

## ПЕРИТОНИТДА ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНИНИНГ КЛИНИК-МОРФОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

В.К. РАХИМОВ<sup>1</sup>, Ҳ.А. РАСУЛОВ<sup>2</sup>, А.Р. АЙТУГАНОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>И. Иргашев номидаги Тошкент шаҳар 4-сон клиник шифохонаси,  
<sup>2</sup>Тошкент педиатрия тиббиёт институти

## CLINICAL-MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF THE INFLAMMATION PROCESS IN PERITONITIS

V.K. RAKHIMOV<sup>1</sup>, H.A. RASULOV<sup>2</sup>, A.R. AYTUGANOV<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tashkent city 4-th Clinics hospital named by I. Irgashev, Uzbekistan  
<sup>2</sup>Tashkent Medical Pediatric Institute, Uzbekistan

**Мақсад.** Яллиғланиш жараёнининг тарқалиши ва давомийлигига қараб, перитонит билан оғриган беморларда қиёсий нуқтаи назардан баҳолаган ҳолда жарроҳлик аралашувларнинг тегишли ҳажмини аниқлаш ва самарадорлигини ошириш. Перитонитнинг тарқалиши ва давомийлигига қараб қорин парда морфологик тузилмаларининг реакцияси ҳам ўрганилди.

**Беморлар.** И. Иргашев номидаги Тошкент шаҳар 4-сон шаҳар клиник шифохонасининг жарроҳлик бўлимида охириги икки йил давомида даволанган 3607 нафар беморнинг таҳлили келтирилган (2022 йилда – 1777 ва 2023 йилда – 1830 бемор).

**Натижалар.** 2022 йилда 115 (6,5%), 2023 йилда эса 126 (6,9%) нафар бемор перитонит билан ётқизилган. Перитонитнинг энг кенг тарқалган сабаби ўткир аппендицит бўлди (2022 ва 2023 йилларда мос равишда 35,6% ва 43,6%). Тарқалган перитонит билан оғриганлар гуруҳида ўлим даражаси юқори бўлган – 2022 йилда у 13% ни, 2023 йилда эса 21,7% ни ташкил этди. Перитонитда қорин парданинг толали ҳамда хужайрали тузилмаларида морфологик ўзгаришларнинг ёмонлашиши, яллиғланиш жараёнининг давомийлиги ва даражаси билан боғлиқ.

**Хулоса.** Перитонитда жарроҳлик аралашувининг усули ва ҳажми унинг клиник кечишини, яллиғланиш жараёнининг давомийлиги ва тарқалишини, шунингдек, қорин парда морфологик тузилмаларининг тегишли реакциясини ҳисобга олган ҳолда танланса, даволаш самарадорлигини ошишига олиб келади.

**Калит сўзлар:** ўткир перитонит, жарроҳлик усулида даволаш, дегрануляция, семиз хужайралар.

**Aim.** Comparative assessment of the results of surgical treatment of peritonitis depending on the prevalence and duration of the inflammatory process, the study of the reaction of the morphological structures of the peritoneum depending on the prevalence and duration of peritonitis.

**Patients.** This article provides an analysis of 3607 patients treated in the surgical department of City Clinical Hospital No. 4 named after I. Irgashev, Tashkent for the previous two years (2022–1777 and 2023–1830 patients).

**Results.** In 2022, 115 (6.5%) and in 2023, 126 (6.9%) patients were admitted with peritonitis. The most common cause of peritonitis was acute appendicitis (35.6% and 43.6%, respectively, in 2022 and 2023). In the group with diffuse peritonitis, the mortality rate was high – in 2022 it was 13%, and in 2023 – 21.7%. In peritonitis, the worsening of morphological changes in the fiber and cellular structures of the peritoneum is associated with the duration and extent of the inflammatory process.

**Conclusions.** The choice of method and volume of surgical intervention for peritonitis, taking into account its clinical course, the duration and prevalence of the inflammatory process, as

well as the corresponding reaction of the morphological structures of the peritoneum, leads to an increase in the effectiveness of treatment.

**Keywords:** acute peritonitis, surgical treatment, degranulation, mast cells.

[https://doi.org/10.54185/TBEM/vol17\\_iss2/a3](https://doi.org/10.54185/TBEM/vol17_iss2/a3)

Ўткир тарқалган перитонит – қорин бўшлиғи аъзоларининг энг оғир ва етарли даражада кўп учрайдиган касалликларидан бири бўлиб, аксарият ҳолларда қорин бўшлиғининг қатор жарроҳлик касалликлари ҳамда жароҳатларининг асорати сифатида юзага чиқади (ўткир аппендицит, меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг тешилган яраси, ўткир гангреноз холецистит, панкреонекроз, кавак аъзолар тешилиши, уларнинг жароҳатлар туфайли шикастланиши, ўткир ичак тутулиши ва бошқалар шулар жумласидандир) [1].

