



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 (85) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**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
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (85)

2025

ноябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

UQK 616.381-002.1

TARQALGAN YIRINGLI PERITONIT ASORATLARINI ERTA BAHOLASH VA DAVOLASH SAMARADORLOGINI TAXLIL QILISH

Raxmatullayev J.D. <https://orcid.org/0009-0001-8657-5539> e-mail: raxmatullayev.jorabek@bsmi.uz

Abu ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Buxoro sh., A. Navoiy ko'chasi.
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Перитонит қорин бо'шлиғ'и о'tkir касалликларининг ог'ир ва тез-тез уchrayдиган асоратларидан бири бо'либ, беморларнинг қорин бо'шлиғ'и органлар паталогияларининг 90% гача uchrayди. Diffuz yiringli peritonitda o'lim darajasi 10-65% ni tarqalgan peritonitlarda 75-80% tashkil qiladi. Ikkilamchi peritonitni davolashning qoniqarsiz natijalarining sabablari yiringli-yallig'lanishli asoratlarning rivojlanishi hisoblanadi. Peritonit hali hamon jarrohlikdagi doimiy muammolardan biridir. Qorin parda yallig'lanishi mahalliy va umumiy simptom komplekslari bilan birga keladi. Peritonitning asosiy sababi infeksiya bo'lib, olimlar uni mikrobial peritonit deb atashadi. Qorin parda himoya, ekskretor va plastik funksiyalarni bajaradi. Qorin pardaning umumiy maydoni 1700-2040 sm² ni tashkil qilib qorin parda kuniga 70 litrgacha suyuqlikni o'zlashtira oladi va bu uning etakchi himoya funksiyasidir. Peritonitda o'lim darajasi yuqorilgicha qolmoqda. Prognozlar har doim jiddiyligi va o'lim ko'rsatkichining yuqoriligi hali hamon jarroxlarda orasida yechilmagan muammolar borligini ko'rsatadi va bu xolat ayniqsa ikkilamchi peritonitda yaqqol namoyon bo'ladi. Tez rivojlanayotgan intoksikatsiya peritonitning patogeneza asosiy rol o'ynaydi. Gemosorbsiya, giperbarik oksigenatsiya, limfosorbsiya va plazmaferез kabi detoksifikatsiya usullari toksik bosqichda rivojlangan diffuz va tarqoq yiringli peritonitlarda bemorlar orasida o'lim ko'rsatkichining kamayishiga xizmat qiladi.

Kalit so'zlar: eventratsiya, endotoksikoz, detoksifikatsiya, dekompressiya, relaparotomiya.

АНАЛИЗ РАННЕЙ ОЦЕНКИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Рахматуллаев Ж.Д. <https://orcid.org/0009-0001-8657-5539> e-mail: raxmatullayev.jorabek@bsmi.uz

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

Перитонит — одно из наиболее тяжелых и частых осложнений острых заболеваний брюшной полости, встречающееся до 90% больных с патологией органов брюшной полости. Летальность при разлитом гнойном перитоните составляет 10–65%, при распространенном перитоните — 75–80%. Причиной неудовлетворительных результатов лечения вторичного перитонита является развитие гнойно-воспалительных осложнений. Перитонит по-прежнему остается одной из постоянных проблем в хирургии. Воспаление брюшины сопровождается местными и общими симптомокомплексами. Основной причиной перитонита является инфекция, которую ученые называют микробным перитонитом. Брюшина выполняет защитную, выделительную и пластическую функции. При общей площади 1700–2040 см² брюшина может впитывать до 70 литров жидкости в сутки, что является ее ведущей защитной функцией. Летальность при перитоните остается высокой. Тяжесть прогноза и высокая летальность по-прежнему свидетельствуют о наличии нерешённых проблем в хирургической практике, что особенно ярко проявляется при вторичном перитоните. Быстро развивающаяся интоксикация играет ключевую роль в патогенезе перитонита. Методы детоксикации, такие как гемосорбция, гипербарическая оксигенация, лимфосорбция и плазмаферез, способствуют снижению летальности у больных с разлитым и распространённым гнойным перитонитом, развившимся в токсической стадии.

