



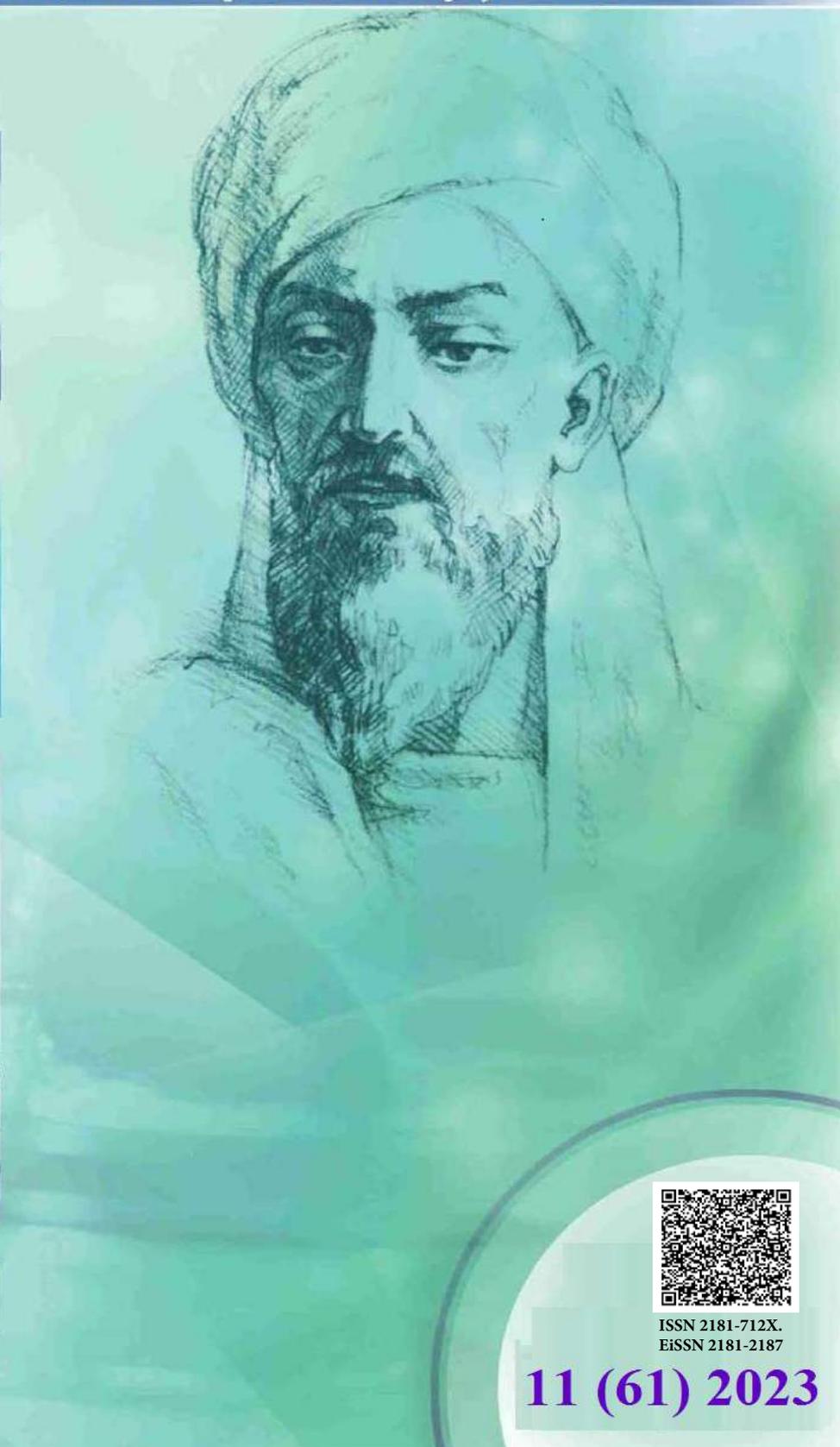
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**11 (61) 2023**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
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  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ

Н.Н. ЗОЛотоВА  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
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  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
ХАСАНОВА Д.А.  
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  
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)  
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)

**11 (61)**

**2023**

*ноябрь*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2023, Accepted: 27.10.2023, Published: 10.11.2023.

УДК 616-001.4-002-08

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ С ДИФФУЗНОМ ПЕРИТОНИТОМ

Раджабов В.Б. Email: [vokhidrajabov84@gmail.com](mailto:vokhidrajabov84@gmail.com)

Сафоев Б.Б. Email: [bsafojev@mail.ru](mailto:bsafojev@mail.ru)

Ярикулов Ш.Ш. <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

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](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

На сегодняшний день, несмотря на достигнутый успех в диагностике и лечении распространенного перитонита, летальность продолжает оставаться высокой - 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности уровень смертности повышается до 90%.

Целью данного исследования является изучить эффективности традиционных методов лечения больных с диффузным перитонитом.

Научная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 57 больных с диффузным перитонитом находившихся на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП с 2018 по 2023 годы.

Ключевые слова: диффузный перитонит, лапаротомия, дренирования, постаппендикулярный перитонит, гинекологический перитонит, геморрагический перитонит, мочево́й перитонит.