Қорин бўшлиғи ўткир касалликларидаги ўлимнинг асосий сабаби тарқалган йирингли перитонит ҳисобланади. Унинг кўрсаткичи перитонитнинг шакли, сабаби, организм ҳимоя кучларининг ҳолати ва бошқа омилларга боғлиқ бўлиб, 20–50% ни ташкил қилади [2, 3], госпитал инфекцияли перитонитда эса ўлим кўрсаткичи 90% гача етиши мумкин [4, 5]. Сўнгги декадаларда эришилган антибактериал даволашдаги ривожланиш ҳам, янги даво усуллари-нинг татбиқи этилиши ҳам (перитонеал диализ, бошқариладиган лапаростомия, дастурли релапаротомия, қорин бўшлиғини лапароскопик санациялаш ва б.), жадал даволашнинг замонавий ютуқлари ҳам керакли натижани бермаяпти [5, 6, 7]. Операциядан кейинги перитонит ва унинг терминал босқичида ўлим кўрсаткичи энг юқори рақамларни кўрсатмоқда [4, 5, 6, 7, 8].

**Мақсад.** Ҳар хил сабаблар туфайли ривожланган перитонит билан касалланган хасталарда

қўлланилган даволаш ёндашувини, даволаш усулини, жарроҳлик аралашувларга кўрсатмаларни, уларнинг тури, ҳажми ва улардаги қорин парда-нинг морфологик характеристикасини солиш-тирма таҳлил қилиш.

### Материал ва усуллар

Илмий изланишлар 2022 ва 2023 йиллар давомида И. Иргашев номидаги Тошкент ша-ҳар 4-сон клиник шифохонасининг хирургия бўлимида даволанган мос ҳолда 1777 ва 1830 нафар беморларда ўтказилди (жами 3607 бе-мор). Мазкур тадқиқотда клиник, морфологик, инструментал, жарроҳлик ва консерватив даво-лаш ва статистик таҳлил усулларида фойдала-нилди.

3607 нафар беморнинг тиббий ҳужжатлари (касаллик тарихи, жарроҳлик муолажаси жур-нали) икки гуруҳга бўлиниб, ретроспектив тарз-да ўрганилди (1-жадвал). 2022 йилдаги бемор-ларнинг 376 (21,2%) нафари ўткир аппендицит, 361 (20,3%) бемор ўткир холецистит, 76 (4,3%) нафари панкреатит, 98 (5,5%) бемор ўткир ичак тутулиши, 247 (13,9%) бемор эса сиқилган чур-ра, 43 (2,4%) бемор кавак аъзолар тешилиши билан оғриган бўлса, қолган 576 (32,4%) бемор эса бошқа турдаги жарроҳлик касалликлари би-лан даволанган. Ушбу беморларнинг 1169 на-фарида жарроҳлик аралашуви, 608 беморга эса консерватив усул қўлланилган. Беморларнинг 115 (6,5%) нафарида перитонит ташхисланди.

**1-жадвал.** Таҳлил қилинган беморлардаги касалликлар, абс. (%)

Касаллик номи	2022 йил	2023 йил
Ўткир аппендицит	376 (21,2)	488 (26,7)
Ўткир холецистит	361 (20,3)	452 (24,7)
Ўткир панкреатит	76 (4,3)	90 (4,9)
Ўткир ичак тутулиши	98 (5,5)	121 (6,6)
Сиқилган чурра	247 (13,9)	122 (6,7)
Кавак аъзолар тешилиши	43 (2,4)	44 (2,4)
Бошқа касалликлар	576 (32,4)	513 (28)
Жами	1777	1830

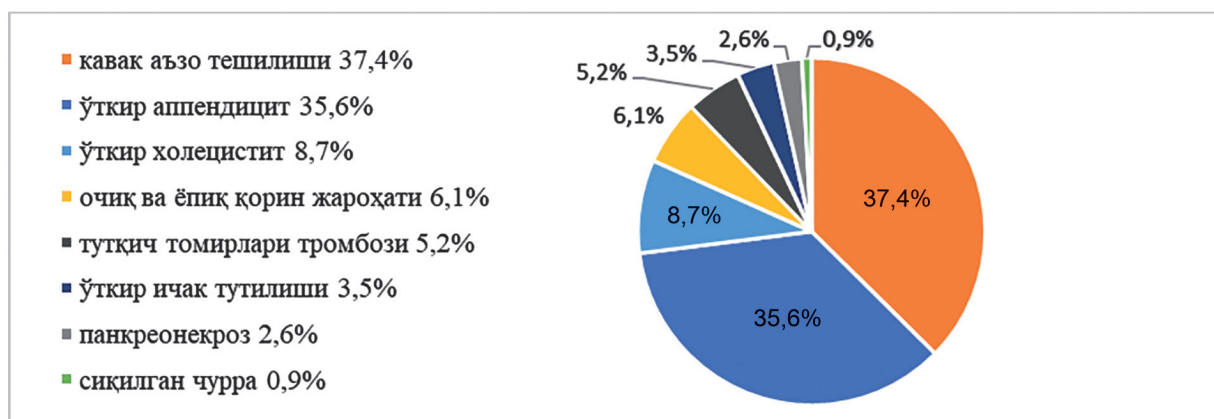
Улардан 56% да маҳаллий перитонит, 44% да эса тарқалган перитонит кузатилди. Беморларнинг 41,7% ни (48 нафар) аёллар, 58,3% ни (67 бемор) эса эркеклар ташкил қилди. Беморларнинг ёши 18 дан 94 гача бўлди (18–30 ёш – 40; 31–40 ёш – 18; 41–50 ёш – 16; 51–60 ёш – 22; 61–85 ёш – 18; 86–100 ёш – 1 бемор).