Ключевые слова: эвентрация, эндотоксикоз, детоксикация, декомпрессия, релапаротомия.

EARLY ASSESSMENT OF COMPLICATIONS OF DISSEMINATED PURULENT PERITONITIS AND ANALYSIS OF TREATMENT EFFECTIVENESS

Rakhmatullaev J.D. <https://orcid.org/0009-0001-8657-5539> e-mail: raxmatullayev.jorabek@bsmi.uz

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

✓ Resume

Peritonitis is one of the most severe and common complications of acute abdominal diseases, occurring in up to 90% of patients with abdominal pathology. Mortality rates for diffuse purulent peritonitis range from 10-65%, while those for generalized peritonitis reach 75-80%. The development of purulent-inflammatory complications is the cause of unsatisfactory treatment results for secondary peritonitis. Peritonitis remains a persistent problem in surgery. Inflammation of the peritoneum is accompanied by local and systemic symptoms. The main cause of peritonitis is infection, which scientists call microbial peritonitis. The peritoneum performs protective, excretory, and plastic functions. With a total area of 1700-2040 cm², the peritoneum can absorb up to 70 liters of fluid per day, which is its primary protective function. Mortality from peritonitis remains high. The severe prognosis and high mortality rate continue to highlight unresolved issues in surgical practice, particularly in secondary peritonitis. Rapidly developing intoxication plays a key role in the pathogenesis of peritonitis. Detoxification methods such as hemosorption, hyperbaric oxygenation, lymphosorption, and plasmapheresis help reduce mortality in patients with diffuse and widespread purulent peritonitis that develops in the toxic stage.

Keywords: eventration, endotoxemia, detoxification, decompression, relaparotomy.

Dolzarbligi

Jarrohlikda eskirmaydigan muammolar mavjud — ulardan biri peritonitdir. Peritonit qorin bo'shlig'i o'tkir kasalliklarining og'ir va tez-tez uchraydigan asoratlardan biri bo'lib, bemorlarning qorin bo'shlig'i organlar patologiyalarining 90% gacha uchraydi [1.3.8]. Diffuz yiringli peritonitda o'lim darajasi 10-65% ni tarqalgan peritonitlarda 75-80% tashkil qiladi [13.15]. Ikkilamchi peritonitni davolashning qoniqsiz natijalarining sabablari yiringli-yallig'lanishli asoratlarning rivojlanishi hisoblanadi. Peritonit hali hamon jarrohlikdagi doimiy muammolardan biridir. Qorin parda yallig'lanishi mahalliy va umumiy simptom komplekslari bilan birga keladi. Peritonitning asosiy sababi infeksiya bo'lib, olimlar uni mikrobial peritonit deb atashadi. Qorin parda himoya, ekskretor va plastik funksiyalarni bajaradi. Qorin pardaning umumiy maydoni 1700-2040 sm² ni tashkil qilib qorin parda kuniga 70 litrgacha suyuqlikni o'zlashtira oladi va bu uning etakchi himoya funksiyasidir. Peritonitda o'lim darajasi yuqorilgicha qolmoqda. Prognozlar har doim jiddiyligi va o'lim ko'rsatkichining yuqoriligi hali hamon jarroxlarda orasida yechilmagan muammolar borligini ko'rsatadi va bu xolat ayniqsa ikkilamchi peritonitda yaqqol namoyon bo'ladi [13.14]. Tez rivojlanayotgan intoksikatsiya peritonitning patogeneza asosiy rol o'ynaydi. Hemosorbsiya, giperbarik oksigenatsiya, limfosorbsiya va plazmaferes kabi detoksifikatsiya usullari toksik bosqichda rivojlangan diffuz va tarqoq yiringli peritonitlarda bemorlar orasida o'lim ko'rsatkichining kamayishiga xizmat qiladi. Peritonit o'z mohiyatiga ko'ra — ikkilamchi kasallik hisoblanadi [2.4.8.13]. O'tkir yiringli peritonit qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir patologiyalaridan keyingi asorat sifatida rivojlanadi [1.4.6.13]: o'tkir destruktiv appenditsit — 53,3%, o't pufagi va oshqozon osti bezining kasalliklari — 22,2%, operatsiyadan keyingi ikkilamchi peritonit — 13,2%, oshqozon yarasi perforatsiyasi yoki ichak nekrozi oqibatidagi peritonitlar — 11,3%. Birlamchi peritonitlar esa atigi 1% holatda uchraydi [3.7.13.15]. Kasallik og'ir kechadi, o'tkir yiringli peritonitning og'ir shakllarida o'lim darajasi 25–30% ni tashkil etadi, poliorgan yetishmovchilikda esa bu ko'rsatkich 90% gacha yetadi. Peritonitda operatsiya dastlabki soatlarda bajarilsa, 90% gacha sog'ayish kuzatiladi birinchi kun — 50%, uchinchi kundan so'ng esa o'lim 99% hollarda qayd etiladi [5.9.12].