## ДИФФУЗ ПЕРИТОНИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Раджабов В.Б. Email: [vokhidrajabov84@gmail.com](mailto:vokhidrajabov84@gmail.com)

Сафоев Б.Б. Email: [bsafojev@mail.ru](mailto:bsafojev@mail.ru)

Ярикулов Ш.Ш. <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

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](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

Бугунги кунга келиб, диффуз перитонитни ташишлаш ва даволашда эришилган муваффақиятларга қарамай, ўлим даражаси юқори бўлиб қолмоқда – яъни 25-30% ташиқил этади. Перитонит кўпгина ҳолатларда полиорган этишмовчилиги ривожланиши билан ўлим даражаси 90% гача кўтарилади.

Ушбу тадқиқотнинг мақсади диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволашнинг анъанавий усуллари самарадорлигини ўрганишдан иборат.

Илмий иш РШТТЎИМ Бухоро филиалида даволанган диффуз перитонит билан касалланган 57 нафар беморларни 2018 йилдан 2023 йилгача жарроҳлик бўлимида даволанган беморлар даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган.

Калит сўзлар: диффуз перитонит, лапаротомия, дренаж, постаппендикуляр перитонит, гинекологик перитонит, геморрагик перитонит, сийдикли перитонити.

## RESULTS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONTIS

Radjabov V.B Email: [vokhidrajabov84@gmail.com](mailto:vokhidrajabov84@gmail.com)

Safojev B.B. Email: [bsafojev@mail.ru](mailto:bsafojev@mail.ru)

Yarikulov Sh.Sh. <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

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

✓ **Rezyume**

*To date, despite the success achieved in the diagnosis and treatment of common peritonitis, the mortality rate continues to be high - 25-30%, and with the development of multiple organ failure, the mortality rate rises to 90%.*

*The purpose of this study is to study the effectiveness of traditional methods of treatment of patients with diffuse peritonitis.*

*The scientific work is based on the analysis of the results of surgical treatment of 57 patients with diffuse peritonitis who were treated in the Bukhara department of the RNCMP from 2018 to 2023.*

*Keywords: diffuse peritonitis, laparotomy, drainage, postappendicular peritonitis, gynecological peritonitis, hemorrhagic peritonitis, urinary peritonitis.*

### **Актуальность**

До настоящего времени перитонит остается одной из главных причин смерти больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. По данным В.С. Савельева с соавт. [6, 11] около 15-20% больных острой хирургической патологией органов брюшной полости поступают в хирургические отделения с признаками местного или разлитого перитонита. Чаще всего разлитой гнойный перитонит развивается вследствие запоздалого обращения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Что касается непосредственных причин перитонита, то их частота и структура на протяжении длительного времени остаётся достаточно стабильными. Согласно имеющимся многочисленным данным, среди хирургической патологии наиболее часто к развитию перитонита приводит перфорация полого органа: желудка и двенадцатиперстной кишки около 30%, деструктивный аппендицит – более 20%, поражения толстой кишки – 20-25%, тонкой кишки – порядка 15% [3, 6, 8].

Мужчины с перитонитом поступают чаще (около 60-65%). Возраст пациентов колеблется от 15 до 88 лет. Удельный вес больных старше 60 лет составляет порядка 30-40%. Пациенты старше 65 лет имеют тройной увеличенный риск развития распространенного перитонита и сепсиса от гангренозного перфоративного аппендицита, прободения дивертикулов толстой кишки, чем более молодые пациенты [12-14].

В целом, имеющиеся результаты проведенных исследований предполагают, что связанные с организмом факторы, влияют на исход заболевания более значительно, чем тип и источник инфекции [5, 13]. Несмотря на то, что уже в течение более 100 лет проблему перитонита уделяется самое большое внимание со стороны хирургов всего мира, летальность при разлитом гнойном перитоните остается практически неизменной и колеблется от 4,5% до 58% и выше. При тяжелых формах перитонита смертность может увеличиться больше, чем 30-50%. Параллельное развитие сепсиса, септического шока, полиорганной недостаточности увеличивает летальность до уровня 70% и более [11]. На основе исследований было выяснено, что вне зависимости от формы перитонита, наиболее эффективным методом его лечения является хирургическое вмешательство.

**Целью исследования** является изучить эффективности традиционных методов лечения больных с диффузным перитонитом.

### **Материал и методы**

Научная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 57 больных с диффузным перитонитом находившихся на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП с 2018 по 2023 годы. По возрасту встречались больные от 19 до 77 лет, средний возраст больных составил 37,2 лет. В исследуемой группе больных мужчин было 80, женщин 100, что составило 44,4% и 55,6% соответственно.

По этиологическому фактору из них 23 (40,3%) были постаппендикулярным перитонитом, 9 (15,7%) пациенты гинекологическим перитонитом, 7 (12,7%) больные поступили с перфорацией язва желудка и двенадцатиперстной кишки осложненном диффузным перитонитом, у 6 (10,5%) больным отмечались каловый перитонит, у 5 (8,7%) больным геморрагический перитонит, 4 (7,1%) больные поступили мочевым перитонитом, в 3 (5,2%) наблюдениях пациенты были желчным перитонитом.