2023 йилда даволанган беморларнинг 488 (26,7%) нафари ўткир аппендицит, 452 (24,7%) нафар бемор ўткир холецистит, 90 (4,9%) нафар панкреатит, 121 (6,6%) нафар бемор ўткир ичак тутилиши, 122 (6,7%) нафар бемор эса сиқилган чурра, 44 (2,4%) нафар бемор кавак аъзолар тешилиши билан оғриган бўлса, қолган 513 (28%) нафар бемор эса бошқа жарроҳлик касалликлари билан оғриган. Мазкур беморларнинг 1190 (65%) нафарида жарроҳлик аралашуви қўлланилган, 640 (35%) нафар бемор эса консерватив усулда даволанган. Перитонит билан оғриган беморлар сони эса 126 (6,9%)ни ташкил қилди. Улардан 61% – маҳаллий перитонит, 39% – тарқалган перитонит. Перитонит билан оғриган беморларнинг 33,3% (42 нафар) аёлларга тўғри

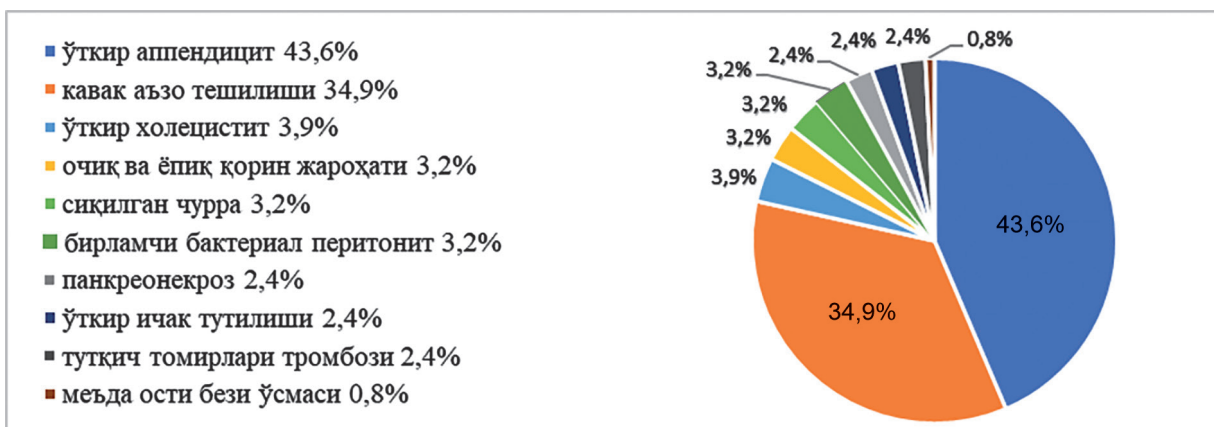
келса, уларнинг 66,7% (84 бемор) эркеклардир. Беморларнинг ёши 18 дан 82 гачани кузатилди (18–30 ёш – 44; 31–40 ёш – 11; 41–50 ёш – 20; 51–60 ёш – 28; 61–82 ёш – 23 бемор).

### Натижалар ва муҳокама

Ўрганилган беморларда қиёсий йилларда (2022 ва 2023 йиллар) перитонит билан кўпинча асосий нозологияли касалликлар асоратлангани маълум бўлди (мас ҳолда 2022 йилда 115 нафар бемор ва 2023 йилда 126 бемор): ўткир аппендицит – 35,6% ва 43,6%; меъда ва 12 бармоқли ичак тешилган яраси – 37,4% ва 34,9%; панкреонекроз – 2,6% ва 2,4%; қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғи аъзолари шикастланиши – 6,1% ва 3,2%; ЎТК (ўткир флегманоз-тошли холецистит, холедохолитиаз, ўт пуфағи эмпиемаси) – 8,7% ва 3,9%; сиқилган чурра (чов, сон, операциядан кейинги) – 0,9% ва 3,2%; ўткир ичак тутилиши (битишмали, ичак буралиши) – 3,5% ва 2,4%; меъда ости беги ўсмаси – 0% ва 0,8%; тутқич томирлари тромбози – 5,2% ва 2,4%; бирламчи бактериал перитонит (асцит-перитонит) – 0% ва 3,2% (1- ва 2-расмлар).



