

Б.Б. Сафоев, А.Я. Рахимов, Т.Э. Икромов, Ж.Д. Рахматуллаев

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 274 больных с аппендикулярным перитонитом на Бухарском филиале Республиканского экстренного научного центра медицинской помощи за 2020 г. В зависимости от времени поступления в стационар все больные условно разделены на следующие подгруппы: в 1А - подгруппа (n=195) которые поступали в стационар до 8 часов от начала заболевания и выполнена аппендэктомия, в 1Б- подгруппа (n=75) которые поступали в стационар до 20 часов от начала заболевания и была выполнена аппендэктомия с дренированием брюшной полости, во 1В- подгруппа (n=4) которые поступали в стационар до 36 часов от начала заболевания, была выполнена аппендэктомия с санацией и дренированием брюшной полости. Анализ полученных результатов выявил, что проведение ранней диагностики и выполнение операции является более эффективным способом.

Ключевые слова: перитонит, стационар, аппендэктомия, брюшной полости, дренирование, диагностика.

THE COURSE OF PERITONITIS IN THE HOT REGIONS OF UZBEKISTAN

B.B. Safoev, A.Ya. Rakhimov, T.E. Ikromov, J.D. Rakhmatullaev

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume

A retrospective analysis of the medical records of 274 patients with appendicular peritonitis at the Bukhara branch of the Republican Emergency Scientific Center of Medical Care for 2020 was carried out. Depending on the time of admission to the hospital, all patients are conditionally divided into the following subgroups: in 1A - subgroup (n=195) who were admitted to the hospital up to 8 hours from the onset of the disease and underwent appendectomy, in 1B - subgroup (n=75) who were admitted to the hospital up to 20 hours from the onset of the disease and underwent appendectomy with abdominal drainage, in 1B - subgroup (n=4) who were admitted to the hospital up to 36 hours from the onset of the disease, appendectomy with sanitation and drainage of the abdominal cavity. An analysis of the results revealed that early diagnosis and surgery is more effective.

Key words: peritonitis, hospital, appendectomy, abdominal cavity, drainage, diagnosis.

ЎЗБЕКИСТОННИНГ ИССИҚ МИНТАҚАЛАРИДА ПЕРИТОНИТНИНГ КЕЧИШИ

Б.Б. Сафоев, А.Я.Рахимов, Т.Э. Икромов, Ж.Д. Рахматуллаев

Бухоро Давлат Тиббиёт Институти

✓ Резюме

Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказининг Бухоро филиалида аппендикуляр перитонит билан оғриган 274 нафар беморнинг 2020 йилдаги касаллик тарихларининг ретроспектив таҳлили ўтказилди. Касалхонага қабул вақтида қараб, барча беморлар шартли қуйидаги кичик гуруҳларга бўлинади: касаллик бошланишидан 8 соат қадар касалхонага қабул қилинди 1А - кичик гуруҳ (n=195) ва касаллик бошланганидан бошлаб 20 соат ичида касалхонага қабул қилиниб, аппендектомия, қорин бўшлигини дренажлаш операцияси ўтказилган 1Б - кичик гуруҳ (n=75), 1В - кичик гуруҳ (n=4) касалхонага касаллик бошланганидан 36 соат ичида касалхонага ётқизиilib аппендэктомия, қорин бўшлиги санацияси ва дренажлаш операцияси ўтказилган. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, эрта таъхислаш ва операция ўтказиш яхши натижа келтиради.

Калит сўзлар: перитонит, шифохона, аппендектомия, қорин бўшлиги, дренаж, таъхис.

Актуальность

Перитонит, как осложнение острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости встречается у 15-30% пациентов [4]. До настоящего времени проблема лечения перитонита по-прежнему остается одной из самых актуальных в связи с высоким уровнем летальности, который, несмотря на постоянно совершенствующиеся методы лечения и использование современных антибактериальных препаратов, не имеет тенденции к снижению и колеблется в широком диапазоне от 18,3% до 62,8% [1,2,4]. Перитонит является полимикробным заболеванием с участием широкого спектра анаэробных и аэробных грамотрицательных микроорганизмов. Присоединение к аэробным микроорганизмам анаэробов обычно усугубляет течение гнойно-воспалительного процесса. За последние десятилетия выявлены существенные изменения чувствительности основных возбудителей распространенного гнойного перитонита к антимикробным препаратам [1,4]. С увеличением продолжительности применения того или иного антибиотика и эмпирическим подходом в лечении возросла частота устойчивых форм в микробных популяциях, а в результате введения в практику новых препаратов расширился спектр резистентности и сформировались множественно устойчивые штаммы [1].