Следует отметить, для сохранения синхронности различных группы больных, с учётом особенности течения перитонита больных сопутствующими заболеваниями таких как сахарном диабетом, ХПН и цирроза печени, а также больные послеоперационным перитонитом не было включены в группы исследования.

Большинство больные поступили в течении первой сутки. (табл. 1)

**Таблица № 1**

**Распределения больных по этиологическому фактору и по срокам поступления от начала заболевания**

№	По этиологический факторы	Всего	Сутки		
			1 сутки	2 сутки	3 сутки
1	Аппендикулярном перитонит	23	5 (21,7%)	16 (69,5%)	2 (8,9%)
2	Гинекологический перитонит	9	5 (55,5%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)
3	Перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	7	7 (100%)	-	-
4	Каловый перитонит	6	4 (66,6%)	2 (33,3%)	-
5	Геморрагический перитонит	5	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)
6	Мочевой перитонит	4	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
7	Желчным перитониты	3	3 (100%)	-	-
	Всего	57	28 (49,1%)	23 (40,3)	6 (10,5%)

Как показывает таблица № 1, из 57 обследованных больных острым диффузном перитонитом у 28 (49,1%) больные поступили в течении первой сутки от начала заболевания, 23 (40,3%) больные на второй сутки в течении 48 часов от начало заболевания и 6 (10,5%) больные поступили в клинику течении трех суток (до 72 часов.) от начало заболевания.

При поступлении больных для установления диагноза, акцентировали внимания, анамнеза заболевания, объективных и субъективных данных и на результаты клинико-лабораторных исследованиях. При сборе анамнеза заболевания обратили внимания наличия хронического заболевания который могут привести к развитию острого перитонита как осложнения. Так и внимательно изучали характер появления и развитие болевых симптомов. Для точного дифференциального диагноза изучали наличия сопутствующих заболевания, имитирующие симптомы острого перитонита. При необходимости проводили УЗИ диагностика брюшной полости. При объективном осмотре больных изучались наличия симптомов раздражения брюшины и другие симптомы, характерный для перитонита табл. 2.

**Таблица 3.2**

**Частота выявленных симптомов перитонита**

№	Симптом	Число наблюдения симптомов
1.	Резкая усиливающаяся боль в животе	57 (100%)
2.	Лихорадка	48 (84,2%)
3.	Усиление боли при движениях	52 (91,2%)
4.	Тошнота и рвота, не приносящие облегчения	17 (29,8%)
5.	Напряжение мышц передней брюшной стенки	57 (100%)
6.	Резкая болезненность при надавливании на переднюю брюшную стенку	57 (100%)
7.	Симптом Менделя	28 (49,1%)
8.	Симптом Воскресенского	46 (80,7%)
9.	Симптом Щёткина — Блюмберга	57 (100%)
10.	Симптом мнимого благополучия	5 (8,7%)

Как показывает табл. 2, характерный симптомы для перитонита резкая усиливающаяся боль в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при надавливании на переднюю брюшную стенку, симптом Щёткина — Блюмберга наблюдались у всех

обследованных больных. Остальные симптомы кроме симптома «мнимого благополучия» который встречались у больных с перфорацией язва желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдались большинство обследованных пациентов.

При объективной оценки тяжести состояние обследованных больных перитонитом мы использовали Мангеймский индекс перитонита (МИП) (1987). Который состоит из восьми факторов риска, оценки в баллах от 0 до 12, при этом значения индекса могут находиться в пределах от 0 до 47 баллов.

### Результат и обсуждение

Всем больным в день поступления для установления диагноза проводились объективные и лабораторные исследований при необходимости УЗИ и рентгенологические исследования. После установления диагноза проводились кратковременное (течения 1-2 часа) предоперационная подготовка которая включала в себя инфузионная, детоксикационная терапия с использованием физиологических растворов, минералы и реосорбилакт с учетом показания до 1 литра. По следующим под общим обезболиваниям проводились срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, уточнения источника перитонита, выявления распространённости площади перитоните в брюшной полости. Дальнейшая хирургическая тактика было направлена к ликвидации источника поражения диффузного перитонита, санация и дренирования брюшной полости. Как было выше отмечено, дренирования брюшной полости выполнялись с тремя силиконовками дренажами: один верхний в области подреберья и две дренажи в малом тазу с лево и справа.

Таблица 3

**Распределения больных по оперативному доступу**

№	По этиологический факторы	Всего	доступ			Срединная
			Верхнесрединный	Среднесрединный	Нижнесрединный	
1	Аппендикулярном перитонит	23	-	21 (91,3%)	2 (8,6%)	-
2	Гинекологический перитонит	9	-	5(55,5%)	4 (45,5%)	-
3	Перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	7	5 (71,4%)	-	-	2(28,5%)
4	Каловый перитонит	6	-	4(66,6%)	2 (33,3%)	-
5	Геморрагический перитонит	5	-	3(60%)		2(40%)
6	Мочевой перитонит	4	-	1(25%)	3(75%)	
7	Желчный перитонит	3	2 (66,6%)	-	-	1(33,3%)
	Всего	57	7 (12,8%)	34 (59,6%)	11 (19,2%)	5(8,7%)

При выборе доступа учитывали локализации источника перитонита. При необходимости первичный доступ расширили верх или вниз. Как видно из таблицы 3, верхнесрединная доступ использован основном при перфорации язва желудка и двенадцатиперстной кишки в 5 (71,4%) случаях и при желчном перитоните 2 (66,6%) больным.