Tadqiqot maqsadi: o'tkir yiringli peritonitning eng muhim asoratlarini aniqlash hamda erta jarrohlik aralashuvining ikkilamchi asoratlarni oldini olishdagi rolini baholash.

Vazifalar: Bizning klinik tadqiqotlarimizning vazifalari quyidagilardan iborat: o'tkir yiringli peritonitning ikkilamchi asoratlari uchrash chastotasini aniqlash, ularning sabablarini va operatsiyadan keyingi davrda uchraydigan holatlarning tizimlashtirilishi, "ikkilamchi-progressiv" yiringli peritonitning ta'rifi, davolash taktikasi hamda "ikkilamchi-progressiv" tarqalgan yiringli peritonit bilan og'rigan bemorlarda erta shoshilinch relaparotomiya o'tkazishning ahamiyatini o'rganish.

Tarqalgan yiringli peritonitning asoratlari haqida ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, ular ikkilamchi asoratlar turiga kiradi. Biroq hozirgi kunga qadar operatsiyadan keyingi davrda uchraydigan bunday asoratlarning yagona tasnifi mavjud emas.

Materiallar va uslublar

5 yil davomida Buxoro viloyat Vobkent tuman tez tibbiy yordam shifoxonasining jarrohlik bo'limida kuzatilgan 107 bemorda ikkilamchi asoratlari aniqlangan bo'lib, ular to'rt guruhga bo'lindi:

Qorin bo'shlig'i tomonidan rivojlangan asoratlari :

1. "ikkilamchi-progressiv" tarqalgan peritonit,
2. O'tkir chandiqli (spayechniy) ichak tutilishi,
3. Ichak eventratsiyasi,
4. Qorin bo'shlig'i absesslari va yiringli infiltratlar, ichaklar orasidagi absesslar va infiltratlar, ichak fistulalari hamda jarohatning yiringlashi.

Yurak-qon tomir tizimi tomonidan: o'tkir qon tomir yurak yetishmovchiligi, yirik tomirlarning tromboemboliyasi, flebit, tromboflebit, flebotrombozlar.

O'pka kasalliklari: zotiljam, bronxit, o'pka shishi, surunkali bronxitning kuchayishi, traxeobronxit, ikkilamchi pleurit.

Boshqa asoratlari qatoriga — o'tkir buyrak yetishmovchiligi, asab tizimi zararlanishlari, sepsis holatlari, ko'p a'zoli yetishmovchilik kiradi.

