

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**РАЖАБОВ ВОХИД БАФОЕВИЧ**

**ДИФФУЗ ПЕРИТОНИТ БИЛАН ОҒРИГАН**  
**БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ УСУЛИНИ**  
**ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ**  
**АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2025**

УЎК: 616-06.32-002.329

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Ражабов Вохид Бафоевич**

Диффуз перитонит билан оғриган беморларда даволаш усулини  
такомиллаштириш.....3

**Ражабов Вохид Бафоевич**

Усовершенствование метода лечения больных с диффузным  
перитонитом .....27

**Rajabov Vokhid Bafoevich**

Improvement of the method of treatment of patients with diffuse  
peritonitis .....49

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works.....54

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**РАЖАБОВ ВОХИД БАФОЕВИЧ**

**ДИФФУЗ ПЕРИТОНИТ БИЛАН ОҒРИГАН**  
**БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ УСУЛИНИ**  
**ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ**  
**АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2025**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълими, фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2024.3.PhD/Tib4338 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифанинг ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz))

<b>Илмий раҳбар</b>	<b>Сафоев Бакодир Барноевич</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор
<b>Расмий оппонентлар</b>	<b>Рузибоев Санжар Абдусаломович</b> тиббиёт фанлари доктори, доцент <b>Сараев Алишер Рахматуллоевич</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор (Тожикистон Республикаси)
<b>Етакчи ташкилот</b>	<b>Академик В.В.Вохидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази</b>

Диссертация химояси 2025 йил «6» Май соат 12<sup>30</sup> да Бухоро давлат иёғ институти хузуридаги DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 Илмий кенгашнинг 2025 йил "Май" кунини соат 12<sup>30</sup> даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Гиждувон кўчаси, 23-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru).)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институтини ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (29 рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Гиждувон кўчаси, 23-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2025 йил "25" апрел кунини таркатилади.  
(2025 йил "25" апрел даги 01 рақамли реестр баённомаси).



**Ш.Т. Уроков**

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Н.Н.Казакова**

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори (DSc), доцент

**Б.З.Хамдамов**

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш хузуридаги Илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Бутун дунёда, янги жарроҳлик даволаш усуллари жорий этилгани ва такомиллаштирилгани, интенсив терапиянинг имкониятларидан кенг кўламда фойдаланишга қарамай умумий перитонитларда ўлим даражаси юқориликча қолмоқда. Детоксикациянинг асосий элементи бўлмиш операция давомида ва операциядан кейинги даврдаги қорин бўшлиғининг адекват санацияси масаласи ҳозиргача долзарб бўлиб қолмоқда. Юқоридаги муммоларни ҳал этиш мақсадида «...қорин бўшлиғини оддий дренажлаш ва ювишдан тортиб то лапаростомия ва режалаштирилган релапаротомия...»<sup>1</sup> гача турли усуллардан фойдаланиш таклиф этилган. Умумий перитонитни даволашда ҳозирги вақтда охириги икки усулга эътибор қаратилади. Чунки бу тадбирлар нафақат қорин бўшлиғини самарали санация қилиш, балки перитонит кечишини назорат қилиш имконини ҳам беради.

Дунё миқёсида сўнгги ҳар ўн йил ичида перитонит билан оғриган беморлар сони тахминан икки бараварга ошмоқда. Сўнгги йилларда жарроҳлар перитонитни даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида унинг патогенезини чуқур ўрганишга эътибор қаратишмоқда. Шунга қарамасдан 100 йилдан ортиқ вақт давомида перитонит муаммоси бутун дунё бўйлаб жарроҳларни ташвишга солиб келади, жумладан тарқалган йирингли перитонитдан кейинги ўлим курсатгичи деярли ўзгаришсиз қолмоқда ва 4,5% дан 58% гача, хаттоки унданда юқори фоизни ташкил этади. Перитонитнинг оғир шаклларида ўлим 30-50% дан ошиши мумкин. Параллел равишда сепсис, септик шок ва кўп органлар етишмовчилигининг ривожланиши ўлим кўрсатгичини 70% дан ҳам ортишига сабаб бўлади. Тадқиқотлар натижаси шунни курсатадики, перитонит шаклидан қатъий назар, жарроҳлик аралашуви уни даволашнинг энг самарали усули бўлиб ҳисобланади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш, касалликларни юқори технологияли клиник ва иммунологик усуллар ёрдамида даволашни такомиллаштириш, аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш самарадорлиги ва сифатини оширишга қаратилган чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Сўнгги йилларда мамлакатимизда аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш даражаси сифат жиҳатидан яхшиланди, касалликларни самарали даволаш бўйича мақсадли, кенг кўламли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Ҳозирги кунда Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган янги ривожланиш стратегиясига мувофиқ, ҳудудларда «бир қадам» тамойили асосида бирламчи тиббий ёрдамни яратиш мақсадида «...замонавий ахборот технологияларидан фойдаланган ҳолда аҳолига масофавий тиббий ёрдам

---

<sup>1</sup> Тарқалган йирингли перитонит: беморлар аҳолининг оғирлигини баҳолаш ва хирургик тактикасини танлаш/ А.М. Карсанов, С.С. Маскин, Т.В. Дербенцева. Матн: бевосита // Замонавий илм-фан: назария ва амалиётнинг долзарб муаммолари. Серия: Табiiй ва техник фанлар. – 2020. – № 8. – Б. 173–178.

кўрсатиш имкониятларини кенгайтириш...»<sup>1</sup> вазифалари ҳал қилинмоқда. Шунга асосланиб, диффуз перитонит билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволашнинг юқори самарали замонавий усулларини ишлаб чиқиш бўйича илмий тадқиқотларни чуқурлаштириш долзарб бўлмоқда.

Ушбу диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони, 2021 йил 25 майдаги ПҚ-5124-сон «Соғлиқни сақлаш соҳасини комплекс ривожлантиришга доир кўшимча чора-тадбирлар тўғрисидаги» ва 2022 йил 25 апрельдаги ПҚ-215-сон «Бирламчи тиббий санитария ёрдамни аҳолига яқинлаштириш ва тиббий хизматлар самарадорлигини ошириш бўйича кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида» ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган.

**Тадқиқотнинг республикада илм-фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишлари билан мувофиқлиги.** Ушбу диссертация тадқиқотлари республика фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналиши бўлмиш VI "Тиббиёт ва фармакология" га мувофиқ амалга оширилди.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Сўнгги тадқиқотларда тарқалган йирингли перитонитнинг оғир шакллари жарроҳлик даволашда қорин бўшлиғини дастурий санация қилиш етакчи рол ўйнамоқда. (Карсанов, А. М. ва бошқ., 2020).

Тарқалган перитонитни даволашда дастурий санацияни қўллаш улуши, шунингдек уларни амалга ошириш пайтида ўлим даражаси турли клиникаларда сезиларли даражада бир-биридан фарқ қилади ва 16,7-71,6% ни ташкил қилади. Бу эса жарроҳларнинг дастурий санация кўрсаткичларини аниқлашдаги турлича ёндашувидан далолат беради. Ҳозирги вақтда қорин бўшлиғини дастурли санациясини амалга оширишнинг баъзи тактик ва техник жиҳатлари охиригача ўрганилмаган. Гарчи бир қатор тадқиқотларда дастурли санациянинг эмпирик ечимлари сонини камайтириш учун алгоритмлар яратишга қаратилган уринишлар бўлишига қарамасдан, тарқалган йирингли перитонитда дастурий санация ўтказишнинг ягона кўрсатмалари шу кунгача ишлаб чиқилмаган. Айни вақтда кўпгина хирургларимиз дастурли санация учун операция вақтидаги ҳолат ва натижаларни ўзларига етакчи белги қилиб олишган (Асраров А.А ва бошқ., 2018).

Босқичма-босқич жарроҳлик технологияларидан фойдаланиш кўрсаткичларини яхшилаш ва шакллантириш учун кўплаб клиникалар бемор аҳволининг оғирлигини, қорин бўшлиғи органлари зарарланишининг табиати ва ҳажмини комплекс баҳолаш каби турли хил тизим ва алгоритмлардан

---

<sup>1</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги «Янги Ўзбекистон ривожлантириш стратегияси 2022-2026» ҳақидаги ПФ 60-сонли фармони.

фойдаланишмоқда. Кўпгина муаллифлар Мангейм перитонеал индексдан фойдаланишни афзал кўришади. Бироқ, Мангейм перитонеал индексини аниқлаш ва ҳисоблаш соддалигига қарамай, у асосан перитонитларда ўлим кўрсаткичини башорат қилиш учун мўлжалланган ва касаллик кечишини динамик назорат қилиш учун фойдаланиб бўлмайди (Каримов Ш.И. 2022).

Тақдим этилган концепцияга асосан абдоминал сепсиснинг ривожланиш частотаси тарқалган перитонит билан оғриган беморларда камида 20% ни ташкил қилади. Ўлим кўрсаткичи 38-67% га етиб, инфекция-токсик шок ривожланиши баробарида 86,4-90,9% гача ортиши мумкин. Юқорида келтирилган маълумотлар ўрганилаётган патологиянинг оғирлиги ва ўта долзарблигини кўрсатади (Бадасян А. Н. ва бошқ., 2019).

Тарқалган перитонит патогенезидаги энг муҳим бўғин ичак етишмовчилиги синдромига олиб келувчи динамик ичак тутилиши ҳисобланади ва унга қарши курашиш учун ичак интубациясининг турли усуллари қўлланилмоқда. Ҳозирги вақтда ичак декомпрессиясининг ноинвазив усуллари маъқул кўрилади ва улар орасида назоинтестинал интубацияга кўпроқ урғу берилмоқда. Умумий перитонитда ингичка ичак интубациясидан фойдаланиш натижалари одатда қулайдир, аммо турли муаллифларнинг асарларида ўлим кўрсаткичларининг 13,9 дан 64,7% гача бўлиши, бу муаммонинг ҳалигача долзарблигини кўрсатади ва умумий перитонитда ичак декомпрессиясига қўшимчалар киритишга ундайди (Винник Ю.С. ва бошқ., 2019).

Шу нуқтаи назардан, ушбу патологияни клиник жиҳатдан тушунтириш, касалликнинг ривожланишини башорат қилиш, уни даволашнинг мураккаб, индивидуал усуллари ва даволаш-профилактика чора-тадбирларини ишлаб чиқиш замонамизнинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ (09.2024.PhD.202) «COVID-19 дан кейинги даврда Бухоро воҳаси аҳолиси саломатлигига таъсир этувчи патологик омилларни эрта аниқлаш, ташҳислаш ҳамда янги даволаш профилактика усуллари ишлаб чиқиш» (2022-2026 й.) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** қорин бўшлиғини дренажлашнинг мақбул усулини ишлаб чиқиш орқали диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборат бўлган.

#### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

диффуз перитонитни анъанавий даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш;

қорин бўшлиғини дренажлашнинг такомиллаштирилган усули ёрдамида диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволаш натижаларини ўрганиш;

назорат ва асосий гуруҳлардаги беморларни даволаш натижаларини қиёсий баҳолашни амалга ошириш;

беморларнинг турли гуруҳларини даволашнинг олинган натижаларини таҳлил қилиш асосида диффуз перитонитли беморларни жарроҳлик даволашнинг мақбул усулларини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** 2018-2024 йилларда Когон шаҳар тиббиёт бирлашмасининг шошилиш жарроҳлик бўлими ва РШТЎИМ Бухоро филиалида даволанган турли этиологияли диффуз перитонит билан касалланган 103 беморни қиёсий жиҳатдан даволаш натижалари ўрганилган.

**Тадқиқотнинг предмети** диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволашда қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун мўлжалланган поликаналли мосламани ишлаб чиқиш бўлиб ҳисобланади.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун лабаратор, клиник-инструментал, рентген, ултратовушли ва эндоскопик тадқиқот усуллари, интоксикация кўрсаткичлари ва биокимёвий кўрсаткичлар динамикасидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

диффуз перитонитни анъанавий усулда даволашда қорин бўшлиғини санация қилиш орқали инфекция билан курашиш усуллари перитонитни қисқа муддатларда бартараф этилишига ижобий таъсир этмаслиги аниқланган;

илк бор диффуз перитонитни даволашнинг жарроҳлик босқичида қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун бугунгача маълум бўлган қорин бўшлиғини анъанавий дренажлаш усулларида кўра самаралироқ бўлган янгича такомиллаштирилган поликаналли мослама ишлаб чиқилиб, амалиётга тадбиқ этилган;

анъанавий усулда қорин бўшлиғини дренажлаш орқали диффуз перитонитни даволаш натижалари ҳамда янгича ишлаб чиқилган қорин бўшлиғини дренажлаш усули натижаларини илмий-статистик таққослаш йули билан янги даволаш усулининг самардорлиги исботланган;

диффуз перитонитни даволашнинг жарроҳлик босқичида поликаналли дренаж мосламасидан фойдаланиб, қорин парданинг яллиғланган соҳаларини тўлиқ қамраб олиш мақсадида, қорин бўшлиғининг анатомик хусусиятларидан келиб чиқиб микроирригаторларни ўрнатиш усулини қўллаш, даволаш натижаларига ижобий таъсир қилиши ўрганилган ҳамда асоратлар, ўлим кўрсаткичининг камайиши, перитонитни бартараф бўлиш муддатининг тезлашиши, шу билан биргаликда стационар даволаниш кунларининг қисқаришига эришилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

поликанал мосламадан фойдаланиш диффуз перитонитни даволашнинг самарали усули эканлиги аниқланган;

биз томондан таклиф этилаётган поликанал мослама диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволашнинг жарроҳлик этапида қўллаш учун кўрсатма эканлиги исботланган;

диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволашнинг оптимал усули ишлаб чиқилган;

поликанал мосламадан фойдаланиш қорин бўшлиғини инфекциядан халос бўлиш ва ичак перисталтикасини тикланиш вақтини тезлаштиришга, шу билан биргаликда перитонитни бартараф бўлиш вақтини тезлаштириб, диффуз перитонит билан оғриган беморларни стационар даволаниш муддатини 3-4 кунга қисқартиришга ёрдам берган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Илмий тадқиқот ишларида замонавий усул ва ёндашувлардан фойдаланиш, назарий маълумотлардан олинган натижалар билан мувофиқлаштириш, ўтказилган текширувларнинг услубий тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, клиник, лаборатор, инструментал, статистик тадқиқот усулларида фойдаланиш, диффуз перитонит пайдо бўлишининг клиник хусусиятлари, шунингдек уларни ташхислаш ва даволаш усуллари такомиллаштиришдан иборат бўлган. Олинган барча натижалар ва хулосалар далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланган. Статистик қайта ишлов бериш олинган натижаларнинг ишончлилигини тасдиқлаган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар ва таклифлар диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволаш хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшадиган ўзига хос назарий аҳамиятга эга эканлиги билан белгиланган. Клиник амалиётда диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволашда кўп каналли мосламадан фойдаланиш самарадорлиги ишлаб чиқилган ва аниқланган. Турли этиологияли диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволаш усули сифатида кўп каналли мосламадан фойдаланишнинг мақбул усули ишлаб чиқилган.

Ишнинг амалий аҳамияти шундаки, қорин бўшлиғи инфекциясидан халос бўлиш вақтини тезлаштириш учун диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволашнинг мақбул усули ишлаб чиқилган. Кўп каналли мосламадан фойдаланиш перитонитни бартараф этиш вақтини тезлаштиришга ёрдам беради ва шу билан бирга асоратларнинг пасайишига ва стационар даволаниш муддатининг қисқаришига олиб келган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашнинг илмий-тадқиқот ишлари натижаларини амалиётга татбиғи бўйича 2024 йил 25 сентябрдаги 06/90– сон хулосасига кўра:

*биринчи илмий янгилик:* диффуз перитонитни анъанавий усулда даволашда қорин бўшлиғини санація қилиш орқали инфекция билан курашиш усуллари перитонитни қисқа муддатларда бартараф этилишига ижобий таъсир этмаслиги аниқланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* антибактериал воситаларни поликаналли мослама орқали қорин бўшлиғига жўнатиш орқали, жароҳатни йиринглаши, ичаклараро абсцесслар, диффуз перитонитни секин кечувчи тарқалган перитонитга ўтиши каби асоратлар сезиларли даражада камайишига эришилган. *Илмий янгиликни амалиётга жорий этилиши:* олинган илмий-амалиёт маълумотлари РШТЎИМ Бухоро филиалига

(05.04.2024 йил, №42 буйруғи) ва Когон шаҳар тиббиёт бирлашмасига (15.07.2024 йилдаги 2332-2-208-ТВ/2024—сонли буйруғи) амалиётга тадбиқ этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* ушбу янги даволаш усулини қўллаш, асоратлар сонини камайтириш, даволаш сифатини яхшилаш ва беморларда ўлим хавфини камайтиришга ёрдам берган. *Иқтисодий самарадорлик:* беморларни касалхонада ётиш ўртача давомийлигини 3-4 кунга қисқартириб, 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 480000 сўмга, бюджетдан ташқари маблағларни эса 150000 сўмга тежалишига эришилган. *Хулоса:* диффуз перитонит билан оғриган беморларда анъанавий даволаш усулидаги камчиликларни ўрганиш орқали асоратларни, ўртача даволаниш кунини, қорин бўшлиғини инфекциядан тозаланиш вақтини камайтиришга, даволаш натижаларини яхшилашга эришилган.

