



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

3 (89) 2026

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
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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. 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. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (89)

2026 *март*

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

УДК 616.381-002-089

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Тохилов Ш.М., Мустафакулов И.Б., Джураева З.А.

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул.

Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

Термезский филиал Ташкентского государственного медицинского Университета

Сурхандарьинская область город Термез, улица И. Каримова №64 Тел: +998 (76) 223-47-20

E-mail: info@ttatf.uz

✓ Резюме

Послеоперационные осложнения у больных с распространённым перитонитом остаются основной причиной неблагоприятных исходов и высокой летальности. Целью исследования явилась оценка эффективности комплексной системы профилактики послеоперационных осложнений у пациентов с распространённым перитонитом. Проанализированы частота и структура осложнений, а также влияние мониторинга внутрибрюшного давления и дифференцированной хирургической тактики на результаты лечения. Установлено, что внедрение комплексного профилактического подхода позволяет снизить частоту тяжёлых осложнений и улучшить непосредственные результаты лечения.

Ключевые слова: распространённый перитонит, послеоперационные осложнения, профилактика, внутрибрюшная гипертензия, абдоминальный сепсис.

PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH DISSEMINATED PERITONITIS

Tohirov Sh.M., Mustafakulov I.B., Juraeva Z.A.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan, Tel.: +99818 66 2330841,

E-mail: sammu@sammu.uz

Termez Branch of Tashkent State Medical University Surkhondarya Region, Termez, I. Karimov Street

No. 64, Tel.: +998 (76) 223-47-20 E-mail: info@ttatf.uz

✓ Resume

Postoperative complications in patients with generalized peritonitis remain the primary cause of adverse outcomes and high mortality rates. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of a comprehensive system for the prevention of postoperative complications in patients with generalized peritonitis. The incidence and pattern of complications, as well as the impact of intra-abdominal pressure monitoring and a differentiated surgical strategy on treatment outcomes, were analyzed. It was established that the implementation of a comprehensive preventive approach reduces the incidence of severe complications and improves immediate treatment outcomes.

Keywords: generalized peritonitis, postoperative complications, prevention, intra-abdominal hypertension, abdominal sepsis.

ТАРҚАЛГАН ПЕРИТОНИТЛИ БЕМОРЛАРДА ОПЕРАТОРИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИНГ ОЎДИНИ ОЛИШ

Тохилов Ш.М., Мустафакулов И.Б., Жўраева З.А.

Самарканд Давлат Тиббиёт Университети, Самарканд, Ўзбекистон, Тел.: +99818 66 2330841,

E-mail: sammu@sammu.uz

Тошкент Давлат Тиббиёт Университетининг Термиз филиали Сурхондарё вилояти, Термиз, И.

Каримов кўчаси, 64-уй, Тел.: +998 (76) 223-47-20 E-mail: info@ttatf.uz

✓ **Резюме**

Тарқалган перитонитли беморларда операциядан кейинги асоратлар ноҳуш оқибатлар ва юқори ўлим кўрсаткичининг асосий сабаби бўлиб қолмоқда. Тадқиқотнинг мақсади тарқалган перитонитли беморларда операциядан кейинги асоратлар профилактикасининг комплекс тизими самарадорлигини баҳолашдан иборат бўлди. Асоратларнинг учраш частотаси ва тузилмаси, шунингдек, қорин ички босими мониторинги ва табақалаштирилган хирургик тактиканинг даволаш натижаларига таъсири таҳлил қилинди. Комплекс профилактик ёндашувни жорий этиш оғир асоратлар частотасини камайтириш ва даволашнинг бевосита натижаларини яхшилаш имконини бериши аниқланди.

Калит сўзлар: тарқалган перитонит, операциядан кейинги асоратлар, профилактика, қорин ички гипертензияси, абдоминал сепсис.

Введение

Несмотря на совершенствование хирургических технологий и методов интенсивной терапии, послеоперационные осложнения при распространённом перитоните регистрируются у 50–70% пациентов и во многом определяют уровень летальности. Наиболее тяжёлыми осложнениями являются послеоперационный и третичный перитонит, абдоминальный компартмент-синдром, спаечная кишечная непроходимость, инфекции области хирургического вмешательства и эвентрации.

