

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ  
ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛИҶ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.381-002 616-036.8

**САРАЕВ  
АЛИШЕР РАҲМАТУЛЛОЕВИЧ**

**ОПТИМИЗАТСИЯИ ПЕШГУЌИИ ОҚИБАТ ВА ИНТИХОБИ  
ТАКТИКАИ ТАБОБАТИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА**

**АВТОРЕФЕРАТИ**  
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ  
доктори илмҳои тиббӣ  
14.01.17- Ҷарроҳӣ

Душанбе 2023

Таҳқикот дар пойгоҳи кафедраи беморихои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» - МД «Маркази ёрии таъҷилии тиббӣ» ш. Душанбе иҷро шудааст.

**Мушовири илмӣ:** **Назаров Шохин Қувватович** – доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи беморихои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Муқарризони расмӣ:** **Сафарзода Абдулло Мумин** – доктори илмҳои тиб, директори МД «Маркази тиббии шахрии №1 ба номи Карим Аҳмедов» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Қодиров Фарҳод Давронҷонович** – доктори илмҳои тиб, ходими калони илмии МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерология» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Назарзода Файзали Насрулло** – доктори илмҳои тиб, директори МД «Маҷмааи тандурустии дӯстии Тоҷикистону Ўзбекистон» дар ноҳияи Қубодиён.

**Муассисаи тақриздиханда:** Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи таҳсилоти баъдаздипломии кормандони соҳаи тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ с.2023 соати \_\_\_\_\_ дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D. КОА – 040 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино, 29-31, баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхонаи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино ва сомонаи расмӣ [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj). Шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ с.2023 ирсол шудааст.

**Котиби илмӣ**  
**шӯрои диссертатсионӣ,**  
**доктори илмҳои тиб**

**Шарипов А.М.**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамии мавзӯи таҳқиқот.** Мавҷуд набудани пешравиҳо дар натиҷаҳои табобати перитонити паҳнғашта (ПП) сабаби асосии сар задани оқибатҳои номусоид дар амалияи ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад, ин тақозо менамояд, ки тактикаи табобат беҳтар карда шавад, усулҳои нави воситаҳои ҷарроҳӣ ва табобати интенсивии ин беморӣ дарёфт карда шаванд. Вобаста ба инкишофи тӯлонии беморӣ, тадбирҳои номуносиби ташхисӣ, тактикаи ғалати ҷарроҳӣ ва амалҳои дохилиамалиётӣ ҳангоми перитонити фасодноки паҳнғашта (ПФП) мушкилоти махсус пайдо мешаванд, ки боиси на танҳо афзудани миқдори оқибатҳои марговару дароз шудани муҳлати корношоямӣ мегарданд, балки ба талафоти зиёди иқтисодӣ низ оварда мерасонанд [Купченко А.М., 2017; Лифшиц Ю. З. ва ҳаммуаллифон, 2014]. Мувофиқи маълумоти Маркази ҷумҳуриявии омори тиббӣ ва иттилооти Ҷумҳурии Тоҷикистон сатҳи ғавт ҳангоми перитонити паҳнғашта дар ҳисоби 5 соли охир ва ба ҳисоби миёнаи ҳар сол ба 15-20% мерасад ва нишондиҳандаи релапаротомия то ба 10-15% аз ҳисоби миқдори умумии беморони гирифтори перитонит, мерасад. Инкишофи сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ, дар беморони гирифтори ПФП, ба афзоиши ғавтият то 60 - 80 % мусоидат менамояд [Савельев В.С. ва ҳаммуаллифон, 2013; Трофимович Ю.Г. ва ҳаммуаллифон, 2013; Cocolini F. et. al., 2015].

Боқӣ мондани ғавтияти зиёд аз бисёр ҷиҳатҳо ба ҷараёни вазнини перитонит алоқаманд мебошад, ки боиси инкишофи босуръати синдромҳои патологӣ ва зохиршавии клиникаи норасоии морфофункционалии полиорганӣ, аз ҷумла узвҳо ва системаҳои ҳаётгаъминкунанда мегардад [Ларичев А.Б. ва ҳаммуаллифон, 2015; Чанчиев З.М., 2015; Iskander K.N. et. al., 2013]. Дар аксари ҳолатҳо беморӣ мувофиқи вариантҳои клиникаи сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ сураат мегирад [Гельфанд Б.Р. ва ҳаммуаллифон, 2017; Козлов И.А. ва ҳаммуаллифон, 2018; Cocolini F. et. al., 2015].

Полиэтиологӣ будани перитонит ва полиморфизми зухуроти клиникӣ, ба ҷараёни патологӣ ҷалб шудани миқдори зиёди узвҳо ва системаҳо дар муайян кардани қисматҳои асосии патогенези беморӣ мушкилоти зиёдеро ба бор оварда, ба ин восита интиҳоби тактикаи табобатро низ душвор месозад [Глухов А.А. ва ҳаммуаллифон, 2011; Сараев А.Р. ва ҳаммуаллифон, 2019]. Дар робита ба ин оқибатҳои номусоиди перитонити паҳнғашта дар бештари мавридҳо дар натиҷаи саривақтӣ набудан ва аз ҷиҳати андоза номуносиб будани тадбирҳои табобатӣ ҷиҳати санатсияи ковокии шикам, детоксикатсияи организм, ислоҳи ихтилолҳои метаболикӣ, пайдо шудани норасоии полиорганӣ ва ғайра ба амал меоянд. Дар баробари ин, мураккаб будани шарҳу тафсири ҳолатҳои авҷгирандаи патологӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта аз бисёр ҷиҳатҳо ба набудани ҷудокунии дақиқи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта дар таснифоти он мувофиқи авҷгирии сепсиси абдоминалӣ, ҳамчунин номаълум будани бисёр ҷараёнҳои патологӣ дар патогенези пайдошавии шоки септикӣ дар заминаи пешравии бисёр

чараёнҳои патологӣ, аз ҷумла дисфунксияи эндотелиалӣ алоқаманд мебошад [Кузнецов Н.А. ва ҳаммуаллифон, 2017; Муминов С. ва ҳаммуаллифон, 2015; Norio E. et. al 2014].

Дар айни замон принсипи асосии табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта инҳо мебошанд: амалиёти таъҷилии ҷарроҳӣ, санатсияи муносиб бо мақсади бартараф намудани сарчашмаи перитонит ва обияткашии ковокии шикам, ба воситаи медикаментозӣ маҳв кардани сирояти абдоминалӣ. Аммо, дар амал татбиқ намудани муносибатҳои анъанавии ҷарроҳӣ дар табобати ПП натиҷаҳои табобатро ба таври назаррас беҳтар намесозад. Дар бештари ҳолатҳо дар давраи пасазҷарроҳӣ инкишофи перитонит, вазнин шудани зухуроти эндотоксикоз, бо ғайриҷубронӣ гаштани вазифаи узвҳо ва системаҳо ба амал меояд [Ларичев А.Б. и соавт., 2015; Ragetly G.R. et. al., 2011].

Дар амалияи клиникӣ татбиқ намудани усулҳои лапаростомия ва релапаротомияи марҳилавии санатсионӣ имконият медиҳанд, ки мушкилоти коҳиши фавтият ҳангоми мушкилтарин шаклҳои ПП ба ҳалли худ наздик карда шаванд ва ин аз тарафи чамъияти ҷарроҳон дастгирӣ пайдо кардааст [Арсентьев О. В. ва ҳаммуаллифон, 2012; Bader F. G. et. al. 2009]. Аммо мисли дигар усулҳои агрессивии ҷарроҳӣ, лапаростомия низ нишондодҳо, маҳдудиятҳо ва хусусиятҳои худро дорад ва маҷмӯи стандартии тадбир, ки фардикунониро талаб намекунад, ба ҳисоб намеравад, аммо самаранокии он танҳо ҳангоми табобати чараёни вазнини перитонити фасодноки паҳнғашта ба назар мерасад [Багдасаров В. В. ва ҳаммуаллифон, 2010; Цхай В. Ф. ва ҳаммуаллифон, 2011; Demetriades D. et. al., 2013; Sartelli M. et. al., 2013]. Унсурҳои муҳимтарини воситаи ҷарроҳӣ ин усули деконтаминатсияи дохилиамалиётҳои ковокии шикам, декомпрессияи интестиналӣ ва лаважи энтералӣ ба ҳисоб меравад. Дар ин замина гуногунии усулҳо аз набудани муносибати ягона ҳангоми истифодаи онҳо гувоҳӣ медиҳад [Агаев Э.К., 2012; Малков И.С. ва ҳаммуаллифон, 2017]. Барои перитонити паҳнғашта пайдо шудани миқдори зиёди оризаҳои пасазҷарроҳӣ хос аст, ки вазнинии чараёни онро боз ҳам вазнинтар мегардонанд ва хатари оқибатҳои марговарро зиёд месозанд [Гольбрайх В.А. ва ҳаммуаллифон, 2015; Костырной А.В. ва ҳаммуаллифон, 2015; Черданцев Д.В. ва ҳаммуаллифон, 2013]. Дар ин ҳолатҳо оризаҳои зиёдтарин дучоршаванда ва хатарноктар барои ҳаёти бемор перитонити авҷиранда (persistent) мебошад. Бо дарназардошти чунин далелҳо метавон иброз дошт, ки интихоби тактикаи муносиби табобати ПП боиси пешгирӣ ва бозгардони авориз мешавад, ва ба муваффақияти он саҳми арзандаи худро метавонад арзёбии мукаммали вазнинии ҳолати бемор ва пешгӯии самаранокии оқибати он, гузорад.

**Дарачаи коркарди илмӣи проблемаи мавриди омӯзиш.** Ташхискунии бармаҳали оризаҳои фасодноки дохилишикамӣ ва манбаҳои боқимондаи сироят вобаста ба полиморфизми зухуроти клиникӣ-озмоишии ба перитонит хос, хеле мушкил аст [Қурбонов К.М. ва ҳаммуаллифон, 2012; Пензина А.О. ва ҳаммуаллифон, 2012]. Ин ҳоло дар давраи манифестатсияи

оризаҳо ба муайян намудани шаклҳои аллакай кухнашудаи ПП мусоидат мекунад, ки бевосита ба вазнин шудани вазъияти беморон таъсир расонида, дар аксари ҳолатҳо ба миён омадани оқибатҳои номусоидро муайян мекунад. Дар робита ба ин пешгӯӣ намудани оқибати бемории перитонити паҳнғашта аҳамияти принсипиалӣ ва ҳалқунанда дорад, коркард ва дар фаъолияти клиникӣ татбиқ намудани усулҳои пешгӯӣ ва саривақт ошкор намудани чараёнҳои асосии патофизиологӣ мушкilotи мубрам ба ҳисоб меравад, ки асосан вазнинии ҳолати беморро ҳангоми перитонити паҳнғашта муайян мекунад, ин имконият медиҳад, ки тактикаи табобат саривақт ва ба таври асоснок иваз карда шавад [Батыршин И.М. ва ҳаммуаллифон, 2020; Жариков А.Н. ва ҳаммуаллифон, 2014; Karki O.V. et. al., 2018; de Moraes T.P. et. al., 2014].

Зухуроти клиникӣ, ки дар давоми шабонарӯзи аввали пайдо шудани ПП мушоҳида карда мешавад ва ҳамчун натиҷаи пешравии чараёни патологӣ ковокии шикам ба ҳисоб меравад, дорои симптоматикаи сепсиси абдоминалӣ мебошад, авҷгирии минбаъдаи беморӣ, маъмулан, ба пайдо шудани сироятҳои вазнини ҷарроҳӣ, дисфунксияи полиорганӣ ва шоки септикӣ оварда мерасонад. Инъикоси ин консепсия асоснок будани иттиллоботнокии ҷадвали арзёбии вазнинии ҳолати бемор, ки дар як қатор давлатҳои дунё сохта шудааст, коркарди протоколҳои клиникӣ мувофиқати пасазҷарроҳӣ, муайянқунӣ исботии нишондодҳо барои ҳама гуна усулҳои маълуми табобати ПП ва сепсиси абдоминалӣ мебошанд. Ҷадвалҳои маъмултарину машҳуртарин ва асоснокшуда ҷадвалҳои APACHE II, SAPS, SOFA, Шохиси Мангеймӣ перитонит (Mappheimer peritonitis index - MPI) ба ҳисоб мераванд [Акилов Х.Д. ва ҳаммуаллифон, 2012; Битюков С.Л. ва ҳаммуаллифон, 2019; Basnet R.V. et. al., 2010]. Ҷустуҷӯи маркерҳои иттилобноки дорои ҳассосият ва махсусияти баланд нисбат ба паҳншавии илтиҳоб, дисфунксияи полиорганӣ ва ниҳоят ба оқибати беморӣ, идома дорад. Дар солҳои охир арзиши иттилобнокии прокалцитонини зардоби хун исбот карда шудааст, ки сатҳи он бо ҳолҳои ҷадвали APACHE II мувофиқат мекунад [Михельсон Е.П. ва ҳаммуаллифон, 2018; Мусағалиев А.А. ва ҳаммуаллифон, 2018; Assfalg V. et. al., 2016]. Барои пешгӯӣ кардани оқибатҳои марговар ва авҷгирии сирояти абдоминалӣ биомаркерҳои Интерлейкин-6 ва сафедаи С-реактивӣ низ аҳамияти баланд доранд [Булава Г.В. ва ҳаммуаллифон, 2017; Звягин А.А. ва ҳаммуаллифон, 2019; Li P.K. et. al., 2017].

**Робитаи таҳқиқот ба барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ.** Таҳқиқоти диссертатсионӣ ба лоиҳаи корҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи «Бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.» муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар мавзӯи «Стратификасияи хатар ва такмили тактикаи табобати перитонити паҳнғашта» барои солҳои 2022-2026 робита дорад.

## ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

**Мақсади таҳқиқот:** беҳтаргардони натиҷаҳои табобати беморон бо перитонити паҳнғашта тариқи пешгӯии самараноки оқибати он ва интихоби тактикаи мусоиди табобат.

### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Пешниҳод намудани таснифи нави перитонити паҳнғашта.
2. Коркарди озмоиши нави пешгӯӣ барои муайянкунии эҳтимолияти оқибатҳои табобати перитонити паҳнғашта пеш аз ҷарроҳӣ ва ҳангоми ҷарроҳӣ, ва арзёбии самаранокии он дар муқоиса бо усулҳои замонавии пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта.
3. Арзёбии хусусиятҳои дискриминатсионӣ ва пешгӯяндаи маҷмӯи предикторон ҳангоми пешгӯии оқибат ва муайянкунии марҳилаи перитонити паҳнғашта.
4. Муайян намудани нақши моноситҳо дар патогенези шоки септикӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта
5. Асоснок ва пешниҳод намудани алгоритми интихоби тактикаи беҳтарини табобати перитонити паҳнғашта, омӯзиши имконияти тафриқа кардани тактикаи ҷарроҳӣ ба воситаи ғавти пешгӯӣ карда шуда.
6. Муайян кардани имкониятҳои истифодабарии усулҳои нави дохилиҷарроҳии табобати перитонити паҳнғашта ва пешгирии авориз ва ба таври назариявӣ асоснок кардани чунин усулҳо.

**Объекти таҳқиқот.** Сабтҳои таърихҳои беморӣ, протоколҳои амалиётҳои ҷарроҳӣ, наворҳои равиши амалиётҳо, таҳлилҳои озмоишии клиникӣ ва биохимиявӣ 409 бемор, ки аз сабаби перитонити паҳнғашта муддати солҳои 2004-2018 дар клиникаи беморҳои ҷарроҳии №1-и факултети тиббии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», дар пойгоҳи шуъбаи ҷарроҳии МД МЁТТ ш. Душанбе ҷарроҳӣ шуданд ва мавриди таҳқиқоти ретроспективӣ ва проспективӣ қарор гирифтанд.

**Мавзӯи таҳқиқот** – дар асоси таснифи нави марҳилаҳои перитонити паҳнғашта пешниҳод ва омӯзиши самаранокии системаи пешгӯяндаи оқибати беморӣ барои ба таври оптималӣ интихоб намудани тактикаи ҷарроҳӣ ва истифодабарии усулҳои муосири таъсирнок ҳангоми ҷарроҳии беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта. Мавзӯи таҳқиқоти диссертатсионӣ ба концепсияи мавзӯи диссертатсионӣ мувофиқ мебошад. Мавзӯи таҳқиқоти диссертатсионӣ ба шиносномаи таҳассус 14.01.17 – Ҷарроҳӣ, мувофиқ мебошад

### **Навгони илмӣ таҳқиқот:**

Таснифи нави перитонити паҳнғашта коркард ва пешниҳод карда шудааст.

Барои пешгӯии оқибатҳои номусоид ҳангоми тактикаи гуногуни ҷарроҳии перитонити паҳнғашта чадвали дақиқтари пешгӯӣ коркард ва пешниҳод карда шудааст.

Самаранокии чадвали пешниҳодшудаи «шоҳиси перитонит» барои пешгӯии оқибати табобати перитонити паҳнғашта дар муқоиса бо чадвалҳои классикии арзёбии вазни ҳолати беморон муайян карда шудааст.

Нахустин маротиба самаранокии пешгӯяндои маҷмӯи предикторон (пресепсин, прокалситонин ва диг.) дар пешгӯии оқибатҳои табобати перитонити паҳнғашта озмуда шудааст.

Аввалин маротиба нақши моноситҳо дар патогенези шоки септикий ҳангоми перитонити паҳнғашта омӯхта шудааст.

Роҳҳои тафрикаи тактикаи ҷарроҳӣ дар марҳилаҳои пешгӯии пеш аз- ва ҳангоми ҷарроҳӣ ба воситаи ҳисоби ҳолҳои чадвали арзёбии вазни ҳолат, ки бар ғавти пешгӯишуда асоснок мешавад, муайян шудааст.

Омилҳои самаранокии ба таври муқобил шустани ковокии шикам (Патенти ҚТ № ТҶ610 аз 14.04.2014.), найчагузории ретроградии рӯдаи борик ва ғафс (Патенти ҚТ № ТҶ1316 аз 18.11.2022.) ва энтеросорбсия (гувоҳномаи пешниҳоди беҳсозон №3583/R635 аз 13.02.2018) ҳангоми перитонити паҳнғашта муайян карда шудааст.

**Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот** дар он аст, ки муқаррароти назариявӣ ва методологӣ, ҳулоса ва тавсияҳои дар диссертатсия инъикосшуда дар раванди таҳсилоти муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ ва дар байни табибони амалкунанда истифода бурдан мумкин аст.

Истифодабарии таснифи такмилдодаи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта дар амалияи ҷарроҳӣ ба интиҳоби саривақти тактикаи оптималии табобати беморӣ мусоидат менамояд.

Пешгӯӣ ва муайяннамоии саривақти ҷараёнҳои асосии патофизиологии авҷгирии синдроми захролудшавии эндогенӣ ва сепсиси абдоминалӣ, ки ба таври афзалиятнок вазнинии ҳолатро муайян мекунанд, дар оқибати беморӣ аҳамияти ҷиддӣ доранд.

Муносиб будани ҳаҷми муолиҷаи интенсивӣ ва амалиёти ҷарроҳии интиҳобшуда ба марҳилаи инкишофи ПП, хусусияти муҳтавои ковокии шикам ва бемориҳои ҳамрав вобаста аст. Системаи интегралӣ «ШП» барои сари вақт ба гурӯҳҳои хатар ҷудо кардани беморон ва пешгӯии оқибатҳо хеле самаранок буда барои интиҳоби тактикаи мувофиқи муолиҷа судманд аст.

Пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ, интерлейкин-6, молекулаҳои массаи миёна биомаркерҳои пурзӯри пешгӯикунанда дар беморони дорои сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикий мебошанд.

Дар натиҷаи инкишофи иммунодепрессия ва маҳв шудани вазифаи моноцитҳо дар марҳилаи шоки септикий, ҷараёни таҷдиди эндотелиоситҳо суст мешавад, тарашшуҳи ситокинҳои илтиҳобӣ, аз ҷумла ОНО- $\alpha$  кам мегардад, ки омилҳои афзудани ғавтият ҳангоми шоки септикий мегардад.

Усули пешгирии инкишофи бармаҳали абсаҳо ва лиҳомҳои дохилишикамӣ тариқи найчагузории байни масориқаи рӯдаи борик самаранок, камосебовар, амалан бозътимод мебошад. Усули мазкур ва инчунин усули нави найчагузории рӯда, энтеросорбсияи найчагии бармаҳали баъдазҷарроҳӣ бешубҳа имконияти беҳсозии ҷараёни барқарорсозии

лаппиши рӯдаҳоро медиҳад, ва ба ин васила ба пастшавии басомади аворизи фасодӣ-илтиҳобии баъдазҷарроҳӣ дар беморон мубталло ба перитонити паҳнғашта мусоидат мекунад.

Ҳангоми истифодабарии усули коркарди ковокии шикам ба таври муқобил ҳангоми ҷарроҳии перитонити паҳнғашта назар ба коркарди анъанавӣ бо истифодабарии маҳлули фурасилин сатҳи захролудшавии эндогении беморон зудтар коҳиш меёбад, кори ҳаракатӣ-тахлиявии рӯда барвақттар барқарор мешавад.

Дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ релапаротомияи талаботӣ назар ба релапаротомияи барномавӣ усули бештар афзалиятнок мебошад. Дар марҳилаи шоки септикӣ тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозӣҳои марҳилавии ковокии шикам афзалтар аст. Наздик кардани канораҳои захми лапаротомӣ ҳангоми пайдоиши нишондод барои лапаростомия, бо истифода аз усулҳо ва воситаҳои дастрас, мувофиқи мақсад аст.

Истифодабарии поксозии видеолапароскопӣ (ПВЛ) дар давраи баъдазҷарроҳӣ барои амалӣ гардондани поксозии ковокии шикам, миқдори релапаротомияҳоро якбора коҳиш медиҳад.

#### **Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда**

1. Таснифи пешниҳодшуда, ки ивазшавии пайдарпайи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта (захролудшавии эндогенӣ – сепсиси абдоминалӣ – шоки септикӣ)-ро инъикос менамояд, ба расондани кумаки саривақти мукамал ба беморони мубталлои чунин бемори сахми арзанда мегузорад.

2. Системаи интегралӣ «ШП» бо фавтият хуб ҳамбаста буда, дар пешгӯии оқибатҳои номусоид натиҷабарх аст. Қадвал барои сари вақт ба гурӯҳҳои хатар ҷудо кардани беморон ва пешгӯии оқибатҳо хеле самаранок буда, барои интиҳоби тактикаи мувофиқи муолиҷа мувофиқи мақсад аст.

3. Санҷиши сатҳи пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ, интерлейкин-6, молекулаҳои массаи миёна дар хун барои марҳилаҳои гуногуни мукоисашавандаи перитонити паҳнғашта арзиши таъхирӣ ва пешгӯии оқибати беморӣ дорад.

4. Авҷгирии шоки септикӣ дар беморони дорои бемориҳои ҳамрав дар гурӯҳи беморони синну соли калон дар заминаи тағйиротҳои вазнини морфологии ковокии шикам ба инкишофи иммунодепрессия алоқаманд аст, ки дар натиҷаи маҳв шудани вазифаи моноцитҳо ба амал меояд, ки сабаби кам шудани ҳосилшавии ОНО-α ва суст шудани ҷараёни регенераторӣ дар эндотелии рағҳо мешавад.

5. Бо дарназардошти нишондиҳандаҳои арзёбии пешгӯии авҷгирии перитонит, алгоритми тадбирҳои таъхирӣ-табобатӣ офарида шуд, ки ба беҳсозии тактикаи табобатӣ аз шабонарӯзи аввали марҳилаи баъдазҷарроҳӣ равона карда шудааст. Истифодабарии алгоритмҳои таъхирӣ-табобатии коркардшуда дар маҷмӯи табобати беморон мубталлои перитонити паҳнғашта, ба афзоиши самаранокии клиникаи тадбирҳои табобатӣ мусоидат менамояд.



6. Тадбирҳои дохилиамалиётӣ (найчагузори байни масорикаи рӯдаи борик, найчагузори ретрогради рӯдаи борик ва гафс, энтеросорбсияи найчавӣ, поксозии ковокии шикам бо маҳлули сусти хипертоникӣ дар ҳароратҳои контрастӣ) самаранок, камосебовар, амалан боэътимод мебошад, имконияти беҳсозии чараёни барқарорсозии лаппиши рӯдахоро медихад, ва ба ин васила ба пастшавии басомади аворизи фасодӣ-илтиҳобии баъдазҷарроҳӣ дар беморон мубтало ба перитонити паҳнғашта мусоидат мекунад.

7. Дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ релапаротомияи талаботӣ назар ба релапаротомияи барномавӣ усули бештар афзалиятнок мебошад. Барои беморони вазнини гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозии марҳилавии ковокии шикам афзалтар аст. Бо дарназардошти ҳамаи пайомадҳои чиддии манфии лапаростома аз рӯйи имкон наздик кардани канораҳои захми лапаротомӣ, бо истифода аз усулҳо ва воситаҳои дастрас, мувофиқи мақсад аст.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо** бо эътимоднокии маълумот, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва маводи интишоршуда тасдиқ карда шудааст. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар таҳлили илмии натиҷаҳои таъбири перитонити паҳнғашта асос ёфтаанд.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисосии илмӣ.** Таҳқиқот ба шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ, ва ба бандҳои

4. Сироят дар ҷарроҳӣ: шоки септикӣ, сепсис, перитонит, деструксияи бактериалии шушҳо, бемориҳои фасодии пӯст ва бофтаҳои мулоим ва ғ.;

6. Амалиётҳои ҷарроҳии лапароскопӣ ва торакоскопӣ;

8. Тайёрии пешазҷарроҳӣ ва муруқибаи давраи пасазҷарроҳӣ ҷавобгӯ аст.

**Саҳми шахсии доктараби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот.** Таҳқиқоти диссертатсионӣ асари илмии мустақили муаллиф мебошад. Пешниҳоди ғояи асосӣ ва мақсади таҳқиқот, коркарди равандҳои зарури методологӣ, ҳамаи пажӯҳишҳои клиникӣ, шарҳу тафсири адабиёти илмии соҳавӣ, таҳлил ва тавзеҳи маълумоти клиникӣ-озмоишӣ, коркарди омории маълумоти бадастомада, таҳлили маводи мавҷудбуда, ҷамбасти натиҷаҳо, шахсан аз ҷониби муаллиф иҷро карда шудааст. Натиҷаҳои таҳқиқот ба намуди мақолаҳо ташаккул дода шудаанд.

**Тасвиб ва амалсозии натиҷаҳои диссертатсия.** Нуктаҳои асосии таҳқиқоти диссертатсионӣ дар конференсияи илмӣ-амалии 63-ми солонаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналхалқӣ, ш.Душанбе, с.2015; конференсияи илмӣ-амалии 65-ми солонаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналхалқӣ, ш.Душанбе, с.2017; конференсияи илмӣ-амалии 68-ми солонаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналхалқӣ, ш.Душанбе, с.2020; конференсияи байналмиллалӣ илмӣ-амалии «Уфуқҳои ҷарроҳии муосир» ш.Самарқанд, с.2021; ҷаласаи кафедраи бемориҳои

чарроҳии №1 ба номи академи Қурбонов К.М. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш.Душанбе, протокол №8 аз 19 феввали с.2022; чаласаи Чамъияти чарроҳони ҚТ, протокол №6 аз 03 июни с.2022; чаласаи комиссияи байникафедравии проблемавии оид ба фанҳои чарроҳии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ш.Душанбе, протокол № 14 аз 21 декабри с.2022 маъруза карда мавриди баррасӣ қарор дода шуданд.

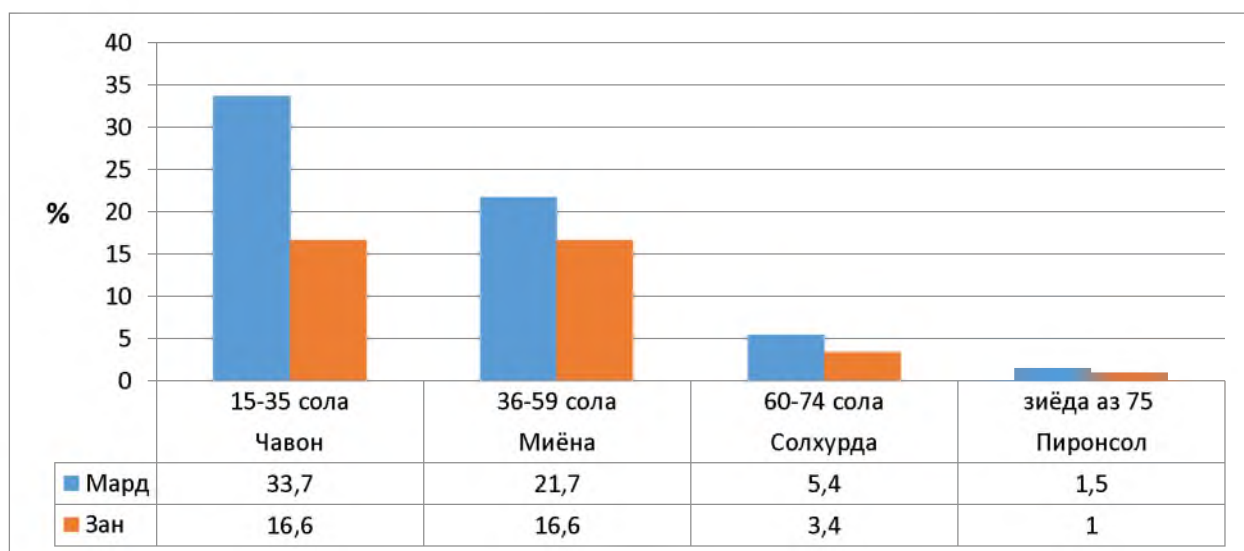
**Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.** Аз рӯи мавзӯи диссертатсия 46 таълифот, аз он ҷумла 20 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои муътабари илмии тиббии ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 1 монография «Перитонити паҳнғашта (пешгӯии оқибат ва интиҳоби тактикаи табобат)» ба ҷоп расонда шудааст, инчунин бо ҳаммуаллифон 2 патент барои ихтироъ (№ ТҶ610 аз 14.04.2014. ва № ТҶ1316 аз 18.11.2022), 2 гувоҳномаи пешниҳоди беҳсозон (№3382/R597 аз 25.02.2014 ва №3583/R635 аз 13.02.2018.– содиршуда МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»).

**Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 337 саҳифа таълиф гардида, аз муқаддима, ҳашт боб, хулосаҳо, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот, рӯйхати адабиёт, интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия ва замимаҳо иборат аст. Феҳристи адабиёт 301 маъхазро дар бар мегирад: 162 номгӯй ба забонҳои тоҷикӣ ва русӣ, 139 номгӯй ба забонҳои хориҷӣ мебошад. Диссертатсия бо 61 ҷадвал ва 26 расм тасвир шудааст.

## МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти диссертатсионии мазкур дар асоси таҳлили натиҷаҳои муоина ва табобати 409 бемори дорони перитонити паҳнғаштаи (ПП) сабабҳояшон гуногун, ки дар клиникаи бемориҳои чарроҳии №1-и факултети тиббии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», дар пойгоҳи шӯъбаҳои чарроҳии МД МЁТТ ш.Душанбе дар давраи солҳои 2004-2018 чарроҳӣ шудаанд, анҷом дода шудааст.

Гурӯҳбандии беморон аз рӯи синну сол ва ҷинс дар расми 1 оварда шудааст.



**Расми 1. – Тақсимоти беморон бо перитонити паҳнғашта мувофиқи чинсу синну сол.**

Гурӯҳбандии беморон аз рӯи шаклҳои нозологӣ, ки бевосита сабаби сар задани беморӣ буданд, дар ҷадвали 1 оварда шудааст, бо нишондиҳандаҳои ғавт.

**Ҷадвали 1. – Тақсимоти беморон мувофиқи сабаби нозологии перитонити паҳнғашта ва ғавтият аз он.**

Сабабҳои перитонити паҳнғашта	n	%	Ғавтият	
			n	%
Сӯрохшавии решҳои гастродуоденалӣ	154	37,6	14	25,4
Ногузароии шадиди рӯдаҳо	90	22	18	32,7
Аппендитсита шадид	89	21,8	4	7,3
Панкреатити шадид, панкреонекроз	15	3,7	5	9,1
Сӯрохшавии рӯда	33	8,1	7	12,7
Холесистити шадид	10	2,4	4	7,3
Ғайра	18	4,4	3	5,5
Ҷамагӣ	409	409	100	55

Таҳлили басомади натиҷаҳои ғавт вобаста аз этиологияи ҷарроҳии перитонит нишон дод, ки сатҳи баландтари ғавтият дар он гурӯҳи бемороне ба мушоҳида расид, ки дорои ногузароии шадиди рӯдаҳо ва бемороне, ки дорои сӯрохшавии гастродуоденалӣ буданд, ин бевосита аз хусусияти бемориҳои асосӣ ва хусусиятҳои синнусолии беморони ҳамин гуруҳҳо вобастагӣ дошт. Ғавтияти баланд, ки то 12,7% аз миқдори умумии ғавтидагон мерасид, низ дар беморони дорои сӯрохшавии рӯдаҳои бориқ ва ғафс ба мушоҳида расид.

Тақсимоти беморон бо перитонити паҳнғашта ба гуруҳҳо мувофиқи таснифи дар клиникаи мо коркардшуда амалӣ шудааст: марҳилаи 1 – марҳилаи захролудшавии эндогенӣ (ЗЭ); марҳилаи 2 – аз шабонарӯзи 2-4-м, марҳилаи сепсиси абдоминалӣ (СА); марҳилаи 3 – аз шабонарӯзи 3-7-м, марҳилаи шоки септикӣ (ШС).

Дар таҳқиқот озмоишҳои гуногуни клиникӣ ва лабораторӣ истифода шуданд, ки ҳолати беморони гирифтори перитонити паҳнғаштаро ҳаматарафа нишон медиҳанд. Дар ин маврид ихтилоли гомеостази беморон мувофиқи тағйироти параметрҳои гемодинамикаи марказӣ, нишондиҳандаҳои умумиклиникӣ, озмоишӣ-биохимиявӣ, ҳамчунин шохисҳои интегралӣ бо мақсади аёнии бештар ҳисоб кардашуда, арзёбӣ карда шуд.

Арзёбии комплекси ҳолати бемор бо ёрии ҷадвалҳои интегралӣ ва зинаҳои ҳолати бемор, монанди шохиси Маннгеймӣ перитонит муайян карда шуд. Дар асоси маълумотҳои ба даст овардашуда коркарди омории иттилоот бо истифода аз нармафзор гузаронида шуд. Иттилооти дар рафти таҳқиқот ҳосилшуда ба базаи маълумотҳо, ки ба воситаи барномаи Microsoft Excel 2016 ва STATISTICA 10 сохта шудааст, дохил карда шуд. Ба сифати таъминоти дастгоҳӣ дар ин ҳолат компютери инфиродӣ бо пардозандаи Intel core i3 3,6GHz ва системаи амалиёти Windows10 (Microsoft Corp., USA) истифода карда шуд.

Мувофиқи мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот дар ҳама беморони гирифтори ПП дар давраи пешазҷарроҳӣ ва пасазҷарроҳӣ аз рӯи нақшаҳои стандартӣ таҳқиқоти комплекси клиникӣ-озмоишӣ гузаронида шуд. Ин таҳқиқот арзёбии клиникӣ ҳолати бемор, арзёбии маълумотҳои озмоишӣ дар динамика (таҳлилҳои клиникӣ ва биохимиявӣ хун, таркиби электролитӣ хун, ҳолати кислотава асосӣ, таҳлили умумӣ пешоб, муайян кардани сатҳи амилазаи хун ва диастазаи пешоб, коагулограмма), усулҳои абзорӣ таҳқиқот (сабти барқии дил (СБД), ФГДС, ТУС–и узвҳои ковокии батн ва фазои пасисифоқӣ, рентгенографияи узвҳои қафаси сина)-ро дар бар гирифтааст. Муайян кардани ғализати гемоглобин, ҳисоб кардани миқдори лейкоцитҳо ва формулаи лейкоцитарӣ дар анализатори гематологии «SYSMEX» гузаронида шуд. Нишондиҳандаҳои биохимиявӣ зардоби хун дар анализатори нимаавтоматикӣ «Conna-multi», анализаторҳои автоматикӣ биохимиявӣ Hitachi 902, 912 бо истифодаи маҷмӯаҳои маркаҳои стандартӣ Human (ИМА), Roche (ИМА), Bioson (Олмон) ва Coraу (Полша) муайян карда шуданд. Муҳтавои электролитҳо дар анализатори электролитҳо «AVL-50» муайян карда шуд, сатҳи фибриноген, муддати қисман фаъолноқшудаи тромбопластинӣ, шохиси протромбинӣ, комплексҳои фибрин-мономерӣ ҳалшаванда (КФМХ) - бо усули клотингӣ дар анализатори «Amelung-10» муайян карда шуд. Сатҳи гемоксигенатсия (нишондиҳандаи SpO<sub>2</sub>) дар пулсоксиметри «Оксипулс 01» чен карда шуд. Нақшаи стандартӣ клиникӣ-озмоишӣ таҳқиқоти беморон бо арзёбии сатҳи пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ, интерлейкин-6, пайвастагиҳои миёнамолекулярӣ ва фраксияи онҳо дар зардоби хун, ҳамчунин муайян кардани миқдор ва қобилияти пайваस्तкунандагии албумини зардоб илова карда шуданд.

Сатҳи пресепсин дар системаи таҳлилии PATHFAST (Mitsubishi Chemical Europe GmbH) муайян карда шуд. Нишондиҳандаҳои референтӣ – то 337 пг/мл. Диапазони ченкунӣ 20-20000 пг/мл. Барои муайянкунии дақиқи миқдори сатҳи прокалситонин мо дар таҳқиқоти худ тести BRAHMS PCT LIA (қаблан LUMitest PCT ном дошт)-ро ба кор бурдем, ки тавассути люминометри ғайриавтоматикӣ гузаронида шуд.

## **НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

Ба мақсади мураттаб гардондан ва ба тағйиротҳои патофизиологӣ мувофиқат кунонидани дараҷабандии марҳилаҳои перитонити паҳнғашта

таърихи бемории 188 бемори гирифтори беморихои узвҳои ковокии батн, ки оризаи перитонити паҳнғашта дошанд, таҳлил карда шуд. Синну соли беморон аз 15 то 81 соларо дар бар мегирад, синну соли миёна 38,5 сол буд. Мардҳо – 113 (60%), занҳо – 75 (40%) нафар буданд. Дар аввал ҳамаи беморон аз рӯи марҳилаи перитонити паҳнғашта, мувофиқи таснифи К.С.Симонян, ба гурӯҳҳо тақсим карда шуданд. Баъдан беморон мувофиқи таснифи нави марҳилаҳои инкишофи перитонити паҳнғашта, ки мо пешниҳод кардаем, гурӯҳбандӣ ва таҳлил карда шуданд. Нишондиҳандаҳои лабораторӣ ва манзараи клиникии вазнинии ҳолати бемор дар ҳар яки ин гурӯҳҳо ба ҳисоб гирифта шуд. Баъдан натиҷаҳо муқоиса карда мешуданд.

Марҳилаи перитонити паҳнғаштаро аз соатҳои аввали пайдоиши ориза, ҳамчунин ҳангоми вазнинии миёна ва ё вазнин будани ҳолати умумии бемор, афзудани сустӣ, беҳаракатӣ, баъзан эйфория дар заминаи синдроми дардӣ ва беобшавӣ, ҳамчунин ба зудӣ ҳамроҳ шудани аломатҳои СТИС (бо ду ё зиёда аз он аломатҳои зерин зоҳир мешавад: ҳарорати бадан  $>38^{\circ}\text{C}$  ё  $<36^{\circ}\text{C}$ , СКД  $>90/\text{дак}$ , СХН  $>20/\text{дак}$ ,  $\text{PaCO}_2 < 32$  мм сут.сим., лейкоцитҳои хун  $>12 \times 10^9$ , ё  $<4 \times 10^9$ , ё миқдори шаклҳои ноболиғи онҳо  $>10\%$ ) мо ҳамчун марҳилаи захролудшавии эндогенӣ арзёбӣ намудем. Марҳилаи перитонити паҳнғашта (аз 2 то 4 шабонарӯз), ки дар он дар заминаи ҳолати умумии вазнинии бемор ду ё зиёда аз он аломатҳои СТИС ба мушоҳида мерасид, ки бо дисфунксиаи узвҳо, дисметаболия, дисбаланси ионӣ, ихтилоли перфузиаи бофтаҳо, гипотонияи шараёнӣ (баъзан фишори систоликии шараёнӣ – аз 90 мм сут. сим. пасттар) муттаҳид мешаванд, ҳамчун марҳилаи сепсиси абдоминалӣ арзёбӣ карда шудааст. Дар ниҳояти қор, ҳангоми ниҳоят вазнин будани ҳолати умумии бемор (дар шабонарӯзи 3-7-ум), яққоя шудани аломатҳои хоси сепсис бо синдроми норасоии полиорганӣ, гипоперфузиаи бофтаҳо ва узвҳо, гипотонияи шараёнӣ, ки нигоҳ накарда ба инфузиаи муносиб ва истифода кардани дастгирии инотропӣ ва рағӣ, ҳамчунин ҳангоми тағйиротҳои амиқи нафаскашӣ ва ихтилолҳои метаболикӣ бо баланд шудани сатҳи лактати хун  $>2$  ммол/л, дар шароити набудани ихтилолҳои волемикӣ, диспротеинемия, ҳолати бемор ҳамчун шоки септикӣ арзёбӣ гардид. Ҳангоми муқоисаи ин гурӯҳбандӣ

марҳилаи I – захролудшавии эндогенӣ

марҳилаи II – сепсиси абдоминалӣ

марҳилаи III – шоки септикӣ

бо таснифи К.С.Симонян чунин натиҷаҳо ба даст оварда шуданд (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 2. – Тақсимооти беморон бо перитонити паҳнғашта мувофиқи марҳилаҳо**

Марҳила	I		II		III	
	n	%	n	%	n	%
Таснифи нав	134	71,3	43	22,9	11	5,8
Таснифи К.С.Симонян	6	3,2	151	80,3	31	16,5

Ба мақсади омузиши самаранокии таснифи нави перитонити паҳнғашта дар арзёбии дараҷаи вазнинии ҳолат 160 бемор дорои СТАС ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1 – захролудшавии эндогенӣ ( $n=95$ ), гурӯҳи 2 – сепсиси абдоминалӣ ( $n=46$ ), гурӯҳи 3 – шоки септикӣ ( $n=19$ ). Дараҷаи вазнинии ҳолати беморон мувофиқи системаҳои интегралӣ АРАСНЕ II, SOFA ва MPI ва нишондиҳандаҳои маркерҳо пресепсин ва ОНО- $\alpha$  арзёбӣ карда шуданд, натиҷаҳои таъобат аз басомади аворизи баъдазҷарроҳӣ, муддати бистарӣ дар ШРТИ ва дар беморхона, ғавтият дар беморхона арзёбӣ карда шуданд.

Тавсифи муқоисавии гурӯҳҳои ҷудо кардашудаи беморони муқталои перитонити паҳнғашта тибқи омилҳои асосии муқтакили хатари ғавтнокии беморхонавӣ, ки дар ҷадвал нишон дода шудааст, аз тағйирёбии пайвастаи онҳо мувофиқи дараҷаи вазнинии сепсиси абдоминалӣ шаҳодат медиҳад, байни ҳамаи гурӯҳҳо тафовути назарраси оморӣ вуҷуд дорад ( $p < 0,01$ ).

Ҳангоми таҳлили натиҷаҳои таҳқиқотҳои клиникӣ муайян шуд, ки дар марҳилаҳои захролудшавии эндогенӣ, сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ нишондиҳандаҳо мутаносибан ҷунинанд: АРАСНЕ II  $13,8 \pm 0,5 - 16,1 \pm 0,4 - 18,5 \pm 0,5$ ; ШМП  $22 - 25 - 25$ ; SOFA  $3,3 \pm 0,2 - 3,7 \pm 0,1 - 4,2 \pm 0,1$ ; пресепсин (пг/мл)  $355,6 \pm 8,6 - 783,4 \pm 24,0 - 1587,7 \pm 70,5$ ; омили некрози омос- $\alpha$  (пг/мл)  $105,5 \pm 1,9 - 853,3 \pm 17,6 - 24,5 \pm 6,8$ ; аворизи баъдазҷарроҳӣ (%)  $13,6 \pm 3,6 - 35,1 \pm 6,1 - 41,9 \pm 7,1$ ; муддати бистарӣ (ш/р)  $19,2 \pm 0,8 - 25,9 \pm 2,2 - 13,8 \pm 1,9$ ; Ғавтидагон 12 нафар (63,2%) ва ҳаммааш дар марҳилаи шоки септикӣ. Арзёбии муқоисавии гурӯҳҳои таҳқиқшавандаи беморон аз рӯи натиҷаҳои асосии таъобат нишон дод, ки на ҳама тафовутҳои байнигурӯҳӣ то ба сатҳи эътимоди оморӣ мерасанд, аммо онҳо хусусияти афзоиши пайвастаи нишондиҳандаҳо мувофиқи вазнинии сепсиси абдоминалӣ доранд.

Ҳамин тариқ, таснифи такмилдодашуда стратификатсияи беморонро бо перитонити паҳнғашта мувофиқи дараҷаи вазнинӣ ба се гурӯҳ таъмин месозад: бо захролудшавии эндогенӣ, сепсиси абдоминалӣ, шоки септикӣ. Таснифи пешниҳодшудаи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта натавонанд бо он диққатҷалбкунанда аст, ки вазнинии зухуроти клиникӣ бо механизмҳои патогенетикии перитонит вобаста аст, балки имконияти интиҳоби тафриқавии тактикаи оптималии ҷарроҳӣ ва ҳаҷми тадбирҳои таъобати интенсифӣ низ дорад.

Ҳангоми перитонити паҳнғашта, ҷӣ пеш аз ҷарроҳӣ ва ҷӣ дар марҳилаҳои муқталифи муолиҷаи беморӣ, муайян намудани дараҷаи вазнинии ҳолати бемор қисми таркибии зарур ва муҳими ташхис ба ҳисоб меравад. Барои экспресс-пешгӯии эътимоди оқибатҳои марғ ва мувофиқгардонии тактикаи ёрии ғаврӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта, мо системаи нави пешгӯиро дар мавриди беморони муқтало ба перитонити паҳнғашта бо дарназардошти ҳам меъёрҳои клиникӣ ва дохилиамалиётҳои авҷгирии раванди септикӣ ва ҳам омилҳои хатаре, ки дар бемор новобаста аз ин оризаҳои вазнин мавҷуд аст, таҳия намудем. Пеш аз ҳама ба мақсади муайян намудани алоқаҳои муҳимтарини дуҷонибаи нишондиҳандаҳои марҳилаҳои перитонити

пахнғашта бо маълумотҳои клиникӣ, таҳлили регрессионӣ ба амал оварда шуд. Зимнан предикторҳои асосии авҷгирии перионити пахнғашта ошкор карда шуданд, ки чинс, син, бемориҳои ҳамрав аз шумори он аст.

Чадвали фосилаҳо бо муайянсозии омилҳои калонтарин ва хурдтарини хатар, марҳилаи чараёни ПП ва тағйиротҳои морфологии сифок сохта шуд (чадвали 3.).

### Чадвали 3. – «Шохиси перитонит».

Омилҳои хатар-Х		Марҳилаи инкишофи чараён-М		Тағйиротҳои патоморфологӣ-П	
Сини аз 70с боло ё бемориҳои вазнини ҳамрав	10	Шоки септикӣ	10	Дар ковокии батн мӯҳтавои фасодӣ бо бӯи начосатӣ, қабатҳои дурушти фибринозӣ, чирксориҳо ва часпишҳо дар мавзеи ҳалқаҳои рӯдаҳо.	10
Сини 50-70 сола ё бемориҳои саратонӣ*	8	Сепсиси абдоминалӣ марҳилаи дерина	8	Сифокпарда иртишоҳнок, дар ковокии батн фасоди ғализ, қабатҳои ғафси фибрин.	8
Бемориҳои ҳамрави вазнини миёна*	6	Сепсиси абдоминалӣ марҳилаи аввал	6	Сифокпарда тира, ҳалқаҳои рӯдаҳо васеъ бо хунрезӣҳо ва петехияҳои субсерозӣ, дар ковокии батн мӯҳтавои фасодӣ бо қабатҳои фибринӣ рӯи ҳалқаҳои рӯдаҳо.	6
Чинси занона ё бемориҳои сабуки ҳамрав*	4	Заҳролудшавии эндогенӣ марҳилаи дерина	4	Сифокпарда варамнок, гиперемияшуда, дар ковокии батн мӯҳтавои фасодӣ.	4
Хатарҳои муайяннашуда	2	Заҳролудшавии эндогенӣ марҳилаи аввал	2	Варамӣ ва гиперемияи сифокпарда, дар ковокии батн мӯҳтавои тираранг ё талха.	2
Фавтҳои пешбинишуда (%)				$\Phi = X \times [(M + P)/2]$	

\* – ҳангоми набудани хатарҳои зикршуда

Арзиши баллӣ – мутаносиби предикторҳоро, ки дар воҳидҳои шартӣ ифода ёфтаанд ва дар таҷрибаи амалии бисёрсола озмоиш шудаанд, инъикос менамояд. Ин воҳидҳо тариқи «арзёбии экспертӣ» муқаррар карда шудаанд. Дар натиҷаи ҷамъ кардани ҳолҳо «шохиси перитонит» (ШП) ҳосил мешавад.

