

УДК 616.381-002

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПОЛИКАНАЛЬНОЙ ДРЕНАЖНОЙ ТРУБКИ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10182631>

Раджабов В.Б

Б.Б.Сафоев

Ярикулов Ш.Ш

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 диффузном 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, лапаротомия, дренирования, постаппендикулярный перитонит, гинекологический перитонит, геморрагический перитонит, мочево́й перитонит.*

ДИФфуЗ ПЕРИТОНИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ КўП КАНАЛЛИ ДРЕНАЖ ТРУБКАСИ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШНИНГ ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН УСУЛИ

Раджабов В.Б.

Б.Б.Сафоев

Ярикулов Ш.Ш

Бухоро давлат тиббиёт институти

Резюме: *Перитонит муаммоси бутун дунё бўйлаб охирги 100 йиллик давр мобайнида жарроҳлар томонидан катта эътиборга сазовор бўлишига қарамай, диффуз йирингли перитонит учун ўлим даражаси деярли ўзгаришсиз қолмоқда ва 4,5% дан 58% гача балки ундан ҳам юқори кўрсаткичларга эга. Перитонитнинг оғир шаклларида ўлим 30-50% дан ошиши мумкин.*

Ушбу тадқиқотнинг мақсади кўп каналли дренаж трубкаси ёрдамида тарқалган перитонит билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборатдир.

Илмий иш РШТТЎИМ Бухоро филиалида даволанган диффуз перитонит билан касалланган 103 нафар беморларни 2018 йилдан 2023 йилгача жарроҳлик бўлимида даволанган беморлар даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган.

Калит сўзлар: *диффуз перитонит, лапаротомия, дренаж, постаппендикуляр перитонит, гинекологик перитонит, геморрагик перитонит, сийдикли перитонити.*

RESULTS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONTIS

Radjabov V.B

Safoyev B.B.

Yarikulov Sh.Sh.

Bukhara State Medical Institute

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. 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. Что касается непосредственных причин перитонита, то их частота и структура на протяжении длительного времени остаётся достаточно стабильными. Согласно имеющимся многочисленным данным, среди хирургической патологии наиболее часто к развитию

перитонита приводит перфорация полого органа: желудка и двенадцатиперстной кишки около 30%, деструктивный аппендицит – более 20%, поражения толстой кишки – 20-25%, тонкой кишки – порядка 15% [3, 6, 8].

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 рис развития распространенного перитонита и сепсиса от гангренозного перфоративного аппендицита, прободения дивертикулов толстой кишки, чем более молодые пациенты [12- 14].

В целом, имеющиеся результаты проведенных исследований предполагают, что связанные с организмом факторы, влияют на исход заболевания более значительно, чем тип и источник инфекции [5, 13]. Несмотря на то, что уже в течение более 100 лет проблеме 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 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 медицинской объединения и Бухарского филиала РНЦЭМП 2018-2022 гг.

Все больные были распределены по полу и возрасту согласно классификации возрастных групп, принятой на региональном семинаре Всемирной Организацией Здравоохранения в Киеве в 1963 году. Как видно из таблицы 1, в I группе было 51 (55,4%) мужчин и 41 (44,6%) женщин в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст составил $48,5 \pm 2,1$ лет). Во II группе – 47 (55,9%) мужчин и 37 (44,1%) женщин в возрасте от 17 до 74 лет (средний возраст составил $45,5 \pm 1,8$ лет), т.е. группы были сопоставимы по полу и возрасту (табл.№ 1).

Таблица 1

Характеристика больных по полу и возрасту

Группы	Возраст										Всего
	до 19 лет		20-44 лет		45-59 лет		60-74 лет		75 лет и более		
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	
I	3	2	18	12	30	19	2	4	2	0	92
II	2	1	14	15	21	25	3	2	1	0	84
Всего	8 (4,5%)		59 (33,5%)		95 (54%)		11 (6,25%)		3 (1,7%)		176

Большинство больных (78%) находились в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет).

Подробный анализ клинической картины и полученных результатов исследования каждой группы больных будет изложен в соответствующих главах диссертационной работы.

