



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

12(50)2022

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
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)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**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)

12 (50)

2022

декабрь



Received: 20.11.2022
Accepted: 29.11.2022
Published: 20.12.2022

УДК 617.553-002.3-07-089

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБРЮШИННЫХ АБСЦЕССОВ

Матмуротов К.Ж., Кучкаров А.А., Атажанов Т.Ш., Якубов И.И.

Ташкентская медицинская академия.

✓ Резюме

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных с абсцессами брюшного пространства за счёт применения малоинвазивного метода.

Материал и методы исследования: В данное исследование проанализированы данные лечения 45 больных с гнойными заболеваниями брюшного пространства, которые получили стационарное лечение в отделение гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2019–2022 гг. **Результаты и их анализ:** Выполненное у 45 пациентов вмешательство по данной методике явилось окончательным у всех больных. Расширение объема вмешательства не потребовалось ни в одном случае. Средняя длительность лечения составила $3,2 \pm 4,6$ к/д. Летальных исходов в представленной группе больных не было. Все пациенты после выписки находятся под нашим наблюдением. Рецидивы инфекционных осложнений в анамнезе у пациентов не выявлены. **Выводы:** Данный метод хирургического лечения является высоко эффективным, технически выполним на базе любого хирургического стационара, экономически целесообразен, так как не требует приобретения дополнительного оборудования. При применении данного метода вмешательства существенно снижается длительность стационарного лечения больного, меньше травматичности, а летальность и осложнения значительно уменьшаются.

Ключевые слова: малоинвазивный доступ; ультразвуковой точка доступа; брюшной абсцесс.

РЕТРОПЕРИТОНЕАЛ АБСЦЕССЛАРНИ КАМИНВАЗИВ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Қ.Ж. Матмуротов, А.А. Қўчқоров, Т.Ш. Атажонов, И.И. Ёқубов

Тошкент тиббиёт академияси

✓ Резюме

Ишнинг мақсади: ретроперитонеал ҳўппоз билан озриган беморларни каминвазив усул ёрдамида жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш. **Тадқиқот материали ва усуллари:** Ушбу тадқиқотда 2019–2022 йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиниксининг йирингли жарроҳлик бўлимида стационар даволанган ретроперитонеал бўшлиқнинг йирингли касалликлари билан озриган 45 нафар беморнинг даволаш маълумотлари таҳлил қилинди. **Натижалар ва уларнинг таҳлили:** Ушбу усулга мувофиқ 45 беморда амалга оширилган аралашув барча беморларда якуний бўлди. Ҳар қандай ҳолатда ҳам амалиёт кўламини кенгайтириш талаб қилинмади. Даволашнинг ўртача давомийлиги $3,2 \pm 4,6$ кун ташиқил қилди. Тақдим этилган беморлар гуруҳида ўлимга олиб келадиган натижалар қайт этилмади. Касалхонадан чиқарилгандан сўнг барча беморлар бизнинг назоратимизда бўлди. Беморларда амалиётдан сўнг, инфекция асоратлари қайт этилмади. **Хулоса:** Жарроҳлик даволашнинг ушбу усули юқори самарадорлиги, ҳамда ҳар қандай жарроҳлик шифохонаси асосида техник жиҳатдан қийинчиликсиз амалга оширилиши мумкин, қолаверса иқтисодий жиҳатдан мақсадга мувофиқдир, чунки у



қўшимча ускуналар ва ортиқча харажатни талаб қилмайди. Ушбу аралашув усулидан фойдаланганда беморнинг стационар даволашни муддати сезиларли даражада камаяди, камроқ шикастланади ва ўлим ва асоратлар сезиларли даражада камаяди.

Калит сўзлар: малоинвазив, ултратовушли текишириш нуқтаси, ретроперитонеал ҳўппоз.

