

ПЕРИТОНИТНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ДАВОМИЙЛИГИГА БОҒЛИҚ КЛИНИК-МОРФОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Б.К. РАХИМОВ¹, Ҳ.А. РАСУЛОВ²

¹И. Иргашев номидаги Тошкент шаҳар 4-сон клиник шифохонаси

²Тошкент педиатрия тиббиёт институти

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF THE PREVALENCE AND DURATION OF PERITONITIS

B.K. RAKHIMOV¹, H.A. RASULOV²

¹Tashkent city 4-th Clinics hospital named by I. Irgashev, Uzbekistan

²Tashkent medical pediatric institute, Uzbekistan

Мақсад. Перитонит билан оғриган беморларда қўлланилган даво тактикаси, даво усули, операцияга кўрсатмалар, унинг тури, ҳажми ҳамда уларда қорин парданинг морфологик тавсифини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотлар 2021 йил давомида И. Иргашев номидаги Тошкент шаҳар 4-сон клиник шифохонасининг хирургия бўлимида даволанган 1878 нафар беморларда ўтказилди. Тадқиқотда клиник, инструментал, биопсион морфологик текширув, жарроҳлик ва консерватив даволаш ҳамда статистик таҳлил усулларидадан фойдаланилиб, олинган натижалар солиштирилган.

Натижалар. Беморларда перитонит билан асоратланишга: ўткир аппендицит – 44%; меъда ва 12 бармоқли ичак тешилган яраси – 26%; панкреонекроз – 6%; қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғи аъзолари шикастланиши – 9,6%; ЎТК (ўткир флегманоз-тошли холецистит, холедохолитизм, ўт пуфаги эмпиемаси) – 6,4%; сиқилган чурра (чов, сон, операциядан кейинги) – 3,2%; ўткир ичак тутилиши (битишмалли, ичак буралиши) – 1,6%; меъда ости беши ўсмаси – 1,6%; тутқич томирлари тромбози – 1,6% ҳолларда сабаб бўлгани аниқланди. Ўтказилган клиник ва морфологик натижалар интерпретацияси даволаш усулини тўғри танлаш ва асосли патогенетик ёндашув учун имкон яратади.

Хулоса. Перитонитнинг клиник кечиши, яллиғланиш жараёнининг давомийлиги ва тарқалганлиги ҳамда унга мос равишда қорин парда морфологик тузилмаларининг реакциясини инобатга олган ҳолда хирургик аралашув услуби ва ҳажмини танлаш даволаш самарадорлигининг ортишига олиб келади.

Калит сўзлар: ўткир перитонит, хирургик даво, семиз ҳужайралар дегрануляцияси.

Aim. To analyze the tactics and method of treatment, indications for surgery in case of peritonitis, its type and volume, as well as the morphological characteristics of the peritoneum.

Material and methods. The study was carried out on 1878 patients treated in the surgical department of the Tashkent city 4-th clinics hospital named by I. Irgashev for one (2021) calendar year. In this study applied diagnostic (clinical, instrumental and biopsy morphology), therapeutic (operative and conservative), as well as statistical methods also a comparative analysis of the obtained results was carried out.

Results. The following pathologies became the causes of peritonitis in the examined patients: acute appendicitis – 44%; perforated ulcer of the stomach and duodenum – 26%; pancreatic necrosis – 6%; injuries of the abdominal cavity and retroperitoneal space organs – 9.6%; GBS (acute phlegmonous-calculous cholecystitis, choledocholithiasis, gallbladder empyema) – 6.4%; strangulated hernia (inguinal, femoral, postoperative) – 3.2%; acute intestinal obstruction (adhesive, intestinal volvulus) – 1.6%; pancreatic tumor – 1.6%; mesenteric thrombosis – 1.6%. The interpretation of clinical and morphological results allows to choose a reasonable pathogenetic approached method and the correct choice of a treatment method.

Conclusion. The choice of the method and volume of surgical intervention, based on the clinical course of peritonitis, the duration and prevalence of the inflammatory process, as well as the nature of the corresponding reactions of the morphological structures of the peritoneum, allows increasing the effectiveness of treatment.

Key words: peritonitis, surgical treatment, mast cell degranulation.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol16_iss1/a7

Жарроҳлик касалликларининг асорати сифатида тез-тез учраши ҳамда ўлим кўрсаткичининг юқорилиги перитонитларнинг ҳануз долзарблигига асос бўлади. Ушбу кўрсаткич пери-

тонитнинг тарқалган шаклларида 60 % гачани, ўртача эса 25–30% ни ташкил қилади. Перитонитнинг терминал босқичида у кескин ошиб, 50–70% гача ортиб бориши кузатилади [1, 2, 4].