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

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от вида лечебных мероприятий

Группы обследованных больных	Метод лечения:
I группа контрольная (n=57)	Традиционный метод лечения
II группа основная (n=46)	Дренирования брюшной полости с применением поликанального дренажа

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 передней 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 у становлен 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, поражённый части брюшины отметили зеленом цветом. Остальные дренажные каналы, которые устанавливается в поражённой области брюшной полости окрашивали красным цветом. Количества красный цвет одномоментно показали сколка область брюшной полости вовлечен в процесс перитонита. Методика антибиотикотерапия второй группа больных было идентичным как контрольный группы, но, в отличии их антибиотики в основная группы ввели через различный дренажная канала отдельно вышеуказанных областей.

Показатели органной недостаточности для Мангеймского индекса перитонита

Органная недостаточность	Показатели
Почки	уровень креатинина \geq 177

	мкмоль/л мочевина ≥ 1 моль/л олигурия < 20 мл/час
Лёгкие	$PaO_2 < 50$ рт. ст. $PaCO_2 > 50$ рт. ст.
Шок (по критериям Shoemaker)	гиподинамический гипердинамический
Кишечная непроходимость	парез ≥ 24 часа, полная механическая непроходимость

Дренированы области малого таза выполнена аналогичный как у контрольный группы.

Всем больным диффузном перитонитом I и II группы сравнения день поступления после кратковременное предоперационная подготовки в течении 1-2 часа экстренном порядке выполнена операция который направлена к уточнена и ликвидация источника перитонита, санация, определения распространенности перитонита в брюшной полости, набор жидкости для от поражённой участки для бактериологические исследования, дренирования брюшной полости с тремя дренажами у I группа больных, с поликанального дренажами у II группа больных.

В II группы исследования входили 46 больных с диффузным перитонитом, котором комплексная лечения проводимая в контрольные группы отличались тем что, место верхнего однопросветного дренажа использована поликанальная силиконовая дренажная трубка, 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, 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, например: правой подвздошный, эпигастральной и в правой боковой канале.

В послеоперационном периоде для определения точный локализации каждого дренажного канала, первый дренажный канал, который устанавливается под поперечной ободочный кишки, дистальный конец окрашивали желтым цветом, второй дренажный канал, который устанавливается корень брыжейки, пораженный части брюшины, отметили зеленом цветом. Остальные дренажные каналы, которые

устанавливается в пораженной области брюшной полости окрашивали красным цветом. Количества красной окраски одновременно показали скопления в области брюшной полости вовлечены в процесс перитонита. Методика антибиотикотерапии второй группы больных была идентична контрольной группе, но, в отличие от нее, антибиотики в основной группе вводили через различные дренажные каналы отдельно вышеуказанных областей.

При необходимости этим больным также проводили УЗИ-диагностику брюшной полости. Изучения наличия симптомов раздражения брюшины и другие симптомы, характерные для перитонита выявили следующее: табл. № 2.

Таблица № 2

Частота выявленных симптомов перитонита у больных II группы (n=46)

№	Симптом	Число наблюдения симптомов
	Резкая усиливающаяся боль в животе	46 (100%)
	Лихорадка	40 (86,9%)
	Боль усиливается при движении	43 (93,4%)
	Тошнота и рвота, не приносящие облегчения	14 (30,4%)
	Напряжение мышц передней брюшной стенки	46 (100%)
	Резкая болезненность при надавливании на переднюю брюшную стенку	46 (100%)
	Симптом Менделя	24 (52,4%)
	Симптом Воскресенского	39 (84,7%)
	Симптом Щёткина — Блюмберга	46 (100%)
	Симптом мнимого благополучия	6 (13%)

Следует отметить, как было выше указано для сохранения синхронности различных групп, больных с органическими недостатками не включили в исследование.

Всем больным II группы также в день поступления для установления диагноза аналогичный как предыдущей группе, проводились объективные и лабораторные исследования при необходимости УЗИ и рентгенологические исследования. Также после установления диагноза проводились кратковременное (течения 1-2 часа) предоперационная подготовка которой включал в себя инфузионная, детоксикационная терапия с использованием физиологических растворов, минералы и реосорбилакт с учетом показания до 1 литра. По следующим под общим обезболиванием проводились срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной

полостей, уточнения источника перитонита, выявления распространённости площади перитоните в брюшной полости.

