

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №3 (23)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 3 (23)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

| | |
|-------------------|---------------|
| Абдурахманов Д.Ш. | (Самарканд) |
| Абдурахманов М.М. | (Бухара) |
| Ахмедов Р.М. | (Бухара) |
| Баландина И.А. | (Россия) |
| Бахронов Ж.Ж. | (Бухара) |
| Бернс С.А. | (Россия) |
| Газиев К.У. | (Бухара) |
| Деев Р.В. | (Россия) |
| Дустова Н.К. | (Бухара) |
| Зокирова Н.Б. | (Ташкент) |
| Казакова Н.Н. | (Бухара) |
| Калашникова С.А. | (Россия) |
| Каримова Н.Н. | (Бухара) |
| Курбонов С.С. | (Таджикистан) |
| Маматов С.М. | (Кыргызстан) |
| Мамедов У.С. | (Бухара) |
| Мирзоева М.Р. | (Бухара) |
| Миршарапов У.М. | (Ташкент) |
| Набиева У.П. | (Ташкент) |
| Нуралиев Н.А. | (Хорезм) |
| Наврузов Р.Р. | (Бухара) |
| Нарзиева Д.Ф. | (Бухара) |
| Орипов Ф.С. | (Самарканд) |
| Орипова Ф.Ш. | (Бухара) |
| Одилова Г.Р. | (Бухара) |
| Очилов К.Р. | (Бухара) |
| Раупов Ф.С. | (Бухара) |
| Рахмонов К.Э. | (Самарканд) |
| Рахметов Н.Р. | (Казахстан) |
| Рахматова С.Н. | (Бухара) |
| Султонова Л.Дж. | (Бухара) |
| Сайдуллаев З.Я. | (Самарканд) |
| Удочкина Л.А. | (Россия) |
| Файзиев Х.Б. | (Бухара) |
| Хамдамова М.Т. | (Бухара) |
| Хамдамов И.Б. | (Бухара) |
| Ходжаева Д.Т. | (Бухара) |
| Худойбердиев Д.К. | (Бухара) |
| Халлоков Ф.К. | (Бухара) |
| Шодиева М.С. | (Бухара) |
| Эшонов О.Ш. | (Бухара) |

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**Рузимурадов Н.Б., Дусияров М.М., Хужабаев С.Т., Рустамов И.М.**

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

***Резюме.** Анаэробный парапроктит относится к наиболее тяжелым и потенциально жизнеугрожающим формам гнойно-воспалительных заболеваний аноректальной области. Его течение нередко отличается молниеносным распространением инфекции по фасциальным пространствам, выраженной эндотоксикацией, высоким риском сепсиса и полиорганной недостаточности, а также значительной частотой осложнений и повторных операций. В мировой клинической практике сохраняются сложности ранней диагностики (стертое начало, быстрое прогрессирование), выбора оптимального объема и кратности хирургической санации, а также рациональной антибактериальной и интенсивной терапии с учетом растущей антибиотикорезистентности и полимикробного характера анаэробных инфекций. Поэтому изучение и внедрение современных подходов — раннего распознавания, своевременной радикальной хирургической тактики, мультимодальной интенсивной терапии, целенаправленной антианаэробной антибиотикотерапии и современных методов локального контроля очага — остается крайне актуальным для снижения летальности, частоты инвалидизирующих последствий и длительности стационарного лечения.*

***Ключевые слова.** Острый парапроктит, анаэробный вид, диагностика, хирургическое лечение.*

ACUTE PARAPROCTITIS: MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT**Ruzimuradov N.B., Dusiyarov M.M., Khujabaev S.T., Rustamov I.M.**

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

***Resume.** Anaerobic paraproctitis is one of the most severe and life-threatening forms of purulent-inflammatory diseases of the anorectal area. Its course is often characterized by the lightning-fast spread of infection through the fascial cavities, a high risk of severe endotoxemia, sepsis, and multiple organ failure, as well as a significant frequency of complications and repeated operations. In world clinical practice, early diagnosis, selection of the optimal volume and frequency of surgical rehabilitation, as well as rational antibacterial and intensive therapy, taking into account the antibiotic resistance and polymicrobial nature of anaerobic infections, remain complex. Therefore, the study and implementation of modern approaches - early detection, timely radical surgical tactics, multimodal intensive therapy, targeted antianaerobic antibiotic therapy, and modern methods of local focus control - remain very relevant for reducing mortality, the frequency of disabling outcomes, and the duration of hospital stay.*