Ҷамъи ҳолҳо (ШП) метавонад ба афзалиятҳои расондани ин ё он ҳаҷми ёрии таъҷилӣ ҳангоми ПП ишора кунад.

Дар ҳолати ШП то 12 ҳол фавтнокӣ пешбинишуда то 16%-ро ташкил медиҳад. Дар тадқиқоти мо дар гурӯҳи 1-м 90 бемор буданд (47,9%), се нафар аз онҳо (3,3%) фавтидаанд.

ШП аз 13 то 22 ҳол - фисати пешбинишудаи фавт аз 16 то 40%. Дар ин гурӯҳ 70 бемор (37,2%) дохил буданд, 12 нафар аз онҳо (17,1%) фавтиданд.

ШП зиёда аз 22 ҳол - фисати пешбинишудаи фавт аз 40% боло.

Дар тадқиқоти мо 28 бемор (14,9%) ба гурӯҳи 3-м дохил буданд, 23 нафар аз он фавтиданд (82,1%).

Аз ҷониби мо барои пешгӯии оқибатҳо дар мавриди 188 бемори мубтало ба ПП арзёбии муқоисавии самаранокии «шоҳиси перитонит» бо ҷадвали шоҳиси Мангеймии перитонит – МРІ – ба амал оварда шуд. Сифати пешгӯии ҷадвали ШП: ҳассосият – 76%, мушаххасот – 84%, дақиқии пешгӯӣ – 81% ҳангоми фосилаи боэътимод – 95%, АUC (масоҳат зери қачхат) – 0,87,  $p < 0,001$ , медианаи ҳолҳои номусоид (фавт ба қайд гирифта шудааст) – 16.

Сифати пешгӯии ҷадвали МРІ: ҳассосият – 72%, мушаххасот – 86%, дақиқии пешгӯӣ – 79% ҳангоми фосилаи боэътимод – 95%, АUC – 0,87,  $p < 0,001$ , медианаи ҳолҳои номусоид – 23. Ҷар ду ҷадвал хусусияти боэътимоди пешгӯӣ доранд ( $p < 0,001$  барои озмоиши Манн-Уитни). Аз ду системаи муқоисашавандаи пешгӯикунанда арзёбии «ШП» нисбатан афзалтар ва мақсадноктар аст, зеро ки аз системаҳои пешгӯикунанда ягон камӣ надорад, ва дар ҳолатҳои алоҳида бошад, ҳатто аз онҳо бо сабаби содагии истифода авлотар аст, ва мақоми бемори мубтало ба дараҷаи мухталифи зухурёбии вазнинии беморҳои ҳамроҳро муфассалтар боз мекунад ва марҳилаи патоморфологӣ манзараи ковокии батнро ба назар мегирад.

Ба мақсади арзёбӣ намудани нақши биомаркерҳои илтиҳобӣ дар муайян намудани дараҷаи вазнинӣ ва марҳилаи инкишофи ПП, дар 160 бемори гирифтори ПП сатҳи пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ ва интерлейкин-6 дар хун омӯхта шуд. Дар байни онҳо 104 нафар мард, 56 нафар зан буданд. Синну соли беморон аз 16 то 76 солро дар бар гирифт ва ба ҳисоби миёна  $37,8 \pm 1,3$ -солро ташкил дод. Ҷамаи беморон вобаста аз марҳилаи перитонит ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд:

Гурӯҳи 1 –  $n = 95$  (59,4%) – марҳилаи захролудшавии эндогенӣ;

Гурӯҳи 2 –  $n = 46$  (28,7%) – марҳилаи сепсиси абдоминалӣ;

Гурӯҳи 3 –  $n = 19$  (11,9%) – марҳилаи шоки септикӣ.

Натиҷаҳои ба даст овардаи мо нишон медиҳанд, ки нишондиҳандаҳои баландтарини предикторҳои мавриди омӯзиш қарордошта дар он гурӯҳи бемороне дида шуд, ки дорои шоки септикӣ (гурӯҳи 3) буданд. Сатҳи пресепсин дар хуни ин беморон  $1482,4 \pm 289,2$  пг/мл, сатҳи прокалситонин –  $17,0 \pm 2,9$  нг/мл, сатҳи сафедаи С-реактивӣ –  $279,3 \pm 29,7$  мг/л ва ИЛ-6 –  $322,2 \pm 6,5$  пг/мл-ро ташкил доданд. Дар ин маврид нишондиҳандаи максималии онҳо мутаносибан  $1859,7$  пг/мл,  $22,6$  нг/мл,  $312,4$  мг/л ва  $329,7$  пг/мл буд. Нишондиҳандаи миёнаи аз ҷамаи пасти ПСП  $345,0288 \pm 102,9112$ , ПКТ –  $1,6 \pm 0,8$  нг/мл, ССР –  $89,5 \pm 31,2$  мг/л, ИЛ-6 –  $126,1 \pm 31,5$  пг/мл,



хамчунин сатҳи минималии ПСП – 56,1 пг/мл, ПКТ – 0,1 нг/мл, ССР – 10,6 мг/л ва ИЛ-6 – 19,5 пг/мл дар он беморони гирифтори ПП буданд, ки дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ қарор доштанд. Нишондиҳандаҳои минималӣ ва максималии сатҳи пресепсин дар гурӯҳи 1-ум мутаносибан 56,1 ва 586 пг/мл, дар гурӯҳи дуюм ин нишондиҳандаҳо мутаносибан 153,7 ва 3253,4, дар гурӯҳи сеюм мутаносибан 591 и 1859,7 пг/мл –ро ташкил доданд.

Ҳамин гуна маълумотҳо барои прокалситонин низ ба даст оварда шуд. Сатҳи миёнаи (median) прокалситонин дар гурӯҳи беморони дорои ПП дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ низ назар ба гурӯҳҳои беморони дорои сепсиси абдоминалӣ (1,112 ва 7,2615 нг/мл) хеле паст буд. Фосилаи тағйирёбии сатҳи прокалситонин чунин натиҷаҳо ро нишон дод: дар гурӯҳи 1-уми беморон нишондиҳандаҳои максималӣ ва минималӣ мутаносибан 0,06 ва 4,3 нг/мл-ро ташкил доданд, дар гурӯҳи дуюм онҳо мутаносибан 1,0 ва 13,4, нг/мл, дар беморони гурӯҳи сеюм мутаносибан 9,3 ва 22,6 нг/мл буданд.

Ҳангоми таҳлил намудани сатҳи пресепсин муқаррар карда шуд, ки нишондиҳандаҳои максималии ПСП ҳангоми шоки септикӣ ба мушоҳида расид, дар ин маврид мавҷудияти эътимоднокии омории тафовути байни гурӯҳҳо дида нашуд.

Ҳамчунин мо аҳамияти тафриқӣ-ташхисии биомаркерҳои таҳқиқшударо, пеш аз ҳама ПСП ва ПКТ-ро дар марҳилаи ЗЭ ва СА дар рӯзи бистарӣ гаштани бемор анҷом додем. Озмоиш барои ПСП дорои хассосияти баланд (91,4%) ва махсусияти қобили қабул (77,3%) мебошад. Озмоиш барои ПКТ хассосият ва махсусияти паст, мутаносибан 88,4 ва 67,4%-ро нишон дод. Аҳамияти хассосият ва махсусияти ССР ва ИЛ-6 дар таҳқиқоти мо каме паст буд: мутаносибан 87,2% / 66,8% ва 85,4% / 64,9%.

Мавҷуд будани аҳамияти зиёди омӯрӣ байни гурӯҳҳо дар тафовутҳои нишондиҳандаҳои пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ ва интерлейнин-6 ҳангоми ПП, бо мақсади барвақт пешгӯӣ кардани оқибати беморӣ, аз ҷумла сепсиси абдоминалӣ, мувофиқи мақсад будани истифодаи онҳоро нишон медиҳад, ин барои сари вақт муайян кардани тактикаи тадбирҳои табобатӣ-профилактикӣ, табобати ҷарроҳӣ ва гузаронидани табобати интенсивӣ мусоидат мекунад.

Маркерҳои сепсис дар беморон ҳамчунин бо мақсади муайян намудани иттилоотнокии онҳо дар арзёбии нақши моноситҳо дар патогенези ПП, мавриди омӯзиш қарор гирифтанд. Арзёбии ретроспективии авҷгирии ПП дар 160 беморон гузаронида шуд.

Патогенези шоки септикӣ ҳангоми авҷгирии перитонити паҳнғашта ҷолиби ҷалб аст. Мо муайян намудем, ки сатҳи омили некрози омос (ОНО- $\alpha$ ) дар беморони марҳилаи шоки септикӣ ба таври эътимоднок назар ба беморони марҳилаи захролудшавии эндогенӣ ва сепсиси абдоминалӣ паст буд –  $24,5 \pm 13,3$  пг/мл, ва дар баробари ин ҳангоми пайдо шудани сепсиси абдоминалӣ сатҳи ОНО- $\alpha$  аз ҳамин гуна нишондиҳанда дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ баландтар буд –  $105,5 \pm 7,2$  ва  $853,3 \pm 208,4$  пг/мл мутаносибан. Нишондиҳандаи ОНО- $\alpha$  дар беморони фавтида дар таҳқиқоти

мо боз ҳам пасттар буд –  $4,8 \pm 0,9$  пг/мл (Чадвали 4), ин аз паст шудани қобилияти моноцитҳо чун кардани миқдори кофии ситокинҳои илтиҳобӣ дар ҷавоби агрессияи эндотоксинӣ, ҳангоми ПП дар марҳилаи шоки септикӣ, гувоҳӣ медиҳад. Дар беморони зиндамонда яқинан моноцитҳое, ки ОНО- $\alpha$  ( $58,0 \pm 13,7$  пг/мл) ҳосил мекунамд, нисбатан зиёданд.

**Чадвали 4. – Сатҳи ОНО $\alpha$  мувофиқи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта.**

Нишондиҳанда	ЗЭ (n=95)	СА (n=46)	ШС (n=19)		p
ОНО- $\alpha$ (пг/мл)	105,5 $\pm$ 7,2	853,3 $\pm$ 208,4 $p_1 = 0,000$	24,5 $\pm$ 6,8		P=0,000
			$p_1 = 0,000$ $p_2 = 0,000$		
			зиндамондаг он (n=7)	фавтидагон (n=12)	
			58,0 $\pm$ 13,7	4,8 $\pm$ 0,9	P <sub>3</sub> =0,000

*Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо;  $p_1$  – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи 1;  $p_2$  – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи 2;  $p_3$  – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни зиндамондагон ва фавтидагон.*

Регенератсияи фаъолтари эндотелий ва барқарор шудани вазифаи он дар беморони дорои СА ва беморони зиндамондаи марҳилаи ШС, назар ба беморони фавтида, бо фаъолнокии моноцитҳо шарҳ дода мешавад, зеро пас аз вохӯрӣ бо бактерияҳо моноцитҳои классикӣ ЛПС-ретсепторҳоро ба худ экспрессия мекунад, ба ҳуҷайраҳои CD14+, яъне ҳуҷайраҳои прогенитории эндотелиалӣ (ХПЭ) табдил меёбанд, ки онҳо метавонанд ба эндотелиоситҳо дифференсиатсия шаванд.

Нишондиҳандаҳои сатҳи пресепсин дар плазмаи хун ба афзоиш майл дошт, ки баробари авҷгирии сепсиси абдоминалӣ сурат мегирифт. Муайян намудани пресепсин барои муқаррар кардани далели мавҷудияти ҷараёнҳои регенераторӣ дар эндотелии осебдида аҳамияти хоса дорад, онро бо мақсади таъхиси ҷараёни ПП истифода бурдан мумкин аст.

Таҳқиқот нишон дод, ки авҷгирии шоки септикӣ дар беморони дорои беморҳои ҳамрав дар гурӯҳи беморони синну соли калон дар заминаи тағйиротҳои вазнини морфологӣ дар ковокии батн, эҳтимолан ба инкишофи иммунодепрессия алоқаманд аст, ки дар натиҷаи маҳв шудани вазифаи моноцитҳо ба амал меояд, ки сабаби кам шудани ҳосилшавии маҳсулоти ОНО- $\alpha$  ва суст шудани ҷараёни регенераторӣ дар эндотелии рағҳо мешавад. Чунин ҳолат дар натиҷаи ҳам кам шудани миқдори моноцитҳо бар асари апоптоз ва ҳам кам шудани экспрессияи CD14 ба моноцитҳо ба миён меояд. Ҳамин тариқ, маҳв шудани функцияи моноцитҳо яке аз механизмҳои асосии патогенетикии авҷгирии шоки септикӣ ва фавти беморон ҳангоми ПП мебошад.

Ба мақсади муайян намудани нишондодҳои объективӣ барои гузарондани санатсияи ковокии батн мо таърихи бемории 409 бемореро, ки аз боиси ПП и фасодӣ чарроҳӣ шудаанд, ба таври ретроспективӣ омӯхтем. Аз 409 бемор дар 67 ҳолат (16,4%) чараёни раванди патологӣ дар ковокии батн дар марҳилаи пасазчарроҳӣ динамикаи номусоид дошт ва ба авҷгирии перитонит ҳамроҳ буд. Дар 64 ҳолат (15,6%) ин иҷро намудани релапаротомияро (ҳам мувофиқи талабот ва ҳам барномавӣ) талаб кард. Аз ин шумора амалиётҳои фаврии такрорӣ дар 38 бемор (59,4%), релапаротомияҳои санатсионӣ барномавӣ дар 26 ҳолат (40,1%) гузаронда шуданд.

Барои кулай шудани маънидокунии натиҷаҳои бадастомада басомади инкишофёбии ПП дар се гурӯҳи беморон, бо фосилаҳои нишондиҳандаҳои ифодаёбии ҳамбастаи меъёрҳои чадвали «ШП», ки ба гурӯҳҳои то 12 ҳол, 12-22 ҳол ва беш аз 22 ҳол мувофиқанд, омӯхта шуд.

Дар гурӯҳи яқум хавфи авҷгирии перитонит минималӣ аст, ки асоснок будани тактикаи гузарондани муолиҷаи консервативиро муайян мекунад. Дар гурӯҳи дуюм хавф нисбатан баланд аст, ки гузарондани мониторинги ҳатмии васеи клиникӣ-озмоишии ҳолати беморонро, дар давраи наздиктарини пасазчарроҳӣ ва доир намудани релапаротомияро барои санатсияи ковокии батн ҳангоми ошкор кардани нишонаҳои чараёни авҷгирандаи микробӣ-илтиҳобӣ, талаб менамояд. Зимнан дар гурӯҳи Ш басомади авҷгирии перитонит ба мутлақ наздик аст, ки дар навбати худ, нишондод барои гузарондани тадбирҳои санатсионӣ дар давраи наздиктарини пасазчарроҳӣ дар ҳамаи ҳолатҳо мебошад.

Аз 67 бемор, дар 3 бемор ҷамъи ҳолҳо тибқи чадвали «ШП» ба гурӯҳи I, дар 31 мариз ба гурӯҳи II ва дар 33 бемор ба гурӯҳи Ш мувофиқат менамуд. Таҳлилҳо нишон доданд, ки аз 67 ҳолат танҳо дар 26 (38,8%)-тои он тактикаи иҷрои релапаротомияи барномавии поксозӣ ба қор бурда шудааст. Зимнан дар тамоми беморон шохиси перитонит ба гурӯҳи Ш хатар мувофиқ буд. Аз сабаби авҷгирии перитонит релапаротомияи фаврии талаботӣ дар мавриди 38 бемор (56,7%) ба амал оварда шуд.

Масъала ба миён меояд, ки кадоме аз беморони бо шакли вазнини ПП ки ба релапаротомия эҳтиёҷ доранд ба таври барномавӣ ба нақша гирифта шавад, ва кадоме аз онҳо таъчилан аз рӯи талабот такроран чарроҳӣ карда шаванд. Бо мақсади муносибсозии тактикаи чарроҳии беморони гирифтори ПП натиҷаҳои муолиҷаи 409 нафар беморони гирифтори ПП мавриди таҳлил қарор дода шуд, аз ҷумлаи онҳо 180 нафар гирифтори шаклҳои вазнин, ва аз онҳо 67 бемор ба релапаротомия эҳтиёҷ доштанд. Ҳамаи беморон ба таври таъҷилӣ мавриди лапароскопия ва лапаротомия, минбаъд «релапаротомияи талаботӣ» ё «релапаротомияи барномавӣ» бо поксозии марҳилавии ковокии шикам, қарор гирифтанд. Фавтидагон ҳамагӣ 35 нафар буданд ва он 52,2 %-ро аз шумораи умумии беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, ки тахти чарроҳии такрорӣ қарор гирифтанд, ташкил намуд. Беморон ба се гурӯҳ ҷудо шуда буданд: гурӯҳи 1-умро 3 нафар (4,5%) беморони гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ (3Э), гурӯҳи 2-ро 34 нафар (50,7%) беморони гирифтори

перитонити паҳнғашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ (СА) ташкил мекарданд. Ба гурӯҳи сеюм 30 нафар (44,8%) беморони гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ (ШС) дохил шуда буданд.

Дар гурӯҳи аввали беморон дар 2 ҳолат релапароскопияи талаботӣ, дар 1 нафар бемор релапаротомияи талаботӣ иҷро гардидааст. Сиҳатшавӣ  $6,3 \pm 0,3$  рӯзро ташкил додааст.

Дар гурӯҳи дуюм релапаротомияи талаботӣ дар 34 нафар беморон (дар 12 нафар беморон аз ҷумлаи онҳо ду маротиба поксозии шикам анҷом дода шуд), релапаротомияи барномавӣ дар 14 нафар (аз онҳо дар 5 нафар беморон – ду маротиба, дар 8 нафар беморон – се маротиба ва дар 1 нафар бемор – чор маротиба поксозии марҳилавии ковокии шикам) иҷро гардид.

Дарачаи ғавт 40%- ро дар гурӯҳи беморони таҳти релапаротомияи талаботӣ қароргирифта дар муқобили 64,3% дар гурӯҳе, ки релапаротомияи барномавӣ иҷро шуда буд ( $p < 0,05$ ), ташкил меод. Барои беморони гирифтори ПП дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ пайомади номусоид бештар дар бемороне ба назар расид, ки дар онҳо релапаротомияи барномавӣ иҷро гардида буд.

Дар гурӯҳи сеюм 30 нафар бемороне буданд, аз онҳо дар 18 нафар беморон релапаротомияи талаботӣ ва дар 12 нафар беморон релапаротомияи барномавӣ бо поксозии марҳилавии ковокии шикам.

Нишондиҳандаи ғавтият дар гурӯҳи беморони таҳти релапаротомияи талаботӣ қароргирифта 66,7% -ро ташкил кардааст дар муқобили 50% дар гурӯҳе, ки релапаротомияи барномавӣ иҷро шуда буд ( $p < 0,05$ ). Ҳамин тариқ, дар беморон дар марҳилаи шоки септикӣ, ки дар ковокии шикам аксар вақт чараёни фасодӣ, илтисокӣ, илтиҳобӣ-иртишоҳӣ бештар бо ташаккули абсаҳо ошкор мегардад, қорбурди тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозии марҳилавии ковокии шикам ҳамчун нишондод баромад мекунад.

Баъзан мавҷудияти перитонити идомаёбанда аз ҷиҳати клиникӣ метавонад шубҳаовар бошад, ки гоҳо ин нуқта ҳатто дар муассисаҳои махсусгардонидашуда низ имконпазир аст. Аз ин лиҳоз ташҳиси саривактии оризаҳои дохилибатнӣ ва перитонити авҷгиранда, зимни марҳилаи пасазчарроҳӣ, дар шароити муосир ба душворӣ иҷрошаванда мегардад, зеро мониторинги ҳаррӯзаи қиматҳои зиёди клиникӣ-озмоиширо пешбинӣ менамояд. Ҳамин тариқ, дар робита бо мавҷуд набудани меъёрҳои барвақтӣ ва объективи перитонити авҷгиранда, таҳияи санҷишҳои наву содаи ташҳисӣ ҳангоми перитонит дар муҳлатҳои бармаҳали инкишофи он, ки пешгӯи намудани чараёнҳои асосии патогенетикӣ ва ҳолати бемору динамикаи чараёнии илтиҳобии ковокии батнро инъикос кунад, муҳимият пайдо менамояд. Ба мақсади интиҳоби тактикаи муҳоҷабаи беморони мубтало ба ПП ба назар гирифтани марҳилаҳои ПП, аниқтараши марҳилаи СА ва ШС, зарур аст.

Барои сохтани алгоритми интиҳоби тактикаи оптималии муолиҷаи шаклҳо ва марҳилаҳои гуногуни ПП, мо таҳлили муқоисавии ҳолати аввала, бозёфти чарроҳӣ, чараёни пасазчарроҳиро дар мавриди 67 бемори гирифтори перитонити фасодноки этиологияи гуногун, ки дар фасли гузашта шарҳ ёфтааст, ба амал овардем. Дар мавриди 64 нафари онҳо ё релапаротомия

мувофиқи талабот ё релапаротомияи санатсионӣ ба амал оварда шуд. Дар мавриди 3 бемор чарроҳии такрорӣ лапароскопӣ амалӣ гардид.

Тибқи натиҷаҳои коркарди омории мавод дар муайян намудани нишондод ба чарроҳии такрорӣ, 5 нишона барои баровардани нишондод ба чарроҳии такрорӣ иттилооотноктарин астанд:

- 1) сабаби перитонит;
- 2) марҳилаи беморӣ;
- 3) хусусияти экссудати ковокии батн;
- 4) хусусияти қабатҳои фибрин дар болои сифокпарда;
- 5) фишори дохилибатнӣ.

Ҳамин тариқ, дар интиҳоб кардани варианти табобати чарроҳӣ маълумотҳои ҳангоми тафтиши ковокии батн ба даст овардашуда, аҳамияти калонтар доранд, нисбат ба нишондиҳандаҳои эндотоксемия ва динамикаи чараёни пасазчарроҳӣ (ҷадв. 5).

Ҳангоми аз  $10^6$  ВКТ/г баланд будани нишондиҳандаҳои олудагии умумии ковокии батн, ҳамчунин пайдо шудани перитониди анаэробии неклостридиалӣ, дар ягон ҳолат бо даҳолати якқарата, қатъ намудани чараёни илтиҳобӣ ро муяссар нагардид. Дар ҳамаи беморон миқдори поксозиҳо аз 1 то 8 маротибаро ташкил доданд. Вобаста ба ин, релапаротомияи барномавӣ (ё санатсияҳои лапароскопӣ) дар 3 ҳолате нишондод доштанд, ки онҳо ба миқдори зиёди шаклҳои вазнини илтиҳоби фасоднок, аз ҷумла пайдо шудани перитонити анаэробӣ оварда расонида буданд:

-Ба ковокии шикам зуд ворид гаштани миқдори зиёди муҳтавои қисмҳои дисталии рӯдаҳо;

-Мӯҳлатҳои зиёди сӯрохшавии кадоме аз қисмҳои роҳи ҳозима, ки дар ин ҳолатҳо парези (нимфалачи) рӯдаҳо ва олудагии барзиёди муҳтавои ковокии батн, ба амал меояд.

Эҳтимоли пайдоиши шакли анаэробии перитонит, дар чунин ҳолатҳо, аллақай дар давраи аз 6 то 12 соат, баланд буд. Бо афзоиши мӯҳлати беморӣ то 12 соат, дар гурӯҳи хатар бемороне низ дохил шуданд, ки дорои аппендисити деструктивӣ, осеби меъда ва қисмҳои ибтидоии рӯдаи борик буданд. Ҳамаи ин ҳолатҳо дар марҳилаҳои СА ва ШС ба мушоҳида мерасиданд. Дар ҳолати аз 6 то 12 соат давом кардани перитонит, алгоритм ба релапаротомия танҳо дар беморони дорои осебҳои чархакрӯда ишора мекунад. Дар вақти мӯҳлатҳои зиёди беморӣ ин нишондод дар ҳолатҳои сӯрохшавии чархакрӯда, садама бо осеби рӯдаи тухӣ ва ноустувор будани дарзҳои узвҳои ковок, ба назар мерасад.

Хусусият ва ҳаҷми экссудати ковокии батн, ки тактикаи минбаъдaro муайян месозад 3 намуд аст: фасодӣ, бо омехтаи муҳтавои рӯдаи тухӣ ва чархакрӯда, бўрранг ва бадбӯй (анаэробӣ). Ҳангоми мавҷуд будани тарашшӯхоти ба перитонити анаэробӣ хос, новобаста аз миқдор, ба бемор релапаротомияи барномавии санатсионӣ нишондод дорад. Ҳангоми тарашшӯхоти фасоднок ва омехтаҳои муҳтавои рӯдаи тухӣ, ки ҳаҷмаш аз 500 мл зиёд аст, алгоритм инчунин ба релапаротимия ишора мекунад.