В большинство операций использован нижнесрединный доступ у 34 (59,6%) больным: - при аппендикулярном перитоните 23 больным, гинекологический перитонит у 5 пациентах, каловый перитонит у 4 случаях, геморрагический перитонит у 3 случаях и при мочевой перитоните в одном пациенте использован нижнесрединный лапаротомный доступ.

У 11 (19,2%) пациентам использован нижнесрединный лапаротомный доступ, из них у 2 больного были перитонит аппендикулярной этиологии, 4 больные с гинекологическим перитонитом, в 2-х случаях каловым перитонитом и у 3-х больных с мочевого перитонитом.

Среди срединный лапаротомный доступ использована у 5 (8,7%) больных которые были с источниками перитонита перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и геморрагический перитонит по 2-х наблюдениях и в одном случаев с желчном перитонитом.

Хирургический этап операции - ликвидация очага источника перитонита из 57 больных контрольной группы у 23 (40,3%) пациентам было направлены на ликвидации деструктивного аппендикулярного отростка. У 9 (15,7%) больным ликвидации внематочный беременности. У 7 (12,2%) пациентам иссечения и ушивание перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (у 5 больным ушивание перфоративного язва желудка, у 2 го больного иссечения раны с использованием пилоропластике по Джадду).

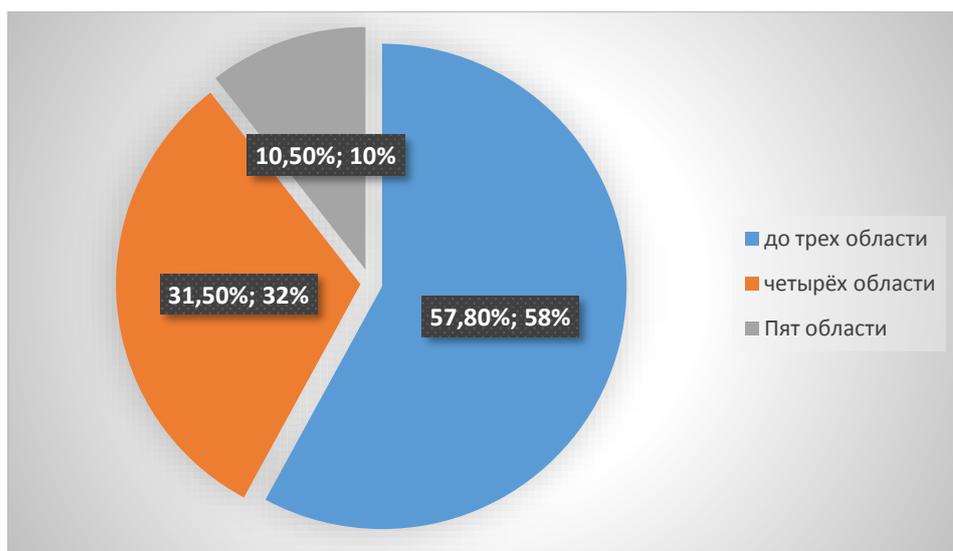
У 6 (10,5%) случаях было выполнена ушивания поврежденной стенки кишечника (у 4 больных стенки толстого кишечника, у 2 больных стенки тонкого кишечника). Из 9 больных с геморрагическим перитонитом у 7-х больных причиной внутрибрюшного кровотечения были повреждения паренхиматозных орган печени вследствие травмы, в 2-х случаях разрывы брюжейки который ушита в этапы операция кетгутуовыми швами.

У 4 (7,01%) больных поврежденными стенками мочевого пузыря выполнена ушивания повреждений части мочевого пузыря.

У 3-х случаях производились удаления желчного пузыря (в 2-х случаях деструктивный холецистит, в 1-м случаях травматическая повреждения стенки желчного пузыря).

Следующим этапом хирургической операции явились санация инфицированной область брюшной полости. При этом старались не распространят имеющейся инфекции брюшной полости, не вовлеченной область к перитониту. Для этого если процесс локализован в область малого таза с малыми порциями раствора (физический раствор натрий хлора, фурацилин, с добавлений антибиотика), промыли дно малого таза и область брюшной полости вовлеченному к процессу перитонита. Если диффузный перитонит расположен в средних и верхних областях брюшной полости, провели санацию области поражения с помощью сухими стерильными тампонами, последующим санировали влажными тампонами, пропитанной растворами антисептиков.