Успех в лечении такого серьезного заболевания как перитонит обеспечивается комплексом лечебных мероприятий, одним из которых является антибактериальная терапия. Известно, что нерациональное применение антибиотиков в послеоперационном периоде существенно ухудшает результаты лечения, увеличивая уровень неблагоприятных исходов [2,4]. Для проведения рациональной антибактериальной терапии необходимо точное и быстрое определение чувствительности к широкому спектру антибиотиков. Поэтому в настоящее время

большое значение приобретает разработка новых методов экспресс-диагностики микрофлоры при перитоните с идентификацией доминирующих возбудителей и прогнозированием их вероятной динамической смены. Это позволит значительно ускорить переход к избирательной этиотропной антибактериальной терапии и избежать неблагоприятных последствий длительного необоснованного применения антибиотиков широкого спектра действия [3].

Цель. улучшить результаты хирургического лечения больных с перитонитом путем изучения влияния жаркого климата на процесс развития перитонита.

Материалы и методы

Было обследовано 274 больных в Бухарском филиале Республиканского экстренного научного центра медицинской помощи за 2020г. С учетом проведенного метода операции все обследованные больные условно были распределены на условные подгруппы. В первую А подгруппу составили 195 (71,2%) больных аппендикулярным перитонитом поступившие до 8 часов от начала приступа и выполнена операция аппендэктомия, первую Б подгруппу составили 75 (27,4%) больных аппендикулярным перитонитом поступившие до 20 часов от начала приступа и выполнена операция аппендэктомия с дренированием брюшной полости, первую В подгруппу составили 4 (1,4%) больных аппендикулярным перитонитом поступившие до 36 часов от начала приступа, выполнена операция аппендэктомия с санацией и дренированием брюшной полости. Для однородности групп в исследовании отобраны больные в возрасте от 18 до 45 лет, которые не имели сопутствующих заболеваний. По степени патологических изменений в червеобразном отростке определяли согласно классификации В.С. Савельева, которые приведены в табл. 1.

Таблица 1.

Частота и вид патологических изменений на червеобразном отростке в 1А подгруппе.

Вид изменения	Количество пациентов	%
катаральный	31	15,9
флегмонозный	164	84,1
Всего	195	100

Частота и вид патологических изменений на червеобразном отростке в 1Б подгруппе.

Вид изменения	Количество пациентов	%
флегмонозный	53	70,7
гангренозный	22	29,3
Всего	75	100

Частота и вид патологических изменений на червеобразном отростке в 1В подгруппе.

Вид изменения	Количество пациентов	%
флегмонозный	1	25
гангренозный	2	50
гангренозно - перфоративный	1	25
Всего	4	100

Всем больным этой группы выполнен разрез с точки Мак-Бурнея по Дьяконов – Волковичу.

При поступлении больных большое внимание уделялось сбору анамнеза. Выяснялись сведения о болевом синдроме, длительности существования боли, характере и локализации болей, их интенсивности. Оценивалось присутствие тошноты, рвоты, сухости во рту, температуры тела. При осмотре пациента визуально оценивали цвет кожных покровов и слизистых оболочек. Объективное исследование включало: пальпаторное определение перитонеальных симптомов. Всем больным проводилась из инструментальных; ультразвуковое исследование, рентгенография брюшной

полости. Из лабораторных исследований; общий анализ крови, общий анализ мочи, определение индекса интоксикации. На основании клинических и лабораторных обследования всем больным было решено произвести оперативное вмешательство: аппендэктомия. Из 274 (100%) первой группы больных были мужчины-203(74,1%) из них в первую А подгруппу составили-78(38,4%) больных, первую Б подгруппу- 81(39,9%), первую В подгруппу-44(21,7), из общего числа женщин была-71(25,9%), из них в первую А подгруппу составили-29(40,8%) больных, первую Б подгруппу- 25 (36,2%), первую В подгруппу-17 (24,0%). По полу, возрасту, длительности течения заболевания подгруппы больных были синхронными. (табл.2)

Таблица 2.