1-расм. 2022 йилда перитонитга олиб келган касалликлар



2-расм. 2023 йилда перитонитга олиб келган касалликлар

Турли шаклдаги перитонитнинг даволаш натижалари ҳам таҳлил қилинди. Танланган жарроҳлик тактикасига қараб беморлар икки гуруҳга ажратилди:

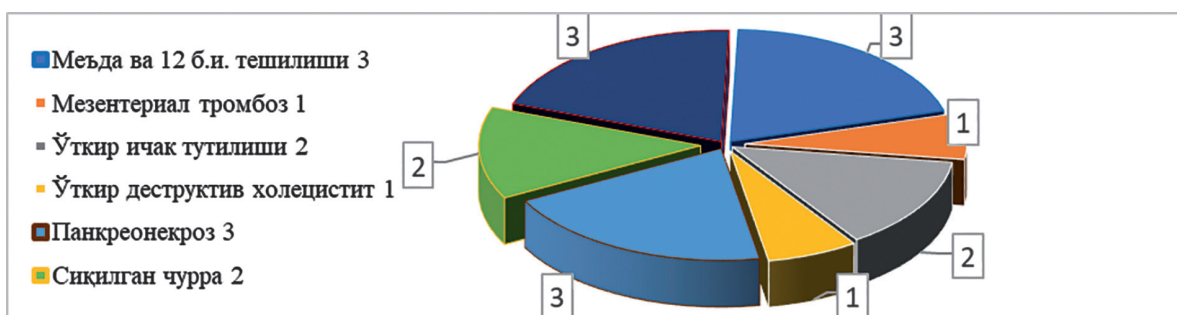
1. Даволаши ярим ёпиқ усулда олиб борилган маҳаллий ва тарқалган перитонит билан оғриган беморлар. Уларда битта операция бажарилган ва бунда перитонитнинг манбаси тўлиқ олиб ташланиб, қорин бўшлиғини самарали санациялаш ҳамда дренажлаш бажарилган. Ушбу гуруҳда даволаш самараси 2022 йил ва 2023 йилларда даволанган беморларда 100% ни ташкил қилган.

2. Иккинчи гуруҳдаги беморлар ярим очик усулда даволанган бўлиб, уни тарқалган перитонит билан оғриган беморлар ташкил қилди. Қуйидаги мезонлар асосида ушбу тактик вариант танланган: қорин бўшлиғининг юқори даражада бактериал контаминацияси, перитонит манбасини ёки унинг жадаллашув омилларини тўлақонли бартараф этишнинг иложи йўқлиги, кўп аъзоли етишмовчилик синдромининг борлиги. Дастлабки операциядан кейинги 24–36 соатларда босқичли санацион релапаротомиялар бажарилган. Ушбу гуруҳда даволашнинг самараси қатор омилларга боғлиқ бўлди: перитонитнинг ривожланиш даври ва операциягача ўтган муддат, бемор аҳволининг дастлабки оғирлик дара-

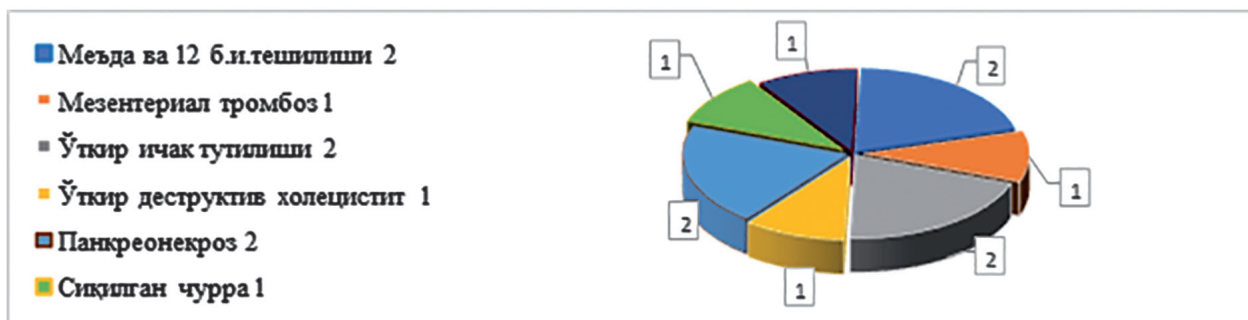
жаси, операцион жароҳат ҳажми, реанимацион чора-тадбирларнинг ҳамда детоксикация усулларининг самарадорлиги. Ушбу гуруҳда ўлим 2022 йилда 13% ни, 2023 йилда эса 21,7% ни ташкил қилди (3- ва 4-расмлар).

