

Development of a therapeutic and diagnostic algorithm for selecting treatment strategies for patients with deep paraproctitis in the context of diabetes mellitus.

Kasimov Adxam Lutfullayevich

Akhmadjonov Javokhir Uktamalivich

Zhuraev Ganisher Gulomovich

Andijan State Medical Institute, Andijan, Republic of Uzbekistan.

Ubaydullaev Bahromjon Olimovich

Head of the Surgical Department of Davlatabad City Hospital of Namangan Region.

Abstract. Deep paraproctitis in patients with diabetes mellitus is characterized by a severe clinical course and a high risk of purulent-necrotic complications. This study presents a stepwise diagnostic and therapeutic algorithm for selecting the optimal treatment strategy in this patient population, based on a risk stratification scoring system incorporating clinical, laboratory, and instrumental parameters. The analysis included 101 patients treated in surgical hospitals between 2010 and 2025. The proposed algorithm enables personalization of diagnostic and surgical management and improves the rationale for clinical decision-making.

Keywords: deep paraproctitis; diabetes mellitus; diagnostic and therapeutic algorithm; risk stratification; purulent surgery; surgical strategy.

Разработка лечебно-диагностического алгоритма выбора тактики лечения больных с глубокими парапроктитами на фоне сахарного диабета.

Касимов Адхам Лутфуллаевич¹, Ахмаджонов Жавохир Уктамаливич¹, Жураев

Ганишер Гуломович¹, Убайдуллаев Бахромжон Олимович²

¹Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Республика Узбекистан.

²Заведующий хирургическим отделением Давлатабадской городской больницы Наманганской области

Аннотация. Глубокие парапроктиты у больных сахарным диабетом характеризуются тяжелым течением и высоким риском гнойно-некротических осложнений. В работе представлен поэтапный лечебно-диагностический алгоритм выбора тактики лечения данной категории пациентов, основанный на системе балльной стратификации риска с учетом клинических, лабораторных и инструментальных показателей. Анализ проведен у 101 больного, находившегося на лечении в хирургических стационарах в период с 2010 по 2025 годы. Применение предложенного алгоритма позволяет персонализировать объем диагностических и хирургических мероприятий и повысить обоснованность клинических решений.

Ключевые слова: глубокий парапроктит; сахарный диабет; лечебно-диагностический алгоритм; стратификация риска; гнойная хирургия; хирургическая тактика.

Актуальность. Современное понимание патогенеза и клинического течения глубоких парапроктитов у больных с СД требует отхода от шаблонных лечебных схем в пользу персонализированных алгоритмов, учитывающих как анатомические особенности воспалительного процесса, так и метаболический фон пациента. Стратегия «вскрытие и дренирование» при данной категории больных часто оказывается недостаточной без учета таких факторов, как декомпенсация гликемии, выраженность микроангиопатии и наличие анаэробной флоры. Это обуславливает необходимость внедрения алгоритмов стратификации риска и поэтапных диагностико-хирургических решений.

Цель исследования: разработать лечебно-диагностический алгоритм выбора тактики лечения глубоких парапроктитов у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов лечения 101 больного с глубокими парапроктитами на фоне сахарного диабета, находившиеся на лечении и обследовании в проктологических и в отделениях гнойной хирургии Андижанской областной многопрофильной клиники и Наманганской городской больницы в период с 2010 по 2025 годы. Все пациенты проходили стандартизированный клинический осмотр с оценкой жалоб, анамнеза, физикального статуса. Проводились визуальная и пальпаторная оценка состояния тканей промежности и параректальной области; пальцевое ректальное исследование и аноскопия/ректороманоскопия. Инструментальные методы включали в себя: УЗИ мягких тканей промежности, параректального пространства, таза, КТ органов таза с контрастированием по показаниям, МРТ - при сложных формах или диагностических затруднениях.

Результаты и их обсуждение. Разработанная система балльной стратификации риска была интегрирована в поэтапный лечебный алгоритм, формируя тем самым целостный лечебно-диагностический алгоритм выбора тактики лечения больных с глубокими парапроктитами у больных СД («Способ лечения глубоких парапроктитов у больных сахарным диабетом»), основной задачей данного алгоритма является не только оценка степени тяжести состояния, но и поэтапная оптимизация диагностических и лечебных мероприятий с учетом индивидуального профиля риска, определяемого совокупностью параметров. Применение шкалы предусматривает постепенное, последовательное вовлечение факторов на каждом этапе наблюдения от момента первичного осмотра до послеоперационного периода.