Высокая частота осложнений обусловлена тяжестью исходного состояния больных, выраженной интоксикацией, полиорганной недостаточностью и необходимостью выполнения повторных хирургических вмешательств. В этой связи особое значение приобретает профилактика осложнений, основанная на раннем выявлении факторов риска и применении дифференцированной хирургической и интенсивной терапии.

Современный подход к профилактике осложнений при распространённом перитоните должен быть комплексным и включать контроль внутрибрюшного давления, рациональный выбор способа завершения лапаротомии, адекватную санацию брюшной полости и динамический мониторинг состояния пациента.

Оценить эффективность комплексной системы профилактики послеоперационных осложнений у больных с распространённым перитонитом.

К классическим проявлениям перитонита относятся боль, парез кишечника, учащенное сердцебиение и дыхание. Послеоперационный перитонит может протекать по-разному: от острой, молниеносной формы с ярко выраженной симптоматикой до стертых вариантов, чаще встречающихся у пожилых и старших пациентов.

Некоторые авторы классифицируют послеоперационный перитонит на два основных варианта в зависимости от его клинического течения.

1. Нестандартный, затянувшийся поп;
2. Острый, стремительно развивающийся ПОП.

Атипичный ПОП чаще диагностируют у пожилых и старших пациентов. У них наблюдается значительное заражение брюшины патогенными микроорганизмами, одновременно с ослаблением иммунной системы. Клиническая картина неспецифична: пациенты могут жаловаться на слабую боль в животе, парез кишечника, который не отвечает на консервативное лечение. Симптомы могут варьироваться и не всегда проявляться комплексно.

Даже при хорошем иммунитете, острый перитонит может развиваться при сильном загрязнении брюшной полости агрессивными микроорганизмами. Чаще всего причиной такого осложнения становятся некачественные швы или острые язвы с перфорацией на органах брюшной полости. Внутрибрюшные абсцессы, которые приводят к прорывам в свободную брюшную полость, встречаются реже.

В некоторых источниках выделяют стремительную форму ПОП, которая характеризуется быстрым прогрессированием сепсиса, токсического шока и нарушением работы органов. Наличие в дренажных трубах кишечного содержимого, желчи, гноя может указывать на

развитие интраабдоминальных осложнений и служить показанием для проведения экстренной релапаротомии.

Диагностировать ПОП бывает очень непросто. Сложность обусловлена тем, что пациенты находятся в тяжелом состоянии и проходят интенсивную терапию, включающую обезболивание и детоксикацию. Многие ученые считают, что высокие показатели неудач в лечении ПОП связаны с запоздавшей диагностикой и операцией, а также с ошибками, допущенными во время хирургического вмешательства.

Ультразвуковое исследование существенно повлияло на диагностику внутрибрюшных осложнений. Исследования показывают высокую эффективность УЗИ, которая может превышать 80% при диагностике разлитого перитонита и достигать 88% при выявлении абсцессов и инфильтратов брюшной полости. В исследовании, проведенном И.С. Малковым и его коллегами (2010) на группе из 120 пациентов с ПОП, были выявлены УЗ-критерии, наличие которых повышает вероятность развития послеоперационного перитонита. Среди выявленных УЗ-признаков: расширение диаметра кишечника, замедление перистальтики тонкой кишки, иногда до полной остановки, скопление жидкости в брюшной полости, а также увеличение толщины стенок тонкой кишки и брыжины.

В первые дни после операции на органах брюшной полости, а именно в течение нескольких суток, УЗИ может выявлять небольшое скопление жидкости в низинах и в области шва. Такое явление не нуждается в хирургическом лечении. К двум суткам после операции можно наблюдать сокращение стенок кишечника. В течение нескольких дней после операции, начиная со второго, на УЗИ могут быть видны образования с неоднородной эхогенностью, имеющие гипозоногенный ободок, в области ранее сформированных анастомозов. Важно учитывать наличие в брюшной полости остаточного газа после операции, который может снижать точность УЗИ-диагностики и искажать ультразвуковую картину.

Для проведения УЗИ необходим опытный специалист и современное оборудование. Качество диагностики напрямую зависит от квалификации врача и технических характеристик используемого оборудования. Чем выше их уровень, тем точнее и информативнее будет результат.

