

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

ТДУ 616.381-002-031.8 1-089

Бо ҳуқуқи дастнавис

САРАЕВ АЛИШЕР РАҲМАТУЛЛОЕВИЧ

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

**Диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
доктори илмҳои тиббӣ аз рӯи ихтисоси
14.01.17- Ҷарроҳӣ**

Мушовири илмӣ:

доктори илмҳои тиббӣ, дотсент

Назаров Шохин Қувватович

Душанбе 2023

МУНДАРИЧА

Номгӯи ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ.....	5
Муқаддима.....	6
Тавсифи умумии таҳқиқот.....	10
Боби 1. Маълумот аз тасниф, патогенез, пешгӯии оқибат ва асосҳои таъхис ва табобати перитонити паҳнғашта (шарҳи адабиёт).....	17
1.1. Таърихи ҷарроҳии перитонит ва таснифи перитонит.....	17
1.2. Патогенези перитонити паҳнғашта ва сепсиси абдоминалӣ.....	26
1.3. Системаҳои арзёбии ҳолати бемор ва пешгӯии оқибати табобати перитонити паҳнғашта.....	33
1.4. Концепсияи муносири тактикаи табобат ва усулҳои табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта.....	43
Боби 2. Мавод ва методҳои таҳқиқот.....	60
2.1. Тавсифи муоинаҳои клиникӣ.....	60
2.2. Тавсифи методҳои таҳқиқот.....	67
2.2.1. Методҳои асосии таҳқиқот.....	67
2.2.2. Муайян кардани сатҳи пресепсин дар хун.....	68
2.2.3. Муайян кардани сатҳи прокалситонин дар хун.....	69
2.2.4. Муайян кардани сатҳи сафедаи С-реактивӣ дар хун.....	70
2.2.5. Муайян кардани муҳтавои интерлейкин-6 дар хун.....	72
2.2.6. Усули флуоресцентии муайян намудани миқдор ва қобиляти пайвастандагии албумини зардоби хун.....	74
2.2.7. Муайян намудани сатҳи молекулаҳои массаи миёна дар хун.....	76
2.2.8. Муайян кардани маҳсулоти пероксидшавии липидҳо дар хун.....	77
2.2.9. Системаҳои балли арзёбии вазнинии ҳолати бемор.....	79
2.2.10 Таҳқиқоти бактериологӣ ва эксудати перитонеалӣ.....	80
2.2.11. Муайянкунии дараҷаи фишорбаландии дохилишикамӣ.....	86

2.3. Тавсифи усулҳои табобат.....	86
2.3.1. Принципҳои асосии табобати перитонити паҳнғашта.....	86
2.3.2. Усули санатсияи контрастии ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғашта.....	90
2.3.3. Усул ва техникаи гузаронидани поксозии видеолапароскопӣ.....	92
2.4. Усулҳои омории коркарди натиҷаҳои таҳқиқот.....	98
Боби 3. Тасниф ва арзёбии вазнинии чараёни перитонити паҳнғашта ва пешгӯии оқибати он.....	100
3.1. Таснифи такмилдодашудаи перитонити паҳнғашта.....	100
3.2. Арзёбии клиникӣ-озмоишии вазнинии ҳолат дар пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта.....	109
Боби 4. Системаи интегралӣ пешгӯии оқибати табобати перитонити паҳнғашта.....	129
4.1. Предикторҳои алоҳида ва омилҳои пешгӯикунии авҷгирии перитонити паҳнғашта.....	130
4.2. «Шохиси перитонит» дар пешгӯии оқибатҳои перитонити паҳнғашта.....	143
Боби 5. Биомаркерҳои илтиҳоб ва сепсис дар арзёбии вазнинии чараён ва пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта.....	151
5.1. Молекулаҳои массаи миёнаи плазмаи хун ҳамчун меъёри вазнинии чараён ва пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта.....	151
5.2. Панели биомаркерҳо дар арзёбии вазнинии ҳолати беморон бо перитонити паҳнғашта.....	161
5.3. Панели биомаркерҳо дар пешгӯии авҷгирии сепсиси абдоминалӣ дар беморони мубталои перитонити паҳнғашта.....	166
5.4. Патогенези шоки септикӣ ҳангоми авҷгирии перитонити паҳнғашта.....	174
Боби 6. Интихоби тактикаи табобати перитонити паҳнғашта дар асоси пешгӯии оқибати он.....	178

6.1. Пешгӯии оқибатҳои перитонити паҳнғашта ва тафриқагузори тактикаи табобат тавассути ҳолҳои ҷадвали арзёбии вазнинии ҳолат.....	178
6.2. Муайян намудани нишондодҳо барои гузарондани поксозии ковокии шикам дар давраи бармаҳали пасазчарроҳӣ.....	185
6.3. Тафриқаи тактикаи чарроҳии беморон бо шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта.....	201
6.4. Алгоритми интиҳоби тактикаи чарроҳии беморон бо перитонити паҳнғашта.....	206
Боби 7. Тадбирҳои дохилиамалиётӣ ҳангоми табобати комплекси перитонити паҳнғашта.....	222
7.1. Чораҳои махсус ҳангоми лапаротомия дар беморони гирифтори перитонити паҳнғашта.....	222
7.2. Усули контрастии поксозии ковокии шикам ҳангоми чарроҳии перитонити паҳнғашта.....	231
7.3. Поксозии видеолапароскопии ковокии шиками беморон бо перитонити паҳнғашта дар марҳилаи баъдазчарроҳӣ.....	237
Боби 8. Баррасии натиҷаҳои таҳқиқот.....	255
Хулоса.....	282
Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот.....	284
Рӯйхати адабиёт.....	288
Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия.....	323
Замимаҳо.....	329

Номгӯи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

АБВП – арзёбии босирии вазнинии перитонит

В.З.О. – воҳиди зичии оптикӣ

ДОБ – дараҷаи олудагии бактериалӣ

ЗЭ – захролудшавии эндогенӣ

МММ – молекулаҳои массаи миёна

НПО – норасоии полиоргани

ОНО – омили некрози омос

ПВЛ – поксозии видеолапароскопӣ

ПКТ – прокалситонин

ПОЛ – пероксидшавии липидҳо

ПП – перитонити паҳнғашта

ПСП – пресепсин

СА – сепсиси абдоминалӣ

СКД – суръати кашишхурии дил

ССР – сафедаи С-реактивӣ

СТИС – синдроми таассури илтиҳобии системавӣ

СХН – суръати ҳаракатҳои нафас

ТК – томографияи компютерӣ

ТУС – таҳқиқоти ултрасадоӣ

ФДШ – фишори дохилишикамӣ

ХАП – хатари авҷгирии перитонит

ШЗЛ – шохиси захролудшавии лейкоцитарӣ

«ШП» – шохиси перитонит

«ШПМ» – шохиси перитонити Мангейм

ШРТИ – шуъбаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ

ШС – шоки септикӣ

ҒСА – ғализати самараноки албумин

ҒУА – ғализати умумии албумин

ҷ.м. – ҷисми микробӣ

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Мавҷуд набудани пешравихо дар натиҷаҳои табobati 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 табobati 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 [64, 65, 78]. Мувофиқи маълумоти Маркази ҷумҳуриявии омили 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 [113, 146, 154, 185, 287].

Боқӣ мондани ғавтияти зиёд аз бисёр ҷиҳатҳо ба ҷараёни вазнини перитонит алоқаманд мебошад, ки боиси инкишофи босуръати синдромҳои патологӣ ва зоҳиршавии клиникаи норасоии морфофункционалии полиорганӣ, аз ҷумла узвҳо ва системаҳои ҳаёттаъминкунанда мегардад [73, 75, 152, 213, 287]. Дар аксари ҳолатҳо беморӣ мувофиқи вариантҳои клиникӣ сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ сурат мегирад [30, 56, 60, 149, 185].

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 зиёдуро ба бор оварда, ба ин восита интиҳоби тактикаи табобатро низ душвор месозад [33, 53, 67, 269]. Дар робита ба ин оқибатҳои номусоиди перитонити паҳнғашта дар бештари мавридҳо дар натиҷаи саривактӣ набудан ва аз ҷиҳати андоза номуносиб будани

тадбирҳои табобатӣ чиҳати санатсияи ковокии шикам, детоксикатсияи организм, ислоҳи ихтилолҳои метабolikӣ, пайдо шудани норасоии полиоргани ва ғайра ба амал меоянд. Дар баробари ин, мураккаб будани шарҳу тафсири ҳолатҳои авҷгирандаи патологӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта аз бисёр чиҳатҳо ба набудани ҷудокунӣ 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 ҷараёнҳои патологӣ, аз ҷумла дисфунксияи эндотелиалӣ алоқаманд мебошад [62, 91, 186, 207, 211].

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 [73, 152, 204, 249].

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 ҷамъияти ҷарроҳон дастгирӣ пайдо кардааст [9, 122, 189, 212, 275]. Аммо мисли дигар усулҳои агрессивии ҷарроҳӣ, лапаростомия низ нишондодҳо, маҳдудиятҳо ва хусусиятҳои худро дорад ва маҷмӯи стандартӣ тадбир, ки фардикунониро талаб намекунад, ба ҳисоб намеравад, аммо самаранокии он танҳо ҳангоми табобати ҷараёни вазнини перитонити фасодноки паҳнғашта ба назар мерасад [189, 258, 262, 274]. Унсuri муҳимтарини воситаи ҷарроҳӣ ин усули деконтаминатсияи дохилиамалиётӣ ковокии шикам, декомпрессияи интестиналӣ ва лаважи энтералӣ ба ҳисоб меравад. Дар ин замина гуногунии усулҳо аз набудани муносибати ягона ҳангоми истифодаи онҳо гувоҳӣ

медихад [3, 80, 239]. Барои перитонити паҳнғашта пайдо шудани миқдори зиёди оризаҳои пасазчарроҳӣ хос аст, ки вазнинии ҷараёни онро боз ҳам вазнинтар мегардонанд ва хатари оқибатҳои марговарро зиёд месозанд [31, 46, 59, 63, 154]. Дар ин ҳолатҳо оризаи зиёдтарин дучоршаванда ва хатарноктар барои ҳаёти бемор перитонити авҷгиранда (persistent) мебошад. Бо дарназардошти чунин далелҳо метавон ибраз 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 самараноки оқибати он, гузорад.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. Ташхискунии бармаҳали оризаҳои фасодноки дохилишикамӣ ва манбаҳои боқимондаи сироят вобаста ба полиморфизми зухуроти клиникӣ-озмоишии ба перитонит хос, хеле мушкил аст [66, 101, 182]. Ин ҳоло дар давраи манифестатсияи оризаҳо ба муайян намудани шаклҳои аллакай қуҳнашудаи 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 принципиалӣ ва ҳалқунанда дорад, коркард ва дар фаъолияти клиникӣ татбиқ намудани усулҳои пешгӯӣ ва саривақт ошкор намудани ҷараёнҳои 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 [26, 43, 49, 83, 250].

Зухуроти клиникӣ, ки дар давоми шабонарӯзи аввали пайдо шудани ПП мушоҳида карда мешавад ва ҳамчун натиҷаи пешравии ҷараёни 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 иттилоётнокии ҷадвали арзёбии вазнинии ҳолати бемор, ки дар як қатор давлатҳои дунё сохта шудааст, коркарди

протоколҳои клиникии мувофиқати пасазчарроҳӣ, муайянкунии 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 (Mannheimer peritonitis index - MPI) ба ҳисоб мераванд [6, 14, 57, 76, 295]. Ҷустуҷӯии маркерҳои иттилоӣноки дорои ҳассосият ва махсусияти баланд нисбат ба паҳншавии илтиҳоб, дисфунксияи полиорганӣ ва ниҳоят ба оқибати беморӣ, идома дорад. Дар солҳои охир арзиши иттилоӣнокии прокалситонини зардоби хун исбот карда шудааст, ки сатҳи он бо ҳолҳои ҷадвали APACHE II мувофиқат мекунад [88, 92, 107, 168, 197]. Барои пешгӯӣ кардани оқибатҳои марговар ва авҷгирии сирояти абдоминалӣ биомаркерҳои Интерлейкин-6 ва сафедаи С-реактивӣ низ аҳамияти баланд доранд [17, 44, 240, 277, 299].

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 тақмили тактикаи табобати перитонити паҳншаванда» 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 фавти 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 биохимиявии 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 шӯбаи 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 пешгӯяндаи маҷмӯи предикторон (пресепсин, прокалситонин ва диг.) дар пешгӯии оқибатҳои табобати перитонити паҳнғашта озмуда шудааст.

Аввалин маротиба нақши моноситҳо дар патогенези шоки септикӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта омукта шудааст.

Роҳҳои тафриқаи 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 № TJ610 аз 14.04.2014.), найчагузори ретроградии рӯдаи борик ва ғафс (Патенти ҚТ № TJ1316 аз 18.11.2022.) ва энтеросорбсия (гувоҳномаи пешниҳоди беҳсозон №3583/R635 аз 13.02.2018) ҳангоми перитонити паҳнғашта муайян карда шудааст.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ амалии таҳқиқот дар он аст, ки муқаррароти назариявӣ ва методологӣ, хулоса 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 табobati 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-α кам мегардад, ки омили афзудани фавтият 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 найчавии 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.

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-тахлиявӣ 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 мубталои чунин бемори сахми арзанда мегузорад.

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

3. Санҷиши сатҳи пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ, интерлейкин-6, молекулаҳои массаи миёна дар хун барои марҳилаҳои гуногуни муқоисашавандаи перитонити паҳнғашта арзиши таъхирот 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 чараёни регенераторӣ дар эндотелии рағҳо мешавад.

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

6. Тадбирҳои дохилиамалиётӣ (найчагузории байни масорикаи рӯдаи борик, найчагузории ретроградии рӯдаи борик ва ғафс, энтеросорбсияи найчавӣ, поксозии ковокии шикам бо маҳлули сусти хипертоникӣ дар ҳароратҳои контрастӣ) самаранок, камосебовар, амалан бозътимод мебошад, имконияти беҳсозии чараёни барқарорсозии лаппиши рӯдахоро медиҳад, 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 поксозиҳои марҳилавии ковокии шикам афзалтар аст. Бо дарназардошти ҳамаи пайомадҳои ҷиддии манфии лапаростома аз рӯи 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 оморӣ натиҷаҳои таҳқиқот ва маводи интишоршуда тасдиқ карда шудааст. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар таҳлили илмӣ натиҷаҳои табобати 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 чарроҳӣ: шоки септикӣ, сепсис, перитонит, деструксияи бактериалии шушҳо, бемориҳои фасодии пӯст ва бофтаҳои мулоим ва ғ.;

6. Амалиётҳои чарроҳии лапароскопӣ ва торакоскопӣ;

8. Тайёрии пешазчарроҳӣ ва мувоҷибаи давраи пасазчарроҳӣ
ҷавобгӯ аст.

Саҳми шахсии доктарабон дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот.

Таҳқиқоти диссертатсионӣ асари илмӣ мустақили муаллиф мебошад. Пешниҳоди ғояи асосӣ ва мақсади таҳқиқот, коркарди равандҳои зарури методологӣ, ҳамаи пажӯҳишҳои клиникӣ, шарҳу тафсири адабиёти илмӣ 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.

Тасвир ва амалсозии натиҷаҳои диссертатсия. Нуқтаҳои асосии таҳқиқоти диссертатсионӣ дар конференсияи илмӣ-амалии 63-ми солони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналхалқӣ, ш.Душанбе, с.2015; конференсияи илмӣ-амалии 65-ми солони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналхалқӣ, ш.Душанбе, с.2017; конференсияи илмӣ-амалии 68-ми солони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналхалқӣ, ш.Душанбе, с.2020; конференсияи байналмиллалӣ илмӣ-амалии «Уфуқҳои чарроҳии муосир» ш.Самарқанд, с.2021; ҷаласаи кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 ба номи академи Курбонов К.М. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш.Душанбе, протокол №8 аз 19 февралӣ с.2022; ҷаласаи Ҷамъияти чарроҳони ҚТ, протокол №6 аз 03 июни с.2022; ҷаласаи 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 рӯйи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯйи мавзӯи диссертатсия 46 таълифот, аз он ҷумла 20 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои мӯътабари илмӣ тиббии КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 1 монография

«Перитонити паҳнғашта (пешгӯии оқибат ва интиҳоби тактикаи табобат)» ба чоп расонда шудааст, инчунин бо ҳаммуаллифон 2 патент барои ихтироъ (№ TJ610 аз 14.04.2014. ва № TJ1316 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»).

Сохтор ва ҳачми диссертатсия. Диссертатсия дар 337 саҳифа таълиф гардида, аз муқаддима, ҳашт боб, хулосаҳо, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот, рӯйхати адабиёт, интишорот аз рӯйи 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.

БОБИ 1

МАЪЛУМОТ АЗ ТАСНИФ, ПАТОГЕНЕЗ, ПЕШГУЌИИ ОҚИБАТ ВА АСОСҲОИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА (шарҳи адабиёт)

1.1. Таърихи ҷарроҳии перитонит ва таснифи перитонит

Мушкилоти табобати перитонити паҳнғашта, ханӯз дар даврони қадим, тариқи усулҳои сода ҳаллу фасл карда мешуданд. Табобати ҷарроҳӣ истифода карда намешуд, ки ин дар навбати худ ноилоч ба оқибатҳои марговар оварда мерасонид. Табобати ҷарроҳии перитонит дар тибби Аврупо аз асри I милодӣ (Соранус Эфесский) оғоз шуд. Он аз гузаронидани буришҳо дар мавзеи қадкашак иборат буд, ки мақсади онҳо обияткашии ковокии шикам буд (Histoire de la chirurgie, Presses universitaires de France, 1967.126p. ISSN 0768-0066). Инкишофу рушди ҷарроҳӣ дар асрҳои миёна дар Аврупо, аз сабаби манъ кардани таҳқиқотҳои илмӣ ва тиббӣ аз ҷониби калисо, боз дошта шуд.

Дар тибби Шарқи асри XI олими бузурги соҳаи тиб ва фалсафа, ҳамватани мо, шайх Абуалӣ ибни Сино барои равнақи ҷарроҳии абдоминалӣ саҳми арзандаи ҳудро гузоштааст, ташхискунии бемориҳои ҷарроҳии шикамро дар шароити ҳамзамони худ такмил бахшидааст ва асосҳои заҳматҳои эшон омили пайвасткунандаи байни ҷарроҳии атиқа ва ҷарроҳии давраи Эҳё дар Аврупо буд ва то ҳол дастурамали табибони муосир мебошанд.

Барои тавсифи ҷарроҳӣ Абуалӣ ибни Сино фаслҳои зиёди «Қонуни тиб»-ро бахшидааст. Ба тибби атиқа пайравӣ намуда Ибни Сино менавишт: «Мо гӯем: кори илоҷ ба яке аз се чиз анҷом ёбад: якум тадбир ва ғизохурӣ; дуввум ба корбурдани доруҳо ва севвум дасткорӣ». Маълум мешавад, ки дасткорӣ маънои ҷарроҳиро дорад.

Яке аз он чизҳое ки ба ҷарроҳии абдоминалӣ марбут аст ва сабаби перитонити паҳнғашта шуда метавонад, сӯрохшавии узви ҳозима мебошад. Каме аз маризоне, ки меъдаашон сӯрох шудааст, – менависад Ибни Сино, – наҷот меёбанд, агар суроҳӣ начандон калон бошад. Аммо онҳо бояд бе назорат намонанд ва табобатро гиранд: шояд баъзеи онҳо аз беморӣ раҳой ёбанд.

Нисбат ба абсаҳои дохили шикам, аз ҷумла абсаҳои узвҳои ковокии шикам Сино мегуфт: «Ҳар гоҳ бикафад, табларза ба амал ояд ва аз шикам риму хуноба ва ё чизе шабех ба дурди шароб берун омада, баробари он сабуки ва барҳам хӯрдани гаронии ҳисшаванда дарёфта шавад. Кафидани он ё ба сӯи рӯдаҳо буда, (рим) аз тариқи бироз берун ояд, ё ба сӯи гурдаҳо буда, аз тариқи пешоб берун ояд ва ё ба сӯи фазои андар шикам буда кафида, сабукию пучӣ дарёфта шавад».

Ҳангоми рахнашавии абса ба ковокии озоди шикам шикам бо буриши қачи поён дар мавзеи қадкашакҳо ба мақсади обияткаш кардани ковокии шикам кушода мешуд, ки ба таври зайл тавсиф дода шудааст: «Агар чунин иттифок биафтад, ки хуноба ба фазои шикам бирезад, ночор бояд пӯсти наздикии пайғулаҳо чок карда, мушакҳоро як сӯ сохт, то сифоқи даруние, ки «бориторун» (аз калимаи перитонеум) ном дорад, намудор гардад. Сипас, андар он шикофӣ сохта андар шикофӣ найча биниҳанд, то аз тариқи он рим берун ояд. Баъд аз он онро бо марҳамҳо муолаҷа кунад».

Чи тавре ки мебинем Ҳакими бузург Ибни Сино тарзи кушодани абсаҳо бо истифода аз найчаи борик бо усули ҷарроҳони пештараи Аврупо ба кор намебурд. Ё пайрави тактикаи консервативӣ, интизорӣ ва дидани ҷораҳои паллиативӣ ҳангоми бо перитонит оризадор шудани беморӣ буд.

Таърихи зиёда аз 200-солаи табобати ҷарроҳии беморони гирифтори перитонити паҳнғашта саршор аз умеду орзуҳо ва ҷаъсу ноумедихо буд. Ба таври ҷарроҳӣ бартаф намудани перитонит бори нахуст дар соли 1809 сурат гирифт, ҷарроҳ Э. МакДоуэлл [153] лапаротомияро иҷро намуда, кистаи фасодгирифтаи тухмдони зан (манбаи перитонитро) гирифта партофт ва ковокии шикамро обияткаш гузошт. Дар солҳои 20-30-уми асри XIX амалиётҳои ҷарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам хеле кам гузаронида мешуданд, асоси ҷарроҳии абдоминалӣ бо гузаронидани овариэктомия алоқаманд аст, ки дар давраи тоантисептикӣ бо оризаҳои баъдиҷарроҳӣ дучор гашта, ба фавти беморон (занҳо) оварда мерасониданд. Ҳолатҳои табобати муваффақиятнок бо худтабобаткунӣ ҳангоми хессаҳо, ва ё иҷро намудани бурришҳо барои обияткаш дар мавзёҳои тикҳои аз сабаби абсаҳои маҳдуд, алоқаманд буданд. Дар нимаи дуюми асри XIX, дар

баробари бартараф намудани тарсу ваҳм аз оқибати марговар, амалиёти чарроҳии ковокии шикам инкишоф меёбад. Нахустин лапаротомия, ҳангоми ташҳиси пешазамалиётии перитонит, аз тарафи олиму чарроҳи амрикоӣ L.Tait дар соли 1879 иҷро карда шуд, дар Россия - лапаротомияро А.И.Шмидт дар соли 1881 гузаронид. Лапаротомия тадбири зарури табобати перитонит шуда мондааст. Дар таҳқиқотҳои G.Wegner (1876), ки дар онҳо ибораи маъруфи «тарс аз Худованд ва ковокии шикам» ифода ёфтааст, ба мувофиқи мақсад будани иҷрои лапаротомия ишорат мекунам, дар соли 1886 бошад, Johannes Mikulicz von Radecky навишта буд: «Тарс аз ҷоқ кардани ковокии шикам дар рӯҳияи давраи тоантисептикӣ, хушбахтона, моли таърих шудааст».

Дар соли 1867 Кеберле истифодаи найчаи обияткашро асоснок намуд. R.U.Krdnlein дар соли 1886 кашида гирифтани экссудатро ҳангоми перитонити фасоднок пешниҳод кард. Дар ҳуди ҳамин солҳо усули шӯстани ковокии шикам бо антисептикҳо ба таври васеъ паҳн шуд. Дар баробари ин, J. Mikulicz ва А.А.Троянов (новобаста аз якдигар) бо мақсади маҳдуд сохтани чараёни илтиҳобӣ аз қисми боқимондаи ковокии шикам тампонадаи докагиро тавсия карданд, барои шӯстани ковокии шикам бошад, истифодаи маҳлули физиологиро пешниҳод намуданд, на ин ки антисептик ва химикатҳоро (сулема, хлорати симоб, маҳлули кислотаи карболӣ, оби хлорӣ, маҳлули тимол, пероксиди гидроген). Баъдан ин хулосаҳо дастгирӣ ёфтанд ва дар қорҳои Г.Ф.Сейдлер ва И.И.Греков мавриди истифода қарор гирифтанд.

Фикри шӯстани ковокии шикам бо маҳлулҳои физиологӣ ҳангоми перитонити авҷгиранда ва пасазчарроҳӣ дар Россия бори аввал аз тарафи В.Зиков дар рисолааш «Оид ба масъалаҳои табобати илтиҳобҳои паҳнғаштаи шадиди шикампарда» (1890) дарҷ гардида буд. Яке аз қорҳои илмии марҳилавӣ рисолаи М.Р.Осмоловский «Оид ба табобати перитонит» (1890) мебошад, ки дар он таҷрибаи табобати 180 бемор (фавтият 31,5%) ҷамъбаст шуда, зарурати гузаронидани релапаротомия ҳангоми перитонити пасазчарроҳӣ асоснок карда шудааст. Қадами хеле муҳим дар муваффақиятҳои пешравиҳои табобати беморони мубталои перитонит ин иттилооти W.Korte соли 1892 буд. Ҳангоми

таҷрибаҳо оид ба табобати ҷарроҳии илтиҳоби фасодноки сифокпарда бори нахуст талаботи ҳарчӣ барвақттар гузаронидани ҷарроҳӣ ташаккул ёфт. Истифода намудани табобати консервативӣ ҷиҳати бартараф сохтани беморӣ, кори ғалат ҳисобида мешуд. Тактикаи нав имконият дод, ки ғавтият танҳо аз ҳисоби барвақт гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ аз 87% то 65% коҳиш ёбад, ки дар он замонҳо дастоварди муҳим ба шумор мерафт.

Усулҳои гуногуни обияткашгузорӣ, ки як қисми онҳо имрӯз низ ҳукуки шаҳрвандӣ доранд, дар ибтидои асри XX аз тарафи С.П.Фёдоров (1901), А.Гагман (1901) пешниҳод карда шуда буданд. Самаранокии усулҳои гуногуни дренажгузории ковокии шикам, воситаҳои шӯстани ковокии шикам, усулҳои анҷом додани ҷарроҳӣ ва табобати мавзеи ҷароҳат мавриди муҳокима қарор доштанд ва имрӯз низ муҳокима мешаванд [130, 154].

Стратегияи табобати беморони гирифтори перитонит дар соли 1913 дар маҷмӯи қоидаҳо нашр шудааст — «Мақсади аввалин ва асоситарини табобати ҷарроҳӣ — бартараф кардани перитонит, нест кардани фасоди мавҷудбуда, фароҳам сохтани шароит барои нест кардани фасод пас аз ҷарроҳӣ». Соли 1926 дар конгресси ҷарроҳии Олмон аз тарафи профессор М.Киршнер [224] маъруза дар мавзӯи «Табобати перитонити паҳнғаштаи шадид» таҳия ва пешниҳод карда шуд. Дар он постулати зарур будани табобати барвақити ҷарроҳӣ ва ғавран бартараф сохтани манбаи сироят хотиррасон карда шудааст. М.Киршнер дар давоми таҷрибаи 30-солаи истифодабарии чунин тактика ғавтиятро ҳангоми перитонити диффузӣ аз 87% то 30,1% коҳиш дод. Нуқтаи дигари муҳиме, ки М.Киршнер барои муҳокимаи ҷарроҳони амалӣ пешниҳод карда буд, ин масъалаи мақсаднок ва самаранок будани шӯстани пасазҷарроҳӣ ба воситаи найчаҳои обияткаш буд. Дар асоси натиҷаҳои корҳои илмӣ олимони мазкури варзидаи сатҳи ҷаҳонӣ олимони тоҷик низ дар соҳаи ҷарроҳӣ мисли Қаҳҳоров А.Н., Гулмуродов Т.Г., Аҳмадзода С.М., Қурбонов К.М. саҳми арзандаи ҳудро гузоштанд. Мутахассисони номбурда маҳорати табобати перитонити паҳнғашта ҳангоми эпидемияи домана дар Ҷумҳурии Тоҷикистон солҳои 90-ми қарни XX-ро

сайқал дода, усулҳои прогрессивиро ба ҷамъияти ҷаҳонии ҷарроҳон пешниҳод намуданд.

Таърихи гурӯҳбандии перитонит намунаи инкишофи марҳилавӣ ва мураккаб шудани фаҳмиши қонунҳои инкишофи ин беморӣ мебошад. Принципиалӣ, ки асоси ҳар як таснифотро ташкил додаанд, дар заминаи параметрҳои муҳими клиникӣ бунёд шудаанд.

Ҷараёни перитонити паҳнғашта бо иваз шудани марҳилаҳо тавсиф меёбад. Тавре ки маълум аст, тобишҳои ҳар як марҳилаи перитонити паҳнғашта, ки дар он марҳила бемор дар статсионар бистарӣ шудааст, барои фардӣ қунонидани муносибат аснои интихоби тактикаи ҷарроҳӣ ва маҷмӯи тадбирҳои табобати интенсивӣ аҳамият доранд.

Меъёри нисбатан сода барои таснифи перитонит, ки дар асоси он таснифи И.И.Греков (1912) таҳия шуда буд, ин омили замон (вақт) аст. Ин тасниф натиҷаи муқоиса кардани арзёбии босирии ҳолати ковокии шикам ва замони инкишофи перитонит мебошад ва 3 дараҷа дорад:

- марҳилаи барвақт- то 12 соат;
- марҳилаи дер -3-5 рӯз.
- марҳилаи ниҳой баъди 6-21 рӯз пас аз саршавии беморӣ.

Аммо танҳо бо як омили вақтӣ ҳамаи хусусиятҳои инкишофи бемориро фаҳмонидан душвор аст, ки ин сабаби ҷустуҷӯи иттилооти иловагӣ барои звеноҳои патологӣ он гардид. Аз ҳамин сабаб, аллакай дар таҳқиқотҳои ибтидоӣ асри XX, истилоҳҳои «рехта» ва «диффузӣ» баррасӣ мешуданд.

Н.И.Напалков (соли 1927) пешниҳод кард, ки марҳилаҳои перитонит вобаста ба ҳолати функционалии роҳи ҳозима, ҳамчун системаи узвҳои зарбаи аввалини сироятро қабулқунанда, фарқ кунанд. Дар марҳилаи аввал, ба андешаи Н.И.Напалков, ҳабази баввоб ва қувват гирифтани кашишхӯрии ҷисми меъда ба мушоҳида мерасад, ки бо қайқуниҳои зиёд зоҳир мегардад. Дар марҳилаи дуюм нимфалаҷ ва фалаҷи роҳи ҳозима ба амал меояд. Дар ин маврид интоксикация, ки манбаи он ҳам экссудати перитониалӣ ва ҳам муҳтавои рӯдаҳо мебошад, ба вайроншавии функцияи детоксикасионии ҷигар, ихтилоли таносуби обу

электролитҳо ва дар ниҳояти кор ба вайроншавии фаъолияти системаи дилу рағҳо, равиши нафаскашӣ, ба вайроншавии лахтабандии хун оварда мерасонад.

Омили вақтӣ, ки бо натиҷаҳои табобат нисбатан бештар пайвастагӣ дорад, дар таҳқиқотҳои Б.А.Петров ва А.А.Беляев (1958), В.Я.Шлапоберский (1958), В.С.Левит (1961) дида мешаванд. Дар баробари омили вақтии инкишофи перитонит ин муаллифон ба омили паҳншавӣ ва маҳдудиятҳои перитонит аҳамияти калон медиҳанд. Б.А.Петров ва А.А.Беляев аз рӯи «вақт» чараёни перитонитро ба 3 марҳила ҷудо кардаанд: 12-72 соат, 73 соат - 5 шабонарӯз, 5-10 шабонарӯз, ки ин ба ақидаи муаллиф, ба марҳилаҳои ҷуброн, зерҷуброн ва ғайриҷуброншавии механизмҳои муҳофизатӣ мувофиқат мекунад.

В.Я.Шлапоберский чараёни перитонитро ба 4 марҳила ҷудо кардааст: дар марҳилаҳои аввал заҳролудшавӣ ва аксуламали сифокпарда пайдо мешаванд, дар ин муддат қобилияти ҷаббиш маҳфуз аст; минбаъд паҳншавии сирояти ковокии шикам, суст шудани қобилияти ҷаббишии он, ихтилоли аксулмачрои варидӣ дар системаи порталӣ, парези рӯдаҳо бо симптоматикаи дахлдор, сар мешаванд. Марҳилаҳои сеюм ва чоруми беморӣ инъикоси омили натиҷаи беморӣ, яъне бозгашт ва маҳдудшавии перитонит ва ҳамчун алтернатива, ба таври ниҳой пеш рафтани бадшавии ҳолати бемор, ки ба марг меанҷомад. В.С.Левит маҳдудшавӣ (ё маҳдуд нашудани) перитонитро новобаста аз паҳншавии аввалияи он омили муҳим шуморид ва мавриди истифода қарор додани истилоҳи «перитонити диффузӣ»-ро, таъсири хусусияти экссудати ковокии шикамро инкор накарда, исбот намуд.

К.С.Симонян исбот кардааст, ки паҳншавии перитонит нақши муҳими клиникӣ-ташхисӣ ва пешгӯикунандагӣ надорад ва фикри марҳилавӣ будани перитонит ва ба 3 марҳила ҷудо кардани чараёни онро пешниҳод намуд: марҳилаи реактивӣ, токсикӣ, терминалӣ, ки хусусияти вақтии онҳо то 24 соат, 24-72 соат, зиёда аз 72 соат аст. Имрӯз гуфтан мумкин аст, ки меъёрҳои вақтӣ на ҳамеша ба марҳилаҳои пешниҳодшудаи перитонит мувофиқат мекунад. Ғайр аз ин, азбаски ду таърифи аввал ба патофизиологияи перитонит ва таърифи сеюм ба пешгӯии он тааллуқ доранд, таснифро идеалӣ ҳисобидан мумкин нест, номи марҳилаҳо ва

ҳадҳои муваққатӣ пурра ба таври ҳаққонӣ ҳолати воқеии клиникаро инъикос намеkunанд, аммо нақшҳои ин муносибатро имрӯз ҳам дар таҳқиқотҳои ба таснифот бахшидашуда дидан мумкин аст.

Фаъолияти амалӣ нишон дод, ки ҳолати беморро ба чорчӯбаҳои вақтии зикршуда саҳт тобеъ кардан ғайриимкон аст. Маълум аст, ки вобаста аз чунин омилҳое, монанди хусусиятҳои муҳтавои патологӣ дар ковокии шикам, вирулентнокии барангезанда, мавҷуд будани бемориҳои ҳамрав, дараҷаи муқовиматии бемор, марҳилаҳои беморӣ метавонанд, ки хеле тӯл кашанд ва ё баръакс, монанди сепсиси барқосо, дар шабонарӯзҳои аввал то ҳадди ақал коҳиш ёбад. Таъкид кардан зарур аст, ки фаҳмиши марҳилавӣ будани инкишофи перитонит боиси интиҳоб кардани самти дурусти таҳқиқот гаштааст, худи таснифи К.С.Симонян бошад, нуктаи охирин дар фаҳмиши муносири проблемаҳои перитонит ба ҳисоб меравад [130].

Дар таснифи В.Д.Фёдоров кӯшиши дақиқ кардани меъёрҳои перитонити паҳнғашта ба назар мерасад, ки ба «диффузӣ» - камтар аз ду қабати ковокии шикам, «паҳнғашта» - зиёда аз ду табақаи ковокии шикам ва «умумӣ» - илтиҳоби тамоми сифокпарда, ҷудо карда шудааст [148]. Таснифи М.И.Кузин (с.1978) аз таснифҳои қаблӣ натавонанд бо муттаҳид кардани перитонитҳои диффузӣ ва паҳнғашта дар як гурӯҳ, балки бо муайян кардани марҳилаҳои пайдошавии беморӣ аз рӯи як қатор маркерҳои клиникӣ ва лабораторӣ низ фарқ меkunад. Ин тасниф аргументатсияи ҷиддии клиникӣ дорад, ки бо таълимоти сепсиси абдоминалӣ пайванди зич дорад. Б.Д.Савчук ба принсипи паҳншавии илтиҳоби фасоди ковокии шикам диққати ҷиддӣ додааст. Ҷудо кардани перитонит ба мавзёи ва паҳнғашта аз ҷиҳати тактикӣ мувофиқи мақсад ҳисобида мешавад, зеро ҷузъитар тақсим кардан дар амал хусусияти субъективӣ мегирад. Мавҷуд набудани меъёрҳои аз тарафи умум қабулшудаи дарки истилоҳоти «диффузӣ» ва «паҳнғашта» арзиши ин таснифҳоро каме коста месозад. Далели охирин сабаби сода кардани таснифоти В.Д.Фёдоров ва Б.Д.Савчук гашт, ки инро В.А.Попов анҷом дод. Ба ақидаи ин муаллиф, омили этиологӣ якҷоя бо намуди экссудати перитонеалӣ то андозаи назаррас хусусият ва ҷараёни перитонитро муайян

меkunанд. Ғайр аз ин ба сифати меъёри муҳими ҷараёни перитонит В.А.Попов мавҷудияти ҷуброншавӣ, зерҷуброншавӣ ва ғайриҷуброншавии вазифаи узвҳоро – бидуни дисфунксияҳои системаҳои узвҳо, бо дисфунксияи як узв, бо дисфунксияи полиорганӣ (ду ва зиёда система)-ро қабул менамуд.

Дар таснифи В.К.Гостишев (соли 1992) дар баробари марҳилаҳои беморӣ ва меъёрҳои вақт, ин омилҳо ба асос гирифта шудаанд: паҳншавии перитонит, хусусиятҳои экссудат, манбаи перитонит. Танзим нашудани масъалаҳои терминология нисбати паҳншавӣ ва хусусиятҳои экссудат, барои асосноккунии исботии дигар меъёрҳо имконият медиҳад. Дар тасниф ҳамбастагии замони пайдошавии перитонит бо комплекси аломатҳои сепсиси абдоминалӣ ва тавсияҳои муҳими клиникӣ оид ба тактикаи ҷарроҳӣ ва ташаккули ташхис хеле муҳим ба ҳисоб мераванд [32].

Дар «Таснифи феноменологии перитонит», ки дар кафедраи ҷарроҳии факултативии ба номи С.И.Спасокукотский ДДТР (Донишгоҳи давлатии тиббии Россия – мудири кафедра академик В.С.Савелев) таҳия шудааст, пешниҳод шудааст, ки перитонит аз рӯи омилҳои этиологӣ, паҳншавӣ ва намуди экссудат тақсим карда шавад. Муносибати нисбатан мақсадноктар нисбат ба меъёрҳои паҳншавии перитонит, муаллифони таснифот тавсия медиҳанд, ки равиши беморӣ ба перитонити мавзӣ ва паҳнғашта ҷудо карда шавад, бо он далел, ки дар муқоиса бо дигар истилоҳот – «умумӣ», «субтоталӣ», «тоталӣ» – дорои меъёрҳои дақиқи клиникӣ-морфологӣ ва нишондодҳои тактикӣ мебошанд.

Перитонити паҳнғашта перитонитеро меноманд, ки ду ё зиёда қабати ковокии шикамро фаро гирифта бошад. Аз рӯи вазнинӣ ҷудо кардани перитонити паҳнғашта вобаста ба фазаи патогенези он (реактивӣ, токсикӣ ё терминалӣ) ба перитонити бе аломатҳои сепсис, сепсиси перитонеалӣ, сепсиси вазнини перитонеалӣ, шоки сироятӣ-токсикӣ табдил дода шуд.

Дар адабиёти илмӣ оид ба мақсаднок будани ҷудо кардани перитонитҳо аз рӯи принсипи этиологӣ ба перитонити аввалиндараҷа, дуюмӣндараҷа ва сеюмӣндараҷа маълумот дода шудааст [37, 162, 171, 245, 248]. Таснифи перитонит, ки дар китоби «Табобати антибактериалии сирояти ҷарроҳии

абдоминалӣ», ки зери таҳрири В.С.Савелев ва Б.Р.Гелфанд соли 2003 оварда шудааст, нисбатан ҳозиразамон буда, аз тарафи ҷарроҳон ба таври васеъ истифода мешавад. Тавсифи схемаи нисбатан оптималии таснифоти перитонити пасазҷарроҳӣ (Е.Г.Григорев, 1996) низ дар ҳамин сарчашмаи илмӣ оварда шудааст.

Вобаста ба имкониятҳои таҳлилии нисбатан ба анҷомрасида дар асоси донишҳои тиббӣ муосир дар солҳои охир кӯшишҳо ба ҳарч дода шуда истодаанд, ки арзиши таснифоти перитонитро, ки дар заминаи меъёрҳои ғайристандартӣ, монанди мавҷудияти бактериемияи порталӣ ё бо ёрии систематизатсияи нисбатан мукамал бунёд шудаанд, исбот кунанд. Кӯшишҳои сохтани таснифоти нав, ба андешаи мо, бояд ки ба қадри кофӣ далелнок бошанд ва меъёрҳои дар амалия бо душворӣ исботшавандаро надошта бошанд [131].

Дар пленуми якҷояи комиссияи проблемавии «Ҷарроҳии таъҷилӣ» ва «Ҷарроҳии фасоднок» -и Шӯрои илмӣ байнимуассисавии ҷарроҳии АИТ ФР (Академияи илмҳои тиббӣ Федератсияи Россия) ва Вазорати нигоҳдории тандурустии Федератсияи Россия (Ростови лаби Дон 21-22.04. соли 1999) барои истифодаи амалӣ чунин таснифот тавсия карда шуда буд:

- аз ҷиҳати паҳншавӣ – перитонити мавзӣ ва паҳнғашта; перитонити паҳнғашта ба диффузӣ (аз доираи минтақаи манбаи илтиҳоб мебарояд ва ба минтақаҳои наздики ковокии шикам паҳн мешавад) ва паҳнғашта (минтақаи ковокии шикамро ба таври тоталӣ ва субтоталӣ фаро мегирад).
- аз рӯи хусусиятҳои экссудат – серозӣ, серозиву фиброзӣ, фасоднок.

Дар баробари ин, бо мақсади арзёбии дараҷаи дисфунксияҳои узвӣ ва нишондиҳандаҳои интегралӣ вазнинии бемор истифода кардани Шохиси Мангеймӣ перитонит тавсия дода шудааст, иттилоънокии APACHE II, SAPS, SOFA оӣ арзёбӣ карда шудааст. Дар адабиёти илмӣ оид ба таснифи перитонит маълумоти дигар низ мавҷуд аст, ки аз тарафи донишмандони Тоҷикистон Курбонов К.М., Даминова Н.М. ва хориҷаи дур асоснок карда шудаанд [91, 131, 183, 228].

1.2. Патогенези перитонити паҳнғашта ва сепсиси абдоминалӣ

Солҳои охир дар патогенези перитонит иловаҳои нави муҳим ворид карда мешаванд. Мувофиқи ақидаи бисёре аз клинисистҳо ва олимони пайдошудани чунин синдромҳо, монанди таассури системавӣ илтиҳобӣ, эндотоксикоз, норасоии энтералӣ, гипертензияи дохилишикамӣ, дисфунксияи эндотелиалӣ, стресси оксидкунанда аҳамияти махсус доранд [29, 86, 99, 170, 261].

Дар айни замон чунин омилҳои таъкилкунандаи патогенези перитонити паҳнғашта, ки ҷараён ва натиҷаи онро муайян мекунанд, инҳо мебошанд: надоштани қобилияти маҳдудсозӣ ва ҷудокунӣ ҷараёни фасодӣ-илтиҳобии макроорганизм дар назди манбаъ, ҳосилкунии фаъоли медиаторҳои илтиҳоб ва ҷаббиши онҳо яққоя бо токсинҳо ба хун, партоби ситокинҳо ба маҷрои хуни системавӣ ва осеби эндотелии рағҳо, ҳамроҳшудани норасоии энтералӣ ва баландшудани фишори интраабдоминалӣ, инкишофи синдроми таассури илтиҳобии системавӣ, интоксикацияи эндогенӣ ва сепсиси абдоминалӣ. [1, 61, 141, 170, 223]. Бисёрмили ва бисёрҷузъӣ будани ихтилолҳои патофизиологӣ дар организм ва пайдошудани тағйиротҳои мураккаби морфофункционалӣ дар узвҳо ва системаҳои алоҳида фоҷианок будани вазъиятро мефаҳмонад, дар таъбобати перитонит мушкilotи зиёдро ба вучуд меоранд [28, 67, 172, 263], вазифаи интиҳоби тактикаи оптималии таъбобат мураккабӣ ва гуногунии худро нигоҳ медорад.

Патогенези перитонити паҳнғашта – ҷараёни мураккаб ва тағйирёбандаи авҷгирии ихтилолҳои патофизиологӣ мебошад. Дар ин ҷараён хусусиятҳои тағйиротҳои мураккаби морфофункционалӣ ва синну соли бемор, вазнинии бемориҳои ҳамроҳшуда ва дигар омилҳои хатарниз саҳми калон доранд. Аммо дар патогенези ин оризаи вазнини эндотоксикоз нақши калидӣ дорад, ки ҳам дар натиҷаи дар организм ҷамъшавии маҳсулоти токсикӣ мубодилаи вайроншудаи моддаҳо ва ҳам дар натиҷаи ҷаббидани токсинҳо аз ковокии шикам инкишоф меёбад, азбаски ҳангоми перитонит якбора қабатҳои мезотелий ва сарҳадӣ (монетаи асосӣ барои ҳамаи воситаҳои бегона ва токсикӣ) ва сифоқпарда ҳангоми перитонит аз соатҳои аввал барои ҷаббидан кушода ҳастанд [95, 169].

Далели ба ҳамагон маълум он аст, ки асоси иммунопатогенези сепсисро каскади ситокинӣ ташкил медиҳад, ки таъсири онро ҳамкориҳои медиаторҳои зиддиинфлюэнца муайян мекунанд. Партоби бузурги ситокинҳо ба хун (интерлейкинҳо (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8), омили некрози омос, тромбоксан А2, лейкотриенҳо, омили агрегатсияи тромбоцитҳо) ба вайроншавии механизмҳои адаптатсионии танзими гомеостаз оварда мерасонад. Аксиламалҳои метаболикӣ идоранашванда мегарданд, синдроми таассури инфлюэнцаи системавӣ пеш меравад, ҳамаи ин бошад, механизми асосии пайдо шудани сепсис ба ҳисоб меравад. Ҳангоми пайдо шудани оризаҳои фасодӣ-инфлюэнцаӣ баланд шудани сатҳи интерлейкинҳо сабаби фаъолшавии нейтрофилҳо ва минбаъд таъсири саҳти харобкунандаи онҳо ба бофтаҳо мегардад [115, 178, 276].

Дар байни моддаҳои фаъоли биологӣ, ки эндотелий ҳосил мекунад, оксиди азот (NO) – муҳимтарин ба ҳисоб меравад. NO дар шароити муътадили физиологӣ натавонад ҳамчун вазодилататори пурқувват баромад мекунад, балки ҷараёнҳои ремоделизатсияи девораҳои рағҳоро нигоҳ медорад, адгезия ва агрегатсияи тромбоцитҳо, адгезияи моноцитҳоро бартараф месозад ва ба ин васила девораи рағҳоро аз бозсозӣҳои патологӣ муҳофизат менамояд [129, 143, 194]. NO таҳти таъсири ферменти NO-синтаз аз аминокислотаҳои L-аргинин ҳосил мешавад. Дар мавриди камбудии NO натавонад суғурӯ шудани вазодилататсия ба амал меояд, балки ҷараёни ремоделизатсияи девораҳои рағҳо, адгезия ва агрегатсияи тромбоцитҳо ва моноцитҳоро ба қор мебарорад. Таъсири вазодилататории NO бар муқобили таъсири вазоконстриктории эндотелинҳо равона карда шудааст [102, 147, 234].

Омӯзиши оқибатҳои дисметаболикии перитонит нишон дод, ки ҳангоми сепсиси ҷарроҳии абдоминалӣ, ки тақрибан дар ҳама фалокатҳои абдоминалӣ дида мешавад, ва ҳам ҳангоми склероз нақши асосиро (тригерино) худӣ ҳамон як омил, яъне эндотоксини микрофлораи граммусбат мебошад, ки потенциали патологӣи худро дар шакли дисфунксияи эндотелий амалӣ месозад, онро В.С.Савелев сабаби асосии бемориҳои дилу рағҳо ва фавти беморон пас аз гузаронидани перитонит номида буд [114].

Барои арзёбии ҳолати эндотелий маркерҳои гуногуни биохимиявӣ истифода мешаванд. Пеш аз ҳама ин андозагирии сатҳи метаболитҳои устувори NO (нитратҳо ва нитритҳо) дар зардоби хун ё пешоб мебошад [133, 261]. Аммо омӯхтани танҳо метаболитҳои NO дар плазма ё пешоб имконият намедиҳад, ки аз хусуси системаи нитратҳосилкунанда маълумоти пурра ба даст оварда шавад. Қобилияти оксиди азотро ҳосил кардани эндотелий нишондиҳандаи муҳиматрини ҷаҳонҳои функционалии он ба шумор меравад, ки он дар навбати худ аз бисёр ҷиҳатҳо ба сатҳи экспрессия ва ҷаҳонҳои ферменти eNOS иртибот дорад [90, 143, 147, 230, 234]. Азбаски имконияти бевосита андозагирӣ намудани экспрессия ва ҷаҳонҳои ферменти eNOS дар одамон дар шароити *invivo* имконнопазир аст, натиҷаҳои асосии таҳлили ин параметрҳо ва таъсири онҳо ба омилҳои гуногун дар ҳайвоноти озмоишгоҳӣ ва киштҳои ҳуҷайраҳо ба даст оварда шуд. Ба сифати маркерҳои потенсиалии дисфунксияи эндотелий як қатор моддаҳои дигар мавриди баррасӣ қарор доранд, ки маҳсулоти онҳо метавонад ҳолати эндотелиро инъикос намояд: активатори бофтавии плазминоген ва ингибитори он, тромбомодулин, омили Виллебрандт, сатҳи эндотелии дескваматсияшуда [90].

Инчунин дар патогенези ПП иштироки моноситҳо, ҳамчун омили барқароркунандаи эндотелии иллатёфта, ҷолиби таваҷҷуҳ мебошад [71]. Дар ин ҷода моноситҳо нақши ҳуҷайраҳои прогениторино мебозанд.

Зернавӣи шакли ҳалшавандаи сафедаи ретсептории sCD14, ки ҷузъҳои бактериалиро (липополисахаридҳо (LPS) ва сафедаҳо, ки ҳангоми сироятҳои системавӣ LPS-ро пайваст мекунанд) шинохта мекунанд, sCD14-ST номи пресепсинаро гирифт. Пресепсин дар натиҷаи таҷзияи sCD14 ҳангоми ҷараёни фагоситоз дар вақти илтиҳоб ба вучуд меояд [256, 285], баланд шудани он метавонад, ки аз вучуд доштани ҳам mCD14 (membrane – мембранӣ), ҳам sCD14 (soluble – ҳалшаванда) гувоҳӣ диҳад. Ин ретсепторҳо аз мембранаи моноситҳо/макрофагҳои ҷудо шуда дар хуни беморони дорои ИС давр мезананд (ҳам дар зиндамондаҳо ва ҳам дар ғавтидаҳо) [301].

Манбаи асосии пресепсин дар инсон моноситҳо ба ҳисоб мераванд. Тарашшуҳи пресепсин аз ҷониби моноситҳо бештар бо фагоситози бактерияҳо ё

стимулҳои тамизшудаи фагоситоз, ба мисли кристаллҳои моноурати натрий, назар ба стимулҳои ҳалшавандаи илтиҳобӣ, индуксия мешавад. Ингибиторҳои фагоситоз, монанди ситохалазин ва вортманнин тарашшуҳи пресепсинро боз медоранд. Таҷзияи рецептори CD14, ки боиси ҳосилшавии пресепсин гашта, тавассути эластаза, протеази серинӣ, ки дар моноцитҳои одам ҳастанд, амалӣ мегарданд. Ингибитори ин эластаза – сивелестат тарашшуҳи пресепсинро маҳв мекунад. Ҳамин тариқ, пресепсин метавонад, ки ба таври ғайримустақим ба фаъолнокии функционалии моноцитҳо ишора кунад [167].

Моноцитҳо дар ҷавоби иммунологӣ ба сирояти бактериялӣ нақши калидӣ доранд [71]. Ба сифати ҳуҷайраҳои иммунии антиген-такдимкунанда амал карда, онҳо метавонанд, ки микробҳо ва заррачаҳои сахтро фагоситоз ва вайрон кунанд, моноцитҳо ситокин ҳосил мекунанд, ғайр аз ин, онҳо қобиляти ба навъҳои гуногуни ҳуҷайраҳо мубаддал гаштанро доранд.

Дар марҳилаи муайяни авҷгирии сепсиси абдоминалӣ, қатъ гаштани ниғаҳдории системаи иммунореактивнокии организм ба амал меояд, ихтилоли кори системаи иммунӣ рух медиҳад, ки онро ҳамчун иммунодефитсита сохторӣ-функционалии Т-лимфоситарӣ-моноцитарӣ муайян кардан мумкин аст. Вазеҳии иммуносупрессия метавонад, ки ба сифати омили пешгӯикунӣ хизмат кунад, ки зиндамонии беморони гирифтори шоки септикиро муайян мекунад [126, 128, 172], ба сифати маркери онҳо чун анъана ситокинҳо баромад мекунанд. Ситокини илтиҳобии омили некрози омос-алфа (ОНО- α) медиатори асосии фаъолнокии моноцитарӣ ва яке аз ситокинҳои асосии дар патогенези сепсис иштироккунанда ба ҳисоб меравад [100, 180].

ОНО- α бар иловаи таъсиррасонии илтиҳобии худ боз ба индуксияи экспрессияи ретсепторҳои CD14 ба моноцитҳо низ ҷалб мешавад [51]. CD14 – сафедаи гликозилфосфатидилинозитол-вобастаи мембранӣ аст, ки ба оилаи антигенҳои ретсепторҳои липополисахариди (ЛПС) девораи микроб мансуб буда, дар бештари моноцитҳо экспрессия мешавад.

Ҳангоми авҷгирии сепсиси абдоминалӣ чараёни осеб ёфтани эндотелиоситҳо бо инкишофи дисфунксияи эндотелиалӣ, механизми асосии

авчгирии чараёни патологиии перитонити паҳнғашта [143, 207], қувват мегирад. Табиист, ки дар ин самт бояд механизмҳои муқобилияти организм бар зидди патология ба кор дароянд. Фаъолият кардани рағҳо, хунтаъминкунии оптималии бофтаҳо, ҷанбаи муҳимтарини ниғаҳдории гомеостази организм ба ҳисоб мераванд. Тадбирҳои табобатӣ чиҳати ислоҳ кардани дисфунксияи полиорганӣ самаранок хоҳанд шуд, бо шарте ки хунтаъминшавии муносиби узвҳо ва бофтаҳо барқарор шаванд.

Тибқи маълумоти Поройский С.В. ва ҳаммуаллифон, дисфунксияи эндотелиалӣ ҳангоми патологияи сифокпарда ҳолати баргаштпазир аст, ки инро пастшавии баргардандаи синтези ангезидаи NO тасдиқ мекунад, гарчанде механизмҳои барқароршавии функсияи эндотелий оварда намешаванд [106]. Нишон дода шудааст, ки дар чараёнҳои барқароршавии эндотелий, ки ба омилҳои номусоиди осебрасони стресси оксидкунанда ва агрессияи эндотоксинӣ муқобилият нишон медиҳад, нақши асосиро ҳучайраҳои прогенитории эндотелиавии (ХПЭ) даврзананда мебозанд [174], ки қобилияти ба эндотелиоситҳо мубаддал гаштанро доранд.

Моноситҳо ба ХПЭ тааллуқ доранд ва ба ҳучайраҳои дендритӣ ва эндотелиоситҳо дифференсатсия шудан бештар барои онҳо хос аст. Барои ХПЭ экспрессияи CD14 ба моноситҳо хос аст, ки ба ҳучайраҳои эндотелиалӣ дифференсатсия мешаванд, аз ҷумла дар чараёни неоваскулогенез ва ҳатто неоангиогенез [34, 51, 175].

Асоси патогенези перитонити паҳнғаштаро дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ пайдо шудани ҷунин омилҳо, мисли вайроншавии функсияи монёшавии эпителии пардаи луобии рӯдаи борик, транслокатсияи фаъоли микроорганизмҳо аз равзани роҳи ҳозима ба ковокии шикам ва ба маҷрои хуни порталӣ, вайрон шудани монеаи ретикулоэндотелиалии ҷигар, ба системаи хунбар даромадани омилҳои сироятӣ-токсикӣ ва пайдо шудани шоки септикӣ ва дисфунксияҳои мултиорганӣ [90, 208]. Сепсиси абдоминалӣ дорои сабаби полимикробист бо иштироки аэробҳо ва анаэробҳо [39, 300]. Дар спектри ибтидоии микрофлораҳои экссудати перитонеалӣ бартарии микроорганизмҳои

граммусбати поливирулентӣ дида мешавад [4, 19]. Аммо дар равиши табобати барономавии марҳилагии чарроҳии СА зиёд шудани вазни холиси микрофлораҳои шартӣ-патогении беморхонагӣ, асосан энтерогенӣ ба мушоҳида расид [19, 60].

Ҳиссаи микроорганизмҳои граммусбат дар солҳои охир аз ҳисоби афзудани басомади ҷудошавии *Pseudomonas aeruginosa* аз экссудати перитонеалӣ, ки дар сохтори барангезандаҳо пас аз қаламчаи рӯдаҳо, бактерияҳои *Proteus spp.* ҷойи дуҷумро ишғол мекунад, 16,8% ташкил медиҳад. Басомади дучоршавии занбурӯғҳои намуди *Candida* то 20% аст [203]. Зиёдтар ассосиатсияи қаламчаи рӯдаҳо бо стафилококки тиллоранг – 7,7% дида шуд. Дар киштҳои ихроҷоти ковокии шикам, ки ҳангоми чарроҳии яқум гирифта шуда буд, флораи граммусбат (*E.coli* – 30%, *Proteus spp.* – 10%) бартарӣ дошт [60]. Ҳангоми чарроҳии тақрорӣ дар киштҳои ковокии шикам инкишофи назарраси *Pseudomonas aeruginosa* (37,2%), *Klebsiella pneumoniae* (26,3%), *Staphylococcus aureus* (26,5%) ба қайд гирифта шуд.

Заҳролудшавии бактериалӣ дар беморони дорои СА то андозаи зиёд эндогенӣ мебошад ва тавассути механизмҳои транслокатсияи бактерияҳо ва токсинҳо дар хун аз ковокии шикам ва рӯдаҳо дар шароити вайрон шудани вазифаи монеъагии девораи рӯдаҳо ва сифокпарда ба амал меояд. Таносуби концентратсияи бактериалии эндотоксин дар ҳавзаҳои гуногуни рағҳо ҳангоми СА: вариди порталӣ (*vena portae*) – 2, вариди чигар – 1,5, шараёни рон – 1 [60, 114]. Синдроми норасоии рӯдаҳо ҳангоми сепсиси абдоминалӣ омили асосии патогенези норасоии полиорганӣ мебошад [145]. Вайроншавии вазифаи монеъагии роҳи ҳозима ҳангоми синдроми норасоии энтералӣ барои транслокатсияи идоранашавандаи микроорганизмҳои шартӣ-патогенӣ ва нигоҳ доштани сепсис ҳатто ҳангоми санатсияи самараноки дигар манбаҳо шароит фароҳам месозад. Транслокатсияи бактериалӣ аз равзанаи рӯдаҳо ба ковокии шикам ва маҷрои хуни порталӣ манбаи асосии эндотоксикоз ва яке аз қисматҳои асосии патогенези перитонити паҳнғашта ба ҳисоб меравад [39, 151, 227, 255, 293]. Транслокатсияи микрофлора аз равзанаи рӯдаҳо дар ҳолати меъёрӣ ба амал намеояд. Дар 6 соати аввали сар задани перитонит транслокатсияи бактериалӣ ба

бактериемияи порталӣ оварда мерасонад. Дар сурати авҷгирии перитонити паҳнғашта (6-12 соат) транслокатсияи бактериалӣ боиси пайдо шудани бактериемияи системавӣ мегардад. Нақши асосиро дар ин маврид норасоии энтералӣ мебозад.

Барои ҳамагон маълум аст, ки 90%-и ҳамаи макрофағҳои ба қайд гирифташударо макрофағҳои чигар ташкил медиҳанд. Воридшавии зиёди микроорганизмҳо ва токсинҳои онҳо тариқи рағҳои порталӣ ба чигар, ба осебёбии қисми зиёди ретикулоэндотелиоситҳои ситораҷавӣ ва ташаккул ёфтани норасоии макрофағҳои чигар, оварда мерасонад. Дар ин ҳолат вайроншавии вазифаи монеагии чигар ба амал меояд, бактерияҳо ва токсинҳои онҳо ба маҷрои хуни системавӣ дохил мешаванд, зухуроти сепсиси абдоминалӣ ҳамроҳ мешавад, минбаъд шоки септикӣ ва норасоии полиоргани пайдо мешавад [85, 193, 218].

Ҳамин тариқ, ҳангоми перитонит аз оғоз синдроми эндотоксикоз ҷой дорад, ки он дар аввал тавассути фаъолият кардани системаҳои бофтаҳо, узвҳо ва системаи ҳуҷайраҳои организм фаъолона ҷуброн карда мешавад. Дар сурати суст шудани ин вазифаи организм дигар дар муқобили токсемия истодагарӣ карда наметавонад, ихтилолҳои ҷуброннашавандаи гомеостаз ва ё манзараи сепсис, баъдан шоки септикӣ пайдо мешаванд, ки натиҷаи токсемияи ҷуброннашаванда ба ҳисоб мераванд.

Ҳузур доштани агенти сироятӣ дар маҷрои хун коркарди токсинҳои вазоактивиро бармеангезад, барои гузаронандагии мембранаҳои рағҳо, пайдо шудани синдроми лахташавии густурдаи дохилирағӣ (ДВС-синдром) мусоидат менамояд, ки дар натиҷаи он гемодинамикаи канорӣ, мубодилаи газҳои шушҳо ва вазифаҳои миокард вайрон мешаванд. Афзудани тағйиртҳои патофизиологӣ, дар навбати худ, сабаби мувофиқат накардани талаботи энергетикӣ узвҳо ва бофтаҳо ба имкониятҳои расонидани оксиген ва моддаҳои энергетикӣ мегардад. Ихтилолҳои назарраси метаболикӣ ба миён меоянд, ки барои афзудани норасоии полиоргани мусоидат мекунанд. Шуш, гурда ва чигари «шокӣ» ташаккул меёбанд, норасоии дил ба амал меояд, ки босуръат ба марги организм оварда мерасонад [110, 166].

Ҳангоми шоки септикӣ он далел диққатҷалбкунанда аст, ки норасоии полиорганӣ ба давраи ғайриҷубронӣ мегузарад. Мувофиқи фаҳмишҳои имрӯза шоки септикӣ ин на танҳо гипотензия аст, ки бо вазопрессор барқарор намешавад, балки ихтилоли перфузия бо аломатҳои гликолизи анаэробӣ низ мебошад, ки бо таҳқиқоти лабораторӣ тасдиқ шудаанд [118, 177, 213]. Дар натиҷаи пайдо шудани норасоии полиорганӣ ва блоки микросиркулятсия дар аввал аз сабаби фалачи артериолаҳо ва баъдан аз сабаби микросуддатҳо фавтият ҳангоми шоки септикӣ, дар муқоиса аз ҳамин гуна ҳолат ҳангоми сепсис, панҷ маротиба меафзояд [278]. Вобаста ба ин дар анҷумани 45-уми дар Орландо соли 2016 баргузоршуда қарор қабул карда шуд, ки шоки септикӣ ин марҳилаи сепсиси дорои дисфунксияи вазнини гемосиркулятсияи системавӣ ва аломати гипоксияи бофтаҳо мебошад [109, 281, 296]. Яъне ки шоки септикӣ чунин ҳолати организм аст, ки аз рӯи мавҷуд будан ё эҳтимоли мавҷуд будани сироят, вучуд доштани норасоии полиорганӣ мувофиқи чадвали qSOFA, гипотензия верификатсия шуда метавонад, вай бо мақсади дастгирӣ намудани фишори шараёнӣ ба ҳисоби миёна дар сатҳи ≥ 65 мм сутунҷаи симобӣ бо вазопрессор идорашаванда аст, ихтилоли метаболикии барои шоки септикӣ хос, бо баланд шудани лактати хун >2 ммол/л, дар шароити набудани ихтилолҳои волемиқӣ дар беморон мебошад [89, 177, 278].

Ихтилоли вазифаҳои узвҳо ва ҷараёнҳои метаболиқӣ, ки бо пешравиҳои равиши илтиҳобӣ-фасодӣ дар ковокии шикам пайдо мешавад, ба вайроншавии мураккаби идоракунии ҳамаи функсияҳои муҳими узвҳои ҳаётан муҳим оварда мерасонад, ки ин сабаби инкишоф ёфтани шоки септикӣ бо ҳама оқибатҳои рухдиҳанда ва пешгӯиҳои номусоид ба ҳисоб меравад [118, 208].

1.3. Системаи арзёбии вазнини ҳолати бемор ва пешгӯии оқибати табобати перитонити паҳнғашта

Мувофиқи маълумотҳои адабиёт [111, 196, 231], ҳатто пас аз баргараф кардан ё маҳдуд сохтани сарчашмаи деструксияи сироятӣ, санатсияи мукамал ва обияткашии муносиби ковокии шикам ва табобати пуршиддати антибактериалӣ дар 30-35%-и беморон дар муҳлатҳои гуногуни пас аз ҷарроҳӣ, оризаҳои ҷузъӣ ва системавӣ ба вучуд меоянд. Дар айнаи замон яке аз ҷанбаҳои асосии ПП пешгӯӣ

кардани эҳтимоли хатари пайдошавии ин оризаҳо ба ҳисоб меравад [112, 117, 176, 198, 250]. Дар даҳсолаҳои охир дар ҷарроҳии перитонит татбиқ намудани навигариҳо дар моҳияти патогенетикии он ва ташреҳи терминологӣ, ки механизмҳои мураккаби ҷараёни патологиро нишон медиҳанд ва ҳангоми равиши фасодӣ-деструктивӣ дар ковокии шикам ва фазои паси сифок пайдо мешаванд, ба вуқӯъ пайвастанд. Тағйиротҳои бамиёномада ба табадуллати аслии концепсияи анъанавии устувор, моҳияти патогенетикӣ ва патофизиологии сирояти умумии ҷарроҳӣ ва тағйиротҳои кардиналии нуқтаи назар ба базаҳои қавии принципҳои шарҳи сепсис ва ҳолатҳои ба он алоқаманд, иртибот доранд.

Яке аз масъалаҳои ҳалнашудаи проблемаи сепсиси абдоминалӣ арзёбии объективии вазнинии ҳолати беморон ва пешгӯии оқибати беморӣ ба ҳисоб меравад. Обьективикунонии ҳолати беморон вобаста аз вазнинии зухуроти клиникии сепсиси абдоминалӣ имконият медиҳад, ки давомнокии табобат дар беморхона пешгӯӣ намуда шавад ва самаранокии табobati гузаронидашуда ва эҳтимолияти натиҷаи марговар арзёбӣ карда шавад [243, 288, 290].

Бори нахуст арзёбии вазнинӣ ва пешгӯии беморӣ дар соли 1970 дар клиникаҳои хориҷӣ бо мақсади ҳалли масъалаҳои иқтисодӣ сохта шуда буд. Системаи агрессияи табобатӣ TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) дар соли 1974 сохта шуда буд ва вазнинии ҳолати беморро аз рӯи миқдор ва мураккабии усулҳои барои бемор зарурии ташхис ва табобат, арзёбӣ карданд. Баъдан таҳаввулоти системаи арзёбии вазнинии ҳолати бемор боиси ба вуҷуд омадани ҷадвалҳои универсалии пешгӯикунанда гардид, ки дар асоси параметрҳои физиологии бемор, мавҷуд будани бемориҳои вазнини ҳамроҳшуда, синну соли бемор, навъи патология, ки боиси бистаришавӣ гаштааст, сохта шуда буданд. Ҷадвалҳои бештар маъмул барои обьективикунонии ҳолати бемор истифодашаванда инҳо мебошанд: Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation - APACHE [225], APACHE II [165, 187, 226, 236], APACHE III (W.A. Knaus, D.P. Wagner, E.A. Draper, с.1991) [8], APACHE IV [229], Simplified Acute Physiology Score - SAPS, SAPS II, SAPS III [72, 132, 165, 187, 229], Sepsis-related Organ Failure Assessment - SOFA [12, 179, 206, 222]. Барои арзёбии пешазҷарроҳии

вазнинии ҳолати бемор аз Mannheim Peritonitis index (Шохиси Мангеймии перитонит) [176, 221, 242, 273, 279] истифода мекунад. Коркарди ин чадвалҳо дар заминаи мушоҳидаҳои зиёд бунёд шудааст, ки дар онҳо ба сифати усули исботкунӣ усули моделсозии омӯӣ (логистикаи сершумори регрессия) ба кор бурда шудааст, ки дар натиҷаи истифодабарии он имконияти азнавсозии шохисҳои вазнинии ҳолати бемор дар нишондиҳандаи дақиқи ғавти эҳтимолии беморон бо ғоиз ба амал меояд.

Ин системаҳои пешгӯикунӣ умумӣ мебошанд ва метавонанд, ки вазнинии ҳолати бемор ва пешгӯии беморони дорои ҳама гуна беморию муайн кунанд. Чадвалҳои арзёбии вазнинии ҳолати бемор бо имкониятҳо ва вазифаҳои фарқ мекунад. Аз ҷумла, чадвали APACHE II дар муқоиса бо чадвали SOFA, хусусиятҳои дисфунксияи узвҳои нишон намендиҳад, барои арзёбии вазнинии ҳолати гурӯҳи беморон ва натиҷаи беморӣ, муносиб мебошад. Шохиси Мангеймии перитонит барои пешгӯӣ дар асоси маълумотҳои тоҷарроҳии таҳқиқот таъсис ёфтааст. Чадвали SOFA нисбатан сода аст ва барои арзёбии якҷаҳзаинаи вазнинии ҳолати бемор ба кор бурда мешавад. Барои ҳамин ҳам, як гурӯҳ муҳаққиқон ба зарурати ба ҳисоб гирифтани имкониятҳои пешгӯикунии чадвалҳо, ки муаллифони онҳо иброз доштаанд, таваҷҷуҳ зоҳир мекунад. Масалан, тафовути натиҷаи истифодаи баъзе чадвалҳо ба он вобаста аст, ки ҳангоми коркарди ибтидоӣ ин системаҳо барои гузаронидани таҳқиқотҳои гурӯҳӣ пешбинӣ шуда буданд, на барои пешгӯикунии инфиродӣ. Системаҳои SAPS II ва MPM II дар ҷаҳон эътирофшуда ба ҳисоб мераванд; чадвали APACHE II дар ИМА ба сифати «стандартҳои тиллоӣ» ҳангоми арзёбии вазнинии ҳолати бемор эътироф шудааст. Дар назар доштан лозим аст, ки истифодаи алоҳидаи чадвалҳои SAPS II ва APACHE II, ки барои перитонит махсус нестанд, метавонанд, ки арзиши наҷандон зиёди пешгӯяндагӣ дошта бошанд ва зарурати ба кор бурдани коэффитсиентҳои ислоҳкунандаро талаб мекунад (Carson S.S. ва ҳаммуаллифон, с.2001). Ғайр аз ин, ба кор бурдани системаҳои арзёбӣ (ба истисноии MPM II) дар динамика нодуруст аст ва ба натиҷаҳои ғалат оварда мерасонад (Vincent J.L. ва ҳаммуаллифон, с.2010).

Вазнинии ҳолати бемор дар системаҳои MODS, ODIN, MOF, SOFA, LODS дар бемори инфиродӣ ва дар лаҳзаи мушаххаси вақти муайян карда мешавад [8, 247, 290]. Истифодаи ин системаҳо ба истиснои LODS, пешгӯии дақиқи натиҷаи табобатро дода наметавонанд, аммо, мумкин аст, ки ҳолати беморро дар динамика инъикос намояд ва ба сифати меъёри самаранокии табobati гузаронидашуда ба кор бурда шавад.

Системаҳои махсуси пешгӯикунӣ ва арзёбии вазнинии ҳолати беморони мубталои перитонит ҳолиби таваҷҷуҳ мебошанд.

Дар фаъолияти амалии клиникӣ бо мақсади арзёбии вазнинии ҳолати беморон ва пешгӯӣ кардани натиҷаи СА системаҳои интегралӣ арзёбии дараҷаи дисфунксияи узвӣ (НПО) [7, 8, 98, 108] ба таври васеъ мавриди истифода қарор гирифтааст.

Дар фаъолияти клиникӣ барои арзёбӣ кардани вазнинии ҳолати бемор ва пешгӯии натиҷаи сепсиси абдоминалӣ системаҳои интегралӣ арзёбии дисфунксияи узвӣ [7, 8, 97, 107] ба таври васеъ мавриди истифода қарор гирифтаанд. Тамоми системаҳои мавҷудбудани бисёрзинагии ҳолии вазнинии ҳолати бемор ва дараҷаи дисфунксияи узвӣ, ба миқдори параметрҳои ба он дохилшаванда, ҳассосият, махсусият, дурустии умумӣ нигоҳ накарда, тақрибан дар як сатҳ қарор доранд ва метавонанд, ки дар фаъолияти клиникӣ бо самаранокии яхела ба кор бурда шаванд. Дар аини замон, дар байни ин системаҳо, ба тақрибан муносибатҳои яхелаи методологӣ нигоҳ накарда, тафовутҳои принсипалӣ низ дида мешаванд. Аз ҷумла, мақсади асосии системаҳои интегралӣ – пешгӯии оқибатҳои марговар аст. Норасоии системаҳои интегралӣ мавҷудбудаи арзёбӣ инҳоянд: қобилияти сусти дискриминатсионӣ нисбат ба пешгӯии инфиродӣ дар баробари пешгӯии тақрибан дақиқи эҳтимолияти натиҷаҳои марговар барои гурӯҳи беморон, ҳассосияти паст ва махсусияти ноқофии ҷадвалҳо [76, 98, 253]. Маъруфияти бештарро системаҳои байналмилалӣ ҳолие ба даст овардаанд, ки дар асоси арзёбии рақамии клиникӣ, параметрҳои лабораторӣ ва биохимиявӣ дар беморони дорои сепсиси абдоминалӣ – SSS, SOFA, SAPS, APACHE II, MODS, MPI – асос ёфтаанд. Таҳқиқоти

гузаронидаи Б. Р. Гелфанд бо ҳаммуаллифон [30] нишон дод, ки возеҳии СТИС-ҳои гуногун ҳангоми сирояти интраабдоминалӣ мумкин аст, ки бо ёрии системаҳои (ҷадвалиҳои) объективии вазнинии ҳолати бемор (APACHE II, SAPS) ва дараҷаи дисфунксияи узвӣ-системавӣ (SAPS, MODS) муайян карда шавад.

Муаллифон чунин меҳисобанд, ки истифодаи меъёрҳои объективии муайян кардани вазнинии ҳолати бемор имконият медиҳад, ки стратификацияи клиникӣ сепсиси абдоминалӣ дода шавад, пешгӯӣ арзёбӣ карда шавад ва тактикаи табобат муносиб гардонида шавад. Дар муқоиса бо SAPS, ҷадвали APACHE II дар беморони дорои сепсиси абдоминалӣ бо ҳассосияти нисбатан баланди худ фарқ карда меистанд. Ҷадвали арзёбии дисфунксияи полиорганикӣ SOFA аз ҷиҳати клиникӣ аҳамият дорад ва барои истифодабарии нисбат ба ҷадвали MODS низ соддатар аст. Системаи SSS (Sepsis Severe Score) бо назардошти ҳолати алоҳида ҳангоми арзёбии дисфунксияи 7 узв ё системаи асосӣ – системаҳои нафаскашӣ, пешобронӣ, лахтабандӣ, системаи дилу рағҳо, системаи марказии асаб (CMA), ҷигар, роҳи ҳозима – асос ёфтааст. Ҷадвали SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)-ро Ҷамъияти аврупоии табобати интенсивӣ қабул кардааст, дар заминаи арзёбии ҳолати (аз 1 то 4) ҳолати функционалии системаи нафаскашӣ аз рӯи сатҳи оксигенатсияи хун; системаи лахтабандӣ мувофиқи сатҳи тромбоситҳо; ҷигар мувофиқи сатҳи билирубин; системаи дилу рағҳо аз рӯи бузургии фишори шараёнӣ; системаи марказии асаб (CMA) аз рӯи ҷадвали комаи Глазго; системаи пешобронӣ аз рӯи сатҳи креатинин ё диурез. Бо ҷамъи ҳолати вазнинии дисфунксияи узв ва системаҳо арзёбӣ карда мешавад, ки дараҷаи он бо миқдори ҳолати мустақиман коррелятсия дорад.

Дар айни замон шохиси перитонит ба таври васеъ истифода мешавад, ки аз тарафи муҳаққиқони шаҳри Алтона - Peritonitis Index Altona II (PIA II) пешниҳод шудааст. Вобастагии сатҳи ғавтияи пешгӯишаванда аз бузургии шохис дар асоси меъёрҳои хеле сода ва дастрас муайян карда мешаванд [253].

Системаи дигари маъмул ин ҷадвали арзёбии вазнинии ҳолат аст, ки аз ҷониби гурӯҳи ҷарроҳони олмонӣ аз Мангейм пешниҳод шудаду бо номи шохиси Мангеймӣ перитонит (MPI) [242] машҳур аст (ҷадвали 1.1.).

Ҷадвали 1.1. – Шохиси перитонити Мангейм (ШПМ)

Параметр	Ҳол
Синну сол боло аз 50 сол	5
Чинси зан	5
Омоси бадсифати ҳамрав	4
Давомнокии перитонит зиёда аз 1 шабонарӯз	4
Манбаи перитонит	4
Перитонити паҳнғаштаи умумӣ	6
Экссудат	серозӣ
	фасодӣ
	начосатӣ
Мавҷудияти ақаллан як аломати норасоии узвӣ	7
Дисфунксияи гурда	олигурия камтар аз 500 мл/рӯз креатинин зиёда аз 177 мкмоль/л карбамид зиёда аз 16,7 ммоль/л
Норасоии респираторӣ	$PaO_2 < 50$ мм с. с. $PaCO_2 > 50$ мм с. с.
Ихтилоли кардиоваскулярӣ	шоки гиподинамикӣ ва гипердинамикӣ
Норасоии рӯдаҳо	ногузароии динамикии рӯдаҳо муддати зиёда аз 1 шабонарӯз; ногузароии механикии рӯдаҳо

Минбаъд ин шохис такмил ёфта 8 омили хатарро дар бар гирифт: синну сол (калонтар аз 50-сола), чинс (зан), норасоии узвӣ, омосҳои бадсифат, давомнокии перитонит то чарроҳӣ 24 соат, манбаи перитонит (рӯдаи ғафс); хусусияти паҳншавандагии иллати фасодноки сифокпарда, хусусияти экссудат (фасоднок, серозӣ, начосат-фасоднок).

Ҳангоми аз рӯи дараҷаи вазнинии перитонити фасодноки паҳнғашта ба тартиб овардани беморон, ҷамъи ҳолҳо ба ҳисоб гирифта мешавад. Ҳамин тавр, ҳангоми нишондиҳандаи MPI камтар аз 20 ҳол бошад (дараҷаи сабук) ғавтият 0% аст, аз 20 то 30 ҳол (дараҷаи вазнини миёна) – 29%, зиёда аз 30 ҳол (дараҷаи вазнин) -100%-ро ташкил медиҳад.

Муқоисаи ҷадвалҳои интегралӣ гуногуни пешгӯикунӣ дар беморони дорои перитонити фасодноки паҳнғашта бо сепсиси абдоминалӣ ориздоршуда, ки дар клиникаҳои бузурги як қатор давлатҳои Аврупо (Олмон, Австрия) гузаронида шудааст, нишон дод, ки MPI ба сифати ҷадвали боэътимод, ба шарофати ҳассосияти баланд ва дақиқиаш дар арзёбии вазнинии ҷараён ва пешгӯии оқибати

сепсиси абдоминалӣ, эътирофи байналмилалӣ пайдо кардааст. Омилҳои хатар ҳангоми перитонит дар шохиси PIA ва MPI хеле фарқ мекунанд. Маҷмӯи ҳолҳоро аз рӯи ҷадвали MPI метавон барои ҳисоб намудани эҳтимолияти оқибати ғавтнок (PR) истифода бурд, ки бо формулаи зерин муайян карда мешавад:

$PR = 0,065 \times MPI^2 - 0,38 \times MPI - 2,97$, дар ин ҷо MPI – маҷмӯи ҳолҳо мувофиқи ҷадвал.

Вобаста ба бузургии MPI муаллифони 3 дараҷаи вазнинии перитонитро ҷудо кардаанд: якум – MPI камтар аз 21 ҳол (ғавтият $12,5 \pm 4,8\%$), дуюм – MPI 20-29 ҳол (ғавтият 30%), сеюм – MPI-30 ва аз он ҳолҳои зиёдтар – ғавтият ба 100% наздик мешавад [77]. Таҳқиқотҳои муқоисавӣ аҳамияти хуби пешгӯикунандагии MPI, ҳамчунин ҳассосияти он ва дақиқӣ ҳангоми арзёбии вазнинии перитонитро нишон доданд [14, 45]. Конгресси умумироссиягии ҷарроҳони умумӣ дар Ростове лаби Дон (1999) истифодаи ин шохисро дар ғавтияти амалӣ тавсия намуд.

«Ҷадвали нави соддакардашудаи тағйиротҳои шадиди физиологӣ»-и универсалӣ, New Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) қобили таваҷҷуҳ аст [237]. Ҷузъҳои ин система нишондиҳандаҳои физиологӣ, мавҷудияти беморҳои музмини ҳамроҳшуда, наъби дохилшавӣ ва ҷинси бемор мебошанд. Формулаи ҳисоб кардани эҳтимолияти оқибати ғавтовари бемор (PR), вобаста аз нишондиҳандаи ҳамин ҷадвал чунин аст:

$PR = e^{\text{logit}} / (1 + e^{\text{logit}})$; $\text{logit} = -7,7631 + 0,0737 \times \text{SAPSII} + 0,9971 \times \ln(\text{SAPSII} + 1)$, дар ин ҷо SAPS II – миқдори ҳолҳо аст, ки бо ин ҷадвал ҳисоб карда шудаанд.

Системаи умумии объективизатсия ва пешгӯии MPM II («моделҳои эҳтимолии ғавтият», Mortality Probability Model), ки S.Lemeshow ва J.R.Le Gall дар соли 1994 пешниҳод кардаанд, дар худ меъёрҳои гуногуни клиникӣ, анамнезӣ ва лабораторӣ, ҳамчунин синну соли беморро фаро мегирад ва барои спектри васеи касалиҳо дар беморони шубҳаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ (ШРТИ) таъйин шудааст. Эҳтимоли ғавтият (P) дар ин маврид аз рӯи формулаи зерин ҳисоб карда мешавад: $P = e^{\text{MPMII}} / (1 + e^{\text{MPMII}})$; дар ин ҷо MPMII – нишондиҳандаи ҷамъбасти ҷадвал бо ҳол аст.

Дар соли 1995 Masrshall бо ҳаммуаллифон [244] системаи арзёбии дисфунксияи полиоргани – MODS (MultipleOrgandisfunctionScore)–ро таҳия карданд, ки параметрҳои ихтилолҳои 6 узви (системаи) асосиро дар бар мегирад: системаи марказии асаб, системаи дилу рағҳо, системаи нафаскашӣ, гурдаҳо, чигар ва системаи лахташавии хун. Муаллифон таъкид карданд, ки системаи MODS барои арзёбии пешгӯии чараёни СА бо НПО аст. Ба ҳар як системаи узвҳо арзиши нишондиҳанда аз 0 то 40 ҳолро ташкил медиҳад. Муаллифон ошкор намуданд, ки миқдор ва вазнинии дисфунксияи (норасоии) узвӣ дар ҳар лаҳзаи ченкунии параметрҳо ба таври эътимодноқ бо эҳтимоли оқибати ғавтият коррелятсия мешавад. «Ҷадвали логистикӣ арзёбии дисфунксияи узвӣ» (Logistic Organ Dysfunction Score, LODS), низ дар ин самт коркарди ҷаҳонӣ аст. Ин системаи арзёбии вазнинӣ ва пешгӯии аз тарафи R.LeGall ва S.Lemeshow дар соли 1996 сохта шуда дар асоси параметрҳои мониторинги беморон сохта шудааст ва метавонад, ки дар тафовут аз ҷадвалҳои APACHE II ва SAPS II дар динамика ба сифати меъёри самаранокии табобати гузаронидашуда истифода гардад [237].

Нишондиҳандаи интегралӣ вазнинии ҳолати бемор аз маҷмӯи сатҳҳои дисфунксияи шаш системаи муҳими ҳаётии организм ташкил меёбад: системаи асаб, системаи дилу рағҳо, гурдаҳо, системаи нафас, гематологӣ ва чигар (ҷадвали 1.2.). Ҳаҷми корҳои таҳқиқӣ, ки дар ҷадвал пешбинӣ шудааст, онро ҳамчун яке аз моделҳои нисбатан оптималии пешгӯикунанда нишон медиҳад.

Ҷадвали 1.2. – Ҷадвали арзёбии дисфунксияи узвӣ LODS

Системаи узвҳо	
Асаб	Ҷадвали комаи Глазго
Дилу-рағҳо	СКД, ФШС мм с. с.
Гурда	Креатинин мкмоль/л Карбамид ммоль/л Диурез л/рӯз
Нафас	РаО ₂ /FiO ₂ ҳангоми ДСН
Гематологӣ	Лейкоситҳо, $\times 10^9$ /л Тромбоситҳо, $\times 10^9$ /л
Чигар	Билирубин мкмол/л Шохиси протромбин

Эҳтимолияти натиҷаи ғавтовари бемор (P) чунин ҳисоб карда мешавад: $P = e^{\text{logit}} / (1 + e^{\text{logit}})$; $\text{logit} = -3,4043 + 0,4173 \times \text{LODS}$ дар ин ҷо LODS – миқдори ҳолҳои аз рӯи ин ҷадвал ҳисобкардашуда мебошад.

Ин ҷадвал дар баробари имкониятҳои объективии арзёбии вазнинии ҳолати бемор инчунин сарчашмаи ба даст овардани пешгӯӣ ба ҳисоб меравад ва ҳамчун параметри миқдории дараҷаи дисфунксияи узвӣ ҳангоми перитонит хизмат мекунад. Аммо, сатҳи ибтидоии ҷудошавии ин дараҷабандии ҳолати бемор дар хусуси мавҷуд будан ва набудани синдроми дисфунксияи полиорганӣ ба мушоҳида намерасад.

Дар ИМА маъмултарин ҷадвали арзёбии вазнинии ҳолати бемор ҷадвали APACHE II [226] ба ҳисоб меравад ва варианти мувозинатшудаи дорои қобилияти пешгӯикунандагӣ мебошад [98, 236, 295]. Албатта, маҷмӯи таҳқиқот ҳам мутахассисонани техникаи муносибро ва ҳам сабъи кушишҳои таҳқиқуниро талаб менамояд. Ҷадвал барои спектри васеи бемориҳо таъсир карда шудааст, бо мақсади пешгӯӣ кардани оқибат ҳангоми мониторинги пешазҷарроҳӣ ва пасазҷарроҳӣ (шабонарӯзҳои аввали ҷарроҳӣ) истифода карда мешавад. Универсалӣ будани ҷадвал барои мушаххас кардани хосиятҳои пешгӯикунӣ ҳангоми бемориҳои гуногун имконият медиҳад.

Барои пешгӯии самарабахши оқибати беморӣ дар қатори дигар усулҳо маркерҳо низ аҳамияти назаррас доранд. Айни замон корҳо оид ба таҳқиқи маркерҳои биологӣ, ки ба мавҷудияти сироят дар организм, илтиҳоб ва ҷараёни септикӣ ишора карда метавонистанд, идома доранд. Муҳимтарини аз маркерҳо дар давраи ҳозира, ба ақидаи як қатор муҳаққиқон, пресепсин (ПСП), прокалситонин (ПКТ), сафедаи С-реактивӣ (ССР), интерлейкин-6 (ИЛ-6) мебошанд [17, 22, 44].

Чунин предикторҳои «анъанавии» илтиҳоб мисли лейкоцитҳо, шохиси масмумияти лейкоситарӣ, суръати таҳшиншавии эритроцитҳо ва ғайра ба муайянкунии перитонити паҳнғашта кумак мерасонанд, аммо дар баробарӣ ин, ҳассосият ва махсусияти онҳо начандон баланд аст. Хусусияти мазкур мубрами масъаларо муайян мекунад ва боиси ҷустуҷӯи усулҳои боз ҳам ҳассостари

ташхискунии беморӣ, марҳилаҳои он ва пешгӯии оқибати табобати перитонити паҳнғашта мешавад [18].

Айни замон, яке аз усулҳои умедбахш дар ташхискунии бемориҳои вазнини бактериалӣ, аз ҷумла сепсиси абдоминалӣ, омӯзиши сатҳи пресепсини хуни бемор мебошад. Нақши асосиро дар ҳосилшавии ПСП фаъолшавии макрофагҳо/моноситҳо мебозанд, ки дар сатҳи худ сафедаи мембрании ретсептори $mCD14$ (m – membrane) доранд. $mCD14$ – гликопротеини мембранавӣ бо массаи молекулярии 55 кДа – ретсептор, ки хабарро дар бораи мавҷудияти бактерияҳо қабул менамояд ва системаи масунияти ғайримахсусро ва вобаста ба он чараёни илтиҳобиро оғоз менамояд. Ретсептори $mCD14$ бо лигандҳои гуногуни бактериалӣ вобаста мешавад, аз ҷумла бо: а) ҷузъҳои бактерияҳои грамманфӣ ва асосии онҳо – липополисахарид (ЛПС; эндотоксин, яке аз ҷузъҳои асосии девори ҳучайра); б) ҷузъҳои бактерияҳои граммусбат; в) ҷузъҳои занбуруғҳо. Баъд аз фаъолшавии моноситҳо, $mCD14$ аз мембрана канда мешавад, ба маҷрои гардиши хун мебарояд ва ба $sCD14$ (s – soluble)-и ҳалшаванда мубаддал мегардад. $sCD14$ илтиҳобро дар эндотелиоситҳо ва дигар ҳучайраҳо, ки $mCD14$ надоранд ва ба эндотоксинҳо ҷавоб намегардонанд, меангезад.

Эҳтимол меравад, ки $sCD14$ -и даврзананда – маркери ҷавоби моноситҳо ба таъсири ЛПС мебошад; афзоиши сатҳи $sCD14$ дар хун ба вазнинии илтиҳоб ва инкишофи шоки септикӣ вобаста аст.

Давраи навбатии чараёни илтиҳобӣ – фаъолшавии фагоситоз тавассути протеиназаҳои лизосомалӣ (катепсин D ва ғайра), ки вазифаи асосии худро иҷро карда инчунин дар нуқтаи муайяни молекулаи сафеда ба таври махсус $sCD14$ -и даврзанандаро таҷзия мекунад ва ба ҳосилшавии порчаи махсуси он (зернавъ) $sCD14$ –ST мусоидат мекунад. Ҳамин маҳсул дертар номи пресепсинро гирифтааст.

Ҳамин тариқ, ҳосилшавии ПСП ва ғализати даврзанандаи он ҳақиқати фаъолшавии фагоситозро ва шиддатнокии онро инъикос мекунад. Таҳқиқоти махсус нишон додааст, ки сатҳи ПСП якбора, пеш аз афзоиши сатҳи ОНО- α , ситокинҳои илтиҳобӣ ИЛ-6 ва ИЛ-10, ПКТ ва ССР, меафзояд. Мувофиқи

маълумоти муҳаққиқон, ҳангоми мавҷудияти сирояти бактериалӣ сатҳи ПСП-и хун ба таври назаррас меафзояд, ва робитаи мустақими коррелятсионӣ бо марҳилаҳои инкишофи беморӣ дорад [22]. Ба ғайр аз ин пресепсин, ҳамчун предиктор, нақши муҳимро на танҳо дар муайянсозии ҳолати септикий бемор, балки инчунин дар арзёбии вазнинии чараёни патологӣ ва пешгӯии он, мебозад. Имрӯз прокалситонин (ПКТ), сафедаи С-реактивӣ (ССР), интерлейкин-6 (ИЛ-6) низ чунин предиктор астанд [87, 197, 260, 299].

Ногуфта намонад, ки як қатор муҳаққиқон дар ин масъала нисбати сепсиси абдоминалӣ баъзан ихтилофи ақидаҳо изҳор мекунанд. Инчунин қобили зикр аст, ки ҳар яки аз маркерҳо дар алоҳидагӣ ҳамчун озмоиши ҷудогонаи муқаррар кардани чараёни илтиҳобӣ ё сепсис истифода шуда наметавонанд, аммо дар маҷмӯъ бо дигар биомаркерҳои баландҳассос судманд астанд, зеро ки эҳтимолияти баландшавии сатҳи ПКТ, ҳангоми бемориҳои аутоиммунӣ, амалиётҳои ҷарроҳии осебовар ё зарбаи гармӣ (офтобзанӣ) масалан, мумкин аст [89, 270]. Чунин ақида ба ССР ва ИЛ-6 низ нисбат карда мешавад.

Тафовутҳои усулҳои табобати ҷарроҳӣ, ки равиши чараёни захмро ва элиминатсияи сирояти дохилишикамиро тағйир медиҳанд, омилҳои иловагӣ мебошанд, ки сабаби самаранокии гуногуни клиникӣ ва пешгӯӣ мешавад. Дақиқ кардани параметрҳо ва усулҳои пешгӯикунӣ ҳангоми интиҳоби алтернативаи тактикаи ҷарроҳӣ метавонад, ки иттилои иловагӣ бидиҳад, ин имконият медиҳад, ки натиҷаҳои боз ҳам назаррастари табобат ба даст оварда шавад. Ин аст мотиватсияи ҷустуҷӯи усулҳои нави пешгӯӣ, ки вобаста ба усулҳои истифодашавандаи табобат фарқ мекунанд.

1.4. Консепсияи муосири тактикаи табобат ва усулҳои табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта

Бо вучуди дастовардҳои тибби муосир дар умум, ва таҷрибаи беназири ҷарроҳии перитонит хусусан, то имрӯз муносибатҳои аз тарафи умум муқарраркардашуда дар хусуси интиҳоби тактикаи табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта ва масъалаи баланд бардоштани самаранокии табобати беморони гирифтори перитонит ҳамоно мисли асри гузашта, шадид боқӣ мемонад

[50, 190]. Мубрамияти мушкилоти табобати перитонити паҳнғашта ба он алоқаманд аст, ки чарроҳон амалан бо сепсиси абдоминалӣ ва аксаран дар марҳилаи шоки септикӣ сару кор доранд. Чунин ҳолатҳои таҳдидкунанда пеш аз ҳама бо тағйиротҳои возеҳи патоморфологӣ ва ҳараёни фасоднок-резорбтивӣ дар сифокпарда муайян карда мешаванд. Барои ҳамин ҳам интихоби тактикаи оптималии табобати перитонити паҳнғаштаи фасоднок баҳсангез боқӣ мемонад [35, 113].

Дар табобати перитонити паҳнғашта ҷойи асосиро амалиёти чарроҳӣ ишғол мекунад, ки бидуни он дигар ҷузъҳо ва усулҳои табобат маънӣ надоранд. Доктринаи фундаменталии табобати чарроҳии перитонит хануз соли 1926 аз ҷониби чарроҳи олмонӣ М. Kirschner таҳия шудааст [224].

Принсипҳои умумии табобати перитонити паҳнғашта дар давоми якчанд даҳсола бетағйир боқӣ мемонад [275]. Ин бартарафсозии ҳатмии чарроҳии сарчашмаи сирояти дохилишикамӣ, шустушӯӣи бодикқати ковокии шикам, табобати мақсадноки зидибактериалӣ ва табобати интенсивии детоксикатсионӣ ва симптоматикӣ мебошад. Ин муқаррароти принсипалӣ баҳснопазираст [50, 190]. Аммо усулҳои ба даст овардани онҳо мавзӯи доимии баҳсҳо боқӣ мемонад. Ҳаҷми табобати интенсивӣ ва усули анҷом додани амалиёти чарроҳӣ аксари вақт ба таври эмпирикӣ, бо дарназардошти таҷрибаҳои қаблии чарроҳӣ дар асоси арзёбии вазнинии ҳолати бемор ва дараҷаи тағйиротҳои патологӣ дар ковокии шикам муайян карда мешавад. Масъалаи усулҳои анҷом додани амалиёти чарроҳӣ-усулҳои обияткашии ковокии шикам ва найчагузори рӯдаҳо, нишондодҳо барои санатсияҳои барномавии ковокии шикам бештар баҳсангезанд, ки ин худ агрессияи иловагии давраи пасазчарроҳӣ ба ҳисоб меравад [120].

Сатҳи баланди фавтият дар беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, ки ба пастшавӣ майли начандон зиёд дорад, ҳамчунин ҷидду ҷаҳди чарроҳон ҷиҳати фаъолоне таъсир расонидан ба сирояти абдоминалӣ дар давраи пасазчарроҳӣ, пешгирӣ намудан ва сари вақт муайян намуда бартараф кардани оризаҳои пасазчарроҳӣ бисёр чарроҳонро маҷбур сохтааст, ки ба усулҳои фаъоли ислоҳсозӣ рӯ биёранд [259]. Таҳлили адабиёти илмӣ нишон медиҳад, ки

натиҷаи мусбати табобати беморони гирифтори перитонити паҳнғашта то 80% аз тактикаи оптималии ҷарроҳӣ, дар навбати аввал аз санатсияи муносиби ковокии шикам ва танҳо то 20% аз табобати зиддибактериалӣ ва интенсивӣ вобаста аст.

Дар маҷмӯъ табобати перитонит бояд бо рӯоварии возеҳ ба чараёни марҳилавии патофизиологии инкишофёбанда ва ба ҳисоб гирифтани хусусиятҳои манбаи сироят, амалӣ карда шавад [35].

Аз усулҳои амалиётҳои ҷарроҳии то имрӯз мавҷудбуда ҳангоми перитонити паҳнғашта (ҷадвали 1.3.) усули пӯшида хеле кам ба кор бурда мешавад. Дар бораи имкониятҳои истифодаи ин усул ҳангоми дараҷаи пасти олудагии ковокии шикам бо сироят, замони пайдошавии беморӣ, ки аз 6-8 соат зиёд набошад ва дар ҳолатҳои перитонити паҳнғаштаи кимиёвӣ, маълумоти начандон зиёд дастрас аст.

Ҷадвали 1.3. – Усулҳои амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта

Усул	Ҷорабинӣ
Пӯшида	Лапаротомия, бартараф кардани манбаи перитонит, санатсияи ковокии шикам, маҳкам дӯхтани захми лапаротомӣ
Нимпӯшида (усули анъанавӣ)	Лапаротомия, бартараф кардани манбаи перитонит, санатсия ва обияткашии ковокии шикам, маҳкам дӯхтани захми лапаротомӣ.
Нимкушода	Усул бо технологияи анъанавӣ аммо бо маҳкам намудани муваққатии захми лапаротомӣ ва санатсияҳои барномавии ҷарроҳии ковокии шикам
Кушода	Лапаростомия бе маҳкам намудани девори шикам, санатсияҳои барномавии ҷарроҳии ковокии шикам
Лапароскопӣ	Бартараф кардани манбаи перитонит, санатсия ва обияткашии ковокии шикам бо воситаи технологияҳои видеоэндоскопӣ
Омехта	Истифодаи омехтаи усули нимпӯшида (анъанавӣ) бо санатсияҳои барномавии видеолапароскопии ковокии шикам.

Пас аз иҷро намудани ҳамаи марҳилаҳои амалиёти ҷарроҳӣ ковокии шикамро маҳкам медузанд, аммо бе обияткашии он. Дар марҳилаи пасазҷарроҳӣ давра ба давра назорати ултрасадоии ковокии шикам гузаронида мешавад. Дар ҳолати ошкор намудани ҷамъшавии моеъ дар назорати ултрасадоӣ сохторҳои моеъгиро таскиб ва обияткаш мекунанд. Табобтаи чунин беморонро бо чунин роҳ танҳо дар клиникаҳои мегузаронанд, ки таҷрибаи обияткашии тавассути пӯстии абсаҳои ковокии шикамро доранд. [58, 200, 215].

Усули табобати нимпӯшидаи перитонити паҳнғашта то имрӯз аз тарафи умум қабул шудааст. Аммо ба таърихи тӯлонӣ нигоҳ накарда, марҳилаҳои он мавриди баҳс боқӣ мемонанд. Танҳо зарурати пурра бартараф намудани манбаи перитонит бебаҳс боқӣ мемонад, ҳол он ки дар масъалаҳои усул ва воситаҳои санатсия ва усулҳои обияткашии ковокии шикам фикри ягона мавҷуд нест [40, 58, 239, 271]. Аз ҷумла, ҳангоми дараҷаи баланди олудагии ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғаштаи фасоднок санатсияи дохилиамалиётҳои ковокии шикам кифоя нест.

Ҳангоми интиҳоби оқилонаи роҳи дастраскунӣ ҳангоми табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта бештар лапаротомияи миёна иҷро карда мешавад, ки дар он имкониятҳои бузурги тафтиши мукаммали ҳамаи қисмҳои ковокии шикам вучуд доранд [27, 163, 220]. Пас аз кушодани ковокии шикам муҳтавои патологиро (тариқи барқӣ ва ё баъзан бо докапораҳо) бартараф мекунанд, ковокии шикамро бо арзёбии дохилиамалиётҳои ҳолат тафтиш мекунанд, манбаи перитонитро ба таври қатъӣ бартараф мекунанд ва ё аз ковокии озоди шикам маҳдуд месозанд.

Марҳилаи минбаъдаи амалиёти ҷарроҳӣ бартараф намудани манбаи перитонит - марҳилаи масъулиятноктарини амалиёти ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад. Дар адабиёти илмӣ хориҷӣ ин принсипро «source control», яъне «назорати манба» меноманд [40, 219, 294, 297]. Кӯшиши ба таври қатъӣ бартараф намудани манбаи перитонит ҳамеша бояд бо имкониятҳои функционалии бемор ва инчунин осебпазириву физиологӣ будани амалиёти ҷарроҳӣ мувофиқат намуд [67, 69]. Дар ҳолати ғайриимкон будани бартарафсозии якбораи ҳаҷии манба узви осебдидаро аз ковокии шикам берун месозанд ва ё бо тампони докагӣ аз ковокии озоди шикам ҷудо мекунанд. Дар ин маврид ба назар гирифтани зарур аст, ки истифодаи тампон бо мақсади обияткашӣ самаранок нест. Ҳангоми ПП ба муайян намудани нишондодҳо барои резексияи узвҳои ковок, интиҳоби муносиби ҳаҷми он ва имкониятҳои ташаккул додани даҳонаҳои байни узвҳо дар муҳлати муайяни табобат тавачҷуҳи махсус дода мешавад [38, 40, 195, 235, 280]. Усули асосии санатсияи ковокии шикам ҳоло ҳам лаваж боқӣ мемонад [74, 116, 251, 268, 289].

Дар давраҳои гуногуни рушди ҷарроҳӣ усулҳои гуногуни он пешниҳод шудаанд, аз ҷумла шӯстан бо маҳлулҳои антибиотикӣ ва антисептикӣ [93, 122]. Дар айни замон маҳлулҳои гарми ($36-38^{\circ}\text{C}$) изотоникӣ истифода мешаванд, ки бо онҳо ковокии шикамро «то тоза шудани оби шӯстанӣ» фаъолона мешӯянд [16, 23, 135]. Дар як қисми адабиёти нашршуда муаллифон ба таъсири хуби гипотермия ишора намуда, барои санатсия истифода намудани маҳлулҳои то $4-6^{\circ}\text{C}$ хунукро пешниҳод мекунанд [23].

Фикру ақидаи муаллифон оид ба зарурати лаважи санатсионии дохилиамалиётӣ перитонеалӣ хеле гуногун аст: аз «тамоман нашӯстан (танҳо бо тампон хушконида)» (М. Шейн, с.2002) то «бо оби зиёд (то 30 л) хатман шӯстан» (Винник Ю.С., с.2011). Дар фаъолияти клиникӣ ба таври васеъ мавриди истифода қарор додани лаважи дохилиамалиётӣ ковокии шикам, новобаста аз хусусияти маҳлули истифодашаванда, ғавтияти пасазҷарроҳиро кам намекунад, метавонад ба сар задани осебҳои иловагии механикӣ қишрҳои мезотелиалӣ бо минбаъд амиқ шудани дисфунксияи он мусоидат намояд. Санатсияи ковокии шикам бо роҳи амалӣ гардонидани лаваж нисбат ба бартараф кардани механикӣ муҳтавои патологӣ бо воситаи докапора, бартарӣ надорад [227]. Дар айни замон ба ақидаи бештари муҳаққиқон мақсади асосии лаваж – ин бартараф намудани механикӣ токсинҳо ва бактерияҳо аст, ва бо ин мақсад истифода намудани антисептик ва антибиотикҳоро тавсия намекунанд [136, 227]. Оддитарин ва арзонтарин мавод барои ин кор маҳлули физиологии хлориди натрий боқӣ мемонад. Дар ин самт ҷустуҷӯи маводҳои самаранок ва усулҳои поксозии ковокии шикам идома дорад, ки ин аз қаноатманд набудани мутахассисон аз усулҳои мавҷудбуда гувоҳӣ медиҳад. Дар бораи усули самараноки истифодаи ҷузъии протеазҳои синтетикии иммобилизатсияшуда қорҳои илмӣ нашр шуданд [136].

Яке аз марҳилаҳои муҳимтарини амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми ПП обияткашии ковокии шикам ба ҳисоб меравад [24, 48, 124, 160, 233]. Дар солҳои охир маълумот оид ба баҳснокии масъалаҳои обияткашии ковокии шикам ва

намудҳои дренажҳо ҳангоми перитонит пайдо шуда истодаанд [47, 161, 233, 265, 283].

Ба масъалаи мақсаднок будани усулҳои обияткашӣ ва намудҳои дренажҳо даҳолат накарда, таъкид кардан муҳим аст, ки обияткашии ковокии шикамро ҳангоми перитонит муҳаққиқони зиёд эътироф мекунанд ва он ҳамчун аксиомаи ҷарроҳии перитонит ҳисобида мешавад [58, 59, 121, 161]. Дар ин маврид миқдор ва сифати воситаҳои обияткаш вобаста ба паҳншавӣ ва хусусияти перитонит, ҳамчунин анъанаҳои мактабҳои мушаххаси ҷарроҳӣ ё клиника, муайян карда мешавад.

Пешгирӣ ва табобати норасоии энтералӣ дар ҷарроҳии перитонит аҳамияти калон дорад [1, 5, 13, 238]. Барои ин пас аз поксозии ковокии шикам нишондод барои найчагузории рӯдаи бориқро муайян мекунанд. Декомпрессияи самаранок ва обияткашии рӯдаи бориқ аксари вақт бо роҳи ворид кардани найчаи назоинтестиналӣ амалӣ карда мешавад. Ба найчагузории меъда ва қисми ибтидоии рӯдаи ҳолӣ (50-70 см дуртар аз бандаки Трейтс) диққати махсус дода мешавад. Дар ин ҳолат меъдаро бо найчаи алоҳидаи назогастралӣ обияткаш кардан лозим аст. Найчагузории рӯдаҳо аз тариқи стомаҳи гуногун низ мумкин аст, вале бартариро ба усулҳои ғайриосебовари декомпрессия додан лозим аст [13, 68, 298]. Дар мавриди зарурӣ интубатсияи трансаналии рӯдаи ғафс ва ё дивулсияи мақъад гузаронида мешавад. Дар даҳсолаҳои ахир миқдори зиёди наشريҳо оид ба синдроми «нав» пайдо шуданд, ки бо фишори баланди дохилишикамӣ тавсиф ёфта, натавонанд перитонитро, балки дигар ҳолатҳои патологӣ даҳшатноки инсонро ҳамроҳ мешавад. Онро бештар синдроми гипертензияи дохилишикамӣ ё «компартмент-синдром» [55, 150, 205, 282, 286] меноманд. Чунин тахмин мекунанд, ки вай дар патогенези перитонит аҳамияти калон дорад, пайдо шудани он бошад, пешгӯии оқибати бемориро хеле бад мегардонад. Бо мақсади пешгирӣ ва ислоҳи ин ҳолат муносибатҳои гуногунро пешниҳод мекунанд, ки онҳоро ҳатман ба барномаи табобати ҷарроҳӣ дохил намудан зарур аст. Ҳамин тавр, декомпрессияи дохилиамалиётӣ узвҳои ковокии шикам (меъда, рӯдаҳои бориқ ва ғафс, масона) – тадбири профилактикии компартмент-синдром мебошад. Ғайр аз

ин, мувофиқи маълумотҳои баъзе муаллифон пайдо шудани компартмент-синдром метавонад, ки ягона нишондод барои релапаротомияи таъҷилӣ бошад [81, 96, 144, 170, 257].

Дар қисми мушоҳидаҳо амалиёти яккаратаи ҷарроҳӣ, ки ба бартарафкунии манбаи ПП равона шудааст, барои бозгашти устувори ҷараёни беморӣ кофӣ нестанд, зеро равиши деструктивии илтиҳобӣ ба тамоми сифокпарда (виссералӣ ва париеталӣ) паҳн мешавад. Дар чунин шароит ҳатто пас аз поксозии босифат дар ковокии шикам ҷамъ шудани экссудати фасодноки илтиҳобӣ, маҳсулоти таҷзияи бофтаҳо, токсинҳои микробӣ ва метаболӣ идома меёбад, ки онҳоро ҳатто бо ёрии системаҳои муосири ҷаёли обияткашӣ низ бартараф кардан ғайриимкон аст. Барои ҳаллу фасли чунин вазифа дар ихтиёри ҷарроҳон усулҳои нимкушода мавҷуд аст.

Гузаштан ба усули нимкушодаи табобати ҷарроҳӣ ҳангоми перитонити паҳнғаштаи фасоднок (олудашавии бактериялӣ зиёда аз 5 воҳиди колонияташкилдиҳанда дар як грамм – ВКТ/г) ва ҳангоми мавҷудияти аломатҳои перитонити анаэробӣ (нишондиҳандаи рН-и экссудати ковокии шикам камтар аз 6,2), мувофиқи мақсад мебошад [21]. Дар шароити муосир усули релапаротомияи барномавии санатсионӣ усули ба қадри кофӣ самараноки бартараф намудани ПП буда, имкон медиҳад, ки пайдошавии оризаҳои фасодноку септики дуюминдараҷа пешгирӣ карда шавад [9, 79, 291].

Дар ин маврид варианти дастрас, ки имконияти ба таври муносиб «назорат кардани ҳолат»-ро ҳангоми ПП фароҳам месозад, релапаротомияи барномавӣ ба шумор меравад [2, 10, 82, 84, 217].

Усули релапароскопияи барномавӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта як қатор афзалиятҳои муҳим дорад [79, 80, 104, 105, 123], аммо мутаассифона, ҳоло бинобар набудани дастгоҳҳои зарурӣ имконияти гузарондани он камтар аст. Диализи перитонеалӣ ҳангоми перитонит бинобар камбудии назаррасаш дар солҳои охир хеле кам ба кор бурда мешавад.

Имконнопазирии амалигардонии принципҳои классики табобати ҷарроҳӣ ҳангоми ҷарроҳии аввал, асоси татбиқи ду варианти тактикаи табобати

перитонити паҳнғаштаро ташкил медиҳад: «релапаротомияи талаботӣ», вақте ки чараёни номусоиди беморӣ пас аз ислоҳи яккаратаи чарроҳӣ пешгӯӣ карда намешавад; «релапаротомияи нақшавӣ» ҳангоми пешгӯии номусоиди беморӣ ва мушкилотҳо дар бартарафкунии яклаҳзавии манбаи аввалияи ПП [36, 127, 168, 254, 272]. Маҳз ҳамин ақидаҳо барои коркарди усулҳои гуногуни техникӣ ва дар фаъолияти клиникӣ ворид намудани усулҳои омехтаи чарроҳӣ асос шуданд. Мақсади асосии онҳо назорат ва саривақт ислоҳи чарроҳӣ кардани ҳолати узвҳои ковокии шикам аст.

Чунин ҳисобида мешавад, ки усулҳои муосири детоксикация (гемодиализ, диализи перитонеалӣ, ультрафилтратсия, гемофилтратсия, гемодиафилтратсия) бо мақсади нест кардани токсинҳо аз маҷрои умумии хун ба қадри кофӣ самараноканд [20]. Дар ин маврид истифодаи онҳо як қатор маҳдудиятҳо ва зиддинишондодҳо дорад. Вобаста ба ин коркарди усулҳои пешгирикунандаи дохилшавии токсинҳо ба маҷрои умумии хун аз манбаи илтиҳобӣ ҷолиби диққат аст. Чунин таҳқиқотҳо, пеш аз ҳама, дар самти омӯзиши усулҳои гуногуни обияткашии ковокии шикам ва усулҳои релапаротомияи барномавӣ ба роҳ монда мешаванд. Ҳамин тавр, дар маҷмӯи табобати шаклҳои вазнини перитонит баъзе муаллифон ба ҳамроҳ кардани усулҳои релапаротомияи барномавӣ ва лаважи перитонеалӣ аҳамияти калон медиҳанд [25, 74, 122, 136, 252].