Бу ерда шуниси таъкидлаш лозимки, 2023 йилда юқори технологик операциялар 2022 йилга нисбатан кўпроқ ва кенгроқ спектрда қўлланилган (2-жадвал ва 5-расм). Шошилиш жарроҳликда, айниқса, перитонит билан кечувчи қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликларида лапароскопияни қўллаш қатор ижобий самаралар кўрсатди. Беморларнинг ўрин кунларининг қисқариши, операциядан кейинги даврда беморларнинг эрта фаоллаштириш имкони юқорилиги ва пировард натижада беморлар иш фаолиятининг эртароқ тикланиши шулар жумласидандир.

Тадқиқотнинг кейинги қисмида операция вақтида олинган қорин парда бўлакчалари морфологик тавсифи таҳлил қилинди. Қорин парда 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



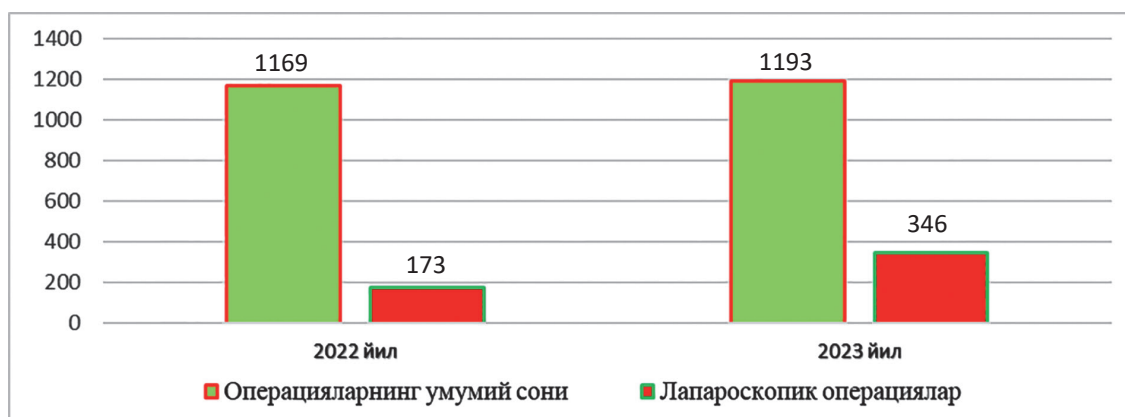
3-расм. 2022 йилда ўлим билан яқун топган перитонит билан асоратланган касалликлар, n=15



4-расм. 2023 йилда ўлим билан яқун топган перитонит билан асоратланган касалликлар, n=10

**2-жадвал.** Перитонитда амалга оширилган кам инвазив операциялар, абс. (%)

Касаллик номи	2022 йил	2023 йил
Лапароскопик холецистэктомия	104 (60)	193 (93,7)
Лапароскопик аппендэктомия	13 (7,5)	77 (17)
Диагностик лапароскопия	25 (14,5)	40 (7,8)
Лапароскопик усулда ўт йўлларини найчалаш	5 (2,9)	6 (4,9)
Ўт жисми лапароскопик усулда олиб ташлаш	1 (0,6)	–
Лапароскопик чурра кесиш	25 (14,5)	30 (24,6)
<b>Жами</b>	<b>173</b>	<b>346</b>

**5-расм.** 2022 ва 2023 йиллардаги лапароскопик операциялар улуши

кўринади. Шиш суюқлигида нейтрофиллар 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 нейтрофиллар ҳужайра халқаси шаклида базал мембрана чегарасидан ташқарига чиққан, яъни субэндотелиал соҳада тўпланган.

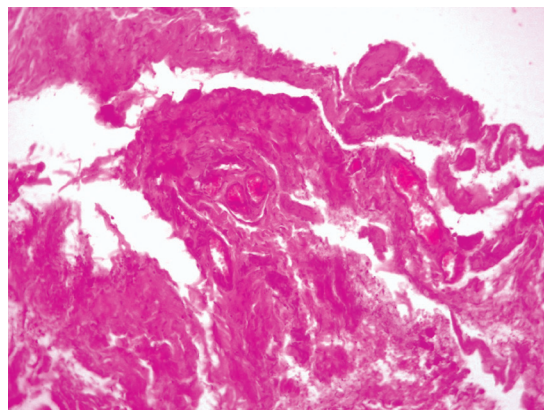
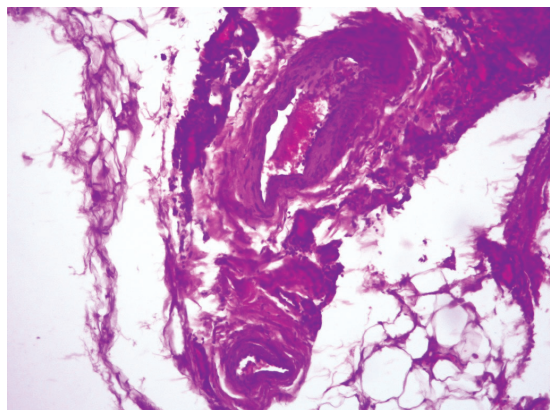
Алоҳида кўрув майдонларида нейтрофил лейкоцитларда экзоцитоз кўринишидаги дегрануляция ҳолати аниқланди. Энг характерли жиҳати нейтрофил лейкоцитларнинг базал мембранадан ташқарига чиқиши бўлди.