Некоторые исследования показывают, что повторное оперативное вмешательство, проведенное раньше, чем через 21 час после первой операции, приводит к снижению послеоперационной летальности на 16%. УЗИ особенно ценно для диагностики осложнений у пациентов реанимационных отделений из-за их ограниченной мобильности.

УЗИ-диагностика послеоперационного перитонита может выявлять наличие жидкости в брюшной полости, что является одним из первых признаков заболевания. Кроме того, могут наблюдаться изменения в тонком кишечнике: расширение его просвета, либо отсутствие, либо резкое ослабление перистальтики. Важно отметить, что подобные изменения могут также встречаться при послеоперационном парезе кишечника.

Целью исследования явилась оценка эффективности комплексной системы профилактики послеоперационных осложнений у пациентов с распространенным перитонитом.

Материал и методы

В исследование включены больные с распространенным перитонитом, находившиеся на лечении в клинических подразделениях Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП. Все пациенты поступали в экстренном порядке и нуждались в неотложном хирургическом вмешательстве.

Критериями включения в исследование являлись интраоперационно подтвержденный распространенный перитонит различной этиологии и выполнение оперативного вмешательства с санацией брюшной полости. В исследование не включались пациенты с локализованными формами перитонита, терминальными стадиями онкологических заболеваний, а также больные с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации.

Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование, включавшее оценку общего состояния, показателей гемодинамики, дыхательной функции, биохимических параметров крови и показателей кислотно-основного состояния. Диагностический комплекс дополнялся ультразвуковым исследованием органов брюшной полости, а при необходимости — компьютерной томографией.

Тяжесть состояния больных и риск развития послеоперационных осложнений оценивались с использованием шкал Mannheim Peritonitis Index (MPI), APACHE II и SOFA. Балльные показатели определялись в предоперационном периоде и в динамике в послеоперационном периоде, что позволяло своевременно выявлять признаки прогрессирования органной дисфункции.

Ключевым элементом профилактики осложнений являлся мониторинг внутрибрюшного давления, который осуществлялся непрямой метод через мочевого пузырь. Измерения проводились регулярно в раннем послеоперационном периоде. Повышение внутрибрюшного давления рассматривалось как фактор риска развития внутрибрюшной гипертензии и абдоминального компартмент-синдрома.

Хирургическая тактика выбиралась дифференцированно в зависимости от тяжести состояния пациента и включала закрытый, полукоткрытый и открытый способы завершения лапаротомии. В послеоперационном периоде проводился комплекс профилактических мероприятий, направленных на предупреждение инфекционных осложнений, пареза кишечника, эвентраций и спаечной кишечной непроходимости.

Эффективность профилактических мероприятий оценивалась по частоте и структуре послеоперационных осложнений, летальности и длительности госпитализации. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов вариационной статистики с оценкой достоверности различий.

Результат и обсуждения

Анализ послеоперационного периода показал, что осложнения различной степени тяжести были выявлены у значительной части пациентов, однако их частота и характер существенно зависели от применяемой профилактической тактики.

Таблица 1. Структура послеоперационных осложнений

Осложнение	Частота, %
Инфекции области хирургического вмешательства	28,6
Послеоперационный перитонит	21,4
Абдоминальный компартмент-синдром	16,8
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	14,3
Эвентрация	9,7

Наиболее опасными осложнениями являлись абдоминальный компартмент-синдром и послеоперационный перитонит, которые ассоциировались с высокой летальностью.

Контроль внутрибрюшного давления позволял выявлять ранние признаки внутрибрюшной гипертензии и своевременно корректировать лечебную тактику.

Таблица 2. Связь уровня внутрибрюшного давления с осложнениями

ВБД, мм рт. ст.	Характер осложнений
≤12	Осложнения отсутствуют или минимальны
13–20	Инфекции области операции, парез кишечника
>20	АКС, полиорганная недостаточность

Применение дифференцированного подхода к завершению лапаротомии способствовало снижению частоты тяжёлых осложнений.

Таблица 3. Результаты лечения при комплексной профилактике осложнений

Показатель	Значение
Общая частота осложнений, %	38,9
Тяжёлые осложнения, %	21,3
Летальность, %	28,7
Средняя длительность госпитализации, койко-дни	21,6 ± 2,9

Полученные данные свидетельствуют о снижении частоты осложнений по сравнению с традиционным подходом без системной профилактики.

