



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. САФОВЕВ (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

АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА И ЕГО КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Мустафакулов И.Б., Тохиров Ш.М., 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

Отсутствие унифицированного алгоритма хирургического лечения распространённого перитонита нередко приводит к субъективному выбору тактики и ухудшению результатов лечения. Целью исследования явилась разработка и клиническая оценка алгоритма хирургического лечения распространённого перитонита, основанного на объективной оценке тяжести состояния и прогнозе течения заболевания. Внедрение алгоритма позволило оптимизировать выбор хирургической тактики, снизить частоту необоснованных релапаротомий и улучшить непосредственные результаты лечения.

Ключевые слова: распространённый перитонит, хирургический алгоритм, прогнозирование, релапаротомия, open abdomen.

ALGORITHM FOR SURGICAL TREATMENT OF DISSEMINATED PERITONITIS AND ITS CLINICAL EFFECTIVENESS

Mustafaqulov I.B., Tokhirov Sh.M., Dzhuraeva Z.A.

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz
Termez Branch of Tashkent State Medical University
64 I. Karimov Street, Termez, Surkhondarya Region. Tel.: +998 (76) 223-47-20. E-mail: info@ttatf.uz

✓ Resume

The lack of a unified algorithm for the surgical treatment of generalized peritonitis often leads to a subjective choice of surgical strategy and poorer treatment outcomes. The objective of this study was to develop and clinically evaluate an algorithm for the surgical treatment of generalized peritonitis, based on an objective assessment of the patient's severity and a prognosis of the disease course. Implementation of the algorithm allowed for the optimization of surgical strategy selection, a reduction in the rate of unjustified relaparotomies, and an improvement in immediate treatment outcomes.

Keywords: generalized peritonitis, surgical algorithm, prognostication, relaparotomy, open abdomen.

TARQALGAN PERITONITNI JARROHLIK YO'LLARIDA DAVOLASH ALGORITMI VA UNING KLINIK SAMARADORLIGI

Mustafaqulov I.B., Toxirov Sh.M., Juraeva Z.A.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz
Toshkent davlat tibbiyot universiteti Termiz filiali Surxondaryo viloyati, Termiz shahri, I.Karimov ko'chasi, 64-uy. Tel.: +998 (76) 223-47-20. E-mail: info@ttatf.uz

✓ **Rezyume**

Tarqalgan peritonitni xirurgik davolashning unifikatsiyalashgan algoritmining yo'qligi ko'pincha taktikani sub'ektiv tanlashga va davolash natijalarining yomonlashishiga olib keladi. Tadqiqot maqsadi — bemor holatining og'irligini ob'ektiv baholash va kasallik kechishini prognozlashga asoslangan tarqalgan peritonitni xirurgik davolash algoritmini ishlab chiqish va klinik baholashdan iborat bo'ldi. Algoritmning amaliyotga joriy etilishi xirurgik taktika tanlovini maqbullashtirish (optimallashtirish), asossiz relaparotomiyalar chastotasini kamaytirish va davolashning bevosita natijalarini yaxshilash imkonini berdi.

Kalit so'zlar: tarqalgan peritonit, xirurgik algoritm, prognozlash, relaparotomiya, open abdomen.

Актуальность

Распространённый перитонит остаётся одной из наиболее тяжёлых форм абдоминальной инфекции, сопровождаясь высокой частотой осложнений и летальности. Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения является отсутствие стандартизированного подхода к выбору хирургической тактики, особенно в отношении способа завершения лапаротомии и необходимости повторных вмешательств.

В клинической практике решение о выборе тактики нередко принимается на основе субъективной оценки хирурга, без учёта объективных прогностических показателей. Это приводит как к необоснованным релапаротомиям, так и к запоздалому вмешательству при прогрессировании перитонита.

Разработка алгоритма хирургического лечения, основанного на оценке тяжести состояния и динамическом прогнозировании, является перспективным направлением повышения эффективности лечения больных с распространённым перитонитом.