MINIMALLY INVASIVE TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF RETROPERITONEAL ABSCESES

K.J. Matmurotov, A.A. Kuchkarov, T.Sh. Atajonov, I.I. Yakubov

Tashkent Medical Academy

✓ Resume

Purpose of work: to improve the results of surgical treatment of patients with retroperitoneal abscesses through the use of a minimally invasive method. **Material and methods of research:** This study analyzed the treatment data of 45 patients with purulent diseases of the retroperitoneal space, who received inpatient treatment in the department of purulent surgery of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy in 2019–2022. **Results and their analysis:** The intervention performed in 45 patients according to this technique was final in all patients. Expansion of the scope of intervention was not required in any case. The average duration of treatment was 3.2 ± 4.6 days. There were no lethal outcomes in the presented group of patients. All patients after discharge are under our supervision. Patients had no history of recurrence of infectious complications. **Conclusions:** This method of surgical treatment is highly effective, technically feasible on the basis of any surgical hospital, economically feasible, since it does not require the purchase of additional equipment. When using this method of intervention, the duration of inpatient treatment of the patient is significantly reduced, less traumatic, and mortality and complications are significantly reduced.

Key words: minimally invasive access; ultrasonic access point; retroperitoneal abscess.

Актуальность

Забрюшинный (ретроперитонеальный) абсцесс – ограниченное скопление гноя, расположенное между задним листком брюшины и внутрибрюшинной фасцией. Гнойники могут быть одиночными, при этом достигать значительных объемов, или множественными. Диагностика последних вызывает трудности в связи с малыми размерами образований и стёртой клинической картиной [1,8,13].

Абсцессы могут образовываться вследствие травм, операций, перфорации полого органа, метастазирования инфекции из соседних структур. После плановых полостных операций гнойники возникают в 0,8% случаев, после экстренных — в 1,5%. Заболевание встречается преимущественно у лиц 20-40 лет. В 75% случаев абсцессы располагаются внутри- или забрюшинно, в 25% — внутриорганно [1,3,5,15]. Пиогенная флора абсцессов чаще полимикробная, сочетающая аэробные (кишечную палочку, протей, стафилококки, стрептококки и др.) и анаэробные (клостридии, бактероиды, фузобактерии) микробные ассоциации.

Задняя зона ЗБП расположена между фронтальной почечной фасцией и поперечной фасцией, покрывающей изнутри заднюю стенку брюшной полости. К абсцессам этой локализации относятся:

поддиафрагмальные – образуются в тканях клетчатки под диафрагмой. Диафрагма имеет форму купола, под которым возникает отрицательное давление, вследствие чего наблюдается эффект присасывания к нему гнойного компонента при прободении аппендикса, разлитом перитоните, ранении брюшной полости [3,5,9].

околопочечные – могут располагаться между передними и задними листками почечной фасции как с левой, так и с правой стороны. Причиной формирования этого типа абсцессов ЗБП становятся травмы околопочечной клетчатки, прорыв почечных гнойников, воспаление аппендикса при ретроцекально (позади слепой кишки) расположенном червеобразном отростке [12,14,15].

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний брюшинного пространства остается сложной проблемой, в частности проблемой выбора метода лечения и своевременного его оказания. При осложненном течении заболевания, когда на фоне гнойного абсцесса развивается брюшинного флегмона, летальность достигает 28–80% [10,13,15]. Экстренное оперативное вмешательство – единственный оправданный метод лечения, позволяющий выполнить ревизию брюшинного пространства [3,5,12,14].

В настоящее время все более широкое распространение получают малоинвазивные методы лечения. Дренирование брюшинных абсцессов из миниинвазивного доступа является малоинвазивным методом и применяется как альтернатива открытой операции, особенно у больных, находящихся в тяжелом состоянии [2,5]. Однако этот метод не всегда обеспечивают адекватный отток гноя в связи с анатомическим расположением гнойного очага и объемом гнойной полости, в частности у больных с сахарным диабетом [13,15].

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных с абсцессами брюшинного пространства с применением малоинвазивного метода.

Материал и методы

В данном исследовании были проанализированы результаты лечения 45 больных с гнойными заболеваниями брюшинного пространства, которые получили стационарное лечение в отделение гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2019–2022 гг.

Возраст больных среди женщин варьировал от 19 до 65 и в среднем составил 51,5 лет; среди мужчин возраст варьировал от 22 до 72 и составил 58 лет. Распределение больных по полу и возрасту представлено на рисунке 1.