Перитонитни даволашда оператив даво асосий ўринни эгаллайди. Замонавий абдоминал жарроҳликда, одатда, айрим омиллар ёки уларнинг жаммуаси босқичли жарроҳлик даво усулига бўлган кўрсатмани белгилайди [3, 5, 6]. Шунингдек, умумий қон оқимидан токсинларни бартараф этиш учун қўлланиладиган детоксикация ўтказилишининг замонавий усуллари етарлича таклиф этилган [3, 8]. Ушбу муаммога бағишланган илмий изланишлар кўп бўлишига қарамай, ўткир перитонитнинг беморларда учраш сони, даво тактикаси ва усулини танлаш масалалари, операцияга кўрсатмалар, унинг тури, ҳажми ва тавсифига доир тадқиқотларнинг ўтказилиши юқори долзарблик касб этади.

Мақсад. Перитонит билан оғриган беморларда қўлланилган даво тактикаси, даво усули, операцияга кўрсатмалар, унинг тури, ҳажми ҳамда морфологик тавсифини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар

Тадқиқотлар 2021 йил давомида И. Иргашев номидаги Тошкент шаҳар 4-сон клиник шифохонасининг хирургия бўлимида даволанган 1878 нафар беморларда ўтказилди. Тадқиқотда клиник, инструментал, жарроҳлик ва консерватив даволаш ва статистик таҳлил усулларидадан фойдаланилди.

1878 нафар беморнинг тиббий ҳужжатлари (касаллик тарихи, жарроҳлик муолажаси журнали) ретроспектив ўрганилди. Уларнинг 477 (25,4%) нафари ўткир аппендицит, 410 (21,8%) бемор ўткир холецистит, 116 (6,2%) нафари панкреатит, 108 (5,8%) бемор ўткир ичак түтилиши, 287 (15,3%) бемор эса сиқилган чурра, 32 (1,7%) бемор кавак аъзолар тешилиши билан оғриган бўлса, қолган 448 (23,8%) бемор эса бошқа жарроҳлик касалликлари билан оғриган. Мазкур беморларнинг 1200 нафарига жарроҳлик аралашуви қўлланилган, 678 бемор эса консерватив усулда даволанган. Перитонит билан оғриган беморлар сони эса 124 (6,6%) ни ташкил қилди. Улардан 53% – маҳаллий перитонит, 47% – тарқалган перитонит. Беморлар умумий сонидан 35,5% (44 нафар) аёлларга тўғри келса, уларнинг 64,5% (80 бемор) эркаклардир. Беморларнинг ёши 18 дан 85 гачани ташкил қилди (18–30 ёш – 46; 31–40 ёш – 12; 41–50 ёш – 18; 51–60 ёш – 26; 61–85 ёш – 22 бемор).

Натижалар ва муҳокама

Ўрганилган беморларда перитонит билан кўпинча асосий назологияли касалликлар асоратлангани маълум бўлди: ўткир аппендицит – 44%; меъда ва 12 бармоқли ичак тешилган яраси – 26%; панкреонекроз – 6%; қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғи аъзолари шикастланиши – 9,6%; ЎТК (ўткир флегманоз-тошли холецистит, холедохолитиаз, ўт пуфаги эмпиемаси) – 6,4%; сиқилган чурра (чов, сон, операциядан кейинги) – 3,2%; ўткир ичак түтилиши (битишмалли, ичак бўрилиши) – 1,6%; меъда ости бези ўсмаси – 1,6%; тутқич томирлари тромбози – 1,6%. Турли шаклдаги перитонитнинг даволаш натижалари ҳам таҳлил қилинди. Танланган жарроҳлик тактикасига қараб беморлар икки гуруҳга ажратилди:

1. Даволаш ярим ёпиқ усулда олиб борилган маҳаллий ва тарқалган перитонит билан оғриган беморлар. Уларда битта операция бажарилган ва бунда перитонитнинг манбаси тўлиқ олиб ташланган, қорин бўшлиғини самарали санациялаш ҳамда дренажлаш бажарилган. Ушбу гуруҳда даволаш самараси 100% ни ташкил қилган.