Лечение распространённого перитонита обычно начинается с нескольких основных этапов: устранение источника инфекции, назначение системных антибактериальных препаратов, коррекция нарушений работы органов и восстановление функции желудочно-кишечного тракта.

Распространение антибактериальных препаратов привело к появлению устойчивых к антибиотикам штаммов, что, наряду с увеличением случаев третичного перитонита и сепсиса у пациентов с распространённым перитонитом при неэффективной антибактериальной терапии, а также стремительным развитием суперинфекций, вызванных устойчивыми госпитальными штаммами, делает необходимым глобальное исследование этой проблемы.

При внутрибрюшной инфекции, включая случаи в отделениях неотложной помощи, антибиотики должны назначаться незамедлительно после постановки диагноза. Отсрочка в начале эмпирической антибактериальной терапии после подтверждения перитонита выступает независимым фактором, увеличивающим риск летального исхода после операции. Неправильно подобранная, хотя и своевременная, эмпирическая антибактериальная терапия, не учитывающая риск наличия резистентных бактерий, может негативно повлиять на отдалённые результаты лечения и увеличить вероятность возникновения послеоперационных осложнений. В настоящее время схемы антибактериальной терапии, которые определяют сочетания препаратов, их дозировки и частоту введения, стандартизированы с учетом таких факторов, как тип микрофлоры (внутрибольничная или внебольничная), специфические заболевания, а также наличие или отсутствие факторов риска развития инфекций, вызванных резистентными штаммами.

Продолжительность антибактериальной терапии устанавливается индивидуально, исходя из ее клинического эффекта, который наблюдается в течение 24-72 часов после ее назначения. При осложненной внутрибрюшной инфекции курс лечения обычно не превышает 4-7 дней и осуществляется под постоянным контролем клинических показателей крови и температуры тела. В случаях простого аппендицита, холецистита, травматической перфорации тонкой кишки и перфоративных язв двенадцатиперстной кишки и желудка (если до операции не проводилась антисекреторная терапия), назначение длительной антибактериальной терапии не требуется. В этих ситуациях достаточным является внутривенное введение антибиотиков в течение 24 часов после операции. При наличии персистирующего инфекционного процесса, обусловленного

невозможностью одномоментного его устранения, антибактериальная терапия должна быть продолжена.

Положительный клинический эффект, сопровождающийся тенденцией к нормализации результатов клинического анализа крови, уровня прокальцитонина и других биомаркеров, указывает на эффективность выбранной терапии и может быть основанием для ее отмены при соответствующей оценке. Продолжающееся повышение лейкоцитов и гипертермия могут быть признаками невылеченного инфекционного очага или недостаточной эффективности назначенной терапии. В подобном клиническом контексте целесообразно выполнить диагностические мероприятия для выявления недренированного гнойного очага или пересмотреть антибактериальную терапию, заменив препараты на резервные группы, с учетом чувствительности к ним бактериальной флоры.

Главные лечебные направления комплексной интенсивной терапии перитонита, обусловленные его патогенезом, в целом совпадают с принципами лечения септических пациентов и заключаются в:

1. Компенсация гиповолемии путем создания управляемой гемодилюции, что позволяет восстановить онкотическое давление крови и нормализовать транскапиллярный обмен.
2. Регуляция нарушений электролитного баланса, в частности, калия, проводится под наблюдением и контролем работы почек с использованием лабораторных анализов.
3. Регуляция кислотно-щелочного баланса (достигается более эффективно после стабилизации гемодинамики и удовлетворения энергетических потребностей организма).
4. Полное внутривенное питание должно обеспечивать организм необходимой энергией, в том числе незаменимыми жирными кислотами, а также всеми необходимыми белками, как для внеклеточных, так и для внутриклеточных процессов, с особым акцентом на незаменимые аминокислоты.
5. Лечение с помощью антиферментных и антикоагулянтных препаратов.
6. Компенсация гипоксии различных форм.
7. Восстановление нормальной работы желудочно-кишечного тракта достигается с помощью медикаментозного лечения, рефлексогенной и электрофизической стимуляции. Важно проводить эти процедуры при условии адекватного дренирования желудочно-кишечного тракта и использования сбалансированной инфузионной терапии. Кроме того, необходимо устранить энтеральную недостаточность.
8. Детоксикационная терапия, которая включает использование эфферентных методов для выведения токсинов из организма.

