

**ОЦЕНКИ МЕТОД ПРИМЕНЕНИИ УСТРОЙСТВА ДЛЯ САНАЦИИ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИФфуЗНЫМ ПЕРИТОНИТОМ
ПРИ СРАВНЕНИЯ**

Б.Б.Сафоев
bsafoev@mail.ru

Раджабов В.Б.
vokhidrajabov84@gmail.com

Ярикулов Ш.Ш.
<https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>
Бухарский государственный медицинский институт

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 диффузным 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, лапаратомия, дренирования, постаппендикулярный перитонит, гинекологический перитонит, геморрагический перитонит, мочевого перитонит.

**EVALUATION METHOD THE USE OF AN ABDOMINAL CAVITY SANITATION
DEVICE IN PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS IN COMPARISON**

Bukhara State Medical Institute
Radjabov V.B vokhidrajabov84@gmail.com
Safoev B.B. bsafoev@mail.ru
Yarikulov Sh.Sh. <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

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. 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. 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].

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

Результаты и их обсуждение. Больным I группы сравнения после ликвидации очага поражения и санации, проводились дренирования брюшной полости с силиконовой 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 передний 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 установлен 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, пораженный части брюшины отметили

зеленом цветом. Остальные дренажные каналы, которые устанавливаются в пораженной области брюшной полости окрашивали красным цветом. Количества красной окраски одновременно показали, что область брюшной полости вовлечена в процесс перитонита. Методика антибиотикотерапии второй группы больных была идентичной как контрольной группы, но, в отличие от основной группы, ввели через различные дренажные каналы отдельно вышеуказанных областей.

Всем больным II группы также в день поступления для установления диагноза аналогичный как предыдущей группы, проводились объективные и лабораторные исследования при необходимости УЗИ и рентгенологические исследования. Также после установления диагноза проводились кратковременное (течения 1-2 часа) предоперационная подготовка, которая включала в себя инфузионную, детоксикационную терапию с использованием физиологических растворов, минералов и реосорбилакта с учетом показаний до 1 литра. По следующим общим обезболиваниям проводились срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, уточнения источника перитонита, выявления распространенности процесса перитонита в брюшной полости. Дальнейшая хирургическая тактика, направленная на ликвидацию источника поражения диффузного перитонита, санация и дренирование брюшной полости имели свои отличия, которые заключались в методике дренирования области поражения брюшной полости с применением полигональной дренажной трубки.

В послеоперационном 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% раствора димексида и мази левамикол, к 5-6 суткам переходили к 2-ой, в дальнейшем к 3-ей фазе раневого процесса как в таблице № 5, показывает идентичные осложнения у больных контрольной группы наблюдались у 8,7% больных.

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

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

Летальность у больных II группы не наблюдалась. Средней длительности стационарного лечения составило $8,2 \pm 1,3$ дня.

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

- при лечении диффузного перитонита применением поликанальной дренажной трубки является более эффективным способом. При этом сроки нормализации всех 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 бесспорно 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.

Список литературы

1. Гостищев В.К. Распространенный гнойный перитонит: комплексный подход к лечению / В.К. Гостищев // Врач. — 2001. — № 6. — С. 32–37.
2. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространенного перитонита / К.В. Костюченко // Вест. хирургии. — 2004. — Т. 163, №3. — С. 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. — С. 8–12.
4. 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>
5. 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
6. 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.
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.