**Ҷадвали 5. – Алгоритми интихоби тактикаи ҷарроҳӣ хангоми шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта**

Марҳилаи перитонити паҳнғашта	Мӯҳтавои ковокии шикам	Лапароскопия	Лапаротомия	Ҷарроҳии такрорӣ “талаботӣ” бо поксозиҳо и марҳилави и эҳтимоли	Релапаротомия барномавӣ (ё поксозиҳои лапароскопӣ)	Лапаростомия
Заҳролудшавии эндогенӣ	серозӣ	+	-	+	-	-
	геморрагӣ	+	-	+	-	-
	талхавӣ	+	-	+	-	-
	фасодӣ	+	-	+	-	-
	начосатӣ	+	-	+	-	-
сепсиси абдоминалӣ	фасодӣ	+	-	+	-	-
	начосатӣ	+	-	+	-	-
	ҷараёни фибринозӣ ю илтисокӣ		+	+	-	-
	думмалҳо	-	+	+	-	-
	омезишҳои эҳтимолии онҳо	-	+	+	-	-
шоки септикӣ	фасод, ҷараёни фибринозӣ ю илтисокӣ	-	+	-	+	-
	думмалҳо, ҷараёни фибринозӣ ю илтисокӣ	-	+	-	+	хангом и ФДШ дараҷаи 4-ум
	муҳтавои рӯдаи ғафс, ҷараёни фибринозӣ ю илтисокӣ	-	+	-	+	хангом и ФДШ дараҷаи 4-ум
	омезишҳои эҳтимолии онҳо	-	+	-	+	хангом и ФДШ дараҷаи 4-ум

Дар сурати кам будани миқдори экссудат – аз 200 то 500 мл зарурат барои реллапарротомия дар 4 аз 7 бемор пайдо шуд, яқоя шудани ин нишондиҳандаҳо бо дигар нишондиҳандаҳо, аз ҷумла сатҳи токсемия, аҳамияти ҳалқунанда дорад.

Поксозиҳои барномавии ковокии шикам дар давраи баъдазҷарроҳӣ аксаран тариқи ПВЛ амали мегардид. ПВЛ-и аввалини нақшавӣ баъд аз 12-24 соат аз лаҳзаи амалиёти аввалини ҷарроҳӣ иҷро карда мешуд. Иҷроиши ПВЛ дар муҳлатҳои дертар, хусусан баъд аз 48 соат ва зиёд баъд аз ҷарроҳии аввалин, метавонад аз сабаби ҷараёни иртишоҳӣ-илтисокии дар ковокии батн инкишоф меёфта, бениҳоят душвор бошад. Ин боиси душвориҳои зиёди техникаи усули иҷрошуда мегардад ва бо хатари баланди осебёбии узвҳои ковокии батн ҳамроҳ мешавад, ки имкониятҳои ПВЛ-ро ба таври назаррас маҳдуд менамояд. Аз ин рӯ, дар зарурати ҷорабинӣ дар муҳлати зиёда аз 24-48 соат, усули интиҳобӣ бояд реллапарротомияи санатсионӣ бошад.

Дар ҳамаи беморон ҳангоми гузарондани ПВЛ-и аввалин дар ковокии шикам ҷараёни илтисокӣ (аз ҳисоби фибрини таҳшиншуда) мушоҳида мешуд, дар баъзе ҳолатҳо он бо чамъшавӣ ва маҳдудшавии моеъи илтиҳобӣ дар байни ҳалқаҳои рӯда ва инчунин ҷудошавӣ аз ковокии озоди батн ва аз фаъолият мондани найчаҳои обияткаш ҳамроҳ мешуданд. Дар давоми сеанси ПВЛ муҳтавои перитонеалӣ аз қисматҳои аз часпишҳо озод бартараф карда мешуд, сипас ҷудокунии ҳалқаҳои часпидаи рӯдаҳо гузаронда мешуд. Бо дарёфт кардани чамъшавии иловагии моеъот ҳангоми ҷудо кардани лиҳомҳо, он бартараф карда мешуд. Баъд аз ҷудо кардани часпишҳо ва ҷаббидани муҳтаво шустани ковокии шикам бо 3-4 литр маҳлули 1,5% NaCl дар ҳарорати контрастӣ гузаронда мешуд. Истифодабарии ПВЛ дар маҷмӯи табобати беморон бо ПП, ба 3 баробар коҳиш ёфтани ғавтнокии баъдазҷарроҳӣ, хеле кӯтоҳ кардани муҳлати бистарӣ, коҳиши басомади инкишофи аворизи баъдазҷарроҳӣ ва раҳой аз зарурати иҷроиши амалиётҳои такрорӣ ҷарроҳӣ мусоидат намуд.

Натиҷаҳои ба даст овардашудаи табобати беморон бо перитонити паҳнғашта аз он шаҳодат медиҳанд, ки усули пешгирии инкишофи бармаҳали думмалҳо ва лиҳомҳои дохилибатнӣ тариқи найчагузори байни масориқаи рӯдаи борик самаранок, камосебовар, амалан боэътимод мебошад. Усули мазкур ва инчунин энтеросорбсияи найчавии бармаҳали баъдазҷарроҳӣ (бо истифода аз маҷлули энтеродез) бешубҳа имконияти беҳсозии ҷараёни барқарорсозии лаппиши рӯдахоро медиҳад, ва ба ин васила ба пастшавии басомади аворизи фасодӣ-илтиҳобии баъдазҷарроҳӣ дар беморон мубтало ба ПП мусоидат мекунад.

Тозасозии кофии ковокии батн яке аз лаҳзаҳои муҳими табобати ПП мебошад. Бо мақсади беҳтарсозии натиҷаҳои табобати беморон бо ПП тариқи истифодабарии усули коркарди ковокии сифоқ бо маҳлули сусти хипертоникӣ дар ҳароратҳои муқобил таҳлили натиҷаҳои муоина ва табобати 56 бемор бо ПП гузаронда шуд. 30 бемор, ки табобати анъанавӣ мегирифтанд, гурӯҳи 1-ро (муқоисавӣ) ташкил доданд. Амалиёти ҷарроҳӣ –

лапаротомия, бартараф кардани манбаи перитонит, обияткаш намудани назоинтестиналии рӯдаи борик, шустани ковокии батн бо маҳлули 0,02% фуразиллин то мусаффо шудани он, хушк ва обияткаш намудани ковокии сифокро дар бар мегирифт.

Ба гурӯҳи 2-м (асосӣ) 26 бемор дохил буданд, ки чунин низ табобат мегирифтанд, ба ғайр аз он, ки дар охири амалиёт ковокии батн аз 1-1,5 л маҳлули 1,5% NaCl-и гарм (+41-+42°C) пур карда мешуд ва давоми 1 дақиқа тамоми ковокии сифок шуста мешуд. Сипас моеъ бо чаббикунандаи барқӣ комилан бартараф карда мешуд ва аз 1-1,5 л маҳлули 1,5% NaCl-и сард (+10-+11°C) пур карда мешуд ва давоми 1 дақиқа инчунин ҳамаи чаъфҳо ва пастхамиҳо шуста мешуданд. Чунин чораи муқобил 4-5 маротиба такрор карда мешавад ва баъд аз он ковокии батн бо равиши маъмул хушк карда обияткаш карда мешуд.

То ҷарроҳӣ дар ҳар ду гурӯҳ ҳолати беморон бо миқёси SAPS, дараҷаи захролудшавии эндогенӣ ва индекси перитонити Мангейм (MPI) муайян карда шуданд. Самаранокии табобат дар марҳилаҳои авали баъдазҷарроҳӣ аз рӯи динамикаи эндотоксикоз рӯзҳои 1,2,3,4-ми баъд аз ҷарроҳӣ, кори тахлиякунандаи рӯда, чандомади оризаҳо ва фавт арзёбӣ карда мешавад. Дар заминаи табобати анъанавӣ дар беморон 2 шабонарӯзи аввал аз ковокии батн миқдори зиёди ихроҷот мушоҳида карда мешуд, аз ин рӯ найчаҳои обияткаш 3-4-м шабонарӯзи назорат бартараф карда шудаанд. Таассури ҳароратӣ муддати  $5,00 \pm 0,35$  шабонарӯз баъд аз ҷарроҳӣ ба назар мерасид. Кори рӯда (бо ангезиш) асосан рӯзҳои 3-4 баъд аз ҷарроҳӣ барқарор мешуд. Оризаҳои баъдазҷарроҳӣ дар 10 бемор (33,33%) ба қайд гирифта шуд: ҳематома ё чирксории захми баъдизҷарроҳӣ – 30%, ногузароии бармаҳали баъдазҷарроҳии лиҳомии рӯдаҳо – 1,33%. Рӯзи бистарии миёна дар гурӯҳи муқоисавӣ  $16,63 \pm 0,59$  ташкил дод. Ҳангоми коркарди анъанавии ковокии батн эндотоксикоз тӯли тамоми марҳилаи баъдазҷарроҳӣ боқӣ мемонд. Пастшавии намоёни маҳсулоти захрӣ дар плазмаи хун танҳо шабонарӯзи 4-м мушоҳида мешуд.

Баъд аз шустани ковокии батн бо усули муқобил ифоданокии захролудшавии эндогенӣ аллақай аз шабонарӯзи авали табобат майл ба пастшавӣ дошт. Миқдори аворизи баъдазҷарроҳӣ дар гурӯҳи муқоисавӣ нисбат ба асосӣ зиёдтар буд. Тадқиқотҳои гузарондашуда нишон медиҳанд, ки ҳангоми истифодабарии усули коркарди ковокии батн ба таври муқобил ҳангоми ҷарроҳии ПП назар ба коркарди анъанавӣ бо истифодабарии маҳлули фуразиллин сатҳи захролудшавии эндогении беморон зудтар коҳиш меёбад, кори ҳаракатӣ-тахлиягии рӯда барвақттар барқарор мешавад.

## ХУЛОСАҲО

1. Дараҷабандии марҳилаҳои клиникии таснифи пешниҳодшудаи перитонити паҳнғашта (захролудшавии эндогенӣ – сепсиси абдоминалӣ – шоки септикӣ) бо содагии худ фарқ карда имконият медиҳад, ки арзёбии объективии вазнинии ҳолати бемор дар лаҳзаи бистарӣ гузаронда шавад,



нақшаҳои беҳтарини табобати интенсивӣ ва ҷарроҳии ҷунин гурӯҳи вазнини беморон интихоб карда шавад [3-М, 4-М, 14-М, 29-М, 36-М, 41-М].

2. Ба гурӯҳҳои мухталифи хатар ҷудо намудани беморони гирифтори перитонити паҳнғашта аз он сабаб манфиатбахш аст, ки табобати беморон аз ҳисоби муолиҷаи муносиби интенсивӣ ва тактикаи мувофиқтарини ҷарроҳӣ беҳтар мегардад; оқибати беморӣ дар мавриди ин беморон бо эҳтимоли зиёд пешгӯӣ мешавад. Аз системаҳои мавҷудбудаи пешгӯикунанда арзёбии «шоҳиси перитонит» бештар афзалтар ва мақсадноктар аст, зеро ки аз системаҳои пешгӯикунанда ягон камӣ надорад, ва дар ҳолатҳои алоҳида бошад, ҳатто аз онҳо бо сабаби содагии истифода авлотар аст, ва мақоми бемори мубтало ба дараҷаи мухталифи зухурёбии вазнинии беморҳои ҳамроҳро муфассалтар боз мекунад ва марҳилаи патоморфологии манзараи ковокии батнро ба назар мегирад [3-М, 27-М, 30-М, 32-М, 34-М, 37-М].

3. Барои гузоштани ташхис аз рӯи марҳилаҳои ҷараён, яъне верификатсия кардани он мувофиқи вазнинии равиш, бо мақсади барвақт пешгӯӣ кардани оқибати беморӣ, аз ҷумла сепсиси абдоминалӣ, истифодабарии молекулаҳои массаи миёна ва панели маркерҳои биологӣ (пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ, интерлейкин-6) мувофиқи мақсад мебошад, барои сари вақт муайян кардани тактикаи тадбирҳои табобатӣ-профилактикӣ, табобати ҷарроҳӣ ва гузаронидани табобати интенсивӣ мусоидат мекунад. Арзёбии хусусиятҳои ташхискунӣ в пешгӯикунӣ панели биомаркерҳои номбаршуда дар беморони дорои сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ, аҳамияти бузург дорад [3-М, 7-М, 19-М, 40-М].

4. Моноситҳо ба сифати ҳуҷайраҳои прогенитории эндотелиявӣ ба регенератсия ва барқароршавии функсияи эндотелий баъд аз дисфунксияи он, ки ҳангоми перитонити паҳнғашта ва сепсиси абдоминалӣ инкишоф меёбад, мусоидат менамояд. Дар натиҷаи инкишофи иммунодепрессия ва маҳв шудани вазифаи моноцитҳо дар марҳилаи шоки септикӣ, ҷараёни таҷдиди эндотелиоситҳо суст мешавад, тарашшуҳи ситокинҳои илтиҳобӣ, аз ҷумла ОНО- $\alpha$  кам мегардад, ки омилҳои афзудани ғавтият ҳангоми шоки септикӣ мегардад [4-М, 8-М, 16-М].

5. Алгоритми тадбирҳои ташхиси-табобатӣ дар шабонарӯзи аввали марҳилаи пасазҷарроҳӣ ба таври эътимоднок имконияти пешгӯӣ кардани авҷгирии ҷараёни микробӣ-илтиҳобии ковокии батнро медиҳад. Ҳангоми қиматҳои минималии ҷадвали хатари авҷгирии перитонит (ХАП) (то 6 ҳол) ҳаҷми тадбирҳои муолиҷавӣ бо иҷрои муолиҷаи маҷмӯии ғайриҷарроҳӣ маҳдуд карда мешавад. Чун дар мавриди беморони гурӯҳи тибқи ҷадвали ХАП 7-12 ҳол, перитонити авҷгиранда тақрибан дар нисфи ҳолатҳо инкишоф меёбад, пас аллакай дар шабонарӯзи аввали марҳилаи пасазҷарроҳӣ барои арзёбии босирии тағйиротҳои патологияи ковокии батн иҷрои муоинаи лапараскопӣ зарур ба ҳисоб меравад. Мавҷудияти нишонаҳои босирии перитонити идомаёбанда барои ба амал овардани поксозии ковокии шикам

(релапаротомияи санатсионӣ, видеолапароскопия) нишондод махсуб меёбад. Дар ҳолати мавҷуд набудани нишонаҳои перитонити авҷгиранда идома додани муолиҷаи ғайриҷарроҳии амалишудаистода ва мониторинги клиникӣ-озмоишӣ мувофиқи мақсад мебошад [1-М, 2-М, 11-М, 25-М, 27-М, 33-М, 37-М, 38-М, 39-М].

6. Маълумот дар бораи ҳолати дохилиамалиётҳои ковокии батн ҳангоми ҷарроҳии якум (лапаротомия), параметрҳои клиникӣ давраи бармаҳали пасазҷарроҳӣ ва нишондиҳандаҳои озмоишӣ ҷавоби илтиҳоб барои муайян намудани нишондод барои релапаротомияи санатсионӣ ба эътибор гирифта мешавад. Дар ҳамаи беморони гирифтори перитонити пасазҷарроҳӣ гузаронидани мониторинги фишори дохилибатнӣ зарур аст, ин имконият медиҳад ки усули муносиби маҳкам кардани захми лапаротомӣ, усулҳои ҷарроҳӣ ва доруҳои ислоҳи гипертензияи дохилибатнӣ, вобаста ба вазъият мавриди истифода қарор дода шаванд [9-М, 10-М, 12-М, 13-М, 15-М, 17-М, 39-М].

7. Усули пешгирии инкишофи бармаҳали думмалҳо ва лиҳомҳои дохилибатнӣ тариқи найчагузори байни масорикаи рӯдаи борик самаранок, камосебовар, амалан боэътимод мебошад. Усули мазкур ва инчунин найчагузори ретроградӣ рӯдаи борик ва ғафс, энтеросорбсияи найчагии бармаҳали баъдазҷарроҳӣ бешубҳа имконияти беҳсозии ҷараёни барқарорсозии лаппиши рӯдахоро медиҳад, ва ба ин васила ба пастшавии басомади аворизи фасодӣ-илтиҳобии баъдазҷарроҳӣ дар беморон мубтало ба перитонити паҳнғашта мусоидат мекунад. Технологияи коркардшудаи табобати перитонити паҳнғашта бо роҳи шустани ковокии батн бо маҳлули сусти хипертоникӣ бо истифода аз ҳароратҳои муқобил таҷҳизоти махсусро наметалабад, ба инкишофи оризаҳои хос оварда намерасонад, аз ҷиҳати патогенетики асоснок шудааст ва дар шароити шӯъбаи ҷарроҳии беморхонаҳо ба қор бурдан мумкин аст. [6-М, 21-М, 22-М, 23-М, 24-М, 28-М].

8. Гузарондани поксозӣҳои видеолапароскопӣ (ПВЛ) бо истифода аз алгоритми маҷмӯи ташхисӣ-табобатӣ коркардшуда, имкон медиҳад, ки 3 баробар фоизи аворизи баъдазҷарроҳӣ коҳиш дода шавад (24,6% / 73,5%), сатҳи умумии фавтҳои беморон мубталои перитонити паҳнғашта 3 баробар паст карда шавад (8,2% / 24,5%), муддати бистарӣ ба ҳисоби миёна 3 рӯз кам карда шавад. Истифодабарии ПВЛ дар маҷмӯи табобати перитонити паҳнғашта дар аксарияти беморон имкон медиҳад, ки зарурати гузаронидани амалиётҳои тақрорӣ фаврии ҷарроҳӣ пешгирӣ карда шаванд [11-М, 18-М, 25-М, 35-М].

## **ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

1. Ба мақсади ба таври объективӣ арзёбӣ кардани вазнинии ҳолати бемор дар лаҳзаи бистарӣ ва интиҳоб кардани нақшаи оптималии табобати ҷарроҳӣ ва муолиҷаи интенсивии ин категорияи беморони вазнин, истифодабарии таснифи пешниҳодшудаи марҳилаҳои клиникӣ ПП муфид ва самарабахш

аст. Дарачабандии инкишофи ПП аз марҳилаи захролудшавии эндогенӣ то сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ барои сабук кардани интихоби тактикаи оптималии табобати ПП мусоидат менамояд.

2. Барои мустакил кардани арзёбии (бештар инфиродии) ҳолати беморон бо ПП, муайянкунии муддат ва шиддатнокии андешидани тадбирҳои таъхир-таъхирӣ, ва инчунин бо мақсади пешгӯии оқибати фавт, ҷадвалҳои интегралӣ (MPI, SAPS, SOFA, меъёрҳои СТИС ва сепсис) ба кор бурдан зарур аст. Табақабандии беморон бояд шабонарӯзи аввал гузаронда шавад.

3. Барои интихоби асосноки тактикаи табобатӣ ва муайянкунии зарурати гузарондани поксозии такрорӣ ковокии батн дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ, истифодабарии ҷадвалҳои коркардшудаи арзёбии интегралӣ объективӣ авҷгирии перитонит дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ ва меъёрҳои вазнинии ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии батн мувофиқи мақсад аст. Дар беморони мубталои ПП, ба мақсади беҳтар гардондани муолиҷаи беморон аз ҳисоби муолиҷаи дахлдори интенсифӣ ва тактикаи мувофиқтарини ҷарроҳӣ, истифодабарии системаи нави коркардшудаи «шоҳиси перитонит» манфиатбахш аст.

4. Ба мақсади пешгӯии бозғамӣ, таъхиркунии саривақти инкишофи марҳилаи навбатии ПП ва тибқи ин гузарондани табобати пешгирикунандаи мақсаднок, истифодабарии маълумот дар бораи сатҳи панели биомаркерҳо (пресепсин, прокалцитонин, сафедаи С-реактивӣ, интерлейкин-6) дар ҳуни беморон мувофиқи мақсад аст.

5. Дар ҳолати ғайриимкон будани амалӣ кардани поксозии мукаммали якҷаҳзавӣ ковокии батн ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ аввалини шаклҳои вазнинии ПП, истифодабарии тафтишот ва поксозии барномавии такрорӣ ковокии батн бо тафриқасозии тактикаи ҷарроҳӣ дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ дар асоси ҷадвалҳои коркардшудаи интегралӣ арзёбии вазнинӣ ва ҳатари авҷгирии перитонит, зарур аст.

6. Барои амалӣ гардондани поксозии барномавии ковокии батни беморон бо перитонити авҷгиранда истифодабарии поксозии видеолапароскопии (ПВЛ) ковокии пушидаи шикам дар муҳлатҳои бармаҳали давраи баъдазҷарроҳӣ мувофиқи мақсад аст, ин дар аксари ҳолатҳо имконияти раҳо ёфтани аз зарурати релапаротомияҳои осебовар ва беҳсозии натиҷаҳои табобатро медиҳад. Бевосита пеш аз гузарондани тадбирҳои санатсионӣ аз экссудати перитонеали як миқдори муайян гирифта таҳлили бактериологӣ иҷро карда арзёбии босирии динамикаи ҷараёни илтиҳобии ковокии батнро гузарондан лозим аст. Ҳангоми манзараи номусоиди ҷараёни марҳилаи баъдазҷарроҳӣ, мувофиқи ҷадвали босирӣ-микроскопии арзёбии вазнинии перитонит, на дертар аз 1 шабонарӯз пас аз амалиёт, барои гузарондани ПВЛ-и такрорӣ зарурат ба вуҷуд меояд. Поксозии барномавӣ ҳангоми ба даст омадани меъёрҳои мусоиди босирӣ ва бактериологии ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии батн, қатъ карда мешаванд.

7. Ҳангоми релапаротомияҳои барномавӣ, дар ҳолати мавҷудияти дамиши рӯдаҳо, варами виссералӣ, ё фишорбаландии дохилишикамии

дараҷаи 3-юм (аз 21 то 25 мм. сут симоб) баҳамоварии канораҳои захм душвор мегардад, дар ҳолати набудани тағйироти намоёни фасодию илтиҳобии канораҳои захм ба ҳам овардани канораҳои захм тавассути сихҳо, ки ба таври мувозӣ ба канораҳои захм кашида мешаванд, ва бо ёрии ресмони капрони мустаҳкам ба ҳам наздик карда мешаванд, айна муддао аст.

8. Дар ҳолати хатари ба берун афтидани ҳалқаҳои рӯдаи борик, ба мақсади чудосозии ҳалқаҳои рӯда аз муҳити берун ва канорҳои захми ҷарроҳӣ, ва инчунин барои ба вучуд овардани шароити ихроҷкунии моеъи фасодӣ, дар баробари наздиккунии канорҳои захм бо истифода аз сихҳо, истифодабарии плёнкаи сӯроҳкардашудаи полиэтиленӣ муфид аст. Плёнка болои ҳалқаҳои рӯдаҳо озод ҷойгир мешаванд, аз канораҳои захми девори пеши шикам хӯб чудо мекунанд, барои гузарондани поксозиҳои барномавӣ ба осонӣ баргараф карда мешаванд.

9. Дар ҳолати тағйиротҳои некротикии канораҳои захми ҷарроҳӣ, нуқсонҳои калони девораи пеши шиками тағйиротҳои илтиҳобию некротидошта дар давраи авҷгирӣ, лапаростома бо роҳи дӯхтани тури биологии илтисокнашаванда дар канораҳои захм мувофиқи мақсад аст, зеро ки ковокии шикам як дараҷа пушонидани мешавад.

10. Дар маҷмӯи табобати барои коҳиш додани синдроми норасоии энтералӣ равона кардашуда, дар давраи дохилиамалиётӣ барномаи табобатӣ, усули энтеросорбсия бо энтеродез бояд истифода бурд. Ин усули самарабахши барқарорсозии вазифаҳои асосии (ҳаракатӣ, ҷаббишӣ) рӯдаи борик, баргараф кардани олудагии сироятии дохилиравзанавӣ ва қатъ гардондани зухуроти захролудшавии энтерогеи аст.

11. Дар маҷмӯи табобати, ки нисбати беморон бо III гузаронда мешавад, иҷроиши дохилиамалиётӣ поксозии ковокии батн бо маҳлули сусти хипертоникӣ бо истифода аз ҳароратҳои муқобил мувофиқи мақсад аст ва самаранокии клиникии табобатро ва нишондодҳои иқтисодиро афзоиш медиҳад.

## **ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ ДОКТОРИ ИЛМ**

### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

[1-М] Сараев А.Р. Современные аспекты диагностики и лечения перитонитов. [Текст] / А.Р. Сараев, К.М.Курбонов, Ф.И. Махмадов // Известия Академии наук РТ, отделение биологических и медицинских наук. - 2010. - №2 (171) - С.83-87

[2-М] Сараев А.Р. Прогнозирование исхода и выбор лечебной тактики при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, К.М. Курбонов, Ш.К. Полвонов, Д.С. Халимов. // Вестник Авиценны. 2015 - №3 - с.112-116 .

