических затруднениях (аппарат Siemens Magnetom Essenza, Германия).

Результаты и обсуждение

Многообразие клинического проявления различных форм парапроктита, особенности воспалительного процесса в присутствии нарушений обмена веществ, связанных с СД, и высокая частота случаев с запущенными и осложненными формами заболевания указывают на необходимость углубленного анализа клинических данных на момент первоначального лечения. В связи с этим, целью данного этапа исследований было провести сопоставительный анализ клинической картины различных форм глубокого парапроктита у больных с СД в качестве исходного значения.

В исследуемой группе у 48 пациентов с СД и глубоким парапроктитом были разделены по анатомическим формам расположения патологического процесса. Как показано на рисунке 1, наибольшее количество случаев составили пельвиоректальная (ПВР) форма парапроктита - 19 пациентов, что составляет 39,6% от общей выборки больных исследуемой группы. Несколько меньший процент приходился на больных с ишиоректальной (ИШР) формой парапроктита - 17 наблюдений (35,4%), а ректоректальная (РТР) форма парапроктита была диагностирована у 12 больных (25%) исследуемой группы.

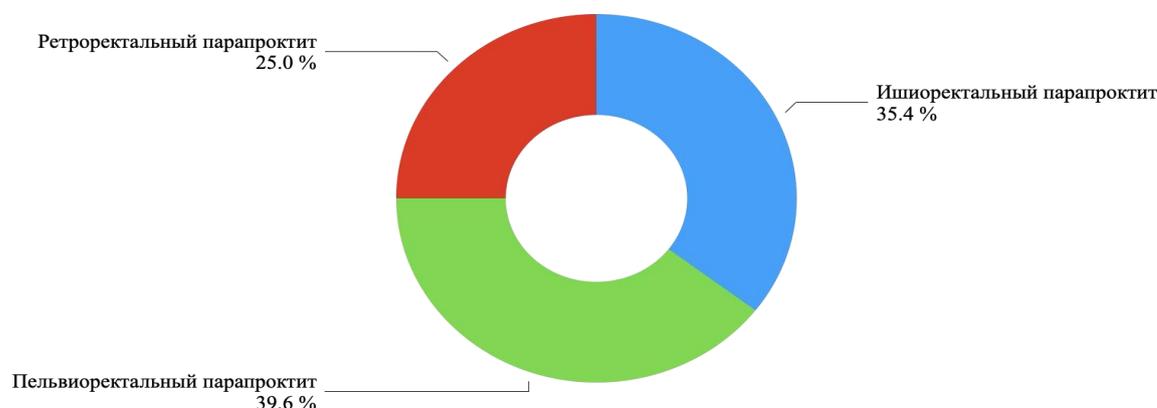


Рисунок 1. Распределение больных исследуемой группы по формам глубокого парапроктита

Клиническая картина в каждой подгруппе различных форм глубоких парапроктитов имела схожесть с соответствующими элементами возникновения и развития заболевания, а также субъективности восприятия симптомов и изменения их динамики.

Так, среди больных с ИШР формой парапроктита (n=17) почти все больные описывали идентичную картину внезапного начала заболевания с появлением равномерной локальной боли в области промежности, которая ухудшалась при сидячем положении и во время акта дефекации. Например, один из больных, мужчина с инсулинозависимым СД в течение 12 лет, который испытывал дискомфорт после длительной поездки на машине. На протяжении следующих 3 суток он полагал, что у него «невралгия седалищного нерва». Лишь на четвертый день, когда опухоль и лихорадка усилились, он обратился к врачу за медицинской помощью. Хотя этот пациент имел предыдущий жизненный эпизод парапроктита, по поводу которого больной лечился в амбулаторных условиях три года назад путем одного лишь разреза и был утерян для последующего наблюдения.

Начало заболевания у пациентов с ПВР парапроктитом (n=19) было преимущественно подострым или бессимптомным. Общей жалобой было давление в области таза, легкая субфебрильная температура и дизурия. У троих пациентов начальная клиническая картина была расценена как обострение хронического простатита или цистита с соответствующей задержкой в диагностике (5-7 дней). Один случай этого подтипа, пациент СД 2 типа с плохо контролируемым гликированным гемоглобином (HbA1c) (9,4%), был госпитализирован в отделение с системным воспалительным ответом и тяжелой слабостью без видимых изменений в области промежности при поступлении.

