



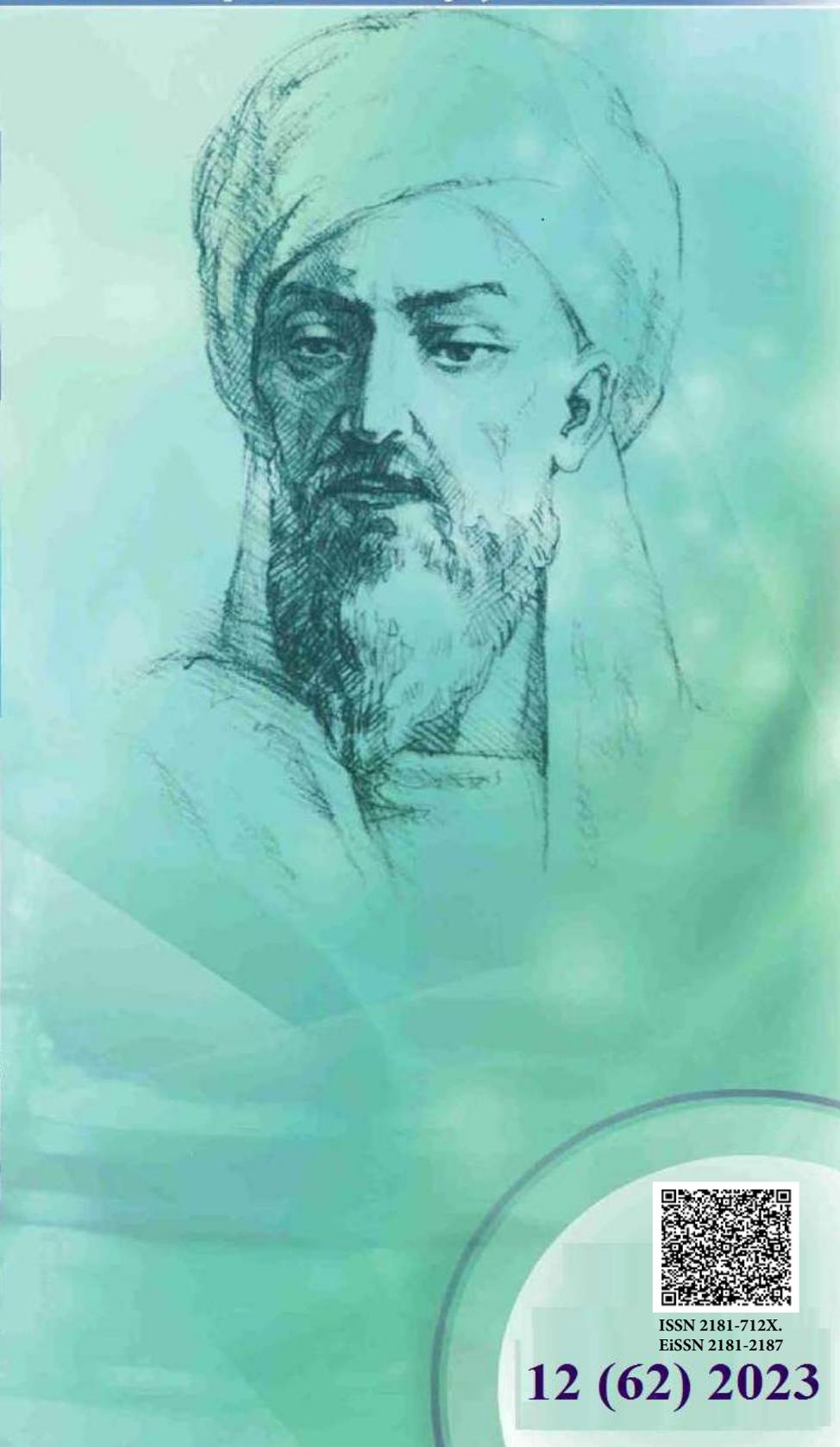
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

12 (62) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
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
А.А. ДЖАЛИЛОВ
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
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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)

12 (62)

2023

ноябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.11.2023, Accepted: 27.11.2023, Published: 10.12.2023.

УДК 616.381-002

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОЦЕНКИ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИФFUЗНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ УСТРОЙСТВА ДЛЯ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Б.Б.Сафоев Email: bsafoeyev@mail.ru

Раджабов В.Б. Email: yokhidrajabov84@gmail.com

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

✓ Резюме

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 %.