Лечение распространенных форм перитонита консервативными методами в целом основывается на тех же принципах, что и лечение септических больных, с использованием схожих основных компонентов.

Цель исследования: разработать и оценить клиническую эффективность алгоритма хирургического лечения распространённого перитонита.

Материал и методы исследования

В основу исследования положен анализ результатов лечения больных с распространённым перитонитом, находившихся на лечении в клинических подразделениях. Все пациенты поступали в экстренном порядке и нуждались в неотложном хирургическом вмешательстве.

Критериями включения в исследование являлись интраоперационно подтверждённый распространённый перитонит различной этиологии и проведение хирургического вмешательства с санацией брюшной полости. В исследование не включались пациенты с локализованными формами перитонита, терминальными стадиями онкологических заболеваний, а также больные с тяжёлой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации.

Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование, включавшее оценку общего состояния, показателей гемодинамики, дыхательной функции, лабораторных показателей крови, кислотно-основного состояния и функции почек. Диагностический алгоритм дополнялся инструментальными методами исследования, включая ультразвуковое исследование органов брюшной полости и, при необходимости, компьютерную томографию.

Тяжесть состояния пациентов и прогноз течения заболевания оценивались с использованием интегральных прогностических шкал Mannheim Peritonitis Index (MPI), APACHE II и SOFA. Балльные показатели определялись в предоперационном периоде и в динамике в раннем послеоперационном периоде, что позволяло объективизировать риск развития осложнений и неблагоприятных исходов.

На основании анализа клинических данных и прогностических показателей был разработан алгоритм хирургического лечения распространённого перитонита, включающий этапы первичной оценки тяжести состояния, выбора способа завершения лапаротомии, динамического мониторинга и определения показаний к повторным хирургическим вмешательствам. Алгоритм внедрялся в клиническую практику и использовался при лечении больных основной группы.

Для оценки клинической эффективности алгоритма проводилось сравнение результатов лечения больных до и после его внедрения. Анализировались частота послеоперационных осложнений, количество повторных оперативных вмешательств, летальность и длительность госпитализации.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием методов вариационной статистики с оценкой достоверности различий между группами.

Описание алгоритма хирургического лечения

На первом этапе проводилась комплексная оценка тяжести состояния пациента. При низких и умеренных значениях прогностических шкал предпочтение отдавалось закрытому способу завершения лапаротомии.

При промежуточных значениях шкал и сомнительной клинической динамике применялся полуоткрытый способ завершения лапаротомии с возможностью программированных санаций или релапаротомии «по требованию».

У пациентов с крайне тяжёлым состоянием, выраженной внутрибрюшной гипертензией и признаками абдоминального сепсиса применялась тактика open abdomen с обязательным контролем внутрибрюшного давления и органных функций.

Результат и обсуждения

Внедрение алгоритма позволило оптимизировать хирургическую тактику и снизить частоту необоснованных вмешательств.

Таблица 1. Хирургическая тактика в соответствии с алгоритмом

Тяжесть состояния	Тактика
Лёгкая–умеренная	Закрытая лапаротомия
Средняя	Полуоткрытая лапаротомия
Тяжёлая	Open abdomen

После внедрения алгоритма отмечено снижение количества повторных операций и послеоперационных осложнений.

Таблица 2. Сравнительная оценка результатов лечения

Показатель	До внедрения алгоритма	После внедрения алгоритма
Повторные операции, %	46,2	29,8
Послеоперационные осложнения, %	51,4	37,6
Летальность, %	34,9	28,1
Длительность госпитализации, койко-дни	25,3 ± 3,4	21,1 ± 2,8

Полученные данные свидетельствуют о клинической эффективности алгоритмического подхода к лечению распространённого перитонита.

