



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

6 (92) 2026

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
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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. ИЛЪЯСОВ
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. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (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
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (92)

2026

Июнь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-002.364

КОМБИНИРОВАННЫЙ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Наимова Шодия Мирмухсин кизи e-mail: naimova_shodiya@bsmi.uz

Болтаев Тимур Шавкатович e-mail: docboltaevtimur@mail.ru

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Проведено обследование 30 больных на клинической базе Бухарского Государственного медицинского института, в Бухарском городском медицинском объединении в двух группах, которым выполнен сравнительный анализ динамики биохимических показателей, скорости очищения, заживления ран и сроком пребывания на стационарном лечении с острым парапроктитом, показал оптимальную эффективность по сравнению с традиционными методами. Разработанный нами метод применения в комплексе лечения острого парапроктита ультрафиолетовым облучением послеоперационной раны в сочетании с санацией послеоперационной раны 25% раствором димексид ускорило течение фаз заживления и сократило время стационарного пребывания на 2-3 суток.

Ключевые слова: парапроктит, послеоперационные раны, инфекции, димексид, ультрафиолетовое облучение.

ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИ ДАВОЛАШНИНГ КОМБИНАЦИЯЛАШГАН ФИЗИК-ХИМИК УСУЛИ

Наимова Шодия Мирмухсин қизи e-mail: naimova_shodiya@bsmi.uz

Болтаев Тимур Шавкатович e-mail: docboltaevtimur@mail.ru

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Бухоро давлат тиббиёт институти клиник базасида, Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмасида 30 нафар бемор икки гуруҳда текширувдан ўтказилди, уларда биохимик кўрсаткичлар динамикаси, тозалаш тезлиги, жараларнинг битиши ва ўтқир парапроктит билан стационар даволашига келиш муддатлари қиёсий таҳлил қилиниб, анъанавий усулларга нисбатан оптимал самарадорлик кўрсатилди. Биз томонимиздан ишлаб чиқилган ўтқир парапроктитни операциядан кейинги жароҳатни ультрабинафша нурлари билан даволаш мажмуасида қўллаш усули операциядан кейинги жароҳатни 25% димексид эритмаси билан санация қилиш билан биргаликда битиш фазаларининг кечишини тезлаштирди ва стационарга ётқизиш вақтини 2-3 кунга қисқартирди.

Калит сўзлар: парапроктит, операциядан кейинги жароҳатлар, инфекциялар, димексид, ультрабинафша нурланиш.

A COMBINED PHYSICOCHEMICAL APPROACH TO THE TREATMENT OF ACUTE PARAPROCTITIS

Naimova Shodiya Mirmuhsin qizi e-mail: naimova_shodiya@bsmi.uz

Boltaev Timur Shavkatovich e-mail: docboltaevtimur@mail.ru

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

This study evaluated the effectiveness of a combined physicochemical treatment method for acute paraproctitis. A total of 30 patients treated at the clinical base of the Bukhara State Medical Institute and the Bukhara City Medical Association were enrolled and divided into two groups. A comparative analysis was performed to assess the dynamics of biochemical parameters, wound cleansing rate, wound healing process, and duration of hospital stay. The results demonstrated that the proposed treatment approach was more effective than conventional treatment methods. The developed protocol included postoperative ultraviolet irradiation of the surgical wound combined with wound sanitation using a 25% Dimexide solution. This combined therapy accelerated the wound-healing process, promoted faster progression through the phases of tissue repair, and reduced the length of hospitalization by 2–3 days.

Keywords: acute paraproctitis, postoperative wound, wound healing, infection, Dimexide, ultraviolet irradiation.

Актуальность

Острый парапроктит является одним из наиболее распространённых гнойно-воспалительных заболеваний в колопроктологии и составляет значительную долю среди неотложных хирургических патологий аноректальной области [2,8]. Несмотря на совершенствование методов диагностики и хирургического лечения, частота послеоперационных осложнений, рецидивов и формирования хронических параректальных свищей остаётся высокой. Это обуславливает необходимость поиска новых, более эффективных и малоинвазивных методов лечения данной патологии [3,7,10].