Дальнейшая хирургическая тактика, направленная к ликвидации источника поражения диффузного перитонита, санация и дренирования брюшной полости имели свои отличия который заключались методикой дренирования области поражения брюшной полости с применением полигональной дренажной трубкой.

Как было выше отмечено, количество дренажных ходов зависела от площади распространения диффузного перитонита. 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 над корень брыжейки поражённый области, остальные три дренажный трубки установлен в три области брюшной области который распространен диффузный перитонит.

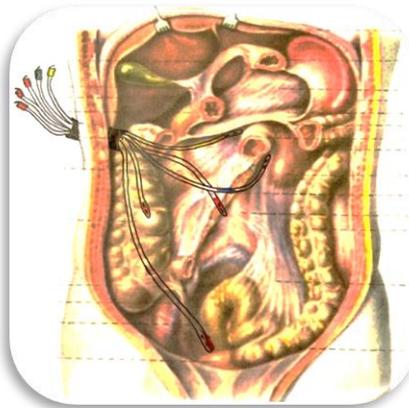


Рис. № 1. Схема дренирования пораженные области брюшной полости с применением поликанальной дренажной системой.

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 в области корне брыжейки, поражённый части брюшины, отметили зеленом цветом. Остальные дренажные каналы, которые устанавливается в поражённой области брюшной полости окрашивали красным цветом. Количества красный цвет одновременно показали сколка область брюшной полости вовлечен в процесс перитонита. Дренажные трубки использован основном в двух целях: - для эвакуации экссудата из брюшной полости и проведения местного антибактериального терапии. С учётом характер и объём выделении из различных каналов дренажный трубки косвенно оценивали динамика воспалительного процесса в различных поражённых области брюшной полости. С изучением качественного и количественного бактериологического исследования из выделения дренажной трубки определили тактика ведения антибиотикотерапии с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Эмпирического антибиотикотерапии мы проводили с использованием Сульбактама или Цефоперазона. После выявления чувствительности антибиотика назначили с учётом чувствительности микрофлоры. При этом учитывали результаты пробы индивидуальной непереносимости, который проводились до операционной периоде.

Как видно из таблица 3 верхно-срединная доступ использован основном при перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в 4 (66,6%) случаях и при желчном перитоните 3 (75%) больным.

Таблица 3

Распределения основной группа больных по срединном лапаротомии

По этиологический факторы	В сего	Доступ			Сред инная
		Верх несредин ная	Сред исрединна я	Ни жесреди нная	
Аппендикуляр ном перитонит	8	1 -	17 (94,4%)	1 (5,6 %)	-
Гинекологичес кий перитонит	5	5 -	3 (60,0 %)	2 (40, 0%)	-
Перфорации язвы желудка и двенадцатиперстно й кишки	6	4 (66,6%)	-	-	2 (33,3 %)
Каловый перитонит	5	5 -	3 (60,0%)	-	2 (40,0)
Геморрагическ ий перитонит	5	5 -	3 (60%)	-	2 (40%)
Мочевой перитонит	3	3 -	-	3 (10 0%)	
Желчный перитонит	4	3 (75 %)	-	-	1 (25%)
Всего	46	7 (15,2%)	26 (56,5 %)	6 (13, 0%)	7 (15,2 %)

Средисрединный лапаротомный доступ у больных II группы использована у 26 (56,5%) больным: - из них аппендикулярном перитоните 17 больным, гинекологический перитонит у 3 пациентах, каловый перитоните у 3 случаях, геморрагический перитоните у 3 случаях использован средно-нижний лапаротомный доступ.

У 6 (13,0%) больных контрольной группы использована нижний лапаротомный доступ, из них у 1 больного было аппендикулярный этиологии перитонита и у 3-х больных с Мочевой перитонитом.

Верхно – срединно – нижний доступ использована у 7 (15,2%) больных, которые были с источниками перитонита перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, каловый и геморрагический перитонит по 2-х наблюдениях и в одном случаев при желчном перитоните.

Хирургический этап операции - ликвидация очага источника перитонита из 46 больных контрольной группы у 18 (39,1%) пациентам было направлены на ликвидации деструктивного аппендикулярного отростка. У 9 (15,7%) больным ликвидации внематочный беременности. У 5 (10,8%) пациентам иссечения и ушивания перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (у 4 больным ушивания перфоративного язва желудка, у 2 го больного иссечения раны с использованием пилоропластике по Джадду.