Целью данного исследования является улучшения результатов лечения больных диффузного перитонита путем с применением поликанальной дренажной трубки.

Проанализированы данные обследования и лечения 103 больных с диффузном перитонитом различной этиологии, находившихся на лечении в отделении экстренной хирургии Бухарского городского медицинской объединения и Бухарского филиала РНЦЭМП 2018-2022 гг.

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

ҚОРИН БЎШЛИГИНИ САНАЦИЯСИ УЧУН МОСЛАМАДАН ФОЙДАЛАНГАНДА ДИФFUЗ ПЕРИТОНИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Б.Б.Сафоев Email: bsafoeyev@mail.ru

Раджабов В.Б. Email: yokhidrajabov84@gmail.com

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

✓ Резюме

Перитонит муаммоси бутун дунё бўйлаб охирги 100 йиллик давр мобайнида жарроҳлар томонидан катта эътиборга сазовор бўлишига қарамай, диффуз йирингли перитонит учун ўлим даражаси деярли ўзгаришсиз қолмоқда ва 4,5% дан 58% гача балки ундан ҳам юқори кўрсаткичларга эга. Перитонитнинг озир шаклларида ўлим 30-50% дан ошиши мумкин.

Ушбу тадқиқотнинг мақсади кўп каналли дренаж трубкаси ёрдамида тарқалган перитонит билан озриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборатдир.

Илмий иш РШТТЁИМ Бухоро филиалида даволанган диффуз перитонит билан касалланган 103 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.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS WHEN USING AN ABDOMINAL SANITATION DEVICE

Safojev B.B. Email: bsafojev@mail.ru

Radjabov V.B. Email: vokhidrabov84@gmail.com

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

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.

1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Rezyume*

Despite the fact that for more than 100 years, the problem of peritonitis has received the greatest attention from surgeons around the world, the mortality rate for diffuse purulent peritonitis remains virtually unchanged and ranges from 4.5% to 58% and higher. In severe forms of peritonitis, mortality may increase by more than 30-50%.

The purpose of this study is to improve the results of treatment of patients with advanced peritonitis by using a multi-channel drainage tube.

The scientific work is based on the analysis of the results of surgical treatment of 103 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. [1, 3, 6, 8, 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% [4, 3, 6, 8, 9].

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%. [8, 13]. 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- 13].

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 проблеме 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 данного исследования является улучшения результатов лечения больных диффузного перитонита путем разработки оптимального метода дренирования брюшной полости.

Материал и методы

Проанализированы данные обследования и лечения 103 больных с диффузного перитонита различной этиологии, находившихся на лечении в отделении экстренной хирургии Бухарского городского медицинского объединения и Бухарского филиала РНЦЭМП 2018-2022 гг.

Все больные были распределены по полу и возрасту согласно классификации возрастных групп, принятой на региональном семинаре Всемирной Организацией Здравоохранения в Киеве в 1963 году. Как видно из таблицы 1, в I группе было 51 (55,4%) мужчин и 41 (44,6%) женщин в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст составил $48,5 \pm 2,1$ лет). Во II группе – 47 (55,9%) мужчин и 37 (44,1%) женщин в возрасте от 17 до 74 лет (средний возраст составил $45,5 \pm 1,8$ лет), т.е. группы были сопоставимы по полу и возрасту (табл.№ 1).

Таблица 1

Характеристика больных по полу и возрасту

Группы	Возраст										Всего
	до 19 лет		20-44 лет		45-59 лет		60-74 лет		75 лет и более		
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	
I	3	2	18	12	30	19	2	4	2	0	92
II	2	1	14	15	21	25	3	2	1	0	84
Всего	8 (4,5%)		59 (33,5%)		95 (54%)		11 (6,25%)		3 (1,7%)		176

Большинство больных (78%) находились в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет).