Перитонит давомийлиги ортиб бориши билан морфологик ўзгаришларнинг янада чуқурлашиши кузатилди. Деярли барча препаратларда қорин парда юзаси нозик ва дағал фибрин парда билан қопланган. Микроциркуляциянинг бузилиши венулаларда стазлар кўринишида юзага чиққан. Барча қаватларда шиш аломатлари кузатилиб, у асосан зич то-

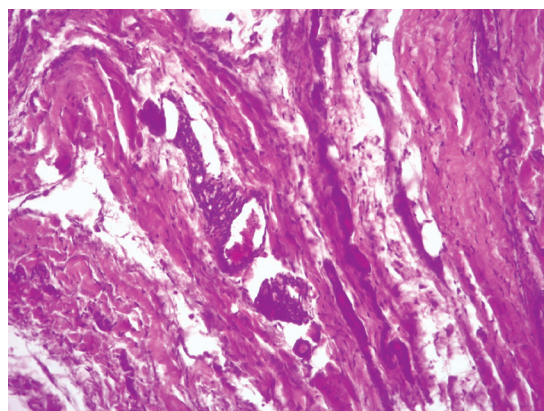
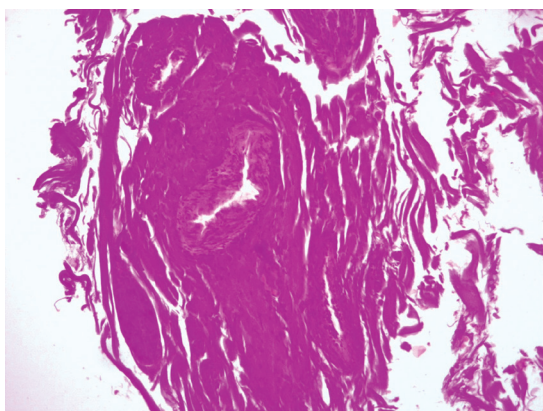
лали қаватда кўпроқ ифодаланган. Артериал томирлар деворлари ҳам дағал морфологик ўзгаришларга учраган: сезиларли торайиш, ҳарҳар жойида тромблар. Қорин парда лимфа томирлари кенгайган, уларда эритроцитлар ҳам учрайди. Қорин парда бўшлиғида эксудат йиғилиши ва ундаги ҳужайралар популяциясининг ортганлиги томирлар деворининг деструкциясидан далолат бериб, плазма ва ҳатто шакли элементларни, хусусан, нейтрофил лейкоцитларнинг миграциясини билдиради. Ушбу ҳужайраларнинг аксарияти дегрануляцияга учраган (6- ва 7-расмлар). Айрим препаратларда кам сонли макрофаглар ва нобуд бўлган микроорганизм ҳужайралари аниқланиши адабиёт манбаларига мос келади [9, 10, 11].

Тарқалган перитонитларда қорин парда бўшлиғида тез-тез ёғ томчилари, нейтрофил ва макрофаглар аниқланди. Микротомирларда торайиш, лейкоцитларнинг девор атрофида тўпланиши ифодаланган. Нейтрофил лейкоцитлар деярли базал мембрана ташқарисидан тўпланган. Аксарият томирларда эндотелийда некроз соҳалари аниқланиб, қорин парда юза-





**6-расм.** Венулаларда кузатилган стазлар, микроциркуляциянинг бузилиши, шиш белгилари, зич толали қават томирлари, ГЭ., К.400



**7-расм.** Дегрануляцияланган нейтрофил лейкоцитлар, макрофаглар, ёғ томчилари, шунингдек, ҳужайра соялари кўринади, ГЭ., К.400

сида дегрануляцияга учраган нейтрофиллар, макрофаглар, ёғ томчилари, ҳужайра соялари кўринади. Бу ерда тотал грануляция, коллаген толаларнинг тартибсиз жойлашиб бўкиши ва қорин пардада фибриноз ивиш, яъни дағал фибрин тутамлари тўри ҳосил бўлган. Семиз ҳужайраларнинг дегрануляцияси кузатилди.