Традиционная хирургическая тактика при остром парапроктите направлена на вскрытие и дренирование гнойного очага, однако использование только хирургического вмешательства не всегда обеспечивает полноценную санацию тканей и профилактику повторного инфицирования. В последние годы всё большее внимание уделяется комбинированным методам лечения, включающим физические и химические способы воздействия на воспалительный процесс [1,4].

Применение физико-химических методов позволяет усилить антибактериальный эффект, улучшить микроциркуляцию, ускорить очищение раны от некротических тканей и стимулировать процессы регенерации. Использование современных антисептических растворов, локальной обработки, лазерных технологий, ультразвуковой кавитации и других методов способствует сокращению сроков лечения и снижению риска осложнений [5].

Особую актуальность данная проблема приобретает в связи с ростом антибиотикорезистентности микроорганизмов, увеличением числа пациентов с иммунодефицитными состояниями, сахарным диабетом и сопутствующей хронической патологией [7,9]. В этой связи разработка и внедрение комбинированного физико-химического метода лечения острого парапроктита представляются перспективным направлением современной колопроктологии [6].

Таким образом, изучение эффективности комбинированного физико-химического метода лечения острого парапроктита имеет важное научное и практическое значение, поскольку направлено на улучшение результатов лечения, снижение частоты осложнений и повышение качества жизни пациентов.

Целью исследования: явилось улучшение результатов лечения острого парапроктита использования патогенетически обоснованной схемы местного применения физико-химического метода санацией 25% раствором димексида с последующей УФО раны.

Материал и методы

Проанализированы результаты обследования и лечения 30 больных с острым парапроктитом различной локализации, поступивших в хирургическое отделение Бухарского городского медицинского объединения в 2025–2026 годах.

В соответствии с задачами исследования все больные были условно разделены на 2 группы. Из 30 обследованных больных в I группу вошли 16 (53,3%) пациентов с острым парапроктитом, которым применялся традиционный метод лечения (группа сравнения). Из них у 4 (25%)

пациентов были с подкожным видом парапроктита, у 3 (18,7%) больных с интрасфинктерным расположением, у 5 (31,3%) больных с ишиоректальным расположением, у 1 (6,3%) больного пельвиоректальным расположением и у 3 (13,7%) больных с ретроректальным расположением гнойника. Все больные поступили в клинику в I-ой фазе раневого процесса.

У I-ой группы больных при лечении использовались водорастворимые мази под повязкой как традиционный метод лечения.

Общее состояние больных с парапроктитом в большинстве случаев при поступления было относительно удовлетворительным. Все они жаловались на общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39,5⁰С, нарушения сна и отсутствие аппетита. Из местных симптомов отмечалась резкая болезненность, особенно при акте дефекации, боль и отек часто вызывал задержку мочеиспускания и болезненные, частые позывы в туалет. Отмечались также умеренная или выраженная гиперемия кожи и отечность тканей. Повторно определялась глубокая болезненная инфильтрация. При подкожной форме нащупывался болезненный инфильтрат. Более 95% больных поступили в сроке от 3 до 5 суток после первых признаков развития данной патологии.

Всем больным с острым парапроктитом в день поступления в экстренном порядке была выполнена операция-вскрытие и санация гнойной полости антисептическими растворами с последующим дренированием полости гнойника. Более 75% операций проводились под внутривенным обезболеванием. При подкожных формах парапроктита доступ обычно осуществляется через кожу промежности. При ишиоректальных, тазово-прямокишечных и ретроректальных формах операция проводилась технически более сложным и широким доступом. Необходимо отметить, что дальнейшая лечебная тактика больных, как с подкожными формами расположения гнойного очага, так и с более глубокими формами расположения гнойного очага была аналогична. После выполнения основных принципов лечения гнойных очагов, промывание антисептическими растворами и антибиотикотерапии с учетом чувствительности флоры проводилось местное применение водорастворимой мази Левомеколь с наложениями повязок. Вместе с применением ежедневных перевязок с промыванием раны антисептиками и приёмом обезболивающих препаратов, также назначались сидячие теплые ванночки и диета с профилактикой запоров.