[3-М] Сараев А.Р. Усовершенствование классификации перитонитов. [Текст] / А.Р. Сараев // Вестник Авиценны. 2018. - №4 - с.442-447. Doi:10.25005/2074-0581-2018-20-4-442-447

- [4-М] Сараев А.Р. Патогенез и классификация распространенного перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров // Хирургия. Журнал им. Пирогова Н.И. 2019. - №12 - с.106-110. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2019121106>
- [5-М] Сараев А.Р. Хирургическая тактика при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров, Дж.С. Халимов. // Здоровоохранение Таджикистана. 2019. - №4 – с.
- [6-М] Сараев А.Р. Поксозии контрастии ковокии шикам ва энтеросорбсия хангоми табобати перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров, Ҷ.С. Ҳалимов // Авчи Зухал. - 2020. - №1 с.11-16.
- [7-М] Сараев А.Р. Биомаркеры воспаления и сепсиса в диагностике стадий распространенного перитонита [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде, Сабурова А.М. // Вестник Авиценны. - 2020. - №22(2) - с.280-285. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-2-280-285>.
- [8-М] Сараев А.Р. Роль моноцитов в патогенезе распространённого перитонита [Текст] \ А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде. \ Вестник Авиценны. – 2020. - № 22(3). С. 453-458. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-3-455-460>.
- [9-М] Сараев А.Р. Тактика лечения тяжёлых форм распространённого перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде. // Здоровоохранение Таджикистана. – 2020. - №3 – с.51-57.
- [10-М] Сараев А.Р. Алгоритми тактикаи табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров, Ҷ.С. Ҳалимов. // Авчи Зухал. – 2020. - №2 с. 14-21.
- [11-М] Сараев А.Р. Поксозии видеолапароскопии ковокии шиками беморон бо перитонити паҳнғашта дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Б.Дж. Султонов. // Авчи Зухал. – 2020. - №4 – с.79-85.
- [12-М] Сараев А.Р. Алгоритми пешгуи оқибати табобати перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев // Илм ва фановари. – 2021 - №3 – с.85-90.
- [13-М] Сараев А.Р. Арзёбии вазнинии ҳолати беморон бо перитонити паҳнғашта дар асоси таснифи нав [Матн] / А.Р. Сараев // Здоровоохранение Таджикистана. – 2021 - №4 – с.88-93. DOI:10.52888/0514-2515-2021-351-4-88-93
- [14-М] Сараев А.Р. Самаранокии поксозии видеолапароскопии ковокии шиками хангоми перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.Қ.Назаров, Қ.Р.Холов // Симурғ.- 2021 - №10(2) – с.48-53.
- [15-М] Сараев А.Р. Патогенези перитонити паҳнғашта ва сепсиси абдоминалӣ [Матн] / А.Р. Сараев //Авчи Зухал.- 2021 - №2 – с.131-136.
- [16-М] Сараев А.Р. Муайян кардани нишондод баъди поксозии лапароскопии барномавӣ хангоми перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев//Авчи Зухал.- 2021 - №4 – с.116-119.
- [17-М]Сараев А.Р. Нақши биомаркерҳо дар ташхискуни ва пешгуи авҷирии сепсиси абдоминалӣ хангоми перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев // Симурғ -2021 – 13(1) – с. 14-22.

[18-М] Сараев А.Р. Таърих ва вазъи кунунии масъалаи истифодабарии лапароскопия ҳангоми перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев// Симура - 2021 - №11(3) – с.122-128.

[19-М] Сараев А.Р. Лапароскопические санации брюшной полости в послеоперационном ведении больных с распространенным перитонитом [Текст] / А.Р. Сараев // Скорая медицинская помощь. - 2022 - №1.Т.23 – С.45-49 DOI:10.24884/2072-6716-2021-23-1-45-49

[20-М] Сараев А.Р. Арзёбии вазинии ҳолат дар пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев // Вестник последипломного обр. в сф. здрав. – 2022 - №1 – с.69-74.

#### **Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо**

[21-М] Сараев А.Р. Прогнозирование, профилактика и лечение инфекционных осложнений у больных с распространенным перитонитом. [Текст] / А.Р. Сараев, М.Х. Хайруллоев, С.Т. Назипов, Ф.И. Махмадов // Материалы III городской НПК «Актуальные вопросы неотложной хирургии». Душанбе - 2012 - с. 35-39.

[22-М] Сараев А.Р. Современные возможности диагностики и лечения послеоперационных внутрибрюшных осложнений. [Текст] / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, А.Р. Сараев // Материалы III городской НПК «Актуальные вопросы неотложной хирургии». Душанбе - 2012 - с. 29-32.

[23-М] Сараев А.Р. Диагностика и лечение послеоперационного перитонита. [Текст] / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, Г.Т. Камилов, А.Р. Сараев, М.Х. Хайруллоев. // Материалы III городской НПК «Актуальные вопросы неотложной хирургии». Душанбе - 2012 - с. 181-182.

[24-М] Сараев А.Р. Ба таври муқобил шустани ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғашта. [Матн] / А.Р. Сараев, К.М. Курбонов // Авҷи зухал. - 2014 - №1 - с. 6-11

[25-М] Сараев А.Р. Метод программных санаций в лечении распространенного перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, К.М. Курбонов // Материалы международной НПК «Хирургическая обработка ран и гнойно-некротических очагову детей и взрослых». - Москва - 2014 - с.137-138.

[26-М] Сараев А.Р. Микробный пейзаж распространенного перитонита в стадии абдоминального сепсиса. [Текст] / А.Р. Сараев, К.М. Курбонов // Материалы годичной НПК ТГМУ посвящ. 75-летию ТГМУ. - Душанбе, - 2014г. - С.76-79.

[27-М] Сараев А.Р. Выбор тактики лечения при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, К.М.Курбонов // Сборник научных трудов кафедры хирургических болезней №1 Душанбе-2014 - С.58-60.

[28-М] Сараев А.Р. Контрастное промывание брюшной полости в комплексном лечении распространенного перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, А.Р.Сараев, К.М.Курбонов // Материалы 63 годичной НПК ТГМУ, Душанбе, - 2015г. - с.486-488.

- [29-М] Saraev A.R. Etiology and prognostic factors of unfavorable outcome of treatment among patients with generalized peritonitis. [Text] / A.R.Saraev // Материалы 63 годичной НПК ТГМУ, Душанбе - 2015г. - С. 637-639.
- [30-М] Сараев А.Р. Этиология и прогностические факторы неблагоприятного исхода лечения больных с распространенным перитонитом [Текст] / А.Р. Сараев, М.М.Мавчудов, Ш.С.Сайдалиев. // Чаррохии бетахъир (Неотложная хирургия). - 2016. - №1 С. 56-60.
- [31-М] Сараев А.Р. Структура и антибиотикорезистентность микроорганизмов при распространенном перитоните в стадии абдоминального сепсиса. [Текст] / А.Р. Сараев, К.Н.Дабуров, М.Х.Хайруллоев // Чаррохии бетахъир (Неотложная хирургия).- 2016 - №1 - С.50-55.
- [32-М] Сараев А.Р. Факторы прогнозирования исходов лечения распространенного перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, Х.Ш.Назаров // Годичная международная НПК ТГМУ. – 2017.- С.346-409.
- [33-М] Сараев А.Р. Возможности видеолапароскопии в программных санациях брюшной полости. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Б.А. Икромов, С.Г. Али-Заде.// Материалы 66 НПК ТГМУ 2018г. - С. 226-227.
- [34-М] Сараев А.Р. Сравнительная оценка прогнозирования исхода у больных с распространенным перитонитом [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К.Назаров, Х.Ш.Назаров. // Проблемы гастроэнтерологии - 2018. - № 2(67) - С.40-44.
- [35-М] Сараев А.Р. Видеолапароскопические программные санации при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Г.Т. Камиллов, Х.Ш. Назаров. // Вестник МК Истиклол 2018г. - №3 - с.50-54.
- [36-М] Сараев А.Р. Классификация и тактика лечения распространенного перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров.// Вестник МК Истиклол 2018г. - №4 – с. 45-51.
- [37-М] Сараев А.Р. Методы прогнозирования исхода при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-заде. // Материалы 67 НПК ТГМУ 2019. - том 1 - с.385-387.
- [38-М] Сараев А.Р. Структура микробного пейзажа распространённого перитонита при программных санациях брюшной полости. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Н.К. Дабуров.// Симург 2020. - №5(1) - с.52-55
- [39-М] Сараев А.Р. Определение показаний к релапаротомии при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде // Материалы 68 НПК ТГМУ 2020г. - том 2 - с.290-292.
- [40-М] Сараев А.Р. Молекулаҳои массаи миёна ҳамчун меъёри вазнинии чараён ва пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта. [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде // Материалы 68 НПК ТГМУ 2020г. - том 2 - с. 292-294.
- [41-М] Сараев А.Р. Усовершенствованная классификация стадий распространенного перитонита [Текст] / А.Р. Сараев // Сборник статей и

тезисов международной НПК (Самарканд). Проблемы биологии и медицины.- 2021.- №6.1 (133) – с 353-358.

### **Монография**

1. Перитонити паҳнғашта (пешгӯии оқибат ва интиҳоби тактикаи табобат). [Матн] / А.Р. Сараев // Матбуоти вазорати маориф ва илми ҚТ, 2022. – 184с.

### **Патент барои ихтироъ**

1. Сараев А.Р. Тарзи коркарди ковокии шикам ҳангоми ҷарроҳии перитонити паҳнғашта (Способ интраоперационной обработки брюшной полости при распространенном перитоните). [Матн] / К.М.Курбонов, П.К.Холматов // № ТЈ610. - Душанбе, - 14.04.2014.

2. Сараев А.Р. Тарзи найчагузории рӯда ҳангоми перитонити паҳнғашта (Способ интубации кишечника при распространенном перитоните). [Матн] / Ш.Қ.Назаров // № ТЈ1316- Душанбе - 18.11.2022.

### **Гувоҳномаҳои пешниҳодҳои беҳсозон**

1. Сараев А.Р. Усули пешгирии баъдазҷарроҳии часпишҳо ва абссесҳои дохилишикамӣ (Способ профилактики послеоперационных внутрибрюшных абсцессов и спаек) [Матн] / Сараев А.Р., Курбонов К.М., Полвонов Ш.К. // №3382/R597 аз 25.02.2014.– содиршуда МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

2. Сараев А.Р. Усули пешгирии пайдоиши парези баъдичарроҳии рӯдаҳо дар шароити перитонит (Способ профилактики развития послеоперационного пареза кишечника в условиях перитонита) [Матн] / Сараев А.Р., Назаров Х.Ш., Ҳалимов Ҷ.С // №3583/R635 аз 13.02.2018.– содиршуда МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».



## РҶҲАТИ ИҲТИСОРАҶО

ВКТ – воҳиди колонияташқилдиханда  
ЗЭ – захролудшавии эндогенӣ  
ИЛ – интерлейкин  
ОНО – омили некрози омос  
ПВЛ – поксозии видеолапароскопӣ  
ПКТ – прокалситонин  
ПП – перитонити паҳнғашта  
ПСП – пресепсин  
ПФП – перитонити фасодноки паҳнғашта  
СА – сепсиси абдоминалӣ  
СБД – сабти барқии дил  
СКД – суръати кашишхурии дил  
ССР – сафедаи С-реактивӣ  
СТИС – синдроми таассури илтиҳобии системавӣ  
СҲН – суръати ҳаракатҳои нафас  
ТУС – таҳқиқоти ултрасадоӣ  
ФГДС - фиброгастроуденоскопия  
ФДБ – фишори дохилибатнӣ  
ҲПЭ – ҳучайраҳои прогенитории эндотелиалӣ  
ХАП – хатари авҷгирии перитонит  
ШП – шохиси перитонит  
ШРТИ – шӯъбаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ  
ШС – шоки септикӣ

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

*УДК 616.381-002 616-036.8*

**САРАЕВ  
АЛИШЕР РАХМАТУЛЛОЕВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА И ВЫБОРА  
ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА**

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук  
14.01.17 – Хирургия

Душанбе 2023

Научная работа выполнена на базе кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» – ГУ «Центр скорой медицинской помощи» г.Душанбе

<b>Научный консультант:</b>	<b>Назаров Шохин Кувватович</b> – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Сафарзода Абдулло Мумин</b> – доктор медицинских наук, директор ГУ «Городской медицинский центр №1 имени Карима Ахмедова» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан <b>Кодиров Фарход Давронжонович</b> – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ГУ «Институт гастроэнтерологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан <b>Назарзода Файзали Насрулло</b> – доктор медицинских наук, директор ГУ «Комплекс здоровья дружбы Таджикистана и Узбекистана» в районе Кубодиён.
<b>Оппонирующая организация:</b>	Государственное образовательное учреждение «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023г. в \_\_\_\_\_ на заседании диссертационного совета бД. КОА – 040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» 734026, Республика Таджикистан, г.Душанбе, ул. Сино, 29-31.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj). ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук**

**Шарипов А.М.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Основной причиной высокой летальности при распространенном перитоните (РП) является отсутствие прогресса в его лечении, что требует оптимизации выбора тактики лечения данной патологии, применения новых хирургических приёмов и интенсивной терапии. Ввиду стремительного прогрессирования патологии, неполных диагностических процедур, неадекватной тактики лечения и хирургических мер при распространенном гнойном перитоните (РГП) возникают определенные трудности, приводящие к повышению доли неблагоприятных исходов, длительной нетрудоспособности, значительным экономическим издержкам [Купченко А.М., 2017; Лифшиц Ю. З. и соавт., 2014]. Прогрессирование абдоминального сепсиса и септического шока у больных с РГП приводит к повышению смертности до 60-80% [Савельев В.С. и соавт., 2013; Трофимович Ю.Г. и соавт., 2013; Coccolini F. et. al., 2015]. Неблагоприятный исход коррелирует с тяжестью прогрессирования перитонита и это сказывается на скорости развития патологии и выраженности полиорганной дисфункции, в частности дисфункции систем жизнеобеспечения [Ларичев А.Б. и соавт., 2015; Чанчиев З.М., 2015; Iskander K.N. et. al., 2013]. Течение заболевания преимущественно определяет клиническую тяжесть абдоминального сепсиса и септического шока [Coccolini F. et. al., 2015; Гельфанд Б.Р. и соавт., 2017; Козлов И.А. и соавт., 2018].

Сложность этиопатогенетических моментов перитонита, полиморфность в клинических проявлениях, задействие в патологический процесс большинства органов и систем обуславливают трудности в выявлении главенствующих звеньев патогенеза, а значит и в выборе оптимальной тактики лечения. [Глухов А.А. и соавт., 2011; Сараев А.Р. и соавт., 2019]. Этим обусловлено частое принятие несвоевременных и неоптимальных лечебных мер, прежде всего в санационных мероприятиях, детоксикации, борьбе с метаболическими нарушениями и полиорганной дисфункцией, и как результат повышение частоты неблагоприятных исходов при РП. При этом, сложность понимания механизма прогрессирования патологии при РП связана с отсутствием в его классификации чёткого разделения стадий РП в соответствии с прогрессированием абдоминального сепсиса, а также неясности многих сторон патогенеза в развитии септического шока на фоне большинства патологических процессов, в частности эндотелиальной дисфункции [Кузнецов Н.А. и соавт., 2017; Муминов С. и соавт., 2015; Norigo E. et. al 2014].

Основу подходов в хирургии РП в настоящее время составляют: экстренное хирургическое вмешательство, ликвидация источника перитонита, оптимальное промывание и адекватное дренирование брюшной полости. Однако применение на практике традиционных принципов хирургии в лечении РП не улучшает результаты лечения. В большинстве случаев в послеоперационном периоде отмечается прогрессирование перитонита,

углубление эндотоксикоза с декомпенсацией функций органов и систем [Ларичев А.Б. и соавт., 2015; Ragetly G.R. et. al., 2011].

Применение в практике хирургов новых методов плановой санации брюшной полости и лапаростомии способствовали снижению уровня смертности при тяжёлых формах РП, что с одобрением было принято хирургами [Bader F. G. et. al. 2009; Арсентьев О. В. и соавт., 2012]. Однако как хирургическая агрессия, лапаростомия должна быть оговорена своими показаниями, ограничениями, особенностями выполнения. Лапаростомия не должна уподобляться методикам с комплексом стандартных мер, необходим индивидуальный подход, поскольку она востребована лишь при махровом распространенном перитоните [Багдасаров В. В. и соавт., 2010; Цхай В. Ф. и соавт., 2011; Demetriades D. et. al., 2013; Sartelli M. et. al., 2013]. Важными дополнительными мерами хирургического вмешательства к борьбе с внутрибрюшной инфекции при далекозашедшем распространенном перитоните являются интубация кишечника и энтеральный лаваж. При этом многообразие способов свидетельствует об отсутствии единого подхода к их использованию [Агаев Э.К., 2012; Малков И.С. и соавт., 2017]. Для РП характерно появление большого количества послеоперационных осложнений, усугубляющих и без того тяжелое течение заболевания и повышающих риск неблагоприятного исхода [Гольбрайх В.А. и соавт., 2015; Костырной А.В. и соавт., 2015; Черданцев Д.В. и соавт., 2013]. При этом наиболее часто встречающимся и опасным для жизни больного осложнением является прогрессирующий (персистирующий) перитонит. Весомый вклад в деле облегчения выбора адекватной тактики лечения РП, способствующей предупреждению или сглаживанию осложнений, может внести достоверная оценка состояния больных с РП и эффективное в соответствие с этим прогнозирование исхода его течения.

**Степень научной разработанности изучаемой проблемы.** Стремление к своевременному выявлению интраабдоминальной инфекции, гнойных очагов порой сталкивается со значительными трудностями из-за разнообразия клиничко-лабораторных признаков, характерных для перитонита [Пензина А.О. и соавт., 2012; Курбонов К.М. и соавт., 2012]. Выявление запущенных форм РП ещё на ранних стадиях развития осложнений способствует предотвращению ухудшения состояния больных, нередко предотвращают неблагоприятный исход. Этим объясняется принципиальная значимость прогнозирования исхода РП, разработки и применения в хирургической практике способов прогнозирования исхода лечения. Раннее выявление определяющих патофизиологических сдвигов, обуславливающих выраженность тяжести состояния больных приобретает свою актуальность и позволяет своевременно подбирать оптимальную лечебную тактику [Батыршин И.М. и соавт., 2020; Жариков А.Н. и соавт., 2014; Karki O.V. et. al., 2018; de Moraes T.P. et. al., 2014].

Клиническая симптоматика, проявляющаяся в первые сутки развития РП и свидетельствующая о запущенности патологического процесса в брюшной

полости, напоминает абдоминальный сепсис с дальнейшим прогрессированием процесса в основном до тяжёлых инфекционных осложнений, полиорганной недостаточности и септического шока. В связи с этим информативность интегральных систем оценки тяжести состояния больных, применение адекватных клинических протоколов послеоперационного ведения больных, разработка показаний к применению различных методов лечения распространённого перитонита приобретают особую значимость.

Из ряда используемых в настоящее время наиболее престижными и чувствительными интегральными системами являются SAPS, APACHE II, Мангеймский индекс перитонита, SOFA [Basnet R.B. et. al., 2010; Акилов Х.Д. и соавт., 2012; Битюков С.Л. и соавт., 2019].

Продолжается поиск информативных, высокочувствительных и высокоспецифичных биомаркеров воспаления, полиорганной дисфункции и сепсиса. В качестве ценного маркера по информативности в последние годы утвердился прокальцитонин плазмы, коррелирующий с показателями APACHE II [Михельсон Е.П. и соавт., 2018; Мусагалиев А.А. и соавт., 2018; Assfalg V. et. al., 2016]. Для прогнозирования летального исхода и прогрессирования абдоминальной инфекции также большое значение имеют такие биомаркеры как Интерлейкин-6 и С-реактивный белок [Булава Г.В. и соавт., 2017; Звягин А.А. и соавт., 2019; Li P.K. et. al., 2017].

**Связь работы с научными программами (проектами), темами.** Диссертационная работа выполнена в рамках проекта научно-исследовательских работ кафедры «Хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.» ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» на тему «Стратификация риска и усовершенствование тактики лечения распространённого перитонита» на 2022-2026 годы.

### **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения больных с распространённым перитонитом путем оптимального прогнозирования исхода лечения и выбора предпочтительной тактики лечения при данной патологии.

#### **Задачи исследования:**

1. Разработать и представить новую классификацию перитонитов.
2. Разработать новый прогностический тест для определения вероятности исходов лечения распространённого перитонита до- и во время операции, и оценить его эффективность в сравнении с современными методиками прогнозирования результата лечения распространённого перитонита.
3. Определить достоверность предикторов в выборе тактики лечения, прогнозе исходов лечения и детерминации стадии распространённого перитонита.

4. Определить роль моноцитов в патогенезе септического шока при перитонитах.

5. Создать и внедрить алгоритм выбора лучшей тактики лечения при распространённом перитоните, изыскать возможность применения этой тактики с использованием прогнозированной летальности.

6. Теоретически обосновать, разработать и установить возможности новых способов применения интраоперационных лечебно-профилактических мер при распространённом перитоните.

**Объект исследования.** Объектом исследования служили ретроспективно и проспективно изучавшиеся истории болезни, протоколы оперативных вмешательств, видеозаписи хода операций, клинические и биохимические анализы 409 больных, оперированных в клинике хирургических болезней №1 медицинского факультета ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», на базе хирургических отделений ГУ ЦСМП г. Душанбе за период с 2004 по 2018 годы.

**Предмет исследования** – разработка (на основе новой классификации стадий РП) и изучение эффективности прогностической системы исходов лечения больных с РП для оптимального выбора хирургической тактики и использования современных эффективных интраоперационных методик у больных с тяжёлыми формами РП. Предмет диссертационной работы соответствует концепции темы диссертации. Предмет диссертации соответствует паспорту специальности 14.01.17 – Хирургия.

**Научная новизна исследования:**

Разработана и внедрена новая классификация перитонитов.

Для прогнозирования риска неблагоприятного исхода при различных методах лечения распространённого перитонита предлагается более упрощённая прогностическая система.

Доказана эффективность предложенной системы «Индекс перитонита» в оценке тяжести состояния больных с распространённым перитонитом и в прогнозировании исхода его лечения в сравнении с существующими интегральными шкалами.

Впервые изучены дискриминационные и прогностические свойства комплекса предикторов (пресепсин, прокальцитонин и др.) при прогнозировании исходов и определения стадии распространённого перитонита.

Впервые изучена роль моноцитов в патогенезе септического шока при распространённом перитоните.

Предложены пути оптимизации тактики хирургического лечения распространённого перитонита с оценкой тяжести состояния по интегральной шкале и прогнозированием летальности.

Выявлены факторы лечебного эффекта контрастного промывания брюшной полости (Патент РТ № ТЈ610 от 14.04.2014.), ретроградной интубации кишечника (Патент РТ № ТЈ1316 от 18.11.2022.) и энтеросорбции при распространённом перитоните (рационализаторское предложение №3583/R635 от 13.02.2018).

**Теоретическая и научно-практическая значимость исследования** состоит в возможности использования теоретических и методологических положений, выводов и практических рекомендаций, представленных в диссертации в учебном процессе медицинских ВУЗов и в практике хирургов.

Применение усовершенствованной классификации стадий распространенного перитонита в хирургической практике будет способствовать своевременному выбору оптимальной тактики лечения заболевания.

Прогнозирование и своевременное установление основных патофизиологических процессов прогрессирования эндогенной интоксикации и абдоминального сепсиса, преимущественно определяющие тяжесть состояния, имеют в исходе заболевания важное значение.

Адекватность выбранного объёма интенсивной терапии и оперативного вмешательства зависит от стадии распространенного перитонита, характера содержимого брюшной полости и сопутствующих заболеваний. Интегральная система «индекс перитонита» весьма эффективна в своевременной стратификации больных по группам риска и прогнозировании исходов, результативна в выборе оптимальной тактики лечения перитонитов.

Пресепсин, прокальцитонин, С-реактивный белок, интерлейкин-6, молекулы средней массы являются надёжными биомаркерами воспаления и предикторами в прогнозе исхода лечения пациентов с перитонитом, осложнённом абдоминальным сепсисом и септическим шоком.

В результате развития иммунодепрессии и подавления функции моноцитов в стадии септического шока, процесс восстановления эндотелиоцитов ослабляется, секреция провоспалительных цитокинов, в частности ФНО- $\alpha$  снижается, что обуславливает повышение летальности при септическом шоке.

Метод профилактики раннего развития внутрибрюшных абсцессов и спаек путём укладки трубки по брыжеечной части тонкого кишечника эффективен, малотравматичен, практически значим. Данный метод а также новый способ интубации кишечника и ранней послеоперационной зондовой энтеросорбции несомненно позволяют оптимизировать процесс восстановления перистальтики кишечника, и тем самым способствуют снижению частоты гнойно-септических осложнений после оперативных вмешательств у пациентов с перитонитом.

При использовании метода контрастной обработки брюшной полости при распространённом перитоните в сравнении с традиционной санацией раствором фурацилина уровень эндогенной интоксикации больных снижается быстрее, моторно-эвакуаторная функция кишечника восстанавливается раньше.