O'tkir yiringli tarqoq peritonitning ikkilamchi-progressiv shakli 22 (6,1%) bemorda aniqlangan, o'tkir chandiqli ichak tutilishi — 18 (5%) bemorda, qorin old devori yiringlashi — 17 (4,8%) holatda, ichak eventratsiyasi — 17 (4,8%), ichak va tos bo'shlig'i absesslari — 9 (2,5%) bemorda o'tkir xolitsistit — 2 (0,6%) bemorda uchragan.

Operatsiyadan so'ng yiringli peritonitning qayta rivojlanishiga olib keluvchi bemorlar guruhi kuzatilgan. Jarrohlikdan keyingi dastlabki kunlarda yallig'lanish jarayonining tez kuchayishi "ikkilamchi-progressiv peritonit" deb atalgan.

Bunday holatlarda bemor organizmining qarshilik kuchi past bo'lishi mumkin, biroq infeksiya virulentligi (kuchliligi) ham inkor etilmaydi. Shuningdek, o'tkazilgan operatsiyaning yetarlicha radikalligi (infeksiya manbaini to'liq bartaraf etmaslik) yoki organning ko'zga tashlanmagan shikastlanishi sababli to'liq drenaj (yiring oqishini ta'minlash) amalga oshirilmagan bo'lishi mumkin.

Bemorning holatini aniqlashda klinik belgilar, laborator ko'rsatkichlar (yurak urishi, nafas yetishmovchiligi, tana haroratining oshishi, qorin devori mushaklarining bo'shashishi, leykotsitoz, ECHT oshishi) tahlil qilinadi.

Tarqalgan yiringli peritonit bilan asoratlangan bemorlarning ko'pchiligi operatsiyadan keyingi 1-kun bezovtalanadi va keyingi kunlarda ko'pincha eyforiya, qorin old devorining nafas olishda sust ishtirok etadi, nafas tezlashadi, qorin devori taranglashadi, qorin pardaning tasirlanish belgilari paydo bo'ladi, gematologik va gemodinamik ko'rsatkichlar yomonlashadi, og'izda quruqlik va til quruq oq karash bilan qoplanadi va bu jarayon qayta jarrohlik amaliyoti uchun ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Keyinchalik, ikkilamchi progressiv tarqoq peritonitning sanab o'tilgan belgilari yo'qolib, bemorning ahvoli yaxshilanadi, bemorlarda 4-5-kunlarda intoksikatsiya, qorin devorining kuchlanishi engillashadi, qorin parda tasirlanish xususiyati belgilari kamroq sezilishi mumkin, qorin bo'shlig'ida og'riqlar kamayib, yurak urish tezligi daqiqada 80-90 tani, xarorati 37.5C° ga kamayadi. qon bosimini normallashtirish tendentsiyasi qayd etilgan. Ichak peristaltikasini kompleks stimulyatsiya qilish, magnit terapiya, oshqozonning nazogastral intubatsiyasi, dorivor stimulyatorlar, NaCl eritmasini tomir ichiga yuborish, ichak peristaltikasini stimullash uchun prozerin ineksiya qilish yaxshi natija berdi.

Taqalgan yiringli peritonit holatlarida natijalar har doim ham bir xil emas.

Ko'pgina bemorlarda bunday stimulyatsiyadan keyin ta'sir barqaror va yaxshi bo'ladi, boshqalarda esa meteorizm uzoq vaqt davom etadi, epidural anesteziani talab qiladi, bu esa yaxshi ta'sirga olib keladi. Ikkilamchi tarqalgan peritonit bilan og'rigan bemorlar eng og'ir guruhga kiradi, shuning uchun

ular intensiv terapiyani talab qiladilar. reanimatsiya tadbirlaridan oldin va ba'zi hollarda takroriy jarrohlik aralashuvi va shoshilinch relaparotomiya talab qilinadi. Tajriba shuni ko'rsatadiki, bu asoratlari ko'pincha diagnostikada emas, balki taktik jihatdan ham sezilarli qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Ushbu toifadagi bemorlarda terapevtik va reanimatsiya tadbirlari kompleksi quyidagilardan iborat bo'ladi:

Organlar va tizimlarning funksional holatini yaxshilash va intoksikatsiya sindromini bartaraf etish uchun zarur bo'lgan intensiv infuziya-transfuziya operatsiyadan oldingi tayyorgarlik.