*иккинчи илмий янгилик:* илк бор диффуз перитонитни даволашнинг жарроҳлик босқичида қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун бугунгача маълум бўлган қорин бўшлиғини анъанавий дренажлаш усулларида кўра самаралироқ бўлган янгича такомиллаштирилган поликаналли мослама ишлаб чиқилиб, амалиётга тадбиқ этилган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* олинган натижалар ўзининг назарий аҳамиятига эга бўлиб, қорин бўшлиғининг антибактериал воситалар етиб бориши қийин соҳаларига мазкур воситаларни мақсадли киритишга катта ҳисса қўшади. *Илмий янгиликни амалиётга жорий этилиши:* олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЁИМ Бухоро филиалига (05.04.2024 йил, №42 буйруғи) ва Когон шаҳар тиббиёт бирлашмасига (15.07.2024 йилдаги 2332-2-208-ТВ/2024—сонли буйруғи) амалиётга тадбиқ этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* янгича даволаш усули фониди беморлар эрта муддатларда одатдаги турмуш тарзига қайтган. *Иқтисодий самарадорлик:* касалхонада ётишнинг ўртача давомийлигини 3-4 кунга камайтириб, 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 480000 сўмга, бюджетдан ташқари маблағларни 150000 сўмга камайтирилган. *Хулоса:* қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун такомиллаштирилган поликаналли мослама диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволанишига ижобий таъсир кўрсатган.

*учинчи илмий янгилик:* анъанавий усулда қорин бўшлиғини дренажлаш орқали диффуз перитонитни даволаш натижалари ҳамда янгича ишлаб чиқилган қорин бўшлиғини дренажлаш усули натижаларини илмий-статистик таққослаш йули билан янгича даволаш усулининг самарадорлиги исботланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* антибактериал воситаларни поликаналли мослама орқали қорин бўшлиғига жўнатиш натижасида, қорин бўшлиғини инфекциядан тозаланиш вақтининг қисқариши ва ичаклар перистальтикаси тикланиш муддатларининг тезлашиши каби самарадорликни кўрсатган. *Амалиётга жорий этилиши:* РШТЁИМ Бухоро филиалига (05.04.2024 йил, №42 буйруғи) ва Когон шаҳар тиббиёт бирлашмасига (15.07.2024 йилдаги 2332-2-208-ТВ/2024—сонли буйруғи) амалиётга тадбиқ этилган. *Ижтимоий самарадорлик:* қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни поликаналли мослама орқали жўнатиш диффуз перитонит билан оғриган беморларни

самарали даволанишига, асоратлар ривожланиш хавфини камайтиришга ёрдам берган. *Иқтисодий самарадорлик:* диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволашнинг операция этапида поликаналли мосламани қўллаш, даволаш харажатларини қисқартиришга ёрдам берган, 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 480000 сўмга, бюджетдан ташқари маблағларни 150000 сўмга камайтирилган. *Хулоса:* диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволашнинг операция этапида поликаналли мосламани қўллаш, кўндаланг чамбар ичак тутқичи ости, ингичка ичак тутқичининг илдизи ва қорин бўшлиғининг ҳар бир перитонит ҳисобига зарарланган соҳаларини алоҳида-алоҳида дренажланишига, шунингдек анъанавий даволаш усулига қараганда операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичини камайишига ёрдам берган.

*тўртинчи илмий янгилик:* диффуз перитонитни даволашнинг жарроҳлик босқичида поликаналли дренаж мосламасидан фойдаланиб, қорин парданинг яллиғланган соҳаларини тўлиқ қамраб олиш мақсадида, қорин бўшлиғининг анатомик хусусиятларидан келиб чиқиб микроирригаторларни ўрнатиш усулини қўллаш, даволаш натижаларига ижобий таъсир қилиши ўрганилган ҳамда асоратлар, ўлим кўрсаткичининг камайиши, перитонитни бартараф бўлиш муддатининг тезлашиши, шу билан биргаликда стационар даволаниш кунларининг қисқаришига эришилган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* поликаналли мослама микроирригаторлари орқали антибактериал воситалар ҳар 5-6 соатда кўндаланг чамбар ичак тутқичи ости, ингичка ичак тутқичи илдизи ва қорин бўшлиғининг ҳар бир перитонит ҳисобига зарарланган соҳаларига мақсадли юборилиши самарали усул эканлиги исботланган. *Илмий янгиликни амалиётга жорий этилиши:* олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЎИМ Бухоро филиалига (05.04.2024 йил, №42 буйруғи) ва Когон шаҳар тиббиёт бирлашмасига (15.07.2024 йилдаги 2332-2-208-ТВ/2024—сонли буйруғи) амалиётга татбиқ этилган. *Ижтимоий самарадорлиги:* ишлаб чиқилган даволаш усули асоратлар фоизини сезиларли даражада камайтиришга, даволаш сифатини яхшиланишига ва беморларнинг тикланиш муддатларини қисқартиришга ёрдам берган. *Иқтисодий самарадорлик:* беморнинг касалхонада ётиш вақтини ўртача 3-4 кун қисқариши билан, 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 480000 сўмга, бюджетдан ташқари маблағларни 150000 сўмга камайиши бюджетдан ташқари маблағларни тежаш имконини берган. *Хулоса:* диффуз перитонитни даволашнинг жарроҳлик этапида поликаналли мосламадан фойдаланиш илмий янгиликни аҳамиятини оширган ва бу усулни амалиётда татбиқ этилиши илмий ишнинг иқтисодий ва ижтимоий самарадорлигига ижобий таъсир кўрсатган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Ушбу тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманда, жумладан, 3 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий анжуманида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш нашр этилган. Шулардан Ўзбекистон

Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан 4 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация кириш, тўрт боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 109 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисми ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати, мақсади ва вазифаларига асосланган бўлиб, тадқиқот объекти ва мавзуси тавсифланган. Тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган. Тадқиқот натижаларини соғлиқни сақлаш амалиётига татбиқ этиш тўғрисидаги маълумотлар келтирилган, нашр этилган ишлар ва илмий ишнинг тузилиши тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Перитонит муаммоси ҳақидаги замонавий қарашлар (адабиётлар шарҳи)”** деб номланган биринчи бобида етакчи маҳаллий, рус ва хорижий тадқиқотчиларнинг тажрибасини акс эттирувчи адабиётлар шарҳи келтирилган. Бўлим диссертация мавзусидаги адабий манбаларни кўриб чиқиш ва таҳлил қилишга бағишланган. Ушбу бобда перитонитнинг этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақидаги замонавий қарашларга бағишланган турли муаллифларнинг тадқиқот натижалари материаллари акс эттирилган. Шарҳ жуда яхши адабий тилда ёзилган. Биринчи бобда таҳлил қилинган материал диссертация иши мавзуси бўйича ҳал қилинмаган муаммоларни аниқлаш учун етарли ҳисобланган. Кейинги бобларда хусусий тадқиқотлар маълумотлари ва муҳокамалари тасвирланган жадваллар, рақамлар ва қўшимча клиник мисолларда тасвирланган.

Диссертациянинг **“Тадқиқот материаллари ва усуллари”** деб номланган иккинчи бобида беморларнинг клиник хусусиятлари, тадқиқот материаллари, муаммонинг ечимини таъминлайдиган услубий ёндашувлар ва усуллар келтирилган.

Когон шаҳар тиббиёт бирлашмаси шошилиш жарроҳлик бўлими ва РШТЁИМ Бухоро филиалида 2018-2024 йилларда даволанган турли этиологияли диффуз перитонит билан касалланган 103 нафар беморни текшириш ва даволаш бўйича маълумотлар таҳлил қилинган.

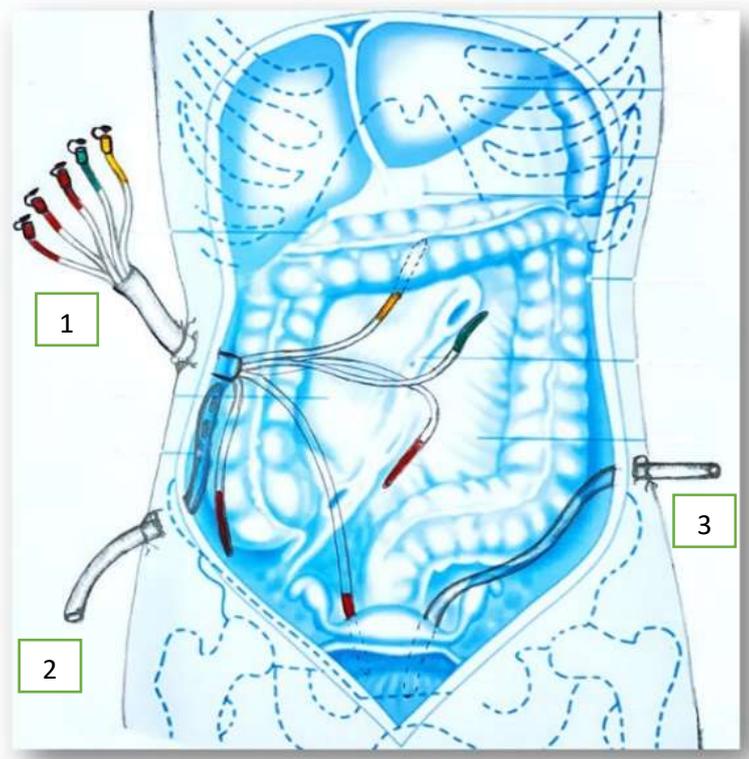
Даволаш усулига қараб барча беморлар 2 гуруҳга бўлинган: I – таққослаш гуруҳи ва II – асосий гуруҳ. I-назорат гуруҳи 2018-2024 йилларда касалхонада анъанавий даволаш усуллари олган диффуз перитонит билан касалланган 57 нафар бемордан иборат бўлган.

I таққослаш гуруҳидаги беморларда, зарарланиш ўчоғи тафтиш қилиниб бартараф этилгандан сўнг, қорин бўшлиғи учта нуқтадан диаметри 0,7-0,8 см ўлчамдаги учта силикон дренаж трубкаси билан дренажланган. Қорин бўшлиғининг перитонитга алоқадор локализациясини ҳисобга олган ҳолда биринчи юқориги дренаж трубкаси ўнг ёки чап қовурға ёйи остига ўрнатилган. Ён деворларда 2-3 тешикли дренажнинг дистал учи жигар ости соҳасига ўрнатилган. Қорин парданинг зарарланиши ўнг ёки чап ёнбош каналларда ва чаноқ бўшлиғида жойлашганини ҳисобга олган ҳолда иккита пастки дренажлар ўрнатилган. Дренаж найлари операциядан кейинги даврда визуал назорат учун ва қорин бўшлиғи ажралмаси табиати, ҳажмини аниқлаш мақсадида фойдаланилган. Қорин бўшлиғи ажралмасидан ташхис ва антибиотик терапияси тактикасини аниқлаш мақсадида сифат ва миқдорий бактериологик текширишлар динамикада ўтказилиб турилди. Операциядан кейинги даврда, аниқланган микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда, антибактериал воситалар кунига 3-6 марта юқори дренаж трубкаси орқали кўрсатмаларга мувофиқ юборилиб турилди. Микрофлоранинг антибиотикка сезгирлиги аниқлангунча эмпирик антибиотикотерапия мақсадида кунига сулбактам 1,0 дан кунига 2 марта ишлатилди. Бизнинг маълумотларимизга кўра, аксарият ҳолларда минтақамиздаги патоген микрофлора ушбу антибиотикга сезгирлигини кўрсатади (70% гача).

Назорат гуруҳидан фарқли ўлароқ, II гуруҳнинг барча беморларида интероперацион этапда юқориги бир каналли дренаж урнида қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун поликаналли мосламадан фойдаланилди. Қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун поликаналли мослама поливинилхлориддан иборат бешта эластик дренаж найчаларни ўз ичига олган бўлиб, уларнинг проксимал охирилари қопқоқли микроирригаторлар билан жиҳозланган, узунлиги 40 см гача ва ҳар бирининг диаметри 0,2 смни ташкил қилади.

Бу дренаж найчаларни қорин бўшлиғига киритиш ва фиксация қилишга ёрдам берувчи узунлиги 5 см, диаметри 1-1,5 см бўлган силикон найча (муфта) бирлаштириб туради, дренаж найчаларнинг дистал охирида овал шаклдаги қарши оқимни таъминловчи тешиклари мавжуд (1-расм).

Дренаж найчаларнинг сони қорин бўшлиғини диффуз перитонит билан зарарланган регионлари сонига бевосита боғлиқ бўлади. Мисол учун, агар патологик жараён қорин бўшлиғининг учта соҳасида тарқалган бўлса, беш каналли мослама ишлатилган. Қарама-қарши учи сариқ бўлган дренаж найча кўндаланг чамбар ичак тутқичининг илдизи остига ўрнатилса, қарама-қарши учи яшил бўлган дренаж трубкаси ингичка ичак тутқичининг илдизига ўрнатилади, қарама-қарши учлари қизил рангга бўялган дренаж найчалари тегишлича қорин бўшлиғининг перитонит билан зарарланган соҳаларига ўрнатилади. Поликаналли мослама микроирригаторларидан антибиотик эритмаси кўрин бўшлиғига юборилади.



**1-расм. Қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун поликаналли мосламанинг схематик кўриниши.**

1-поликаналли мослама; 2-ўнг ёнбош канал соҳасига ўрнатилган дренаж; 3- кичик чанок бўшлиғига ўрнатилган дренаж;

Мосламанинг ўзига хос хусусияти шуки, ҳар бир дренаж найчаси қорин бўшлиғидаги жойлашувга қараб турли хил рангларга эга бўлади. Бу эса бизга қорин бўшлиғининг зарарланган ҳудудига антибиотикларни мақсадли юбориш имконини беради. Сарик микроирригатор дренажнинг кўндаланг чамбар ичак тутқичи остида жойлашишини кўрсатса, яшил микроирригатор эса дренажнинг ингичка ичак тутқичининг илдизида жойлашганини билдиради. Ушбу дренажлар диффуз перитонит қамраган майдонидан қатъий назар ўрнатилади. Қизил микроирригаторлар қорин бўшлиғининг перитонит қамраган майдонларига жойлаштирилиб, уларнинг сони қорин бўшлиғининг қанча соҳасини перитонит жараёнига алоқадор эканлигини кўрсатади.

Беморларнинг иккинчи гуруҳидаги антибиотикотерапия усули назорат гуруҳи каби бир бўлди, фақат улардан фарқли ўларок, асосий гуруҳдаги беморларга антибиотиклар турли микроирригаторлар орқали юқорида айтиб ўтилганидек қорин бўшлиғининг зарарланган соҳаларига алоҳида-алоҳида киритилди. Кичик чанок бўшлиғи дренажлаш эса худди назорат гуруҳидаги беморлардаги каби амалга оширилди.

Текширилаётган беморларнинг оғирлигини объективлаштириш ва ўлимини кўрсатгичини тахмин қилиш учун перитонит натижасини тахмин қилувчи Мангейм индекси (ПМИ) ишлатилди (1-жадвал).