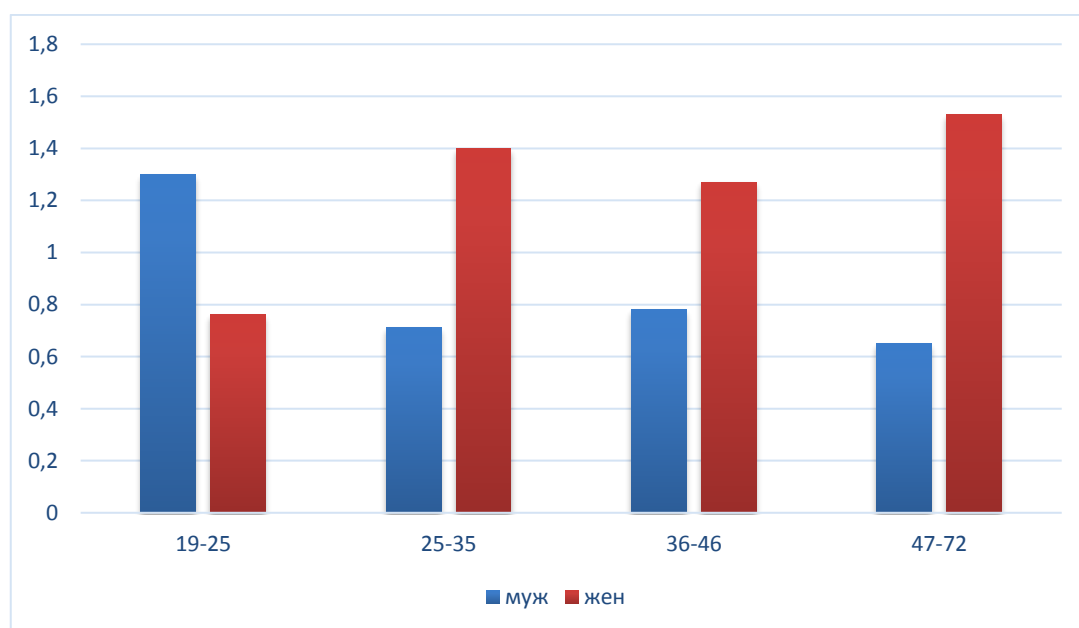


Рис.1. Распределение больных по полу и возрасту

Сахарным диабетом страдали 20 (44,4%) больных. Все пациенты при поступлении в клинику проконсультированы эндокринологом и рекомендовано соответствующее лечение для коррекции сахара в крови. Наряду с общеклиническими лабораторными исследованиями, для верификации диагноза больным выполнялась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) для определения локализации и архитектоники патологического очага, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) для выявления оптимальной точки доступа.

В послеоперационном периоде пациенты получали стандартное лечение, включающее антибактериальную: пиперацillin-тазобактам 4,5 гр, клиндомицин 600 мг, орнидазол 100 мл, антикоагулянтную: клексан 0,6 ЕД, фуросемид 2,0 мл, инфузионно-детоксикационную

(реосорбилакт 200 мл, ксилат 200 мл, просукцин 250 мл) терапию, санация полости абсцесса проводилось с гатифлоксацином 200 мл, декасаном 200 мл и диоксидином 50 мл.

Для четкого представления данной методики хирургического лечения мы хотели продемонстрировать и проанализировать клинические наблюдения.

Клиническое наблюдение. Больной Хамидов А. ист/бол. №29852/2022 43 года. Диагноз: "Абсцесс забрюшинного пространства справа", поступил 08.09.2022г. Больной в плановом порядке прооперирован (09.09.2022г.) – под УЗИ контролем и выполнено дренирование абсцесса по предлагаемому способу. Во время операции было санировано до 350 мл жидкого гноя, без запаха. В динамике проводилась активная санация гнойного очага растворами антисептиков (декасан, диоксидин). В итоге на фоне проведенной адекватной санации и антибактериальной терапии полость уменьшилась и в динамике полностью облитерировалась. Больной в удовлетворительном состоянии выписан (12.09.2022г.) на амбулаторное лечение для наблюдения у хирурга по месту жительства, даны соответствующие рекомендации по дальнейшему лечению. Осложнений вовремя и после проведения данного способа малоинвазивного метода дренирования не было отмечено.