У 5 (10,8%) случаях было выполнена ушивания поврежденной стенки кишечника (у 3 больных стенки толстый кишечника, у 2 больных стенки тонкого кишечника). Из 5 больных с геморрагическим перитонитом у 3-х больных причиной внутрибрюшного кровотечения были повреждения паренхиматозных орган печени вследствие травмы, в 2-х случаях разрывы брыжейки который ушита в этапы операция кетгутowymi швами.

У 3 (6,5%) больных поврежденными стенками мочевого пузыря выполнена ушивания повреждений части мочевого пузыря.

У 4-х пациентов с желчным перитонитом производились удаления желчного пузыря (3-х случаях деструктивный холецистит, в 1-м случаях прободной деструктивный перитонит).

При проведения бактериологического исследования из выделения брюшной полости через дренажный трубки большинство случаев выявлена *Staphylococcus aureus* — 37 (78,2%), *Escherichia coli* 6 (13%) и *Enterobacter spp* — 3 (6,5%). В пяти случаях микрофлоры встречались в виде ассоциации. Рис. -

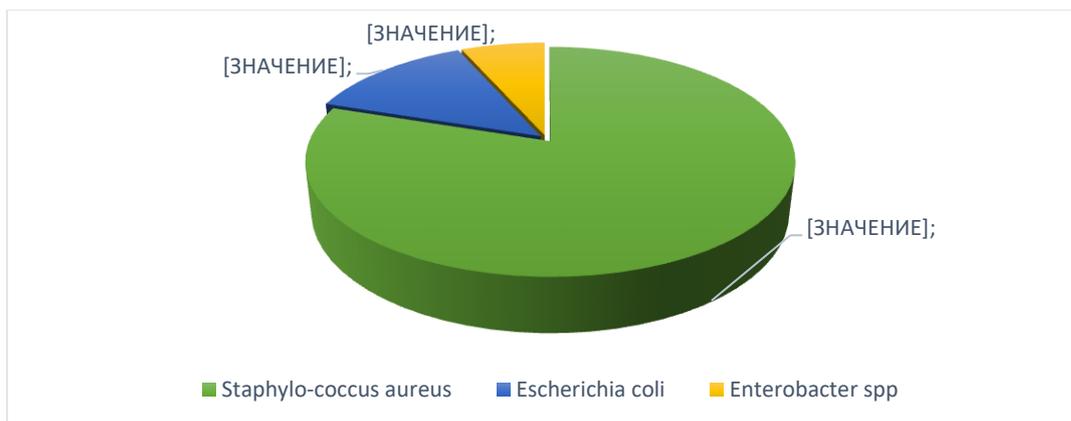


Рис.2 Частота встречаемости микрофлоры из выделения брюшной полости II группы больных.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с диффузном перитонитом в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем $39,5 \pm 0,42^{\circ}\text{C}$. Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем $9,9 \pm 0,17 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,198 \pm 0,03$ ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от $39,5 \pm 0,42$ до $36,8 \pm 0,17$ количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до $7,0 \pm 0,22 \times 10^9/\text{л}$. Объем средних молекул составил в среднем $0,116 \pm 0,007$ ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до $1,1 \pm 0,04$ и $24,5 \pm 1,13$ соответственно.

К пятым суткам лечения у больных II группы с диффузном перитонитом показатель температура тело составило $36,7 \pm 0,27^{\circ}\text{C}$. При этом по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови также отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации – $6,5 \pm 0,1$; $0,102 \pm 0,006$; $1,0 \pm 0,03$; $14,2 \pm 1,04$ соответственно.

Изучения наличия пареза и сроки восстановления перистальтики кишечника выевали следующее (табл. 4).