## Перитонит натижасини тахмин килувчи Мангейм индекси

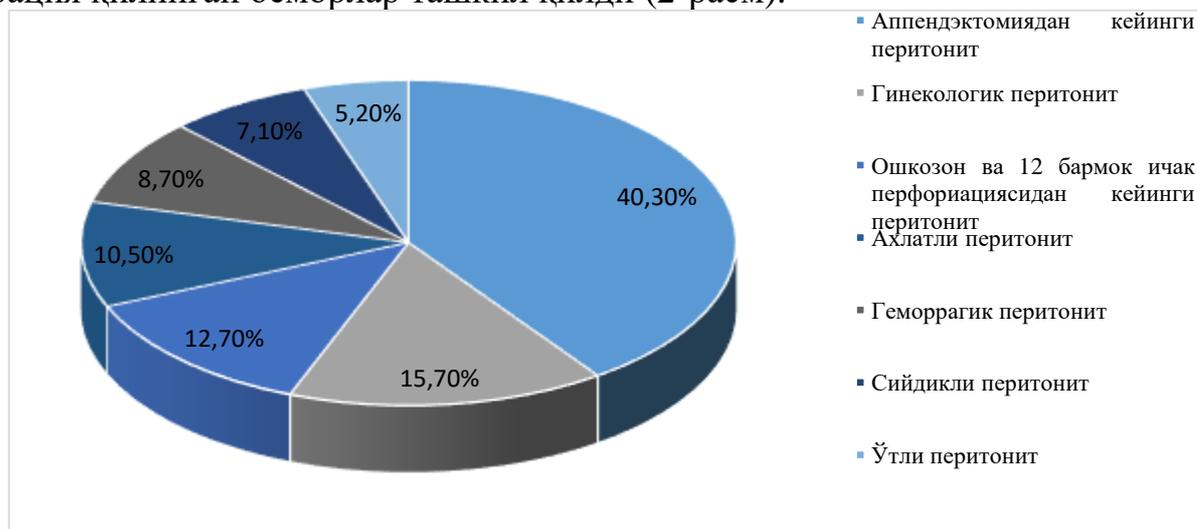
Хавф омили	Оғирликни баҳолаш, баллар	
50 ёшдан катталар	5	
Аёл жинси	5	
Органлар етишмовчилигининг мажудлиги	7	
Ёмон сифатли ўсманинг мажудлиги	4	
24 соатдан узоқ давом этган перитонит	4	
Перитонит манбасининг йўғон ичак билан алоқадорлиги	4	
Диффуз перитонит	6	
Шаффоф экссудат	0	
Йирингли-лойқа экссудат	6	
Ахлатли экссудат	12	
Степен оғирлик даражалари	Баллар	Ўлим
1 даража оғирлик	<21	2,30%
2 даража оғирлик	21-29	22,3
3 даража оғирлик	>29	59,10%

Ушбу индекс (MPI) ҳозирда перитонитнинг натижасини башорат қилиш ва баъзи ҳолларда жарроҳлик даволаш тактикасини аниқлаш учун энг кўп ишлатиладиган тизимдир. У бир қатор клиник кўрсаткичларни ўз ичига олади ва унинг якуний умумий балини ҳисоблаш осон, бироқ баҳолашни яқунлаш учун интероперацион маълумотлар керак бўлади. MPI интраабдоминал инфекциянинг оғирлиги, спецификлиги ва сезгирликни аниқлашда ва башоратини баҳолаш учун ишончли белгидир.

Диффуз перитонити бўлган I ва II таққослаш гуруҳларининг барча беморларига қабул қилинган кунида 1-2 соат давомида қисқа муддатли операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг бемор шошилиш операцияга олинди ва перитонит сабаби аниқланиб бартараф қилинди. Кейинги этапда санация, қорин бўшлиғини тафтиш қилиш, зарарланган ҳудуддан бактериологик текширув учун намуна олинди ва I-гуруҳ беморларига анъанавий усулда қорин бўшлиғига учта дренаж ўрнатилди. II-асосий гуруҳ беморларига эса юқоридагиларга қўшимча равишда, қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун биз томондан таклиф қилинган кўп каналли мосламадан фойдаланилди.

Диссертациянинг "**Диффуз перитонит билан оғриган беморларни анъанавий даволаш натижалари**" деб номланган учинчи бобида Когон шаҳар тиббиёт бирлашмаси шошилиш жарроҳлик бўлими ва РШТЎИМ Бухоро филиалида 2018-2024 йилларда даволанган турли этиологияли диффуз

перитонит билан касалланган I-гурух беморлари таҳлил қилинди. I-гурухга диффуз перитонит билан оғриган 57 нафар бемор киритилди. Этиологик омилга кўра, уларнинг 23 (40,3%) нафарида постапендикуляр перитонит, 9 (15,7%) нафар беморда гинекологик перитонит, 7 (12,7%) нафар беморда диффуз перитонит билан асоратланган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши, 6 (10,5%) нафар беморда ахлатли перитонит, 5 (8,7%) нафар беморлар геморрагик перитонит, 4 (7,1%) нафар беморлар сийдикли перитонит, 3 (5,2%) нафар ҳолларда беморлар билиар перитонит билан операция қилинган беморлар ташкил қилди (2-расм).



**2-расм. I-гурух беморларининг перитонитнинг этиологик омиллари бўйича тақсимланиши.**

Шуни таъкидлаш керакки, турли гуруҳларининг синхронлигини сақлаб қолиш мақсадида қандли диабет, СБЕ ва жигар циррози каби қўшимча касаллиги бор беморлар, шунингдек операциядан кейинги перитонит билан оғриган беморларда перитонит кечилишининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда тадқиқот гуруҳларига киритилмади.

Назорат гуруҳида ўткир диффуз перитонит билан оғриган 57 нафар бемордан 28 (49,1%) нафар бемор касаллик бошланганидан бошлаб биринчи кун давомида, 23 (40,3%) нафар бемор касалликнинг иккинчи кунда, яъни 48 соатгача, 6 (10,5%) нафар бемор касаллик бошланганидан уч кун ўтиб (72 соатгача) клиникага ётқизилган

I гуруҳнинг барча текширилган беморларида перитонитнинг характерли белгиларидан қоринда оғриқнинг кескин кучайиши, қорин олд девори мушакларининг таранглиги, қорин олд девори пальпациясида ўткир оғриқ борлиги ва Щёткин—Блумберг каби симптомлар кузатилди.

Бемор оғирлик ҳолатини объектив баҳолашда ва текширилган беморларда перитонитнинг натижасини тахмин қилишда муаллиф томонидан 11 та хавф омилидан иборат Мангейм перитонит индексидан (МПИ) фойдаланилган. Бунда индекснинг умумий қиймати 0 дан 53 баллгача бўлиши мумкин бўлиб, ҳар бир хавф омили 0 дан 12 гача баллгача баҳоланган. 29 баллдан юқори қиймат ҳалокатли натижа эҳтимолини тахмин қилади.

Мангейм индекси шкаласи бўйича назорат гуруҳида текширилган беморларнинг ўртача баллари 22,4 баллни ташкил этган.

Ташхис қўйишни тўғри таққослаш учун ўткир перитонит белгиларини симуляция қилувчи қўшимча касалликларнинг мавжудлиги ҳам ўрганилди. Зарурият бўлганда қорин бўшлиғини ултратовуш диагностикаси (УТИ), МСКТ ва рентген текшируви ва кўрсатмасига қараб диагностик лапароскопия ўтказилди. Лаборатория тадқиқотларидан қонда лейкоцитлар ва ЭҶТ, прокалцитонин ва С-реактив оксил, шунингдек ЛИИ каби организм интоксикациясини аниқлаш учун бошқа кўрсаткичлар эътибор қаратилди.



**3-расм. Ўрта – ўрта лапаротомия, кутарилувчи йўғон ичак перфорациясини тикиш, цекостома шакллантириш. Қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш операциясидан кейинги ҳолат.**

I-гуруҳдаги барча беморларга ташхис қўйиш учун шифохонага ётқизилган кунини объектив кўрув ва лаборатория текширувларидан ўтказилиб, кўрсатма бўлганда ултратовуш ва рентген текширувлари ўтказилди. Ўтказилган текширув натижаларига қараб беморларга ташхис қўйилгач қисқа муддатли (1-2 соат) операциядан олдинги тайёргарлиги ўтказилди ва физиологик эритма, минераллар ва қон реологиясини яхшилайдиган препаратлар ёрдамида инфузион, детоксификация терапия ўтказилди. Ушбу тадбирлардан сўнг умумий оғриқсизлантириш остида ўрта-ўрат лапаротомия, қорин бўшлиғи органларини тафтиш қилиш, перитонит сабабини ва перитонитнинг тарқалган соҳаларини аниқлашга доир чоратадбирлар ўтказилди. Кейинги жарроҳлик тадбирлари диффуз перитонит

манбасини йўқ қилиш, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлашга қаратилди. Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, қорин бўшлиғини дренажлаш перитонит сабабига ва қорин бўшлиғининг перитонитга алоқадор соҳалари локализациясига қараб урта силикон дренаж ўрнатиш билан амалга оширилди.

Операция учун кесимни аниқлашда перитонит сабаби ва патологик жараён локализация ҳисобга олинди. Агар керак бўлса, ўрта лапаротом кесим юқорига ёки пастга кенгайтирилди. 3-расмдан кўриниб турибдики, юқори – лапаротом кесим асосан 5 (71,4%) ҳолатда яъни ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларининг тешилиши ва 2 (66,6%) беморда ўтли перитонит операцияси учун қўлланилди.

Назорат гуруҳида 34 (59,6%) нафар бемор асосан паски-ўрта лапаротом кесимдан фойдаланилди. Улардан 21 нафар беморда аппендикуляр перитонит, 5 нафар беморда гинекологик перитонит, 4 нафар беморда ахлатли перитонит, 3 ҳолатда геморрагик перитонит ва 1 нафар беморда сийдикли перитонит аниқланди.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг 11 (19,2%) нафарида паски-ўрта лапаротом кесим қўлланилган, улардан аппендикуляр перитонит билан оғриган 2 нафар бемор, гинекологик перитонит билан оғриган 4 бемор, 2 ҳолатда ахлатли перитонит ва 3 нафар беморда сийдик перитонит аниқланган.

Юқори-ўрат лапаротом кесим перитонитнинг сабаби ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши бўлган 5 (8,7%) нафар беморларда, геморрагик перитонит билан 2 ҳолатда ва фақат бир ҳолатда ўтли перитонитда қўлланилган.

Назорат гуруҳидаги 57 нафар беморда операция жараёнида 23 (40,3%) нафар бемор деструктив аппендицит ташхиси билан операция ўтказилди. 9 (15,7%) нафар беморларда эктопик ҳомиладорликни бартараф этиш, 7 (12,2%) нафар беморларда тешилган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларисини тикиш (шундан юқоридаги патология аниқланган 5 нафар беморнинг 2 нафарида Жадду бўйича пилоропластика) операциялари ўтказилди.

6 (10,5%) нафар беморда зарарланган ичак деворини тикиш амалга оширилди (4 беморда йўғон ичак девори, 2 нафар беморда ингичка ичак девори). Геморрагик перитонит билан оғриган 9 нафар бемордан паренхимал органларнинг шикастланиши, жумладан 7 нафар беморда жигар шикастланиш туфайли, 2 ҳолатда исак тутқичнинг жароҳатланиши натижасида юзага келган ички қон кетиши кузатилган ва жароҳатлар тикилди.

Сийдик қопи девори шикастланган 4 (7,01%) нафар беморда сийдик пуфаги деворини тикиш амалга оширилди. 3 ҳолатда эса ўт пуфаги олиб ташланди (2 ҳолатда деструктив холецистит, битта ҳолатда ўт пуфаги деворининг шикастланиши).

Жарроҳлик операциясининг навбатдаги босқичи қорин бўшлиғининг инфекцияланган соҳасини санация қилиш бўлди. Шу билан бирга, биз қорин бўшлиғидаги мавжуд инфекциясини қорин парданинг соғлом соҳаларига тарқатмасликка ҳаракат қилинди. Бу учун, агар жараён кичик чанок

бўшлиғида бўлса, антисептик эритмаларнинг (физиологик эритма, фурацилин) кичик порцияси билан кичик чаноқ бўшлиғи ва жараёнга алоқадор бошқа соҳалар ювиб, қуритилди. Агар диффуз перитонит қорин бўшлиғининг ўрта ва юқори минтақаларида жойлашган бўлса, шикастланган жой қуруқ стерил тампонлар билан тозаланиб, кейинчалик антисептиклар билан намланган тампонлар билан тозаланди.

Шуни таъкидлаш керакки, назорат гуруҳидаги текширилган қорин пардадги яллиғланиш жараёни 57 нафар беморнинг 33 нафарида (57,8%) қорин бўшлиғининг учта соҳасига (В. С. Савелева. 2002), 18 (31,5%) нафар беморда тўртта соҳасига, 6 (10,5%) нафар беморнинг 5 нафарида анатомик соҳага тарқалганлиги кузатилди.

Назорат гуруҳидаги беморларда қорин бўшлиғи ажралмасининг табиати ўрганилганда 36 (63,1%) нафар беморда йирингли, 5 (8,7%) нафарида геморрагик, 3 (5,2%) нафарида ўтли, 13 (22,8%) нафарида эса сероз-лойқа ажралма борлиги аниқланди.

Перитонит сабаби ишончли бартараф этилганига ва қорин бўшлиғини санациясига тўлиқ ишонч ҳосил қилгандан сўнг, қорин бўшлиғи диаметри 0,5-0,8 см бўлган учта стерил силикон дренаж билан дренажланди. Қорин бўшлиғи зарарланишининг анатомик локализациясини ҳисобга олган ҳолда, юқориги дренаж ўнг олдинги қўлтиқ ости чизиғи (*linea axillaris anterior*) бўйлаб жигар ости соҳасига ўрнатилди. Пастки дренаж найчалари ўнг ёки чап ёнбош каналларга, чапдан пастки дренаж найчаси эса кичик чаноқ бўшлиғига ўрнатилди. Интероперацион ва операциядан кейинги даврнинг биринчи кунларида қорин бўшлиғи ажралмаси бактериологик текшируви натижалари аниқлангунга қадар Сулбактам+Цефоперазон ёрдамида эмпирик антибиотик терапияси ўтказилди. Антибиотикларга сезгирлик аниқлангандан сўнг, юқоридаги препаратлар ўрнига микрофлоранинг сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда антибиотиклар тавсия этилди. Шу билан бир қаторда операциядан олдин ўтказилган индивидиал мослик синама натижалари ҳам ҳисобга олинди. Операция операцион жароҳатни қаватма-қават тикиш билан якунланди.

Маълумки, ичак парезининг мавжудлиги ва ичак перистальтикасини тикланиши перитонит ҳолатини баҳолашнинг асосий мезонидир. Кузатувларда назорат гуруҳининг диффуз перитонит билан текширилган 57 беморнинг стационарга келган дастлабки кунда 40,3% беморда перистальтиканинг тўлиқ йўқлиги яъни ичак парезлари клиникасини аниқланди. Беморларнинг 59,7 % ида кучсиз ёки кучайган ичак перистальтикаси аниқланди. Операциядан кейинги даврда даволаш комплексига ичак перистальтикасини яхшиловчи чора-тадбирлар ҳам киритилди. Ичак перистальтикасини яхшилаш учун, кўрсатмага кўра, операциядан кейинги иккинчи кундан бошлаб кунига 1-2 мг прозерин суткасига 1-2 марта тери остига юбориб турилди. Паралитик ичак тутилиши кузатилган 23 нафар беморнинг 6 (26%) нафарида даволанишнинг иккинчи кунда ичак перистальтикаси тикланиши белгилари намоён бўлди, бу асосан

аускултацияда ичак перистальтикаси шовқинларининг пайдо булиши, газ ва нажас чиқиши билан намоён бўлди.

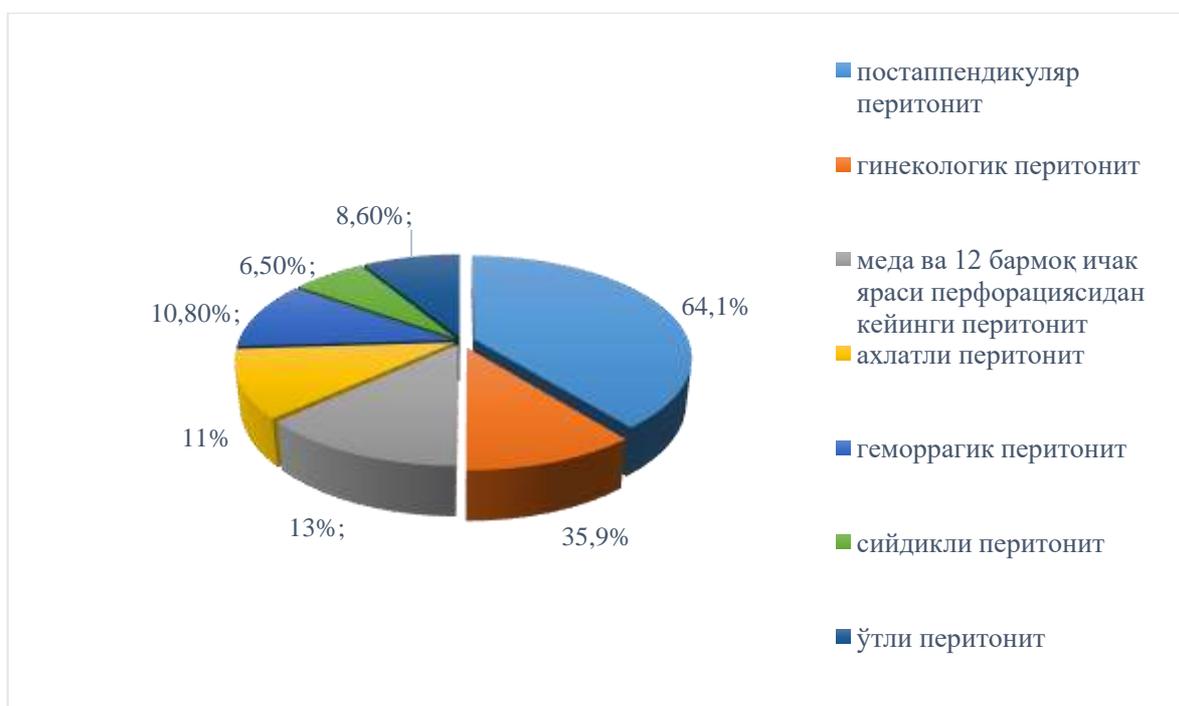
Динамикада даволанишнинг 5-кунига келиб, 23 нафар бемордан 19 нафарда (82,6%) ичак перистальтикаси тикланди. 4 (17,3%) нафар беморда, яъни назорат гуруҳи беморларининг 7,0 % ида ичак перистальтикаси даволанишнинг 5-кунига ҳам тикланмади. Динамик кузатув давомида операциядан кейинги 3-5 кунда ушбу беморларда операциядан кейинги секин кечувчи перитонит клиникаси аниқланди, уларга операциядан кейинги 3-4 кун ичида релапаратомия, қорин бўшлиғи санацияси ўтказилиб, тўртта дренаж билан дренажланди, ҳамда тегишлича перитонеал лаваж ва диализ ўтказилди.

