

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИКАНАЛЬНОЙ ДРЕНАЖНОЙ ТРУБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИФФУЗНЫМ ПЕРИТОНИТОМ**

Раджабов В. Б.

vokhidrajabov84@gmail.com

Б. Б. Сафоев

bsafojev@mail.ru

Ярикулов Ш. Ш.

<https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

Бухарский государственный медицинский институт

### **Резюме**

Несмотря на то, что уже в течение более 100 лет проблему перитонита уделяется самое большое внимание со стороны хирургов всего мира, летальность при разлитом гнойном перитоните остается практически неизменной и колеблется от 4,5% до 58% и выше. Целью данного исследования является улучшения результатов лечения больных диффузного перитонита путем с применением поликанальной дренажной трубки.

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

## **THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF A POLYCANAL DRAINAGE TUBE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS**

Bukhara State Medical Institute

Radjabov V. B., Safojev B.B., Yarikulov Sh.Sh.

### **Rezyume**

Despite the fact that for more than 100 years, the problem of peritonitis has received the greatest attention from surgeons around the world, the mortality rate for diffuse purulent peritonitis remains virtually unchanged and ranges from 4.5% to 58% and higher. In severe forms of peritonitis, mortality may increase by more than 30-50%. The purpose of this study is to improve the results of treatment of patients with advanced peritonitis by using a multi-channel drainage tube.

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

### **Актуальность**

Согласно имеющихся многочисленных данных, среди хирургической патологии наиболее часто к развитию перитонита приводит перфорация полого органа: желудка и двенадцатиперстной кишки около 30%, деструктивный аппендицит – более 20%, поражения толстой кишки – 20-25%, тонкой кишки – порядка 15% [3, 6, 8].

В целом, имеющиеся результаты проведенных исследований предполагают, что связанные с организмом факторы, влияют на исход заболевания более значительно, чем тип и источник инфекции [5, 13]. Несмотря на то, что уже в течение более 100 лет проблеме перитонита уделяется самое большое внимание со стороны хирургов всего мира, летальность при разлитом гнойном перитоните остается практически неизменной и колеблется от 4,5% до 58% и выше. На основе исследований было выяснено, что вне зависимости от формы перитонита, наиболее эффективным методом его лечения является хирургическое вмешательство.

Целью данного исследования является улучшения результатов лечения больных диффузного перитонита путем разработки оптимального метода дренирования брюшной полости.

**Материал и методы.** Все больные были распределены по полу и возрасту согласно классификации возрастных групп, принятой на региональном семинаре Всемирной Организацией Здравоохранения в Киеве в 1963 году. Как видно из таблицы 1, в I группе было 51 (55,4%) мужчин и 41 (44,6%) женщин в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст составил  $48,5 \pm 2,1$  лет). Во II группе – 47 (55,9%) мужчин и 37 (44,1%) женщин в возрасте от 17 до 74 лет (средний возраст составил  $45,5 \pm 1,8$  лет), т.е. группы были сопоставимы по полу и возрасту. Большинство больных (78%) находились в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет).

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

**Результаты и их обсуждение.** Больным I группы сравнения после ликвидации очага поражения и санации, проводились дренирования брюшной

полости с целиконовой дренажной трубкой размером просвета 0,7-0,8 см из трех точек с тремя дренажами. Первый верхний дренажный трубка с учетом область локализации перитонита установлен в правые или левые подреберья. Внутренней част дренажа 2-3 отверстиями баковых стенках установили перпендикулярно между внутренних органов и передней брюшной стенки. Нижний дренаж с лева установлен при входе малый таз, с права конец дренажный трубки подведен в дне малого таза. Дренажный трубки в послеоперационном периоде использовали с целью визуального контроля характер и объём выделения из брюшной полости, а также из выделения дренажа динамически проводились бактериологический качественный и количественный исследования с целью диагностики и определения тактика проведения антибиотикотерапии.

В послеоперационном периоде с учётом антибиотикчувствительности выявленных микрофлоры ежедневно по показаниям через верхней дренажной трубки вводились 3-6 раза в сутки. До выявления чувствительности микрофлоры как эмпирическая антибиотикотерапия использовали Сульбактам 1,0 3 раза в сутки, растворённом на 0,9% - 10 мл физ. растворе. Так как по нашем данном в нашем регионе патогенный микрофлоры большинство случаев проявляет чувствительность к этой антибиотике (до 70%).