2. Иккинчи гуруҳни давоси ярим очик усулда олиб борилган тарқалган перитонит билан оғриган беморлар ташкил қилди. Қуйидаги мезонлар асосида ушбу тактик вариант танланган: қорин бўшлиғининг юқори даражада бактериял

контаминацияси, перитонит манбасини ёки унинг жадаллашув омилларини тўлақонли бартараф этишнинг иложсизлиги, кўп аъзоли етишмовчилик синдромининг мавжудлиги. Дастлабки операциядан сўнг 24–36 соат ўтгач, босқичли санацион релапаротомиялар бажарилган. Ушбу гуруҳда даволашнинг самараси қатор омилларга боғлиқ бўлди: перитонитнинг ривожланиш даври ва операциягача ўтган муддат, бемор аҳволининг дастлабки оғирлик даражаси, операциян жароҳат ҳажми, реанимацион чора-тадбирларнинг ҳамда детоксикация усуллариининг самарадорлиги. Ушбу гуруҳда ўлим 14,5% (18 бемор) ни ташкил қилди.

Тадқиқотнинг навбатдаги қисмида интраоперацион олинган қоринпарда бўлакчалари морфологик тавсифи таҳлил қилинди.

Қоринпарда биоптатидан тайёрланган препаратларда перитонитнинг эрта босқичларида мезотелий парда юзасидан бўртганлиги унинг бўкишини билдиради ва айрим препаратларда нозик фибрин тўрлари аниқланди. Унинг чуқур қаватларида коллаген ва эластик толаларнинг сийракланиб, шиш ва толалар оралиғига қон қуйилишлари кўринади. Шиш суюқлигида нейтрофил лейкоцитлар мавжуд. Вена томирлари ва капиллярларда тўлақонлик ва деворларига ёпишган эритроцитлар ва лейкоцитлар миграцияси учрайди.

Артериолалар интимасида эндотелиоцитларнинг бўкиши ҳисобига деворининг торайиши кўринади. Перитонит чўзилган даврларига келиб тромбоцитлар ҳам пайдо бўлиб, тромбоз кузатилади. Бу даврларга келиб нейтрофил лейкоцитлар ҳужайра ҳалқаси шаклида базал мембрана чегарасидан ташқарига чиққан, яъни субэндотелиал соҳада тўпланган.

Алоҳида кўрув майдонларида нейтрофил лейкоцитларда экзоцитоз кўринишидаги дегрануляция ҳолати аниқланди. Энг характерли жиҳати нейтрофил лейкоцитларнинг базал мембранадан ташқарига чиқиши бўлди.

Перитонит давомийлиги ортиб бориши билан морфологик ўзгаришларнинг янада чуқурлашиши кузатилди. Деярли барча препаратларда қоринпарда юзаси нозик ва дағал фибрин парда билан қопланган. Микроциркуляциянинг бузилиши венулаларда стазлар кўринишида юзага чиққан. Барча қаватларда шиш аломатлари кузатилиб, у асосан зич толали қаватда кўпроқ ифодаланган. Артериал томирлар деворлари ҳам дағал морфологик ўзгаришларга учраган: сезиларли торайиш, ҳар-ҳар жойида тромблар. Қоринпарда лимфа томирлари кенгайган, уларда эритроцитлар ҳам учрайди. Қоринпарда бўшлиғида экссудат йиғилиши ва ундаги ҳужайралар популяциясининг ортганлиги томирлар деворининг деструкциясидан далолат бериб, плазма ва ҳатто шаклли элементларни, хусусан, нейтрофил лейкоцитларнинг миграциясини билдиради. Ушбу ҳужайраларнинг аксарияти дегрануляцияга учраган. Айрим препаратларда кам сонли макрофаглар ва нобуд бўлган микроорганизм ҳужайралари аниқланди.

Тарқалган перитонитларда қоринпарда бўшлиғида тез-тез ёғ томчилари, нейтрофил ва макрофаглар аниқланди. Микроциркуляцияда торайиш, лейкоцитларнинг девор атрофида тўпланиши ифодаланган. Нейтрофил лейкоцитлар деярли базал мембрана ташқарисида тўпланган. Аксарият томирларда эндотелийда некроз соҳалари аниқланиб, қоринпарда юзасида дегрануляцияга учраган нейтрофиллар, макрофаглар, ёғ томчилари, ҳужайра соялари кўринади. Бу ерда тотал грануляция, коллаген толаларнинг тартибсиз жойлашиб бўкиши ва қоринпардада фибриноз ивиш, яъни дағал фибрин тутамлари тўри ҳосил бўлган. Семиз ҳужайраларнинг дегрануляцияси кузатилди.