Назорат гуруҳида текширилган 57 нафар беморнинг, 5 (8,7%) нафар беморда операциядан кейинги даврда операцион жароҳатнинг йиринглаши каби асорат кузатилди. Улардан иккита ҳолатда тери ости ёғ қатламидан серома оқиши кузатилган бўлса, 3 нафар беморда яллиғланган соҳа чоклари олингандан сўнг тери ости қатламидан йирингли ажралма чиқди. Тегишли маҳаллий санациядан сўнг (25% димексид эритмаси билан санация, левомекол малҳамини қўллаш) 2-3 кун ичида яра инфекциядан тозаланди ва жароҳат битиш жараёнининг иккинчи босқичига ўтди ва бу беморлар жароҳатига иккиламчи чоклар қўйилди. Назорат гуруҳидаги беморларни ўртача стационар даволаниш давомийлиги  $12,5 \pm 1,7$  кунни ташкил этди.

Диссертациянинг «**Диффуз перитонит билан оғриган беморларни қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун поликаналли мослама ёрдамида даволаш натижалари**» деб номланган тўртинчи бобда белгиланган мақсад ва вазифалардан келиб чиқиб, диффуз перитонит билан оғриган 46 нафар беморнинг анъанавий даволаш усулига қўшимча равишда қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун поликаналли мослама қўлланиб даволанган натижалари келтирилган,

II тадқиқот гуруҳига диффуз перитонит билан касалланган 46 нафар бемор киритилган. Этиологик омилга кўра, уларнинг 18 (39,1%) нафар постаппендикуляр перитонит, 5 (10,8%) нафар бемор гинекологик перитонит, 6 (13%) нафар бемор ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси тешилиши сабабли ривожланган диффуз перитонит, 5 (10,8%) нафар бемор ахлатли перитонит, 5 (10,8%) бемор геморрагик перитонит, 3 (6,5%) нафар бемор сийдик перитонити, 4 (8,6%) нафар бемор ўтли перитонит билан касаллангани аниқланган (5-расм).

II-гуруҳда комплекс даволаш чора-тадбирлари анъанавий даволаш усулига қўшимча қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун поликаналли мослама қўлланилгани билан назорат гуруҳидаги беморлардан фарқ қилди. Юқоридаги вазифаларни ҳал қилиш учун куплаб дренаж найчалар тизимини ўз ичига олган қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун фойдаланиладиган поликаналли мослама таклиф этилади.



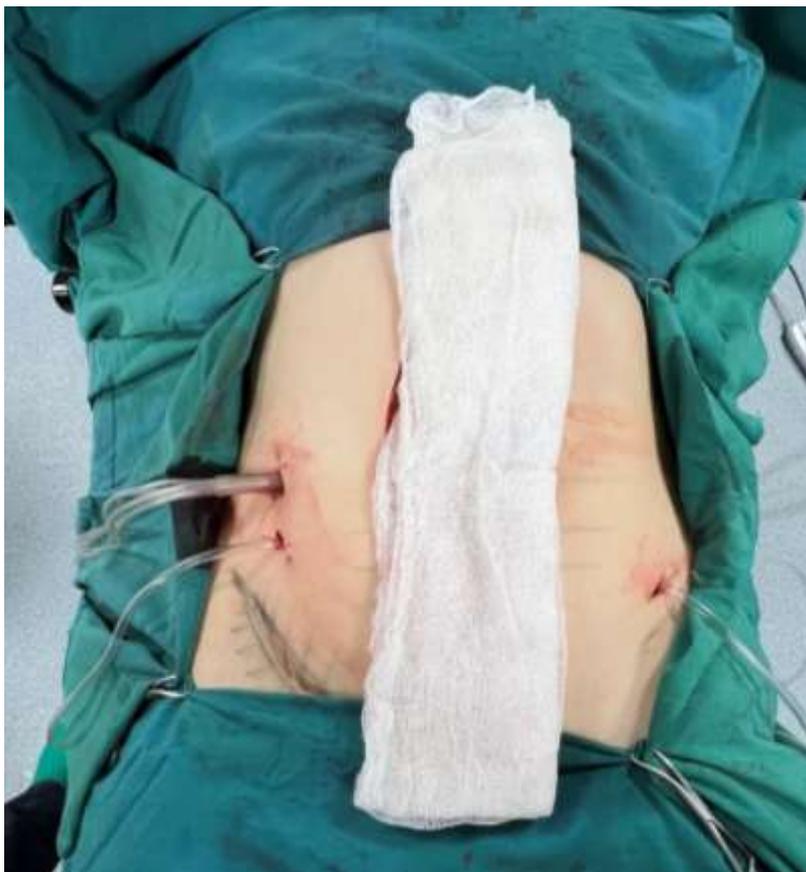
**4-расм. II-гурух беморларини перитонитнинг этиологик омиллари бўйича тақсимланиши.**

Қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун поликаналли мослама поливинилхлориддан иборат бешта эластик дренаж найчаларни ўз ичига олган бўлиб, уларнинг проксимал охирлари қопқоқли микроирригаторлар билан жиҳозланган, узунлиги 40 см гача ва ҳар бирини диаметри 0,2 смни ташкил қилади. Бу дренаж найчаларни қорин бўшлиғига киритиш ва фиксация қилишга ёрдам берувчи узунлиги 5 см, диаметри 1-1,5 см бўлган силикон найча (муфта) бирлаштириб туради, дренаж найчаларнинг дистал охирида овал шаклдаги қарши оқимни таъминловчи тешиклари мавжуд (5-расм).

Қиёслаш таҳлиллари шуни кўрсатадики, таклиф қилинган мослама илгари маълум бўлган прототипларда қуйидагилар билан фарқланди: мослама 40 см узунликдаги ва 0,2 см диаметри бешта эластик поливинилхлорид дренаж найчалар ва уларнинг учларига ўрнатилган қопқоқли микроирригаторлар билан жиҳозланган. Бу дренаж найчалар . узунлиги 5 см, диаметри 1,0-1,5 бўлган силикон найча ичида жойлашган, дистал охирларида овал шаклдаги қарши оқим тешикларига эга. Ушбу ўзига хос хусусиятлар янги техник ечимга эга бўлиш имконини яратди.

Дренаж найчаларнинг сони қорин бўшлиғини диффуз перитонит билан зарарланган регионлари сонига бевосита боғлиқ бўлди. Мисол учун, агар патологик жараён қорин бўшлиғининг учта соҳасида тарқалган бўлса, беш каналли мослама ишлатилди. Қарама-қарши учи сариқ бўлган дренаж найча кўндаланг чамбар ичак тутқичининг илдизи остига ўрнатилиб, қарама-қарши учи яшил бўлган дренаж трубкаси ингичка ичак тутқичининг илдизига ўрнатилди, қарама-қарши учлари қизил рангга бўялган дренаж найчалари

тегишлича қорин бўшлиғининг перитонит билан зарарланган соҳаларига ўрнатилди.



**5-расм. Қорин бўшлиғи санацияси учун мўлжалланган поликаналли мосламанинг умумий кўриниши.**

Операциядан кейинги даврда антибактериал воситалар юбориш учун мўлжалланган хар бир дренаж найчани аниқ локализациясини аниқлаш мақсадида дренаж найчалар тегишлича сариқ, яшил ва қизил рангларга буялди. Мосламанинг сариқ рангли дренаж найчаси қўндаланг чамбар ичак тутқичи остида жойлаштирилса, яшил рангли дренаж найча ингичка ичак тутқичининг илдизида жойлаштирилди. Ушбу дренажлар диффуз перитонит қамраган майдонидан қатъий назар ўрнатилди. Қизил рангли дренаж найчалар қорин бўшлиғининг перитонит билан зарарланган соҳаларига жойлаштирилди. Натижада кизил рангли дренаж найчалар сони бевосита қорин бўшлиғининг қанча соҳасини перитонит жараёнига алоқадор эканлигини кўрсатди. Иккинчи гуруҳ беморларда ўтказилган антибиотикотерапия назорат гуруҳидаги билан бир хил эди, аммо улардан фарқли ўлароқ, антибиотиклар қорин бўшлиғининг турли соҳаларида алоҳида жойлаштирилган дренаж найчаларининг микроирригаторлари орқали юборилди.

Асосий гуруҳдаги беморлар Мангейм индекс шкаласи бўйича ўрганилганда 29 (63%) нафар бемор биринчи даражали оғирлик, 13 (28,2%) нафар бемор иккинчи даражали оғирлик ва 4 (8,6%) нафар бемор учинчи даражали оғирлик синфига кирди.

II-гуруҳдаги барча беморларга олдинги гуруҳдаги каби қабул қилинган куни ташхис қўйиш учун объектив, лаборатор ва инструментал текширувлар (ултратовуш ва рентген текширувлари) ўтказилди. Шунингдек, ташхис қўйилгандан сўнг, операциядан олдинги қисқа муддатли (1-2 соат) тайёргарлик ўтказилди ва физиологик эритма, электролитлар билан инфузион терапия, кўрсатмага қараб 1 литр атрофида қон реологиясини яхшилайдиган препаратлар ёрдамида детоксикацион терапия ўтказилди. Кейинги босқичда умумий оғриқсизлантириш остида ўрта-ўрта лапаротомия қилиниб, қорин бўшлиғи органлари ревизия қилинди ва перитонит сабаби ва қорин бўшлиғида жараённи тарқалиши аниқланди.

Диффуз перитонитнинг сабаби бартараф этилгандан кейинги қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш этапи назорат гуруҳидан биз таклиф қилган поликаналли мослама ёрдамида қорин бўшлиғининг зарарланган жойларини дренажлаш усули билан фарқ қилди.

Дренаж найчалари асосан иккита мақсадда ишлатилди: қорин бўшлиғидан экссудатни эвакуация қилиш ва мақсадли равишда маҳаллий антибактериал терапияни амалга ошириш. Турли хил дренаж микроирригаторларидан ажралган ажралма табиати ва ҳажмини ҳисобга олган ҳолда, қорин бўшлиғининг зарарланган турли жойларидаги яллиғланиш жараёнининг динамикаси билвосита баҳоланди. Дренаж найчалари ажралмаси сифат ва миқдорий бактериологик текирилиб, микрофлоранинг қайси антибиотикларга сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда антибиотикотерапияниг тактикаси аниқланди.

Назорат гуруҳидаги беморлардан фарқли ўлароқ, асосий гуруҳдаги беморларга антибиотиклар юқоридаги усулда алоҳида-алоҳида турли микроирригаторлар орқали юборилди.

Операцион кесимлар перитонитнинг локализациясини ҳисобга олган ҳолда қўлланилди. Юқори-ўрта лапаротом кесим 4 (66,6%) ҳолатда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларини тешилиши ва 3 (75%) ҳолатда ўтли перитонит билан касалланган беморларда қўлланилди.

II гуруҳдаги 26 (56,5%) беморда ўрта-ўрта лапаротом кесим қўлланилди, жумладан аппендикуляр перитонит билан 17 нафар беморда, гинекологик перитонит билан 3 нафар беморда, ахлатли перитонит билан 3 та ҳолатда, геморрагик перитонит билан эса 3 нафар беморда кузатилди.

Назорат гуруҳининг 6 (13,0%) нафар беморда пастки-урта лапаротом кесим қўлланилди: булардан 1 нафар беморда аппендикуляр перитонит ва 3 нафар беморда сийдик перитонити мавжуд эди.

Тотал ўрта лапаротомия 7 (15,2%) нафар беморда қўлланилди, улардан 2 ҳолатда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши, 2 ҳолатда ахлатли ва геморрагик перитонит ва бир ҳолатда ўтли перитонит мавжуд эди.

Операциянинг перитонит манбасини бартараф этиш босқичида назорат гуруҳи 46 нафар беморининг, 18 (39,1%) нафарида деструктив аппендицитни бартараф этиш, 9 (15,7%) нафар беморда эктопик ҳомиладорликни бартараф этиш, 5 (10,8%) нафар беморда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишини тикиш, (4 нафар беморда тешилган ошқозон ярасини тикиш,

битта беморда Жадду бўйича ярани кесиш пилоропластикаси ёрдамида). амалиётлари бажарилди.

5 (10,8%) нафар беморда жароҳатланган ичак деворини тикиш амалга оширилди (3 беморда йўғон ичак девори, 2 нафар беморда ингичка ичак девори). Геморрагик перитонит билан оғриган 5 нафар бемордан 3 нафар беморда қорин бўшлиғи ичига қон кетишининг сабаби травма оқибатида паренхимал органларнинг жароҳатланиши бўлса, 2 ҳолатда ичак тутқичнинг йиртилиш бўлиб, бу жароҳатлар операция давомида тикилган. Сийдик пуфаги девори шикастланган 3 (6,5%) нафар беморда қовуқ жароҳатини тикиш амалга оширилган. Ўтли перитонит билан оғриган 4 нафар беморда ўт пуфаги олиб ташланган (3 ҳолатда деструктив холецистит, 1 ҳолатда ўтли перитонит).

Қорин бўшлиғини санация қилиш тартиби аввалги беморлар гуруҳидаги каби бажарилган. Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, бу тадбирлар қорин бўшлиғининг мавжуд инфекциясини қорин парданинг соғлом соҳаларига тарқатмасликка ҳаракат қилинган. Қорин бўшлиғида перитонит тарқалишини ўрганилганда (Б. Д. Савчук 1979),: патологик жараён асосий гуруҳдаги 46 нафар бемордан, 21 (45,6%) нафарида қорин бўшлиғининг 3 та соҳасига, 16 (34,7%) беморларда қорин бўшлиғининг тўрт соҳасига, 9 (19,5%) нафар беморда эса 5 нафар соҳасига тарқалганлиги аниқланди. Қорин бўшлиғидаги дренаж найчалардан олинган ажралма бактериологик текширилганда *Escherichia coli*— 37 (78,2%) ни, *Enterobacter* - 6 (13%) ни ва *Staphylococcus aureus*— 3 (6,5%) ташкил қилди. Беш ҳолатда эса микрофлоралар ассоциация тарзида аниқланган.

Ичак парезининг мавжудлиги ва ичак перисталтикасини тикланиш вақтини ўрганишда куйидагилар аниқланган:

II-гуруҳда ўрагилган диффуз перитонит билан оғриган 46 нафар беморда шифохонага қабул қилинган куни 47,8% нафар беморда ичаклар парези клиникада перисталтиканинг умуман йўқлиги кўринишида намоён бўлди. Беморларнинг 52,1 % да ичак перистальтикаси кучсиз ёки кучайган ҳолатда кузатилди. Операциядан кейинги даврда, комплекс даволаш фонида, ичак перисталтикасини яхшилаш мақсадида операциядан кейинги иккинчи кундан бошлаб тери остига 0,05% ли прозерин эритмаси 1-2 мг дан кунига 1-2 марта қилиб турилди.

Паралитик ичак тутилиши билан оғриган 22 нафар беморнинг 18 (81,8%) нафарида даволанишнинг иккинчи кунида ичак перистальтикаси тикланиши аломатлари кузатилди ва бу аускултацияда ичак перистальтикаси шовқинини эшитилиши, газ ва ахлат чиқиши билан намоён бўлди. Беморларнинг умумий аҳволи яхшиланиб, иштаҳанинг яхшиланиши кузатилди.