При установлении факта абдоминального сепсиса релапаротомия по требованию в отличие от программированной релапаротомии более преимущественный метод. В стадии септического шока тактика этапных санаций брюшной полости, то есть программированные релапаротомии,



является более предпочтительной. При наличии показаний к лапаротомии целесообразно приближение краёв лапаротомной раны подручными средствами.

Применение метода лапароскопической санации (ЛСС) для обработки брюшной полости в послеоперационном периоде значительно снижает количество релапаротомий.

#### **Положения выносимые на защиту.**

1. Предложенная классификация, отражающая последовательную смену стадий РП (эндогенная интоксикация ЭИ – абдоминальный сепсис АС – септический шок СШ) эффективна в оказании своевременной адекватной помощи больным с данной патологией.

2. Интегральная система «индекс перитонита» (ИП) сопряжена с летальностью, результативна в прогнозировании неблагоприятного исхода распространенного перитонита. Шкала эффективна в своевременном распределении больных по группам риска и целесообразна в выборе оптимальной тактики лечения.

3. Определение уровня пресепсина, прокальцитонина, С-реактивного белка, интерлейкина-6 в крови имеет высокую диагностическую и прогностическую ценность в предсказании исхода заболевания по различным сравниваемым стадиям распространенного перитонита.

4. Прогрессирование септического шока у больных с сопутствующими заболеваниями в старших возрастных группах на фоне выраженных морфологических изменений в брюшной полости обусловлена развитием иммунодепрессии в результате подавления функции моноцитов, что приводит к уменьшению секреции фактора некроза опухоли (ФНО- $\alpha$ ) и ослабления регенераторных процессов в эндотелии сосудов.

5. С учётом показателей оценки прогнозирования прогрессирования перитонита создан алгоритм лечебно-диагностических мер, направленных на оптимизацию тактики лечения с первых суток послеоперационного периода. Применение предложенного алгоритма в диагностике и комплексном лечении больных с распространенным перитонитом способствует клинической эффективности лечебных мер.

6. Интраоперационные мероприятия (установление трубки вдоль брыжеечной части тонкого кишечника, ретроградная интубация тонкого и толстого кишечника, зондовая энтеросорбция, промывание брюшной полости чередованием горячих и холодных температур слабого гипертонического раствора) эффективны, малотравматичны, практически значим, позволяет оптимизировать процесс восстановления перистальтики кишечника, вследствие этого способствует снижению частоты гнойно-септических состояний после оперативных вмешательств у больных с перитонитом.

7. При наличии абдоминального сепсиса без признаков инфекционно-токсического шока применение тактики повторного вмешательства по требованию более целесообразно по сравнению с тактикой программированной релапаротомии. В стадии септического шока тактика

программированной релапаротомии с этапными санациями брюшной полости является предпочтительной. При наличии показаний к лапаростомии приближение краёв лапаротомной раны подручными средствами является целесообразным.

**Степень достоверности результатов** подтверждается достаточностью материала исследования, статистическим анализом результатов научной работы, научными публикациями и оригинальностью данных. Выводы и практические рекомендации основаны на научной, статистической обработке результатов лечения распространённого гнойного перитонита.

**Соответствие исследования паспорту научной специальности.** Исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17 – Хирургия, и пунктам:

4. инфекция в хирургии: септический шок, сепсис, перитонит, бактериальная деструкция лёгких, гнойные заболевания кожи и мягких тканей и др.;

6. лапароскопические и торакоскопические оперативные вмешательства;

8. предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода.

**Личный вклад соискателя ученой степени в исследование.** Диссертационное исследование является самостоятельно выполненной научной работой. Идеи темы и цель исследования, соответствующие методологические подходы, все клинико-лабораторные исследования, обзор литературы по теме, интерпретация и анализ клинико-лабораторных данных, статистический анализ полученных данных, обработка фактического материала, систематизация результатов предложены и выполнены персонально автором. Основные идеи работы приведены в опубликованных статьях и тезисах.

**Аппробация и реализация результатов диссертации.** Основные положения исследования доложены и рассмотрены на 63-й годовой научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, 2015г.; 65-й годовой научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, 2017г.; 68-й годовой научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, 2020г., на международной научно-практической конференции «Горизонты современной хирургии» г.Самарканд, 2021г.; на заседании кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» г.Душанбе, протокол №8 от 19 февраля 2022г.; заседании общества хирургов РТ, протокол №6 от 03 июня 2022г.; заседании межкафедральной проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» г.Душанбе, протокол № 14 от 21 декабря 2022 г.

**Публикации по теме диссертации.** По материалам диссертационной работы опубликована 46 научных работ, 20 из них в научных журналах, рецензируемых ВАК при Президенте РТ, в том числе в соавторстве выпущены 1 монография, 2 патента на изобретение (№ ТЈ610 от 14.04.2014. и № ТЈ1316

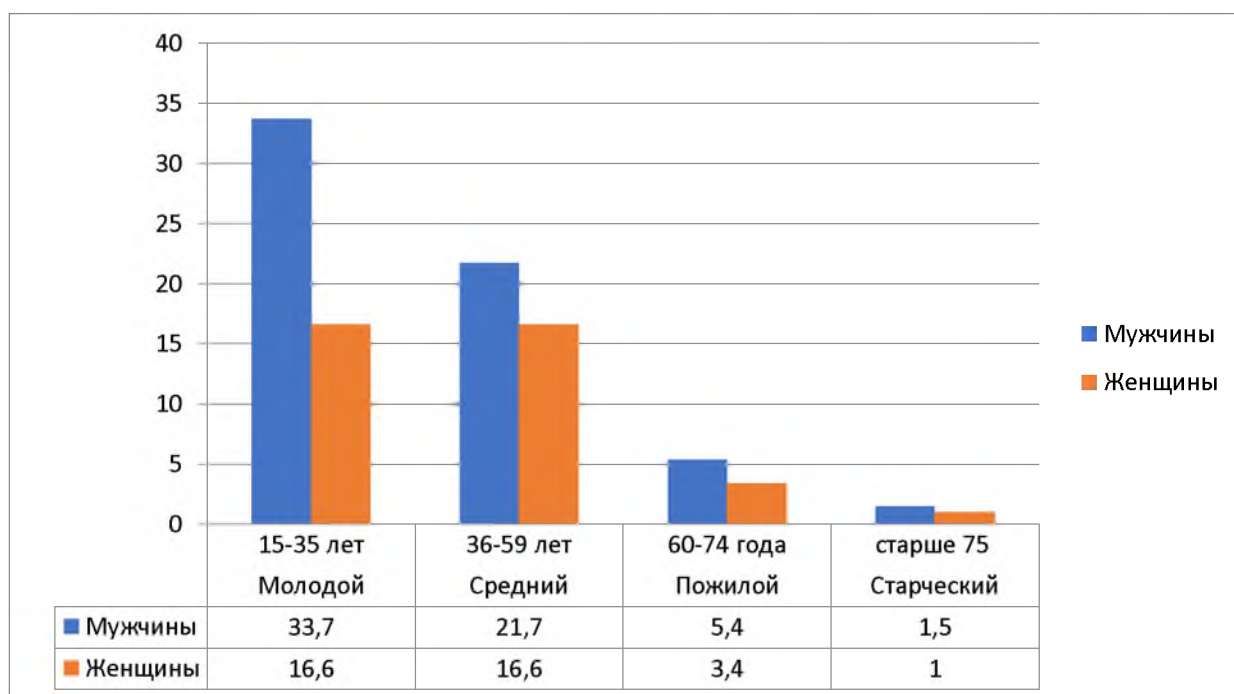
от 18.11.2022.), 2 рационализаторских предложения (№3382/R597 от 25.02.2014 и №3583/R635 от 13.02.2018. – выданные ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»).

**Структура и объем диссертации.** Диссертационное исследование приведено на 337 страницах. Работа включает в себя введение, восемь глав, выводы, практические рекомендации и библиографический список, список публикаций по теме диссертации и приложения. Список литературы содержит 301 источник, из них 162 на русском и таджикском языках, 139 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 61 таблицами и 26 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** Диссертационное исследование выполнено на основании результатов ретроспективного и проспективного обследования, лечения, анализа 409 больных с распространенным перитонитом (РП) различного генеза, оперированных на базе кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М. медицинского факультета ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», расположенной в ГУ ЦСМП г. Душанбе за период с 2004 по 2018 годы.

Стратификация больных по возрасту и полу приведена на рисунке 1.



**Рисунок 1. Половые и возрастные различия больных с распространенным перитонитом.**

Распределение пациентов по этиологическим признакам распространенного перитонита приведено в таблице 1, с указанием уровня летальности.

При изучении зависимости неблагоприятного исхода лечения распространенного перитонита от его хирургической этиологии выявлено, что максимальная летальность отмечается в группе больных с острой кишечной непроходимостью и перфорацией гастродуоденальных язв, что зависело от особенностей основной патологии и возрастных данных пациентов анализируемой группы. Высокий уровень смертности, достигающий 12,7% от общего количества умерших больных, также отмечалась у больных с перфорацией тонкого и толстого кишечника.

**Таблица 1. – Распределение больных по нозологическим формам.**

Причины распространенного перитонита	n	%	летальность	
			n	%
Перфорация гастродуоденальных язв	154	37,6	14	25,4
Острая кишечная непроходимость	90	22	18	32,7
Острый аппендицит	89	21,8	4	7,3
Острый панкреатит, панкреонекроз	15	3,7	5	9,1
Перфорация кишечника	33	8,1	7	12,7
Острый холесистит	10	2,4	4	7,3
Прочее	18	4,4	3	5,5
Всего	409	100	55	100

Разброс пациентов с перитонитом по группам производилось в соответствии с разработанной в нашей клинике классификацией стадий распространенного перитонита: 1 стадия – стадия эндогенной интоксикации (ЭИ); 2 стадия – со 2-4-х суток, стадия абдоминального сепсиса (АС); 3 стадия – с 3-7-х суток, стадия септического шока (СШ).

Исследование проводилось с использованием данных различных клиничко-лабораторных тестов, полно отображающие состояние пациентов с распространенным перитонитом. Отклонения в параметрах гомеостаза пациентов при этом соответствовали изменениям показателей центральной гемодинамики, клиничко-биохимических лабораторных показателей, а также индексов интегральных систем, рассчитываемых для большей достоверности.

Оценка тяжести состояния пациента проводилась с помощью интегральных систем на подобие Мангеймского индекса перитонита (МИП). На основе полученной информации выполнена статистическая обработка данных с использованием программного обеспечения. Результаты исследования введены в базу данных, построенных с помощью программы Microsoft Excel 2016 и STATISTICA 10. В качестве устройства обеспечения в

таких случаях использовали персональный компьютер с процессором Intel core i3 3,6GHz и операционной системой Windows10 (Microsoft Corp., USA).

В соответствии с задачами диссертационной работы всем пациентам с распространенным перитонитом, на всех этапах лечения, выполнен комплекс клинических и лабораторных исследований. Они включали в себя клиническую оценку тяжести состояния пациентов, интерпретацию лабораторных показателей в динамике (общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, электролиты крови, кислотно-щелочное состояние, общий анализ мочи, определение уровня амилазы крови и диастазы мочи), инструментальные методы исследования (ЭКГ, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства). Биохимические параметры плазмы крови устанавливали с помощью полуавтоматического анализатора «Conna-multi», автоматического биохимического анализатора Hitachi 902, 912 с применением комплекса стандартных марок Human (ИМА), Roche (ИМА), Bioson (Олмон) и Cormay (Польша). Концентрация гемоглобина, количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула подсчитывались на гематологическом анализаторе «SYSMEX». Содержание электролитов определяли в анализаторе электролитов «AVL-50», уровень фибриногена, время частичной активации тромбопластина, протромбиновый индекс, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) – клоттинговым методом на анализаторе «Amelung-10». Уровень оксигенации крови (SpO<sub>2</sub>) измеряли в пульсоксиметре «Оксипулс 01». Стандартная схема клинико-лабораторных исследований больных включала оценку уровня пресепсина, прокальцитонина, С-реактивного белка, интерлейкина-6, среднемолекулярных соединений и их фракций в плазме крови, а также дополнительно определяли количество и связывающую способность альбумина плазмы.

Уровень пресепсина определялся при помощи аналитической системы PATHFAST (Mitsubishi Chemical Europe GmbH). Референтные значения – до 337 пг/мл. Диапазон измерений 20-20000 пг/мл. Для точного определения уровня прокальцитонина применяли тест BRAHMS PCT LIA, исполненного с помощью неавтоматического люминометра.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ**

С целью упорядочения и приведения в соответствие с патофизиологическими изменениями градации стадий распространенного перитонита нами изучены истории болезни 188 пациентов с неотложными состояниями, обусловленными заболеваниями органов брюшной полости, осложненными перитонитом. Возраст пациентов колебался от 15 до 81 года. Среднее значение возраста 38,5 лет. 113 мужчин (60%) и 75 женщин – (40%). На первом этапе пациенты были распределены на когорты по стадиям перитонита, в соответствии с классификацией К.С.Симоняна. В дальнейшем пациенты распределялись и анализировались соответственно усовершенствуемой классификацией фаз развития распространённого

перитонита. Учитывались лабораторные данные и клиническая картина пациентов в группах, с сопоставлением результатов в последующем.

Фаза перитонита с начала его развития, когда общее состояние пациента оценивается как средней тяжести или тяжёлое, при повышении слабости, адинамичности, а, возможно, признаков энцефалопатии в результате болевого синдрома и дегидратации, раннем присоединении признаков ССВР (характеризуется проявлением двух или более из следующих признаков: температура тела  $>38^{\circ}\text{C}$  или  $<36^{\circ}\text{C}$ , ЧСС  $>90/\text{мин}$ , ЧДД  $>20/\text{мин}$ ,  $\text{PaCO}_2 <32$  мм рт. ст., лейкоциты крови  $>12 \times 10^9$ , или  $<4 \times 10^9$ , или количество незрелых форм  $>10\%$ ) оценивалась как стадия эндогенной интоксикации. Со 2-4-х суток), когда с ухудшением общего состояния пациента определяются более одного признака синдрома системной воспалительной реакции, обусловленной дисметаболизмом, полиорганной недостаточностью, электролитным дисбалансом, расстройствами тканевой перфузии, артериальной гипотонией с систолическим давлением ниже 90 мм рт. ст., оценивались как стадия абдоминального сепсиса. При крайне тяжёлом общем состоянии пациента, наблюдающемся с 3-7-х суток, проявлениях симптомов сепсиса в сочетании с органной дисфункцией, тканевой и органной гипоперфузией, артериальной гипотонией, не устраняющейся, несмотря на адекватную инфузионную терапию и применение инотропной и сосудистой поддержки, а также при выраженных дыхательных и метаболических изменениях, уровень лактата крови более 2 ммоль/л, диспротеинемии, стадия в котором находится больной определялась как септический шок. При сопоставлении данной градации по стадиям – эндогенной интоксикации – абдоминального сепсиса – септического шока, с классификацией К.С.Симоняна получены следующие результаты (Табл.2).

**Таблица 2. – Разделение больных с распространенным перитонитом по стадиям**

Стадия	I		II		III	
	n	%	n	%	n	%
Новая классификация	134	71,3	43	22,9	11	5,8
Классификация по К.С.Симоняну	6	3,2	151	80,3	31	16,5

С целью изучения эффективности новой классификации распространенного перитонита в оценке тяжести состояния больных 160 пациентов с ССВР распределены на 3 группы: 1 группа – эндогенной интоксикации (n=95), 2 группа – абдоминального сепсиса (n=46), 3 группа – септического шока (n=19). Тяжесть состояния больных оценивалась по интегральным системам APACHE II, SOFA и MPI и по показателям маркеров пресепсин и ФНО- $\alpha$ , а результаты лечения оценивались по частоте

послеоперационных осложнений, длительности пребывания на койке и в ОРИТ, летальности.

Сравнительная характеристика выделенных групп пациентов с распространенным перитонитом по основным независимым факторам риска летальности свидетельствует о последовательном изменении показателей в соответствии с тяжестью абдоминального сепсиса, между всеми группами имеются статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ).

Клинические исследования показали, что в стадиях эндогенной интоксикации, абдоминального сепсиса и септического шока показатели были следующие соответственно: АРАСНЕ II  $13,8 \pm 0,5$  –  $16,1 \pm 0,4$  –  $18,5 \pm 0,5$ ; МИП 22 – 25 – 25; SOFA  $3,3 \pm 0,2$  –  $3,7 \pm 0,1$  –  $4,2 \pm 0,1$ ; пресепсин (пг/мл)  $355,6 \pm 8,6$  –  $783,4 \pm 24,0$  –  $1587,7 \pm 70,5$ ; ФНО- $\alpha$  (пг/мл)  $105,5 \pm 1,9$  –  $853,3 \pm 17,6$  –  $24,5 \pm 6,8$ ; послеоперационные осложнения (%)  $13,6 \pm 3,6$   $35,1 \pm 6,1$   $41,9 \pm 7,1$ ; длительность госпитализации (ш/р)  $19,2 \pm 0,8$   $25,9 \pm 2,2$   $13,8 \pm 1,9$ ; Умерших 12 (63,2%), и все в стадии септического шока. Сравнительная оценка исследуемых групп пациентов по основным результатам исследования показал, что не все межгрупповые различия достигают уровня значимости ( $p < 0,001$ ), однако прослеживаются тенденции последовательного повышения значений по мере нарастания тяжести абдоминального сепсиса.

Таким образом усовершенствованная классификация стадий распространенного перитонита позволяет стратифицировать больных на три группы: с эндогенной интоксикацией, с абдоминальным сепсисом и с септическим шоком. Усовершенствованная классификация удобна не только возможностью увязывания тяжести состояния пациентов с патофизиологическими аспектами развития перитонита, но и дифференциацией выбора наиболее приемлемой тактики хирургического лечения и объёма интенсивной терапии.

При распространенном перитоните, как до операции так и на различных этапах лечения, определение степени тяжести больных является неотъемлемой и важной частью диагностики. Для экспресс-прогнозирования возможного летального исхода и согласования тактики неотложной помощи при распространенном перитоните, мы разработали новую систему прогнозирования у больных с РП, учитывающая как клинические и интраоперационные критерии прогрессирования септического процесса, так и факторы риска, имеющиеся у больных независимо от этих осложнений. Прежде всего с целью выявления важнейших двусторонних связей показателей стадий РП с клиническими данными, был выполнен регрессионный анализ. При этом были выявлены основные предикторы прогрессирования распространенного перитонита, к которым относятся пол, возраст, сопутствующие заболевания.

Построена шкала интервалов с определением наибольших и наименьших факторов риска, стадии течения РП и морфологических изменений брюшины (таблица 3.)

Бальные значения – отражают соотношение предикторов, выраженная условными величинами и испытанная многолетней практикой. Данные значения установлены «экспертной оценкой». В результате суммирования баллов получаем «индекс перитонита» (ИП).

**Таблица 3. – Шкала оценки тяжести состояния и прогноза исхода “индекс перитонита”**

Факторы риска-Ф		Стадия процесса-С		Патоморфологические изменения-П	
Возраст старше 70 лет или тяжелые сопутствующие заболевания	10	Септический шок	10	В полости живота гнойное содержимое с каловым запахом, толстые фибриновые наложения, межкишечные абсцессы и сращения в области петель кишечника.	0
Возраст 50-70 лет или онкозаболевание*	8	Абдоминальный сепсис поздняя стадия	8	Брюшина инфильтрирована, в брюшной полости густой гной, толстые фибриновые наложения	
Средней тяжести сопутствующие заболевания*	6	Абдоминальный сепсис начальная стадия	6	Брюшина тусклая, петли кишечника расширены с субсерозными кровоизлияниями и петехиями, в брюшной полости гнойное содержимое с фибриной плёнкой на кишечных петлях	
Женский пол или легкие сопутствующие заболевания*	4	Эндогенная интоксикация поздняя стадия	4	Брюшина отечная, гиперемированная, в брюшной полости гнойный выпот	
Не выявленные риски	2	Эндогенная интоксикация начальная стадия	2	Отек, гиперемия брюшины, в брюшной полости мутный выпот или желчь	
Прогнозируемая летальность (%)				$L = \Phi \times [(C + П)/2]$	

\* – при отсутствии вышеперечисленных рисков

Сумма баллов может ориентировать на преимущества оказания того или иного объема экстренной помощи при РП.



При ИП до 12 баллов летальность составляет до 16%. В нашем исследовании в первой группе были 90 больных (47,9%), трое из которых (3,3%) умерли.

При ИП с 13 до 22 баллов – процент прогнозируемой летальности от 16 до 40%. В этой группе было 70 больных (37,2%), 12 из них (17,1%) умерли.

ИП более 22 баллов - процент прогнозируемой летальности более 40%. В нашем исследовании 28 больных (14,9%) относились к 3-й группе, 23 из них умерли (82,1%).

Нами для прогнозирования исходов произведена сравнительная оценка эффективности «индекса перитонита» с Мангеймским индексом перитонита (МИП). Качество прогноза шкалы «индекс перитонита»: чувствительность – 76%, специфичность – 84%, точность прогноза – 81% при доверительном интервале – 95%, AUC (площадь под кривой) – 0,87,  $p < 0,001$ , медиана неблагоприятных баллов (зарегистрирован летальный исход)– 16.

Качество прогноза шкалы «МИП»: чувствительность – 72%, специфичность – 86%, точность прогноза – 79% при доверительном интервале – 95%, AUC – 0,87,  $p < 0,001$ , медиана неблагоприятных баллов– 23. Обе шкалы обладают статистически значимой прогностической способностью ( $p < 0,001$  для теста Манна-Уитни).

Из двух сравниваемых прогностических систем оценок ИП более предпочтительна и целесообразна, поскольку ни в чем не уступает используемым прогностическим системам, а в отдельных случаях даже превосходит их в том, что проста в применении, а также более детально раскрывает статус больного с различной степенью выраженности тяжести сопутствующей патологией, учитывает стадии патоморфологической картины в брюшной полости.

С целью оценки роли провоспалительных биомаркеров в определении степени тяжести и стадии развития РП, у 160 больных с распространенным перитонитом определяли уровни ПСП, ПКТ, СРБ и ИЛ-6 в крови, среди которых мужчин было 104 пациента, женщин – 56 пациентов. Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет и в среднем составил  $32,4 \pm 4,8$  года. Больные группировались по стадиям перитонита:

Группа 1 –  $n = 95$  (59,4%) – стадия эндогенной интоксикации;

Группа 2 –  $n = 46$  (28,7%) – стадия абдоминального сепсиса;

Группа 3 –  $n = 19$  (11,9%) – стадия септического шока;

Полученные нами результаты показали, что наиболее высокие показатели изучаемых предикторов наблюдались в группе пациентов с септическим шоком (3 группа). Так, уровень ПСП в крови у данных больных составил  $1482,4 \pm 289,2$  пг/мл, уровень ПКТ –  $17,0 \pm 2,9$  нг/мл, уровень СРБ –  $279,3 \pm 29,7$  мг/л и концентрация ИЛ-6 составила  $322,2 \pm 6,5$  пг/мл. При этом их максимальные значения составили 1859,7 пг/мл, 22,6 нг/мл, 312,4 мг/л и 329,7 пг/мл, соответственно. Самое низкое среднее значение ПСП  $345,0288 \pm 102,9112$ , ПКТ –  $1,6 \pm 0,8$  нг/мл, СРБ –  $89,5 \pm 31,2$  мг /л, ИЛ-6 –  $126,1 \pm 31,5$  а также минимальная концентрация ПСП – 56,1 пг/мл, ПКТ – 0,1

нг/мл, СРБ – 10,6 мг/л и ИЛ-6 – 19,5 было выявлено у пациентов с РП в стадии ЭИ. Минимальные и максимальные значения уровня ПСП в 1-й группе составили 56,1 и 586 пг/мл, соответственно, во 2-й группе эти показатели составили 153,7 и 3253,4, соответственно, и в 3-й группе больных данные величины составили 591 и 1859,7 пг/мл, соответственно. Аналогичные данные получены для ПКТ. Средний уровень (median) ПКТ в группе больных с РП в стадии ЭИ был также существенно ниже, чем в группе пациентов с абдоминальным сепсисом (1,112 и 7,2615 нг/мл). Размах колебаний ПКТ показал следующие результаты: в 1-й группе больных максимальные и минимальные значения составили 0,06 и 4,3 нг/мл, соответственно, во 2-й группе они составили 1,0 и 13,4, соответственно, а у пациентов 3-й группе данные показатели составили 9,3 и 22,6 нг/мл, соответственно. При исследовании концентрации ПСП было установлено, что максимальные показатели ПСП отмечались при септическом шоке, при этом не отмечалось наличие статистической значимости различий между группами.