Демак, перитонитнинг давомийлиги ва тарқалганлигига қараб, қоринпарда толали ва ҳужайравий тузилмаларининг

морфологик ўзгариши чуқурлашиб боради. Эрта даврларда эластик ва коллаген толалар орасида шиш аломатлари кузатилса, кейинги муддатларда мос равишда қон қуйилиши, ундан сўнг эса толалар тартибининг бузилиши ва бўкишига томон ўзгаради. Ҳужайралар ўзгариш динамикаси эса дастлаб томир деворлари томон тўпланиши билан бошланиб, томир эндотелий ҳужайраларининг зарарланиши, базал мембана ўтказувчанлигининг ортиб кетиши натижасида субэндотелиал миграцияга олиб келади, кейинчалик эса нейтрофил лейкоцитларда дегрануляцияга учраши яллиғланиш реакцияси қамровининг ортишига олиб келади.

Шундай қилиб, тарқалган перитонитни самарали даволаш муаммоси долзарблигича қолмоқда. Бугунги кунда биз перитонитни даволаш натижаларини яхшилашнинг қуйидаги йўллари кўрмоқдамиз: 1. Қорин бўшлиғини қайта санация қилишнинг янги кам инвазив усуллари татбиқ этиш. 2. Перитонитнинг микробиологик этиологиясини ташхислашнинг, доминант қўзғатувчини аниқлашнинг ҳамда уларни динамикада алмашинувиши башоратловчи тезкор услубларни ишлаб чиқиш [4, 7]. 3. Ичак аностомозлари етишмовчилигининг олдини олиш имкониятларини ўрганиш. 4. Ўрни босувчи терапия ёрдамида иммунорез етишмовчилигини ва тизимли метаболизм бузилишларини тўзатиш [8]. 5. Операциядан кейинги эрта даврларда организм ўзлаштириши мумкин бўлган энтерал ва озукавий аралашмаларни ишлаб чиқиш бўйича тадқиқотлар олиб бориш.

Хулосалар

Текширилган беморлар орасида перитонит билан оғриган беморларнинг умумий сони 124 (6,6%) ни ташкил этди, улардан 53% маҳаллий перитонит билан, 47% эса тарқалган перитонит билан оғриган. Перитонитнинг энг кўп учраган сабаби деструктив аппендицит бўлди – 44%. Тарқалган перитонитли гуруҳда ўлим кўрсаткичи юқори бўлди – 14,5%. Перитонитда, қоринпарда толали ва ҳужайравий тузилмаларининг морфологик ўзгариши чуқурлашиб бориши яллиғланиш жараёнининг давомийлиги ва тарқалганлигига боғлиқ бўлади. Дастлаб толали тузилмаларда шиш, кейин эса қон қуйилиши, чўзилган муддатларда толалар тартибининг бузилиши ва бўкиши кузатилади. Ҳужайралар популяцияси динамикаси эса дастлаб томир деворлари томон тўпланиши, эндотелиал дисфункция натижасида субэндотелиал миграцияга олиб келади, пировардида эса нейтрофил лейкоцитларнинг дегрануляциясига олиб келади.

Адабиётлар

1. Байчоров Х.М., Боташева В.С., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н. Морфологическое обоснование мало-

инвазивных видеолaparоскопических санаций брюшной полости. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2013; 8(2):56–59 [Baychorov H.M., Botasheva V.S., Bondarenko A.G., Dem'yanova V.N. Morfologicheskoe obosnovanie maloinvazivnykh videolaparoskopicheskikh sanaciy bryushnoy polosti. Medicinskiy vestnik Severnogo Kavkaza. 2013; 8(2):56–59. In Russian].