Шундай қилиб, перитонитнинг давомийлиги ва тарқалганлигига қараб, қорин парда толали ва ҳужайравий тузилмаларининг морфологик ўзгариши чуқурлашиб боради. Дастлабки 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 мембрана ўтказувчанлигининг ортиб кетиши натижасида субэндотелиал миграцияга олиб келади, кейинчалик эса ней-

трофил лейкоцитларнинг дегрануляцияга учраши яллиғланиш реакцияси қамровининг ортишига олиб келади.

Демак, 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 кўзғатувчини аниқлашнинг ҳамда уларни динамикада алмашинувини башоратловчи тезкор услубларни ишлаб чиқиш. 3. Ичак анастомозлари етишмовчилигини олдини олиш имкониятларини ўрганиш. 4. Ўрнини босувчи терапия ёрдамида иммуногенез етишмовчилигини ва тизимли метаболизм бузилишларини тuzатиш. 5. Операциядан кейинги эрта даврларда организм ўзлаштириши мумкин бўлган энтерал ва озукавий аралашмаларни ишлаб чиқиш бўйича тадқиқотлар олиб бориш.

### Хулоса

Текширилган беморлар орасида перитонит билан оғриган беморларнинг умумий сони 2022 йилда 115 нафар (6,5%) перитонит билан давола-ниб, уларнинг 56% маҳаллий, 44% эса тарқалган перитонит билан оғриган. 2023 йилда 126 нафар (6,9%) бемор перитонит билан ётқизилган, улар-нинг 61% да маҳаллий ва 39% да эса тарқалган перитонит кузатилди. Перитонитнинг энг кўп учраган сабаби деструктив аппендицит бўлди – 35,6% (2022й.) ва 43,6% (2023й.). Тарқалган пери-тонитли гуруҳда ўлим кўрсаткичи юқори бўлди – 2022 йилда 13% ва 2023 йилда 21,7%.

Перитонитда қорин парда толали ва ҳужайра-вий тузилмаларининг морфологик ўзгариши чу-қурлашиб бориши яллиғланиш жараёнининг давомийлиги ва тарқалганлигига боғлиқ бўлди. Дастлаб толали тузилмаларда шиш, кейин эса қон қўйилиши, чўзилган муддатларда толалар тартиби-нинг бузилиши ва бўкиши кузатилди. Ҳужайралар популяцияси динамикаси эса дастлаб томир де-ворлари томон тўпланиши, эндотелиал дисфунк-ция натижасида субэндотелиал миграцияга олиб келди, бу эса, ўз навбатида, нейтрофил лейкоцит-ларнинг дегрануляциясига сабаб бўлди.