Erta tashxis qo'yish va o'z vaqtida operatsiya qilish tarqalgan yiringli peritonitni zamonaviy detoksifikatsiya usullari: gemosorbtsiya, plazmafarez, limfosorbtsiya, keng spektrli antibiotiklarni endolimfatik yuborish yordamida davolashning asosiy va muhim bosqichidir. Bu tarqalgan yiringli peritonitli bemorlarda o'lim darajasini yaxshilashga yordam beradi.

Anamnezda peritonit bilan og'rigan 107 bemorda ikkilamchi rivojlanuvchi tarqalgan peritonit bo'yicha shoshilinch relaparotomiya qilingan - 22 bemorda peritonitning sabablari destruktiv appenditsit - 8 ta, teshilgan oshqozon yarasi - 2 ta, ingichka ichak gangrenasi va qorin bo'shlig'i kasalliklari uchun - 4 ta, strangulyatsiyalangan churra-2 ta, ichak tutilishi - 4 ta. Peritonit uchun shoshilinch relaparotomiyaga ko'rsatmalar umumiy holatning tobora yomonlashishi edi.

Birinchi laparotomiyadan keyingi holat, qorin bo'shlig'ida obyektiv o'zgarishlarning kuchayishi, tarqalgan yiringli peritonitga xos bo'lgan ichak parezlari. Shoshilinch relaparotomiya paytida tarqalgan peritonitga qo'shimcha ravishda 22 bemorning 14 tasida erta chandiqli ichak tutilishi belgilari mavjud edi. Bir qator bemorlarda charchoq, surunkali yurak-qon tomir etishmovchiligi va gipostatik pnevmoniyalar rivojlandi. Ikkilamchi progressiv diffuz peritonit bilan og'rigan bemorlarni davolashda erta relaparotomiya hal qiluvchi ahamiyatga ega. Zarur bo'lganda operatsiyadan keyingi davrda ichakni dekompressiyalash uchun naychalarni kiritish va ileostomiya shakllantirish yaratish bilan yakunlandi.

Tarqalgan yiringli peritonit bilan og'rigan bemorlarning 4,7 foizida qisman ichak epitatsiyasi kuzatildi; ular charchoq, peritonitning kuchayishi, qorin old devori operatsiyon jaroxatining yiringlashi bilan bog'liq, ayniqsa axlatli peritonit rivojlangan bemorlarda. Bemorlarning 1,9 foizida ichak oqmalari, diffuz yiringli peritonit bilan og'rigan bemorlarning 3,8 foizida o'tkir chandiqli strangulyatsion ichak tutilishi kuzatilgan. Barcha bemorlar takroriy operatsiyalarni o'tkazdilar. Tarqalgan yiringli peritonitning eng muhim ikkilamchi asoratlari birinchi 2-3 hafta ichida sodir bo'ldi. Bemorlarning 35,5 foizida nafas olish tizimi asoratlari, shu jumladan, pnevmoniya 12,4 foiz, yurak-qon tomir asoratlari 20,8 foiz aniqlangan.

Xulosa

Tarqalgan yiringli peritonitning eng muhim ikkilamchi asoratlari "ikkinchi darajali-progressiv" o'tkir chandiqli ichak tutilishi, ichak va tos bo'shlig'ida apsseslarning shakllanishi, ichak oqmalari va ichakning eventratsiyasi.

Yiringli peritonitning ikkilamchi asoratlarini oldini olishda kasallikning erta tashxisi va rivojlangan peritonitning asosiy manbasini yo'q qilish uchun o'z vaqtida operatsiya qilish katta ahamiyatga ega.