Таблица № 4

Сроки появления перистальтики кишечника больных основной группы

Показатель	1 сутка	2 сутка	3 сутка	5 сутка	7 сутка	9 сутка
Перистальтика кишечника	22 (47,8%)	4 (8,7%)	1 (2,1%)	-	-	-
а	24 (52,1%)	42 (91,3%)	45 (97,8%)	46 (100%)	46 (100%)	46 (100%)

Как показывает табл. № 4 из 46 обследованных больных с диффузным перитонитом II группы в день поступления 47,8% пациентам выявлена клиника пареза кишечника с полным отсутствием перистальтики. У 52,1% пациентам отмечались слабая или усиленная перистальтика кишечника. Послеоперационном периоде на фоне комплексного лечения проводилась стимуляция перистальтики кишечника с применением прозерина подкожно - 1-2 мг 1-2 раза/сутки начиная с второй сутки после операции.

Из 22 больных, которым отмечались паралитическая кишечная непроходимость у 18 (81,8%) больных во второй суткам лечения появились признаки восстановления перистальтики кишечника, что проявились выслушиванием кишечный шум при аускультации, отхождением газов и стула. Отмечались улучшения общее состояние больных и самочувствия, появились аппетита.

В динамике 3 суткам лечения из 22 больных у 21 (97,9 %) кишечная перистальтика восстановились. Уже в 5-й суткам лечения в отличия от I группы больных у всех больных в основную группу кишечная перистальтика восстановились, что свидетельствовало о купировании перитонита. Следуют отметить у больных контрольной группы в этом сроке (5-й сутки) кишечная перистальтика восстановились лишь 91,2 % больным, а у 7 сутках 92,9% больным.

На фоне комплексного лечения с применением поликанального дренажа с введением антибиотиков в области под поперечной ободочной кишке, корне брыжейки тонкого кишечника и пораженные области брюшной полости. Осложнения в виде вялотекущего разлитого перитонита в основной группы больных не наблюдались. Что у контрольной группы отмечались у 7,0 % больным (табл. 5).

Таблица № 5.

Сравнительный анализ послеоперационных осложнений и длительности стационарного лечения больных I и II группы

	Осложнения	Количества (%)	
		I группа	II группа
.	Нагноения п/о раны	5 (8,7%)	1 (2,1%)
.	М/П абсцессы	3 (5,26%)	-
.	Вялотекущий перитонит	4 (7,0%)	-
.	Сроки восстановления перистальтики кишечника	4,2+0,8	2,5+0,6
.	Сроки очищения от инфекции	3,8+0,6	2,5+0,6
.	Летальность	2 (3,5%)	-

.			
.	Средняя койка дни	12+1,7	8,2+1,3

В послеоперационной 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% раствор димексида и мазь левамикол, к 5-6 суткам переходили к 2-ой в дальнейшем к 3-ой фазы раневого процесса как в таблице № 5, показывает идентичная 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+0,6 дня, а у больных II группы этот показатель опережала в среднем на 1 суток чем контрольной.

Летальность у больных II группы не наблюдались. Средней длительности стационарного лечения составило 8,2+1,3 дня.

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

- при лечении диффузного перитонита применении поликанальной дренажной трубки является более эффективным способом. При этом сроки нормализации все показателей интоксикации организма ускоряется в среднем на 2 дня. Сроки купирования перитонита и появления перистальтике 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 экономический 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.

ВЫВОДИ

1. Традиционной метод лечения диффузного перитонита имеет ряд неудовлетворительные результаты в виде осложнения, нагноения послеоперационные раны 8,7%, межпетлевые абсцессы 5,26%, развития вялотекущего перитонита 7,0%, летальность достигает до 3,5%.

2. При применении поликанальной дренажной трубки нагноения послеоперационных раны уменьшается до 2,1%, при этом межпетлевые абсцессы и вялотекущей перитонит, летальности уменьшается 5,26%, 7,0% и 3,5% соответственно, при этом средняя стационарная лечения составляет 8,2+1,3 дня.

3. Применения поликанальных дренажной трубки при лечении диффузного перитонита с отдельно-дренированием под поперечно-ободочный кишки, область корня брыжейки тонкого кишечника и каждый пораженные области брюшной полости способствует к уменьшению послеоперационного осложнения и летальности чем при традиционном методы лечения.