Дар чарроҳии абдоминалии муосир нишондод барои табобати чарроҳии ба таври анъанавӣ ин омилҳо ва омехтаи онҳоянд: перитонити фиброзӣ-фасоднок ё наҷосатӣ; перитонити анаэробӣ; ғайриимкон будани бартарафсозии яклаҳзавӣ ё маҳдудсозии боэътимоди манбаи перитонит; панкреонекрози паҳнғаштаи сироятнок; ихтилолҳои шадиди гардиши хуни масориҳавӣ; дараҷаи ниҳони вазнинии ҳолати бемор, ки имконияти иҷро намудани чарроҳии яклаҳзавиро дар шакли пурра (дар адабиёти хориҷӣ ҳамчун «damage control», яъне «назорати осеб» ифода ёфтааст) истисно месозад; осебҳои омехтаи вазнини абдоминалӣ; хатари баланди такроршавии хунравии дохилишикамӣ; ҳолати захми лапаротомӣ, ки пӯшонидани нуқсони девораи пеши шикамро ғайриимкон мекунад; синдроми гипертензияи дохилишикамӣ (компартмент-синдром); марҳилаи перитонит, ки ба

сепсиси абдоминалӣ дар марҳилаи шоки септикӣ мувофиқат мекунад [28, 120, 217, 232].

Ҳамин тариқ, нишондод барои истифода бурдани усули релапаротомияи барномавӣ чун анъана аломатҳои клиникӣ ва маълумотҳои дохилиамалиётӣ хизмат мекунад. Ғайр аз ин, бо мақсади муайян кардани нишондод барои иҷро намудани релапаротомия аз системаҳои гуногуни интегралӣ арзёбии вазнинии ҳолати бемор истифода кардан мумкин аст, ки баъзе аз онҳо маҳз барои перитонит таҳия шудаанд. Шохиси Мангеймӣ перитонит (MPI) [14, 176, 221], шохиси перитонеалии Altona (PIA) ва варианти такмилёфтаи он PIA-II [253], шохиси ковокии шикам [113], шохиси пешгӯикунандаи релапаротомӣ («ШПР »), ки аз тарафи гурӯҳи ҷарроҳони аргентинӣ таҳти роҳбарии J.F.Pusajo пешниҳод шудааст, ҳамчунин ҷадвали арзёбии вазнинии ҳолати бемор (APACHE, SAPS) ва арзёбии дараҷаи норасоии полиоргонӣ (MODS, SOFA) [8, 132, 164, 187], Sepsis-related Organ Failure Assessment - SOFA [206]. аҳамияти калон доранд.

Ба ҳар ҳол, дар фикру ақида нисбат ба релапаротомияҳои барномавӣ то айни замон яқдилӣ вучуд надорад. Баъзе муҳаққиқон бошанд маълумот медиҳанд, ки басомади оқибати ғавт дар гурӯҳи беморон бо усули релапаротомияи барномавӣ ҷарроҳӣ шуда, нисбат ба онҳое, ки релапаротомия танҳо «аз рӯи талабот» гирифтанд, баланд аст [272]. Ғайр аз он, то имрӯз алгоритми қабулшуда ва дақиқ дар хусуси гузаронидани тадбирҳои санатсионӣ ҳангоми релапаротомияҳои барномавӣ бо усули кушода ё истифодаи техники эндоскопӣ, вучуд надорад.

Дар солҳои ахир усулҳои гуногуни табобати перитонит бо истифода аз технологияҳои мембранӣ (диализи трансмембрании перитонеалӣ) ба роҳ монда шудаанд (Здзитовецкий Д.Э. с.2011). Дар табобати комплекси гурӯҳи беморони махсусан вазнин якҷоя бо усулҳои релапаротомияҳои барномавӣ дар давраи байниҷарроҳӣ гузаронидани диализи бефосилаи ҷараёнӣ-ресиркулятсионии трансмембранӣ ба воситаи мембранаи сунъии нимгузаронанда пешниҳод карда мешавад. Асоси усулро равиши диализ ва қобилияти мембранаи сунъии нимгузаронанда ташкил медиҳанд. Асоси назариявии самаранокии усули мазкур ин аст: кам шудани зухуроти токсикӣ маҳсулоти манбаи илтиҳоб бо роҳи

пешгирӣ намудани дохилшавии онҳо ба маҷрои умумии хун; имконпазирии гузаронидани блокадаи тӯлонимуддати идорашавандаи новокаинии сифоки париеталӣ ва виссералӣ дар натиҷаи диффузияи новокаин аз диализат ба ковокии шикам, ин барои бартараф намудани парези рӯдаҳо мусоидат мекунад; пайвастагиҳои «муфиди» калонмолекулавӣ, аз кабили сафедаҳо ва омилҳои муҳофизати гуморалӣ, дар организм бокӣ мемонанд; эҳтимол кам шудани миқдори релапаротомияҳои барномавӣ. Фикри истифодаи бурдани технологияи мембранӣ нав нест ва самаранокии он исботро талаб намекунад, зеро дар тамоми дунё дар дастгоҳҳои «гурдаи сунӣ» ба кор бурда мешавад. Натиҷаҳои пешакии истифодаи ин усул умедбахш аст.

Дар ҳоли ҳозир дар заминаи прогресси босуръати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта тактикаи муҳофизати «кушода»-и ковокии шикам бо гузаронидани амалиётҳои санатсионӣ ба кор бурда мешаванд. Бори нахуст усулҳои кушодаи табобати перитонитро Miculich пешниҳод карда, вай томпанадаи маҳдудкунандаи докагии манбаҳои сироятро дар ковокии шикам, дар ҳолати надӯхтани захми мобайнӣ ба кор бурдааст. Дар табобати шаклҳои вазнини перитонит ҷарроҳи шӯравӣ Н.С. Макоха саҳми арзанда гузоштааст, вай муҳофизати кушодаи шикамро дар соли 1949 сар кардааст. Таъкид кардан бамаврид аст, ки лапаростома усули табобат нест, балки истилоҳест, ки усули техникаи сохтани даҳанаи байни ковокии шикам ва муҳити беруниро муайян мекунад. Усули табобат ҳамон поксозии нақшагии ковокии шикам ё санатсия мувофиқи талабот номидан дурусттар аст [11, 199].

Нишондод барои лапаростомия инҳо шуда метавонанд: релапаротомияҳои таъхиршуда аз хусуси перитонити пасазҷарроҳӣ; эвентратсия тариқи захми фаосоднок ҳангоми ПП, ҳамчунин хатари зиёди эвентратсия; ПП дар марҳилаҳои дери беморӣ, ки ҳамроҳ бо интоксикацияи вазнини эндогенӣ ё норасоии полиорганӣ сурат мегирад; перитонити паҳнғашта ё маҳдудшуда, ҳамроҳ бо некрози узвҳои ковокии шикам ва насци пасисифоқӣ; перитонити анаэробӣ [42, 54, 189, 262, 275].

Дар миёни чарроҳон муносибат ба методи «лапаростомия» якдилӣ пайдо накардааст. Дар кишварҳои Ғарб корбурди методи лапаростомия, баъд аз он ки таҳқиқот дараҷаи баландтари беморшавӣ ва фавтёбиро дар чараёни тактикаи мазкур нишон дод, бекор карда шуд. Бартариҳои лапаростомия дар он аст, ки он имкони дастрасии бевоситаро ба ковокии шикам ҳангоми поксозии марҳилавӣ фароҳам менамояд, инчунин ба пешгирии инкишофи «синдромҳои компартменти абдоминалӣ» мусоидат мекунад. Камбудии методи мазкур эҳтимоли пайдошавии оризахое аз қабили начаспидани анастомозҳои байнирӯдавӣ ва ғайра, ташаккули носури беруна, қабзияти рӯдаҳо, талафёбии фавқуллодаи моеъот, хунравӣ аз сатҳи чароҳат, сирояти дубора, азҳамдуршавии канораҳои захми чароҳӣ бо ташаккули чурраи вентралӣ ва дар ин робита афзудани нишондиҳандаҳои фавти беморон ба ҳисоб мераванд. Бояд таъкид кард, ки усули лапаростомия оризахоеро монанди фасодгирии пасазчарроҳӣ, ба вучуд омадани носурҳои рӯдаҳо дар заминаи табобати марҳилавӣ, ногузарии бармаҳали лиҳомии рӯдаҳо, парези пасазчарроҳии рӯдаҳо, ба вучуд омадани чурраҳои пасазчарроҳии вентралӣ ва дар ин робита афзудани нишондиҳандаҳои фавти беморон ба назар мерасад [212, 258, 274].

Муолиҷаи беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта муҳимтарин ва мураккабтарин проблемаи чарроҳии муосир ба шумор меравад. Муваффақияти муолиҷаи беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, аксаран ба саривақтӣ будан, пуррагӣ ва мувофиқат доштани амали чарроҳии иҷрошуда ва нигоҳубини беморон дар давраи баъдичарроҳӣ вобаста мебошад [216].

То кунун дар адабиёти соҳавӣ масъалаи оид ба мақсаднокии иҷро, нишондодҳо ва зиддинишондодҳои релапаротомияҳои «аз рӯйи дархост», релапаротомияҳои барномавӣ, бо шумули лапаростомия баҳснок боқӣ мемонад. Дар беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта мушкилиҳо дар мушаххасозии пешгӯии чараёни беморӣ ва қабули қарор дар муайянкунии тактикаи чарроҳӣ вучуд доранд. Аммо ба ақидаи баъзе муаллифон ҳангоми табобати беморон бо истифода аз усули поксозии барномавии ковокии шикам на

бештар аз 2-3 релапаротомия муносиб доништа мешавад, чунки ҳангоми поксозии минбаъда ғавти баъдичарроҳӣ ба таври назаррас афзоиш меёбад. Дар баргузори поксозии барномавии ковокии шикам вижагиҳои техникӣ ва тактикӣ ба сифати омилҳои нигоҳдоранда баромад мекунад, ки ба пайдоиши хунравиҳо аз ковокии шикам ва пардаи луобии узвиҳои ҳозима, пайдошавии оризаҳои нозокомиалӣ, ҳосилшавии носурҳои дигестивӣ, тақвия ёфтани равандҳои транслокасия ва токсемия иртибот доранд.

Дар ин маврид масъалаи мувофиқат ва пӯшонидани ковокии шикам, аз ҷумла бо истифода аз воситаҳои техникӣ, аҳамияти махсус пайдо мекунад. Дар айни замон якҷанд вариантҳои техники баланд бардоштани самаранокии тадбирҳои санатсионӣ ва пӯшидани лапаростомия мавҷуд аст.

Аз оғози асри XXI дар мувофиқати шиками «кушода» истифодаи технологияи вакуумӣ сар мешавад, ки асоси амали онро принсипи фишори ҷузъии манфӣ ташкил медиҳад. Ин усул имконият медиҳад, ки ҳарду вазифа – тахлиии муҳтавои токсикӣ ва муваққатан пӯшидани ковокии шикам ҳангоми шаклҳои вазнини ПП ҳал карда шавад [156, 191, 214, 264]. Ин усул барои паст шудани нишондоди ғавтият ва оризаҳо мусоидат кард, гарчанде пайдо шудани носурҳо ва абсаҳои байни ҳалқаҳоро пурра пешгирӣ карда нашуд [97, 155], ва ҷустуҷӯи усулҳои боз ҳам самараноктари муваққатан пӯшидани ковокии шикам идома дорад. Баланд бардоштани самаранокӣ, аз ҷумла тавассути

Якҷоя кардани фишори ҷузъии манфӣ бо системаи ҷараёни-инстиллятсионӣ, яъне лапаростомияи вакуум–инстиллятсионӣ, ки барои шустани автоматикии ковокии шикам бо антисептикҳо ва ҷаббиши онҳо пешбинӣ шудааст, имконият медиҳад, ки ташаккули ҷараёни илтисоҳӣ дар ковокии шикам ва ба вуҷуд омадани ҷамъшавии экссудати обияткашнашаванда пешгирӣ карда шавад [158, 201].

Ҳамин тариқ, усулҳои такмилёфтаи дар солҳои охир истифодашавандаи мувофиқати ковокии шикам, тадбирҳои кардани дастгоҳҳои техникӣ ҷавобгӯ ба талаботи муосир ба табobati комплекси беморони гирифтори ПП дар баробари самаранокӣ баъзе камбудииҳо низ доранд ва баррасӣ намудани истифодаи

вариантҳои ҷудогонаи табобат баъзан метавонад, ки хусусияти баҳспазир дошта бошад. Ҷустуҷӯи усулҳои муосири самараноки табобати шаклҳои вазнини ПП, махсусан дар заминаи рушди босуръати технологияи тиббӣ, мубрам боқӣ мемонад.

Ҳамчунин таъкид бояд кард, ки дурнамои табобати ҷарроҳии шаклҳои вазнини ПП ба ворид намудани усулҳои нави ташҳиси шуӣ (ТУС, томографияи компютерӣ (ТК) ва магнитӣ-резонансӣ (ТМР)) вобастаанд, онҳо имконият медиҳанд, ки тасвири бузург ба даст оварда шавад ва манбаҳои амиқи деструксия ва ҷараёни маҳдуди фасоднок дақиқан ҷудо карда шаванд [119, 157, 266, 267, 284]. Усулҳои муосири миниинвазивӣ «ҷарроҳии навигатсионӣ» имконият медиҳанд, ки обияткашии чунин ҷирксориҳо бе иҷро намудани дастраскуниҳои осебпазири васеи ҷарроҳӣ анҷом дода шавад. Перспективаҳои зиёде низ ба истифодаи усулҳои миниинвазивии эндовидеоҷарроҳӣ алоқаманданд, ки яке аз самтҳои ояндадори ҷарроҳии перитонит маҳсуб мешаванд. Ин технологияҳо имконият медиҳанд, ки натавонанд сарчашмаи перитонит бартараф карда шавад, балки санатсияи ковокии шикам низ анҷом дода шавад [52, 210]. Осеби камтарин ва самаранокии баланди усули лапароскопии табобати ПП имконият медиҳад, ки як қатор оризаҳо (эвентратсия, носурҳои рӯдаҳо, фасодгирии захми лапаротомии пасазҷарроҳӣ) пешгирӣ карда шаванд [41, 79, 142]. Айни замон усули лапароскопӣ ҳамчун усули мустақили табобати ҷарроҳии ПП ба таври зарурӣ эътироф нашудааст ва густариш наёфтааст. Дар бораи самаранокии мутлақи он ҳоло сухан гуфтан барвақт аст, зеро баъзе ҷанбаҳои истифодабарии он (нишондод, зиддинишондод, алгоритм, методикаи истифодабарӣ, оризаҳои эҳтимоли) омӯзиш ва дақиқсозии минбаъдаро талаб мекунанд [79]. Як гурӯҳ муаллифон чунин меҳисобанд, ки онро ҳангоми паст будани сироятнокӣ ва олудагии бактериалии ковокии шикам, перитонити серозӣ ё кимиёвӣ, вайрон нашудани бутунии рӯдаи борик, ҳангоми боварии мутлақ доштан ба мукаммалии поксозии ковокии шикам, яъне ба сифати алтернативаи усули пӯшида истифода карда шавад [142]. То наздикиҳо ПП худ барои ҷарроҳии лапароскопӣ зиддинишондод ҳисоб мешуд, ки ин аз набудани имкониятҳои техникӣ барои

ичро кардани чунин чарроҳӣ, хатари паҳншавии ҷараёни илтиҳобӣ ба қисмҳои тозаии ковокии шикам вобастагӣ дошт [94].

Пешравиҳои техника ва технологияи видеолапароскопӣ дар солҳои охир ва ҳаме шудани таҷрибаи ҷарроҳии ҷаврии видеолапароскопӣ боиси тадриҷан ба ҷараёни табobati ПП ҷалб кардани лапароскопия гардид [15, 140]. Бартарии ҷарроҳии лапароскопӣ нисбат ба анъанавӣ дар имконияти нисбатан боварибахштар муқаррар намудани дараҷаи паҳншавӣ ва вазнинии перитонит, осебрасонии камтари ҷарроҳӣ, коҳиш додани миқдори оризаҳои сироятӣ, ғайолкунӣ ва барвақт коршоям кардани беморон, самаранокии беҳтари косметикӣ мебошанд [142]. Саҳми арзандаи худро дар инкишофи истифодабарии видеолапароскопия дар шароити перитонит чунин олимони ва мутахассисони соҳаи ҷарроҳии Ҷумҳурии Тоҷикистон мисли Гулмуродов Т.Г., Қурбонов К.М., Муҳиддин Н.Д., Назаров Ф.Н. [66, 94] гузоштанд.

Камбудии ҷарроҳии лапароскопӣ ҳангоми перитонит, ба андешаи муаллифони гуногун, мураккаб будани поксозии мукаммали ковокии шикам ҳангоми олудагии возеҳи бактериялӣ ва қабатҳои васеи фиброзӣ, маҳдуд будани доираи биниш ҳангоми дамиши парезии рӯдаҳо, имконнопазирии гузаронидани найчагузори назоинтестиналӣ ба ҳисоб мераванд [120]. Мувофиқи маълумоти Ф.Н.Назаров ва ҳаммуаллифон (2013) истифодаи технологияи видеолапароскопӣ имкониятҳои ҷарроҳии миниинвазивиро зиёд мекунад [94], чунин ақидаро дигар муҳаққиқон низ ҷонибдорӣ мекунанд [41].

Масъалаи санатсияҳои видеолапароскопии марҳилавӣ пас аз лапаротомия оид ба шаклҳои вазнини ПП низ аҳамияти калон дорад. Сухан дар бораи усули омехта меравад. Дар ҷарроҳии аввалия зарурати гузаронидани ҷарроҳии видеолапароскопии санатсионӣ дар давраи пасазҷарроҳӣ ба нақша гирифта мешавад. Нишондод барои тадбири мазкур инҳоянд: давомнокии ПП зиёда аз 12 соат, перитонити фиброзӣ-фасодӣ ва ё фасодӣ бо бастагҳои фиброзӣ, хусусияти наҷосатии экссудат, набудани имконияти гузаронидани поксозии мукаммали ковокии шикам вобаста ба ҳолати ниҳоят вазнини бемор, ҳамчунин ҳолате, ки назорати босирии динамикиро, бинобар хатари зиёди пайдошавии оризаҳои

интраабдоминалӣ, талаб менамояд [120, 188]. Зиддинишондодҳо – ин чараёни хадшавӣ-лиҳомӣ дар ковокии шикам; парези возеҳи рӯдаи борик; перитонити начосатии кухнашуда; хусусияти тахминии анаэробии клостридиалии флора; бастагиҳои фаровони фиброзӣ бо тамоюл ба пайдошавии абсаҳо, набудани самаранокии назаррас ҳангоми гузаронидани санатсияҳои нақшавии видеолапароскопӣ [159, 202]. Зиддинишондодҳои нисбӣ – мавҷуд будани стомаҳои рӯдаҳо, носурҳо ва фасоднокии захми лапаротомӣ (хатари такроран сироятнок шудани ковокии шикам) ба ҳисоб меравад (Покровский Е.Ж., с.2010).

Лапароскопияи санатсионӣ, мувофиқи маълумотҳои муаллифони гуногун, пас аз 12 соат, як шабонарӯз, ду шабонарӯз пас аз аз ҷарроҳии қаблӣ иҷро карда шудааст. Бо мақсади сабук кардани амалиёти такрорӣ баъзе муаллифон «остинчаи» махсуси лапароскопиро истифода намуданд, ки дар девораи пеши шикам ҳангоми лапаротомияи аввалия гузошта шудааст [188].

Миқдори санатсияҳои такрории лапароскопӣ вобаста ба вазнинии чараён аз 2-3 то 7-8 сеансро ташкил мекунад [125].

Интиҳоби фосилаи оптималии байни поксозиҳои марҳилавӣ барои оқибати табобати беморӣ аҳамияти махсус дорад. Се варианти фосилаҳо барои релапаротомияи барномавӣ мавҷуд аст: кӯтоҳ, миёна, максималӣ. Фосилаи кӯтоҳ (то 2 шабонарӯз) ҳангоми перитонити вазнин ва ҳолати нисбатан босуботи бемор ба қор бурда мешавад. Фосилаи миёна (24-48 соат) – бештар қобили қабул аст, зеро ки дар ин вақт механизмҳои муҳофизатии сифоқпарда аллакай ба ҳадди максималӣ возеҳанд, дар ин фосилаи вақт ихтилолҳои асосии метаболикӣ, ки пас аз амалиёти ҷарроҳии узви дохили бадан пайдо мешавад, мумкин аст, ки манъ карда шавад (Савельев В.С. с.2009). Фосилаи макималӣ (зиёда аз 48 соат), мувофиқи маълумоти адабиёт, ба чараёни ПП таъсири манфӣ мерасонад, ки бо бад шудани манзараи морфофункционалӣ дар ковокии шикам ва набудани динамикаи мусбат дар ҳолати бемор зоҳир мегардад.

Муҳолифони миқдори зиёди релапаротомияи санатсионӣ чунин меҳисобанд, ки дар баъзе ҳолатҳо ҳангоми иҷрои амалиётҳои ҷарроҳии бисёрқаратаи такрорӣ «даврзании нуқсоннок» ташаккул меёбад: дараҷаи

вазнинии перитонит давом додани амалиётҳои марҳилавиरो тақозо мекунад, ҳар як релапаротомияи минбаъда бошад, боиси афзудани тағйироти илтиҳобӣ дар ковокии шикам ва мушкилии анҷом додани речаи поксозии марҳилавӣ мегардад [139].

Муайян кардани меъёрҳо барои анҷом додани речаи поксозии марҳилавии ковокии шикам масъалаи ниҳоят мураккаб аст ва айни замон оид ба он фикри ягона мавҷуд нест. Меъёри асосии имкониятҳои қатъ кардани поксозии барномавии ковокии шикам, мувофиқи маълумотҳои В.С. Савелев, қатъ гардидани чараёни фасодӣ-илтиҳобӣ мебошад. Ба сифати меъёри анҷом додани речаи ҷарроҳии марҳилавӣ инчунин инҳоро меоваранд:

- 1) Муътадил сохтани ҳарорати бадан;
- 2) Муътадил сохтани формулаи лейкоцитарии рӯдаҳо;
- 3) Барқарор сохтани перисталтикаи фаъоли рӯдаҳо;
- 4) Набудани мӯҳтавои фасоднок дар ковокии шикам.
- 5) Пайдо шудани бофтаҳои гранулятсионӣ дар захми ҷарроҳӣ ва тоза гардидани рӯдаҳо аз бастагиҳои фиброзӣ.

Фикрҳои муҳолифи маллифони гуногун дар айни замон тасдиқ мекунад, ки истифодаи ҷорҷӯбаҳои ҷиддии замонӣ ва микдории иҷроиши релапаротомияи барномавӣ ҳангоми ПП вазифаи мураккаб аст, ки омӯзиши иловагиро тақозо мекунад [140].

Таъкид кардан зарур аст, ки масъалаҳои тактикаи ҷарроҳӣ бо истифода аз видеолароскопияи динамикии санатсионӣ ба таври кофӣ ташреҳ нашудааст. Ҳанӯз нишондодҳо ва зиддинишондодҳо барои релапароскопия ҳам пас аз амалиёти эндовидеочарроҳӣ ва ҳам пас аз ҷарроҳии анъанавӣ ба қадри кофӣ муайян карда нашудаанд. Дар хусуси техникаи санатсияи лароскопӣ масъалаҳои баҳснок мавҷуданд, меъёрҳои интиҳоби намуди санатсияи ковокии шикамба қадри кофӣ муайян карда нашудаанд.

Ҳангоми ҳамроҳ шудани сепсиси абдоминалӣ, ҳангоми ҳолҳо бо ҷадвали АРАСНЕ II то 15, дар марҳилаи дуюм пас аз ларотомия гузаронидани санатсияи видеолароскопии ковокии шикам мувофиқи мақсад аст, ин имконият медиҳад,

ки аз авҷгирии перитонит ва оқибатҳои фавтнок пешгирӣ карда шаванд [137, 138, 139, 140].

Ҳангоми норасоии полиорганӣ ё ҳангоми шоки септикий муайяншуда, бо ҳолҳои ҷадвали APACHE II болотар аз 15, истифодаи усули омехтаи табобат бесафар аст, ин бинобар олудагии баланди бактериялӣ дар муҳтавои ковокий шикам, бастагиҳои фаровони фиброзӣ, тамоюл ба ташаккул ёфтани абсаҳо вобаста аст. Дар ҳолати мазкур ташаккул додани лапаростома ва баъдан санатсияҳои барномавии ковокий шикам мувофиқи мақсад мебошад [137, 184].

Ҳамин тариқ, айни замон концепсияи ягонаи аз тарафи умум қабулшудаи табобати ҷарроҳии ПП вучуд надорад. Дар муассисаҳои мухталифи тиббӣ алгоритмҳои куллан гуногуни тадбирҳои табобатӣ истифода мешаванд, ки ин минбаъд омӯзиши амиқтари чунин проблема, гузаронидани таҳқиқотҳо ва коркардҳои илмиро дар ин самт тақозо дорад.

БОБИ 2

МАВОД ВА МЕТОДҲОИ ТАҲҚИҚОТ

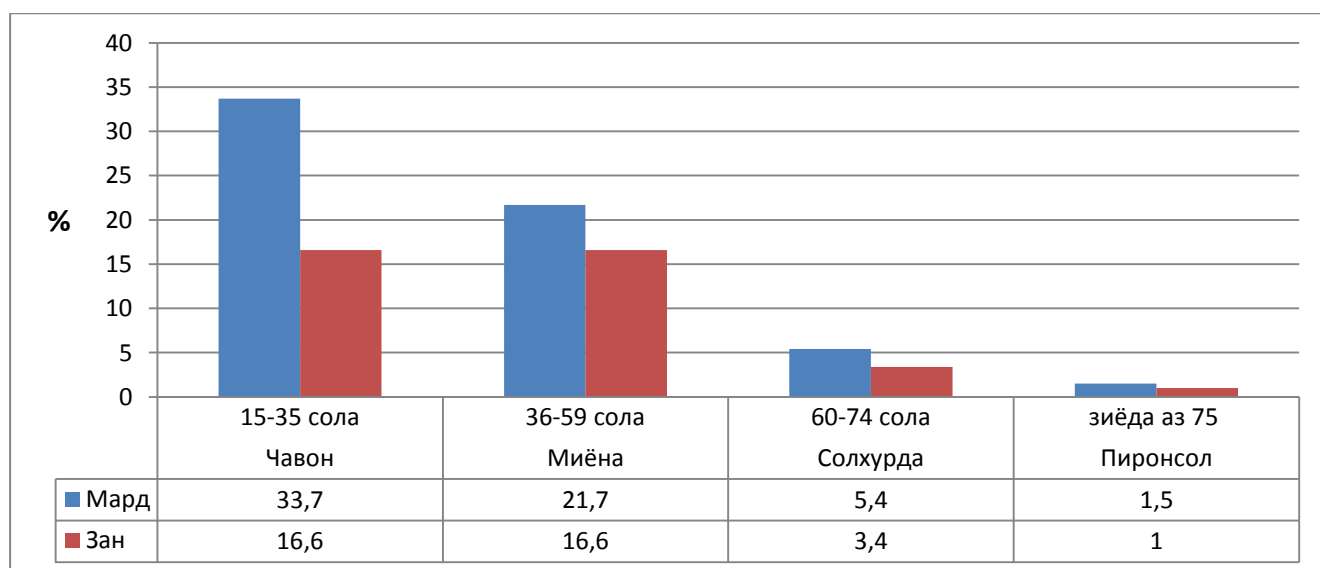
2.1. Тавсифи муоинаҳои клиникӣ

Таҳқиқот дар асоси таҳлили натиҷаҳои муоина ва табобати 409 бемори дорои перитонити паҳнғаштаи (ПП) сабабхояшон гуногун, ки дар клиникаи бемориҳои ҷарроҳии №1-и факултети тиббии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», дар пойгоҳи шуъбаи ҷарроҳии МД МЁТТ ш.Душанбе дар давраи солҳои 2004-2018 ҷарроҳӣ шудаанд, анҷом дода шудааст.

Гурӯҳбандии беморон аз рӯи синну сол ва ҷинс дар ҷадвали 2.1. ва расми 2.1. оварда шудааст.

Ҷадвали 2.1. – Тақсими беморон бо перитонити паҳнғашта мувофиқи синну сол

Ҷинс	Синн (сол)								Ҳамагӣ	
	Чавон 15-35		Миёна 36-59		Солхурда 60-74		Пиронсол зиёда аз 75			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Мард	138	67	89	56,7	22	61,1	6	60	255	62,3
Зан	68	33	68	43,3	14	38,9	4	40	154	37,7
% дар гурӯҳҳо	-	100		100		100		100	-	100
Ҳамагӣ	206	50,4	157	38,4	36	8,8	10	2,4	409	100



Расми 2.1. – Тақсими беморон бо перитонити паҳнғашта мувофиқи ҷинсу синну сол

Синну соли беморон аз 15 то 82 солро дар бар гирифт, тафовути синнусолӣ аз сабабҳои ПП вобастагӣ дошт. Чунончи, синну соли миёнаи бемороне, ки сарчашмаи бемории онҳо сӯрохшавии реши гастродуоденалӣ буд, $37,3 \pm 2,8$ солро ташкил дод; ҳангоми перитонити аз сабаби ногузароии шадиди рӯдаҳо пайдошуда $36,3 \pm 3,4$ сол ва ҳангоми аппендитситаи деструктивӣ - $39,8 \pm 3,2$ сол буд. Контингенти нисбатан «калонсолтар»-и беморон он гурӯҳи беморон буд, ки сабаби перитонит дар онҳо холесистити шадиди деструктивӣ ($62,3 \pm 5,2$ сол) ва панкреатити шадид ($67,5 \pm 5,6$ сол) буд.

Гурӯҳбандии беморон аз рӯи шаклҳои нозологӣ, ки бевосита сабаби сар задани беморӣ буданд, дар ҷадвали 2.2. оварда шудааст. Дар графаи сабабҳои «ғайра» он ҳолатҳои перитонит оварда шудаанд, ки сабаби онҳо чунин буд: рахнашавии дохилишикамии осебии рӯдаи борик, ғафс ва масона, оментити фасоднок, рахнашавии абсаи девораи шикам ба ковокии озоди шикам, сӯрохшавии дивертикули Меккел, перитонитҳои паҳнғаштаи гинекологӣ.

Ҷадвали 2.2. – Тақсимои беморон мувофиқи сабаби нозологии перитонити паҳнғашта

Сабабҳои перитонити паҳнғашта	n	%
1.Сӯрохшавии решҳои гастродуоденалӣ	154	37,6
2.Ногузароии шадиди рӯдаҳо	90	22
3.Аппендитситаи шадид	89	21,8
4.Панкреатити шадид, панкреонекроз	15	3,7
5.Сӯрохшавии рӯда	33	8,1
6.Холесистити шадид	10	2,4
7.Ғайра	18	4,4
Ҷамагӣ	409	100

Таҳлили сохтори омили ҷарроҳии этиологии ПП басомади гуногуни шаклҳои алоҳидаи нозологии беморҳои ҷарроҳиро вобаста ба мансубияти ҷинсии беморон муайян намуд. Дар байни сабабҳои перитонити мардҳо бештар сӯрохшавии решҳои гастродуоденалӣ, аппендитситаи шадид, панкреатити шадид,

панкреонекроз ва иллатҳои осебии узвҳои ковок, дар занҳо – ногузароии шадиди рӯдаи ғафс сабабаш омосӣ, сӯрохшавии рӯдаи ғафс ва холесистити шадид.

Аз ҷиҳати клиникӣ тамоюли муҳим дар сохтори омилҳои этиологии чарроҳии перитонит – басомади баланди бистаришавии беморон бо ҷараёни оризаноки бемориҳои онкологии узвҳои ковокии шикам (ногузароии шадиди рӯдаҳо, саратони сӯрохшудаи рӯдаи ғафс, меъда) ба ҳисоб меравад. Сӯрохшавии омоси меъда, рӯдаи ғафс ва ногузароии шадиди рӯдаи ғафси генезаш омосӣ дар маҷмӯъ дар таҳқиқоти мазкур дар 55 ҳолат (13,5% аз ҳамаи муоинаҳо) сабаби сар задани ПП гаштаанд. Мубрам будани тамоюли мазкур дар ҷанбаи пешгӯии ҷараёни ПП ба хусусияти бадсифат доштани беморӣ, синну соли бемор ва бартарӣ доштани ҷинси зан дар байни онҳо марбут мешавад. Басомади ба қадри кофӣ баланди ПП, ки дар натиҷаи ҷараёни оризаноки аппендитсита шадид пайдо шудаанд, диққатҷалбкунанда аст. Аз маълумотҳои дар ҷадвал овардашуда бармеояд, ки аппендитсита шадид аз ҷиҳати басомади сабт дар байни ҳамаи бемориҳо, ки сабаби аввалини перитонити чарроҳӣ шудаанд, ҷойи 3-юмро ишғол мекунад. Дар бештари ҳолатҳо дар беморони ин гурӯҳ сабаби пайдо шудани ПП дер мурочиат кардани беморон ба муассисаи тиббӣ мебошад.

Баъзан ПП дар гурӯҳи таҳқиқшуда пас аз чарроҳӣ низ авҷ мегирад, ки ин дар шароити шуъбаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ (ШРТИ) дар баробари табобати интенсивӣ релапаротомияро низ талаб мекунад. Ҷараёни перитонити авҷгиранда дар ин маврид бо возеҳии вазнинии ихтилолҳои физиологӣ фарқ карда меистад, ки бештар бо пайдошавии оризаҳо ва инкишофи дисфунксияҳои узвӣ ҳамроҳ сурат мегирад. Дар ин маврид пешгӯии бемории перитонити авҷгиранда хеле ҷиддӣ аст ва эҳтимоли зиёди оқибати ғавтнокро дорад, ки инро рақамҳои баланди ғавтият аз ин беморӣ (52,2%) тасдиқ мекунанд, сатҳи умумии ғавтиятро хеле баланд мебардорад.

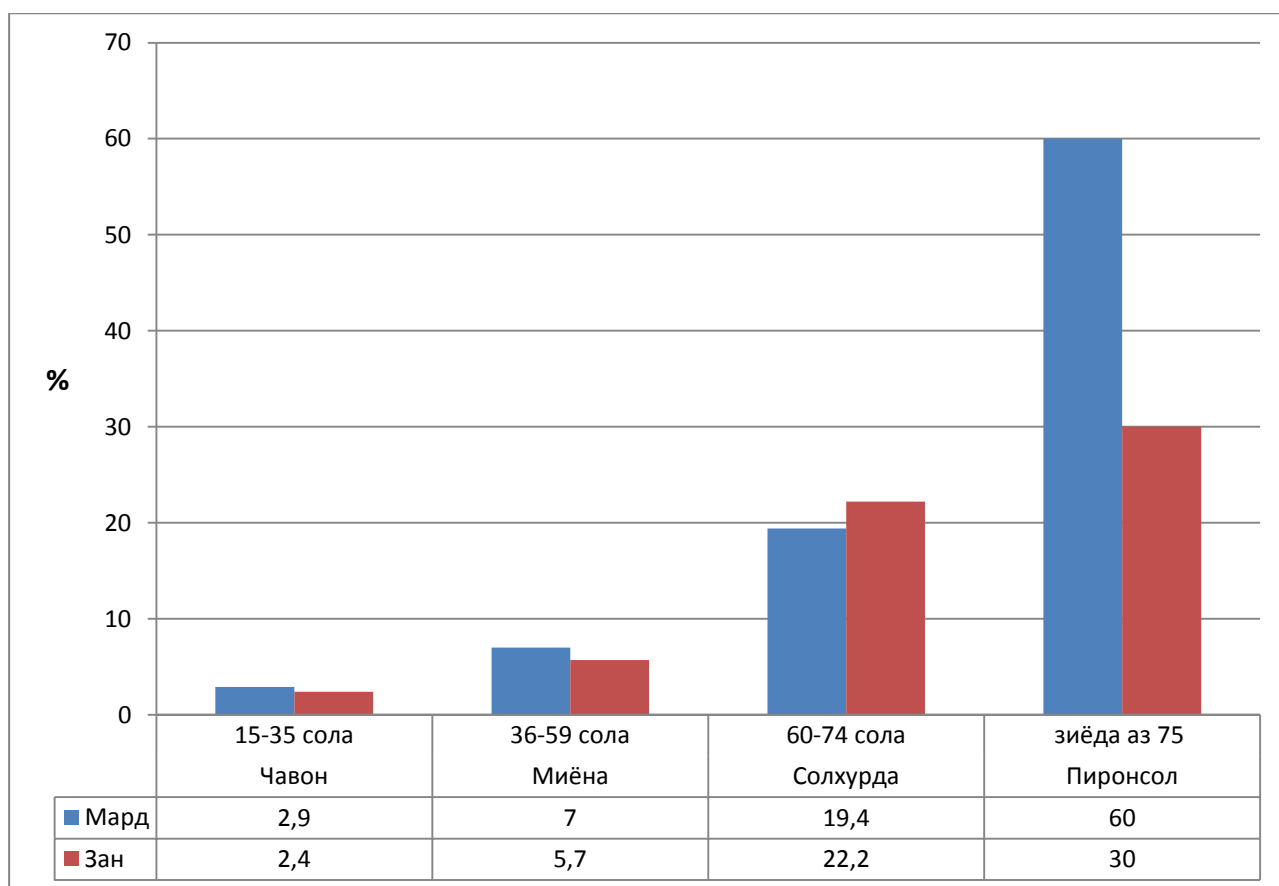
Гурӯҳбандии беморони гирифтори перитонити паҳнғашта мувофиқи давомнокии ҷараёни беморӣ (аз оғози беморшавии аввалия то лаҳзаи бистаришавӣ) дар ҷадвали 2.3. оварда шудааст.

Чадвали 2.3. – Тақсимои беморон мувофиқи давомнокии перитонити паҳнғашта

Давомнокии беморӣ	n	%
то 12 соат	89	21,8
12-24 соат	59	14,4
24-48 соат	43	10,5
зиёда аз 48 соат	218	53,3
ҳамагӣ	409	100

Тавре ки аз маълумотҳои дар чадвал овардашуда бармеояд, дар муҳлати болотар аз 48 соат миқдори зиёди беморон 218 (53,3%) таҳти амалиёти ҷарроҳӣ қарор гирифтанд. Сабаби пайдоиши перитонит дар бемороне, ки дар муҳлати то 12 соат пас аз сар шудани беморӣ ҷарроҳӣ шудаанд, асосан сӯрохшавии решҳои гастродуоденалӣ ва осебҳои узвҳои ковок буданд. Бемороне, ки давомнокии бемориашон аз 12 то 14 соат буд, асосан гирифтори ногузариҳои шадиди рӯдаҳо ва холесистити шадид буданд. Ҳамин гуна омилҳои этиологӣ дар бемороне, ки пас аз 24-48 соати саршавии беморӣ ҷарроҳӣ шудаанд, низ ба мушоҳида расид. Бемороне, ки давомнокии бемориашон аз 48 соат боло буд, гурӯҳи нисбатан вазнини беморонро ташкил дод, дер мурочиат кардани онҳо бо сабабҳои гуногун (ноаён будани манзараи клиникӣ, иштибоҳ дар ташҳиси аввалин, саривақт нарасонидани ёрии тиббӣ ва ғайра) буданд. Ғайр аз он, ин категорияи беморон ба миқдори асосии перитонити авҷгиранда дар давраи пасазҷарроҳӣ мувофиқат намуд. Аз миқдори ҳолатҳои таҳқиқшавандаи беморӣ 55 (13,4%) бемори гирифтори перитонити паҳнғашта ғавтид.

Дар байни як қатор омилҳо, ки сатҳи умумии ғавтиятро муайян мекунанд, сабабҳои ҷарроҳии перитонит, синну соли бемор, муҳлати сар шудани беморӣ ва фазаҳои ҷараёни бемориро ҷудо мекунанд. Мувофиқи он маълумотҳое, ки миқдори беморони ҷинси мард дар байни ҳамаи ҳолатҳои таҳлилшудаи перитонити паҳнғашта зиёд аст, басомади ғавтияти натиҷаи беморӣ дар мардҳо камтар аст, назар ба занҳо (мутаносибан 29-13,4% ва 26-19,8%). Гурӯҳбандии ҳолатҳои ғавт аз перитонити паҳнғашта аз рӯи синну сол ва ҷинс дар расми 2.2. ва чадвали 2.4. оварда шудаанд.



Расми 2.2. – Сатҳи ғавтият дар гурӯҳҳои гуногуни синусолии беморон бо перитонити паҳнғашта (n=409)

Ҷадвали 2.4. – Ғавтият дар гурӯҳҳои гуногуни синнусолии беморон бо перитонити паҳнғашта (n=55)

Синн (сол) Чинс	Чавон 15-35	Миёна 36-59	Солхурда 60-74	Пиронсол зиёда аз 75
Мард	6 (2,9%)	11 (7%)	7 (19,4%)	5 (50%)
Зан	5 (2,4%)	10 (5,7%)	8 (22,2%)	3 (30%)

Аз маълумотҳое, ки дар расми 2.2. ва ҷадвали 2.4. оварда шудаанд, маълум мешавад, ки сатҳи ғавтият аз перитонити паҳнғашта мустақиман аз синну соли беморон вобастагӣ дорад.

Таҳлили басомади натиҷаҳои ғавт вобаста аз этиологияи ҷарроҳии перитонит (ҷадвали 2.5.) нишон дод, ки сатҳи баландтари ғавтият дар он гурӯҳи бемороне ба мушоҳида расид, ки дорои ногузариҳои шадиди рӯдаҳо ва бемороне, ки дорои сӯрохшавии гастродуоденалӣ буданд, ин бевосита аз хусусияти бемориҳои асосӣ ва хусусиятҳои синнусолии беморони ҳамин гурӯҳҳо вобастагӣ

дошт. Фавтияти баланд, ки то 12,7% аз миқдори умумии фавтидагон мерасид, низ дар беморони дорои сӯрохшавии рӯдаҳои борик ва ғафс ба мушоҳида расид.

Ҷадвали 2.5. – Фавтият дар гурӯҳҳо бо сабабҳои гуногуни пайдоиши перитонити паҳнғашта

Сабабҳои перитонити паҳнғашта	Фавтият	
	n	%
1. Сӯрохшавии решҳои гастродуоденалӣ	14	25,4
2. Ногузароии шадиди рӯдаҳо	18	32,7
3 Аппендитсита шадид	4	7,3
4 Панкреатити шадид, панкреонекроз	5	9,1
5 Сӯрохшавии рӯда	7	12,7
6 Холесистити шадид	4	7,3
7 Ғайра	3	5,5
Ҷамагӣ	55	100

Тақсимои беморон бо перитонити паҳнғашта ба гурӯҳҳо 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).

Қисми асосии беморон (65,8%) дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ ҷарроҳӣ шудаанд. Миқдори ками беморон (8,6 %) дар марҳилаи шоки септикӣ (ҷадвали 2.6.) ҷарроҳӣ шуданд.

Ҷадвали 2.6. – Тақсимои беморон мувофиқи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта

Марҳилаи перитонити паҳнғашта	Миқдори беморон		Фавтият	
	n	%	n	%
Захролудшавии эндогенӣ	229	56	10	4,4
Сепсиси абдоминалӣ	137	33,5	22	16,1
Шоки септикӣ	43	10,5	23	53,5
Ҷамагӣ	409	100	55	13,4

Тавре ки маълумотҳои дар ҷадвали 2.6. овардашуда гувоҳӣ медиҳанд, марҳилаи захролудшавии эндогении перитонити паҳнғашта ба сатҳи пасти фавтият мувофиқат кард, камтар аз 5%-и беморон фавтид. Сабаби асосии оқибатҳои марговар дар марҳилаи интоксикатсияи эндогенӣ бемории дилу рағҳо ба ҳисоб мерафт, ки дар заминаи ғайриҷубронӣ шудани бемории ишемикӣ ба миён омадааст, дар 2 ҳолат сабаби марг дар беморон оризаи тромбоемболикӣ буд. Сатҳи нисбатан баланди фавт (53,5%) дар бемороне дида шуд, ки дар марҳилаи шоки септикӣ ҷарроҳӣ шудаанд. Дар ҳама ҳолатҳои фавт сабаби бевоситаи марг захролудшавии эндогении авҷгиранда буд, ки бевосита ба перитонит иртибот дошт ва бо хамроҳии зухуроти ҷуброннашавандаи дисфунксияи узвҳо ва системаҳои мухталиф сурат мегирифт.

Қараёни оризаноки перитонити паҳнғашта дар гурӯҳи таҳлилшудаи беморон дар зиёда аз 57%-и ҳолатҳо мушоҳида шуд. Дар бештари ҳолатҳо фавт ҳангоми перитонити паҳнғашта бевосита ба пайдошавии оризаҳои давраи пасазҷарроҳӣ алоқаманд буд. Сохтор ва басомади оризаҳо дар беморони дорои перитонити паҳнғашта дар ҷадвали 2.7. оварда шудааст.

Ҷадвали 2.7. – Сохтор ва басомади аворизи баъдазҷарроҳӣ

Намуди ориза	n	%
1.Перитонити давомдиҳанда (авҷгиранда)	67	19,3
2.Ногузарои бармаҳали лиҳомии баъдазҷарроҳии рӯдаҳо	9	2,6
3.Абсаҳои ковокии шикам	6	1,7
4.Носурҳои рӯдавӣ	5	1,4
5.Фасодгирии захми баъдазҷарроҳӣ	49	14,1
6.Дабилаи девори шикам	5	1,4
7.Эвентрасия	6	1,7
8.Пневмония	47	13,5
9.Тромбозҳо, эмболияҳо	6	1,7
Ҳамагӣ	200	57,5

Таҳлили маълумотҳои дар ҷадвал овардашуда нишон медиҳад, ки бештар дар давраи пасазҷарроҳӣ оризаҳои гуногуни фасодӣ-септикӣ (перитонити идомакунанда, фасод гирифтани захми пасазҷарроҳӣ, пневмония) ошкор карда шуданд, ки дар маҷмӯъ дар 46,9%-и ҳолатҳо ба қайд гирифта шудаанд. Дар

сохтори ин гурӯҳи оризаҳо бештар пайдо шудани пневмонияи пасазчарроҳӣ (дар 13,5%-и мушоҳидаҳо) ба назар расид. Дар бештари ҳолатҳо чараёни ин беморӣ хусусияти септикӣ дошт, ки ин яке аз сабабҳои бевоситаи пайдошавии натиҷаҳои марговари беморӣ ба ҳисоб меравад. Дар сохтори оризаҳои фасодӣ-септикӣ ҷойи махсусро перитонити авҷгиранда ишғол мекунад, ки дар 19,3%-и ҳолатҳо ба мушоҳида расид, ин ҳангоми муқаррар намудани таъхис гузаронидани ҷарроҳҳои такрориро тақозо намуд. Пайдо шудани чунин намуди ориза ҳамроҳ бо возеҳии махсуси вазнинии ҳолати бемор сурат гирифт ва дар 52,2%-и беморон (35 бемор) оқибати номусоиди беморӣ муайян карда шуд. Бо басомади шабеҳи фасодгирии захми пасазчарроҳӣ 14,1%-и ҳолатҳо ошкор шуданд. Дар баробари ин, оризаи мазкур ҳангоми инкишофи ҷудогона ҳолати беморро вазнинтар накардааст ва ба чараён ва натиҷаи перитонити паҳнғашта қариб ки таъсир нарасонидааст. Дигар намуди оризаҳо бо басомади 1,4-2,6% ба қайд гирифта шуданд. Бояд зикр кард, ки дар 27 (13,5%) беморони дорои оризаи чараёни давраи пасазчарроҳӣ аз миқдори умумии оризаҳои дар ҷадвал нишон додашуда аз 2 то 4 ориза муайян карда шуд.

2.2. Тавсифи методҳои таҳқиқот

2.2.1. Методҳои асосии таҳқиқот

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 вазнинии 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 амалиётии Windows10 (Microsoft Corp., USA) истифода карда шуд.

Мувофиқи мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот дар ҳама беморони гирифтори перитонити паҳнғашта дар давраи пешазҷарроҳӣ ва пасазҷарроҳӣ аз рӯи нақшаҳои стандартӣ таҳқиқоти комплекси клиникӣ-озмоишӣ гузаронида шуд. Ин таҳқиқот арзёбии клиникии ҳолати бемор, арзёбии маълумотҳои озмоишӣ дар динамика (таҳлилҳои клиникӣ ва биохимиявии хун, таркиби электролитии хун, ҳолати кислотаву асосӣ, таҳлили умумии пешоб, муайян кардани сатҳи амилазаи хун ва амилазаи пешоб, коагулограмма), усулҳои абзори таҳқиқот (сатҳи барқии дил (СБД), ФГДС, ТУС-и узвҳои ковокии шикам ва фазои пасисифокӣ, 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 биохимиявии зардоби хун дар анализатори нимаавтоматикӣ «Connay-multi», анализаторҳои автоматикӣ биохимиявии Hitachi 902, 912 бо истифодаи маҷмӯаҳои маркаҳои стандартӣ Human (ИМА), Roche (ИМА), Bioson (Олмон) ва Cormay (Полша) муайян карда шуданд. Муҳтавои электролитҳо дар анализатори электролитҳо «AVL-50» муайян карда шуд, сатҳи фибриноген, муддати қисман фаъолноқшудаи тромбопластинӣ, шохиси протромбинӣ, комплексҳои фибрин-мономерии ҳалшаванда (КФМХ) - бо усули клотингӣ дар анализатори «AmeLung-10» муайян карда шуд. Сатҳи гемоксигенатсия (нишондиҳандаи SpO_2) 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 пайвасткунандагии албумини зардоб илова карда шуданд.

2.2.2. Муайян кардани сатҳи пресепсин дар хун

Сатҳи пресепсин дар системаи таҳлилии PATHFAST (Mitsubishi Chemical Europe GmbH) муайян карда шуд. PATHFAST асбоби пурра автоматикунонидашуда аст, ки барои таҳлили иммунологии хемиллюминисцентӣ

бо истифодаи технологияи патентдори сепаратсияи магнити Magtration (технологияи ҷудокунии В/Ғ – маводи вобаста/озод) бо обшӯйии заррачаҳои магнитӣ пешбинӣ шудааст. Тест-система барои муайян кардани пресепсин дар формати таҳлили иммуноферментии хемилюминиссентӣ (CLEIA) зиддиҷисмҳои моноклоналӣ ва поликлоналии зидди пресепсинро дар бар мегирад. Ҳамаи ҷузъҳои зарурӣ барои гузаронидани озмоиш дар як картриҷ бастабандӣ шудаанд. Баъди гузоштани картриҷ ба анализатори таҳлили PATHFAST натиҷаи миқдориро мумкин аст, ки пас аз 17 дақиқа ба даст овард. Нишондиҳандаҳои референтӣ – то 337 пг/мл. Диапазони ченкунӣ 20-20000 пг/мл. Таҳқиқот дар 160 бемор дар озмоишгоҳи ситобиохимияи хадамоти давлатии назорати санитарӣ-эпидемиологӣ вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамкорӣ бо мудири озмоишгоҳ номзади илми биология Краснокутская З.Е. гузаронда шудааст.

Тартиби гузаронидани таҳлил. Зиддиҷисмҳои поликлоналаӣ бар зидди пресепсин, ки ба фосфатазаи ишқорӣ пайваست аст ва зиддиҷисмҳои моноклоналӣ бар зидди пресепсин, дар заррачаҳои магнитӣ бо намуна пайваст мешавад. Пресепсини намуна бо зиддиҷисмҳои он пайваст шуда иммунокомплекс бо зиддиҷисмҳо, ки бо ферментҳо нишондор карда шудаанд, ва бо зиддиҷисмҳо дар заррачаҳои магнитӣ, ҳосил мешаванд. Пас аз бартараф кардани маводи ба комплекси иммунӣ пайвастнашуда, субстрати хемилюминиссентӣ илова карда мешавад. Пас аз инкубатсияи кӯтоҳ таҳти таъсири вокуниши ферментӣ дар омехта люминестсенсия сар мешавад, ки шиддати он аз ғализати пресепсин дар намуна вобаста аст. Муҳосибаи натиҷа бо қавҳатаи калибркунии стандартӣ иҷро карда мешавад.

2.2.3. Муайян кардани сатҳи прокалситонин дар хун

Чен кардани сатҳи прокалситонинро бо усулҳои таҳиянамудаи ширкати олмони BRAHMS гузаронидан мумкин аст. 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. Барои ин усул аз ду навъи зиддиҷисмҳои

моноклоналӣ ба мавзеъҳои гуногуни прокалситонин истифода карда шуд: яке нишонаи люминесцентӣ дорад, дигарон дар девори пробирка маҳкам часпидаанд. Молекулаҳои прокалситонин аз зардоб бо ҳарду зиддиҷисмҳо пайваست мешаванд, дар натиҷаи ин нишонаи люминесцентӣ дар сатҳи пробирка маҳкам мешавад. Пас аз анҷом ёфтани вокуниш (пас аз 60-75 дақиқа) аз пробирка зиддиҷисмҳои озодро гирифта реагент ворид менамоянд, ки он сигнали люминесцентиро меангезад ва дар люминометр дарҷ мегардад. Баъдан, аз рӯи қатъати стандартӣ ғализати прокалситонин ҳисоб карда мешавад, ки мустақиман ба шиддатнокии сигнали ба даст овардашуда мутаносиб аст. Давомнокии умумии иҷро кардани ин тест тақрибан 2 соат аст. Арзишмандии ин усул аз он иборат мебошад, ки андозагирии микдорӣ дар диапазони васеъ – аз 0,1 то 500 нг/мл ва аз он бештар гузаронида мешавад, иштибоҳи ночиз (камтар аз 0,1 нг/мл) ба мушоҳида мерасад; имконияти арзёбии объективии динамикаи сатҳи ПКТ мавҷуд аст. Таҳқиқот дар 160 бемор дар озмоишгоҳи ситобиохимияи хадамоти давлатии назорати санитарӣ-эпидемиологӣ вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамкорӣ бо мудири озмоишгоҳ номзади илми биология Краснокутская З.Е. гузаронда шудааст.

2.2.4. Муайян кардани сатҳи сафедаи С-реактивӣ дар хун

Дар таҳқиқоти мо муайян кардани сафедаи С-реактивӣ (ССР) дар зардоби хун бо усули латекс-агглютинатсия анҷом дода шуд. Муайян кардани муҳтавои сафедаи С-реактивӣ (ССР) дар асари мутақобилаи ССР-и намунаи таҳқиқшаванда бо зиддиҷисмҳои махсуси зидди ССР-и инсон (анти-ССР латекс), ки дар сатҳи заррачаҳои латекс имобилизатсия шудаанд, асос ёфтааст. Ҳангоми омехта намудани анти-ССР латекс бо зардоби хун, ки муҳтавои ССР дар он аз 6 мг/л баланд аст («калибратори мусбат» - ғализати СРБ > 6 мг/л), дар натиҷаи вокуниши байни зиддиҷисмҳо ба ССР ва ҳуди ССР агглютинатсияи босиран сабтшавандаи заррачаҳои латекс пайдо мешавад, ки аз вокуниши мусбати намуна гувоҳӣ медиҳад. Таъкид кардан зарур аст, ки дар даста «калибратори сарҳадӣ» - бо ғализати ССР ~ 6 мг/л, ва «калибратори манфӣ» - бо ғализати ССР < 6 мг/л мавҷуд аст.

Анти-ССР латексро пеш аз истифода кардан бо такондиҳии эҳтиёткорона омехта кардан лозим аст. Намунаҳоеро, ки заррачаҳои фибрин доранд, пеш аз таҳлил бо центрифуга кардем. Ҳарорати оптималии реагентҳо ва муҳити атроф ҳангоми гузаронидани таҳлил $22-25^{\circ}\text{C}$ буд, зеро дар ҳарорати аз 18°C паст ба даст овардани натиҷаҳои ғалат имконпазир аст. Дар ин ҳолат мо онро ба назар гирифтем, ки намунаҳо на бештар аз 8 шабонарӯз дар ҳарорати $2-8^{\circ}\text{C}$ устувор боқӣ мемонанд, дар ҳоле ки реагентҳо дар ҳарорати нигоҳдошти $2-8^{\circ}\text{C}$ дар давоми 18 моҳ устуворанд.

Дар аввал таҳлили сифатии муайянкунии ССР гузаронида шуд. Барои ин калибраторҳо ва намунаҳои таҳқиқшавандаи зардобрӯ дар ҳаҷми 20 мкл дар чуқурчаҳои инфиродии лавҳаи озмоишӣ ҷо карданд. Дар дохили ҳар як чуқурча 20 мкл анти-ССР латекс илова карданд. Омехтаи вокунишӣ намунаи таҳқиқшаванда ва анти-ССР латексро дар ҳар як чуқурча ба таври ҳаракатҳои давравии лавҳаи озмоишӣ дар омехтакунаки филизии орбиталӣ бо суръати 80-100 давра/дақиқа дар давоми 2 дақиқа зуд ва ё ба таври дастӣ бо «ШП»атели инфиродӣ дар давоми 1 дақиқа то ҳолати гомогенӣ омехта мекунанд. Чараёни агглютинатсияро дар давоми 1 дақиқаи пас аз анҷом додани ҳаракати лавҳаи озмоишӣ, ба қайд гирифтанд. Хеле зиёд шудани фосилаи вақти байни манъ шудани лавҳаи озмоишӣ ва ба қайд гирифтани натиҷа метавонад ба сабти ҳалбакии агглютинатсия оварда расонад, ки дар чараёни хушк шудани омехтаи вокунишӣ ба амал меояд. Натиҷаҳо чунин тавсиф карда шуданд:

1. Агрегатҳои возеҳ дидашавандаи заррачаҳои латексӣ – ғализати $\text{ССР} > 6$ мг/л.
2. Агрегатҳои хурд – ғализати $\text{ССР} \sim 6$ мг/л.
3. Суспензияи ширмонанди гомогенӣ – ғализати $\text{ССР} < 6$ мг/л.

Баъдан муайянкунии ниммиқдории ССР гузаронида шуд.

Омехтаи намунаи таҳқиқшаванда бо ёрии буфер мутобиқи ҷадвали 2.8. таҳия карда мешуд.

Ҷадвали 2.8. – Миқдори сафедаи С-реактивӣ мувофиқи мутаносиби намуна ва буфер

Мутаносиб (намунаи таҳқиқшаванда : буфер)	Миқдори ССР (мг/л)
1 : 1	12 < C < 18
1 : 2	18 < C < 24
1 : 3	24 < C < 30
1 : 4	30 < C < 36

Намунаи зиёдтар ҳалшударо, ки вокуниши агглютинатсияро амалӣ кардааст мо ҳамчун натиҷаи ниҳоии таҳлил қабул намудем. Ҳудуди референтӣ ифодаи то 6 мг/л ба ҳисоб меравад. Зиддичисмҳои истифодашаванда дорои махсусияти олӣ аст нисбат ба ССР-и одам ва аксуламалҳои ҷавобиро бо дигар сафедаҳои зардоб дар шароити озмоиш ба вучуд намеорад. Таҳқиқот дар 160 бемор дар озмоишгоҳи ситобиохимияи хадамоти давлатии назорати санитарӣ-эпидемиологии вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамкорӣ бо мудирӣ озмоишгоҳ номзади илми биология Краснокутская З.Е. гузаронда шудааст.

2.2.5. Муайян кардани муҳтавои интерлейкин-6 дар хун

Бо мақсади иҷро кардани таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) дар таҳқиқотамон мо хуни варидиро дар пробиркаи стандартӣ (9мл) ҷамъоварӣ намудем, зардоб бо роҳи центрифуга кардани хун (1500—3000 чархзанӣ/дақ) ҷудо карда шуд. Барои муайян кардани ғализати интерлейкин-6 (ИЛ-6) дар зардоби хун мо ҳам аз намунаҳои нав тайёркардашуда ва ҳам дар ҳарорати 2-8°C дар давоми 24 соат нигоҳдошташуда, ё муддати 3 моҳ дар ҳарорати на баландтар аз 16°C нигоҳдошташуда истифода намудем. Намунаҳои зардоб шадидан гемолиз ва ҷарбугашта бошанд метавонанд натиҷаи нодуруст диҳанд.

Усули иммуноферментии муайянкунии сатҳи илтиҳобии ИЛ-6 дар зардоби хун бо истифодаи тест-системаи дар «сэндвич»-варианти таҳлили сахтфазавии иммуноферментӣ бо истифода аз зиддичисмҳои моно- ва поликлональ нисбат ба интерлейкин-6-и таҳқиқшаванда асос ёфтаанд, дар сатҳи чуқурчаи планшети васлшудаи полистиролӣ ҷаббида мешаванд. Дастаи реагентҳо алоҳида барои интерлейкин-6 барои гузаронидани 96 таҳлил пешбинӣ шудааст, ки назорат ва пуррасозии ҳамаи реагентҳои барои гузаронидани ТИФ заруриро дар бар мегирад.

Барои ба даст овардани натиҷаҳои боэътимод мо дастурамали пешниҳоднамудаи истеҳсолкунандагони тест-системаро ба таври ҷиддӣ риоя намудем. Пеш аз гузаронидани таҳлил намунаҳоро аз яхдон гирифтанд ва компонентҳои даста, аз ҷумла пакети муҳрдор бо планшетро дар ҳарорати 18 то 25°C на камтар аз 30 дақиқа нигоҳ дошта, гарм карданд. Намунаҳои яхкарда бояд зуд об карда то консистенсияи яхела шудан саҳт тақон дода шаванд. Ба риояи ин талабот дақиқиву маҳсулнокии натиҷаҳои таҳлил вобастагӣ дорад. Пакетро бо планшет кушоданд ва дар чорҷӯба миқдори зарурии стрипҳоро гузоштанд, стрипҳои боқимондаи истифоданашавандаро ғавран бастабандӣ карда дар яхдон гузоштанд.

Таҳлил аз якҷанд марҳила иборат буд. Дар марҳилаи аввал намунаи зардоби хун, ҳамчунин намунаи назоратӣ барои сохтани графикаи калибриро (100 мкл) дар чуқурҷаҳо бо зиддиҷисмҳои имобилизатсионӣ инкубатсия карданд.

Интерлейкин-6–и дар намунаи таҳқиқшаванда мавҷудбуда бо зиддиҷисмҳо дар фазаи саҳт пайваст мешавад. Маводи пайвастнашуда шӯста бартараф карда мешавад. Марҳилаи дуум – комплекси ҳосилшударо бо ёрии конъюгат (зиддиҷисмҳо ба ИЛ-6-и одам бо биотин) бо пероксидазаи қаҳзақ муайян мекунанд. Дар натиҷа «сэндвич» -и бо пластик пайвастшуда ҳосил мешавад. Дар вақти инкубатсия бо субстрати тетраметилбензидин (ТМБ) ҳодисаи дар чуқурҷаҳо ранг гирифтани маҳлул ба амал меояд. Марҳилаи сеюм – аксуламалро бо илова кардани стоп-реагент манъ карданд. Шиддатнокии ранггирӣ мустақиман ба миқдори ИЛ-6-и дар намуна мавҷудбуда баробар аст. Марҳилаи чорум – ғализати интерлейкин-6–ро тавассути спектрофотометрия дар дарозии мавҷ 450 нм муайян карданд. ИЛ-6-ро мувофиқи графикаи калибрӣ дар координатҳои зерин амалӣ карданд: меҳвари абтсисс – ғализати ИЛ-6 (пг/мл); меҳвари ординат – нишондиҳандаи зичии оптикӣ намуна. Усули методии пешниҳодкардашуда аз барқарор намудани аҳамияти шохисҳои интерлейкин-6 ҳамчун муносибати ғализати он ба сатҳи референтӣ (вобаста аз тест-системаи истифодашаванда) ва ҳисоб кардани шохиси интегралӣ ситокинӣ ($Ш_c$) дар воҳиди шартӣ иборат мебошад, ки бо формулаи зерин амалӣ карда мешавад:

$Ш_c = Ш_1 + (Ш_2 - 1)$, дар ин ҷо

$Ш_1$ (в.ш.) – ифодаи миёнаи арифметикийи шохиси интерлейкини зиддиилтиҳобӣ;

$Ш_2$ (в.ш.) – ифодаи миёнаи арифметикийи шохиси интерлейкинҳо мебошанд.

Сатҳи $Ш_c$ (в.ш.) таносуби ситокиниро дар организм инъикос мекунад. Ҳангоми $Ш_c < 1$ будани ифода мувозинати оптималии ситокин шарҳ дода мешавад (набудани чараёни илтиҳобӣ), ҳангоми $Ш_c > 1$ – ихтилоли мувозинат (шиддат гирифтани чараёни илтиҳобӣ), аз ҷумла тағйиротҳои пешазклиникиро нишон медиҳад. Муқаррар намудани ифодаи шохиси интегралӣ ситокинӣ дар арзёбии дисфунксияи муҳофизати иммунӣ, аз ҷумла дар марҳилаҳои пешазклиникии инкишофи беморӣ аҳамияти ташхисӣ ва пешгӯикунандагӣ доранд.

Усули пешниҳодшуда имконият медиҳад, ки ҳам тағйироти инфиродии таносуби ситокинии организм, ки амиқии ташаккулёбии ҷа илтраёни ихобиро инъикос мекунад ва ҳам нишондиҳандаҳои он дар гурӯҳҳои баробарвазн барои арзёбӣ кардани омилҳои нохуби муҳити атроф ва объективизатсияи маҷмӯи табобатӣ-профилактикӣ аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқоти гурӯҳҳои гуногуни кормандон муқаррар карда шавад. Усул маълумотро оид ба ҳисоб кардани коэффитсиенти интегралӣ мувозинати ситокин ошкор менамояд.

Ифодаҳои референтӣ, ҳангоми усулҳои пешниҳодшудаи муайянкунии онҳо дар зардоби хун, барои ИЛ-6 10 пг/мл-ро ташкил медиҳад. Шохиси интерлейкин-6 низ $12,5:10=1,25$ воҳиди шартиро ташкил медиҳад.

Таҳқиқот дар 33 бемор дар озмоишгоҳи ситобиохимияи хадамоти давлатии назорати санитарӣ-эпидемиологии вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамкорӣ бо мудири озмоишгоҳ номзади илми биология Краснокутская З.Е. гузаронда шудааст.

2.2.6. Усули флуоресцентии муайян намудани миқдор ва қобилияти пайвасткунандагии албумини зардоби хун

Ин усул дар асоси истифодабарии зонди флуоресцентсияи К-35 сохта шуда, қобилияти ба таври махсус пайваст шудан бо албумини зардоби хунро дорад. Дар

зардоби тунуккардашуда зиёда аз 95%-и флуорессентсия ба молекулаҳои зонд, ки бо албумин пайваст аст, ташкил медиҳанд.

Об флуорессентсияи зондро хомуш мекунад, барои ҳамин то он даме, ки молекулаҳои зонд дар об қарор доранд, баромади квантии флуорессентсия ҳамагӣ ба 0,002 баробар аст. Дар марказҳои пайвасткунандаи албумин зонд аз об ҷудо аст ва баромади флуорессентсия то 60 маротиба ($0,12$) меафзояд. Ин флуорессентсияро бе ҷудо кардани зардоб ва дигар тадбирҳои иловагӣ, дарҳол чен кардан мумкин аст. Шиддатнокии флуорессентсияи зонд ҳам аз ғализати умумии албумин ва ҳам аз хусусияти марказҳои пайвасткунандаи он вобаста аст.

Дар зардоби одамони солим шиддатнокии флуорессентсия ба ғализати умумии албумин баробар аст, ҳангоми беморӣ вай ба миқдори албумини бетағйири муътадил муодил аст. Дар асоси гуфтаҳои боло, шиддатнокии флуорессентсияи зонд ба ҳамин қадар миқдори албумини муътадил баробар карда, «ғализати самараноки албумин» —FCA номгузорӣ шуда буд. Усули флуорессенсияи коркардшуда имконият медиҳад, ки бо ёрии ҳамон зонд ғализати умумии албумин (FYA) чен карда шавад. Дар тафовут аз параметри кофии консервативии FYA, FCA ҳариб ки ҳангоми ҳама гуна бемориҳо паст мешавад. Дар ин шароит нишондиҳандаи FCA/FYA (аллакай ба ғализати албумини зардоб вобаста набуда, балки танҳо ба ҳолати марказҳои пайвасткунандаи вай вобастаанд) индикатори мавҷуд будани беморӣ ба ҳисоб меравад.

Барои тавсифи дараҷаи тағйироти ҳолати албумин дар бемориҳо, ки ҳангоми онҳо албумин тавассути метаболитҳо аз зонд хориҷ мешавад, нишондиҳандае пешниҳод карда шуд, ки шохиси захролудӣ (ШЗ) ном гирифт ва аз рӯи формулаи зерин ҳисоб карда мешавад:

$$\text{ШЗ} = (\text{FYA} / \text{FCA}) - 1.$$

Шохиси захролудӣ ба ғализати метаболитҳо дар бофтаҳо баробар аст ва дар ҳолати меъёр ба сифр наздик мебошад (FCA ба FYA наздик аст).

Ҳангоми патология ШЗ зиёд мешавад, баъзан нишондиҳандааш аз 1 боло меравад. Таҳқиқоти одамони солим нишон дод, ки дар ҳолати меъёр моҳияти FYA аз 36 то 51г/л, FCA – аз 31 то 43г/л, ШЗ – аз 0,1 то 0,23 аст. Барои чен кардани

флуорессентсия аз флуориметр АКЛ-01 истифода карда мешавад. Дар маҷмӯи асбоб калибраторҳо дохил мешаванд, ки имконият медиҳанд натиҷаҳо дар шакли ниҳой бе азнавҳисобкунӣ ва қачхатаҳои калибрӣ ба даст оварда шаванд.

Таҳқиқот дар 56 бемор дар озмоишгоҳи ситобиохимияи ҳадамоти давлатии назорати санитарӣ-эпидемиологии вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамкорӣ бо мудири озмоишгоҳ номзади илми биология Краснокутская З.Е. гузаронда шудааст.

2.2.7. Муайян намудани сатҳӣ молекулаҳои массаи миёна дар хун

Ба 1 мл зардоби хуни бемор барои таҳшин кунонидани сафедаҳои дар он ҳал кардашуда 0,5 мл маҳлули 10%-и кислотаи трихлоруксус (ТХУ) илова намуданд. Намунаро бо суръати 3000 чархзанӣ/дақ. дар давоми 20 дақиқа центрифуга карданд. Ба 0,5 мл моддаи таҳшиншуда 4,5 мл оби софкардашуда илова намуданд ва зичии оптики намунаро чен карданд. Ченкунии фотометрии намунаи биомавод дар спектрофотометр бо идоракунии барномавии СФ-46, ҳамчунин дар спектрофотометри автоматикнонида бо микропротсессори «SpekordM-40UV-VIS» ширкати Carl Zeiss Jena-DDR гузаронида шуд. Детексияи зичии оптикӣ дар мавзеи ултрабунафши спектр ҳангоми ба 254 нм баробар будани дарозии мавҷи ултрабунафш гузаронида шуд. Сатҳи миёнаи молекулаҳо бо воҳидҳои зичии оптикӣ миқдоран ба нишондиҳандаҳои экстинксияи (нобудшавии) намунаи таҳқиқшаванда баробар ифода карда шудааст. Дар ҳолати меъёр зичии оптикии зардоби хун ҳангоми дарозии мавҷ 254 нм ба $0,24 \pm 0,02$ воҳидҳои зичии оптикӣ баробар аст.

Муайян намудани пайвастагиҳои фракционишудаи миёнамолекулярӣ дар зардоби хун. Зардоби хуни бемор дар ҳаҷми 1 мл барои бартараф кардани сафедаҳои дуруштдисперсӣ бо 0,5 мл маҳлули 10% кислотаи трихлоруксус (ТХУ) коркард шуда ва бо суръати 3000 чархзанӣ/дақиқа дар давоми 20 дақиқа центрифуга карда шуд. Минбаъд 1 мл супернатант ба пробиркаи алоҳидаи центрифугӣ газаронида шуд, ки 0,5 мл маҳлули 5%-и кислотаи фосфору волфрамӣ дар 2N маҳлули HCl доштанд. Ҳамаи ҳаҷми онро саҳт такониданд ва пас аз 5 дақиқа бо суръати 6000 чархзанӣ/дақиқа дар давоми 3 дақиқа центрифуга

кунониданд. Таҳшини чамъшуда дар ҳаҷми 1 мл ба пробиркаи навбатӣ гузаронида шуд, ва ба он барои таҳшин кардани қисми вокунишнашудаи кислотаи фосфору волфрамӣ 0,1 мл 2N маҳлули КОН илова карда шуд. Таҳшинро аз қисми моеъгии центрифугишуда бо суръати 6000 чархзанӣ/дақиқа дар давоми 3 дақиқа ҷудо карданд. Баъдан 0,2 мл таҳшини болоии маҳлулро баъди таконидани бошиддат дар 3 мл 0,1 N маҳлули NaOH ҳал карданд. Баъди 15 дақиқа зичии оптикӣ дар қисми ултрабунафши спектр ҳангоми дарозии мавҷ 254 нм муайян ва ба ҳайд гирифта шуд. Сатҳи молекулаҳои фракционишудаи миёна дар воҳиди зичии оптикӣ ифода шудаанд.

Таҳқиқот дар 188 бемор дар озмоишгоҳи ситобиохимияи ҳадамоти давлатии назорати санитарӣ-эпидемиологии вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамкорӣ бо мудири озмоишгоҳ номзади илми биология Краснокутская З.Е. гузаронда шудааст.

2.2.8. Муайян кардани маҳсулоти пероксидшавии липидҳо дар хун

Шиддатнокии пероксидшавии липидҳо (ПОЛ) аз рӯи чамъшавии маҳсулоти пероксидшавии кислотаҳои полисернашудаи чарбӣ (КПСЧ) – конъюгатҳои диенӣ (КД) ва диалдегиди малонӣ (ДМ) – дар плазмаи хун муайян карда шуд. Ба сифати нишондиҳандаҳои асосии муҳофизати антиоксидантӣ фаъолнокии катализҳо, супероксиддисмутазаҳо, глутатионпероксидазаҳо ва глутатионредуктазаҳои эритроцитҳо муайян карда шуданд. Муҳтавои конъюгатҳои диенӣ (КД) дар плазмаи хун дар асоси усули классикии Z. Placer (1968) дар модификасияи В.Б.Гаврилов, М.И.Мишкорудная (1983) арзёбӣ карда шуд. Дар ин ҳолат 0,2 мл плазмаро ба пробиркаи сарпӯшаш маҳкам гузарониданд ва 2 мл омехтаи тозаи изопропаноли гептан (1:1, v/v) илова намуданд. Омехтаро муддати 1 соат такониданд, баъди ин 0,5 мл HCl (pH = 2) илова намуданд ва бори дигар 2 дақиқа такониданд, пас аз ин 1 мл гептани тоза илова намуда, боз 15 дақиқа такониданд. Тақрибан пас аз 1 соат фазаи болоиро дар мӯкобили намунаи назоратӣ дар 232 нм фотометрӣ кунониданд. Коэффитсиенти экстинсия – $2,2 \times 10^5 \text{ см}^{-1} \text{ M}^{-1}$ – истифода карда шуд. Муҳтавои маҳсулоти кислотаи тиобарбитурӣ (КТБ) – диалдегиди малонӣ – дар плазма аз рӯи усули M. Mihara бо ҳаммуаллифон (1980) арзёбӣ карда

шуд. 0,2 мл плазмаи хунро бо 2 мл кислотаи 1,4%-и ортофосфорӣ ва 1мл кислотаи 0,5%-и КТБ омехта карданд. Омехтаро дар ҳаммомчаи чушон муддати 45 дақиқа инкубатсия карданд, пас аз ин хунук карда, 2 мл н-бутанол илова намуданд. Пробиркаро саҳт такониданд ва дар 4000g давоми 20 дақиқа центрифуга кунониданд. Фазаи болоиро муқобили намунаи назоратӣ дар 532–570 нм фотометрия карданд. Ҳисобро бо коэффитсиенти экстинсияи $1,56 \times 10^5 \text{ см}^{-1} \text{ М}^{-1}$ гузарониданд. Фаъолнокии глутатионредуктазаҳои эритроцитҳо дар асоси усули J.A. Tilbotsen, H. Sauberlich (1971) бо мутобиксозӣ барои фотометри ФП-901 Г.Ю. Малсева, Л.А. Орлова (1993) гузаронида шуд.

Параметрҳои ченкунӣ: вақти таваққуфкунӣ – 15 с, вақти ченкунӣ-120 с, режими кинетикӣ: 37°C, $\lambda=340$ нм, $\epsilon=5,66$ (барои ФП). Фаъолнокии глутатионпероксидазаҳои эритроцитҳо дар асоси усули G. Mille (1959) ва модификатсия барои ФП-901 (Мальцев, Тышко, 2002) муайян карда шуд. Параметрҳои ченкунӣ: вақти таваққуфкунӣ – 20 с, вақти ченкунӣ-120 с, реҷаи кинетикӣ: 37 °C, $\lambda=340$ нм, $\epsilon=5,66$ (барои ФП). Дар ин маврид компоненти каталазӣ бо илова кардани азидаи натрий блокада карда шуда буд. Фаъолнокии каталазҳои эритроцитҳо дар асоси усули N.Oshino бо ҳаммуаллифон (1973) дар модификатсияи Г.Ю.Малтсев, А.В.Василев (1994) бо истифода аз доми алкохолдегидрогеназдор муайян карда шуд. Параметрҳои ченкунӣ: вақти таваққуфкунӣ – 20 с, вақти ченкунӣ-120 с, реҷаи кинетикӣ: 37 °C, $\lambda=340$ нм, $\epsilon=5,66$ (барои ФП). Фаъолнокии супероксиддисмутазаҳои эритроцитҳо дар асоси усули M. Niashikimi с соавт. (1972) дар модификатсияи ФП-901 (Малцев, Василев, 1994) муайян карда шуд. Реҷаи ченкунӣ: вақти таваққуфкунӣ –10 с, вақти ченкунӣ-180 с, реҷаи кинетикӣ: 25°C, $\lambda = 540$ нм, реҷаи ҳамзамон барои намунаҳои таҷрибавӣ ва заминавӣ.

Таҳқиқот дар 56 бемор дар озмоишгоҳи ситобиохимияи хадамоти давлатии назорати санитарӣ-эпидемиологии вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳамкорӣ бо мудири озмоишгоҳ номзади илми биология Краснокутская З.Е. гузаронда шудааст.

2.2.9. Системаҳои балли арзёбии вазнинии ҳолати бемор

Ба сифати системҳои холии арзёбии вазнинии ҳолати бемор дар ин таҳқиқот қадвали SAPS (Simplified Acute Physiology Score), дар соли 1984 пешниҳодкардаи Le Gall J.R. ва ҳаммуаллифон [237], мавриди истифода қарор дода шуд. Қадвал 8 параметри клиникӣ ва 7 параметри озмоиширо, синну сол ва статуси психоневрологӣ аз рӯи қадвали ГЛАЗГО-ро дар бар мегирад. Вазеҳии дуршавӣ аз меъёр бо ҳолҳои мувофиқаткунанда аз 0 то 4 арзёбӣ карда мешавад.

Бузургии маҷмӯи ҳолҳои дар ниҳояти қор ба даст овардашуда, мустақиман бо вазнинии ҳолати бемор ва пешгӯии ғавтият мутаносиб аст.

Инчунин вазнинии ҳолати беморон гирифтори перитонити паҳнғашта аз рӯи қадвали APACHE II. Шумораи умумии ҳолҳо бо ҷамъи параметрҳои физиологӣ (аз 0 то 4 ҳол ба ҳар кадом), ба ғайр аз қадвали комаи Глазго, ки барои он миқдори ҳолҳои системаи APACHE II ба 15 тарҳи нишондиҳандаи Глазго. Барои арзёбӣ нишондиҳандаи бадтарини 24 соати аввали бистарӣ истифода бурда мешавад. Миқдори умумии ҳолҳои «физиологӣ» бо ҳолҳои синну сол (аз 0 то 6) ва ҳол барои арзёбии беморҳои музмин дар беморони мубталои норасоии узвӣ (аз 2 то 5 вобаста ба зарурат ва ғавтияти амалиёти ҷаррохӣ) ҷамъ карда мешавад. Бо мақсади пешгӯӣ кардани оқибати ғавтияти перитонити паҳнғашта дар ин таҳқиқот аз шохиси Мангеймӣ (MPI) (Linder M., 1987) [242], ки дар қадвали 1.1. оварда шудааст, арзёбӣ карда шуд. MPI се зинаи вазнинии перитонитро дар бар мегирад. Ҳангоми аз 21 ҳол паст будани шохис, яъне дараҷаи якуми вазнинӣ – ғавтият 0%–ро ташкил медиҳад. Бузургии MPI аз 21 то 30 ҳол ба дараҷаи дуҷуми вазнинӣ рост меояд, ғавтияти пешгӯишаванда 29% мебошад. Ниҳоят, MPI зиёда аз 30 ҳол (дараҷаи сеҷуми вазнинӣ) аз 100% хатари оқибати марговари перитонити паҳнғашта хабар мерасонад.

Ҳангоми гузоштани таҳлили сепсиси абдомилий мо аз меъёрҳои синдроми таассури илтиҳобии системавӣ (СТИС – SIRS – systemic inflammatory response syndrome) ва сепсис, ки дар Конференсияи Мувофиқамандии коллеҷи пульмонологҳои Амрико ва Ҷамъияти тиббии ҳолатҳои ниҳой дар Чикаго соли 1991

бо иловаи R.Bone (1997), M.Rangel-Frausto ва R.Wenzel (1997) пешниҳод шудааст, истифода бурдем. Ба меъёрҳои зухуроти СТИС инҳо дохил мешаванд:

1. ҳарорати бадан болотар аз 38°C ё пасттар аз 36°C ;
2. суръати кашишхӯриҳои дил зиёда аз 90 дар як дақиқа;
3. суръати нафаскашӣ зиёда аз 20 дар як дақиқа ё $\text{pCO}_2 < 32$ мм с с;
4. миқдори лейкоцитҳо дар хуни канорӣ зиёда аз 12000 дар 1 мм^3 ё камтар аз 4000 дар 1 мм^3 (ё на камтар аз 10% ҳучайраҳои ноболиғ).

Ташҳиси клиникии сепсиси абдоминалӣ ҳангоми риоя кардани ду шарт ба амал меояд : мавҷуд будани на камтар аз ду аломати СТИС ва манбаи сироят – перитонит – дар бемор. Шакли вазнинии сепсиси абдоминалӣ аломатҳои зикршударо дар якҷоягӣ бо зухуроти дисфунксияи узвҳо, ихтилолҳои перфузионӣ (атсидоз, лактатемия, вайроншавии ҳуш) ва гипотензияи шараёниро дар бар мегирад. Шоки сироятӣ-токсикӣ (септикӣ): сепсиси абдоминалӣ, ҳамроҳ бо гипотензияи шараёнӣ дар шароити табобати муносиби инфузионӣ ва талабқунандаи дастгирии инотропии вазопрессорӣ ва бо мавҷудияти ихтилоли метаболикӣ, бо баланд шудани лактати хун >2 ммол/л, дар шароити набудани ихтилолҳои волемикӣ.

2.2.10. Таҳқиқоти бактериологӣ ва эксудати перитонеалӣ

Чамъоварӣ намудани эксудати перитонеалӣ дар давраи дохилиамалиётӣ бевосита аз ковокии шикам, ё дар давраи пасазчарроҳӣ аз найчаҳои обияткашӣ амалӣ гардид. Маводи таҳқиқшавандаро дар зарфи тамизшуда чамъоварӣ намуданд, қоидаҳои асептика риоя карда шуд. Тарашшуҳоти ковокии шикамро барои таҳқиқоти микробиологӣ ба озмоишгоҳ надертар аз 2 соат аз лаҳзаи чамъоварӣ расониданд. Дар ин маврид ду ҳиссаи ҳамон як маводро (дубликатҳоро) тайёр намуданд. Яке аз онҳо барои экспресс-таҳқиқот, дуюмаш барои таҳқиқоти микробиологӣ анъанавӣ таъйин карда шуд. Натиҷаи экспресс-таҳлил, ки пас аз якчанд соати расонидани мавод ба озмоишгоҳ ба даст оварда шуд, барои интихоби табобати оқилонаи антибактериалӣ ва барои мониторинги табобати гузаронидашуда ва дақиқ кардани ташҳиси микробиологӣ истифода карданд. Таҳқиқот дар 110 бемор дар озмоишгоҳи маркази профилактикии

дезинфексионии шаҳри Душанбе таҳти роҳбарии профессор Дабуров К.Н. гузаронда шудааст.

Экспресс-арзёбии сатҳи олудагии экссудати перитонеалӣ. Бо мақсади арзёбии муносиби чараёни микробӣ-илтиҳобӣ дар ковокии шикам дар марҳилаҳои гуногуни табобат оид ба миқдори ҷисмҳои микробӣ дар воҳид (мл)–и экссудати перитонеалӣ зарур аст. Чӣ қадар ки маълумот барвақттар гирифта шавад, арзёби ҳамон қадар муносиб аст.

Мо усули микроскопияи фазавӣ-контрастиро ба кор бурдем, ки имконият медиҳад, ки натиҷа дар давоми якҷанд дақиқаи ба озмоишгоҳ расонидани мавод дар ҳолати олудагии возеҳи вай – зиёда аз 10^4 ҷм/мл ба даст оварда шавад. Дар ин таҳқиқот, чун қоида, намунаҳои бо олудагии бактериалӣ омӯхта шуданд, ки аз сатҳи ниҳои хеле баланд (10^6 ҷм/мл) аст, ин имконият дод, ки усулро қариб ки бе маҳдудият ба кор барем.

Усул ба тарзи зерин иҷро карда шуд. Дар маркази шишаи ашёии бечарбкардашуда қатраи экссудати перитонеалиро мегузоранд. Ба мавод қабати шишаи пушишро тавре гузошта мешавад, ки ҳубобчаҳои ҳаво пайдо нашаванд, мавод тамоми фазои таги шишаро фаро гирад ва аз канорҳои он набарояд. Баъдан мавод таҳти микроскоп бо истифода аз зерпояи фазавӣ-контрастӣ омӯхта мешавад, объективҳои $\times 40$ ё $\times 90$ ба кор бурда мешавад. Препаратро ҳам тавассути системаҳои хушк ва ҳам иммерсионӣ тамошо кардан мумкин аст. Дар чараёни таҳқиқот таркиби сифатӣ ва хусусиятҳои морфологӣи микроорганизмҳо арзёбӣ карда шуданд – флораи коккӣ ё қаламчавӣ, стрептококкҳо ва стафилококкҳо, занбурӯғҳо ба осонӣ фарқ карда шуданд. Арзёбии миқдори ҷисмҳои микробӣ дар мл экссудати перитонеалӣ ҳангоми микроскопияи фазавӣ-контрастӣ мувофиқи ҷадвали 2.9. арзёбӣ карда шудаанд. Мавриди мавҷудияти микробҳо дар мавод, рангкунии намунаро бо усули Грамм иҷро карда баъдан арзёбии микроскопӣ гузаронда шуд. Ҷисмҳои микробии рангкардашуда аз заминаи асосии намуна хеле фарқ мекунанд, ки ҳисобкунии ҷисмҳои микробиро ба таври назаррас осон мегардонад

Чадвали 2.9. – Мувофиқати дараҷаи олудагии бактериалии муҳтавои перитонеалӣ ба миқдори ҷисми микробӣ дар доираҳои назар

Дараҷаи олудагӣ	Миқдори ҷисми микробӣ	
	дар 1 доираи назар	дар 10 доираи назар
10^4	-	1-2
10^5	0-3	9-16
10^6	13-19	130-180
10^7	120-190	беҳисоб

Эзоҳ: бузургнамоиш микроскоп 900 баробар.

Ин имконият медиҳад, ки микробҳо аз ҷисмҳои ғайримикробии намуна ҷудо карда шаванд ва баъзе хусусиятҳои морфологии микрофлора (шакл, андоза, мавҷудияти қаламчаҳо, флагеллаҳо, ғилофакҳо) ошкор карда шаванд.

Муайян намудани микробҳои анаэробӣ. Барои муайян намудани микрофлораи анаэробӣ, усули дар боло зикршудаи микроскопияи фазавӣ-контрастӣ намунаҳои табиӣ бо усули Грамм рангкардашуда, истифода бурда мешуд. Яке аз нишонаҳои ба флораи анаэробӣ хос – ин ҷамъшавии миқдори зиёди микробҳо дар заминаи миқдори камтарин ё набудани лейкоцитҳо дар намуна мебошад. Бактероидҳо – бактерияҳои грамманфӣ, зери микроскоп шакли қаламчаи борик ва ташкилаҳои шохадор бо ғилофаки ғафс; фузобактерияҳо – басиллаҳои грамманфӣ нахшакли дарозкашидаи нугтез; пептострептококкҳо – бактерияҳои грамманфӣ хурд, ки ба таври занҷиршакл ҷамъ меоянд.

Муайян намудани микробҳо ва миқдори микробҳо дар экссудати перитонеалӣ. Тафриқа ва муайян намудани барангезандаҳо ва мансубияти ҷинсӣ, намудӣ ва типии онҳо кори хеле меҳнатталаб ва марҳилаи масъулиятноки таҳқиқоти микробиологӣ мебошад. Барои ҳамин ҳам, мо дар таҳқиқоти худ тест системаҳои тичоратии API-ро ба кор бурдем, ки ширкати «bio Merieux» (Франсия) истеҳсол мекунад. Ин системаҳо имконият медиҳанд, ки дар як слайд вокунишҳои сершумори биохимиявӣ гузаронида шаванд ва дар якҷоягии натиҷаҳои ба даст овардашудаи ҳар як вокуниш намуди микроорганизм муайян карда шавад. Дар ин маврид маводи клиникӣ дар ағари махсус дар косачаи Петри барои фарқ кардани микроорганизм ва ҳисоб кардани воҳидҳои колонияташкिल्диҳанда (ВКТ) кишт карда мешавад, вай дараҷаи олудагии экссудати перитонеалиро инъикос мекунад.

Минбаъд чудо кардани кишт дар чуқуракчаҳои ID-стрипи масхус тақсим карда мешаванд, ки моддаи барои вокуниши биохимиявӣ доранд. Тағйир ёфтани спектри рангӣ дар чуқуракчаҳои стрип пас аз инкубатсия имконият медиҳад, ки намуди микроорганизм тафриқа карда шавад. Технологияи API имконият медиҳад, ки техникаи идентификатсия пурра стандартӣ карда шавад. Айни замон базаи ягонаи палитраҳои рангаи стрипҳо сохта шудааст, ки дар натиҷаи истифода намудани ин системаҳо дар озмоишгоҳҳои тамоми дунё ба даст оварда шудааст.

Муайян кардани ҳассосияти микроорганизмҳо нисбат ба доруҳои зиддимикробӣ. Дар амалияи клиникӣ истифода кардани технологияи API имконият медиҳад, ки ҳассосияти микрофлора нисбат ба препаратҳои зиддибактериалӣ низ омӯхта шавад. Дар баробари ин, ба даст овардани натиҷаҳо танҳо дар шабонарӯзи 2-3-юми пас аз лаҳзаи ҷамъоварии маводи микробиологӣ (экссудати перитонеалӣ) имконпазир аст, ки ин арзиши амалии усулро ҳангоми муайян намудани тактикаи табобати зиддибактериалӣ хеле паст мекунад. Ғайр аз ин, спектри истифодашавандаи воситаҳои антимиқробӣ бо антибиотикҳо ва химиопрепаратҳои антибактериалӣ маҳдуд мешавад, воситаҳои антисептикро дар бар намегирад.

Бо мақсади тезонидани суръати ба даст овардани маълумоти объективӣ ҳангоми таъйин намудани табобати антибактериалӣ арзёбии мустақими ҳассосияти микроорганизмҳои таҳқиқшаванда аз маводи клиникӣ анҷом дода шуд. Дар ин маврид принципи хеле маълуму маъмул, ки дар заминаи арзёбии кинетики афзоиши микроорганизмҳо ҳангоми барзиёд будани захираи ғизо бунёд шудаанд, аммо дар ҳаҷми маҳдуд. Аввалин анализаторҳои автоматикии микробиологӣ, ки дар асоси ин принцип сохта шудаанд, системаҳои ширкати «ABBOT» (ИМА), MS-2 ва «AVANTAGE» буданд. Айни замон системаи кушодаи аз тарафи коллективи муаллифони Россия якҷоя бо ширкати «LabMethod» (Финляндия) сохташуда бештар истифода мешавад. Система аз фотометрии планшетии BIOSCREEN/iEMS-reader MF, компютер, принтер, барномаи ВАСТ иборат мебошад. Мо барои муайян кардани ҳассосият ба антисептикҳо аз варианти соддаи он iEMS-технология (усули турбидиметрӣ), ҳамчунин

модификатсияи мануалии он бо трифенилтетразолий хлорид (ТТХ-тест) истифода намудем.

Экспресс-усули муайян намудани ҳассосияти микроорганизмҳо ба доруҳои зиддимикробӣ. ТТХ-тест. Асоси усул – қобилияти маҳлули хлориди трифенилтетразолии (ТТХ) беранг таҳти таъсири дегидрогеназаи аз популятсияи афзоишбандаи микроорганизмҳо тавлидшаванда, ба таҳшини ҳалнашавандаи ранги сурх – трифенилформазон – гузаштан аст. Ҳамин тавр, мавҷудияти популятсияи қобили ҳаёти микроорганизмҳо дар биомавод мумкин аст, ки ба таври босирӣ ошкор карда шавад.

Усул ба таври зерин иҷро карда шуд. Маводи биологӣ дар чуқуракчаҳои планшети серологӣ (0,5 мл да ҳар як чуқурча) тақсим карда мешавад. Миқдори чуқурчаҳои пур кардашуда аз миқдори доруҳои антибактериалии таҳқиқшаванда 1-то зиёд аст. Чуқурчаи якум барои назорати инкишофи популятсияи микробӣ хизмат мекунад. Дар ҳамаи чуқурчаҳо бо мавод 3 қатра маҳлули кории ТТХ ва 2 қатра маҳлули кории антибиотики таҳқиқшаванда (ё диски стандартӣ дорои эталони антибактериалӣ) илова карда мешавад. Дар чуқурчаи назоратӣ доруи антибактериалӣ дароварда намешавад. Намунаро таҳти 37°C вобаста ба дараҷаи тухмпозиҳои бактериалии биомавод муддати 2-12 соат термостат мекунад. Набудани таҳшин дар чуқурчаи назоратӣ аз набудани инкишофи микроорганизмҳо ва номумкин будани арзёбии қобилияти муҳовиматӣ ба антибиотикҳо (набудани микроорганизмҳои қобили ҳаёт дар маводи клиникӣ) гувоҳӣ медиҳад. Дар сурати мавҷуд будани таҳшин дар чуқурчаи назоратӣ ҳассосияти микроорганизмҳо ба доруҳои антибактериалӣ арзёбӣ карда шуд. Дар он намунаҳое, ки доруи антибактериалӣ нисбат ба микроорганизмҳо бесамара буд, пайдо шудани таҳшини рангаш сурхи мушобеҳи намунаи назоратӣ ба мушоҳида расид. Таҳшини ранггирифта дар он намунаҳое, ки микрофлора нисбат ба доруи антибактериалии воридкардашуда ҳассос буданд, вучуд надошт. Дар он намунаҳое, ки бечошавии таҳшин дида мешавад, аммо ба миқдори хеле кам, назар ба намунаи назоратӣ, ҳассосияти сусти микрофлора ба антибиотики дахлдор ҷой дошт.

Экспресс-усулҳои муайян кардани ҳассосияти микроорганизмҳои экссудати перитонеалӣ ба доруҳои антисептикӣ. ТТХ-тест, ки дар боло тавсиф шудааст, имконият намедихад, ки ҳассосияти микроорганизмҳо ба антисептикҳо арзёбӣ карда шавад. Сабаби ин он аст, ки дар ҳузури антисептикҳо маҳлули хлориди трифенилтетразолӣ зуд ба трифенилформазон табдил меёбад. Бо мақсади муайян намудани ҳассосияти микроорганизмҳо мо аз усули турбидиметрӣ истифода намудем.

Усули турбидиметрӣ. Усули мазкур чунин иҷро карда мешавад. Баъди бо муҳити ғизоии моеъ бой гардонидани экссудати перитонеалӣ (мо булғии Хоттингерро истифода намудем) вай дар чуқурчаҳои планшети 96 чуқурчадори тағпаҳн тақсим карда шуд – 150 мкл дар ҳар як чуқурча. Чуқурчаи якум назоратӣ ба ҳисоб рафта, барои муайян намудани мавҷудияти микроорганизмҳои афзоишкунанда дар намуна хизмат мекунад. Дар чуқурчаҳои боқимонда доруҳои гуногуни антисептикӣ илова карда мешаванд. Барои чен кардани зичии оптикӣ дар чуқурчаҳои планшет мо аз ридер АКИ-С-01 истифода кардем. Ченкунӣ ҳангоми 590 нм будани дарозии мавҷи дастаи равшанӣ чен карда шуд. Зичии оптикӣ дар чуқурчаҳо ченкардашуда ба қайд гирифта шуданд, баъди ин планшетро таҳти 37°C муддати 2-4 соат термостат мекарданд. Баъдан боз ҳам зичии оптикӣ дар чуқурчаҳои планшет чен карданд. Зиёд шудани зичии оптикӣ дар чуқурчаи назоратӣ аз мавҷудияти микроорганизмҳои афзоишбанда дар маводи клиникӣ гувоҳӣ медиҳад. Вучуд доштани чунин зиёдшавӣ дар чуқурчаҳои дорои доруҳои антибактериалӣ аз набудани самаранокии ин дору гувоҳӣ медиҳад. Мавҷудияти зиёдшавии зичии оптикӣ, аммо нисбат ба назоратӣ хеле кам, аз ҳассосияти сусти микроорганизмҳо нисбат ба доруҳои антибактериалии марбута хабар медиҳад. Ҳангоми набудани зиёдшавии зичии оптикӣ дар чуқурчаҳо аз мавҷудияти ҳассосияти пурраи микроорганизмҳо ба ин дору, ҳулоса бароварда мешавад. Қиммати бебаҳси усули пешниҳодшуда ин имконияти таҳқиқ карда тавонистани самаранокии воситаҳои антисептикӣ мебошад, ки ин кор ҳангоми дигар усулҳои таҳқиқот хеле мушкил ва ё номумкин мебошад. Арзёбии натиҷаҳои ниҳой ба воситаи муқоиса кардани моҳиятҳои рақамии зичии оптикӣ, ки ҳангоми

таҳқиқотҳои якум ва дуюми ҳар як чуқурчаи планшет ба даст оварда шуда буд, гузаронида шуд. Самаранокии антисептикҳо аз рӯи афзоиши зичии оптикӣ намуна арзёбӣ карда шуд, барои ин кор мо коэффитсиенти самаранокии антисептикро (КСА) ворид намудем:

$$КСА=(1 - \Delta D_A/\Delta D_H)\times 100\%$$

Дар ин ҷо ΔD_A – тағйироти зичии оптикӣ дар намуна бо антисептикҳо мебошад;

ΔD_H – зичии оптикӣ дар намунаи назоратӣ.

Бузургии КСА чӣ қадар зиёд бошад, самаранокии антисептик ҳамон қадар баланд аст. Арзишмандии ин усул сода будани иҷроӣ, меҳнатталабии кам, имконияти мураббат сохтани моддаҳои антисептикӣ мувофиқи дараҷаи қатори самаранокӣ, ба ҳисоб мераванд. Ворид намудани коэффитсиенти самаранокии антисептик имконият медиҳад, ки таъсири муҳити берунӣ ба натиҷаи таҳқиқот бартараф карда шавад (реҷаи инкубатсия, замони инкубатсия ва ғ.), ин имконият медиҳад, ки маълумоти умумикардасуда гирифта шавад ва таҳқиқотҳои гуногун бо ҳам муқоиса карда шаванд.

2.2.11. Муайянкунии дараҷаи фишорбаландии дохилишикамӣ

Ҳангоми арзёбии дараҷаи фишорбаландии дохилишикамӣ (ФДШ) аз таснифи World Society of the Abdominal Compartment Syndrome, созишномаи 2013 истифода бурда шуд.

- дараҷаи I – ФДШ 12-15 мм сут.симоб
- дараҷаи II – ФДШ 16-20 мм сут.симоб
- дараҷаи III – ФДШ 21-25 мм сут.симоб
- дараҷаи IV – ФДШ бештар аз 25 мм сут.симоб

Фишори дохилишикамӣ тариқи санҷиши фишори дохили масона ба қайд гирифта мешавад.

2.3. Тавсифи усулҳои табобат

2.3.1. Принципиҳои асосии табobati перитонити паҳнғашта

Дар таҳқиқот принципҳои асосии маҷмӯи табобати перитонити паҳнғашта, ки аз тарафи умум қабул шудаанду ба таври васеъ мавриди истифода қарор доранд, истифода карда шудааст, онҳо тадбирҳои зеринро дар бар мегиранд:

- тайёрии муносиби пешазҷарроҳӣ, ки ба устувории гемодинамика, ислоҳи ихтилолҳои гемореологӣ ва ихтилолҳои обу электролитҳо, декомпрессияи қисмҳои болоии роҳи ҳозима равона шудаанд;

- амалиёти ҷарроҳии таъҷилӣ ҳангоми анестезияи муносиб, ки лапаротомияи муносиб, бартарафсозии сарчашмаи перитонит, тахлияи экссудат, санатсияи ҷиддӣ ва обияткашии муносиби ковокии шикам, декомпрессияи роҳи ҳозимаро дар бар мегирад;

- табобати пасазҷарроҳии бисёрҷузъа, ки ба ислоҳи гомеостаз бо роҳи табобати интенсивии инфузионӣ ва ислоҳкунӣ равона карда шудааст, вай таъсири антибактериалӣ, детоксикатсионӣ ва иммуноислоҳкунӣ, бартараф намудани ихтилолҳои обу электролитҳо, гемодинамикӣ, сафедаҳо ва ғ., барқарорсозии ҳолати функционалии узвҳо ва системаҳоро дорад.

Пас аз муқаррар кардани таҳлили перитонити паҳнғашта ва муайян кардани нишондодҳо барои гузаронидани амалиёти ҷарроҳии ғаврии беморҳои дорои ихтилолҳои узвҳо ва системаҳои ҳаёттаъминкунӣ дар давоми, ба ҳисоби миёна, 2-4 соат вобаста ба дараҷаи возеҳии ихтилолҳои мавҷудбуда, тайёрии пешазҷарроҳӣ гузаронида мешавад. То саршавии табобати интенсивии ислоҳкунанда декомпрессияи меъда бо шӯстан ва найчагузории масона барои назорати диурези соатакӣ, катетеризатсияи варидҳои марказӣ ва канорӣ барои табобати инфузионӣ анҷом дода шудааст. Бо мақсади қатъ намудани синдроми дард, ҳангоми гузоштани таҳлис, воридсозии дохилимушакии аналгетикҳои наркотикӣ ва ё ғайринаркотикӣ, воситаҳои спазмолитикӣ анҷом дода мешавад. Табобати антибактериалӣ то ҷарроҳӣ воридсозии парентералии (асосан дохиливаридӣ) нисфи дозаҳои ба таври максималӣ имконпазири антибиотикҳои спектри таъсирашон васеъ, дар як қатор ҳолатҳо дар якҷоягӣ бо воситаҳои антианаэробиро, пешбинӣ мекунад. Бартараф кардани ихтилолҳои гемодинамикӣ, ихтилолҳои гемореологӣ ва гомеостаз бо роҳи инфузияи дохиливаридии

махлулҳои плазмаивазкунандаи коллоидӣ ва кристаллоидӣ, препаратҳои хун, воситаҳои симптоматикӣ сурат мегирад. Ҳаҷми табобати инфузионӣ-трансфузионӣ дар ҳудуди 1,5-3 литр қарор дорад. Бо мақсади тайёрнамудани беморон барои гузаронидани наркоз ва баъдан амалиёти ҷарроҳӣ премедикатсия бо воридсозии препаратҳои транквилизаторӣ, аналгетикӣ ва парасимпатолитикӣ гузаронида мешавад. Аксарияти мутлақи беморон дар соати аввали пас аз лаҳзаи гузоштани ташхис, тахти наркози эндотрахеалӣ, ҷарроҳӣ қарда шуданд. Ҷарроҳии бемороне, ки нисбат ба наркоз зиддинишондод ё ҳатари оӣ доштанд, тахти анестезияи мавзӣ (эпидуралӣ ва ё ҳароммағзӣ) ҷарроҳӣ қарда шуданд. Амалиёти ҷарроҳӣ аз тариқи дастраскунии лапаротомияи миёна сурат гирифт, ки даовнокии он аз ҷойгиршавии манбаи ибтидоии перитонит, паҳншавӣ ва возеҳии ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам вобастагӣ дорад. Дар ҳолати дар ковокии шикам мавҷуд будани миқдори зиёди экссудат то гузаронидани тафтиш тавассути барқӣ тахлияи муҳтаво анҷом дода мешавад. Пас аз муқаррар намудани сарчашмаи ҷарроҳии перитонит бартарафсозии он аз рӯи принципҳои – айни замон аз тарафи умум қабулшуда – сурат мегирад. Дар ҳолати номумкин будани бартарафсозии радикалии сарчашмаи перитонит обияткашии берунии манбаи сирояти фасоднок ва ба таври эътимодноқ ҷудо кардани вай аз ковокии озоди шикам, иҷро қарда мешавад. Санатсияи ковокии шикам бо шӯстани он бо 4-10 литр (вобаста ба возеҳӣ ва дараҷаи паҳншавии ҷараёни фасодӣ-илтиҳобӣ) маҳлулҳои антисептикӣ анҷом дода мешавад. Бо мақсади деконтаминатсияи муносиби сатҳи сифоқпарда ва таъмин намудани санатсияи самаранок аз ҳамаи қисмҳои ковокии шикам ба ҳадди максималӣ фасод, фибрин, бофтаҳои некрозӣ, хун, муҳтавои равзанаи роҳи ҳозима ва ғ. пурра бартараф қарда мешавад. Дар ҳолати, ҳангоми бартараф кардани сарчашмаи ибтидоӣ, пайдо шудани парези роҳи ҳозима, осебноқ будани тадбирҳои иҷрошаванда ҳангоми бартараф намудани манбаи сарчашма ва гузарондани санатсияи ковокии шикам, блокадаи решаи мисориқаи рӯдаи бориқ бо маҳлули 0,25%-и новокаини дар ҳарорати то +36°C иҷро қарда мешавад. Ковокии шикамро бо найчаҳои силиконии як-ду сӯрохдори қутрашон на камтар аз 1 см обияткаш қарда мешавад, онро аз тариқи буришҳои алоҳидаи берун аз захми

лапаротомӣ дар нуктаҳои пасттарини пастхамиҳои қойҳои чамъшавии экссудати перитонеалӣ, бо дарназардошти мавқеи бадан пас аз ҷарроҳӣ, гузошта мешавад. Микдор ва қойгиршавии воситаҳои обияткаши гузошташуда вобаста ба паҳншавӣ, хусусиятҳои топографӣ ва возеҳии ҷараёни фасодӣ-илтиҳобӣ дар ковокии шикам фарқ мекунад. Ба ҳисоби миёна аз 3 то 5 найчаи обияткаш гузошта мешавад. Беморонро, ки дар марҳилаи токсикӣ ё терминалии перитонити паҳншаста ҷарроҳӣ карданд, ҳамчунин дар ҳолатҳои бартараф намудани вайроншавии бутунии рӯдаҳо (гузоштани анастомоз, дӯхтани осеб ва ғайра) декомпрессияи рӯдаҳо бо роҳи найчагузории интенстиналии дохилиравзанавӣ бо обияткашии берунӣ анҷом дода мешавад.

Усули афзалиятнок интубатсияи назогастроинтестиналӣ буд, зеро иҷроиши техникаш содда буда, зарурати кушодани ковокии роҳи ҳозима набуд. Зиддинишондодҳои нисбӣ барои найчагузории назогастроинтестиналӣ ихтилолҳои возеҳ ва бемориҳои узвҳои нафаскашӣ ва системаи дилу рағҳо (астмаи бронхиялӣ, пневмония, эмфиземаи шушҳо, норасоии дилу рағҳо ва норасоии дилу шушҳо), ҳамчунин ҷараёни возеҳи лиҳомии қабати болоии ковокии шикам ҳисобида мешаванд; зиддинишондодҳои мутлақ – омосҳо, стриктураҳои хадшагӣ, деформатсияҳои возеҳи устухонҳои бинӣ, васеъшавии варикозии варидҳои сурхрӯда мебошанд. Дар чунин ҳолатҳо вариантҳои интиҳоб найчагузории интестиналӣ ба воситаи гастростома, илеостомаи ниҳой, колостома мебошанд. Ҳангоми анҷом додани амалиёти ҷарроҳӣ маҳкам ба таври герметикӣ дӯхтани ковокии шикам ба гузоштани дар як қатор ҳолатҳо системаи оби ҷараёнӣ-шӯстанӣ дар ҷарбӯи зерипӯстии захми лапаротомӣ бартарӣ дода шуд. Ҳангоми пайдо шудани зарурати санатсияҳои барномавии ковокии шикам дар давраи пас аз ҷарроҳӣ ҷароҳати лапаротомӣ бо роҳи дар пӯст гузоштани кӯкҳои гирифташаванда дӯхта мешаванд. Давраи пас аз ҷарроҳӣ дар шароити шӯбаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ табобати бисёрҷузъаро дар бар гирифт, ки ба ислоҳи параметрҳои гомеостаз, аз байн бурдани ихтилолҳои обу электролитӣ, гемодинамикӣ, сафедавӣ ва ғайра, барқарор намудани ҳолати функционалии узвҳо ва системаҳо бо роҳи гузаронидани табобати инфузионӣ-трансфузионӣ,

ислохкунанда, бо истифода аз усулҳои ниғаҳдорандаи (ё ивазкунандаи) кори узвҳо ва системаҳо, табобати пуршиддати антибактериалӣ, детоксикатсионӣ, ислоҳи масуният ва ғайра равона карда шудаанд.

2.3.2. Усули санатсияи контрастии ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғашта

Бо мақсади самаранокии коркарди ковокии шикам ва кам кардани зухуроти илтиҳобӣ ҳангоми перитонит аз ҳисоби ангеизиши чараёнҳои метоболикӣ ва гемодинамикӣ, кам кардани басомади пайдошавии аворизи пасазчарроҳӣ, кӯтоҳ кардани вақти барқароршавии лаппиши рӯдаҳо ва ихтисор шудани муҳлати табобати пасазчарроҳӣ, мо усули коркарди ковокии шикамро ҳангоми перитонити паҳнғашта бо маҳлулҳои ҳарорати контрастӣ пешниҳод намудем.

Усули мазкур чунин иҷро карда мешавад: дар охири чарроҳии (тавассути лапаротомия ё эндовидеолапароскопия) перитонити паҳнғашта ба ковокии шикам 1-1,5 л маҳлули 1,5% -и NaCl гарми (+41—+42°C) меандозанд ва муддати 1 дақиқа бо нармаӣ ҳамаи ҷафъҳои ковокии шикамро мешӯянд. Баъди ин моеъ тавассути барқӣ пурра кашида гирифта мешавад ва ба ковокии шикам 1-1,5 л маҳлули 1,5% -и NaCl-и сард (+10—+11°C) дохил мекунанд ва дар давоми 1 дақиқа ҳамаи ҷафъҳо ва чуқуриҳо коркард мешавад. Ин дастамали контрастӣ 4-5 маротиба такрор мешавад, баъд аз он ковокии шикамро хушк карда, тибқи усулҳои маъмулӣ обияткаш карда мешавад.

Усули пешниҳодшудаи коркарди ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғашта як қатор бартарихоро дорост:

1. Ин усул бо он фарқ мекунад, ки усули «ваннаи контрастӣ» истифода мешавад ва бо таъсири марбута ба бофтаҳои сифоқпарда бо ҳарорати контрастӣ таъсир мерасонад.

2. Ин усул муҳлати табобати перитонитро кам мекунад, гемодинамикаи микросиркуляторию меангезад, барои барвақттар барқарор шудани лаппиши рӯдаҳо мусоидат месозад, пайдошавии оризаҳои фасоднокро кам ва пайдо шудани чараёни лиҳомиро дар муҳлатҳои наздиктарин ва дуртарини пас аз чарроҳӣ ихтисор менамояд.

3. Маҳлули сусти гипертоникӣ истифода мешавад, ки қобилияти бартараф кардани токсинҳо ва маҳсулоти метаболикӣ ва таҷзияи бофтаҳоро дорад.

Дар вақти иҷро намудани ин усул аз ҳисоби гардиши пурқуввати хун ва «эффёкти помпа» дар сифоқпарда чараёнҳои илтиҳобӣ бартараф мешаванд; навбат ба навбат танг ва васеъ шудани рағҳо, яъне бо навбат такрор шудани ҳароратҳои баланд ва пасти моеъ «эффёкти насосӣ»-ро ба вуҷуд меорад ва монанди помпа хунро ғайолтар ба маҷрои рағҳо тела медиҳанд ва ба ин васила гардиши хуни узвҳо ва бофтаҳоро беҳтар месозад, чараёни мубодиларо дар онҳо қувват мебахшад, организмро аз токсинҳо ва маҳсулоти метаболизми дар хун гардишкунанда, пуршиддаттар озод мекунад, бо ин чараёнҳои мубодиларо умуман дар организм меангезад. Таъсири умумии қавикунанда ва ангиэзисӣ ба тамоми бадан, таъсири мусбати он ба чараёни илтиҳобӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта, паст шудани он аз ҳисоби гардиши пурқуввати хун ва «эффёкти помпа» дар сифоқпарда ба амал меояд.