Tarqalgan yiringli peritonit bilan og'rigan bemorlarning ahvolidan og'irligini asosiy sabablaridan biri bu endogen intoksikatsiyaning aniq sindromi bo'lib, uni shakllantirishning barcha asosiy bosqichlarida kurashish kerak.

Gemosorbtsiya qon va to'qimalar aro bo'shliqlardan toksinlarni yo'q qilishning samarali usuli bo'lib, uni yiringli tarqalgan peritonitda detoksikatsiyaning patogenetik jihatdan asoslangan usuli sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. B.B.Safoev, A.Ya.Rahimov. Monografiya. O'tkir appenditsit Buxoro 2018 yil, 182 - bet.
2. B.B.Safoev, A.Ya.Raximov. Monograf / O'tkir jarrohlik kasalliklari. Appenditsit Buxoro-2019, 173-bet.
3. Ермолов А.С., Арутюнян А.С., Благовестнов Д.А., Ярцев П.А., Самсонов В.Т., Левитский В.Д. Современное лечение распространенного аппендикулярного перитонита: обзор литературы и собственный опыт. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2019;(2):21-29/42-58.

4. Каримов Д. Р., Хаджибаев Ф. А., Мадиев Р. З. Видеолапароскопия в диагностике и лечении больных с атипичными и редкими формами острого аппендицита // Джанелидзе-ские чтения - 2023. 2023; 65 стр.
5. Котков П. А. и др. Объективные инструменты оценки вероятности острого аппендицита в отечественной практике // Журнал им. НВ Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2024;13(4):570-577.
6. Рахматуллаев Ж. Д. Клиническое течение острого аппендицита и изменения морфологии аппендицита в Бухарской области // Miasto Przyszłości. 2024;55:447-450.
7. Abdul Jawad K, Qian S, Vasileiou G, Yeh DD; EAST Appendicitis Research Group. Microbial Epidemiology of Acute and Perforated Appendicitis: A Post-Hoc Analysis of an EAST Multicenter Study. J Surg Res. 2022 Jan;269:69-75.
8. Feng S, Ling K, Zhang T, Zhang X, Yan X, Yang J, Zhou Y. Application of an appendoscope in chronic appendicitis. // Endoscopy. 2022;54:296-297.
9. Абдулхакимов А.А. Эндовидеохирургические методы в лечении острого аппендицита, осложненного перитонитом: Автореферат дис... канд. мед.наук / Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, 2011.-25 с.
10. Аверин В.И., Севковский И.А., Свирский А.А. Аппендикулярный перитонит: лапароскопия или лапаротомия? // Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии. Сб.статей. 2019; 201-204 стр.
11. Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Примов Ф.Ш., Джураев Ж. и др. Опыт лечения острого аппендицита в Ташкенте // Детская хирургия 2019;3:157-160.
12. Алекберзаде А.В., Липницкий Е.М. Острый аппендицит: Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов. – М.: Изд-во ФГБОУ ВО Первый Московский государственный университет имени И.М. Сеченова. 2017; 38 стр.
13. Александров В.Г. Особенности тактики и организации лечения больных послеоперационным перитонитом в провинциальных муниципальных учреждениях здравоохранения [Текст] / В.Г. Александров /Автореф. дисс. канд. мед. наук. – 2004; 23 стр.
14. Байжаркинова А.Б., Айбасов Н.Б., Орынбаева Э.А., Курмангалиев К.Б., Гумаров Б.Ж., Тайшибаев К.Р. Хирургические аспекты при аппендикулярном инфильтрате // Медицинский журнал Западного Казахстана. 2009;4(24):87-90.
15. Борисов А. Е., Левин Л. А., Пешехонов С. И. Структура летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и роль эндовидеохирургической технологии в ее снижении // Эндоскопическая хирургия. 2009;1:87-88.

Qabul qilingan sana 20.10.2025