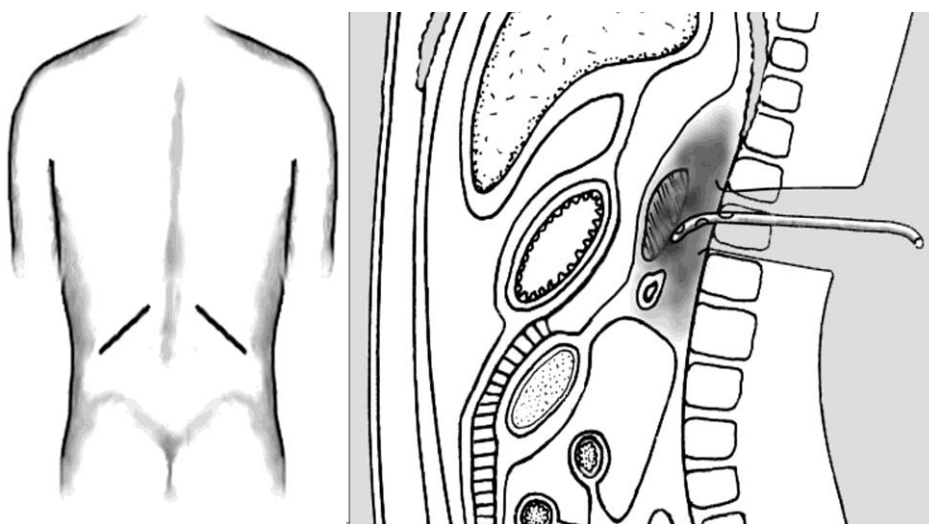


Рис. 2. Место дренирования гнойного очага.

Результат и обсуждение

Результаты изучения микробного пейзажа в очагах поражения у больных забрюшинного пространства и ее чувствительности к антимикробным препаратам показали, что наиболее часть возбудителями заболевания являлись грамм (-) флора. У 8 (7,5%±2,9) больных в бактериальном исследовании роста микробов не было выявлено.

В некоторых случаях этиологическим фактором является ассоциации патогенных возбудителей и носили поливалентный характер с включением от 3 и более видов бактерий (81,8%) (таблица 1.).

У пациентов, у которых обнаруживался *Kl. pneumoniae*, и *Ps. aeruginosa* встречался редко или не обнаруживался. Во всех анатомических отделах у обследованных пациентов с абсцессами забрюшинного пространства, из всех очагов поражения были выделены и преобладали стафилококки (61,2%): *St.aureus* (27,5%±10,1), *St.epidermidis* (32,7%±9,2) и *E. Coli* (38,8%±8,2).

При всех локализациях патологического процесса бактерии проявили чувствительность к пятирим группам антибиотиков – линкозамидам (клиндамицин), пенициллинам (пиперациллин-тазобактам) цефалоспорином III поколения (Цефоперазон+сульбактам), аминогликозидам (амикацин), фторхинолонам III поколения (левофлоксацин, гатифлоксацин), которые можно считать препаратами выбора при терапии абсцессов забрюшинного пространства и в гнойных патологиях. Наибольшую резистентность микроорганизмы проявили к пиперациллин-тазобактаму, клиндомицину и амикацину ($p=0,0001$) вне зависимости от отдела воспалительного очага.

Выполненное у 45 пациентов вмешательство по данной методике явилось окончательным у всех больных. Расширение объема вмешательства не потребовалось ни в одном случае. Средняя длительность лечения составила $3,2 \pm 4,6$ к/д. Летальных исходов в представленной группе больных не было. Все пациенты после выписки находятся под нашим наблюдением. Рецидивы инфекционных осложнений в анамнезе у пациентов не выявлены.