Количество дренажный ходов зависит от площади распространения диффузного перитонита. Например, если процесс распространена в трех области брюшной полости, использовали пятиканальная дренажная трубка. Так как, при этом первый дренажный трубка установлен под поперечный ободочный кишки, второй дренажная трубка установлен между петлями в корни брыжейки поражённый области, остальные три дренажный трубки установлен в три области брюшной области который распространен диффузный перитонит.

Всем больным II группы также в день поступления для установления диагноза аналогичный как предыдущий группы, проводились объективные и лабораторные исследований при необходимости УЗИ и рентгенологические исследования. Также после установления диагноза проводились кратковременное (течения 1-2 часа) предоперационная подготовка который включал в себя инфузионная, детоксикационная терапия с использованием физиологических раствор, минералы и реосорбилакт с учетом показания до 1 литра. По следующим под общем обезболиваниям проводились срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полостей, уточнения источника перитонита, выявления распространённости площади перитоните в брюшной полости.

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

Как было выше отмечено, количество дренажных ходов зависела от площади распространения диффузного перитонита. Если процесс распространена в трех области брюшной полости, использовали пятиканальная дренажная трубка. Так как, при этом первый дренажный трубка установлен под поперечный ободочный кишки, второй дренажная трубка установлен между петлями в над корень брыжейки поражённый области, остальные три дренажный трубки установлен в три области брюшной области который распространен диффузный перитонит.

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

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

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

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

## ВЫВОДИ

1. Традиционный метод лечения диффузного перитонита имеет ряд неудовлетворительные результаты в виде осложнения, нагноения послеоперационные раны 8,7%, межпетлевые абсцессы 5,26%, развития вялотекущего перитонита 7,0%, летальность достигает до 3,5%.
2. При применении поликанальной дренажной трубки нагноения послеоперационных раны уменьшается до 2,1%, при этом межпетлевые абсцессы и вялотекущей перитонит, летальности уменьшается 5,26%, 7,0% и 3,5% соответственно, при этом средняя стационарная лечения составляет  $8,2+1,3$  дня.
3. Применения поликанальных дренажной трубки при лечении диффузного

перитонита с раздельно-дренированием под поперечно-ободочный кишки, область корня брыжейки тонкого кишечника и каждый пораженные области брюшной полости способствует к уменьшению послеоперационного осложнения и летальности чем при традиционном методы лечения.

4. При лечении диффузного перитонита применением поликанальной дренажной трубки с раздельными дренированиями пораженные области брюшной полости, корня брыжейки тонкого кишечника и под поперечной ободочный кишки с введением антибиотиков через микроирригаторы трубки с учетом расположения место дренажа является более оптимальным, усовершенствованном методом лечения.

### Список литературы

1. Гостищев В.К. Распространенный гнойный перитонит: комплексный подход к лечению / В.К. Гостищев // Врач. — 2001. — № 6. — С. 32–37.
2. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространенного перитонита / К.В. Костюченко // Вест. хирургии. — 2004. — Т. 163, №3. — С. 40–43.
3. Кригер А.Г. Результаты и перспективы лечения распространенных форм перитонита / А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, В.А. Горский и др. // Хирургия. — 2001. — №8. — С. 8–12.
4. Ярикулов, Ш., Раджабов, В. (2023). Способы санации брюшной полости при распространенных формах перитонита. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 3 (6 Part 2), 95–102. извлечено от <https://inacademy.uz/index.php/EJMNS/article/view/18220>
5. Ш.Ш Ярикулов. Влияние различных концентраций раствора диметилсульфоксида на чувствительности к антибиотикам патогенных микроорганизмов в эксперименте. Тиббиётда янги кун. № 4–33-2020.—С. 153–155. Бухоро-2020
6. ШШ Ярикулов, АК Хасанов, ИШ Мухаммадиев. Пути снижения резистентности микрофлоры к антибиотикам при лечения гнойных ран - Тиббиётда янги кун-Бухоро, 2020. (3) №. 31 с. 156-160.
7. Sh S. Yarikulov, AI Radjabov—Modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 years of age. New Day in Medicine. 2023;6(56) p.64-72.