Следует отметить из 57 обследованных больных большинства пациентов у 33 (57,8%) больным перитонит был распространен до трех области, у 18 (31,5%) больным перитонит был распространен до четырёх области брюшной области, у 6 (10,5%) больным 5 области брюшной полости был вовлечен воспалительный процесс брюшины (рис.1).



**Рис.1** Распространения воспалительный процесс в области брюшины

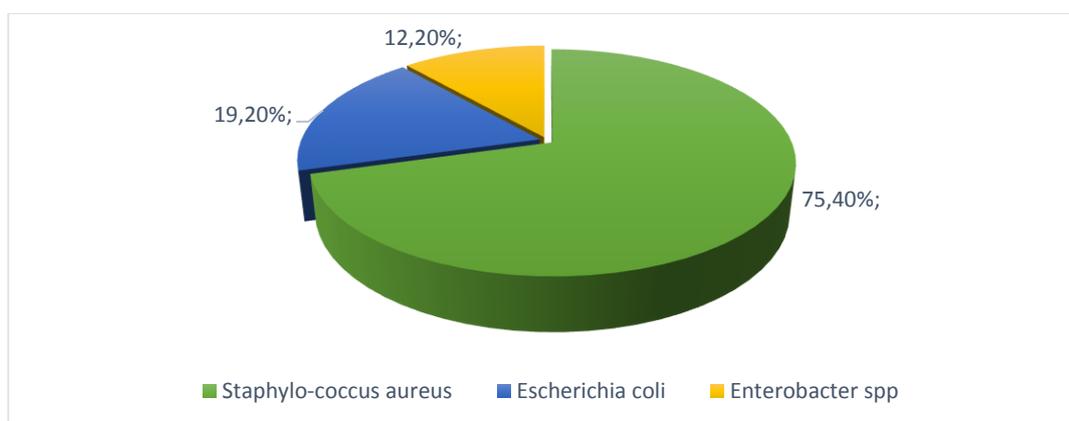
Изучения характер выделения брюшной полости у больных выявили что 36 (63,1%) пациентам отмечались гнойное выделение, 5 (8,7%) геморрагическое, 3 (5,2%) желчное, у 13 (22,8%) пациентам отмечались серозно-мутное выделение в брюшной полости.

После полного убеждения качественной ликвидации источника перитонита и санация брюшной полости, проводились дренирования брюшной полости с тремя стерильными силиконовыми дренажами с просветом диаметра 0,3см. С учётом локализации региона, анатомическое положение брюшной полости верхний дренаж установили с права или с лева в подреберья по передний подмышечный линии (*linea axillaris anterior*). Нижняя дренажная трубка с лева установлено при входе малого таза, с права нижняя дренажная трубка подведен в дно малого таза. Интраоперационно и в первые сутки послеоперационного периода до выявления результатов бактериологического исследования жидкости брюшной полости, применяли эмпирической антибиотикотерапии с помощью Сульбактама или Цефеперазона. После выявления чувствительности антибиотика назначили с учётом чувствительности микрофлоры. При этом учитывали результаты пробы индивидуальной непереносимости, который проводились до операционного периода. Операции завершились послойно ушиванием стенки брюшной полости.

Общее состояние больных при поступлении, в большинстве случаев, были средние степени тяжести. По клинко-лабораторным данным преобладали явления общей интоксикации: повышение температуры тела или стойкий субфебрилитет, бледность, малая подвижность, тахикардия на фоне слабого пульса, повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

При проведении бактериологического исследования из выделения брюшной полости, который полученные вовремя операция из пораженной области брюшины. При этом большинство случаев выявлена *Staphylococcus aureus* — 43 (75,4%), *Escherichia coli* 11 (19,2%) и *Enterobacter spp* — 7 (12,2%). В четырёх случаях микрофлоры встречались в виде ассоциации.

Рис.-2



**Рис.2 Частота встречаемости микрофлоры из выделения брюшной полости.**

При ведении больных контрольной группы в послеоперационном периоде большое внимание обратили объективных и субъективных данным и динамику клинко – лабораторных данным, особенно показателей интоксикации организма. Учитывали динамику уменьшения и исчезновения локальных болевых симптомов, связанное раздражением брюшины. Обратили внимания наличия или отсутствия перистальтики кишечника, сроки появления перистальтики кишечника.

Анализы результатов показателей интоксикации организма больных с диффузном перитонитом выявили нижеследующие интересные моменты (табл. 4). Как видно из таблицы, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем  $39,3 \pm 0,46^{\circ}\text{C}$ . Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем  $9,7 \pm 0,21 \times 10^9/\text{л}$ . Объем средних молекул составил в среднем  $0,196 \pm 0,01$  ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от  $39,3 \pm 0,46$  до  $37,1 \pm 0,21$  количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до  $7,3 \pm 0,36 \times 10^9/\text{л}$ . Объем средних молекул составил в среднем  $0,142 \pm 0,005$  ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до  $1,4 \pm 0,06$  и  $33,8 \pm 1,22$  соответственно.