Подробный анализ клинической картины и полученных результатов исследования каждой группы больных будет изложен в соответствующих главах диссертационной работы.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы: I – группа сравнения и II – основная (табл. 2). I – контрольная группа составили 57 больные диффузном перитонитом получившее стационарного традиционного методы лечения в период 2018-2020 г.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от вида лечебных мероприятий

Группы обследованных больных	Метод лечения:
I группа контрольная (n=57)	Традиционный метод лечения
II группа основная (n=46)	Дренирования брюшной полости с применением поликанального дренажа

Результат и обсуждение

Больным I группы сравнения после ликвидации очага поражения и санации, проводились дренирования брюшной полости с целиконовой дренажной трубкой размером просвета 0,7-0,8 см из трех точек с тремя дренажами. Первый верхний дренажный трубка с учетом область локализации перитонита установлен в правые или левые подреберья. Внутренней част дренажа 2-3 отверстиями баковых стенках установили перпендикулярно между внутренних органов и передней брюшной стенки. Нижний дренаж с лева установлен при входе малый таз, с права конец дренажный трубки подведен в дне малого таза. Дренажный трубки в послеоперационном периоде использовали с целью визуального контроля характер и объём выделения из брюшной полости, а также из выделения дренажа динамически проводились бактериологический качественный и количественный исследования с целью диагностики и определения тактика проведения антибиотикотерапии.

В послеоперационном периоде с учётом антибиотикчувствительности выявленных микрофлоры ежедневно по показаниям через верхней дренажной трубки вводились 3-6 раза в сутки. До выявления чувствительности микрофлоры как эмпирическая антибиотикотерапия

использовали Сульбактам 1,0 3 раза в сутки, растворённом на 0,9% - 10 мл физ. растворе. Так как по нашем данном в нашем регионе патогенный микрофлоры большинство случаев проявляет чувствительность к этой антибиотике (до 70%).

В отличие от контрольный группы, всем больным II группы при дренирования брюшной полости на месте верхнего однопросветного дренажа интраоперационно использована поликанальная силиконовая дренажная трубки просветом канала 0,5 см, с баковыми отверстиями. Поликанальная дренажная трубка представляет собой от 5 до 7 отдельный дренажный ходов с просветом 0,5 см. Средней част дренажей объединяется, проходя через общего прохода силиконового дренажа объединяется, проксимальный конец дренажных ходов разделяется свободно как отдельный дренажный трубки.

Количество дренажный ходов зависит от площади распространения диффузного перитонита. Например, если процесс распространена в трех области брюшной полости, использовали пятиканальная дренажная трубка. Так как, при этом первый дренажный трубка установлен под поперечный ободочный кишки, второй дренажная трубка у становлен между петлями в корни брыжейки поражённый области, остальные три дренажный трубки установлен в три области брюшной области который распространен диффузный перитонит.

Для определения точный локализации каждого дренажа в послеоперационном периоде первый дренажный трубка который устанавливается под поперечной ободочный кишки, дистальный конец окрашивали желтым цветом, второй дренажная трубка который устанавливается корень брыжейки, поражённый части брюшины отметили зеленом цветом. Остальные дренажные каналы, которые устанавливается в поражённой области брюшной полости окрашивали красным цветом. Количества красный цвет одномоментно показали сколка область брюшной полости вовлечен в процесс перитонита. Методика антибиотикотерапия второй группа больных было идентичным как контрольный группы, но, в отличии их антибиотики в основная группы ввели через различный дренажная канала отдельно вышеуказанных областей.

Показатели органной недостаточности для Мангеймского индекса перитонита

Органная недостаточность	Показатели
Почки	уровень креатинина ≥ 177 мкмоль/л мочевина ≥ 1 моль/л олигурия < 20 мл/час
Лёгкие	PaO ₂ < 50 рт. ст. PaCO ₂ > 50 рт. ст.
Шок (по критериям Shoemaker)	гиподинамический гипердинамический
Кишечная непроходимость	парез ≥ 24 часа, полная механическая непроходимость

Дренированы области малого таза выполнена аналогичный как у контрольный группы.

Всем больным диффузном перитонитом I и II группы сравнения день поступления после кратковременное предоперационная подготовки в течении 1-2 часа экстренном порядке выполнена операция который направлена к уточнена и ликвидация источника перитонита, санация, определения распространенности перитонита в брюшной полости, набор жидкости для от поражённой участки для бактериологические исследования, дренирования брюшной полости с тремя дренажами у I группа больных, с поликанального дренажами у II группа больных.