Ҳосиятҳои маҳлули гипертоникии (1,5%) NaCl. Маҳлули гипертоникии хлориди натрий ба организм таъсири рефлекторӣ ва резорбтивӣ мерасонад, ба таври муътадил ретсепторҳои мезотелияи сифоқпардаро ба ангиэзис меорад, гиперемияро ба вуҷуд меорад, дар натиҷаи ин мубодилаи моддаҳо ва як қатор чараёнҳои дигари, барои организм ғойданок, ангиэзида мешаванд: захираҳои ишқорӣ зиёд ва таъсири моддаҳои захролудкунанда кам, тангшавии рағҳо суст, тонуси умумӣ баланд мешавад ва ба ҳамин сабаб микросиркулятсия, ғайолияти ҳаракатӣ-тарашшуҳии роҳи ҳозима беҳтар мегардад, асабтаъминкунии вегетативӣ ангиэзис мешавад, чараёнҳои оксидшавӣ- барқароршавӣ дар бофтаҳо ғайол мешавад, таъсири антитоксикӣ зоҳир мешавад, таассури иммунобиологии организм ғайол мешавад. Маҳлули 1,5%-и хлориди натрий чараёнҳои осмотикиро нигоҳ медорад ва танзим мекунад. Тавре ки маълум аст, таъсири осмотикӣ ва диуретикии маҳлулҳои гипертоникии хлориди натрий боиси таъсири антитоксикии онҳо мегардад.

Коркард намудани дохилиамалиётӣи ковокии шикам бо маҳлули гипертоникӣ барои дар ковокии озоди шикам нигоҳ доштан ва аз фазои варамиди байнихучайравии мезотелии сифокпарда «кашида баровардан»-и моеъи илтиҳобӣ ва якҷоя бо он микрофлораи патогенӣ бо токсинҳо, фибрин ва заррачаҳои бофтаҳои некрозшуда, ба тарафи ковокии озоди шикам, мусоидат мекунад. Бо ин роҳ, имконияти ҳаракати фаъоли ҷисмҳои микробҳо ва маҳсулоти токсикӣ сӯи маҷрои рағҳо ҳатъ мегардад ва тавассути суръати баланди эндоосмос дар натиҷаи ғализати NaCl баробар ба 1,5%, паҳншавии минбаъдаи онҳо дар сатҳи сифокпарда пешгирӣ карда мешавад. Маҳлули сусти гипертоникӣ (1,5%) NaCl бар иловаи нигоҳ доштани токсинҳо аз ҷаббида шуданашон дар ковокии шикам, ҳамчунин тасири «монеагӣ низ мерасонад, яъне садди роҳи ба ҳам часпидани сатҳҳои узвҳои ковокии шикам гашта, ба ин васила возеҳии ҷараёни илтисоҳиро паст месозад, ҳамчунин таъсироти осебоварандаи антисептик ба мезотелияи сифокпардаро пешгирӣ намуда, барои бартараф кардани токсинҳо, маҳсулоти метаболизм ва таҷзияи бофтаҳо, мусоидат менамояд.

2.3.3. Усул ва техникаи гузаронидани поксозии видеолапароскопӣ

Поксозии видеолапароскопӣ (ПВЛ) дар толори махсуси эндоскопӣ ё дар толори ҷарроҳии таъҷилӣ гузаронида мешавад. Усули интиҳоби анестезия, ҳангоми иҷро намудани ПВЛ, бедардкунии умумӣ – наркози эндотрахеалӣ буда, баъзан аз бедардкунии дохиливаридӣ низ истифода мешавад, аммо он имкониятҳои табобатии ин усули санатсияи ковокии шикамро маҳдуд месозад. Дар як қатор беморон, ки дар онҳо ҷарроҳии аввалӣ таҳти беҳискунии ноқилӣ гузаронида шуда буд, анестезияи дарозкардашудаи перидуралӣ ё анестезияи ҳароммағзӣ истифода мешавад. Иҷро кардани ПВЛ ба ҳама меъёрҳои иҷроӣ амалиёти ҷарроҳии ковокиҳо мувофиқат мекунад ва истифодаи мизи ҷарроҳии дорои ноқили электрикиро талаб мекунад, ки имконият медиҳад мавқеи бемор дар болои мизи ҷарроҳӣ ба зудӣ тағйир дода шавад. Коркарди асептикии майдони ҷарроҳӣ дар ҳаҷме гирифта мешавад, ки ба майдони дастраскунии лапаротомӣ монандӣ дошта бошад, то ин ки ҳангоми пайдо шудани зарурати гузаштан ба усули кушодаи амалиёти ҷарроҳӣ, эҳтиёҷ ба коркарди иловагии минтақаи

дастраскунии чарроҳӣ пайдо нашавад. Майдони чарроҳӣ бо матои сафед тарзе чудо карда шудааст, ки ҳамаи найчаҳои обияткаши мавҷудбуда барои дастамал дастрас бошанд.

Лапароскоп дар ковокии шикам ба воситаи троакар гузошта мешавад, ки вайро ба ковокии шикам бо яке аз ин се усул ворид сохтан мумкин аст. Ҳангоми усули якум ПВЛ мувофиқи усули «яксӯроха» сурат мегирад, дар ин маврид лапаросентез бидуни гузоштани пневмоперитонеум амалӣ карда мешавад. Як намуди ин усул истифодаи воситаҳои обияткаш мебошад, ки ҳангоми чарроҳӣ кардан бо мақсади ба вучуд овардани пневмоперитонеуми пешакӣ, дар ковокии шикам гузошта шудаанд. Ҳардуи ин вариантҳо бо троакар сӯрох кардани девораи пеши шикамро талаб мекунанд. Мушоҳидаҳо нишон доданд, ки гузаронидани лапароскопияи пасазчарроҳӣ бо ин усул хеле мушkil аст, бинобар эҳтимолияти осеб овардан ба узвҳои дарунӣ ва бофтаҳо, усул кафолати бехатарии таҳқиқотро таъмин карда наметавонад. Ҳангоми гузоштани пневмоперитонеум ба воситаи найчаи обияткаш ковокии шикам аз ҳаво нобаробар пур мешавад. Вобаста ба ин хатари осеб دیدани узвҳои дарунӣ, ки эътимол ба девораи пеши шикам часпидаанд, боқӣ мемонад.

Дар усули дуҷуми иҷро намудани лапаросентез троакарро ба ковокии шикам аз тариқи найчаи обияткашӣ гузаронида мешавад, ки махсус ҳангоми чарроҳии якум гузошта шуда буд. Вай ё ба сифати ноқил барои остинчаи стандартии лапароскопӣ, ё бевосита барои гузаронидани лапароскоп ба ковокии шикам истифода мешавад. Як варианти ин усул – бо ноқили металлӣ гузаронидани остинчаи лапароскопӣ аз сӯроҳӣ дар девори пеши шикам, ки пас аз бартараф намудани найчаи обияткаш мемонад. Ин усули гузаронидани таҳқиқот дар беморон дар давраи барвақти пасазчарроҳӣ нисбат ба усули якум бехатартар ва камосебтар мебошад. Бо мақсади пешгирӣ намудани оризаҳои лапаросентез дар давраи барвақти пасазчарроҳӣ, иҷро кардани лапароскопия аз тариқи бурриши начандон калони девораи пеши шикам – микролапаротомия – мумкин аст. Дар ин ҳолат лапароскопро ба ковокии шикам таҳти назорати босирӣворид месозанд, герметикӣ будани ковокии шикамро бо роҳи дӯхтани сифокпарда анҷом

медиханд. Аммо усулҳои дар боло зикршудаи гузаронидани ПВЛ ба қадри кофӣ мукаммал нестанд ва дар баъзе ҳолатҳо барои бемор хатарноканд. Вобаста ба ин дар ин таҳқиқот усули лапароскопияи динамикӣ ва барвақти пасазчарроҳӣ низ ба кор бурда шудааст.

Усули санатсияи видеолапароскопӣ аз гузаронидани муоинаҳои динамикии табобатӣ-ташхисии ковокии шикам, аз тариқи остинчаи махсуси лапароскопӣ иборат аст, ки ҳангоми чарроҳии аввалӣ монда шудааст. Интиҳоби дарозии остинчаи лапароскопӣ ба таври инфиродӣ, ҳангоми гузаронидани амалиёти чарроҳии якум вобаста аз ғафсии девораи пеши шиками бемор, сурат мегирад. Ҳангоми дуруст интиҳоб кардани дарозии остинча нӯги дисталии вай ба ковокии шиками озод то 1-1,5 см медарояд. Дар девораи пеши шикам остинчаро бо ду лигатура, ки аз тариқи сӯроҳҳои ҳалҳапайванд гузаронида шудааст, мустаҳкам карда мешавад. Қойи гузошта шудани остинча вобаста ба қойгиршавии манбаи перитогнит, мавзеи тағйиротҳои начандон зиёди илтиҳобӣ, миқдори найчаҳо ва дигар хусусиятҳо (мавҷуд будани хадшаҳои кухнаи пасазчарроҳӣ, лиҳомҳо дар ковокии шикам, фарбеҳӣ) интиҳоб карда мешавад. Барои гузаронидани муоина ва дастамалҳои лапароскопӣ, нуқтаи мавзеи атрофи ноф бехатартарин ва қулайтарин ба ҳисоб мераванд.

Техникаи гузоштани пневмоперитонеум ҳангоми иҷро кардани ПВЛ аз усули стандартӣ бо он фарқ мекунад, ки газро ба ковокии шикам ҳисса-ҳисса бо 200-300 см³ ворид карда мешавад ва ҳубоби газ дар ҳаҷмӣ то 2-2,5 литр ба вучуд оварда мешавад. Барои гузоштани пневмоперитонеум диоксиди карбонро ба кор бурдан мувофиқи мақсад аст, зеро вай назар ба ҳавои атмосферӣ зудтар ҷаббида мешавад. Дар ин маврид, ба эҳтимолияти бар-бари найчаҳои обияткаш баромадани газ, диққат додан лозим аст. Дар чунин ҳолатҳо дар найчаҳои обияткашӣ дарзҳои иловагии герметизатсионӣ гузошта мешавад, ва равзанаи онҳо маҳкам карда мешаванд. Барои ба вучуд овардани герметизм, дар ковокии шикам, пеш аз гузоштани пневмоперитонеум, найчаи обияткашро тавассути исканҷа маҳкам мекунанд. Герметизмро, ҳангоми дар ковокии шикам мавҷуд будани тампонҳо, сохтан душвортар аст. Дар чунин ҳолат, дар нӯги озоди тампон

лигатураи тарангкунанда баста мешавад, онро ба зери пӯст дароварда, ба он дарзи Z- шакл мегиранд. Ҳангоми лапароскопия, дар вақти фишори минималии дохилишикамӣ (6-10 мм.сут.сим.), дар ин мавзеъ фишороварии қисман гузаронда мешавад. Муоинаи ковокии шикам аз муоинаи ҷойи тасҳиби ковокии шикам сар карда мешавад, баъдан муоинаи панорамавии онро оғоз намуда, баъдан бо муоинаи ботафсили минтақа манбаи аввалияи патологӣ мегузаранд. Арзёбии ҳолати узвҳои дарунӣ ҳатман дар муқоиса бо маълумоти амалиётҳои ҷарроҳҳои иҷрокардашуда ё маълумоти таҳқиқоти қаблӣ сурат мегирад.

Натиҷаҳои муоинаи босирии фаъолият кардани найчаҳои обияткаш, ки дар ковокии шикам гузошта шудаанд, аҳамияти калон доранд. Таҳқиқоти гузаронидашуда нишон доданд, ки аллакай пас аз 12-24 соати баъди ҷарроҳӣ дар атрофи найчаҳо пайдо шудани ба ном «каналҳо» аз узвҳо ва бофтаҳои атрофи найчаҳо ба мушоҳида мерасад. Ҳамин тавр, аллакай дар шабонарӯзҳои аввали пас аз ҷарроҳӣ ҷараёни табиӣи ҷудосозии қисми бегона (найча) аз ковокии озоди шикам ба амал меояд. Дар чунин ҳолатҳо найчаҳо аз фаъолият боз мемонанд, омили нигоҳдорандаи парези рӯдаҳо мегарданд ва барои ташаккули лиҳомҳо мусоидат мекунанд.

Дастамалҳои табобатӣ, ки ҳангоми ПВЛ иҷро карда мешаванд, ба бартарарфкунии экссудати перитонеалӣ, иҷро кардани мақсадноки санатсияи ковокии шикам, гузаронидани инфузияи доругии фазоҳои ҷарбуӣ ҳангоми зарурат, озонотерапия ва оксигентерапия, гузоштан ва ислоҳ намудани найчаҳои обияткаш, буриши лиҳомҳои дохилишикамӣ равона карда шудаанд. Техникаи иҷро кардани дастамалҳои табобатӣ дорои як қатор хусусиятҳои хос, ки ба иҷро намудани амалиёти ҷарроҳӣ дар ковокии шикам вобастаанд (тағйироти таносуби анатомӣ-морфологӣ, мавҷудияти тағйиротҳои илтиҳобӣ дар узвҳо ва бофтаҳо, ҷараёни лиҳомӣ, моеъи озод ва ғ.). Марҳилаи ҳатмии ПВЛ тахлиии муҳтавои перитонеалӣ ба ҳисоб меравад, ки яке з сарчашмаҳои асосии авҷгирии эндотоксикоз ва сабаби потенсиалии инкишофи оризаҳои фасодӣ-септикий перитонит ба шумор мераванд.

Усули тахлиянамоӣ хусусиятҳои зеринро дорост. Чамъшавии моеъ дар мавзеҳои пастхами ковокии шикам муайян ва тахлия карда мешаванд. Ҳангоми гузаронидани тахлияи тарашшуҳот бо ин мақсад, истифодабарии аквапуратори боиктидор (ирригатор-аспиратор) аҳамияти муҳим дорад. Ин асбоб имконият медиҳад, ки на танҳо тахлияи яклаҳзаинаи моеъ аз ковокии шикам анҷом дода шавад, балки пошидани маҳлули шӯянда низ амалӣ гардонида шавад. Истифодаи дастаи васеи кутраш 10 мм имконият медиҳад, ки на танҳо моеъ, балки чузъҳои калони ҳалнашаванда (фибрин, лахтаҳои хун ва ғ.) низ кашида бароварда шаванд. Ҳангоми иҷро намудани дастамал беморро дар ҳолате қарор додан лозим аст, ки моеъ қорӣ шавад ва дар қойҳои муайян чамъ гардад: (ҳолати Фовлер – коси хурд, ҳолати Тренделенбург – фазои зери чигар). Ҳангоми дар ковокии шикам мавҷуд будани лахтаҳои хун, ки ба воситаи дастаи аспиратори барқӣ ба як бор бартараф карда намешавад, онҳо тавассути манипулятор ё найчаи оптикӣ лапароскоп ба порчаҳои алоҳида майда карда ҷудо сохта мешуданд. Ҳангоми дар ковокии шикам ошкор намудани тарашшуҳот бо заррачаҳои фибрин, часпидани фибрин ба сифоқпардаи париеталӣ ва виссералӣ, бо мақсади ба маҷрои хун ва лимфа коҳиш додани воридшавии миқдори зиёди маҳсулоти токсикӣ бактериалӣ ва метаболикӣ, протеазҳои бофтаҳо, санатсияи фаъоли ковокии шикам гузаронида мешуд. Дар ин маврид натавон ба бартарафкунии ҳисми моеъгии тарашшуҳот, балки тахлияи пардаи фибринозӣ низ анҷом дода мешуд. Бо ин мақсад минтақаҳои муайяни иллатёфтаи ковокии шикам бо фишор бо маҳлули антисептикҳо (маҳлули 1,5% -и NaCl, маҳлули обии 0,02% хлоргексидин, маҳлули 0,09% гипохлорити натрий, маҳлули физиологии озондор) дар ҳаҷми то 4-5 литр шӯста мешуд.

ПВЛ ҳангоми иҷро намудани коркарди контрастӣ дар боло зикршудаи ковокии шикам бо муваффақият истифода бурда мешуд – бо навбат бо аквапуратор маҳлули 1,5% гипертоникии NaCl–и то +41-42°C гармкардашуда ва баъдан то +10-11°C сардкардашударо ворид ва сипас тахлия менамуданд. Таъкид кардан лозим аст, ки шӯстан баъди ҷудо кардани ҳамаи ҳалҳаҳои ба ҳам часпидаи рӯдаҳо амалӣ карда мешавад. Ислоҳи мавқеи найчаҳои обияткаш, ки ҳангоми

амалиёти чарроҳӣ гузошта шуда буданд, дар он ҳолате иҷро карда мешуданд, ки ҳангоми ПВЛ найчаҳои бо чарбуи калон «печонидашуда» ошкор карда шаванд, сӯроҳҳои мавҷудбуда дар он саҳт маҳкам бошанд, ки ин садди роҳи фаъолияти муътадили онҳо мегашт. Сабаби дигари ихтилоли функцияи найчаҳои обияткаш ин пур шудани равзанаи онҳо аз лахтаҳои хун, детрит ё фибрин буд. Дар чунин ҳолатҳо найчаҳои обияткаш таҳти назорати босирӣ бо маҳлули антисептик шӯста мешаванд. Агар дар ин ҳолат маҳлули шӯянда ба ковокии шикам ворид нашавад, ба ковокии найчаҳои обияткаш катетер ба умқи монеа дароварда мешавад ва ба таври фавворавӣ он шӯста мешавад. Дар баъзе ҳолатҳо, вақте ки усули якум натиҷаи каноатбахш надод, барқарорсозии гузариши найча ба таври механикӣ тавассути ноқил аз сими чандир, сураат мегирад. Аммо, дар чунин ҳолатҳо, ба найчаҳои обияткаши нав иваз кардани найчаҳои нофаъолро авлотар донистанд. Дар ҳолатҳои пайдо шудани «канал» дар атрофи найчаҳои обияткаш кӯшиши бо ёрии лапароскоп ё манипулятор, ки аз тариқи сӯроҳии алоҳидаи девори пеши шикам дароварда шудааст, часпиш ҷудо карда мешавад ва найча аз инфилтратаи илтиҳобӣ «озод» карда мешавад. Аммо, одатан, аллакай дар шабонарӯзи дигар вай боз ҳам бо ҳамон сабаб фаъолият намекунад. Барои ҳамин ҳам, зарур меҳисобем, ки ҷойгиршавии дренажро тарзе тағйир додан лозим аст, ки вай ба минтақаи бофтаҳои инфилтратӣ наздик набошад. Дақиқ гузоштани найчаи обияткаш тариқи ба равзанаи он даровардани ноқили саҳти нӯгаш атравматикӣ муяссар мегардад, ки вай найчаи обияткашро рост нигоҳ медорад ва имконият медиҳад, ки онро таҳти назорати доимии босирӣ ба мавзеҳои лозимии ковокии шикам гузоранд. Ҳангоми пайдо шудани зарурати ивазкунии найчаи обияткаш баъди аз ковокии шикам гирифта партофтани он, захми каналро бо маҳлули антисептикӣ мешуянд ва аз тариқи он таҳти назорати монитор, ба ҷойи лозимӣ тавассути ноқил найчаи нави обияткашро ворид месозанд ва онро маҳкам менамоянд. Дар ҳолати дар мавзеи найчаи обияткаш инкишоф ёфтани ҷараёни илтиҳобӣ-микробӣ, ки аксаран пас аз амалиёти чарроҳии, бинобар перитонит иҷрокардашуда, ба мушоҳида мерасад, иваз кардани найчаи обияткаш танҳо тавассути сӯроҳии нави девораи пеши шикам гузаронида мешавад. Барои ин,

тахти назорати доимии босирӣ, дар девораи пеши шикам каме дуртар аз манбаи патологӣ ё дар мавзеи чамъшавии начандон зиёди моеъ нукта интиҳоб карда мешавад. Лапаросентез бо троакар гузаронида мешавад (кутри он аз кутри найчаи гузоштасаванда вобаста аст), аз тариқи он ба ковокии шикам найчаи обияткаш бо нокили самтдиҳандаи дар он гузоштасуда дароварда мешавад.

Бо мақсади обияткашии ковокии шикам ба найчаи дусӯрохдори силиконӣ бартарӣ дода мешавад. Дар давраи барвакти пасазчарроҳӣ пайдо шудани лиҳомҳои мулоими маҳдуд дар байни узвҳо дар баъзе мавридҳо метавонад, ки сабаби пайдошавии ногузароии рӯдаҳо гардад. Вобаста ба ин, дар муҳлатҳои барвакт вайрон кардани чунин лиҳомҳои виссеро-париеталӣ ва виссеро-виссералӣ мувофиқи мақсад мебошад. Онҳоро дар муҳлати барвакти пас аз чарроҳӣ (то 12-14 соат) тавассути лапароскоп ё манипулятор ба осонӣ ва бе осеб ҷудо кардан мумкин аст. Дар ин ҳолат дар муҳлати барвакти пас аз чарроҳӣ хатари пайдо шудани хунравӣ ва осебёбии қабати серозии ҳалҳаҳои рӯдаҳо дар мавзеи лиҳомҳои ҷудокардасуда паст аст, нисбат ба буридани лиҳомҳои то чарроҳӣ пайдошуда, ки зарурати истифода кардани диатермокоагулятсияро ба амал меоранд.

2.4. Усулҳои омории коркарди натиҷаҳои таҳқиқот

Коркарди омории мавод дар компютери инфиродии i3, дар шароити барномаи EXCEL бо истифода аз «Бастаи таҳлилҳо», ҳамчунин бастаи барномаҳои омории «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., USA) гузаронида шуд, ки махсус барои ҳалли фасли вазифаҳои омории пешбинӣ шудааст.

Муътадил будани таҳсимкунии намуна бо усулҳои Шапиро-Уилк ва Колмогоров-Смирнов муайян карда мешавад. Ҳангоми мувофиқат кардани намуна ба тақсимои муътадил, маълумоти миқдорӣ дар шакли ифодаи миёна ва иштибоҳи стандартии он ($M \pm m$), ҳангоми аз тақсимои муътадил дур шудан дар шакли медиана ва фосилаи интерквартилӣ ($Me[25q-75q]$) тавсиф карда шуд. Нишондиҳандаҳои категориалӣ дар шакли бузургии мутлақӣ онҳо бо ҳисоб кардани ҳиссаҳо (%) оварда шуданд.

Ҳангоми гузаронидани муқоисаи ҷуфтии нишондиҳандаҳои байни гуруҳҳои мустақил аз Т-меъёри Вилкоксон истифода карда шуд. Дар ҳолати муқоисаи сершумор байни гуруҳҳои мустақил аз Н-критерияи Краскел-Уоллис истифода бурда шудааст.

Ҳангоми муқоиса кардани тақсимои дихотомӣ аз меъёри χ^2 , ё ϕ -меъёри Фишер (варианти усули дақиқи Фишер) истифода карда шуд.

Барои арзёбии ҳуввати алоқаи байни параметрҳо аз коэффитсиенти коррелятсияи Пирсон – $|r|$ – истифода карда шуд. Ҳангоми $|r| > 0,7$ бузургӣ аз алоқаи пурҳуваат гувоҳӣ медиҳад, базургии $|r| < 0,3$ – набудани алоқаро нишон медиҳад. Ба кор бурдани ROC-таҳлил ва таҳлили регрессионӣ дар асоси принципҳои дар омили тиббӣ қабулшуда (Hanley J.A., 1982) ва тавассути барномаи MedCalc (<http://www.medcalc.be>) гузаронида шуданд. Ҳангоми сатҳи $p < 0,05$ тафовут аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида мешуд.

БОБИ 3

ТАСНИФ ВА АРЗЁБИИ ВАЗНИНИИ ҶАРАЁНИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА ВА ПЕШГУЌИИ ОҚИБАТИ ОН

3.1. Таснифи такмилдодашудаи перитонити паҳнғашта

То айна замон таснифи ягонаи перитонит, ки ҳамаи ҷарроҳонро қаноатманд созад, мавҷуд нест, алгоритми универсалии таснифот дастнорас мемонад, ки ба мураккабӣ ва гуногунии шаклҳои клиникӣ ҳуди беморӣ ва ҳамчуни ягона набудани фаҳмиши маънии истилоҳоти алоҳида ва хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ беморӣ аз тарафи муаллифони гуногун вобастагӣ дорад [62, 90, 186, 211]. Баъди ба фаъолияти амалии клиникӣ ворид намудани мафҳуми сепсиси абдоминалӣ, таснифи перитонити паҳнғашта аз рӯи вазнинӣ ба тағйироти назаррас рӯбарӯ шуд. Дар ивази аз рӯи марҳила, вобаста ба зухуроти клиникӣ (марҳилаҳои реактивӣ, токсикӣ, терминалӣ, ки дар ин ҷо ҳолати беморро ба ҷорҷӯбаи вақт нигоҳ доштан ғайриимкон аст), ҷудо кардани перитонити паҳнғашта, дар солҳои охир дараҷабандии дигар, аз рӯи фаза, мувофиқи тағйиротҳои патогенетикӣ, тасдиқ шудааст:

- перитонит бидуни аломатҳои сепсис;
- сепсиси абдоминалӣ;
- сепсиси абдоминалии вазнин;
- шоки септикӣ (сироятӣ-токсикӣ).

Сепсис ва шоки септикӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта дар заминаи захролудшавии организм пайдо мешавад, ки перитонити паҳнғаштаи дуҷуминдараҷаро аз аввали саршавиаш ҳамроҳ мешавад [29, 99]. Агар, ақаллан, «марҳилаи реактивӣ»-ро тибқи Симонян К.С. бигирем, тақрибан ҳамаи таассурҳо дар ин марҳила бо иштироки токсинҳо ва медиаторҳои табиатан гуногун ҷараён мегиранд, ба ибораи дигар, суҳан аз марҳилаи токсикӣ меравад. Ҳангоми сепсиси абдоминалӣ, ки аллакай синдроми норасоии энтералӣ ҷой дорад, мувофиқи тағйиротҳои патофизиологӣ, ки ҳам дар марҳилаҳои ибтидоии сепсис ва ҳам дар сепсиси вазнин тадбирҳои баробарарзиши табобати интенсивиро тақозо доранд, ба зудӣ боиси пайдо шудани синдроми норасоии полиорганӣ мегардад. Муттаҳид

кардани ин ду марҳила фаврияти қабул кардани қарорро дар хусуси интиҳоби тактикаи табобат, ҳам дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ ва ҳам замоне ки норасоии узвӣ акнун «суръат мегирад», тадбирҳои мубориза бар зидди синдроми норасоии полиорганӣ (НПО) ва чорабинҳои профилактикии миқдорӣ ва сифатӣ – тақрибан якхелаанд, ин зарурати ҷудо кардани марҳиларо барои фосилаи кутоҳи вақт аз байн мебарад. Ин ба ҳулосаҳои консенсуси 3-юми байналмилалӣ таърифҳо барои сепсис ва шоки септикӣ (Сепсис-3), ки дар соли 2016 ба даст оварда шудааст, ҳамоҳанг аст [109, 296].

Мо таърихи бемории 188 бемори гирифтори бемориҳои узвҳои ковокии шикамро, ки оризаи перитонити паҳнғашта доштанд, таҳлил намудем. 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. Сабаби перитонити паҳнғашта ногузароии шадиди рӯдаҳо – 54 (28,7%), сӯрохшавии узви ковок – 70 (37,2%), аппендисити деструктивӣ – 46 (24,5%), холесистити деструктивӣ – 5 (2,7%), панкреонекроз – 5 (2,7%), дигар патологияҳо – 8 (4,2%) буданд. Аз рӯи мавҷуд будан ё набудани СТИС ва синдроми дисфунксияи полиорганӣ гурӯҳбандӣ намудани беморон мувофиқи меъёрҳои ҷадвали SOFA анҷом дода шуд. Ба ҳисоб гирифтани маълумоти таҳқиқоти беморон, аз ҷумла нишондодҳои клиникӣ ва лабораторӣ, гузаронида шуд. 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 клиникӣ 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 вазнини 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 $>90/\text{дақ}$,

СХН>20/дақ, РаСО₂<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 дисфунксияи узвҳо, дисметаболия, дисбаланси ионӣ, ихтилоли перфузияи бофтаҳо, гипотонияи шараёнӣ (баъзан фишори систоликии шараёнӣ – аз 90 мм сут. сим. пасттар) муттаҳид мешаванд, ҳамчун марҳилаи сепсиси абдоминалӣ (СА) 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, гипоперфузияи бофтаҳо ва узвҳо, гипотонияи шараёнӣ, ки нигоҳ накарда ба инфузияи 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. Таснифи таҳияшудаи перитонитҳо чунин ба назар мерасад (ҷадвали 3.1.).

Ҷадвали 3.1. – Таснифи перитонитҳо

Нишона	Тақсимот
I. Аз рӯи сабаби инкишоф	- якуминдараҷа - дууминдараҷа
II. Аз рӯи хусусияти мӯҳтавои ковокии шикам:	- серозӣ - геморрагӣ - фасодӣ (фибринозӣ- фасодӣ) - талхавӣ - ферментӣ - начосатӣ - омехта
III. Аз рӯи паҳншавӣ	- ҷузъӣ (махдудшуда (абса); махдуднашуда) - паҳнғашта (аввалиндараҷа; дууминдараҷа)
IV. Аз марҳилаҳои инкишоф	I – захролудшавии эндогенӣ (аз рӯзи 1-м) II – сепсиси абдоминалӣ (аз рӯзи 2-4-м) III – шоки септикӣ (аз рӯзи 3-7-м)

Қудокунии гурӯҳи алоҳидаи перитонитҳо бо номи “сеюминдараҷа” ба ақидаи мо баҳснок аст, зеро ки онҳо монанди дигар перитонитҳои баъдазҷарроҳӣ моҳиятан ба гурӯҳи “дуюминдараҷаҳо” тааллуқ доранд. Азбаски сухан аз ҳолати махсуси организм бо маҳви механизмҳои муқовимати зиддисироятӣ ва зухуроти ноаёни клиникӣ меравад, беҳтараш ки ба чунин перитонитҳо “персистентӣ” ном гузошта ба гурӯҳи дуюминдараҷа дохил карда шаванд.

Паҳншавии перитонит ба ақидаи мо ду намуд шуда метавонад – **пахншавии аввалиндараҷа** – бидуни марҳилаи ҷузъии паҳншавии перитонит (сӯрохшавии узвҳои ковок, перитонити тарашшуҳӣ ҳангоми ногузароии шадиди рӯдаҳо, суддатҳои рағҳои масориқавай). **Паҳншавии дуюминдараҷа** – баъд аз марҳилаи ҷузъии перитонит (бемориҳои фасодӣ-илтиҳобии узвҳои ковокии шикам ва фазои паси сифок, сӯрохшавии пӯшидашудаи узвҳои ковок, рахнашавии абса ба ковокии шикам) – метавонад “диффузӣ” (дар ҳудуди як қабати шикам) ва рехта (дар ҳар ду қабати шикам) бошад.

Таснифи пешниҳодшуда натавонад бо он диққатҷалбкунанда аст, ки натавонад вазнинии зухуроти клиникӣ бо механизмҳои патогенетикии перитонит вобаста аст, балки имконияти интиҳоби тафриқавии тактикаи оптималии ҷарроҳӣ ва ҳаҷми тадбирҳои табобати интенсивӣ низ дорад.

Дар ҷадвали 3.2. аломатҳои асосии клиникӣ ва озмоишии перитонити паҳншавӣ аз рӯи марҳилаҳо ва тағйироти морфологии сифокпардаи ба онҳо мувофиқаткунанда оварда шудааст.

Ҷадвали 3.2. – Нишонаҳои клиникӣ-озмоишӣ ва морфологии перитонити паҳншавӣ

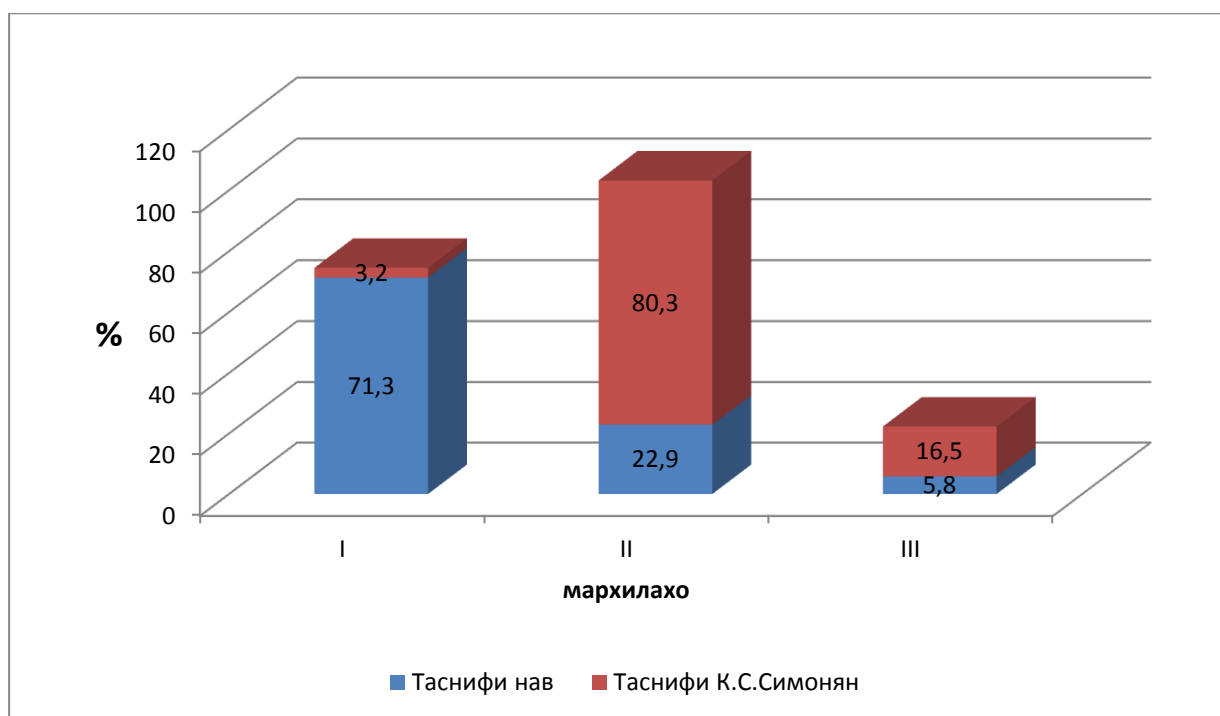
Марҳила	Нишона	Тағйироти морфологии сифок (ба эҳтимоли зиёд)
Заҳролудшавии эндогенӣ	Ҳолати умумии бемор вазнини миёна ё вазнин. Дар заминаи синдроми дардӣ ва беобшавӣ сустӣ, адинамия меафзояд, эҳтимол эйфория ва баъдан энсефалопатияи токсикӣ низ ҳамроҳ шаванд, СТИС бо ду ё аз он зиёд нишонаҳои зерин зоҳир мешавад: - ҳарорати бадан $>38^{\circ}\text{C}$ ё $<36^{\circ}\text{C}$ - СКД $>90/\text{дақ}$	Варам, гиперемия, дар ковокии шикам мӯҳтавои тираанг

	- СХН >20/дак - РаСО ₂ <32 мм с. с. - лейкоцитҳои хун >12×10 ⁹ , ё <4×10 ⁹ , ё пайдоиши шаклҳои ноболиғ >10%	
Сепсиси абдоминалӣ	Ҳолати умумии бемор вазнин. Мавҷудияти се ё аз он зиёд нишонаҳои СТИС, ки бо норасоии узвӣ, дисметаболия, дисбаланси ионҳо, инхилофи перфузияи бофтаҳо, гипотонияи шараёнӣ ҳамроҳ мешавад. Фаромадани ФСШ пасттар аз 90 мм с.с. дар «нормотоникҳо» ё аз фишорӣ «корӣ» 40 мм с.с. пасттар дар беморон бо фишорбаландӣ бо шартӣ набудани дигар сабабҳо. Гипотония бо роҳи инфузия дар муддати кӯтоҳ бартараф мешавад.	Сифокпарда варамнок, пурхун, ҳалқаҳои рӯдаҳо васеъшуда бо хунрезии субсерозӣ ва петехияҳо, дар ковокии шикам мӯҳтавои фасодӣ бо қабатҳои фибринозӣ болои рӯдаҳо.
Шоки септикӣ	Ҳолати умумии бемор ниҳоят вазнин. Якҷояшавии аломатҳои хоси сепсис бо СТИС, гипоперфузияи бофтавӣ, гипотонияи шараёнӣ, ки бо вучуди инфузияи кофӣ ва истифода аз муолиҷаи инотропӣ ва рағӣ боқӣ мемонад ва инчунин бо тағйиротҳои амиқи нафас ва метаболизм бо афзоиши сатҳи лактати хун >2 ммоль/л, диспротеинемия.	Сифокпарда хира, варамнок, иртишоҳнок. Дар ковокии шикам мӯҳтавои фасодӣ бо бўи начосатӣ, қабатҳои дурушти фибринозӣ, чирксорихо ва часпишҳои байни ҳалқаҳои васеъшуда.

Гурӯҳбандии муқоисавии беморони гирифтори перитонити паҳнғашта аз рӯи марҳила, мувофиқи таснифи Симонян К.С. ва таснифи пешниҳоднамудаи мо, дар чадвали 3.3 ва расми 3.1. оварда шудаанд.

Чадвали 3.3. – Тақсимои беморон бо перитонити паҳнғашта мувофиқи марҳилаҳо (n=188)

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



Расми 3.1. – Таносуи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта (n=188)

Аз маълумотҳои ҷадвал ва расм бармеояд, ки мувофиқи таснифи Симонян К.С. беморон асосан бо перитонити паҳнғашта дар марҳилаи токсикӣ (қисман дар марҳилаҳои I ва II мувофиқи таснифи мо) мурочиат меkunанд, зеро марҳилаи реактивӣ бештар дар назар дошта мешавад ва ё дар таҷрибаи ҷарроҳ хеле кам вомехурад. Марҳилаи терминалӣ (ниҳой)-ро ҷудо кардан на ҳамеша мувофиқи мақсад мебошад, моҳиятан, вай ниҳояти перитонит, хеле дур рафтани он аст, ки дар бештари ҳолатҳо тадбирҳои наҷот додани бемор бенатиҷа мемонанд.

Ба мақсади омузиши самаранокии таснифи нави перитонити паҳнғашта дар арзёбии дараҷаи вазнинии ҳолат 160 бемор дорои синдроми таасури илтиҳобии системавӣ (СТИС) ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1– захролудшавии эндогенӣ (n=95), гурӯҳи 2– сепсиси абдоминалӣ (n=46), гурӯҳи 3– шоки септикӣ (n=19). Натиҷаҳои табобат аз басомади аворизи баъдазҷарроҳӣ, муддати бистарӣ дар шӯбаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ (ШРТИ), ғавтият дар беморхона арзёбӣ карда мешуданд.

Ҳангоми таҳлили натиҷаҳои таҳқиқотҳои клиникӣ, ки ба масъалаи перитонит бахшида шудааст, нишондиҳандаҳои интихоб карда шуданд, ки бештар ба омилҳои мустақили хатари ғавтият дар беморхона (баллҳои APACHE II, SOFA

ва МРІ, пресепсин ва ОНО- α) тааллуқ доштанд. Гурӯҳҳои ҷудокардашуда аз рӯи омилҳои мазкури хатари оқибати номусоид арзёбӣ карда шуданд (ҷадвали 3.4)

Ҷадвали 3.4. – Маълумоти муқоисавии гурӯҳҳо вобаста ба омилҳои хатари оқибати ғавт ҳангоми перитонити паҳнғашта ($M \pm m, p$) ($n=188$)

Нишондиҳанда	Гурӯҳи 1	Гурӯҳи 2	Гурӯҳи 3	p
	ЗЭ ($n=95$)	СА ($n=46$)	ШС ($n=19$)	
APACHE II (ҳолҳо)	$16,0 \pm 0,2$	$18,0 \pm 0,3$ $p_1 = 0,001$	$27,0 \pm 1,0$ $p_1 = 0,000$ $p_2 = 0,000$	$=0,000$ ($df = 2$; $H = 54,9$)
Шохиси Мангеймӣ перитонит (ҳолҳо)	$22,0$ [20,0; 22,0]	$25,0$ [24,0; 25,0] $p_1 = 0,000$	$25,0$ [24,0; 28,0] $p_1 = 0,000$ $p_2 > 0,05$	$=0,000$
SOFA (ҳолҳо)	$4,6 \pm 0,1$	$6,1 \pm 0,1$ $p_1 = 0,000$	$11,8 \pm 0,4$ $p_1 = 0,000$ $p_2 = 0,001$	$=0,000$ ($df = 2$; $H = 89,9$)
Пресепсин (пг/мл)	$355,6 \pm 8,6$	$783,4 \pm 24,0$ $p_1 < 0,001$	$1587,7 \pm 70,5$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$< 0,001$
Омили некрози омос- α (пг/мл)	$105,5 \pm 1,9$	$853,3 \pm 17,6$ $p_1 = 0,000$	$24,5 \pm 6,8$ $p_1 = 0,000$ $p_2 = 0,000$	$=0,000$
Ғавтидагон	-	-	12	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (мувофиқи H -меъёри Крускал-Уоллис); p_1 – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи 1; p_2 – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи 2 (p_1, p_2 – мувофиқи U -меъёри Манн-Уитни).

Тавсифи муқоисавии гурӯҳҳои ҷудо кардашудаи беморони мубталои перитонити паҳнғашта тибқи омилҳои асосии мустақили хатари ғавтияи беморхонавӣ, ки дар ҷадвал нишон дода шудааст, аз тағйирёбии пайвастаи онҳо мувофиқи дараҷаи вазнинии сепсиси абдоминалӣ шаҳодат медиҳад. Аз байни омилҳои хатари ғавтияи беморхонавӣ бештар нишондиҳандаи миқдори баллҳо тибқи системаҳои арзёбӣ, ки дар арзёбии маҷмӯии ҳолати бемор асос мегиранд, бо истифода аз маълумотҳои клиникӣ ва озмоишӣ истифода бурда мешаванд. Мо дар таҳқиқоти худ ҷадвалҳои универсалии APACHE II ва SOFA, ва инчунин

чадвали махсус барои перитонит таҳияшуда МРІ (Шохиси Мангеймии перитонит) истифода бурдем. Хусусияти умумии системаҳои арзёбии мазкур ин саҳеҳияти баланд дар арзёбии баллии вазнинии ҳолат ва пешгӯии оқибати беморӣ аст. Чадвалҳо дар таҳқиқотҳои рандомизатсияшуда ва назоратшаванда тафтиш шудаанд, беғаразии онҳо тасдиқ шудааст. Таҳлили муқоисавии натиҷаҳо нишон дод, ки байни ҳамаи гурӯҳҳо тафовути назарраси омӯрӣ дар миқдори баллҳои ҳар кадоми чадвалҳо вуҷуд дорад ($p < 0,01$).

Барои муайянкунии тафовути байни гурӯҳҳо дар натиҷаҳои асосии табобат арзёбии муқоисавии беморони таҳқиқшаванда аз ҷиҳати басомади аворизи баъдазҷарроҳӣ, муддати бистарӣ дар ШРТИ ва дар беморхона, ғавтият дар беморхона гузаронда шуд (чадвали 3.5).

Чадвали 3.5. – Арзёбии муқоисавии натиҷаҳои табobati беморон вобаста ба марҳилаи перитонити паҳнғашта ($M \pm m$, p) ($n=160$)

Нишондиҳанда	гурӯҳи 1 ЗЭ ($n=95$),	гурӯҳи 2 СА ($n=46$),	гурӯҳи 3 ШС ($n=19$)	Ҳамаги ($n=160$)
Аворизи баъдазҷарроҳӣ, %	13,6±3,6	35,1±6,1*	41,9±7,1**	23,9±2,9
Муддати бистарӣ дар ШРТИ, ш/р	2,4±0,1	5,8±0,2*	10,1±1,6**	4,3±0,4
Муддати бистарӣ дар беморхона, ш/р.	11,3±0,4	18,5±1,4*	12,6±2,3**	13,5±1,6
Ғавтият дар беморхона, %	-	-	63,2	7,5

Эзоҳ: Эътимоднокии омӯрии тафовут ($p < 0,01$): * - байни 2-м ва 1-м гурӯҳ; ** - байни 3-м ва 1-м гурӯҳ.

Ҳангоми таҳлили натиҷаҳои таҳқиқотҳои клиникӣ муайян шуд, ки дар марҳилаҳои захролудшавии эндогенӣ, сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ нишондиҳандаҳо мутаносибан чунинанд: АРАСНЕ II 16,0±0,2 – 18,0±0,3 – 27,0±1,0; ШМПИ 22 – 25 – 25; SOFA 4,6±0,1 – 6,1±0,1 – 11,8±0,4; Пресепсин (пг/мл) 355,6±8,6 – 783,4±24,0 – 1587,7±70,5; Омили некрози омос-α (пг/мл) 105,5±1,9 – 853,3±17,6 – 24,5±6,8; Аворизи баъдазҷарроҳӣ (%) 13,6±3,6 35,1±6,1 41,9±7,1; Муддати бистарӣ (ш/р) 11,3±0,4 18,5±1,4 12,6±2,3; Ғавтидагон 12 нафар дар марҳилаи шоки септикӣ. Таҳлили омӯрии маълумот нишон медиҳад, ки гурӯҳҳои

тахқиқшаванда бо бештари ин нишондиҳандаҳо тафовути маънидори оморӣ доранд ($p < 0,001$). Арзёбии муқоисавии гурӯҳҳои таҳқиқшавандаи беморон аз рӯи натиҷаҳои асосии табобат нишон дод, ки на ҳама тафовутҳои байнигурӯҳӣ то ба сатҳи эътимоди оморӣ мерасанд, аммо онҳо хусусияти афзоиши пайвастаи нишондиҳандаҳо мувофиқи вазнинии сепсиси абдоминалӣ доранд. Танҳо муддати бистарии беморон бо шоки септикӣ дар беморхона истисно аст. Ин ба ғавтияти баланди чунин фирқаи беморон дар марҳилаи бармаҳали баъдазҷарроҳӣ вобаста аст. Умуман, агар бемор дар ҳолати шоки септикӣ ба ШРТИ бистари карда шавад, хатари инкишофи оқибати номусоид хеле калон аст. Мувофиқи натиҷаҳои бадастомадаи мо, ғавтият дар гурӯҳи мазкур то ба 63,2% мерасад.

Натиҷаҳои таҳқиқотро ҷамъбаст карда ба хулосае омадан мумкин аст, ки таснифи такмилдодашуда стратификатсияи беморонро бо перитонити паҳнғашта мувофиқи дараҷаи вазнинӣ ба се гурӯҳ таъмин месозад: бо захролудшавии эндогенӣ, сепсиси абдоминалӣ, шоки септикӣ. Ин имконияти саривақт муайян намудани маҷмӯи зарурии табобати интенсивӣ ва ҷарроҳиро медиҳад ва ба табобат хусусияти пешгирӣ мебахшад.

Таснифи таҳияшуда ва пешниҳодшудаи перитонитҳо ҳам аҳамияти амалӣ ва ҳам академӣ дорад, дараҷабандии марҳилаҳои клиникӣ перитонити паҳнғашта бошад, бо соддагӣ фарқ мекунад ва имконият медиҳад, ки вазнинии ҳолати бемор дар лаҳзаи воридшавиаш ба таври объективӣ арзёбӣ карда шавад, нақшаи оптималии табобати ҷарроҳӣ ва табобати интенсивии ин категорияи беморони вазнин интиҳоб карда шавад. Мо ин таснифро модели корӣ меҳисобем ва истифодаи он то андозаи кофӣ ҳолати беморро ба назар мегирад, ки ба фикри мо, барои сабук кардани интиҳоби тактикаи оптималии перитонити паҳнғашта мусоидат менамояд.

3.2. Арзёбии клиникӣ-озмоишӣ вазнинии ҳолат дар пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта

Барои ҳаллу ҷасл кардани вазифаҳои дар боло овардашуда таҳқиқот гузаронида шуд, ки ба муайян кардани имкониятҳои истифодаи ҷадвали арзёбии интегралӣ вазнинии ҳолати беморон (SAPS ва MPI), меъёрҳои СТИС ва сепсис

барои ба таври объективӣ пешгӯии инфиродии вазнинии чараён ва пешгӯӣ кардани оқибати табобати перитонити паҳнғашта равона карда шудааст.

Таҳқиқоти васеи бисёрпараметрии клиникӣ-озмоишии 188 бемори синну соли аз 15 то 81 солаи дорои бемориҳои гуногуни чарроҳӣ, бо перитонити паҳнғашта оризашуда, гузаронида шуд. Оқибати хуби беморӣ дар 150 бемор (79,8%) ба қайд гирифта шуд, дар 38 ҳолат (20,2%) беморӣ бо ғавт анҷом ёфт. Тақсимои аз рӯи ҷинс ва шаклҳои нозологӣ бемориҳои чарроҳӣ, ки сабаби сар задани перитонит шуда буданд, дар ҷадвали 3.6. оварда шудааст.

Ҷадвали 3.6. – Тақсимои беморон мувофиқи намудҳои нозологӣ, ки сабаби перитонити паҳнғашта шудаанд (n=188)

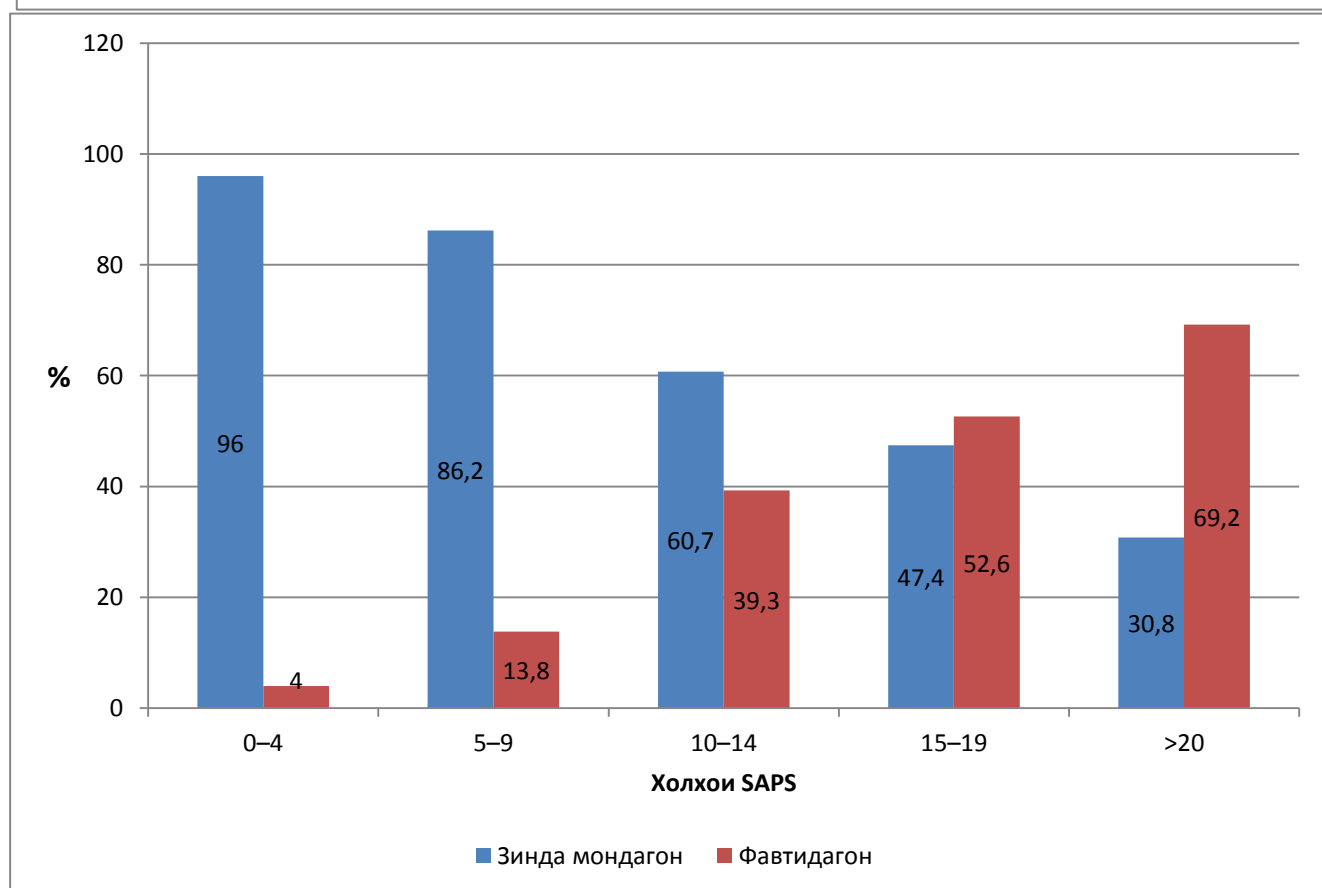
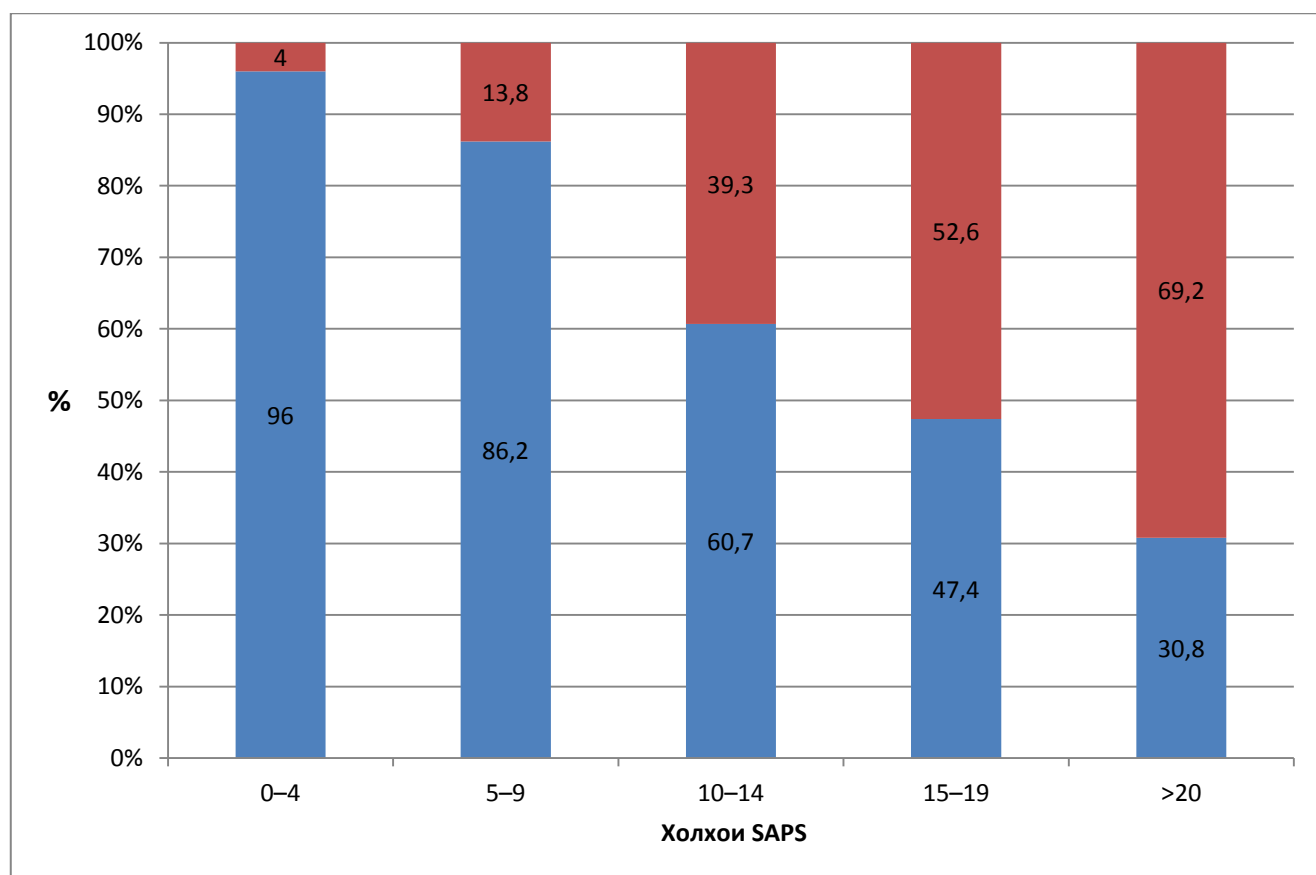
Сабаби нозологӣ перитонит	мрд	зан	Ҷамағӣ	
			n	%
Ногузароии шадиди рӯдаҳо	29	25	54	28,7
Сӯрохшавии решҳои гастродуоденалӣ	45	13	58	30,9
Аппендитсита шадид	23	23	46	24,5
Панкреонекроз	3	2	5	2,7
Холесистити шадид	1	4	5	2,6
Сӯрохшавии рӯда	9	3	12	6,4
Ғайра	3	5	8	4,2
Ҷамағӣ	113	75	188	100

Дар графои «ғайра» он сабабҳои перитонити паҳнғашта оварда шудаанд, ки дар натиҷаи бемориҳои гинекологӣ, рахнашавии кистаи фасодноки эхинококкӣ, рахна шудани абсаи фазои пасисифоқӣ дар ковокии шиками озод пайдо шудаанд. Дар ҷамаи 188 бемор арзёбии интегралӣ вазнинии чараёни перитонити паҳнғашта дар асоси ҳисоби нишондиҳандаҳои клиникӣ-озмоишӣ аз рӯи гурӯҳҳо мувофиқи возеҳии арзёбии баллии вазнинии ҳолат тибқи ҷадвали SAPS (Simplified Acute Physiology Score) ва шохиси Мангеймӣ перитонит (MPI) гузаронида шуд.

Арзёбии баллии вазнинии ҳолат тибқи ҷадвали SAPS аз шабонарӯзи аввали бистарикунонӣ ҳамаарӯза то муайян намудани натиҷаи беморӣ гузаронида шуд. Пешгӯии оқибати бемории перитонити паҳнғашта аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқот дар шабонарӯзҳои аввали бистринамоии бемор гузаронида шуд. Ҳолатҳои ғавт, агар

дар давоми 28 соати пас аз амалиёти якуми чарроҳӣ, ки аз хусуси перитонити паҳнғашта иҷро карда шуд, руҳ дода бошанд, ба кайд гирифта мешуданд. Ин давраи арзёбии ғавтият ҳангоми чараёнҳои фасодӣ-септикӣ аз тарафи Комиссияи назорати маҳсулоти ғизоӣ ва воситаҳои доругӣ, Хадамоти назорати давлатии фаъолияти фармасевтӣ, Комиссияи Аврупоии ҷамъияти табобати интенсивӣ ба сифати меъёри махсуси самаранокии табобат муайян карда шудааст, зеро ҳолатҳои ғавт пас аз ин муддат асосан ба бемориҳои ҳамроҳшуда иртибот мегиранд. Ҳама ҳолатҳои клиникии таҳлилшуда ба фосилаи нишондиҳандаҳо, ки ба 4 ҳоли ҷадвали SAPS мутобиқанд, бо дарназардошти мувофиқ будани гурӯҳҳо ба ҳолатҳои ҷудокардашудаи ғавт, тақсим карда шуданд (расми 3.2.).

Гурӯҳи якумро (аз 0 то 4 ҳол аз рӯи ҷадвали SAPS) 99 бемори дорои чараёни нисбатан сабуки перитонити паҳнғашта ва оқибати хуби беморӣ, ташкил дод. Вазнинии ҳолати бемор дар гурӯҳ, дар лаҳзаи иҷро намудани амалиёти чарроҳӣ мувофиқи шохиси Мангеймӣ перитонит (MPI) дар фосилаи аз 6 то 26 ҳол қарор дошт ва ба ҳисоби миёна $15,9 \pm 3,7$ ҳолро ташкил кард. Чун қоида, ёрии чарроҳӣ дар ин гурӯҳи беморон дар марҳилаи заҳролудшавии эндогенӣ аз рӯи таснифи пешниҳодшудаи перитонити паҳнғашта бо муҳлати нисбатан начандон зиёд (то 24 соат) аз оғози беморӣ гузаронида шуд. Муддати бистарӣ дар ШРТИ аз ду-се шабонарӯз зиёд набуд, муҳлати миёнаи табобат дар статсионар $11,3 \pm 2,7$ шабонарӯзро ташкил дод. Дар 4 ҳолат (4%) дар беморони ин гурӯҳ беморӣ бо ғавт анҷомид, ки ин асосан ба бемориҳои ҳамрав дар беморони пиронсол, вобаста буд.



Расми 3.2. – Тақсимои ҳолатҳои перитонити паҳнғашта мувофиқи гуруҳҳои чадвали SAPS (n=188)

Гурӯҳи дуюмро (аз 5 то 9 ҳол мувофиқи ҷадвали SAPS) 29 бемори дорои ҷараёни вазнини перитонити паҳнғашта ташкил дод, ки дар заминаи зухуроти возеҳи клиникӣ-озмоишӣ эндотоксикоз ҷараён дошт. Вазнинии беморон бо MPI арзёбӣ карда шуд, дар фосилаи аз 9 то 29 ҳол қарор дошт ва ба ҳисоби миёна дар гурӯҳ $19,6 \pm 6,1$ ҳолро ташкил дод. Табобати ҷарроҳӣ асосан дар марҳилаи захролудшавии эндогении перитонити паҳнғашта бо муҳлати аз саршавии беморӣ то 48 соат амалӣ карда шуд. Давраи пасазҷарроҳӣ гузаронидани табобати интенсивиро дар шароити ШРТИ муддати на камтар аз 3 шабонарӯзро талаб намуд. Замони миёнаи дар статсионар будан $17,4 \pm 2,9$ шабонарӯзро ташкил дод. Фавтият дар байни беморони ин гурӯҳ дар 4 ҳолат (13,8%), ба қайд гирифта шуд.

Гурӯҳи сеюм (аз 10 то 14 ҳол мувофиқи ҷадвали SAPS) бо ҷараёни вазнини перитонити паҳнғашта аз 28 бемор иборат буд. Вазнинии ҳолати бемор мувофиқи ҷадвали MPI дар ҳудуди аз 17 то 35 ҳол қарор дошт, ба ҳисоби миёна $24,3 \pm 5,4$ ҳолро дар гурӯҳҳо ташкил дод. Амалиёти ҷарроҳӣ асосан дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ ва сепсиси абдоминалӣ иҷро карда шуданд. Аломати клиникӣ дар ин гурӯҳ бо возеҳии ҷараёни вазнини перитонити паҳнғашта аён мешуд, ки дар як гурӯҳи калони беморон бо авҷгирии перитонити паҳнғашта ва инкишофи синдроми норасоии полиорганӣ зоҳир мешуд. Оқибатҳои фавтнок дар байни беморони ин гурӯҳ дар 11 (39,3%) ҳолат ба қайд гирифта шуд.

Гурӯҳи чорум (15-19 ҳол аз рӯи ҷадвали SAPS) аз 19 бемори дорои ҳолати вазнин ва вазнинии возеҳи давраи пасазҷарроҳӣ иборат буд. Нишондиҳандаи MPI – аз 18 то 34 ҳол, ба ҳисоби миёна – $26,9 \pm 5,1$ ҳол. Амалиётҳои ҷарроҳӣ асосан дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ бо зухуроти норасоии полиорганӣ бо муҳлати зиёда аз 48 соат аз оғози беморӣ иҷро карда шуд. Давраи пасазҷарроҳӣ, умуман дар бисёр ҳолатҳо ҳамроҳ бо зоҳиршавии эндотоксикоз, дар натиҷаи пайдо шудани оризаҳои вазнин (перитонити авҷгиранда, пневмонияи шадид, трахеобронхити фасоднок, авҷгирии норасоии чигару гурдаҳо, полиорганӣ ва ғайра), ки ба ҷараёни сепсиси абдоминалӣ иртиботдоранд, сурат гирифтаст. Фавтият дар байни беморони ин гурӯҳ дар 10 ҳолат (52,6%), ба қайд гирифта шуд.

Гурӯҳи панҷум (зиёда аз 20 хол аз рӯи чадвали SAPS) бо чараёни ниҳоят вазнини перитонит дар 13 бемор дида шуд. Беморони ин гурӯҳ чунин хусусиятҳоро доштанд:

- беморони дорои чунин ҳолати хеле вазнин нисбатан кам вомехурданд;
- вазнинии ҳолат, вариантҳои инфиродии чараёни клиникӣ, ҳамчунин оқибати беморӣ ба таври эътимодноқ аз ҳамин гурӯҳи беморон фарқ намекард.

Дар баробари ин, миқдори ками беморони ин гурӯҳ эътимоднокии оморӣ баҳисобгирии гузаронидашударо мекоҳонад. Вазнинии ҳолати беморони гурӯҳи панҷум дар лаҳзаи амалиёти ҷарроҳӣ бо меъёри MPI арзёбӣ шуда, дар интервали аз 27 то 38 хол ҷой мегирифт ва ба ҳисоби миёна $30,1 \pm 3,1$ холро дар гурӯҳ ташкил мекард.

Табобати ҷарроҳӣ дар бештари мутлақи беморон дар марҳилаи шоки септикӣ бо муҳлати 48-72 соат аз оғози беморӣ анҷом дода шуд. Дар манзараи клиникии беморӣ вазнинии возеҳи перитонити паҳнғашта дида мешавад, ки дар ҳамаи беморон ҳамроҳ бо авҷгирии сепсиси абдоминалӣ, зухуроти шоки септикӣ, афзудани синдроми дисфунксияи полиоргани чараён дошт. Фавтият дар байни беморони ин гурӯҳ дар 9 ҳолат (69,2%) ба назар расид. Оқибатҳои перитонити паҳнғашта вобаста ба вазнинии беморӣ ҳангоми бистаринамоя (мувофиқи чадвали SAPS) дар чадвали 3.7. оварда шудааст.

Чадвали 3.7. – Оқибати перитонити паҳнғашта мувофиқи гуруҳҳои чадвали SAPS (n=188)

SAPS хол	Миқдори беморон		Зинда мондагон		Фавтидагон	
	п	%	п	%	п	%
0-4	99	52,7	95	95	4	4
5-9	29	15,4	25	86,2	4	13,8
10-14	28	14,9	17	60,7	11	39,3
15-19	19	10,1	9	47,4	10	52,6
>20	13	6,9	4	30,8	9	69,2
Ҳамагӣ	188	100	150	79,8	38	20,2

$p < 0,05$

Таҳлили оморӣ мувофиқи усули дақиқи Фишер тафовути боэътимоди ($p<0,05$) сатҳи фавтиятро дар гурӯҳҳои пешниҳоднамудаи беморон нишон дод. Гурӯҳи бемороне, ки вазниниашон 0-4 ҳол буд, ба пешгӯии мутлақи хуби беморӣ мувофиқат намуд. Эҳтимоли пешгӯии номусоид баробари возеҳии вазнинии ҳолат зиёд мешавад. Ҳангоми ба зиёда аз 10 ҳоли чадвали SAPS баробар будани нишондиҳанда, пешгӯии беморӣ хеле номусоид аст. Дар навбати худ, дар гурӯҳҳои дуюм, сеюм ва чорум ҳам оқибати мусоид ва ҳам оқибати номусоиди бемориро интизор шудан мумкин аст. Дар ин ҳолат эҳтимоли хуб будани натиҷаи беморӣ ҳамон қадар баланд мешавад, чи ҳадаре ки возеҳии ҳолии оқибати вазнинии ҳолати бемор мувофиқи чадвали SAPS ҳангоми бистарӣ намудани бемор паст бошад. Ҳамин тариқ, таҳлили маълумотҳои ба даст овардашуда нишон дод, ки басомади фавтият дар беморони гирифтори перитонити паҳнғашта ба вазнинии ҳолати беморон мустақиман мутаносиб аст – эҳтимоли оқибати номусоид бо баланд шудани моҳияти чадвали SAPS зиёд мешавад. Агар нишондиҳандаҳои ниҳонии чадвали SAPS ба натиҷаҳои муайяни пешгӯии оқибати беморӣ мувофиқат намояд (0-4 ҳол – оқибати мусоиди беморӣ (фавтият 4% буд), зиёда аз 14 ҳол – оқибати номусоиди беморӣ) дар диапазонҳои миёна трансгрессияи (гузариши) зиёди тақсимои ба мушоҳида мерасад.

Мувофиқи чадвали MPI ҳисоб кардани ҳолҳо дар гурӯҳи таҳлилшавандаи беморон дар лаҳзаи иҷро намудани амалиёти ҷарроҳӣ сурат гирифт. Тақсимои натиҷавии беморони гирифтори перитонити паҳнғашта аз рӯи миқдори ҳолҳои чадвали MPI дар чадвали 3.8. оварда шудааст.

Чадвали 3.8. – Тақсимои беморон бо перитонити паҳнғашта мувофиқи ҳолҳои чадвали MPI ҳангоми бистарӣ (n=188)

MPI ҳол	Миқдори беморон		Фавтият		Фавтияти пешбинишуда
	n	%	n	%	%
<16	77	41	2	2,6	2,3
16-25	78	41,5	13	16,7	22,5
>25	33	17,5	23	69,7	59,1
Ҳамагӣ	188	100	38	20,2	-

Натиҷаҳои бадастовардашуда дар умум бо маълумотҳои маъхазҳои адабиёт мутобиқат меkunанд. Мувофиқи онҳо ҳангоми то 16 ҳол будани нишондиҳандаи MPI (дараҷаи якуми вазнинӣ) ғавтият 2,3%-ро ташкил медиҳад, дар ҳолати MPI аз 16 то 25 ҳол (дараҷаи дуҷуми вазнинӣ) – 22,5%, зиёда аз 25 ҳол (дараҷаи сеҷуми вазнинӣ) – 59,1% [76].

Ба мақсади коркарди оморӣ тафтиш оид ба мӯътадил будани тақсимот мувофиқи меъёрӣ Колмогоров-Смирнов (K-S d) ва Шапиро-Уилк (W) гузаронда шуд (ҷадвали 3.9.)

Ҷадвали 3.9. – Тафтиш оид ба мӯътадил будани тақсимои беморони ғавтида ва зиндамонда мувофиқи ҳолҳои ҷадвали SAPS ва MPI (n=188)

Ҷад-вал	Зиндамондагон (n =150)				Ғавтидагон (n =38)			
	K-S d	p	W	p	K-S d	p	W	p
SAPS	=0,316	<0,01	=0,716	=0,000	=0,218	>0,05	=0,916	=0,008
MPI	=0,128	<0,05	0,946	=0,000	=0,343	<0,01	=0,747	=0,000

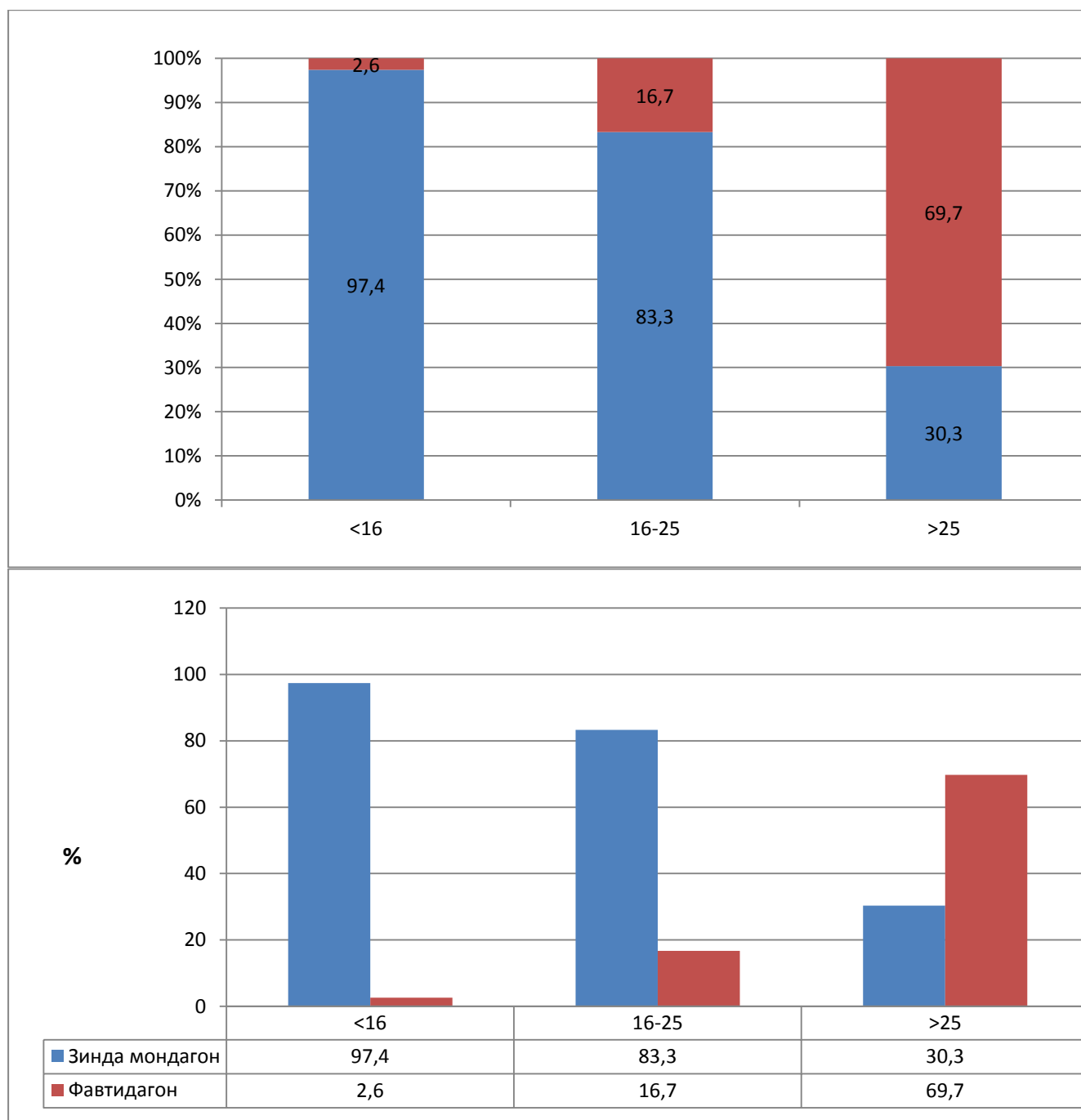
Азбаски ба истиснои нишондиҳандаҳои SAPS-и ғавтидагон, ҳамаи дигар нишондиҳандаҳои боқимонда аз ҷиҳати оморӣ аз қачии Гаусс ба таври назаррас фарқ меkunанд, ки аз набудани тақсимои мӯътадили намуна шаҳодат медиҳад, таҳлили минбаъдаи оморӣ бо усули омили ғайрипараметрӣ гузаронда шудааст (ҷадвали 3.10.).

Ҷадвали 3.10. – Аҳамияти омили тақсимои беморони ғавтида ва зиндамонда мувофиқи ҳолҳои ҷадвали SAPS ва MPI (n=188)

Me [25q; 75q]	Зиндамондагон (n =150)	Ғавтидагон (n =38)	Аҳамияти оморӣ*
SAPS	4,0 [3,0; 6,0]	18,0 [10,0; 19,0]	U =678,5; Z =-7,36; p =0,000
MPI	15,5 [12,0; 21,0]	26,0 [16,0; 27,0]	U =1120,5; Z =-5,78; p =0,000

Эзоҳ: * – Аҳамияти омили тафовути нишондиҳандаҳо мувофиқи U-меъёри Манн-Уитни.

Дар гурӯҳи таҳқиқшудаи беморон ҳангоми камтар аз 16 ҳол будани нишондиҳандаи ҷадвали MPI, фавтият 2,6% -ро ташкил дод. Дар гурӯҳи дуюм (моҳияти ҷадвали MPI аз 16 то 25 ҳол) 16,7%-и беморон фавтид, дар гурӯҳи сеюм (нишондиҳандаи ҷадвали MPI – зиёда аз 29%) 69,7%-и беморон вафот карданд. Гурӯҳбандии ба даст овардашуда аз рӯи миқдори ҳолҳои ҷадвали MPI дар расми 3.3. оварда шудааст.



Расми 3.3. – Тақсимои беморон мувофиқи ҳолҳои ҷадвали MPI (n=188)

Ҳамин тариқ, чунин хулоса баровардан мумкин аст, ки ҷадвали MPI нисбат ба арзёбии пешгӯии оқибати беморӣ ҳассосият ва дақиқияти баланд дорад. Самаранокии пешгӯикунандаи ҷадвали MPI дар гурӯҳи таҳқиқшудаи беморон 94,8% буд, ки ин ба гурӯҳҳои вазниниашон яқин ва сеюм мансуб аст. Дар навбати худ аз камбудии муҳими ин усули арзёбии интегралӣ, набудани меъёрҳои мушаххаси пешгӯии беморӣ дар гурӯҳи дуюм (дар фосилаи нишондиҳандаҳои ҷадвали MPI аз 16 то 25 ҳол), ки ҳамаи 39,4%-и ҳолатҳои таҳқиқшударо дар бар гирифтааст. Ҳангоми ин нишондиҳандаҳои арзёбии ҷадвали MPI фавтият дар гурӯҳ 16,7% таъсир дод, ки ин имконият намерасад ба таври объективӣ пешгӯии инфиродии беморӣ муайян карда шавад. Натиҷаҳои таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки ҷадвали MPI дар пешгӯии оқибати беморӣ ҳангоми аз 16 ҳол паस्तтар ва аз 25 ҳол баландтар будани он, ҳассосият ва дақиқият ба қадри кофӣ баланд аст.

Дар баробари ин, ягон ҷадвали баррасишуда ба таври қаноатбахш ҷудо кардани ду маҷмӯи беморонро барои ба таври эътимодноқ пешгӯӣ кардани оқибати беморӣ таъмин карда наметавонад.

Нишондиҳандаи мутлақӣ ҳуби вазнинии ҳолати бемори гирифтори перитонити паҳнғашта нисбат ба пешгӯии оқибати он нишондиҳандаҳои то 4 ҳол аз рӯи ҷадвали SAPS ва то 16 ҳол аз рӯи ҷадвали MPI мебошад. Ду ҳолати фавт (2,6%) дар ҷадвали MPI камтар аз 16 ҳол дар бемороне дида шуд, ки дар шабонарӯзҳои авали пас аз ҷарроҳӣ дорои ҳолати вазнин буданд (15-18 ҳол аз рӯи ҷадвали SAPS).

Ҳатари пайдо шудани оқибати номусоиди перитонити паҳнғашта, мувофиқи зиёд шудани вазнинии ҳолати беморон, меафзояд, ки ҳам дар рӯзи гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ (бо ҷадвали MPI) ва ҳам дар шабонарӯзҳои якуми давраи пасазҷарроҳӣ (аз рӯи ҷадвали SAPS) арзёбӣ карда мешавад. Аз маълумотҳои дар боло овардашуда маълум мешавад, ки оқибати нисбатан номусоиди беморӣ дар он гурӯҳи бемороне ба назар мерасад, ки вазнинии ҳолаташон аз рӯи ҷадвали

SAPS зиёда аз 20 ҳол (фавтият 69,2%) ва дар он гурӯҳе, ки аз рӯи ҷадвали MPI 25 ва зиёда аз он ҳол дорад, дар ин ҷо фавтият 69,7% аст.

Дар гурӯҳҳои 2 ва 3-юми беморон ҳангоми вазнинии ҳолаташон аз рӯи ҷадвали SAPS ба 5-14 ҳол баробар будан, оқибати пешгӯии перитонити паҳнғашта дар гурӯҳи дуюм бо эҳтимоли зиёд метавонад ки хуб бошад (5-9 ҳол аз рӯи ҷадвали SAPS), назар ба гурӯҳи сеюм (10-14 ҳолаз рӯи ҷадвали SAPS). Ҳамин гуна хулоса нисбат ба пешгӯии оқибати беморӣ метавон дар гурӯҳи беморони дорои ҳолати вазниниашон аз 16 то 25 ҳол аз рӯи ҷадвали MPI баровард.

Ҳамин тариқ, таҳлили гузаронидашуда дар маҷмӯъ мувофиқати арзёбии вазнинии ҳолати беморон ба пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта аз рӯи ҷадвалҳои SAPS ва MPI-ро нишон медиҳад (Замимаи 1: расмҳои 1, 2). Аммо, агар ҳангоми вазнинии ҳолат аз рӯи ҷадвали SAPS то 10 ҳол фавтият танҳо дар ҳолатҳои вазнин дар рӯзи иҷро кардани амалиёти ҷарроҳӣ (нишондиҳандаи MPI зиёда аз 16 ҳол) ба назар расида бошад, дар беморони дорои ҳолати вазнинтари беморӣ (зиёда аз 14 ҳол аз рӯи ҷадвали SAPS) ҳолатҳои фавт дар вақти камтар аз 16 ҳол будани ҷадвали MPI низ ба қайд гирифта шуд. Вобастагии баръакс ҳангоми таҳлили гурӯҳбандии ҳолатҳои оқибати хуби беморӣ муайян карда шуд. Дар баробари ин, арзёбии мазкур имконият намедихад, ки натиҷаи перитонити паҳнғашта ба таври инфиродӣ барои ҳар як бемор дар дохили гурӯҳ бо ҳамин гуна ҳолати вазнин дақиқан пешгӯӣ карда шавад. Яъне, моҳиятан, оқибати беморӣ ҳатто дар дохили гурӯҳи дорои вазнинии возеҳи ҷараёни клиники ПП, ки бо ҷадвали SAPS ва ҷадвали MPI арзёбӣ карда шудааст, мумкин аст, ки гуногун бошад ва хулоса баровардан низ эҳтимолӣ бошад, ин имконият намедихад, ки тактикаи табобати инфиродӣ ба таври асоснок муайян карда шавад ва тағйир дода шавад.

Ҳамин тариқ, ҷадвалҳои объективии арзёбии SAPS ва MPI имконият медиҳанд, ки вазнинии ҳолати беморӣ муқаррар ва эҳтимоли оқибати фавтовар танҳо дар гурӯҳҳои мушаххаси беморон муайян карда шавад, онҳо нисбат ба тактикаи табобат дар бемори мушаххас воситаи қабул кардани қарори инфиродӣ нестанд, ки ин бештар барои гурӯҳи беморони дорои нишондиҳандаи миёнаи

арзёбии холии вазнинии ҳолати беморӣ хос аст. Дар чунин ҳолатҳо натиҷаи беморӣ моҳиятан мумкин аст гуногун бошад, ки ин ба кор бурдани усулҳои арзёбии оқибати беморию талаб мекунад.

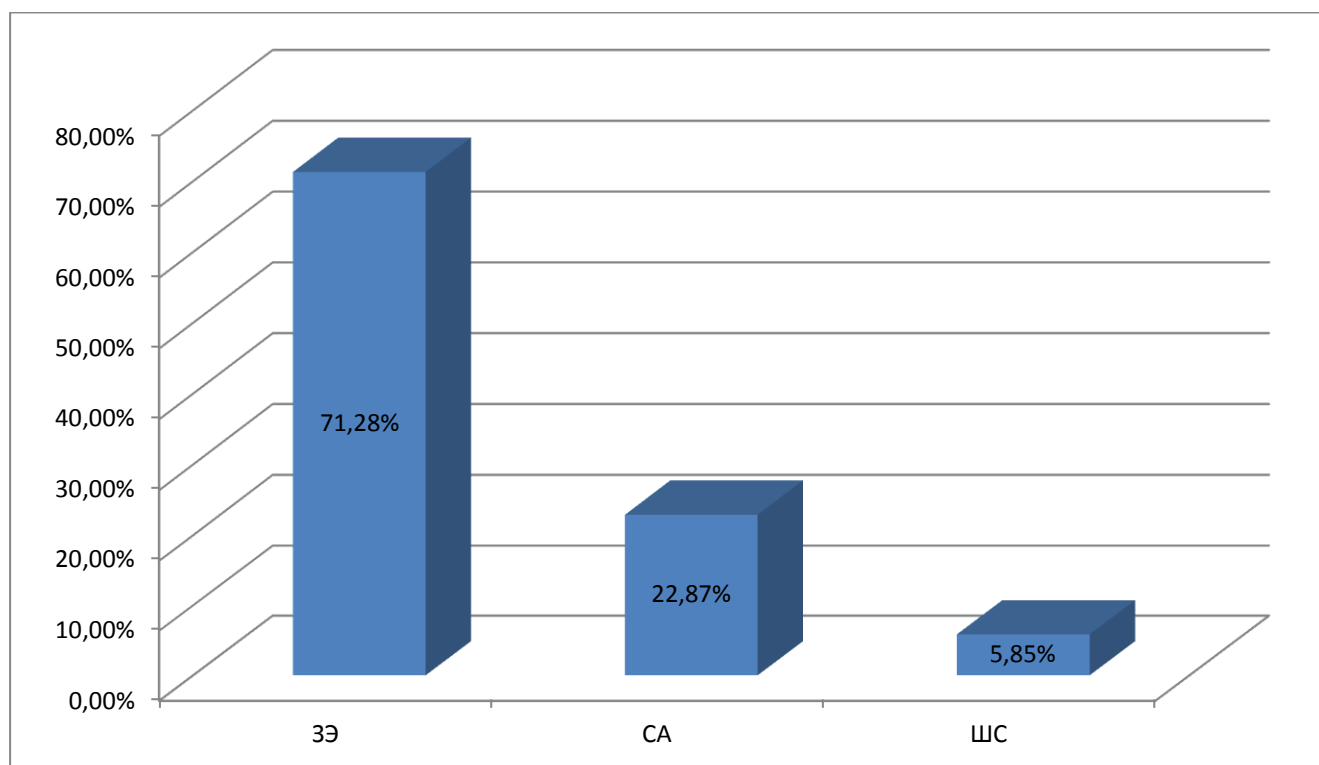
Оқибати номусоидтарини беморӣ дар он гурӯҳи бемороне ба назар мерасад, ки вазнинии ҳолаташон аз рӯи чадвали SAPS аз 14 ҳол баланд ва аз рӯи чадвали MPI зиёда аз 25 ҳол аст. Пешгӯии оқибати беморӣ дар гурӯҳи бемороне, ки вазнинии ҳолаташон аз рӯи чадвали MPI аз 16 то 25 ҳол мебошад, бо эҳтимоли зиёд ҳангоми кам будани нишондиҳандаҳои чадвалҳои SAPS оқибати беморӣ мусоид буда метавонад.

Ҳамин тариқ, дар маҷмӯъ мувофиқат намудани арзёбии вазнинии ҳолати беморӣ ва оқибати табobati ПП аз рӯи чадвалҳои MPI ва SAPS аён аст.

Мувофиқи тасаввуроти ҳозира дар бештари ҳолатҳо ПП ба тарзи сепсиси абдоминалӣ авҷ мегирад. Сепсиси абдоминалӣ натиҷаи амалӣ шудани таассури универсалии илтиҳобии системавӣ (СТИС ё SIRS-systemic inflammatory response syndrome), дар ҷавоб ба пайдо шудани ҷараёни васеи фасодӣ дар ковокии шикам, ба ҳисоб меравад. Меъёрҳои дар айни замон қабулшудаи СТИС ва сепсис ба дараҷабандиҳои гуногуни вазнинии ҷараёни умумии сироятӣ мувофиқат мекунанд. Дар робита ба ин мо имкониятҳои амалӣ сохтани пешгӯии инфиродии вазнинии ҷараёни перитонити паҳнғашта ва оқибати онро вобаста ба возеҳии зухуроти СТИС ва сепсис дар беморон мавриди таҳқиқот қарор додем. Таҳқиқоти муқоисавии аҳамияти пешгӯяндаи арзёбии вазнинии ҳолати беморон аз рӯи чадвали SAPS, возеҳии СТИС ва сепсис, гузаронида шуд. Муқаррар намудани марҳилаи сепсиси абдоминалӣ ҳангоми вазнинии ҳолати умумии бемор, мавҷуд будани 3 ва ё зиёда аломатҳои СТИС, ки бо дисфунксияи узвҳо, дисметаболия, дисбаланси ионӣ, ихтилоли перфузияи бофтаҳо, гипотонияи шараёнӣ ҳамроҳ мешаванд, эҳтимолан фаромадани фишори систоликии шараёнӣ то пасттар аз 90 мм сут. сим. дар «нормотоникҳо» ё аз ФШ «қорӣ» шахсони дорои гипертензияи шараёнӣ 40-50 мм сут. сим. пасттар шудани фишор дар шароити набудани сабабҳои дигар ва мавҷуд будани манбаи сироят (перитонит) вобастагӣ дорад.

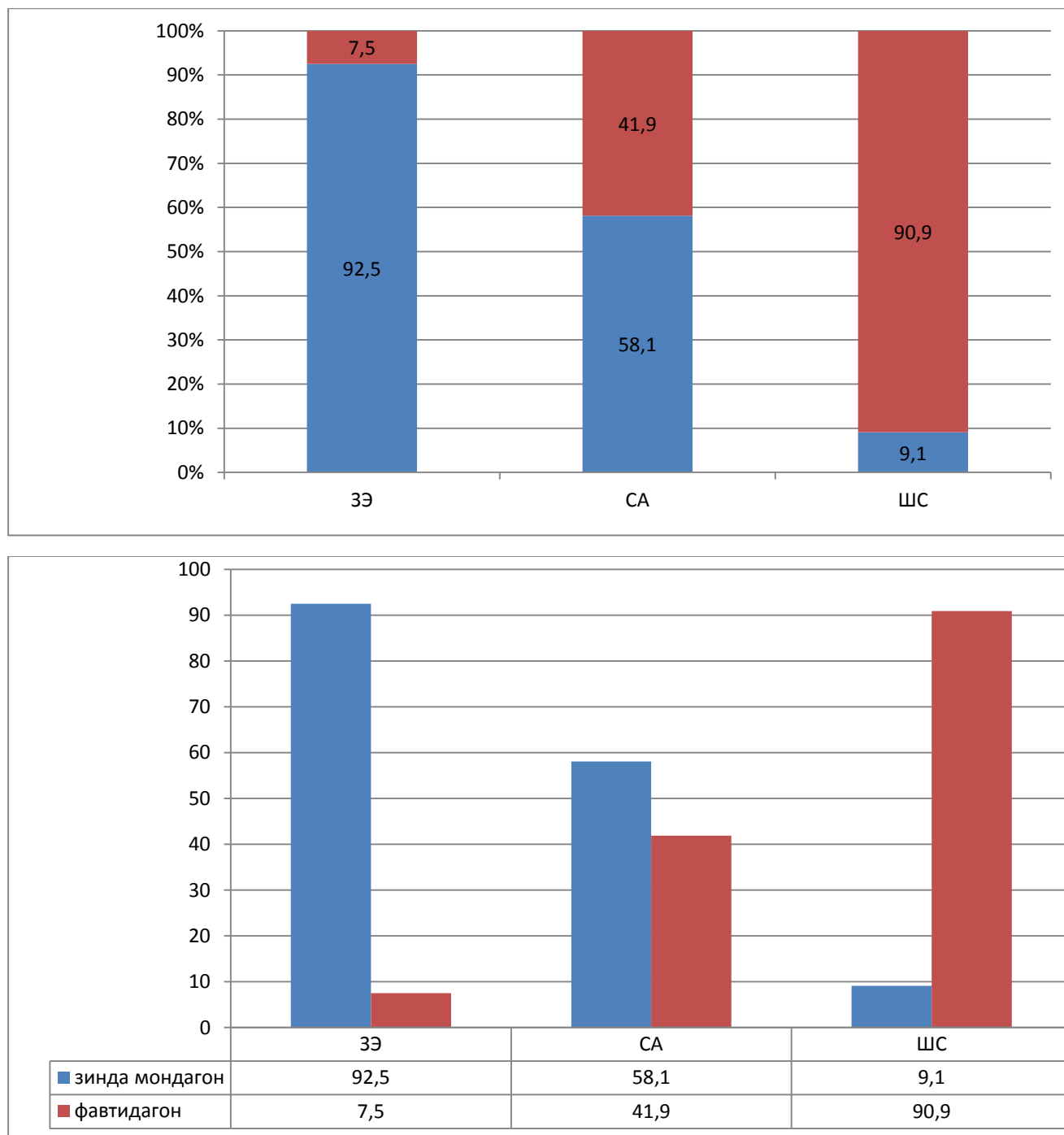
Дар ин фасли таҳқиқот таҳлили мувофиқат кардани натиҷаҳои таҳқиқоти клиникӣ-озмоиши беморони гирифтори ПП бо меъёрҳои СТИС пешниҳод карда шудааст.

Аз 188 бемори гирифтори ПП марҳилаи захролудшавии эндогенӣ (СТИС бе аломатҳои сепсис) дар 134 (71,3%) бемор муқаррар карда шуд. Дар 11 бемор аз онҳо (5,8%) сепсиси абдоминалӣ дар шакли вазнин (шоки септикӣ) гузашт. Марҳилаи шоки септикийи перитонити паҳнғашта ҳангоми якҷоя шудани аломатҳои дар боло зикршудаи СТИС бо зоҳир шудани дисфунксияи узвҳо, бо гипоперфузияи бофтаҳо ва узвҳо (атсидоз, лактатемия зиёда аз 2 ммол/л, дар шароити набудани ихтилолҳои волемикӣ дар беморон, вайроншавии ҳуш) ва гипотензияи шараёнӣ, ки ба табобати инфузионии муносиб нигоҳ накарда, дастгирии инотропӣ ва рағҳоро талаб мекунанд, ҳамчунин тағйиротҳои амиқи нафаскашӣ ва метаболизм, диспротеинемия верификатсия шуданд. Гурӯҳбандӣ кардани беморони гирифтори перитонити паҳнғашта аз рӯи ҳолатҳои септикӣ дар расми 3.4. оварда шудааст.



Расми 3.4. – Тақсими беморон мувофиқи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта (n=188)

Ҳангоми таҳлил кардани сатҳи фавтият дар гурӯҳҳои пешниҳодшудаи беморон муқаррар карда шуд, ки дар байни беморони дорои захролудшавии эндогенӣ фавтидагон 10 нафар аз 134 нафар (фавтият 7,5%), дар гурӯҳи беморони дорои сепсиси абдоминалӣ аз 43 бемор 18 нафар фавтидааст (фавтият 41,9%). Сатҳи баландтарини фавтият дар гурӯҳи беморони дорои шоки септикӣ ба назар расид – фавтидагон 10 нафар аз 11 бемор (фавтият 90,9%) (расми 3.5.)



Расми 3.5. – Нишондиҳандаи фавт дар марҳилаҳои перитонити паҳншуда (n=188)

Ҳамин тариқ, вобастагии сатҳи ғавтият ба вазнинии зухуроти чараёни септикӣ баръало дида мешавад.

Дар гурӯҳи таҳлилшудаи беморон арзёбии муқоисавии ҳолати беморон аз рӯи ҷадвали SAPS (ҷадвали 3.11.) ва возеҳии СТИС дар муқоиса бо сатҳи ғавтият дар ҳар як гурӯҳи ҳолати септикӣ гузаронида шуд. Ошкор намудани аломатҳои СТИС ва меъёрҳои чараёни септикӣ, монанди арзёбии вазнинии ҳолати беморон аз рӯи ҷадвали SAPS, ҳангоми ба статсионар ворид шудани беморон, гузаронида шуд. Натиҷаҳои таҳқиқот, ки дар ҷадвали 3.11. оварда шудаанд, нишон медиҳанд, ки дар дохили гурӯҳҳо вазнинии ҳолат аз рӯи ҷадвали SAPS пешгӯии оқибати беморӣ мумкин аст, ки бо роҳи муқоиса намудани ҳолати бемор бо меъёрҳои СТИС-и дар вай мавҷудбуда, сепсис ва MPI дақиқ карда шавад.

Ҷадвали 3.11. – Тақсими беморон мувофиқи вазни ҳолат ва марҳилаи перитонити паҳнғашта (n=188)

SAPS	n	ғавт	%	Марҳила	n	ғавт	%	MPI	n	ғавт	%
0-4	99	4	4	ЗЭ	93	4	4	<16	69	1	100
				СА	6	-	-	16-25	28	2	7,1
				ШС	-	-	-	>25	2	1	50
5-9	29	4	13,8	ЗЭ	20	-	-	<16	4	-	-
				СА	8	3	37,5	16-25	23	3	13
				ШС	1	1	100	>25	3	1	33,3
10-14	28	11	39,3	ЗЭ	18	5	27,8	<16	3	2	66,7
				СА	9	5	55,6	16-25	16	4	25
				ШС	1	1	100	>25	8	5	62,5
15-19	19	10	52,6	ЗЭ	3	1	33,3	<16	1	-	-
				СА	11	6	54,5	16-25	7	-	-
				ШС	5	3	60	>25	11	10	90,9
>20	13	9	69,2	ЗЭ	-	-	-	<16	-	-	-
				СА	9	5	55,6	16-25	4	3	75
				ШС	4	4	100	>25	9	6	66,7

Пешгӯӣ мусоид аст дар марҳилаи якуми перитонити паҳнғашта. Пешгӯӣ номусоид аст дар беморони дорои шоки септикӣ. Дар маҷмӯъ дар гурӯҳҳо пешгӯӣ беморӣ нисбат ба вазнинии ибтидоӣ дар беморони дорои ШС ба таври назаррас бадтар мешавад ва баръакс, дар гурӯҳҳои беморони дорои СА нисбатан беҳтар аст. Ҳамин тариқ, ба таҳлил ҳамроҳ кардани пешгӯӣ оқибати ПП дар

баробари арзёбии вазнинии ҳолат аз рӯи чадвали SAPS, меъёрҳои СТИС ва сепсис, имконият медиҳанд, ки натиҷаи инфиродии беморӣ ҳам ба тарафи мусбат ва ҳам ба тарафи манфӣ дақиқ карда шавад. Дар баробари ин, дар гурӯҳи беморони мубталои СА ва ШС, ки дорои нишондиҳандаҳои мобайнии арзёбии холии вазнинии ҳолатро астанд, пешгӯии беморӣ бояд боз ҳам дақиқ карда шавад.

Ба чунин хулоса ҳангоми таҳлил кардани ғавтият дар гурӯҳи беморони дорои ҳолҳо аз рӯи MPI низ омадан мумкин аст. Оқибати ҳуш нисбатан бештар дар гурӯҳи арзёбии MPI дорои пасттар аз 16 ҳол дида мешавад. Оқибати номусоид дар гурӯҳҳои дорои зиёда аз 25 ҳол дар ҳар як гурӯҳ тибқи чадвали SAPS ба қайд гирифта шудааст.

Лозим ба зикр аст, ки вазнинии ҳолати танҳо 6 бемор бо меъёрҳои сепсиси абдоминалӣ, мувофиқи 4 ҳол тибқи чадвали SAPS буд. Дар поён таҳлили таърихи бемории яке аз ин беморон оварда мешавад.

Бемор Р.И., (таърихи беморӣ №3048), 20 сола, бо шикоят аз дард дар тамоми сатҳи шикам, дилбеҳузурӣ, қайқунӣ, беҳолии умумӣ баъд аз 72 соат аз оғози беморӣ ба клиника муроҷиат намуд. Аз анамнези беморӣ муайян гашт, ки дардҳо аз мавзеи атрофи ноф пайдо шуда боиси дарунравии бемор гардид. Ба ёри тиббӣ муроҷиат накарда ба худмуолиҷа машғул мешавад, аммо бе натиҷа. Бо бад шудани аҳвол ба клиника бистарӣ карда мешавад. Ҳангоми муоина дар бемор алоҳиҷа клиникӣ перитонити паҳншуда муайян мегардад. Дар тадқиқоти ултрасадоӣ моеъи озод байни рӯдаҳо ва аломатҳои фалаҷи роҳи ҳозима мушоҳида мешавад. Ҳангоми тадқиқотҳои клиникӣ-озмоишӣ меъёрҳои СТИС баробар ба сепсиси абдоминалӣ, «шоҳиси перитонит» 16 ҳол, ғавтияти пешбинишуда 14% муайян карда шуд.

Ба таври таъҷилӣ амалиёти ҷарроҳӣ гузаронда мешавад. Ҳангоми кушодани шикам зери захм ҷарбуи калони варамида ва бо пардаи ғафси фибринӣ пушондашуда ҷой дошт. Дар коси хурд, каналҳои паҳлӯӣ ва зери ҷигар то 1 литр моеъи фасоди бо бўи колибасиларӣ омехта бо мӯҳтавои рӯдаи борик мушоҳида мешуд, ки ҷаббида бартараф карда шуданд. Ҳалқаҳои рӯдаи борик ва ғафс бо пардаи фибринӣ пушонда шудаанд рангашон сурхчатоб, иртишоҳнок, варам. Дар

байни рӯдаҳо ва коси хурд абсаҳо ташаккул ёфтаанд, ки кушода фасод бартараф карда шуд. 25см ва 35 см аз кунҷи илеосекалӣ суроҳшавиҳои рӯдаи борик андозаашон 0,5x0,5 см ва 0,2x0,2 см мушоҳида мешаванд, ки аз онҳо муҳтавои рӯдаи борик бармеомад. Сӯроҳиҳо духта секоэнтеростомат гузошта шуд. Ковокии шикам шуста обияткаш карда шуд. Арзёбӣ аз ҷадвали MPI 22 хол. Бемор ба ШРТИ барои гузарондани табобати инфузионии ислоҳкунанда, зиддимикробӣ, дезинтоксикасионӣ бистарӣ карда шуд. Арзёбӣ аз ҷадвали SAPS 4 хол. Давраи баъдазҷарроҳӣ бе ориза гузашт, рӯзи 14-м бемор рухсатӣ карда шуд.

Аз намунаи клиникии пешниҳодшуда бармеояд, ки аз афташ, чараёни тӯлонии пешазбистарӣ, чараёни микробӣ-илтиҳобӣ дар ковокии шикам бо зоҳиршавии ҷавоби системавӣ сабаби инкишофи сепсиси абдоминалӣ гаштаанд. Дар навбати худ, нишондиҳандаҳои начандон баланди арзёбии холии вазнинии ҳолат тибқи ҷадвали SAPS, эҳтимолан ба синну соли ҷавони бемор, набудани бемориҳои ҳамрави органикӣ ва гузаронидани табобати интенсивии ислоҳкунанда, ки дар шароити ШРТИ дар давраи пешазҷарроҳӣ иҷро карда шудаанд, алоқаманд аст.

Ҳамагуна ва нобаробар будани гурӯҳи беморони дорои шоки септикиро махсус қайд кардан лозим аст. Ин гурӯҳро дар 9 ҳолат аз 32 (28,1%) беморони дорои аз 14 хол боло тибқи ҷадвали SAPS ташкил доданд, ин аз набудани коррелятсияи мустақими байни ҳолати шоки септикӣ ва ихтилоли чараёнҳои физиологӣ гувоҳӣ медиҳад. Ҳамчунин набудани иртиботи возеҳи коррелятсионии байни нишондиҳандаҳои ҳолҳо аз рӯи ҷадвали MPI ва сатҳи ғавтият дар байни беморони дорои шоки септикӣ, қайд намудан лозим аст. Ҳамин тавр, дар байни ғавтидагони ин гурӯҳи беморон аз 8 бемори дорои ШС ду нафар бемор (25%) аз рӯи ҷадвали MPI – 22 ва 23 хол доштанд. Яъне, моҳиятан, пешгӯии оқибати беморӣ дар байни беморони дорои шоки септикиро на возеҳии ҷавоби системавӣ ба илтиҳоб ё тағйиротҳои патологӣ дар ковокии шикам, балки вазнинии ихтилолҳои гемодинамикӣ муайян мекунанд. Ин тамоюлро намунаи клиникӣ зерин намоиш медиҳад:

Бемор Р.М., (таърихи бемории №3562), 31 сола, ба беморхона баъди 3 шабонарӯзи оғози беморӣ бо таъхиси фиристонандаи сӯрохшавии узви ковок, перитонити паҳнғашта дохил ғаштааст. Ҳангоми муоина бемор, манзараи клиникӣ перитонити қисмҳои рости шикам муайян карда шуд. Дар рентгенографияи муоинавӣ ковокии шикам, хати досшакли ғазӣ озод зери гунбази диафрагма мушоҳида мешавад. ТУС-и ғаврии узвҳои ковокии шикам гузаронида шуд, ки дар он дар байни ҳалқаҳои рӯдаи борик ва дар коси хурд моеи озод ба мушоҳида мерасад. Вобаста ба возеҳии ихтилоли обу электролитҳо дар ҳаҷми табобати инфузионӣ-ислоҳкунӣ тайёрии пешазҷарроҳӣ гузаронида шуд. Бемор ба тартиби ғаврӣ ба ҷарроҳӣ гирифта шуд. Лапаротомияи мобайнӣ иҷро карда шуд, дар заминаи сӯрохшавии дивертикули қисми поёнӣ-уфӯҳии рӯдаи дувоздаҳангушта, перитонити паҳнғашта муайян карда шуд. Дивертикули сӯрохшудаи рӯдаи дувоздаҳангуштаро дӯхта шуд, поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам иҷро карда шуд. Бемор дар ШРТИ бистарӣ кунонида шуд. Дар лаҳзаи иҷро намудани амалиёти ҷарроҳӣ нишондиҳандаи МРІ 23 хол буд. Дар шабонарӯзи аввали пас аз ҷарроҳӣ ду меъёри СТИС муайян гардид, вазнинии ҳолати бемор мувофиқи қадвали SAPS 22 хол буд. Давраи пасазҷарроҳӣ вазнин гузашт, дар давоми 2 соат бо ёрии вазпрессорҳо (допмин), вентиллятсияи (тафсияи) сунъии давомнокии шуш бо дастгирии инотропии дил, гузаронида шуд. Бо вуҷуди табобати интенсифӣ – парези роҳи ҳозима, зухуроти захролудшавии эндогенӣ ва дисфунксияи полиорганӣ – боҳӣ мемонданд. Дар шабонарӯзи якуми дар беморхона будан, бемор ғавтид.

Чунин ба назар мерасад, ки мавҷудияти патологияи вазнин, ихтилолҳои возеҳӣ обу электролитҳо, зухуроти перитонити паҳнғашта, зарурати дар давраи пас аз ҷарроҳӣ гузаронидани тафсияи сунъии давомнокии шуш возеҳии вазнинии ихтилолҳои функционалиро муайян карданд. Дар навбати худ, синну соли ҷавон, муқовимиятии пасти бемор бо маҳв шудани аксуламалҳои муҳофизатӣ сабаби нишондиҳандаи начандон баланди МРІ – 23 хол – гардид.

Басомади пайдо шудани ғавтият дар гурӯҳҳои беморони дорои ШС бо возеҳии ҷавоби системавӣ мувофиқати комил дорад. Дар ин маврид аз байни

беморони ин гурӯҳ дар 75%-и ҳолатҳо барои ин гурӯҳҳо нишондиҳандаҳои максималии вазнинии ҷараёни беморӣ аз рӯи ҷадвали SAPS ба қайд гирифта шуд. Таҳлили натиҷаҳои арзёбии возеҳии синдроми норасоии полиорганӣ аз рӯи ҷадвали SAPS нишон дод, ки вазнинии ҷараёни перитонити паҳнғашта, ки аз рӯи ҷадвалҳои MPI ва SAPS бо ҳол ҳисоб карда шудаанд, ба возеҳии норасоии полиорганӣ мустақиман мувофиқат мекунанд. Сатҳи вазнинии норасоии полиорганӣ дар ҳолатҳои фавт дар лаҳзаҳои охири беморӣ ба зиёда аз 8 ҳол аз рӯи ҷадвали SOFA мувофиқат карда, барои гурӯҳи беморони фавтида ба ҳисоби миёна нишондиҳандаи $9,6 \pm 1,6$ ҳолро ташкил дод. Лозим ба зикр аст, ки авҷгирии вазнинии синдроми норасоии полиорганӣ ҳамеша бо зиёдшавии суммаи ҳолҳои ҷадвали SOFA ҳамроҳ мешавад, бо таносуби баръакси тағйироти ин нишондиҳандаи интегралӣ ҳангоми динамикаи ҳуби ҷараён, сурат мегирад. Аз гуфтаҳои боло бармеояд, ки истифода кардани ҷадвали SOFA дар мониторинги пасазҷарроҳии ПП имконият медиҳад, ки на танҳо возеҳии дисфунксияи полиорганӣ (ё ихтилолҳои монофункционалӣ) муайян карда шаванд, балки назорати динамикаи самаранокии табобат, ки ба ислоҳи ҳолати функционалӣ бо дарназардошти хусусиятҳои инфиродии пешгӯии ҷараёни сепсиси абдоминалӣ нисбат ба динамикаи синдроми норасоии полиорганӣ равона мешаванд, амалӣ гардонида шаванд. Маълумотҳои дар боло овардашударо ҷамъбаст намуда, чунин ҳулоса баровардан мумкин аст:

– Хатари пайдо шудани оқибати номусоиди перитонити паҳнғашта баробари афзудани вазнинии ҳолати бемор, ки бо ҷадвалҳои MPI ва SAPS арзёбӣ карда шудааст, зиёд мешавад. Пешгӯии номусоидтарини беморӣ дар гурӯҳи бемороне дида мешавад, ки вазнинии ҳолаташон аз рӯи ҷадвали SAPS зиёда аз 20 ҳол (фавтият 69,2%) аст ва дар гурӯҳе, ки аз рӯи ҷадвали MPI зиёда аз 25 ҳолро ташкил медиҳад (фавтият 69,7%). Вазнинии ҳолати 0-4 ҳол аз рӯи ҷадвали SAPS ва то 16 ҳол аз рӯи ҷадвали MPI ба оқибати ҳуби беморӣ мувофиқат мекунанд.

– Ҳангоми вазнинии ҳолати бемор аз рӯи ҷадвали SAPS 5 – 14 ҳол ва аз рӯи ҷадвали MPI зиёда аз 20 ҳол бошад, пешгӯии перитонити паҳнғашта мумкин аст,

ки гуногун бошад, эҳтимоли оқибати мусоиди беморӣ ҳангоми кам будани миқдори ҳолҳои арзёбии системаҳо-ҷадвали бештар мебошад.

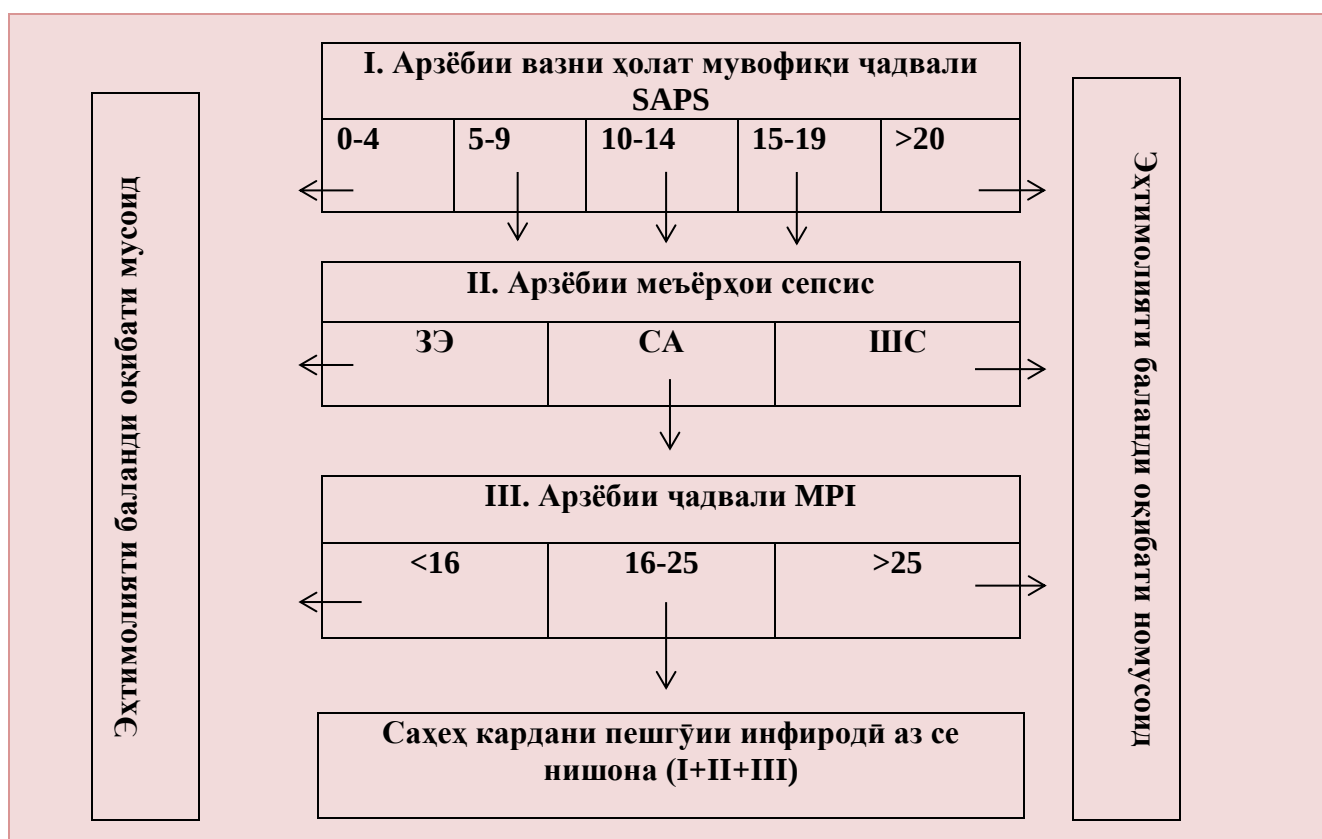
– Пешгӯии беморӣ ҳангоми баробар афзудани зухуроти СТИС ва сепсис бадтар мешавад. Гурӯҳи беморони дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ қарордошта, мувофиқи таснифи мо, ба оқибати мусоиди беморӣ мувофиқат мекунад. Бад шудани пешгӯии оқибати беморӣ ба афзудани вазнинии ҷараёни септикӣ (СА, ШС) мувофиқат мекунад. Пешгӯии номусоидтарин дар гурӯҳи беморон бо шоки септикӣ мушоҳида мешавад.