Динамикада, даволанишнинг 3-кунига келиб, 22 нафар беморнинг 21 нафари (97,9%) да ичак перисталтикаси тикланди. Даволашнинг 5-кунига келиб, II-гуруҳ беморларидан фарқли ўлароқ, асосий гуруҳнинг барча беморларида ичак перисталтикаси тикланди, бу перитонитни бартараф этилганлигини кўрсатди. Шуни таъкидлаш керакки, мазкур даврда (5-кун) асосий гуруҳ беморларида назорат гуруҳидаги беморлардан фарқли ўлароқ

фақат 91,2% беморда ичак перисталтикаси тикланди, 7-кунга келиб эса бу кўрсаткич 92,9% ташкил қилди. Комплекс даволаш фонидида кўндаланг чамбар ичак тутқичи илдизи ва ингичка ичак тутқичи илдизи ва қорин бўшлиғининг перитонитга алоқадор соҳаларига поликанал мослама ёрдамида антибиотикларни мақсадга мувофиқ киритилиши сабабли асосий гуруҳдаги беморлар орасида секин кечувчи тарқалган перитонит кўринишидаги асоратлар кузатилмади. Бу асорат назорат гуруҳидаги беморларнинг 7,0% кузатилган эди.

Операциядан кейинги даврда II-гуруҳнинг 1 (2,1%) нафар беморида операциядан кейинги даврда даволашнинг 3 кунда жароҳатнинг йиринглаши кузатилди. Бу жароҳат 25% димексид эритмаси ва левамиколь малҳами билан тегишли маҳаллий даволангандан кейин 5-6-кунга келиб жароҳат битишининг 2-чи босқичига ва кейинчалик эса 3-босқичига ўтиши кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморларда эса юқоридаги асорат беморларнинг 8,7 % ида кузатилган.

Асосий гуруҳда диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволашнинг биз томондан таклиф этилган усулидан фойдаланиш ҳисобига операциядан кейинги ичаклараро абсцесс асорати кузатилмаган.

Қорин бўшлиғи инфекциясидан тозалаш вақти назорат гуруҳида  $3,8 + 0,6$  кун бўлса, II-гуруҳ беморларида бу кўрсаткич назорат гуруҳидан фарқли ўлароқ 1 кунга қисқарган. II-гуруҳ беморларида ўлим кузатилмади ва стационар даволанишнинг ўртача вақти  $8,2 \pm 1,3$  кунни ташкил этди.

## ХУЛОСА

1. Диффуз перитонитни даволашнинг анъанавий усули операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши 8,7%, ичаклараро абсцесслар 5,26%, секин кечувчи тарқалган перитонитнинг ривожланиши 7,0% ва ўлим 3,5% каби асоратлар кўринишида бир қатор қониқарсиз натижаларга эга. Бунда беморларнинг стационар даволаниш кунлари ўртача  $12 \pm 1,7$  кунни ташкил қилган.

2. Қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун мўлжалланган поликаналли мосламадан фойдаланиш операциядан кейинги жароҳатларнинг йиринглаши 2,1% гача, ичаклараро абсцесслар 5,26% гача, секин кечувчи тарқалган перитонитнинг ривожланиши 7,0% гача ва ўлим кўрсаткичи 3,5% гача камаяди. Стационар даволаниш кунларининг ўртача давомийлиги  $8,2 \pm 1,3$  кунни ташкил қилади.

3. Диффуз перитонитни даволашда қорин бўшлиғига антибактериал воситаларни юбориш учун поликаналли мосламадан фойдаланиш кўндаланг чамбар тутқичи ости, ингичка ичак тутқичининг илдизи ва қорин бўшлиғининг ҳар бир перитонит ҳисобига зарарланган соҳаларини алоҳида-алоҳида дренажланишига, ҳамда анъанавий даволаш усулига қараганда операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичини камайишига ёрдам беради.

4. Диффуз перитонитни даволашда ананавий усулдаги юқориги дренаж ўрнига поликаналли дренаж мосламасидан фойдаланиш қорин бўшлиғининг перитонит билан зарарланган соҳаларини, кўндаланг чамбар ичак тутқичи ости ва ингичка ичак тутқичи илдизи соҳасини алоҳида-алоҳида дренажлаш, шунингдек турли хил рангдаги микроирригаторлар орқали ҳар бир дренаж найчанинг жойлашган соҳасини ҳисобга олиб антибактериал воситаларини мақсадли юборишнинг мақбул ва такомиллаштирилган даволаш усули ҳисобланади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03  
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**РАЖАБОВ ВОХИД БАФОЕВИЧ**

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С  
ДИФФУЗНЫМ ПЕРИТОНИТОМ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ  
ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**БУХАРА– 2025**

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инновации Республики Узбекистан за №B2024.3.PhD/Tib4338.

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Научный руководитель**

**Сафоев Бакодир Барноевич**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты**

**Рузибоев Санжар Абдусаломович**  
доктор медицинских наук, доцент

**Сараев Алишер Рахматуллоевич**  
доктор медицинских наук, профессор  
(Республика Таджикистан)

**Ведущая организация**

**Республиканский специализированный центр  
хирургии имени академика В.Вахидова**

Защита диссертации состоится «6» Мая 2025 г. в 12<sup>30</sup> часов на заседании Южного совета DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, улица Гиждуванская, 23, Тел./факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru.)

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована № 29). Адрес: 200118, г. Бухара, улица Гиждуванская, 23, 1, Тел./факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «25» апреля 2025 года.

(реестр протокола рассылки № 21 от 25 апреля 2025 года).



**Ш.Т.Уроков**

Председатель Научного Совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Н.Н.Казакова**

Ученый секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук(Dsc), доцент

**Б.З.Хамдамов**

Председатель Научного семинара при Научном Совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность проблемы и востребованность темы диссертации.** Всем мире, несмотря на внедрение новых и совершенствование существующих методов хирургического лечения, использование обширного арсенала средств интенсивной терапии, летальность при распространённом перитоните сохраняется на высоком уровне. Актуальным остаётся вопрос адекватной интра- и послеоперационной санации брюшной полости как основного элемента детоксикации. С этой целью предлагают использовать различные методы: «...от простого дренирования брюшной полости и перитонеального лаважа, до лапаростомии и программированной релапаротомии...»<sup>1</sup>. В лечении распространённого перитонита последним двум вариантам в настоящее время отдают предпочтение. Они позволяют не только эффективно санировать брюшную полость, но и контролировать течение перитонита.

За каждое последнее десятилетие число больных увеличивается примерно в два раза. В последние годы внимание хирургов перенесено на углублённое изучение патогенеза перитонита с целью разработки эффективных методов его лечения. Несмотря на то, что уже в течение более 100 лет проблеме перитонита уделяется самое большое внимание со стороны хирургов всего мира, летальность при разлитом гнойном перитоните остается практически неизменной и колеблется от 4,5% до 58% и выше. При тяжелых формах перитонита смертность может увеличиться больше, чем 30-50%. Параллельное развитие сепсиса, септического шока, полиорганной недостаточности увеличивает летальность до уровня 70% и более. На основе исследований было выяснено, что вне зависимости от формы перитонита, наиболее эффективным методом его лечения является хирургическое вмешательство.

В нашей стране реализуются меры, направленные на совершенствование системы здравоохранения, совершенствование лечения заболеваний с использованием высокотехнологичных клиничко-иммунологических методов, повышение эффективности и качества медицинской помощи населению. последние годы в нашей стране качественно улучшился уровень медицинской помощи населению, проводятся адресные, широкомасштабные мероприятия по эффективному лечению заболеваний. В настоящее время, в соответствии с новой Стратегией развития Узбекистана на 2022-2026 годы, в целях создания на основе принципа «одного шага» первичной медицинской помощи в регионах решаются такие задачи, как «...расширение возможностей оказания дистанционной медицинское обслуживание населения с использованием современных информационных технологий...»<sup>2</sup>. Исходя из этого, становится актуальным углубление научных исследований по разработке современных

---

<sup>1</sup> Распространенный гнойный перитонит: актуальные вопросы трактовки тяжести состояния пациентов и выбора хирургической тактики / А.М. Карсанов, С.С. Маскин, Т.В. Дербенцева. - Текст: непосредственный // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2020. – № 8. – С. 173–178.

<sup>2</sup>Указ Президента Республики Узбекистан УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы».

высокоэффективных методов диагностики и лечения пациентов с диффузным перитонитом.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года УП-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы» в Постановлениях от 25 мая 2021 года ПП-5124 «О дополнительных мерах по комплексному развитию сферы здравоохранения» и ПП-215 от 25 апреля 2022 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики.** Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики V1. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** В исследованиях последних лет ведущая роль в хирургическом лечении тяжелых форм распространенного гнойного перитонита отводится программным санациям брюшной полости. (Карсанов, А.М. и соав., 2020).

Частота применения программных санаций в лечении распространенного перитонита, а также летальность при их выполнении значительно колеблется в разных клиниках, составляя 16,7-71,6%, что свидетельствует о неоднозначном подходе хирургов к определению показаний к программным санациям. В настоящее время не до конца определены некоторые тактические и технические аспекты выполнения программных санаций брюшной полости. Единые показания к программным санациям при распространенном гнойном перитоните на сегодняшний день не разработаны, хотя в ряде исследований делаются попытки создания алгоритма для уменьшения числа эмпирических решений. При этом ведущими признаками в определении показаний к программным санациям брюшной полости большинство хирургов считают исходные интраоперационные данные (Асраров А.А. и соав., 2013).

В целях совершенствования и формализации показаний к применению этапных хирургических технологий многие клиники пользуются различными системами и алгоритмами интегральной оценки тяжести состояния пациента, характера и объема поражения органов брюшной полости. Многие авторы предпочитают пользоваться Мангеймским перитонеальным индексом. Однако, несмотря на простоту количественной оценки Мангеймского перитонеального индекса, он предусмотрен в основном для прогнозирования летального исхода и не может быть применен для динамического контроля течения заболевания (Каримов Ш.И., 2016).

Частота возникновения абдоминального сепсиса у больных с распространенным перитонитом, с учетом представленной концепции, составляет не менее 20%. Показатель летальности при этом достигает 38-67%, возрастая при развитии инфекционно-токсического шока до 86,4-90,9%. Представленные данные свидетельствуют о тяжести и чрезвычайной актуальности исследуемой патологии (А.Н. Бадасян и соав., 2019).

Важнейшим звеном в патогенезе распространенного перитонита считается динамическая кишечная непроходимость с развитием синдрома кишечной недостаточности, для борьбы с которой применяются различные способы интубации кишечника. В настоящее время считается, что преимущество выбора следует оставлять за неинвазивными методами декомпрессии кишечника, среди которых назоинтестинальная интубация является предпочтительной. Результаты использования интубации тонкой кишки при распространенном перитоните, в основном, благоприятны, но в работах разных авторов также прослеживается довольно широкий «разброс» цифр летальности от 13,9 до 64,7% что говорит о неоднозначности проблемы и служит поводом к дополнительному изучению вопроса декомпрессии кишечника при распространенном перитоните (Ю.С. Винник и соав., 2019)

С этой точки зрения, объяснение данной патологии клинически, прогнозирование развития заболевания, разработка комплексных, индивидуализированных методов его лечения и лечебно-профилактических мероприятий считаются одной из актуальных проблем современности.

**Связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ высшего учебного заведения.** Выполнение настоящей диссертационной работы запланировано в соответствии с планом научно-исследовательских работ (09.2024.PhD.202) Бухарского государственного медицинского института и темой «Раннее выявление, диагностика, разработка новых методов лечения и профилактики патологических состояний, влияющих на здоровье населения Бухарского региона в пост-COVID-19 периоде» (2022-2026 гг.)».

**Целью данного исследования** является улучшение результатов лечения больных с диффузным перитонитом, путем разработки оптимального метода дренирования брюшной полости.

**Задачи исследования:**

ретроспективный анализ результатов традиционного лечения диффузного перитонита;

изучить результаты лечения больных с диффузным перитонитом при применении усовершенствованного метода дренирования брюшной полости;

провести сравнительную оценку результатов лечения больных контрольной и основной группы;

на основе анализа полученных результатов лечения различных групп больных, разработать оптимальные методы хирургического лечения больных с диффузным перитонитом.

**Объектом исследования** явились 103 больных с диффузным перитонитом различной этиологии, находившихся на лечении в отделении экстренной хирургии Каганского городского медицинского объединения и Бухарского филиала РНЦЭМП 2018-2024 гг.

**Предметом исследования** является разработка поликанального устройства для введения антибактериальных препаратов в брюшную полость при лечении больных с диффузным перитонитом.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовано лабораторные, клинико-инструментальные,

рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические методы исследования, показателей интоксикации и динамика биохимических показателей.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

установлено, что традиционные методы санации брюшной полости при лечении диффузного перитонита не оказывают полноценного положительного влияния на скорейшее устранение инфекции;

разработано впервые и внедрено в практику усовершенствованное поликанальное устройство для введения антибактериальных препаратов в брюшную полость на хирургическом этапе лечения диффузного перитонита, которое является более эффективным по сравнению с традиционными методами дренирования брюшной полости;

доказано, методом сравнительного анализа статистически значимая эффективность нового усовершенствованного метода дренирования брюшной полости по сравнению с традиционными способами лечения диффузного перитонита;

доказано, что на этапе хирургического лечения диффузного перитонита с применением метода установки микроирригаторов поликанальное устройство, с учётом анатомических особенностей брюшной полости для полного охвата воспалённых участков брюшины, положительно влияет на результаты лечения, способствуя снижению частоты осложнений и летальности, ускорению ликвидации перитонита и сокращению сроков стационарного лечения.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

установлено, что применение поликанального дренажа является эффективным способом лечения диффузного перитонита;

доказано, применение нами разработанного поликанального дренажа, показано при хирургическом лечении больных с диффузным перитонитом;

разработан оптимальный метод лечения больных с диффузным перитонитом;

применение поликанального дренажа способствует ускорению сроков очищения брюшной полости от инфекции и восстановлению перистальтики кишечника, тем самым ускоряет сроки купирования перитонита, что способствует сокращению сроков лечения на 3-4 дня при лечении больных диффузным перитонитом.

**Достоверность результатов исследования.** Использование современных методов и подходов в исследовательской работе, соответствие теоретических данных с полученными результатами, методологическая правильность проведенных обследований, адекватность количества больных, применение клинических, лабораторных, инструментальных, статистических методов исследования, клинических особенностей возникновения диффузного перитонита, а также усовершенствование методов их диагностики и лечения. Совершенствуется тактика, результаты исследований сравниваются с международными и отечественными исследованиями, заключение строится на основании подтверждения полученных результатов

компетентными структурами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

### **Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей лечения больных с диффузным перитонитом. Разработано и определена эффективность применения поликанального дренажа при лечении больных диффузным перитонитом в клинической практике. Разработан оптимальный способ применения поликанального дренажа как метод лечения больных с диффузным перитонитом различной этиологией.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработан оптимальный способ лечения больных с диффузным перитонитом с целью ускорения сроков очищения от инфекции брюшной полости. Применение поликанального дренажа способствует ускорению сроков купированию перитонита и тем самым приводит к уменьшению осложнения и сокращению сроков стационарного лечения.

**Внедрение результатов исследования.** Согласно заключению № 06/90 научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 25 сентября 2024 года о внедрении результатов научно-исследовательских работ в практику:

*первая научная новизна:* установлено, что традиционные методы санации брюшной полости при лечении диффузного перитонита не оказывают полноценного положительного влияния на скорейшее устранение инфекции. *Значимость научной новизны:* за счет введения антибактериальных препаратов в брюшную полость через поликанальное устройство значительно снижены такие осложнения, как нагноение раны, межкишечные абсцессы, переход диффузного перитонита в вялотекущий распространённый перитонит. *Внедрение в практику:* полученные научно-практические данные были внедрены в практику Бухарским филиалом РНЦЭМП (приказ №42 от 05.04.2024 года) и Каганским городским медицинским объединением (приказ №2332-2-208-ТВ/2024 от 15.07.2024 года). *Социальная эффективность:* применение данного нового метода лечения способствовало снижению количества осложнений, улучшению качества лечения и снижению риска летального исхода у пациентов. *Экономическая эффективность:* средняя продолжительность пребывания пациентов в больнице была сокращена на 3-4 дня, что привело к экономии 480000 сумов бюджетных средств и 150000 сумов внебюджетных средств на одного пациента. *Заключение:* с помощью исследования недостатков традиционных методов лечения у пациентов с диффузным перитонитом позволило уменьшить количество осложнений, сократить среднее количество дней лечения и время очищения брюшной полости от инфекции, так же улучшить результаты лечения.