Следует отметить, что учитывая патогенетические особенности и их лечение, больные, поступившие в клинику с острым парапроктитом с сопутствующими заболеваниями сахарного диабета в исследуемые группы не включены. Из 16 больных I группы у 9 (56,3%) была развита подкожная жировая клетчатка. Необходимо отметить, что большинство больных поступивших с острым гнойным парапроктитом страдали ожирением различной степени.

Во II группе обследованных 14 больных были с острым гнойным парапроктитом без сахарного диабета. Из них у 2 (14,3%) пациентов были с подкожным видом парапроктита, у 2 (14,3%) больных с интрасфинктерным расположением, у 6 (42,8%) больных с ишиоректальным расположением, у 2 (14,3%) больных пельвиоректальным расположением и у 2 (14,3%) больных с ретроректальным расположением гнойника. Все больные поступили в клинику в I-ой фазе раневого процесса.

Этим больным традиционный метод дополнялись ежедневным местным применением комбинированного лечения методами ультрафиолетовым облучением ртутно-кварцевой лампой в по 2 биодазах (Дальфелда-Горбачева), которые обладают иммуностимулирующим влиянием, бактерицидным и противовоспалительным действием, стимулируют активность клеточного деления, десенсибилизирующим и общеукрепляющим действием. В сочетании с 25% ного раствора Димексида (диметилсульфоксид), который обладает противовоспалительным и выраженным местнообезболивающим свойством, проявляет бактериоцидные свойства, служит как ингибитор свободнорадикальных реакций в тканях, усиливает проникновения через кожу лекарств, изменяет чувствительность микрофлоры, резистентность к антибиотикам.

Результат и обсуждения

Одним из характерных критериев оценки раневого процесса было определения уровня микробной обсемененности, выявления видового состава микрофлоры и сроков их очищения. Выявленный видовой состав микробов, высеянных из экссудата инфицированных ран больных с острым парапроктитом больных I группы приведены в табл. №1.

В большинстве случаев – у 14 пациента высеивался патогенный стафилакокк, из 6 (19,3%) в виде монокультуры и 8 25,8%) в ассоциациях. В 15 наблюдениях высеивались кишечные палочки,

которые в 5(16,1%) случаях присутствовали в виде монокультуры и 10 (32,2%) в составе микробной ассоциации. У большинства больных из раны, которых выявлена кишечная палочка, были больные с подкожным расположением гнойного очага. Эта цифра составила 21 наблюдений, что составляет 67,7% случаев от общего количества больных, выявленных штаммами кишечной палочки из раневых выделений. Следующим по частоте высеваемости был протей в 8 наблюдениях. Из них 3(9,6%) в виде монокультуры и 5(16,1%) в составе микробной ассоциации.

Таблица 1.

Видовой состав микробов, высеянных из экссудата инфицированных ран больных с острым парапроктитом I группы (n=16)

Виды микроорганизма	Монокультура (%)	В ассоциациях (%)	Общая количество штаммов
Стафилококки	6(19,3%)	8(25,8%)	14
Киш.палочка	5(16,1%)	10(32,2%)	15
Протей	3(9,6%)	5(16,1%)	8
Энтерококки	3(9,6%)	3(9,6%)	6
Стрептококки	2(6,4%)	1(3,2%)	3
Синегнойная пал.	1(3,2%)	1(3,2%)	2
Кл. высеянных штаммов	23(74,1%)	28(90,3%)	48

Энтерококки в 6 наблюдениях, по 3(9,6%) в виде монокультуры и ассоциации соответственно, стрептококки в 3 наблюдений, 2(6,4%) монокультуры и в ассоциации 1(3,2%) случаев и синегнойная палочка 1(3,2%) пациентам в виде монокультуры и 1(3,2%) случаев в составе микробной ассоциаций.