– Дар гурӯҳи беморони дорои СА пешгӯии беморӣ метавонад, ки ҳамагуна бошад, эҳтимолияти оқибати номусоид бештар аст. Дар ин беморон, дар дохили гурӯҳ, ҷӣ қадар ки миқдори беморони дорои СТИС зиёд бошад, ҳамон қадар оқибат номусоид аст.

– Ҷӣ қадар, ки зухуроти дисфункцияи узвӣ дар беморони гурӯҳи ШС зиёд бошад, ки бо ҳол аз рӯи ҷадвали SOFA арзёбӣ карда мешавад, ҳамон қадар пешгӯии оқибати беморӣ бадтар мешавад.

Бо дарназардошти натиҷаҳои ба даст овардаи таҳқиқот, ки дар боло оварда шуданд, мо алгоритми арзёбии инфиродии дараҷаи хатари оқибати номусоиди бемориро таҳия намудем. Алгоритм дақиқ кардани пешгӯии ибтидоии бемориро дар назар дорад, ки мувофиқи арзёбии вазнинии ҳолати бемор аз рӯи ҷадвали SAPS ҳисоб карда шудааст. Дақиқ кардани пешгӯии инфиродӣ бо роҳи муқоиса кардани вазнинии ҳолати бемор бо параметрҳои СТИС ва сепсис анҷом дода мешавад. Алгоритми пешгӯии оқибати табобати перитонити паҳнғашта дар расми 3.6. оварда шудааст.

Ҳамин тариқ, ҷадвал-системаҳои интегралӣ арзёбии баллии перитонити паҳнғашта дар беморон ҳангоми мавҷудияти меъёрҳои СТИС ва сепсис, имконият медиҳанд, ки оқибати инфиродии табобати беморӣ дар аксари беморон, ҳангоми истифода кардани алгоритми таҳияшуда, дар вақти бистарӣ қунондани беморон ва ба нақша гирифтани тактикаи инфиродии табобат, пешгӯӣ карда шавад.



Расми 3.6. Алгоритми пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта

Дар баробари ин, хулоса баровардан дар он хусус, ки бемороне, ки миқдори зиёди холи «номусоид» доранд, зудтар вафот мекунад, бояд табибонро аз алтернативаи табобатӣ маҳрум насозад, бо назорати нофаъол чараёни табобати беморро на бояд то ҳадди табобати симптоматикӣ маҳдуд созад.

Сатҳи баланди ғавтият дар гурӯҳҳои бемороне, ки возеҳии номусоиди баланди арзёбии баллиро доранд, мувофиқи чадвал-системаҳои интегралӣ самаранок набудани стандартҳои истифодашавандаи табобатро нишон медиҳанд, ки ин дар навбати худ таҷдиди назар кардани онҳоро, коркард ва татбиқи усулҳои наву нисбатан самараноктари табобати ин гурӯҳҳои беморонро талаб мекунад, яъне стандартҳои мавҷудаи табобат, дар беморони гирифтори перитонити паҳнғашта, зарурат ба таҷдиди назар доранд.

БОБИ 4

СИСТЕМАИ ИНТЕГРАЛИИ ПЕШГЌИИ ОҚИБАТИ ТАБОБАТИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

Сабабҳои асосии фавтияти зиёд ва тамоюл ба афзоиши сатҳи беморшавии перитонити паҳнғашта ин мушкилӣ дар муайян намудани дараҷаи вазнинии ҳолати бемори мубтало ба оризаи мазкур, мушкилӣ дар пешгӯии оқибати беморӣ ва охиран, мушкилӣ дар интихоби тактикаи мувофиқи муолиҷа ба шумор меравад. Муҳимтарин мушкилоти афзудани самаранокии муолиҷаи перитонити паҳнғашта, объективизатсияи тактикаи муолиҷа дар марҳилаи пасазчарроҳӣ маҳсуб меёбад. Барои ҳалли мушкилоти мазкур имконияти амалӣ намудани пешгӯӣ ва барвақт ошкор кардани равандҳои асосӣ шартӣ муҳим мебошад, ки вазнинии ҷараёни бемориро муайян менамояд ва ба оқибати он мустақиман таъсир мерасонад. Дар робита ба нуктаи мазкур, пешгӯӣ намудани вазнинии ҷараён ва оқибатҳои перитонити паҳнғашта вазифаи муҳими клиникӣ ба ҳисоб меравад, ки ҳалли он барои ба таври асоснок ҷудо намудани гурӯҳҳои хатарро дар ҷараёни оризаёфтаи беморӣ ва инфиродикунонии тактикаи муолиҷавӣ-ташҳисӣ мусоидат менамояд. Таҳия ва амалинамоии мониторинги мақсадноки клиникӣ-озмоишии гурӯҳҳои хатар, ки ба саривақт ошкор намудани оризаҳои инкишофёфта равона шудааст, дар марҳилаи пасазчарроҳӣ иҷрои муолиҷаи аз ҷиҳати этиологӣ ва патогенезӣ асоснокро таъмин менамояд.

Сифати арзёбии маълумотҳои ибтидоӣ, ки дар байнашон маълумотҳои дохилиамалиётӣ ва натиҷаҳои муоинаи пешазчарроҳӣ муҳимтаранд, аҳамияти хоса доранд. Далели маълумотнокии аломат, симптомҳо ва яққоя шудани онҳо дар бобати пешгӯӣ вазифаи хеле заҳматталаб буда, ба қор бурдани барномаҳои махсуси қорқарди маълумотҳоро тақозо менамояд. Усули нисбатан содае, ки тавсифи вобастагии фавтноки (ё ба амал омадани оризаҳои аз ҷиҳати тактикӣ муҳим)-ро аз маълумотҳои муоинаи пасазчарроҳӣ имконпазир мегардонад, тартиб додани ҷадвал бо дараҷабандии натиҷаҳои ҳосилшуда аз муоина мебошад. Одатан инҳирофи аз нишондиҳандаҳои муътадили қабулшуда ба маротиба зиёдтар на

танҳо бо қимати номусоиди нишондиҳандаҳои дигар, балки бо басомади пайдоиши оризаҳои пасазчарроҳӣ ва оқибатҳои фавт низ мувофиқ меояд.

4.1. Предикторҳои алоҳида ва омилҳои пешгӯикунии авҷгирии перитонити паҳнғашта

Натиҷаҳои айни замон мавҷудбудаи табобати чарроҳии перитонити паҳнғашта ба самаранокии нокофии чораҳои ташхисӣ-табобатӣ ишора менамояд. Дар ин ҷода усулҳои пешгӯии оқибати табобат саҳми мусбати худро доро астанд. Имкониятҳои омор имконият медиҳад, ки интихоби нишонаҳои (предикторҳои) эътимодноктарин амалӣ гардад. Аз ҷумла, истифодабарии ROC-таҳлил ва таҳлили регрессияи логистикӣ асос аст барои муайянкунии предикторҳои ягонаи иттилоноктарин ва маҷмӯи онҳо. 188 бемор бо перитонити паҳнғашта муоина карда шуд. Фавтият – 20,2% ташкил дод (38 бемор). Таҳқиқот аз озмоиши 40 предиктори ягона иборат буд, аз он ҷумла нишондиҳандаҳои ҳолати гемодинамика, нафас, сатҳи ҳуш (мувофиқи чадвали Glasgow), параметрҳои биохимикӣ ва метабolikӣ, формулаи лейкоцитарӣ ва ғайра. Тавассути ROC-таҳлил ва параметри χ^2 Пирсон предикторҳои муайян карда шуданд, ки алоқаи бештарин бо сатҳи фавтият доранд ва оқибати табобатро тафриқа мекунанд. Баъдан маҷмӯи предикторон муайян карда шуд, ки оқибатро пурратар тафриқа мекунад бо шарте ки инҳироф аз ҳудудҳои муайяншудаи (меъёр) предиктор бо як ҳол ишора мешавад. Баъд аз он чадвали ҳолҳо бо усули ROC-таҳлил, таҳлили регрессияи логистикӣ бо меъёри ғайрипараметрикии χ^2 барои ҳисоби формулаи эҳтимолияти оқибати фавт озмуда шуд.

Мувофиқи маълумот, ки пеш аз чарроҳӣ ба даст оварда шуд, иттилоотноктарин барои пешгӯӣ фишори систолии шараёнӣ (ФСШ), суръати ҳаракатҳои нафас (СХН), суръати кашишхурии дил (СКД), ҳолҳои чадвали комаи Glasgow (GCS) (ROCAUC>0,75; SEAREA<0,05; $p\chi^2<0,05$) буданд. Маҷмӯи ФСШ, СХН, СКД, GCS, сатуратсия, ҳаматокрит, калии хун, натрии хун, креатинин хусусиятҳои баландтарини тафриқакунонда ва алоқа бо оқибат доранд (ROCAUC 0,918; SEAREA 0,025; χ^2 110,2; $p\chi^2<0,0001$). Маълумоти пешкашшуда барои арзёбии ҷамъбастиҳои ҳолати бемор бо имконияти муайянкунии дурусти пешгӯӣ

дар 89,5% ҳолатҳо мувофиқ аст (муодилаи бинарии регрессияи логистикӣ: $\text{logit} = -7,5792 + 1,8527x$, ки дар он x — шумораи инҳирофҳои пешгӯӣ аз меъёр, $p=0,0000$). Маълумоти ба даст овардашуда, ки ба модули ташҳиси нармафзор ворид карда шудааст, маълумоти иловагӣ барои тавзеҳоти тактикаи ҷаррохро медиҳад.

Хосияти дискриминатсионии **синну соли бемор** нисбати оқибат дар намунаи генералӣ аз рӯи масоҳат таҳти ROC-қаҷхат ($\text{ROC}_{\text{AREA}}=0,742$, $\text{SE}_{\text{AREA}}=0,03$) арзёбӣ мешавад, ки инъикоси дискриминатсияи хуб ба ҳисоб рафта, синни беморро дар предикторҳои иттилоотии дискриминатсионӣ ба назар мегирад. Маълумотҳо дар бораи синни бемор ба воситаи қимати p -меъёри χ^2 ($p=0,0001$) тасдиқ мешаванд, ки мавҷудияти робитаи син ва оқибати бемориро дар гурӯҳи таҳти пажӯҳиш қарордоштаи беморон инъикос менамояд. Меъёр (синни бемор) дорои хосияти миёнаи баланди пешгӯӣ буда, оқибати муолиҷаро дискриминатсия мекунад ва мумкин аст ҳамчун маркери оқибати номусоид дар марҳилаи тоҷарроҳии пешгӯӣ ба кор бурда шавад. Иштироки ин меъёр дар амсилаҳои пешгӯӣ ҳангоми марҳилаҳои дохилиамалиётӣ ва пасазҷарроҳии пешгӯӣ, истисно нест.

Ҳамчун меъёри доимии муайянкунандаи оқибати муолиҷа омили **экссудати перитонеалӣ** фаҳмо ва маълум аст аз замони тартиб додани аввалин таснифоти перитонит, ки дар асоси марҳилабандии илтиҳоби сифокпарда тарҳандозӣ шудааст. Аммо арзёбии омории хусусияти субъективии экссудат ҳобили тавачҷух аст. Маълумотҳои бадастомада хосияти хуби дискриминатсионии нишона (экссудати перитонеалӣ)-ро нисбати оқибати муолиҷа ва хуруҷи перитонит ҳангоми сатҳи баланди муҳимияти натиҷаи ҳосилшуда, инъикос менамояд.

Байни **вақти инкишофи ПП** ва марҳиланокии илтиҳоби сифокпарда коррелятсияи возеҳ мавҷуд аст, ки мувофиқи таснифҳои маълуми экссудат нишон дода шудааст. Хосиятҳои дискриминатсионии пешазҷарроҳии нишона (вақти инкишофи беморӣ) дар намунаи генералӣ, нисбати оқибати муолиҷа ($\text{ROC}_{\text{AUC}} 0,645$; $\text{SE}_{\text{AREA}} 0,032$), ва чӣ нисбати хуруҷёбии ПП ($\text{ROC}_{\text{AUC}} 0,599$; $\text{SE}_{\text{AREA}} 0,034$) ночизанд. Ҳангоми омӯзиши хосият (вақти инкишофи беморӣ) ва вариантҳои

окибатҳо дар намунаи генералӣ, ҳангоми ПП, зимни марҳилаи дохилиамалиётҳои таҳқиқотӣ ҳосияти эътимодноки дискриминатсионӣ ва пешгӯикунанда нисбати окибати муолиҷа (ROCAUC 0,570; SEAREA 0,037) ва хуруҷгирии ПП (ROCAUC 0,500; SEAREA 0,038) муайян нашудааст. Нисбати хуруҷгирии ПП, зимни марҳилаи пешазҷарроҳӣ ва дохилиамалиётӣ бо дарназардошти мавҷудияти перитонити паҳнғаштаи фасоднок, хусусиятҳои пешгӯикунанда мавҷуданд ($p=0,0011$). Зимни марҳилаи дохилиҷарроҳӣ, ҳангоми ҷустуҷӯи дискриминатсия дар гурӯҳҳои таҳқиқотии мубтало ба ПП, алоқамандӣ бо окибатҳо муқаррар нашудааст ($p\chi^2>0,05$). Меъёр (вақти инкишофи беморӣ), дар нисбати окибатҳо ва авҷгирии ПП, дорои ҳосияти маҳдуди пешгӯӣ мебошад. Предикторро бо дигар имкониятҳои пешгӯӣ ҳамчун илова, ҳангоми барори қор, истифода бурдан мумкин аст. Дар бораи робитаи вақти инкишофи беморӣ ва хуруҷгирии ПП маълумот ба даст оварда шудааст. Предикторҳои пешкашшуда метавонанд дигар амсилаи бештар маълумотноки пешгӯиро бомувафаққият пурра намоянд.

Суръати кашишхурии дил (СКД) яке аз нишонаҳои нисбатан содаи ифодакунандаи ҳолати бемор ба ҳисоб меравад. СКД-и пешазҷарроҳӣ, ки то таъсири осеби ҷарроҳӣ, ки дар қимати предиктор тағйироти зиёд ворид мекунад, таҳқиқ шудааст, меъёри муҳимтарин ба шумор меравад. Динамикаи мушоҳидашудаи СКД бо ғавият ҳамбастагӣ дорад. Омӯзиши меъёри СКД дар динамика вазнинии ҳолати бемор ва агрессияи ҷарроҳиро ба ин ҳолат нишон медиҳад. Иттилоотнокии маълумотҳои дар динамика бадастомада боқӣ мемонанд. Боқӣ мондани тахикардия то шабонарӯзи чоруми ҷарроҳӣ нисбат ба авҷгирии ПП ва окибати муолиҷа, аломати номусоиди пешгӯӣ ба шумор меравад.

Дар байни қиматҳои барои ба қор андохтани ихтилолоти системавӣ таъсиррасон, ки дар муддати кӯтоҳ боиси дисфунксияи устувори барнагардандаи узвӣ мегардад, **фишори систолии шараёнӣ (ФСШ)** аз ҷумлаи муҳимтаринҳо ба шумор меравад. Ба таври буҳронӣ паст шудани ФСШ ҳамчун аломати ихтилолоти амиқи қори дил маҳсуб ёфта, ба аксарияти ҷадвалҳои маъруфи арзёбии ҳолати вазнини беморон шомил мебошад. Хусусияти динамикаи ҳосиятҳои

дискриминатсионии ҳимати ФСШ ба имконоти зиёди пешгӯии оризаҳои чарроҳӣ дар категорияи таҳқиқшавандаи беморон, ишорат мекунад.

Фишори шараёнии миёна (ФШМ) ба сифати яке аз меъёрҳои нисбатан маълумотноки вазнинии ҳолати бемор тавсиф мешавад. Нуктаи мазкурро тафовутҳои эътимодноки бузургҳои миёна тасдиқ мекунанд, ки ҳангоми муқоисаи зергурӯҳҳои фавтандагонӣ ва шифоёфтагон ($t=0,000-0,008$), ки мувофиқи мавҷудияти хуруҷгирии ПП чудо шудаанд, ҳосил шудааст. Тафовутҳои тӯли 6-7 шабонарӯз пас аз чарроҳӣ, ҳангоми сатҳи баланди қиматҳои омӯрӣ, эътимодноканд. Алоқамандии чадвали қимати ФШМ бо варианти оқибатҳои ПП, ҳангоми сатҳи наҷандон баланди иштибоҳҳои стандартӣ натиҷаҳои ҳосилшуда, бо қиматҳои баланди меъёрҳои χ^2 тасдиқ мешавад. Зимни ПП дар марҳилаи дохилиамалиётӣ пешгӯӣ нисбати оқибатҳо дискриминатсияи баланд ($ROC_{AUC} 0,569$; $SE_{AREA} 0,04$) вуҷуд надорад, аммо робитаи падидаҳои мавриди омӯзиш қарордошта тасдиқ шудааст ($p\chi^2=0,0005$). Ҳамин тариқ, устуворияти сатҳи пасти ФШМ бо эҳтимоли марганҷомӣ якҷоя мешавад. Робитаи оморино бо варианти оқибатҳо, меъёри вобастакунии χ^2 -и Пирсон тасдиқ менамояд.

Фишори диастолии шараёни (ФДШ) маркери муқовимати канорӣ рағб маҳсуб гардида, ба маҷмӯи шохисҳое шомил аст, ки барои тавсифи фаъолияти дилу рағҳо ба кор бурда мешавад. Сатҳ (ФДШ) ($t=0,0000$), ҳангоми муоинаи пешазчарроҳии беморон ба таври эътимоднок фарқ мекунад; маълумотҳои таносуб то шаш шабонарӯзи пасазчарроҳӣ ($t=0,000$) (ҷадвали 26) эмин мемонд. Ҳосияти дискриминатсионии меъёри ФДШ дар марҳилаи пешазчарроҳӣ дар намунаи генералӣ ($ROC_{AUC} 0,656$; $SE_{AREA} 0,03$) ва ҳангоми ПП ($ROCAUC 0,638$; $SE_{AREA} 0,04$) зиёд нест. Дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда тафовути эътимоднок ҳангоми муқоисаи зергурӯҳҳои фавтидагон ва шифоёфтагон хусусияти устувор надоштанд. Ҳосияти пешгӯӣ ва дискриминатсионии чадвали ФДШ миёна аст. Ба кор бурдани чадвали ФДШ барои пешгӯии пешазчарроҳӣ ҳангоми ПП шубҳанок аст. Барои пешгӯии оқибатҳои ПП, ба кор бурдани ФДШ ҳамчун предиктори алоҳида, асоснок нашудааст.

Сабабҳои бешуморе, ки боиси ихтилолоти функсияи нафас мегарданд, одатан барои ба амал омадани ихтилолоти вазнини нафас ва ба таври бухронӣ зиёд шудани **суръати ҳаракатҳои нафас (СХН)**, ҳалқунанда ба ҳисоб намераванд. Меъёри СХН, ҳамчун қисмати ихтилоли полиорганӣ ҳангоми сепсис, маркери ихтилолоти бисёркомпонентӣ маҳсуб меёбад, ки бо гипоксия алоқамандӣ дорад. Суръати пешазҷарроҳии миёнаи ҳаракатҳои нафас, мувофиқи марҳилаҳои ПП, тафовутҳои эътимодноки пешазҷарроҳӣ дорад, аммо дар байни гурӯҳи беморон аз рӯи марҳилаҳо тафовути эътимоднок ($t=0,907$)-и нишондиҳандаҳои миёнаи СХН дар марҳилаи пешазҷарроҳии пешгӯӣ, вучуд надорад. Тафовутҳо дар зергурӯҳҳои фавтандагон ва шифоёфтагон, тӯли тамоми фосолаи муоина, мавҷуд аст. Дар гурӯҳҳое, ки мувофиқи мавҷудияти хуруҷгирии ПП ($t=0,0000-0,0012$) ҷудо шудаанд, тафовутҳои эътимоднок ба назар мерасанд. Нуктаи мазкурро дискриминатсияи баланд ва қувваи пешгуи чадвали СХН тасдиқ менамояд. Дар баробари ин маълумотҳои пешазҷарроҳӣ арзиши дискриминатсионӣ ва пешгӯикунанда доранд. Меъёрҳои СХН имконияти муҳими пешгӯикунандагӣ доранд. Предиктори мазкур дар марҳилаҳои мухталиф яке аз хосиятҳои бехтарини дискриминатсионӣ ва пешгӯикунандаро нишон дод. Зиёд кардани ҳаҷми таҳқиқот, метавонад дар марҳилаҳои мухталифи муоина предиктори мазкурро ба гурӯҳи предикторҳои маълумотноктарин бароварад.

Холҳои чадвали коми Glasgow (GCS) микдоран дараҷаи ғайриҷубронӣ шудани вазифаи системаи марказии асаб (энсефалопатия)-ро инъикос мекунад. GCS-и пешазҷарроҳӣ, ҳангоми сатҳи ниҳоят баланди аҳамияти оморӣ ($t=0,000-0,005$), ба таври эътимоднок, тӯли ҳафт шабонарӯзи пасазҷарроҳӣ, фарқ мекунад. Дар намунаи генералӣ имкониятҳои дискриминатсионии пешазҷарроҳии чадвали қимати GCS аниқ баланд аст. Дар се-чор шабонарӯзи ҷарроҳӣ, ҳангоми ПП, таҳаммулпазирии энсефалопатия маркери муҳими ПП-и идомаёбанда маҳсуб ёфта, бо зиёд шудани фавтият ҳамоҳанг мешавад. Меъёри GCS предиктори ниҳоят муҳими вариантҳои оқибатҳо ва ҳамчун предиктори авҷгирии ПП бошад, бо муҳимияти андаке камтар, ба ҳисоб меравад. Онро ба сифати предиктори алоҳида, аз ҷумла дар сатҳи тавсияҳои мустақими клиникӣ, ба қор бурдан мумкин

аст. Мавҷудияти арзёбии баллӣ муайян кардани алгоритмҳои мушаххаси пешгӯиро осон мегардонад. Пажӯҳиши амиқтари предиктори мазкур, таҳияи протоколҳои аниқӣ ислоҳи энсефалопатияро ҳангоми муолиҷаи пасазҷарроҳии ПП ва зимни омодагии пешазҷарроҳӣ, таъмин карда метавонад.

Ҳарорати ректалӣ, C° (ХР). Меъёри мазкур барои муайян кардан нисбатан сода буда, яке аз унсурҳои иттилоотӣ ба ҳисоб меравад. Барои шарҳи дурусти он ҳисобкунии инҳирофи дутарафа аз нишондиҳандаи муътадил ва батартибгузорӣ мувофиқи инҳирофҳо зарур аст. Қиматҳо ба чадвали арзёбии вазнинии ҳолати бемор шомил мебошанд. Қимати ҳарорати мақъад дар марҳилаи пешазҷарроҳӣ оқибатҳои минбаъда ва хуруҷгирии ПП-ро маркергузорӣ менамояд ($t=0,000$). Тафовути натиҷаҳои бадастоварда, дар қатори дигар қиматҳо, ба интиҳоби тактикаи ҷарроҳӣ ҳангоми ПП таъсир мерасонад. Тафовути эътимодноки қимати предиктор дар давоми якчанд шабонарӯзи пасазҷарроҳӣ муайян шудааст ки ба имконоти пешгӯии сифатноки оризаҳои тактикийи муҳим ишорат менамояд. Таносуби шабеҳ ҳангоми муқоисаи зергурӯҳҳои фавтандагон ва шифоёбандагон ($0,000-0,023$) муайян шудааст. Хосияти дискриминатсионии чадвали ХР он қадар зиёд нест, вале робитаҳои аниқ бо оқибатҳо ва хуруҷгирии пасазҷарроҳии ПП бо меъёрҳои χ^2 -и аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ва бо қимати меъёри конъюгатсионии Пирсон тасдиқ мегардад. Предиктор ба таносуби самаранокии табобат ва хуруҷи ПП ишора менамояд. Хусусиятҳои пешгӯӣ нисбати қиматҳои таҳқиқшавандаи вобаста, саҳеҳтар шабонарӯзи шашуми ҷарроҳӣ ба амал меояд. Нуктаи мазкурро қимат ва сатҳи аҳамияти меъёри χ^2 -и Пирсон, меъёрҳои конъюгатсионӣ тасдиқ менамояд. Предиктори ХР дар марҳилаи зухуроти хуруҷгирии илтиҳоби ҷойгиршавии мухталиф, ба амал омадани оризаҳои пасазҷарроҳӣ, дар ҳолати беасос даст кашидан аз амалиёти ҷарроҳӣ, метавонад дорои хосиятҳои таҳлиси бошад.

Предиктор **сатуратсия** SpO_2 , ки ба воситаи дастгоҳи махсуси (пулсоксметр) манитордор чен карда мешавад, объекти мониторинги клиникӣ маҳсуб меёбад. Дар гурӯҳҳои муқоисашаванда, ки ба таносуби аз ҷиҳати пешгӯӣ муҳим шомиланд, дараҷаи баланди тафовутҳои эътимодноки нишондиҳандаҳои миёна

муайян шудааст. Ҳангоми перитонити паҳнғаштаи фасодӣ, тафовути эътимоднок то шабонарӯзи дуҷуми пасазчарроҳӣ эмин мемонад ва он ба мураккабии давраи иҷрои поксозии барномавии ковокии шикам ишорат менамояд. Хосиятҳои дискриминатсияшудаи ҷадвали SpO_2 нисбати оқибатҳои муолиҷа миёнаи баланд буда, зухурёбии дискриминатсияи оқибатҳо бо устувории нишондиҳандаҳои пасти предиктор дар тӯли чор шабонарӯзи пасазчарроҳӣ алоқамандӣ дорад. Хосиятҳои пешгӯӣ нисбати хуруҷгирии ПП дар марҳилаи пешазчарроҳӣ ба таври муътадил зоҳир шудаанд, аммо пас аз муайян кардани тактикаи чарроҳӣ тамдид меёбанд. Нишондиҳандаи миёнаи ROC AUC бо қимати омории меъёрӣ χ^2 -и Пирсон якҷоя мешавад ($p \chi^2 < 0,05$). Ҳангоми мониторинги пасазчарроҳӣ барои омӯзиши пешгӯии оқибатҳо предиктори SpO_2 маълумотнок ва ҳангоми ПП бошад, маркери номусоид маҳсуб меёбад, ки дар шабонарӯзи 3-4-уми пасазчарроҳӣ нисбатан муҳим доништа мешавад. Ба ҷадвал ворид намудани SpO_2 шубҳанок мебошад, ки барои пешгӯии инфиродӣ таъйин шудааст.

Дар нигоҳи аввал **гематокрит (Ht)** – нишондиҳандае, ки мустақиман бо перитонит алоқамандӣ надорад, ба истиснои ҳолатҳое, ки бо осебёбӣ марбут аст. Тафовути нишондиҳандаҳои миёнаи гурӯҳҳо мувофиқи марҳилаҳои ПП тӯли шаш шабонарӯзи пасазчарроҳӣ дақиқан зоҳир мешаванд ($t=0,000-0,048$) ва метавонанд ба натиҷаи тамоми марҳилаҳои пешгӯӣ тӯли ду шабонарӯзи пасазчарроҳӣ таъсир расонанд. Қимати миёнаи гематокрит зимни ПП-и фиброзӣ ва серозӣ дар қиёс ба перитонити паҳнғаштаи фасодӣ хурдтар аст. Ҳангоми муқоисаи Ht дар зергурӯҳҳои фавтидагон ва шифоёфтагон тафовути муҳим муайян нашуд ($p > 0,05$). Ба имкониятҳои дискриминатсионии амалан мавҷудбудаи ҷадвали Ht нигоҳ накарда, дар намунаи генералӣ ва мувофиқи гурӯҳҳои таҳқиқшаванда хосиятҳои пешгӯӣ дар нисбати авҷгирии ПП зимни сатҳи пасти аҳамияти натиҷаҳо эмин мемонанд; меъёрҳои конюгатсия нисбати тамоми самтҳои пешгӯӣ то шабонарӯзи сеюми пасазчарроҳӣ, аҳамияти зиёд дорад. Хосиятҳои дискриминатсионӣ тӯли шабонарӯзи 5-6-уми чарроҳӣ баланд боқӣ мемонад, аммо сатҳи кофии аҳамияти омӯрӣ надорад. Меъёри Ht дар он гурӯҳҳо арзиши баланди пешгӯӣ надорад, ки афзалан аҳамияти меъёри χ^2 -и Пирсон тасдиқ мешавад

($p\% < 0,05$). Дар гурӯҳҳои мубтало ба сепсиси абдоминалӣ тӯли се шабонарӯз чарроҳӣ коҳиш ёфтани нишондиҳандаҳо метавонад ҳам натиҷаи хунравии дохиличарроҳӣ ва ҳам норасоии полиорганӣ бошад, ки маркери оқибати номусоиди муолиҷа ба ҳисоб меравад. Ҳам ба сифати предиктори инфиродӣ ва ҳам ба сифати қисми таркибии чадвал ба кор бурдани H_t барои пешгӯӣ асоснок нашудааст ва дар оянда исбот хоҳад шуд.

Натиҷаҳои ҳосилшудаи муайянкунии сатҳи **калийи зардоби хун** мавҷуд набудани тафовути нишондиҳандаҳои миёнаро ҳам дар марҳилаи пешазчарроҳӣ ва ҳам пасазчарроҳӣ дар гурӯҳҳо нишон медиҳад. Ададҳои миёна тӯли тамоми марҳилаи пасазчарроҳӣ дар ҳудуди меъёр қарор доранд. Ҳангоми таҳлили натиҷаҳо дар зергурӯҳҳои фавтидагон ва шифоёфтагон зимни гурӯҳҳои мубтало ба сепсиси абдоминалӣ тафовутҳои эътимоднок дар шабонарӯзи сеюм ва чоруми пасазчарроҳӣ ҳосил гардид; дар гурӯҳи мубтало ба шоки септикӣ тафовути ададҳои миёна ошкор нагардид. Ҳангоми муқоиса зимни ҳар се гурӯҳ тафовутҳои эътимоднок тӯли тамоми замони муоина боҳӣ мемонанд, ки робитаи имконпазири предикторро бо авҷгирии ПП нишон медиҳад. Дар шабонарӯзҳои аввал то чоруми пасазчарроҳӣ, ба истиснои гурӯҳҳои гирифтор ба ПП-и фиброзӣ ва серозӣ, ҳосиятҳои дискриминатсионии чадвал ночизанд. Дар гурӯҳҳои гирифтор ба СА ҳосиятҳои пешгӯӣ ва дискриминатсионии меъёрҳои таҳқиқшаванда вучуд надоранд.

Тӯли тамоми давраи пажӯҳиш баъзан ҳосиятҳои дискриминатсионии чадвалҳои қимати КП аз 0,55 боло буд. Тибқи χ^2 Пирсон қимати пасти меъёри натиҷаҳо ($< 0,65$) бо қимати начандон баланди меъёрҳои конюгатсия пур карда мешавад. Меъёри ПП дар алоҳидагӣ барои пешгӯии варианти оқибатҳо ва авҷгирии ПП дар алоқамандӣ бо он ки байни предиктор ва варианти оқибатҳо робитаҳои муҳим вучуд надорад, қобили қабул нест. Имкониятҳои дискриминатсионии ПП нисбати оқибатҳо муътадил аст. Аз ин рӯ дар асоси маълумотҳои ҳосилшуда рад кардани вуруди предиктори мазкур ба чадвали арзёбии вазнинии ҳолати бемор номумкин аст.

Қимати миёнаи **натрийи зардоби хун (НП)** зимни гурӯҳҳои мавриди пажӯҳиш қарор дошта, ба таври эътимодноқ фарқ намекард. Қиматҳои миёна аз ҳудуди марзи меёр берун нашудаанд. Дар нисбати оқибатҳо ва авҷирии ПП хосиятҳои дискриминатсионӣ ва пешгӯии НП паст аст. Онҳо ҳангоми муайян кардани дараҷаи конюгатсия бо усулҳои истифодашавандаи омӯрӣ, тасдиқи ҳудро наёфтанд. Предиктори НП ба таъсири муолиҷа ҳассосияти камтар дошта, зимни гурӯҳҳои таҳқиқшаванда тафовути эътимодноқ надорад. Бо сабаби дорои сатҳи баланди дискриминатсияи оқибатҳо ва авҷирии перитонит будан, эҳтимоли ками ба намуна ворид намудани предиктори мазкур мавҷуд аст, аммо рад намешавад.

Зимни омӯзиши омили **креатинини плазмаи хун (КР)** муайян гардид, ки тафовутҳои аз ҷиҳати омӯрӣ эътимодноқ ҳангоми муқоиса кардани зергурӯҳҳои фавтидагон ва шифоёфтагон ба амал омадаанд. Тафовутҳо дар марҳилаҳои пешазҷарроҳӣ ва дохилиамалиётӣ низ эътимодноқ буданд, ки ин меёрҳоро ба дурнамо барои пешгӯӣ шомил месозад ($t < 0,05$). Қимати ибтидоии креатинин зухуроти НПО ба шумор рафта, бо қиматҳои дар марҳилаи пасазҷарроҳӣ бақайдгирифташуда ҳамбастагӣ дорад. Ин ҳолат предиктори таҳқиқшавандаро ба шумори нисбатан ба душворӣ ислоҳшаванда шомил месозад. Хосиятҳои пешгӯикунандаи КР зоҳир нашудаанд ва аҳёнан эътимодноқ мебошад. Баъзе дискриминатсияҳои зиёдшуда дар гурӯҳҳо, арзиши онро дар ҳолатҳои нишон медиҳад, ки қимати КР маркери ҳалалёбии функсияи полиорганӣ махсуб намешавад. Ба қор бурдани предиктори мазкур барои пешгӯӣ дар намунаи генералӣ рад намешавад. Афзудани сатҳи креатинин ҳангоми «мувофиқи талаб» ба амал овардани релапаротомия мушоҳида гардид, ки эҳтимол бо иллатҳои иловагии системаи пешобчудокунӣ дар марҳилаи агрессияи ҷарроҳӣ алоқамандӣ дошта бошад. Имкониятҳои дискриминатсионии ҷадвал нозиканд. Натиҷаи тестикунонии КР ба сифати предиктори оқибатҳои муолиҷа ба маҳдудияти истифодаи алоҳидаи он зимни марҳилаҳои пешгӯӣ ишорат менамояд, аммо мавҷудияти онро дар ҷадвалҳои арзёбии вазнинии ҳолати бемор рад намекунад.

Ҳангоми арзёбии хосияти қиматҳои гематологӣ ва шохисҳои дар асоси онҳо сохташуда ҷадвали қиёсӣ (t -test) ва ROC-таҳлили **лейкотситҳои хуни канорӣ**

(ЛХК)-и адади таносубӣ ва мутлақи чузъҳои формулаи лейкоцитарӣ, шохисҳои масмумият, шохисҳои лимфотситарӣ ва микромакрофагалӣ ба кор бурда шуданд. Зимни муқоисаи динамикаи лейкоцитҳо дар гурӯҳҳои беморони мубтало ба сепсисиси абдоминалӣ ва бе он, аз ҷумла бо назардошти навиҳои муҳталифи экссудат, тафовути зиёди аз ҷиҳати оморӣ эътимодноқ муайян нагардид. Фарқ дар зергурӯҳҳои фавтидагон ва шифоёфтагон, ки ба қимати оморӣ нарасидаанд, аз шабонарӯзи сеюми ҷарроҳӣ сар карда танҳо дар мавриди беморони гирифта ба шоки септикӣ мушоҳида гардид, ки дорои далели имкониятҳои ками пешгӯикунанда мебошад. Дар гурӯҳҳо тафовут зоҳир нагардид. Хосиятҳои дискриминатсионии ЛХК низ паст буда, маъмулан тӯли тамоми давраи муоинаи пасазҷарроҳӣ аз ROC AUC 0,6 зиёд нашуд. Предикторро ҳамчун ҷадвали таркибӣ ба кор бурдан имконнопазир аст.

Шохиси лейкоцитарии масмумият, шохиси лимфотситарӣ ва микромакрофагалӣ (ШЛМ, ШЛФ, ШММ). Тафовути аз ҷиҳати оморӣ эътимодноки ШЛМ, ки дар гурӯҳҳо пас аз шабонарӯзи сеюми ҷарроҳӣ пайгирӣ мешавад, аз авҷгирии ПП дида, бештар ба варианти оқибатҳо алоқамандӣ дорад. Натиҷаи таҳқиқотро маълумотҳои ROC-таҳлили ШЛМ тасдиқ мекунад, ки аз афзудани хосиятҳои дискриминатсионӣ дар нисбати оқибатҳои муолиҷа баъди шабонарӯзи ҷоруми пасазҷарроҳӣ дарак медиҳад. Хосиятҳои пешгӯӣ зимни ШЛМ ҳангоми авҷгирии ҳалалёбии функсияҳои полиорганӣ пайдо мешавад, ки ба таври доимӣ бо оризаҳои ҷараёни пасазҷарроҳӣ алоқамандӣ надорад. Фарқи ШЛФ ва ШММ дар гурӯҳ ва зергурӯҳҳои мавриди таҳқиқ қарордошта муайян нашудааст. Хосиятҳои дискриминатсионӣ ва пешгӯии ин предикторҳо зиёд нест.

Иштибоҳҳои таҳсисӣ ва табобатӣ. Пешакӣ, ба мақсади муайян намудани омилҳои нуқсонҳои таҳсис ва муолиҷа дар мавриди 188 бемори мубтало ба перитонити паҳнғашта таҳқиқоти ретроспективии ба амал оварда шуд. Сабабҳои инкишофи ПП инҳо ба шумор мерафтанд: сӯрохшавии узви ковок – 70 (37,2%), ногузароии шадиди рӯдаҳо – 54 (28,7%), илтиҳоби деструктивии кирмрӯда – 46 (24,5%), холесистити деструктивӣ – 5 (2,7%), панкреонекроз – 5 (2,7%), бемориҳои ғайра – 8 (4,2%). Ҳамаи беморон аз муоинаи рентгенографӣ ва ТУС-и

ковокии шикам гузаштанд. Муоинаи бактериологӣ ва ситологии экссудати перитонеалӣ ба амал оварда шуд. Бар пояи натиҷаҳои истифодаи ин ё он тактика, ҳаҷми муолиҷаи ҷарроҳӣ ва муолиҷаи интенсивӣ ҳамагӣ 38 (20,2%) бемор ғавтид. Давомнокии миёнаи бистарӣ дар статсионар $10,4 \pm 6,0$ рӯзро ташкил намуд. Натиҷаҳо дар ҳолати ғавтидани беморон, инчунин ҳангоми гузариши раванд ба марҳилаи сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ, ғайриқаноатбахш ҳисобида шуданд. Аксаран сабаби ташҳиси таъхирафтаи беморӣ дер мурочиат намудани беморон барои ёрии тиббӣ ва мавҷуд набудани усулҳои муҳими муосири ташҳискунии дастрас мебошад (ҷадвали 4.1.).

Ҷадвали 4.1. – Омилҳои номусонди пешгӯяндаи ташҳисӣ (n=140)

Омили ташҳисӣ	Теъдоди беморон	%	<i>p</i>
Иҷро накардани муоинаи саривактӣ рентгенӣ	47	25 %	0,05
Иҷро накардани муоинаи саривактӣ ултрасадо ва томографияи компютерӣ	9	4,8 %	0,01
Набудани лапароскопияи ташҳисӣ	23	12,2 %	0,01
Набудани кишти бактериологӣ	61	32,4 %	0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовут байни гурӯҳи беморони бо ҳатогиҳои ташҳис ва гурӯҳи беморони аз ташҳиси мукамал гузарондашуда.

Арзёбии аҳамияти омории тафовут байни гурӯҳи беморони бо ҳатогиҳои ташҳис ва гурӯҳи беморони аз ташҳиси мукамал гузарондашуда, иҷро карда шуд. Зимнан қайд кардан лозим аст, ки ТУС дар 87%-и ҳолатҳо ташҳис намудани муҳтавои ковокии шикамро имконпазир намуд, аммо наҳамавақт муайянкунии хусусияти ин муҳтаво имконпазир набуд. Ҳангоми ба амал овардани лапаротомия, инчунин дар натиҷаи таҳлили баъдинаи бактериологии муҳтаво ташҳиси ПП тасдиқ гардид.

Ҳамин тавр, таҳлилҳо нишон доданд, ки иштибоҳҳои нисбатан муҳими ташҳиси натиҷаҳои ғайриқаноатбахши муолиҷаи беморони мубтало ба ПП, сари вақт иҷро накардани усулҳои абзории муоина будааст. Дар як қатор ҳолатҳо ҳатто ТУС низ иҷро нагардидааст. Аммо ягон усулҳои ташҳис барои 100% муайян кардани далели сироятёбии муҳтавои ковокии шикам шароити муҳаё намекунад.

Камбудиву хатогихои муоличаи беморони мубтало ба ПП-ро таҳлил намуда, омилҳои номусоид низ ҳангоми тадбирҳои муолиҷавӣ зоҳир карда шуданд (ҷадвали 4.2.).

Ҷадвали 4.2. – Омилҳои номусоиди пешгӯяндаи табобатӣ (n=101)

Омили табобатӣ	Теъдоди беморон	%	p
Истифодаи ноқилонаи антибиотикҳо бидуни назорати антибиотикограмма	31	16,5 %	0,05
Антибиотикотерапияи нобаҳангом ва ноқофӣ	17	9 %	0,05
Нуқсонҳои усули тоза ва обияткашии ковокии шикам	7	3,7 %	0,05
Набудани лапароскопияи нишондодшуда	13	6,9 %	0,01
Бесамарагии обияткашии ковокии шикам	33	17,6 %	0,01

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовут байни гурӯҳи беморони бо камбудиву хатогихои табобат ва гурӯҳи беморони табобати мукамал гирифта.

Арзёбии аҳамияти омории тафовут байни гурӯҳи беморони бо камбудиву хатогихои табобат ва гурӯҳи беморони табобати мукамал гирифта, гузаронда шуд. Аз маълумоти ҷадвал аён гардид, ки нуқсонҳои зуд-зуд такроршаванда ҳангоми расонидани ёрии тиббӣ ба беморони гирифта ба ПП, хатогӣ дар иҷрои муоличаи зиддибактериявӣ мебошанд. Он дар мавриди 9% беморон мувофиқ набуд. Одатан ба ин беморон як маводи зиддибактериявӣ таъйин шуда буд, ки ҳангоми баъзе штаммҳои микроорганизмҳо, инчунин ҳангоми флораи поливалентии бактериявӣ, таъсири кофӣ расонида наметавонист.

Видеолапароскопия ба сифати усули мустақилонаи муолича дар нишондодҳои маҳдуд истифода шуда буд. Камбудии расонидани ёрии тиббӣ таҳлилии таъхирафта ва нопурраи тарашшуҳи сироятёфта аз ковокии шикам буд.

Усули асосии муоличаи беморони мубтало ба перитонити паҳнғашта новобаста аз омилҳои этиологӣ бартараф кардани манбаъ, поксозии мувофиқ ва обияткашии ковокии шикам ба ҳисоб мерафт. Зимни 3,7% мушоҳидаҳо норасоӣҳо дар техникаи амалинамоии обияткашии ковокии шикам мавҷуд буд, ки боиси обияткашии номувофиқи мавзеъ мегардид. Дар мавриди 17,6 % бо сабаби қуҳна

шудани раванди фасодӣ-илтиҳобӣ, мавҷудияти илтисоқи саҳти фиброзии ковокии шикам, лиҳомҳо, обияткашӣ бенатиҷа анҷом пазируфт.

Таҳлили мултивариатсионӣ низ нишон дод, ки сабаби натиҷаҳои ғайриқаноатбахши муолиҷа экспозитсияи дуру дарози муҳтавои патологӣ ковокии шикам дар натиҷаи дер мурочиат намудани беморон, инчунин бенатиҷа будани муолиҷаи ғайриҷарроҳии беморие буд, ки сабаби ба амал омадани перитонити паҳнғашта гардидааст. Камбудихоӣ омодагии пешазҷарроҳӣ инҳо ба шумор мерафтанд: мавҷуд набудани муносибати комплексӣ ба муолиҷаи бемор, гемодинамикаи ноустувор, дар ҳучраи умумӣ, на дар ҳучраи реаниматсионӣ қарор доштани бемор, мавҷуд набудани истифодабарии усулҳои эфферентии детоксикация.

Ҳамин тариқ, таҳлилҳо нишон доданд, ки муолиҷаи ғайриоперативӣ ғайриҷарроҳӣ бе дарназардошти хассосияти зиддибактериявии доруҳо, лапаротомия ва обияткашии таъхирафтаи ковокии шикам, инчунин бенатиҷа будани иҷрои онҳо боиси сар задани як зумра норасоҳои муҳим ва ҳатогиҳо дар расонидани ёрии тиббӣ, дар мавриди беморони мубтало ба ПП, гардид.

Тавассути усулҳои дискриминатсионӣ ва регрессионии таҳлил, омилҳои аз ҷиҳати омили муҳим, оқибатҳои номусоиди ПП зоҳир карда шуданд:

1. Синни бемор, ки зимни он ҷараёни номусоиди беморӣ мушоҳида гардида, ба ҳисоби миёна $50,98 \pm 18,02$ солро ташкил меод. Синни беморон бо ҷараёни мусоид бошад, $35,06 \pm 9,6$ солро ташкил меод. Ҳамин тавр, дар гурӯҳи синнусолии нисбатан калонтар ҳатар низ зиёдтар буд.

2. Ҳатари ҳосил шудани оқибати ғайриқаноатбахш эътимоднокан бо қуҳна шудани ПП алоқамандӣ дошт. Давомнокии беморӣ ($55,18 \pm 21$ соат) аз вазнинии беморӣ дарак дода, эътимоднокан аз рӯи муҳлат аз бемороне, ки беморӣ дар онҳо нисбатан мусоид ҷараён мегирифт, фарқ мекард.

3. Басомади оқибатҳои номусоид қиёсан дар мавриди бемороне зиёд буд, ки бемории ҳамроҳ (диабети қанд, фарбегӣ, норасоии кори дил) доштанд.

4. Оқибатҳои номусоиди муолиҷаи ПП бештар замоне мушоҳида мегардид, ки беморон дар марҳилаи таъхирафтаи ПП - 28-73,7% (9-23% марҳилаи сепсиси

абдоминалӣ, 19-50% марҳилаи шоки септикӣ) назар ба марҳилаҳои барвақт (10-26,3%), ки беморон мурочиат менамуданд.

Холҳои ҷадвали комаи Glasgow (GCS), СКД, СХН, ФШС дар марҳилаи пешазҷарроҳӣ, барои пешгӯии оқибатҳо, хусусиятҳои нисбатан муҳим доранд.

4.2. «Шохиси перитонит» дар пешгӯии оқибатҳои перитонити паҳнғашта

Алгоритми инфиродии арзёбии дараҷаи хатари оқибатҳои номусоиди ПП, ки дар боби пешина шарҳ дода шуд, моро ба омӯзиши имкониятҳои истифодабарии системаи пешгӯӣ далолат намуд, ки якбора тамоми навъҳои омилҳои пешгӯиро дар худ муттаҳид намояд.

Интихоби ҳаҷми мувофиқи муолиҷаи интенсивӣ ва амалиёти ҷарроҳӣ аз марҳилаи инкишофи ПП, хусусияти муҳтавои ковокии шикам ва бемориҳои ҳамроҳ вобастагӣ дорад. Ба таври гуногун якҷоя шудани омилҳои номбурда ба вазнинии ҳолати бемор ба таври мухталиф таъсир мерасонад. Омили вақт, ки асоси чунин якҷояшавиҳо мебошад, дар интихоби тактикаи ҷарроҳӣ аҳамияти муҳим дорад.

Дар шароити ҷарроҳии фаврӣ, вақте ки зуд қарор қабул кардан лозим аст, системаи сода ва ҳамзамон ҳассоси пешгӯӣ зарур мешавад.

Барои экспресс-пешгӯии эҳтимоли оқибатҳои марг ва мувофиқгардони тактикаи ёрии фаврӣ ҳангоми ПП, мо системаи нави пешгӯиро дар мавриди беморони мубтало ба ПП бо дарназардошти ҳам меъёрҳои клиникӣ ва дохилиамалиётӣ авҷгирии раванди септикӣ ва ҳам омилҳои хатаре, ки дар бемор новобаста аз ин оризаҳои вазнин мавҷуд аст, таҳия намудем. Система барои нисбатан объективона баҳо додани вазнинии перитонит, мувофиқгардони интихоби тактикаи муолиҷа бо дарназардошти «шохиси перитонит» ва пешгӯии самараноки фавт, қулай аст.

Пеш аз ҳама ба мақсади муайян намудани алоқаҳои муҳимтарини дучонибаи нишондиҳандаҳои марҳилаҳои ПП бо маълумотҳои клиникӣ, таҳлили регрессионӣ дар 188 бемор ба амал оварда шуд. Зимнан предикторҳои асосии авҷгирии ПП ошкор карда шуданд, ки чинс, син, бемориҳои ҳамрав аз шумори онҳо астанд.

Хусусан предикторҳои мазкур метавонанд асоси комбинатсияро ташкил диҳанд, ки чадвалро бо хосиятҳои баландтарини дискриминатсионӣ муайян кунанд.

Интихоби меъёрҳо барои сохтани чадвал бо муоинаи пурраи беморон алоқамандӣ хоҳад дошт, ки дар ҷанбаи он варианти чадвали маҷмӯи предикторҳои пешгӯинашаванда ҳосил мешавад.

Илова бар ин, принсипи сохтани чадвалҳо, ки ба асоси инҳироф аз меъёр ба роҳ монда шудааст, аз қоидаи ROC-таҳлили предиктори алоҳида фарқ мекунад. Аксари маълумотҳои дар боби мазкур пешниҳодгардида, ба пешгӯӣ дар марҳилаи пешазҷарроҳӣ ва пешгӯӣ пас аз муайян кардани тактикаи ҷарроҳӣ алоқамандӣ дорад. Муайян намудани қонуну қоидаҳои алоқаи аломатҳои беморӣ бо оқибатҳо барои ҳалли масоили ислоҳи протоколҳои ёрии реаниматсионӣ дар марҳилаи пешазҷарроҳӣ ва аз шабонарӯзи дуҷуми пасазҷарроҳӣ, ба амал оварда мешуд.

Қайд кардан зарур аст, ки бузург будани ҳаҷми маводи пешниҳодгардида бо хусусиятҳои ҷустуҷӯии пажӯҳиш алоқамандӣ дорад ва яке аз ин вазифаҳо – ошкор намудани воситаҳои маълумотноктарин барои пешгӯии оқибатҳои муолиҷа, авҷгирии ПП ва барои тафриқасозии далеловари тактикаи ҷарроҳӣ маҳсуб меёфт.

Чадвали фосилаҳо бо муайянсозии омилҳои калонтарин ва хурдтарини хатар, марҳилаи ҷараёни перитонити паҳнғашта ва тағйиротҳои морфологии сифок сохта шуд. Вобаста ба тасаввуроти клиникии муҳиммияти қиёсии омилҳо (предикторҳо) ба онҳо вобаста ба арзиши «вазни» онҳо қимати баллӣ гузошта мешавад. Ин қимат барои муайянкунии дараҷаи вазнинии перитонити паҳнғашта ва пешгӯии оқибати он муҳим мебошад. Холҳо «коэффициенти вузӯҳи» омилро нисбат ба бузургии калонтарини (10 ҳол) арзиши омилҳои калонтарин ифода менамоянд. Ҳамин тариқ, 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 «шоҳиси перитонит» (ШП) ҳосил мешавад. Фавтияти пешбинишудаи тавассути формулаи овардашуда ҳисоб

карда мешавад ва ба фисати эҳтимолияти тақрибии фавти бемор бо перитонити паҳнғашта ишора мекунад. Дар офариниши ҷадвали “шохиси перитонит” мо ба параметрҳои ба осонӣ муайяншаванда, ки қариб дар ҳама гуна беморхонаҳои ҷаррохӣ дастрас астанд, таъя намудаем (ҷадвали 4.3.).

Ҷадвали 4.3. – «Шохиси перитонит»

Омили хатар-Х		Марҳилаи инкишофи ҷараён-М		Тағйироти патоморфологӣ-П	
Сини аз 70с боло ё бемориҳои вазнини ҳамрав	10	Шоки септикий	10	Дар ковокии шикам мӯҳтавои ғасодӣ бо бўи наҷосатӣ, қабатҳои дурушти фибринозӣ, ҷирксориҳо ва ҷаспишҳо дар мавзеи ҳалқаҳои рӯдаҳо.	10
Сини 50-70 сола ё бемориҳои саратонӣ*	8	Сепсиси абдоминалӣ марҳилаи дерина	8	Сифоқпарда иртишоҳнок, дар ковокии шикам ғасоди ғализ, қабатҳои ғафси фибрин.	8
Бемориҳои ҳамрави вазнинии миёна*	6	Сепсиси абдоминалӣ марҳилаи аввал	6	Сифоқпарда тира, ҳалқаҳои рӯдаҳо васеъ бо хунрезӣҳо ва петехияҳои субсерозӣ, дар ковокии шикам мӯҳтавои ғасодӣ бо қабатҳои фибринӣ рӯи ҳалқаҳои рӯдаҳо.	6
Ҷинси занона ё бемориҳои сабуки ҳамрав*	4	Заҳролудшавии эндогенӣ марҳилаи дерина	4	Сифоқпарда варамнок, гиперемияшуда, дар ковокии шикам мӯҳтавои ғасодӣ.	4
Хатарҳои муайяннашуда	2	Заҳролудшавии эндогенӣ марҳилаи аввал	2	Варамӣ ва гиперемияи сифоқпарда, дар ковокии шикам мӯҳтавои тираанг ё талха.	2
Фавтияти пешбинишуда (%)				$\Phi = X \times [(M + P)/2]$	

* – ҳангоми набудани хатарҳои зикршуда

Ҷамъи ҳолҳо (ШП) метавонад ба афзалиятнокии расондани ин ё он ҳаҷми ёри таъҷилӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта ишора кунад. Аз ин назар барои осон ва зуд қабул кардани қарор нисбати тактикаи минбаъдаи ҷораҳои табобатӣ “шохис” дар намуди содда ба кор бурда мешавад. Дар ҳолати рақамҳои сарҳадии

холҳо қарор нисбати тактикаи табобатӣ вобаста ба вазъияти клиникӣ қабул карда мешавад.

Мувофиқи нишондодҳои қадвал 188 бемор бо бемориҳои узвҳои ковокии шикам, бо перитонити паҳнғашта ориздоршуда, дар давраи аз март соли 2004 то декабри соли 2013 дар шӯъбаҳои ҷарроҳии МД МЁТТ ш.Душанбе ҷарроҳишуда, мувофиқи дараҷаи вазниниашон ба 3 гурӯҳ тақсим карда шудаанд, ки ҳар яки он тактикаи табобатӣ мутобиқро металабад. Сину соли беморон аз 15 то 81 сол тафовут меёфтанд, бо сини миёнаи 38,5 сола. Мардҳо 113 (60%)-ро, занҳо 75 (40%)-ро ташкил доданд.

Нозологияҳои асосӣ, ки сабаби перитонити паҳнғашта шуданд, инҳоянд: суроҳшавии узви ковок – 70 (37,2%), ногузароии шадиди рӯдаҳо – 54 (28,7%), аппендисити деструктивӣ – 46 (24,5%), холесистити деструктивӣ – 5 (2,7%), панкреонекроз – 5 (2,7%), дигар патология – 8 (4,2%). Аз байни беморони зерин назорат буда беморон бо ҷараёни вазнин бартари мекарданд. Маълумоти натиҷаҳои тафтишоти беморон, аз он ҷумла клиникӣ ва озмоишӣ, ба қайд гирифта шудааст.

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

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

ШП зиёда аз 22 ҳол - ғисати пешбинишудаи ғавт аз 40% боло. Дар тадқиқоти мо 28 бемор (14,9%) ба гурӯҳи 3-м дохил буданд, 23 нафар аз он ғавтиданд (82,1%).

Тибқи натиҷаҳои истифодабарии ин ё он тактика ва ҳаҷми табобати ҷарроҳӣ ва муолиҷаи интенсивӣ, танҳо 13 (6,9%) бемор ба релапаротомия гирифта шудааст. Ҳамагӣ ғавтидагон 38 (20,2%) бемор, нишондоди “шоҳиси перитонити” аксари онҳо зиёда аз 22 ҳол. Муддати бистарии беморон дар беморхона $10,4 \pm 2,1$ рӯзро ташкил додааст.

Аз ҷониби мо барои пешгӯии оқибатҳо дар мавриди 188 бемори мубтало ба ПП арзёбии муқоисавии самаранокии «шоҳиси перитонит» бо МРІ ба амал оварда шуд. Дар гурӯҳи зиндамондагон ҳоли миёнаи умумии МРІ 15,8 (фосилаи 6-35) буд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи фавтидагон ҳоли миёна 25,7 (фосила: 10-43)-ро ташкил меод. Тафовут миёни гурӯҳҳо аз ҷиҳати оморӣ эътимоднок буд ($p<0,05$). Барои 78 бемори аз 16 то 25 ҳол дошта фавтият 16,7%-ро ташкил меод, вале нишондиҳандаи зимни 25 ҳол то 69,7% ва зиёда аз он афзуд (ҷадвали 4.4.).

Ҷадвали 4.4. Нишондиҳандаи фавтият аз рӯи МРІ (n=188)

Сабаби перитонити паҳнғашта	Ҳол аз рӯи МРІ								
	<15			16-25			>25		
	n	Фавти-дагон	Фав-тият	n	Фавти-дагон	Фав-тият	n	Фавти-дагон	Фав-тият
Ногузароии рӯдаҳо	29	1	3,4%	16	4	25%	9	8	88,9%
Суроҳшавии узви ковок	36	-	-	22	5	22,7%	12	9	75%
Аппендитсити шадид	6	-	-	33	1	3%	7	1	14,3%
Панкреонекроз	2	1	50%	2	-	-	1	1	100%
Холесистит	2	-	-	1	1	100%	2	2	100%
Ғайра	2	-	-	4	2	50%	2	2	100%
Ҳамагӣ	77	2	2,6%	78	13	16,7%	33	23	69,7%

Ҳангоми таҳқиқи ҳолатҳои алоҳидаи фавт вобаста ба этиология мушоҳида гардид, ки дар тамоми беморони мубтало ба сӯроҳшавии узви ковок ҳолҳои МРІ (> 25) ва нишондиҳандаи фавтият зиёд буд.

Ҳамин тавр, зимни арзёбии вазнинии ҳолати бемор тибқи ҷадвали «ШП» беморон ба се гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Дар маҷмӯъ аз 150 бемори зиндамонда натиҷаҳо дар ҳудуди аз 6 то 28 ҳол бо қимати миёнаи 12,7 тағйир меёфтанд. Зимни 38 бемори фавтида ҳолҳо дар ҳудуди байни аз 8 то 30 бо қимати миёнаи 20,6 мушоҳида мегардид ва тафовут байни гурӯҳҳо аз ҷиҳати оморӣ муҳим буд ($p<0,05$).

Дар байни бемороне, ки аз 8 ҳол камтар доштанд, фавтият мушоҳида нагардид. Аз 70 бемори бо шоҳиси байни 13 ва 22 ҳол, 12 нафар бо

нишондиҳандаи фавтият 17,1%, фавтиданд. Фавтияти 82,1% дар беморони бо шохиси зиёда аз 22 хол ба назар мерасид (ҷадвали 4.5.).

Ҷадвали 4.5. – Нишондиҳандаи фавтият аз рӯи ШП (n=188)

Сабаби перитонити паҳнғашта	Хол аз рӯи ШП								
	<12			13-22			>22		
	п	Фавти-дагон	Фавт-нокӣ	п	Фавти-дагон	Фавт-нокӣ	п	Фавти-дагон	Фавт-нокӣ
Ногузароии шадиди рӯдаҳо	31	-	-	15	5	33,3%	8	8	100%
Суроҳшавии узви ковок	41	2	4,9%	17	3	17,6%	12	9	75%
Аппендитсита деструктивӣ	8	-	-	34	-	-	4	2	50%
Панкреонекроз	4	1	25%		-	-	1	1	100%
Холесистит	2	-	-	2	2	100%	1	1	100%
Ғайра	4	-	-	2	2	100%	2	2	100%
Ҳамагӣ	90	3	3,3%	70	12	17,1%	28	23	82,1%

Қайд кардан зарур аст, ки ҳангоми омӯзиши гурӯҳҳои аз ҷиҳати этиологӣ гуногун аён гардид, ки дар мавриди 41 бемор аз 70 пацсенти мубтало бо сӯроҳшавии узви ковок, шохис камтар аз 12 холро ташкил меод ва аз ин миён 39 бемор зинда монд. Беморони гурӯҳҳои гуногун, ки холашон зиёда аз 22 буд, фавтиданд ва аз ин миён 5 бемори асосан бо илтиҳоби шадиди оризаёфтаи кирмрӯда ва сӯроҳшавии узви ковок истисно буд. Тибқи натиҷаи таҳқиқотҳои мо, дар давраи таҳлил, аз ШП дар клиника 20,2% фавтиданд.

Дар пажӯҳиши мо нишондиҳандаи ҳадди ақал («остонавӣ») 10 хол буд, ки аз он паст фавт ба қайд гирифта нашудааст ва 20 хол, ки болотар аз он фавтият зиёда аз 80%-ро ташкил меод. Нишондиҳандаи фавтият дар байни бемороне, ки камтар аз 16 хол доштанд, тибқи ҷадвали МРІ 2,6% ва дар мавриди беморони бо МРІ дар ҳудуди аз 16 то 25 хол доштанд, то 16,7% расид. МРІ -и зиёда аз 25 хол боиси фавтияти зиёд то 69,7% мегардад.

Агар суҳан сари ҷадвали «ШП» равад, дар байни беморони дорои камтар аз 12 хол, тибқи ҷадвали мазкур, нишондиҳандаи фавтият 3,3% ва дар мавриди беморони бо «ШП» байни 12 ва 22 хол, фавт то ба 17,1% расид. «ШП» -и зиёда аз

22 ҳол боиси фавтият то 82,1% гардид. Эҳтимол меравад, ки «ШП» дақиқан метавонад дар ҳолатҳои алоҳида муқоисашаванда буда, аз дигар системаҳои скрининги, аз ҷумла МРІ, авлотар бошад. Таҳқиқотҳои пешина нишон доданд, ки тибқи МРІ нишондиҳандаҳои ҳад («остонавӣ») наздики 21 ва 29 ҳол бо нишондиҳандаҳои фавт дар 60% буд, ва то 100% барои арзёбии зиёда аз 29 ҳол буд.

Сифати пешгӯии ҷадвали ШП: ҳассосият – 76%, мушаххасот – 84%, дақиқии пешгӯӣ – 81% ҳангоми фосилаи бозътимод – 95%, AUC (масоҳат зери қатъ) – 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 бозътимод – 95%, AUC – 0,87, $p < 0,001$, медианаи ҳолҳои номусоиди – 23. Ҳар ду ҷадвал хусусияти бозътимоди пешгӯӣ доранд ($p < 0,001$ барои озмоиши Манн-Уитни).

Таҳқиқоти мазкур ошкор кард, ки ҳар ду системаи скринингӣ дар пешгӯии оқибатҳои номусоиди ПП самаранок ба шумор мераванд, зимнан беморони дорои нишондиҳандаҳои нисбатан зиёдтар ба гурӯҳи нишондиҳандаҳои нисбатан бештари фавтият шомиланд. Бо вучуди ин баъзе масъалаҳои муҳим ҳангоми ба кор бурдани ин ҷадвалҳо гузошта шудаанд: новобаста аз содагии истифода ва дақиқияти пешгӯии оқибатҳои номусоиди ПП, МРІ тамоман ҳолатҳои ҳамрави беморонро ба инобат намегирад, ки ин нукта зимни интиҳоби беморон ба муолиҷаи интенсивӣ эҳтиёҷдошта хеле муҳим аст; илова бар ин, МРІ ба пурра намудани маълумотҳо аз бозёфтҳои ҷарроҳӣ эҳтиёҷ дорад, то системаи мукаммали пешгӯӣ бошад; ғайр аз ин, МРІ айни замон наметавонад ба сифати системаи пешазҷарроҳии ҳисобкунии ҳолҳо истифода шавад.

Системаи интегралӣ «ШП» бо фавтият хуб ҳамбаста буда, дар пешгӯии оқибатҳои номусоид натиҷабахш аст. Ҷадвал барои сари вақт ба гурӯҳҳои хатар ҷудо кардани беморон ва пешгӯии оқибатҳо хеле самаранок буда, барои интиҳоби тактикаи мувофиқи муолиҷа аз аҳамият ҳолӣ нест. Қайд кардан зарур аст, ки ҷадвал ҳолати патоморфологии сифокпарда ва сабаби олудагии перитонеалиро ба

назар мегирад. Ҳамзамон дар истифода сода буда, ёрии озмоиширо тақозо намекунад. Барои нисбатан зудтар ва самаранок пешгӯӣ намудани оқибатҳои фавт, дар мавриди беморони мубтало ба ПП, дар баробари дигар системаҳои интегралӣ ба кор бурдани «ШП» мувофиқи мақсад хоҳад буд.

Хулоса, ба гурӯҳҳои мухталифи хатар ҷудо намудани беморони гирифтори ПП аз он сабаб манфиатбахш аст, ки муолиҷаи беморон аз ҳисоби муолиҷаи дахлдори интенсивӣ ва тактикаи мувофиқтарини ҷарроҳӣ эҳтимол беҳтар гардад; оқибати беморӣ дар мавриди ин беморон бо эҳтимоли зиёд пешгӯӣ мешавад. Илова бар он, воқеияти ба гурӯҳҳои хатар ҷудо намудани беморон метавон зимни таҳқиқотҳои минбаъдаи клиникӣ бо роҳи муқоисаи натиҷаҳои муолиҷаи ҷунин беморон, ба назар гирифта шавад. 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 зуҳурёбии вазнинии бемориҳои ҳамроҳро муфассалтар боз мекунад ва марҳилаи патоморфологӣ манзараи ковокии шикамро ба назар мегирад.

БОБИ 5

БИОМАРКЕРҲОИ ИЛТИҲОБ ВА СЕПСИС ДАР АРЗЁБИИ ВАЗНИНИИ ЧАРАЁН ВА ПЕШГҶИИ ОҚИБАТИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

Натиҷаҳои таҳқиқот, ки дар фасли қаблӣ оварда шудаанд, нишон медиҳанд, ки ҳангоми пешгӯӣ кардани чараёни перитонити паҳнғашта ҷадвали интегралӣ ва вазнинии ҳолат, критерияҳои СТИС ва сепсис имконият медиҳанд, ки ба таври асоснок беморони гурӯҳи хатар, ки дар онҳо оқибати беморӣ номаълум боқӣ мемонад, муайян карда шавад. Дар баробари ин, ҷадвалҳо ва системаҳои интегралӣ (шохиси перитонеалии Мангейм, ҷадвали арзёбии возеҳии ихтилолҳои физиологии SAPS) гурӯҳҳои беморонро дар назар доранд, ки возеҳии баллии мушобеҳи вазнинии ҳолатро доранд ва дар бештари мавридҳо имконият намедиҳанд, ки ба таври эътимоднок пешгӯии инфиродии оқибати беморӣ дар бемори мушаххас арзёбӣ карда шавад.

Номуайян будани натиҷаи беморӣ дар як қисми беморони мубтало ба перитонити паҳнғашта ҳангоми вазниниҳои гуногуни ҳолати беморӣ барои гузаронидани таҳқиқоти иловагӣ асос шудааст, ки ба ошкор намудани меёриҳои асоснок ва боэътимоди пешгӯии инфиродии чараён ва оқибати беморӣ равона шуда ва ба арзёбии озмоишии синдроми захролудшавии эндогенӣ, илтиҳоби системавӣ ва чараёни септикӣ алоқаманд ҳастанд.

5.1. Молекулаҳои массаи миёнаи плазмаи хун ҳамчун меёри вазнинии чараён ва пешгӯии оқибати перитонити паҳнғашта

Барои пешгӯии натиҷаҳои оқибати перитонити паҳнғашта дар баробари дигар усулҳо маркерҳо низ аҳамият доранд. Бо мақсади муайян кардани имкониятҳои инфиродии пешгӯӣ кардани оқибат ва вазнинии чараёни перитонити паҳнғашта таҳқиқоти иттилоотнокии нишондиҳандаи молекулаҳои массаи миёнаи плазмаи хун дар муқоиса бо шохисҳои интегралӣ клиникӣ-озмоишии вазнинии ҳолати беморон гузаронида шуд. Нишондиҳандаи сатҳи молекулаҳои миёна ҳамчун маркери универсалии захролудшавии эндогенӣ, ки вазнинии ҳолати беморро ҳангоми перитонити паҳнғашта муайян карда, асоси сабаби пайдошавии оқибати марговари бемориро ташкил медиҳад, интиҳоб карда шуд.

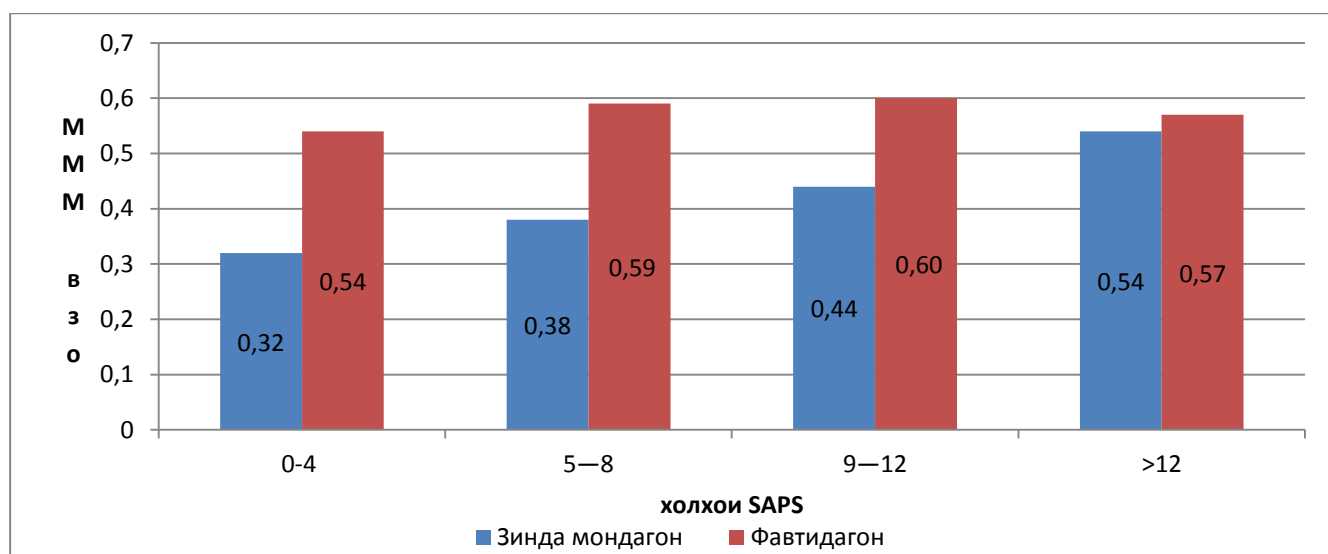
Таҳқиқоти клиникӣ-озмоишии 188 бемори синну соли аз 15 то 81 солаи дорои бемориҳои гуногуни чарроҳӣ, бо перитонити паҳнғашта оризашуда, гузаронида шуд. Оқибати хуби беморӣ дар 150 бемор (79,8 %) ба кайд гирифта шуд, дар 38 ҳолат (20,2%) беморӣ бо ғавт анҷом ёфт.

Дар ҳамаи 188 бемор арзёбии интегралӣ вазнинии чараёни перитонити паҳнғашта дар асоси ҳисоби нишондиҳандаҳои клиникӣ-озмоишӣ аз рӯи гурӯҳҳо мувофиқи возеҳии арзёбии ҳолии вазнинии ҳолат тибқи ҷадвали SAPS (Simplified Acute Physiology Score) гузаронида шуд.

Арзёбии ҳолии вазнинии ҳолат тибқи ҷадвали SAPS аз шабонарӯзи аввали бистарикунонӣ ҳамаарӯза то муайян намудани натиҷаи беморӣ гузаронида шуд. Пешгӯии натиҷаи бемории перитонити паҳнғашта аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқот дар шабонарӯзҳои аввали бистринамоии бемор гузаронида шуд.

Дар 4 гурӯҳи ҳолатҳои вазнинии гуногуни беморони (аз рӯи шкалаи SAPS) мубтало ба перитонити паҳнғашта, динамикаи нишондиҳандаҳои молекулаҳои миёнаи плазмаи хун аз лаҳзаи иҷро кардани чарроҳӣ то муайян намудани оқибати беморӣ, таҳқиқот гузаронида шуд.

Нишондиҳандаи миёнаи сатҳи МММ дар шабонарӯзҳои аввали давраи пасазчарроҳӣ барои ҳар як гурӯҳи беморон вобаста ба оқибати беморӣ дар расми 5.1. оварда шудааст.

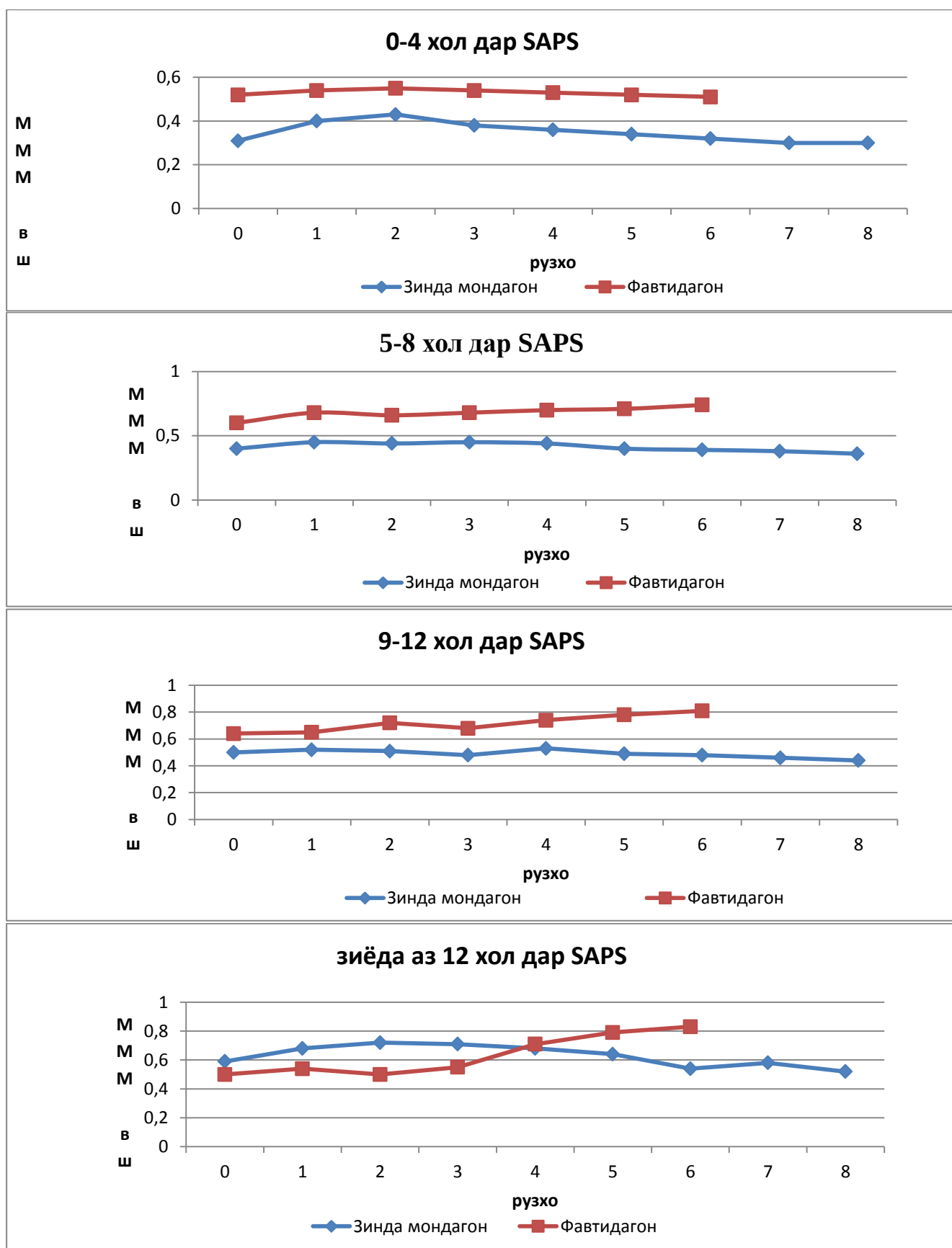


Расми 5.1. – Нишондиҳандаи миёнаи сатҳи МММ хун дар гурӯҳҳои гуногун вобаста ба оқибати беморӣ (ш/р 1-ми марҳилаи баъдазчарроҳӣ; n=188)

Дар беморони дорои оқибати мусоиди беморӣ таҳлили натиҷаҳои ба даст овардашуда мутаносибан вобаста будани вазнинии ҳолати бемор ба сатҳи МММ – коэффитсиенти коррелятсия $r=0,97$ муайян карда шуд. Коэффитсиенти детерминатсия R , индикатори дараҷаи иттилоотнокии намуна буда, ба 1 хеле наздик аст – $R=0,96$. Дар беморони дорои оқибати ғавтовари беморӣ ягон ҳел вобастагии байни сатҳи МММ ва вазнинии ҳолати беморӣ муайян карда нашуда буд – новобаста аз вазнинии ҳолати бемор нишондиҳандаи МММ дорои сатҳи нисбатан устувори нишондиҳанда бо фосилаи тағйирот дар диапазони на чандон зиёд (0,61 - 0,63 в.з.о) буд. Дар ҳамаи ҳолатҳо новобаста ба вазнинии ҳолат сатҳи МММ -и беморони дорои оқибати ғавтовар аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳои беморони дорои дараҷаи ҳуби беморӣ ба таври эътимодноқ баланд буд. Таҳлили минбаъдаи динамикаи сатҳи МММ чунин қонуниятҳоро нишон дод (расми 5.2.).

Дар гурӯҳи якуми беморон, ки вазнинии ҳолаташон дараҷаи сабук аст ($SAPS < 4$ ҳол) дар тамоми давраи пасазчарроҳӣ сатҳи МММ аз нишондиҳандаи 0,44 в.з.о. баланд буда, нишондиҳандаи миёнаи он дар 3 шабонарӯзи аввал $0,37 \pm 0,03$ в.з.о. (рас. 5.2.-а) буд. Дар ин гурӯҳ нишондиҳандаҳои нисбатан баланди сатҳи МММ плазма дар тамоми давраи беморӣ ба мушоҳида расид. Дар давраи пасазчарроҳӣ афзоиши начандон возеҳи он дар шабонарӯзи 2-3 ба мушоҳида расида, минбаъд майл ба пастшавӣ дошт. Муътадил шудани нишондиҳандаи МММ ба ҳисоби миёна дар шабонарӯзҳои 7-9-ум ба амал омад. Сабаби 3 натиҷаи ғавт бемориҳои ҳамрав буданд.

Дар гурӯҳи дуюм – 24 бемор – (5-8 балл аз рӯи ҷадвали $SAPS$) сатҳи МММ дар беморони дорои оқибати ғавтовар нисбат ба бемороне, ки оқибати бемориашон ҳуб буд, аз ҷумла ҳангоми оризанок будани чараёни беморӣ, ба таври эътимодноқ баланд буд (расми 5.2.-б). Дар беморони дорои оқибати ҳуби беморӣ сатҳи баландтари ибтидоии МММ (нисбат ба беморони гурӯҳи якум) ба мушоҳида расид, ки дар шабонарӯзҳои 3-4-ум нишондиҳандаи максималии барои ин гурӯҳ хосро (зиёда аз $0,46 \pm 0,03$ в.з.о.) ба даст овард ва дар давоми 6 шабонарӯзи пас аз чарроҳӣ устувор (дар ҳудуди 0,39-0,41 в.з.о.) боқӣ монд.



Расми 5.2. – Динамикаи MMM дар марҳилаи баъдазчарроҳии гурӯҳҳои ҳолат мувофиқи SAPS (n=188)

Муътадилшавии ниҳоии нишондиҳандаи МММ на барвақттар аз рӯзҳои 10-11-ум ба амал омад.

Ҳамин гуна тамоюл дар динамикаи нишондиҳандаҳо дар 23 бемори дорои оқибати хуби беморӣ дар гурӯҳи сеюми (9-12 балл аз рӯи ҷадвали SAPS) перитонити паҳнғашта (расми 5.2.-в) низ мушоҳида кардан мумкин аст. Дар ин маврид тафовут аз гурӯҳҳои якум ва дуум дар нишондиҳандаҳои нисбатан баланди мутлақи сатҳи МММ ва мӯҳлатҳои давомноктари мӯътадилшавии ин нишондиҳанда ба назар мерасад, ин дар навбати худ аз хусусияти возеҳ ва устувори эндотокситоз гувоҳӣ медиҳад. Дар маҷмӯъ хусусияти динамикаи сатҳи молекулаҳои миёна дар беморони дорои оқибатҳои хуб дар ин гурӯҳҳо хеле кам фарқ дошт. Таҳлили динамикаи нишондиҳандаи МММ дар беморони ғавтидаи ҳамаи гурӯҳҳои дорои ҳолат то 12 ҳол аз рӯи ҷадвали SAPS нишон медиҳад, ки тафовути боэътимод аз беморони дорои оқибати хуби беморӣ ҳам сатҳи баланди ибтидоии нишондиҳанда (0,66-0,67 в.з.о.) ва ҳам тамоюли баланд шудани он то ҳадди оқибати ғавтовар ба ҳисоб меравад. Айни замон таҳлили нишондиҳандаи миёнаи МММ дар беморони зиндамондаи гурӯҳҳои 1-3 дар ҳама давраҳои муоина нишон доданд, ки вай аз 0,55 в.з.о. баланд нест. Ин нишондиҳандаро нисбат ба эҳтимоли пайдо шудани оқибати ғавтовари беморӣ ниҳой ҳисобидан мумкин аст. Афзоиши мӯътадили МММ плазмаи хун дар шабонарӯзҳои 2-4-уми давраи пас аз ҷарроҳӣ аломати нисбатан хуби озмоишии ҷараёни беморӣ ба шумор меравад. Эҳтимол дорад, ки ба таври мӯътадил афзоиш ёфтани токсемия дар натиҷаи ворид шудани токсинҳои бофтаҳо ба маҷрои хун, вобаста ба кушода шудани маҷрои микросиркулятории узвҳо ва бофтаҳо, бо катъ гардидани зухуроти стресси ҷарроҳӣ ва сироятӣ, ба амал меояд.

Динамикаи МММ дар 42 бемори гурӯҳи 4-ум (зиёда аз 12 ҳол аз рӯи ҷадвали SAPS) аз дигар гурӯҳҳо ба кулӣ фарқ мекунад – яъне хусусиятҳои инвертирии ҷараёни қатъхатаҳои динамикӣ (расми 5.2.-г) ба мушоҳида мерасад. Дар беморони дорои оқибати хуби беморӣ дар шабонарӯзи сеюм нишондоди МММ дар муқоиса ба беморони ғавтидаи ҳамин гурӯҳ ба таври эътимоднок

баланд буда ва дар ноҳияи нишондиҳандаҳои «номусоид»-и беморони гуруҳҳои дуюм ва сеюм (зиёдтар аз 0,6 в.з.о.) қарор дошт. Минбаъд сатҳи МММ тадричан паст шудааст, вале аз нуқтаи ниҳой то 8-10 шабонарӯз боқӣ мемонад. Мӯътадил шудани нишондиҳанда дар бештари ҳолатҳо танҳо дар охири давра дида мешавад (28-м шабонарӯз).

Айни замон дар беморони дорои оқибати номусоиди беморӣ нишондиҳандаҳои начандон баланди ҳамин нишондод то 3 шабонарӯзи давраи пас аз чарроҳӣ ба мушоҳида расид, ки ба нишондиҳандаҳои МММ-и беморони зиндамондагони гуруҳҳои 2 ва 3-юм мувофиқат мекунад. Минбаъд якбора баланд шудани нишондиҳанда то ҳадди охирини баландӣ пеш аз оқибати ғавтовар ба амал омад. Чунин тамоюли динамикаи МММ эҳтимол дорад, ки ба ихтилолҳои авҷгирандаи системаи микросиркулятсия ва бо баста шудани роҳи воридшавии токсинҳо аз бофтаҳо ба маҷрои хун аз ҳисоби аз якдигар ҷудо шудани системаҳои гардиши хуни марказӣ ва канорӣ, вобаста ба зухуроти шоки септикӣ (ШС) ва дисфунксияи септикии полиорганӣ, алоқаманд бошад. Блоки микросиркулятории токсинҳои бофтаҳо новобаста аз бадшавии авҷгирандаи ҳолати бемор ва амиқ шудани вазнинии чараёни беморӣ дар заминаи амиқ шудани эндотоксикоз, мавҷуд набудани афзоиши сатҳи токсемияро муайян мекунад. Минбаъд баланд шудани сатҳи МММ дар шабонарӯзҳои пеш аз ғавт ба авҷгирии синдроми дисфунксияи полиорганӣ алоқаманд аст. Дар ҳама ҳолатҳои зикршуда вазнинии ихтилолҳои бисёрӯзӣ, ки аз рӯи ҷадвали SOFA ҳисоб карда шудааст, дар рӯзи пеш аз ғавт зиёда аз 8 ҳолро ташкил додаст. Дар ин шароитҳо баланд шудани нақши механизми ретенсионӣ дар инкишофи эндотоксикоз аз ҳисоби ихтилоли элиминатсияи онҳо, боиси дар хун зиёд шудани молекулаҳои миёна мегардад. Дар ин маврид МММ бевосита пас аз қатъ гардондани зухуроти гемодинамикии ШС, ба таври возеҳ, то замони ғавти бемор, авҷ мегирад. Ҳамин тариқ, тафовути боэътимод дар нишондиҳандаҳои МММ дар ҳама гуруҳҳои аз ҷиҳати вазнинӣ гуногуни беморони дорои перитонити паҳнғашта ба қайд гирифта шуд. Дар ин маврид тамоюли возеҳ ба назар мерасад: вазнинии чараёни беморӣ (аз рӯи ҳолҳои

чадвали SAPS) чӣ қадар, ки возеҳ бошад, сатҳи МММ ҳамон қадар баланд аст. Инро дар вақти муқоиса кардани нишондиҳандаҳои миёнаи ҳамин нишондод, ки барои се шабонарӯзи аввали давраи пасазчарроҳӣ ҳисоб карда шудаанд, ҳам барои чараёни хуби беморӣ ва ҳам барои ҳолатҳои пайдо шудани оқибатҳои фавтовар бараъло дидан мумкин аст (чадвали 5.1.).

Чадвали 5.1. – Нишондиҳандаи миёнаи сатҳи МММ хун 1-3 ш/р баъд аз чарроҳӣ (n=188)

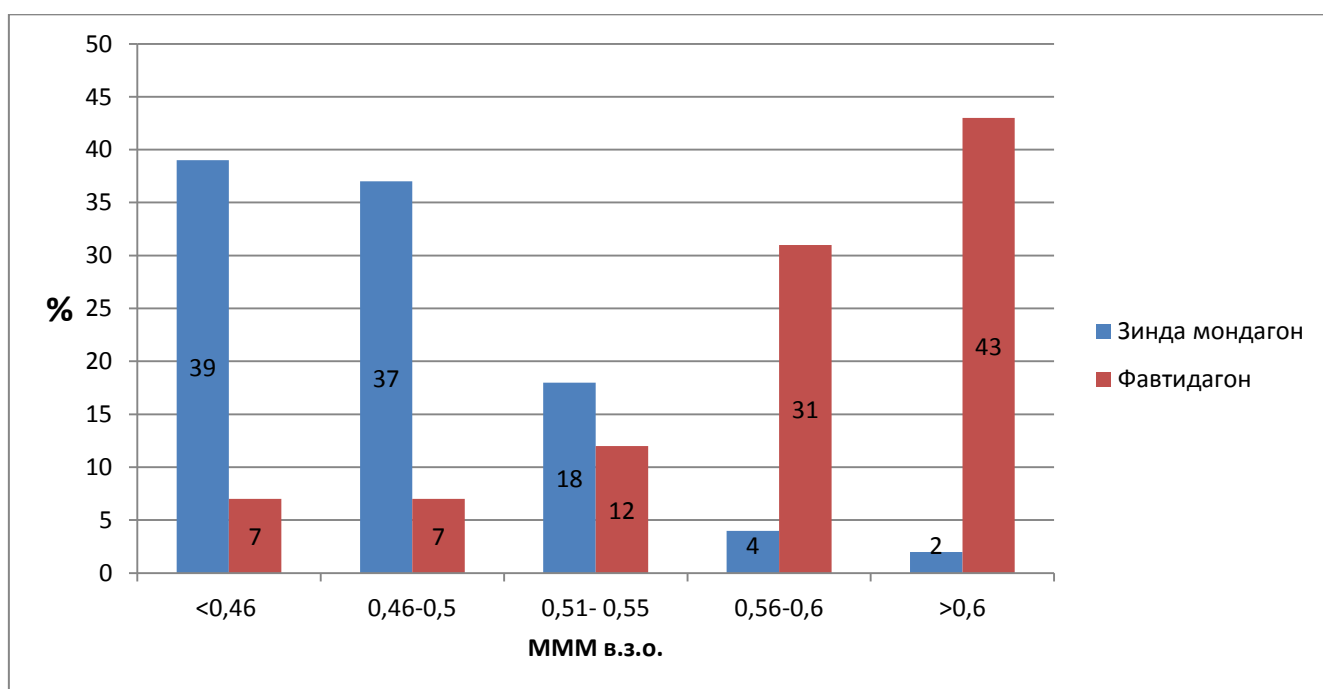
Хол дар SAPS	Сатҳи МММ хун (в.з.о.) (M±SE)		p
	Зинда мондагон	Фавтидагон	
0-4	0,362±0,003 (n=95)	0,540±0,006 (n=4)	=0,000013 (U =0,00; Z =-2,95)
5-8	0,421±0,006 (n=24)	0,690±0,006 (n=4)	=0,000684 (U =0,00; Z =-2,74)
9-12	0,511±0,005 (n=14)	0,732±0,010 (n=10)	=0,000002 (U =0,00; Z =-3.94)
>12	0,640±0,007 (n=20)	0,641±0,007 (n=20)	>0,05 (U =218; Z =0,00)

Эзоҳ: p – аҳамияти омори тафовути нишондиҳандаҳо байни зинда мондагон ва фавтидагон (мувофиқи U-меъёри Манн-Уитни).

Дар вақти таҳлил намудани маълумотҳои дар чадвали 5.1. овардашуда, возеҳу равшан дидан мумкин аст, ки нишондиҳандаи миёнаи сатҳи МММ-и хун дар беморони фавтида дар ҳамаи гурӯҳҳо (ба истиснои гурӯҳ бо 12 ва аз он зиёд ҳолҳо мувофиқи чадвали SAPS), аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар беморони дорои натиҷаи мусоиди беморӣ, боэътимод баланд аст. Ҳатто дар гурӯҳи дуюм (5-8 хол), дар беморони дорои оқибати фавтовар, нишондиҳандаи МММ назар ба беморони зиндамондаи дорои вазнинии возеҳи ҳолат (9-12 хол мувофиқи чадвали SAPS), боэътимод баланд аст. Дар маҷмӯъ дар гурӯҳҳои 2 ва 3-юм баландшавии 1,5 каратаи нишондиҳандаҳои миёнаи МММ-и беморони дорои оқибати номусоиди (фавт) перитонити паҳнғашта дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои беморони зиндамонда ба назар мерасад. Ҳамин тариқ, нишондиҳандаи миёнаи сатҳи МММ метавонанд, ки ба сифати меъёри вазнинии чараёни беморӣ ва пешгӯии оқибати он ба кор бурда шавад.

Дар гурӯҳи бемороне, ки вазнинии ҳолаташон мувофиқи ҷадвали SAPS зиёда аз 12 ҳол аст, танҳо дар шабонарӯзи 4-ум сатҳи МММ-и беморони ғавтида аз ҳамин гуна нишондодҳои беморони зиндамонда ($p>0,05$) баланд шудааст. Тағйироти дар боло тавсифшудаи МММ дар байни беморони гурӯҳи 4-ум сабаби он гаштааст, ки нишондиҳандаи миёнаи он дар 3 шабонарӯзи аввали давраи пасазҷарроҳӣ дар беморони ғавтида, назар ба беморони ғавтидаи гурӯҳҳои дигар, паст буд.

Тақсими ҳолатҳои таҳлилшавандаи перитонити паҳнғашта мувофиқи фосилаҳои нишондиҳандаҳои миёнаи МММ (1-3-м шабонарӯз баъд аз ҷарроҳӣ) вобаста ба оқибати беморӣ дар расми 5.3. нишон дода шудааст.



Расми 5.3. – Тақсими беморон мувофиқи фосилаи сатҳи миёнаи МММ ҳун 1-3-м ш/р баъд аз ҷарроҳӣ вобаста ба оқибати беморӣ (n=188)

Тавре ки аз диаграмма бармеояд, хатари пайдо шудани ғавт дар беморони гирифтори перитонити паҳнғашта мустақиман бо баланд шудани нишондиҳандаи МММ зиёд мешавад, дар ин маврид эҳтимоли натиҷаи хуб мутаносибан кам мешавад.

Лозим ба зикр аст, ки дар ҳолатҳои ғавт дар байни беморони дорои нишондиҳандаи МММ то 0,5 в.з.о., сабаби бевоситаи ғавт авҷгирии зухуроти

ШС будааст. Дар хама ҳолатҳои боқимонда нишондиҳандаи миёнаи МММ аз сатҳи 0,5 в.з.о. баланд аст. Фавтият дар гурӯҳи беморони дорои сатҳи МММ 0,5 в.з.о. (бе дарназардошти беморони дорои зухуроти шоки септикӣ) 0%-ро ташкил дод, ин имконият медиҳад чунин ҳисоб кунем, ки ин нишондиҳандаҳои миёнаи молекулярӣ пешгӯии номусоид доранд. Хатар ҳангоми ба 0,51-0,55 в.з.о. (фавтият – 39,9%) расидани нишондиҳандаи МММ, яқбора зиёд мешавад, ва ҳангоми аз он он ҳам баланд шудан қариб ки мутлақ мешавад (фавтият 84,8-91,3%), ин имконият медиҳад, ки ин фосилаи нишондиҳандаи МММ-ро сатҳи ниҳой ҳисобем.

Ҳамин тариқ, ҳангоми таҳқиқ намудани нишондиҳандаи сатҳи МММ плазмаи хун дар беморони мубтало ба перитонити паҳнғашта чунин қонунмандиро муқаррар карда шуданд.

Сатҳи МММ ҳангоми муқоиса бо вазнинии ҳолати бемор, ки аз рӯи ҷадвали SAPS арзёбӣ карда шудааст, нишондиҳандаи объективии возеҳии эндотоксикоз, вазнинии ҷараёни перитонити паҳнғашта ба ҳисоб меравад ва метавонад, ки меъёри пешгӯии оқибати беморӣ бошад. Ба таври муътадил зиёд шудани сатҳи МММ плазмаи хун дар шабонарӯзҳои 2-4-уми давраи пасазҷарроҳӣ, аломати номусоиди озмоишии ҷараёни беморӣ ҳисобида намешавад. Бо эҳтимоли зиёд авҷгирии муътадили аломатҳои токсемия ба баромадани токсинҳои бофтаҳо ба маҷрои хун ва бофтаҳо алоқаманд аст, ки дар робита бо аз муҳосира озод намудани маҷрои микросиркулятории узвҳо ва бофтаҳо (хусусияти реперфузионии авҷгирии эндотоксикоз) дар баробари қатъ шудани зухуроти дистресс-синдроми ҷарроҳӣ ва сироятӣ, ба амал меояд. Паст шудани сатҳи МММ плазмаи хун, сар карда аз шабонарӯзи дуюми пас аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳи беморони вазнинтарини дорои аломатҳои возеҳи клиникӣ-озмоишии захролудшавии эндогенӣ (ҳангоми сатҳи баланди ибтидоии МММ), ки ҳамроҳ бо зухуроти ШС ҳангоми зиёда аз 12 ҳол будани нишондиҳандаҳои вазнинии ҳолати беморон, мувофиқи ҷадвали SAPS, аломати номусоиди пешгӯикунандаи перитонити паҳнғашта ба ҳисоб меравад. Бо эҳтимоли зиёд дар ин беморон блоки устувори микросиркулятсияи узвҳо ва бофтаҳо сабди

роҳи воридшаваии токсинҳои молекулярии миёна ба маҷрои хуни системавӣ мегарданд. Дар ин маврид ҷамъшавии минбаъдаи токсинҳо дар бофтаҳои узвҳои ҳаётан муҳими дорои ихтилолҳои элиминатсияи онҳо ба воситаи системаҳои физиологии детоксикатсия ба авҷгирии зухуроти баргаштнопазири дисфунксияҳои полиорганӣ (механизми ретенсионии захролудшавии эндогенӣ) оварда мерасонад. Ҳамин тариқ, дар як қатор ҳолатҳо, дар гурӯҳи беморони нисбатан вазнинтар, нишондиҳандаҳои мутлақи МММ плазмаи хун инъикоси воқеии амиқии эндотоксикоз шуда наметавонанд. Ин ба зарур будани арзёбии интегралӣ параметрҳои клиникӣ-озмоишӣ бемор, бо дарназардошти вазнинии ҳолат ва меъёрҳои ҳолатҳои септикӣ, ишорат менамояд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда имконият медиҳанд, ки чунин хулоса бароварда шавад:

1. Дар беморони дорои ҳолати вазнини мувофиқи ҷадвали SAPS 0-4 ҳол, сатҳи молекулаҳои массаи миёнаи плазмаи хун дар тамоми давраи пасазҷарроҳӣ нишондиҳандаи нисбатан паст дорад ва ба пешгӯии оқибати беҳтарин мансуб аст.
2. Дар беморони бо 5-12 ҳол будани нишондиҳандаи ҷадвали SAPS, арзёбии динамикаи сатҳи МММ плазмаи хун аҳамияти калони пешгӯикунандагӣ дорад. Нишондиҳандаи молекулаҳои массаи миёнаи дар сатҳи 0,51-0,55 в.з.о.-ро нисбат ба эҳтимоли пайдо шудани оқибати ғавҷовари беморӣ, ниҳой бояд ҳисобид. Ин меъёр имконият медиҳад, ки пешгӯии инфиродии беморӣ дар беморони гурӯҳи бо чунин вазнинии ҳолат мувофиқи ҷадвали SAPS арзёбӣ карда шавад.
3. Ҳангоми вазнинии ҳолат мувофиқи ҷадвали SAPS 12 ҳол ва зиёда аз он бошад, эҳтимоли фаро расидани ғавҷ баландтарин аст. Нишондиҳандаҳои начандон баланди молекулаҳои массаи миёна дар ин гурӯҳи беморон, дар бештари мавридҳо ба зухуроти шоки септикӣ бо пайдо шудани блоки микросиркуляторӣ барои токсинҳо, вобастагӣ дорад.

5.2. Панели биомаркерҳо дар арзёбии вазнинии ҳолати беморон бо перитонити паҳнғашта

Айни замон корҳо оид ба таҳқиқи дигар низ маркерҳои биологӣ, ки метавонанд аз мавҷудияти сироят, илтиҳобу ҷараёни септикӣ дар организм дарак диҳанд, идома доранд. Муҳимтарини ин маркерҳо дар марҳилаи ҳозира, ба андешаи як гурӯҳ муҳаққиқон, пресепсин (ПСП), прокалситонин (ПКТ), сафедаи С-реактивӣ (ССР), интерлейкин-6 (ИЛ-6) ба ҳисоб мераванд [17, 22, 44].

Имрӯзҳо яке аз усулҳои ояндадор дар ташҳиси бемориҳои вазнинии бактериалӣ, аз ҷумла сепсиси абдоминалӣ, омӯзиши сатҳи пресепсин дар хуни бемор мебошад.

ПСП, ба мисли ПКТ ва ССР идеалӣ нест. Сатҳи он инчунин дар ҳолатҳои вазнинии ниҳой, ки ба инкишофи оризаҳои сироятӣ вобаста нест, метавонад баланд шавад. Дар робита бо ин, ҳангоми шарҳи клиникӣ маълумотҳои ба даст овардашуда бояд дарк намуд, ки кадом механизмҳо дар ин ё он ҳолат метавонанд боиси баланд шудани сатҳи ПСП дар хун гарданд. Дар лаҳзаҳои мураккаб натиҷаи нисбатан қаноатбахшро ҳангоми ҳамзамон истифода кардани биомаркерҳои гуногун, яъне панели биомаркерҳо ба даст овардан мумкин аст.

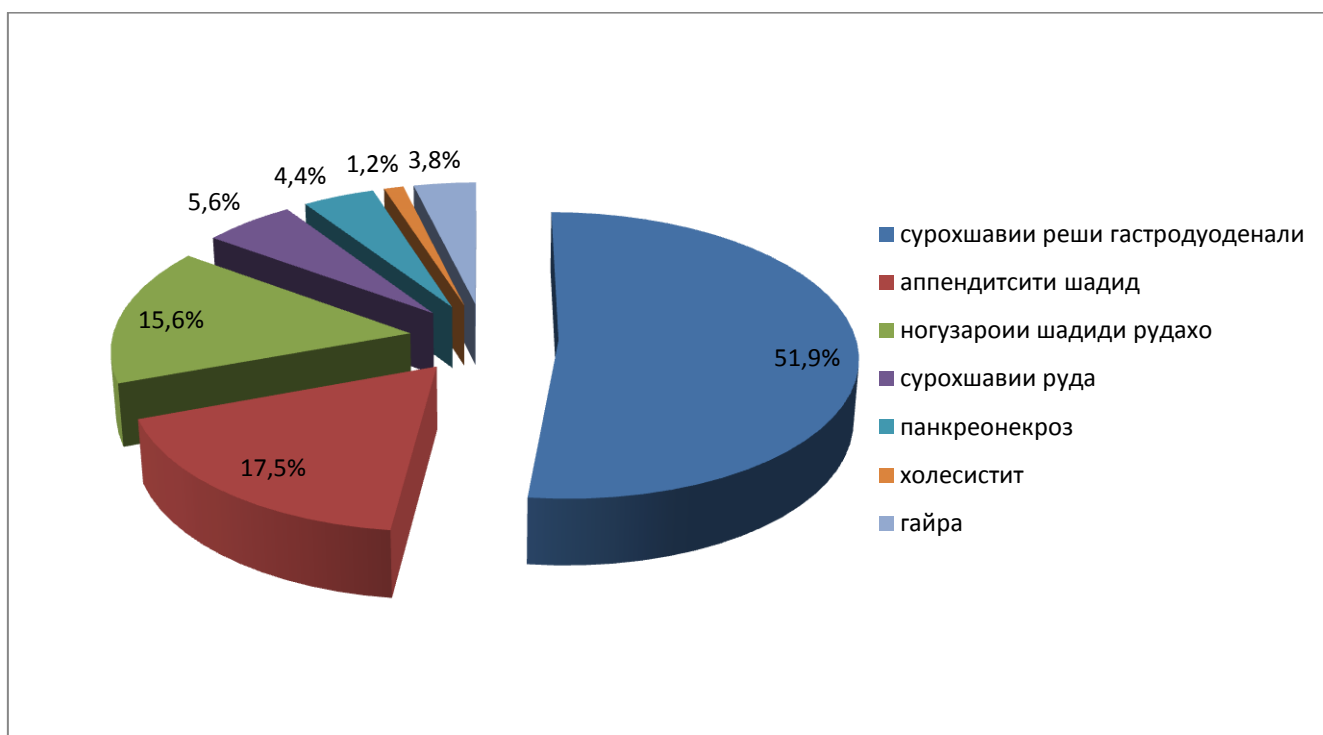
Таҳқиқот бо мақсади арзёбӣ намудани нақши биомаркерҳои илтиҳобӣ дар муайян намудани дараҷаи вазнинӣ ва марҳилаи пайдо шудани перитонити паҳнғашта, гузаронида шудааст. Ҳамагӣ 160 бемори гирифтори перитонити паҳнғашта таҳқиқ шуданд, ки дар байни онҳо 104 нафар мард, 56 нафар зан буданд. Синну соли беморон аз 16 то 76 солро дар бар гирифт ва ба ҳисоби миёна $37,8 \pm 1,3$ -солро ташкил дод. Ҳамаи беморон вобаста аз марҳилаи перитонит (мувофиқи таснифоти марҳилаҳои перитонити паҳнғаштаи аз тарафи клиникаи мо пешниҳодшуда) 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.

Бемориҳои асосие, ки боиси инкишофи перитонити паҳнғашта шуданд, инҳо буданд: дар 83 (51,9%) бемор сӯрохшавии решҳои гастродуоденалӣ мушоҳида шудааст, дар 25 (15,6%) бемор ногузароии шадиди рӯдаҳо, дар 28 (17,5%) ҳолат аппендитсита шадид, дар 2 (1,2%) ҳолат – холесистити шадид, дар 7 (4,4%) бемор – панкреонекроз, дар 9 (5,6%) маврид – сӯрохшавии рӯдаҳо ва дар 6 (3,8%) ҳолат сабаби пайдо шудани перитонити паҳнғашта бемориҳои дигар буданд (расми 5.4.).



Расми 5.4. – Сабаби перитонит дар беморони муоинашуда (n=160)

Дар таҳқиқоти мо бештар беморони дорои чараёни вазнини беморӣ (мувофиқи ҷадвали SAPS) во меҳӯранд. Холи миёнаи APACHE II дар рӯзи бистаринамоя аз ҳама баланд дар беморони дорои шоки септикӣ буд ($M=27\pm2,3$). Вазнинии ҳолати беморон дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ асосан ба бемориҳои ҳамрави музмин вобаста буд.

Таҳхиси перитонити паҳнғашта аз рӯи марҳилаҳо мувофиқи маълумотҳои гузошта шуд, ки мавҷуд будани таассури илтиҳобӣ (аломатҳои, ки аз пайдоиши таассури илтиҳобии системавӣ гувоҳӣ медиҳад), ҳамчунин тариқи

муқаррар намудани манбаи чараёни сироятиро, ки боиси инкишофи перитонит мегардад, тасдиқ мекунад. Меъёрҳои клиникӣ-озмоишии СТИС маълумотҳое ба ҳисоб рафтанд, ки дар таснифи ACCP/SCCM Consensus Conference, Chicago 1991 оварда шудаанд.

Дар ҳамаи беморон таҳқиқоти клиникӣ-озмоишӣ гузаронида шуд. Бо мақсади муайян намудани марҳилаи инкишофи чараён ва мавҷуд будани сепсиси абдоминалӣ, ин таҳқиқотҳо дар рӯзӣ бистарӣ кардани бемор гузаронида шуданд. Дар беморон усулҳои умумиклиникӣ ва озмоишӣ-абзории таҳқиқот иҷро карда шуд. Ғайр аз ин, сатҳи прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ ва интерлейкин-6 дар хун омӯхта шуд (ҷадвали 5.2.).

Ҷадвали 5.2. Арзишҳои маркерҳо вобаста ба марҳилаи перитонити паҳнғашта (n = 160)

Маркер	Гурӯҳи 1 ЗЭ n = 95	Гурӯҳи 2 СА n = 46	Гурӯҳи 3 ШС n = 19	p
ПСП (пг/мл)	355,5±8,5	783,4±24,1 p ₁ =0,000	1587,7±71,1 p ₁ =0,000 p ₂ =0,016	=0,000 (df =2; H =114,1)
Ҳудуди нишондиҳандаҳо	(56,1–586)	(153,7–3253,4)	(591–1859,7)	
ПКТ (нг/мл)	1,6±0,1	8,5±0,5 p ₁ =0,000	17,0±0,6 p ₁ =0,000 p ₂ =0,027	=0,000 (df =2; H =115,2)
Ҳудуди нишондиҳандаҳо	(0,06–4,3)	(1,0–13,4)	(9,3–22,6)	
ССР (мг/л)	89,5±3,2	190,1±6,1 p ₁ =0,000	279,3±6,8 p ₁ =0,000 p ₂ >0,05	=0,000 (df =2; H =114,0)
Ҳудуди нишондиҳандаҳо	(10,6–180,4)	(116,5–304,2)	(182,3–312,4)	
ИЛ-6 (пг/мл)	126,1±7,4	233,6±8,2 p ₁ =0,000	322,2±3,7 p ₁ =0,001 p ₂ >0,05	=0,000 (df =2; H =24,6)
Ҳудуди нишондиҳандаҳо	(19,5–202,4)	(196,4–445,3)	(318,4–329,7)	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (мувофиқи Н-меъёри Крускал-Уоллис); p₁ – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи 1-м; p₂ – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи 2-м (p₁-p₂ – мувофиқи U-меъёри Манн-Уитни).

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 $1587,7 \pm 70,5$ 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 ҳама пасти ПСП $355,5 \pm 8,5$ пг/мл, 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, ҳамчунин 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 перитонити паҳнғашта буданд, ки дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ қарор доштанд. Дар ин маврид нишондиҳандаи аз ҷиҳати оморӣ пурқуввати тафовутҳои ҳосилшуда ба мушоҳида расид ($p < 0,001$).

Натиҷаҳои таҳлили оморӣ сатҳи биомаркерҳо дар ҷадвали 5.2. оварда шудааст. Сатҳи миёнаи (median) ПСП дар гурӯҳи якум назар ба гурӯҳҳои 2 ва 3 хеле паст буд – мутаносибан $355,5$; $783,4$ ва $1587,7$ пг/мл.

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 ва $1859,7$ пг/мл –ро ташкил доданд.

Ҳамин гуна маълумотҳо барои ПКТ низ ба даст оварда шуд. Сатҳи миёнаи (median) ПКТ дар гурӯҳи беморони дорои перитонити паҳнғашта 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 натиҷаҳоро 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. Диаграммаи фосилаи тағйирёбӣ дар замима оварда шудааст (Замимаи 2-5: расмҳои 3-6).

Ҳангоми дар байни гурӯҳҳо гузаронидани таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои ин предикторҳо, мавҷудияти муҳимияти омори ба мушоҳида расид.

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. Маълумотҳои мо ақидаи дигар муаллифони дар он хусус, ки ҳангоми мавҷуд будани сепсис, аз ҷумла шакли абдоминалии вай, хеле баланд шудани сатҳи ПСП дар зардобии хун ба мушоҳида мерасад, тасдиқ мешавад [22, 44].

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 ҳассосияти баланд (91,4%) ва махсусияти қобили қабул (77,3%) мебошад. Озмоиш барои ПКТ ҳассосият ва махсусияти паст, мутаносибан 88,4 ва 67,4%-ро нишон дод. Аҳамияти ҳассосият ва махсусияти ССР ва ИЛ-6 дар таҳқиқоти мо каме паст буд: мутаносибан 87,2% / 66,8% ва 85,4% / 64,9%.

Ҳангоми омӯختани мавҷудияти иртиботи коррелятсионии байни предикторҳои таҳқиқшуда ва марҳилаҳои перитонити паҳнғашта ба воситаи усули коррелятсионӣ мувофиқи τ -меъёри Кендалл мо муқаррар кардем, ки сатҳи биомаркерҳо (ПСП, ПКТ, СРБ, ИЛ-6) ба вазнинии ҷараёни перитонити паҳнғашта иртиботи мустақим дорад (ҷадвали 5.3.).

Ҷадвали 5.3. – Хусусияти вобастагии арзишҳои биомаркерҳо ба марҳилаи ПП (n=160)

Биомаркер		Марҳила
Пресепсин	r	=0,720
	p	=0,000
Прокалситонин	r	=0,722
	p	=0,000
ССР	r	=0,713
	p	=0,000
ИЛ-6	r	=0,751
	p	=0,000

Эзоҳ: таҳлили коррелятсионӣ мувофиқи τ -меъёри Кендалл

Мувофиқи маълумотҳои ҷадвал иртиботи зичи коррелятсионии байни биомаркерҳо ва марҳилаҳои беморӣ ба мушоҳида мерасад.

Панел, яъне комбинатсияи маркерҳои биологӣ имконият медиҳад, ки таҳхис аз рӯи марҳилаҳои ҷараён, яъне мувофиқи вазнинии равиш, верификатсия карда шавад. Дар ин замина коркарди алгоритми истифодаи маркерҳои сепсис дар амалияи клиникӣ мувофиқи мақсад аст. Мавҷуд будани аҳамияти зиёди омӯрӣ байни гурӯҳҳо дар тафовутҳои нишондиҳандаҳои пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ ва интерлейнин-6 ҳангоми перитонити паҳнғашта, 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 табобатҳои таъбиравӣ-профилактикӣ, табобати ҷарроҳӣ ва гузаронидани табобати интенсивӣ мусоидат мекунад.

5.3. Панели биомаркерҳо дар пешгӯии авҷгирии сепсиси абдоминалӣ дар беморони мубталои перитонити паҳнғашта

Таҳқиқотҳо ҷиҳати арзёбӣ кардани арзиши таҳхисӣ ва пешгӯикунандагии пресепсин дар динамика то 8 шабонарӯзи давраи пасазҷарроҳӣ гузаронида шуданд. Ҳислатҳои ибтидоии 160 бемор дар ҷадвали 5.4. оварда шудааст.