*Вторая научная новизна:* разработано впервые и внедрено в практику усовершенствованное поликанальное устройство для введения антибактериальных препаратов в брюшную полость на хирургическом этапе

лечения диффузного перитонита, которое является более эффективным по сравнению с традиционными методами дренирования брюшной полости. *Значимость научной новизны:* полученные результаты имеют самостоятельное теоретическое значение, так как вносят значительный вклад в целевое введение антибактериальных средств в труднодоступные области брюшной полости. *Внедрение в практику:* полученные научно-практические данные были внедрены в практику Бухарским филиалом РНЦЭМП (приказ №42 от 05.04.2024 года) и Каганским городским медицинским объединением (приказ №2332-2-208-ТВ/2024 от 15.07.2024 года). *Социальная эффективность:* на фоне нового метода лечения пациенты вернулись к обычному образу жизни в ранние сроки. *Экономическая эффективность:* средняя продолжительность пребывания пациентов в больнице была сокращена на 3-4 дня, что привело к экономии 480000 сумов бюджетных средств и 150000 сумов внебюджетных средств на одного пациента. *Заключение:* усовершенствованное поликанальное устройство для введения антибактериальных средств в брюшную полость оказало положительное влияние на лечение больных диффузным перитонитом.

*Третья научная новизна:* доказано, методом сравнительного анализа статистически значимая эффективность нового усовершенствованного метода дренирования брюшной полости по сравнению с традиционными способами лечения диффузного перитонита. *Значимость научной новизны:* в результате введения антибактериальных препаратов в брюшную полость с использованием поликанального устройства показало эффективность в виде сокращения времени очищения брюшной полости от инфекции и ускорения восстановления перистальтики кишечника. *Внедрение в практику:* полученные научно-практические данные были внедрены в практику Бухарским филиалом РНЦЭМП (приказ №42 от 05.04.2024 года) и Каганским городским медицинским объединением (приказ №2332-2-208-ТВ/2024 от 15.07.2024 года). *Социальная эффективность:* введение антибактериальных средств в брюшную полость с использованием поликанального устройства способствовало эффективному лечению пациентов с диффузным перитонитом и снижению риска развития осложнений. *Экономическая эффективность:* средняя продолжительность пребывания пациентов в больнице была сокращена на 3-4 дня, что привело к экономии 480000 сумов бюджетных средств и 150000 сумов внебюджетных средств на одного пациента. *Заключение:* использование поликанального устройства на этапе операции при лечении больных с диффузным перитонитом позволило дренировать пространство под поперечной ободочной кишкой, корень брыжейки тонкой кишки и каждые пораженные участки брюшной полости по отдельности, это способствовало снижению послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с традиционными методами лечения.

*четвертая научная новизна:* доказано, что на этапе хирургического лечения диффузного перитонита с применением метода установки микроирригаторов поликанальное устройство, с учётом анатомических особенностей брюшной полости для полного охвата воспалённых участков брюшины, положительно влияет на результаты лечения, способствуя

снижению частоты осложнений и летальности, ускорению ликвидации перитонита и сокращению сроков стационарного лечения. *Значимость научной новизны:* доказано, что целенаправленное введение антибактериальных средств каждые 5-6 часов через микроирригаторы поликанального устройства в под поперечную ободочную кишку, корень брыжейки тонкой кишки и другие пораженные области брюшной полости, является эффективным методом лечения. *Внедрение научной новизны в практику:* полученные научно-практические данные были внедрены в практику Бухарским филиалом РНЦЭМП (приказ №42 от 05.04.2024 года) и Каганским городским медицинским объединением (приказ №2332-2-208-ТВ/2024 от 15.07.2024 года). *Социальная эффективность:* разработанный метод лечения позволил существенно снизить процент осложнений, повысить качество лечения и сократить сроки выздоровления больных. *Экономическая эффективность:* средняя продолжительность пребывания пациентов в больнице была сокращена на 3-4 дня, что привело к экономии 480000 сумов бюджетных средств и 150000 сумов внебюджетных средств на одного пациента. *Заключение:* применение поликанального устройства на хирургическом этапе лечения диффузного перитонита повысило значимость научной новизны, а внедрение этого метода в практику положительно повлияло на экономическую и социальную эффективность научной работы.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе на 3 международных и 1 республиканских научно-практических конференции.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, из которых 6 журнальных статей, в том числе 4 - в республиканских и 2 - в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 109 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснована актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цели и задачи, а также объект и предмет исследования, приведено соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, изложены научная новизна и практические результаты исследований, раскрыты теоретическая и практическая значимость полученных результатов, обоснована достоверность полученных данных, даны сведения по внедрению результатов исследований в практику, опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современные представления о проблеме перитонита (обзор литературы)**» изложен обзор литературы, в котором

отражены опыт ведущих отечественных, российских и зарубежных исследователей. Глава посвящена обзору и анализу литературных источников по теме диссертации. В этой главе отражаются материалы результатов исследований различных авторов, посвященные современным взглядам этиологии, патогенезу, классификации, клинике и современных методов лечения перитонита. Обзор написан довольно хорошим литературным языком. Анализируемый материал в первой главе достаточен для определения нерешенных вопросов по теме диссертационной работы.

В последующих главах описаны данные и обсуждения собственных исследований в иллюстрированных таблицах, рисунках и дополнительных клинических примерах.

Во второй главе диссертации **«Материал, методы исследования и лечения»** представлены клиническая характеристика больных, материал исследования, методологические подходы и методы, обеспечивающие решение поставленной проблемы.

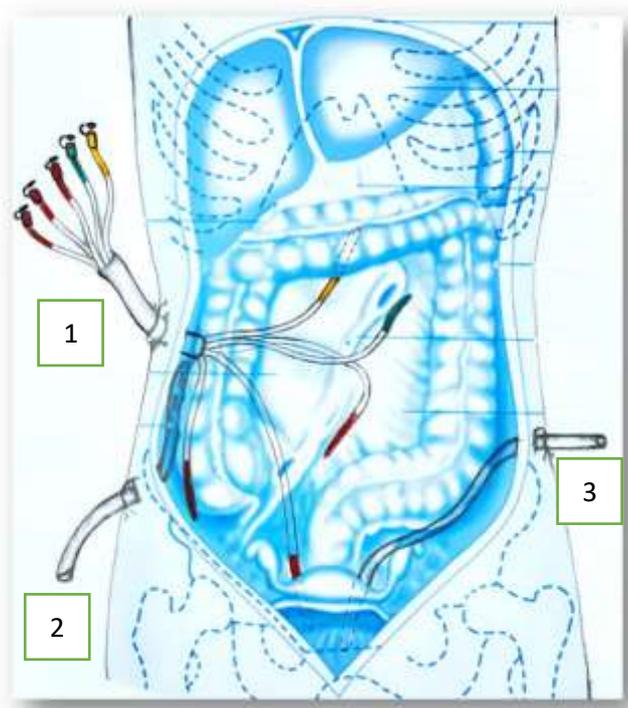
Проанализированы данные обследования и лечения 103 больных с диффузным перитонитом различной этиологии, находившихся на лечении в отделении экстренной хирургии Каганского городского медицинского объединения и Бухарского филиала РНЦЭМП 2018-2024 гг.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы: I – группа сравнения и II – основная. I – контрольную группу составили 57 больных диффузным перитонитом получавшие в стационаре традиционные методы лечения в период 2018-2024 г.

Больным I группы сравнения после ликвидации очага поражения и санации, проводились дренирование брюшной полости с силиконовой дренажной трубкой размером просвета 0,7-0,8 см из трех точек с тремя дренажами. Первая верхняя дренажная трубка с учетом локализации патологического очага перитонита установлен в правые или левые подреберья. Дистальный конец дренажа с 2-3 отверстиями в боковых стенках установили в подпечёночную область. Две нижние дренажи установлены с учетом локализации патологического очага в правый или левый боковой канал и в дно малого таза. Дренажные трубки в послеоперационном периоде использовали с целью визуального контроля, характера и объёма выделения из брюшной полости. Динамически проводились бактериологические качественные и количественные исследования из выделения дренажа с целью диагностики и определения тактики проведения антибиотикотерапии. В послеоперационном периоде с учётом антибиотикочувствительности выявленной микрофлоры ежедневно по показаниям через верхнюю дренажную трубку вводились антисептики 3-6 раза в сутки. До выявления чувствительности микрофлоры как эмпирическая антибиотикотерапия использовали Сулбактам+Цефоперазон 1,0 x 2 раза в сутки. Так как по нашим данным в нашем регионе в большинстве случаев патогенные микрофлоры проявляют чувствительность к этому антибиотику (до 70%).

В отличие от контрольной группы, всем больным II группы при дренировании брюшной полости на место верхнего однопросветного дренажа интраоперационно использовано поликанальное устройство для введения

антибактериальных препаратов в брюшную полость. Поликанальное устройство для введения антибактериальных препаратов в брюшную полость, содержащее систему дренажей, отличающихся тем, что система снабжена микроирригаторами с колпачками, установленными на концах пяти эластичных дренажных трубок из поливинилхлорида, длиной до 40 см и диаметром просвета до 0,2 см, которые размещены с выходом наружу во внутреннем просвете силиконовой трубки длиной 5 см и диаметром просвета 1-1,5 см, дренажные трубки на дистальном конце имеют противоточные отверстия овальной формы (Рис. 1)



**Рис. 1. Общий вид поликанальное устройство для введения антибактериальных препаратов в брюшную полость.**

1-поликанальное устройство; 2-дренажная трубка в области правом боковым канале; 3-дренажная трубка в полости малого таза.

Количество дренажных ходов зависит от площади распространения диффузного перитонита. Например, если процесс распространен в трех областях брюшной полости, использовали пятиканальную дренажную трубку. Дренажную трубку, противоположный конец которой имеет желтый цвет, устанавливают под корнем брыжейки поперечно-ободочной кишки, дренажную трубку, противоположный конец которой имеет зеленый цвет, устанавливают у корня брыжейки тонкого кишечника, дренажные трубки, противоположные концы которых имеют красный цвет, устанавливают на области, пораженные перитонитом. поликанального устройства, вводят раствор антибиотика.

Как отличительная особенность, каждая дренажная трубка имела различные цвета, в зависимости от расположения в брюшной полости. Это позволяет нам ввести антибиотиков в зону поражения брюшной полости.

Микроирригатор желтого цвета указывает расположение дренажа под брыжейкой поперечно-ободочной кишки, микроирригатор зеленого цвета расположен у корня брыжейки тонкого кишечника. Эти дренажи устанавливаются вне зависимости от области диффузного перитонита. Микроирригаторы красного цвета расположены в зону поражения брюшной полости. Количество микроирригаторов красного цвета указывают на то, что сколько областей брюшной полости вовлечены в процесс перитонита.

Методика антибиотикотерапии второй группы больных было идентичным как в контрольной группе, но, в отличии от них антибиотики в основной группе ввели через различные микроирригаторы отдельно на вышеуказанные области брюшной полости. Дренирование области малого таза выполнена аналогично как у контрольной группы больных.

Для объективизации тяжести и прогнозирования летальности обследованных пациентов использовали Мангеймский индекс прогнозирования исхода перитонита (MPI) (таб. 1).

**Таблица 1.**

**Мангеймский индекс прогнозирования исхода перитонита**

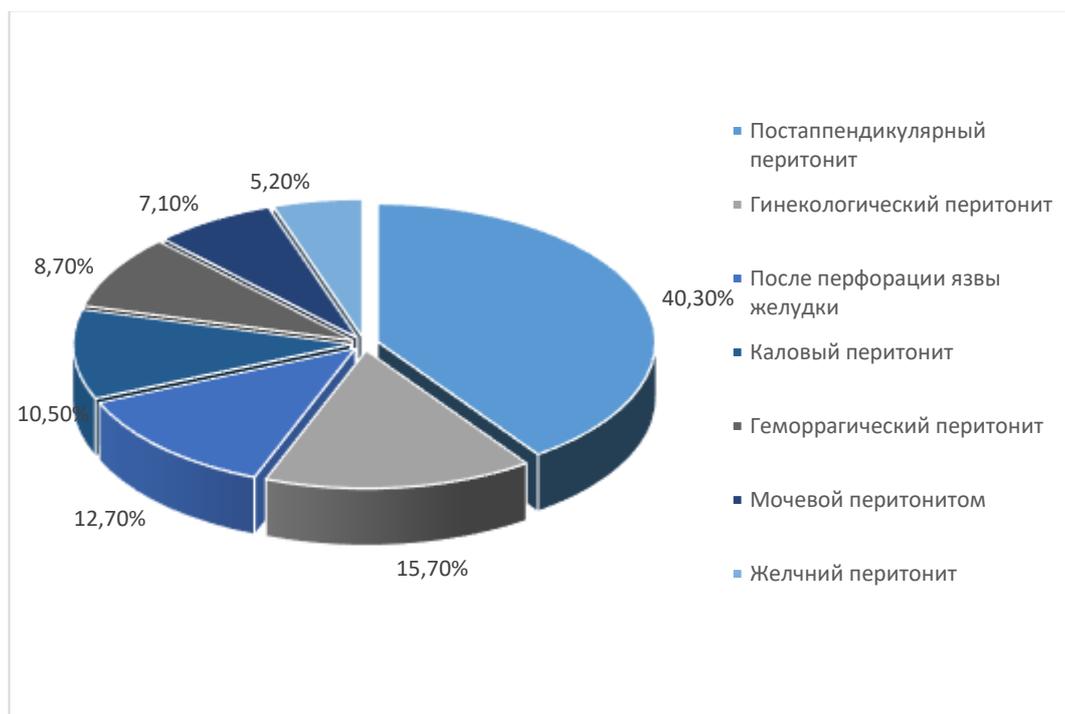
<b>Фактор риска</b>	<b>Оценка тяжести, баллы</b>	
Возраст старше 50 лет	5	
Женский пол	5	
Наличие органной недостаточности	7	
Наличие злокачественной опухоли	4	
Продолжительность перитонита более 24 часов	4	
Толстая кишка как источник перитонита	4	
Перитонит диффузный	6	
Экссудат прозрачный	0	
Экссудат мутно-гнилостный	6	
Экссудат каловы	12	
<b>Степень тяжести</b>	<b>Баллы</b>	<b>Летальность</b>
1 степень тяжести	<21	2,30%
2 степень тяжести	21-29	22,3
3 степень тяжести	>29	59,10%

Данный индекс (MPI) в настоящее время наиболее часто используемая система для прогноза исхода перитонита, а в некоторых случаях и для определения хирургической тактики лечения. Она включает ряд клинических показателей, и ее итоговый общий балл легко рассчитать. Однако для завершения оценки нужны интраоперативные данные. MPI является надежным маркером для оценки тяжести и прогноза интраабдоминальной инфекции с чувствительностью и специфичностью.

Всем больным диффузным перитонитом I и II группы сравнения в день поступления после кратковременной предоперационной подготовки в течении

1-2 часов в экстренном порядке выполнена операция направленная к уточнению и ликвидации источника перитонита, последующая санация, ревизия брюшной полости, набор жидкости от поражённой участка для бактериологического исследования, далее традиционное дренирование брюшной полости с тремя дренажами у I группы больных, а II основную группу в дополнение к этому использовали нами разработанное поликанальное устройство для введения антибактериальных препаратов в брюшную полость.

В третьей главе диссертации «**Результаты традиционного лечения больных с диффузным перитонитом**» проанализировано больные I группы с диффузным перитонитом различной этиологии, находившихся на лечении в отделении экстренной хирургии Каганского городского медицинского объединения и Бухарского филиала РНЦЭМП 2018-2024 гг. В I группу входили 57 больных с диффузным перитонитом. По этиологическому фактору из них 23 (40,3%) были постаппендикулярный перитонит, 9 (15,7%) пациентов были гинекологическим перитонитом, 7 (12,7%) больные поступили с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки осложненной диффузным перитонитом, у 6 (10,5%) больных отмечался каловый перитонит, у 5 (8,7%) больных геморрагический перитонит, 4 (7,1%) больных поступили с мочевым перитонитом, в 3 (5,2%) наблюдениях пациенты были с желчным перитонитом (Рис. 2).



**Рис. 2. Распределение больных I группы по этиологическим факторам перитонита.**

Следует отметить, для сохранения синхронности различных группы больных, с учётом особенности течения перитонита больных сопутствующими заболеваниями таких как сахарном диабетом, ХПН и цирроза печени, а также больные послеоперационным перитонитом не включены в группы исследования.

Из 57 обследованных больных острым диффузным перитонитом контрольной группы, 28 (49,1%) больных поступили в течении первых суток от начала заболевания, 23 (40,3%) больных на вторые сутки в течении 48 часов от начала заболевания и 6 (10,5%) больных поступили в клинику в течении трех суток (до 72 часов.) от начала заболевания.

Характерные симптомы для перитонита резкая усиливающаяся боль в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при надавливании на переднюю брюшную стенку и симптом Щёткина — Блюмберга наблюдались у всех обследованных больных I группы.

При объективной оценке тяжести состояния и прогнозирования исхода перитонита у обследованных больных мы использовали Мангеймский индекс перитонита (МИП), который состоит из 11 факторов риска, оценки в баллах от 0 до 12, при этом значения индекса могут находиться в пределах от 0 до 53 баллов. Значение выше 29 баллов предсказывает вероятность летального исхода. Средний балл обследованных больных контрольной группы по шкале Мангеймского индекса составляло 22,4 баллов.