Динамический контроль анализа результатов уровня показателя интоксикации организма больных с острым парапроктитом I группы выявили следующие:

Таблица № 2

Динамика показателей интоксикации у больных с острым парапроктитом контрольной I группы (n=16)

Показатели	1 день поступления	3 день поступления	5 день поступления	7 день поступления	9-10 день поступления
t° тела	38.5±0.4	37.8 ±0.3	37.2±0.5	36.8±0.4	36.6±0.3
L крови п x 10 ⁹ /л	10±0.5	9.2±0.6	7.4±0.4	7.0±0.3	6.6±0.5
МСМ	0.190±0.017	0.162±0.019	0.154±0.014	0.135±0.012	0.102±0.014
ЛИИ	2.4±0.13	1.9±0.17	1.7±0.11	1.5±0.14	1.2±0.11
СОЭ	45±2.4	38.2±3.1	32.3±2.5	28±2.1	16.2±2.2

Как видно из таблицы, впервые сутки лечения температура тела больных составила в среднем 38.5⁰С±0.4. Содержания лейкоцитов крови было равно в среднем 10±0.5 x 10⁹/л. Объём средних молекул составил в среднем 0.190±0.017ед. Аналогично к этому отмечалось повышение показателей ЛИИ и СОЭ до 2.4±0.13 и 45±2.4 соответственно.

Повышенный уровень МСМ, L, ЛИИ а также СОЭ указывает на выраженный эндотоксикоз у данной категории больных.

На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижения данных показателей температуры тела с 38.5 до 37.8 ±0.3.

Лейкоциты крови снизились в среднем до 9.2±0.6 x 10⁹/л. Объём средних молекул составил в среднем 0.162±0.019 ед. Аналогично этому отмечалось понижения показателей ЛИИ иСОЭ до 1.9±0.17 и 38.2±3.1 соответственно.

К пятым суткам лечения у обследованных больных контрольной группы с с острым парапроктитом сохранился незначительный субфебрилитет 37.2±0.5⁰С. При этом по показателям интоксикации организма: МСМ,L,ЛИИ а также СОЭ крови отмечались их дальнейшее снижение, то есть шла тенденция в сторону нормализации 0.154±0.014ед; 7.4±0.4 x 10⁹/л; 1.7±0.11; 32.3±2.5.

К седьмым суткам лечения эти цифры, хотя и имели тенденцию к дальнейшему снижению, однако сохранялись выше нормы.

При дальнейшем лечении и наблюдении к десятым суткам все анализируемые показатели интоксикации кроме СОЭ крови были в пределах нормы.

У больных, анализируемой I группы, очищение раны от инфекции происходило в среднем 5 суток. К третьим суткам отмечалось рассасывание инфильтративных процессов в ране. Начало появления грануляции при этом отмечено в среднем к шестым суткам. Эти данные подтверждены цитологическими исследованиями. Так, на третьи сутки в цитологических препаратах определялось большое количество деструктивно и дегенеративно измененных лейкоцитов с преимущественно незавершенным и извращенным типом фагоцитоза.

На пятые сутки цитологическая картина носила большей частью воспалительный и воспалительно-регенераторный характер, и лишь к седьмым суткам констатировался преимущественно регенеративный тип цитогрaмм:

Таблица 3.

Сроки очищения и заживления у больных I группы с (n=16)

Динамика раневого процесса	Сутки
Сроки очищения от инфекции	4.5±0.5
Рассасывание инфильтрата	3.0±0.5
Появления грануляции	6.5±0.5
Начало появления эпителизации	8.0±0.5

Таким образом, анализ полученных результатов больных с острым парапроктитом с учетом требования сегодняшнего дня неудовлетворительные, т.е. показатели основных критериев оценки и динамики раневого процесса – позднее очищение раны от инфекции (лишь к 5 суткам лечения), начало появления грануляции к 6-7 суткам лечения, начало появления эпителизации к 8-9 суткам лечения, а также недостаточная коррекция насыщения кислородом тканей раны на 10-е сутки лечения (восстановления лишь на 89.9%) остаётся желать лучшего.

Биохимические показатели раневого экссудата нормализовались только к 10-м суткам лечения больных контрольной группы составило 11.5±0.7 дней. Всё это диктует необходимость дополнительных мероприятий для лечения острого парапроктита. Положительная регрессия раневого процесса показывает относительную эффективность многокомпонентной терапии в виде местного применения водорастворимых мазей.

При изучении бактериологического исследования гнойного очага острого парапроктита 14 больных II группы были представлены таблицей 4 у 17 пациентов, у которых высевался патогенный стафилококк, из 5 (15,6) в виде монокультуры и 7 (21,8) в ассоциациях. В 7 наблюдениях высевались кишечные палочки, которые в 4 (12,5) случаях присутствовали в виде монокультуры и 5 (15,6) в составе микробной ассоциации.