В II группы исследования входили 46 больных с диффузным перитонитом, котором комплексная лечения проводимая в контрольные группы отличались тем что, место верхнего однопросветного дренажа использована поликанальная силиконовая дренажная трубка, просветом канала 0,5 см, с баковыми отверстиями. Поликанальная дренажная трубка представляет собой от 5 до 7 отдельный дренажный ходов с просветом 0,5 см. Средней част дренажей объединяется, проходя через общего прохода силиконового дренажа, проксимальный конец дренажных ходов разделяется свободно как отдельный дренажный трубки. Количество дренажный ходов зависит от площади распространения диффузного перитонита. Например, если процесс распространена в трех области брюшной полости, использовали пятиканальная

дренажная трубка. Так как, при этом первый дренажный трубка установлен под поперечный ободочный кишки, второй дренажная трубка установлен между петлями в корень брыжейки поражённый области, остальные три дренажный трубки установлен в три области брюшной полости который распространён диффузный перитонит, например, правой подвздошной, эпитгастральной и в правой боковой канале.

В послеоперационном периоде для определения точный локализации каждого дренажного канала, первый дренажный канал, который устанавливается под поперечной ободочной кишки, дистальный конец окрашивали желтым цветом, второй дренажный канал, который устанавливается корень брыжейки, поражённый части брюшины, отметили зеленым цветом. Остальные дренажные каналы, которые устанавливается в поражённой области брюшной полости окрашивали красным цветом. Количества красный цвет одномоментно показали сколка область брюшной полости вовлечен в процесс перитонита. Методика антибиотикотерапия второй группа больных было идентичным как контрольный группы, но, в отличии их антибиотики в основная группы ввели через различный дренажная канала отдельно вышеуказанных областей.

При необходимости этим больным также, проводили УЗИ диагностика брюшной полости. Изучения наличия симптомов раздражения брюшины и другие симптомы, характерный для перитонита выявили следующее: табл.№ 2.

Таблица № 2

Частота выявленных симптомов перитонита у больных II группы (n=46)

№	Симптом	Число наблюдения симптомов
1.	Резкая усиливающаяся боль в животе	46 (100%)
2.	Лихорадка	40 (86,9%)
3.	Боль усиливается при движении	43 (93,4%)
4.	Тошнота и рвота, не приносящие облегчения	14 (30,4%)
5.	Напряжение мышц передней брюшной стенки	46 (100%)
6.	Резкая болезненность при надавливании на переднюю брюшную стенку	46 (100%)
7.	Симптом Менделя	24 (52,4%)
8.	Симптом Воскресенского	39 (84,7%)
9.	Симптом Щёткина - Блюмберга	46 (100%)
10.	Симптом мнимого благополучия	6 (13%)

Следует отметить, как было выше указано для сохранения синхронность различных группы, больных с органами недостаточными не включили в исследовании.

Всем больным II группы также в день поступления для установления диагноза аналогичный как предыдущий группы, проводились объективные и лабораторные исследований при необходимости УЗИ и рентгенологические исследования. Также после установления диагноза проводились кратковременное (течения 1-2 часа) предоперационная подготовка который включал в себя инфузионная, детоксикационная терапия с использованием физиологических раствор, минералы и реосорбилакт с учетом показания до 1 литра. По следующим под общим обезболиваниям проводились срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полостей, уточнения источника перитонита, выявления распространённости площади перитоните в брюшной полости.

Дальнейшая хирургическая тактика, направленная к ликвидации источника поражения диффузного перитонита, санация и дренирования брюшной полости имели свои отличия который заключались методикой дренирования области поражения брюшной полости с применением полигональной дренажной трубкой.

Как было выше отмечено, количество дренажный ходов зависела от площади распространения диффузного перитонита. Если процесс распространена в трех области брюшной полости, использовали пятиканальная дренажная трубка. Так как, при этом первый дренажный трубка установлен под поперечный ободочный кишки, второй дренажная трубка установлен между петлями в над корень брыжейки поражённый области, остальные три

дренажный трубки установлен в три области брюшной области который распространен диффузный перитонит.