Группы пациентов в зависимости от видов оперативного лечения

Показатель	От всего количества (n=274)	Первая А подгруппа (n=195)	Первая Б подгруппа (n=75)	Первая В подгруппа (n=4)
% Мужчин	74,1	38,4	39,9	21,7
% Женщин	25,9	40,8	36,2	24,0
Средний возраст	31,5±10,1	27,4±7,1	39,1±5,1	23,3±6,5
Длительность от начало аппендикулярных симптомов (часы)	28,3±8,2	8,4±2,3	15,4±4,8	32,4±3,6

Отказа пациентов от оперативного вмешательства не выявлено. Все операции проводились под местной-96 (35,0%) и внутривенной-178(65,0%) (причиной к этому являлось желание пациентов и возбужденное

состояние больных) анестезии. Всем пациентам послеоперационном периоде проводилась комплексная медикаментозная терапия, включающая в себя коррекцию нарушений электролитно-водного обмена,

введение антибиотиков и ежедневное смена повязок.

Результат и обсуждение

Для сравнения подгруппами мы выделили следующие критерии:

- длительность оперативного вмешательства и анестезии.

- продолжительность пребывания в стационаре.
 - наличие осложнений в раннем послеоперационном периоде.
- Полученные результаты отражены в табл.3и 4

Таблица 3.

Сравнительная характеристика I-II группы.

Критерии сравнения	Первая А подгруппа	Первая Б подгруппа	Первая В подгруппа	Средне м
Длительность операции (минут)	$37 \pm 8,2$	$48 \pm 5,2$	$58 \pm 7,5$	$47,5 \pm 7,0$
Продолжительность пребывания в стационаре (день)	$3 \pm 1,4$	$4 \pm 2,4$	$7,8 \pm 0,9$	$4,9 \pm 1,6$

Как видно при сравнении данных таблицы № 3, средняя продолжительность операций, выполненных первой А подгруппе больных в среднем составляла 47,5 минут, во первой В подгруппе больных время длительности

операций занимало до 58 минут. По нашему мнению, это связано с перитонеальными осложнениями, которые существенно влияли на время операции, а также минимализация травматичности операции. (Таб.4)

Таблица 4.

Сравнительная характеристика осложнений основной группы больных.

Критерии сравнения	Первая А подгруппа	Первая Б подгруппа	Первая В подгруппа	Среднем
Нагноение раны	2(1,0%)	11(14,8%)	2 (50,0%)	15(5,5%)
Гематома	1(0,5%)	0(0%)	0(0%)	1(0,4%)
Инфильтрат раны	3(1,5%)	5(6,8%)	1(25,0%)	9(3,3%)

Из Таб.4 следует отметить нагноение раны в первой А подгруппе наблюдали-2(1,0%) больных, первой Б подгруппе - 11(14,8%) и первой В подгруппе -2 (50,0%). Гематома в послеоперационном периоде у основной

группе больных в среднем встречались в 0,4% случаях, Инфильтрат раны послеоперационном периоде наблюдалась у 3,3% случаях.

Таблица 5.

Динамика сравнительной оценки показателей интоксикации I группа больных

Критерии сравнения	1-сутки	2-сутки	4-сутки	5-сутки	7-сутки
Температура тела	$37,7 \pm 1,1$	$37,4 \pm 0,8$	$37,2 \pm 0,6$	$37,0 \pm 0,5$	$36,6 \pm 0,2$
Пульс	$92,0 \pm 8,0$	$88,0 \pm 7,5$	$86,0 \pm 5,5$	$82 \pm 4,5$	$76 \pm 4,0$
Лейкоциты	$14,7 \pm 3,8$	$12,5 \pm 4,4$	$10,4 \pm 3,1$	$8,7 \pm 1,2$	$8,4 \pm 1,0$
СОЭ	$22,5 \pm 3,2$	$21,2 \pm 3,3$	$20,1 \pm 3,5$	$18,5 \pm 3,7$	$15,8 \pm 1,8$
Лимфоциты	$32,1 \pm 5,2$	$30,5 \pm 4,7$	$28,7 \pm 3,7$	$25,5 \pm 4,2$	$23,1 \pm 2,6$
Молекула средней массы($\lambda = 254$ нм) усл. Ед.	$0,84 \pm 0,02$	$0,72 \pm 0,02$	$0,61 \pm 0,01$	$0,49 \pm 0,04$	$0,35 \pm 0,02$
Лейкоцитарный индекс интоксикации	$7,7 \pm 1,2$	$6,8 \pm 1,3$	$5,5 \pm 1,1$	$4,1 \pm 0,5$	$2,7 \pm 0,9$