***Keywords.** Acute paraproctitis, anaerobic manifestation, diagnosis, surgical treatment.*

ЎТКИР ПАРАПРОКТИТ: ДИАГНОСТИКА ВА ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАРИ**Рузимурадов Н.Б., Дусияров М.М., Хўжабаев С.Т., Рустамов И.М.**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд ш., Ўзбекистон

***Резюме.** Анаэроб парапроктит аноректал соҳанинг йирингли-яллигланиши касалликларининг энг оғир ва ҳаёт учун хавфли шакллариға киреди. Унинг кечилиши кўпинча инфекциянинг фассиал бўшлиқлар бўйлаб яшин тезлигида тарқалиши, кучли эндотоксикация, сепсис ва полиорган этишмовчилигининг юқори хавфи, шунингдек, асоратлар ва такрорий операцияларнинг сезиларли частотаси билан ажралиб туради. Жаҳон клиник амалиётида эрта ташиxis кўйилиши, хирургик санациянинг оптимал ҳажми ва карралигини танлаши, шунингдек, анаэроб инфекцияларнинг антибиотикларға чидамлилиги ва полимикроб табиатини ҳисобға олган ҳолда рационал антибиотиклар ва интенсив терапияни ўтказиши мураккаблигича қолмоқда. Шу сабабли, замонавий ёндашувларни - эрта аниқлаш, ўз вақтида радикал жарроҳлик тактикаси, мултимодал интенсив терапия, мақсадли антианаэроб антибиотик терапияси ва ўчоқни маҳаллий назорат қилишининг замонавий усулларини ўрганиши ва жорий этиши ўлим даражасини, ногиронликка олиб келадиган оқибатлар частотасини ва касалхонада даволаниши муддатини камайтириши учун жуда долзарб бўлиб қолмоқда.*

***Калит сўзлар.** Ўткир парапроктит, анаэроб кўриниши, диагностикаси, хирургик давоси.*

Актуальность темы исследования. Степень разработанности проблемы анаэробного парапроктита в мировой литературе достаточно высока, однако остается неоднородной и во многом дискуссионной. Значительный вклад в изучение патогенеза, микробиологических особенностей и клинического течения анаэробных инфекций мягких тканей внесли работы Itzhak Brook, в которых подробно показана роль облигатных анаэробов, их ассоциаций с аэробной флорой и значение своевременной антианаэробной терапии. Исследования Dennis L. Stevens акцентируют внимание на быстром прогрессировании некротизирующих форм инфекции, необходимости ранней агрессивной хирургической тактики и комплексного интенсивного лечения, что имеет прямое отношение к тяжелым формам анаэробного парапроктита.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных анаэробным парапроктитом.

Материал и методы. С 2011 по 2025 гг. в отделении колопроктологии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета проведено исследование, основанное на анализе результатов диагностики и лечения 124 пациентов с анаэробным парапроктитом.

При анализе причин поздней госпитализации выявлено, что подавляющее большинство пациентов обращаются за помощью только после самостоятельных попыток консервативного лечения – 118 (95,1%), реже, – 6 (4,9%) - в связи с ошибками диагностики амбулаторных хирургов.

Каждый больной при поступлении проходил клиническое обследование, анализировались жалобы и анамнез заболевания, оценивалось их общее состояние. Локальный статус исследовался визуально и пальпаторно. Производилось пальцевое исследование прямой кишки и влажалищное исследование.

Связь гнойника с прямой кишкой была четко установлена у 45 больных (36,2%). У 67 больных (54,1%) рана или раны сообщались с анальным каналом, точнее, с его задней стенкой. В 65 (52,4%) случаях это был подкожный ход – зонд направлялся в сторону ануса и почти свободно, под кожей, проникал в просвет кишки, то есть свищ был интрасфинктерный.