4. При лечении диффузного перитонита применением поликанальной дренажной трубки с отдельными дренированиями пораженные области брюшной полости, корня брыжейки тонкого кишечника и под поперечной ободочный кишки с введением антибиотиков через микроирригаторы трубки с учетом расположения место дренажа является более оптимальным, усовершенствованном методом 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. Перитонит: практическое руководство / под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. — М.: Литтерра, 006. — 208 с.
5. Шуркалин Б.К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита / Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2007. — №2. — С. 24–28.
6. Мартов Ю.Б. Распространенный перитонит. Основы комплексного лечения / Ю.Б. Мартов, С.Г. Подолинский, В.В. Кирковский, А.Т. Щастый. — М: Издательство «ТриадаХ», 1998. — 144 с.
7. Добряков Б.С. Комплексное лечение распространенного гнойного перитонита / Б.С. Добряков, Б.В. Алексеев, В.В. Шестаков и др. // Хирургия перитонита, панкреонекроза, несформированных кишечных свищей. — Иркутск, 1994. — С. 97–99.
8. Мильков Б.О. Метод санации брюшной полости при разлитом гнойном перитоните / Б.О. Мильков, Ф.Г. Кулачек, Н.А. Смирнова и др // Клиническая хирургия. 1985. — № 2. С. 60–61.

9. Гостищев В.К. Перитонит / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко. — М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. — 240 с.
10. Гуманенко Е.К. Тактика «Damage control» при боевых повреждениях живота / Е.К. Гуманенко, В.В. Бояринцев, С.В. Гаврилин // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии» (5–7 октября 2005 г. Ростов-на-Дону). — Ростов н/Д., 2005. — С. 16.
11. Соколов В.А. Damage control — современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой / В.А. Соколов // Вестн. травматол. и ортопедии. 2005; 1. С. 81–84
12. 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>
13. Р.Р.Арашов, & Ш.Ш.Ярикулов. (2023). усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени. *Ustozlar Uchun*, 19 (1), 257–263. Retrieved from <http://www.pedagoglar.uz/index.php/01/article/view/5314>
14. 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/>
15. B.B. Safoev, H.K. Turdiev, B.B. Ubaidulloev, Sh.Sh. Yarikulov. (2022). FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY INDICATORS OF PATIENTS WITH PLEURAL EMPYEMA AGAINST THE BACKGROUND OF COMPLEX TREATMENT. *Open Access Repository*, 8(11), 173–178. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/HRF7A>
16. Safoev B.B, Turdiev H.K, Yarikulov Sh.Sh, & Ubaidullaev B.B. (2022). RESEARCH METHODS FOR DIAGNOSING IKE COVID - 19 ON THE BACKGROUND OF PNEUMONIAAND. *World Bulletin of Public Health*, 16, 81-86. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1663>
17. B.B. Safoev, & H.K. Turdiev. (2022). CLINICAL AND LABORATORY RESULTS OF PATIENTS WITH LUNG ABSCESS ON THE BACKGROUND OF CONSERVATIVE TREATMENT. *European Scholar Journal*, 3(11), 30-34. Retrieved from <https://www.scholarzest.com/index.php/esj/article/view/2920>
18. R.R.Arashov, & Sh.Sh.Yarikulov. (2022). COMPARATIVE EVALUATION OF THE OUTCOME OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVITY LIVER FORMATION WITH A SIMPLE AND COMPLEX SUBDIAGPHRAGMAL POSITION. *World Bulletin of Public Health*, 13, 55-62. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1240>
19. Radjabov Vohit Bafoyevich, & Yarikulov Shukhrat Shokirovich. (2022). MODERN APPROACHES TO ABDOMINAL DRAINAGE IN DIFFUSE PERITONITIS. *World Bulletin of Public Health*, 13, 50-54. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1239>

20. Р. Р.Арашов, & Ш. Ш. Ярикулов. (2022). ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛОСТНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНЫ ПРИ СЛОЖНЫХ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ РАСПОЛОЖЕНИЯХ. *European Journal of Interdisciplinary Research and Development*, 6, 30–38. Retrieved from <http://www.ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/108>

21. Шаропова М. С., Сафоев Б. Б., & Ярикулов Ш. Ш. (2022). ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН В СОЧЕТАННОМ ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА. *Европейский журнал междисциплинарных исследований и разработок*, 6, 17–29. Получено с <http://ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/107>.