Для определения точный локализации каждого дренажа в послеоперационном периоде первый дренажный трубка который устанавливается под поперечной ободочный кишки, дистальный конец окрашивали желтым цветом, второй дренажная трубка который устанавливается в области корне брыжейки, пораженный части брюшины, отметили зеленом цветом. Остальные дренажные каналы, которые устанавливается в пораженной области брюшной полости окрашивали красным цветом. Количества красный цвет одномоментно показали сколка область брюшной полости вовлечен в процесс перитонита. Дренажные трубки использован основном в двух целях: - для эвакуации экссудата из брюшной полости и проведения местного антибактериального терапии. С учётом характер и объём выделении из различных каналов дренажный трубки косвенно оценивали динамика воспалительного процесса в различных поражённых области брюшной полости. С изучением качественного и количественного бактериологического исследования из выделения дренажной трубки определили тактика ведения антибиотикотерапии с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Эмпирического антибиотикотерапии мы проводили с использованием Сульбактама или Цефоперазона. После выявления чувствительности антибиотики назначили с учётом чувствительности микрофлоры. При этом учитывали результаты пробы индивидуальной непереносимости, который проводились до операционной периоде.

Как видно из таблица 3 верхно-срединная доступ использован основном при перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в 4 (66,6%) случаях и при желчном перитоните 3 (75%) больным.

Таблица 3

Распределения основной группа больных по срединном лапаротомии

№	По этиологический факторы	Всего	Доступ			Срединная
			Верхне-срединная	Среди-срединная	Ниже-срединная	
1	Аппендикулярном перитонит	18	-	17 (94,4%)	1 (5,6%)	-
2	Гинекологический перитонит	5	-	3 (60,0 %)	2 (40,0%)	-
3	Перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	6	4 (66,6%)	-	-	2 (33,3%)
4	Каловый перитонит	5	-	3 (60,0%)	-	2 (40,0)
5	Геморрагический перитонит	5	-	3 (60%)	-	2 (40%)
6	Мочевой перитонит	3	-	-	3 (100%)	
7	Желчный перитонит	4	3 (75%)	-	-	1 (25%)
	Всего	46	7 (15,2%)	26 (56,5%)	6 (13,0%)	7 (15,2%)

Средисрединный лапаратомный доступ у больных II группы использована у 26 (56,5%) больным: - из них аппендикулярном перитоните 17 больным, гинекологический перитонит у 3 пациентах, каловый перитоните у 3 случаях, геморрагический перитоните у 3 случаях использован средноньжний лапаратомный доступ.

У 6 (13,0%) больных контрольный группы использована нижний лапаратомный доступ, из них у 1 больного было аппендикулярный этиологии перитонита и у 3-х больных с Мочевой перитонитом.

Верхно – срединно – нижний доступ использована у 7 (15,2%) больных, которые были с источниками перитонита перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, каловый и геморрагический перитонит по 2-х наблюдениях и в одном случае при желчном перитоните.

Хирургический этап операции - ликвидация очага источника перитонита из 46 больных контрольной группы у 18 (39,1%) пациентам было направлено на ликвидации деструктивного аппендикулярного отростка. У 9 (15,7%) больным ликвидация внематочной беременности. У 5 (10,8%) пациентам иссечения и ушивания перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (у 4 больным ушивания перфоративной язвы желудка, у 2 го больного иссечения раны с использованием пилоропластике по Джадду.

У 5 (10,8%) случаях было выполнена ушивания поврежденной стенки кишечника (у 3 больных стенки толстый кишечника, у 2 больных стенки тонкого кишечника). Из 5 больных с геморрагическим перитонитом у 3-х больных причиной внутрибрюшного кровотечения были повреждения паренхиматозных органов печени вследствие травмы, в 2-х случаях разрывы брыжейки который ушита в этапы операция кетгутowymi швами.

У 3 (6,5%) больных поврежденными стенками мочевого пузыря выполнена ушивания поврежденной части мочевого пузыря.

У 4-х пациентов с желчным перитонитом производились удаления желчного пузыря (3-х случаях деструктивный холецистит, в 1-м случаях прободной деструктивный перитонит).

При проведения бактериологического исследования из выделения брюшной полости через дренажный трубки большинство случаев выявлена *Staphylococcus aureus* - 37 (78,2%), *Escherichia coli* 6 (13%) и *Enterobacter spp* - 3 (6,5%). В пяти случаях микрофлоры встречались в виде ассоциации. Рис.-1