В 57 (45,9%) случаях ход свища направлялся почти параллельно стенке заднего прохода, и между ним и анусом определялась толстая прослойка тканей сфинктера – формировался сложный экстрасфинктерный свищ. Пальцевое исследование прямой кишки выполнялось у всех больных в периоде заживления послеоперационных ран. В 45 случаях (36,2%) сообщения раны с анальным каналом выявлялось либо уже сформировавшееся внутреннее отверстие гнойного хода в виде слегка болезненного углубления на задней стенке анального канала, либо это был болезненный уплотненный участок. Обнаружение внутреннего свищевого отверстия или подозрение на него у большинства больных свидетельствовало о том, что АП есть осложненная форма обычного острого парапроктита, а не какая-то отдельная специфическая нозология.

Тем не менее, в 38 (30,6%) случаях при передней локализации гнойника было невозможно определить сразу или заподозрить впоследствии связь раны с прямой кишкой, и возможно, в данных случаях речь идет, действительно, о болезни (гангрене) Фурнье.

Бактериологическое исследование проведено у всех оперированных больных. Забор материала для исследования осуществлялся при помощи предварительной пункции основного очага шприцом, из которого удалялся воздух. Забор ткани для морфологического анализа производился из глубины очага. Структура выделенных штаммов микроорганизмов представлена в таблице 1.

Таблица 1

Состав микрофлоры у больных острым анаэробным парапроктитом

| Микроорганизм | Частота выявления, n (%) |
|----------------|--------------------------|
| Clostridium | 51 (41,1%) |
| Staphylococcus | 6 (4,8%) |
| Streptococcus | 7 (5,6%) |
| Proteus | 11 (8,8%) |
| Escherichia | 58 (46,8%) |
| Pseudomonas | 2 (1,6%) |
| Actinomycetes | 16 (12,9%) |

Наиболее часто выделялась грамотрицательная флора, среди которой преобладала кишечная палочка. Кишечная палочка выявлялась в 46,8% случаев. Основным анаэробным возбудителем оказалась клостридиальная инфекция (41,1%). При этом, важно отметить, что у 28 (22,6%) пациентов отмечалась полимикробная этиология патологического процесса.

Образование свищей после операции наблюдалось в сроки от 6 до 12 месяцев, и отмечено у 57 (45,9%) больных. Из них 28 (49,1%) человек были повторно успешно оперированы в клинике и еще 13 (22,8%) больных были оперированы по месту жительства. Недостаточность функции анального сфинктера различной степени наблюдалась в отдаленные сроки после хирургического лечения у 19 (23,1%) больных. Им была назначена консервативная терапия (проведение гимнастики анального сфинктера и мышц тазового дна), а в ряде случаев параллельно с лечебной физкультурой проводили мышечную электростимуляцию в амбулаторных условиях с положительным результатом.

Результаты и их обсуждение. Оперативное вскрытие анаэробного гноя промежности выполнялось только под интубационным наркозом или спинальной анестезией. Это не только исключало болевой синдром во время травматичного вмешательства у тяжелых больных, но и позволяло сохранить режим ИВЛ на необходимые сроки послеоперационного периода, в чем нуждалось подавляющее большинство пациентов. Длительность ИВЛ определялась не столько газовым составом крови, сколько восстановлением водно-электролитного баланса, нормализацией метаболических показателей и клинической картиной стихания проявлений интоксикации, обязательно контролируемые суммой баллов по системе SAPS.

Вмешательство осуществлялось через широкий разрез по всей выявленной площади воспалительных изменений. Это позволяло провести тщательную интраоперационную ревизию с оценкой объема поражения мягких тканей, оценить демаркацию между видимыми на глаз поврежденными и здоровыми тканями, обнаружить возможные карманы и затеки, которые в конце операции дренировались.

Суть самой операции состояла в скрупулезном тотальном удалении всех нежизнеспособных тканей, без лимитирования таких действий, ни размерами, ни конфигурацией образующейся раны, так как основной задачей в этот момент являлось спасение жизни больного.

Критерием жизнеспособности образовавшейся раневой поверхности служила отчетливая капиллярная кровоточивость тканей (Рисунок 1).