Также нами было проведено определение дифференциально-диагностической значимости исследуемых биомаркеров, и в первую очередь ПСП и ПКТ, в стадии эндотоксикоза и абдоминального сепсиса. Тест на ПСП имеет высокую степень чувствительности (91,4%) и приемлемую специфичность (77,3%). Тест на прокальцитонин показал меньшую чувствительность и специфичность – 88,4 и 67,4% соответственно. Значения чувствительности и специфичности СРБ и ИЛ-6 в нашем исследовании несколько ниже: 87,2% / 66,8% и 85,4% / 64,9% соответственно.

Наличие сильной статистической значимости между группами в различии показателей ПСП, ПКТ, СРБ и ИЛ-6 при РП указывает на целесообразность их применения с целью раннего прогнозирования исхода заболевания, в частности абдоминального сепсиса, что будет способствовать своевременному определению тактики лечебно-профилактических мер, оперативного лечения и проведению коррекции интенсивной терапии.

Маркеры сепсиса у больных изучались также и в целях установления их информативности в установлении роли моноцитов в патогенезе РП. Ретроспективная оценка прогрессирования РП проведена у 160 больных.

Интерес представляет патогенез септического шока при прогрессировании распространенного перитонита. Нами установлено, что уровень ФНО $\alpha$  у больных в стадии септического шока был достоверно ниже чем у пациентов в стадии ЭИ и АС –  $24,5 \pm 13,3$  пг/мл, причем при развитии АС уровень ФНО $\alpha$  значительно выше такового в стадии ЭИ –  $105,5 \pm 7,2$  и  $853,3 \pm 208,4$  пг/мл соответственно. Значение ФНО $\alpha$  у умерших больных в нашем исследовании был ещё ниже –  $4,8 \pm 0,9$  пг/мл (Таблица 4), что свидетельствует о снижении способности моноцитов в стадии септического шока перитонита выделять достаточное количество провоспалительных цитокинов в ответ на эндотоксиновую агрессию. У выживших больных очевидно имеется относительно больше моноцитов, продуцирующих ФНО $\alpha$  ( $58,0 \pm 13,7$  пг/мл).

**Таблица 4. – Уровень ФНО $\alpha$  в соответствии со стадиями распространенного перитонита.**

Показатель	ЭИ (n=95)	АС (n=46)	СШ (n=19)		p
ФНО- $\alpha$ (пг/мл)	105,5 $\pm$ 7,2	853,3 $\pm$ 208,4 $p_1 = 0,000$	24,5 $\pm$ 13,3 $p_1 = 0,000$ $p_2 = 0,000$		P=0,000
			выжившие (n=7)	умершие (n=12)	
			58,0 $\pm$ 13,7	4,8 $\pm$ 0,9	P <sub>3</sub> =0,000

*Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами; p<sub>1</sub> – в сравнении с 1 группой; p<sub>2</sub> – в сравнении со 2 группой; p<sub>3</sub> – между выжившими и умершими*

Более активная регенерация эндотелия и восстановление его функций у пациентов с АС и у выживших больных в стадии СШ, чем у умерших, объясняется активностью моноцитов, поскольку после встречи с бактериями классические моноциты экспрессируют ЛПС-рецепторы, превращаются в CD14+ клетки, то есть эндотелиальные прогениторные клетки (ЭПК), которые могут дифференцироваться в эндотелиоциты.

Показатели концентрации ПСП в плазме крови имели тенденцию к росту, параллельно прогрессированию абдоминального сепсиса. Определение пресепсина имеет значение для установления факта наличия регенераторных процессов в поврежденном эндотелии, что можно использовать с целью диагностики течения РП. Исследования показали, что прогрессирование септического шока у пациентов с сопутствующими заболеваниями в старшей возрастной группе на фоне тяжелых морфологических изменений в брюшной полости, вероятнее всего связано с развитием иммунодепрессии вследствие подавления функций моноцитов, обуславливающим снижение продукции ФНО- $\alpha$  и ослабление регенераторных процессов в эндотелии сосудов вследствие как уменьшения относительного количества моноцитов вследствие апоптоза, так и снижения экспрессии CD14 на моноцитах. Таким образом, подавление функции моноцитов является одним из ведущих патогенетических механизмов прогрессирования септического шока и смертности при распространенном перитоните.

В целях установления показаний к этапным санациям брюшной полости нами проведено ретроспективное изучение истории болезни 409 оперированных пациентов с распространенным перитонитом. Из них в 67 (16,4%) случаях патоморфологическая картина в брюшной полости после операции ухудшалась, имело место прогрессирование перитонита. В 64 случаях (15,6%) это потребовало выполнения релапаротомии (как «по требованию», так и «по программе»). Из этого числа повторные операции в

экстренном порядке произведены в 38 случаях (59,4%), программированные санационные релапаротомии выполнены 26 (40,1%) больным.

Частота развития распространенного перитонита изучена у пациентов распределенных на три группы, с интервалами показателей выраженности признаков по шкалы критериев «ИП», которые соответствовали группам с показателями до 11 баллов включительно, 12-22 баллов, 23 и более баллов.

В первой группе больных риск прогрессирования перитонита невысок, что предусматривает выбор тактики консервативного лечения. Во второй группе риск относительно выше, что требует проведения в ближайший послеоперационный период обязательного широкого клинико-лабораторного мониторинга состояния больных и выполнения релапаротомии с целью обработки брюшной полости при прогрессировании признаков воспалительного процесса. При этом в III группе частота прогрессирования перитонита максимальна, что служит показанием к санации брюшной полости в ближайшем послеоперационном периоде у этих больных.

У 3-х из 67 пациентов сумма баллов соответствовала I группе по таблице «ИП», у 31 больного – II группе и у 33 пациентов – III группе. Результаты показали, что из 67 больных лишь в 26 (38,8%) случаях применялась тактика программированной релапаротомии. При этом у всех этих больных индекс перитонита соответствовал III группе риска. Из-за прогрессирования перитонита экстренная релапаротомия по требованию выполнена 38 больным (56,7%).

В клинической практике возможно существования дилеммы – какие пациенты с тяжёлыми формами РП нуждающиеся в санационной релапаротомии подлежат запланированной санации, а какие должны быть экстренно оперироваться по требованию. В целях согласования хирургической тактики у больных с РП проанализированы результаты лечения 409 больных, из которых 180 относились к группе с тяжёлыми формами РП, а из них 67 больных подлежали релапаротомии. Всем больным были произведены неотложная лапароскопия и лапаротомия, в дальнейшем они подвергались «программированной санационной релапаротомии» или «релапаротомии по требованию». Летальный исход отмечен у 35 больных, что составило 52,2% из общего числа повторно оперированных больных. Больные распределены по 3-м группам: 1-ю группу больных составили 3 больных (4,5%) с распространенным перитонитом в стадии эндогенной интоксикации, 2-ю группу – 34 больных (50,7%) с РП в стадии абдоминального сепсиса, в 3-ю группу вошли 30 больных (44,8%) с РП в стадии септического шока.

В первой группе больных в 2 случаях выполнена релапароскопия по требованию, у 1 больного произведена релапаротомия по требованию. Выздоровление составило  $6,3 \pm 0,3$  суток.

Во второй группе релапаротомия по требованию выполнено 34 больным (у 12 из них дважды выполнена санация брюшной полости), программированная релапаротомия произведена у 14 больных (из них у 5

больных – дважды, у 8 больных – трижды и 1 – четыре сеанса санаций брюшной полости было произведено).

Летальность в группе больных с релапаротомиями по требованию составила 40% против 64,3% в группе, где применялась тактика программированной релапаротомии ( $p < 0,05$ ). Для больных с распространенным перитонитом с признаками абдоминального сепсиса летальный исход чаще регистрировался у больных, которым была выполнена программированная релапаротомия.

В третьей группе 30 больных, из них 18-м выполнена релапаротомия по требованию, 12 – плановая этапная релапаротомия.

Показатель смертности в группе больных с релапаротомиями по требованию – 66,7% против 50% в группе с программированными релапаротомиями ( $p < 0,05$ ). Таким образом, у больных в стадии септического шока с гнойным, слипчивым, воспалительно-инфильтративным процессом в брюшной полости с тенденцией к абсцедированию, показано применение тактики этапных санаций брюшной полости, то есть плановых релапаротомий.

Нередко клинические признаки продолжающегося перитонита предстают сомнительными, что возможно даже и в специализированных учреждениях. Поэтому своевременное выявление интраабдоминальных осложнений и признаков прогрессирования перитонита в послеоперационном периоде становится трудновыполнимой задачей даже в современных условиях, поскольку требует периодического мониторинга многочисленных лабораторных параметров. В связи с этим, из-за отсутствия ранних и объективных критериев прогрессирующего перитонита, разработка новых упрощенных тестов в ранних сроках развития перитонита, которые могли бы прогнозировать основные патогенетические процессы, состояние больных и дальнейшего развития воспалительных изменений в брюшной полости, имеет немаловажное значение. С целью выбора адекватной тактики ведения больных с РП необходимо ориентироваться на стадии развития процесса, а точнее стадии АС и СШ.

Для создания диагностически-лечебного алгоритма выбора оптимальной тактики при различных степенях тяжести распространенного перитонита, мы провели сопоставительный анализ общего состояния при поступлении больного, данных во время операции и послеоперационного течения у 67 больных с распространенным перитонитом различного генеза. 64 из них выполнена или релапаротомии по требованию, или по программе. 3 пациентам выполнено повторное лапароскопическое вмешательство. Результаты научного исследования показали, что этиология перитонита, стадия заболевания, характер содержимого брюшной полости, характеристика фибринных наложений на брюшине и интраабдоминальное давление оказались наиболее информативными факторами в качестве показаний к повторной лапаротомии. Из этого следует, что адекватность выбора хирургической тактики при прогрессировании перитонита диктуется необходимостью учитывания не столько признаков эндотоксемии и динамики

послеоперационного периода, сколько данных, полученных при ревизии брюшной полости (табл.5).

**Таблица 5. – Алгоритм выбора хирургической тактики у пациентов с тяжёлыми формами распространённого перитонита**

Стадии распространённого перитонита	Содержимое брюшной полости			Релапаротомия по требованию с вероятными этапными санациями	Программированная релапаротомия (или лапароскопические санации)	Лапаротомия
		Лапароскопия	Лапаротомия			
Эндогенная интоксикация	серозное	+	-	+	-	-
	геморрагическое	+	-	+	-	-
	желчное	+	-	+	-	-
	гнойное	+	-	+	-	-
	каловое	+	-	+	-	-
Абдоминальный сепсис	гнойное	+	-	+	-	-
	каловое	+	-	+	-	-
	фибринозно-слипчивый процесс	-	+	+	-	-
	абсцессы	-	+	+	-	-
	их вероятное сочетание	-	+	+	-	-
Септический шок	гной, фибринозно-слипчивый процесс	-	+	-	+	-
	абсцессы, фибринозно-слипчивый процесс	-	+	-	+	при ВБД 4-й степени
	содержимое толстого кишечника, фибринозно-слипчивый процесс	-	+	-	+	при ВБД 4-й степени
	их вероятное сочетание	-	+	-	+	при ВБД 4-й степени

По результатам исследования при степени контаминации брюшной полости выше 106 КОЕ/г, а также превалировании анаэробных неклостридиальных микроорганизмов, однократное хирургическое вмешательство не приводит к купированию гнойного процесса ни в одном случае. Количество сеансов санаций в группах больных составило от 1 до 8. Потому и в качестве показаний к плановым релапаротомиям (или лапароскопическим этапным санациям) служили тяжелые формы, в том числе и анаэробный перитонит. Этому могут способствовать:

1) быстрое излитие в брюшную полость большого количества кишечного содержимого подвздошной и толстой кишки;

2) дополнительное инфицирование брюшной полости вследствие перфорации какого-либо отдела желудочно-кишечного тракта с развитием его пареза.

При этом уже в период от 6 до 12 часов вероятность присоединения анаэробного компонента была высока. Пациенты с нарушением целостности желудка и кишечника, деструктивным аппендицитом при сроках заболевания более 12 часов также составили группу риска. Больные при этом пребывали в стадии абдоминального сепсиса и септического шока. При давности перитонита от 6 до 12 часов, в соответствии с алгоритмом, релапаротомия выполняется лишь у пациентов с нарушением целостности толстого кишечника; при большей длительности заболевания релапаротомия была показана при травматических разрывах подвздошной и ободочной кишки и несостоятельности швов полого органа.

При выработке дальнейшей хирургической тактики учитывался характер выпота брюшной полости. Релапаротомию чаще выполняли при гнойном перитоните, перитоните с выпотом с примесью содержимого подвздошной, толстой и прямой кишок, с содержимым зловонный бурого цвета (анаэробный).

При вынесении показания для выполнения программированных санационных релапаротомий учитывалось то, что содержимое брюшной полости было характерно для анаэробной инфекции. При этом его объём значения не имел. По алгоритму релапаротомия показана также при гнойном или каловом содержимом брюшной полости в объёме более 500 мл, что может свидетельствовать о выраженности воспалительных изменений и высокой степени бактериальной контаминации брюшной полости. Потребность в повторной лапаротомии у 4 из 7 больных возникла при меньшем количестве содержимого (от 200 до 500 мл). Решающую роль при этом играло учитывание данного показателя совместно с другими, в том числе и значением эндогенной интоксикации.

Программные санации брюшной полости в послеоперационном периоде чаще выполняли методом лапароскопических санаций (ЛСС). Первая плановая ЛСС выполнялась спустя 12-24 часа после первого хирургического вмешательства. В более поздние сроки, особенно через 48 часов и более, после первой операции, ЛСС может представлять трудную задачу при наличии

инфильтративно-слипчивого процесса в брюшной полости. Хирург может столкнуться со значительными техническими затруднениями, риск повреждения органов брюшной полости повышается, применение метода ЛСС таким образом существенно ограничивается. Таким образом методом выбора, при давности заболевания более 24-48 часов, должна быть санационная релапаротомия.

При выполнении первого сеанса ЛСС в брюшной полости больных отмечался слипчивый процесс (выпадение фибрина), нередко данный процесс сопровождался скоплением и отграничением воспалительной жидкости в межпетлевом пространстве, а также отграничением от брюшной полости и нарушением функционирования дренажных трубок. При выполнении ЛСС вначале удалялся патологический экссудат из отделов брюшной полости вне сращений, а затем производилось разъединение слипшихся петель кишечника. С обнаружением дополнительных скоплений жидкости при разъединении спаек, они также эвакуировались. После разъединения сращений и отсасывания содержимого проводилось промывание брюшной полости 3-4 литрами 1,5% раствора NaCl в контрастных температурах. Применение методики ЛСС в комплексном лечении пациентов с РП, способствовало снижению в 3 раза послеоперационной летальности, значительному уменьшению сроков госпитализации, уменьшению частоты развития послеоперационных осложнений и позволял избежать выполнения повторных травматичных лапаротомий.

Больным с РП проводились интраоперационные профилактические мероприятия. В конце операции после тщательной санации и обсушивания брюшной полости, в целях профилактики ранних послеоперационных внутрибрюшных абсцессов и спаек, по брыжеечной части тонкого кишечника на всем протяжении с одной из сторон ее брыжейки укладывали мягкую силиконовую трубку диаметром 2-3мм и длиной, достаточной для выведения конца трубки из брюшной полости через контрапертуру в правой подвздошной области.

Полученные результаты лечения пациентов с РП свидетельствует о том, что данный способ является высокоэффективным, малотравматичным, практически значимым методом профилактики развития осложнений после хирургических вмешательств по поводу распространенного перитонита, а ранняя послеоперационная зондовая энтеросорбция позволяют несомненно улучшить процесс восстановления перистальтических движений кишечника, тем самым способствуют снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных с распространенным перитонитом.

Обработка брюшной полости – один из значимых составляющих в лечении распространенного перитонита. Проведен анализ результатов обследования и лечения 56 больных с распространенным перитонитом брюшная полость которых обрабатывалась слабым гипертоническим раствором контрастных температур. 1-ю (контрольную) группу больных составили 30 пациентов, которым применялась традиционная методика.



Хирургическая процедура включала лапаротомию, ликвидацию источника перитонита, назоэнтеральную интубацию, санацию брюшной полости 0,02% раствором фурациллина до чистой жидкости, эвакуацию ее и дренирование брюшной полости.

2-ю (основную) группу больных составили 26 пациентов, хирургическое вмешательство которым выполняли по той же технологии, однако в конце операции брюшная полость в течение 1 мин обрабатывалась 1-1,5 литром 1,5% раствора NaCl с температурой +41-+42оС. Жидкость эвакуировалась и брюшная полость заливалась 1-1,5 л холодного (+10-+11оС) 1,5% раствора NaCl и также в течение 1 мин мягко промывались все ее отделы. Подобное действие по контрастной обработке брюшной полости повторялась 4-5 раз, затем брюшная полость осушивалась и дренировалась по общепринятой методике.

До операции и на 1,2,4,6 сутки после операции в обеих группах определяли степень тяжести состояния пациентов в соответствии со шкалой SAPS, степень эндогенной интоксикации и баллы Мангеймского индекса перитонита (МИП). Эффективность методики в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по динамике системного эндотоксикоза, активности моторной функции кишечника, частоте осложнений и уровню летальности. По результатам традиционной методики у больных из брюшной полости в течение первых 2-х суток после операции отмечалось продолжающееся отделяемое, в связи с этим дренажи в большинстве случаев удалялись на 3 – 4 сутки после операции. Температурная реакция у больных регистрировалась в течение  $5,00 \pm 0,35$  дней после вмешательства. Стимулированная моторная функция кишечника восстанавливалась на 3-4 сутки. Послеоперационные осложнения развились у 10 человек (33,33%): гематома или нагноение послеоперационной раны – у 9 (30%), ранняя спаечная кишечная непроходимость – у 1 (3,33%). Среднее значение пребывания в стационаре в группе сравнения составил  $16,63 \pm 0,59$ . При применении традиционного метода обработки брюшной полости эндотоксикоз имел место на всем протяжении послеоперационного периода. Заметное снижение уровня токсинов в плазме крови регистрировалось лишь на 4-е сутки.

Степень эндогенной интоксикации снижалась уже с первых суток после обработки брюшной полости контрастным методом. Число послеоперационных осложнений в контрольной группе было выше, чем в основной. Результаты исследования подтверждают эффективность способа контрастной обработки брюшной полости при котором у больных отмечается быстрое снижение уровня эндогенной интоксикации, скорое восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, нежели при традиционной санации раствором фурациллина.

## ВЫВОДЫ

1. Разделение клинических стадий распространённого перитонита (стадия эндогенной интоксикации; стадия абдоминального сепсиса; стадия септического шока) выделяется простотой и позволяет с учётом тяжести состояния больного на момент поступления выбрать оптимальную тактику хирургического лечения и интенсивной терапии данной тяжёлой категории больных [3-А, 4-А, 14-А, 29-А, 36-А, 41-А].

2. Распределение больных с РП по различным группам риска целесообразно тем, что позволяет провести больным адекватную интенсивную терапию и выбрать оптимальную хирургическую тактику, прогнозировать с высокой вероятностью исход заболевания у данных больных. Из существующих прогностических систем оценок «индекс перитонита» более предпочтительна и целесообразна, поскольку поскольку ни в чем не уступает используемым прогностическим системам, а в отдельных случаях даже превосходит их в том, что проста в применении, а также более детально раскрывает статус больного с различной степенью выраженности тяжести сопутствующей патологией, учитывает стадии патоморфологической картины в брюшной полости [3-А, 27-А, 30-А, 32-А, 34-А, 37-А].

3. Для постановки диагноза по стадиям развития, то есть верифицировать диагноз по тяжести течения, с целью раннего прогнозирования исхода заболевания, в частности абдоминального сепсиса. Применение показателя молекул средней массы плазмы крови и панели биологических маркеров (пресепсина, прокальцитонина, С-реактивного белка и ИЛ-6) является целесообразным, что будет способствовать своевременному определению тактики лечебно-профилактических мер, оперативного лечения и проведению коррекции интенсивной терапии. Оценка диагностических и прогностических свойств панели указанных биомаркеров у больных с абдоминальным сепсисом и септическим шоком, имеют огромное значение [3-А, 7-А, 19-А, 40-А].

4. Моноциты в качестве ЭПК способствуют регенерации и восстановлению функции эндотелия при её дисфункции, развивающейся при распространённом перитоните и абдоминальном сепсисе. Вследствие развивающейся иммунодепрессии и подавлении функции моноцитов в стадии септического шока ослабляется процесс обновления эндотелиоцитов, снижается секреция провоспалительных цитокинов, в частности ФНО- $\alpha$ , что служит фактором повышения летальности при септическом шоке [4-А, 8-А, 16-А].

5. Лечебно-диагностический алгоритм способствует в раннем послеоперационном периоде достаточно точному прогнозированию прогрессирования гнойно-септических изменений в брюшной полости. При минимальных значениях вероятности прогрессирования перитонита (ВПП до 6 баллов) лечебная тактика должна содержать комплексную консервативную терапию. Наличие почти у половины пациентов второй группы по шкале ВПП (7-12 баллов) прогрессирующего перитонита диктует необходимость уже в первые сутки послеоперационного периода выполнения лапароскопии для

визуальной оценки степени патологических изменений в брюшной полости. Выявленные явные признаки прогрессирования перитонита являются показанием к проведению этапных санаций брюшной полости (лапароскопическая санация, санационная релапаротомия). При отсутствии визуальных симптомов прогрессирующего перитонита целесообразным является продолжение консервативной терапии и клинико-лабораторного контроля [1-А, 2-А, 5-А, 20-А, 26-А, 31-А, 33-А, 38-А].

6. Для определения показания к санационной релапаротомии следует учитывать данные об интраоперационном состоянии брюшной полости при первом оперативном вмешательстве (лапаротомия), клинические параметры раннего послеоперационного периода и лабораторных показателей воспалительного ответа. Необходимо всем больным с послеоперационным перитонитом, в зависимости от ситуации, проводить мониторинг внутрибрюшного давления, что даёт возможность применять адекватный способ закрытия лапаротомной раны, хирургические и медикаментозные методы коррекции внутрибрюшной гипертензии [9-А, 10-А, 12-А, 13-А, 15-А, 17-А, 39-А].

7. Способ профилактики ранних послеоперационных внутрибрюшных абсцессов и спаек является высокоэффективным, малотравматичным, практически значимым методом профилактики развития осложнений после хирургического вмешательства по поводу распространенного перитонита. Данная методика, а также ретроградная интубация тонкого и толстого кишечника, ранняя послеоперационная зондовая энтеросорбция позволяют несомненно улучшить процесс восстановления перистальтических движений кишечника, тем самым способствуют снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных с распространенным перитонитом. Предложенная методика обработки брюшной полости при распространенном перитоните слабым гипертоническим раствором контрастных температур не требует применения специальных конструкций, не способствует развитию осложнений, патогенетически обоснована и может применяться в условиях хирургических стационаров [6-А, 21-А, 22-А, 23-А, 24-А, 28-А].

8. Проведение лапароскопических санаций с использованием разработанного комплексного диагностико-лечебного алгоритма даёт возможность уменьшить: в три раза процент послеоперационных осложнений (24,6% / 73,5%), в три раза – общий процент летальности (8,2% / 24,5%), на трое суток продолжительность пребывания в стационаре. Применение лапароскопических санаций в комплексе лечения РП позволяет предотвратить выполнение повторных экстренных лапаротомий [11-А, 18-А, 25-А, 35-А].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. Использование предложенной классификации стадий РП в целях объективного распределения больных по группам тяжести состояния при

госпитализации и выбора оптимальной тактики хирургического лечения и интенсивной терапии данной тяжелой категории больных – эффективно и целесообразно. Градация развития РП со стадии эндогенной интоксикации до абдоминального сепсиса и септического шока способствует облегчению выбора оптимальной тактики лечения РП.

2. Для достоверности определения степени тяжести состояния пациентов с распространенным перитонитом, установления сроков и интенсивности принимаемых диагностико-лечебных мер, а также в целях прогнозирования неблагоприятных исходов следует использовать современные интегральные прогностические системы (SAPS, SOFA, MPI). Стратификацию больных необходимо проводить в день госпитализации больного.

3. Для выбора обоснованной лечебной тактики и определения необходимости проведения повторных санаций брюшной полости целесообразно использовать разработанные системы объективной оценки послеоперационного прогрессирования перитонита и критериев тяжести воспалительного процесса в брюшной полости. У больных с РП, для оптимизации лечения больных за счет адекватной интенсивной терапии и соответствующей хирургической тактики, целесообразно использование новой разработанной системы «индекс перитонита».

4. Для надежного прогнозирования, своевременной диагностики развития очередной стадии РП и медикаментозного пособия при проведении целевого профилактического лечения, целесообразно использование данных об уровне панели биомаркеров (пресепсина, прокальцитонина, С-реактивного белка и ИЛ-6) в крови.

5. В случае невозможности проведения полной разовой санации брюшной полости при первой хирургической операции тяжелых форм РП, необходимо применение ревизии и повторной обработки брюшной полости и на основании предложенных интегральных систем оценки степени тяжести и вероятности прогрессирования перитонита выбора хирургической тактики в послеоперационном периоде.