Следующим по частоте высеваемой был протей 6 наблюдений. Из них 3(9,3) в виде монокультуры и 4(12,5) в составе микробной ассоциации. Стрептококки в 4 наблюдений, 2 (6,2) монокультуры и в ассоциации 3 (9,3) случаев и синегнойная палочка 2 пациентам в виде монокультуры 1 (3,1) и 2(6,2) ассоциации.

Таблица 4.

Видовой состав микробов, высеянных их экссудата инфицированных ран больных с острым парапроктитом I группы (n=14)

Виды микроорганизма	Монокультура	В ассоциациях	Общие количество штаммов
Стафилококки	5(15,6%)	7(21,8%)	12
Кишечная палочка	4(12,5%)	5(15,6%)	7
Протей	3(9,3%)	4(12,5%)	6
Стрептококки	2(6,2%)	3(9,3%)	4
Синегнойная палочка	1(3,1%)	2(6,2%)	2
Количество высеянных штаммов	15(46,8%)	21(65,6%)	36

Динамический контроль уровня микробной обсемененности гнойных ран II группы выявил следующее: в момент поступления микробная обсемененность раны была сопоставима с первой

группой и составила 10^8 мт/г. После применения нашего метода обработки ран она снизилась на 4 порядка, в процессе комбинированного метода лечения отмечалось дальнейшее её снижение и уже к 2-3 суткам лечения микробная обсемененность раны у этих больных была на уровне и ниже критического уровня. Результаты изучения показателей интоксикации и видовой состав микробов, высеянный из экссудата инфицированных ран у больных с острым парапроктитом II группы, отражены в таблице 5.

На фоне комплексного лечения больных II группы к 3 суткам рН раневой среды составила 4.9 ± 0.3 , то есть отмечен сдвиг в нейтральную сторону. Отмечено уменьшения площади раневой поверхности в среднем на $2.5 \pm 0.6\%$ на третьи сутки. Содержание белка в раневом экссудате уменьшилось в среднем до 52.8 ± 2.2 г/л. Пересчет ПК выявил рост в среднем до 1.2 ± 0.03 ед. На пятые сутки лечения рН раневой среды была ближе к нейтральной среде 6.0 ± 0.4 . Суточный процент уменьшения площади раневой поверхности составил в среднем $3.5 \pm 0.4\%$. Белок раневого экссудата снизился в среднем 46.2 ± 2.0 г/л. При этом ПК по М.Ф.Мазурику был равен 1.6 ± 0.03 ед.

Таблица 5.

Динамика показателей интоксикации у больных с острым парапроктитом II группы (n=14)

Показатели	1 день поступления	3 день поступления	5 день поступления	7 день поступления	9-10 день поступления
t°C тела	39.5 ± 0.5	37.2 ± 0.4	36.6 ± 0.3	36.4 ± 0.2	36.4 ± 0.2
L крови п х 10^9 /л	11.2 ± 0.4	9.8 ± 0.3	6.8 ± 0.3	6.4 ± 0.3	5.5 ± 0.2
МСМ	0.226 ± 0.022	0.138 ± 0.15	0.104 ± 0.1	0.075 ± 0.008	0.055 ± 0.007
ЛИИ	2.8 ± 0.15	1.3 ± 0.11	1 ± 0.12	0.8 ± 0.05	0.6 ± 0.04
СОЭ	47 ± 4.1	37.2 ± 3.2	24 ± 2.4	10 ± 0.9	8 ± 0.6

Таблица 6.

Видовой состав микробов, высеянных из экссудата инфицированных ран больных с острым парапроктитом II группы (n=14)

Показатели	1 день поступления	3 день поступления	5 день поступления	7 день поступления	9-10 день поступления
РН раневой поверхности	4.1 ± 0.4	4.9 ± 0.3	6.0 ± 0.4	6.8 ± 0.3	7.0 ± 0.4
%уменьшения раневой поверхности	0	2.5 ± 0.6	3.5 ± 0.4	3.8 ± 0.5	4.0 ± 0.4
Белок экссудата раны (г/л)	61.1 ± 1.1	52.8 ± 2.2	46.2 ± 2.0	-	-
Общий белок крови	52.4 ± 2.8	60.5 ± 2.6	65.4 ± 2.4	71.8 ± 2.6	76.2 ± 2.4
ПК по М.Ф.Мазурику	1.02 ± 0.04	1.2 ± 0.03	1.6 ± 0.03		