2. Выродов К.С., Бондаренко А.Г., Архипов О.И., Пыхтин Ю.Ю. Визуально контролируемые санации брюшной полости в комплексном лечении распространенного перитонита. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2006; 2(2):20–23 [Vyrodov K.S., Bondarenko A.G., Arhipov O.I., Pyhtin Yu.Yu. Vizual'no kontroliruyemye sanacii bryushnoy polosti v kompleksnom lechenii rasprostranyonnogo peritonita. Medicinskiy vestnik Severnogo Kavkaza. 2006; 2(2):20–23. In Russian].
3. Гостищев В.К. Распространенный гнойный перитонит: комплексный подход к лечению. Врач. 2001; 6:32–37 [Gostishchev V.K. Rasprostrannyy gnoynyy peritonit: kompleksnyy podhod k lecheniyu. Vrach. 2001; 6:32–37. In Russian].
4. Перитонит: Практическое руководство. Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. М Литтеппа. 2006; 208с [Peritonit: Prakticheskoe rukovodstvo. Pod red. V.S. Savel'eva, B.R. Gel'fanda, M.I. Filimonova. M Litterra. 2006; 208s. In Russian].
5. Подачин П.В. Распространенный перитонит: проблемы и перспективы этапных методов хирургического лечения. Анн. хир., 2004; 2:5–12 [Podachin P.V. Rasprostranyonnyy peritonit: problemy i perspektivy etapnykh metodov hirurgicheskogo lecheniya. Ann. hir., 2004; 2:5–12. In Russian].
6. Савельев В.С., Ерюхин И.А., Филимонов М.И. и др. Классификация перитонита. Инфекции в хирургии, 2007; 5(1):12–14 [Savel'ev V.S., Eryuhin I.A., Filimonov M.I. i dr. Klassifikatsiya peritonita. Infekcii v hirurgii, 2007; 5(1):12–14. In Russian].
7. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Фаллер А.П. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита Хирургия. 2007; 2:24–28 [Shurkalin B.K., Gorskiy V.A., Faller A.P. Hirurgicheskie aspekty lecheniya rasprostrannogo peritonita. Hirurgiya. 2007; 2:24–28. In Russian].
8. Petrowsky P., Demartines N., Rousson V., Clavien P.A. Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery: a systematic review and meta-analysis. Ann Surg. 2004; 204(6):1074–1085.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРИТОНИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРОЦЕССА

Б.К. РАХИМОВ¹, Ҳ.А. РАСУЛОВ²

¹Клиническая больница № 4 г. Ташкента имени И. Иргашева, Узбекистан

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель. Анализ тактики и методов лечения, показаний к операции при перитоните, её видов и объёмов, а также морфологической характеристики брюшины.

Материал и методы. Исследование проводилось у 1878 больных, лечившихся в хирургическом отделении ГКБ № 4 им. И. Иргашева г. Ташкента за один (2021) календарный год. В данном исследовании использованы диагностические (клинические, инструментальные и биопсионной морфологии), ле-

чебные (оперативные и консервативные), а также статистические методы и проведен сравнительный анализ полученных результатов.

Результаты. Следующие патологии стали причинами перитонита у обследованных больных: острый аппендицит – 44%; перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки – 26%; панкреонекроз – 6%; повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства – 9,6%; ЖКБ (острый флегмонозно-калькулезный холецистит, холедохолитиаз, эмпиема желчного пузыря) – 6,4%; ущемленная грыжа (паховая, бедренная, послеоперационная) – 3,2%; острая кишечная непроходимость (спаечная, заворот кишечника) – 1,6%; опухоль поджелудочной железы – 1,6%; тромбоз мезентериальных сосудов – 1,6%. Проведенная интерпретация клинических и морфологических результатов позволяет к обоснованному патогенетическому подходу и правильному выбору лечебного метода.

Выводы. Выбор метода и объема хирургического вмешательства с учётом клинического течения перитонита, продолжительности и распространенности воспалительного процесса, а также характера соответствующих реакций морфологических структур брюшины способствует повышению эффективности лечения.

Ключевые слова: острый перитонит, хирургическое лечение, дегрануляция тучных клеток.

Сведения об авторах:

Рахимов Боғибек Каримбоевич – кандидат медицинских наук, ординатор хирургического отделения Ташкентской городской клинической больницы № 4 им. И. Иргашева.
E-mail: bogibek@mail.ru

Расулов Хамидулла Абдуллаевич – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой анатомии, патологической анатомии Ташкентского педиатрического медицинского института.
E-mail: ccb.rasulov@mail.ru

Поступила в редакцию: 07.02.2023

Information about the authors:

Rakhimov Bogibek Karimboevich – Candidate of Medical Sciences, Resident of the Surgical Department of the Tashkent city 4-th clinics hospital named by I.Irgashev.
E-mail bogibek@mail.ru

Rasulov Hamidulla Abdullaevich – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Anatomy, Pathological Anatomy of the Tashkent Pediatric Medical Institute.
E-mail ccb.rasulov@mail.ru

Received: 07.02.2023