Ҷадвали 5.4. – Маълумоти ибтидоӣ дар гурӯҳҳо (n=160)

Нишона	ЗЭ (n=95)	СА (n=46)	ШС (n=19)	p
Лейкоситҳо ($\times 10^9/\text{л}$)	12,5 $\pm$ 0,1	16,8 $\pm$ 0,2 $p_1 = 0,000$	19,5 $\pm$ 0,3 $p_1 = 0,000$ $p_2 > 0,05$	=0,000 (df =2; H =114,2)
Тромбоситҳо ($\times 10^9/\text{л}$)	205,0 $\pm$ 0,6	215,0 $\pm$ 0,3 $p_1 = 0,000$	190,0 $\pm$ 0,6 $p_1 = 0,000$ $p_2 = 0,000$	=0,000 (df =2; H =117,1)
Билирубин (мкмол/л)	19,8 $\pm$ 0,2	23,4 $\pm$ 0,5 $p_1 = 0,000$	48,1 $\pm$ 2,7 $p_1 = 0,000$ $p_2 = 0,001$	=0,000 (df =2; H =85,2)
Креатинин (мкмол/л)	97,1 $\pm$ 1,3	211,8 $\pm$ 2,8 $p_1 = 0,000$	239,2 $\pm$ 1,6 $p_1 = 0,000$ $p_2 > 0,05$	=0,000 (df =2; H =120,6)

Идомаи чадвали 5.4.

pCO ₂ (mm Hg)	49,0±0,1	45,0±0,1 p ₁ =0,000	44,0±0,2 p ₁ =0,000 p ₂ >0,05	=0,000 (df =2; H =120,8)
Сину сол mean±SEM	34,6±1,5	38,7±2,2 p ₁ >0,05	51,4±3,5 p ₁ =0,000 p ₂ =0,022	=0,000 (df =2; H =17,3)
Рӯзҳои бистарӣ mean±SEM	11,3±0,4	18,5±1,4 p ₁ =0,000	12,6±2,3 p ₁ >0,05 p ₂ =0,013	=0,000 (df =2; H =32,5)
Рӯзҳо дар ШРТИ mean±SEM	2,4±0,1	5,8±0,2 p ₁ =0,000	10,1±1,6 p ₁ =0,000 p ₂ >0,05	=0,000 (df =2; H =86,2)
Рӯзҳо зери ДСН mean±SEM	-	3,1±0,2	8,3±1,2 p ₂ >0,05	-
Рӯзҳои қабули катехоламинҳо mean±SEM	-	1,2±0,3	5,1±1,4 p ₂ =0,005	-
APACHE II mean±SEM	16,0±0,2	18,0±0,3 p ₁ =0,001	27,0±1,0 p ₁ =0,000 p ₂ =0,000	=0,000 (df =2; H =54,9)
SOFA mean±SEM	4,6±0,1	6,1±0,1 p ₁ =0,000	11,8±0,4 p ₁ =0,000 p ₂ =0,001	=0,000 (df =2; H =89,9)

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (мувофиқи H -меъёри Крускал-Уоллис); p_1 – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи 1 (ЗЭ); p_2 – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи 2 (СА) (p_1 - p_2 – мувофиқи U -меъёри Манн-Уитни). APACHE II – acute physiology and chronic health evaluation II; SOFA – sequential organ failure assessment; SEM – standard error of the mean (хатогии стандартии миёна).

Сатҳи ПСП ба параметрҳои клиникӣ ва озмоишӣ, ҳангоми ба беморхона ворид шудани бемор, вобастагӣ доранд.

Тавре ки дар чадвали 5.5. оварда шудааст, ПСП бо ПКТ, ССР, ИЛ-6 иртибот дорад. Он чиз ҷолиби тавачҷуҳ аст, ки ПСП бо микдори шабонарӯзҳои тафсияи (вентилятсияи) сунъии шушҳо низ иртиботи мутақобила дорад ($p=0,000$). Сатҳи ПСП бо синну сол, рӯзҳои бистарӣ ва фишори хуни беморони ин гурӯҳ коррелятсияи суст дорад.

Чадвали 5.5. – Таносуби пресепсин бо нишонаҳои клиникӣ-озмоишӣ (n=160)

Нишона	r_p	p	Нишона	r_p	p
ПКТ	=0,867	=0,000	Сину сол	=0,301	=0,000
ССР	=0,801	=0,000	ИЛ-6	=0,722	=0,000
Лейкоситҳо	=0,795	=0,000	Рӯзҳои бистарӣ	=0,201	=0,000
Тромбоситҳо	=-0,333	=0,000	Рӯзҳо дар ШРТИ	=0,485	=0,000
Билирубин	=0,786	=0,000	Рӯзҳо зери ДСН	=0,634	=0,000
Креатинин	=0,801	=0,000	Рӯзҳои қ. катехол.	=0,407	=0,000
pCO ₂	=-0,771	=0,000	APACHE	=0,356	=0,000
Фишори хун	=0,005	>0,05	SOFA	=0,452	=0,000

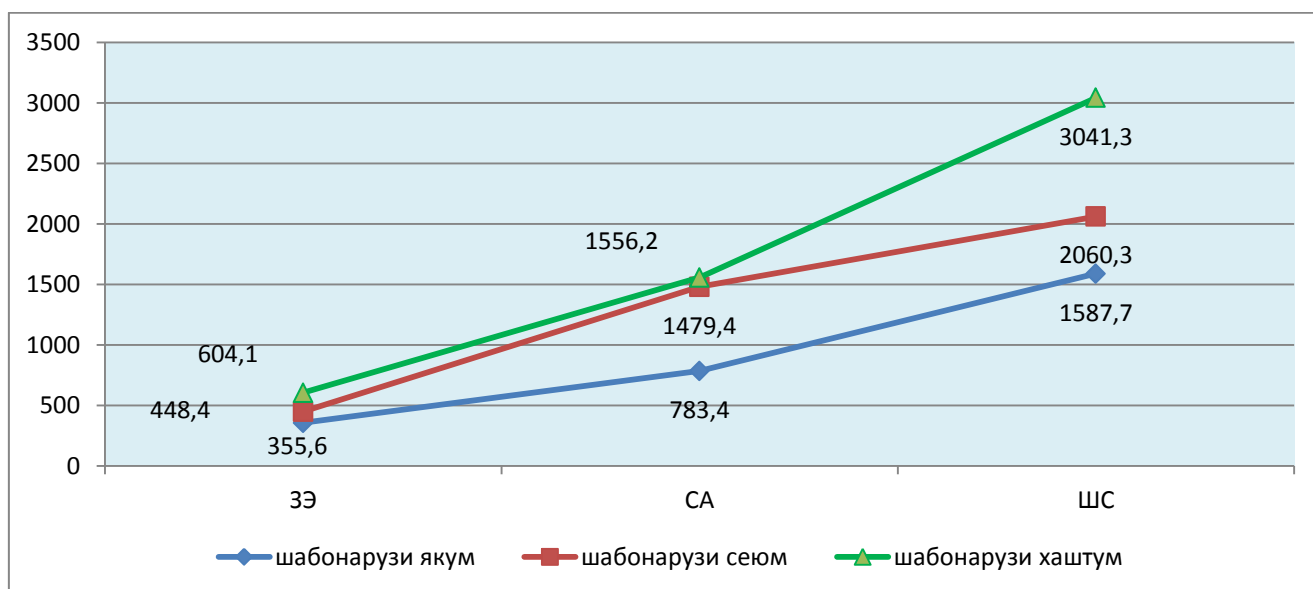
Эзоҳ: r_p – таҳлили коррелясионӣ мувофиқи критерияи Пирсон;

r_t – таҳлили коррелясионӣ мувофиқи меёри Кендалл.

APACHE II, acute physiology and chronic health evaluation II;

SOFA, sequential organ failure assessment;

Арзиши таъхисии пресепсин. Ҳангоми таҳлили нишондиҳандаҳои ПСП, ССР, IL-6 ва ПКТ дар гурӯҳҳои гуногуни марҳилаҳои перитонити паҳнғашта дар шабонарӯзҳои 1,3,8-и пас аз ҷарроҳӣ қайд карда мешавад, ки тамоюли назаррас ба баланд шудани сатҳи ПСП ҳангоми муқоиса кардани гурӯҳҳо аз рӯи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта дар давоми ҳафтаи аввали табобати интенсивӣ пас аз ҷарроҳӣ ($p \leq 0,03$) ба мушоҳида мерасад, ки инро дар ҳолатҳои ПКТ, сафедаи С-реактивӣ ё IL-6 ($p > 0,05$) дидан мумкин нест. Сатҳи ПСП (pg/ml) чунин буд (расми 5.5.):



Расми 5.5. – Динамикаи сатҳи пресепсин (n=160)

шабонарӯзи 1-ум: ЗЭ – 355,6 (56,1 то 465,1), СА– 783,4 (153,7 то 1004), ШС – 1587,7 (1294,2 то 2591);

шабонарӯзи 3-юм: ЗЭ – 448,4 (342,2 то 844,1), СА – 1479,4 (876,3 то 3211,4), ШС – 2060,3 (954,3 то 4114,2);

шабонарӯзи 8-ум: ЗЭ – 604,1 (289,3 то 943,1), СА – 1556,2 (859,2 то 2462,1), ШС – 3041,3 (1757,4 то 5407,3);

Арзиши ташхисии сатҳи ПСП дар муқаррар намудани марҳилаи шоки септикӣ (ШС) (AUC (Area Under Curve (масоҳат зери қатъат) =0,80) бо ҳамин гуна арзиши IL-6 (AUC=0,86) ва ПКТ (AUC=0,83) дар шабонарӯзҳои 1-уми табобати интенсивӣ пас аз ҷарроҳӣ (AUC тафовут, $p>0.05$) муқоисасаванда буд (ҷадвали 5.6.).

Ҷадвали 5.6. – Нишондиҳандаҳои биомаркерҳо барои ташхисгузори СА ва ШС рӯзҳои 1, 3 ва 8 баъд аз ҷарроҳӣ, бо масоҳати зери қатъат таҳлил шудааст (n=160)

AUC		ПСП	ИЛ-6	ПКТ	ССР
ш/р 1	ШС	0,80 (0,73-0,86)	0,86 (0,80-0,91)	0,83 (0,77-0,90)	0,62 (0,49-0,74)
		P = 0,0001	P = 0,0001	P = 0,03	P = 0,04
ш/р 3	СА	0,80 (0,70-0,91)	0,71 (0,60-0,81)	0,66 (0,52-0,80)	0,61 (0,49-0,74)
		P = 0,0001	P = 0,003	P = 0,02	P = 0,1
	ШС	0,72 (0,61-0,82)	0,76 (0,66-0,87)	0,66 (0,55-0,77)	0,72 (0,62-0,83)
		P = 0,0001	P = 0,0001	P = 0,01	P = 0,0001
ш/р 8	СА	0,77 (0,65-0,88)	0,73 (0,61-0,85)	0,68 (0,55-0,81)	0,65 (0,51-0,78)
		P = 0,0001	P = 0,001	P = 0,01	P = 0,04
	ШС	0,79 (0,66--0,92)	0,69 (0,55-0,83)	0,78 (0,65-0,92)	0,67 (0,53-0,81)
		P = 0,0001	P = 0,02	P = 0,001	P = 0,04

Эзоҳ: AUC - Area Under a Curve (масоҳат зери қатъат)

Дар шабонарӯзи сеюми баъди ҷарроҳӣ арзиши ташхисии ПСП (AUC=0,84) барои муқаррар кардани СА аз арзиши ташхисии ПКТ (AUC=0,69) (AUC тафовут, $p=0,05$) беҳтар буд ва бо арзиши ташхисии IL-6 (AUC=0,81) (AUC тафовут, $p>0.05$) муқоисасаванда буд. Он чиз ҷолиби таваҷҷуҳ аст, ки

сатҳи ПСП ($AUC=0,80$) ҳангоми муқоиса кардан бо IL-6 ($AUC=0,71$) ва ПКТ ($AUC=0,66$) дар шабонарӯзи сеюми пас аз ҷарроҳӣ имкониятҳои таҳлили арзишмандро нишон медиҳад. Аммо ПСП қобилияти фарқ кардани ШС-ро дар шабонарӯзи сеюми пас аз ҷарроҳӣ ($AUC=0,72$; яъне $<0,75$ захираи муайяншудаи AUC) надорад, ҳол он ки AUC IL-6 дар шабонарӯзи сеюм $0,76$ буд.

Дар шабонарӯзи 8-уми пас аз ҷарроҳӣ арзиши таҳлили ПСП барои гурӯҳҳои дорои СА (масалан, барои муқаррар кардани сепсис, AUC барои пресепсин = $0,82$) аён буд, ҳол он ки барои IL-6, ПКТ, ССР аз нишондоди $AUC \geq 0,75$ баланд набуд (ҷадвали 5.6.).

Сатҳи қатъ (*cut-off level*) аз рӯи меъёри ҳамоҳангии арзиши таҳлиси барои ПСП чунин буд: $\geq ЭИ = 300 \text{ pg/ml}$; $\geq АС = 530 \text{ pg/ml}$; $\geq СШ = 1320 \text{ пг/мл}$ – бо ҳассосияти минималӣ 89% дар муқаррарномаи СА ё ШС дар ҳама лаҳзаҳои вақт (ҷадвали 5.7.). Дар шабонарӯзи 1-ум, дар беморони дорои сатҳи ПСП $\geq 700 \text{ пг/мл}$ эҳтимоли (хатари нисбӣ) доштани ШС 9 маротиба аз беморони гурӯҳҳои дигар зиёд буд. Махсусият 77% буда, арзиши мусбати пешгӯикунӣ (АМуП) 74% ва арзиши манфии пешгӯикунӣ (АМаП) 92% буд, бо ҳамин дақиқии озмоиши таҳлиси то 82% мерасад (ҷадвали 5.7.). Дар шабонарӯзи 3-юм АМсП ПСП ақаллан то 82% буд, ки ба камтарин миқдори беморони дорои таҳлиси ғайриҳақиқӣ-манфӣ мувофиқат мекунамд (ҷадвали 5.7.).

Ҷадвали 5.7. – Меъёрҳои пресепсин барои таҳлискунии СА ва ШС (n=160)

Муҳлат	Марҳила	AUC	Сатҳи буриш пг/мл	Саҳеҳӣ	Ҳассосият %	Мушаххасот %	АМуП	АМаП	Хатари нисбӣ	p
ш/р 1	ШС	0,80	700	82	91	77	74	92	8,9	0,0001
ш/р 2	СА	0,80	600	80	91	54	82	71	2,9	0,0001
ш/р 3	СА	0,77	600	66	92	41	60	84	3,8	0,001
	ШС	0,79	700	50	89	38	31	92	3,7	0,03

Эзоҳ: AUC - Area Under a Curve (масоҳат зер қатъ)

АМуП - арзиши мусбати пешгӯикунӣ

АМаП - арзиши манфии пешгӯикунӣ

Арзиши пешгӯикунандагии ПСП. Нишондиҳандаҳои фавтият 63,2% (12/19) буд. Сатҳи ПСП дар беморони фавтида назар ба беморони зиндамонда ($p=0,008$) хеле баланд буд. Арзиши пешгӯикунандаи AUC ПСП дар ҳама лаҳзаҳои вақт аз ҷиҳати омӯри муҳим буд. AUC ПСП аз ҷиҳати миқдор дар муқоиса бо AUC IL-6 (ба истисноии шабонарӯзҳои 1-ум, AUC ПСП=0,64), аммо AUC барои ПСП ва IL-6 ба таври эътимодноқ фарқ надошт ($p>0.05$) (ҷадвали 5.6.) зиёд буд. Ҷадвалҳои APACHE II ва SOFA ягона нишондиҳандаҳои боаҳамияти пешгӯикунандаи фавтият ҳастанд, дар ҳоле ки AUC-и онҳо ба таври эътимодноқ аз AUC ПСП ($p>0,05$) фарқ надошт. Сатҳи ПСП ва IL-6 ($p<0,001$) дар беморони дар шабонарӯзҳои 1,3 ва 8-и пас аз ҷарроҳии фавтида ба таври назаррас хеле баланд буд (расми 5.6.). Сатҳи ПСП ҳам дар зиндамондагон ва ҳам дар фавтидагон дар давоми ҳафтаи якуми пас аз ҷарроҳӣ фарқ намекард, ҳол он ки сатҳи IL-6 ҳам дар зиндамондагон ва ҳам дар фавтидагон кам шуд ($p<0,001$). Сатҳи ПСП махсусан дар беморони аз ШС фавтида (медианаи ПСП: 2060 пг/мл, фосилаи байниквартيلي 954 то 4114 пг/мл, $n=12$) дар муқоиса аз беморони зиндамондаи дорои ШС (медианаи ПСП: 1234 пг/мл, фосилаи байниквартيلي 717 до 3420 пг/мл, $n=7$), ки дар рӯзи бистаришавӣ чен карда шудааст, хеле баланд ($p=0,02$) буд.

Дар беморони дорои нишондиҳандаҳои нисбатан баланди сатҳи ПСП дар кватили 4-ум нисбат ба шабонарӯзҳои 1-ум ва 8-уми пас аз ҷарроҳӣ эҳтимоли фавт 6,8 маротиба бештар буд. Баъди ислоҳ даровардан ба синну сол, чинс, креатинин, миқдори рӯзҳои дар шӯбаи табобати интенсивӣ будан ва арзёбӣ кардан аз рӯи ҷадвали APACHE II, сатҳи пресепсин, ки дар рӯзҳои 1 ва 8-ум чен карда шуда буданд, арзиши хеле баланди пешгӯикунандагии онҳоро барои фавтидан аз ҳамаи сабабҳо нишон доданд. Сатҳи пресепсин дар рӯзи 3-юм ба таври эътимодноқ бо оқибати номусоид, танҳо дар моделҳои якченақдори Кокс, вобастагӣ дошт. Ҷолиби диққат он аст, ки IL-6 барои фавт дар ҳама вақтҳои замони табобат дар ШРТИ арзиши бузурги пешгӯикунии дорад. Бо иваз кардани APACHE II ба ҷадвали SOFA, дар ҷорҷӯбаи моделҳои регрессияи Кокс барои пешгӯикунии фавт аз ҳамаи сабабҳо нигоҳ накарда, пресепсин арзиши

пешгӯикунандагии худро рӯзҳои 1-8-уми табобат дар ШРТИ (диапазони муносибатҳои хатар аз 1,9 то 11,7; $p=0,04$) нигоҳ доштааст. Бо вуҷуди ин, ПСП дар модели ислоҳшудаи Кокс дар рӯзи 3-юми табобат дар ШРТИ аҳамияти омории надошт. Баръакс, IL-6 дар ҳама нуқтаҳои замони табобат дар ШРТИ (диапазони муносибатҳои хатар аз 1,8 то 8,5; $p=0,0001$) арзиши баланди пешгӯикунӣ дошт.

Дар таҳқиқоти мо арзёбии муқоисавии арзиши ташҳисӣ ва пешгӯикунии sCD14-ST, яъне пресепсин бо ПКТ, IL-6, ССР дар беморони дорои сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ дар давоми шабонарӯзҳои 1, 3 ва 8-уми пас аз ҷарроҳӣ анҷом дода шудааст.

Пеш аз ҳама намоиш дода шуд, ки санҷиши сатҳи пресепсин барои марҳилаҳои гуногуни муқоисашавандаи перитонити паҳнғашта арзиши ташҳисӣ дорад. Нишондиҳандаҳои «остонавии» ташҳисӣ дар сатҳи 200 пг/мл барои ЗЭ, ҳангоми 530 пг/мл ва зиёда барои СА ва ≥ 1320 пг /мл ҳангоми ШС муқаррар карда шуда буданд, ҳассосияти на камтар аз 89% ва AUC-и минималӣ на камтар аз 0,77 ба даст оварда шудааст. IL-6 ШС дар шабонарӯзҳои 1 ва 3 ва СА дар шабонарӯзи 3 танҳо AUC-и дискриминатсионӣ дошт (яъне $AUC > 0,75$).

Дар таҳқиқоти мо сатҳи пресепсин барои тафовут намудани шоки септикӣ дар шабонарӯзи 3-юми давраи пас аз ҷарроҳӣ аҳамияти сусти ташҳисӣ дорад. Сабаби ин метавонад тӯлонӣ будани нисфи ҳаёти пресепсин бошад, бо нигоҳ доштани сатҳи баландтарини он то, ақаллан, 3-м рӯзи давраи пасазҷарроҳӣ, ки метавонанд ба инкишофи норасоии шадиди гурдаҳо дар беморони дорои СА ва ШС вобаста бошад [181].

Дар шабонарӯзи 8-уми пас аз ҷарроҳӣ ва табобат дар ШРТИ пресепсин бори дигар дискриминатсияи ташҳисиро барои беморони дорои шоки септикӣ нишон дод.

Мутаносибан, бо мақсади интихоб намудани тактикаи оптималии табобати перитонити паҳнғашта бояд арзёбии арзиши ташҳисӣ ва пешгӯикунии ҳар як бемори дорои сепсиси абдоминалӣ ҳарчӣ барвақттар, ҳангоми мувоҷиҳат дар ШРТИ, гузаронид.

Таҳқиқоти мазкур нишон дод, ки сатҳи пресепсин ба як қатор параметрҳои муҳими ШРТИ вобаста аст, ки шиддатнокӣ ва вазнинии сепсиси абдоминалӣ ва шоки сетикиро дар когорти мо (масалан, коррелятсияи назаррас бо ҷадвалҳои APACHE II ва SOFA, шабонарӯзи давраи пас аз ҷарроҳӣ ва табобати интенсивӣ, давомнокии тафсияи (вентилятсияи) сунъии шушҳо ва рӯзҳои табобат бо катехоламинҳо) инъикос мекунад.

Коррелятсияи байни пресепсин ва биомаркерҳои илтиҳобӣ, монанди ССР, IL-6 ва ПКТ, ҳамчун идомаи фаъолшавии системавии биомаркерҳои илтиҳобӣ ҳангоми сепсиси абдоминалӣ ва шоки сетикӣ, метавон шарҳ дод.

Санҷиши сатҳи пресепсин дар таҳқиқоти мо қобилияти арзишманди пешгӯикунӣ фавайтро аз ҳамаи сабабҳо дар муқоиса бо ПКТ ва ССР, пай дар пай дар давоми 1,3,8 шабонарӯзи пас аз ҷарроҳӣ, ва табобати интенсивӣ дар ШРТИ, нишон дод.

Ҷадвалҳои APACHE II ва SOFA низ арзиши худро, дар пешгӯӣ кардани фавайт ҳангоми сепсиси абдоминалӣ, нишон доданд. IL-6 – ягона биомаркери илтиҳобии бо арзиши пешгӯикунанда дар ҳама вақти замона мебошад, ки ҳам дар Statistica 10.0 ва ҳам дар модели регрессияи бисёрвариантии Кокс бо дарназардошти синну сол, ҷинс, рӯзҳо, табобати интенсивӣ в ҷадвалҳои APACHE II ва SOFA намоиш дода мешавад.

Ҳамин тавр, таҳқиқоти мазкур бори дигар тасдиқ кард, ки ҳам пресепсин ва ҳам IL-6 биомаркерҳои пурзӯри пешгӯикунанда дар беморони дорои сепсиси абдоминалӣ ва шоки сетикӣ мебошанд. Дар асоси натиҷаҳои пешниҳод кардашуда метавон гуфт, ки арзёбии хусусиятҳои таххискуни в пешгӯикунӣ панели биомаркерҳо (комбинатсияи пресепсин бо ПКТ, ССР ва IL-6) дар беморони дорои сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ, аҳамияти бузург дорад. Воситаҳои иловагии клиникӣ, монанди арзёбии пешгӯии хатар (масалан, истифода кардани ҷадвали APACHE II ё SOFA) метавонад, ки маълумоти мушаххас диҳад, замоне ки натиҷаи безътимод ё манфии биомаркерҳои ҷудогона (масалан ССР ё ПКТ) яқин аст.

5.4. Патогенези шоки септикӣ ҳангоми авҷгирии перитонити паҳнғашта

Манбаи асосии пресепсин дар инсон моноситҳо ба ҳисоб мераванд, аз ин рӯ пресепсин метавонад, ки ба таври ғайримустақим ба ғаълонокии функционалии моноситҳо ишора кунад [167].

Маркерҳои сепсис дар беморон ҳамчунин бо мақсади муайян намудани иттилоотнокии онҳо дар арзёбии нақши моноситҳо дар патогенези перитонити паҳнғашта, мавриди омӯзиш қарор гирифтанд. Этиологияи перитонити паҳнғаштаи 160 бемори таҳқиқшуда дар расми 5.4. оварда шудааст. Арзёбии ретроспективии авҷгирии ПП дар беморон мувофиқи мавқеъҳои базавии консесуси «Sepsis-3» ва таснифи худӣ мо оид ба марҳилаҳои ПП, гузаронида шуд: 1 – захролудшавии эндогенӣ (ЗЭ) – қадвали qSOFA-1 ҳол (тағйир ёфтани ҳуш, ФШ систоликӣ ≤ 100 ммHg, суръати нафаскашӣ > 22 /дақ.); 2) сепсиси абдоминалӣ (СА) – дисфунксияи полиорганӣ, тағйироти шадид дар миқдори умумии ҳолҳо аз рӯи қадвали SOFA ≥ 2 дар асари сирояти абдоминалӣ; 3) шоки септикӣ (ШС) – сепсис дар заминаи гипотензияи боқимонда, ки воридсозии вазопрессорҳоро барои нигоҳдории ФШ миёна ≥ 65 ммHg, сатҳи лактат > 2 ммол/л (нишондиҳандаи вазнинии ҷараёни сироят), дар заминаи табобати муносиби инфузионӣ талаб мекунад. Мутаносибан беморон ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи якум (захролудшавии эндогенӣ) – 95 бемор, гурӯҳи дуюм (сепсиси абдоминалӣ) – 46 бемор, гурӯҳи сеюм (шоки септикӣ) – 19 бемор.

Арзёбии интегралӣ нишондиҳандаҳои вазнинии ҳолати беморон аз рӯи қадвали APACHE II ва қадвали SOFA ба ҳадди максималӣ мутаносибан $18,5 \pm 0,5$ ҳол ва $4,2 \pm 0,1$ ҳол буд (қадвали 5.8.). Дар гурӯҳи якуми беморони гирифтори перитонити паҳнғашта оид ба набудани НПО ишораҳои мустақим набуд, аммо мувофиқи қадвалҳои APACHE II ва SOFA эҳтимоли пайдо шудани СА дар минбаъда баланд буд. Дар гурӯҳҳои дуюм ва сеюми беморон эҳтимоли авҷгирии беморӣ ҳамчун паст пешгӯӣ карда мешуд, гарчанде пешгӯии оқибати номусоиди беморони алоҳидаи фавтида, баланд буд.

Чадвали 5.8. – Омилҳои арзёбии ҳолат мувофиқи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта (n=160)

Нишондиҳанда	Гурӯҳи 1	Гурӯҳи 2	Гурӯҳи 3	P
	ЗЭ (n=95)	СА (n=46)	ШС (n=19)	
АРАСНЕ II (хол)	13,8±0,5	16,1±0,4 p ₁ <0,001	18,5±0,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Шохиси Мангеймий перитонит (хол)	22,0 [20,0; 22,0]	25,0 [24,0; 25,0] p ₁ =0,000 (z =8,92)	25,0 [24,0; 28,0] p ₁ =0,000 (z =7,35) p ₂ >0,05 (z =0,90)	=0,000 (df =2; H =111,6)
SOFA (хол)	3,3±0,2	3,7±0,1 p ₁ <0,01	4,2±0,1 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Пресепсин (пг/мл)	355,6±8,6	783,4±24,0 p ₁ <0,001	1587,7±70,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Омили некрози омос-α (пг/мл)	105,5±7,2	853,3±208,4 p ₁ =0,000(z=8,49)	24,5±13,3 p ₁ =0,000 (z =4,82) p ₂ =0,000 (z =10,1)	=0,000 (df =2; H =120,9)
Фавтидагон	—	—	12	—

Эзоҳ: p – аҳамияти омори тафовути нишондиҳандаҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (мувофиқи H-меёри Крускал-Уоллис);

p₁ – аҳамияти омори тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи 1;

p₂ – аҳамияти омори тафовути нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи 2 (p₁, p₂ – мувофиқи U-меёри Манн-Уитни).

Сатҳи ОНО-α дар беморони марҳилаи шоки септикӣ ба таври эътимоднок назар ба беморони марҳилаи захролудшавии эндогенӣ ва сепсиси абдоминалӣ паст буд – 24,5±13,3 пг/мл, ва дар баробари ин ҳангоми пайдо шудани СА сатҳи ОНО-α аз ҳамин гуна нишондиҳанда дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ баландтар буд – 105,5±7,2 ва 853,3±208,4 пг/мл мутаносибан. Нишондиҳандаи ОНО-α дар беморони фавтида дар таҳқиқоти мо боз ҳам пасттар буд – 4,8±0,8 пг/мл (чадвали 5.9.).

Чадвали 5.9. – Миқдори ОНО-α вобаста ба оқибати шоки септикӣ (n=19)

Нишондиҳанда	Зинда мондагон (n=7)	Фавтидагон (n=12)	p
Омили некрози омос-α (пг/мл)	58,1±8,8	4,8±0,8	=0,000 (U =0,00; z =3,51)

Эзоҳ: p – эътимоднокии омори тафовути нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (бо U-меёри Манн-Уитни)

Ин аз паст шудани қобилияти моноситҳо ҷудо кардани миқдори кофии ситокинҳои илтиҳобӣ дар ҷавоби агрессияи эндотоксинӣ, хангоми перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ, гувоҳӣ медиҳад. Дар беморони зиндамонда яқинан моноситҳое, ки ОНО-α ($58,1 \pm 8,8$ пг/мл) ҳосил мекунад, нисбатан зиёданд.

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

Сатҳи пресепсин дар марҳилаи ЗЭ, СА ва ШС мутаносибан $355,6 \pm 8,6$, $783,4 \pm 24,0$ ва $1587,7 \pm 70,5$ пг/мл-ро ташкил медиҳанд. Нишондиҳандаҳои ҷадвалҳои интегралӣ APACHE II, SOFA, MPI, ки дар таҳқиқоти мо бо марҳилаҳои ПП коррелятсия мешаванд, вобастагии дақиқи байни вазнинии ҷараёни ПП ва нишондиҳандаи пресепсинро инъикос мекунад. Нишондиҳандаҳои сатҳи пресепсин дар плазмаи хун ба афзоиш майл дошт, ки баробари авҷгирии СА сураат мегирифт.

Ҳамин тариқ, муайян намудани пресепсин барои муқаррар кардани далели мавҷудияти ҷараёнҳои регенераторӣ дар эндотелии осебдида аҳамияти хоса дорад, онро бо мақсади ташҳиси ҷараёни ПП истифода бурдан мумкин аст. Дар баробари ин, масъалаи аҳамияти ташҳисӣ ва пешгӯикунии сатҳи ХПЭ-и даврзананда, аз ҷумла ҳуҷайраҳои CD14– ва CD14+, кушода боқӣ мемонад, ки ин зарурати гузаронидани таҳқиқотҳои минбаъдaro дар ин самт ба миён меоварад.

Бо вучуди мавриди истифода қарор додани маҷмӯи тадбирҳои муосири воситаҳои ҷарроҳӣ (бартараф ё маҳдуд намудани манбаи перитонит, найчагузории рӯдаи борик бо мақсади декомпрессия ва барои минбаъд гузаронидани лаважи энтералӣ ё энтеросорбсия, поксозии марҳилавии ковокии шикам (релапаротомияи барномавӣ) аз рӯи нишондод, табобати

интенсивӣ (ислоҳи ихтилолҳои гемодинамика, муътадилсозии мубодилаи газҳо ва оксигентаъминсозии муносиб, табобати зиддимикробӣ, иммунотерапия, усулҳои экстракорпоралии детоксикация, кортикостероидҳо, ғизои парентералӣ, гормонҳои анаболикӣ, инсулин, ингибиторҳои ферментҳои протеолитикӣ, витаминҳо, доруҳои пешоброн) бахшидани наҷот ба 12 бемор муяссар нагардид. Аз ҷумлаи беморони дорои шоки септикӣ онҳо 63,2%-ро ташкил доданд – мардҳои аз 70-сола боло 2 нафар, ки дар яқтои онҳо тағйироти возеҳи морфологӣ дар ковокии шикам, бо давомнокии перитонит дар заминаи ногузароии шадиди рӯдаҳо 7 шабонарӯз, 9 бемор инчунин бо равиши возеҳи фиброзӣ-фасодӣ ва чараёнҳои абсай дар ковокии шикам, 1 бемор бо перитонити ҳангоми сӯрохшавии рӯда ва онкопатологияи ҳамрав буданд. Таҳқиқот нишон дод, ки авҷгирии шоки септикӣ дар беморони дорои бемориҳои ҳамрав дар гурӯҳи беморони синну соли калон дар заминаи тағйиротҳои вазнини морфологӣ дар ковокии шикам, эҳтимолан ба инкишофи иммунодепрессия алоқаманд аст, ки дар натиҷаи маҳв шудани вазифаи моноситҳо ба амал меояд, ки сабаби кам шудани ҳосилшавии маҳсулоти ОНО-α ва суғуст шудани чараёни регенераторӣ дар эндотелии рағҳо мешавад. Чунин ҳолат дар натиҷаи ҳам кам шудани миқдори моноситҳо бар асари апоптоз ва ҳам суғуст шудани экспрессияи CD14 ба моноситҳо ба миён меояд [71]. Ҳамин тариқ, маҳв шудани функцияи моноситҳо яке аз механизмҳои асосии патогенетикии авҷгирии шоки септикӣ ва фавти беморон ҳангоми перитонити паҳнғашта мебошад.

БОБИ 6

ИНТИХОБИ ТАКТИКАИ ТАБОБАТИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА ДАР АСОСИ ПЕШГЌИИ ОҚИБАТИ ОН

6.1. Пешгўии оқибатҳои перитонити паҳнғашта ва тафриқагузори тактикаи табобат тавассути ҳолҳои ҷадвали арзёбии вазнинии ҳолат

Концепсияи муосири табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта муносибатҳоро ба интиҳоби тактикаи ҷарроҳӣ, вобаста ба намуди рашҳа, тафриқа месозад. Ба мақсад мувофиқ будани усули анъанавӣ ҳангоми перитонити серозӣ ва фиброзӣ собит шудааст. Натиҷаҳои ғайриқаноатбахши табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғаштаи фасодӣ, ки дар рафти истифода аз усулҳои анъанавӣ ба даст омадаанд, барои таҳия ва ба таҷрибаи ҷарроҳӣ васе татбиқ кардани усули кушода – реллапаротомияҳои барномавӣ (РБ) асос шуданд. Интиҳоби усул ба сифати арзёбии маълумоти ибтидоӣ вобаста аст, ки муҳимтарини онҳо чунинанд: маълумоти дохилиамалиётӣ ва натиҷаҳои таҳқиқи пеш аз ҷарроҳӣ.

Барои омӯзиши таъсири маҷмӯи аломатҳои пасазҷарроҳӣ ба натиҷаҳо аз меъёрҳои истифода мебаранд, ки аз нигоҳи омӯрӣ конюгатсияи назарраси ду параметрро тасвир мекунанд (аломат – варианти натиҷа). Мо барои арзёбии омӯрӣ меъёрҳои конюгатсияи Пирсон, Чупров, омили ғайрипараметрии χ^2 -ро ба кор бурдем. Аз андозаҳои ниҳонии ҷадвал боло будани ин меъёрҳо, нишонҳои вобастагии андозаҳои тести таҳлилии пешазҷарроҳӣ ва натиҷаи табобат мебошанд. Дар асоси омили барои озмоиш интиҳобшуда, тавассути воситаҳои омӯрӣ муайян кардани ҳам пешгўии натиҷаҳо ва ҳам интиҳоби усули ба мақсад мувофиқтари табобати ҷарроҳии ПП, мумкин аст.

Барои экспресс-таҳлиси эҳтимоли ғавт ва оптималӣ кардани интиҳоби тактикаи ёрии ғаврӣ ҳангоми ПП мо ҷадвали пешгўиро таҳия намудаем, ки имкон медиҳад ки вазнинии перитонит ҳолисонатар арзёбӣ карда шавад ва интиҳоби тактикаи табобат бо дарназардошти «шоҳиси перитонит» ва ғоизи ғавтияти пешгўишаванда (ҷадвали 4.3.) оптималӣ қунонда шавад.

Мувофиқи андозаҳои чадвал, 188 бемор бо бемориҳои узвҳои ковокии шикам, ки бо ПП ориздор шудаанд, дар шуъбаҳои ҷарроҳии Муассисаи давлатии маркази ёрии таъҷилии тиббии шаҳри Душанбе дар давраи аз моҳи март соли 2004 то декабри соли 2013 ба 3 гурӯҳ тақсим шуда буданд ва нисбати онҳо тактикаи муносиби табобатӣ ба қор бурда шуд. Синну соли беморон аз 15 то 81-сола, бо синни миёнаи 38,5 сол буд. Мардон 113 (60%), занон 75 (40%)-ро ташкил медоданд.

Нозологияҳои асосие, ки сабабгори перитонити паҳнғашта шуданд, инҳо буданд: сӯрохшавии узви ковок - 70 (37,2%), ногузароии шадиди рӯдаҳо – 54 (28,7%), илтиҳоби деструктивии кирмрӯда – 46 (24,5%), холесистити деструктивӣ – 5 (2,7%), панкреонекроз – 5 (2,7%), патологияҳои дигар – 8 (4,2%). Аз байни беморони мавриди мушоҳида нафароне бештар буданд, ки раванди бемориашон вазнин мегузашт (арзёбӣ ба вазнинии ҳолати ҷисмонӣ аз рӯи чадвали SAPS анҷом дода шуд). Баҳисобгирии маълумоти таҳқиқи беморон, бо шумули нишондиҳандаҳои клиникӣ ва озмоишӣ, анҷом дода шуд. Барои муайян намудани вазнинии захролудшавӣ ва сепсиси абдоминалӣ сатҳи лейкоцитҳои хун, суръати таҳшиншавии эритроцитҳо (СТЭ), шохиси лейкоцитарии масмумият мувофиқи Калф-Калиф, сафедаи С-реактивӣ, молекулаҳои миёнавазн таҳқиқ шуданд.

Тайёрии пешазҷарроҳии беморони гирифта ба перитонити паҳнғашта ба таваҷҷӯҳи хоса меарзад. Вазифаи асосии тайёрии пешазҷарроҳӣ пешгӯикунӣ ва пешгирӣ аз бадшавии эҳтимолии ҳолати беморон дар рафти беҳискунӣ мебошад. Беҳискунӣ метавонад боис ба қатъшавии механизмҳои ҷаброни гемодинамика аз ҳисоби таъсирҳои рагвасеъкунанда ва инотропии манфӣи доруҳои истифодашаванда гардад. Дар робита ба ин, омилҳои бениҳоят муҳим барои пешгӯии табобати ҷарроҳӣ тасҳеҳи бодикқати пешазҷарроҳии мақоми волемикии бемор ба ҳисоб меравад.

Вазифаҳои асосии табобати қаблазҷарроҳии беморони дорони перитонит дар чадвали 6.1 муаррифӣ шудаанд.

Чадвали 6.1. – Нишондиҳандаҳои тайёрии пешазҷарроҳии беморон бо перитонити паҳнғашта (n=188)

Параметр	Сатҳи лозимии ислохот
Ф/Ш миёна	На пасттар аз 55 – 60 мм с. с.
ФМВ	На пасттар аз 10 см с. о.
Тапиши дил	На зудтар аз 120 дар як дақиқа
Оксигенатсия	$SpO_2 \geq 95 \%$
Диурез	На камтар аз 0,5 мл/кг/с
Норасоии асосҳо	На камтар аз –5
Лактат	На зиёдтар аз 1,6 ммоль/л
Гемоглобин	На камтар аз 90 г/л

Арзёбии клиникий норасоии моеи беруниҳуҷайравӣ мушкилоти муайян дорад. Ҳангоми парези рӯда дар равзанаи он 1500-3000 мл ва зиёда аз он моеъ секвестр мешавад. Дар беморони эмин бо имкониятҳои хуби ҷубронии низоми дилу рағҳо аломатҳои клиникавии гиповолемия метавонанд ҳангоми 15-20% норасоии ҳаҷми моеи гардишкунанда зоҳир шавад.

Дар натиҷаи таҳлили 188 таърихи бемории таҳқиқшуда бо дарназардошти оқибати табобати онҳо ба хулоса омада шуд, ки тайёрии стандартии пешазҷарроҳӣ дар беморони гирифтори перитонит набояд аз 2-3 соат беш бошад. Дар ҳолатҳои махсус (гиповолемияи вазнин, норасоии баръалои дилу рағҳо) тайёрии пешазҷарроҳӣ метавонад то 4 соат тӯл дода шавад.

Ғайриимкон будани ноилшавӣ ба сатҳи лозимаи тасҳеҳ дар муҳлати ишорашуда, барои минбаъд мавқуф гузоштани амалиёти ҷарроҳӣ асос намегардад.

Тайёрии пешазҷарроҳӣ ва мониторинг: катетергузорӣ ба ду рағ (яке аз онҳо марказӣ), найчагузорӣ ба масона, насби найчаи назогастралӣ, оксигендармонӣ тариқи ниқоби рӯй, инфузияи маҳлулҳои кристаллӣ ва коллоидӣ дар ҳаҷми на кам аз 1500-2000 мл, ворид кардани маводи доругие, ки рН-и таркиби дохили меъдари баланд мекунад (таҳдиди регургитатсия ва аспиратсия); ингибиторҳои помпаи протонӣ (омепразол, 40 мг дохилирағӣ) ё муосиракунандагони H_2 -ретсепторҳо (ранитидин, 50 мг дохилирағӣ).

Дар давраи ибтидоии перитонит, бе ихтилоли кофӣи гомеостаз, зарурат ба тайёрии тӯлонии пешазҷарроҳӣ вуҷуд надорад. Истисноро беморони

солхӯрда ва дорои патологияи ҳамрав ташкил медиҳанд, вақте зарурат ба тасҳеҳи зухуроти патологие ки ҳолати беморро вазнин мекунад, мавҷуд аст. Дар давраи инкишофи сепсиси абдоминалӣ вазифаи аввалиндараҷаи тайёрии пешазҷарроҳӣ ин мубориза бо шоки септикӣ ва гиповолемӣ аст. Дар баробари тадбирҳои умумии беҳдоштӣ, ҳолӣ кардани меъда ба воситаи найча ва тариқи катетергузории масона барои назорати диурези ҳарсоата тайёрии пешазҷарроҳӣ дар шароити перитонити паҳнғашта иҷрои се вазифаи асосиро дар бар мегирад.

Вазифаи аввалин ба таври комплексӣ ҳал мешавад ва иборат аз рафъи дегидрататсияи бофтавӣ, гиповолемия ва ихтилолҳои электролитӣ мебошад. Он бо роҳи инфузияи маҳлулҳои изотоникии полиионӣ бо таносуби 30-50 мл сари ҳар 1 кг вазни бадан дар речаи гемодилютсия иҷро мегардад. Табобати инфузионӣ бо воридкунии маводҳои сафедавӣ ва коллоидӣ анҷом дода мешавад.

Муҳлати миёнаи тайёрии пешазҷарроҳӣ 2-4 соатро ташкил медиҳад. Ҳаҷми умумӣ ва таркиби сифатии терапияи инфузиониро ҷиҳатҳои зерин муайян мекунад:

- норасоии моеъ;
- ҳаҷми моеи плазматикӣ ва интерститсиалӣ;
- ҳаҷми дақиқагии дил;
- муқовимати умумии канорӣ рағҳо;
- ҳаҷми зарбавии дил;
- дар ҳолатҳои махсусан вазнин – ихтилолҳои электролитӣ.

Вазифаи дуюми тайёрии пешазҷарроҳӣ аз тасҳеҳи доругии ихтилолҳо, ки сабабашон равандҳои илтиҳобӣ, захролудшавии эндогенӣ ва бемориҳои ҳамрав мебошанд, иборат аст, агар барои ин нишондодҳо вучуд дошта бошанд. Инҳо пеш аз ҳама тадбирҳои равона ба мубориза бо дард (воситаҳои бедардкунандаи зиддигистаминӣ, блокадаҳои новокаинӣ), доруҳои дил (коргликон, строфантин), кортикостероидҳо, оксигенотерапия ҳастанд.

Вазифаи сеюми муҳимтарин иборат аз таъмини шурӯи барвақтии табобати зиддибактериявии муносиб аст. Тавре маълум аст, амалиёти ҷарроҳӣ

бо осебёбии механики ногузири монеаҳои боқимондаи биологӣ алоқаманд аст, ки манбаъҳои деструксияи илтиҳобӣ ва микробиосенотҳои рӯдаро ҷудо месозад. Аз ин сабаб зарурати ба вуҷуд овардани тамаркузи табобатии пешгирандаи антибиотикҳо дар бофтаҳое, ки ҳанӯз ҷараёни сироятӣ ба онҳо таъсир нарасондааст, пайдо мешавад. Антибиотикдармонии эмпирикиро ҳангоми перитонит ҳанӯз то оғози амалиёти ҷаррохӣ оғоз карда, то ворид кардани онҳо дар давраи баъдичаррохӣ идома медиҳанд. Барои ноилшавӣ ба таъсири зуд ва ҳаддалимкон антибиотикҳоро бо усули доҳилирагӣ ворид мекунам. Речаҳои дармони антибиотикии эмпирикӣ бояд маводеро дар бар гиранд, ки ба ҳамаи штаммҳои маълуми аз лиҳози клиникӣ аҳамиятдор таъсир дошта бошанд.

Ҳангоми перитонити вазниниаш муътадил ва миёна ба сефалоспоринҳои насли 3-юм бартарӣ бояд дод - Медосеф, Сефобид (сефоперазон) – 1 г доҳилирагӣ 12 соат пас; Фортум (сефтазидим) – 1-2 г доҳилирагӣ 8-12 соат пас; Медаксон, Ротсефин, Тертсеф (сефтриаксон) – 1-2 г доҳилирагӣ 8-12 соат пас ё пенитсиллинҳои нимсинтетикӣ, ки нисбати пенитсиллиназа муқовиматноканд – Уназин (амписиллин+сулбактам) – 3 г доҳилирагӣ 6 соат пас ё фторхинолонҳо – Таваник (левофлоксатсин) – 0,5 г 12 соат пас дар якҷоягӣ бо маҳсулоти нитроимидазол – Мератин (орнидазол) – 0,5 г доҳилирагӣ 12 соат пас.

Табобати шаклҳои вазнини перитонитро аз қорбурди карбапенемҳо шурӯъ бояд кард — Тиенам (имепенем-селастати́н) – 1 г 6 соат пас; Меронем (меропенем) – 1 г 8 соат пас ё фторхинолонҳо – Тебрис (гатифлоксатсин) – 0,4 г доҳилирагӣ 24 соат пас; Авелокс (моксифлоксатсин) – 0,4 г доҳилирагӣ 24 соат пас ё сефалоспоринҳои насли 4 – Максипим (сефепим) – 2 г 12 соат пас дар якҷоягӣ бо линкозамидҳо – Далатсинс (клиндами́тсин) – 0,6 г доҳилирагӣ 6 соат пас ё маҳсулаҳои нитроимидазол – Мератин (орнидазол) – 0,5 г доҳилирагӣ 12 соат пас. Дар хотир бояд дошт, ки қорбурди тӯлонии антибиотикҳо бояд бо воридкунии маводҳои зиддизанбуруғӣ – Дифлюкан, Флуконазол ҳамбаста бошад.

Интихоби гурӯҳҳои мушаххаси доруворӣ ва нақшаи корбарии онҳо вобаста ба арзёбии мақоми функционалии организм амалӣ мегардад, ки бо ҳисоби ҳолҳо мувофиқи яке аз ҷадвалҳои SAPS, SOFA ё APACHE II муайян карда мешавад.

Давомнокии тайёрии пешазҷарроҳӣ алоқаманд ба вазнинии ҳолати бемор ва дараҷаи беморист, аммо дар маҷмӯъ бояд ба ҳисоби миёна 2-4 соатро ташкил диҳад. Тӯл додани омодакунӣ натанҳо бефоида, балки баъзан, ҳангоми захролудшавии афзоианда зараровар ҳам ҳаст. Ченаки асосии таъсирнокии тайёрии пешазҷарроҳӣ беҳшавии ҳолати бемор аст, бинобар ин он аз рӯи ҳаҷм бояд мутаносиб буда, бо назорати гемодинамика (набз, фишори шараёнӣ, фишори марказии рағӣ, ҳаҷми хуни даврзананда) ва диурез анҷом ёбад. Тайёрии пешазҷарроҳӣ бояд терапияи зарурии инфиродии ислоҳкунандаро дар бар гирад, ки ба меъёрӣ кардани вазифаҳои ҳаётан муҳими организм равона гардидааст. Дар баробари ин ислоҳи оптималии ихтилолҳои гемодинамика, тавозуни обу электролитӣ ва ҳолати кислотаю ишқорро дар вақти маҳдуди тайёрии пешазҷарроҳӣ амалӣ намудан ғайриимкон аст. Аз ин рӯ кофист сатҳи фишори марказии рағӣ ва фишори шараёнӣ бардошта шуда, суръати набз коҳиш ва диурез афзоиш дода шаванд. Маъмулан то ҷарроҳӣ дар шароити ШРТИ ҳаҷми умумии инфузия аз 1 то 2 литрро бо суръати баланд тариқи 2-3 рағи шараёнӣ ташкил медиҳад.

Агар ҳатто дар давоми вақти номбаршуда нишондиҳандаҳои гемодинамика ва кори гурдаҳо беҳтар нашаванд, ҷарроҳиро набояд мавқуф гузошт. Ҳарчанд пешгӯӣ дар ин гуна ҳолатҳо хеле шубҳаовар аст, табобати бисёрунсураи инфузионӣ, ки дар давраи пешазҷарроҳӣ оғоз ёфтааст, дар мизи ҷарроҳӣ идома меёбад.

Низоми пешгӯикунии «шоҳиси перитонит» нишондиҳандаҳои минималӣ ва максималии омилҳои хавф, марҳилаҳои ҷараёни перитонити паҳнғашта ва тағйироти морфологии сифокпардаро дар бар мегирад. Дар асоси тасаввуроти клиникӣ оид ба муҳимияти муқоисавии омилҳо (предикторҳо) ба онҳо, вобаста ба аҳамияти «вазнишон» дар муқаррар намудани дараҷаи вазнинии

перитонити паҳнғашта ва пешгӯии натиҷаҳои он, арзишҳо таъин карда шуданд, ки бо ҳол ифода меёбанд. Холҳо «коэффитсиенти аёният»-и омилро нисбати бузургии максималии (10 ҳол) омили ба ҳадди максималӣ ифодаёфта инъикос мекунанд. Ҳамин тариқ, нишондодҳои ҳолӣ таносуби предикторҳоро дар воҳиди шартӣ, ки дар таҷрибаи клиникӣ санчида шуда, бо роҳи «хукми коршиносон» муайян гардидаанд, инъикос менамояд.

Дар натиҷаи чамъ кардани ҳолҳо «ШП» ҳосил мешавад (ҷадвали 4.3.).

Чамъи ҳолҳо («ШП») метавонад ба авлавият дар расондани ин ё он ҳаҷми ёрӣ дар ҳолати перитонити паҳнаёфта ишора кунад (ба ин маънӣ шохис дар шакли содашуда барои тасмимгирии осону зуд доир ба тактикаи минбаъдаи тадбирҳои табобатӣ гирифта шудааст). Дар сурати наздик ба ҳаддҳо будани рақамҳои ҳолҳо тасмим оид ба тактикаи табобат бо дарназардошти ҳолати клиникӣ гирифта мешавад. Дар кори мо асоси патогенетикӣ барои интиҳоби усули табобати перитонити паҳнғашта натиҷаҳои тадқиқотҳои қаблӣ буданд.

Ҳангоми то 12 ҳол ва баробари он будани «ШП» ва то 16% фавтияи пешгӯишаванда – амалиёти ҷарроҳӣ: комилан ва барвақт бартараф кардан ё чудо кардани манбаъҳои асосӣ, иловагӣ ва эҳтимолии захролудшавии эндогенӣ бо табиати ҳам микробӣ ва ҳам дисметаболикӣ; поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам. Аз рӯи имкон ин тадбирҳо бояд бо усули видеолапароскопӣ анҷом дода шаванд. Муолиҷаи инфузионӣ-трансфузионӣ, табобати зиддибактериявӣ, пешгирии синдроми норасоии полиорганӣ.

Аз 13 то 22 ҳол ва фавтияи пешгӯишаванда дар ҳудуди аз 16 то 40% – тайёрии пешазҷарроҳӣ (2-3 соат), амалиёти ҷарроҳӣ: рафъ намудани манбаи перитонит; табобат ва обияткашии ковокии шикам, декомпрессияи рӯдаи бориқ. Муолиҷаи инфузионӣ-трансфузионӣ (пурра кардани ҳаҷми плазмаи даврзананда), барқарорсозии мувозинати ионӣ-электролитӣ, коллоидӣ-осмотикӣ ва кислотагӣ-асосӣ); табобати респираторӣ бо истифода аз усулҳои ҳаводиҳии ёридиҳанда ва сунъии шушҳо ҳангоми инкишофёбии норасоии шадиди нафас, дастгирии нутритивӣ; табобати зиддибактериявӣ,

масуниятдармонӣ, усулҳои экстракорпоралии детоксикация, истифодаи кортикостероидҳо.

Ҳангоми бештар аз 22 ҳол будани «ШП» ва ғайри ин пешгӯишаванда дар сатҳи беш аз 40% – тайёрии пешазҷарроҳӣ (то 4 соат), муҳофизати ҷарроҳӣ дар асоси нишондиҳандаҳои ҳаётӣ, ки ба кам кардани ва хориҷ намудани муҳтавои захрии ковокии шикам равона гардидааст, ҷудо маҳдуд кардани манбаи перитонит, найчагузори рӯдаи бориқ бо мақсади декомпрессия ва барои гузарондани лаважи рӯдаҳои бориқ ва энтеросорбсияи минбаъда. Дар ин ҳолатҳо ба нақша гирифтани табобатҳои марҳилавии ковокии шикам ба ҳадаф мувофиқ аст (реллапаротомияи барномавии санатсионӣ ё ба нақша гирифташуда), зеро вазнинии ҳолати ҷисмонии бемор имкон намедихад дар вақти додани амалиёти ҷарроҳӣ дар ҳаҷми зарурӣ анҷом дода шавад.

Табобати интенсивӣ ба беморон бо шохиси баланди перитонит мувофиқи принципҳои гузаронда мешавад, ки асоси табобати шокро ташкил медиҳанд: тасҳеҳи ихтилолҳои гемодинамикӣ (муҳитҳои инфузионӣ ва гепарин); мӯътадил гардондани мубодилаи газҳо ва таъмини оксигенишавии матлуб; тағзияи парентералӣ, ки ба нигоҳ доштани метаболизми матлуб равона гардидааст. Инчунин ҳормонҳои анаболикӣ, инсулин, ингибиторҳои ферментҳои протеолитикӣ, витаминҳо, маводҳои пешоброн лозиманд.

Дармони зиддибактериявӣ, масуниятдармонӣ, усулҳои детоксикацияи экстракорпоралӣ, истифодаи кортикостероидҳо ҳангоми инкишофёбии шоки септикӣ мавқеи хоса ишғол мекунанд, зеро хусусияти этиологӣ доранд.

6.2. Муайян намудани нишондодҳо барои гузарондани поксозии ковокии шикам дар давраи бармаҳали пасазҷарроҳӣ

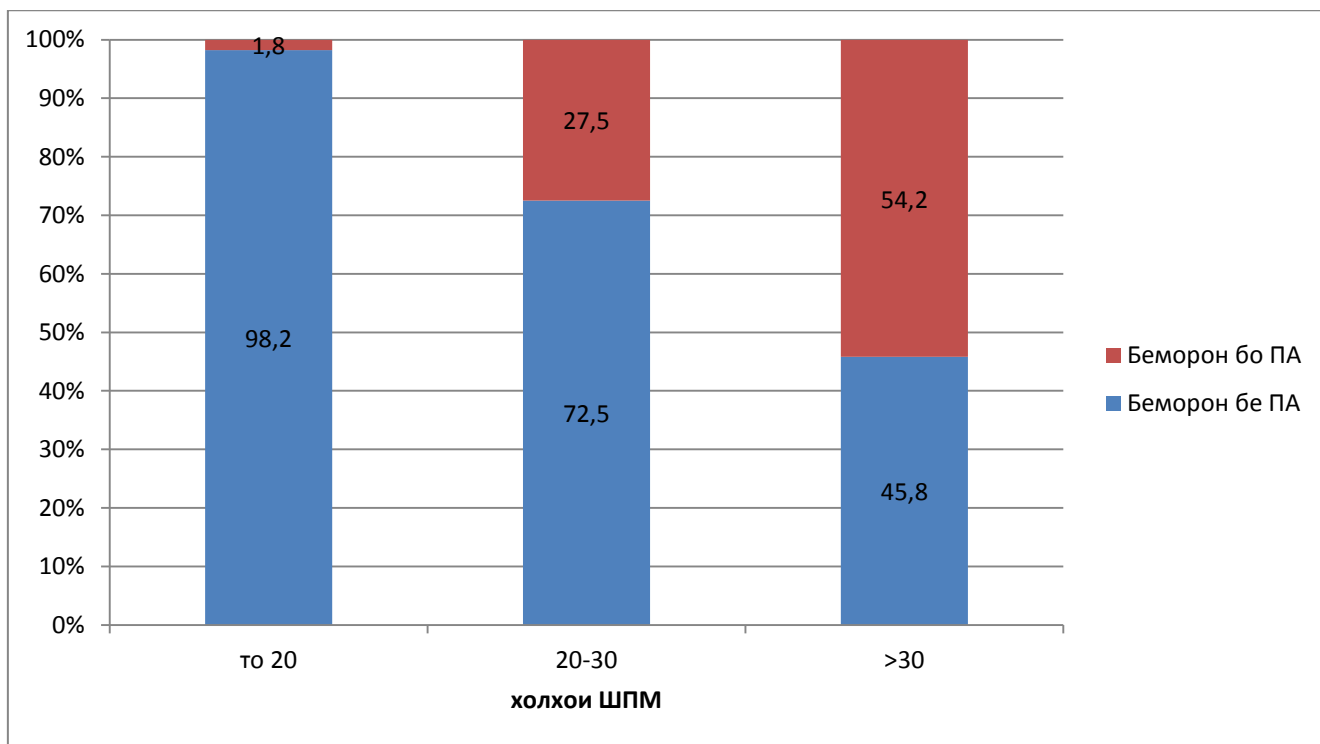
Дар инкишоф ва пешгӯии раванди перитонити паҳншуда гузарондани санатсияҳои барномавии ковокии шикам аҳамияти назаррас дорад. Дар баробари ин, айни замон масъалаи аз ҳама душвори таҷрибаи клиникӣ дар як қатор ҳолатҳо, муайян намудани нишондодҳои асоснок барои гузарондани санатсияи ковокии шикам дар давраи пасазҷарроҳӣ мебошад. Аз сабаби вучуд надоштани меъёрҳои объективии перитонити авҷгиранда, мубрами хосаро

таҳияи усулҳои ташхис ва пешгӯӣ касб мекунад, ки ба нишондодҳои миқдории клиникӣ-озмоишӣ асос меёбанд, ҳолати бемор ва динамикаи раванди илтиҳобӣ дар ковокии шикамро инъикос менамоянд.

Ба мақсади муайян намудани нишондодҳои объективӣ барои гузарондани санатсияи ковокии шикам мо таърихи бемории 409 беморро, ки аз боиси перитонити паҳнғаштаи фасодӣ ҷарроҳӣ шудаанд, ба таври ретроспективӣ омӯхтем.

Аз 409 бемор дар 67 ҳолат (16,4%) ҷараёни раванди патологӣ дар ковокии шикам дар марҳилаи пасазҷарроҳӣ динамикаи номусоид дошт ва ба авҷгирии перитонит ҳамроҳ буд ва ин иҷро намудани релапаротомияро (ҳам мувофиқи талабот ва ҳам барномавӣ) талаб кард. Аз ин шумора амалиётҳои ҷаврии такрорӣ дар 38 бемор (56,7%), релапаротомияҳои санатсионии барномавӣ дар 26 бемор (38,8%) гузаронда шуданд. Дар 3 бемори боқимонда ҷарроҳии такрорӣ бо усули лапароскопӣ иҷро карда шуд ва ин беморон дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ қарор доштанд.

Аз миёни 67 бемор бо перитонити дар давраи пас аз ҷарроҳӣ авҷгиранда, 38 нафар зан ва 29 нафар марди аз 18 то 77-сола буд. Ҳолати ҳамаи беморони гурӯҳи дорони перитонити авҷгиранда қабл аз иҷрои амалиёти ҷарроҳӣ ҳамчун вазнин ё ниҳоят вазнин арзёбӣ мегардид. Ҳисобкунии нишондиҳандаҳои интегралӣ арзёбӣ ба вазнинии ҳолат аз рӯи ҷадвали шохиси перитонеалии Мангейм (MPI) тақсимои 67 ҳолати бемориро дар ҳудуди нишондиҳандаҳои аз 19 то 34 ҳол ошкор намуд. Дар баробари ин нишондиҳандаҳои MPI дар мавриди 59 бемор (88,1%) аз 23 ҳол зиёд буданд, ки ин нишондоди миёнаи 27,9 ҳолро барои ҳамаи гурӯҳи беморон муайян кард. Зимнан дар байни бемороне, ки перитонити дар давраи баъдиҷарроҳӣ надоштанд, нишондиҳандаи миёнаи вазнинии ҳолат 19,7 ҳолро ташкил дод. Тақсимои беморон ба гурӯҳҳои вазнинии ҷадвали MPI ба басомади ба онҳо мутобиқи перитонити авҷгиранда дар расми 6.1. пешкаш гардидааст.



Расми 6.1. – Басомади инкишофи перитонити авчгиранда вобаста ба нишондиҳандаҳои «Шохиси перитонити Мангейм» (n=67)

Аз маълумоти дар расм пешкашшуда аён аст, ки басомади инкишофёбии перитонити авчгиранда дар давраи баъдазҷарроҳӣ бевосита ба вазнинии ибтидоии ҳолат вобастагӣ дорад. Дар гурӯҳи беморон бо вазнинии то 20-ҳолаи ҳолат перитонити авчгиранда аз 165 ҳодиса танҳо дар 3 маврид (1,8% мушоҳидаҳо) муайян гардид. Басомади аз ҳама баланди перитонити авчгиранда (26 ҳолат – 54,2%) дар гурӯҳ бо ифодаёбии бештарини вазнинии ҳолат (зиёда аз 30 ҳол аз рӯи ҷадвали MPI) қайд шуд.

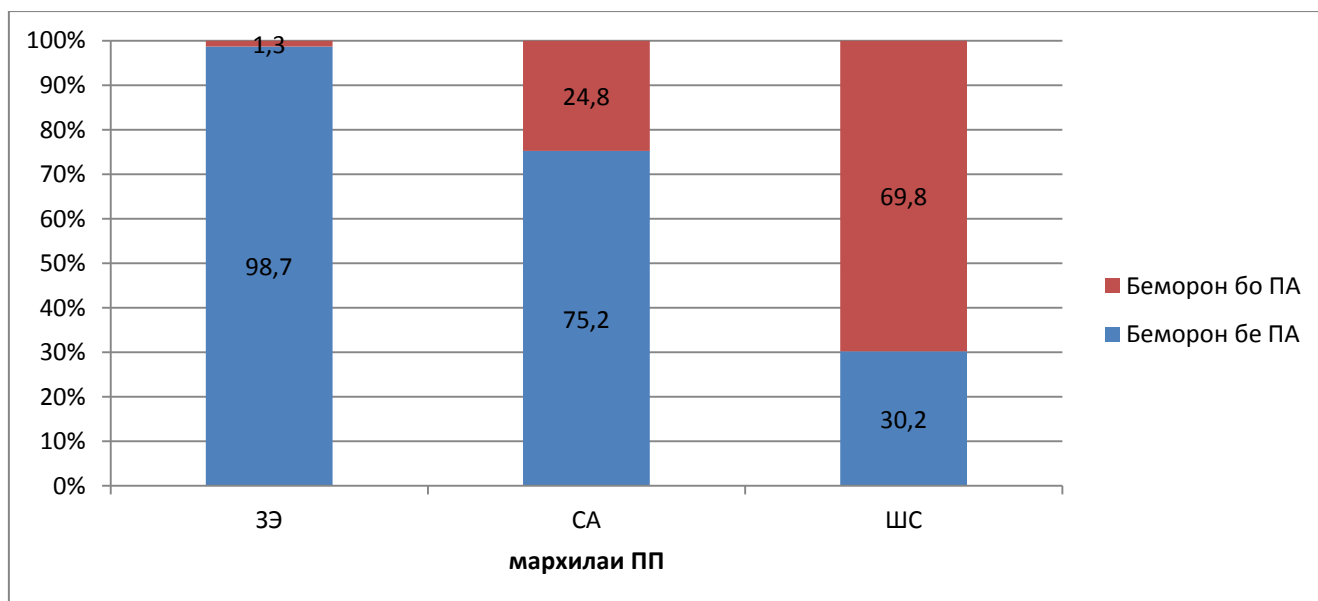
Ҳангоми таҳлили таърихи бемории 67 бемор бо перитонити дар давраи пасазҷарроҳӣ идомаёбанда ошкор гардид, ки 62,7% онҳо нахуст дар муҳлати зиёда аз 24 соат аз лаҳзаи пайдоиши аломатҳои аввалини беморӣ ҷарроҳӣ шудаанд. Теъдоди умумии беморон, ки пас аз 12 ва беш аз он соат аз оғози беморӣ ҷарроҳӣ шудаанд, ба ин тариқ 86,6%-ро ташкил дод (ҷадвали 6.2.). Муҳлатҳои дерӣ бистарикунӣ дар беморхона дар навбати худ сабаби асосии ифодаёбии ихтилолҳои умумии физиологӣ ва вазнинии раванди илтиҳобӣ дар ковокии шикам гаштанд (Замимаи 5: расми 7).

Чадвали 6.2. – Тақсимои беморон мувофиқи мӯҳлати бистарӣ аз оғози перитонити паҳнғашта (n=409)

Вақт аз оғози беморӣ (соат)	Қараёни бе ориза		Перитонити авҷгиранда	
	n	%	n	%
то 12	113	33	9	13,4
12-24	120	35,1	16	23,9
24 -48	72	21,1	24	35,8
Зиёда аз 48	37	10,8	18	26,9
Ҳамагӣ	342	100	67	100

Аз 342 бемор, ки давраи пасазчарроҳиашон бидуни перитонити авҷгиранда гузаштааст, 233 бемор (68,1%) дар муҳлати то 24 соат аз лаҳзаи оғози беморӣ чарроҳӣ шуданд.

Муҳлатҳои бистарикунӣ беморон бо перитонити паҳнғашта, дар навбати худ, иҷрои амалиётҳои ибтидоии чарроҳӣро дар марҳилаҳои гуногуни беморӣ муайян мекунанд. Дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ аз 229 бемор 3 нафар (1,3%) ба авҷгирии перитонит баъд аз чарроҳии аввал дучор шуданд. Дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ аз 137 бемор 34 кас (24,8%) ва дар марҳилаи шоки септикӣ аз 43 – 30 бемор (69,8%) перитонити авҷгиранда доштанд. Таҳлили басомади ташхиси перитонити авҷгиранда вобастагии баръалои онро ба марҳилабандии беморӣ нишон дод, ки дар расми 6.2. инъикос ёфтааст.



Расми 6.2. – Басомади инкишофи перитонити авҷгиранда вобаста ба марҳилаи перитонити паҳнғашта (n=409)

Таҳлили маълумот аз таърихи беморӣ нишон дод, ки басомади инкишофёбии перитонити авҷгиранда вобаста ба нахустсабаби перитонити паҳнғашта гуногун буд (Замимаи 6: расми 8).

Навъҳои патологияҳои ҷарроҳӣ, ки сабабгори бевоситаи инкишофёбии перитонит дар 67 бемор аз гурӯҳи мавриди таҳлил гардиданд, дар ҷадвали 6.3. инъикос ёфтаанд.

Ҷадвали 6.3. – Тақсимои беморон бо перитонити авҷгиранда мувофиқи бемории ҷарроҳии яқуминдараҷа (n=409)

Сабаби перитонити паҳнғашта	Миқдори умумии беморон		Ҳолати перитонити авҷгиранда	
	n	%	n	%
1.Сӯрохшавии решҳои гастродуоденалӣ	154	37,6	19	28,3
2.Ногузароии шадиди рӯдаҳо	90	22	17	25,4
3.Аппендитситаи шадид	89	21,8	19	28,3
4.Панкреатити шадид, панкреонекроз	15	3,7	3	4,5
5.Сӯрохшавии рӯда	33	8,1	5	7,5
6.Холесистити шадид	10	2,4	2	3
7. Ғайра	18	4,4	2	3
Ҷамагӣ	409	100	67	100

Ҳангоми таҳлили протоколҳои амалиётҳои ибтидоии ҷарроҳӣ, ки аз сабаби перитонити паҳнғашта анҷом дода шуданд, дар кулли 67 ҳолати инкишофёбии перитонити авҷгиранда дар ковокии шикам мавҷудияти лиҳомҳои васеи виссеро-виссералӣ ва виссеро-париеталӣ бо табиати илтиҳобӣ ва (ё) хессаҳои паҳнғаштаи илтиҳобӣ қайд гардид.

Қараёни илтиҳобӣ дар ҳамаи ҳолатҳо беш аз 4 минтақаи анатомии ковокии шикамро бо мавҷудияти ҳаҷми назарраси муҳтавои моеъ дар он (беш аз 500 мл) фаро мегирифт. Дар аксарияти мутлақи беморон рашҳои перитонеалӣ табиати фибринозӣ-фасодӣ ё фасодӣ-начосатӣ бо бўи пӯсида ва ихорозӣ дошт. Ҳалқаҳои рӯда ва пардаи париеталии сифок бо қабатҳои фибрини зич, бо душворӣ ҷудошаванда ва ё тамоман ҷудонашаванда, пӯшонда

шуда буданд. Таассури ифодаёфта аз ҷониби пардаи париеталӣ ва виссералии сифок қайд гардид: он камранг, варамнок, ғафсшуда буд, нақши чашмакшакл ва дар як қатор ҳолатҳо қитъаҳои некрозӣ, бо гиперемияи хеле ифодаёфта, барҷастагии рағҳо, хунрезии сершумори петехиалӣ дошт. Васеъшавии назарраси ҳалқаҳои рӯдаи бориқ инъикоси дараҷаи норасоии энтералӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта мебошад, ки аз бисёр ҷиҳат хусусияти ҷараёни пасазчарроҳии бемориро дар мавриди ҳам инкишофи равандҳои умумии патофизиологӣ ва ҳам динамикаи ҳуди ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам муайян мекунад. Дар беморони дорои перитонити авҷгиранда ҳангоми амалиёти ҷарроҳии ибтидоӣ тариқи дохилиамалиётӣ дар ҳамаи ҳолатҳо дар протоколи ҷарроҳӣ васеъшавии ифодаёфта (диаметраш аз 4 то 6 см) ё аз ҳад зиёди (беш аз 6 см) ҳалқаҳои рӯдаи бориқ қайд гардидааст. Зимнан дар байни 342 бемор, ки ба давраи пасазчарроҳии онҳо перитонити авҷгиранда ҳамроҳ набудааст, дар 73,1% ҳолатҳо (дар 250 бемор) ҳангоми ҷарроҳӣ васеъшавии назарраси ҳалқаҳои рӯдаи бориқ мушоҳида нашудааст ё дилататсия ҳамчун муътадил (то 4 см) муайян гардидааст.

Таҳлили ретроспективии протоколҳои амалиётҳои ибтидоии ҷарроҳӣ дар ҳамаи 409 бемор имкон дод нишонаҳои дохилиамалиётӣ чузбӣ ифодаёбии ҷараёни микробӣ-илтиҳобӣ ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шаванд, ки аз рӯи навъи таассури илтиҳобии пардаи сифок аз ҳам фарқ мекарданд. Навъи А – варам, гиперемияи сифокпарда бо барҷастагии рағҳо; навъи Б – иртишоҳи сифокпарда, хунрезии петехиалӣ; навъи В – некрозҳо, сӯрохшавиҳо. Таҳлили тақсимои ҳолатҳои перитонити авҷгиранда дар давраи пасазчарроҳӣ мувофиқи навъҳои ҷудошудаи таассури илтиҳобии сифокпарда нишон дод, ки дар тамоми 67 ҳолати мавриди таҳлил, ҳангоми амалиётҳои ибтидоии ҷарроҳӣ, тағйироте ошкор мешуд, ки ба навъҳои Б ва В, бо афзалияти таассури навъи В дар 41 бемор (61,2% ҳолатҳо) муайян мегардид.

Дар баробари ин, навъи афзалиятноки таассури илтиҳобии сифокпарда дар 342 беморе, ки перитонити дар давраи пасазчарроҳӣ авҷгиранда надоштанд,

тағйироти навъи А (194– 56,7% ҳолатҳо) ва Б (123– 36% ҳолатҳо) буд, дар ҳоле ки тағйироти навъи В танҳо дар 7,3% ҳолатҳо (дар 25 бемор) муайян гардид.

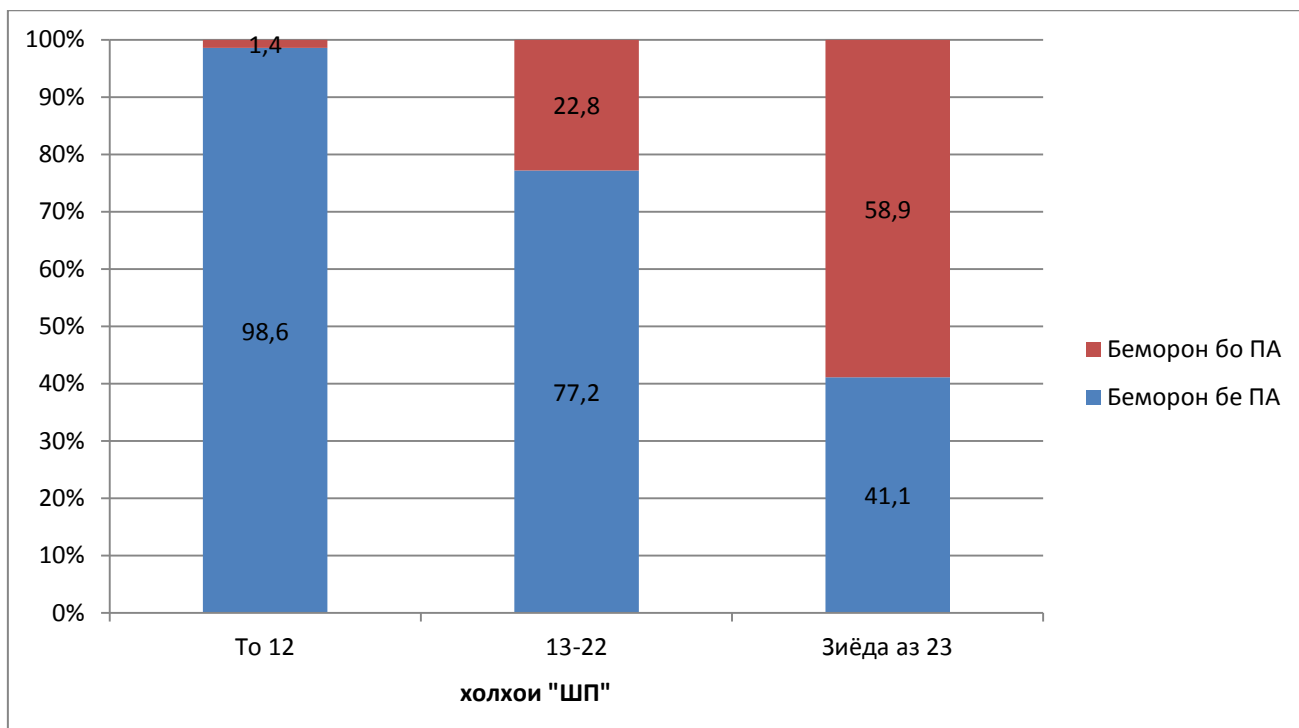
Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳлили таърихи бемориҳоро ҷамъбаст карда, метавон нишонаҳои зеринро ҷудо кард, ки имконпазирии ҷараёни номусоиди перитонити паҳнғаштаро муайян мекунанд ва эҳтимоли авҷгирии онро дар давраи пасазҷарроҳӣ инъикос менамоянд:

- мӯҳлат ва марҳилаи беморӣ
- вазнинии ибтидоии ҳолат
- манбаи перитонит
- ҳислатҳои ҷараёни микробӣ-илтиҳобӣ дар ковокии шикам.

Дар иртибот бо он ки нишонаҳои дар боло номбаршуда дар ҳамаи ҳолатҳои клиникӣ дар комбинатсияҳои гуногун қайд мегарданд, мо ҷадвали арзёбии перитонитро ба ҳисоби ҳолҳо бо раддабандии меъёрҳои дар боло зикршуда мувофиқи андозаи ифодаёбиашон ва бо баҳамории онҳо ба ҷадвали ягонаи арзёбии интегралӣ вазнинии перитонит, таҳия намудем. Ҷадвали арзёбии «шохиси перитонит» ба ҳисоби ҳолҳо дар ҷадвали 4.3. оварда шудааст.

Ҳисобкунии ифодаёбии умумии меъёрҳои дар ҷадвал овардашуда бо роҳи ҷамъ намудани ҳолҳо, ки ба ҳар ҳолати беморӣ мувофиқ мебошанд, анҷом дода мешавад. Дар зимн, ҷой надоштани нишона маънии ба ин ҳолат таъин кардани 0 ҳолро дорад. Низомии арзёбии пешкашкардаамон ҷадвали шохиси перитонит («ШП») номгузорӣ шудааст.

Ҷамъи ҳолҳои меъёрҳо, ки дар ҷадвал барои ҳар кадом аз 409 ҳолати ШП оварда шудааст, ҳисоб карда шуд ва таҳлили басомади авҷгирии перитонит дар давраи наздиктарини пасазҷарроҳӣ вобаста ба нишондиҳандаҳои дахлдори «ШП» доир гардид. Таҳлили басомади перитонити авҷгиранда алоҳида барои ҳар гурӯҳи беморон, ки нишондоди қиёсшаванда дар фосилаи андозаҳои то 12, 13-22, зиёда аз 23 ҳоли ҷадвалро доро ҳастанд, анҷом дода шуд. Натиҷаҳои таҳлили анҷомёфта дар расми 6.3. пешкаш гардидаанд.



Расми 6.3. – Басомади инкишофи перитонити авчгиранда вобаста ба нишондиҳандаҳои «ШП» (n=409)

Маълумоти дар расм овардашуда ба вобастагии мустақими таносуб байни басомади дар беморон инкишоф ёфтани перитонити авчгиранда дар давраи пасазчарроҳӣ ва ифодаёбии ҳамбастаи меъёрҳои ба ҷадвали «ШП» воридгардида, ишора менамояд. Барои қулай шудани маънидодкунии натиҷаҳои бадастомада басомади инкишофёбии ПП дар се гурӯҳи беморон, бо фосилаҳои нишондиҳандаҳои ифодаёбии ҳамбастаи меъёрҳои ҷадвали «ШП», ки ба гурӯҳҳои то 12 хол, 12-22 хол ва беш аз 22 хол мувофиқанд, гузаронда шуд. Фосилаҳои мазкури нишондодҳо аз рӯи басомади инкишофёбии ПП яқинан фарқ мекунанд ва метавонанд барои ҷудо кардани гурӯҳҳои хавфдор (ҷадвали 6.4.) истифода шаванд.

Ҷадвали 6.4. – Басомади инкишофи перитонити авчгиранда дар гурӯҳҳои хатар вобаста ба нишондиҳандаҳои «ШП» (n=409)

Гурӯҳи хатар	Фосилаи нишондиҳандаҳои «ШП» (хол)	Теъдоди беморон (n=409)	Перитонити авчгиранда	
			n=67	%
I	То 12	217	3	1,4
II	13-22	136	31	22,8
III	Зиёда аз 23	56	33	58,9

Аз маълумоти дар чадвали 6.4. пешкашшуда маълум аст, ки дар ҳар як аз гурӯҳҳои чудокардашуда басомади авҷгирии перитонит дар давраи пасазҷарроҳӣ ба таври назаррас, нисбати гурӯҳи қаблии беморон, меафзояд (Замимаи 6: расми 9).

Дар гурӯҳи якум 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 пасазҷарроҳӣ ва доир намудани релапаротомияро барои санатсияи ковокии шикам ҳангоми ошкор кардани нишонаҳои ҷараёни авҷгирандаи микробӣ-илтиҳобӣ, талаб менамояд.

Зимнан дар гурӯҳи III басомади авҷгирии перитонит ба мутлақ наздик аст, ки дар навбати худ, нишондод барои гузарондани тадбирҳои санатсионӣ дар давраи наздиктарини пасазҷарроҳӣ дар ҳамаи ҳолатҳо мебошад. Алгоритми табобатӣ-ташҳисӣ дар шабонарӯзҳои аввали давраи пасазҷарроҳӣ дар бемороне, ки аз сабаби перитонити паҳнғашта ҷарроҳӣ шудаанд, дар расми 6.4. оварда шудааст. Ҳамин тариқ, муайян намудани гурӯҳи хатар дар асоси қиматҳои «ШП» дар беморон, имконият медиҳад ки тактикаи муолиҷавӣ, бо дарназардошти вариантҳои имконпазири клиникии ҷараёни пасазҷарроҳии беморӣ, ба нақша гирифта шавад. Ҳамзамон натиҷаи таҳқиқотҳо нишон доданд, ки гурӯҳи II хатар, ки тақозокунандаи иҷрои назорати мақсадноки клиникӣ-озмоишӣ, амалан сеяки тамоми беморони мубтало ба ПП-ро ташкил менамояд (чадвали 6.5.). Зимнан инкишоф ёфтани раванди патологгии ковокии шикам метавонад ҳам ба тарафи коҳишёбии илтиҳоб дар ковокии шикам ва ҳам ба ҷониби авҷгирии он (чоряки ҳолатҳо) самти мухталиф дошта бошад. Ҳамин тариқ, барои гурӯҳи мазкури беморон истифодаи оқилонаи маҷмӯи таҳҳисӣ зарур аст, ки ба таври эътимоднок пешгӯии инкишофи перитонитро дар муҳлати бармаҳали марҳилаи пасазҷарроҳӣ имконпазир мегардонад.



Расми 6.4. – Алгоритми таххис-таботатии 1-м ш/р баъд аз ҷарроҳӣ аз сабаби перитонити паҳнғашта

Муҳиммияти вазифаи мазкурро натиҷаҳои таҳлили таърихи бемории (тактикаи муолиҷа ва оқибатҳои беморӣ) 67 бемори гирифтори перитонити дар марҳилаи пасазҷарроҳӣ идомаёфта, тасдиқ менамояд. Аз 67 бемор, дар 3 бемор ҷамъи ҳолҳо тибқи ҷадвали «ШП» ба гурӯҳи I, дар 31 мариз ба гурӯҳи II ва дар 33 бемор ба гурӯҳи III мувофиқат менамуд (ҷадвали 6.5.). Таҳлилҳо нишон доданд, ки аз 67 ҳолат дар 26 (38,8%)-тои он тактикаи иҷрои релапаротомияи барномавии поксозӣ ба қор бурда шудааст. Зимнан дар тамоми беморон шохиси перитонит ба гурӯҳи III ҳатар мувофиқ буд.

Чадвали 6.5. – Таксимои беморон бо перитонити авчгиранда ба гурӯҳҳои чадвали «ШП» вобаста ба тактикаи баъдазчарроҳӣ (n=67)

Релапаротомия	Гурӯҳҳои хатар «ШП»			
	I	II	III	Хамагӣ
РБ	-	12	14	26
РТ	-	19	19	38
ПВЛ	3	-	-	3
Хамагӣ	3	31	33	67

Аз сабаби авҷирии перитонит релапаротомияи фаврии талаботӣ дар мавриди 38 бемор (56,7%) ба амал оварда шуд. Дар 3 ҳолат бидуни релапаротомия, поксоии видеолапароскопӣ иҷро гардидааст. Сиҳатшавӣ $6,3 \pm 0,3$ рӯзро ташкил додааст. Тактикаи муолиҷавии марҳилаи пасазчарроҳӣ, дар мавриди беморони гирифта ба перитонити авчгиранда, дар гурӯҳҳои гуногуни хатар тибқи чадвали «ШП», дар чадвали 6.5. оварда шудааст.

Таҳлили муҳлати иҷрои амалиёти ҷарроҳӣ нишон дод, ки танҳо релапаротомияи барномавӣ тайи шабонарӯзи якуму дуёми пас аз ҷарроҳии аввалин, иҷро гардидааст. Дар 38 ҳолати боқимонда, релапаротомия мувофиқи талабот дар муҳлати шабонарӯзи аз 3 то 6-уми давраи пасазчарроҳӣ ба амал оварда шудааст, ки аз мураккабии верификатсияи барвақтии ташхис дар доираи мазкури беморон дар марҳилаи наздиктарини пасазчарроҳӣ, дарак медиҳад. Ташхиси таъхирафтаи перитонити авчгиранда, ки сабаби вазнинии ихтилолоти шадиди физиологӣ гардидааст, ҳангоми иҷрои амалиёти ҷарроҳии фаврӣ мустақиман сабаби басомади зиёди инкишофи оқибатҳои номусоиди беморӣ ба ҳисоб меравад. Пас дар гурӯҳи бемороне, ки дар давраи пасазчарроҳӣ зимни онҳо релапаротомияи барномавӣ ба амал оварда шудааст, оқибатҳои марганҷомӣ дар 15 ҳолат аз 26 (57,7%) ҳолат ба қайд гирифта шудааст, дар ҳоле ки аз 38 бемори мувофиқи талаб релапаротомияшуда, 20 (52,6%) нафар фавтиданд.

Ҳамин тариқ, мураккабии ташхискунии бармаҳали перитонити идомаёбанда сабаби зарурати таҳияи алгоритми ташхисӣ мегардад, ки он аллакай дар шабонарӯзи аввали баъди ҷарроҳӣ имконияти арзёбии тағиротҳои микробӣ-илтиҳобии ковокии шикамро медиҳад, пеш аз ҳама ба мақсади муайян

кардани нишондод барои ба амал овардани тадбирҳои поксозии саривактӣ. Ба мақсади мазкур алгоритми тадбирҳои таҳхисӣ таҳия гардидааст, ки ба арзёбии як қатор зухуроти умумиву мавзеии клиникӣ-озмоишии перитонит дар шабонарӯзи аввали марҳилаи баъдичарроҳӣ асоснок шудааст. Марҳилаи чараён, ки мувофиқи маҷмӯи зухуроти клиникӣ-озмоишии таассури илтиҳобии меъёрҳои сепсис муайян мешавад, яке аз меъёрҳои истифодашуда ҳангоми тартиб додани алгоритм ба ҳисоб меравад. Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки басомади инкишофи перитонити авҷгиранда дар маҳилаи баъдичарроҳӣ мустақиман бо марҳилаи чараён дар шабонарӯзи аввали марҳилаи пасазчарроҳӣ коррелятсияи мустақим дорад. Тақсимооти беморон бо чараёни оризанаёфтаи беморӣ ва перитонити идомаёбанда дар марҳилаи пасазчарроҳӣ, мувофиқ ба марҳилаҳои чараён дар шабонарӯзи якуми пас аз иҷрои амалиёти чарроҳии аввалӣ дар қадвали 6.6. оварда шудааст.

Қадвали 6.6. – Тақсимооти беморон мувофиқи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта шабонарӯзи 1м баъд аз чарроҳии аввалин (n=409)

Марҳилаи чараён	Теъдоди умумии беморон		Перитонити авҷгиранда	
	n	%	n	%
ЗЭ	229	56	3	1,3
СА	137	33,5	34	24,8
ШС	43	10,5	30	69,8

Маълумотҳои қадвал робитаи таносуби мустақимро байни марҳилаҳои ПП дар шабонарӯзи аввали пасазчарроҳӣ ва басомади инкишофи минбаъдаи перитонити авҷгирандаро, нишон медиҳанд.

Дар байни беморони гурӯҳи маризони мубтало ба ЗЭ танҳо се ҳолати перитонити авҷгиранда (1,3%) ба қайд гирифта шудааст. Зимнан чараёни оризаёфтаи марҳилаи пасазчарроҳӣ танҳо дар байни беморони мубтало ба ду аломати СТИС, мушоҳида мегардид. Дар байни беморони мубтало ба СА перитонити авҷгиранда зимни 24,8% ҳолат ба қайд гирифта шуд. Дар мавриди беморон аз гурӯҳи гирифтورشавӣ ба ШС инкишофи оризай мазкур дар 30 ҳолат (69,8%) ба назар мерасид. Ҳамин тариқ, ба марҳилаҳо ҷудо шудани чараён, ки

дар шабонарӯзи аввали марҳилаи пасазчарроҳӣ бо зохиршавии зухуроти сепсиси абдоминалӣ тавсиф меёфт, дараҷаи мухталифи хатари инкишофи перитонити авҷгирандаро дар оянда муайян менамуд (Замимаи 7: расми 10).

Ба маҷмӯи ташхисӣ, ки ба пешгӯии барвақтии чараёни оризанокӣ беморӣ равона шудааст, меёрҳо низ ворид карда шудаанд ва иттилоотнокии он дар бораи перитонити авҷгиранда, зимни фаслҳои пешинаи таҳқиқоти мазкур мавриди таҳлил қарор гирифта буд. Дар алгоритми ташхисӣ нишондиҳандаҳои зерини клиникӣ-озмоишӣ дар шабонарӯзи аввали пасазчарроҳӣ зохиршаванда ба назар гирифта шудаанд: хусусияти микрофлораи перитонеалӣ, вазнинии ҳолат (тибқи қадвали SAPS), нишондиҳандаҳои молекулаҳои массаи миёнаи хун. Манзараи микробиологӣ дар нисбати ҳам тааллуқияти навъии микроорганизмҳо (аэробӣ, анаэробӣ, омехта) ва ҳам дараҷаи олудагии бактериали (ДОБ)-и экссудати перитонеалӣ, ки бо найчаҳои обияткаш аз ковокии шикам ихроҷ мешавад, арзёбӣ гардид (боби 2.2.). Қиммати ҳар кадом аз нишондиҳандаҳо барои шабонарӯзи аввали пасазчарроҳӣ бо ҳолҳо аз 1 то 3 ифода ёфта, дар қадвали ягонаи хатари перитонити авҷгиранда оварда шудааст, ки бо ҷамъи ҳолҳои тамоми меёрҳои таҳлилшаванда муайян мешавад. Қадвали таҳиягардидаи хатари авҷгирии перитонит (ХАП) дар марҳилаи баъдичарроҳӣ дар қадвали 6.7. оварда шудааст.

Қадвали 6.7. – Қадвали хатари авҷгирии перитонит

Нишона	Гурӯҳҳои хатар (миқдори ҳол)		
	I (1)	II (2)	III (3)
Хусусияти микробҳо	Асосан аэробӣ	Омехта	Асосан анаэробӣ
ДОБи экссудат (ҷм/мл)	10^4 - 10^5	10^5 - 10^6	$>10^6$
SAPS (ҳолҳо)	4-8	9-12	>12
МММ (в.з.о.)	0,42 -0,49	0,50-0,60	$>0,60$
Марҳила	ЗЭ	СА	ШС

Эзоҳ: ДОБ – дараҷаи олудагии бактериалӣ

ҷм – ҷисмҳои микробӣ

в.з.о. – воҳиди зичии оптикӣ

ХАП дар марҳилаи пасазчарроҳӣ мувофиқи қадвали зикргардида бо роҳи ҷамъ кардани қиматҳои дахлдори ҳар кадом аз меёрҳои мавҷудбуда дар бемор

арзёбӣ карда мешавад. Мувофиқи чадвали пешгӯӣ, ки сатҳи ХАП-ро дар марҳилаи пасазчарроҳӣ инъикос менамояд, барои муайян кардани қиматҳои бухронии ҷамъи ҳолҳо аз ҷониби мо натиҷаи таҳқиқот ва муолиҷаи 93 беморе таҳлил карда шуд, ки дар клиника оид ба перитонити паҳнғашта ҷарроҳӣ карда шудаанд.

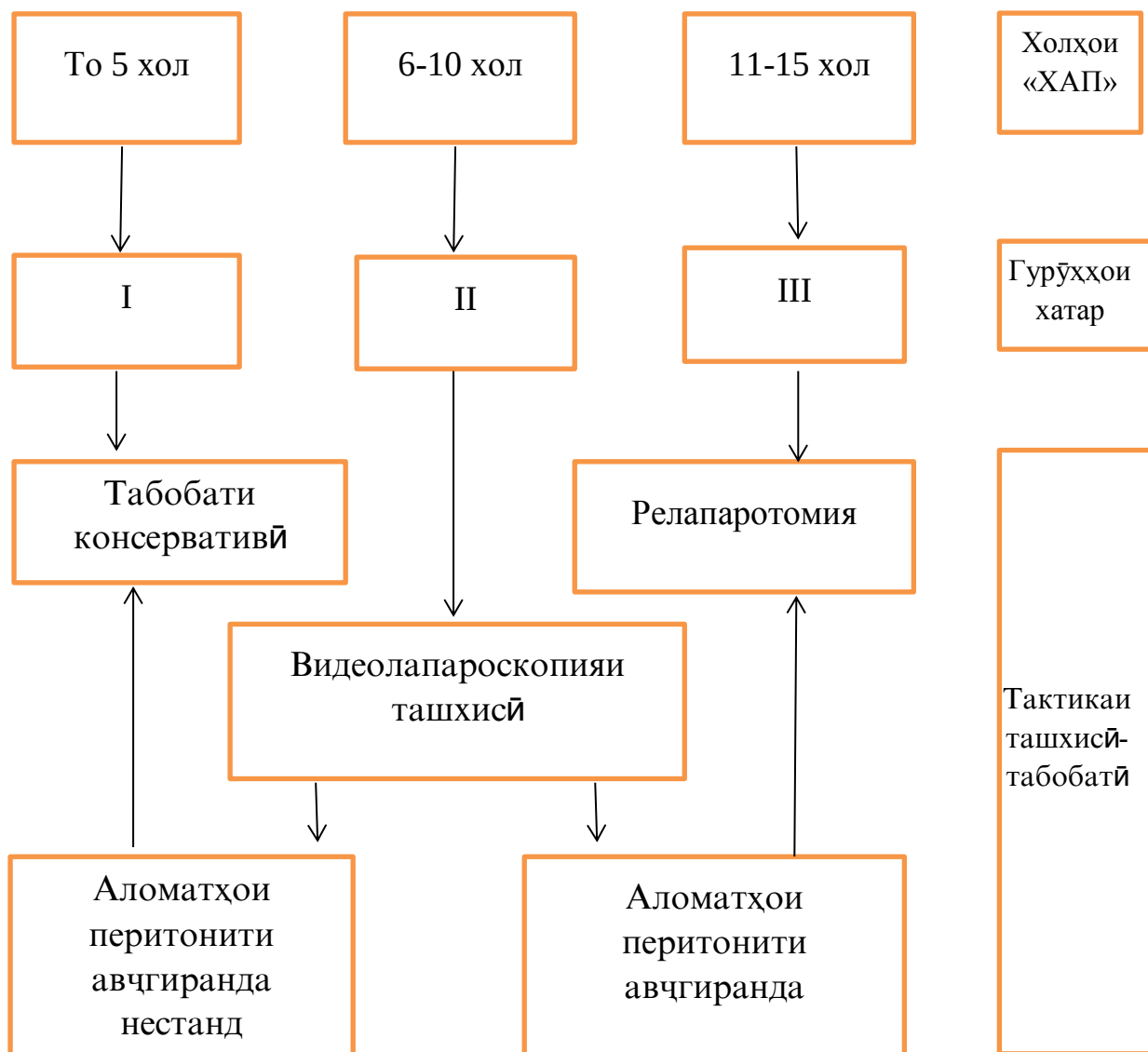
Дар шабонарӯзи аввали пасазчарроҳӣ тамоми беморон пурра аз таҳқиқоти клиникӣ-озмоишӣ гузаштанд, ки ба тамоми меъёрҳои дар ҷадвал зикргардида мувофиқ аст. Тибқи ҷадвали SAPS вазнинии ҳолати беморон, дар шабонарӯзи аввали марҳилаи пасазчарроҳӣ, дар ҳама ҳолатҳо дар ҳудуди аз 15 то 16 ҳол қарор дошт. Тамоми ҳолатҳои таҳлилшавандаи беморӣ, мувофиқи ҷадвали «ШП» байни гурӯҳҳои II (72 ҳолат – 77,4%) ва III (21 ҳолат – 22,6%) тақсим шуданд. Дар мавриди 32 бемор (34,4%)-и ҳар ду гурӯҳ зимни давраи пасазчарроҳӣ перитонити авҷгиранда ташхис гардид. Аз ин шумора тибқи ҷадвали «ШП» 19 ҳолат ба гурӯҳи III ва 13 ҳолат ба гурӯҳи II-и ҳатар тааллуқ доштанд. Ҷамъи ҳолҳо ҳисоб карда шуданд, ки меъёри он дар ҷадвал барои ҳар кадом аз 93 ҳолати таҳлилшудаи релапаротомияи барномавӣ бо таҳлили басомади авҷгирии перитонит вобаста аз қиматҳои ҳосилшуда оварда шудааст. Перитонити авҷгиранда дар гурӯҳҳо таҳлил карда шуд, ки фосилаи дахлдори ҷамъи аломатҳои мавҷудаи зоҳиршудаи ҷадвали ХАП ба 5 ҳол мувофиқ аст. Тибқи фосилаи мазкури ҷамъи қиматҳо ва басомади ҳолатҳои дахлдори перитонити идомаёбанда, се гурӯҳ ҷудо карда шуд, ки аз рӯи басомади перитонити авҷгиранда дар давраи пасазчарроҳӣ фарқ мекунанд. Натиҷаҳои ҳосилшуда дар ҷадвали 6.8. оварда шудаанд.

Ҷадвали 6.8. – Басомади перитонити авҷгиранда вобаста ба ҳолҳои ҷадвали ҳатари авҷгирии перитонит (n=93)

Гурӯҳҳои ХАП	Фосилаи нишондиҳандаҳо (ҳолҳо)	Миқдори ҳолатҳо (n=93)		Перитонити авҷгиранда	
		n	%	n	%
I	0-5	45	48,4	0	0
II	6-10	27	29,0	13	48,1
III	11-15	21	22,6	19	90,5

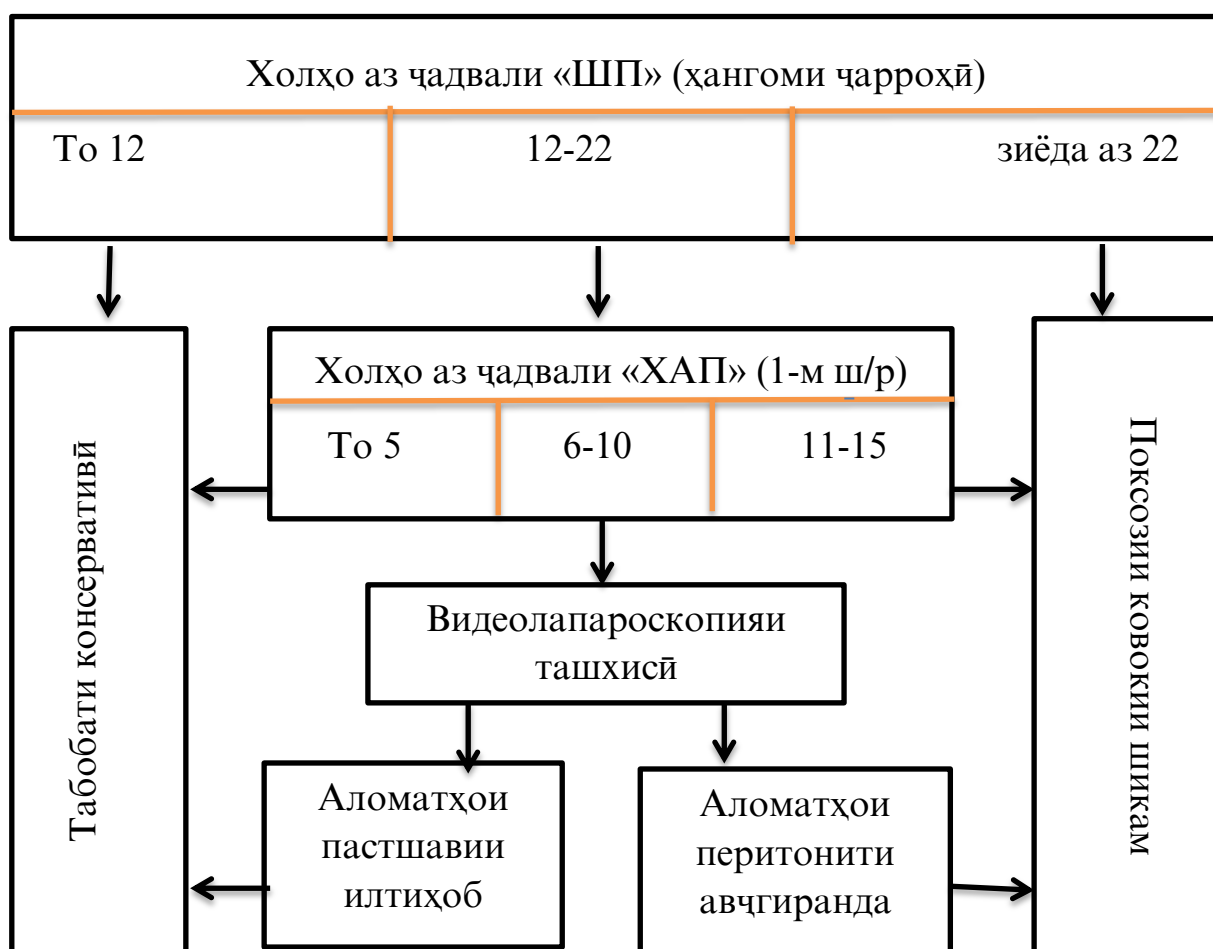
Лозим ба зикр аст, ки ҳангоми таҳлил кардани маълумотҳои дохилиамалиётии гурӯҳи III тибқи ҷадвали «ШП» аксари беморон (77,3%) ба он шомил гардиданд.

Ҳамин тариқ, мутобиқи маълумотҳои ҷадвал пешгӯӣ зимни гурӯҳи аввал дар нисбати авҷгирии чараёни микробӣ-илтиҳобии ковокии шикам, мусоид аст. Ҳамзамон дар гурӯҳи дуюм хатари перитонити идомаёбанда баланд аст ва дар гурӯҳи сеюм бошад, қариб ки хатар мутлақ аст. Мувофиқи натиҷаҳо, дар асоси ҷадвали қиматҳои арзёбии интегралӣ клиникӣ-озмоишии пешгӯи перитонити авҷгиранда, алгоритми тадбирҳои ташхиси-табобатӣ таҳия шуд, ки ба мувофиқгардонии тактикаи муолича дар шабонарӯзи аввали марҳилаи пасазчарроҳӣ равона шудааст (расми 6.5.).



Расми 6.5. – Алгоритми ташхисӣ-табобатии 1-м ш/р баъд аз чарроҳӣ

Ҳамин тариқ, алгоритми мазкури тадбирҳои таҳхиси-табобатӣ дар шабонарӯзи аввали марҳилаи пасазчарроҳӣ ба таври эътимодноқ пешгӯӣ кардани авҷгирии ҷараёни микробӣ-илтиҳобии ковокии шикамро имконпазир мегардонад. Ҳангоми қиматҳои минималии ҷадвали ХАП (то 5 ҳол) ҳаҷми тадбирҳои муолиҷавӣ бо иҷрои муолиҷаи маҷмӯии ғайриҷарроҳӣ маҳдуд карда мешавад. Чун дар мавриди беморони гурӯҳи дуюм, тибқи ҷадвали ХАП 6-10 ҳол, перитонити авҷгиранда тақрибан дар нисфи ҳолатҳо инкишоф меёбад. Пас аллакай дар шабонарӯзи аввали марҳилаи пасазчарроҳӣ барои арзёбии босирии тағйиротҳои патологӣ ковокии шикам иҷрои муоинаи лапараскопӣ зарур ба ҳисоб меравад. Алгоритми пурраи таҳхиси-табобатии беморони гирифтӣ ба ПП дар муҳлати бармаҳали марҳилаи пасазчарроҳӣ дар расми 6.6. оварда шудааст.



Расми 6.6. – Алгоритми таҳхисӣ-табобатии беморон бо перитонити паҳншуда дар марҳилаи бармаҳали баъдазҷарроҳӣ

Аз расм бармеояд, ки мавҷудияти нишонаҳои босирии перитонити идомаёбанда барои ба амал овардани поксозии ковокии шикам (релапаротомияи санатсионӣ, видеолароскопия) нишондод махсуб меёбад. Дар ҳолати мавҷуд набудани нишонаҳои перитонити авҷгиранда идома додани муолиҷаи ғайриҷарроҳии амалишудаистода ва мониторинги клиникӣ-озмоишӣ мувофиқи мақсад мебошад. Дар ҳолати аз 10 ҳол зиёд будани нишондиҳанда релапаротомия нишондод шудааст.

6.3. Тафриқаи тактикаи ҷарроҳии беморон бо шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта

Баъзан 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 ҷарроҳӣ карда шаванд. Айни замон меъёрҳои аниқу муайяни клиникӣ морфологӣ, ки ҳолати беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғаштаро барои интихоби тактикаи мувофиқи муолиҷа баръало инъикос мекарданд, вучуд надоранд. Бо мақсади муносибсозии тактикаи ҷарроҳии беморони гирифтори перитонити паҳнғашта натиҷаҳои муолиҷаи 409 нафар беморони гирифтори перитонити паҳнғашта мавриди таҳлил қарор дода шуд, аз ҷумлаи онҳо 180 нафар гирифтори шаклҳои вазнин, ва аз онҳо 67 бемор ба релапаротомия эҳтиёҷ доштанд ва дар шуъбаҳои ҷарроҳӣ ва эҳғарӣ ва табобати интенсивӣ бистарӣ буданд. Ҳамаи беморон ба таври таъҷилӣ мавриди лароскопия ва ларотомия, баъдан «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 таҳти ҷарроҳии такрорӣ қарор гирифтанд, ташкил намуд. Вазнинии ҳолати беморон аз рӯи ҷадвали АРАСНЕ II арзёбӣ гардид. Вазнинии перитонит дар ибтидо аз рӯи шохиси Мангеймӣ перитонит (ШМП) ва Шохиси перитонит (ШП) арзёбӣ карда шуд. Сабабҳои асосии перитонити паҳнғашта захми сӯрохшудаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, аппендитсити шадид ва перитонити

баъдичарроҳӣ буданд. Беморон ба се гурӯҳ чудо шуда буданд: гурӯҳи 1-умро 3 нафар (4,5%) беморони гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ (ЗЭ), 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 (ниг. Расми 6.2.). Ҳамаи беморон (аз рӯйи талабот ё тибқи барнома) таҳти релапароскопия ё релапаротомия қарор гирифтанд.

Вобаста ба патологияи сабабӣ дар ковокии шикам муҳтавои серозӣ, геморрагӣ, фасодӣ, талхавӣ, муҳтавои начосатӣ ҳангоми ихтилоли бутунии рӯдаи ғафс дар соатҳои аввали оғози беморӣ ба назар мерасид. Дар ҳамаи беморони гирифтори марҳилаи аввали перитонити паҳнғашта ва тағйироти ғайривозеҳи патоморфологии ковокии шикам, баъди тайёрии пешазҷарроҳии кӯтоҳмуддат, ҷарроҳӣ бо усули видеолапароскопӣ иҷро мешуд, поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам роҳандозӣ мешуд.

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

Дар гурӯҳи дуюм табобати перитонити паҳнғашта дар 34 нафар беморон роҳандозӣ гардид. Собикаи беморӣ $3,8 \pm 1,3$ рӯзро ташкил меод. Манзараи ковокии шикам ба таври зерин зоҳир мешуд: дар 13 нафар (38,2%) беморон фасоди ғализ, дар 5 нафар (14,7%) муҳтавои рӯдаи ғафс ба назар расидааст. Дар 9 нафар (26,5%) беморони гирифтори перитонити паҳнғаштаи фасоднок раванди фибринозию часпанда, дар 5 нафар (14,7%) беморон абсаҳои байниҳалқавӣ ба назар расида, дар 2 (5,9%) ҳолат равандҳои номбурда омехта буданд. Баъди омодагии пешазҷарроҳӣ ва устуворшавии нишондодҳои асосии ҳаётан муҳим, беморон ба таври таъҷилий ҷарроҳӣ шуданд. Дар ҳамаи беморон дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ бо муҳтавои фасодӣ ва начосатии ковокии шикам бидуни пардаҳои дағали фибринозӣ дар девораҳои рӯдаҳо ва илтисоқҳо, эндовидеолапароскопия бо поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам бидуни

найчагузории рӯдаи борик иҷро карда шуд. Беморони гирифтори абсаҳои байнирӯдавӣ ва падидаҳои илтисоқию фибринозӣ мавриди лапаротомия қарор гирифтанд. Аз ҷумлаи онҳо релапаротомияи талаботӣ дар 20 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.

Барои беморони гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ пайомади номусоид бештар дар бемороне ба назар расид, ки дар онҳо релапаротомияи барномавӣ иҷро гардида буд (ҷадвали 6.9.).

Ҷадвали 6.9. – Тактика ҳангоми перитонити паҳнғашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ

Тактикаи ҷарроҳӣ	Миқдори беморон	%	Вафтиданд	Фавтият %
РТ	20	58,8	8	40
РБ	14	41,2	9	64,3*
ҳамагӣ	34	100	17	50

Эзоҳ: * $p < 0,05$ – қимати омории тафовути миёни гурӯҳҳо (аз рӯйи меъёри χ^2);

РТ – релапаротомия талаботӣ; РБ – релапаротомияи барномавӣ.

Дараҷаи фавт 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. Чунин натиҷагирӣ ба ақидаи дар миёни ҷаррохон васеъ маъмулбуда дар бораи бартарии релапаротомияи барномавӣ ихтилоф дорад. Боз як ҳукми тасдиқнаёфта аз он иборат аст, ки релапаротомияро ҳатман танҳо дар ҳолатҳои перитонити наҷосатӣ, ҳангоми лапаротомияи аввалия, бояд ба нақша гирифт. Дараҷаи фавт ҳангоми релапаротомияи барномавӣ, нисбат ба релапаротомияи талаботӣ, дар ҳолати перитонити паҳншудаи фасодӣ ва наҷосатӣ дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ, баландтар будааст (Замимаи 7: расми 11).

Ба беморони таҳти релапаротомия қароргирифтаи талаботӣ миқдори камтари релапаротомия – 27 ҳолат (13 бемор як маротиба, 7 бемор 2 маротиба) дар муқобили 37 ҳолат (6 бемор 2 маротиба, 7 бемор 3 маротиба ва 1 нафар 4 маротиба) дар гурӯҳи релапаротомияҳои банақшагирифташуда иҷро шудааст; 65% (13/20) беморони гирифтори релапаротомияҳо аз рӯйи талабот ҳеҷ гоҳ ба поксозҳои марҳилавӣ ниёзманд набуданд. Гузашта аз он, фоизи релапаротомияҳои «беҳуда» (манбаи фасодию илтиҳобии боқимонда ё аз нав ташаккулефта набуд) дар гурӯҳи «аз рӯйи талабот» – 3,7% (1 релапаротомия аз 13+14 такрорҳои релапаротомия) нисбат ба 8,1% (3 релапаротомия аз 12+21+4 такрорҳои релапаротомия) дар гурӯҳи беморони дорои релапаротомияҳои тибқи барнома, камтар буд. «Релапаротомияҳои беҳуда» на танҳо бефоида, балки барои бемор хатарнок мебошанд. Интиҳоби беморон барои ҷарроҳӣ бо ёрии томографияи компютерӣ (ТК) аз лиҳози назариявӣ метавонад ба пастшавии минбаъдаи шумораи релапаротомияҳои «беҳуда», ҳангоми корбурди тактикаи аз рӯйи талабот, мусоидат намояд. Ғайр аз он, бояд ҳамеша аҳамияти калони обияткашии манбаи моеъи ҷамъшуда ҳангоми лапаротомияи аввалияро дар хотир дошт, ки он ҳам метавонад ниёзмандии ба релапаротомияро коҳиш диҳад.

Натиҷаҳои таҳқиқоти бори дигар онро тасдиқ менамояд, ки ҳангоми набудани шоки септикӣ дар ҳолати перитонити паҳнғашта, релапаротомияи талаботӣ усули бештар афзалиятнок нисбат ба релапаротомияи банақшагирифташуда мебошад. Сарфи назар аз бартариҳои релапаротомияи талаботӣ аз тарафи ҷарроҳон ҳанӯз ҳам релапаротомияҳои банақшагирифташуда иҷро мешаванд. Яқинан ин ба муҷахҳазнокии беморхонаҳои ҷумҳурӣ, таъминнокии озмоишгоҳҳо, имконияти иҷроиши таҳқиқотҳо ва санҷишҳои баъзан қимматарзиши клиникӣ-озмоишӣ, ки ба мақсади мониторинги ҷараёни баъдазҷарроҳӣ гузаронда мешавад, вобаста аст. Дар ин ҳолат вақти дақиқи оғози авҷгирии перитонити маҳфузмонда нахоҳад аз назар дур шуд. Табиист, ки дар муассисаҳои табобатӣ дорои озмоишгоҳи ба таври кофӣ муҷахҳаз нашуда, ки гузарондани мониторинги ҳарсоатаи ҳолати

бемор мувофиқи чадвалҳои интегралӣ арзёбии вазнинии ҳолат ва маркерҳои озмоишӣ ғайриимкон аст, релапаротомия бояд ба рӯзи дигар нақшагузорӣ карда шавад. Дар баробари ин аини замон зарурат вучуд дорад, ки меъёрҳо барои иҷрои релапаротомияҳои банақшагирифташуда, ки на ҳамеша нишондод дорад, муайян карда шаванд.