22. R. R. Arashov, Sh. Sh. Yarikulov, & B. B. Safoev. (2022). TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVITY LIVER FORMATION WITH A SIMPLE AND COMPLEX SUBDIAGPHRAGMAL POSITION. *Galaxy International Interdisciplinary Research Journal*, 10(8), 65–74. Retrieved from <https://www.giirj.com/index.php/giirj/article/view/2616>

23. Сафоев Бакодир Барноевич, Ярикулов Шухрат Шокирович. Подавление резистентности микрофлоры под воздействием раствора диметилсульфоксида при лечении гнойно-хирургических заболеваний мягких тканей. *Биология ва тиббиёт муаммолари* 2021, №2 (127) 125

24. ББ Сафоев, ШШ Ярикулов, РР Арашев. Методы улучшения местного лечения гнойных ран с применением ультрафиолетового облучения в комбинации с многокомпонентными мазями на водорастворимой основе. *Innovation in the modern education system: a collection scientific works of the International scientific conference//25th April 2021*. P. 558-565

25. Барноевич, Сафоев Б. и Ярикулов Шухрат Шокирович. «Влияние различных доз ультрафиолетовых лучей на устойчивость патогенных микроорганизмов в эксперименте (in vitro)». *Журнал NX*, том. 7, нет. 06, 2021, стр. 285-290, doi: 10.17605/OSF.IO/JVGPX.

26. ББ Сафоев, ШШ Ярикулов, НР Каршиев. Application of physical and chemical methods in treatment of purulent diseases of soft tissue *Proceedings of Ingenious Global Thoughts An International Multidisciplinary Scientific Conference Hosted from San Jose California November 29th, 2020*.

27. Б.Б. Сафоев, Ш.Ш. Ярикулов, Н.Р. Каршиев. (2020). Применение физико-химических методов в лечении гнойных заболеваний мягких тканей. *Архив конференций*, 9 (1), 55-56. Получено с <https://www.conferencepublication.com/index.php/aoc/article/view/316>.

28. 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

29. ББ Сафоев, ШШ Ярикулов, ТЭ Икромов. Влияние различных доз ультрафиолетовой лучей на резистентности патогенные микроорганизмы в эксперименте (in vitro) - Тиббиётда янги кун-Бухоро, 2020 №. 4 С. 33.

30. 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.

31. АК Хасанов, ШШ Ярикулов, ШГ Мирсолиев. Современное состояние проблемы этиопатогенеза и лечения больных гнойными заболеваниями легкого - Новый день в медицине, 2020 (3) №. 31 с. 149.

32. Safojev B.B. Raxmatullayev J.D Sh.Sh. Yarikulov Appendektomiya amaliyotini erta bajarishning chuvalchangsimon o'simta morfologiyasida tutgan o'rni // EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES Innovative Academy Research Support Center UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 www.in-academy.uz/

33. Sh. M. Hamrayev. B. B. Safojev. Sh. Sh. Yarikulov.A. Ya. Rahimov. B. B. Safojev. Diabetic foot syndrome. modern methods of treatment of patients with critical ischemia of the lower extremities / Neo ScientificPeer Reviewed JournalVolume 12, July,2023ISSN (E): 2949-7752 <http://www.neojournals.com/> p. 37-44.

34. Vafojeva, 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>

35. Арашов Р. Р., Ярикулов Ш. Ш. усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени //Ustozlar uchun. – 2023. – Т. 19. – №. 1. – С. 257-263.

36. R.R.Arashov, B.B.Safoev, Sh.Sh.Yarikulov / Analysis of the results of surgical treatment of patients with liver cavities with simple and complex intrahepatic arrangements in a comparative aspect / New Day in Medicine 2022/12. с. 25-33

37. 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.

38. Sh.M.Khamroev, Kh.K. Turdiev, B.B. Safoev, Sh.Sh.Yarikulov. X-ray radiological features of patients with severe COVID - 19 during complex treatment. World Bulletin of Public Health (WBPH) Available Online at: <https://www.scholarexpress.net> Volume-17, December 2022 ISSN: 2749-3644

39. B B Safoev, Sh.Sh. Yarikulov, & N.R. Karshiev. (2020). APPLICATION OF PHYSICAL AND CHEMICAL METHODS IN TREATMENT OF PURULENT DISEASES OF SOFT TISSUE. *Archive of Conferences*, 9(1), 55-56. Retrieved from

<https://www.conferencepublication.com/index.php/aoc/article/view/316>