Подгруппа больных с РТР парапроктитом (n=12) представила наиболее негативную картину. Почти все пациенты сообщали, что не связывали начальное течение болезни ни с какими локальными эвекциями. Так, типичный случай данного характера был отмечен нами у 61-летней женщины с СД 2 типа, диабетической ангиопатией и нейропатией, жаловавшаяся на тупую боль в области крестца, тошноту и головную боль. Консультация гастроэнтеролога исключила причины, связанные с патологией желудочно-кишечного тракта, и лишь через два дня с ростом лейкоцитоза и тахикардии была проведена КТ таза, выявившая поражение РТР пространства с большой степенью охвата. Интересно отметить, что в этой группе пациентов РТР форма обычно проявляется не местными симптомами, а интоксикацией и ПОН, что требует особого внимания.

Данные местных клинических проявлений глубоких парапроктитов у больных СД позволили выявить различия в степени проявления симптомокомплексов, которое напрямую зависело от локализации первичного патологического очага (таблица 1).

Таблица .1

Характер распределения частоты регистрации местных клинических проявлений глубоких парапроктитов у больных с сахарным диабетом

МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ	ФОРМЫ ГЛУБОКИХ ПАРАПРОКТИТОВ		
	ИШР (n=17)	ПВР (n=19)	РТР (n=12)
Боль в промежности	17 (100%)	14 (73,7%)	3 (25%)
Боль в прямой кишке	4 (23,5%)	10 (52,6%)	12 (100%)
Отечность промежности	15 (88,2%)	11 (57,9%)	2 (16,7%)
Инфильтрация мягких тканей	13 (76,5%)	10 (52,6%)	2 (16,7%)
Нарушение стула / тенезмы	6 (35,3%)	12 (63,2%)	9 (75%)
Дизурия	2 (11,8%)	6 (31,6%)	4 (33,3%)
Пальцевое исследование информативно	15 (88,2%)	11 (57,9%)	4 (33,3%)

Мы выявили статистически значимые различия в симптомах в зависимости от локализации процесса. Хотя все наблюдаемые формы относились к категории «глубоких», клинические проявления болезни различались по тяжести и фенотипу. Наиболее распространенным симптомом среди всей когорты была боль в промежности, зафиксированная в 34 (70,8%) случаях. Частота этих жалоб была выше у пациентов с ИШР формой парапроктита (в каждом из 17 наблюдений; 100%) преобладала локализованная острая боль с усилением интенсивности при сидении, кашле и дефекации.

Типичный клинический эпизод был зафиксирован нами у больного 56 лет, водитель по профессии, который рассказал, что начало болезни он ощутил, как: «Будто сидел на сиденье с подогреваемой подушкой». Хотя состояние больного на момент обращения в клинику было спокойным, тем не менее положение больного было вынужденное. Больной сидел, согнув тело в одну сторону, то есть в положении, принимаемое для минимизации боли, хорошо известное как «облегчающая поза» при параректальных абсцессах.

ПВР формы парапроктита представляли собой смешанную клиническую картину: боль в промежности присутствовала в 14 случаях (74%), но она была более размыта, описывалась пациентами как «тупая, давящая» и часто сопровождалась дизурическими расстройствами. Иногда боль иррадиировала в поясничную или надлобковую область, что затрудняло интерпретацию клинической картины. Так, например, больная 63 лет, проходила амбулаторное лечение с повторным обострением остеохондроза. Однако спустя 3 суток она была консультирована хирургом и только по результатам УЗИ таза было обнаружено скрытое образование, распространявшаяся в левую половину таза.

Боль в анальном отверстии встречалась чаще всего (26 случаев или 54,1%) и была наиболее выражена при РТР форме болезни (в 12 из 12 случаев или 100%), с ощущениями, описанными пациентами как «жгучие», «сжимающие», особенно во время опорожнения кишечника или натуживания. «Глубокая пульсация» в тазу была единственной частью боли, которая у пациента не имела четкой локализации, что было анатомически подтверждено посмертным исследованием.

28 пациентов (58,3%) имели физические признаки отека промежности, что было в основном более характерно для ИШР группы абсцессов (15 из 17,9%). У этих пациентов отмечалась асимметрия ягодичных складок, гладкость контуров ануса и локализованное покраснение кожи. Один пациент, стесняясь высказывать жалобы на «такие деликатные вопросы», вынужден был быть госпитализирован после того, как его жена вызвала скорую помощь. Поводом для этого оказалось выявление покраснения и отека в области промежности. Приведенный выше случай демонстрирует, что задержка обращения за медицинской помощью все еще часто встречается, когда локальные признаки очевидны, особенно у пожилых мужчин с длительным анамнезом СД.