Разработанный лечебно-диагностический алгоритм включает в себя конкретные шаги, которые объединяют 18 диагностических параметров и принятия решения в выборе хирургической тактики у больных с глубокими парапроктитами на фоне СД.

На первом этапе лечебно-диагностического алгоритма (первичный осмотр при первичном обращении больного в клинику согласно условиям разработки, производят ориентировочную оценку по ключевым клиническим признакам (срок от начала клинических признаков заболевания, выраженность локального процесса, количество вовлеченных анатомически зон, наличие гнилостного отделяемого и общее состояние пациента). Одновременно фиксируются легко доступные лабораторные показатели, такие как: температура тела, ЧСС, уровень глюкозы и, при возможности, экспресс-значение HbA1c. На этом этапе определяются параметры, находящиеся в зоне высокого или критического риска, особенно если они касаются сроков диагностики, выраженности симптомов и метаболической нестабильности. При суммарной оценке от 2 до 5 баллов показано дообследование больного под пристальным наблюдением в динамике. Однако при наличии ≥ 6 баллов показан немедленный переход ко второму этапу, то есть более расширенному и целенаправленному обследованию.

На второй этапе обследования проводится прицельное исследование следующих лабораторных показателей крови: СРБ, ПКТ, ЛИИ, альбумин, D-димер, показатели коагулограммы. Наравне с этим проводятся визуализирующие методы исследования: УЗИ малого таза, КТ или МРТ при необходимости. При обнаружении очага деструкции показано проведение диагностической пункции, при необходимости под прицелом УЗИ с обязательным микробиологическим исследованием содержимого. На данном этапе количество исследуемых параметров достигает от 12 до 14 наименований, что повышает диагностическую

точность методов исследования. Подведения черты определения риска можно стратифицировать при уровне баллов 12 и выше. При таком значении пациенты могут быть включены в группу с высоким риском осложненного течения.

На следующем, третьем этапе, формируется этап хирургической тактики определяющий план объема операции. При наличии суммарного значения баллов ниже 18 показано выполнение вскрытие и дренирование гнойного очага с последующим динамическим наблюдением в условиях хирургического отделения. Однако при нарастании количества баллов и констатации наличия высокого и критического прогностического уровня риска, показано применение более расширенного объема хирургического вмешательства: санационная ревизия или вторичная ХОГО, формирование разгрузочной колостомы, дренирование нескольких анатомических зон с последующим контролем течения раневого процесса. Больные с данным состоянием должна продолжать лечение в условиях ОРИТ.

Четвертый этап алгоритма определяет оценку течения послеоперационного периода, что может так же констатировать возможность регресса воспалительного и гнойно-некротического процесса. Наравне с этим нарастание балльной нагрузки диктует о необходимости проведения повторной хирургической обработки гнойного очага с расширением некрэктомии.

Таким образом, подводя итог перечисленным этапам алгоритма можно констатировать наличие интегрированного подхода как диагностических мероприятий, так и хирургических методов лечения у больных с глубокими парапроктитами на фоне СД. Наравне с этим, полученные данные позволяют констатировать наличие гибкости и вариативности при выборе тактики лечения. Разработанная система не только расширяет возможности прогнозирования и стратификации риска, но и является удобным инструментом клинического

принятия решений. В следующем параграфе мы приводим сравнительную оценку эффективности применения предложенного алгоритма в основной группе пациентов по сравнению с традиционным подходом, используемым в контрольной группе, что позволяет объективно оценить его клиническую значимость.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Колесников А.В., Плотникова Е.Ю. Организация стационарной медицинской помощи: эффективность, ресурсообеспеченность и пути оптимизации. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2018. — № 4. — С. 5–12.
2. Брусенцов М.Ю., Дьяченко П.Н. Алгоритмы ведения больных с хирургической инфекцией на фоне сахарного диабета. — М.: Практика, 2022. — 288 с.
3. Kim J.T., Lee H.S., Park J.S. et al. Treatment strategy and prognosis for perianal necrotizing fasciitis: a multicenter study // Ann. Surg. Treat. Res. — 2020. — Vol. 98, No. 4. — P. 183–190
4. Tonetti G., Cassetta M., Ricciardi W. et al. Early multidisciplinary approach reduces mortality in patients with Fournier’s gangrene: a retrospective analysis over a 10-year period // Int. J. Colorectal Dis. — 2019. — Vol. 34, No. 4. — P. 635–643;