### Адабиётлар

1. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. М Литера, 2006; 206 [Savelev V.S., Gelfand B.R., Filimonov M.I. Peritonit. M Litera, 2006; 206. In Russian].
2. Ерюхин И.А., Багненко С.Ф., Григорьев Е.Г., Шляпников С.А., Ерёмин С.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция: современное состояние и ближайшее будущее в решении актуальной клинической проблемы. Инфекции в хирургии. 2007; 5(1):6–12. [Eryuxin I.A., Bagnenko S.F., Grigorev Ye.G., Shlyanikov S.A., Yeryomin S.R. Abdominalnaya xirurgicheskaya infeksiya: sovremennoe sostoyanie i blijayshee budushee v reshenii aktualnoy klinicheskoy problemy. Infekcii v xirurgii. 2007; 5(1):6–12. In Russian].
3. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Подачин П.В., Сергеева Н.А. Критерии выбора эффективной тактики хирургического лечения распространенного перитонита. Анналы хирургии. 2013; 2:48–54. [Savelev V.S., Gelfand B.R., Filimonov M.I., Podachin P.V., Sergeeva N.A. Kriterii vibora effektivnoy taktiki xirurgicheskogo lecheniya rasprostranennogo peritonita. Annali xirurgii. 2013; 2:48–54. In Russian].
4. Holzheimer R.G., Gathof B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis. Eur J Med Res. 2003; 8:125–134.
5. Макушкин Р.З., Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Гадаев Ш.Ш., Петижев Э.Б. Повторные хирургические вмешательства при распространенном гнойном перитоните. Хирургический журнал имени Н.И. Пирогова. 2009; 11:18–22. [Makushkin R.Z., Baychorov E.X., Xatsiev B.B., Gadaev Sh.Sh., Petijev E.B. Povtorniye xirurgicheskie vmeshatelstva pri rasprostranennom gnoynom peritonite. Xirurgicheskiy jurnal imeni N.I. Pirogova. 2009; 11:18–22. In Russian].
6. Хаджибаев А.М., Асомов Х.Х., Рискиев У.Р. Релaparоскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита. Вестник экстренной медицины. 2012; 2:105–106. [Khadjibaev A.M., Asomov X.X., Riskiev U.R. Relaparoskopiya v diagnostike i lechenii posleoperasionnogo peritonita. Vestnik ekstrennoy medisini. 2012; 2:105–106. 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 rasprostranennogo peritonita Hirurgiya. 2007; 2:24–28. In Russian].
8. Рахимов Б.К., Расулов Х.А. Перитонитнинг тарқалганлиги ва давомийлигига боғлиқ клиник-морфологик таҳлили. Вестник экстренной медицины. 2023; 16(1):45–48 [Rahimov B.K., Rasulov H.A. Peritonitning tarqalganligi va davomiyligiga boʻliq klinik-morfologik taʼlili. Vestnik ekstrennoy meditsiny. 2023; 16(1):45–48. In Uzbek].
9. Байчоров Х.М., Боташева В.С., Бондаренко А.Г., Демянова В.Н. Морфологическое обоснование малоинвазивных 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 maloinvazivnyh videolaparoskopiicheskikh sanaciy bryushnoy polosti. Medicinskiy vestnik Severnogo Kavkaza. 2013; 8(2):56–59. In Russian].
10. Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю., Ештокин С.А., Фролова О.Г. Применение иммобилизованных форм гипохлорита натрия в геле карбоксиметилцеллюлозы в комплексном лечении распространенного перитонита. Хирургия. Журнал имени Пирогова Н.И. 2009; 11:14–17. [Sukovatix B.S., Blinkov Yu.Yu., Yeshtokin S.A., Frolova O.G. Primenenie immobilizirovannix form gipoxlorita natriya v gele karboksimesitilsellyulozy v kompleksnom lechenii rasprostranennogo peritonita. Xirurgiya. Jurnal imeni Pirogova N.I. 2009; 11:14–17. In Russian].
11. Raximov B.K., Rasulov X.A. Clinical and morphologic analysis of peritonitis depending on the prevalence and duration of the process. Science and innovation. 2023; 2 (Special Issue 8):1866–1869.

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Б.К. РАХИМОВ<sup>1</sup>, Х.А. РАСУЛОВ<sup>2</sup>, А.Р. АЙТУГАНОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиническая больница г. Ташкента № 4 имени И. Иргашева, Узбекистан

<sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

**Цель.** Сравнительная оценка результатов хирургического лечения перитонитов в зависимости от распространенности и длительности воспалительного процесса, изучение реакции морфологических структур брюшины в зависимости от распространенности и длительности перитонита.

**Пациенты.** В данной статье приведен анализ 3607 больных, пролеченных в хирургическом отделении ГКБ № 4 им. И. Иргашева г. Ташкента за последние два года (2022 год – 1777 и 2023 год – 1830 больных).

**Результаты.** В 2022 г. 115 (6,5%), а в 2023 г. 126 (6,9%) больных поступили с перитонитом. Самой частой причиной перитонита был острый аппендицит (35,6% и 43,6% соответственно в 2022 и 2023 гг.). В группе с разлитым перитонитом показатель смертности был высоким – в 2022 г. он составил 13%, а в 2023 г. – 21,7%. При перитоните усугубление морфологических изменений волоконных и клеточных структур брюшины связано с продолжительностью и распространенностью воспалительного процесса.

**Выводы.** Выбор метода и объема оперативного вмешательства при перитоните, учитывая его клиническое течение, длительность и распространенность воспалительного процесса, а также соответствующую реакцию морфологических структур брюшины, приводит к повышению эффективности проведенного лечения.

**Ключевые слова:** острый перитонит, оперативное лечение, дегрануляция, тучные клетки.

### Сведения об авторах:

*Рахимов Богибек Каримбоевич* – кандидат медицинских наук, ординатор хирургического отделения Ташкентской городской клинической больницы № 4 им. И. Иргашева.  
E-mail: bogibek@mail.ru;  
ORCID 0009-0008-0680-0929

*Расулов Хамидулла Абдуллаевич* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анатомии, патологической анатомии Ташкентского педиатрического медицинского института.  
E-mail: ccb.rasulov@mail.ru;  
ORCID 0009-0002-5160-2733

*Айтуганов Азиз Расулович* – студент 6-го курса медико-педагогического факультета Ташкентского педиатрического медицинского института.

Поступила в редакцию: 18.05.2024

### 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;  
ORCID 0009-0008-0680-0929

*Rasulov Hamidulla Abdullaevich* – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Anatomy, Pathological Anatomy of the Tashkent Pediatric Medical Institute.  
E-mail ccb.rasulov@mail.ru;  
ORCID 0009-0002-5160-2733

*Aytuganov Aziz Rasulovich* – 6th year student of the Tashkent Pediatric Medical Institute.

Received: 18.05.2024