Для точного дифференциального диагноза изучались наличия сопутствующих заболеваний, имитирующих симптомы острого перитонита. При необходимости проводили УЗИ диагностика, МСКТ и рентгенологические исследование брюшной полости, а также по показаниям проводили диагностическую лапароскопию. Из лабораторных исследований акцентировали внимания лейкоцита крови и другие показателей интоксикации организма таких как СОЭ, прокальцитонин и С-реактивный белок, а также ЛИИ.



**Рис. 3. СПО средне-срединной лапаротомии, ушивание перфорации восходящей ободочной кишки, формирование цекостомы. Санация и дренирование брюшной полости.**

Всем больным I группы в день поступления для установления диагноза проводились объективные и лабораторные исследования при необходимости УЗИ и рентгенологические исследования. После установления диагноза

проводилась кратковременная (течения 1-2 часа) предоперационная подготовка, которая включала в себя инфузионную, детоксикационную терапию с использованием физиологических растворов, минералов и препараты, улучшающие реологию крови с учетом показаний. После проведенных этих мероприятий под общим обезболиванием проводилась срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, уточнения источника перитонита, выявления распространенности площади перитонита в брюшной полости. Дальнейшая хирургическая тактика была направлена на ликвидацию источника диффузного перитонита, санация и дренирование брюшной полости. Как было выше отмечено, дренирования брюшной полости выполнялись с тремя силиконовыми дренажами смотря на источник перитонита и локализацию пораженной области брюшины.

При выборе доступа учитывали локализацию источника перитонита. При необходимости первичный доступ расширяли вверх или вниз. Как видно из рисунки 3 верхнесрединный доступ использован в основном при перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в 5 (71,4%) случаях и при желчном перитоните 2 (66,6%) больным.

В контрольной группе у 34 (59,6%) больных в основном использовали нижнесрединный доступ. Из них при аппендикулярном перитоните у 21 больных, гинекологическом перитоните у 5 пациентов, каловом перитоните у 4 пациентов, геморрагическом перитоните в 3 случаях и при мочевом перитоните у 1 пациента.

У 11 (19,2%) больных контрольной группы использован нижний лапаротомный доступ, из них 2 больных с аппендикулярным перитонитом, 4 пациента с гинекологическим перитонитом, в 2-х случаях каловым перитонитом и у 3-х больных с мочевым перитонитом.

Верхнесрединный доступ использован у 5 (8,7%) больных, у которых источником перитонита были перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, в 2-х наблюдениях геморрагический перитонит, и в одном случае с желчным перитонитом.

Хирургическая тактика во время операции - ликвидация очага источника перитонита из 57 больных контрольной группы у 23 (40,3%) пациентов было направлено на ликвидацию деструктивного аппендикулярного отростка. У 9 (15,7%) больных ликвидация внематочной беременности. У 7 (12,2%) пациентов иссечение и ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (из них у 5 больных ушивания перфоративной язвы желудка, у 2-х больных иссечение перфоративной язвы с использованием пилоропластики по Джадду)

В 6 (10,5%) случаях была выполнена ушивание поврежденной стенки кишечника (у 4 больных стенки толстого кишечника, у 2 больных стенки тонкого кишечника). Из 9 больных с геморрагическим перитонитом у 7 больных причиной внутрибрюшного кровотечения были повреждения паренхиматозных органов, печени вследствие травмы, в 2-х случаях разрывы брыжейки, которое ушито во время операции.

У 4 (7,01%) больных с повреждением стенки мочевого пузыря выполнена ушивания стенки мочевого пузыря.

В 3-х случаях производились удаление желчного пузыря (в 2-х случаях деструктивный холецистит, в одном случае травматическое повреждение стенки желчного пузыря).

Следующим этапом хирургической операции явилась санация инфицированной области брюшной полости. При этом старались не распространить имеющуюся инфекцию брюшной полости, в интактные зоны брюшины. Для этого если процесс локализован в области малого таза с малыми порциями раствора (физиологический раствор, фурацилин) промыли дно малого таза и вовлеченные области брюшины в процесс. Если диффузный перитонит расположен в средних и верхних областях брюшной полости провели санацию область повреждения сухими стерильными тампонами, в последующем санировали влажными тампонами пропитанными антисептиками.

Следует отметить из 57 обследованных больных контрольной группы у 33 (57,8%) больных перитонит был распространен до трех областей брюшной полости (В.С. Савельева. 2002 г.), у 18 (31,5%) больных перитонит был распространен до четырёх областей брюшной полости, у 6 (10,5%) больных 5 областей брюшной полости.

При изучении характера выпота брюшной полости у больных контрольной группы выявили что у 36 (63,1%) пациентов отмечались гнойное содержимое, у 5 (8,7%) геморрагическое, у 3 (5,2%) желчное, у 13 (22,8%) пациентов отмечались серозно-мутное содержимое брюшной полости.

После полноценного убеждения качественной ликвидации источника перитонита и санации брюшной полости, проводилось дренирование брюшной полости с тремя стерильными силиконовыми дренажами просветом диаметра 0,5-0,8 см. С учётом анатомической локализации поражения брюшной полости, верхний дренаж установили справа под печёночное пространство по передней подмышечной линии (*linea axillaris anterior*). Нижние дренажные трубки были установлены в правый или левый боковой канал, с лева нижняя дренажная трубка подведена в дно малого таза. Интраоперационно и в первые сутках послеоперационного периода до выявления результатов бактериологических исследований из жидкости брюшной полости проводилось эмпирическая антибиотикотерапия с использованием Сульбактам или Цефеперазон. После выявления чувствительности к антибиотикам назначили с учётом чувствительности микрофлоры. При этом учитывали результаты пробы индивидуальной непереносимости, который проводились до операционной периоде. Операция завершились послойно ушиванием стенки брюшной полости.

Как известно наличие пареза кишечника и восстановление перистальтики кишечника является главным критерием оценки состояния перитонита. из 57 обследованных больных с диффузным перитонитом контрольной группы в день поступления 40,3% наблюдениях отмечались клиника пареза кишечника с полным отсутствием перистальтики. У 59,7% пациентов отмечались слабая или усиленная перистальтика кишечника. В послеоперационном периоде, комплекс лечения включали в себя стимуляции перистальтики кишечника. С целью стимуляции кишечника по показаниям применяли прозерин подкожно -

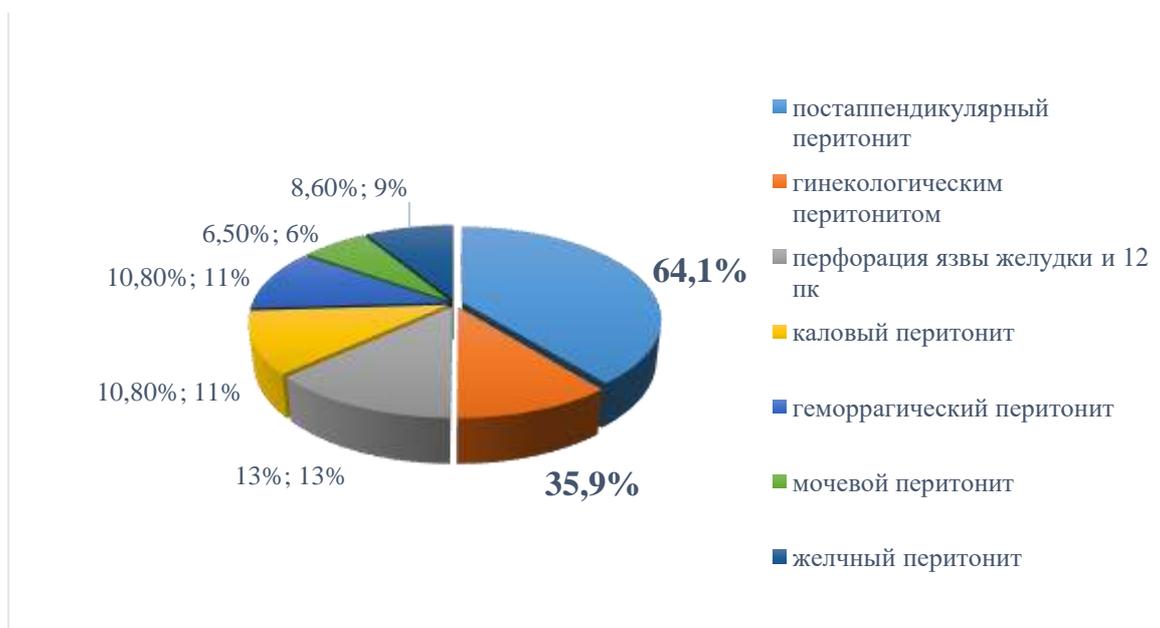
1-2 мг 1-2 раза/сутки начиная с второй сутки после операции. Из 23 больных, у которых отмечались паралитическая кишечная непроходимость, у 6 (26%) больных на вторые сутки лечения появились признаки восстановления перистальтики кишечника, что проявились в выслушивании кишечных шумов при аускультации, отхождением газов и стула.

В динамике к 5 суткам лечения из 23 больных у 19 (82,6%) кишечная перистальтика восстановилась. У 4 (17,3%) больных, то есть 7,0% от общего количества контрольной группы к 5 суткам лечения перистальтика не восстановилась. Так как во время послеоперационного динамического наблюдения к 3-5 суткам лечения у этих больных выявлена клиника послеоперационного вялотекущего перитонита, которым на 3-4 сутки после операции проводилась релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости четырьмя дренажами. Проводился перитонеальный лаваж и диализ.

Из 57 обследованных больных контрольной группы у 5 (8,7%) пациентов в послеоперационном периоде отмечались осложнения в виде нагноения послеоперационной раны. Из них в двух случаях отмечались выделения серомы из подкожного слоя, а у трех больных отмечались гнойные выделения из подкожного слоя при снятии швов над воспалительным процессом. После соответствующего местного лечения (санация раствором 25% ного димексида, наложения мази левамиколь) в течении 2-3 суток рана очистилась от инфекции и перешла на вторую фазу раневого процесса. Наложены вторичные швы. Средняя длительность стационарного лечения больных контрольной группы составило 12,5±1,7 дней.

Четвертая глава диссертации **«Результаты лечения больных диффузным перитонитом при применении поликанального устройства для санации брюшной полости»**. В главе исходя из поставленной цели и задач представлены результаты 46 больных с диффузным перитонитом, дополнительно к традиционному методу лечения использовано поликанальное устройство для введения антибактериальных препаратов в брюшную полость.

Во II группе исследования входили 46 больных с диффузным перитонитом. По этиологическому фактору из них 18 (39,1%) были постаппендикулярным перитонитом, 5 (10,8%) пациентов были гинекологическим перитонитом, 6 (13%) больных поступили с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных диффузным перитонитом, у 5 (10,8%) больных отмечался каловый перитонит, у 5 (10,8%) больных геморрагический перитонит, 3 (6,5%) больных поступили с мочевым перитонитом, в 4 (8,6%) наблюдениях пациенты были с желчным перитонитом (Рис. 5).



**Рис. 4. Распределение больных II группы по этиологическим факторам перитонита.**

В II группе комплексное лечение отличалось от больных контрольной группы тем, что дополнительно к традиционному терапии использовано поликанальное устройство для введения антибактериальных препаратов в брюшную полость. Для решения поставленных задач предлагается поликанальное устройство для введения антибактериальных препаратов в брюшную полость, содержащее систему дренажей, отличающийся тем, что система снабжена микроирригаторами с колпачками, установленными на концах пяти эластичных дренажных трубок из поливинилхлорида, длиной по 40 см и диаметром просвета по 0,2 см, которые размещены в просвет силиконовой трубки длиной 5 см и диаметром просвета 1-1,5 см, дренажные трубки дистальном конце имеют противоточные отверстия овальной формы (рис.5)



**Рис. 5. Общий вид поликанального устройства для санации брюшной полости на операционном столе сразу после операции.**

Сопоставительный анализ с прототипом показывает, что заявляемое устройство отличается от известного тем, что система снабжена микроирригаторами с колпачками, установленными на концах пяти эластичных дренажных трубок из поливинилхлорида, длиной по 40 см и диаметром просвета по 0,2 см, которые размещены с выходом наружу во внутреннем просвете силиконовой трубки длиной 5 см и диаметром просвета 1-1,5 см, дренажные трубки на дистальном конце имеют противоточные отверстия овальной формы. Эти отличительные признаки имеют новое техническое решение.

Количество дренажных ходов зависит от площади распространения диффузного перитонита. Например, если процесс распространено в трех областях брюшной полости, использовали пятиканальную дренажную трубку. Первая дренажная трубка установлена под поперечной ободочной кишкой, вторая установлена у корня брыжейки тонкого кишечника, остальные три дренажные трубки установлены в трех областях брюшной полости, где распространен диффузный перитонит, например, в правой подвздошной области, правый боковой канал и у входа в малый таз.

В послеоперационном периоде для определения точной локализации каждого орошающего дренажа, они окрашены разными цветами. Проксимальный конец первого дренажа, который установлен под поперечной ободочной кишки, окрашивали желтым цветом, а второго дренажа, который установлен у корня брыжейки тонкого кишечника, отметили зеленым цветом. Проксимальные концы остальных дренажных трубок, которые устанавливаются в пораженные области брюшной полости окрашивали красным цветом. Количество дренажей красного цвета одновременно показали, сколько областей брюшной полости вовлечены в процесс перитонита. Методика антибиотикотерапии второй группы больных были идентичными как в контрольной группе, но в отличии от них антибиотики ввели через микроирригаторы расположенные в различные области брюшной полости.

Изучение обследованных больных основной группы по шкале Мангеймского индекса составляло 29 (63%) больных первой степени тяжести, 13 (28,2%), больных второй степени тяжести и 4 (8,6%) больных с третьей степени тяжести.

Всем больным II группы также в день поступления для установления диагноза аналогично как в предыдущей группе, проводили объективный осмотр, лабораторные и инструментальные исследования (УЗИ и рентгенологические исследования). Также после установления диагноза проводилась кратковременная (течения 1-2 часа) предоперационная подготовка, которая включала в себя инфузионную, детоксикационную терапию с использованием физиологического раствора, электролитов и препараты, улучшающие реологию крови с учетом показаний до 1 литра. В по следующем под общим обезболиванием проводилась срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, уточнение источника перитонита, выявление распространённости перитонита в брюшной полости.

Дальнейшая хирургическая тактика, направлена к ликвидации источника

поражения диффузного перитонита, санация и дренирование брюшной полости имели свои отличия от контрольной группы, которые заключались методикой дренирования пораженных областей брюшной полости с применением нами предложенного поликанального устройства.

Дренажные трубки использованы в основном в двух целях: - для эвакуации экссудата из брюшной полости и проведения местного целенаправленного антибактериального лечения. С учётом характера и объёма выделений из различных микроирригаторов дренажей косвенно оценивали динамику воспалительного процесса в различных поражённых областях брюшной полости. С изучением качественного и количественного бактериологического исследования из выделений дренажных трубок определили тактику ведения антибиотикотерапии с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

В отличие от контрольной группы больных, антибиотики в основной группе ввели через различные микроирригаторы отдельно вышеуказанным способом.

С учетом источника локализации перитонита выполнены операционные доступы к очагам поражения. Верхнесрединный доступ использован основном при перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в 4 (66,6%) случаях и при желчном перитоните 3 (75%) больным.

Средне-срединный доступ у II группы использована у 26 (56,5%) больных: - из них аппендикулярном перитоните 17 больным, гинекологическом перитоните у 3 пациентов, каловом перитоните в 3 случаях, геморрагическим перитоните в 3 случаях.

У 6 (13,0%) больных контрольной группы использована нижняя-срединная лапаротомия, из них у 1 больного был перитонит аппендикулярной этиологии и у 3-х больных с мочевым перитонитом.

Тотальная срединная лапаротомия использована у 7 (15,2%) больных, у которых источниками перитонита были в 2 случаях перфорация язва желудка и двенадцатиперстной кишки, каловый и геморрагический перитонит по 2-х наблюдениях и в одном случае при желчном перитоните.

Хирургический этап операции - ликвидация очага источника перитонита из 46 больных контрольной группы 18 (39,1%) пациентам было направлено на ликвидацию деструктивного аппендикулярного отростка, у 9 (15,7%) больных ликвидацию внематочной беременности, у 5 (10,8%) пациентов иссечение и ушивание перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (у 4 –х больных ушивание перфоративного язва желудка, у одного больного иссечения раны с использованием пилоропластики по Джадду).