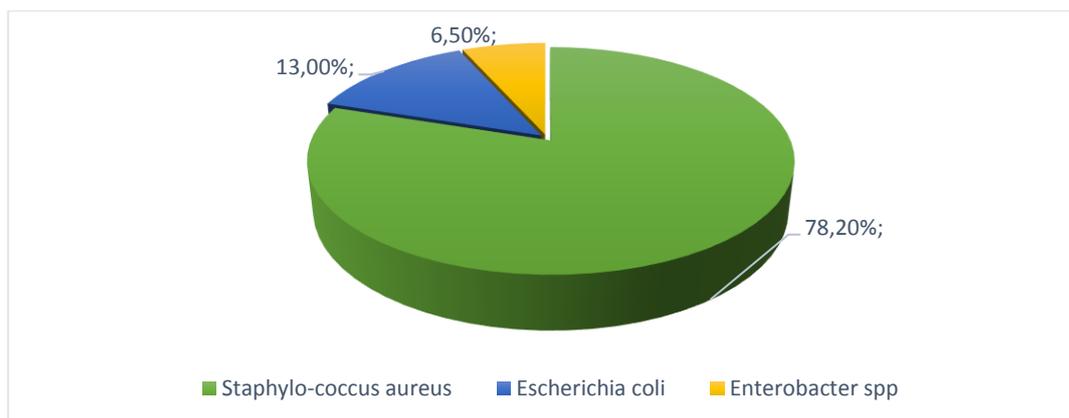


Рис.1 Частота встречаемости микрофлоры из выделения брюшной полости II группы больных.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с диффузным перитонитом в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем $39,5 \pm 0,42^{\circ}\text{C}$. Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем $9,9 \pm 0,17 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,198 \pm 0,03$ ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от $39,5 \pm 0,42$ до $36,8 \pm 0,17$ количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до $7,0 \pm 0,22 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,116 \pm 0,007$ ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до $1,1 \pm 0,04$ и $24,5 \pm 1,13$ соответственно.

К пятым суткам лечения у больных II группы с диффузным перитонитом показатель температура тело составило $36,7 \pm 0,27^{\circ}\text{C}$. При этом по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови также отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации – $6,5 \pm 0,1$; $0,102 \pm 0,006$; $1,0 \pm 0,03$; $14,2 \pm 1,04$ соответственно.

Изучения наличия пареза и сроки восстановления перистальтики кишечника вывели следующее (табл. 4).

Таблица № 4

Сроки появления перистальтики кишечника больных основной группы

Показатель		1 сутка	2 сутка	3 сутка	5 сутка	7 сутка	9 сутка
Перистальтика кишечника	-	22 (47,8%)	4 (8,7%)	1 (2,1%)	-	-	-
	+	24 (52,1%)	42 (91,3%)	45 (97,8%)	46 (100%)	46 (100%)	46 (100%)

Как показывает табл. № 4 из 46 обследованных больных с диффузным перитонитом II группы в день поступления 47,8% пациентам выявлена клиника пареза кишечника с полным отсутствием перистальтики. У 52,1% пациентов отмечались слабая или усиленная перистальтика кишечника. Послеоперационном периоде на фоне комплексного лечения проводилась стимуляция перистальтики кишечника с применением прозерина подкожно - 1-2 мг 1-2 раза/сутки начиная с второй сутки после операции.

Из 22 больных, которым отмечались паралитическая кишечная непроходимость у 18 (81,8%) больных во второй суткам лечения появились признаки восстановления перистальтики кишечника, что проявилось выслушиванием кишечный шум при аускультации, отхождением газов и стула. Отмечались улучшения общего состояния больных и самочувствия, появились аппетит.

В динамике 3 суткам лечения из 22 больных у 21 (97,9 %) кишечная перистальтика восстановилась. Уже в 5-й суткам лечения в отличие от I группы больных у всех больных в основную группу кишечная перистальтика восстановилась, что свидетельствовало о купировании перитонита. Следует отметить у больных контрольной группы в этом сроке (5-й сутки) кишечная перистальтика восстановилась лишь 91,2 % больным, а у 7 сутках 92,9% больным.

На фоне комплексного лечения с применением поликанального дренажа с введением антибиотиков в области под поперечной ободочной кишке, корне брыжейки тонкого кишечника и пораженные области брюшной полости. Осложнения в виде вялотекущего разлитого перитонита в основной группы больных не наблюдались. Что у контрольной группы отмечались у 7,0 % больным (табл. 5).

Таблица № 5.