Послеоперационные осложнения при распространённом перитоните имеют многофакторную природу и требуют комплексного профилактического подхода. Одним из ключевых факторов риска

является внутрибрюшная гипертензия, прогрессирование которой приводит к развитию абдоминального компартмент-синдрома и полиорганной недостаточности.

Результаты исследования подтверждают целесообразность рутинного мониторинга внутрибрюшного давления у больных с распространённым перитонитом. Своевременное выявление внутрибрюшной гипертензии позволяет обосновать показания к релапаротомии или применению тактики open abdomen.

Не менее важным является дифференцированный выбор способа завершения лапаротомии. Применение закрытого, полукрытого или открытого способов с учётом тяжести состояния пациента снижает риск послеоперационных осложнений и эвентраций.

Заключение

Комплексная система профилактики послеоперационных осложнений у больных с распространённым перитонитом, включающая мониторинг внутрибрюшного давления и дифференцированный выбор хирургической тактики, позволяет снизить частоту тяжёлых осложнений и улучшить непосредственные результаты лечения. Внедрение профилактически ориентированного подхода является важным направлением совершенствования хирургической помощи данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Применение интегральных оценочных шкал у пациентов с распространённым гнойным перитонитом / Я. М. Лещишин, А. И. Баранов, К. В. Потехин [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2020;19(2):20-27.
2. Прогноз исхода вторичного перитонита / Н. В. Лебедев, С. Б. Агрба, В. С. Попов [и др.] // Новости хирургии. 2021;29(5):558-564.
3. Прогнозирование и дифференцированный подход в лечении больных с вторичным перитонитом и абдоминальным сепсисом / И. М. Батыршин, С. А. Шляпников, А. Е. Демко [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;5:27-33.
4. Протокол «открытого живота» при распространённом гнойном перитоните / А. А. Щеголев, Р. С. Товмасын, А. Ю. Чевокин [и др.] // Инфекции в хирургии. 2020;18(1-2):66-71.
5. Результаты плановых релапаротомий и лапаростомии в лечении распространённого гнойного перитонита / Я. М. Лещишин, И. Г. Мугатасимов, А. И. Баранов [и др.] // Acta Biomedica Scientifica. 2019;4(1):107-113.
6. Савельев В. В. Пятнадцатилетний опыт использования интегральной шкалы «Индекс брюшной полости» при установлении показаний к этапному хирургическому лечению распространённого перитонита / В. В. Савельев, М. М. Винокуров, В. В. Французская // Якутский медицинский журнал. – 2021. – №. 1. – С. 39-43.
7. Сажин А. В. Хирургическое лечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённых распространённым перитонитом: прогнозирование результатов (сообщение 2) / А. В. Сажин, Г. Б. Ивахов, Е. А. 85 Страдымов, В. А. Петухов // Эндоскопическая хирургия. – 2019 – № 25(4) – С. 46 – 54.
8. Сажин А.В. Вакуум-ассистированная лапаростомия в комплексном лечении распространённого перитонита (обзор литературы) / А.В. Сажин, Г.Б. Ивахов, А.В. Теплых, А.А. Калинина // Московский хирургический журнал. 2020;4(74):65-74. DOI: 10.17238/issn2072-3180.2020.4.65-74.
9. Салахов Е.К. Функциональное состояние сердечной и дыхательной систем при различных способах санации брюшной полости / Е.К. Салахов, А.П. Власов, Н.С. Шейранов, И.В. Глухова, Г.Д. Худайберенова // Хирургическая практика. 2019;1:18-22. <https://doi.org/10.15507/0236-2910.026.201603.402-410>
10. Салахов Е.К. Функциональное состояние сердечной и дыхательной систем при различных способах санации брюшной полости / Е.К. Салахов, А.П. Власов, Н.С. Шейранов, И.В. Глухова, Г.Д. Худайберенова // Хирургическая практика. 2019;1(37):18-22.
11. Сараев А.Р. Тактика лечения тяжёлых форм распространённого перитонита / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде // Здравоохранение Таджикистана. 2020;3:51-56.
12. Сараев А.Р. Хирургическая тактика при распространённом перитоните / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров, Дж.С. Халимов // Здравоохранение Таджикистана. 2019;4:84-92. – DOI 10.17238/issn2072-3180.2020.4.65-74.

Поступила 20.02.2026