Распространение инфильтрации мягких тканей обнаруживалось в промежности в 25 случаях (52%) и было особенно характерно при ИШР локализации парапроктита (13 пациентов, 76%) и значительно недооценено в РТР парапроктитах при клиническом осмотре (только 2 пациента, 17%), что отражает анатомическую недоступность определения данного воспалительного процесса. Также важно отметить, что в некоторых случаях инфильтрация обнаруживалась только после достижения уровня глубокой пальпации при расположении пациента на левом боку с согнутыми ногами, что часто упускается в обычной практике.

Нарушения стула и тенезмы (ложные позывы) отмечались у 27 пациентов (56,2%), с предрасположенностью к РТР и ПВР формам (9 и 12 случаев). Один пациент с РТР формой парапроктита страдал трудно прекращающимися тенезмами на протяжении трех суток, что побудило его неоднократно обращаться к гастроэнтерологу. Только когда лейкоцитоз поднялся до уровня $18 \times 10^9/\text{л}$ и развился дискомфорт в промежности, диагноз был изменен на глубокий парапроктит.

Дизурия отмечалась в 12 (25%) случаях и была более распространена среди больных ПВР и РТР формами парапроктита (6 и 4 случая соответственно). Особенно часто этим страдали женщины, поскольку этот симптом часто рассматривался как симптом цистита, что приводило к нежелательной антибактериальной терапии до уточнения диагноза.

Особое внимание должно быть уделено информативности пальцевого ректального исследования, которое позволяет выявить признаки патологии у 30 (62,5%) пациентов. Однако, когда очаг воспаления расположен глубоко, этот диагностический подход больше не считается ценным, он оказывается положительным в 88% для ИШР формы, 58% для ПВР формы и только в 33% для РТР форме парапроктита.

В целом, подводя итог проведенному анализу, можно отметить, что больных СД, особенно у тех, кто имеет избыточный вес или значительную нейропатию, использование только физического осмотра считается нецелесообразным. Оценка местных клинических проявлений выявляет широкий спектр симптомов на основе анатомической формы локализации глубоких

парапроктитов. Так, для ИШР формы парапроктита доминирующими являются внешние клинические признаки заболевания. В то же время для больных с РТР и ПВР локализацией парапроктитов требуется подбор более тщательных и внимательных диагностических исследований. Данный аспект становится особенным у больных СД, у которых течение воспалительных процессов может быть нетипичным.

При оценке общего клинического состояния пациентов исследуемой группы особое внимание уделялось системным проявлениям воспалительного ответа в соответствии с критериями SIRS (синдром системного воспалительного ответа). В результате полученной статистики мы пришли к выводу, что у большого числа пациентов с парапроктитом (от 52% до 77%) в момент первичного осмотра перед госпитализацией наблюдались по несколько клинических признака системного воспалительного ответа, что указывает на высокую клиническую значимость парапроктита как местного, так и системного инфекционного процесса у пациентов с СД (таблица .2).

Таблица 2

Характер распределения частоты регистрации общих клинических проявлений глубоких парапроктитов у больных с сахарным диабетом

ОБЩИЕ (SIRS) ПРИЗНАКИ	ФОРМЫ ГЛУБОКИХ ПАРАПРОКТИТОВ		
	ИШР (n=17)	ПВР (n=19)	РТР (n=12)
Гипертермия (>38 °С)	10 (58,8 %)	12 (63,2 %)	10 (83,3 %)
Общая слабость / интоксикация	13 (76,5 %)	14 (73,7 %)	10 (83,3 %)
Частота дыхания > 20/мин	7 (41,2 %)	10 (52,6 %)	8 (66,7 %)
ЧСС > 90/мин	8 (47,1 %)	11 (57,9 %)	9 (75 %)

Наиболее частым генерализованным симптомом во всей когорте была общая слабость, признаки интоксикации и усталости (у 37 из 48 пациентов, 77%). Большинство из них жаловались на усталость и потливость, которые предшествовали местным симптомам на 1-2 дня в большинстве случаев, особенно у пациентов с ПВР и РТР формами заболевания. Например, пациент с РТР парапроктитом на фоне СД 2 типа сначала чувствовал общее недомогание и мышечную боль, принимая жаропонижающие препараты, а на следующий день ощутил дискомфорт в области таза.