6. Целесообразно использовать лапароскопические санации брюшной полости в раннем послеоперационном периоде для проведения программной санации брюшной полости при распространенном перитоните, что в большинстве случаев позволяет избежать агрессивную повторную лапаротомию и способствует улучшению результатов лечения. Непосредственно перед каждой санацией берётся перитонеальный экссудат для бактериологического исследования, проводится визуальная оценка степени и динамики воспалительных изменений в брюшной полости. При прогрессировании воспалительного процесса, согласно шкале макро- и микроскопической оценки степени тяжести перитонита, в течение 1-х суток после операции, возникает необходимость в повторной лапароскопической санации. Программная санация прекращается при достижении благоприятных

визуальных и бактериологических норм воспалительного процесса в брюшной полости.

7. При программированной релапаротомии при наличии раздутых петель кишечника, висцерального отёка или интраабдоминальной гипертензии 3 степени (от 21 до 25 мм рт. ст.) края раны трудно приблизить, при отсутствии видимых гнойно-воспалительных изменений края раны желательнее сводить при помощи спиц, которые проводятся через кожу и подлежащие ткани параллельно краям раны и сближаются прочной капроновой нитью.

8. В случае опасности выпадения петель тонкой кишки использование, наряду со сближением краёв раны с применением спиц, перфорированной полиэтиленовой пленки для отграничения кишечных петель от внешней среды и от краев хирургической раны, а также для создания условий для оттока гнойной жидкости, является целесообразным. Пленка неплотно прилегает к петлям кишечника, отделяя их от краев передней брюшной стенки, и легко снимается при этапных санациях.

9. При некротических изменениях краев операционной раны, больших дефектах передней стенки живота с воспалительными и некротическими изменениями в стадии прогрессирования, целесообразно наложение лапаростомы путём подшивания несрастывающейся биосетки по краям раны, и таким образом брюшная полость будет защищена от внешних факторов.

10. В комплекс лечебных мер по сбалансированию признаков синдрома энтеральной недостаточности, в интраоперационный этап лечебной программы следует включить метод энтеросорбции с раствором энтеродеза. Это эффективный метод восстановления основных функций (движения, всасывания) тонкой кишки, устранения внутрибрюшной инфекционной контаминации и купирования явлений энтерогенной интоксикации.

11. В схему лечения пациентов с РП рекомендуется включить интраоперационное промывание брюшной полости слабым гипертоническим раствором с чередованием контрастных температур, что увеличивает клиническую эффективность лечения и экономические показатели.

## **СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ**

### **Статьи в рецензируемых журналах:**

[1-А] Сараев А.Р. Современные аспекты диагностики и лечения перитонитов. [Текст] / А.Р. Сараев, К.М.Курбонов, Ф.И. Махмадов // Известия Академии наук РТ, отделение биологических и медицинских наук. - 2010. - №2 (171) - С.83-87

[2-А] Сараев А.Р. Прогнозирование исхода и выбор лечебной тактики при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, К.М. Курбонов, Ш.К. Полвонов, Д.С. Халимов. // Вестник Авиценны. 2015 - №3 - с.112-116 .

- [3-А] Сараев А.Р. Усовершенствование классификации перитонитов. [Текст] / А.Р. Сараев // Вестник Авиценны. 2018. - №4 - с.442-447. Doi:10.25005/2074-0581-2018-20-4-442-447
- [4-А] Сараев А.Р. Патогенез и классификация распространенного перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров // Хирургия. Журнал им. Пирогова Н.И. 2019. - №12 - с.106-110. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2019121106>
- [5-А] Сараев А.Р. Хирургическая тактика при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров, Дж.С. Халимов. // Здравоохранение Таджикистана. 2019. - №4 – с.
- [6-А] Сараев А.Р. Поксозии контрастии ковокии шикам ва энтеросорбсия хангоми табобати перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров, Ҷ.С. Ҳалимов // Авчи Зухал. - 2020. - №1 с.11-16.
- [7-А] Сараев А.Р. Биомаркеры воспаления и сепсиса в диагностике стадий распространенного перитонита [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде, Сабурова А.М. // Вестник Авиценны. - 2020. - №22(2) - с.280-285. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-2-280-285>.
- [8-А] Сараев А.Р. Роль моноцитов в патогенезе распространённого перитонита [Текст] \ А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде. \ Вестник Авиценны. – 2020. - № 22(3). С. 453-458. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-3-455-460>.
- [9-А] Сараев А.Р. Тактика лечения тяжёлых форм распространённого перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде. // Здравоохранение Таджикистана. – 2020. - №3 – с.51-57.
- [10-А] Сараев А.Р. Алгоритми тактикаи табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров, Ҷ.С. Ҳалимов. // Авчи Зухал. – 2020. - №2 с. 14-21.
- [11-А] Сараев А.Р. Поксозии видеолапароскопии ковокии шиками беморон бо перитонити паҳнғашта дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Б.Дж. Султонов. // Авчи Зухал. – 2020. - №4 – с.79-85.
- [12-А] Сараев А.Р. Алгоритми пешгуӣи оқибати табобати перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев // Илм ва фановари. – 2021 - №3 – с.85-90.
- [13-А] Сараев А.Р. Арзёбии вазнинии ҳолати беморон бо перитонити паҳнғашта дар асоси таснифи нав [Матн] / А.Р. Сараев // Здравоохранение Таджикистана. – 2021 - №4 – с.88-93. DOI:10.52888/0514-2515-2021-351-4-88-93
- [14-А] Сараев А.Р. Самаранокии поксозии видеолапароскопии ковокии шиками хангоми перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.Қ.Назаров, Қ.Р.Холов // Симурғ.- 2021 - №10(2) – с.48-53.
- [15-А] Сараев А.Р. Патогенези перитонити паҳнғашта ва сепсиси абдоминалӣ [Матн] / А.Р. Сараев //Авчи Зухал.- 2021 - №2 – с.131-136.
- [16-А] Сараев А.Р. Муайян кардани нишондод барои поксозии лапароскопии барномавӣ хангоми перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев//Авчи Зухал.- 2021 - №4 – с.116-119.

[17-А] Сараев А.Р. Нақши биомаркерҳо дар таъхискуни ва пешгуи авҷирии сепсиси абдоминалӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев // Симурғ -2021 – 13(1) – с. 14-22.

[18-А] Сараев А.Р. Таърих ва вазъи кунунии масъалаи истифодабарии лапароскопия ҳангоми перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев// Симурғ - 2021 - №11(3) – с.122-128.

[19-А] Сараев А.Р. Лапароскопические санации брюшной полости в послеоперационном ведении больных с распространенным перитонитом [Текст] / А.Р. Сараев // Скорая медицинская помощь. - 2022 - №1.Т.23 – С.45-49 DOI:10.24884/2072-6716-2021-23-1-45-49

[20-А] Сараев А.Р. Арзёбии вазнинии ҳолат дар пешгуи оқибати перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев // Вестник последипломного обр. в сф. здрав. – 2022 - №1 – с.69-74.

### **Статьи и тезисы в сборниках конференций**

[21-А] Сараев А.Р. Прогнозирование, профилактика и лечение инфекционных осложнений у больных с распространенным перитонитом. [Текст] / А.Р. Сараев, М.Х. Хайруллоев, С.Т. Назипов, Ф.И. Махмадов // Материалы III городской НПК «Актуальные вопросы неотложной хирургии». Душанбе - 2012 - с. 35-39.

[22-А] Сараев А.Р. Современные возможности диагностики и лечения послеоперационных внутрибрюшных осложнений. [Текст] / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, А.Р. Сараев // Материалы III городской НПК «Актуальные вопросы неотложной хирургии». Душанбе - 2012 - с. 29-32.

[23-А] Сараев А.Р. Диагностика и лечение послеоперационного перитонита. [Текст] / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, Г.Т. Камилов, А.Р. Сараев, М.Х. Хайруллоев. // Материалы III городской НПК «Актуальные вопросы неотложной хирургии». Душанбе - 2012 - с. 181-182.

[24-А] Сараев А.Р. Ба таври муқобил шустани ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғашта. [Матн] / А.Р. Сараев, К.М. Курбонов // Авҷи зухал.- 2014 - №1 - с. 6-11

[25-А] Сараев А.Р. Метод программных санаций в лечении распространенного перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, К.М. Курбонов // Материалы международной НПК «Хирургическая обработка ран и гнойно-некротических очагову детей и взрослых». - Москва - 2014 - с.137-138.

[26-А] Сараев А.Р. Микробный пейзаж распространенного перитонита в стадии абдоминального сепсиса. [Текст] / А.Р. Сараев, К.М. Курбонов // Материалы годичной НПК ТГМУ посвящ. 75-летию ТГМУ. - Душанбе, - 2014г. - С.76-79.

[27-А] Сараев А.Р. Выбор тактики лечения при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, К.М.Курбонов // Сборник научных трудов кафедры хирургических болезней №1 Душанбе-2014 - С.58-60.

[28-А] Сараев А.Р. Контрастное промывание брюшной полости в комплексном лечении распространенного перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, А.Р.Сараев,

К.М.Курбонов // Материалы 63 годичной НПК ТГМУ, Душанбе, - 2015г. - с.486-488.

[29-А] Saraev A.R. Etiology and prognostic factors of unfavorable outcome of treatment among patients with generalized peritonitis. [Text] / A.R.Saraev // Материалы 63 годичной НПК ТГМУ, Душанбе - 2015г. - С. 637-639.

[30-А] Сараев А.Р. Этиология и прогностические факторы неблагоприятного исхода лечения больных с распространенным перитонитом [Текст] / А.Р. Сараев, М.М.Мавҷудов, Ш.С.Сайдалиев. // Ҷарроҳии бетаҳъир (Неотложная хирургия). - 2016. - №1 С. 56-60.

[31-А] Сараев А.Р. Структура и антибиотикорезистентность микроорганизмов при распространенном перитоните в стадии абдоминального сепсиса. [Текст] / А.Р. Сараев, К.Н.Дабуров, М.Х.Хайруллоев // Ҷарроҳии бетаҳъир (Неотложная хирургия).- 2016 - №1 - С.50-55.

[32-А] Сараев А.Р. Факторы прогнозирования исходов лечения распространенного перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, Х.Ш.Назаров // Годичная международная НПК ТГМУ. – 2017.- С.346-409.

[33-А] Сараев А.Р. Возможности видеолапароскопии в программных санациях брюшной полости. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Б.А. Икромов, С.Г. Али-Заде.// Материалы 66 НПК ТГМУ 2018г. - С. 226-227.

[34-А] Сараев А.Р. Сравнительная оценка прогнозирования исхода у больных с распространенным перитонитом [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К.Назаров, Х.Ш.Назаров. // Проблемы гастроэнтерологии - 2018. - № 2(67) - С.40-44.

[35-А] Сараев А.Р. Видеолапароскопические программные санации при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Г.Т. Камиллов, Х.Ш. Назаров. // Вестник МК Истиклол 2018г. - №3 - с.50-54.

[36-А] Сараев А.Р. Классификация и тактика лечения распространенного перитонита. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров.// Вестник МК Истиклол 2018г. - №4 – с. 45-51.

[37-А] Сараев А.Р. Методы прогнозирования исхода при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Али-заде. // Материалы 67 НПК ТГМУ 2019. - том 1 - с.385-387.

[38-А] Сараев А.Р. Структура микробного пейзажа распространённого перитонита при программных санациях брюшной полости. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Н.К. Дабуров.// Симург 2020. - №5(1) - с.52-55

[39-А] Сараев А.Р. Определение показаний к релапаротомии при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде // Материалы 68 НПК ТГМУ 2020г. - том 2 - с.290-292.

[40-А] Сараев А.Р. Молекулаҳои массаи миёна ҳамчун меъёри вазнинии ҷараён ва пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта. [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде // Материалы 68 НПК ТГМУ 2020г. - том 2 - с. 292-294.

[41-А] Сараев А.Р. Усовершенствованная классификация стадий распространенного перитонита [Текст] / А.Р. Сараев // Сборник статей и



тезисов международной НПК (Самарканд). Проблемы биологии и медицины. - 2021.- №6.1 (133) – с 353-358.

### **Монография**

1. Перитонити паҳнғашта (пешгӯии оқибат ва интихоби тактикаи табобат). [Матн] / А.Р. Сараев // Матбуоти вазорати маориф ва илми ҚТ, 2022. – 184с.

### **Патент на изобретение**

1. Сараев А.Р. Тарзи коркарди ковокии шикам ҳангоми ҷарроҳии перитонити паҳнғашта (Способ интраоперационной обработки брюшной полости при распространенном перитоните). [Матн] / К.М.Қурбонов, П.К.Холматов // № ТЈ610. - Душанбе, - 14.04.2014.

2. Сараев А.Р. Тарзи найчагузории рӯда ҳангоми перитонити паҳнғашта (Способ интубации кишечника при распространенном перитоните). [Матн] / Ш.Қ.Назаров // № ТЈ1316- Душанбе - 18.11.2022.

### **Свидетельства о рационализаторских предложениях**

1. Сараев А.Р. Усули пешгирии баъдаҷарроҳии часпишҳо ва абссесҳои дохилишикамӣ (Способ профилактики послеоперационных внутрибрюшных абсцессов и спаек) [Матн] / Сараев А.Р., Қурбонов К.М., Полвонов Ш.К. // №3382/R597 аз 25.02.2014.– содиршуда МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

2. Сараев А.Р. Усули пешгирии пайдоиши парези баъдичарроҳии рӯдаҳо дар шароити перитонит (Способ профилактики развития послеоперационного пареза кишечника в условиях перитонита) [Матн] / Сараев А.Р., Назаров Х.Ш., Ҳалимов Ҷ.С // №3583/R635 аз 13.02.2018.– содиршуда МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АС – абдоминальный сепсис  
ВБД – внутрибрюшное давление  
ГОУ ТГМУ – государственное образовательное учреждение Таджикский  
государственный медицинский университет  
ИЛ – интерлейкин  
ИП – индекс перитонита  
КОЕ – колонииобразующие единицы  
ЛПС – липополисахариды  
ЛСС – лапароскопическая санация  
ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии  
ПКТ – прокальцитонин  
ПСП – пресепсин  
РП – распространенный перитонит  
СРБ – С-реактивный белок  
ССВР – синдром системной воспалительной реакции  
СШ – септический шок  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ФГДС - фиброгастродуоденоскопия  
ФНО – фактор некроза опухоли  
ЧДД – частота дыхательных движений  
ЧСС – частота сердечных сокращений  
ЭИ –эндогенная интоксикация  
ЭКГ – электрокардиография  
ЭПК – эндотелиальные прогениторные клетки

## АННОТАТСИЯ

Сараев Алишер Раҳматуллоевич

### Оптимизатсияи пешгӯии оқибат ва интихоби тактикаи табобати перитонити паҳнғашта

**Калимаҳои калидӣ:** таснифи перитонит, пешгӯӣ ҳангоми перитонит, релапаротомияи барномавӣ, поксозии лапароскопӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтаргардонии натиҷаҳои табобати беморон бо перитонити паҳнғашта тариқи пешгӯии самараноки оқибати он ва интихоби тактикаи мусоиди табобат.

**Усулҳои таҳқиқот:** Беморон аз таҳқиқотҳои умуми клиникӣ ва озмоишӣ гузаштанд, аз ҷумла арзёби клиникии вазнинии ҳолати беморон, шарҳи нишондиҳандаҳои озмоишӣ, усулҳои асбобии таҳқиқот. Нишондиҳандаҳои биохимиявии зардоби хун дар анализатори нимавтоматикаии «Connaу-multi», анализаторҳои автоматикаии биохимиявии Hitachi 902, 912 бо истифодаи маҷмӯаҳои марқаҳои стандартии Human (ИМА), Roche (ИМА), Bion (Олмон) ва Cognau (Полша) муайян карда шуданд. Нақшаи стандартии клиникӣ-озмоишӣ таҳқиқоти беморон бо арзёбии сатҳи пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ, интерлейкин-6, пайвастагиҳои миёнамолекулярӣ ва фраксияи онҳо дар зардоби хун, ҳамчунин муайян кардани миқдор ва қобилияти пайвасткунандагии албумини зардоб илова карда шуданд. Сатҳи пресепсин дар системаи таҳлили PATHFAST (Mitsubishi Chemical Europe GmbH) муайян карда шуд. Нишондиҳандаҳои референтӣ – то 337 пг/мл. Диапазони ченкунӣ 20-20000 пг/мл. Барои муайянкунии дақиқи миқдори сатҳи прокалситонин мо дар таҳқиқоти худ тести BRAHMS PCT LIA (қаблан LUMItest PCT ном дошт)-ро ба кор бурдем, ки тавассути люминометри ғайриавтоматикӣ гузаронида шуд. Иттилооти дар рафти таҳқиқот ҳосилшуда ба базаи маълумотҳо, ки ба воситаи барномаи Microsoft Excel 2016 ва STATISTICA 10 сохта шудааст, дохил карда шуд.

**Натиҷаҳои ба дастоварда ва навгониҳои илмӣ.** Таснифи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта, системаи пешгӯии “шоҳиси перитонит” барои арзёбии вазнинии ҳолати бемор ва пешгӯии оқибати табобати онҳо коркард шудаанд. Истифодабарии нишондиҳандаҳои молекулаҳои массаи миёнаи зардоби хун ва панели биомаркерҳо (пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ ва ИЛ-6) барои тақсими беморон ба мақсади муайяннамоии саривақти тактикаи чораҳои табобатӣ-профилактикӣ, ҷарроҳӣ ва ислоҳоти табобати интенсивӣ. Алгоритми табобатӣ-профилактикӣ коркард шудааст, ки ба пешгӯии дақиқи инкишофи аворизи фасодӣ-сироятии ковокии шикам ва муайяннамоии нишондод барои релапаротомияи санатсионӣ мусоидат мекунад. Усули самараноки коркарди ковокии шикам бо маҳлули сусти хипертоникӣ дар ҳароратҳои муқобил, аз ҷумла бо истифода аз технологияи лапароскопӣ, пешниҳод шудааст.

**Тавсияҳо барои истифодабарӣ.** Истифодабарии таснифи пешниҳодшудаи марҳилаҳои перитонит ва системаи коркардшудаи пешгӯии «шоҳиси перитонит» ба мақсади интихоби тактикаи асоснокшудаи табобат ва муайянсозии зарурати поксозии такрорӣ ковокии шикам мувофиқи мақсад аст. Барои пешгӯии эътимоднок, таҳхиснамоии саривақти ивази марилаҳо бо гузарондани табобати мақсаднок, истифодабарии маълумот дар бораи панели биомаркерҳо (пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ ва ИЛ-6) дар хун лозим аст. Истифодабарии усулҳои лапароскопӣ дар марҳилаи бармаҳали баъдазҷарроҳӣ барои гузарондани поксозии барномавии ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғашта мувофиқи мақсад аст.

**Соҳаи истифодабарӣ.** Ҷарроҳии фаврии абдоминалӣ.

## АННОТАЦИЯ

Сараев Алишер Рахматуллоевич

### Оптимизация прогнозирования исхода и выбора тактики лечения распространенного перитонита

**Ключевые слова:** классификация перитонита, прогнозирование при перитоните, программированная релапаротомия, лапароскопическая санация.

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения больных с распространенным перитонитом путем оптимального прогнозирования исхода лечения и выбора предпочтительной тактики лечения при данной патологии.

**Методы исследования.** Больным выполнен комплекс клинических и лабораторных исследований, включающие в себя клиническую оценку тяжести состояния пациентов, интерпретацию лабораторных показателей в динамике, инструментальные методы исследования. Биохимические параметры плазмы крови устанавливали с помощью полуавтоматического анализатора «Comau-multi», автоматического биохимического анализатора Hitachi 902, 912 с применением комплекса стандартных марок Human (США), Roche (США), Biocon (Германия) и Comau (Польша). Стандартная схема клинико-лабораторных исследований больных включала оценку уровня пресепсина, прокальцитонина, С-реактивного белка, интерлейкина-6, среднемолекулярных соединений и их фракций в плазме крови, а также дополнительно определяли количество и связывающую способность альбумина плазмы. Уровень пресепсина определялся при помощи аналитической системы PATHFAST (Mitsubishi Chemical Europe GmbH). Референтные значения – до 337 пг/мл. Диапазон измерений 20-20000 пг/мл. Для точного определения уровня прокальцитонина применяли тест BRAHMS PCT LIA, исполненного с помощью неавтоматического люминометра. Результаты исследования введены в базу данных, построенных с помощью программы Microsoft Excel 2016 и STATISTICA 10.

**Полученные результаты и их новизна.** Разработаны классификация стадий распространенного перитонита, прогностическая система оценок «индекс перитонита» для оценки тяжести состояния больных и прогнозирования исхода их лечения. Применены показатели молекул средней массы плазмы крови и панели биологических маркеров (пресепсина, прокальцитонина, С-реактивного белка и ИЛ-6) для стратификации больных с целью своевременного определения тактики лечебно-профилактических мер, оперативного лечения и проведения коррекции интенсивной терапии. Разработан лечебно-диагностический алгоритм способствующий в раннем послеоперационном периоде достаточно точно прогнозировать прогрессирование гнойно-септических осложнений в брюшной полости и определить показания к санационной релапаротомии. Предложена эффективная методика обработки брюшной полости при распространенном перитоните слабым гипертоническим раствором контрастных температур в том числе с применением лапароскопических технологий.

**Рекомендации по их использованию.** Использование предложенной классификации стадий перитонита и разработанной прогностической системы «индекс перитонита» целесообразно в целях объективного выбора обоснованной лечебной тактики и определения необходимости повторных санаций брюшной полости. Для надежного прогнозирования, своевременной диагностики смены стадий перитонита и медикаментозного пособия при проведении целевого профилактического лечения, необходимо использовать данные об уровне панели биомаркеров (пресепсина, прокальцитонина, С-реактивного белка и ИЛ-6) в крови. Целесообразно использовать лапароскопические методики в раннем послеоперационном периоде для проведения программной санации брюшной полости при распространенном перитоните.

**Область применения.** Неотложная абдоминальная хирургия.

## ANNOTATION

Saraev Alisher Rahmatulloevich

### Optimization of prediction of generalized peritonitis outcome and of the choice of the tactics of its treatment

**Key words:** classification of peritonitis, prognosis in peritonitis, programmed relaparotomy, laparoscopic debridement.

**Purpose of the study.** Improving the efficiency of treatment of patients with generalized peritonitis by optimal prediction of the outcome of treatment and the choice of preferred treatment tactics for this pathology.

**Research methods.** The patients underwent a complex of clinical and laboratory studies, including a clinical assessment of the severity of the patient's condition, interpretation of laboratory parameters in dynamics, and instrumental research methods. Biochemical parameters of blood plasma were determined using a «Connay-multi» semi-automatic analyzer, Hitachi 902, 912 automatic biochemical analyzer, using a set of standard Human (USA), Roche (USA), Biocon (Germany) and Cormay (Poland) reagents. The standard scheme of clinical and laboratory studies of patients included an assessment of the level of presepsin, procalcitonin, C-reactive protein, interleukin-6, medium sized molecules and their fractions in blood plasma, and also determined the amount and binding capacity of plasma albumin. The presepsin level was determined using the PATHFAST analytical system (Mitsubishi Chemical Europe GmbH). Reference values - up to 337 pg / ml. Measurement range 20-20000 pg/ml. To accurately determine the level of procalcitonin, the BRAHMS PCT LIA test was used, performed using a non-automatic luminometer. The results of the study were entered into a database built using Microsoft Excel 2016 and STATISTICA 10.

**The results of the study and their novelty.** A classification of the stages of generalized peritonitis, a prognostic system of assessments "peritonitis index" were worked out to assess the severity of the condition of patients and predict the outcome of their treatment. The indicators of the blood plasma medium sized molecules and a panel of biological markers (presepsin, procalcitonin, C-reactive protein and IL-6) were used to stratify patients in order to timely determine the tactics of therapeutic and preventive measures, surgical treatment and correction of intensive care. A therapeutic and diagnostic algorithm has been developed that contributes in the early postoperative period to accurately predict the progression of purulent-septic complications in the abdominal cavity and determine the indications for sanitation relaparotomy. An effective method of debridement of the abdominal cavity with generalized peritonitis with a weak hypertonic solution of contrast temperatures, including the use of laparoscopic technologies, has been proposed.

**Recommendations for their use.** The use of the proposed classification of the stages of peritonitis and the developed prognostic system "peritonitis index" is advisable for the purpose of an objective choice of reasonable treatment tactics and determining the need for repeated sanitation of the abdominal cavity. For reliable prediction, timely diagnosis of changes in the stages of peritonitis and medication during targeted preventive treatment, it is necessary to use data on the level of a panel of biomarkers (presepsin, procalcitonin, C-reactive protein and IL-6) in the blood. It is advisable to use laparoscopic techniques in the early postoperative period for the programmed sanitation of the abdominal cavity on generalized peritonitis.

**Application area.** Emergency abdominal surgery.