**Таблица 4**  
**Динамика показателей интоксикации у больных диффузном перитонитом (n=57)**

Показатели	Время наблюдения			
	день поступления	3 день	5 день	7 день
$t^0$ тела	$39,3 \pm 0,46$	$37,1 \pm 0,21^*$	$36,8 \pm 0,31^*$	$36,6 \pm 0,19$
L крови $\times 10^9/\text{л}$	$9,7 \pm 0,21$	$7,3 \pm 0,36^*$	$6,7 \pm 0,11$	$6,1 \pm 0,15$
МСМ ед	$0,196 \pm 0,01$	$0,142 \pm 0,005^{**}$	$0,128 \pm 0,009$	$0,118 \pm 0,009^{**}$
ЛИИ ед	$2,2 \pm 0,07$	$1,4 \pm 0,06^*$	$1,2 \pm 0,04$	$1,1 \pm 0,05$
СОЭ мм/ч	$39,9 \pm 1,56$	$33,8 \pm 1,22^*$	$22,1 \pm 1,07^{***}$	$16,7 \pm 1,3^{**}$

*Примечание: \* - различия относительно данных предыдущих суток значимы (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )*

К пятым суткам лечения у больных группы сравнения с диффузным перитонитом показатель температура тело составило  $36,8 \pm 0,31^\circ\text{C}$ . При этом по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови также отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации –  $6,7 \pm 0,11$ ;  $0,128 \pm 0,009$ ;  $1,2 \pm 0,04$ ;  $22,1 \pm 1,07$  соответственно.

Как известно наличия пареза кишечника и восстановления перистальтики кишечника является главным критериям оценки состояния перитонита.

**Таблица № 5**  
**Сроки появления перистальтики кишечника больных контрольной группы**

Показатель		1 сутка	2 сутка	3 сутка	5 сутка	7 сутка	9 сутка
Перистальтика кишечника	-	23 (40,3%)	17(29,8%)	7 (12,2%)	5 (8,7%)	4 (7,0%)	1 (1,7%)
	+	24 (59,7%)	40 (70,1%)	50 (87,7%)	52 (91,2%)	53 (92,9%)	55 (96,4%)

Как из таблица № 5 видно из 57 обследованных больных с диффузным перитонитом в день поступления 40,3% наблюдениях отмечались клиника пареза кишечника с полным отсутствием перистальтики. У 59,7% пациентам отмечались слабая или усиленная перистальтика кишечника. Послеоперационном периоде, комплекс лечения включало в себе стимуляции перистальтику кишечника. С целью стимуляции кишечника по показаниям применяли прозерин подкожно - 1-2 мг 1-2 раза/сутки начиная со второй сутки после операции.

Из 23 больных, которым отмечались паралитическая кишечная непроходимость, у 6 (26%) больным второе сутки лечения появились признаки восстановления перистальтики кишечника, что проявились выслушиванием кишечный шум при аускультации, отхождением газов и стула.

В динамике 5 суткам лечения из 23 больных у 19 (82,6%) кишечная перистальтика восстановились. У 4 (17,3%) больных, то есть 7,0% от общего число 57 больных контрольных группы к 5 суткам лечения перистальтика не восстановились так как при послеоперационном динамическим наблюдениям к 3-5 суткам лечения этим больным выявлена клиника послеоперационного вялотекущего перитонита, которым на 3-4 суткам лечения проводились

релапаратомия, санация и дренирования брюшной полости четырьмя дренажами. Проводились перитонеальный лаваж и диализ.

На фоне комплексного лечения в послеоперационной периоде из четырёх больных осложненным вялотекущим перитонитом у трех пациентов перистальтика кишечника восстановилась к 7 суткам лечения. Одного больного (1,7%) несмотря на проведения комплексного традиционного лечения завершилось летальным исходом к 10 суткам. Следуют отметить умерший больной поступил желчным перитонитом, пожилого возраста (63 год).

Во время операции из четырёх больным, который проводились релапаратомия по поводу вялотекущего перитонита у троих больных (5,2%) выявлено межпетлевые абсцессы накоплением мутного гнойного жидкости между петлями кишечника, который интероперационно санировали.

Из 57 обследованных у 5 (8,7%) пациентам в послеоперационном периоде отмечались осложнения в виде нагноения послеоперационной раны. Из них в двух случаях отмечались выделения серомы из подкожного слоя, а у трех больных отмечались гнойная выделения из кожного подкожного слоя при снятии швов над воспалительном процессом. После соответствующее местного лечения (санация, раствором 25% ного димексида, наложения мазь левамикол) в течении 2-3 суток рана очистилась от инфекции, рана переходила на второй фазы раневого процесса. Наложена вторичный швов. Средней длительности стационарного лечения больных контрольный группы составило 12,5 +/- 1,7 дня.

### Заключение

Таким образом, анализ результатов исследования больных диффузном перитонитом выявили следующее интересные моменты:

- при диффузном перитоните до 40,3% наблюдается парез кишечника, который в процессе традиционном методы лечения, при отсутствии осложнения вялотекущего перитонита к 5-6 суткам перистальтика кишечника восстанавливается. Что совпадает сроком купирования перитонита.

- при традиционном методе лечения диффузного перитонита до 7% случаях осложняется вялотекущим разлитой перитонитом, который требует вынужденную релапаратомию по жизненным показаниям. В 5,2% случаях отмечается осложнения межпетлевой абсцесс. Летальность при этом составляет до 1,7%.