Дар гурӯҳи сеюм 30 нафар бемороне буданд, ки собиқаи бемории онҳо $6,7 \pm 2,1$ рӯзро ташкил мекард. Манзараи ковокии шиками онҳо зерин буд: дар 15 нафар бемор - фасоди ғализ, дар 8 ҳолат - муҳтавои рӯдаи ғафс, дар 7 нафар бемор - абсаҳои байнирӯдавӣ. Ҳамаи ин равандҳо дар беморон бо тағйироти фибринозӣ илтисокӣ ҳамроҳ буд. Баъди омодагии пешазҷарроҳӣ ба муддати на бештар аз 3-4 соат, беморон ба таври таъҷилӣ ҷарроҳӣ шуданд, тасҳеҳи ченакҳои асосии ҳаётан муҳим дар болои мизи ҷарроҳӣ идома дода шуд. Дар беморони дорои муҳтавои фасодию начосатӣ дар ковокии шикам бо пардаҳои фибринозӣ дағал ва абсаҳои байниҳалқавӣ рӯдаҳо, лапаротомия бо поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам ва найчагузории рӯдаи борик бо мақсади пасткунии фишор ва энтеросорбсия иҷро карда шуд. Аз онҳо дар 18 нафар беморон релапаротомияи талаботӣ бо поксозии марҳилавии ковокии шикам дар 7 нафар беморон - ду маротиба, дар 9 нафар - се маротиба ва дар 2 нафар - чор маротиба анҷом дода шуд. Дар 12 нафар беморон релапаротомияи барномавӣ бо поксозии марҳилавӣ ду маротиба дар 2 нафар бемор, се маротиба - дар 6 нафар бемор ва чор маротиба - дар 4 нафар бемор роҳандозӣ гардид.

Ҳамин тариқ, барои беморони вазнини гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ, тактикаи релапаротомияи барномавӣ матлуб доништа шудааст.

Нишондиҳандаи фавтият дар гурӯҳи беморони таҳти релапаротомияи талаботӣ қароргирифта 66,7% -ро ташкил кардааст дар муқобили 50% дар гурӯҳе, ки релапаротомияи барномавӣ иҷро шуда буд ($p < 0,05$) (ҷадвали 6.10. Замимаи 8: расми 12).

Ҷадвали 6.10. – Тактика ҳангоми перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ

Тактикаи ҷарроҳӣ	Миқдори беморон	%	Вафтиданд	Фавтият %
РТ	18	60	12	66,7
РБ	12	40	6	50*
ҳамагӣ	30	100	18	60

Эзоҳ: * $p < 0,05$ — қимати омории тафовути миёни гурӯҳҳо (аз рӯи меёри χ^2);

РТ – релапаротомияи талаботӣ; РБ - релапаротомияи барномавӣ;.

Ҳамин тариқ, дар беморон дар марҳилаи шоки септикӣ, ки дар ковокии шикам аксар вақт ҷараёни фасодӣ, илтисоқӣ, илтиҳобӣ-иртишоҳӣ бештар бо ташаккули абсаҳо ошкор мегардад, корбурди тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозӣи марҳилавии ковокии шикам ҳамчун нишондод баромад мекунад.

6.4. Алгоритми интихоби тактикаи ҷарроҳии беморон бо перитонити паҳнғашта

Яке аз шартҳои асосии муолиҷаи муваффақонаи беморони перитонити паҳнғаштаи фасоднок деконтаминатсияи ковокии шикам ба ҳисоб меравад, ки тавассути тамоми маҷмӯи тадбирҳои муолиҷавӣ ҳосил мешавад. Дар ин маврид марҳилаи амалиёти ҷарроҳӣ нақши асосӣ дорад, ки ҳангоми он манбаи перитонит бартараф ва ковокии шикам тоза карда мешавад. Аммо ҳатто санатсияи ниҳоят бодикқат низ агар як маротиба бошад, боиси сиҳатшавӣ намегардад. Ба монанди ҳар раванди фасоднок, зимни перитонит низ дар марҳилаи пасазҷарроҳӣ экссудати захрнок ҳосил мешавад, ки таркиби он бактерия ва детрити бофтавӣ дошта, ҷараёни илтиҳобро нигоҳ медорад. Найчаҳои обияткаш насб кардашуда зуд бо фибрин маҳдуд шуда нокора мегарданд ва эътибори усули кушодаи муолиҷаи перитонитро ба воситаи релапаротомияи барномавии поксозӣ муайян менамояд.

То имрӯзҳо нишондод ба санатсияи барномавии ковокии шикам ба таври кофӣ аниқ ба расмият надаромадааст. Одатан релапаротомияро дар ҳолатҳое ба кор мебаранд, ки перитонит ҳолати беморро бад кардааст, яъне афзоиш ёфтани

эндотоксикоз, НПО. Чунин муносибат ба таърифи «барномавӣ» муқобил аст ва дар якҷоягӣ бо арзёбии субъективии симптоматикаи клиникӣ сабаби боздоштани ҷарроҳӣ мегардад, ва одатан, пас аз ғайриҷуbronӣ шудани ихтилолотии полиоргани, замоне ки оқибати мусоид таҳти шубҳа қарор мегирад, ба амал оварда мешавад.

Дар амалияи ҷарроҳӣ мумкин аст вазъиятҳое ба амал оянд, ки зарурати ғавран қабул кардани қарор дар бораи тактикаи минбаъда нисбат ба бемори мубтало ба ПП дар шароити статсионарҳои муқаррарӣ ба вуҷуд ояд. Хусусан дар муассисаҳои хурд ва дури Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки таҷҳизот ва озмоишгоҳи мувофиқ надоранд ва истифодаи илҷияҳои заҳматталаби ташҳисӣ барои ҳалли тамоми зинаҳои алгоритмҳои аз як тараф таъсирбахш, аз тарафи дигар мураккаб, ҳамеша мувофиқ нест. Дар чунин ҳолатҳо мавҷудияти перитонити идомаёбанда аз ҷиҳати клиникӣ метавонад шубҳаовар бошад, ки гоҳо ин нукта дар муассисаҳои махсусгардонидашуда низ имконпазир аст. Аз ин лиҳоз ташҳиси саривактӣи оризаҳои дохилишикамӣ ва перитонити авҷгиранда, зимни марҳилаи пасазҷарроҳӣ, 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 объективии перитонити авҷгиранда, таҳияи санҷишҳои наву содаи ташҳисӣ ҳангоми перитонит дар муҳлатҳои бармаҳали инкишофи он, ки пешгӯӣ намудани ҷараёнҳои асосии патогенетикӣ ва ҳолати бемору динамикаи ҷараёнии илтиҳобии ковокии шикамро инъикос кунад, муҳиммият пайдо менамояд.

Ҳангоми амалиёти ҷарроҳии аввалии беморони мубтало ба ПП, ҷарроҳи амалӣ бо масъалаҳои интиҳоби мувофиқи, аз рӯи вазъияти клиникӣ, ё тактикаи анъанавии табобати ҷарроҳии ПП бо релапаротомияи талаботӣ дар ҳолатҳои зарурӣ, ё дар ҳолатҳои вазнин пешакӣ ба нақша гирифтани релапаротомияи барномавӣ, яъне санатсияи марҳилавии ковокии шикам, рӯбарӯ мешавад.

Дар робита ба нуктаи мазкур бо дарназардошти он, ки ҳолҳои тибқи ҷадвали «ШП» ва MRI тақрибан бо марҳилаҳои ПП мутобиқбанд ва барои

осонии қабул намудани қарори ҷарроҳии ғаврӣ, ба назар гирифтани марҳилаҳои ПП, аниқтараш марҳилаи СА ва ШС-ро барои интиҳоби тактикаи мувоқабати беморони муқтало ба ПП, ки ғоя аст.

Барои сохтани алгоритми интиҳоби тактикаи оптималии муолиҷаи шаклҳо ва марҳилаҳои гуногуни ПП, мо таҳлили муқоисавии ҳолати аввала, бозёфти ҷарроҳӣ, ҷараёни пасазҷарроҳиро дар мавриди 67 бемори гирифтори перитонити фасоднокӣ 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 ҷарроҳии такрории лапароскопӣ амалӣ гардид.

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

- 1) сабаби перитонит;
- 2) марҳилаи беморӣ;
- 3) хусусияти экссудати ковокии шикам;
- 4) хусусияти қабатҳои фибрин дар болои сифоқпарда;
- 5) фишори дохилишикамӣ.

Ҳамин тариқ, дар интиҳоб қардани варианти табобати ҷарроҳӣ маълумотҳои ҳангоми тафтиши ковокии шикам ба даст овардашуда, аҳамияти қалонтар доранд, нисбат ба нишондиҳандаҳои эндотоксемия ва динамикаи ҷараёни пасазҷарроҳӣ.

Ҳангоми аз 10^6 ВКТ/г баланд будани нишондиҳандаҳои олудагии умумии ковокии шикам, ҳамчунин пайдо шудани перитониди анаэробии неклостридиалӣ, дар ягон ҳолат бо даҳолати якқарата, қатъ намудани ҷараёни илтиҳобӣ ро муяссар нагардид. Дар ҳамаи беморон миқдори поксозиҳо аз 1 то 4 маротибаро ташкил доданд. Вобаста ба ин, релапаротомияи барномавӣ (ё санатсияи лапароскопӣ) дар ҳолатҳои нишондод дошт, ки 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 шикам ба амал меоянд.

Ҳамин тариқ, релапаротомия ҳангоми камтар аз 6 соат будани давомнокии перитонит дар мавридҳои ихтилоли бутунии чархакрӯда, талаб карда мешавад, ки дар муддати кӯтоҳ ба ковокии шикам миқдори зиёди муҳтавои рӯда дохил шуд ва барои инкишофи илтиҳоби анаэробӣ шароити мусоид фароҳам омад.

Дар афзоиши олудагии ковокии шикам ва илтиҳоб ҳангоми сӯрохшавиҳои ғайриосебии рӯдаҳо, ноустувории дарзи узви ковок, омили вақт нақши калидӣ мебозид. Дар ин ҳолатҳо сатҳи баланди олудагиро давомнокии сироятнокшавии ковокии шикам ва парези рӯдаҳо таъмин мекунанд.

Эҳтимоли пайдоиши шакли анаэробии перитонит, дар чунин ҳолатҳо, аллакай 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 тихӣ ва ноустувор будани дарзҳои узвҳои ковок, ба назар мерасад. Дар ҳамаи беморони гурӯҳи таҳлилшаванда сабабҳои зикршуда боиси шаклҳои вазнини перитонити фасоднок гаштанд, ки чарроҳиҳои такрории санатсиониро талаб карданд.

Новобаста ба мӯҳлатҳои перитонит, зарурати релапаратомияҳои санатсионӣ дар беморони дорои аппендисити деструктивии бидуни сӯрохшавӣ, ногузарои шадиди рӯдаҳо бидуни ихтилоли бутунии девораи рӯдаҳо,

панкреонекроз ва садама бо осебҳои узвҳои паренхиматозӣ, хеле кам ба миён меомад.

Холесистити деструктивӣ ва бемориҳои фасодии изофаҳои бачадон, дар муайян намудани нишондодҳо ба релапаротомия, аҳамияти мустақил надоштанд. Зарурати ҷарроҳии такрорӣ, дар беморони мубтало ба ин бемориҳо аз рӯи натиҷаҳои таҳлили оморӣ, на перитонит ва мӯҳлатҳои он, балки шароитҳои дигар монанди хусусиятҳои экссудат ва имконпазирии бартарафсозии радикалии манбаи сироятнокшавӣ, муайян карда шуд.

Хамчунин, дар алгоритм таҳшиншавии фибрин дар сифокпарда арзёбӣ карда мешавад, ки имконияти бартараф кардани онҳо қатъӣ будани санатсияро муайян мекунад. Мувофиқи маълумотҳои Б.К.Шуркалин ва ҳаммуаллифон (с.2007), дар заминаи табобати антибактериалии пас аз ҷарроҳӣ миқдори бактерияҳо дар экссудати перитонеалӣ то 10^3 ВКТ/г паст мешавад, дар таркиби фибрин то 10^7 ВКТ/г мерасад, ки ин яке аз сабабҳои асосии перитонити идомаёбанда ба ҳисоб меравад. Ин маълумотҳоро натиҷаҳои мо низ тасдиқ мекунанд: аз 67 бемор, ки дар онҳо ҳангоми ҷарроҳӣ фибринро аз сифокпарда пурра нест кардан муяссар нашуда буд, дар 64 нафар қатъ кардани ҷараён дар як амалиёт ғайриимкон буд. Барои ҳамин ҳам ҳангоми мавҷуд будани қабатҳои саҳти фибрини, махсусан онҳое, ки дар ҳосилшавии пардаи пиогении абсаи байнирӯдавии рахнашуда иштирок мекунанд, алгоритм ба релапаротомияи барномавӣ (ё санатсияи лапароскопӣ) ишора мекунад. Дар ин беморон поксозии такрорӣ, то бартарафшавии пурраи фибрин ё иваз шудани он бо бофтаҳои гранулятсионӣ, гузаронида шуд.

Хусусият ва миқдори экссудати ковокии шикам ба сабаби перитонит, давомнокии он, таркиби миқдорӣ ва сифатии микрофлораи ковокии шикам вобаста аст. Дар алгоритм аз ҳама намудҳои имконпазири экссудати перитонеалӣ 3 намуд интихоб шуд, ки онҳо бо хусусиятҳои ҷараёни баъдиҷарроҳӣ коррелятсия шуданд ва дар муайян намудани тактикаи табобати ҷарроҳӣ аҳамият доштанд:

– фасодӣ,

- бо омехтаи мӯхтавои рӯдаи тихӣ ва чархакрӯда,
- бўрранг ва бадбӯй (анаэробӣ).

Ҳангоми мавҷуд будани тарашшӯхоти ба перитонити анаэробӣ хос, новобаста аз миқдор, ба бемор релапаротомияи барномавии санатсионӣ нишондод дорад. Ин хулоса аз натиҷаҳои таҳқиқотҳои мо бармеоянд: аз 9 бемори дорои тарашшӯхоти бадбӯй, дар ковокии шикам танҳо дар як нафар ҳангоми ҷарроҳии такрорӣ таҳшинҳои нави фибрин ё абсаҳои ташаккулефта ба мушоҳида нарасид.

Ҳангоми тарашшӯхоти фасоднок ва омехтаҳои мухтавои рӯдаи тихӣ, ки ҳаҷмаш аз 500 мл зиёд аст, алгоритм инчунин ба релапаротимия ишора мекунад. Чунин миқдори экссудат аз вазнинии ҷараёни илтиҳобӣ ва фаровонии олудагии ковокии шикам, гувоҳӣ медиҳад. Дар сурати кам будани миқдори экссудат – аз 200 то 500 мл – зарурат барои релапаротомия дар 4 аз 7 бемор пайдо шуд, якҷоя шудани ин нишондиҳандаҳо бо дигар нишондиҳандаҳо, аз ҷумла сатҳи токсемия, аҳамияти ҳалқунанда дорад.

Дар беморони дорои тарашшӯхоти геморрагӣ, ки ҳангоми норасоии рӯдаҳо ва панкреонекроз мушоҳида мешуд, зарурат ба санатсияҳои такрорӣ хеле кам пеш омад.

Ихтилолҳои вазифаи ҳаракатии рӯдаҳо то андозаи зиёд вазнинии ҷараёни фасодиро ҳангоми перитонит муайян мекунам. Дар ин маврид 2 ҳолат аҳамият доранд:

1) олудагии барзиёди мӯхтавои рӯдаҳо ва ихроҷ шудани онҳо ба ковокии шикам ҳангоми рахнашавӣ;

2) ихтилоли вазифаи монеагии девораи рӯдаҳо ва транслокатсияи микрофлора ба ковокии шикам дар ҳолати набудани осеби назаррас. Ин аломат дар муайян намудани нишондодҳо барои релапаротомияи санатсионӣ ҳамеша дар якҷоягӣ бо дигар нишонаҳо – сабаби перитонит, давомнокии он, хусусияти экссудат – аҳамият доранд.

Эмпиризм дар қабул кардани қарор имконпазир аст ҳангоми манзараҳои сарҳадии ковокии шикам. Релапаротомия дар чунин беморон ҳангоми парези

маҳфузмонда ё авчгирандаи рӯдаҳо, эндотоксемия, норасоии полиорганӣ, гузаронида мешавад. Аммо дар популятсияи умумии беморони гирифтори перитонит, чунин нишондоди алгоритм хеле кам дида мешавад. Дар робита ба ин, имконияти сар задани иштибоҳ ҳангоми интихоби тактика, ба ҳадди ақал мерасад.

То имрӯзҳо нишондод ба санатсияи барномавии ковокии шикам ба таври кофӣ аниқ ба расмият надаромадааст. Одатан релапаротомия дар ҳолатҳое иҷро карда мешавад, ки перитонит авҷ гирад, яъне афзоиш ёфтани эндотоксикоз, норасоии полиорганӣ (НПО). Тавре ки гуфта шуд баъзан вазъиятҳое мешаванд, ки перитонити идомаёбанда аз ҷиҳати клиникӣ шубҳаовар аст, ва дар бораи тактикаи минбаъда дар беморхонаҳои муқаррарӣ фавран қарор қабул кардан душвор мешавад. Хусусан дар муассисаҳои хурд ва дури Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки таҷҳизот ва озмоишгоҳи мувофиқ надоранд ва имконият нест, ки мониторинги ҳаррӯзаи қиматҳои зиёди клиникӣ-озмоишии заҳматталаб гузаронда шавад.

Аз ин лиҳоз аз сабаби мавҷуд набудани меъёрҳои барвақтӣ ва объективии перитонити авчгиранда, таҳияи санҷишҳои наву содаи ташҳисӣ ҳангоми перитонит дар муҳлатҳои бармаҳали инкишофи он муҳиммият пайдо менамояд.

Бинобар гуфтаҳо ва аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқоти дар фасли гузашта тавсиф карда шуда, алгоритми интихоби тактикаи ҷарроҳии ковокии шикам дар давраи баъдиҷарроҳӣ мураттаб гардид (ҷадвали 6.11.). Асоси алгоритмро ҷанбаи муҳтавои ковокии шикам аз рӯйи марҳилаҳои инкишофи перитонити паҳнғашта ташкил медиҳад. Пас аз муқаррар кардани ҳолати ибтидоӣ ва бозёфти ҷарроҳӣ, варианти тактикаи ҷарроҳӣ интихоб карда мешавад. Дар партави корбурди технологияҳои муосир ҳангоми ҷарроҳии аввалияи таъҷили бояд ба усули видеолапароскопӣ бартарӣ дода шавад, замоне ки пардаҳои дағали фибринозӣ дар ҳалқаҳои рӯда ва ҷараёни илтисоқӣ дар ковокии шикам ҳанӯз вучуд надорад. Душвориҳои техникийи вобаста ба тағйирот дар ковокии шикам ҳангоми лапароскопия, бояд ба амалҳои қатъитар ба воситаи конверсия, водор намоянд.

Чадвали 6.11. – Алгоритми интихоби тактикаи ҷарроҳӣ ҳангоми шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта

Марҳилаи перитонити паҳнғашта	Муҳтавои ковокии шикам	Лапароскопия	Лапаротомия	Релапаротомияи “талаботӣ” бо поксозихои марҳилавии эҳтимоли	Релапротомияи барномавӣ (ё поксозихои лапароскопӣ)	Лапаростомия
Заҳролуд-шавии эндогенӣ	серозӣ	+	-	+	-	-
	геморрагӣ	+	-	+	-	-
	талхавӣ	+	-	+	-	-
	фасодӣ	+	-	+	-	-
	начосатӣ	+	-	+	-	-
сепсиси абдоминалӣ	фасодӣ	+	-	+	-	-
	начосатӣ	+	-	+	-	-
	чараёни фибринозию илтисоқӣ	-	+	+	-	-
	абсаҳо	-	+	+	-	-
	омезишҳои эҳтимолии онҳо	-	+	+	-	-
шоки септикӣ	фасод, чараёни фибринозию илтисоқӣ	-	+	-	+	-
	абсаҳо, чараёни фибринозию илтисоқӣ	-	+	-	+	ҳангоми ФДШ дараҷаи 4-ум
	муҳтавои рӯдаи ғафс, чараёни фибринозию илтисоқӣ	-	+	-	+	ҳангоми ФДШ дараҷаи 4-ум
	омезишҳои эҳтимолии онҳо	-	+	-	+	ҳангоми ФДШ дараҷаи 4-ум

Ҳангоми набудани беҳбудии ҳолати беморон дар давраи баъдичарроҳӣ ё вазнинтар шудани он, бояд қарори релапаротомияи талаботӣ қабул кард. Ҳар гуна амали чарроҳии такрориро баъди видеолапароскопия ҳамчунин «аз рӯйи талабот» иҷро кардан низ мувофиқи мақсад аст.

Дар ҳолати вучуд доштани тағйироти фибринозӣ илтисокӣ дар заминаи чараёни фасодӣ ва аломатҳои клиникаи шоки септикӣ, гузаштан ба лапаротомия ё бо он оғоз кардан, ва поксозӣҳои марҳилавии ковокии шикамро ба нақша гирифтани, ки миқдори онҳо аз динамикаи тағйироти патоморфологии ковокии шикам вобаста мебошад, мувофиқи мақсад хоҳад буд.

Муайян кардани нишондодҳо ба релапаротомияи барномавии санатсионии дуҷум ва минбаъда дар заминаи меъёрҳои зикр гардида, бо дарназардошти чарроҳӣҳои қаблан иҷрошуда, танҳо аз руи натиҷаҳои бозёфти чарроҳӣ, гузаронида мешавад.

Нишондодҳо ба релапаротомияҳои санатсионии дуҷум ва минбаъда инҳо хоҳанд буд:

- абсаҳои ташаккулёфтаи ковокии шикам;
- беш аз 500 мл тарашшуҳи фасод;
- тарашшуҳи анаэробӣ, новобаста аз миқдори он.

Ҳангоми дастрасии техникӣ метавон «усули омехта» - якҷоягии тактикаи нимпӯшида (анъанавӣ)-ро бо поксозӣҳои барномавии видеолапароскопӣ-ро истифода намуд.

Дар ин ҳолат гуногунфаҳмӣ дар муайян намудани дастраскунии оптималӣ барои амалӣ кардани чарроҳӣҳои санатсионӣ, боқӣ мемонанд. Аз як тараф, иҷро кардани санатсияи ковокии шикам бо роҳи лапароскопӣ камтар осебпазир аст, аз тарафи дигар чунин муносибат, на ҳамеша имконият медиҳад, ки мақсади ниҳонии чарроҳӣ ба даст оварда ва самаранокии кофӣ санатсия таъмин карда шавад. Лозим ба таъкид аст, ки инкишофи чарроҳии лапароскопӣ ҳангоми перитонит дар баъзе мавридҳо аз стандартизатсияи назариявии чунин муносибатҳо, ба мисли муайян кардани нишондодҳо ба чарроҳӣҳои каминвазивӣ, пеш гузаштааст.

Дар робита ба ин, муайян намудани нишондод ба иҷро кардани санатсияи лапараскопии ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғашта масъалаи мубрам ба ҳисоб меравад, ки самаранокӣ ва бехатарии онро баланд мебардоранд. Зарурати муайян намудани меъёрҳои пешгуйикунии самаранокии санатсияи лапараскопии барномавии ковокии шикам ҳангоми ПП дар асоси маълумотҳои клиникӣ-морфологиву озмоишӣ, пайдо мешавад.

Натиҷаҳои таҳқиқоти клиникӣ-озмоишӣ ва табобати 73 бемори дорои перитонити паҳнғаштаи шадид таҳлил карда шуданд, ки дар онҳо ПВЛ-и барномавии ковокии шикам гузаронида шуд. Сабабҳои пайдо шудани перитонит бемориҳои гуногуни шадид буданд. Дар ҳамаи беморон ҳангоми муайян намудани перитонити паҳнғашта лапаротомия ва санатсияи ковокии шикам иҷро карда шуд. Баъдан дар беморон поксозии барномавии лапараскопии ковокии шикам гузаронида шуд. Дар 12 бемор аломатҳои самаранокии нокифояи поксозии лапараскопии ковокии шикам дар намуди авҷгирии нишондиҳандаҳои клиникӣ-озмоишии СТИС ба назар расид, ки аз ҷумлаи онҳо боқи мондани гипертермия, амиқ шудани лейкоцитоз ё лейкопения, зиёд шудани шохиси лейкоцитарии масмумият дар давоми 24 соати пас аз ҷарроҳии лапараскопии навбатӣ дар динамика. Ин ҳолатҳо гузаронидани санатсияро бо роҳи релапаротомия талаб мекунанд. Минбаъд беморон бо дарназардошти самаранокии истифодаи санатсияи лапароскопӣ ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи якум 61 бемор дохил карда шуд, ки санатсияи лапараскопии ковокии шикам дар онҳо самаранокии олиро нишон дод. Ба гурӯҳи дуюм 12 бемори гирифтори ПП дохил карда шуданд, ки дар онҳо зарурати иҷро намудани релапаротомия дар робита ба самаранокии нокифояи санатсияи лапараскопии барномавӣ пайдо шуд. Дар ҳарду гурӯҳ таҳқиқоти комплекси клиникии беморон гузаронда шуд, муоинаи дохилиамалиётҳои ковокии шикам (паҳншавии ғасод дар қабати париеталии сифоқпарда, таҳшиншавии фибрин зиёда аз нисфи масоҳати қабати париеталӣ) ва арзёбии озмоиши як қатор нишондиҳандаҳои гомеостаз, ба мисли сатҳи

маркерҳои илтиҳоб (сафедаи С-реактивӣ, ИЛ-6, прокалситонин) гузаронида шуд.

Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои озмоишии маркерҳои илтиҳоб дар шабонарӯзҳои аввали пас аз ҷарроҳӣ, дар беморони гирифтори перитонит, тафовутҳои эътимодноки байни гурӯҳҳои 1 ва 2-ро муайян намуд. Тафовути нишондиҳандаҳои озмоишии дар боло зикршуда пас аз иҷро намудани лапароскопияи санатсионии якум, бозэътимодтар буданд. Натиҷаҳои таҳқиқоти маркерҳои илтиҳоби системавӣ дар гурӯҳҳои 1 ва 2 пас аз гузаронидани лапароскопияи санатсионии якуми ковокии шикам дар ҷадвали 6.12. оварда шудааст.

Ҷадвали 6.12. – Параметрҳои маркерҳои илтиҳоби беморон бо перитонити паҳнғашта шабонарӯзи аввал баъд аз ҷарроҳӣ (лапаротомия) ва поксозии аввалини лапароскопӣ ($M \pm SE$) ($n=73$)

Нишондиҳанда	Баъд аз	Гурӯҳи 1 ($n=61$)	Гурӯҳи 2 ($n=12$)	p
ССР (мг/дл)	лапаротомия	49,2±1,6	125,6±1,3	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	поксозии лапароскопӣ	42,2±2,0	127,6±1,2	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	p_0	=0,017 (<0,05) (T=41,0; z=2,39)	=0,239 (>0,05) (T=24,0; z=1,18)	
ПКТ (нг/мл)	лапаротомия	1,44±0,14	6,55±0,51	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	поксозии лапароскопӣ	1,12±0,12	7,79±0,33	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	p_0	=0,131 (>0,05) (T=57,5; z=1,51)	=0,060 (>0,05) (T=15,0; z=1,88)	
ИЛ-6 (нг/мл)	лапаротомия	126,1±1,1	233,6±15,7	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	поксозии лапароскопӣ	105,6±1,3	308,2±4,0	=0,000 (<0,001) (U =0; z =-4,66)
	p_0	=0,000 (<0,001) (T=0; z=3,92)	=0,003 (<0,01) (T=1,0; z=2,98)	

Эзоҳ: p_0 – аҳамияти омории тафовут байни ҳолат баъд аз лапаротомия ва поксозии лапароскопӣ (аз рӯи T-меёри Вилкоксон); p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи U-меёри Манн-Уитни)

Миқдори миёнаи санатсияи ковокии шикам дар гурӯҳи 2-юм (аз ҷумла релапаротомияҳо) 3 маротиба, дар гурӯҳи якум – 2 маротиба буд. Дар ин маврид, дар ҳарду гурӯҳ мо пастшавии аз ҷиҳати оморӣ муҳими нишондиҳандаҳои ҷавоби илтиҳоби системавиро ба даст овардем. Барои ССР, ПКТ ва ИЛ-6 ҳам баъд аз лапаротомия ва ҳам баъд аз поксозии аввалини лапароскопӣ нишондиҳандаҳои мазкур дар гурӯҳи 1-м оморан пасттар астанд нисбат ба ба гурӯҳи 2-м. Барои ССР ва ПКТ дар гурӯҳи 2-м нишондиҳандаҳои мазкур ҳам баъд аз лапаротомия ва ҳам баъд аз поксозии аввалини лапароскопӣ тағйир наёфтанд ва дар баробари ин сатҳи ИЛ-6 баъд аз поксозии лапароскопӣ ба таври оморан назаррас афзуд. Сатҳи ПКТ дар гурӯҳи 1-м ҳам баъд аз лапаротомия ва ҳам баъд аз поксозии аввалини лапароскопӣ баробар буд. Сатҳи ССР ва ИЛ-6 дар гурӯҳи 1-м ба таври оморан назаррас паст гардид баъд аз поксозии лапароскопӣ.

Аз рӯи натиҷаҳои таҳлили оморӣ вобастагии коррелятсионии байни параметрҳои клиникӣ-морфологӣ, нишондиҳандаҳои озмоишӣ ва талабот ба релапаротомия, муайян карда шуд (ҷадвали 6.13.).

Ҷадвали 6.13. –Коррелятсия байни параметрҳо ва эҳтиёҷ ба релапаротомия (n=73)

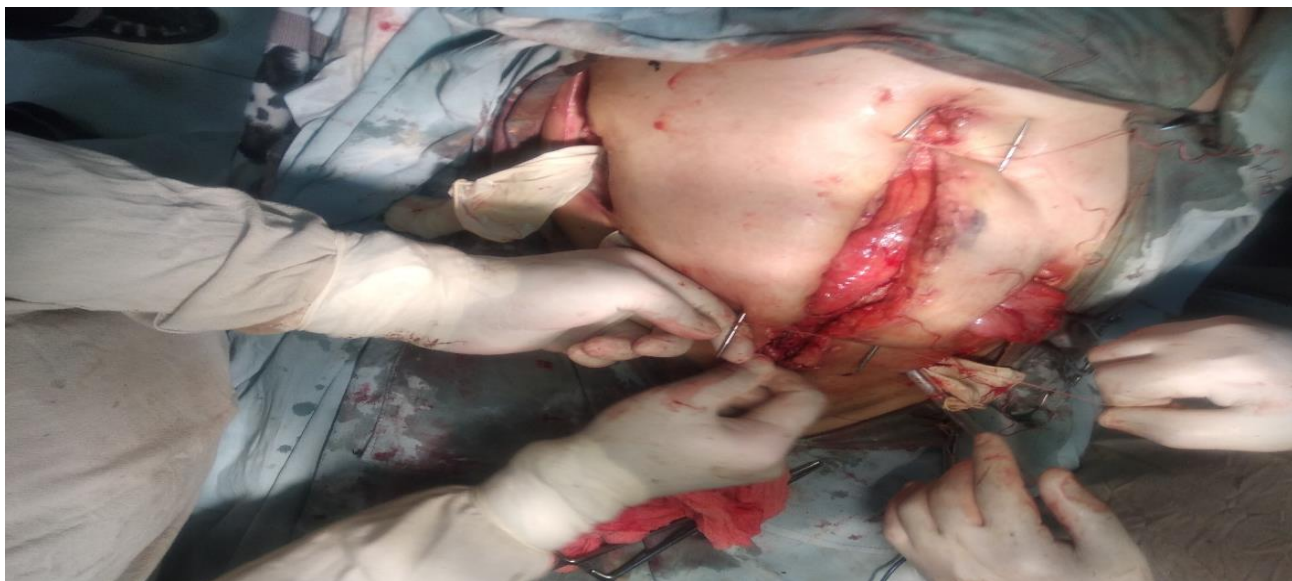
Нишона	Нишондиҳанда	Коэффисиенти коррелятсия, r	p
Ҳарорати бадан	38—39°C	=-0,44	=0,012 (<0,05)
	39—40°C	=0,09	=0,625 (>0,05)
	Зиёда аз 40°C	=0,46	=0,009 (<0,01)
Лаппиши рӯдаҳо	Аускултативӣ	=-0,30	=0,097 (>0,05)
Пардаи патологӣ дар сифоқи париеталӣ	Фасод	=0,25	=0,169 (>0,05)
	Фибрин — камтар аз нисфи масоҳати намоён ҳангоми ҷарроҳии аввалин	=-0,78	=0,000 (<0,001)
	Фибрин — зиёда аз нисфи масоҳати намоён ҳангоми ҷарроҳии аввалин	=0,78	=0,000 (<0,001)
ССР, мг/л	Зиёда аз 60	=0,88	=0,000 (<0,001)
Прокалситонин, нг/мл	Зиёда аз 2	=0,83	=0,000 (<0,001)
ИЛ-6, пг/мл	Зиёда аз 150	=0,93	=0,000 (<0,001)

Эзоҳ: алоқаи коррелятсионӣ мувофиқи Пирсон.

Дар ҷараёни таҳқиқот мо маълумотҳо дар бораи ҳолати дохилиамалиётҳои ковокии шикам ҳангоми ҷарроҳии якум (лапаротомия), параметрҳои клиникӣ давраи бармаҳали пасазҷарроҳӣ (ҳарорати бадан, моторикаи рӯдаҳо) ва нишондиҳандаҳои озмоишии ҷавоби илтиҳоб (сафедаи С-реактивӣ, прокалситонин ва ИЛ-6)-ро ба эътибор гирифтем.

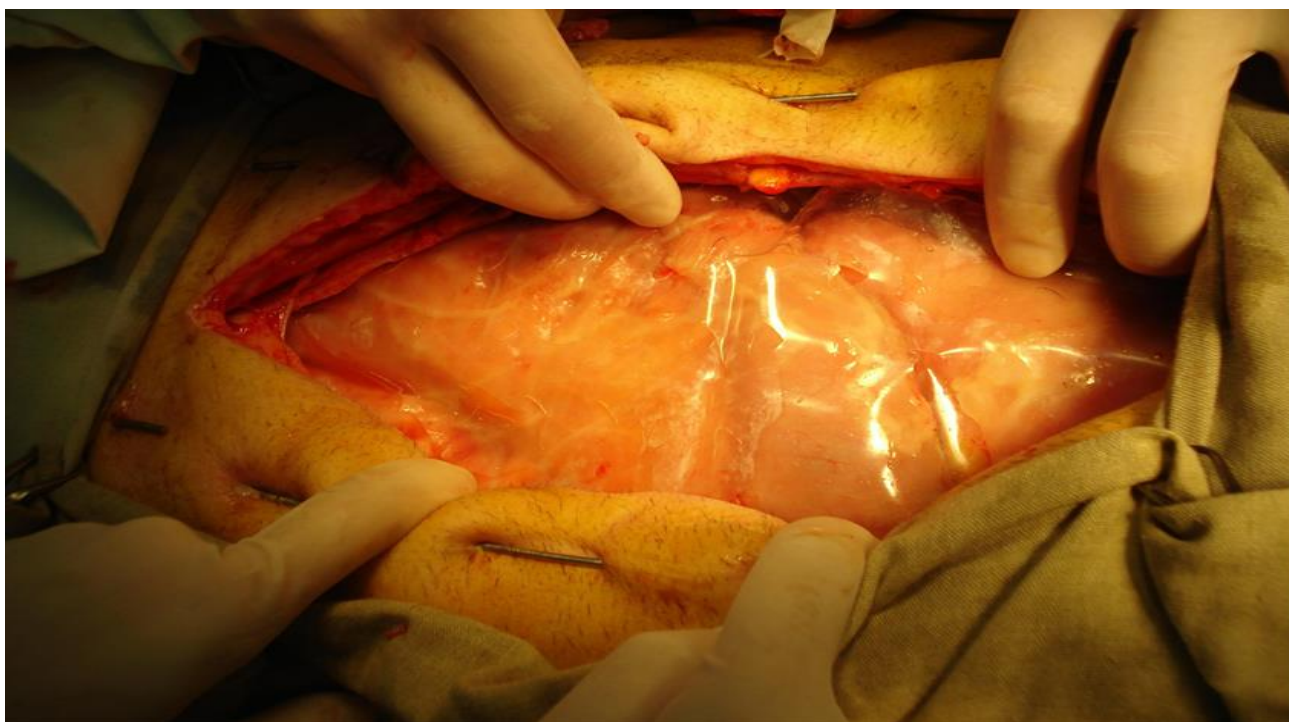
Ҳамин тариқ, меъёрҳои пешгӯикунӣ, ки ба муайян кардани тактикаи муруқибати беморони дорои перитонити паҳнғашта пас аз лапаротомияи якум мушаххас карда шуданд. Ин меъёрҳоро барои муайян кардани нишондодҳо барои гузаронидани поксозии видеолапароскопии ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғашта ва баланд бардоштани самаранокии он, ба қор бурдан мумкин аст.

Бо дарназардошти пайомадҳои манфии лапаростома дар ҳамаи беморони дорои дараҷаи фишори дохилишикамии камтар аз 20 мм сут симоб захми лапаротомӣ дӯхта шуд. Аммо агар дар натиҷаи дамиши рӯдаҳо, варами виссералӣ баҳамоварии канораҳои захм душвор гардад ё фишорбаландии дохилишикамии дараҷаи 3-юм (аз 21 то 25 мм сут. симоб) ҷой дошта бошад, дар ҳолати набудани тағйироти намоёни фасодию илтиҳобии канораҳои захм дар 7 нафар беморон ба ҳам овардани канораҳои захмро тавассути сикҳо, ки ба таври мувозӣ ба канораҳои захм кашидашуда амалӣ гардид, ки онҳо бо ёрии ресмони капрони мустаҳкам ба ҳам наздик карда шуданд (расми 6.7.).



Расми 6.7. – Ташаккули лапаростома тавассути сикҳо

Дар ҳолати хатари ба берун афтидани ҳалқаҳои рӯдаи борик, ба мақсади чудосозии ҳалқаҳои рӯда аз муҳити берун ва канорҳои захми чарроҳӣ, ва инчунин барои ба вучуд овардани шароити ихроҷкунии моеъи фасодӣ, дар баробари наздиккунии канорҳои захм бо истифода аз сикҳо, дар се нафар бемор плёнкаи сӯроҳкардашудаи полиэтиленӣ (ҳалтаи маҳлулҳои инфузионӣ) истифода бурда шуд. Плёнка болои ҳалқаҳои рӯдаҳо озод ҷойгир мешуд, аз канораҳои захми девори пеши шикам хӯб ҷудо мекард, барои гузарондани поксозии барномавӣ ба осонӣ бартараф карда мешуд (расми 6.8.).



Расми 6.8. – Истифодабарии маводи полиэтиленӣ барои ташаккули лапаростома

Барои табобати 9 нафар беморони дорои фишорбаландии дохилишикамии (ФДШ) дараҷаи 3-юм, ки дар миёни онҳо ҳамчунин беморони гирифтори перитонити паҳнғашта бо нуқсонҳои калони девораи пеши шиками ҷанбаи илтиҳобию некротидошта дар давраи авҷгирӣ, лапаростома бо роҳи дӯхтани тури биологӣ илтисокнашаванда дар канораҳои захм иҷро карда шуд ва он алтернативаи оқилона дар техникаи пӯшидани ковокии шикам гардид. Ин амал ба пайвастании канораҳои нуқсони девораи шикам бо ҳалқаҳои рӯдаҳо мусоидат мекунад, яъне эвентратсияи мустаҳкамшуда ба вучуд меояд.

Баҳамоварии барвақтии канораҳои олудагардидаи захм ҳангоми ҷарроҳии аввалия бо истифодаи тури биологӣ эҳтимолияти ташаккули носур ва ҷурраи вентралиро коҳиш медиҳад (расми 6.9.). Дар ҳамаи ҳолатҳо тадбирҳо оид ба пӯшондани алтернативии захми лапаротомӣ самаранок буданд. Ҳангоми ФДШ дараҷаи 4-ум (бештар аз 25 мм сут симоб) дар 5 нафар беморон лапаростома бо дӯхтани мавкуфгузоштаи канораҳои захм гузошта шуд.



Расми 6.9. – Истифодабарии тури биологӣ барои муҳофизати лапаростома

Гарчанде, ки чунин иқдом на ҳамеша самарабахш аст - дар 2 ҳолат носурҳои рӯдавӣ ташаккул ёфтанд. Натиҷаҳои таҳқиқоти мо аз баланд будани самаранокии усули интихобкардаи ҳаллу фасли проблемаҳо гувоҳӣ медиҳанд. Алгоритми пешниҳодкардаи мо, ки дар заминаи меъёрҳои сифатӣ асос ёфтааст, дар интихоби тактикаи табобатӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта эмпиризмро истисно мекунад, имконият медиҳад, ки барои ҷарроҳҳои такрорӣ нишондодҳоро мушаххас созанд ва онҳоро сари вақт иҷро кунанд.

Хулоса дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ релапаротомияи талаботӣ назар ба релапаротомияи барномавӣ усули бештар афзалиятнок мебошад. Барои беморони вазнини гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ, замоне ки дар ковокии шикам, аксар вақт ҷараёни фасодӣ, илтисоқӣ, илтиҳобӣ-иртишоқӣ бештар бо ташаккули абсаҳо ошкор мегардад, корбурди тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозӣҳои марҳилавии ковокии шикам ҳамчун нишондод баромад мекунад. Бо дарназардошти ҳамаи пайомадҳои ҷиддии манфии лапаростома мо тавсия медиҳем, ки аз рӯйи имкон аз гузоштани лапаростома худдорӣ карда канораҳои захми лапаротомӣ, бо истифода аз усулҳо ва воситаҳои дастрас, наздик карда шаванд. Алгоритми тибқӣ натиҷаҳои таҳқиқот тартибдодашуда, дар интиҳоби тактикаи муносиби ҷарроҳӣ ҳангоми шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, кумак хоҳад расонд.

Ҳамин тариқ, табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғаштаи бояд пас аз тайёрии пуршиддати пешазҷарроҳӣ иҷро карда шавад, аз ҷумла бартарафсозӣ, ва дар сурати имконнопазирӣ, маҳдудкунии мукаммали манбаи сироят, найчагузории ҳатмии рӯдаҳо бо иҷроиши ҳангоми ҷарроҳӣ лаважи рӯдавӣ ва энтеросорбсия, лаважи ковокии шикам ва обияткашии он ва баъдан тағзияи найчавиро дар бар мегирад. Дар ҳамаи беморони гирифтори перитонити пасазҷарроҳӣ гузаронидани мониторинги фишори дохилишикамӣ зарур аст, ин имконият медиҳад ки усули муносиби маҳкам кардани захм, усулҳои ҷарроҳӣ ва доругии ислоҳи гипертензияи дохилишикамӣ, вобаста ба вазъият мавриди истифода қарор дода шаванд.

БОБИ 7

ТАДБИРҲОИ ДОХИЛИАМАЛИЁТӢ ДАР ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

7.1. Чораҳои махсус ҳангоми лапаротомия дар беморони гирифтори перитонити паҳнғашта

Манбаи перитонити паҳнғашта дар 409 бемор решӣ сӯрохшудаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта – 154 (37,6%), ногузарони шадиди рӯдаҳо – 90 (22%), аппендитсита шадид – 89 (21,8%), панкреатити шадид 15 (3,7%), сӯрохшавии рӯда – 33 (8,1%), холесистити шадид – 10 (2,4%), ғайра – 18 (4,4%) буданд. Таҳқиқотҳои ултрасадоӣ, рентгенӣ, эндоскопӣ, озмоишӣ, бактериологӣ ҳамчун усулҳои асосии ташҳисии муайянсозии меъёрҳои саҳеҳи перитонит ба кор бурда шуданд. Интиҳоби намуд ва ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ ба сабаби перитонит, аёнӣ ва дараҷаи густариши ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам, хусусияти муҳтаво, дараҷаи вазнинии заҳролудшавии эндогенӣ, норасоии узвҳо ва пешгӯии оқибат вобаста буд.

Дараҷаи вазнинии ҳолати беморон ва пешгӯии оқибати беморӣ ба воситаи меъёрҳои дараҷаи вазнинии заҳролудшавии эндогенӣ, ҷадвалҳои APACHE II, SAPS, шохиси перитонити Мангейм ва «Шохиси перитонит», ки аз ҷониби клиникаи мо пешниҳод шудааст, арзёбӣ намуда шудааст.

Табобати ҷарроҳӣ, аз он ҷумла инчунин видеолапароскопӣ, аз таҳлилии муҳтавои патологӣ аз ковокии шикам, бартараф кардани манбаи перитонит, поксозии ковокии шикам бо антисептикҳо, обияткашии кофии он, дар лозимӣ декомпрессияи рӯдаи борик, бо нишондодҳо – релапаротомияи барномавӣ, иборат буд.

Ташҳискунии саривактӣ перитонит бо аниқ кардани шакли он, гавари табобати бомуваффақият мебошад, зеро дар ин ҳолат интиҳоби тактикаи беҳтарин осон мегардад. Усулҳои таҳқиқотӣ озмоишӣ, рентгенологӣ ва эндоскопӣ, ки усули лапароскопиро дар бар мегирад, кумаки бебаҳои ҳудро мерасонанд. Аммо арзиштарин усули ташҳисии муайянкунии меъёрҳои эътимодноки перитонит ТУС мебошад, ки дар ҳамаи беморони гурӯҳи омӯзишӣ

истифода бурда шудааст. Нишонаи асосии ултрасадоии перитонит мавҷудияти моеъ дар ковокии шикам аст. Ҳангоми перитонити ҷузъӣ миқдори хурди моеъ дар мавзеи манба муайян мешавад. Паҳншавии перитонит дар масири камтарини муқовимат ва вазни моеъ ба амал меояд, аз ин рӯ дар беморон бо перитонити паҳнғашта дар ТУС моеъи озод пеш аз ҳама дар каналҳои паҳлӯӣ ва ковокии коси хурд мушоҳида мешуд. Дар ин ҳолат васеъшавии равзанаи ҳалқаҳои рӯда мушоҳида мешуд, ғафсии девори рӯда ба 3-4 мм мерасид, гиперэхогении он ба назар мерасид. Дар равзанаи рӯда муҳтавои моеънок бо ҷузъҳои гиперэхогенӣ мушоҳида мешаванд. Чунин ҳалқаҳо зиёдтар дар мавзеҳои ҳамшафати манбаи перитонит муайян мешуданд.

Дар асоси ташҳиси аниқшуда, вобаста ба вазнинӣ ва паҳншавии перитонит, тактикаи минбаъдаи ҷарроҳӣ сохта мешавад.

Ба 33 (8,1%) бемор бо перитонити паҳнғашта дорои захролудшавии эндогенӣ дараҷаи I, шохиси перитонити Мангейм I, SAPS то 5 ҳол, APACHE то 5 ҳол, «Шохиси перитонит» то 12 ҳол, ҷарроҳӣҳои видеолапароскопӣ бо мақсади бартараф кардани манбаи перитонит, тоза ва обияткаши ковокии шикам иҷро карда шуд.

Тарҳҳои нави муолиҷаи этиопатогенетикии решмаразии меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта имконият медиҳад, ки усули духтани анъанавии реши сӯрохшуда аз нав дарк карда шавад. Ислоҳоти видеолапароскопии чунин аворизии решмараз дар клиникаи мо пештар набуд. Дар як бемори 40 сола бидуни собиқаи решӣ, ки баъд аз 8 соат аз лаҳзаи сӯрохшавии реши пиёзаки рӯдаи дувоздаҳангушта бистарӣ карда шуд, духтани сӯроҳӣ бо дарзи гиреҳии эндоскопӣ гузаронда шуд. Иретишоҳи атрофи реш начандон возеъ буд, аммо перитонити паҳнғашта ҷой дошт, ки мавзеи зерӣ ҷигар, канали рости паҳлӯӣ ва ковокии коси хурдро дар бар мегирифт. Поксозии мукаммали ковокии шикам бо 2 литр маҳлули 0,1% бетадин ва обияткашии мавзеи зерӣ ҷигар, канали рости паҳлӯӣ ва ковокии коси хурд бо найчаҳои силиконӣ ва лавҳаҳои резинӣ иҷро карда шуд. Марҳилаи баъдазҷарроҳӣ бе ориза гузашт.

Аппендэктомияи видеолапароскопӣ ба 9 бемор гузаронда шуд, аз он ҷумла дар 3 ҳолат – бо видеолапароскопияи кумакӣ. Чунин тартиб имконияти раҳой аз аппендэктомияи беасосро медиҳад, аз оризаҳои ба лапаротомия ҳос наҷот мебахшад, ба косметикии ҷарроҳӣ ноил мегардонад.

Чунин тактика ҳангоми холесистити шадид низ, ки бо перитонит ориздор шудааст, истифода бурда мешуд. Дар 6 ҳолат холесистэктомияи видеолапароскопӣ бо поксоии ва обияткашии фазои зерӣ ҷигар, ҳангоми бистарии беморон шабонарузи аввал аз оғози беморӣ, иҷро карда шуд.

Дар 12 бемор бо перитонити сабаби гинекологӣ ҷарроҳӣ бо истифода аз технологияи видеолапароскопӣ иҷро карда шуданд. Аз он ҷумла ба 3 бемор систэктомия аз сабаби тобхурии кистаи тухмдон бо некроз ва инкишофи перитонит ва 9 тубоварэктомия аз сабаби рахнашавии абсаи тубоовариалӣ гузаронда шуд. Дар ҳамаи ин ҳолатҳо амалиётҳо бо поксоии шикам ва обияткашии ковокии коси хурд анҷом дода шуданд. Ба ду бемор, ки аввалан бо абсаҳои дохилишикамӣ бистарӣ карда шуданд, кушодани лапароскопии онҳо, шустан ва обияткаш кардани ковокии абса иҷро карда шуд.

Марҳилаи баъдазҷарроҳии ҳамаи 33 бемор бе авориз гузашт, дар ҳамаи ҳолатҳо муяссар гардид, ки ҷараёни илтиҳобии ковокии шикам комилан назорат карда шавад.

Лапаротомияи анъанавӣ бо мақсади бартараф кардани манбаи перитонит, тоза ва обияткашии қисматҳои дахлдори ковокии шикам ба 285 бемор (69,7%) дорои захролудшавии эндогенӣ дараҷаи вазнин бо нишонаҳои сепсиси абдоминалӣ, SAPS то 9 ҳол, APACHE II то 10 ҳол, шохиси перитонити Мангейм I – II, «шохиси перитонит» 12-22 ҳол, иҷро карда шуд. Заҳми асосии девори пеши шикамро маҳкам духта мешуд.

Дар равиши амалиётҳои ҷарроҳии мо баъзе хусусиятҳо ҷой доштанд. Дар баробари муҳтаво ва таркибҳои бегона мо инчунин пардаҳои фибриниро ба таври мукамал бартараф менамудем, зеро ки онҳо назар ба экссудати перитонеалӣ на камтар олукаи сироят астанд. Шустани ковокии шикам бо антисептикҳо то ҳолати «оби тоза» бо паст кардани мизи ҷарроҳӣ аз тарафи

пойҳои бемор гузаронда мешуд, ки ба осон гардондани раванди хушккунии хамаи чафъҳо ва фазоҳо мусоидат мекунад.

Обияткашии ковокии шикам бо усули маъмул гузаронда мешуд, аммо бо дарназардошти баъзе ҳолатҳо. Дар баробари найчаи обияткаш ҳамеша лавҳаи резиниро истифода менамудем, ки ба ақидаи мо нисбат ба найча самараноктар аст, чун ки он ба зудӣ (12-24 соат) бо лахта ва фибрин маҳкам шуда гузароиши худро аз даст медиҳад. Инҳо ба андозаи кофӣ олудаи сироят астанд, ва ҳангоми шустани найча ба ковокии шикам бармегарданд. Лавҳаи резинии фишурдашуда бошад чӯякҳое ба вучуд меорад, ки тариқи онҳо моеъ ва лахтаҳо ба берун ҳаракат менамоянд. Аз ин рӯ лавҳа бояд мувофиқи андозаи захми контрапертуравӣ начандон васеъ бошад, ки вазифаи худро комилан иҷро намояд. Иваз ба бартараф кардани лавҳаи резинӣ дертар аз муҳлати бартараф кардани найча гузаронда мешавад, ба ҳисоби миёна шабонарӯзи 5-7-м.

Аз усулҳои декомпрессияи рӯдаи борик афзалият ба найчагузории назоинтестиналӣ дода мешуд, ки Forster E. ҳоло соли 1962 пешниҳод кардааст. Чарроҳоне, ки гузарондани дурусти найчаро тариқи пасухамҳои рӯдаи дувоздаҳангушта аз худ кардаанд, манфияти чунин усулро нисбат ба дигар усулҳо, ки кушодани равзанаи роҳи ҳозимаро талаб менамояд, қайд мекунанд. Ба сифати найча намудҳои чандири силиконӣ ё полихлорвинилӣ қутраш 6-8 см дарозияш 2-2,5 м, бо сурохиҳои сершумори паҳлӯӣ дар 1 метри охираш, ба истифода бурда мешавад.

Найчагузории пӯшидаи назоэнтэралии рӯдаи борик чораи зудичро ва қулай аст барои бригадаи чарроҳон. Аммо чунин амал зиддинишондодҳои худро дорост, ин ҳам бошад: майл ба хунравӣ аз бинӣ ва шикасти устухонҳои бинӣ, эзофагити решӣ, тангшавии хадшавии сурхрӯда, васеъшавии варикозии варидҳои сурхрӯда, решҳои гастродуоденалӣ, пилоростеноз, ҳолати возеъи лиҳомии қабати болоии ковокии шикам, патологияи дилу нафас.

Ба ғайр аз он ҷой доштани тулонии найча чунин камбудихоро дорост мисли сирояткунии роҳҳои нафас ва ковокиҳои димоғ, бад шудани кори дил. Аз ин рӯ ҳангоми чунин ҳолатҳо дар клиникаи мо усули найчагузории антеградии

рӯдаи борик ва ғафс коркард ва пешниҳод карда шудааст (Патенти ҚТ № TJ1316 аз 18.11.2022.). Мувофиқи усул найчаи полихлорвинилӣ дарозияш 250 см, кутраш 7-8 мм якҷоя бо найчаи иловагии полихлорвинилии кутраш 20 мм ба охири проксималии найчаи якум бо ресмони абрешимӣ басташуда, аз мақъад ба рӯдаи мустақим ва рӯдаи ғафс мегузаронанд, ва ҳаракати найчаро назорат карда ба ангушти дуҷоми дасти чап, ки девори қисми терминалии рӯдаи тихйро ворид мекунад, найчаро ҳис мекунад ва ба равзани рӯдаи борик аз дарғоти Баугин мегузаронанд, дар ин ҳолат охири проксималии найчаи ғафси ба найчаи борик басташуда дар чархакрӯдаи поёнраванда мемонанд, ва нугҳои дисталии харду найча аз мақъад берун мемонанд. Ҳамин тариқ декомпрессияи рӯдаи борик ва ғафс амалӣ мегардад.

Ҳангоми перитонити фасодии паҳнғашта ё перитонити баъдазҷарроҳӣ дар беморон бо аломатҳои клиникии олудашавии баланди бактериявӣ, захролудшавии эндогенӣ дараҷаи III ё шоки септикӣ, SAPS зиёда аз 9 ҳол, APACHE II баландтар аз 10 ҳол, шохиси перитонити Мангейм III, «шохиси перитонит» зиёда аз 22 ҳол ё ин ки ҳангоми мавҷудияти абсаҳои сершумори байнирӯдавӣ, нишондод барои тафтиш ва поксозии барномавии ковокии шикам гузошта мешуд. Усули мазкур дар 30 бемор (7,3%) ба кор бурда шудааст. Дар чунин ҳолат дарзҳои муваққатӣ, занҷири «зиппер» истифода барда мешуданд.

55 бемор бо перитонити паҳнғашта фавтид. Фавтияти умумӣ 13,4%-ро ташкил дод. Дар гурӯҳи беморон, ки усулҳои анъанавии табобат ба истифода бурда мешуд, фавтият 12,1%-ро (35 бемор) ташкил дод, бад аз релапаротомияҳои барномавӣ 15 бемор фавтид (57,7%). Сабаби асосии фавт шоки септикӣ буд (ҷадвали 7.1.).

Ҷадвали 7.1. – Натиҷаи табобати ҷарроҳии беморон бо перитонити паҳнғашта

Ҷарроҳӣ	Миқдор	%	Фавт	%
Видеолапароскопӣ	33	8,1		
ПВЛ	61	14,9	5	8,2
Анъанавӣ	289	70,7	35	12,1
Релапаротомияи барномавӣ	26	6,3	15	57,7
Ҳамагӣ	409	100	55	13,4

Баъд аз ҷарроҳии лапароскопӣ оқибати ғавтӣ ба қайд гирифта нашудааст (Замимаи 8: расми 13).

Парези давомдори рӯдаҳо баъд аз ҷарроҳии узвҳои ковокии шикам то ҳол масъалаи мубрам дар соҳаи ҷарроҳии абдоминалӣ боқӣ мемонад, зеро ки басомади ҷилавгирии вазифаи ҳаракативу тахлиявии роҳи ҳозимаи беморон, ки дар узвҳои ковокии шикам ҷарроҳӣ гирифтанд, дар сатҳи баланд қарор дорад ва то ба 84,2% мерасад ва тамоюл ба пастшавӣ надорад. Парези авҷгирандаи рӯдаҳо ба кашишхурии аз ҳад зиёди рӯда, носозии микросиркулятсия, ҳипоксия дар девори рӯда, таъсири зараровари муҳтавои рӯда ба пардаи луобии он, ба воридшавии моддаҳои захрдор ба маҷрои хунгард оварда мерасонад, ки ҳамаи ин оқибат ба инкишофи захролудшавии эндогенӣ ва норасоии полиорганӣ мусоидат мекунад.

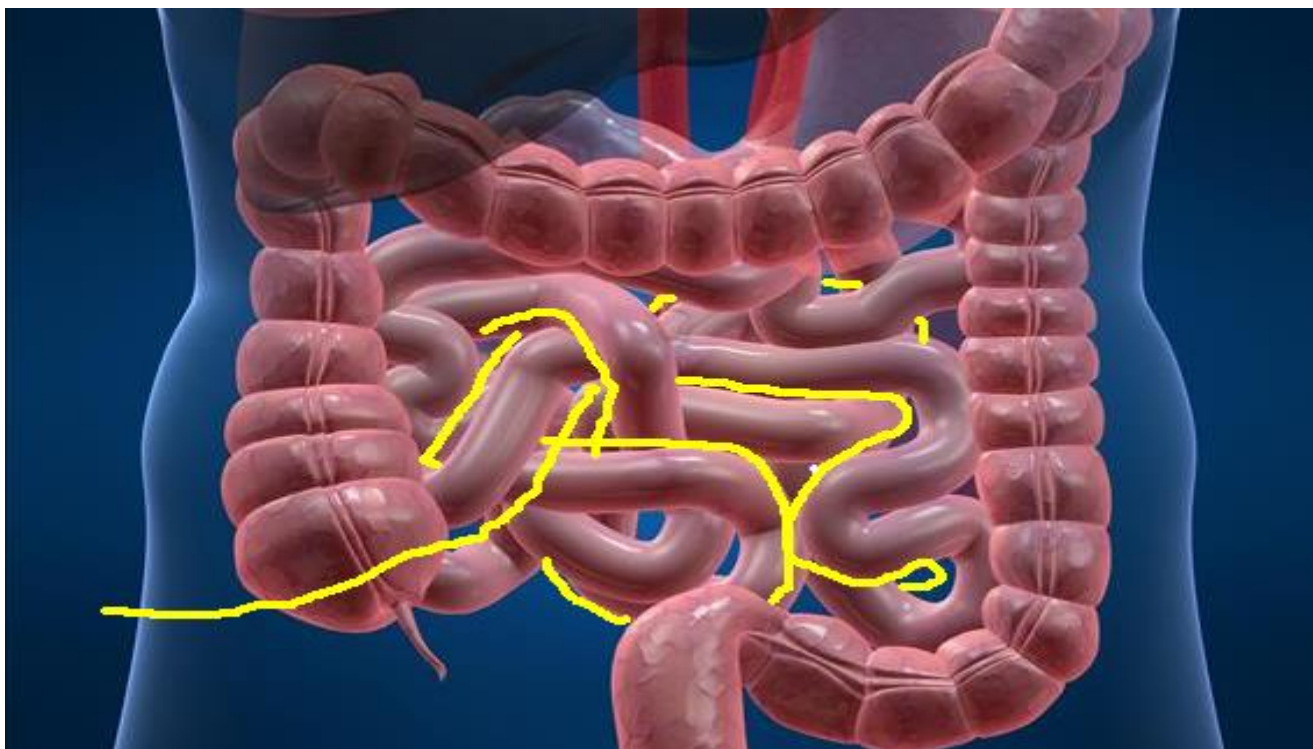
Ба ғайр аз он, ҳалқаҳои аз ҳад зиёд кашишхурдаи рӯда ба афзудани фишори доҳолишикамӣ (Abdominal Compartment Syndrome) оварда мерасонад, ки вазифаи диафрагмаро маҳдуд месозад, носозии гардиши хунро бадтар мекунад, боиси ишемия ва гипоксия натавонад дар роҳи ҳозима, балки дар дигар узвҳои ковокии шикам низ мешавад. Инкишофи парези рӯда инчунин боиси пайдоиши ҷараёни лиҳомӣ дар ковокии шикам ва ҳамин тариқ ба афзоиши хатари ногузарии бармаҳали лиҳомии рӯдаҳо мешавад, ки бештар иҷроиши амалиётҳои ҷарроҳии такрорӣ талаб менамояд.

Бо мақсади барқароркунии бармаҳали лаппиши рӯдаҳо баъди ҷарроҳии узвҳои ковокии шикам ва ба сифати ҷораҳо оид ба пешгирии инкишофи парези рӯдаҳо дар давраи бармаҳали баъдазҷарроҳӣ, дар баробари ҷораҳои дар боло зикршуда, мо самаранокии энтеросорбсияро зимни маҷмӯи табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта омехта ва истифода бурдем.

Дар 63 бемор бо ногузарии шадиди рӯдаҳо, ки бо перитонити паҳнғашта ориздор шудааст, хусусиятҳои ҷараёни марҳилаи баъдазҷарроҳӣ дар беморон бо ногузарии шадиди рӯдаҳо дар шароити перитонити паҳнғашта омехта шуд. Вобаста ба истифодабарии пешгирии мақсаднок ва ислоҳоти носозии фаъолияти ҳаракатии роҳи ҳозима дар давраи баъдазҷарроҳӣ, ҳамаи беморон ба

ду гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи I – 27 бемор ворид шудаанд, ки ба онҳо пешгирии парези баъдазчарроҳии рӯдаҳо бо истифода аз катетергузории дохилиамалиётӣ масорикаи рӯдаи борик ва энтеросорбсия дар давраи бармаҳали баъдазчарроҳӣ гузаронда шуд. Ба гурӯҳи II 36 бемор дохил буданд, ки ба онҳо дар марҳилаи баъдазчарроҳӣ барои пешгирӣ ё ислоҳоти носозӣҳои ҳолати функционалии рӯда декомпрессияи муқаррарии назоинтестиналии роҳи ҳозима ва муолиҷаи инфузионӣ гузаронда шуд.

Ба беморони гурӯҳи асосӣ ($n=27$) дар охири амалиёти чарроҳӣ баъд аз поксозии бодикқат ва хушккунии ковокии шикам қад-қади қисми масориқавии рӯдаи борик найчаи мулоими силиконӣ қутраш 2-3 мм ва дарозияш кифоя, ки охираш аз девори шикам дар тӯҳигоҳи рост бароварда шавад, гузошта шуд (гувоҳномаи пешниҳоди беҳсозон №3382/R597 аз 25.02.2014. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино») (расми 7.1.).



Расми 7.1. – Тарҳи ҷойгиршавии найча барои пешгирии абса ва часпишҳои байнирӯдавӣ

Дар 13 ҳолат, бо мақсади табобати патогенетикии парези рӯдаҳо, аз найчаи назоинтестиналӣ маҳлули 5% энтеродез дар ҳаҷми аз 150 то 250 мл

ворид карда мешуд. Вақти оғози таъсири зиддисироятӣ энтеродез (тақрибан баъд аз 15-20 дақиқа) найча муддати 35-40 дақиқа баста мешуд, сипас моеъ кашида бартараф карда мешуд. Чунин тартиб то 3-5 маротиба рӯзе такрор карда мешуд ва бо муътадил шудани фаъолияти ҳаракатӣ рӯда микдори сеансҳои энтеросорбсия то 1-2 маротиба коҳиш дода мешавад. Вояи яккаратаи дору 5-10 г ташкил медод, вояи шабонарӯзӣ – 20-30 г. Муддати чунин равиши табобатӣ аз 3 то 5 шабонарӯзро ташкил медод (гувоҳномаи пешниҳоди беҳсозон №3583/R635 аз 13.02.2018. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»).

Меъёри самаранокии чораҳои гузарондашуда, ки ба ислоҳоти носозӣҳои ҳолати функционалии рӯдаҳо равона буданд, инҳоянд: бартараф шудани дамиши шикам, дилбеҳузурӣ, истифроғ, барқарор шудани қазои ҳочат ва баромадани бод, набудани аломатҳои ултрасадоӣ ва рентгенологии парези рӯдаҳо. Ба мақсади ташхискунӣ ба ҳама беморон таҳқиқҳои клиникавӣ ва биокимиявӣи хун, ТУС ва рентгенографияи муоинавӣ гузаронда шуд.

Самаранокии усулҳои профилактикӣ ва табобатӣ нисбати парези рӯдаҳо дар заминаи перитонити паҳнғашта мувофиқи аломатҳои клиникӣ ва нишонаҳои ТУС (муддати пайдоиш ва самаранокии лаппиши рӯда, дараҷаи пневматози он, муътадил шудани сохтори девори рӯда) ҳамаарӯза дар давраи баъдазҷарроҳӣ ба қайд гирифта мешуд.

Қобили қайд аст, ки азбаски барқароршавии лаппиши рӯдаҳо ба пуррагӣ ҳолати ҳаракатӣ ва тахлиявии рӯдахоро инъикос намекунад, дар рафти таҳқиқот аҳамияти муҳим ба натиҷаҳои таҳлили аломатҳои клиникӣ парези баъдазҷарроҳӣи рӯдаҳо дода мешавад (ҷадвали 7.2.). Тавре, ки аз маълумотҳои овардашуда дида мешавад, ҳангоми гузарондани таҳлили муқоисавӣи хусусиятҳои алоими клиникӣи носозӣҳои баъдазҷарроҳӣи вазифаи ҳаракатӣ ва тахлиявии рӯдаҳо, дар бемороне, ки ба онҳо пешгирии баъдазҷарроҳӣи мақсадноки парези рӯдаҳо гузаронда шудааст, басомади алоими клиникӣи парези рӯдаҳо камтар буд ($p < 0,05$), барқароршавии баромадани бод ва наҷосат назар ба гурӯҳи II (пешгирии парез бо усулҳои анъанавӣ) барвақттар мушоҳида мешуд ($p < 0,05$ ва $p < 0,01$).

Ҷадвали 7.2. – Хусусиятҳои клиникӣ носозҳои вазифаи ҳаракатӣ ва тахлиявӣ рӯда дар марҳилаи бармаҳали баъдазҷарроҳӣ (n=63)

Аломатҳои клиникӣ	Гурӯҳи асосӣ (n=27)		Гурӯҳи муқоисавӣ (n=36)		p
	n	%	n	%	
Дилбеҳузурӣ	3	11,1	9	25	-
Оруқзанӣ	2	7,4	4	11,1	-
Дамиши шикам	5	15,5	11	30,5	-
Дарди шикам	3	11,1	7	19,4	-
Барқароршавии баромадани бод (шабонарӯз)	1,8±0,1 2,0 [1,0; 2,0]		2,3±0,1 2,0 [2,0; 3,0]		=0,030 (<0,05) (U =330,5; z =-2,34)
Барқароршавии начосат (шабонарӯз)	2,9±0,2 3,0 [2,0; 4,0]		3,7±0,2 3,0 [3,0; 5,0]		=0,003 (<0,01) (U =272,0; z =-3,14)

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи U-меёри Манн-Уитни).

Таҳлили натиҷаҳои ТУС дар динамика коҳишёбии эътимодноки аёнии пневматози рӯдаҳоро, коҳишёбии дараҷаи кашишёбии ҳалқаи рӯда ва намудор шудани лаппиши рӯда дар давраи бармаҳали баъдазҷарроҳии беморони гурӯҳи асосӣ, ки ба ҳисоби миёна ба 36-48 соат мутобиқ буд, нишон меод, дар муқоиса бо муҳлат дар гурӯҳи контролӣ, ки 48-56 соатро ташкил меод.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки усули пешгирии инкишофи бармаҳали абсаҳо ва лиҳомҳои дохилишикамӣ тариқи найчагузории байни масориқаи рӯдаи борик самаранок, камосебовар, амалан боэътимод мебошад. Усули мазкур ва инчунин энтеросорбсияи найчавии бармаҳали баъдазҷарроҳӣ бешубҳа имконияти беҳсозии ҷараёни барқарорсозии лаппиши рӯдаҳоро медиҳад, ва ба ин васила ба пастшавии басомади аворизи фасодӣ-илтиҳобии баъдазҷарроҳӣ дар беморон мубтало ба перитонити паҳнғашта мусоидат мекунад.

7.2. Усули контрастии поксозии ковокии шикам хангоми чарроҳии перитонити паҳнғашта

Бо вучуди он, ки дар тури даҳсолаҳои охир амалияи чарроҳии перитонити паҳнғашта хеле тараққӣ ёфтааст, авҷгирии он сабаби асосии релапаротомия ва фавтияти баланди баъдазчарроҳӣ боқӣ мемонад. Бо дарназардошти он, ки перитонити паҳнғашта – ин бемории вазнини сирояти-заҳролудӣ, ки бо заҳролудшавии возеи эндогенӣ ҳамроҳ мешавад ва ба миқдори зиёди узв ва системаҳо зарар мерасонад, бартаарафкунии мукамал ва саривақти муҳтавои перитонеалӣ, ки дорои миқдори зиёди моддаҳои заҳрӣ ва бактерияҳо аст, яке аз лаҳзаҳои асосӣ дар мубориза бо авҷгирии чараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам ва заҳролудшавии эндогенӣ мебошад.

Вобаста ба ин тозасозии кофии ковокии шикам яке аз лаҳзаҳои муҳими табобати перитонити паҳнғашта мебошад. Ба ин мақсад айнаи ҳол усулҳои зиёди коркарди ковокии шикам бо истифода аз антисептикҳои гуногун ба кор бурда мешаванд. Аммо самаранокии онҳо наҷандон баланд аст аз сабаби маҳз асари ҷузъӣ доштани ин усулҳо ва таъсири кӯтоҳмуддати антисептикҳо ва зуд ғайри ғайол гардидани онҳо дар шароити илтиҳоб. Маълумотҳои вучуд доранд, ки антисептикҳо бештар таъсири барангехтагӣ ба мезотелияи сифок мерасонанд, ки ба лиҳомҳосилшавии минбаъда оварда мерасонад. Аз ҳамин сабаб матлубсозии табобати перитонит тариқи истифодабарии усулҳои коркарди ковокии шикам, ки ҳам тасири ҷузъии зиддиилтиҳобӣ ва ҳам таъсири таҳрикунандаи умумӣ мерасонад масъалаи мубрам мебошад.

Бо мақсади беҳтарсозии натиҷаҳои табобати беморон бо перитонити паҳнғашта тариқи истифодабарии усули коркарди ковокии сифок бо маҳлули сусти ҳипертоникӣ дар ҳароратҳои муқобил (**Патенти ҶТ № TJ610 аз 14.04.2014.**) таҳлили натиҷаҳои муоина ва табобати 56 бемор бо перитонити паҳнғашта гузаронда шуд. Зану мард 28 нафарӣ буданд. Синну соли беморон аз 15 то 63 сола. Беморон аз рӯи ҷинс, синну сол ва сабабҳои перитонит ба ду гурӯҳи аз ҷиҳати омор ба ҳам наздик тақсим карда шуданд. 30 бемор, ки табобати анъанавӣ мегирифтанд, гурӯҳи 1-ро (муқоисавӣ) ташкил доданд.

Амалиёти чарроҳӣ – лапаротомия, бартараф кардани манбаи перитонит, обияткаш намудани назоинтестиналии рӯдаи борик, шустани ковокии шикам 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 шикам 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 аспиратори 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 шикам бо равиши маъмул хушк карда обияткаш карда мешуд.

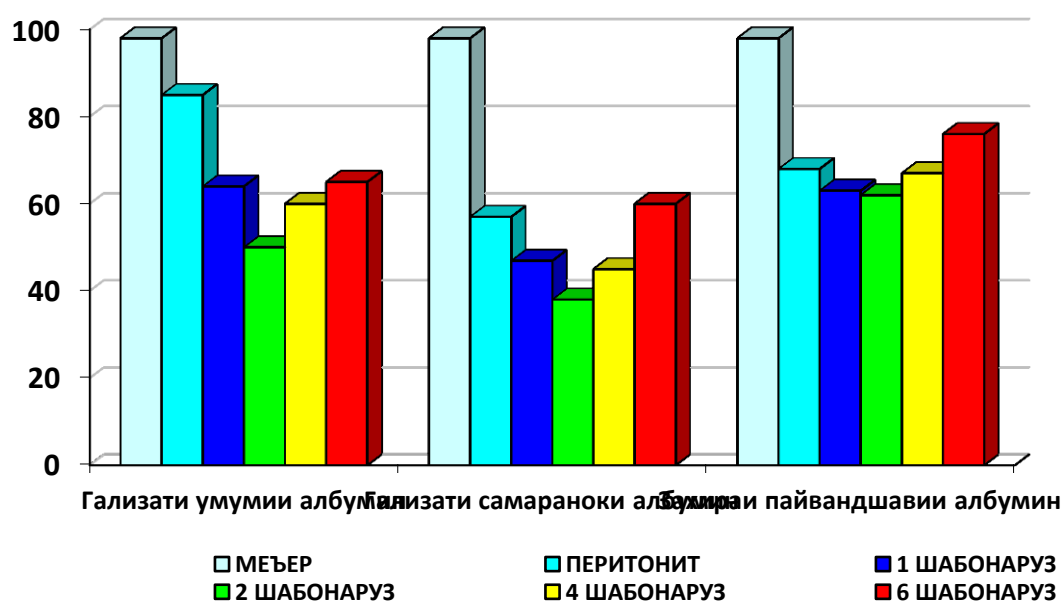
То чарроҳӣ дар ҳар ду гурӯҳ ҳолати беморон бо миқёси SAPS, дараҷаи захролудшавии эндогенӣ ва индекси перитонити Мангейм (MPI) муайян карда шуданд. Самаранокии табобат дар марҳилаҳои авали баъдазчарроҳӣ аз рӯи динамикаи эндотоксикоз рӯзҳои 1,2,3,4-ми баъд аз чарроҳӣ, кори тахлиякунандаи рӯда, чандомади оризаҳо ва фавт арзёбӣ карда мешавад. Барои муайян кардани дараҷаи эндотоксикоз динамикаи ғализати умумии албумин (FUA), ғализати самараноки албумин (FCA), сатҳи молекулаҳои массаи миёна (MMM), маҳсулоти пероксидшавии липидҳо (ПОЛ) арзёби карда шуданд. FUA, FCA дар зардоби хун бо усули флуоросентӣ, миқдори MMM – бо истифода аз усули спектрофотометрикӣ муайян карда мешаванд. Дар бораи ҳолати кори тахлиягии рӯдаҳо аз рӯи нишондодҳои муоинаи клиникӣ қазоват карда мешавад: муҳлати барқароршавии лаппиши рӯдаҳо, хориҷ шудани бод, мавҷудияти истифроғ (қайкунӣ) шабонарӯзи 3-ми баъд аз чарроҳӣ, эҳтиёҷ ба таҳрики доругии рӯдаҳо ба ҳисоб гирифта мешаванд.

Дар натиҷаи тадқиқотҳои клиникӣ муайян гардид, ки ҳангоми мурочиат ба шӯъбаи чарроҳӣ дар беморони ҳар ду гурӯҳ мубталои перитонити паҳнғашта захролудшавии эндогении возеъ мушоҳида карда мешавад. Ин бо баландшавии зиёда аз дукаратаи миқдори пептидҳои миёнавазн ($p < 0,05$), пастшавии ғализати

умумӣ ва самараноки албумин мутаносибан ба 16,8 ва 41,4% ($p<0,05$), коҳиши захираи пайвандсозии албумин ба 29,6% ($p<0,05$) ва афзоиши индекси захролудшавии хун зиёда аз 5 маротиба ($p<0,05$). Инчунин шиддатнокии чараёнҳои озод-радикалии пероксидшавии липидҳои таркиби хун ва эритроцитҳо низ тағйир меёбанд: сатҳи маҳсулоти молекулярии ПОЛ 2-2,5 баробар меафзояд ($p<0,05$).

Дар заминаи табobati анъанавӣ дар беморон 2 шабонарӯзи аввал аз ковокии шикам миқдори зиёди ихроҷот мушоҳида карда мешуд, аз ин рӯ найчаҳои обияткаш 3-4-м шабонарӯзи назорат бартараф карда шудаанд. Таассури ҳароратӣ муддати $5,00\pm0,35$ шабонарӯз баъд аз ҷарроҳӣ ба назар мерасид. Кори рӯда (бо ангиизиш) асосан рӯзҳои 3-4 баъд аз ҷарроҳӣ барқарор мешуд. Оризаҳои баъдазҷарроҳӣ дар 10 бемор (33,33%) ба қайд гирифта шуд: ҳематома ё чирксории захми баъдиҷарроҳӣ – 30%, ногузарони бармаҳали баъдазҷарроҳии лиҳомии рӯдаҳо – 1,33%. Рӯзи бистарии миёна дар гурӯҳи муқоисавӣ $16,63\pm0,59$ ташкил дод.

Ҳангоми коркарди анъанавии ковокии шикам эндотоксикоз тӯли тамоми марҳилаи баъдазҷарроҳӣ боқӣ мемонд (расми 7.2.).



Эзоҳ: эътимоди тафовут нисбат ба меъёр $p<0,05$

Расми 7.2. – Тағйироти гализати умумӣ ва самараноки албумин, захираи пайвандсозии албумин баъд аз коркарди анъанавии ковокии шикам (n=56)

Пастшавии намоёни маҳсулоти захрӣ дар плазмаи хун танҳо шабонарӯзи 4-м мушоҳида мешуд. Ду рӯзи авали баъд аз ҷарроҳӣ миқдори моддаҳои миёнавазн аз меъёр зиёда аз 2 баробар ($p<0,05$), шабонарӯзи 4–6-м бошад – 28,5-52,6% ($p<0,05$) меафзуд. Сатҳи ғализати умумӣ ва самараноки албумин итминонан паст буд. Шохиси захролудии плазма дар ҳама марҳилаҳои мушоҳидаи динамикӣ 264,7–496,3 % ($p<0,05$) аз меъёр зиёд буд.

Муайян гардидааст, ки сатҳи маҳсулоти молекулярӣ ҷараёнҳои озодрадикалии оксидшавии липидҳо дар плазмаи хун ва эритроцитҳо дар тӯли марҳилаи баъдазҷарроҳӣ итминонан 8,7–143,4 % баланд буд. Нишондиҳандаҳои муоинаи пеш аз ҷарроҳии беморон дар ҷадвали 7.3. нишон дода шудааст.

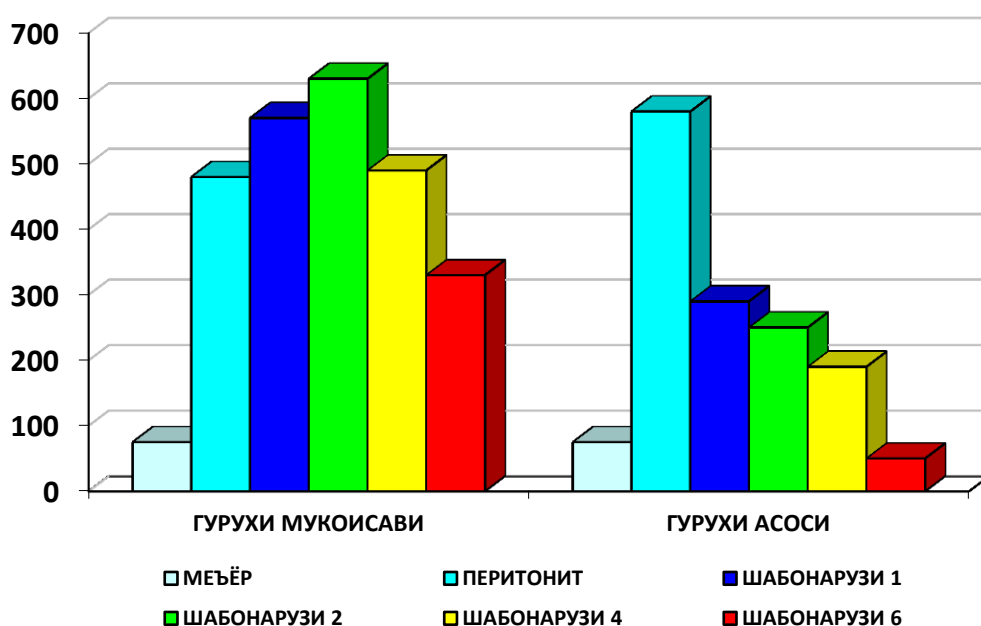
Ҷадвали 7.3. – Нишондиҳандаҳои муоинаи пешазҷарроҳии беморон (n=56)

Нишондиҳанда	Гурӯҳи асосӣ (n=26)	Гурӯҳи муқоисавӣ (n=30)	p
Ҳолати беморон мувофиқи миқёси SAPS (хол)	7,7±0,4 7,5 [6,0; 10,0]	6,3±0,4 6,0 [5,0; 8,0]	=0,011 (<0,05) (U=237,5; z=2,52)
ШПМ (хол)	22,9±0,5 23,0 [21,0; 25,0]	23,4±0,4 24,0 [22,0; 25,0]	=0,519 (>0,05) (U=350,5; z=0,65)
Дараҷаи захролудшавии эндогенӣ	1,5±0,1 1,5 [1,0; 2,0]	1,5±0,1 1,5 [1,0; 2,0]	=1,000 (>0,05) (U=390,0; z=0,01)

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи U-меъёри Манн-Уитни)

Ҳар ду гурӯҳ аз ҷиҳати вазнинии ҳолати беморон ва вазнинии перитонит баробар буданд. Табобати ҷарроҳӣ ба беморони мубталои перитонити паҳнғашта бо захролудшавии эндогенӣ ё аломатҳои сепсиси абдоминалӣ гузаронда шудааст.

Баъд аз шустани ковокии шикам бо усули муқобил ифоданокии захролудшавии эндогенӣ аллакай аз шабонарӯзи авали табобат майл ба пастшавӣ дошт (расми 7.3.)



Эзоҳ: эътимодии тафовут байни нишондиҳандаҳои гуруҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ $p < 0,05$

Расми 7.3. – Таъсири коркарди ковокии шикам бо таври муқобил ба индекси захролудии беморони бо перитонити паҳнғашта (n=56)

Якум шабонарӯз баъд аз ҷарроҳӣ миқдори моддаҳои миёнавазн нисбати гуруҳи муқоисавӣ ба 17,4–19,8 % ($p < 0,05$) пасттар буд, ғализати умумӣ ва самараноки албумин мутаносибан ба 17,1 ва 47,6 % ($p < 0,05$) баландтар буд. Дар марҳилаҳои минбаъда ин фарқиятҳо боқӣ мемонданд. Дар марҳилаи охир (6 шабонарӯз баъд аз ҷарроҳӣ) ин нишондодҳо фарқияти намоён аз меъёр надоштанд. Захираи пайвандсозии албумин нисбат ба нишондодҳои гуруҳи муқоисавӣ дар ҳама марҳилаҳои муоина 6,1–33,4 % ($p < 0,05$) баландтар буд, индекси захролудӣ бошад – 23,0–52,5 % ($p < 0,05$) пасттар буд.

Усул имконияти мӯътадил гардондани шиддатнокии пероксидшавиро дар плазмаи хун медиҳад. Миқдори маҳсулоти молекулавии ҷараёнҳои озод-радикалӣ шабонарӯзи 6-ми муоинаи динамикӣ ба сатҳи мӯътадил баробар шуд, ва назар ба гуруҳи муқоисавии беморон сатҳи конюгатҳои диенӣ ва триенӣ 26,8–42,5 % ($p < 0,05$) пасттар буд.

Чандомади аломатҳои вайроншавии кори ҳаракатӣ-тахлиявии рӯдаҳо мувофиқи муоинаи клиникӣ дар ҷадвали 7.4. нишон дода шудааст.

Ҷадвали 7.4. – Басомади аломатҳои вайроншавии кори ҳаракатӣ-тахлиявии рӯдаҳо (n=56)

Аломати дисфункцияи рӯда	Гурӯҳи муқоисавӣ (n=30)		Гурӯҳи асосӣ (n=26)		p
	n	%	n	%	
Барқароршавии деринаи перисталтика	21	70	11	42,3	<0,05
Оғози деринаи баромадани бод	20	66,7	9	34,6	<0,05
Ниёз ба таҳрики доругӣ	10	33,3	1	3,8	<0,05
Мавҷудияти истифрои дар шабонарӯзи 3-ми марҳилаи баъдазҷарроҳӣ	7	23,3	0	0	-
Лаппиши бозгашт	13	43,3	2	7,6	<0,05
Моеъи озод	18	60	8	30,8	>0,05
Ҳалқаҳои васеъшудаи рӯдаҳо	16	53,3	3	11,5	<0,05

Миқдори аворизи баъдазҷарроҳӣ дар гурӯҳи муқоисавӣ нисбат ба асоси зиёдтар буд.

Тадқиқотҳои гузарондашуда нишон медиҳанд, ки ҳангоми истифодабарии усули коркарди ковокии шикам ба таври муқобил ҳангоми ҷарроҳии перитонити паҳнғашта назар ба коркарда анъанавӣ бо истифодабарии маҳлули фурасилин сатҳи захролудшавии эндогении беморон зудтар коҳиш меёбад, кори ҳаракатӣ-тахлиягии рӯда барвақттар барқарор мешавад.

Воқеиятҳои зерин боиси самаранок будани усули пешниҳодшуда мебошанд: тангшавӣ ва васеъшавии банавбати рағҳо, яъне ки иваз шудани банавбати ҳарорати баланд ва пасти моеъ «асари помпа»-ро ба миён меоварад, ки хунро фаъолтар бо мачрои рағӣ медавонад, хунтаъминкунии узву бофтаҳои беҳтар мегардонад, ҷараёнҳои мубодилавиرو муътадил месозад, захр ва маҳсулоти метаболизмиро, ки дар хун давр мезананд, баробар бо давраи калони гардиши хун тақсим карда, бошиддат хориҷ менамояд, ҳамин тариқ ба ҷараёнҳои мубодилавии тамоми организм таҳрик мебахшад. Таъсири нерубахш ва таҳрикии умумии усул ба тамоми организм, таъсири мусбати он ба ҷараёни

илтиҳобӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта, коҳиш додани илтиҳоб аз ҳисоби гардиши бошиддати хун ва «асари помпа» дар сифокпарда ба вучуд меояд.

Дар навбати худ маҳлули сусти хипертоникии (1,5%) NaCl ба ғайр аз нигоҳ доштани захр аз ҷаббиш инчунин таъсири «монеагӣ» низ дорад, яъне ки сатҳи узвҳои ковокии шикамро аз часпиш бо ҳамдигар нигоҳ медорад ва ҳамин тариқ ба ифоданокии ҷараёни лиҳомӣ коҳиш медиҳад. Инчунин таъсири осебноки антисептикро ба мезотелияи сифок пешгири менамояд ва ба бартараф кардани захр ва маҳсулоти мубодилаи моддаҳо мусоидат менамояд.

Ҳамин тариқ, технологияи коркардшудаи табобати перитонити паҳнғашта бо роҳи шустани ковокии шикам бо маҳлули сусти хипертоникӣ бо истифода аз ҳароратҳои муқобил таҷҳизоти маҳсусро наметалабад, ба инкишофи оризаҳои хос оварда намерасонад, аз ҷиҳати патогенетики асоснок шудааст ва дар шароити шӯъбаи ҷарроҳии беморхонаҳо ба кор бурдан мумкин аст.

Усули пешниҳодшудаи табобат дар марҳилаи наздиктарини баъдичарроҳӣ имконияти паст кардани нишондодҳои захролудшавии эндогениро медиҳад: сатҳи намудҳои гидрофилӣ ва гидрофобии маҳсулоти захрӣ дар плазмаи хун 1-м шабонарӯз баъд аз ҷарроҳӣ ба мутаносибан 18,4 ва 26,1% коҳиш меёбад, кори ҳаракатӣ-тахлиягии рӯдаҳо беҳтар мегардад, ки боиси коҳиши рӯзи бистарӣ мешавад.

7.3. Поксозии видеолапароскопии ковокии шиками беморон бо перитонити паҳнғашта дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ

Барои амалӣ гардондани поксозии ковокии шикам дар давраи баъдазҷарроҳӣ, мо усули поксозии видеолапароскопии (ПВЛ) баъдазҷарроҳии динамикӣ, дар клиникаи мо такмил додашударо истифода бурдем. Самаранокии ПВЛ-и барномавӣ дар маҷмӯи ҷорабиниҳо, ки дар алгоритми ташхисӣ-табобатии дар боло зикршуда (боби 6.2.) асоснок шудааст, дар гурӯҳ, иборат аз 61 бемор бо перитонити паҳнғашта, омӯхта шудааст (гурӯҳи асосӣ). Ёдовар мешавем, ки алгоритми мазкур ба пешгӯии ҷараёни перитонити паҳнғашта ва асоснок кардани тактикаи табобат равона карда шудааст. Чунин усул яққоя бо назорати бактериологӣ ҷараёни сироятӣ-илтиҳобӣ ва интиҳоби

табобати зиддимикробӣ дар асоси ҳассосияти барангезандаи беморӣ нисбат ба антибиотикҳо ва антисептикҳо, истифода бурда шудааст. Тактикаи ташхисӣ-табобатӣ дар беморони гурӯҳи мазкур ба алгоритми зикршуда мувофиқат мекунад (расми 6.6.). Натиҷаҳои табобат бо нишондиҳандаҳои шабеҳи гурӯҳи контролӣ муқоиса карда шуд. Дар он гурӯҳ 49 бемор маҷмӯи табобати стандартӣ мегирифтанд. Ба гурӯҳҳои таҳлилшаванда танҳо ҳолатҳои перитонити паҳнғашта, ки бо маҷмӯи меъёрҳо ба гурӯҳҳои II ва III-и чадвали “Шохиси перитонит” даҳлат доштанд, ворид карда шуданд. Дар ҳама ҳолатҳо вазнинии аҳволи беморон мувофиқи чадвали SAPS шабонарӯзи аввали баъд аз ҷарроҳӣ зиёда аз 4 ҳолро ташкил медод. Гурӯҳҳо мувофиқи чинс, сину сол, намуди патологияи ҷарроҳӣ, ки сабаби инкишофи перитонити паҳнғашта шудааст, вазнинии ҳолат, ки ба ҳолҳои чадвалҳои интегралӣ MPI, «ШП» ва SAPS арзёбӣ шудааст, рандомизатсия карда шудаанд. Тақсимои беморон аз рӯи сабабҳои перитонити паҳнғашта дар чадвали 7.5. оварда шудааст.

Чадвали 7.5. – Тақсимои беморон мувофиқи сабаби перитонити паҳнғашта (n=110)

Сабабҳои перитонити паҳнғашта	Гурӯҳи асосӣ	Гурӯҳи муқоисавӣ
1.Сӯрохшавии решҳои гастродуоденалӣ	13	12
2.Ногузарои шадиди рӯдаҳо	11	9
3.Аппендитсита шадид	15	11
4.Панкреатити шадид, панкреонекроз	3	3
5.Сӯрохшавии рӯда	12	9
6.Холесистити шадид	3	2
7.Ғайра	4	3
Ҳамагӣ	61	49

Беморони ҳар ду гурӯҳ дар аксарияти ҳолатҳо дар муҳлатҳои зиёда аз 12 соат аз оғози беморӣ ҷарроҳӣ карда шудаанд. Ҳангоми иҷроиши амалиёти ҷарроҳӣ таъҷилии аввалия дар ҳамаи беморон таассури илтиҳобии возеъ аз ҷониби сифоқи париеталӣ ва виссералӣ, парези рӯдаҳо, мавҷудияти лиҳомҳои густурдаи виссеро-виссералӣ ва виссеро-париеталии ковокии шикам, қабатҳои

ғафси фибрин дар болои ҳалқаҳои рӯда ва сифокпарда мушоҳида мешуд. Муҳтавои перитонеалӣ хусусияти фасодӣ, фибринозӣ-фасодӣ ва баъзан наҷосатӣ дошт. Нишонаҳои клиникӣ-озмоишӣ дар ҳама ҳолатҳо ба марҳилаи сепсиси абдоминалӣ мувофиқат мекарданд.

Дар гурӯҳи асосӣ муҳокибати беморон дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ мувофиқи алгоритми коркардшудаи ҷораҳои тахсисӣ-табобатӣ гузаронда мешавад (расми 6.4-6.6.). Дал ҳолатҳои беморие, ки ба гурӯҳи III ҷадвали “ШП” мувофиқат мекунад, дар охири ҷарроҳии лапаротомия, баъд аз бартараф намудани манбаи перитонит, найчагузориҳои рӯдаи бориқ ва поксозии ковокии шикам, дар девори пеши шикам остинҷаи металлӣ ё пластикии махсус – “порт”барои амалӣ кардани ПВЛ, гузошта мешуд. Дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ ба беморони ин гурӯҳ ҷораҳои санатсионӣ тариқи иҷроиши РТ ё ПВЛ амалӣ карда мешуд, назорати бактериологии ихроҷоти ковокии шикам бо интиҳоби минбаъдаи маҳлулҳои антисептикӣ барои оптимизатсияи ҷораҳои санатсионӣ дар асоси маълумоти антисептикограмма, гузаронда мешуд.

Тактикаи табобати беморони гурӯҳи II ҷадвали ХАП, тибқи алгоритми дар расми 6.6. овардашуда, муайян карда мешавад. Поксозии 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-илтисоқии дар ковокии шикам инкишоф меёфта, бениҳоят душвор бошад. Ин боиси душвориҳои зиёди техникийи усули иҷрошуда мегардад ва бо хатари баланди осебёбии узвҳои ковокии шикам 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 релапаротомияи санатсионӣ бошад.

Дар ҳамаи беморон ҳангоми гузарондани ПВЛ-и аввалин дар ковокии шикам ҷараёни илтисоқӣ (аз ҳисоби фибрини таҳшиншуда) мушоҳида мешуд, дар баъзе ҳолатҳо он бо ҷамъшавӣ ва маҳдудшавии моеъи илтиҳобӣ дар байни

ҳалқаҳои рӯда ва инчунин ҷудошавӣ аз ковокии озоди шикам 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 ҷамъшавии иловагии моеъот хангоми 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.

Нишондод барои зарурати иҷроиши чораҳои санатсионии такрорӣ бо дарназардошти маҷмӯи аломатҳои аёнии ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам муайян карда мешуд. Барои арзёбии объективӣ хусусияти он ва бо мақсади оптимизатсияи тактикаи минбаъдаи табобати ҷузъӣ мо аз ҷадвали арзёбии босирии вазни перитонит (АБВП) истифода бурдем, ки дар ҷадвали 7.6. оварда шудааст.

Ҷадвали 7.6 – Ҷадвали арзёбии босирии вазни перитонит

Нишона	Дарачаи ифодаи нишона (хол)		
	1	2	3
Намуди тағйиротҳои илтиҳобии сифоқпарда*	А	Б	В
Хусусияти мӯҳтаво	серози	фибринозӣ, геморрагӣ	фибринозӣ-фасодӣ, начосатӣ
Ҳаҷми мӯҳтаво (мл)	То 300	300-500	Зиёда аз 500
Ҷамъшавии мӯҳтаво	ягона	пахншуда	абсаҳо
Қабати фибринӣ	ришташакл	суст	сахт
Лиҳомҳои сифоқӣ	алоҳида	пахншуда	зиёд
Лаппиши рӯдаҳо	нобаробар	суст	нест
Хусусияти микроб	асосан аэробӣ	омехта	асосан анаэробӣ
Дарачаи олудашавии бактериалии муҳтаво	10^4 - 10^5 чм/мл	10^5 - 10^6 чм/мл	Зиёда аз 10^6 чм/мл

Эзоҳ: *навъи таассури илтиҳобии сифоқпарда: А – варам, гиперемияи сифоқпарда бо барҷастагии рағҳо; Б – иртишоҳи сифоқпарда, хунрезии петехиалӣ; В – некрозҳо, сӯрохшавиҳо.

Дар ҷадвал ба ғайр аз меъёрҳои арзёбии аёнии ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам (зербоби 6.2.) инчунин хусусиятҳои микробиологии муҳтавои

перитонеалӣ низ, аз он ҷумла арзёбии намудҳои бактерияҳо ва дараҷаи олудашавии бактериалӣ (ДОБ)-и муҳтавои перитонеалӣ ба инобат гирифта шудааст.

Хатари авҷгирии перитонит мувофиқи ҷадвали пешниҳодшуда, тариқи ҷамъкунии ҳолҳои ҳамаи аломатҳои маълумшудаи перитонит аз ҷумлаи дар ҷадвал овардашуда, муайян мешавад. Дар ҳолати ҳосили ҷамъ то 10 ҳол ҷараёни баъдазҷарроҳии перитонити паҳнғашта мусоид ҳисобида мешуд, ва вобаста ба ин поксозии такрории ковокии шикам лозим набуд.

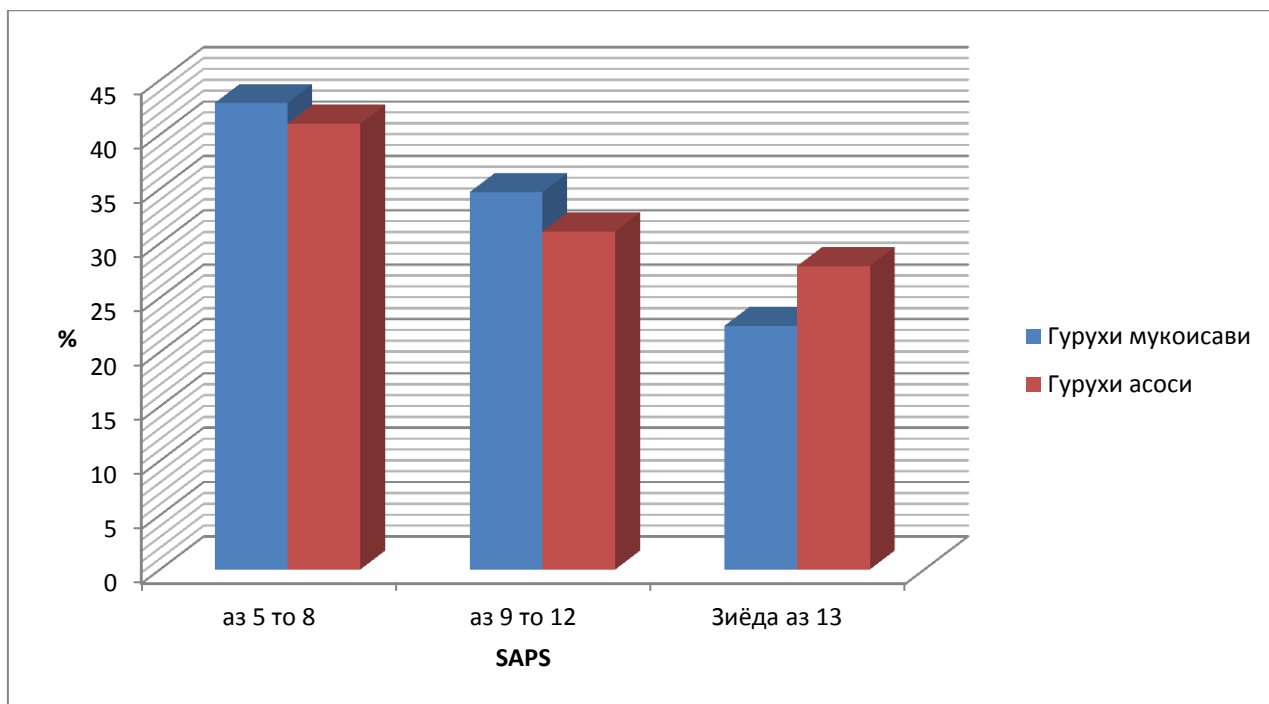
Дар ҳолати шиддатнокии перитонит мувофиқ ба 10 то 18 ҳол аз рӯи ҷадвали АБВП (яъне аломатҳои авҷгирии перитонит) ПВЛ такрорӣ иҷро мешуданд.

Ҳосили ҷамъ 19 ҳол ва аз он зиёд аз рӯи ҷадвали АБВП аз мавҷудияти манбаи ҷарроҳии перитонити санатсия нашуда шаҳодат меод ва зарурати амалӣ кардани релапаротомияи таъҷилӣ барои бартараф кардани он ба вучуд меомад.

Гурӯҳи муқоисавиро 49 бемор ташкил додааст, ки табобати баъдазҷарроҳиро бо усули муқаррарӣ мегирифтанд. Гурӯҳҳо аз рӯи ҷинс, сини сол, ҳаҷм ва муҳлати иҷроиши амалиёти ҷарроҳӣ (аз оғози беморӣ), хусусияти патология, ки сабаби перитонити паҳнғашта шудааст, вазнинии ҷараёни он муқоисашаванда мебошанд. Арзёбии вазн ва пешгӯии оқибати беморӣ дар асоси нишондиҳандаҳои интегралӣ клиникӣ-озмоишии ҷадвали «ШП», МРІ ва SAPS амалӣ мешуд. Арзёбии муқоисавии вазнинии ҳолати беморони ду гурӯҳ бо перитонити паҳнғашта (нишондиҳандаҳои ҷадвали SAPS) шабонарӯзи аввали марҳилаи баъдазҷарроҳӣ дар ҷадвали 7.7. ва расми 7.4. нишон дода шудааст.

Ҷадвали 7.7. – Тақсими беморон мувофиқи вазнинии ҳолати шабонарӯзи аввал баъд аз ҷарроҳӣ (n=110)

SAPS	5-8	9-12	Зиёда аз 13	n
Гурӯҳи муқоисавӣ	21 (42,9%)	17 (34,7%)	11 (22,4%)	49
Гурӯҳи асосӣ	25 (41%)	19 (31,1%)	17 (27,9%)	61



Расми 7.4. – Тақсими беморон мувофиқи вазнинии ҳолат шабонарӯзи аввал баъд аз ҷарроҳӣ (n=110)

Қобили қайд аст, ки аз таркиби ҳар ду гурӯҳи таҳлилшаванда ҳолатҳои ниҳоят вазнини перитонит дар шабонарӯзи аввали марҳилаи баъдазҷарроҳӣ бо сабаби зухуроти аломатҳои шоки септикӣ ва синдроми норасоии полиорганӣ, хориҷ карда шуданд.

Вобаста ба ин дар ин таҳқиқот ҳолатҳои беморӣ мувофиқ ба гурӯҳ бо 16 ҳол ва аз он зиёд аз қадвали SAPS – оварда нашудаанд.

Аз 61 бемори гурӯҳи асосӣ дар лаҳзаи гузарондани амалиёти ҷарроҳӣ 48 бемор (78,7%) бо нишондиҳандаҳои худ ба гурӯҳи II қадвали «ШП» мансуб буданд, ва 13 бемор – ба гурӯҳи III (21,3%). Дар гурӯҳи муқоисавӣ ҳолатҳои беморӣ инчунин байни гурӯҳҳои II (38 ҳолат - 77,6%) ва III (11 ҳолат - 22,4 %) тақсим шудаанд.

Ба беморони гурӯҳи III-и хатари гурӯҳи асосии беморон давоми 12-24 соат баъд аз ҷарроҳӣ поксозии барномавии ковокии шикам иҷро карда шудааст (релапаротомияи талаботӣ дар 4 бемор, ПВЛ дар 9 ҳолат). Дар 4 бемор аз ҳисоби касалони гурӯҳи III-и хатар, ҳангоми муоинаи босирии ковокии шикам, қабатҳои фибрин болои ҳалқаҳои рӯдаҳо, асосан дар шакли нах,

мушоҳида мешуданд. Чунин манзара аксаран дар мавзеи манбаи перитонит возеъ буд. Инчунин пурхунӣ ва хунрезихои петехиалии сершумор дар сифоки париеталӣ ва виссералӣ мушоҳида карда мешуд. Дар мавзеи манба варами шишашакли бофтаҳо, нишонаҳои парези начандон возеъ дидан мумкин буд. Берун аз минтакаи манбаи перитонит, тағйиротҳои илтиҳобии макроскопии ковокии шикам камтар ифода ёфта буданд – сифокпарда ҷилдор, пурхунии камаён бо барҷастагии возеъи рағҳо. Дар ин беморон 300-400 мл муҳтавои тираранги серозӣ-геморрагӣ ё серозӣ-фибринозӣ ҷаббида шуд. Ҷамъшавии муҳтаво асосан дар мавзеи коси хурд, каналҳои рост ва чапи паҳлӯӣ, ҷазои зеричигар ва зери диафрагма мушоҳида мешуд.

Ҳангоми таҳқиқоти бактериологии муҳтавои перитонеалии ин беморон, ДОБ он камтар аз 10^6 ҷм/мл буд. Шиддати перитонит аз рӯи ҷадвали АБВП аз 9 ҳол зиёд набуд, ва ин имкон меод ки миқдори ҷораҳои санатсионии барномавӣ бо як сеанс маҳдуд карда шавад. Дар 1 нафар аз 4 бемор баъдан динамикаи манфии нишонаҳои клиникӣ-озмоишӣ, ки сабабаш авҷгирии ҷараёни патологӣ дар ковокии шикам буд, ба қайд гирифта шуд. Падидаҳои афзояндаи сепсис бо аломатҳои прогрессивии пневмония алоқаманд буданд, ки дар заминаи рафъи илтиҳоб дар ковокии шикам инкишоф ёфт. Баъдан табобат бо усули дар клиника қабулшуда бидуни ПВЛ-и такрорӣ гузаронда мешуд. Ин бемор ғавтид, ки сабабаш бевосита ба ҷараёни септикийи пневмония вобаста буд. Дар 8 нафар (61,5%) аз ҳисоби 13 бемори гурӯҳи III ҳатар, манзараи босирӣ дар ковокии шикам ҳангоми ҷарроҳии аввалини релапаротомияи барномавӣ ё ПВЛ барномавӣ ба 10-17 ҳол аз ҷадвали АБВП мувофиқат мекард, ки ба иҷроиши поксозихои такрории барномавӣ талабот дошт. Ҳангоми муоинаи босирии ковокии шикам ҷаспишҳои сершумори сифок ва ҳалқаҳои рӯдаҳо ба назар мерасид, ки ҷудо карда шуданд. Инчунин муҳтавои фибринозӣ-ғасодии дар байни ҳалқаҳои рӯдаҳо ҷамъшуда бартараф карда шуд. Худи сифокпарда варамноқ, пурхун, бо бозисти возеъи хун дар рағҳо, ва бо қабатҳои ғафси фибрин. Тағйиротҳои илтиҳобӣ инчунин аз ҷониби узвҳои паренхиматозӣ (чигар, испурч) мушоҳида мешуданд: ғафсшавӣ ва варами ғилофак, қабатҳои

фибринозӣ болои узвҳо. Лаппиши рӯдаҳо вучуд надошт, ё ниҳоят суст буд. Дар давоми ҳар сеанс то 400-1500 мл муҳтавои фасодӣ ва фибринозӣ-фасодӣ, ки чамъшавиашон қариб дар ҳама қитъаҳои ковокии шикам мушоҳида мешуд, бартараф карда мешуд. Дарачаи олудагии бактериалии муҳтавои ҳамаи беморон беш аз 10^5 - 10^6 чм/мл ташкил медод, ва гузашта аз ин дар 2 бемор то 10^7 чм/мл мерасид. Дар ҳамаи ҳолатҳои мазкур, арзёбии вазни нишонаҳои чузъии перитонит аз рӯи ҷадвали АБВП зиёда аз 10 ҳол буд, ки боиси зарурати чораҳои такрории санатсионии ковокии шикам гардид. Дар 1 ҳолат аз сабаби ниҳоят вазнин будани ҳолати бемор, гузарондани чораҳои такрории санатсионӣ имконнопазир буд. Падидаҳои сепсиси абдоминалии авҷгиранда бо зухуроти синдроми ихтилоли полиоргани дар ин бемор баъдан боиси оқибати номусоиди беморӣ гардиданд.

Ҳангоми гузарондани ПВЛ такрорӣ дар 5 аз 8 бемор динамикаи мусбати чараёни микробӣ-илтиҳобӣ мушоҳида карда шуд. Дар ковокии шикам каме қабатҳои фибрин дар ҳалқаҳои рӯдаҳо, пурхунии камаён ва хунрезихои петехиалӣ дар сифоқи париеталӣ ва виссералӣ мушоҳида карда мешуд. Дар мавзеи манбаи перитонит варами шишашакли бофтаҳо, дамиши ҳалқаҳои рӯдаҳо. Ба беморон тафтиши ҷафъҳои анатомикӣ, фосилаҳои байниҳалқавӣ гузаронда мешуд. Ба ҳисоби миёна 150-200 мл муҳтавои серозӣ-хунобҷавӣ ё серозӣ-фибринозӣ ҷаббида мешуд. Чамъшавии моеъ аксаран дар мавзеи коси хурд канали ростии паҳлӯӣ, фазои зерӣ ҷигар мушоҳида мешуд. Пайдоиши ҳаракатҳои возеъии перисталтикий рӯдаҳо, махсусан ҳангоми озод кардани ҳалқаҳо аз часпишҳо, ба қайд гирифта мешуд. Ҳангоми таҳқиқоти бактериологӣ муҳтавои перитонеалии ин беморон, олудагии он камтар аз 10^6 чм/мл буд. Дар 5 ҳолати мазкур, ҳангоми поксозӣҳои такрории ковокии шикам манзараи босирӣ-микроскопӣ ба илтиҳоби коҳишёбанда мувофиқат мекард (пасттар аз 9 ҳол аз рӯи ҷадвали АБВП), ва вобаста ба ин поксозӣҳои минбаъда гузаронда намешуданд. Дар як ҳолат ғавт ба миён омад, ки сабабаш инфаркти шадиди миокард буд. Аз сабаби инкишофи перитонит, ки ҳангоми чораҳои такрории санатсионӣ ба 10 ҳол ва аз он зиёд аз рӯи ҷадвали АБВП мувофиқат

мекард, дар 3 ҳолат зарурати гузарондани поксозиҳои барномавӣ зиёда аз ду маротиба ба миён омад – дар 2 бемор 3 маротиба, дар 1 бемор – 4 ПВЛ.

Поксозиҳои барномавии ковокии шикам танҳо баъд аз коҳишёбии шиддати перитонит пасттар аз 10 холи меъёрҳои чадвал, ба анҷом расонда мешуд. Ҳамагӣ дар гурӯҳи мазкур, иборат аз 13 бемор, 25 поксозиҳои барномавии ковокии шикам гузаронда шудаанд, аз он 6 тариқи релапаротомия ва 19 бо усули видеолапароскопӣ.

Намунаи клиникӣ.

