

УДК: 616-001.4-002-08

THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS

**Voxid Bafoevich Radjabov, Bakodir Barnoevich Safoev,
Shuxrat Shokirovich Yarikulov**

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

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

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

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНОМ ПЕРИТОНИТОМ

Вохид Бафоевич Раджабов

Резюме: *На сегодняшний день, несмотря на достигнутый успех в диагностике и лечении распространенного перитонита, летальность продолжает оставаться высокой - 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности уровень смертности повышается до 90%. Целью данного исследования является изучить эффективности традиционных методов лечения больных с диффузным перитонитом. Научная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 57 больных с диффузным перитонитом находившихся на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП с 2018 по 2023 годы.*

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

Radjabov V.B

vokhidrajabov84@gmail.com

Актуальность. До настоящего времени перитонит остается одной из главных причин смерти больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной

полости. По данным В.С. Савельева с соавт. [6, 11] около 15-20% больных острой хирургической патологией органов брюшной полости поступают в хирургические отделения с признаками местного или разлитого перитонита. Чаще всего разлитой гнойный перитонит развивается вследствие запоздалого обращения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

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

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

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

Из 57 обследованных больных острым диффузным перитонитом у 28 (49,1%) больные поступили в течение первой сутки от начала заболевания, 23 (40,3%) больные на второй сутки в течение 48 часов от начала заболевания и 6 (10,5%) больные поступили в клинику в течение трех суток (до 72 часов.) от начала заболевания.

Характерный симптомы для перитонита резкая усиливающаяся боль в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при надавливании на переднюю брюшную стенку, симптом Щёткина — Блюмберга наблюдались у всех обследованных больных. Остальные симптомы кроме симптома «мнимого благополучия» который встречались у больных с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдались большинство обследованных пациентов.

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

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

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

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

Интраоперационно и в первые сутки послеоперационного периода до выявления результатов бактериологического исследования жидкости брюшной полости, применяли эмпирической антибиотикотерапии с помощью Сульбактама или Цефеперазона. После выявления чувствительности антибиотиков назначили с учетом чувствительности микрофлоры. При этом учитывали результаты пробы индивидуальной непереносимости, который проводились до операционного периода. Операции завершились послойно ушиванием стенки брюшной полости.

Из 57 обследованных у 5 (8,7%) пациентам в послеоперационном периоде отмечались осложнения в виде нагноения послеоперационной раны. Из них в двух

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

Заклучение.

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

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

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

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

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ярикулов, Ш., Раджабов, В. (2023). Способы санации брюшной полости при распространенных формах перитонита. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 3 (6 Part 2), 95–102. извлечено от <https://inacademy.uz/index.php/EJMNS/article/view/18220>
2. 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/>
3. Ш.Ш Ярикулов. Влияние различных концентраций раствора диметилсульфоксида на чувствительности к антибиотикам патогенных микроорганизмов в эксперименте. Тиббиётда янги кун. № 4–33-2020.–С. 153–155. Бухоро-2020

20-Fevral, 2025-yil

4. ШШ Ярикулов, АК Хасанов, ИШ Мухаммадиев. Пути снижения резистентности микрофлоры к антибиотикам при лечения гнойных ран - Тиббиётда янги кун-Бухоро, 2020. (3) №. 31 с. 156-160.
5. Vafoyeva, S. Yarikulov, Sh. (2023). Results of treatment of patients with liver cavities. International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 3(6), 204–209.<https://researchcitations.com/index.php/ibmscr/article/view/2141>
6. Арашов Р. Р., Ярикулов Ш. Ш. усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени //Ustozlar uchun. – 2023. – Т. 19. – №. 1. – С. 257-263.
7. 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) p.64-72.