Сравнительный анализ послеоперационных осложнений и длительности стационарного лечения больных I и II группы

№	Осложнения	Количества (%)	
		I группа	II группа
1.	Нагноения п/о раны	5 (8,7%)	1 (2,1%)
2.	М/П абсцессы	3 (5,26%)	-
3.	Вялотекущий перитонит	4 (7,0%)	-
4.	Сроки восстановления перистальтики кишечника	4,2+0,8	2,5+0,6
5.	Сроки очищения от инфекции	3,8+0,6	2,5+0,6
6.	Летальность	2 (3,5%)	-
7.	Средняя койка дни	12+1,7	8,2+1,3

В послеоперационной периоде у 1-го (2,1%) больного II группы отмечались нагноения послеоперационной раны к 3 суткам после операции, который после соответствующего местного лечения с применением 25% раствор димексида и мазь левамикол, к 5-6 суткам переходили к 2-ой в дальнейшем к 3-ой фазы раневого процесса как в таблице № 5, показывает идентичная осложнения у больных контрольной группы наблюдались у 8,7% больным.

При применении нами разработанная методика лечения больных диффузным перитонитом основной группы межпеченочные абсцессы в послеоперационном периоде не наблюдались.

Сроки очищения от инфекции брюшной полости у контрольной группы составило 3,8+0,6 дня, а у больных II группы этот показатель опережала в среднем на 1 суток чем контрольной.

Летальность у больных II группы не наблюдались. Средней длительности стационарного лечения составило 8,2+1,3 дня.

Таким образом анализ, проведенный нами исследования I и II группы выявили следующее интересное особенности результатов лечения:

- при лечении диффузного перитонита применении поликанальной дренажной трубки является более эффективным способом. При этом сроки нормализации все показателей интоксикации организма

ускоряется в среднем на 2 дня. Сроки купирования перитонита и появления перистальтики кишечника также ускоряется в среднем 2-3 дня. Послеоперационные осложнения значительно уменьшаются за счет уменьшения нагноения послеоперационной раны до 6,6%. Образование послеоперационные межпетлевые абсцессы на 5,26%, развития вялотекущего перитонита до 7,0%, летальность 3,5%. При этом сроки очищения от инфекции брюшной полости ускоряется от 3,8+0,6 до 2,5+0,6 дня. Средняя койка дни сокращается от 12+1,7 до 8,2+1,3 дня. Что способствует безсомненно экономической эффективности данный разработанной метод лечения диффузного перитонита как в центральных, так и периферических районных лечебно-хирургических учреждениях. Это все позволяет нам рекомендовать к широкому применению в медицинский практики данной метод лечения.

Выводы

1. Традиционный метод лечения диффузного перитонита имеет ряд неудовлетворительные результаты в виде осложнения, нагноения послеоперационные раны 8,7%, межпетлевые абсцессы 5,26%, развития вялотекущего перитонита 7,0%, летальность достигает до 3,5%.
2. При применении поликанальной дренажной трубки нагноения послеоперационных раны уменьшается до 2,1%, при этом межпетлевые абсцессы и вялотекущий перитонит, летальности уменьшается 5,26%, 7,0% и 3,5% соответственно, при этом средняя стационарная лечения составляет 8,2+1,3 дня.
3. Применения поликанальных дренажной трубки при лечении диффузного перитонита с раздельно-дренированием под поперечно-ободочный кишки, область корня брыжейки тонкого кишечника и каждый пораженные области брюшной полости способствует к уменьшению послеоперационного осложнения и летальности чем при традиционном методы лечения.
4. При лечении диффузного перитонита применением поликанальной дренажной трубки с раздельными дренированиями пораженные области брюшной полости, корня брыжейки тонкого кишечника и под поперечной ободочный кишки с введением антибиотиков через микроиригаторы трубки с учетом расположения место дренажа является более оптимальным, усовершенствованном методом лечения.

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. Ярикулов Ш., Раджабов В. (2023). Способы санации брюшной полости при распространенных формах перитонита. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 2023;3(6 Part 2):95-102. <https://inacademy.uz/index.php/EJMNS/article/view/18220>
7. Р.Р.Арашов, Ш.Ш.Ярикулов. (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>
8. 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/>
9. 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
10. 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.
11. Vafoyeva 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>
12. Арашов Р.Р., Ярикулов Ш.Ш. усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени // Ustozlar uchun. 2023;19(1):257-263.
13. Sh S. Yarikulov, AI 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.

Поступила 20.11.2023