Гипертермия (повышение температуры тела более +38 °С) была выявлена у 32 (66,7%) пациентов, чаще встречаясь при РТР парапроктите (10 из 12 случаев, 83,3%) и при ПВР форме (12 из 19 случаев, 63,2%). У 59% пациентов с ИШР формой температура поднялась более +38 °С; однако в 3 случаях она была ниже +37,2 °С, вероятно, из-за известного снижения иммунного ответа при СД.

Один из наиболее объективных признаков SIRS, тахипноэ (более 20 дыхательных движений в минуту), был зафиксирован у 25 (52%) пациентов. Этот признак часто наблюдался у пациентов с РТР локализацией парапроктита, в 8 (66,7%) из 12 случаев, и часто ошибочно интерпретировался как симптом скрытых респираторных расстройств. Мы столкнулись с клиническим случаем, когда пациент был направлен в пульмонологическое отделение с подозрением на пневмонию на фоне диагноза СД, и только с развитием лейкоцитоза и появлением тенезмов диагноз изменился на парапроктит.

Тахикардия (ЧСС >90 уд/мин) выявлена у 28 (58,3%) пациентов, преимущественно в группе с РТР формой парапроктита (в 9 наблюдениях, 75%). У некоторых пациентов частота сердечных сокращений была выше 100 ударов в минуту даже в состоянии покоя, связанная с самоощущаемым внутренним напряжением, страхом и нервозностью. Эта реакция часто наблюдалась у пациентов с гипогликемией или сопутствующей диабетической вегетопатией.

Общее количество SIRS-признаков для каждого пациента было важной оценкой и составило следующее: у пациентов с ИШР парапроктитом в среднем 2,2 критерия на пациента; в ПВР группе - 2,5 критерия; и при РТР локализации - 2,8 критерия на пациента.

Следовательно, можно считать, что чем больше анатомическая глубина воспаления и чем дальше фокусный центр удален от кожи, тем выше как частота системных расстройств, так и их клиническая тяжесть, что формирует риск ранней септической дисфункции более высокой

степени у пациентов с СД, требующий своевременного выявления и стратификации тяжести воспалительного ответа.

Анализ историй болезни больных исследуемой группы выявил наблюдения, что в момент поступления пациента в клинику можно было предположить о наличии угрожающие жизни осложнения, такие как НФ, гангрена Фурнье и обширные гнойные затеки. Так, например, некротизирующий фасциит (НФ) заподозренный до операции по изменению цвета кожи с пурпурно-синего на земляной серый, наличием пузырей, отсутствию боли, несмотря на заметную отечность, и зловонному запаху, была замечена в 20 из 48 случаев (41,7% от общего числа). Примером такого случая является 64-летний мужчина с 20-летним стажем СД 2 типа, и обследование выявило сильно отечный промежукоток с мраморной кожей, пятнистое потемнение и участки безболезненности (таблица 3).

Таблица .3

Характер и частота подозрений на тяжелые осложненные формы глубоких парапроктитов, сделанные до операции по данным клинических признаков

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ (ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПОДОЗРЕНИЕ)	ФОРМЫ ГЛУБОКИХ ПАРАПРОКТИТОВ		
	ИШР (n=17)	ПВР (n=19)	РТР (n=12)
Некротический фасциит	9 (52,9 %)	4 (21,1 %)	7 (58,3 %)
Гангрена Фурнье	3 (17,6 %)	2 (10,5 %)	1 (8,3 %)
Распространенные гнойные затеки (более 1 анатомической зоны)	7 (41,2 %)	6 (31,6 %)	9 (75,0 %)

Частота регистрации гангрены Фурнье была в основном при ИШР и ПВР парапроктите, как классическая мужская форма острой некротизирующей инфекции. Так, у 51-летнего больного были присущи жалобы на припухлость в области мошонки, развившейся за предыдущие 2 дня. При обследовании визуальные находки были локализованы в областях потемнения кожи и крепитации, несмотря на типичную, но вводящую в заблуждение легкую боль.