Таблица 1. Результаты бактериологических исследований

Микроорганизмы	St. aureus	Strep. anginosus	St. epidermidis	Kl. pneumoniae	E. Colli	Ent. faecalis	Proteus spp./ Pr. mirabilis	Proteus spp./ Pr. mirabilis
<i>St. aureus</i>	-	-	-	+	-	+	+	-
<i>Strep. anginosus</i>	-	-	-	-	+	-	-	-
<i>St. epidermidis</i>	-	-	+	-	-	+	-	-
<i>Enterobacterium</i>	+	-	+	-	-	-	+	-
<i>E. Colli</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Enterococcus</i>	+	-	+	-	+	-	+	-
<i>Proteus spp./ Pr. mirabilis</i>	+	-	-	-	-	-	-	+
<i>Ps. aeruginosa</i>	-	-	-	-	-	-	+	-

Представленный метод показал более высокую эффективность по сравнению с длительно применявшимся нами способом пункционного дренирования под контролем ультразвука. Предлагаемый нами способ позволяет одновременно выполнить санацию и дренирование абсцессов, содержащих в просвете, кроме гнойных масс, плотные некротические ткани. При применении предлагаемой методики ни в одном случае не потребовалось повторное оперативное вмешательство. Минимальная инвазивность доступа позволила избежать раневых осложнений (нагноение операционной раны), являющихся частыми при открытых вмешательствах. Метод сочетает в себе достоинства пункционного вмешательства (малая травматичность).

Летальность при данном заболевании в клинике снизилась с 27% до 9%, то есть в 3 раза. Кроме того, длительность пребывания пациентов в стационаре уменьшилась в среднем на 30%.

Выводы

1. Данный метод хирургического лечения является высоко эффективным, технически выполним на базе любого хирургического стационара, экономически целесообразен, так как не требует приобретения дополнительного оборудования. При применении данного метода вмешательства существенно снижается длительность стационарного лечения больного, меньшее травматичности, а летальность и осложнение значительно уменьшается.

2. В перспективе остаются вопросы открытые, такие как, место выполнения малоинвазивного способа, четкие критерии прогнозирования результатов данного метода, которые следует решить для окончательного вывода перед расширенным применением в хирургии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии: Руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007. 761 с.
2. Григорян Р.А. Абдоминальная хирургия. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2006. - 608 - 672 с.
3. Ковалев А.И., Цуканов Ю.Т. Школа неотложной хирургической практики. Изд 2-е., испр. и доп. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. - 743 с.
4. Прудков М.И. Основы минимальноинвазивной хирургии. - Екатеринбург: 2007 – 64 с.

5. Тимошин Л.Д., Шеегаков А.Л., Юрасов А. В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. - М.: ТРИАДА, 2003 - 216 с.
6. Пушкарь Д.Ю. Урология. 2е изд. М.: ГЭОТАРМедиа 2017; 472.
7. Учебник. Под ред. С.Х. Аль-Шукри и В.Н. Ткачука. 2012; 480.
8. Петров С.В. Общая хирургия: учебник. 4е изд., перераб и доп. М.: ГЭОТАРМедиа 2014;
9. SURGICAL INFECTIONS Volume 22, Number 5, 2021y. Diagnosis and Treatment of Retroperitoneal Infection. Ze Li,1, Yinbing Tang,Peige Wang, and Jianan Ren. Page 477-484.
10. Медицинский вестник Башкортостана. Том 12, № 3 (69), 2017г. симультанные видеоэндоскопические операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Стр. 129-134.
11. Lee et al. BMC Surgery (2019) 19:145. Retroperitoneal abscess with pylephlebitis caused by lumbar acupuncture: Hayemin Lee, Kiyoun Sung and Jinbeom Cho. Page 2-5.
12. Опыт лечения обширной забрюшинной флегмоны поясничной области как осложнения острого деструктивного аппендицита. //Амурский медицинский журнал №2(6) 2014.Стр. 76-79.
13. Клинические особенности гнойно-воспалительных заболеваний почек и забрюшинного пространства. //Международный научно-исследовательский журнал № 4 (94) Часть 1 Апрель.Стр. 126-130.
14. Evangelos P. Misiakos, George Bagias, Paul Patapis, Dimitrios Sotiropoulos, Prodromos Kanavidis and Anastasios Machairas. Current concepts in the management of necrotizing fasciitis //Frontiers in surgery. September 2014 | Volume 1. Page 2-10.
15. Michele Diana, Alexandre Paroz, Nicolas Demartines, Markus Schäfer. Retroperitoneal abscess with concomitant hepaticportal venous gas and rectal perforation: a rare triad of complications of acuteappendicitis. //World Journal of Emergency Surgery 2010, Pg-2-4.

Поступила 20.11.2022