На пятые сутки лечения рН раневой среды была ближе к нейтральной среде 6.0 ± 0.4 . Суточный процент уменьшения площади раневой поверхности составил в среднем 3.8 ± 0.5 . К 9-10 суткам лечения рН раневой поверхности имело стойкое нейтральное значение. Уменьшения площади раневой поверхности достигло в среднем до $4.0 \pm 0.4\%$.

Местное сочетание применения ультрафиолетового облучения и санации раны 25% раствором Димексида при лечении гнойных очагов при остром парапроктите способствовало полному очищению раны от инфекции к 2-3 суткам от начала лечения. Ко вторым суткам наблюдалось активное рассасывание инфильтрата вокруг раны. Начало появления грануляции было отмечено к 4 суткам лечения, а эпителизация к 5-м суткам: таблица 7.

Таблица 7.

Сроки очищения и заживления раны у больных II группы (n=14)

Динамика раневого процесса	Сутки
Сроки очищения от инфекции	2±0.3
Рассасывания инфильтрата	2±0.2
Появления грануляции	4.5±0.4
Начало появления эпителизации	5.5±0.3

Сравнительный анализ показателей I группы, пролеченных под повязками с мазью левомеколь, и во II группе, где применялись физико-химические методы местного воздействия ультрафиолетового облучения в соответственных биодозах и санации раны 25% раствором Димексида при лечении гнойных ран, выявили достоверное опережение улучшения их во II группе на 2-3 сутки, чем в I группе.

Таблица 8.

Сравнительный анализ сроков очищения и заживления ран I и II группы больных

Динамика раневого процесса	I группа в сутках	II группа в сутках
Сроки очищения от инфекции	4.5±0.5	2±0.3
Рассасывания инфильтрата	3.0±0.5	2±0.2
Появления грануляции	6.5±0.5	4.5±0.4
Начала появления эпителизации	8.0±0.5	5.5±0.3

Таким образом, сравнительный анализ динамики биохимических показателей скорости очищения и заживления раны у больных острым парапроктитом I- II группы выявил следующее: применение для местного лечения ультрафиолетового облучения в соответственных биодозах в сочетании 25% раствором Димексида в комплексе лечения является оптимальным эффективным методом. При этом средняя продолжительность лечения больных II группы составила 5.8±0.3 дней.

Выводы

1. Разработанный метод применения в комплексе местного лечения острого парапроктита ультрафиолетовым облучением раны и санация гнойной раны 25% раствором Димексида показал, что комбинированное использование этих методов является эффективным способом лечения.
2. Комбинированное применение физико-химических методов с использованием УФО лучей и 25% раствора димексида при лечении гнойных очагов при остром парапроктите сокращает среднее пребывание больных в стационарном лечении на 2-3 суток. Этот метод имеет экономическую эффективность.
3. Это позволяет рекомендовать представленный метод для широкого применения в отделениях хирургического профиля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А. Колопроктология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 560 с.
2. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 864 с.
3. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Руководство по колопроктологии. М.: Литтерра; 2019. 640 с.
4. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg. 1976;63(1):1-12. doi:10.1002/bjs.1800630102.
5. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. Dis Colon Rectum. 2011;54(12):1465-1474.
6. Ommer A, Herold A, Berg E, Fürst A, Post S, Ruppert R, et al. German S3 guidelines: anal abscess and fistula (second revised version). Langenbecks Arch Surg. 2017;402(2):191-201. doi:10.1007/s00423-017-1563-z.
7. Nelson RL. Anorectal abscess fistula: what do we know? Surg Clin North Am. 2002;82(6):1139-1151.
8. Abcarian H. Anorectal infection: abscess-fistula. Clin Colon Rectal Surg. 2011;24(1):14-21.
9. Белоусова Е.А., Алиев С.А. Современные методы местного лечения гнойных ран. Хирургия. 2020;(4):45-50.
10. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 768 с.

Поступила 20.05.2026