В 5 (10,8%) случаях было выполнена ушивание поврежденной стенки кишечника (у 3 больных стенки толстого кишечника, у 2 больных стенки тонкого кишечника). Из 5 больных с геморрагическим перитонитом у 3-х больных причиной внутрибрюшного кровотечения были повреждение паренхиматозных органов вследствие травмы, в 2-х случаях разрывы брыжейки которое ушито в этапе операции.

У 3 (6,5%) больных поврежденными стенками мочевого пузыря выполнено ушивание раны мочевого пузыря.

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

Принципы санации брюшной полости были идентичными как в предыдущей группе больных. Как было выше отмечено, при этом старались не распространять имеющуюся инфекцию брюшной полости в вовлеченную область брюшины.

Изучение частоты распространенности перитонита по областям брюшной полости выявили: из 46 обследованных больных основной группы у 21 (45,6%) перитонит был распространен до трех областей брюшной полости (Б.Д. Савчук 1979 г.), у 16 (34,7%) больных перитонит был распространен до четырёх областей брюшной полости, у 9 (19,5%) больных 5 областей брюшной полости были вовлечены в воспалительный процесс.

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

Изучения наличия пареза и сроки восстановления перистальтики кишечника выявили следующее:

из 46 обследованных больных с диффузным перитонитом II группы в день поступления 47,8% пациентам выявлена клиника пареза кишечника с полным отсутствием перистальтик. У 52,1% пациентам отмечались слабая или усиленная перистальтика кишечника. Послеоперационном периоде на фоне комплексного лечения проводились стимуляции перистальтики кишечника с применением 0,05% раствора прозерина подкожно - 1-2 мг 1-2 раза/сутки начиная со второй сутки после операции.

Из 22 больных, у которых отмечались паралитическая кишечная непроходимость у 18 (81,8%) больных на вторые сутки лечения появились признаки восстановления перистальтики кишечника, что проявились выслушиванием кишечного шума при аускультации, отхождением газов и стула. Отмечались улучшения общего состояния больных и самочувствия, появления аппетита.

В динамике к 3 суткам лечения из 22 больных у 21 (97,9 %) кишечная перистальтика восстановилась. Уже к 5-м суткам лечения в отличие от I группы больных у всех больных основной группы кишечная перистальтика восстановилась, что свидетельствовало о купировании перитонита. Следует отметить у больных контрольной группы в эти сроки (5-е сутки) кишечная перистальтика восстановилась лишь у 91,2 % больных, а на 7 сутки у 92,9% больных. На фоне комплексного лечения с применением поликанального устройства с введением антибиотиков на область под поперечной ободочной кишкой, корня брыжейки тонкого кишечника и областей брюшной полости, вовлечённой к перитониту осложнения в виде вялотекущего разлитого перитонита в основные группы больных не наблюдались. А у контрольной группы отмечались у 7,0 % больных.

В послеоперационном периоде у 1-го (2,1%) больного II группы отмечались нагноения послеоперационной раны к 3 суткам лечения, который

после соответствующего местного лечения с применением 25%-ного раствора димексида и мази левамиколь к 5-6 переходили к 2-ой в дальнейшем к 3-ей фазе раневого процесса. Идентичные осложнения у больных контрольной группы наблюдались у 8,7% больных.

При применении нами разработанной методике лечения больных диффузным перитонитом в основной группе межпетливых абсцессов в послеоперационном периоде не наблюдались.

Сроки очищения от инфекции брюшной полости, если у контрольной группы составило  $3,8 \pm 0,6$  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  $8,2 \pm 1,3$  дня.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Традиционный метод лечения диффузного перитонита имеет ряд неудовлетворительных результатов в виде осложнений, нагноение послеоперационной раны 8,7%, межпетлевые абсцессы 5,26%, развитие вялотекущего перитонита 7,0% и летальность достигает до 3,5%. При этом средняя койка дни составляет  $12 \pm 1,7$  дней.

2. При применении поликанального дренажного устройства с целью введения антибактериальных препаратов в брюшную полость нагноение послеоперационных ран уменьшаются до 2,1%, межпетлевые абсцессы до 5,26%, вялотекущий перитонит до 7,0% и летальность до 3,5%. Средняя койка дней стационарного лечения составляет  $8,2 \pm 1,3$  дня.

3. Применение поликанального устройства для введения антибактериальных препаратов в брюшную полость при лечении диффузного перитонита с отдельным дренированием под поперечно-ободочной кишкой, области корня брыжейки тонкого кишечника и каждые пораженные области брюшной полости способствует к уменьшению послеоперационных осложнений и летальности чем при традиционном методе лечения.

4. При лечении диффузного перитонита применение на место верхнего дренажа поликанального устройство с отдельными дренированиями пораженных областей брюшной полости и корня брыжейки тонкого кишечника, а также под брыжейки поперечноободочной кишкой с введениями антибактериальных препаратов через микроирригаторы разными цветами с учетом расположения дренажа является более оптимальным, усовершенствованным методом лечения.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/27.09. 2024.Tib.93.03 FOR THE AWARD  
OF ACADEMIC DEGREES AT THE BUKHARA STATE MEDICAL  
INSTITUTE**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**RAJABOV VOKHID BAFOYEVICH**

**IMPROVEMENT OF THE METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS  
WITH DIFFUSE PERITONITIS**

**14.00.27 – Surgery**

**ABSTRACT OF DISSERTATION (PhD)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**BUKHARA – 2025**

The topic of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan for № B2024.3.PhD/Tib4338.

The dissertation was made at the Bukhara state medical institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the scientific council ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) and the information and educational portal "ZiyoNet" ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Scientific supervisor**

**Safoev Bakodir Barnoevich**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**Official opponents**

**Ruziboev Sanjar Abdusalomovich**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

**Saraev Alisher Rakhmatulloevich**

Doctor of Medical Sciences, Professor (Republic of Tadjikistan)

**The leading organization**

**Academician V.V. Vokhidov Center for Surgery of Scientific and Practical Medicine of the Republic**

Defense will take place on «6» May 2025 at 12<sup>30</sup> at the meeting of Scientific Council DSc.04/27.09. 2024.Tib.93.03 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, stan, Bukhara, Gijduvan str. 23. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number № 29). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, Gijduvan str. 23. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on «25» April 2025 year

(mailing report № 21 on «25» April 2025 year)

**Sh.T.Urokov**

Chairman of the Scientific council for awarding academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor



**N.N.Kazakova**

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences (DSc), Associate Professor

**B.Z. Khamdamov**

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

## INTRODUCTION (abstract of the dissertation (PhD))

**The purpose of the study:** the aim is to improve the results of treatment of patients with diffuse peritonitis by developing an optimal method of drainage of the abdominal cavity

**The object of the study** were 103 patients with diffuse peritonitis of various etiologies who were treated in the department of emergency surgery of the Bukhara City Medical Association and the Bukhara branch of the RSC EMC 2018-2024.

**The scientific novelty of the research work is:**

it has been established that traditional methods of abdominal cavity sanitation in the treatment of diffuse peritonitis do not have a full positive effect on the rapid elimination of the infection;

it has been developed and implemented that an improved polychanal device for introducing antibacterial drugs into the abdominal cavity during the surgical stage of treating diffuse peritonitis which is more effective compared to traditional methods of draining the abdominal cavity for the first time;

it has been proved that the statistical significance of the effectiveness of the new improved method of abdominal drainage compared to traditional methods of treating diffuse peritonitis by the comparative analysis method;

it has been stated that at the stage of surgical treatment of diffuse peritonitis by the method of installing microirrigators, a polychanel device for complete coverage of inflamed parts of the peritoneum, taking into account the anatomical features of the abdominal cavity, contributes to a decrease in the frequency of complications and mortality, accelerates the elimination of peritonitis, and reduces the duration of inpatient treatment, which has a positive effect on treatment outcomes.

**Implementation of the research results.**

According to the conclusion No. 06/90 of September 25, 2024 on the implementation of the results of scientific research works of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan:

*The first scientific innovation:* it has been established that traditional methods of abdominal cavity sanitation in the treatment of diffuse peritonitis do not have a full positive effect on the rapid elimination of the infection. *Scientific novelty:* by introducing antibacterial drugs into the abdominal cavity through a polychanal device, complications such as wound suppuration, interintestinal abscesses, and the transformation of diffuse peritonitis into a diluting dispersed peritonite are significantly reduced. *Implementation scientific novelty into practice:* The obtained scientific and practical data were put into practice by the Bukhara branch of the RSC EMC (order No. 42 dated 04/05/2024) and Kagan City Medical Association (order No. 2332-2-208-TV/2024 dated 07/15/2024). *Social effectiveness:* the use of this new treatment method has helped to reduce the number of complications, improve the quality of treatment and reduce the risk of death in patients. *Economic efficiency:* The average length of hospital stay was reduced by 3-4 days, saving 480,000 sum of budget and 150,000 sum of extrabudgetary funds per patient. *Conclusion:* The study of the deficiencies of traditional treatment in patients with diffuse peritonitis has reduced complications, reduced the average number of days

of treatment and the time taken to clean the abdominal cavity from infection, as well as improved treatment results.

*The second scientific novelty:* it has been developed and implemented that an improved polychanal device for introducing antibacterial drugs into the abdominal cavity during the surgical stage of treating diffuse peritonitis which is more effective compared to traditional methods of draining the abdominal cavity for the first time. *The significance of scientific novelty:* the results obtained have independent theoretical significance, as they make a significant contribution to the targeted administration of antibacterial agents in hard-to-reach areas of the abdominal cavity. *Implementation scientific novelty into practice:* The obtained scientific and practical data were put into practice by the Bukhara branch of the RSCEMC (order No. 42 dated 04/05/2024) and Kagan City Medical Association (order No. 2332-2-208-TV/2024 dated 07/15/2024). *Social efficiency:* against the background of the new treatment method, patients returned to their usual lifestyle at an early stage. *Economic efficiency:* the average length of hospital stay was reduced by 3-4 days, resulting in savings of 480,000 soums of budget funds and 150,000 soums of extra-budgetary funds per patient. *Conclusion:* an improved polygonal device for introducing antibacterial agents into the abdominal cavity had a positive effect on the treatment of patients with diffuse peritonitis.

*The third scientific novelty:* it has been proved that the statistical significance of the effectiveness of the new improved method of abdominal drainage compared to traditional methods of treating diffuse peritonitis by the comparative analysis method. *The significance of the scientific novelty:* as a result of the introduction of antibacterial drugs into the abdominal cavity using a multi-channel device, it has shown effectiveness in reducing the time required to cleanse the abdominal cavity of infection and accelerate the restoration of intestinal motility. *Implementation scientific novelty into practice:* The obtained scientific and practical data were put into practice by the Bukhara branch of the RSCEMC (order No. 42 dated 04/05/2024) and Kagan City Medical Association (order No. 2332-2-208-TV/2024 dated 07/15/2024). *Social effectiveness:* the introduction of antibacterial agents into the abdominal cavity using a polygonal device contributed to the effective treatment of patients with diffuse peritonitis and reduced the risk of complications. *Economic efficiency:* the average length of hospital stay was reduced by 3-4 days, resulting in savings of 480,000 soums of budget funds and 150,000 soums of extra-budgetary funds per patient. *Conclusion:* the use of a multi-channel device at the surgical stage in the treatment of patients with diffuse peritonitis made it possible to drain the space under the transverse colon, the mesentery root of the small intestine and each affected area of the abdominal cavity separately, which contributed to a reduction in postoperative complications and mortality compared with traditional treatment methods.

*The fourth scientific novelty:* it has been stated that at the stage of surgical treatment of diffuse peritonitis by the method of installing microirrigators, a polychanel device for complete coverage of inflamed parts of the peritoneum, taking into account the anatomical features of the abdominal cavity, contributes to a decrease in the frequency of complications and mortality, accelerates the elimination

of peritonitis, and reduces the duration of inpatient treatment, which has a positive effect on treatment outcomes. *The significance of the scientific novelty:* it has been proven that the targeted administration of antibacterial agents every 5-6 hours through microirrigators of a multi-channel device into the transverse colon, mesentery root of the small intestine and other affected areas of the abdominal cavity is an effective treatment method. *Implementation scientific novelty into practice:* The obtained scientific and practical data were put into practice by the Bukhara branch of the RSCEMC (order No. 42 dated 04/05/2024) and Kagan City Medical Association (order No. 2332-2-208-TV/2024 dated 07/15/2024). *Social effectiveness:* the developed treatment method has significantly reduced the rate of complications, improved the quality of treatment and shortened the recovery time of patients. *Economic efficiency:* The average length of hospital stay was reduced by 3-4 days, resulting in savings of 480,000 soums per budget and 150,000 soums per patient. *Conclusion:* the use of a polycanaldevice in the surgical stage of treatment of diffuse peritonitis has increased the importance of scientific novelty, and the introduction of this method into practice has had a positive effect on the economic and social efficiency of scientific work.

**The structure and scope of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, practical recommendations, a list of references and an appendix. The volume of the dissertation is 109 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (Часть I; Part I)**

1. . Раджабов В.Б., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Результаты лечения больным с диффузным перитонитом // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2023. - № 11 (61) – С. 74-83. (14.00.00; № 22).

2. Раджабов В.Б., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Сравнительный оценки метод лечения больных диффузным перитонитом при применении устройства для санации брюшной полости // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2023. - № 12(62) – С. – 389-397 (14.00.00; № 22)

3. Раджабов В.Б., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Применение устройства для санации брюшной полости при лечении больных диффузным перитонитом // Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент, 2024. - №9 - С. 182-185. (14.00.00; № 13).

4. Раджабов В.Б., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Оценка эффективности лечения больных с диффузным перитонитом // Биология ва тиббиёт муаммолари. – Самарканд, 2024. - №1 (151). - С. 225-231. (14.00.00; № 19).

5. Radjabov Vohit Bafojevich, Yarikulov Shukhrat Shokirovich. Modern approaches to abdominal drainage in diffuse peritonitis // World Bulletin of Public Health (WBPH). -2022. -№13. ISSN: 2749-3644. - P. 50-54. (IF:10.4)

6. Rajabov V.B., Safojev V.B., Yarikulov Sh.Sh. An Improved Method of Treating Patients with Diffuse Peritonitis by Using an Abdominal Sanitation Device // American Journal of Medicine and Medical Sciences – 2024.- № 14(12). – P. 3180-3184. (14.00.00; № 2)

**II бўлим (Часть II; Part II)**

7. Раджабов В.Б., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Усовершенствованный метод лечения больных диффузным перитонитом при применении поликанальной дренажной трубки // International Multidisciplinary Research in Academic Science (IMRAS). -2023. № 6 (7). - P. 254 – 270.

8. Раджабов В.Б., Ярикулов Ш.Ш. Способы санации брюшной полости при распротраненных формах перитонита // Eurasian journal of medical and natural sciences. – 2023. -№ 3 (6). - P. 95-102.

9. В.Б Раджабов., Б.Б Сафоев., Ш.Ш Ярикулов. Результаты лечения больным с диффузным перитонитом // Prospects of development of science and education. – 2023. № 2(4). - P. 51-57.

10. Раджабов В.Б., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Эффективность применения поликанальной дренажной трубки при лечения пациентов с диффузным перитонитом // International Conference on Advance Research in Humanities - USA. -2024. - P. 9-13.

11. Раджабов В.Б., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Оценки применении устройство для санации брюшной полости у пациентов с диффузным

перитонитом при сравнения // International Conference on Developments in Education Hosted from Bursa - Turkey. – 2024. - P. 43-47.

12. Rajabov V.B., Safoev B.B., Yarikulov Sh.Sh. The effectiveness of treatment of patients with diffuse peritonitis . “Fan, innovatsiya va texnologiyalar rivojlanishining dolzarb muammolari va yechimlari” nomli online konferensiyasi. – Tashkent. – 2025. – P. 4-8.

13. Ражабов В.Б. Оценки метод применения устройства для санации брюшной полости у пациентов с диффузным перитонитом при сравнения. “Zamonaviy ta’lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g.,oyalar, takliflar va yechimlar” mavzusidagi 76-sonli respublika ilmiy-amaliy online konferensiyasi. - Tashkent. – 2025. – С. 141-145.

14. Ражабов В.Б., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Метод дренирования брюшной полости при лечении больной диффузным перитонитом. // Методическая рекомендация. - Бухара, 2023. - С.22

Avtoreferat “Durdona” nashriyotida tahrirdan o‘tkazildi hamda o‘zbek, rus va ingliz tillaridagi matnlarning mosligi tekshirildi.



Bosishga ruxsat etildi: 01.04.2025 yil. Bichimi 60x84 1/16 , «Times New Roman»  
garniturada raqamli bosma usulida bosildi.

Shartli bosma tabog‘i 3,5. Adadi: 100 nusxa. Buyurtma №209.

Guvohnoma AI №178. 08.12.2010.

“Sadriddin Salim Buxoriy” MCHJ bosmaxonasida chop etildi.

Buxoro shahri, M.Iqbol ko‘chasi, 11-uy. Tel.: 65 221-26-45