Что касается распространенных инфильтратов в виде затеков, то они были обнаружены нами у 22 пациентов (45,8%), среди которых у 75% из соответствующих РТР формы объективные визуальные и пальпируемые признаки были слабыми. Тем не менее, УЗИ и КТ показали, что поражение затронуло не только параректальную область, но и промежностную зону, ягодичцы, подвздошные и иногда околокопчиковых пространства. Инфильтрат, распространившийся в направлении крестца, был подозреваем у одного пациента после появления «давления в области копчика» и боли при сидении. Это подозрение впоследствии подтвердилось во время операции.

При обобщенной оценке было выявлено среднее число 1,4 ед. подозреваемых осложнений на 1 пациента при РТР, 1,1 ед. - при ИШР и 0,6 ед. при ПВР формах парапроктита.

В целом, мы можем заключить, что чем глубже фокус, тем выше вероятность того, что врач увидит в первые часы клинического наблюдения не просто воспалительный процесс, а его смертельно опасное осложнение. Следует отметить, что во всех вышеперечисленных утверждениях осложнений по данным записей истории болезни не был утверждением; это была клиническая предосторожность для быстрой постановки тактических решений и мобилизации диагностических ресурсов.

Таким образом, на основании проведенного исследования нами установлено, что клинические проявления глубоких парапроктитов у больных с СД характеризуются преобладанием системных признаков воспаления (гипертермия, тахикардия, слабость, признаки интоксикации) над локальными симптомами, особенно при ПВР и РТР локализации. Выявлена тенденция к атипичному и стертому дебюту заболевания, что затрудняет раннюю диагностику и способствует позднему поступлению. При ИШР формах, напротив, клиническая картина чаще носит острый характер с ярко выраженной локальной симптоматикой.

Выводы:

1. Результаты исследований по анатомическим формам локализации патологического процесса у 48 обследованных больных с глубокими парапроктитами показали, что ПВР форма парапроктита регистрировалась у 19 (39,6%), ИШР у 17 (35,4%) и РТР у 12 (25%).

2. Клинические проявления глубоких парапроктитов у больных с СД характеризуются преобладанием системных признаков воспаления: гипертермией (66,7%), тахикардией (58,3%), общей слабостью и интоксикацией (77%), учащенным дыханием (52%), при этом выраженность локальных симптомов снижалась по мере углубления анатомической формы воспалительного процесса, особенно при ПВР и РТР локализации. Выявленная тенденция к атипичному и стертому дебюту заболевания, затрудняет раннюю диагностику и способствует позднему обращению за медицинской помощью.

3. Установлено, что УЗИ и ректороманоскопия обладают ограниченной информативностью при пельвио- и РТР формах, тогда как применение КТ и МРТ обеспечивает высокую чувствительность (до 93-94 %) при уточнении локализации и распространенности гнойного процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Латышева Н.В., Мешалкин С.В. Гнойно-септические осложнения в колопроктологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 160 с.
2. Оганесян Г.Ю., Ибрагимов А.И. Анализ факторов неблагоприятного течения аноректальных флегмон у больных с метаболическим синдромом. // Проблемы хирургии. – 2020. – № 5. – С. 26–31.
3. Синицын А.В., Гаврилов В.В. Острые парапроктиты: клиника, диагностика, хирургическое лечение. // Хирургия. – 2021. – № 5. – С. 45–50
4. Трусов А.А., Власов П.А. Современная проктология: диагностика и лечение. — М.: Литтеппа, 2021. — 368 с.
5. García-Aguilar J., Belmonte C., Wong W.D. et al. Anal fistula surgery: factors associated with recurrence and incontinence // Dis. Colon Rectum. — 2016. — Vol. 39, No. 7. — P. 723–729
6. Golladay E.S., Keyashian K. Pelvic and perirectal abscess: clinical review and diagnostic approach // Surgical Infections. – 2019. – Vol. 20, No. 4. – P. 307–314.
7. Ismail A., Nelson R. Perirectal abscess and fistula-in-ano. // Clin Colon Rectal Surg. – 2020. – Vol. 33(4). – P. 220–225
8. Lee M.J., Sagar P.M. The challenges of managing complex anal sepsis. // Colorectal Dis. – 2021. – Vol. 23(8). – P. 2037–2044.
9. Lee M.J., Symons R. Perianal abscess: when is imaging necessary? // Emerg. Radiol. — 2019. — Vol. 26, No. 3. — P. 319–326
10. Ratto C., Litta F., Donisi L., Parello A. Contemporary management of anorectal sepsis // Colorectal Disease. – 2022. – Vol. 24, No. 5. – P. 545–553.

Поступила 20.06.2025