- при традиционном методы лечения больных контрольный группы средней длительности стационарного лечения составляет 12,5 +/- 1,7 дня.

Такие неудовлетворительные результаты мотивирует усовершенствования и разработки новых методов лечения больных диффузном перитонитом. Адекватная интраоперационная и послеоперационная дренирования, санация и местная антибактериальная терапия имеет центральное место среди положительно влияющих факторов на исход лечения больных диффузном перитонитом.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гостищев В.К. Распространенный гнойный перитонит: комплексный подход к лечению / В.К. Гостищев // Врач. 2001;6:32-37.
2. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространенного перитонита / К.В. Костюченко // Вест. хирургии. 2004;163(3):40-43.
3. Кригер А.Г. Результаты и перспективы лечения распространенных форм перитонита / А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, В.А. Горский и др. // Хирургия. 2001;8:8-12.
4. Перитонит: практическое руководство / под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. / М.: Литтерра, 2006;208.
5. Шуркалин Б.К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита / Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. 2007;2:24-28.
6. Мартов Ю.Б. Распространенный перитонит. Основы комплексного лечения / Ю.Б. Мартов, С.Г. Подолинский, В.В. Кирковский, А.Т. Щастый. / М: Издательство «ТриадаХ», 1998;144.
7. Добряков Б.С. Комплексное лечение распространенного гнойного перитонита / Б.С. Добряков, Б.В. Алексеев, В.В. Шестаков и др. // Хирургия перитонита, панкреонекроза,

- несформированных кишечных свищей. — Иркутск, 1994;97-99.
8. Мильков Б.О. Метод санации брюшной полости при разлитом гнойном перитоните / Б.О. Мильков, Ф.Г. Кулачек, Н.А. Смирнова и др // Клиническая хирургия. 1985;2:60-61.
  9. Гостищев В.К. Перитонит / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко. / М.: ГЭОТАР МЕД, 2002;240.
  10. Гуманенко Е.К. Тактика «Damage control» при боевых повреждениях живота / Е.К. Гуманенко, В.В. Бояринцев, С.В. Гаврилин // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии» (5–7 октября 2005 г. Ростов-на-Дону). — Ростов н/Д., 2005;16.
  11. Соколов В.А. Damage control — современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой / В.А. Соколов // Вестн. травматол. и ортопедии. 2005;1:81-84.
  12. Ярикулов Ш., Раджабов В. (2023). Способы санации брюшной полости при распространенных формах перитонита. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 2023;3(6/2):95-102. извлечено от <https://inacademy.uz/index.php/EJMNS/article/view/18220>
  13. Арашов Р.Р., Ярикулов Ш.Ш. (2023). Усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени. // Ustozlar Uchun, 2023;19(1):257-263. Retrieved from <http://www.pedagoglar.uz/index.php/01/article/view/5314>
  14. Sh.Sh. Yarikulov, A.I. Radjabov – Modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 years of age // New Day in Medicine 2023;6(56):64-72 <https://newdaymedicine.com/index.php/2023/06/09/1-95/>
  15. В.В. Safoev, Н.К. Turdiev, В.В. Ubaidulloev, Sh.Sh. Yarikulov. (2022). Features of clinical and laboratory indicators of patients with pleural empyema against the background of complex treatment. // Open Access Repository, 2022;8(11):173-178. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/HRF7A>
  16. Safoev B.B, Turdiev H.K, Yarikulov Sh.Sh, Ubaidullaev B.B. (2022). Research methods for diagnosing ike covid - 19 on the background of pneumoniaand. // World Bulletin of Public Health, 2022;16:81-86. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1663>
  17. В.В. Safoev, Н.К. Turdiev. (2022). Clinical and laboratory results of patients with lung abscess on the background of conservative treatment. // European Scholar Journal, 2022;3(11):30-34. Retrieved from <https://www.scholarzest.com/index.php/esj/article/view/2920>
  18. R.R. Arashov, Sh.Sh.Yarikulov. (2022). Comparative evaluation of the outcome of treatment of patients with cavity liver formation with a simple and complex subdiaphragmal position. // World Bulletin of Public Health, 2022;13:55-62. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1240>
  19. Radjabov Vohit Bafoyevich, Yarikulov Shukhrat Shokirovich. (2022). Modern approaches to abdominal drainage in diffuse peritonitis. // World Bulletin of Public Health, 2022;13:50-54. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1239>
  20. Р.Р. Арашов, Ш.Ш. Ярикулов. (2022). Особенности хирургического лечения больных полостными образованиями печени при сложных внутрпеченочных расположениях. // European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 2022;6:30-38. Retrieved from <http://www.ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/108>
  21. Шаропова М.С., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. (2022). Особенности клинико-лабораторного течения гнойных ран в сочетанном фоне сахарного диабета и диффузного токсического зоба. Европейский журнал междисциплинарных исследований и разработок, 2022;6:17-29. Получено с <http://ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/107>.
  22. R.R. Arashov, Sh.Sh. Yarikulov, B.B. Safoev. (2022). Treatment of patients with cavity liver formation with a simple and complex subdiaphragmal position. // Galaxy International Interdisciplinary Research Journal, 2022;10(8):65-74. Retrieved from <https://www.giirj.com/index.php/giirj/article/view/2616>
  23. Сафоев Баходир Барноевич, Ярикулов Шухрат Шокирович. Подавление резистентности микрофлоры под воздействием раствора диметилсульфоксида при лечении гнойно-хирургических заболеваний мягких тканей. // Биология ва тиббиёт муаммолари 2021;2(127):125.