В качестве завершающего этапа в сомнительных случаях у 22 (17,7%) пациентов применялся следующий прием: разворачивались края раны, на них укладывались марлевые шарики и фиксировались к неповрежденной коже, что позволяло обеспечить хороший визуальный контроль (Рисунок 2).

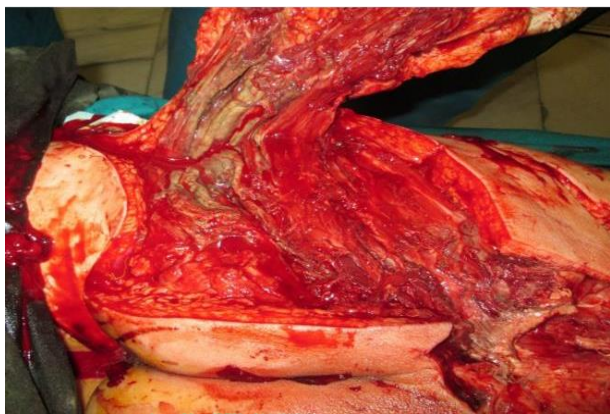


Рис. 1. Пациент Д 39 лет. Интраоперационная фотография этапа некрэктомии по поводу анаэробного парапроктита с распространением на правое бедро.



Рис. 2. Пациент М., 61 лет. Интраоперационная фотография этапа ушивания раны с визуализацией краев.

Вировавшихся небольших участков лизированных тканей во время повторных перевязок возникла у 97 (78,2%) из 124 пациентов, а ликвидация вновь сформировавшихся гнойных затеков различной локализации – у 48 (38,7%) пациентов.

В попытке определения реального распространения площади патологических изменений было отмечено одно важное обстоятельство – над всей зоной подкожных воспалительных изменений происходили нарушения кожного капиллярного кровотока.

Выводы.

1. Выявлены предикторы летального исхода при анаэробном парапроктите и подтверждено, что факторами летального исхода явились госпитализация в сроки более 7 суток ($p=0.001$), объем поражения более 160 см^3 ($p=0.0023$) и глубина поражения на уровне мышц (миозит) ($p=0.002$).

2. ROC анализом выявлены неблагоприятные факторы прогноза лечения анаэробного па-

рапроктита, повышение С-реактивного белка выше 120 мг/л и пресепсина 740 пг/мл на 5 сутки после операции, а также гипертермия выше 38,3 °С и лейкоцитоз 10,7х10⁹/л.

Список литературы:

1. Brown S.R., Tiernan J.P., Watson A.J.M. Energy devices versus conventional excisional hemorrhoidectomy: short-term outcomes analysis // *Colorectal Disease*. 2020;22(11):1684–1692.
2. Sazonov A.A., Maistrenko N.A., Romashchenko P.N., Makarov I.A. Comprehensive assessment of hemorrhoidectomy with lateral ultrasonic dissection in the “cut” mode // *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2021;23(3):17–22.
3. Wang J., Zhao B., Li Y. Ultrasonic scalpel versus LigaSure hemorrhoidectomy: randomized clinical trial // *International Journal of Surgery*. 2021;92:106042.
4. Maistrenko N.A. et al. Hemorrhoidectomy using modern high-energy devices: ultrasonic techniques effectiveness // *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova*. 2022;181(4):45–52.
5. Sazhin V.P., Korneev A.A. Early postoperative pain and wound healing after ultrasonic hemorrhoidectomy // *Techniques in Coloproctology*. 2022;26(8):623–630.
6. Zhang H., Chen X., Liu P. Comparison of postoperative complications after ultrasonic and monopolar hemorrhoidectomy // *BMC Surgery*. 2023;23:118.
7. Hemorrhoidectomy with lateral ultrasonic dissection in cutting mode in patients with stages 3–4 hemorrhoids // *Koloproktologia*. 2024;23(2):85–92.
8. Ardanakin A.G. Обоснование эффективности геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме резания: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова; 2025.

Для цитирования: Рузимурадов Н.Б., Дусияров М.М., Хужабаев С.Т., Рустамов И.М. Острый парапроктит: современные подходы диагностики и хирургического лечения // *Вестник фундаментальной и клинической медицины*. – 2026. – № 3(23). – С. 48–51. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18847264>