Бемор Р. 24 сола, (таърихи беморӣ №2864) баъд аз 4 шабонарӯз аз оғози беморӣ бо аломатҳои перитонити паҳнғашта бистарӣ карда шуд. Собикҳои беморӣ ба аппендитсита шадид мувофиқ буд. Ҳолати бемор ҳангоми бистарӣ вазнин, дар ҳуш аст, бемадор. Шикоят аз дард дар тамоми сатҳи шикам, дилбеҳузурӣ, истифроз. Пуст рангпарида, хушк. Миқдори ҳаракатҳои нафаскашӣ (МХН) – 22/дақ., набз – 100 зарба /дақ., ФШ – 90/60 мм с.с. Забон хушк, бо пардаи сафед пӯшонда шудааст. Лапшии рӯдаҳо шунида намешавад, шикам ҳангоми палмосидан таранг ва хеле дардманд аст дар тамоми сатҳаш. Аломати Блюмберг мусбат. ТУСи ковокии шикам: дар тамоми қисматҳои шикам ҳалқаҳои пневматозшуда, лапшинашаванда, дар ковокии коси хурд, каналҳои паҳлӯӣ, зери ҷигар моеъи озод мушоҳида мешавад. Бемориҳои ҳамрави соматикӣ надорад. Таҳлили клиникӣ хун: НЬ- 120г/л, L – 11,5x109/л. Аз ҷониби таҳлили биохимиявӣ хун ихтилоли намоён вуҷуд надорад. Таъхис ҳангоми бистарӣ: Аппендитсита шадид. Перитонити паҳнғашта. Баъд аз тайёрии пешазҷарроҳӣ, иборат аз муолиҷаи инфузионӣ-ислоҳотӣ, бемор таҳти беҳискунии эндотрахеалӣ ҷарроҳӣ карда шуд. Дастрасии ҷарроҳӣ – лапаротомияи мобайни-поёнӣ. Қабат ба қабат ковокии шикам кушода шуд. Аппендитсита гангренозӣ бо сӯроҳии кутраи 0,3 см. Дар ҳамаи қисматҳои ковокии шикам то 1 литр муҳтавои бадбӯи фибринозӣ-фасодӣ. Ҳангоми муоинаи босирии ковокии шикам пардаҳои виссералӣ ва париеталии сифоқ пурхун, бо барҷастагии рағҳо ва хунрезииҳои петехиалӣ, иртишоҳнок, бо пардаҳои фибрин дар намуди қабатҳои суст, ки бо пинсет бе осеби қабати

серозии рӯда бартараф кардан мумкин аст. Ҳалқаҳои рӯда то 7 см васеъ, фалаҷӣ, лаппиш суст. Байни ҳалқаҳои рӯдаи борик ва дар даромадгоҳи коси хурд абсаҳои 6x5 см ва 5x4 см кушода шуданд, фасоди ғалис бартараф карда шуд. Аппендэктомия иҷро карда шуд, ковокии шикам бо усули контрастӣ бо истифода аз ҳароратҳои муқобил шуста шуд, аз зерқабурғаҳо ва тигигоҳҳо бо найчаҳои силиконӣ ва дастпушакҳои резинӣ обияткаш карда шуд. Найчаи Эботт ба мақсади декомпрессия ба рӯдаи борик гузошта шуд. Заҳми девори пеши шикам маҳкам духта шуд. Мӯҳтавои перитонеалӣ барои озмоиши микробиологӣ фиристода шуд. Табобати минбаъда дар шӯъбаи эҳё гузаронида шуд. Вазнинии ҳолат мувофиқи ҷадвали ШПМ – 21 хол, «ШП» - 22 хол (гурӯҳи III хатар), ки тибқи алгоритми интихоби тактикаи табобат (боби 6) зарурати иҷроиши поксозии ковокии шикам дар давоми шабонарӯзи аввали марҳилаи баъдиҷарроҳӣ муайян намуд. Хангоми тадқиқоти бактериологӣ муҳтавои перитонеалӣ, ки аз найчаҳои обияткаш рӯзи аввали баъдиҷарроҳӣ гирифта шуд, аз рӯи натиҷаи экспресс-усулҳо микробҳои омехта (аэробӣ-анаэробӣ) бо ДОБ 105 ч.м./мл муайян карда шуд. Вазнинии ҳолат дар шабонарӯзи аввал тибқи ҷадвали SAPS – 12 хол, СТИС – 4 меъёр, сатҳи МММ зардобии хун – 0,52 в.з.о. (13 хол аз рӯи ҷадвали ХАП, гурӯҳи III хатари перитонити авҷгиранда). 24 соат баъд аз ҷарроҳии аввал таҳти наркози \эндотрахеалӣ поксозии видеолапароскопии ковокии шикам гузаронда шуд. Хангоми муоинаи ковокии шикам микдори начандон зиёди муҳтавои серозӣ-фибринозӣ (то 300 мл) дар намуди ҷамъишавии алоҳида, риштаҳои фибрин дар пардаҳои виссералӣ ва париеталии сифоқ, варами ва пурхунии ҷузъии сифоқ, мавҷудияти лиҳомҳои алоҳидаи виссеро-виссералӣ ва виссеро-париеталӣ, лаппиши сустии рӯдаҳо мушоҳида мешаванд. Баъд аз ҷудо сохтани лиҳомҳои мавҷудбуда ва бартараф намудани муҳтаво поксозии ковокии шикам бо усули контрастӣ иҷро карда шуд, ҷойгиришавии найчаҳои обияткаш дуруст карда шуд. Дар ҷараёни поксозии ковокии шикам фаъолишавии лаппиши рӯдаҳо, тозаишавии сатҳи сифоқ аз қабати фибринӣ ба қайд гирифта шуданд. Ҷараёни илтиҳоби ковокии шикам мусоид дониста шуд, ба қарор омада шуд, ки аз ВЛС

минбаъда даст кашида шавад. Шабонарӯзи дуюм баъд аз ҷарроҳӣ вазнинии ҳолат мувофиқи ҷадвали SAPS – 7 ҳол, СТИС – 2 меъёр, сатҳи МММ – 0,44 в.з.о. Ҳангоми тадқиқоти бактериологии муҳтавои перитонеалии аз найчаҳои обияткаш гирифташуда, асосан микрофлораи аэробӣ муайян карда шуд бо ДОБ 104 ҷ.м./мл. Ҷамъи ҳолҳои ҷадвали ХАП – 6 (гурӯҳи I хатари ПА). Табобати минбаъдаи беморӣ тибқи стандартҳои қабулшуда гузаронда мешуд. Бемор шабонарӯзи 22-м дар ҳолати қаноатбахш бидуни авориз рухсатӣ карда шуд.

Аз байни 48 бемори гурӯҳи II (аз ҷадвали «ШП») шабонарӯзи аввали баъд аз амалиёти ҷарроҳӣ дар 23 бемор параметрҳои клиникӣ-озмоишӣ ба гурӯҳи I ҷадвали ХАП, дар 17 нафар – гурӯҳи II ва дар 8 ҳолат – гурӯҳи III хатари авҷгирии перитонит мувофиқат мекард. Тибқи алгоритми чораҳои ташхисӣ-табобатӣ ба беморони гурӯҳи I (аз рӯи ҷадвали ХАП) маҷмӯи табобати консервативӣ, ки ба стандартҳои айни замон мавҷудбуда мувофиқат мекунанд, гузаронда мешуд. Авҷгирии перитонити паҳнғашта дар гурӯҳи мазкур мушоҳида нашудааст. Ба беморони гурӯҳи II (17 ҳолат) шабонарӯзи аввал видеолапароскопияи ташхисии барномавӣ иҷро карда мешуд. Дар баробари ин дар 10 бемор нишонаҳои босирии чараёни илтиҳобии коҳишёбанда (камтар аз 9 холи ҷадвали АБВП), ки иҷроиши чораҳои санатсиониро наметалабид ва баъдан ба онҳо маҷмӯи табобати консервативӣ гузаронда шуд. Як бемор дар заминаи авҷгирии сепсис, ки сабабаш инкишофи омехтаи ду намуд оризаи фасодӣ-септикӣ буд (фасодгирии захми баъдазҷарроҳӣ, пневмония) фавтид. Дар 7 бемори боқимондаи гурӯҳ ҳангоми ПВЛ аломатҳои лапароскопӣ ва микробиологии перитонити авҷгирандаи дараҷаи гуногун (10-16 ҳол аз ҷадвали АБВП) муайян карда шуд, ки идомаи чораҳои санатсиониро талаб кард. Дар 3 ҳолат ПВЛ такрорӣ як маротиба, дар 2 бемор – ду маротиба, дар 1 ҳолат – 3 ПВЛ ковокии шикам иҷро карда шуд. Ҳамагӣ дар гурӯҳи мазкури беморон 10 равиши ПВЛ иҷро карда шудааст. Дар як ҳолат вобаста ба вазнинии ҳолат аз сабаби шоки септикӣ, давом додани барномаи санатсионӣ имконнопазир буд. Баъдан бемор фавтид. Ба ҳамаи 8 бемори гурӯҳи III (аз рӯи ҷадвали ХАП)

шабонарӯзи аввали марҳилаи баъдазҷарроҳӣ поксозии видеолапароскопияи барномавии ковокии шикам иҷро карда шуд. Гузарондани ПВЛ такрорӣ дар шабонарузҳои дигар баъд аз ҷарроҳӣ, мувофиқи нишондиҳандаҳои ҷадвали АБВП, дар 4 ҳолат лозим омад ва дар 1 ҳолат аз он поксозии борҳо такрор карда шуданд. Ҳамагӣ дар гурӯҳи мазкури беморон бо перитонити паҳнғашта 13 сеанс ПВЛ гузаронда шудааст.

Ҳамин тариқ, дар гурӯҳи асосӣ 42 видеолапароскопияи санатсионии барномавӣ дар 23 бемор иҷро карда шуд. Дар 8 бемори гурӯҳи асосӣ видеолапароскопия хусусияти ташхискунӣ дошт. Дар 3 ҳолат ҷораҳои санатсионӣ бо усули анъанавии релапаротомияи барномавӣ гузаронда шуд. Дар ҳеҷ як ҳолат, оризаҳои бевосита алоқаманд ба иҷроиши муоинаи видеолапароскопӣ, ба қайд гирифта нашудааст.

Намунаи клиникӣ.

Бемор Ҷ., 54 сола (таърихи беморӣ №6130), бо аломатҳои перитонити паҳнғашта баъд аз 4 шабонарӯз аз пайдоиши нишонаҳои аввали беморӣ бистарӣ карда шуд. Шикоят аз дардҳои бошиддат дар тамоми сатҳи шикам, дилбеҳузури. Давоми чандин солҳо мубталои реимарази рӯдаи дувоздаҳангушта мебошад. ТУС: моеъи озод дар ҳама қисматҳои ковокии шикам. Ҳангоми рентгенографияи муоинавӣ ҷамъшавии моеъ зери гумбази диафрагма муайян шуд. Таъхис: реши сӯрохшудаи рӯдаи дувоздаҳангушта, перитонити паҳнғашта, шоки септикӣ. Баъд аз тайёрии пешазҷарроҳӣ, иборат аз муолиҷаи инфузионӣ-ислоҳкунанда, бемор таҳти наркози эндотрахеалӣ ҷарроҳӣ карда шуд. Лапаротомияи болою мобайнӣ иҷро карда шуд. Дар ковокии шикам то 1,5 литр муҳтавои гастродуоденалӣ бо фасод ва фибрин. Ҳангоми муоинаи босирии ковокии шикам нишонаҳои ногузароии фалаҷии рӯдаи борик ба назар мерасад. Дар сифоқпардаи париеталӣ ва виссералии тамоми қисматҳо қабатҳои гафси фибрин мушоҳида мешаванд. Дарҳол баъди пилорус реши девори пеши рӯдаи дувоздаҳангушта диаметраш 2,5 см. Деформатсияи возеъи реши-хадшавии минтақаи пилоро-булбарӣ. Диаметри сӯроҳӣ 1см. Ҳангомитафтиши ковокии шикам сифоқпардаи

виссералӣ ва париеталӣ пурхун, иртишоҳнок бо рағҳои барҷаста ва хунрезӣҳои петехиалӣ. Ҳалқаҳои рӯдаҳо бе лаппиш, васеъ то 7 см. Ковокии шикам бо 4 литр маҳлули 1,5% NaCl дар ҳарорати контрастӣ шуста шуд. Реш ба таври ромбшакл бурида шуд ва бо дарзҳои дуқабата дар самти кундаланг духта шуд. Найчагузориҳои назоинтестиналӣ гузаронда шуд, ковокии шикам бо 4 найчаи силиконӣ обияткаш карда шуд. Дар девори пеши шикам остинчаи махсус барои ПВЛ-и барномавӣ насб карда шуд. Заҳми девори пеши шикам қабат ба қабат маҳкам духта шуд. Барои табобати минбаъда бемор ба шӯъбаи эҳё ва муолиҷаи интенсивӣ гузаронда шуд. Вазнинии ҳолат аз рӯи ҷадвали ШПМ – 28 хол, «ШП» - 26 хол. Тибқи алгоритми табобати шабонарӯзи аввали марҳилаи баъдазҷарроҳӣ муҳосибаи мувофиқати параметрҳои ҳолат ба ҷадвали ХАП гузаронда шуд. Хангоми таҳқиқоти бактериологии муҳтавои перитонеалӣ, ки аз найчаҳои обияткаш гирифта шуданд, аз рӯи маълумоти экспресс-усул микрофлораи омехта (аэробӣ-анаэробӣ) муайян карда шуд бо ДОБ 2×10^7 чм/мл. Шабонарӯзи аввал баъд аз ҷарроҳӣ вазнинии ҳолат аз рӯи ҷадвали SAPS – 16 хол, СТИС – 4 меёр, сатҳи МММ-и зардоби хун – 0,58 в.з.о., (15 хол аз рӯи ҷадвали ХАП – гурӯҳи III хатар). 22 соат баъд аз ҷарроҳӣ таҳти наркози эндотрахеалӣ аз остинчаи насбшуда ПВЛ иҷро карда шуд. Дар ковокии шикам зиёда аз 400 мл муҳтавои фибринозӣ-хунобчагӣ бо ҷамъшавии диффузии экссудат. Сифоқпардаи париеталӣ ва виссералӣ варамнок, пурхун, бо қабатҳои мулоими фибрин ва бо ҷараёни диффузии илтисоқӣ. Лаппиши оӯдаҳо суст. Найчаҳои обияткаш бо гилофаки илтиҳобӣ ихота шудаанд. Ҷудокунии лиҳомҳои виссеро-виссералӣ ва виссеро-париеталӣ, баровардани найчаҳои обияткаш аз гилофаки илтиҳобӣ, ҷаббиши барқии муҳтавои перитонеалӣ бо воридкунӣ ва ҷаббиши 3 л маҳлули 1,5% NaCl дар ҳарорати контрастӣ иҷро карда шуд. Фаъолияти яке аз найчаҳои обияткаширо барқарор карда шуд, дутои дигараи бо найчаҳои нав иваз карда шуданд. Дараҷаи олудагии муҳтаво зиёда аз 10^5 ч.м./мл, хусусияти микрофлораи перитонеалӣ – асосан аэробӣ. Арзёбӣ мувофиқи ҷадвали АБВП 17 хол (гурӯҳи II хатар). Баъд аз 48 соат аз лаҳзаи ҷарроҳӣ ПВЛ-и такрорӣ иҷро карда шуд. Динамикаи мусбати марҳилаи

баъдазчарроҳӣ мушоҳида карда шуд: дар ковокии шикам тақрибан 200 мл муҳтавои серозӣ-хунобчавӣ, пурхунӣ ва варамнокӣ коҳиш ёфтанд, қабатҳои тунуки фибрин дар сифоқпардаи париеталӣ ва виссералӣ. Чудокунӣ лиҳомҳои мулоим, тахлияи муҳтавои перитонеалӣ, поксозии ковокии шикам бо 2л маҳлули 1,5% NaCl дар ҳарорати контрастӣ гузаронда шуд. Баъд аз чудосозии частиишҳо лаптиши рӯдаҳо фаъолтар шуд. Олудагии экссудати перитонеалӣ – 10^4 чм/мл. Арзёбӣ аз ҷадвали АБВП – 7 хол (гурӯҳи I хатар). Ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам хушсифат дониста шуд, ПВЛ-и такрорӣ гузаронда нашудааст. Табобати минбаъдаи беморӣ тибқи стандартҳои қабулшуда гузаронда мешуд. Бемор шабонарӯзи 20-м дар ҳолати қаноатбахш бидуни авориз рухсатӣ карда шуд.

Баъд аз гузарондани сеансҳои ПВЛ дар баъзе ҳолатҳо (5 бемор) зухуроти возеъи аломатҳои клиникӣ-озмоишии захролудшавии эндогенӣ мушоҳида мешуд. Эҳтимол, эндотоксикози авҷгиранда хусусияти реперфузионӣ дорад, ки ба покизашавии босуръати сифоқи илтиҳобнок аз қабатҳои фибрини барои ҷаббиш монеаашаванда, барқароршавии микросиркулятсияи бофтаҳои сифоқпардаи париеталӣ ва виссералӣ вобаста аст. Дар ин ҳолат ҷаббиши маводҳои захрӣ аз ковокии шикам ба ҷараёни хун шиддат меёбад.

Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобат нишон дод, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ асари аёни мусбат мушоҳида мешавад, ки ба истифодабарии ПВЛ дар маҷмӯи чораҳои таъхисӣ-табобатии коркардшуда вобаста аст. Арзёбии самаранокии клиникии истифодабарии маҷмӯи чораҳои таъхисӣ-табобатии коркардшуда дар асоси таҳлили динамикаи як қатор параметрҳои клиникӣ-озмоишӣ, ки фаъолияти таассури илтиҳобии системавӣ ва дараҷаи зоҳиршавии синдроми захролудшавии эндогенӣро инъикос мекунад, гузаронда шудааст. Ба ин мақсад, таҳлили баъзе нишондиҳандаҳои шабонарӯзи аввали баъд аз чарроҳӣ дар муқоиса бо шабонарӯзи панҷуми марҳилаи баъдазчарроҳӣ, гузаронда шуд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда дар ҷадвалҳои 7.8. ва 7.9. оварда шудаанд.

Чадвали 7.8. – Тағйири микдори миёнаи нишондиҳандаи клиникӣ-озмоишии беморон (n=110)

Нишон- диҳандаҳо	Лейкосити хун ($10^9/\text{л}$)	МММ (в.ш.)	ШЗЛ (в.н.)	Креатинин (мкг/л)	ҒСА (г/л)	SAPS (холҳо)
Гурӯҳи асосӣ $M \pm SE$						
1 ш/р	12,7 $\pm$ 0,3	0,46 $\pm$ 0,01	6,22 $\pm$ 0,09	135,4 $\pm$ 1,4	29,7 $\pm$ 0,5	9,6 $\pm$ 0,4
5 ш/р	6,5 $\pm$ 0,2	0,31 $\pm$ 0,2	2,96 $\pm$ 0,09	93,7 $\pm$ 1,4	25,5 $\pm$ 0,6	2,8 $\pm$ 0,1
p	=0,000 ($<0,001$) ($T=0,0$; $z=6,79$)	=0,000 ($<0,001$) ($T=1,0$; $z=5,77$)	=0,000 ($<0,001$) ($T=0,0$; $z=6,79$)	=0,000 ($<0,001$) ($T=0,0$; $z=6,74$)	=0,000 ($<0,001$) ($T=82,5$; $z=4,18$)	=0,000 ($<0,001$) ($T=0,0$; $z=6,79$)
Гурӯҳи муқоисавӣ $M \pm SE$						
1 ш/р	11,9 $\pm$ 0,3	0,42 $\pm$ 0,01	6,44 $\pm$ 0,12	133,3 $\pm$ 1,5	31,9 $\pm$ 0,4	9,6 $\pm$ 0,4
5 ш/р	8,2 $\pm$ 0,2	0,39 $\pm$ 0,01	4,08 $\pm$ 0,15	121,7 $\pm$ 0,5	21,0 $\pm$ 0,7	4,9 $\pm$ 0,2
p	=0,000 ($<0,001$) ($T=30,0$; $z=5,79$)	=0,032 ($<0,05$) ($T=344,5$; $z=2,14$)	=0,000 ($<0,001$) ($T=0,0$; $z=5,71$)	=0,000 ($<0,001$) ($T=64,0$; $z=5,37$)	=0,000 ($<0,001$) ($T=8,5$; $z=5,94$)	=0,000 ($<0,001$) ($T=0,0$; $z=5,96$)

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни ш/р 1-м ва 5-м (мувофиқи T-меъёри Вилконсон).

Чадвали 7.9. – Тағйири микдори миёнаи нишондиҳандаи клиникӣ-озмоишии беморон шабонарӯзҳои 1-м ва 5-м (n=110)

Гурӯҳҳо	Лейкосити хун ($10^9/\text{л}$)	МММ (в.ш.)	ШЗЛ (в.н.)	Креатинин (мкг/л)	ҒСА (г/л)	SAPS (холҳо)
1 ш/р $M \pm SE$						
Асосӣ (n=61)	12,7 $\pm$ 0,3	0,46 $\pm$ 0,01	6,22 $\pm$ 0,09	135,4 $\pm$ 1,4	29,7 $\pm$ 0,5	9,6 $\pm$ 0,4
Муқоисавӣ (n=49)	11,9 $\pm$ 0,3	0,42 $\pm$ 0,01	6,44 $\pm$ 0,12	133,3 $\pm$ 1,5	31,9 $\pm$ 0,4	9,6 $\pm$ 0,4
p	=0,100 ($>0,05$) ($U=1221,0$; $z=-1,64$)	=0,000 ($<0,001$) ($U=920,0$; $z=-3,45$)	=0,149 ($>0,05$) ($U=1254,5$; $z=1,44$)	=0,226 ($>0,05$) ($U=1292,5$; $z=-1,21$)	=0,002 ($<0,01$) ($U=972,5$; $z=3,13$)	=0,935 ($>0,05$) ($U=1480,5$; $z=0,08$)
5 ш/р $M \pm SE$						
Асосӣ (n=61)	6,5 $\pm$ 0,2	0,31 $\pm$ 0,01	2,96 $\pm$ 0,09	93,7 $\pm$ 1,4	25,5 $\pm$ 0,6	2,8 $\pm$ 0,1
Муқоисавӣ (n=49)	8,2 $\pm$ 0,2	0,39 $\pm$ 0,01	4,08 $\pm$ 0,15	121,7 $\pm$ 0,5	21,0 $\pm$ 0,7	4,9 $\pm$ 0,2
p	=0,000 ($<0,001$) ($U=825,5$; $z=4,02$)	=0,000 ($<0,001$) ($U=564,5$; $z=5,59$)	=0,000 ($<0,001$) ($U=458,0$; $z=6,23$)	=0,000 ($<0,001$) ($U=2,5$; $z=8,97$)	=0,000 ($<0,001$) ($U=745,5$; $z=-4,5$)	=0,000 ($<0,001$) ($U=400,0$; $z=6,58$)

Эзоҳ: p – аҳамияти омории тафовути нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи U-меъёри Манн-Уитни).

Таҳлили маълумоти дар чадвал овардашуда, ба самаранокии баланди клиникии истифодабарии маҷмӯи таъхис-табобатӣ дар табобати беморон бо перитонити паҳнғашта, ки дар алгоритми коркардшуда бо истифодабарии имкониятҳои усули видеолароскопии поксозии ковокии шикам асос ёфтааст, ишора менамояд. Ҳамин тавр, дар гурӯҳи асосии беморон шабонарӯзи 5-ми табобат тамоюли ба таври назаррас бештар ба эътидол овардани параметрҳои клиникӣ-озмоишии вазифаҳои физиологӣ, рафъи эндотоксикоз ва таассури илтиҳобии системавӣ, коҳишёбии вазнинии ҳолати беморон ба назар мерасад. Таҳлили муқоисавии басомади инкишофи аворизи фасодӣ-септикӣ намуна аст барои арзёбии самаранокии истифодабарии маҷмӯи табобат. Сохтори муқоисавии оризаҳо, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ ва муқоисавӣ инкишоф меёбад, дар ҷадвали 7.10. оварда шудааст.

Ҷадвали 7.10. – Аворизи баъдазҷарроҳии гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ (n=110)

Намуди ориза		Гурӯҳи муқоисавӣ (n=49)		Гурӯҳи асосӣ (n=61)	
		n	%	n	%
Аз тарафи квокии шикам	Перитонити авҷгиранда*	14	28,5	2	3,3
	Абсаҳо	1	2	-	-
	Ногузароии лиҳомии рӯдаҳо	2	4,1	1	1,6
	Носурҳои рӯдавӣ	1	2	-	-
Аз тарафи захми б/ҷ	Фасодгирӣ, дабилаҳо	7	14,3	5	8,2
	Эвентрасия	1	2	1	1,6
Аз тарафи дигар узвҳо	Пневмония	8	16,3	4	6,6
	Ғайри сироятӣ	2	4,1	2	3,3
Ҳамагӣ**		36	73,5	15	24,6

Эзоҳ: * Ғайри ҳолатҳое, ки реллапаротомияҳои барномавино металабанд.

** Дар 3 бемор аз гурӯҳи муқоисавӣ – омехтаи 2 ё 3 ориза мушоҳида мешавад.

Тавре ки таҳлили маълумоти ҷадвал нишон медиҳад, миқдори беморон бо аворизи инкишофёфта дар гурӯҳи муқоисавӣ 3 баробар зиёд будааст. Камшавии назарраси басомади авориз дар гурӯҳи асосии беморон аз ҷиҳати инкишофи перитонити авҷгиранда (8,6 баробар), эвентратсияҳо, ногузариоии лиҳомии

рӯдаҳо (2,6 баробар) ва пневмонияҳо (2,5 баробар) ба қайд гирифта шуд. Ба ғайр аз он, дар гурӯҳи асосӣ дар ҳеҷ ҳолат ташаккули абсаҳои ковокии шикам (дар гурӯҳи муқоисавӣ – 1 ҳолат) ба қайд гирифта нашудааст. Ногузарони бармаҳали лиҳомӣ аз байни беморони гурӯҳи асосӣ танҳо дар як ҳолат ба назар расид (дар гурӯҳи муқоисавӣ – 2 ҳолат) дар беморе, ки ба гурӯҳҳои хатари баланди авҷгирии перитонит дохил набуд, ва аз ин рӯ ПВЛ ба ӯ иҷро карда нашуд. Дар навбати худ, коҳишёбии басомади оризаҳо боиси пастшавии сатҳи фавтият дар гурӯҳи асосии беморон гашт. Ҳамзамон, фавтият дар гурӯҳҳои беморон бо дараҷаи гуногуни вазнинии аввалияи перитонит, нобаробар баромад (ҷадвали 7.11.).

Ҷадвали 7.11. – Басомади ҳолатҳои фавт вобаста ба ҳолати бемор (n=110)

SAPS (ҳолҳо)	Фавтияти пешбинишуда	Гурӯҳи муқоисавӣ		Гурӯҳи асосӣ	
		п	Фавт	п	Фавт
5-8	10%	21	2(9,5%)	25	0
9-12	30%	17	5(29,4%)	19	1 (5,3%)
13-16	40%	11	5(45,5%)	17	4 (23,5%)
Ҳамагӣ	25%	49	12(24,5%)	61	5 (8,2%)

Маълумоте, ки аз ҷадвал бармеояд аз он шаҳодат медиҳад, ки дар гурӯҳи асосии беморон басомади фавт ду баробар аз гурӯҳи муқоисавӣ пасттар мебошад. Дар баробари ин, сатҳи баландтарини фавтияти ҳар ду гурӯҳ, аз ҷумлаи беморон бо ҷараёни вазнинтарини беморӣ (зиёда аз 13 ҳол мувофиқи ҷадвали SAPS), бо камтарин фарқиати сатҳҳои фавтияти беморони гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ, ба қайд гирифта шудааст (Замимаи 9: расми 14, 15). Эҳтимол, тағйиротҳои функционалӣ аз ҷониби узв ва системаҳои организм, ки то лаҳзаи оғози беморӣ инкишоф меёфтаанд ва ба возеътарин нишонаҳои носозҳои шадиди физиологӣ мувофиқат мекарданд, дар аксари ҳолатҳо хусусияти бебозгашт доштанд, ва сарфи назар аз табобати гузарондашуда, боиси оқибати номусоид гардиданд. Дар гурӯҳҳои беморони начандон вазнин фарқиат байни миқдори фавтидагон хеле возеътар будааст (пастшавии сатҳи фавтият дар гурӯҳи 9-12 ҳол – 5 баробар). Дар гурӯҳи асосӣ аз SAPS 5-8 ҳол, фавт ба қайд гирифта нашудааст.

Ҳамин тариқ, дар байни беморони гурӯҳи асосӣ сатҳи 3 баробар пасттари инкишофи аворизи фасодӣ-септикӣ ба қайд гирифта шуд. Гузарондани ПВЛ бо истифода аз алгоритми маҷмӯи ташхисӣ-табобатии коркардшуда, имкон медиҳад, ки 3 баробар фоизи аворизи баъдазҷарроҳӣ коҳиш дода шавад, сатҳи умумии ғавтияти беморон мубталои перитонити паҳнғашта 3 баробар паст карда шавад, 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 такрории ғаврии ҷарроҳӣ пешгирӣ карда шавад, миқдори релапаротомияи талаботӣ коҳиш дода шавад.

Боби 8

БАҲРАСИИ НАТИҶАҶОИ ТАҲҚИҚОТ

Табобати беморон мубтало ба перитонити паҳнғашта ва сепсиси абдоминалӣ, яке аз мушкилотҳои мураккабтарин дар ҷарроҳии таъҷилӣ ба ҳисоб меравад ва дар мадди назари ҷарроҳони ҷаҳон муддати тамоми даври инкишофи илми тиб, боқӣ мемонад. Таваҷҷуҳ нисбат ба чунин аворизи патологияи узвҳои ковокии шикам, пеш аз ҳама, ба бартарии онҳо дар сохтори ғавтият аз бемориҳои ҷарроҳӣ ва ба талафоти назарраси иҷтимоӣ-иқтисодӣ, вобаста аст. Мувофиқи маълумоти муҳаққиқони муосир яке аз сабабҳои асосии ғавти беморон бо патологияи таъҷилии ковокии шикам, перитонити паҳнғашта боқӣ мемонад [103, 250]. Тақрибан 20% беморон бо патологияи шадиди ҷарроҳӣ маҳз бо аломатҳои перитонит бистарӣ мешаванд [134].

Ғавтият ҳангоми шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, бо вучуди афзоиши мучҷаҳазнокии техникӣ, инкишофи имкониятҳои фармакологӣ, тамоюли саҳеҳи пастшавиро надорад, ва тибқи маълумотҳои гуногун, аз 15 то 65 %-ро ташкил медиҳад [19, 27, 32, 45, 56].

Лаҳзаҳои асосии табобати ҷарроҳӣ инҳоянд: бартарафкунии манбаи перитонит, поксозии ковокии шикам (манбаи фасодӣ), обияткашии мукаммали мавзеи сироят, декомпрессияи интестиналӣ.

Ҳангоми усули пушида обияткашии ковокии шикам иҷро карда намешавад. Дар робита ба рушди эндовидео-технологияҳо имконияти техникий усулҳои видеолапароскопӣ пайдо шудааст, ки дар баъзе мавридҳо алтернативаи хуб ба усули пӯшида мебошад [66, 73, 125]. Усули релапаротомияҳои барномавии санатсионӣ одатан ҳангоми перитонити паҳнғаштаи фасодӣ ба истифода бурда мешавад, ки тадбиқи самаранокии тадбирҳои маъмули ҷарроҳӣ дар давоми як амалиёт имконнопазир аст. Усул имкон медиҳад, ки токсикоз паст карда шавад, ҷараёни илтиҳобӣ арзёбӣ ва пешгӯӣ карда шавад, камбудии амалиёти қаблӣ бартараф карда шаванд.

Натиҷаҳои асосии табобати перитонити паҳнғашта ин нишондиҳандаҳои ғавтият, басомади ҷараёни оризанок, басомади релапаротомияҳо ва вобаста ба

ин тамдиди табобати статсионарӣ, ва инчунин басомади оқибатҳо бо нишонаҳои маъҷубӣ мебошанд.

Аз ин лиҳоз вазифаи муҳими таҳқиқот аз рӯи ин мавзӯ ҷустуҷӯи имкониятҳои таҳхисӣ ва табобатӣ, ки ба коҳишёбии сатҳи ғавтият ҳангоми ҷунин патология мусоидат мекунад, ва умедбахштарини аз ҷумлаи онҳо пешгӯии оқибати табобат мебошад, ки бар усулҳои арзёбии объективии вазнинии ҳолати беморон бо истифода аз системаҳои арзёбии интегралӣ, асос ёфтааст (APACHE II [226]; APACHE III, SAPS, SAPS II [237]; Sepsis-related Organ Failure Assessment —SOFA [296]; Mannheim Peritonitis-index (Шохиси Маннгеймии перитонит) [242], Mortality Probability Model -MPM II).

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

Нуктаҳои зикргардида барои гузарондани ин таҳқиқот асос шуданд. Ба сифати маводи кори таҳқиқотӣ – маълумотҳои муоинаи проспективӣ ва ретроспективии 409 бемор, мубталои перитонити паҳнғашта, ки дар МД МЁТТ ш.Душанбе муддати солҳои 2004 то 2018 табобати статсионарӣ мегирифтанд, истифода шуданд.

Дар байни беморон ҷинси мард 255 (62,3%) ва ҷинси зан – 154 (37,7%) – ро ташкил дод. Синну соли беморон аз 15 то 82 солро дар бар гирифт.

Асоси гурӯҳҳои таҳқиқотро беморон бо сӯрохшавии решҳои гастродуоденалӣ – 154 бемор (37,6%), ногузароии шадиди рӯдаҳо – 90 (22%), аппендитсита шадид – 89 (21,8%), панкреатити шадид, панкреонекроз – 15 (3,7%), сӯрохшавии рӯда – 33 (8,1%), холесистити шадид – 10 (2,4%), ғайра – 18 (4,4%) ташкил доданд.

Тақсимооти беморон бо перитонити паҳнғашта ба гурӯҳҳо мувофиқи таснифи дар клиникаи мо коркардшуда, амалӣ шудааст: марҳилаи 1 – марҳилаи захролудшавии эндогенӣ (3Э); марҳилаи 2 – аз шабонарӯзи 2-4-м, марҳилаи

сепсиси абдоминалӣ (СА); марҳилаи 3 – аз шабонарӯзи 3-7-м, марҳилаи шоки септикӣ (ШС).

Қисми асосии беморон (56%) дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ чарроҳӣ шудаанд. Миқдори ками беморон (10,5 %) дар марҳилаи шоки септикӣ чарроҳӣ шуданд.

Марҳилаи захролудшавии эндогении перитонити паҳнғашта ба сатҳи пасти фавтият мувофиқат кард, камтар аз 5%-и беморон фавтид. Сабаби асосии оқибатҳои марговар дар марҳилаи интоксикатсияи эндогенӣ бемории дилу рағҳо ба ҳисоб мерафт, ки дар заминаи ғайричубронӣ шудани бемории ишемикӣ ба миён омадааст, дар 2 ҳолат сабаби марг дар беморон оризаи тромбоземболикӣ буд. Сатҳи нисбатан баланди фавт (53,5%) дар бемороне дида шуд, ки дар марҳилаи шоки септикӣ чарроҳӣ шудаанд. Дар ҳама ҳолатҳои фавт сабаби бевоситаи марг захролудшавии эндогении авҷгиранда буд, ки бевосита ба перитонит иртибот дошт ва бо ҳамроҳии зухуроти чуброннашавандаи дисфунксияи узвҳо ва системаҳои мухталиф сураат мегирифт.

Чараёни оризаноки перитонити паҳнғашта дар гурӯҳи таҳлилшудаи беморон дар 57,5%-и ҳолатҳо мушоҳида шуд. Дар бештари ҳолатҳо фавт ҳангоми перитонити паҳнғашта бевосита ба пайдошавии оризаҳои давраи пасазчарроҳӣ алоқаманд буд.

Лаҳзаҳои асосии табобати чарроҳӣ: бартарафнамоии манбаи перитонит, поксозии ковокии шикам, обияткашии кофии мавзеи сироят, декомпрессияи интестиналӣ.

Поксозии ковокии шикам дар рафти амалиёт аҳамияти баландтарин дорад. Бо мақсади самаранокии коркарди ковокии шикам ва кам кардани зухуроти илтиҳобӣ ҳангоми перитонит аз ҳисоби ангезиши чараёнҳои метоболикӣ ва гемодинамикӣ, кам кардани басомади пайдошавии аворизи пасазчарроҳӣ, кӯтоҳ кардани вақти барқароршавии лаппиши рӯдаҳо ва ихтисор шудани муҳлати табобати пасазчарроҳӣ, мо усули коркарди ковокии шикамро ҳангоми перитонити паҳнғашта бо маҳлулҳо, дар ҳарорати контрастӣ, пешниҳод намудем.

Усули мазкур чунин иҷро карда мешавад: дар охири ҷарроҳии (тавассути лапаротомия ё эндовидеолапароскопия) перитонити паҳнғашта ба ковокии шикам 1-1,5 л маҳлули 1,5% -и NaCl гарми (+41—+42°C) меандозанд ва муддати 1 дақиқа бо нармаи ҳамаи ҷафъҳои ковокии шикамро мешӯянд. Баъди ин моеъ тавассути барқӣ пурра кашида гирифта мешавад ва ба ковокии шикам 1-1,5 л маҳлули 1,5% -и NaCl-и сард (+10—+11°C) дохил мекунад ва дар давоми 1 дақиқа ҳамаи ҷафъҳо ва чуқуриҳо коркард мешавад. Ин дастамали контрастӣ 4-5 маротиба такрор мешавад, баъд аз он ковокии шикамро хушк карда, тибқи усулҳои маъмулӣ обияткаш карда мешавад.

Усули пешниҳодшудаи коркарди ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғашта як қатор бартариҳо дорад:

- Ин усул бо он фарқ мекунад, ки усули «ваннаи контрастӣ» истифода мешавад ва бо таъсири марбута ба бофтаҳои сифокпарда бо ҳарорати контрастӣ таъсир мерасонад.

- Ин усул муҳлати табобати перитонитро кам мекунад, гемодинамикаи микросиркуляториро меангезад, барои барвақттар барқарор шудани лаппиши рӯдаҳо мусоидат месозад, пайдошавии оризаҳои фасоднокро кам ва пайдо шудани ҷараёни лиҳомиро дар муҳлатҳои наздиктарин ва дуртарини пас аз ҷарроҳӣ ихтисор менамояд.

- Маҳлули сусти гипертоникӣ истифода мешавад, ки қобилияти бартараф кардани токсинҳо ва маҳсулоти метаболикӣ ва таҷзияи бофтаҳоро дорад.

Ин усул инчунин ҳангоми амалиётҳои видеолапароскопӣ низ, ки дар марҳилаҳои ибтидоии ПП ва ҳангоми усули омехтаи тактикаи ҷарроҳӣ барои санатсияҳои марҳилавӣ истифода бурда мешуд, иҷро шудааст.

Ба сифати дараҷабандӣ дар таҳқиқот таснифи нави клиникаи худамон ба истифода бурда шудааст. Аҳамияти махсус дар тасниф тақсимои марҳилаҳои клиникаи перитонити паҳнғашта дорад. То ҳол, муддати тақрибан ним аср, дар амалияи ҷарроҳии давлатҳои муштарак-ул-манофеъ таснифи перитонит аз рӯи марҳила (реактивӣ, токсикӣ ва терминалӣ) мувофиқи пешниҳоди профессори

пажуҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии ёрии таъҷилии ба номи Н.В. Склифосовскийи Федератсияи Россия К.С.Симонян [130] соли 1971, мавриди истифода қарор дорад. Таснифи мазкур нақши мусбат бозид, аммо дар шароити татбиқи тибби далелнок, аз сабаби нокифоя будани итминонии аломатҳои чудосозии марҳилаҳо, муфлисии худро маълум намуд. Камбудии назаррас, ки истифодаи васеи онро маҳдуд месозад, ин набудани меъёрҳои возеҳи патофизиологии таксимои марҳилаҳои ивазшаванда аст.

Таҷриба нишон дод, ки ба таври қатъӣ алоқаманд кардани вазъи бемор бо мӯҳлати нишондодашуда ғайривоқеист. Маълум аст, ки вобаста ба чунин омилҳо, мисли хусусияти мӯҳтавои патологии ковокии шикам, вирулентнокии барангезанда, мавҷудияти бемориҳои ҳамрав ва муқовиматнокии бемор, марҳилаҳои перитонит метавонанд хеле тӯл кашанд, ё баракс то ҳадди ақал кӯтоҳ шавад, чун ҳангоми сепсиси барқосо, давоми шабонарӯзҳои аввал.

Бешубҳа, дар баъзе ҳолатҳо ин тасниф қулай ва мувофиқ аст.

Баъди ба фаъолияти амалии клиникӣ ворид намудани мафҳуми сепсиси абдоминалӣ, таснифи перитонити паҳнғашта аз рӯйи вазнинӣ ба тағйироти назаррас рӯбарӯ шуд.

Ба дараҷабандии кофии марҳилаҳои клиникии перитонити паҳнғашта, метавонад истифодабарии амалии таснифи клиникии сепсис, ки дар Конфронси ҳамохангсозии колечи пульмонологҳо ва Ҷамъияти мутахассисони тибби ҳолатҳои ниҳой дар Чикаго соли 1991 қабулшуда, мусоидат кунад [7].

Мувофиқи таърихи бемории 188 бемори гирифтори бемориҳои узвҳои ковокии шикам, ки оризаи перитонити паҳнғашта доштанд, гурӯҳбандӣ ва таҳлил карда шуданд. Марҳилаи перитонити паҳнғаштаро аз соатҳои аввали пайдоиши ориза, ҳамчунин ҳангоми вазнини 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 $>90/\text{дақ}$, СҲН $>20/\text{дақ}$, $\text{PaCO}_2 <32$ мм сут.сим.,

лейкоситҳои хун $>12 \times 10^9$, $\leq 4 \times 10^9$, 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 дисфунксияи узвҳо, дисметаболия, дисбаланси ионӣ, ихтилоли перфузияи бофтаҳо, гипотонияи шараёнӣ (баъзан фишори систоликии шараёнӣ – аз 90 мм сут. сим. пасттар) муттаҳид мешаванд, ҳамчун марҳилаи сепсиси абдоминалӣ (СА) арзёбӣ карда шудааст. Дар ниҳояти қор, ҳангоми ниҳоят вазнин будани ҳолати умумии бемор (дар шабонарӯзи 3-7-ум), яққоя шудани аломатҳои ҳоси сепсис бо синдроми норасоии полиорганӣ, гипоперфузияи бофтаҳо ва узвҳо, гипотонияи шараёнӣ, ки нигоҳ накарда ба инфузияи муносиб ва истифода кардани дастгирии инотропӣ ва рағӣ, ҳамчунин ҳангоми тағйиротҳои амиқи нафаскашӣ ва ихтилолҳои метаболӣ бо баланд шудани сатҳи лактати хун >2 ммол/л, дар шароити набудани ихтилолҳои волемикӣ, диспротеинемия, ҳолати бемор ҳамчун шоки септикӣ арзёбӣ гардид.

Ҳамин тариқ, бо дарназардошти далелҳои зикргардида, таснифи такмилёфтаи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта бо пешниҳоди мо, чунин аст:

Марҳилаи I – захролудшавии эндогенӣ

Марҳилаи II – сепсиси абдоминалӣ (аз шабонарӯзи 2-4-м ҳамроҳ мешавад)

Марҳилаи III – шоки септикӣ (аз шабонарӯзи 3-7-м ҳамроҳ мешавад)

Дар марҳилаи кунунии рушди илм ва амалияи тиббӣ арзёбии воқеии вазнинии ҳолати беморӣ танҳо аз нуқтаи назари тибби далелнок, дар асоси истифодабарии ҷадвалҳои системаҳои арзёбии интегралӣ, имконпазир аст. Дар таҳқиқоти пешкашшуда дар бемороне, ки аз барои перитонити паҳнғаштаи этиологияи гуногун ҷарроҳӣ карда шуданд, арзёбии интегралӣ вазнинии равиш ва пешгӯии беморӣ дар асоси муҳосибаи шохисҳои интегралӣ гузаронда шудааст. Тамоми ҳолатҳои таҳлилшуда мувофиқи дараҷаи ихтилолҳои муайяншуда (аз ҷадвалҳои арзёбии баллии вазнинӣ ва пешгӯии MPI ва SAPS) тақсим карда шуданд. Таҳлили натиҷаҳои тақсимот бо дарназардошти оқибати

табобат нишон дод, ки арзёбии баллии вазнинии ҳолати беморон мувофиқи чадвали SAPS шабонарӯзи аввал баъд аз чарроҳӣ аҳамияти пешгӯяндаи эътимодноқ дорад. Ҳамин тавр, ба вазнинии 0-4 ҳол (гурӯҳи якум) пешгӯии мусоиди қариб ки мутлақи беморӣ мувофиқат мекунад. Эҳтимолияти оқибати номусоид ба таври назаррас мутаносиби афзоиши қимати ҳолҳои чадвали SAPS меафзояд. Ҳангоми вазнинии ҳолати беморон, ки ба нишондиҳандаи чадвал баробари 16 ҳол ё аз он зиёд мувофиқат мекунад, пешгӯии беморӣ қариб ки мутлақо номусоид аст.

Мувофиқи чадвали MPI аз 16 ҳол пастрар бошад (дараҷаи якуми вазнинӣ), ғавтият – 2,6%, ҳангоми MPI аз 16 то 25 ҳол (дараҷаи дуҷуми вазнинӣ) –16,7%, зиёда аз 25 ҳол бошад (дараҷаи сеҷуми вазнинӣ) –69,7%.

Маълумотҳои ба дастовардаи мо ба маълумотҳои дар сарчашмаҳои илмӣ пешниҳодшуда мувофиқат мекунамд [76, 77]. Тибқи маълумотҳои адабиёти илмӣ дар ҳолати нишондиҳандаи чадвали MPI аз 16 ҳол пастрар бошад (дараҷаи якуми вазнинӣ), ғавтият – 2,3%, ҳангоми MPI аз 16 то 25 ҳол (дараҷаи дуҷуми вазнинӣ) – 22,5%, зиёда аз 25 ҳол бошад (дараҷаи сеҷуми вазнинӣ) – 59,1%.

Натиҷаи нохуштарини беморӣ дар он гурӯҳи бемороне ба назар мерасад, ки вазнинии ҳолаташон аз рӯйи чадвали SAPS аз 14 ҳол баланд ва аз рӯйи чадвали MPI зиёда аз 25 ҳол аст. Пешгӯии натиҷаи беморӣ дар гурӯҳи бемороне, ки вазнинии ҳолаташон аз рӯйи чадвали MPI аз 16 то 25 ҳол мебошад, бо эҳтимоли зиёд ҳангоми кам будани нишондиҳандаҳои чадвалҳои SAPS натиҷаи беморӣ хуб буда метавонад.

Пешгӯӣ намудани вазнинии ҷараён ва оқибатҳои перитонити паҳнғашта вазиғаи муҳими клиникӣ ба ҳисоб меравад, ки ҳалли он барои ба таври асоснок ҷудо намудани гурӯҳҳои хатарро дар ҷараёни оризаёфтаи беморӣ ва инфиродикунонии тактикаи муолиҷавӣ-ташҳисӣ мусоидат менамояд.

Усули нисбатан содае, ки тавсифи вобастагии ғавтноки (ё ба амал омадани оризаҳои аз ҷиҳати тактикӣ муҳим)-ро аз маълумотҳои муоинаи пасазҷарроҳӣ имконпазир мегардонад, тартиб додани чадвал бо дараҷабандии натиҷаҳои ҳосилшуда аз муоина мебошад.

Пеш аз ҳама тавассути усулҳои дискриминатсионӣ ва регрессионии таҳлил, омилҳои аз ҷиҳати омили муҳим, оқибатҳои номусоиди ПП зоҳир карда шуданд:

1. Синни бемор, ки зимни он ҷараёни номусоиди беморӣ мушоҳида гардида, ба ҳисоби миёна $50,98 \pm 18,02$ солро ташкил меод. Синни беморон бо ҷараёни мусоид бошад, $35,06 \pm 9,6$ солро ташкил меод. Ҳамин тавр, дар гурӯҳи синнусоли нисбатан калонтар хатар низ зиёдтар буд.

2. Хатари ҳосил шудани оқибати ғайриқаноатбахш эътимоднокан бо ҷуғрафа шудани ПП алоқамандӣ дошт. Давомнокии беморӣ ($55,18 \pm 21$ соат) аз вазнинии беморӣ дарак дода, эътимоднокан аз рӯйи муҳлат аз бемороне, ки беморӣ дар онҳо нисбатан мусоид ҷараён мегирифт, фарқ мекард.

3. Басомади оқибатҳои номусоид қиёсан дар мавриди бемороне зиёд буд, ки бемории ҳамроҳ (диабети қанд, фарбеғӣ, норасоии кори дил) доштанд.

4. Оқибатҳои номусоиди муолиҷаи ПП бештар замоне мушоҳида мегардид, ки беморон дар марҳилаи таъхирафтаи ПП – 28 (73,7%), аз он ҷумла – 9 (23,7%) марҳилаи сепсиси абдоминалӣ, 19 (50%) марҳилаи шоки септикӣ, назар ба марҳилаҳои барвақт (10-26,3%), ки беморон мурочиат менамуданд.

Интихоби ҳаҷми мувофиқи муолиҷаи интенсивӣ ва амалиёти ҷарроҳӣ аз марҳилаи инкишофи ПП, хусусияти муҳтавои ковокии шикам ва бемориҳои ҳамроҳ вобастагӣ дорад. Ба таври гуногун якҷоя шудани омилҳои номбурда ба вазнинии ҳолати бемор ба таври мухталиф таъсир мерасонад. Ҳангоми перитонити паҳнғашта, ҷӣ пеш аз ҷарроҳӣ ва ҷӣ дар марҳилаҳои мухталифи муолиҷаи беморӣ, муайян намудани дараҷаи вазнинии ҳолати бемор қисми таркибии зарур ва муҳими ташхис ба ҳисоб меравад. Дар шароити ҷарроҳии ғайрӣ, вақте ки зуд қарор қабул кардан лозим аст, системаи сода ва ҳамзамон ҳассоси пешгӯӣ зарур мешавад.

Барои экспресс-пешгӯии эҳтимоли оқибатҳои марг ва мувофиқгардони тактикаи ёрии ғайрӣ ҳангоми ПП, мо системаи нави пешгӯиро дар мавриди беморони мубтало ба ПП бо дарназардошти ҳам меъёрҳои клиникӣ ва

дохилиамалиётии авҷгирии раванди септикӣ ва ҳам омилҳои хатаре, ки дар бемор новобаста аз ин оризаҳои вазнин мавҷуд аст, таҳия намудем. Система барои нисбатан объективона баҳо додани вазнинии перитонит, мувофиқгардони интихоби тактикаи муолиҷа бо дарназардошти «шохиси перитонит» ва саддарсади пешгӯикунандаи маргро имконпазир мегардонад.

Пеш аз ҳама ба мақсади муайян намудани алоқаҳои муҳимтарини дуҷонибаи нишондиҳандаҳои марҳилаҳои ПП бо маълумотҳои клиникӣ, таҳлили регрессионӣ ба амал оварда шуд. Зимнан предикторҳои асосии авҷгирии ПП ошкор карда шуданд, ки чинс, син, бемориҳои ҳамрав аз шумори он аст.

Чадвали фосилаҳо бо муайянсозии омилҳои калонтарин ва хурдтарини хатар, марҳилаи чараёни перитонити паҳнғашта ва тағйиротҳои морфологии сифоқ сохта шуд. Вобаста ба тасаввуроти клиникӣ муҳиммияти қиёсии омилҳо (предикторҳо) ба онҳо вобаста ба арзиши “вазнии” онҳо қимати баллӣ гузошта мешавад. Ин қимат барои муайянкунии дараҷаи вазнинии перитонити паҳнғашта ва пешгӯии оқибати он муҳим мебошад. Холҳо «коэффисиенти вузӯҳи» омилро нисбат ба бузургии калонтарини (10 ҳол) арзиши омили калонтарин ифода менамоянд. Ҳамин тариқ, 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. Фавтияти пешбинишудаи тавассути формулаи овардашуда ҳисоб карда мешавад ва ба фисати эҳтимолияти тақрибии фавти бемор бо перитонити паҳнғашта ишора мекунад.

Дар офариниши чадвали «шохиси перитонит» мо ба параметрҳои ба осонӣ муайяншаванда, ки қариб дар ҳама гуна беморхонаҳои ҷарроҳӣ дастрас астанд, такя намудаем. Ҷамъи ҳолҳо («ШП») метавонад ба афзалиятнокии расондани ин ё он ҳаҷми ёрии таъҷилӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта ишора кунад. Аз ин назар барои осон ва зуд қабул кардани қарор нисбати тактикаи минбаъдаи чораҳои табобатӣ «шохис» дар намуди содда ба кор бурда мешавад.

Дар ҳолати рақамҳои сарҳадии ҳолҳо қарор нисбати тактикаи табобатӣ вобаста ба вазъияти клиникӣ қабул карда мешавад.

Дар ҳолати «ШП» то 12 ҳол фавтияти пешбинишуда то 16%-ро ташкил медиҳад. Дар тадқиқоти мо дар гурӯҳи 1-м 91 бемор буданд (48,4%), се нафар аз онҳо (3,3%) фавтидаанд.

«ШП» аз 13 то 22 ҳол - ғисати пешбинишудаи фавт аз 16 то 40%. Дар ин гурӯҳ 77 бемор (41%) дохил буданд, 21 нафар аз онҳо (27,3%) фавтиданд.

«ШП» зиёда аз 22 ҳол - ғисати пешбинишудаи фавт аз 40% боло. Дар тадқиқоти мо 20 бемор (10,6%) ба гурӯҳи 3-м дохил буданд, 14 нафар аз он фавтиданд (70%).

Тибқи натиҷаҳои истифодабарии ин ё он тактика ва ҳаҷми табобати ҷарроҳӣ ва муолиҷаи интенсивӣ, танҳо 13 (6,9%) беморон ба релапаротомия гирифта шуданд. Ҳамагӣ фавтидагон 38 (20,2%) бемор, нишондоди “шоҳиси перитонити” аксари онҳо зиёда аз 22 ҳол. Муддати бистарии беморон дар беморхона 9,2 рӯзро ташкил додааст.

Аз ҷониби мо барои пешгӯии оқибатҳо дар мавриди 188 бемори мубтало ба ПП арзёбии муқоисавии самаранокии «шоҳиси перитонит» бо MPI ба амал оварда шуд.

Дар гурӯҳи зиндамондагон ҳоли миёнаи умумии MPI 15,8 (фосилаи 6-35) буд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи фавтидагон ҳоли миёна 25,7 (фосила: 10-43)-ро ташкил медод. Барои 78 бемори аз 16 то 25 ҳол дошта фавтият 16,7%-ро ташкил медод, вале нишондиҳанда зимни 25 ҳол то 69,7% ва ба зиёда аз он афзуд. Ҳангоми таҳқиқи ҳодисаҳои алоҳидаи фавт вобаста ба этиология мушоҳида гардид, ки дар тамоми беморони мубтало ба сӯрохшавии узви ковок ҳолҳои MPI (> 25) ва нишондиҳандаи фавтият зиёд буд.

Ҳамин тавр, зимни арзёбии вазнинии ҳолати бемор тибқи ҷадвали «ШП» беморон ба се гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Дар маҷмӯъ аз 150 бемори зиндамонда натиҷаҳо дар ҳудуди аз 6 то 28 ҳол бо қимати миёнаи 12,7 тағйир меёфтанд. Зимни 38 бемори фавтида ҳолҳо дар ҳудуди байни аз 8 то 30 бо қимати миёнаи 20,6 мушоҳида мегардид. Дар байни бемороне, ки аз 8 ҳол камтар доштанд,

фавтият мушоҳида нагардид. Аз 70 бемори бо шохиси байни 13 ва 22 хол, 12 нафар бо нишондиҳандаи фавтият 17,1%, фавтиданд. Фавтияти 82,1% дар беморони бо шохиси зиёда аз 22 хол ба назар мерасид. Тибқи натиҷаи таҳқиқотҳои мо, фавтияти умумӣ дар гурӯҳи таҳқиқшаванда 20,2%-ро ташкил дод.

Дар пажӯҳиши мо нишондиҳандаи «остонавии» ҳадди ақал 10 хол буд, ки аз он паст фавт ба қайд гирифта нашудааст ва зиёдтарин – 20 хол, ки болотар аз он фавтият зиёда аз 80%-ро ташкил меод. Нишондиҳандаи фавтият дар байни бемороне, ки камтар аз 16 хол доштанд, тибқи ҷадвали МРІ 2,6% ва дар мавриди беморони бо МРІ дар ҳудуди аз 16 то 25 хол доштанд, то 16,7% расид. МРІ -и зиёда аз 25 хол боиси фавтияти зиёд то 69,7% мегардад.

Агар сухан сари ҷадвали «ШП» равад, дар байни беморони дорои камтар аз 12 хол, тибқи ҷадвали мазкур, нишондиҳандаи фавтият 3,3% ва дар мавриди беморони бо «ШП» байни 12 ва 22 хол, фавт то ба 17,1% расид. «ШП» -и зиёда аз 22 хол боиси фавтият то 82,1% гардид. Эҳтимол меравад, ки «ШП» дақиқан метавонад дар ҳолатҳои алоҳида муқоисашаванда буда, аз дигар системаҳои скрининги, аз ҷумла МРІ, авлотар бошад. Таҳқиқотҳои пешина нишон доданд, ки тибқи МРІ нишондиҳандаҳои ҳад («остонавӣ») наздики 21 ва 29 хол бо нишондиҳандаҳои фавт дар 60% буд, ва то 100% барои арзёбии зиёда аз 29 хол буд.

Таҳқиқоти мазкур ошкор кард, ки ҳар ду системаи скринингӣ дар пешгӯии оқибатҳои номусоиди ПП самаранок ба шумор мераванд.

Системаи интегралӣ «ШП» бо фавтият хуб ҳамбаста буда, дар пешгӯии оқибатҳои номусоид натиҷабахш аст. Ҷадвал барои сари вақт ба гурӯҳҳои хатар ҷудо кардани беморон ва пешгӯии оқибатҳо хеле самаранок буда, барои интихоби тактикаи мувофиқи муолиҷа аз аҳамият ҳолӣ нест. Қайд кардан зарур аст, ки ҷадвал ҳолати патоморфологии сифоқпарда ва сабаби олудагии перитонеалиро ба назар мегирад. Ҳамзамон дар истифода сода буда, ёрии озмоиширо тақозо намекунад. Барои нисбатан зудтар ва самаранок пешгӯӣ

намудани оқибатҳои фавт, дар мавриди беморони мубтало ба ПП, дар баробари дигар системаҳои интегралӣ ба кор бурдани «ШП» мувофиқи мақсад хоҳад буд.

Барои пешгӯии натиҷабахши оқибати перитонити паҳнғашта дар баробари дигар усулҳо маркерҳо низ аҳамият доранд. Бо мақсади муайян кардани имкониятҳои инфиродии пешгӯӣ кардани оқибат ва вазнинии чараёни перитонити паҳнғашта таҳқиқоти иттилоотнокии нишондиҳандаи молекулаҳои массаи миёнаи (МММ) плазмаи хун дар муқоиса бо шохисҳои интегралӣ клиникӣ-озмоишии вазнинии ҳолати беморон гузаронида шуд. Таҳлили гузарондашуда тафсути эътимодноки нишондиҳандаҳои МММ-и хун дар ҳамаи гурӯҳҳои аз ҷиҳати вазнинии ҳолат гуногун, муайян намуд. Дар ин маврид тамоюли саҳеҳ муқаррар карда шуд: чанде ки вазнинии чараёни клиникӣ марҳилаи баъдазҷарроҳӣ возеъ бошад (аз ҷадвали SAPS), ҳамоно қадар сатҳи МММ баланд буд. Ба ғайр аз он, нишондиҳандаҳои миёнаи сатҳи МММ-и хуни фавтидагон дар ҳамаи гурӯҳҳо (ба истиснои гурӯҳи 16 ҳол ва аз он зиёд аз ҷадвали SAPS) аз нишондиҳандаҳои шабеҳи беморон бо оқибати мусоиди беморӣ хеле зиёдтар буд. Барои беморон бо вазнинии ҳолат мувофиқи ҷадвали SAPS то 16 ҳол шабонарӯзҳои аввал баъд аз ҷарроҳӣ нишондиҳандаи МММ-и хун 0,56 в.з.о. ва аз он баланд, ҳамчун ниҳой нисбат ба эҳтимолияти инкишофи оқибати фавт, шуморидан лозим аст. Дар ин категорияи беморон нишондиҳандаи миёнаи МММ-и хун муддати чор шабонарӯзи аввали марҳилаи баъдазҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои фавтидагон ва беморони зинда мондагон тафсути эътимодноки омӯӣ дорад. Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки афзоиши мӯътадили сатҳи МММ-и хун дар рӯзҳои 3-5-ми марҳилаи баъдазҷарроҳӣ дар беморони мубталои перитонити паҳнғашта, меъёри нисбатан мусоиди чараёни беморӣ мебошад. Чунин қонуният, аз рангаш, ба воридшавии токсинҳо ба маҷроҳи хун вобаста аст, ки аз сабабӣ озод шудани маҷроҳи микросиркулятории узву бофтаҳо (хусусияти реперфузиони авҷирии эндотоксикоз) бо қатъ шудани зухуроти дистресс-синдроми ҷарроҳӣ ва сироятӣ, ба вуқӯъ мепайвандад. Дар баробари ин, коҳишёбии сатҳи МММ-хун, ки аз шабонарӯзи 2-ми баъд аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳи беморони вазнинтарин дорои аломатҳои возеҳи клиникӣ-

озмоишии захролудшавии эндогенӣ мушоҳида мешавад, аломати номусоиди пешгӯӣ ба ҳисоб меравад. Дар шароити шоки устувори баъдазчарроҳӣ монеаи микросиркулясияи узвҳо ва бофтаҳо баромади токсинҳоро ба чараёни хуни системавӣ боз медорад.

Дар ин маврид чамъшавии минбаъдаи токсинҳо дар бофтаҳои узвҳои ҳаётан муҳим бо ихтилоли элиминатсияи моддаҳои захрии эндогенӣ аз системаҳои физиологии детоксикатсия, ба авҷгирии зухуроти барнагардандаи НПО (механизми ретенсионии захролудшавии эндогенӣ), оварда мерасонад.

Дар беморон бо вазнинии ҳолат аз рӯи чадвали SAPS 16 ҳол ва зиёда аз он, бо эҳтимолияти баландтарини оқибати ғавти беморӣ, нишондиҳандаҳои нисбатан пасти МММ-и хун ба инкишофи монеаи бофтавии микросиркулятории токсинҳо аз сабаби авҷгирии шоки сепстикӣ, вобаста аст. Дар ин маврид нишондиҳандаҳои МММ-и хун шабонарӯзҳои 2-3-ми марҳилаи баъдазчарроҳӣ дар гурӯҳи мазкури беморон, инъикоси воқеии вазнинии синдроми захролудшавии эндогенӣ шуда наметавонад. Ин метавонад ба хулосабарории хато нисбати сабабҳо ва механизмҳои инкишофи эндотоксикоз оварад, ки зарурати бақайдгирии ҳатмии воқеияти вазнинии ҳолати бемор дар муқоиса бо меъёрҳои вазнинии ҳолатҳои септикиро муайян месозад.

Омӯзиши чунин нишондиҳандаҳои муҳим мисли МММ ва инчунин маҳсулоти ПОЛ дар таҳқиқотҳои Юдакова О.В. ва ҳаммуал. (2006) ва Лаберко Л.А. [70] низ гузаронда шудааст. Хусусияти муҳим ва фарқкунандаи таҳқиқоти мо дар он аст, ки гурӯҳҳои омӯзиш фарқ мекунанд, ва инчунин омӯзиши омилҳои пешгӯянда ва ташхискунандаи перитонити паҳнғашта дар беморон дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронда шудааст. Омилҳои муҳити атроф дар ҚТ (баландкӯҳӣ, иқлими гарм), ҳолати иҷтимоӣ (мубталои камтари аҳоли ба тамокукашӣ ва майнӯшӣ нисбат ба Федератсияи Руссия ва кишварҳои ғарб), мурочиати дери беморон дар инкишофи тағйиротҳои ҳам патофизиологӣ ва ҳам дар нишондиҳандаҳои микдории маркерҳо ва нишондиҳандаҳои нақши муҳимро мебозанд (К.М. Мухаммадиева ва ғ., 2012; Т.Б. Оморов ва ғ. 2016).

Яке аз вазифаҳои таҳқиқоти мо омӯхтани сатҳи биомаркерҳои илтиҳоби системавӣ – пресепсин (ПСП), прокалситонин (ПКТ), интерлейкин-6 (ИЛ-6) ва сафедаи С-реактивӣ (ССР)-и баландҳассос – дар робита бо марҳилаи перитонити паҳнғашта мебошад. Дар баробари МММ-и хун, панели (маҷмӯи) ин маркерҳои биологӣ низ метавонад аз мавҷудияти сироят, илтиҳобу чараёни септикӣ дар организм дарак диҳад.

160 бемор 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 ҳама 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, ҳамчунин 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 перитонити паҳнғашта буданд, ки дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ қарор доштанд. Сатҳи миёнаи (median) ПСП дар гурӯҳи якум назар ба гурӯҳҳои 2 ва 3 хеле паст буд – мутаносибан $355,5$; $783,4$ ва $1587,7$ пг/мл.

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 ПКТ низ ба даст оварда шуд. Сатҳи миёнаи (median) ПКТ дар гурӯҳи беморони дорои перитонити паҳнғашта дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ низ назар ба гурӯҳҳои

беморони дорои сепсиси абдоминалӣ (1,112 ва 7,2615 нг/мл) хеле паст буд. Фосилаи тағйрёбии сатҳи прокалситонин чунин натиҷахоро 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. Маълумотҳои мо ақидаи дигар муаллифониро дар он хусус, ки ҳангоми мавҷуд будани сепсис, аз ҷумла шакли абдоминалии вай, хеле баланд шудани сатҳи ПСП дар зардобии хун ба мушоҳида мерасад, тасдиқ мешавад [89, 181].

Ҳангоми омӯختани мавҷудияти иртиботи коррелятсионии байни предикторҳои таҳқиқшуда ва марҳилаҳои перитонити паҳнғашта ба воситаи усули коррелятсионӣ мувофиқи Спирмен мо муқаррар кардем, ки сатҳи биомаркерҳо (ПСП, ПКТ, СРБ, ИЛ-6) ба вазнинии ҷараёни перитонити паҳнғашта иртиботи мутақобила дорад. Ин барои сари вақт муайян кардани тактикаи тадбирҳои табобатӣ-профилактикӣ, табobati ҷаррохӣ ва гузаронидани табobati интенсивӣ мусоидат мекунад.

Пеш аз ҳама намоиш дода шуд, ки санҷиши сатҳи пресепсин барои марҳилаҳои гуногуни муқоисашавандаи перитонити паҳнғашта арзиши таҳхисӣ дорад. Нишондиҳандаҳои «остонавии» таҳхисӣ дар сатҳи 200 пг/мл барои ЗЭ, ҳангоми 530 пг/мл ва зиёда барои СА ва ≥ 1320 пг /мл ҳангоми ШС муқаррар карда шуда буданд, ҳассосияти на камтар аз 89% ва AUC-и минималӣ на камтар аз 0,77 ба даст оварда шудааст. IL-6 ШС дар шабонарӯзҳои 1 ва 3 ва СА дар шабонарӯзи 3 танҳо AUC-и дискриминатсионӣ дошт (яъне $AUC > 0,75$). ПКТ ва ССР барои гурӯҳҳои вазниниашон гуногуни перитонити паҳнғашта, дар лаҳзаҳои гуногуни замон ($AUC < 0,75$), асосан ягон хел қобилияти дискриминатсионӣ надоштанд.

Мувофиқи натиҷаҳои пешниҳоднамуда, Liu et al. [241] қаблан нишон дода буданд, ки сатҳи пресепсин барои таҳхиси сепсис ($AUC = 0,82$), сепсиси вазнин ($AUC = 0,84$) ва шоки септикӣ ($AUC = 0,79$) дар муқоиса бо ПКТ

(сепсиси вазнин $AUC = 0,74$; шоки септикий $AUC = 0,78$) дар 859 бемор, ки ба шуъбаи ёрии таъҷилии ш. Пекин, Чин ворид шудаанд, дорои имкониятҳои хуби ташхисӣ мебошад, дар ин маврид сатҳи қатъ ($cut-off\ level$) – ҳангоми сепсиси вазнин: қатъи пресепсин = 449 пг/мл; ҳангоми шоки септикий қатъи пресепсин = 550 пг/мл, бо ҳассосияти нисбатан пасттари ташхисӣ (ҳангоми сепсиси вазнин – 82%, шоки септикий – 86%). Ulla et al. [292] 106 беморро таҳқиқ карданд, ки ба шуъбаи ёрии таъҷилӣ бо СТИС, сепсис, сепсиси вазнин ё шоки септикий ворид гаштаанд, дар натиҷаи ин арзиши ташхисии пресепсин барои ташхиси ақаллан сепсис дар муқоиса бо ПКТ ин аст – сепсис: ПСП, $AUC = 0,70$; ПКТ, $AUC = 0,88$, дар ин маврид нуқтаи қатъи пресепсин 600 пг/мл буд, аммо пастшавии ҳассосият то 79% ба назар расид.

Дар муқобили ин Endo et al. [192] пресепсин, IL-6 ва ПКТ-ро дар бемороне, ки дар онҳо мавҷудияти сирояти бактериалӣ исбот шудааст, дар муқоиса бо беморони дорои сироятҳои ғайрибактериалӣ арзёбӣ карданд ва муайян карда шуд, ки сатҳи ҳамаи биомаркерҳои илтиҳобӣ, дар беморони дорои сирояти бактериалӣ, хеле баланд аст. AUC -и ташхисии муносиб, барои муқаррар кардани сирояти бактериалӣ, баландтарин барои ПСП ва ПКТ (яъне ПСП, $AUC=0,908$; РСТ, $AUC=0,905$) ва пасттарин барои IL-6 (яъне IL-6, $AUC=0,825$) буд.

ПСП дар муқоиса бо ҳамин гуна имкониятҳои ПКТ ва APACHE II барои ғавти 28-рӯза ҳамчун биомаркери пуриктидори пешгӯикунӣ тасвир шудааст (ПСП, $AUC=0,66$; ПКТ, $AUC=0,68$, APACHE II, $AUC=0,72$) хатари баланди ғавтро, дар беморони дорои сатҳи баланди ПСП ≥ 1000 пг/мл, нишон дод. Дар таҳлили ретроспективӣ, аз ҷумла беморони дорои сепсиси вазнин ва шоки септикий пас аз рухсат шудан аз ШРТИ, Masson et al дар пажӯҳиши худ сатҳи доимо афзояндаи пресепсинро дар ғавтидагон нишон дода, аҳамияти назарраси онро барои ғавти 28-рӯза ва 90-рӯза муайян кардааст, дар ҳоле ки ПКТ ягон хел иттилои пешгӯикуниро намодааст [246]. Дар хусуси нуқтаи назаре, ки гӯё паст шудани сатҳи пресепсин дар беморони зиндамонда ба смаранокии табобати интенсивӣ ишора мекунад, андешаронӣ шудааст. Аммо ин таҳқиқотҳо санҷиши

IL-6-ро дар баробари ПСП ба сифати биомаркери пешгӯикунанда дохил накардаанд.

Ҳамин тавр, таҳқиқоти мазкур бори дигар тасдиқ кард, ки ҳам пресепсин ва ҳам IL-6 биомаркерҳои пурзӯри пешгӯикунанда дар беморони дорои сепсиси абдоминалӣ ва шоки сетикӣ мебошанд. Бемороне, ки сепсиси абдоминалӣ ва шоки сетикиро аз сар гузаронидаанд, пас аз рухсат шудан аз беморхона дар моҳҳои минбаъда дар гурӯҳи дорои хатари баланди марг қарор дода мешаванд, онҳо аз ихтилолҳои музмини ҷисмонӣ ё фаъолияти нейрокогнитивӣ безобита мешаванд [166]. Вобаста ба ин санчиши пресепсин ва IL-6 дар давоми ҳафтаи аввали табобат дар ШРТИ метавонад ки барои беҳтар пешгӯӣ кардани натиҷаи перитонити паҳнғашта ёрӣ расонад.

Як қатор таҳқиқотҳо бахшида ба омӯзиши биомаркерҳои мазкур [22, 86, 91] гузаронда шудаанд. Тафовути таҳқиқоти мо дар он аст, ки гурӯҳҳои омӯзиш фарқ мекунанд, ва аз ҷониби мо натиҷаҳои таҳқиқи комплексӣ ва динамикии нишондиҳандаҳои панели биомаркерҳо бо мақсади стратификасияи марҳилаҳои перитонити паҳнғашта, ки барои таснифи нави он пешниҳод мешаванд, ба даст оварда шуданд.

Дар асоси натиҷаҳои пешниҳод кардашуда метавон гуфт, ки биомаркерҳои мазкур хатари баланди оқибати фавтро дар беморони мубтало ба перитонити паҳнғашта, пешгӯӣ мекунанд. Яъне, ки арзёбии хусусиятҳои ташхискунӣ ва пешгӯикунии панели биомаркерҳо (комбинатсияи пресепсин бо ПКТ, ССР ва IL-6) дар беморони дорои сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ, аҳамияти бузург дорад ва бояд дар амалияи клиникӣ барои арзёбии пешгӯии чараёни ПП истифода бурда шавад.

Ногуфта намонад, ки пресепсин дар баробари хусусияти пешгӯикунии ҳамчун предиктор, боз нақши маркерро барои муқаррарномаи далели мавҷудияти чараёнҳои регенераторӣ дар эндотелии осебдида, мебозад. Сатҳи пресепсин аз сатҳи мутаносиби моноситҳо шаҳодат медиҳад, зеро ки ҳосилшавии пресепсин аз ретсептори CD-14, ки дар моноситҳо экспрессия мешавад, сарчашма меёбад. Моноситҳо дар баробари вазифаи масуният, боз

нақши ҳуҷайраҳои прогениторио дар барқарорсозии эндотелияи ихтилолшуда мебозанд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон медиҳад, ки патогенези ПП маҷмӯи мураккаби ихтилолҳои патохимиявии бо ҳам вобастаро ифода мекунад, ки аз СТИС, захролудшавии эндогенӣ, НПО ва инчунин маҳви масунияти ҳуҷайравӣ дар заминаи сирояти бактериалӣ иборат аст.

Яъне ки дар марҳилаи муайяни авҷгирии сепсиси абдоминалӣ, қатъи гаштани ниғахдории системаи иммунореактивнокии организм ба амал меояд, ихтилоли кори системаи иммунӣ рух медиҳад, ки онро ҳамчун иммунодефисити сохторӣ-функционалии Т-лимфоситарӣ-моноситарӣ муайян кардан мумкин аст. Вазеҳии иммуносупрессия метавонад, ки ба сифати омили пешгӯикунӣ хизмат кунад, ки зиндамони беморони гирифтори шоки септикиро муайян мекунад. Ситокини илтиҳобии омили некрози омос-алфа (ОНО- α) медиатори асосии фаъолнокии моноситарӣ ва яке аз ситокинҳои асосии дар патогенези сепсис иштироккунанда, ба ҳисоб меравад [100, 180].

ОНО- α бар иловаи таъсиррасонии илтиҳобии худ боз ба индуксияи экспрессияи ретсепторҳои CD14 ба моноситҳо низ ҷалб мешавад [51]. CD14 – сафедаи гликозилфосфатидилинозитол-вобастаи мембранӣ аст, ки ба оилаи антигенҳои ретсепторҳои липополисахариди (ЛПС) девораи микроб мансуб буда, дар бештари моноситҳо экспрессия мешавад.

Ҳангоми авҷгирии сепсиси абдоминалӣ ҷараёни осеб ёфтани эндотелиоситҳо бо инкишофи дисфунксияи эндотелиалӣ, механизми асосии авҷгирии ҷараёни патологияи перитонити паҳнғашта [207], қувват мегирад.

Нишон дода шудааст, ки дар ҷараёнҳои барқароршавии эндотелий, ки ба омилҳои номусоиди осебрасони стресси оксидкунанда ва агрессияи эндотоксинӣ муқобилият нишон медиҳад, нақши асосиро ҳуҷайраҳои прогенитории эндотелиавии (ХПЭ) даврзананда мебозанд [209], ки қобилияти ба эндотелиоситҳо мубаддал гаштанро доранд.

Таҳқиқот нишон медиҳад, ки сатҳи ОНО- α дар беморони марҳилаи шоки септикӣ ба таври эътимоднок нисбат ба беморони марҳилаи захролудшавии

эндогенӣ ва сепсиси абдоминалӣ паст буд – $24,5 \pm 13,3$ пг/мл, ва дар баробари ин ҳангоми пайдо шудани СА сатҳи ОНО- α 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- α дар беморони фавтида дар таҳқиқоти мо боз ҳам пасттар буд – $4,8 \pm 0,9$ пг/мл, ин аз паст шудани қобиляти моноситҳо ҷудо кардани миқдори кофии ситокинҳои илтиҳобӣ дар ҷавоби агрессияи эндотоксинӣ, ҳангоми перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ, гувоҳӣ медиҳад. Дар беморони зиндамонда яқинан моноситҳое, ки ОНО- α ($58,0 \pm 13,7$ пг/мл) ҳосил мекунанд, нисбатан зиёданд.

Натиҷаҳои таҳқиқотҳои мо бо маълумоти Bhardwaj N. et al [173] мувофиқат дорад, аз он хусус, ки ҳангоми сепсис, аз ҷумла ҳангоми сепсиси абдоминалӣ, фаъолнокии моноситарӣ ба таври назаррас маҳв мешавад, ки қобиляти системаи иммунии беморонро, ба таври адекватӣ дарк кардани дохилшавии микроорганизмҳоро маҳдуд месозад, аз ҷумла тариқи тарашшуҳи нокифояи ситокинҳо. Аммо чунин тағйирот, ба ақидаи муаллифон, ҳангоми шоки септикӣ не, балки аллакай дар марҳилаи сепсис, ба вучуд меояд.

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

Дар ҷараёни фагоситоз ҳангоми илтиҳоб таҷзияи sCD14 бо ҳосилшавии зернавъи sCD14 (sCD14-ST) ба амал меояд, ки ҳамчун пресепсин маълум аст [256, 285], баланд шудани он метавонад, ки аз вучуд доштани ҳам mCD14 (membrane – мембранӣ), ҳам sCD14 (soluble – ҳалшаванда) гувоҳӣ диҳад. Ин ретсепторҳо аз мембранаи моноситҳо/макрофагҳои ҷудо шуда дар хуни беморони дорои ШС давр мезананд (ҳам дар зиндамондаҳо ва ҳам дар фавтидаҳо) [301]. Сатҳи пресепсин дар марҳилаи ЗЭ, СА ва ШС мутаносибан $355,6 \pm 8,6$, $783,4 \pm 24,0$ ва $1587,7 \pm 70,5$ пг/мл-ро ташкил медиҳанд. Ҳамин тариқ,

муайян намудани пресепсин барои муқаррар кардани далели мавҷудияти чараёнҳои регенераторӣ дар эндотелии осебдида аҳамияти хоса дорад, онро бо мақсади таъхиси чараёни ПП истифода бурдан мумкин аст. Таҳқиқот нишон дод, ки авҷгирии шоки септикӣ дар беморони дорои бемориҳои ҳамрав дар гурӯҳи беморони синну соли калон дар заминаи тағйиротҳои вазнини морфологӣ дар ковокии шикам, эҳтимолан 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 чараёни 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 [71]. Ҳамин тариқ, маҳв шудани функцияи моноцитҳо яке аз механизмҳои асосии патогенетикии авҷгирии шоки септикӣ ва фавти беморон ҳангоми перитонити паҳнғашта мебошад. Ба ҳулоса омадан мумкин аст, ки моноцитҳо ба сифати ХПЭ ба регенератсия ва барқароршавии функцияи эндотелий баъд аз дисфункцияи 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, чараёни таҷдиди эндотелиоситҳо суст мешавад, тарашшуҳи ситокинҳои илтиҳобӣ, аз ҷумла ОНО- α кам мегардад, ки омили афзудани фавтият ҳангоми шоки септикӣ мегардад.

Ошкор кардани ин механизми патогенетикӣ, имконият медиҳад, ки тасаввуроти мо дар бобати механизмҳои ташаккул ва инкишофи шоки септикӣ ҳангоми ПП амиқтар шавад.

Мувофиқи андозаҳои ҷадвали «ШП», маҳсули клиникаи мо, ки қаблан маълумот дода будем, 188 бемор бо бемориҳои узвҳои ковокии шикам, ки бо ПП ориздор шудаанд, ба 3 гурӯҳ тақсим шуда буданд ва нисбати онҳо тактикаи муносиби табобатӣ ба кор бурда шуд.

Тайёрии пешазҷарроҳии беморони гирифтор ба перитонити паҳнғашта ба таваҷҷӯҳи хоса меарзад. Вазифаи асосии тайёрии пешазҷарроҳӣ пешгӯикунӣ ва

пешгирӣ аз бадшавии эҳтимолии ҳолати беморон дар рафти беҳискунӣ мебошад. Мухлати миёнаи тайёрии пешазҷарроҳӣ 2-4 соатро ташкил медиҳад.

Ҷамъи ҳолҳо («ШП») метавонад ба авлавият дар расондани ин ё он ҳаҷми ёрӣ дар ҳолати перитонити паҳнғашта ишора кунад. Ҳангоми то 12 ҳол ва баробари он будани «ШП» ва то 16% ғавтияти пешгӯишаванда – амалиёти ҷарроҳӣ: комилан ва барвақт бартараф кардан ё ҷудо кардани манбаъҳои асосӣ, иловагӣ ва эҳтимолии захролудшавии эндогенӣ бо табиати ҳам микробӣ ва ҳам дисметаболикӣ; поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам. Аз рӯи имкон ин тадбирҳо бояд бо усули видеолапароскопӣ анҷом дода шаванд. Муолиҷаи инфузионӣ-трансфузионӣ, табобати зиддибактериявӣ, пешгириии синдроми норасоии полиорганӣ.

Аз 13 то 22 ҳол ва ғавтияти пешгӯишаванда дар ҳудуди аз 16 то 40% – тайёрии пешазҷарроҳӣ (2-3 соат), амалиёти ҷарроҳӣ: рафъ намудани манбаи перитонит; табобат ва обияткашии ковокии шикам, декомпрессияи рӯдаи борик. Муолиҷаи инфузионӣ-трансфузионӣ (пурра кардани ҳаҷми плазмаи даврзананда), барқарорсозии мувозинати ионӣ-электролитӣ, коллоидӣ-осмотикӣ ва кислотагӣ-асосӣ); табобати респираторӣ бо истифода аз усулҳои ҳаводихии ёридиҳанда ва сунъии шушҳо ҳангоми инкишофёбии норасоии шадиди нафас, дастгирии нутритивӣ; табобати зиддибактериявӣ, масуниятдармонӣ, усулҳои экстракорпоралии детоксикация, истифодаи кортикостероидҳо.

Ҳангоми бештар аз 22 ҳол будани «ШП» ва ғавтияти пешгӯишаванда дар сатҳи беш аз 40% – тайёрии пешазҷарроҳӣ (то 4 соат), муҳомилаи ҷарроҳӣ дар асоси нишондиҳандаҳои ҳаётӣ, ки ба кам кардан ва хориҷ намудани муҳтавои захрии ковокии шикам равона гардидааст, ҷудою маҳдуд кардани манбаи перитонит, найчагузориҳои рӯдаи борик бо мақсади декомпрессия ва барои гузарондани лаважи рӯдаҳои борик ва энтеросорбсияи минбаъда. Дар ин гуна ҳолатҳо ба нақша гирифтани табобатҳои марҳилавии ковокии шикам ба ҳадаф мувофиқ аст (релапаротомияи барномавии санатсионӣ ё ба нақша

гирифташуда), зеро вазнинии ҳолати ҷисмонии бемор имкон намедихад дар вақти додашудаи амалиёти ҷарроҳӣ дар ҳаҷми зарурӣ анҷом дода шавад.

Табобати интенсивӣ ба беморон бо шохиси баланди перитонит мувофиқи принципҳои гузаронда мешавад, ки асоси табобати шокро ташкил медиҳанд: тасҳеҳи ихтилолҳои гемодинамикӣ (муҳитҳои инфузионӣ ва гепарин); мӯътадил гардондани мубодилаи газҳо ва таъмини оксигенишавии матлуб; тағзияи парентералӣ, ки ба нигоҳ доштани метаболизми матлуб равона гардидааст. Инчунин ҳормонҳои анаболикӣ, инсулин, ингибиторҳои ферментҳои протеолитикӣ, витаминҳо, маводҳои пешоброн лозиманд.

Дармони зиддибактериявӣ, масуниятдармонӣ, усулҳои детоксикасиҳои экстракорпоралӣ, истифодаи кортикостероидҳо ҳангоми инкишофёбии шоки септикӣ мавқеи хоса ишғол меkunанд, зеро хусусияти этиологӣ доранд.

Сарфи назар аз таҷрибаи амалиётҳои ҷарроҳии перитонити паҳнғашта, ки дар даҳсолаҳои охир сайқал дода шудаанд, авҷгирии он ҳамчун сабаби асосии релапаротомияҳо ва ғавтияти баланди баъдазҷарроҳӣ, боқӣ мемонад. Айни замон масъалаи вазнинтарини амалияи клиникӣ ҳангоми як қатор ҳолатҳо муайяннамоии нишондодҳои асоснок барои гузарондани поксозии ковокии шикам дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ мебошад. Аз сабаби мавҷуд набудани меъёрҳои бармаҳали объективии перитонити авҷгиранда, коркарди усулҳои ташхискунӣ дар асоси нишондиҳандаҳои миқдории клиникӣ-озмоишӣ, ки ҳолати беморро ва динамикаи ҷараёни патологиро инъикос меkunад, аҳамияти махсус дорад. Барои муайян намудани нишондодҳои объективӣ ба гузарондани поксозии ковокии шикам таърихи бемории 409 мариз, ки аз сабаби перитонити паҳнғашта ҷарроҳӣ карда шудаанд, мавриди омузиш қарор гирифтанд. Дар 67 ҳолат ҷараёни патологӣ ковокии шикам, дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ, динамикаи номусоид дошт ва бо авҷгирии перитонит ҳамроҳ буд. Дар асоси ҷамъбасти натиҷаҳои таҳлили таърихҳои беморӣ ҳислатҳои зерини миқдорӣ муайян карда шуданд, ки ба эҳтимолияти авҷгирии он дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ таъсири бозътимод мерасонад: давомнокии беморӣ, вазнинии ибтидоии ҳолат, манбаи перитонит, хусусиятҳои ҷараёни микробӣ-

илтиҳобӣ дар ковокии шикам. Системаи арзёбии баллии ифодаёбии маҷмӯи меъёрҳои мазкур ба системаи ҷадвали муттаҳиди арзёбии интегралӣ вазнинии перитонит ворид карда шуд. Муҳосибаи дараҷаи умумии меъёрҳо тариқи ҷамъкунии ҳолҳо, ки ба ҳолати таҳлилшавандаи беморӣ муносиб аст, гузаронда шудааст. Маҷмӯи ҳолҳо ба гурӯҳҳои хатар мутобиқ аст ва дар асоси ин алгоритми ташхисӣ-табобатии мӯҳлатҳои бармаҳали марҳилаи баъдазҷарроҳӣ коркард шуд. Системаи арзёбии пешкашшударо мо ҳамчун шохиси вазнинии перитонит ишорат намудаем. Ҷудосозии чунин гурӯҳҳои хатари беморон, ки аз сабаби перитонити паҳнғашта ҷарроҳӣ карда шудаанд, имконият медиҳад ки тактикаи табобат бо дарназардошти вариантҳои эҳтимолии клиникӣ ҷараёни баъдазҷарроҳии беморӣ, аллакай рӯзи гузарондани амалиёти ҷарроҳӣ, ба нақша гирифта шавад. Бо вучуди ин, мураккабии ташхискунии бармаҳали перитонити давомдиҳанда дар қисми беморон бо нишондиҳандаҳои миёнаи шохиси вазнинии ҳолат, ба коркарди алгоритми ташхисӣ моро водор сохт, ва ин алгоритм имконият медиҳад, ки ба таври эътимоднок аз ҷараёни микробӣ-илтиҳобии ковокии шикам аллакай шабонарӯзи аввал маълумот дошта бошем. Дар навбати худ, чунин имконият ба муайян намудани нишондод ба саривақт гузарондани тадбирҳои санатсионӣ, мусоидат мекунад. Ба ин мақсад алгоритми ҷораҳои ташхиснамоӣ, ки бар арзёбии як қатор зухуроти ҷузъӣ ва умумии клиникӣ-озмоишии перитонит дар шабонарӯзҳои аввали марҳилаи баъдазҷарроҳӣ асос меёбад, коркард карда шуд. Ин зухуротҳо аз хусусиятҳои марҳилавии ҷараён, ки бо ҷамбастии нишонаҳои клиникӣ-озмоишии СТИС ва меъёрҳои сепсис муайян мешаванд, хусусиятҳои микробиологии флораи перитонеалӣ, вазнинии ҳолат мувофиқи ҷадвали SAPS, нишондиҳандаҳои МММ-и зардоби хун, иборат астанд. Қиматҳои ҳар яки аз нишондиҳандаҳои барои шабонарӯзи аввали баъд аз ҷарроҳӣ бо ҳолҳо аз 1 то 3, дар ҷадвали муттаҳиди хатари авҷгирии перитонит (ХАП) ҷамоварӣ шудааст. Арзёбӣ тариқи ҷамъи қиматҳои ҳар як меъёри дар бемор буда, амалӣ мешавад. Муҳосибаи басомади авҷгирии перитонит, вобаста ба нишондиҳандаҳои ба даст омада, карда мешавад. Бо дарназардошти нишондиҳандаҳои арзёбии пешгӯии

авҷгирии перитонит, алгоритми тадбирҳои таххисӣ-табобатӣ офарида шуд, ки ба беҳсозии тактикаи табобатӣ аз шабонарӯзи аввали марҳилаи баъдазҷарроҳӣ равона карда шудааст. Истифодабарии алгоритмҳои таххисӣ-табобатии коркардшуда дар маҷмӯи табобати беморон мубталои перитонити паҳнғашта, мақсаднокии клиникаи муносибати методологии коркардшударо нишон дод. Тактикаи табобатӣ, ки ба алгоритми болотар зикр гардида бо интиҳоби асоснокшудаи усулҳои ислоҳот мувофиқат мекунад, имкон дод, ки самаранокии клиникаи тадбирҳои табобатӣ афзоиш ёбад.

Таҳқиқот нишон дод, ки дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ релапаротомияи талаботӣ назар ба релапаротомияи барномавӣ усули бештар афзалиятнок мебошад. Чунин натиҷаи бадастомада бо хулосаҳои van Ruler O. бо ҳаммуаллифаш [272] мувофиқат менамояд, аммо ӯ ин тавсияро нисбат ба беморон мубталои шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта новобаста аз марҳилаҳои он пешниҳод менамояд. Шартӣ асосии риояи чунин тактика дар он аст, ки муассисаи табобатӣ дорои озмоишгоҳе бошад, ки имконияти иҷроиши таҳқиқотҳо ва санҷишҳои баъзан қимматарзиши клиникӣ-озмоишӣ, ки ба мақсади мониторинги чараёни баъдазҷарроҳӣ гузаронда мешавад, дошта бошад. Дар ин ҳолат вақти дақиқи оғози авҷгирии перитонити маҳфузмонда нахоҳад аз назар дур шуд. Табиист, ки дар муассисаҳои табобатӣ дорои озмоишгоҳи ба таври кофӣ мучахҳаз нашуда, ки гузарондани мониторинги ҳарсоатаи ҳолати бемор мувофиқи ҷадвалҳои интегралӣ арзёбии вазнинии ҳолат ва маркерҳои озмоишӣ ғайриимкон аст, релапаротомия бояд ба рӯзи дигар нақшагузорӣ карда шавад.

Барои беморони вазнини гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ, замоне ки дар ковокии шикам, аксар вақт чараёни фасодӣ, илтисоқӣ, илтиҳобӣ-иртишоҳӣ бештар бо ташаккули абсаҳо ошкор мегардад, корбурди тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозии марҳилавии ковокии шикам ҳамчун нишондод баромад мекунанд. Бо дарназардошти ҳамаи пайомадҳои ҷиддии манфии лапаростома мо тавсия медиҳем, ки аз рӯйи имкон аз гузоштани лапаростома худдорӣ карда канораҳои захми лапаротомӣ, бо

истифода аз усулҳо ва воситаҳои дастрас, наздик карда шаванд. Алгоритми тибқи натиҷаҳои таҳқиқот тартибдодашуда, дар интихоби тактикаи муносиби ҷарроҳӣ ҳангоми шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, кумак хоҳад расонд.

Дар 63 бемор бо ногузарои шадиди рӯдаҳо, ки бо перитонити паҳнғашта ориздор шудааст, хусусиятҳои ҷараёни марҳилаи баъдазҷарроҳӣ дар беморон бо ногузарои шадиди рӯдаҳо дар шароити перитонити паҳнғашта омукта шуд. Вобаста ба истифодабарии пешгирии мақсаднок ва ислоҳоти носозиҳои фаъолияти ҳаракатии роҳи ҳозима дар давраи баъдазҷарроҳӣ, ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи I – 27 бемор ворид шудаанд, ки ба онҳо пешгирии парези баъдазҷарроҳии рӯдаҳо бо истифода аз катетергузори дохилиамалиётӣ масориқаи рӯдаи бориқ ва энтеросорбсия бо энтеродез дар давраи бармаҳали баъдазҷарроҳӣ гузаронда шуд. Ба гурӯҳи II 36 бемор дохил буданд, ки ба онҳо дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ барои пешгирӣ ё ислоҳоти носозиҳои ҳолати функционалии рӯда декомпрессияи муқаррарии назоинтестиналии роҳи ҳозима ва муолиҷаи инфузионӣ гузаронда шуд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки усули пешгирии инкишофи бармаҳали абсаҳо ва лиҳомҳои дохилишикамӣ тариқи найчагузори байни масориқаи рӯдаи бориқ самаранок, камосебовар, амалан боэътимод мебошад. Усули мазкур ва инчунин усули найчагузори антеградии рӯдаи бориқ ва ғафс (**Патенти ҚТ № TJ1316 аз 18.11.2022.**) дар ҳолати мавҷудияти зиддинишондод барои найчагузори пӯшидаи назоэнтералии рӯдаи бориқ ва энтеросорбсияи найчавии 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.

Поксозии кофии ковокии шикам яке аз лаҳзаҳои муҳими табобати перитонити паҳнғашта мебошад. Бо мақсади беҳтарсозии натиҷаҳои табобати беморон бо перитонити паҳнғашта тариқи истифодабарии усули коркарди ковокии сифок бо маҳлули сусти ҳипертоникӣ дар ҳароратҳои муқобил (**Патенти ҚТ № TJ610 аз 14.04.2014.**) таҳлили натиҷаҳои муоина ва табобати

56 бемор бо перитонити паҳнғашта гузаронда шуд. 30 бемор, ки поксозии ковокии шикам дар охири амалиёт бо усули анъанавӣ мегирифтанд, гурӯҳи 1-ро (муқоисавӣ) ташкил доданд. Ба гурӯҳи 2-м (асосӣ) 26 бемор дохил буданд, ки чунин низ табобат мегирифтанд, ба ғайр аз он, ки дар охири амалиёт ковокии шикам 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 аспиратори 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 шикам бо равиши маъмул хушк карда обияткаш карда мешуд.

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 ғавт арзёбӣ карда мешавад. Барои муайян кардани дараҷаи эндотоксикоз динамикаи ғализати ҒҶА, ҒСА, МММ, ПОЛ арзёби карда шуданд.

Ҳангоми коркарди анъанавии ковокии шикам эндотоксикоз тӯли тамоми марҳилаи баъдазҷарроҳӣ боқӣ мемонд. Миқдори авориз ва ғавти баъдазҷарроҳӣ дар гурӯҳи муқоисавӣ нисбат ба асосӣ зиёдтар буд.

Тадқиқотҳои гузарондашуда нишон медиҳанд, ки ҳангоми истифодабарии усули коркарди ковокии шикам ба таври муқобил ҳангоми ҷарроҳии перитонити паҳнғашта назар ба коркарда анъанавӣ бо истифодабарии маҳлули фурацилин сатҳи захролудшавии эндогении беморон зудтар коҳиш меёбад, кори ҳаракатӣ-тахлиягии рӯда барвақттар барқарор мешавад.

Воқеиятҳои зерин боиси самаранок будани усули пешниҳодшуда мебошанд: тангшавӣ ва васеъшавии банавбати рағҳо, яъне ки иваз шудани банавбати ҳарорати баланд ва пасти моеъ «асари помпа»-ро ба миён меоварад, ки хунро ғаволтар бо маҷрои рағӣ медавонад, хунтаъминкунии узву бофтаҳоро беҳтар мегардонад, чараёнҳои мубодилавиرو пуршиддат месозад, захр ва маҳсулоти метаболизмро, ки дар хун давр мезананд, баробар бо давраи калони

гардиши хун тақсим карда, бошиддат хориҷ менамояд, ҳамин тариқ ба чараёнҳои мубодилавии тамоми организм таҳрик мебахшад.

Самаранокии баланди клиниро усули видеолапароскопии поксозии ковокии шикам дар давраи баъдазчарроҳӣ нишон дод, ки дар маҷмӯи табобатии беморон бо хатари баланди авҷгирии перитонит истифода шудааст. Дар ин маврид меъёрҳои объективии арзёбии чараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам муайян шудаанд, ки ба хусусиятҳои миқдории манзараи босирӣ ва микробии ковокии шикам вобаста аст. Ин хусусиятҳо асоси ҷадвали арзёбии босирӣ-микроскопии ковокии шикамро ташкил медиҳанд, ки ба беҳсозии тактикаи муруқибати баъдазчарроҳии беморон бо перитонити паҳнғашта, тариқи муайянкунии объективии нишондод барои идома ё анҷоми тадбирҳои санатсионӣ, мусоидат мекунад. Таҳлили натиҷаҳои табобат нишон дод, ки истифодабарии поксозии видеолапароскопӣ (ПВЛ) дар давраи баъдазчарроҳӣ барои амалӣ гардондани поксозии ковокии шикам, миқдори релапаротомияҳоро якбора коҳиш дод. Ҳатто дар зарур будани релапаротомия, онҳо саривақт, дар мӯҳлатҳои бармаҳал, иҷро карда шуданд. Истифодабарии ПВЛ дар маҷмӯи табобати беморон бо перитонити паҳнғашта, ба 3 баробар коҳиш ёфтани ғавтияти баъдазчарроҳӣ, хеле кӯтоҳ кардани мӯҳлати бистарӣ, коҳиши басомади инкишофи аворизи баъдазчарроҳӣ ва раҳой аз зарурати иҷроиши амалиётҳои такрории чарроҳи мусоидат намуд. Таҳқиқотҳои мо дар ин ҷода бо натиҷаҳои кори Лаберко Л.А. [70] мутаносиб аст, аммо дар шароити Тоҷикистон аввалин буда натиҷаҳояш тафовути назаррас надоранд. Муддати тамоми равиши давраи баъдазчарроҳӣ дар беморон бо перитонити идомаёбанда, табобат бо усули «пӯшида» амалӣ мегардид.

ХУЛОСА

1. Дарачабандии марҳилаҳои клиникии таснифи пешниҳодшудаи перитонити паҳнғашта (заҳролудшавии 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 чунин 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 «шохиси 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 бемориҳои ҳамроҳро муфассалтар боз мекунад ва марҳилаи патоморфологӣ манзараи ковокии шикамро ба назар мегирад [3-М, 27-М, 30-М, 32-М, 34-М, 37-М].

3. Барои гузоштани таҳхис 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 таҳхискунии 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 функцияи эндотелий баъд аз дисфункцияи 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, чараёни таҷдиди эндотелиоситҳо суст мешавад, тарашшуҳи ситокинҳои илтиҳобӣ, аз ҷумла ОНО-α кам мегардад, ки омили афзудани ғавтият ҳангоми шоки септикӣ мегардад [4-М, 8-М, 16-М].

5. Алгоритми тадбирҳои ташҳиси-табобатӣ дар шабонарӯзи аввали марҳилаи пасазчарроҳӣ ба таври эътимоднок имконияти пешгӯӣ кардани авҷгирии чараёни микробӣ-илтиҳобии ковокии шикамро медиҳад. Ҳангоми киматҳои минималии ҷадвали хатари авҷгирии перитонит (ХАП) (то 6 ҳол) ҳаҷми тадбирҳои муолиҷавӣ бо иҷрои муолиҷаи маҷмӯии ғайричарроҳӣ маҳдуд карда мешавад. Азбаски дар мавриди беморони тибқи ҷадвали ХАП 7-12 ҳол дошта перитонити авҷгиранда тақрибан дар 50%-и онҳо инкишоф меёбад, пас аллакай дар шабонарӯзи аввали марҳилаи пасазчарроҳӣ барои арзёбии босирии тағйиротҳои патологӣ ковокии шикам иҷрои муоинаи лапараскопӣ зарурат пайдо мешавад ба ҳисоб меравад. Мавҷудияти нишонаҳои босирии перитонити идомаёбанда барои ба амал овардани поксозии ковокии шикам (релапаротомияи санатсионӣ, видеолапароскопия) нишондод маҳсуб меёбад. Дар ҳолати мавҷуд набудани нишонаҳои перитонити авҷгиранда идома додани муолиҷаи ғайричарроҳӣ амалишудаистода ва мониторинги клиникӣ-озмоишӣ мувофиқи мақсад мебошад [1-М, 2-М, 5-М, 20-М, 26-М, 31-М, 33-М, 38-М].

6. Маълумот дар бораи ҳолати дохилиамалиётӣ ковокии шикам ҳангоми чарроҳӣ якум (лапаротомия), параметрҳои клиникӣ давраи бармаҳали пасазчарроҳӣ ва нишондиҳандаҳои озмоишӣ ҷавоби илтиҳоб барои муайян намудани нишондод барои релапаротомияи санатсионӣ ба эътибор гирифта мешавад. Дар ҳамаи беморони гирифтори перитонити пасазчарроҳӣ гузаронидани мониторинги фишори дохилишикамӣ зарур аст, ин имконият медиҳад ки усули муносиби маҳкам кардани захми лапаротомӣ, усулҳои чарроҳӣ ва доругии ислоҳи гипертензияи дохилишикамӣ, 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 абсаҳо ва лиҳомҳои дохилишикамӣ тариқи найчагузории байни масорикаи рӯдаи борик самаранок, камосебовар, амалан боэътимод мебошад. Усули мазкур ва инчунин найчагузории ретроградии 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 шикам бо маҳлули сусти хипертоникӣ бо истифода аз ҳароратҳои муқобил таҷҳизоти махсусро наметалабад, ба инкишофи оризаҳои хос оварда намерасонад, аз ҷиҳати патогенетики асоснок буда метавонад дар шароити шӯъбаи ҷарроҳии беморхонаҳо ба кор бурда шавад. [6-М, 21-М, 22-М, 23-М, 24-М, 28-М].

8. Гузарондани поксозии видеолапароскопӣ (ПВЛ) бо истифода аз алгоритми маҷмӯи ташхисӣ-табобатии коркардшуда, имкон медиҳад, ки 3 баробар фоизи аворизи баъдазҷарроҳӣ коҳиш ёбад, сатҳи умумии ғавтияи беморон бо перитонити паҳнғашта 3 баробар паст гардад, муддати бистарӣ ба ҳисоби миёна 3 рӯз коҳиш ёбад. Истифодабарии ПВЛ дар маҷмӯи табобати перитонити паҳнғашта дар аксарияти беморон имкон медиҳад, ки зарурати гузаронидани амалиётҳои такрорӣ ғаврии ҷарроҳӣ пешгирӣ карда шаванд [11-М, 18-М, 25-М, 35-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот

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 клиникаи перитонити паҳнғашта муфид ва самарабахш аст. Дарачабандии инкишофи перитонити паҳнғашта аз марҳилаи захролудшавии эндогенӣ то сепсиси абдоминалӣ ва шоки септикӣ барои сабук

кардани интиҳоби тактикаи оптималии табобати перитонити паҳнғашта мусоидат менамояд.

2. Барои мустақил кардани арзёбии (бештар инфиродии) ҳолати беморон бо перитонити паҳнғашта, муайянкунии муддат ва шиддатнокии андешидани тадбирҳои таххисӣ-табобатӣ, ва инчунин бо мақсади пешгӯии оқибати ғавт, ҷадвалҳои интегралӣ (MPI, SAPS, SOFA, меёрҳои СТИС ва сепсис) ба кор бурдан зарур аст. Табақабандии беморон бояд шабонарӯзи аввал гузаронда шавад.

3. Барои интиҳоби асосноки тактикаи табобатӣ ва муайянкунии зарурати гузарондани поксозҳои такрории ковокии шикам дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ, истифодабарии ҷадвалҳои коркардшудаи арзёбии интегралӣ объективӣ авҷгирии перитонит дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ ва меёрҳои вазнинии ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам мувофиқи мақсад аст. Дар беморони мубталои перитонити паҳнғашта, ба мақсади беҳтар гардондани муолиҷаи беморон аз ҳисоби муолиҷаи дахлдори интенсивӣ ва тактикаи мувофиқтарини ҷарроҳӣ, истифодабарии системаи нави коркардшудаи «шоҳиси перитонит» манфиатбахш аст.

4. Ҳангоми перитонити паҳнғашта дар беморон бо вазнинии ҳолат мувофиқи ҷадвали SAPS дар фосилаи 5-15 ҳол, барои ба даст овардани тахминҳои пешгӯии инфиродии оқибати беморӣ, арзёбии динамикии сатҳи молекулаҳои массаи миёна (МММ)-и хун гузарондан лозим аст. Нишондиҳандаи ниҳой, нисбати инкишофи оқибати ғавти беморӣ дар ҳамин гурӯҳи беморон, шабонарӯзи аввали баъд аз ҷарроҳӣ, нишондиҳандаи сатҳи МММ баробар ба 0,56 в.з.о. ва аз он зиёд, шуморидан лозим аст. Бояд ба назар гирифт, ки ҳангоми ҳолати бемор 16 ва аз он зиёд ҳол аз рӯи ҷадвали SAPS, маҳкамшавии роҳи токсинҳо дар маҷроҳи микросиркулятории бофтаҳо боиси эътимоднокии начандон баланди пешгӯянда ва таххискунандаи нишондиҳандаи МММ-и хун мегардад.

5. Ба мақсади пешгӯии боэътимод, таххискунии саривақти инкишофи марҳилаи навбатии перитонити паҳнғашта ва тибқи ин гузарондани табобати

пешгирикунандаи мақсаднок, истифодабарии маълумот дар бораи сатҳи панели биомаркерҳо (пресепсин, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ, интерлейкин-6) дар хуни беморон мувофиқи мақсад аст.

6. Дар ҳолати ғайриимкон будани амалӣ кардани поксозии мукаммали яклаҳзавӣ ҳангоми амалиёти ҷарроҳии аввалини шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, истифодабарии тафтишот ва поксозии барномавии такрорӣ ковокии шикам бо тафриқасозии тактикаи ҷарроҳӣ дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ дар асоси ҷадвалҳои коркардшудаи интегралӣ арзёбии вазнинӣ ва хатари авҷгирии перитонит, зарур аст.

7. Барои амалӣ гардондани поксозии барномавии ковокии шиками беморон бо перитонити авҷгиранда истифодабарии поксозии видеолaparоскопии (ПВЛ) ковокии пушидаи шикам дар муҳлатҳои бармаҳали давраи баъдазҷарроҳӣ мувофиқи мақсад аст, ин дар аксари ҳолатҳо имконияти раҳо ёфтани 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 шикамро 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 вучуд меояд. Поксозии барномавӣ ҳангоми ба даст омадани меъёрҳои мусоиди босирӣ ва бактериологии ҷараёни илтиҳобӣ дар ковокии шикам, қатъ карда мешаванд.

8. 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 капронии мустаҳкам ба ҳам наздик карда мешаванд, айни муддао аст.

9. Дар ҳолати хатари ба берун афтидани ҳалқаҳои рӯдаи бориқ, ба мақсади чудосозии ҳалқаҳои рӯда аз муҳити берун ва канорҳои захми чарроҳӣ, 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 поксозии барномавӣ ба осонӣ бартараф карда мешаванд.

10. Дар ҳолати тағйиротҳои некротикии канораҳои захми чарроҳӣ, 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 пушонида мешавад.

11. 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 бориқ, бартараф кардани олудагии сироятии дохилиравзанаӣ ва қатӣ гардондани зухуроти захролудшавии энтерогенӣ аст.

12. Дар маҷмӯи табобати, ки нисбати беморон бо перитонити паҳнғашта гузаронда мешавад, иҷроиши дохилиамалиётӣ поксозии ковокии шикам бо маҳлули сусти ҳипертоникӣ бо истифода аз ҳароратҳои муқобил мувофиқи мақсад аст ва самаранокии клиникий табобатро ва нишондодҳои иқтисодиро афзоиш медиҳад.

РЎЙХАТИ АДАБИЁТИ ИСТИФОДАШУДА

1. Абдуфатаев Т.А. Лечение синдрома энтеральной недостаточности у детей с перитонитом [Текст] / Т.А. Абдуфатаев [и др.] // Научно-практический журнал ТИППМК. - 2013. - № 1. - С.5-8.
2. Авакимян В.А. Программированная лапаротомия в лечении разлитого гнойного перитонита [Текст] / В.А. Авакимян [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017 - №6 - Т.24. - С.12-16.
3. Агаев Э.К. Роль интубационной декомпрессии, санации и гастроэнтеросорбции в профилактике несостоятельности швов кишечных анастомозов [Текст] / Э.К. Агаев // Хирургия Украины. - 2012 - № 1 (41). - С.90-94.
4. Агзамова М.Н. Изучение микробной флоры при перитонитах [Текст] / М.Н. Агзамова [и др.] // Молодой ученый. - 2018 - № 1 (187). - С. 33-34.
5. Азизов Б.Д. Синдром энтеральной недостаточности у детей с перитонитом [Текст] / Б.Д. Азизов. [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - 2013 - № 4 (319). - С.21-25.
6. Акилов Х.Д. Определение показаний к плановым санациям брюшной полости в терминальной стадии перитонита [Текст] / Х.Д. Акилов [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. Душанбе – 2012 - №1 - С.20-25.
7. Алиев С.А. Абдоминальный сепсис: состояние проблемы, интегральные системы оценки тяжести течения и критерии прогнозирования исхода [Текст] / С.А. Алиев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2018 - Т. 177. № 5. - С.108-112.
8. Алиев С.А. Интегральные системы оценки тяжести состояния больных и критерии прогнозирования исхода при абдоминальном сепсисе [Текст] / С.А. Алиев [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2016. - № 5. - С.3-11
9. Арсентьев О.В. Клинико-морфологическая характеристика распространенного гнойного перитонита в терминальной стадии [Текст] / О.В. Арсентьев // Казанский медицинский журнал. - 2012. - № 2. - С.343–344.

10. Асланов А.Д. Релапаротомия: показания, тактика, результаты [Текст] / А.Д. Асланов [и др.] // Московский хирургический журнал. - 2017. - № 5 (57). - С.5-8.
11. Баранов А.И. Лапаростомия: история развития и технические аспекты выполнения [Текст] / А.И Баранов [и др.] // Siberian Medical Review. - 2018.- №3 -С.34-42.
12. Батыршин И.М. Прогнозирование и дифференцированный подход в лечении больных с вторичным перитонитом и абдоминальным сепсисом [Текст] / И.М Батыршин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2020 - №5 - С.27-33.
13. Белоногов Н.И. Декомпрессия тонкой кишки у пациентов с перитонитом [Текст] / Н.И. Белоногов // Успехи современной науки и образования. - 2017. - Т.6. - № 2. - С.136-138.
14. Битюков С.Л. Эффективность использования мангеймского индекса перитонита в прогнозировании осложнений и летальности при разлитом перитоните [Текст] / С.Л Битюков // Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова. - 2019 - Т.17 - №3 - С.14-18.
15. Болтуев К.Х. Видеолапароскопическое лечение острого аппендицита, осложненного перитонитом [Текст] / К.Х. Болтуев // Здравоохранение Таджикистана. - 2013 - № 4 (319) - С.26-30.
16. Будашеев В.П. Перитонеальный лаваж - как метод выбора диагностики и лечения абдоминального сепсиса при распространенном гнойном перитоните [Текст] / В.П. Будашеев [и др.] // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. - 2012 - № S4 (86) - С.28-30.
17. Булава Г.В. Предикторы сепсиса у пациентов с неотложными состояниями [Текст] / Г.В. Булава [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. - 2017 - Т.6. №1 - С.13-19.
18. Булава Г.В. Динамика маркеров системного воспалительного ответа у пациентов с urgentными состояниями в зависимости от развития сепсиса

- [Текст] / Г.В. Булава [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2018 - №1(7) – С.13-19.
19. Васильев И.Т. Лечение больных с абдоминальным сепсисом в реанимационном отделении многопрофильного стационара [Текст] / И.Т. Васильев [и др.] // Московский хирургический журнал. 2014 - №3 - (37). - С.16-24.
20. Ватазин А.В. Современные методы экстракорпоральной детоксикации при сепсисе [Текст] / А.В. Ватазин [и др.] // Клиническая медицина. - 2013. - Т.91. - № 6. - С.9-13.
21. Вачев А.Н. Показания к программированным санационным релапаротомиям при распространенном перитоните [Текст] / А.Н. Вачев [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2019 - Т.178.№5 - С.89-94.
22. Вельков В.В. Использование биомаркера пресепсин для ранней и высокоспецифичной диагностики сепсиса [Текст] / В.В. Вельков // Раны и раневые инфекции. - 2015 - 1(2) – С.53-82.
23. Винник Ю.С. Современные методы санации брюшной полости при распространенном перитоните [Текст] / Ю.С. Винник [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015 – № 6 - С.55-61. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23042>
24. Винник Ю.С. Возможности дренирования брюшной полости при перитоните [Текст] / Ю.С. Винник // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.- 2013- Т.6 - № 1 - С.114-117.
25. Воронков Д.Е. Комплексная терапия распространенного перитонита [Текст] / Д.Е. Воронков // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2012 - Т.13 - №2 - С.231-233.
26. Гаврильев С.Н., Игнатъев В.Г., Михайлова В.М., Матвеев А.С., Потапов А.Ф., Дягилева Т.С., Семенов Д.Н., Алиев А.В. Лечение распространенного перитонита методом программированных релапаротомий с интраоперационным прогнозированием [Текст] / С.Н. Гаврильев и др. // Black Sea Scientific Journal of Academic Research. - 2014. - №9 Т.16.-С.72-76.