В Таблице 5 приведена динамика показателей интоксикации основной группы больных, из которых видно, что в первой группе при поступлении частота пульса в среднем было 92 уд. в минуту, температура тела составила в среднем 37,7°C после произведенного оперативного и консервативного лечения показатели стали уменьшаться, приравнялась к норме (5 суткам). Остальные лабораторные показатели, отражающие ответную реакцию организма на воспалительные процессы, уравнились к норме к 7 суткам после госпитализации больных в стационар.

Вывод

Таким образом, проблема лечения и ранняя диагностика острого аппендицита в зависимости от сроков поступления больных и хирургический подход больным с учетом, осложнённых распространённым перитонитом, ещё остаётся из ведущих задач хирургов экстренной помощи. Предметом дискуссии остаётся вопрос о выборе адекватной хирургической тактики, когда необходимо учитывать не только этиологию, распространённость и характер микрофлоры в брюшной полости, но и степень эндогенной интоксикации и полиорганную недостаточность, прогноз заболевания. На наш взгляд наиболее эффективными являются комплексные методы динамической санации брюшной полости при распространённом перитоните. Применение методов ежедневной динамической послеоперационной санации брюшной полости существенно сокращает многих послеоперационных осложнений.

LIST OF REFERENCES:

1. Abdulkhakimov A.A. Endovideosurgical methods in the treatment of acute appendicitis complicated by peritonitis: Abstract of the thesis ... cand. Medical Sciences / Moscow State University of Medicine and Dentistry. Moscow, 2011.-25 p. <https://www.dissercat.com>
2. Averin V.I., Sevkovsky I.A., Svirsky A.A. Appendicular peritonitis: laparoscopy or laparotomy? // Topical issues of purulent-septic surgery. Collection of articles. -2019.- C.201-204 <https://rucont.ru/efd/496272>
3. 3Akilov Kh.A., Urmanov N.T., Primov F.Sh., Dzhuraev J. and others. Experience in the treatment of acute appendicitis in Tashkent // Children's surgery.-2019.-№3.- C.157-160 <https://doi.org/10.18821/1560-9510-2019-23-3-157-160>
4. Alekberzade A.V., Lipnitsky E.M. Acute appendicitis: Study guide for medical students. - М.: Publishing house of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov. -2017. - 38 p. <https://www.sechenov.ru>
5. Alexandrov, V.G. Features of tactics and organization of treatment of patients with postoperative peritonitis in provincial municipal health care institutions [Text] / V.G. Aleksandrov // Author. diss. Cand. honey. Sciences. - 2004. - 23p. <https://www.dissercat.com>
6. Bayzharkinova A.B., Aibasov N.B., Orynbaeva E.A., Kurmangaliev K.B., Gumarov B.Zh., Tayshibaev K.R. Surgical aspects of appendicular infiltration // Medical Journal of Western Kazakhstan. 2009. No. 4 (24). S. 87-90.
7. Baranov D.A., Ptitsyn V.A., Gurvich L.S., Minakov O.A., Koryashkin P.V. Modern causes of late diagnosis of acute appendicitis in children. // Pediatric surgery. 2017; 21 (4): 185-189. <https://cyberleninka.ru>
8. Basnaev U.I., Mikhailichenko V.Yu., Karakursakov N.E., Kislyakov V.V., Basnaeva A.D. On the issue of enteral nutrition in patients with appendicular peritonitis // TMBV. 2019. No. 1. <https://www.dissercat.com>
9. Borisov AE, Levin LA, Peshekhonov SI The structure of mortality in acute surgical diseases of the abdominal cavity and the role of endovideosurgical technology in its reduction // Endoscopic surgery. 2009. No. 1. S. 87-88. <https://cyberleninka.ru>
10. B.B.Safoev, A.Ya. Rakhimov. Monograph. Acute appendicitis Bukhara 2018, page 182. <https://www.bsmi.uz>
11. B.B.Safoev, A.Ya. Raximov. Monograph /Surgical aspects of acute appendicitis Bukhara- 2019, p-173. <https://www.bsmi.uz>

поступила 09.05.2021