Разработанный алгоритм позволяет систематизировать процесс принятия хирургических решений и снизить влияние субъективных факторов. Использование прогностических шкал

обеспечивает объективную оценку тяжести состояния и позволяет обосновать выбор тактики лечения.

Особую ценность алгоритм представляет в условиях экстренной хирургии, где требуется быстрое и взвешенное принятие решений. Динамический мониторинг состояния пациента позволяет своевременно корректировать тактику и предотвращать развитие тяжёлых осложнений.

Алгоритм не исключает клиническое мышление хирурга, но служит инструментом поддержки принятия решений и повышает безопасность лечения.

Заключение

Разработанный алгоритм хирургического лечения распространённого перитонита, основанный на объективной оценке тяжести состояния и динамическом прогнозировании, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения. Внедрение алгоритма способствует снижению частоты осложнений, повторных операций и летальности, что обосновывает его целесообразность для практического применения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Серги́енко ЕН, Романова ОН. Сепсис у детей: современное понятие и этиология (сообщение 1). Медицинский журнал. 2019;(3):93–97.
2. Сигуа БВ, Земляной ВП, Котков ПА, Игнатенко ВА. Сравнение эффективности плановых релапаротомий и релапаротомий «по требованию» у больных распространённым вторичным перитонитом (обзор литературы). Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2021;180(6):96–104. doi:10.24884/0042-4625-2021-180-6-96-104.
3. Сигуа БВ, Земляной ВП, Петров СВ, Игнатенко ВА, Котков ПА. Хирургические аспекты лечения пациентов с распространённым перитонитом. Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care. 2021;10(1):58–65. doi:10.23934/2223-9022-2021-10-1-58-65.
4. Сингаевский АБ, Луговой АЛ, Ярцева ЕА, Гребцов ЮВ, Агишев ИА. Технические и тактические особенности применения санационных релапароскопий в лечении перитонита. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2019;21(1):65.
5. Алиев СА, Алиев ЭС, Садыкзаде ТБ, и др. Синдром интраабдоминальной гипертензии: патофизиологические аспекты и хирургические проблемы. Klinichna khirurgiia. 2020;87(1–2):86–91.
6. Власов АП, Трофимов ВА, Власова ТИ, и др. Системный мембранодестабилизирующий дистресс-синдром в хирургии: понятие, патогенез, диагностика. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019;(5):25–30.
7. Сигуа БВ, Петров СВ, Игнатенко ВА, и др. Современная стратегия хирургического лечения больных с распространённым перитонитом. В: Актуальные вопросы и современные подходы в оказании хирургической помощи в Республике Беларусь: материалы республиканской научно-практической конференции и XXVIII Пленума Правления Белорусской ассоциации хирургов; 19 ноября 2021; Минск. Минск, 2021. С. 281–282.
8. Самарцев ВА, Гаврилов ВА, Пушкарев БС, и др. Спаечная болезнь брюшной полости: состояние проблемы и современные методы профилактики. Пермский медицинский журнал. 2019;36(3):72–90.
9. Астафьева МН, Багин ВА, Молдованов АВ, и др. Сравнение шкал qSOFA, NEWS и критериев SIRS в прогнозе исходов у пациентов приемного отделения в зависимости от наличия инфекции: результаты проспективного наблюдательного исследования. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2019;21(1):18–25.
10. Лебедев НВ, Попов ВС, Климов АЕ, и др. Сравнительная оценка систем прогноза исхода вторичного перитонита. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2021;(2):27–31.
11. Стяжкина СН, Неклюдова АС, Давтян МБ. Послеоперационные осложнения гнойного перитонита в Удмуртской Республике. StudNet. 2020;3(3):102–105.
12. Уваров ИБ, Сичинава ДД, Мануйлов АМ. Вакуум-ассистированная лапаростомия с этапными санациями в лечении вторичного распространённого послеоперационного перитонита: проспективное сравнительное нерандомизированное клиническое исследование. Кубанский научный медицинский вестник. 2022;29(1):62–76. doi:10.25207/1608-6228-2022-29-1-62-76.

Поступила 20.01.2026