24. Б.Б. Сафоев, Ш.Ш. Ярикулов, Р.Р. Арашев. Методы улучшения местного лечения гнойных ран с применением ультрафиолетового облучения в комбинации с многокомпонентными мазями на водорастворимой основе. // Innovation in the modern education system: a collection scientific works of the International scientific conference // 25th April 2021;558-565.
25. Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. «Влияние различных доз ультрафиолетовых лучей на устойчивость патогенных микроорганизмов в эксперименте (in vitro)». // Журнал NX 2021;7(6):285-290, doi: 10.17605/OSF.IO/JVGPX.
26. Б.Б. Сафоев, Ш.Ш. Ярикулов, Н.Р. Каршиев. Application of physical and chemical methods in treatment of purulent diseases of soft tissue Proceedings of Ingenious Global Thoughts // An International Multidisciplinary Scientific Conference Hosted from San Jose California November 29th, 2020.
27. Б.Б. Сафоев, Ш.Ш. Ярикулов, Н.Р. Каршиев. (2020). Применение физико-химических методов в лечении гнойных заболеваний мягких тканей. // Архив конференций 2020;9(1):55-56. Получено с  
<https://www.conferencepublication.com/index.php/aoc/article/view/316>.
28. Ш.Ш. Ярикулов. Влияние различных концентраций раствора диметилсульфоксида на чувствительности к антибиотикам патогенных микроорганизмов в эксперименте. // Тиббиётда янги кун. 2020;4(33):153-155. Бухоро-2020.
29. Б.Б. Сафоев, Ш.Ш. Ярикулов, Т.Э. Икромов. Влияние различных доз ультрафиолетовый лучей на резистентности патогенные микроорганизмы в эксперименте (in vitro) - // Тиббиётда янги кун-Бухоро, 2020;4(33):156-161.
30. Ш.Ш. Ярикулов, А.К. Хасанов, И.Ш. Мухаммадиев. Пути снижения резистентности микрофлоры к антибиотикам при лечения гнойных ран // Тиббиётда янги кун-Бухоро, 2020;3(31):156-160.
31. А.К. Хасанов, Ш.Ш. Ярикулов, Ш.Г. Мирсолиев. Современное состояние проблемы этиопатогенеза и лечения больных гнойными заболеваниями легкого // Новый день в медицине, 2020;3(31):149.
32. Safojev B.B. Rahmatullayev J.D Sh.Sh. Yarikulov Appendektomiya amaliyotini erta bajarishning chuvalchangsimon o'simta morfologiyasida tutgan o'rni // Eurasian journal of medical and natural sciences Innovative Academy Research Support Center UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 [www.in-academy.uz/](http://www.in-academy.uz/)
33. Sh.M. Hamrayev. B.B. Safojev. Sh.Sh. Yarikulov. A.Ya. Rahimov. Diabetic foot syndrome. modern methods of treatment of patients with critical ischemia of the lower extremities // Neo Scientific Peer Reviewed Journal July, 2023;12:37-44. ISSN(E):2949-7752 <http://www.neojournals.com/>
34. Vafojeva S., Yarikulov Sh. (2023). Results of treatment of patients with liver cavities. // International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 2023;3(6):204-209. <https://researchcitations.com/index.php/ibmscr/article/view/2141>
35. Арашов Р.Р., Ярикулов Ш.Ш. Усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени // Ustozlar uchun. 2023;19(1):257-263.
36. R.R. Arashov, B.B. Safoev, Sh.Sh. Yarikulov Analysis of the results of surgical treatment of patients with liver cavities with simple and complex intrahepatic arrangements in a comparative aspect // New Day in Medicine 2022;12(50):25-33.
37. Sh.S. Yarikulov, A.I. Radjabov Modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 years of age. // New Day in Medicine. 2023;6(56):64-72.
38. Sh.M. Khamroev, Kh.K. Turdiev, B.B. Safoev, Sh.Sh. Yarikulov X-ray radiological features of patients with severe COVID - 19 during complex treatment. // World Bulletin of Public Health (WBPH) Available Online at: <https://www.scholarexpress.net> December 2022;17:, ISSN: 2749-3644
39. B.B. Safoev, Sh.Sh. Yarikulov, N.R. Karshiev. (2020). Application of physical and chemical methods in treatment of purulent diseases of soft tissue. // Archive of Conferences, 2020;9(1):55-56. Retrieved from <https://www.conferencepublication.com/index.php/aoc/article/view/316>

**Поступила 20.10.2023**