27. Галимзянов Ф.В. Результаты хирургического лечения больных разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, осложнённым тяжёлым абдоминальным сепсисом [Текст] / Ф.В. Галимзянов [и др.] // Раны и раневая инфекция. - 2014 - Том 1 № 1 - С.28-32.
28. Галимзянов Ф.В. Хирургическое лечение пациентов с третичным перитонитом, осложненным тяжелым абдоминальным сепсисом [Текст] / Ф.В. Галимзянов [и др.] // Современные наукоемкие технологии. - 2012 - № 8 - С.12-15.
29. Гасанов М.Д. Формирование алгоритмов для определения степени тяжести эндотоксикоза при перитонитах [Текст] / М.Д. Гасанов // Хирургия. - 2015 - №1 – С.54-57
30. Гельфанд Б.Р. Абдоминальная инфекция и сепсис [Текст] / Б.Р. Гельфанд. [и др.] // Инфекции в хирургии. - 2017. - Т.15 - № 3-4 - С.1-27.
31. Гольбрайх В.А. Стратификация тяжести течения разлитого перитонита для определения показаний к программной релапаротомии [Текст] / В.А. Гольбрайх [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2015. - № 2 (54). - С. 34-36.
32. Гостищев В.К. Перитонит [Текст] / В.К. Гостищев [и др.] // - М.; Издательский дом «ГЭОТАР-МЕД» - 2002 – 240 с.
33. Гребцов Ю.В. Патогенетические аспекты распространённого перитонита, определяющие лечебную тактику [Текст] / Ю.В. Гребцов [и др.] // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2013 - №4 - Т5 - С.59-65.
34. Гуреев С.А. Эндотелиальные прогениторные клетки: участие в ангиогенезе и перспективы использования в аутологической клеточной терапии атеросклеротических поражений сосудов [Текст] / С.А. Гуреев [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. - №2 - С.7-11.
35. Даминова Н.М. Этиопатогенез, классификация, диагностика и лечение послеоперационного перитонита [Текст] / Н.М. Даминова [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - 2016 - №4 (331) - С.65-74.

36. Даминова Н.М. Оптимизация диагностики и лечения послеоперационного перитонита [Текст] / Н.М. Даминова [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. - 2015 - № 3 (326) - С. 24-28.
37. Демко А.Е. Успешное лечение пациента с высокими свищами желудочно-кишечного тракта на фоне третичного перитонита и тяжелого абдоминального сепсиса [Текст] / А.Е. Демко и др. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2019. - №2 Т.178.-С.52-55.
38. Дибиров М.Д. Компрессионные анастомозы никелид-титановыми кольцами при перитоните [Текст] / М.Д. Дибиров [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2018 - № 5 - С.51-57.
39. Дремина Н.Н. Бактериальная транслокация при перитоните [Текст] / Н.Н. Дремина [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2018 - №6 - С.48.
40. Ермолов А.С. Радикальное устранение источника перитонита - кардинальная проблема хирургического лечения перитонита [Текст] / А.С. Ермолов [и др.] // Анналы хирургии. - 2016 - Т. 21. № 3 - С.211-214.
41. Ёров У.У. Эффективность применения эндохирургических методов в диагностике и лечении сочетанных и множественных травм живота [Текст] / У.У. Ёров [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. – 2018- №4 (339) - С.5-8.
42. Жариков А.Н. Хирургические технологии открытого ведения брюшной полости у больных послеоперационным перитонитом [Текст] / А.Н. Жариков [и др.] // Бюллетень медицинской науки. - 2018 - №2 (10) - С.76-80.
43. Жариков А.Н. Компьютерная экспертная система определения прогноза течения послеоперационного перитонита и выбора метода хирургического лечения [Текст] / А.Н. Жариков [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. - 2014 - № 3 (87) - С.48-54.
44. Звягин А.А. Биомаркеры при проведении интенсивной терапии сепсиса [Текст] / А.А. Звягин [и др.] // Раны и раневые инфекции. - 2019 - Т.6 -№1. - С.34-38.

45. Здзитовецкий Д.Э. Анализ частоты распространённого перитонита и результатов его лечения в многопрофильном стационаре [Текст] / Д.Э. Здзитовецкий. // Современные проблемы науки и образования. - 2012 - №2 - С.47.
46. Земляков Д.С. Хирургическая тактика при многочисленных реоперациях у больных с разлитым гнойным перитонитом [Текст] / Д.С. Земляков [и др.] // Аспирантский вестник Поволжья. - 2016 - №1-2 - С.139-144.
47. Зубрицкий В.Ф. Дренирование брюшной полости при перитоните [Текст] / В.Ф. Зубрицкий [и др.] // Медицинский вестник МВД. - 2015 - №2 (75) - С.12-15.
48. Зубрицкий В.Ф. Дренирование брюшной полости после абдоминальных операций, рациональный взгляд на проблему [Текст] / В.Ф. Зубрицкий [и др.] // Анналы хирургии. - 2012 - №1 - С.67-70.
49. Зубрицкий В.Ф. Прогностическое значение внутрибрюшной гипертензии при перитоните и абдоминальном сепсисе [Текст] / В.Ф. Зубрицкий [и др.] // Анналы хирургии. - 2015 - №6 - С.25-30.
50. Ибадильдин А.С. Современный алгоритм диагностики и лечения острого перитонита [Текст] / А.С.Ибадильдин, Б.М.Нокербеева, М.А.Нартайлаков // Оренбургский медицинский вестник. – 2015 - №3 (11) Т.III. - С.26-29.
51. Калашникова А.А. Субпопуляции моноцитов у здоровых лиц и у пациентов с сепсисом [Текст] / А.А. Калашникова [и др.] // Медицинская иммунология. – 2018 - №6 (20) - С.815-824. doi: 10.15789/1563-0625-2018-6-815-824.
52. Климович И.Н. Возможности изопневматической лифтинговой релапароскопии "по требованию" у больных с послеоперационным перитонитом [Текст] / И.Н. Климович [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2014 - №5 Т.20 - С. - 45-48.
53. Козлов И.А. Ранние гемодинамические предикторы летального исхода абдоминального сепсиса [Текст] / И.А. Козлов [и др.] // Вестник анестезиологии и реаниматологии. - 2018 - Т.15 - № 2 - С.6-15.

54. Кондратенко П.Г. Лапаростомия и программированные санации брюшной полости в комплексном лечении перфоративной язвы, осложненной разлитым гнойным перитонитом [Текст] / П.Г. Кондратенко // Украинский журнал хирургии. - 2013 - №1 (20) - С.80-85.
55. Коровин А.Я. Контроль синдрома внутрибрюшной гипертензии и ишемического реперфузионного синдрома у больных с распространенным перитонитом [Текст] / А.Я. Коровин [и др.] // Инфекции в хирургии. - 2018 - Т.16. - № 1-2. - С.36-37.
56. Коровин А.Я. Проявления абдоминального сепсиса у больных с распространённым перитонитом [Текст] / А.Я. Коровин [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2017 - Т.24. № 6 - С.78-83.
57. Коровин А.Я. Ишемический реперфузионный синдром у больных с распространённым перитонитом [Текст] / А.Я. Коровин [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2015 - № 3-4 - С.35-39.
58. Корымасов Е. А. Дренирование в абдоминальной хирургии: стандарты или здравый смысл? [Текст] / Е.А. Корымасов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2012 - №3 - С.525-527.
59. Костырной А.В. Спорные вопросы перитонита [Текст] / А.В. Костырной [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2015 - №2 (151) - С.81-84.
60. Кочетков А.В. Клинико-лабораторная диагностика и мониторинг гнойно-септических осложнений после операций на органах брюшной полости [Текст] / А.В. Кочетков // Новости хирургии. - 2015 - Т.23 - №1 - С.105-111.
61. Криворучко И.А. Прогностическая значимость показателей эндогенной интоксикации и системы монооксигеназы на этапах хирургического лечения больных по поводу абдоминального сепсиса [Текст] / И.А. Криворучко // Клиническая хирургия. – 2014 - №3 - С.5–9.
62. Кузнецов Н.А. Классификации в медицине: принципы построения и клиническое значение [Текст] / Н.А. Кузнецов // Клиническая медицина. – 2017 - № 5 - С.474-80.

63. Куклин Д.С. Клинико-анатомический анализ при остром перитоните [Текст] / Д.С. Куклин, Т.И. Мустафин // Медицинский вестник Башкортостана. - 2014. - №5 Т.9. - С.27-29.
64. Купченко А.М. Лекарственная терапия в комплексном лечении пациентов с распространенным перитонитом [Текст] / А.М. Купченко // Смоленский медицинский альманах. - 2017 - №1 - С.244-247.
65. Купченко А.М. Фармакоэкономический анализ антибактериальной терапии у пациентов с распространенным перитонитом [Текст] / А.М. Купченко, В.А. Косинец // Военная медицина. – 2017 - №4(45) - С.31-36.
66. Курбонов К.М. Перспективы применения миниинвазивной технологии в диагностике и лечении послеоперационного желчного перитонита [Текст] / К.М. Курбонов. [и др.] // Новости хирургии. - 2012 - Т.20 №1 - С.36-41.
67. Курбонов К.М. Радикальное удаление источника распространённого перитонита у больных с заболеваниями полых органов [Текст] / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, Ш.Б. Полвонов, С.К. Ёров // Вестник Авиценны. – 2016 - №4(69) – С.24-27.
68. Курбонов К.М. Энтеральная коррекция эндотоксикоза при распространённом перитоните [Текст] / К.М. Курбонов // Вестник Авиценны. - 2016 - №1 (66) - С.17-20.
69. Курбонов К.М. Радикальные методы хирургического лечения перфорации гастродуоденальных язв [Текст] / К.М. Курбонов [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана - 2017 - №3 (334) - С.35-40.
70. Лаберко Л.А. Индивидуальный прогноз тяжести течения послеоперационного периода и исхода распространенного перитонита [Текст] / Лаберко Л.А., Кузнецов Н.А., Родоман Г.В. и др // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2005 - №2 - С.29-33.
71. Лазанович В.А. Клиническая значимость экспрессии Toll2, Toll4, CD14, HLA-DR на моноцитах у пациентов с сепсисом [Текст] / В.А. Лазанович [и др.] // Медицинская иммунология. – 2015 - №3(17) – С.221-228. doi: 10.15789/1563-0625-2015-3-221-228.

72. Лаптиева А.Ю. Интегральная оценка состояния больных с распространенным перитонитом [Текст] / А.Ю. Лаптиева [и др.] // Молодежный инновационный вестник. - 2018 - Т.7 № S1 - С.33.
73. Ларичев А.Б. Видеолапароскопические технологии в этапной санации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните [Текст] / А.Б. Ларичев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2015 - №2 - С.44-49.
74. Ларичев А.Б. Этапный перитонеальный лаваж при распространенном гнойном перитоните: изменения гемодинамики и функции дыхания [Текст] / А.Б. Ларичев // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. - 2014 - №3 - С.85-96.
75. Ларичев А.Б. Результаты лечения распространенного гнойного перитонита с декомпенсацией полиорганной дисфункции [Текст] / А.Б. Ларичев [и др.] // Новости хирургии. - 2013 - Т.21 № 5 - С.50-57.
76. Лебедев Н.В. Комбинированная система прогнозирования исхода перитонита [Текст] / Н.В. Лебедев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2017 - №9 - С.33-37.
77. Лещишин Я.М. Применение интегральных оценочных шкал у пациентов с распространенным гнойным перитонитом [Текст] / Я.М. Лещишин. [и др.] // Медицина в Кузбассе. - 2020 - №2 - С.20-27. DOI: 10.24411/2687-0053-2020-10013
78. Лифшиц Ю.З. Исторические аспекты и новые возможности улучшения результатов лечения больных генерализованным перитонитом [Текст] / Ю.З. Лифшиц [и др.] // Хирургия Украины. - 2014 - №2 - С.84-88.
79. Малков И. С. Лапароскопическая санация брюшной полости в комплексном лечении больных с распространённым перитонитом [Текст] / И. С. Малков // Казанский медицинский журнал. - 2012 - №2 - С.287-289.
80. Малков И.С. Распространенный перитонит: эволюция методов хирургического лечения [Текст] / И.С. Малков [и др.] // Практическая медицина. - 2017 - №6 (107) - С.46-49.

81. Мартынов А.А. История, физиология и современные подходы к лечению внутрибрюшной гипертензии и абдоминального компартмент синдрома [Текст] / А.А.Мартынов [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2017 - №2 Т.16 - С.4-8.
82. Маскин С.С. Дифференцированный выбор тактических решений при генерализованной внутрибрюшной инфекции [Текст] / С.С. Маскин [и др.] // Московский хирургический журнал. - 2015 - №1 (41) - С.36-40.
83. Маскин С.С. Программные и экстренные релапаротомии в лечении распространенного перитонита [Текст] / С.С. Маскин [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012 - №4(44) - С.105-107.
84. Маскин С.С. Основы дифференцированного подхода к лечению перитонита толстокишечного генеза [Текст] / С.С. Маскин [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2017 - №1 - С.17-23.
85. Матусевич Е.А. Метаболическая коррекция внутрипеченочного воспалительного ответа при экспериментальном распространенном гнойном перитоните [Текст] / Е.А.Матусевич, В.А.Косинец // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2015 - №2 Т.14 - С.38-45.
86. Михайличенко В.Ю. Коррекция микроциркуляторных нарушений в кишечной стенке при синдроме внутрибрюшной гипертензии (экспериментальное исследование) [Текст] / В.Ю. Михайличенко, Н.Э. Каракурсаков // Современные проблемы науки и образования. – 2015 - №4 - С.320.
87. Михельсон Е.П. Значение прокальцитонина в прогнозировании осложненного течения вторичных перитонитов [Текст] / Е.П. Михельсон [и др.] // Инфекции в хирургии. - 2018 - Т.16 - №1-2 - С.37.
88. Михельсон Е.П. Диагностическая ценность определения уровня прокальцитонина в абдоминальной хирургии [Текст] / Е.П. Михельсон [и др.] // Журнал МедиАль. - 2019 - №1(23) - С.25-27.

89. Муздубаева Б.Т. Современная клинико-лабораторная диагностика сепсиса (обзор литературы) [Текст] / Б.Т. Муздубаева // Медицина(Алматы). – 2017 - №4(178) – С.263-265.
90. Муминов С. Патогенез и лечение желчного перитонита [Текст] / С. Муминов // Здравоохранение Таджикистана. - 2015 - №4 (327) - С.36-41.
91. Муминов С. Усовершенствование классификации жёлчного перитонита [Текст] / С. Муминов, Курбонов К.М. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2015 -№2 - С.33-7.
92. Мусагалиев А.А. Динамика прокальцитонина и лизоцима в биологических жидкостях у пациентов с аппендикулярным перитонитом [Текст] / А.А. Мусагалиев [и др.] // Инфекции в хирургии. - 2018 - Т.16. № 1-2 - С.27.
93. Мусаев А.И. Применение антисептика декасан в хирургической практике [Текст] / А.И. Мусаев [и др.] // Наука и новые технологии. - 2014 - №1 - С.82-85.
94. Назаров Ф.Н. История и проблемы эндовидеохирургии в Таджикистане [Текст] / Ф.Н. Назаров [и др.] // Известия АН Республики Таджикистан. - 2013 - №1 - С.72–75.
95. Нестеренко А.Н. Патогенетическое обоснование алгоритма экстренной целенаправленной органопротективной терапии хирургического сепсиса [Текст] / А.Н. Нестеренко [и др.] // Український журнал хірургії. – 2013 - №1 (20) - С.69-79.
96. Ниязов Б.С. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургии (обзор литературы) [Текст] / Б.С. Ниязов [и др.] // Здравоохранение Кыргызстана – 2019 - №4 - С.151-157.
97. Оболенский В.Н. Вакуум – ассистированная лапаростома в комплексном лечении больного с перитонитом и внутренним желчным свищом [Текст] / В.Н. Оболенский [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013 – №12 – С.92-95.
98. Остроумова Ю.С. Шкальные системы прогнозирования течения и исхода перитонита и абдоминального сепсиса [Текст] / Ю.С. Остроумова [и др.] //

Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. - 2019 - №4 (33) - С.64-71

99. Пасечник И.Н. Абдоминальный сепсис и окислительный стресс [Текст] / И.Н. Пасечник [и др.] // Хирургия. – 2015 - №12 - С.18-23.

100. Патракеева В.П. Цитокиновая регуляция пролиферативной активности клеток периферической крови [Текст] / В.П. Патракеева // Экология человека. – 2015 - №12 - С.28–33.

101. Пензина А.О. Ультразвуковая диагностика отграниченного послеоперационного перитонита у пациентов с заболеваниями толстой кишки [Текст] / А.О. Пензина // Бюллетень сибирской медицины. - 2012 - Т.11 №S1 - С.91.

102. Пожилова Е.В. Синтаза оксида азота и эндогенный оксид азота в физиологии и патологии клетки [Текст] / Е.В. Пожилова, В.Е. Новиков // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2015 - Т.14. - №4 - С.35-41.

103. Покровский Е.Ж. Анализ причин летальных исходов при распространенном перитоните [Текст] / Е.Ж. Покровский // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2012 - Т.17. № 1 - С.29.

104. Поленок П.В. Этапное хирургическое лечение ургентной абдоминальной патологии [Текст] / П.В. Поленок // Анналы хирургии. - 2015 - №2 - С.40-45.

105. Поленок П.В. Тактика этапного хирургического лечения пациентов с экстренным абдоминальным заболеванием [Текст] / П.В. Поленок // Казанский медицинский журнал. - 2015 - Т.96 - №1 - С.22-27.

106. Поройский С.В. Оценка послеоперационного состояния резорбционной функции брюшины и вазодилатирующей активности эндотелиоцитов ее сосудов [Текст] / С.В. Поройский [и др.] // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012 - №3 – С.44-49.

107. Прошин Д.Г. Проблемы ранней диагностики сепсиса. Роль прокальцитонина [Текст] / Д.Г. Прошин, В.Я Варганов, А.М. Калышенко // Тольяттинский медицинский консилиум. – 2012 - №1-2 - С.57-61.

108. Радивилко А.С. Прогнозирование и ранняя диагностика полиорганной недостаточности [Текст] / А.С. Радивилко [и др.] // Анестезиология и реаниматология (Медиа Сфера). - 2018 - №6 - С.15-21.
109. Руднов В.А. Сепсис-3: обновлённые ключевые положения, потенциальные проблемы и дальнейшие практические шаги [Текст] / В.А. Руднов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. - 2016 - №4 – С. 4-10.
110. Руднов В.А. Эволюция представлений о сепсисе: история продолжается [Текст] / В.А. Руднов // Инфекции в хирургии. – 2015 - №2 - С.6-10.
111. Рябков М.Г. Структура периоперационных осложнений распространенного перитонита [Текст] / М.Г. Рябков [и др.] // Медицина и образование в Сибири. - 2014 - №4- С.38.
112. Савельев В.С. Оценка тяжести поражения органов брюшной полости при перитоните [Текст] / В.С. Савельев [и др.] // Инфекции в хирургии. - 2013 - Т.11 - №2 - С.5-9.
113. Савельев В.С. Критерии выбора эффективной тактики хирургического лечения распространенного перитонита [Текст] / В.С. Савельев [и др.] // Анналы хирургии. - 2013 - № 2 - С.48-54.
114. Савельев В.С. Перитонит и эндотоксиновая агрессия [Текст] / В.С. Савельев, В.А. Петухов // М.: Боргес. - 2013 - 192с.
115. Савченко А.А. Особенности влияния активности внутриклеточных ферментов на состояние респираторного взрыва нейтрофилов при последующем развитии сепсиса у больных с распространенным гнойным перитонитом [Текст] / А.А. Савченко, А.Г. Борисов, Д.Э.Здзитовецкий, И.И.Гвоздев // Российский иммунологический журнал. - 2018. - №2 Т.12(21) - С.160-169.
116. Сажин А.В. К вопросу о промывании брюшной полости при распространенном перитоните [Текст] / А.В. Сажин [и др.] // Анналы хирургии. - 2018 - Т.23. - №5- С.285-292.
117. Сажин А.В. Применение модифицированной прогностической шкалы воеу (mboue) у пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами,

- осложненными распространенным перитонитом [Текст] / А.В. Сажин [и др.] // *Анналы хирургии*. 2019 - Т.24 - №4 – С.263-270.
118. Сажин В.П. Что такое сепсис: 25-летний опыт развития концепции [Текст] / В.П. Сажин [и др.] // *Хирургия*. – 2017 - №1 - С.82-87. doi: 10.17116/hirurgia2017182-87
119. Сажнев Д.И. Абсцессы брюшной полости [Текст] / Д.И. Сажнев [и др.] // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. - 2019 - Т.12 - №4 - С.282-289.
120. Салахов Е.К. Программированные лапароскопические санации брюшной полости у больных с распространенными формами перитонита [Текст] / Е.К. Салахов // *Фундаментальные исследования*. - 2014 - №4-1 - С.158-162.
121. Салахов Е.К. К вопросу о дренировании брюшной полости [Текст] / Е.К. Салахов // *Казанский медицинский журнал*. – 2012 - №4 Т.93 - С.671-674.
122. Салахов Е.К. Способы санации брюшной полости при распространенных формах перитонита [Текст] / Е.К. Салахов // *Современные проблемы науки и образования*. - 2014 - №1 - С.157.
123. Салахов Е.К. Прогностические критерии эффективности лапароскопической программированной санации брюшной полости при перитоните [Текст] / Е.К. Салахов [и др.] // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. - 2017 - №10 - С.57-60.
124. Салахов Е.К. Современные подходы к дренированию брюшной полости при распространённом перитоните [Текст] / Е.К. Салахов // *Казанский медицинский журнал*. - 2015 - Т.96. - №3 - С.385-390.
125. Салахов Е.К. Возможности лапароскопических технологий в диагностике и лечении пациентов с распространённым перитонитом [Текст] / Е.К. Салахов // *Казанский медицинский журнал*. – 2016 - №97(2) - С.268-274.
126. Самсыгина Г.А. О предрасполагающих факторах и факторах риска развития неонатального сепсиса и о современных подходах его лечения [Текст] / Г.А. Самсыгина // *Педиатрия*. – 2012 - №91(3) – С.32-7.

127. Сандаков П.Я. Определение показаний к релапаротомии при распространенном перитоните [Текст] / П.Я. Сандаков // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2014 - №4 - С.16-19.
128. Семелёв В.Н. Исследование показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных острым миелоидным лейкозом и сепсисом [Текст] / В.Н. Семелёв [и др.] // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2016 - №3(55) - С.43-46.
129. Сергиенко В.И. Эндотелиальная дисфункция и методы ее коррекции при экспериментальном желчном перитоните [Текст] / В.И. Сергиенко [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2012 - №3 - С.54-58.
130. Симонян К.С. Перитонит [Текст] / К.С. Симонян // М.Медицина. - 1971 – 295С.
131. Совцов С.А. Новая классификация острого перитонита [Текст] / С.А. Совцов // Инфекции в хирургии. - 2018 - Т.16 - №1-2 - С.110-114.
132. Совцов С.А. Прогностические системы при прободных гастродуоденальных язвах [Текст] / С.А. Совцов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2016 - Т.175 - №6 - С.114-117.
133. Степанова Т.В. Маркеры эндотелиальной дисфункции: патогенетическая роль и диагностическое значение [Текст] / Т.В.Степанова, А.Н. Иванов, Н.Е.Терешкина, Э.Б.Попыхова, Д.Д.Лагутина // Клиническая лабораторная диагностика. – 2019 - №1 Т.64 - С.34-41.
134. Стяжкина С.Н. Причинно-факторный анализ заболеваемости перитонитом [Текст] / С.Н. Стяжкина [и др.] // Вестник науки и образования. - 2019 - №6-2(60) - С.49-51.
135. Стяжкина С.Н. Перитонит в современной абдоминальной хирургии [Текст] / С.Н. Стяжкина [и др.] // International Scientific Review. - 2017 - №4(35) - С.98-102.
136. Суковатых Б.С. Новые способы лечения распространенного перитонита [Текст] / Б.С. Суковатых // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2014 - Т.7 - №2 - С.165-176.

137. Суковатых Б.С. Эффективность комбинированного хирургическо-эндоскопического способа лечения распространенного перитонита [Текст] / Б.С. Суковатых [и др.] // Вестник хирургии. - 2013 - Т.172 №4 - С.25–28.
138. Суковатых Б.С. Лечение распространенного перитонита [Текст] / Б.С. Суковатых [и др.] // Журнал им. Н. И. Пирогова. - 2012 - №9 - С.46–47.
139. Суковатых Б.С. Оптимизация технологии видеоэндоскопических санаций брюшной полости при распространенном гнойном перитоните [Текст] / Б.С. Суковатых [и др.] // Хирургия. - 2012 - №7 - С.53-57.
140. Суковатых Б.С. Показания, противопоказания и технология видеоэндоскопических санаций брюшной полости при распространенном гнойном перитоните [Текст] / Б.С.Суковатых [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2012 - №5 - С.18—23.
141. Суковатых Б.С. Механизмы развития распространенного перитонита [Текст] / Б.С. Суковатых [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012 - №2 – С.469-477.
142. Сыкал Н.А. Программированная лапароскопия в лечении перитонита [Текст] / Н.А. Сыкал // Медицина неотложных состояний. - 2013 - №8 (55) - С.26-28.
143. Терещенко О.А. Состояние эндотелия сосудов при экспериментальном желчном перитоните, осложненном абдоминальным сепсисом [Текст] / О.А. Терещенко [и др.] // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 2017 - Т.61 - №1 - С.78-81.
144. Тимербулатов М.В. Этапные оперативные вмешательства - "damage control" и "bail out" - в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] / М.В. Тимербулатов [и др.] // Креативная хирургия и онкология. - 2012 - №1 - С.103-107.
145. Топчиев М.А. К вопросу о лечении синдрома кишечной недостаточности у больных с разлитым перитонитом [Текст] / М.А. Топчиев [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2015 - №6 (155) - С.113-117.

146. Трофимович Ю.Г. Экспериментальное обоснование применения комбинированных полимерных материалов для реконструкции передней брюшной стенки [Текст] / Ю.Г. Трофимович [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2013 – №2 – С.31-34.
147. Урясьев О.М. Роль полиморфизма синтаз оксида азота в формировании коморбидной патологии - бронхиальной астмы и гипертонической болезни [Текст] / О.М. Урясьев [и др.] // Казанский медицинский журнал. - 2017 - Т.98. - №2 - С.226-232.
148. Фёдоров В.Д. Лечение перитонита [Текст] / В.Д. Фёдоров // М. Медицина. - 1974 – 224 с.
149. Фомин А.М. Коррекция продолжительной гемофильтрацией перекисного окисления липидов при абдоминальном сепсисе [Текст] / А.М. Фомин // Международный научно-исследовательский журнал. - 2018. - № 9-1 (75) - С.125-128.
150. Халидов О.Х. Исторические вехи изучения абдоминального компартмент синдрома [Текст] / О.Х. Халидов [и др.] // Московский хирургический журнал. - 2017 - №5 (57) - С.25-29.
151. Хлебников Е.П. Микробная транслокация при операциях на поджелудочной железе [Текст] / Е.П. Хлебников [и др.] // Практическая медицина. - 2017 - №8 (109) - С.171-176.
152. Чанчиев З.М. Особенности течения острой печёночной недостаточности в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] / З.М Чанчиев // Современные проблемы науки и образования. - 2015 - №6 - С.155.
153. Черданцев Д.В. Опыт лечения распространенного гнойного перитонита с применением локального отрицательного давления [Текст] / Д.В.Черданцев //Journal of Siberian Medical Sciences. - 2015 - №6 (11).
154. Черданцев Д.В. Современные возможности санации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните [Текст] / Д.В. Черданцев [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2013 - №10 - С.32-37.

155. Черданцев Д.В. Вакуум-ассистированная лапаростома при лечении распространенного гнойного перитонита [Текст] / Д.В. Черданцев [и др.] // В мире научных открытий. – 2015 - №12.2(72) - С.517–531.
156. Черданцев Д.В. Успешное лечение тяжелого гнойного перитонита в красноярском краевом гнойно-септическом центре (клинический случай) [Текст] / Д.В. Черданцев [и др.] // Современные проблемы науки и образования. -2016 - №6 - С.93.
157. Шаврина Н.В. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении абсцессов брюшной полости [Текст] / Н.В. Шаврина [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2019 - №11 - С.29-36.
158. Шапкина В.А. Опыт применения вакуум - ассистированной лапаростомы в сочетании с фракционной проточно-инстилляционной методикой в лечении распространенного перитонита [Текст] / В.А. Шапкина // Здоровье и образование в XXI веке. - 2017 - №10 - Т.19. - С.137-141.
159. Шаповальянц С. Г. Применение видеолапароскопических вмешательств при лечении больных с распространенным перитонитом (методика и результаты) [Текст] / С. Г. Шаповальянц [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2013 - №2 - С.3–14.
160. Шевченко Ю.Л. К вопросу о дренировании брюшной полости при перитоните [Текст] / Ю.Л. Шевченко [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2012 - Т.5 №2 - С.376-379.
161. Шевченко Ю.Л. Необходимо ли дренирование брюшной полости при перитоните. новый взгляд на старую проблему [Текст] / Ю.Л. Шевченко [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2012 - Т.7 №3 - С.11-14.
162. Шляпников С.А. Пути оптимизации антибактериальной терапии у больных с вторичным и третичным перитонитом [Текст] / С.А. Шляпников [и др.] // Инфекции в хирургии. - 2012 - Т.10 №1 - С.16-21.
163. Ahle S. Multicenter retrospective comparison of spontaneous intestinal perforation outcomes between primary peritoneal drain and primary laparotomy

- [Text] / S. Ahle, F. Badru, R. Damle, H. Osei // J Pediatr Surg. - 2019 - 3468(19)30461-0. doi: 10.1016/j.jpedsurg.
164. Alqarni A. Clinical characteristics and prognosis of bacteraemia during postoperative intra-abdominal infections [Text] / A. Alqarni, E. Kantor, N. Grall, S. Tanaka // Crit Care. - 2018 - №7;22(1) – P.175. doi: 10.1186/s13054-018-2099-5.
165. Alvear-Vega S. Performance evaluation of APACHE II and SAPS III in an intensive care unit [Text] / S. Alvear-Vega, J.Canteros-Gatica // Rev Salud Publica (Bogota). 2018 - №20(3) – P.373-377. doi: 10.15446/rsap.V20n3.59952.
166. Angus D.C. Severe sepsis and septic shock [Text] / D.C. Angus, T.van der Poll // N. Engl. J. Med. – 2013 - №369(9) – P.840–851.
167. Arai Y. Phagocytosis by human monocytes is required for the secretion of presepsin [Text] / Y. Arai, K. Mizugishi, K. Nonomura, K.J. Naitoh // Infect Chemother. - 2015 - №21(8) – P.564-569. doi: 10.1016/j.jiac.2015.04.011.
168. Assfalg V. Procalcitonin ratio and on-demand relaparotomy for septic peritonitis: validation of the focus index (FI) [Text] / V. Assfalg, P. Wolf, D. Reim, N. Hüser, G. Hellbrügge. // Surg Today. 2016 - 46(5) – P.603-612. doi: 10.1007/s00595-015-1226-z.
169. van Baal J.O. The histophysiology and pathophysiology of the peritoneum [Text] / J.O. van Baal, K.K. Van de Vijver, R. Nieuwland, C.J. van Noorden, W.J. van Driel, A. Sturk, G.G. Kenter, L.G. Rikkert, C.A. Lok // Tissue Cell. - 2017 - №49(1) – p.95-105. doi: 10.1016/j.tice.2016.11.004
170. Ball C.G.Damage control resuscitation: history, theory and technique [Text] / C.G.Ball // Can J Surg. - 2014 - №57(1) – p.55-60. doi: 10.1503/cjs.020312.
171. Ballus J. Factors associated with the development of tertiary peritonitis in critically ill patients [Text] / J. Ballus, JC. Lopez-Delgado, J. Sabater-Riera, XL. Perez-Fernandez // Surg Infect (Larchmt). – 2017 - №18 (5) - P.588-595. doi: 10.1089/sur.2016.018. Epub 2017 Mar 29.
172. Beyer K. Pathophysiology of peritonitis [Text] / K. Beyer, P. Menges, W. Keßler, C.D. Heidecke // Chirurg. – 2016 - №87(1) – p.5-12. doi: 10.1007/s00104-015-0117-6.

173. Bhardwaj N. Depressed monocytic activity may be a predictor for sepsis [Text] / N. Bhardwaj, P. Mathur, S. Kumar, A. Gupta // J Lab Physicians. - 2015 - №1(7) - P.26-31. doi: 10.4103/0974-2727.154785.
174. Bonvini S. The peritoneum as a natural scaffold for vascular regeneration [Text] / S. Bonvini, M. Albiero, L. Ferretto, A. Angelini, P. Battocchio, M. Fedrigo, M. Piazza // PLoS One. – 2012 - №7(3) - e33557. doi: 10.1371/journal.pone.0033557.
175. Brunasso A.M. Update on the pathogenesis of Scleroderma: focus on circulating progenitor cells [Text] / A.M. Brunasso, C. Massone // F1000Res. - 2016 - №22;5 - F1000 Faculty Rev-723. doi: 10.12688/f1000research.7986.1.
176. Budzyński P. The usefulness of the Mannheim Peritonitis Index score in assessing the condition of patients treated for peritonitis [Text] / P. Budzyński, J.Dworak, M. Natkaniec, M. Pędziwiatr // Pol Przegl Chir. – 2015 - № 87(6) - P.301-306. doi: 10.1515/pjs-2015-0058.
177. Casserly B. Lactate measurements in sepsis – induced tissue hypoperfusion: results from the Surviving Sepsis Campaign database [Text] / B. Casserly, GS. Phillips, C. Schorr // Crit Care Med. – 2015 - №43(3) - P.567–573.
178. Catar R.A. Control of neutrophil influx during peritonitis by transcriptional cross-regulation of chemokine CXCL1 by IL-17 and IFN-gamma [Text] / R.A. Catar, L. Chen, S.M. Cuff, A. Kift-Morgan, M. Eberl / J Pathol. - 2020 - №251(2) – p.175-186. doi: 10.1002/path.5438.
179. Chapalain X. Association between fluid overload and SOFA score kinetics in septic shock patients [Text] / X. Chapalain, V. Vermeersch, PY. Egreteau, G. Prat // a retrospective multicenter study. J Intensive Care. – 2019 - №9 - P.7-42. doi: 10.1186/s40560-019-0394-0. eCollection 2019.
180. Chaudhry H. Role of cytokines as a double-edged sword in sepsis [Text] / H. Chaudhry, J. Zhou, Y. Zhong, M.M. Ali // In Vivo. – 2013 - №27 - P.669–684
181. Chenevier-Gobeaux C. Presepsin (sCD14-ST) in emergency department: The need for adapted threshold values? [Text] / C. Chenevier-Gobeaux, E. Trabattoni, M. Roelens, D. Borderie, Y.E. Claessens // Clin Chim Acta - 2013 - №427 – P.34–36.

182. Clara L. Intra-abdominal infections. Update and recommendations [Text] / L. Clara, V.M. Rodríguez, P. Saúl, C. Domínguez, M. Esteban. Medicina (B Aires). – 2018 - 78(6) - 417-426.
183. Clements T.W. Secondary Peritonitis and Intra-Abdominal Sepsis: An Increasingly Global Disease in Search of Better Systemic Therapies [Text] / T.W. Clements, M. Tolonen, C.G. Ball, A.W. Kirkpatrick // Scand J Surg. - 2021 - №10(2) – p.139-149. doi: 10.1177/1457496920984078.
184. Coco D. Systematic review of laparostomy/open abdomen to prevent acute compartmental syndrome (ACS) [Text] / D. Coco, S.Leanza // Maedica (Bucur). - 2018 - №13(3) – p.179-182. doi: 10.26574/maedica.2018.13.3.179.
185. Coccolini F. The open abdomen, indications management and definitive closure [Text] / F. Coccolini., W. Biffl., F.Catena., M. Ceresoli // World Journal of Emergency Surgery. – 2015 – Vol.10. – P.32.
186. Dani T. Evaluation of prognosis in patients with perforation peritonitis using Mannheim's peritonitis index [Text] / T. Dani, L. Ramachandra, R. Nair, D. // Sharma International Journal of Scientific and Research Publications 2015 - №5(5) – P.126-131.
187. Das K. Comparison of APACHE II, P-POSSUM and SAPS II scoring systems in patients underwent planned laparotomies due to secondary peritonitis [Text] / K. Das, M. Ozdogan, F. Karateke, A.S. Uzun. // Ann Ital Chir. 2014 - №85(1) - P.16-21.
188. Daskalopoulou D. Single-center retrospective analysis of the outcomes of patients undergoing staged peritoneal lavage for secondary peritonitis [Text] / D. Daskalopoulou, J. Kankam, P.C. Ambe, K.Zarras // World J Surg. - 2020 №44(7) – p.2185-2190. doi: 10.1007/s00268-020-05455-9.
189. Demetriades D. Management of the open abdomen [Text] / D. Demetriades, A. Salim // Surgical Clinics of North America 2014 - №94(1) – P.131–153. doi: 10.1016 / j.suc.2013.10.010.
190. Doklešić S.K. Secondary peritonitis - evaluation of 204 cases and literature review [Text] / S.K. Doklešić, D.D. Bajec, R.V. Djukić, V. Bumbaširević, A.D. Detanac. // J Med Life. - 2014 - №15;7(2) - p.132-138.

191. Eğin S. Improvement of a duodenal leak: Two-way vacuum-assisted closure [Text] / S. Eğin, B. Gökçek, M. Yeşiltaş, S. Hot, D.Ö. Karakaş // Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2019 - №25(1) – p.89-92. doi: 10.5505/tjtes.2018.22934.
192. Endo S. Usefulness of presepsin in the diagnosis of sepsis in a multicenter prospective study [Text] / S. Endo, Y. Suzuki, G. Takahashi, T. Shozushima // J Infect Chemother – 2012 - №18 – P.891–897.
193. Fiore M. Current concepts and future strategies in the antimicrobial therapy of emerging Gram-positive spontaneous bacterial peritonitis [Text] / M. Fiore, A.E. Maraolo, I. Gentile, G. Borgia // World J Hepatol. - 2017 - № 9(30) - P.1166-1175. doi: 10.4254/wjh.v9.i30.1166.
194. Franchin M. Neovestitol, an isoflavonoid isolated from Brazilian red propolis, reduces acute and chronic inflammation: involvement of nitric oxide and IL-6 [Text] / M. Franchin, D.F. Colón, M.G. da Cunha, F.V. Castanheira, A.L. Saraiva // Sci Rep. - 2016 - №7 – p.6:36401. doi: 10.1038/srep36401.
195. Gachabayov M. Primary Anastomosis for Perforated Diverticulitis with Peritonitis: Post-hoc Pooled Analysis of Prospective Randomized Trials [Text] / M. Gachabayov, C.E. Oberkofler, G.A. Binda, J.M. Regimbeau // Surg Technol Int. - 2019 - №34 – P.215-222.
196. Germer C.T. Peritonitis [Text] / C.T. Germer, C.Eckmann // Chirurg. - 2016 - №87(1) – P.3-4. doi: 10.1007/s00104-015-0118-5.
197. Godínez-Vidal A.R. Evaluation of the serum procalcitonin level as an indicator of severity and mortality in abdominal sepsis due to secondary peritonitis [Text] / A.R. Godínez-Vidal, R.H. Verónica, P.J. Montero-García, A.R. Martínez-Martínez // Cir Cir. – 2019 - №87(3) – P.255-259. doi: 10.24875/CIRU.18000301.
198. Godínez-Vidal A.R. Application of the Kiewiet-Van Ruler model to predict the need for relaparotomy in patients with secondary peritonitis [Text] / A.R. Godínez-Vidal, I.A. Cinta-Egaña, L.A. Ornelas-Oñate, D.M. García-Vivanco // Cir Cir. 2019 - №87(2) – P. 158-163. doi: 10.24875/CIRU.18000284.

199. Grubnik V.V., Koichev E.A. The role of "early" relaparotomy in acute diffuse purulent peritonitis treatment [Text] / V.V. Grubnik, E.A. Koichev // Хирургия Украины. – 2015 - №4(56) - С.54-58.
200. Gu G. Comparative evaluation of sump drainage by trocar puncture, percutaneous catheter drainage versus operative drainage in the treatment of Intra-abdominal abscesses: a retrospective controlled study [Text] / G. Gu, J. Ren, S. Liu, G. Li, Y. Yuan // BMC Surg. - 2015 - №9 – С.15:59. doi: 10.1186/s12893-015-0049-6.
201. Harding K. Prologue: transformational healing solutions [Text] / K. Harding // J. Wound Care – 2015 - vol. 24, №4 - P.4-5.
202. Harvitkar R.U. Emergency laparoscopic management of perforative peritonitis: a retrospective study [Text] / R.U. Harvitkar, G.B. Gattupalli, S. Najmu, A. Joshi // Cureus. - 2021 №13(12) - e20121. doi: 10.7759/cureus.20121.
203. Hasibeder W. Candida peritonitis [Text] / W. Hasibeder, M. Halabi // Minerva Anesthesiol. - 2014 - №80(4) - p.470-481.
204. Hernández-Palazón J. Analysis of organ failure and mortality in sepsis due to secondary peritonitis [Text] / J. Hernández-Palazón, D. Fuentes-García, S. Burguillos-López, P. Domenech-Asensi // Med Intensiva. 2013 - №37(7) – P.461-467. doi: 10.1016/j.medin.2012.07.010. Epub 2012 Oct 6.
205. Hijikawa T. A Case of Abdominal Compartment Syndrome after Laparotomy for Peritonitis Caused by Colon Perforation Due to Gallbladder Carcinoma [Text] / T. Hijikawa, H. Kitade, H. Yanagida, M. Yamada // Gan To Kagaku Ryoho - 2019 - №46(1) – P.157-159.
206. Ho V.P. Sepsis 2019: What Surgeons Need to Know [Text] / V.P. Ho, H. Kaafarani, R. Rattan, N. Namias // Surg Infect (Larchmt). 2020 - №21(3) – P.195-204. doi: 10.1089/sur.2019.126.
207. Horio E. Role of endothelial cell-derived angptl2 in vascular inflammation leading to endothelial dysfunction and atherosclerosis progression [Text] / E. Horio, T. Kadomatsu, K. Miyata, Y. Arai // Arterioscler Thromb Vasc Biol – 2014 - №4(34) – P.790-800.

208. Hotchkiss R.S. Sepsis and septic shock [Text] / R.S. Hotchkiss, L.L. Moldawer, S.M. Opal, K. Reinhart // Nat Rev Dis Primers - 2016 - №2 – P.16045. doi: 10.1038/nrdp.2016.45.
209. Hotta Y. Testosterone Deficiency and Endothelial Dysfunction: Nitric Oxide, Asymmetric Dimethylarginine, and Endothelial Progenitor Cells [Text] / Y. Hotta, T. Kataoka, K. Kimura // Sex Med Rev. – 2019 - №7(4) – p.661-668. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.02.005.
210. Huang J.C. Laparoscopic management for Seprafilm-induced sterile peritonitis with paralytic ileus: report of 2 cases [Text] / J.C. Huang, C.C. Yeh, C.H. Hsieh // J. Minim. Invasive Gynecol – 2012 - Vol.19. №5. - P.663–666.
211. Ibrahim I. Accuracy of International classification of diseases, 10th revision codes for identifying severe sepsis in patients admitted from the emergency department [Text] / I. Ibrahim, I.G. Jacobs, S.A. Webb, J. Finn // Crit Care Resusc – 2012 - №14(2) – P.112-118.
212. Inukai K. Open abdominal management for perforative peritonitis with septic shock: a retrospective analysis on usefulness of a standardized treatment protocol [Text] / K. Inukai, A. Usui, M. Yamada, K. Amano, N. Mukai, Y. Tsunetoshi // Eur J Trauma Emerg Surg. - 2021 - №47(1) – C.93-98. doi: 10.1007/s00068-019-01132-2.
213. Iskander K.N. Sepsis: multiple abnormalities, heterogeneous responses and evolving understanding [Text] / K.N. Iskander, M.F. Osuchowski, D.J. Stearns-Kurosawa // Physiol. Rev. – 2013 - №93(3) – P.1247–1288.
214. Jannasch O. Vacuum-assisted closure (VAC) for postoperative secondary peritonitis: Effect on bacterial load as well as local and systemic cytokine response (initial results) [Text] / Jannasch O, Meyer F, Fuellert A, König B // Pol Przegl Chir – 2018 - №90(5) – P.27-35. doi: 10.5604/01.3001.0012.1751.
215. Jia Y.C. Anterior abdominal abscess - a rare manifestation of severe acute pancreatitis. A case report [Text] / Y.C. Jia, Y.X. Ding, W.T. Mei, Z.G. Xue, Z. Zheng // World J Clin Cases. – 2021 - №9(30) – p.9218-9227. doi: 10.12998/wjcc.v9.i30.9218.

216. Jiang Z. Deresuscitation in Patients with Abdominal Sepsis Carries a Lower Mortality Rate and Less Organ Dysfunction than Conservative Fluid Management [Text] / Z. Jiang, J. Ren, Z. Hong, H. Ren, G. Wang, G. Gu, Y. Liu // Surg Infect (Larchmt). – 2021 - #22(3) – p.340-346. doi: 10.1089/sur.2019.370.
217. Joffe I.V. Approach to establishment of indications for programmed sanitation of abdominal cavity in diffuse peritonitis [Text] / I.V. Joffe, V.V. Lesnoy // Klin Khir. - 2016 - №1 – P.5-8.
218. de Jong P.R The digestive tract as the origin of systemic inflammation [Text] / P.R. de Jong, J.M. González-Navajas, N.J. Jansen // Crit Care - 2016 - №20(1) – P.279. doi: 10.1186/s13054-016-1458-3.
219. Kalvelage C. Personalized medicine with IgGAM compared with standard of care for treatment of peritonitis after infectious source control (the PEPPER trial): study protocol for a randomized controlled trial [Text] / C. Kalvelage, K. Zacharowski, A. Bauhofer, U. Gockel // Trials - 2019 - №20(1) - P.156. doi: 10.1186/s13063-019-3244-4.
220. Kao A.M. Outcomes of open abdomen versus primary closure following emergent laparotomy for suspected secondary peritonitis: A propensity-matched analysis [Text] / A.M. Kao, L.N. Cetrulo, M.R. Baimas-George, T. J. // Prasad Trauma Acute Care Surg - 2019 - №87(3) – P.623-629. doi: 10.1097/TA.0000000000002345.
221. Karki O.B. Effectiveness of Mannheim Peritonitis Index in Predicting the Morbidity and Mortality of Patients with Hollow Viscus Perforation [Text] / O.B. Karki, N.K. Hazra, B. Timilsina, D. Kunwar // Kathmandu Univ Med J (KUMJ) - 2018 - №16(64) – P.296-300.
222. Kim J.J. Polymyxin B hemoperfusion as a feasible therapy after source control in abdominal septic shock [Text] / J.J. Kim, Y.J. Park, K.Y. Moon, J.H. Park // World J Gastrointest Surg. - 2019 - №11(12) – P.422-432. doi: 10.4240/wjgs.v11.i12.422.
223. Kirkpatrick A.W. Intra-Abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome after Abdominal Wall Reconstruction: Quaternary Syndromes? [Text] /

- A.W. Kirkpatrick D. Nickerson, D.J. Roberts, M.J. Rosen, P.B. McBeth // Scand J Surg. - 2017 - №106(2) - p.97-106. doi: 10.1177/1457496916660036.
224. Kirschner M. Die Behandlung der akuten eitrigen freien Bauchfellentzündung [Text] / M.Kirschner // Arch. Klin. Chir. - 1926 - Vol. 142. - P.252-311.
225. Knaus W.A. APACHE-acute Physiology and Chronic Health Evaluation: A Physiologically Based Classification System [Text] / W.A. Knaus, J.E. Zimmerman, D.P. Wagner, E.A. Draper // Crit.care med. 1981 - №9(8) – P.591-597. doi: 10.1097/00003246-198108000-00008.
226. Knaus W.A. APACHE II—a severity of disease classification system [Text] / W.A. Knaus, E.A. Draper, D.P. Wagner, J.E. Zimmerman // Crit Care Med – 1985 - №13 – P.818–829.
227. Koç TR. Effects of peritoneal lavage and dry cleaning on bacterial translocation in a model of peritonitis developed using cecal ligation and puncture. [Text] / TR. Koç, ÖR. Tarhan, B. Sarıcık // Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. - 2018 - №24(4) - P.281-286. doi: 10.5505/tjtes.2017.97838.
228. Koper O.M. Difficulties in classifying body cavity fluids into transudate/exudate depending on the various diagnostic criteria [Text] / O.M. Koper, J. Kamińska, K. Pańkowska, A. Matosek, E. Suchodoła // Pol Merkur Lekarski. - 2017 - №43(257) – p.199-202
229. Korkmaz Toker M. SAPS III or APACHE IV: Which score to choose for acute trauma patients in intensive care unit? [Text] / M. Korkmaz Toker, A. Gülleroğlu, AG. Karabay, İG. Biçer // Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.- 2019- №25(3).- P.247-252. doi: 10.5505/tjtes.2018.22866.
230. Kovačević P. Serum levels of nitric oxide and endothelin-1 in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis. [Text] / P. Kovačević, S. Dragić, Z. Rajkovača, S. Veljković // Ren Fail. – 2014 - №36(3) - P.437-440. doi: 10.3109/0886022X.2013.867812. Epub 2013 Dec 17.
231. Kryshen V.P. Postoperative complication and mortality prediction with microbiological peritoneal fluid analysis in patients with generalised peritonitis after prolonged intraabdominal absorption-transmembrane dialysis [Text] / V.P. Kryshen.,

- P.V. Lyashchenko., V.I. Didenko., V.M. Grabchuk // Хирургия Украины. - 2015 - №4 (56) – P.67-71.
232. Kryvoruchko IA. Surgical treatment of patients for abdominal sepsis. [Text] / IA. Kryvoruchko, OIu. Usenko, SA. Andreieshchev // Klin Khir. – 2014 - №(8) - P.34-38.
233. Laine M. When should a drain be left in the abdominal cavity upon surgery? [Text] / M.Laine, P.Mentula, L.Koskenvuo, A.Nordin, V.Sallinen // Duodecim. – 2017 - №133(11) – p.1063-8.
234. Lambden S. Dimethylarginine dimethylaminohydrolase 2 regulates nitric oxide synthesis and hemodynamics and determines outcome in polymicrobial sepsis. [Text] / S. Lambden, P. Kelly, B. Ahmetaj-Shala, Z. Wang // Arterioscler Thromb Vasc Biol. – 2015 - №35 (6). – P.1382-1392. doi: 10.1161/ATVBAHA.115.305278.
235. Lambrichts D.P.V. Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicentre, parallel-group, randomised, open-label, superiority trial. LADIES trial collaborators [Text] / D.P.V. Lambrichts, S.Vennix, G.D. Musters, I.M. Mulder // Lancet Gastroenterol Hepatol. – 2019 - №4(8) - P.599-610. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30174-8.
236. Lee H. Efficacy of the APACHE II score at ICU discharge in predicting post-ICU mortality and ICU readmission in critically ill surgical patients [Text] / H. Lee, C.W. Lim, H.P. Hong, J.W. Ju // Anaesth Intensive Care. – 2015 - №43(2) - P.175-186. doi: 10.1177/0310057X1504300206.
237. Le Gall J.R. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multi center study [Text] / J.R. Le Gall, S. Lemeshow, F. Saulnier // JAMA. – 1993 - № 270 - P.2957-2962.
238. Leikin J.B. Abdominal Compartment Syndrome [Text] / J.B.Leikin // Dis Mon. – 2019 - №65(1) - 4. doi: 10.1016/j.disamonth.2018.12.00
239. Leppäniemi A. Management of abdominal sepsis--a paradigm shift? [Text] / A. Leppäniemi, E.J. Kimball, I. De Laet, M.L. Malbrain, Z.J. Balogh, J.J. De Waele //

- Anaesthesiol Intensive Ther. – 2015 - №47(4) – p.400-8. doi: 10.5603/AIT.a2015.0026.
240. Li P.K. Inflammation and Peritoneal Dialysis [Text] / P.K. Li, J.K. Ng, C.W. McIntyre // Semin Nephrol. – 2017 - №37 (1). – P.54-65. doi: 10.1016/j.semnephrol.2016.10.007.
241. Liu B. Diagnostic value and prognostic evaluation of Presepsin for sepsis in an emergency department [Text] / B. Liu, YX. Chen, Q. Yin, YZ. Zhao // Crit Care – 2013 - №17 - P.244.
242. Linder M.M. Der Mannheimer Peritonitis Index. An instrument for the intraoperative prognosis of peritonitis [Text] / M.M. Linder, H.Washa, U. Feldmann // Der Chirurg; Zeitschrift fur alle Gebiete der operativen Medizen. - 1987 - Vol.58 - №2 - P.84-92.
243. Mačiulienė A. Predictors of 30-day in-hospital mortality in patients undergoing urgent abdominal surgery due to acute peritonitis complicated with sepsis [Text] / A. Mačiulienė, A. Maleckas, A. Kriščiukaitis, V. Mačiulis, J. Vencius, A. Macas // Med Sci Monit. - 2019 - №23;25 - P.6331-6340. doi: 10.12659/MSM.915435.
244. Marshall J. Multipli organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome [Text] / J.C. Marshall, D.J. Cook, N.V. Christon // Crit. Care. Med. - 1995 - Vol.23 - P.1638- 1652.
245. Martín L.G. Tertiary peritonitis [Text] / L.G. Martín // An R Acad Nac Med (Madr). – 2014 - 131(2) – p.597-627.
246. Masson S. Presepsin (soluble CD14 subtype) and procalcitonin levels for mortality prediction in sepsis: data from the Albumin Italian Outcome Sepsis trial [Text] / S. Masson, P. Caironi, E. Spanuth, R. Thomae // Crit Care. - 2014 - №18 - P.6
247. Milan Manani S. Remote monitoring in peritoneal dialysis: benefits on clinical outcomes and on quality of life [Text] / S. Milan Manani, M. Baretta, A. Giuliani, G.M. Virzi, F. Martino, C. Crepaldi, C.Ronco // J. Nephrol. - 2020 - №33(6) – p.1301-1308. doi: 10.1007/s40620-020-00812-2.

248. Mishra S.P. An introduction of Tertiary Peritonitis. [Text] / S.P. Mishra, S.K. Tiwary, M. Mishra, S.K. Gupta // J Emerg Trauma Shock. – 2014 - №7(2) - P.121-123. doi: 10.4103/0974-2700.130883.
249. Montravers P. Priorities in peritonitis [Text] / P. Montravers, M. Assadi, A.Gouel-Cheron // Curr Opin Crit Care. – 2021 - №27(2) – p.201-207. doi: 10.1097/MCC.0000000000000805.
250. de Moraes T.P. Novel predictors of peritonitis-related outcomes in the BRAZPD cohort [Text] / T.P. de Moraes, M. Olandoski, J.C. Caramori, L.C. Martin // Perit Dial Int. – 2014 - №34(2) – P.179-187. doi: 10.3747/pdi.2012.00333.
251. Mueller T.C. Intra-operative wound irrigation to reduce surgical site infections after abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis [Text] / T.C. Mueller, M. Loos, B. Haller, A.L. Mihaljevic // Langenbecks Arch Surg. – 2015 - №400(2) – P.167-181. doi: 10.1007/s00423-015-1279-x.
252. Nunes V.R. Effect of peritoneal cavity lavage with 0.9% and 3.0% saline solution in the lung and spleen of gerbils with induced peritonitis [Text] / V.R. Nunes, R.C. Barbuto, P.V. Vidigal, G.N. Pena // Surg Infect (Larchmt). – 2014 - №15 (2) – P.84-89. doi: 10.1089/sur.2013.019.
253. Paduszyńska K. Evaluating the prognostic value of selected prognostic scales in patients operated on due to peritonitis [Text] / K. Paduszyńska, K. Kaczka, A. Dworzyńska, K. Sieniawski // Pol Przegl Chir. – 2014 - №86 (9) - P.422-428. doi: 10.2478/pjs-2014-0075.
254. Pauly S. Value of one-stage surgical treatment of diffuse peritonitis (relaparotomy on demand): a single-center analysis [Text] / S. Pauly, F.P. Schulze, O. Horstmann, H. Becker // Zentralbl Chir. – 2013 - №138(3) - P.289-294. doi: 10.1055/s-0032-1328006. Epub 2013 Apr 10.
255. Peng H. The influence of carbon dioxide pneumoperitoneum on systemic inflammatory response syndrome and bacterial translocation in patients with bacterial peritonitis caused by acute appendicitis [Text] / H. Peng, J. Zhang, C. Cai, X. Fang, Surg Innov. – 2018 - №25 (1) – P.7-15. doi: 10.1177/1553350617739424.

256. Pizzolato E. Role of presepsin for the evaluation of sepsis in the emergency department [Text] / E. Pizzolato, M. Ulla, Galluzzo Claudia, Lucchiari Manuela // Clin Chem Lab Med. – 2014 - №52 (10) – P.1395–1400.
257. Plaudis H. Abdominal negative-pressure therapy: a new method in countering abdominal compartment and peritonitis - prospective study and critical review of literature [Text] / H. Plaudis, A. Rudzats, L. Melberga, I. Kazaka, O. Suba, G. Pupelis // Ann Intensive Care. - 2012 - №20;2 Suppl 1(Suppl 1) – p.23. doi: 10.1186/2110-5820-2-S1-S23.
258. Pliakos I. The effect of the vacuum-assisted abdomen [Text] / I. Pliakos // Surg. Infect. (Larchmt). - 2014. - Vol.1 №15 - P.18–23. <https://doi.org/10.1089/sur.2012.156>.
259. Polyovyy V.P. Application of antibiotics and probiotics for prevention of antibiotic-associated disbiosis in patients with generalized peritonitis and enteral dysfunction supports staff awareness [Text] / V.P. Polyovyy, R.I. Sydorchuk, L.Y. Fedonyuk, O.V. Rotar, P.V. Polyovyy, I.G. Chepega, A.A. Fomin // Wiad Lek. – 2021 - №74(3-1) – C.508-511.
260. Pupelis G. Serum procalcitonin is a sensitive marker for septic shock and mortality in secondary peritonitis [Text] / G. Pupelis, N. Drozdova, M. Mukans, M.L. Malbrain // Anaesthesiol Intensive Ther. - 2014 -№46(4) – p.262-273. doi: 10.5603/AIT.2014.0043.
261. Qu Z.S. Impact of low-dose urokinase in peritoneal dialysis on serum oxidative stress, nitric oxide and endothelin in cerebral infarction complicated with uremia [Text] / Z.S. Qu, Q.D. Zhang, L. Li // Int J Clin Exp Med. - 2015 - №15;8(1) – p.1333-41.
262. Quyn, A. J. Abdomen's closure systems — historical evolution and systematic review [Text] / A. J. Quyn, C. Johnston, D.Hall, A. Chambers // Colorectal Disease. – 2012 - №14 (8) – P.429–438. doi: 10.1111 / j.1463-1318.2012.03045.,
263. Ragetly G.R. Septic peritonitis: etiology, pathophysiology, and diagnosis [Text] / G.R. Ragetly, R.A. Bennett, C.A. Ragetly // Tierarztl Prax Ausg K Kleintiere Heimtiere. – 2012 - №40(4) – C.290-7

264. Rasilainen S.K. Vacuum and mesh-mediated surgery [Text] / S.K. Rasilainen, P.J. Mentula, A.K. Leppäniemi // British journal of Surgery. – 2012 - №99(12) - P.1725-1732. doi: 10.1002 / bjs.8914.
265. Rebibo L. Does drainage of the peritoneal cavity have an impact on the postoperative course of community-acquired, secondary, lower gastrointestinal tract peritonitis? [Text] / L. Rebibo, I. Eboese, C. Iederan, Y. Mahjoub // Am J Surg. – 2017 - №214(1) – P.29-36. doi: 10.1016/j.amjsurg.2016.09.031.
266. Ribalchenko V.F. Diagnosis and treatment of abdominal abscesses in children [Text] / V.F Ribalchenko., Yu.G.Demidenko // Медицина неотложных состояний. – 2016 - № 7 (78) - С.60-65.
267. Roberts B.W. CT-guided Intra-abdominal Abscess Drainage [Text] / B.W. Roberts // Radiol Technol. – 2015 - №87 (2) – P.187CT-203CT; quiz 204CT-7. 263
268. Rodrigues AC. Continuous peritoneal lavage with vacuum peritoneostomy: an experimental study [Text] / A.C. Rodrigues, K.R. Saad, P.F. Saad, D.A. Otsuki // Clinics (Sao Paulo). – 2019 - №74 - P.937. doi: 10.6061/clinics/2019/e937.
269. Ross J.T. Secondary peritonitis: principles of diagnosis and intervention [Text] / J.T. Ross, M.A. Matthay, H.W. Harris // BMJ - 2018 - №18 – p.361:k1407. doi: 10.1136/bmj.k1407.
270. Rowland T. Procalcitonin: potential role in diagnosis and management of sepsis [Text] / T. Rowland, H. Hilliard, G. Barlow // Adv Clin Chem. – 2015 - №68 – P.71-86. doi: 10.1016/bs.acc.2014.11.005. Epub 2015 Jan 7.
271. Ryan O.K. Systematic review and meta-analysis comparing primary resection and anastomosis versus Hartmann's procedure for the management of acute perforated diverticulitis with generalised peritonitis [Text] / O.K. Ryan, É.J. Ryan, B. Creavin, M.R. Boland, M.E. Kelly, D.C. Winter // Tech Coloproctol. - 2020 - №24(6) – p.527-543. doi: 10.1007/s10151-020-02172-2.
272. van Ruler O. Surgical treatment of secondary peritonitis : A continuing problem [Text] / O. van Ruler, MA. Boermeester // Chirurg. – 2017 - №88 (Suppl 1) – P.1-6. doi: 10.1007/s00104-015-0121-x.

273. Salamone G. Mannheim Peritonitis Index (MPI) and elderly population: prognostic evaluation in acute secondary peritonitis [Text] / G. Salamone, L. Licari, N. Falco, G. Augello // G Chir. – 2016 - №37 (6) – P.243-249. doi: 10.11138/gchir/2016.37.6.243
274. Salman A. E. Use of dynamic wound closure of the abdomen [Text] / A. E. Salman // Hernia. - 2014. - Vol.1. №18. - P.99-104. <https://doi.org/10.1007/s10029-012-1008-0>.
275. Sartelli M. Complicated intra-abdominal infections in a worldwide context: an observational prospective study (CIAOW Study) [Text] / M. Sartelli // World J. Emerg. Surg. – 2013 - Vol.3 №8. - P.12-19 <https://doi.org/10.11622/smedj.2018120>
276. Schietroma M. Peritonitis from perforated appendicitis: stress response after laparoscopic or open treatment [Text] / M. Schietroma, F. Piccione, F. Carlei, M. Clementi, Z. Bianchi, F. de Vita, G. Amicucci // Am Surg. - 2012 - №78(5) – p.582-90.
277. Sener A. Effect of intra-abdominally administered mesalazine (5-aminosalicylic acid) in experimental peritonitis [Text] / A. Sener, A. Sahbaz, LT. Sener, MS. Tekkesin // North Clin Istanbul. – 2018 - №5 (3) - P.171-175. doi: 10.14744/nci.2017.48379.
278. Shankar-Hari M. Developing a new definition and assessing new clinical criteria for septic shock: for the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3) [Text] / M. Shankar-Hari, GS. Phillips, ML. Levy // JAMA. – 2016 - №315 (8) – P.775-787.
279. Sharma S, Singh S, Makkar N, Kumar A, Sandhu MS. Assessment of severity of peritonitis using Mannheim Peritonitis Index [Text] / S. Sharma, S. Singh, N. Makkar, A. Kumar, M.S. Sandhu Niger // J Surg. – 2016 - Jul-Dec - 22(2) – p.118-122. doi: 10.4103/1117-6806.189009.
280. Schmidt S. Meta-analysis of surgical strategies in perforated left colonic diverticulitis with generalized peritonitis [Text] / S. Schmidt, T. Ismail, M.A. Puhon, C. Soll, S. Breitenstein // Langenbecks Arch Surg. – 2018 - №403(4) – p.425-433. doi: 10.1007/s00423-018-1686-x.

281. Singer M. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3) [Text] / M. Singer, C.S. Deutschman, C.W. Seymour, M. Shankar-Hari // JAMA. – 2016 - №315 (8) – P.801-810. doi: 10.1001/jama.2016.0287.
282. Sosa G. Abdominal compartment syndrome [Text] / G. Sosa, N. Gandham, V. Landeras, A.P. Calimag // Dis Mon. – 2019 - №65 (1) - P.5-19. doi: 10.1016/j.disamonth.2018.04.003.
283. Špička P. Current management of diffuse peritonitis - is postoperative continuous lavage still a relevant method of choice? [Text] / P. Špička, A. Gryga, T. Malý, Č. Neoral // Rozhl Chir. - 2019 - №98 (1) - P.18-22.
284. Springer JE. Does imaging before percutaneous drain removal affect rates of intra-abdominal abscess recurrence? [Text] / J.E. Springer, A.G. Doumouras, S. Nair, C. Eskicioglu // J Surg Res. – 2018 - №232. – P.408-414. doi: 10.1016/j.jss.2018.06.062.
285. Sridharan P. The efficacy of procalcitonin as a biomarker in the management of sepsis: slaying dragons or tilting at windmills? [Text] / P. Sridharan, R.S. Chamberlain // Surg. Infect. (Larchmt). – 2013 - № 6(14) - P.489–511.
286. Sugrue M. Abdominal compartment syndrome and the open abdomen: any unresolved issues? [Text] / M. Sugrue // Curr Opin Crit Care. – 2017 - №23 (1) – P.73-78. doi: 10.1097/MCC.0000000000000371.
287. Tai H. Albumin-to-fibrinogen ratio independently predicts 28-day mortality in patients with peritonitis-induced sepsis [Text] / H. Tai, Z. Zhu, H. Mei, W. Sun, W. Zhang // Mediators Inflamm. - 2020 - №6 - p.2020:7280708. doi: 10.1155/2020/7280708.
288. Teleanu G, Iordache F, Beuran M. Prognostic scoring systems-validation and their utility in patients with abdominal sepsis in colon peritonitis [Text] / G. Teleanu, F. Iordache, M. Beuran // J Med Life. - 2014 - №15;7(1) – p.84-89.
289. Tetikcok R. The effect of peritoneal prednisolone lavage in bacterial peritonitis: an experimental study [Text] / R. Tetikcok, HA. Kayaoglu, Z. Ozsoy, E. Yenidogan // Wounds. – 2016 - №28 (10) – P.354-359.

290. Tolonen M. Getting the invite list right: a discussion of sepsis severity scoring systems in severe complicated intra-abdominal sepsis and randomized trial inclusion criteria [Text] / M. Tolonen [et al.] // World J Emerg Surg. - 2018 - №6;13 - P.17. doi: 10.1186/s13017-018-0177-2.
291. Trofymov P.S. Relaparotomy and programmed sanation of the abdominal cavity in treatment of early postoperative complications [Text] / P.S. Trofymov, D.V. Shestopalov, N.E. Karakursakov, V.V. Kysliakov, P.O. Tatarchuk // Klin Khir. – 2014 - №(8) – p.18-20.
292. Ulla M: Diagnostic and prognostic value of presepsin in the management of sepsis in the emergency department: a multicenter prospective study [Text] / M. Ulla, E. Pizzolato, M. Lucchiari, M. Loiacono // Crit Care – 2013 - №17 - P.168
293. Velkey B. Spontaneous bacterial peritonitis [Text] / B. Velkey, E. Vitális, Z. Vitális. // Orv Hetil. – 2017 - №158 (2) – P.50-57. doi: 10.1556/650.2017.30637.
294. Vergidis P. Intra-abdominal candidiasis: the importance of early source control and antifungal treatment [Text] / P. Vergidis, C.J. Clancy, R.K. Shields, S.Y. Park // PLoS One. – 2016 - №11 (4). – P.e0153247. doi: 10.1371/journal.pone.0153247
295. Viehl C.T. The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II score is helpful in predicting the need of relaparotomies in patients with secondary peritonitis of colorectal origin [Text] / C.T. Viehl, R. Kraus, M. Zürcher, T. Ernst, D. Oertli, C. Kettelhack // Swiss Med Wkly. - 2012 - №142:w13640. doi: 10.4414/smw.2012.13640.
296. Vincent J.L. Sepsis definitions: time for change [Text] / J.L. Vincent, S.M. Opal, J.C. Marshall // Lancet. – 2013 - №381 (9868) – P.774-775.
297. Vogler J. Rapid Source-Control laparotomy: is there a mortality benefit? [Text] / J. Vogler, L. Bagwell, L. Hart, S. Holmes // Surg Infect (Larchmt). – 2017 - №18(7) – P.787-792. doi: 10.1089/sur.2017.071.
298. Wakahara T. Intestinal perforation management using T-tube drainage. [Text] / T. Wakahara, M. Kaji, Y. Harada, S. Tsuchida // J Surg Case Rep. – 2016 - №2016 (5): rjw085. doi: 10.1093/jscr/rjw085.

299. Yang X. High intraperitoneal interleukin-6 levels predict peritonitis in peritoneal dialysis patients: a prospective cohort study [Text] / X. Yang, Y. Tong, H. Yan, Z. Ni // Am J Nephrol. – 2018 - №47 (5) – P.317-324. doi: 10.1159/000489271.
300. Zhou YH. *Comamonas kerstersii* bacteremia in a patient with acute perforated appendicitis: A rare case report. [Text] / Y.H. Zhou, H.X. Ma, Z.Y. Dong, M.H. Shen // Medicine (Baltimore). 2018 – №97 (13) – P.92-96. doi: 10.1097/MD. 000 000 000 000 9296.
301. Zou Q. Presepsin as a novel sepsis biomarker [Text] / Q. Zou, W. Wen, X. Zhang, J. World // Emerg. Med. – 2014 - №5 – P.16–19.

ИНТИШОРОТ АЗ РЎЙИ МАВЗЎИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар мачаллаҳои 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. // Здравеохранение Таджикистана. 2019. - №4 – с.
- [6-М] Сараев А.Р. Поксозии контрастии ковокии шикам ва энтеросорбсия ҳангоми табобати перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров, Ҷ.С. Ҳалимов // Авҷи 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. // Здравоохранение 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. // Авҷи 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. // Авҷи Зухал. – 2020. - №4 – с.79-85.
- [12-М] Сараев А.Р. Алгоритми пешгӯии 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 // Здравоохранение 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 ҳангоми 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 //Авҷи Зухал.- 2021 - №2 – с.131-136.
- [16-М] Сараев А.Р. Муайян кардани нишондод барои поксозии лапароскопии барномавӣ ҳангоми перитонити паҳнғашта [Матн] / А.Р. Сараев//Авҷи Зухал.- 2021 - №4 – с.116-119.
- [17-М]Сараев А.Р. Нақши биомаркерҳо дар ташхискунии ва пешгӯии авҷгирии сепсиси абдоминалӣ ҳангоми 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// Симурғ - 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-M] Сараев А.Р. Арзёбии вазнинии 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-M] 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-M] 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-M] 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-M] Сараев А.Р. Ба таври муқобил шустани ковокии шикам ҳангоми перитонити паҳнғашта. [Матн] / А.Р. Сараев, К.М. Курбонов // Авҷи зуҳал.- 2014 - №1 - с. 6-11

[25-M] 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 очагов у детей и взрослых». - Москва - 2014 - с.137-138.

[26-M] 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 видеолaparоскопии 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. Видеолaparоскопические программные санации при распространенном перитоните. [Текст] / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Г.Т. Камилов, 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 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-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.

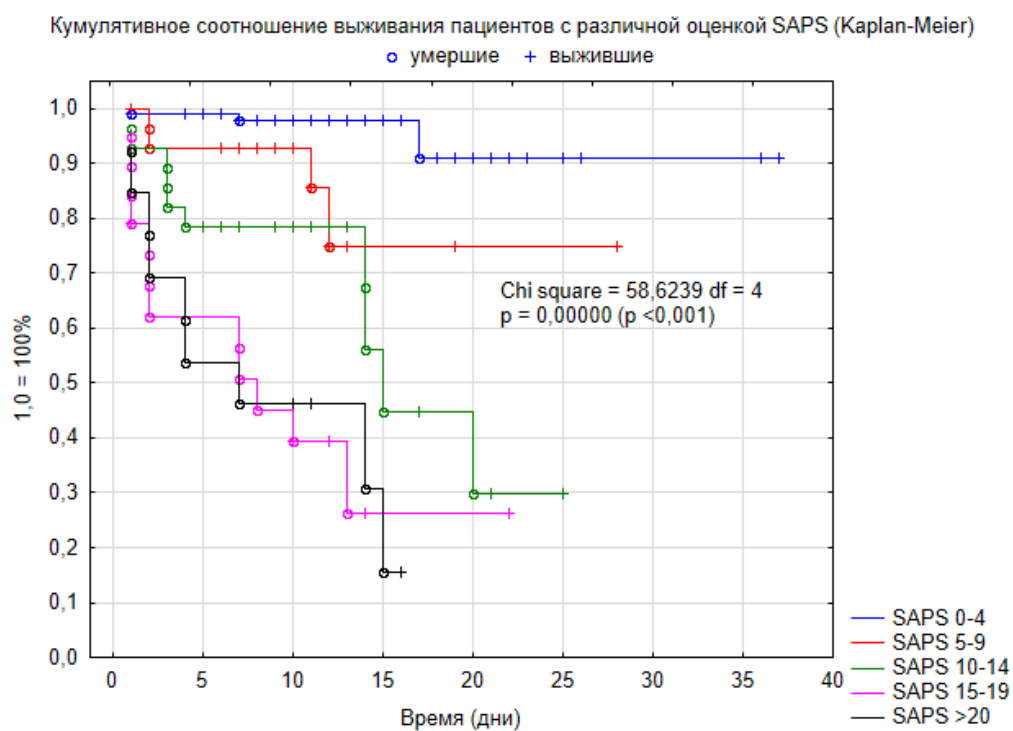
Патент барои ихтироъ

1. Сараев А.Р. Тарзи коркарди ковокии шикам ҳангоми ҷарроҳии перитонити паҳнғашта (Способ интраоперационной обработки брюшной полости при распространенном перитоните). [Матн] / К.М.Қурбонов, П.К.Холматов // № TJ610. - Душанбе, - 14.04.2014.

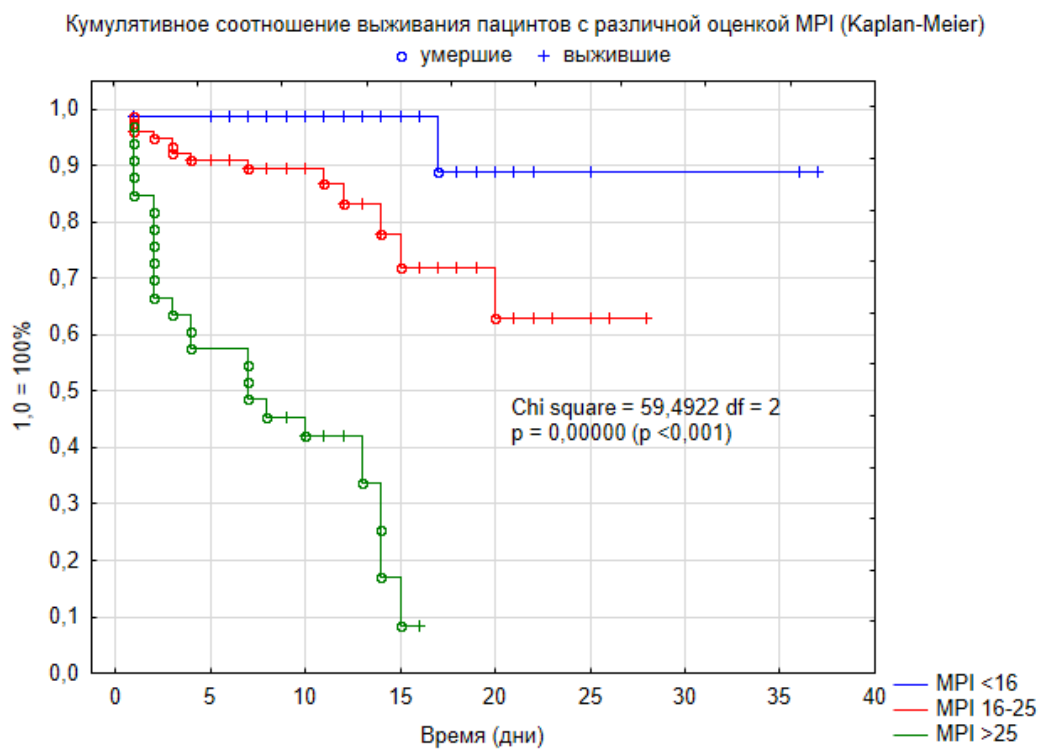
2. Сараев А.Р. Тарзи найчагузории рӯда ҳангоми перитонити паҳнғашта (Способ интубации кишечника при распространенном перитоните). [Матн] / Ш.Қ.Назаров // № TJ1316- Душанбе - 18.11.2022.

Гувоҳномаҳои пешниҳодҳои беҳсозон

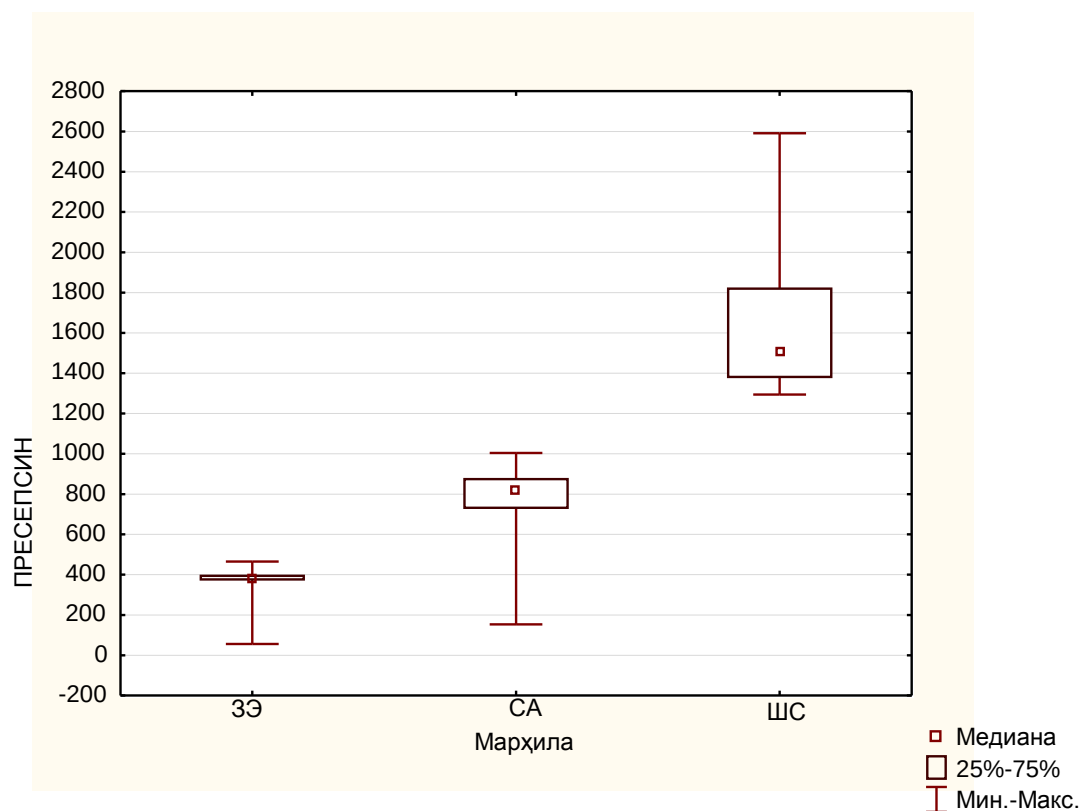
1. Сараев А.Р. Усули пешгирии баъдазҷарроҳии часпишҳо ва абссесҳои дохилишикамӣ (Способ профилактики послеоперационных внутрибрюшных абсцессов и спаек) [Матн] / Сараев А.Р., Қурбонов К.М., Полвонов Ш.К. // №3382/R597 аз 25.02.2014.– содиршуда МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».
2. Сараев А.Р. Усули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



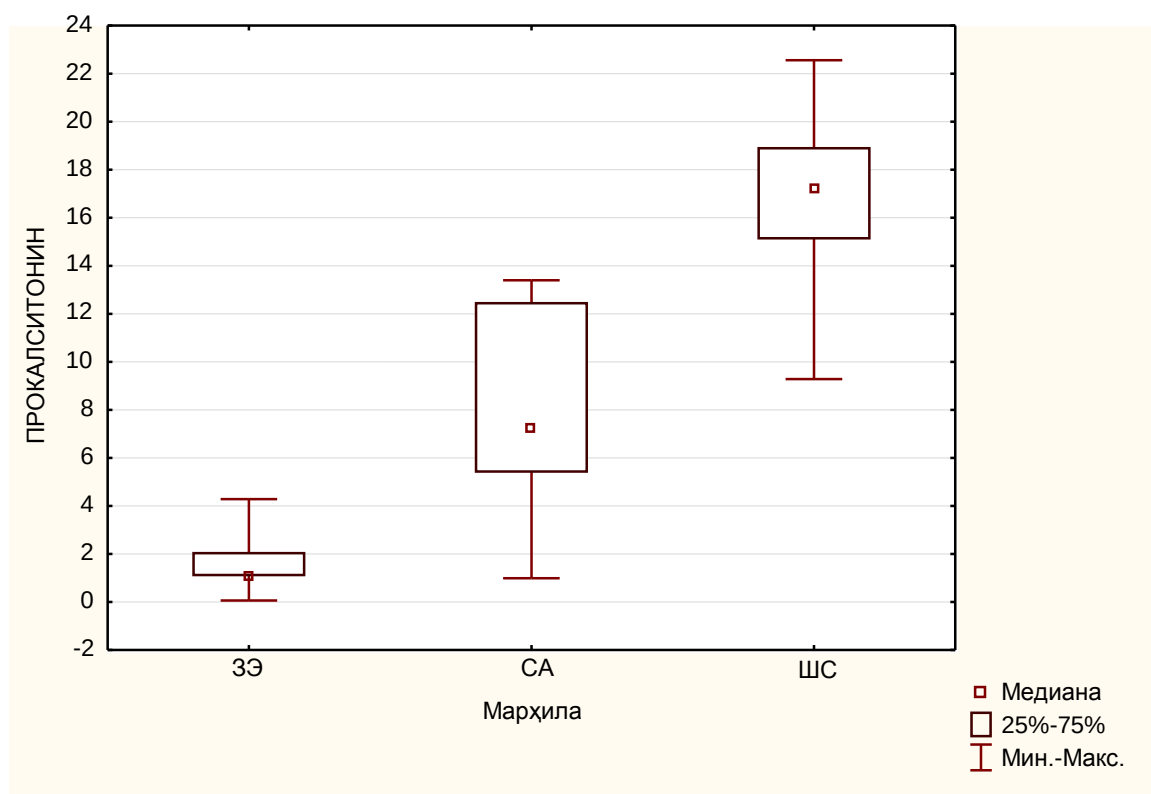
Расми 1. Таносуби кумулятивии зинда мондани беморони дорои холҳои гуногуни SAPS (с.118).



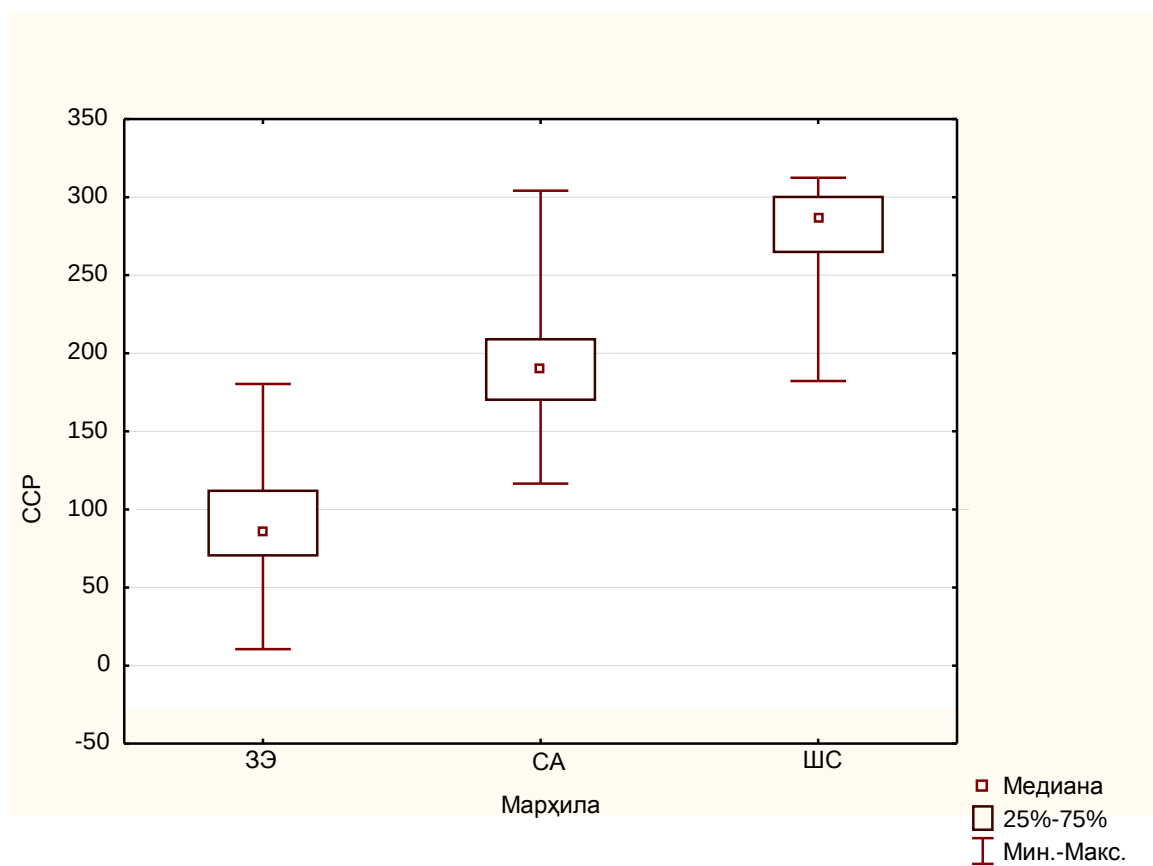
Расми 2. Таносуби кумулятивии зинда мондани беморони дорои холҳои гуногуни MPI (с.118).



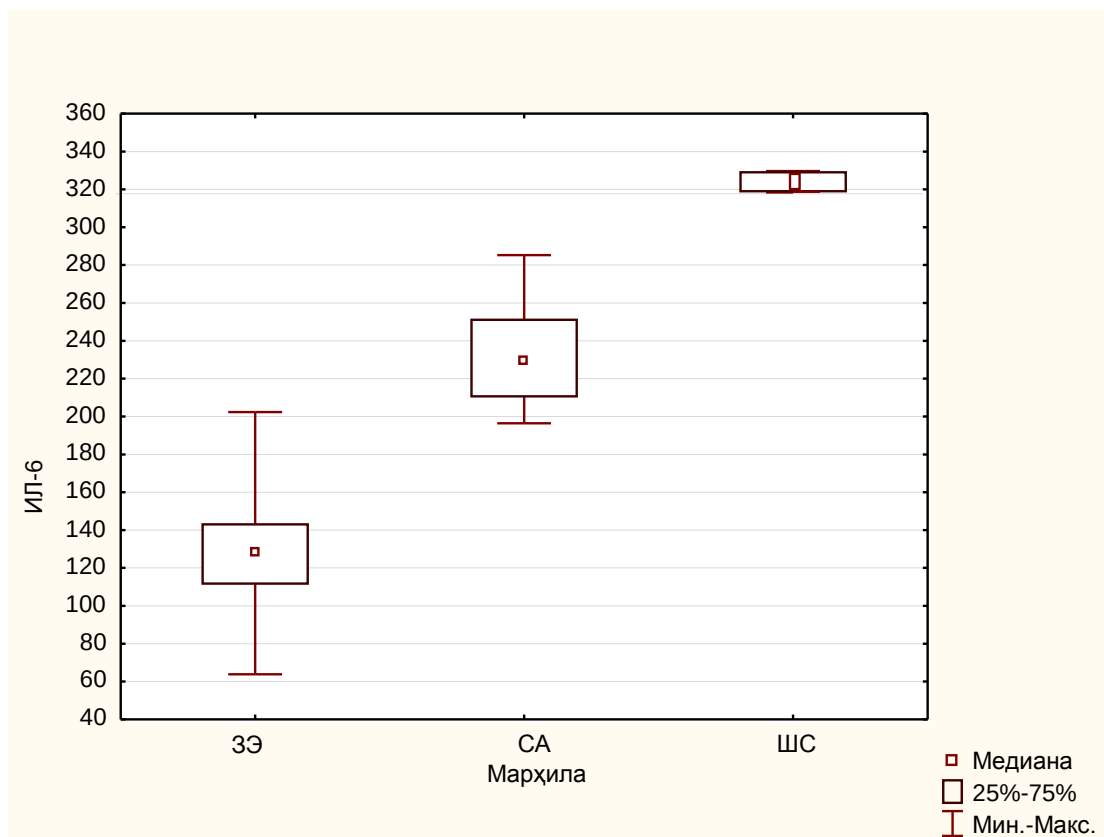
Расми 3. Диаграммаи ҳудуди нишондиҳандаҳои пресепсин (с.164).



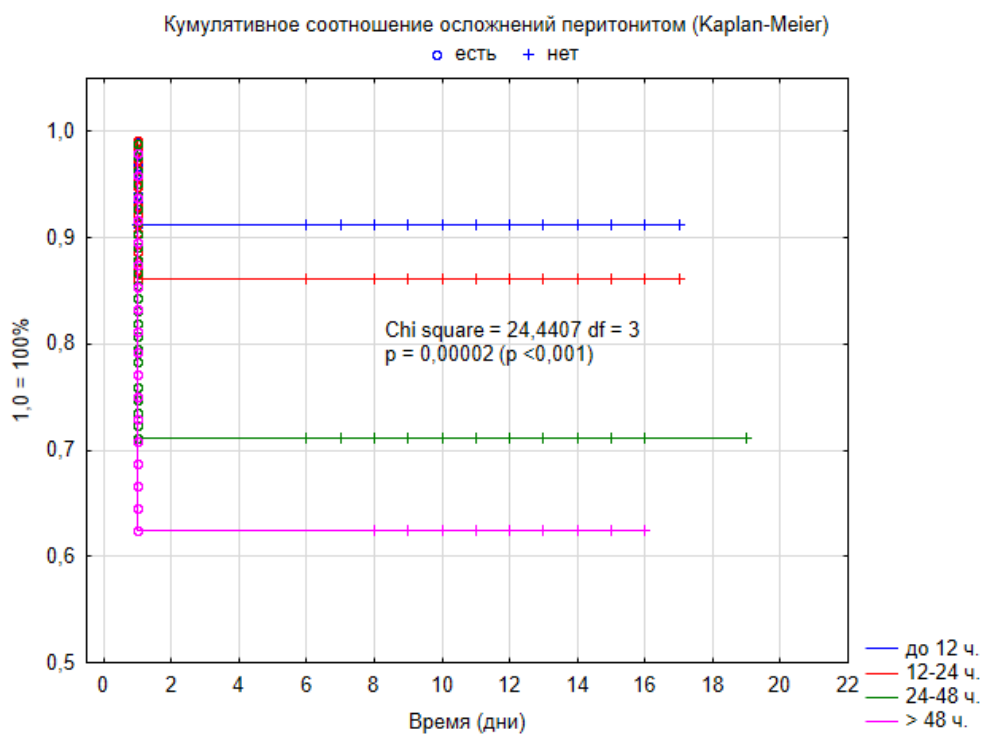
Расми 4. Диаграммаи худуди нишондихандаҳои прокалситонин (с.164).



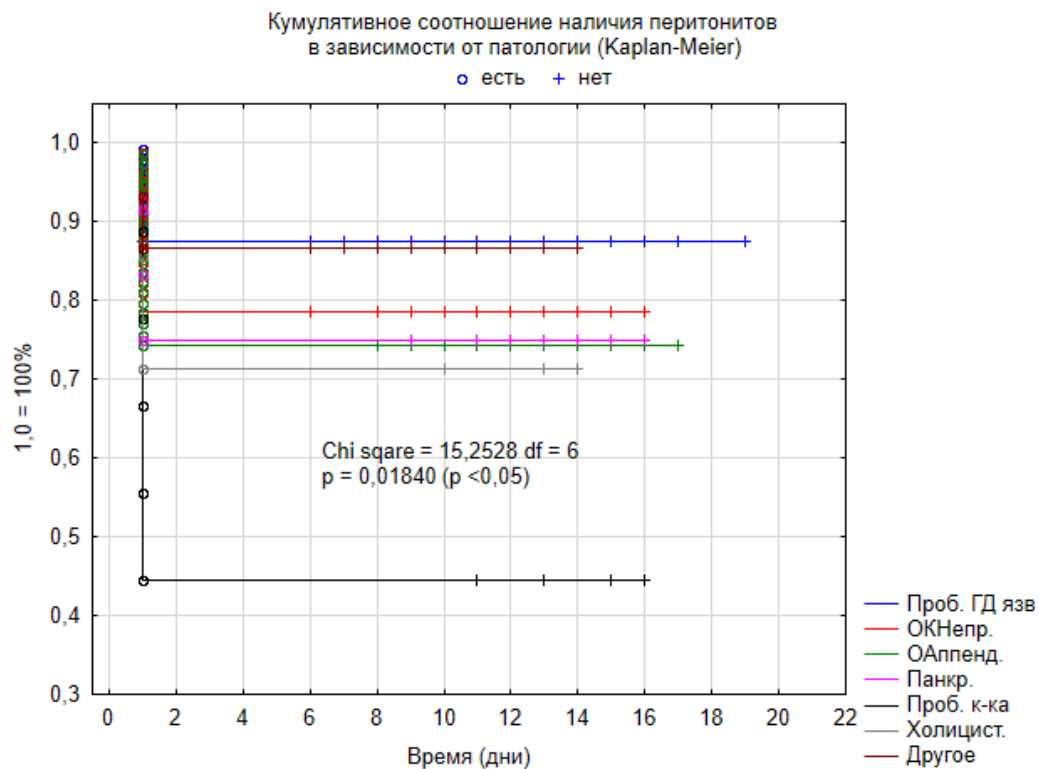
Расми 5. Диаграммаи худуди нишондиҳандаҳои сафедаи С-реактивӣ (с.164).



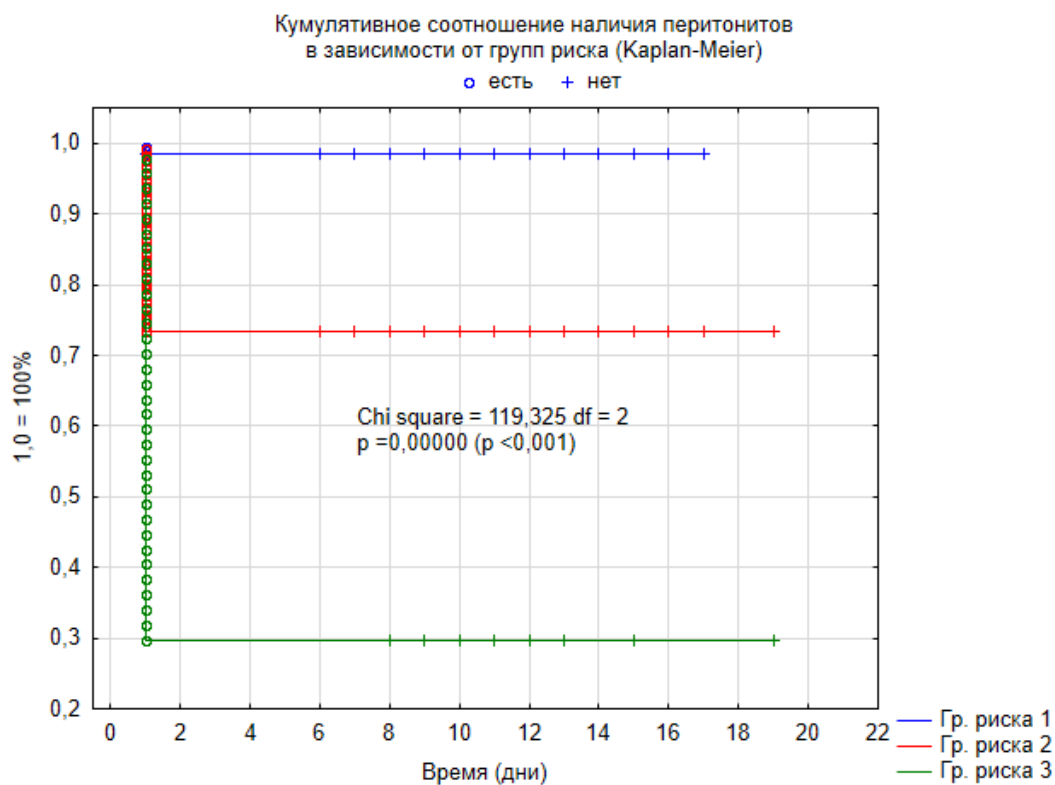
Расми 6. Диаграммаи ҳудуди нишондиҳандаҳои ИЛ-6 (с.164).



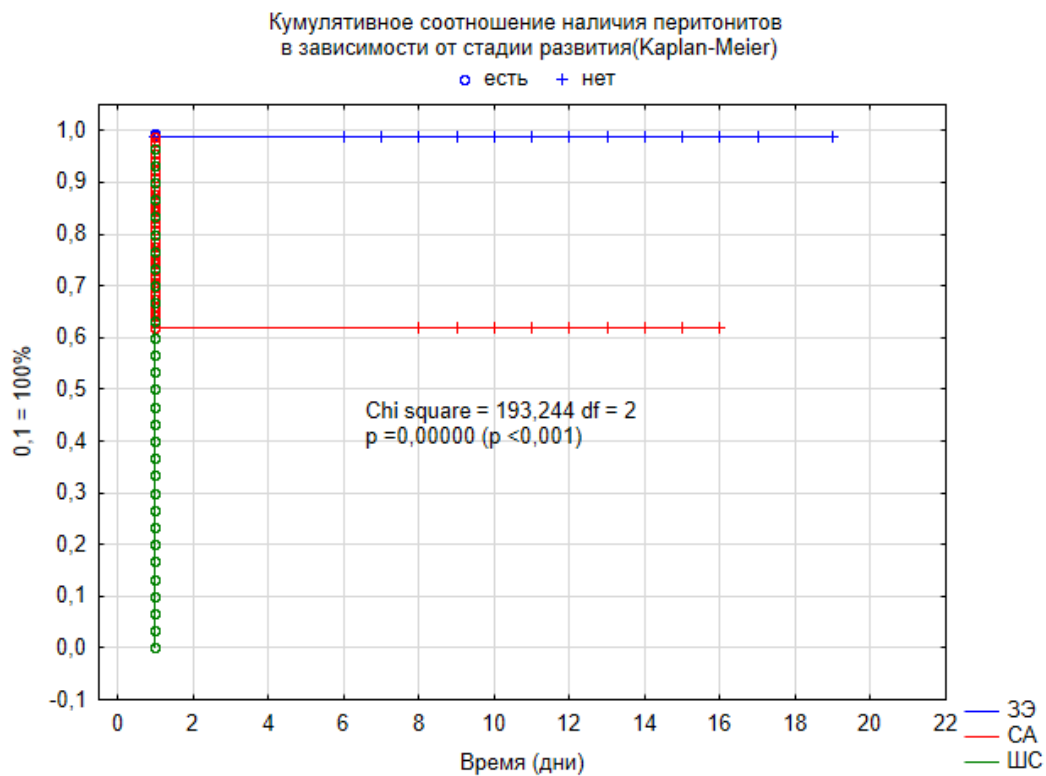
Расми 7. Таносуби кумулятивии аворизи перитонит (с.187).



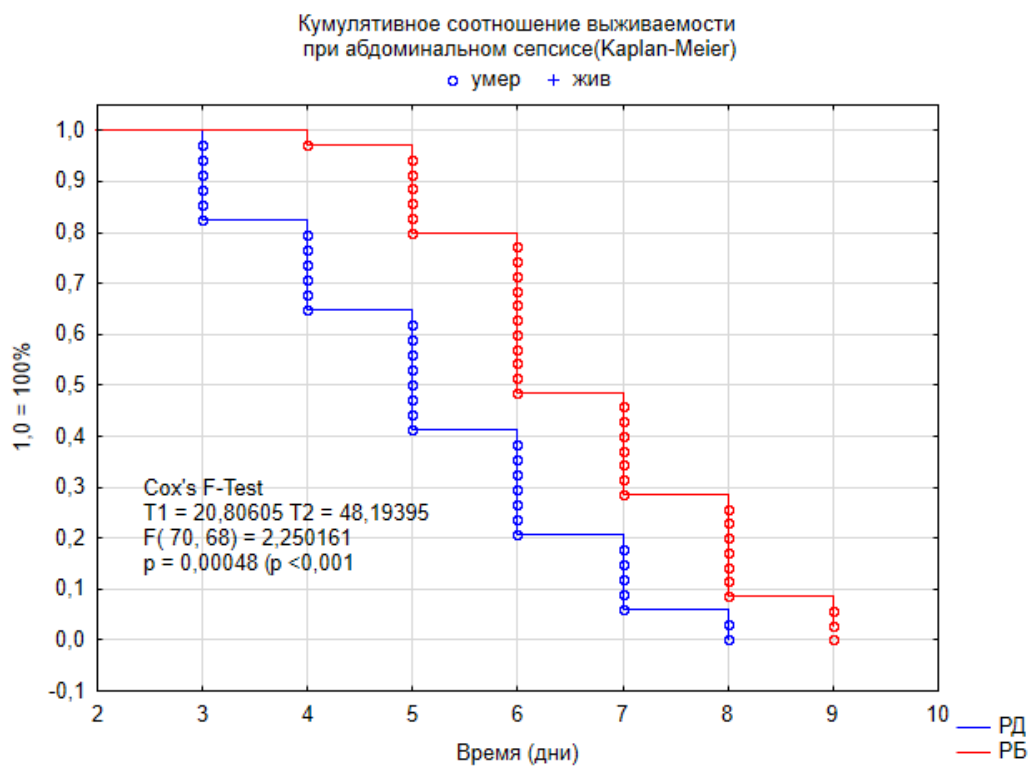
Расми 8. Таносуби кумулятивии мавҷудияти перитонит вобаста ба патология (с.189).



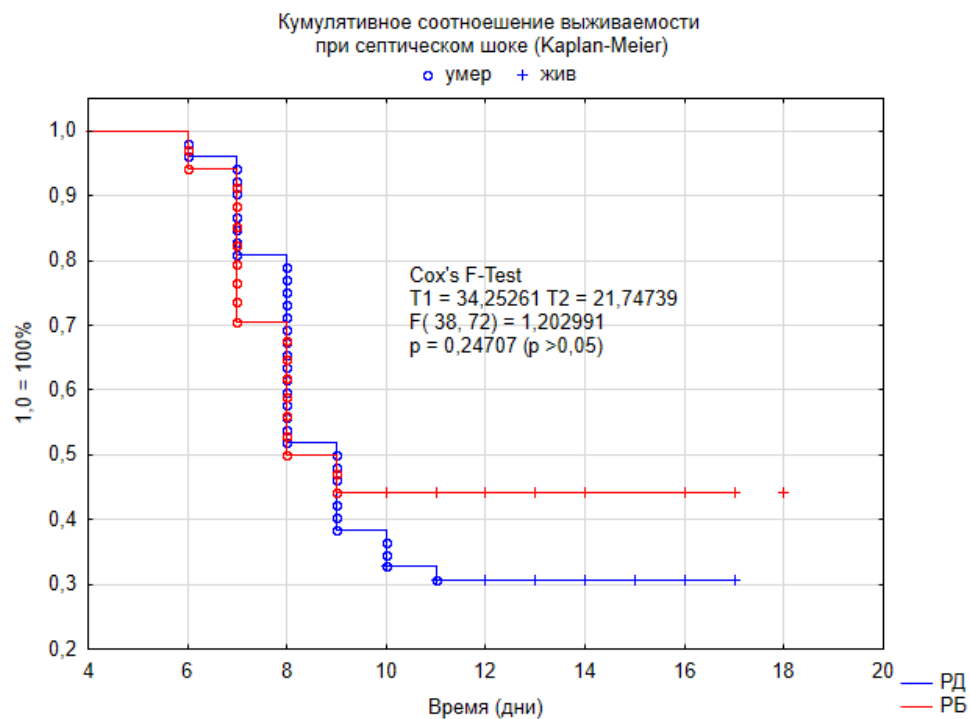
Расми 9. Таносуби кумулятивии мавҷудияти перитонит вобаста ба гурӯҳҳои хатар (с.193).



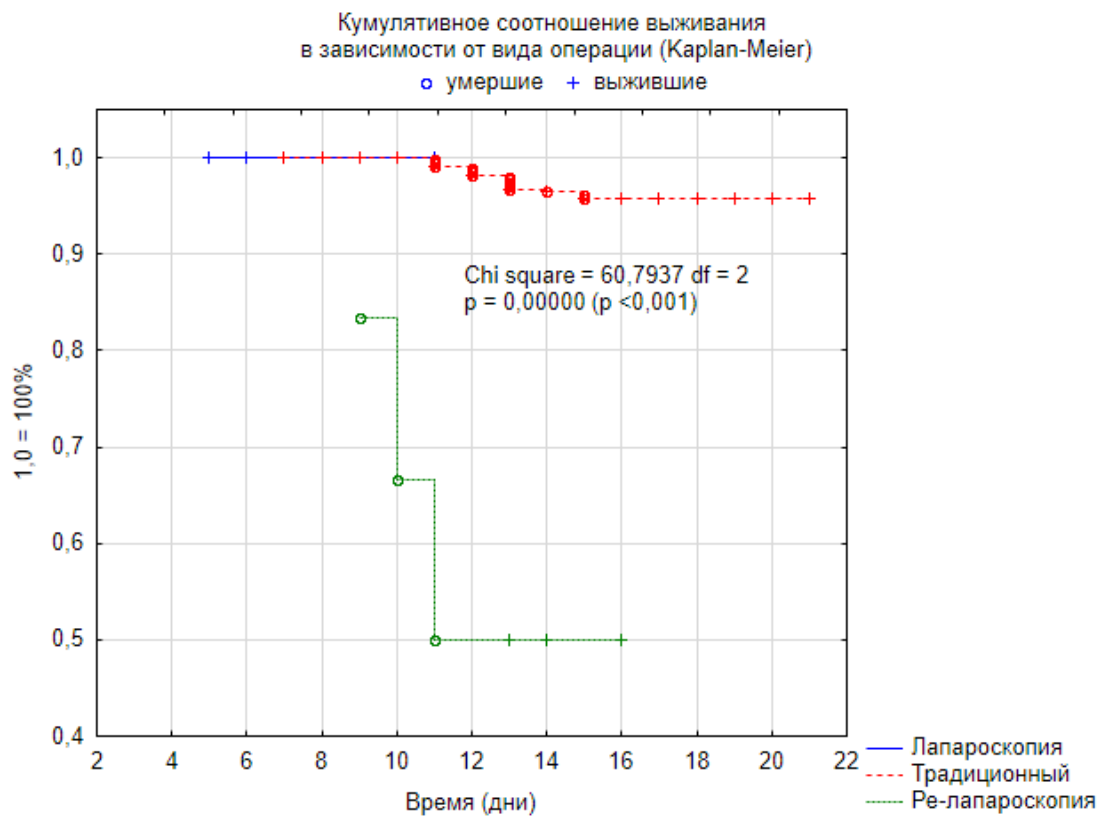
Расми 10. Таносуби кумулятивии мавҷудияти перитонит вобаста ба марҳила (с.197).



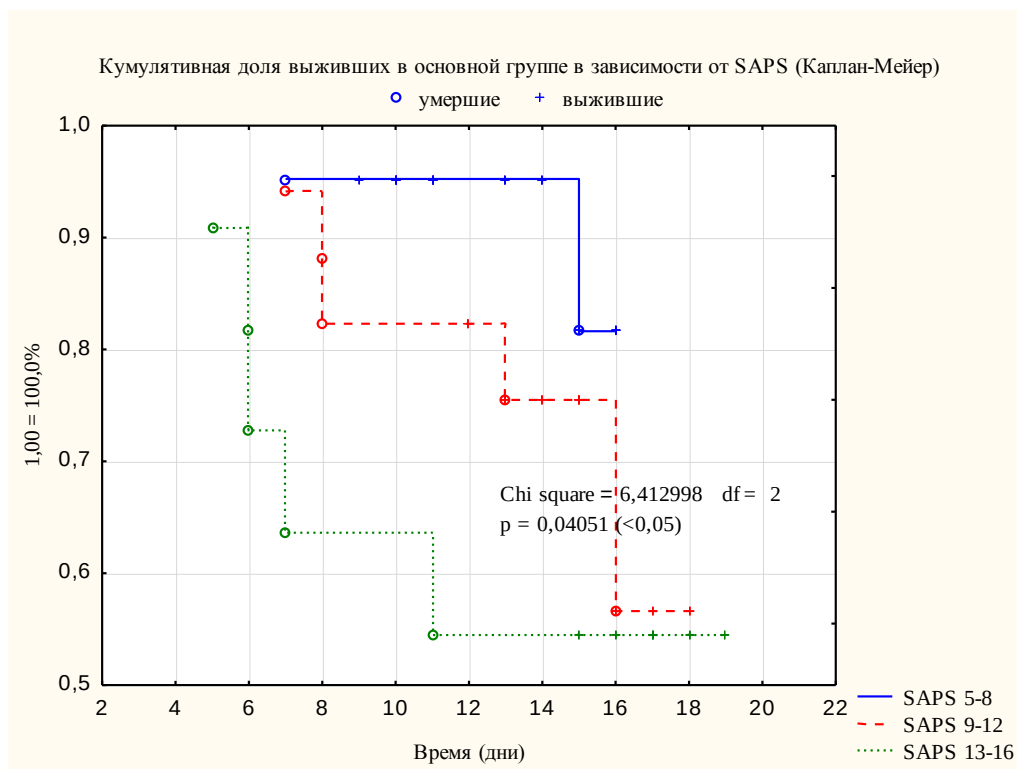
Расми 11. Таносуби кумулятивии зинда мондан ҳангоми сепсиси абдоминалӣ (с.203).



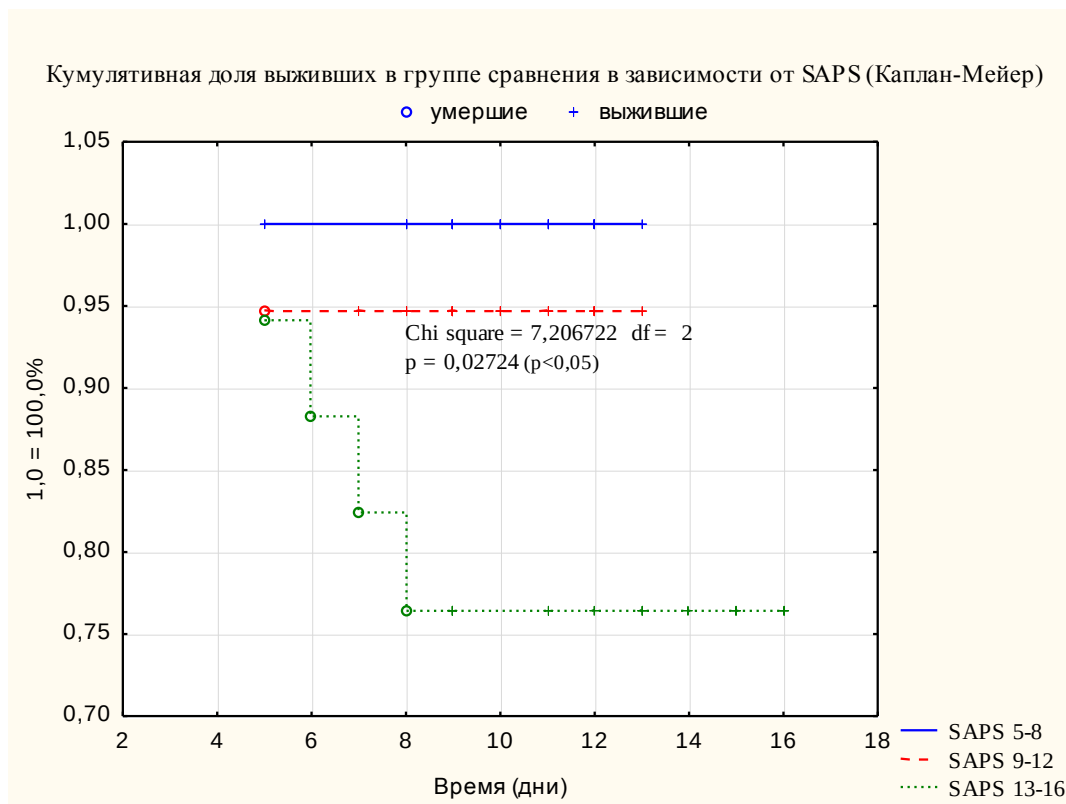
Расми 12. Таносуби кумулятивии зинда мондан хангоми шоки септикий (с.205).



Расми 13. Таносуби кумулятивии зинда мондан вобаста ба намуди амалиёти ҷарроҳӣ (с.227).



Расми 14. Таносуби кумулятивии зинда мондани беморони гурӯҳи асосӣ вобаста ба SAPS (с.253).



Расми 15. Таносуби кумулятивии зинда мондани беморони гурӯҳи муқоисавӣ вобаста ба SAPS (с.253).