

left minithoracotomy for benign and malignant pericardial tamponade in cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology*, 2012, No. 10, pp. 123.

30. Tomkowsky W.Z., Kuca P., Gralec R. et al.. Management of purulent pericarditis. *Monaldi-Arch. Chest Diseases*, 2003, vol. 59, № 4, pp. 308 – 309.

ХУЛОСА

А.А. Чаббаров, Д.У. Дадабоев, Т.Г. Гулмуродов
ҶАНБАҲОИ МУОСИРИ ТАШХИС ВА
ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ ПЕРИКАРДИТИ
МУЗМИНИ ЭКССУДАТИВӢ

Дар мақолаи тафсирии мазкур таҳлили ада-

биёти муосир, ки ба проблемаи ташхис ва табобати ҷарроҳии перикардити музмини экссудативӣ бахшида шудааст, оварда шудааст. Инчунин маълумотҳо оиди басомад, сабабҳо, хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, имкониятҳои муосири ташхис ва табобати ҷарроҳии перикардити музмини экссудативӣ оварда шудааст.

Мавҷуд набудани нуқтаи назарҳои ягона оиди самаранок будани усулҳои табобатии минималӣ-инвазивӣ ва видеоторакоскопии перикардити музмини экссудативӣ муайян карда шудааст.

Калидвожаҳо: перикардитҳои музмин, эхокардиография видеоторакоскопия, перикардэктомия.

УДК 616.381-002-079

А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров, Дж.С. Халимов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Кафедра хирургических болезней № 1 ГОУ «ТТМУ имени Абуали ибни Сино»

Сараев Алишер Рахматуллоевич - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел.: (+992) 918-65-05-40, E-mail: dr.saraev@mail.ru

В статье представлены различные взгляды на проблему выбора адекватной хирургической тактики при распространенном перитоните, когда необходимо учитывать не только этиологию, распространённость и степень патологических изменений в брюшной полости, но и степень эндогенной интоксикации и полиорганную недостаточность, прогноз исхода перитонита. Сделан акцент на возможностях применения видеолaparоскопии в хирургическом лечении различных форм распространенного перитонита. Проанализированы основные показания и противопоказания к использованию эндовидеохирургических вмешательств в условиях распространенного перитонита.

Ключевые слова: перитонит, программированная санация, эндовидеохирургическая санация, лапароскопия.

A.R. Saraev, Sh.K. Nazarov, H.Sh. Nazarov, J.S. Halimov.

SURGICAL APPROACH FOR GENERALIZED PERITONITIS (LITERATURE REVIEW)

Department of Surgical Diseases No. 1, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan.

Saraev Alisher Rahmatulloevich PhD, Associate Professor at the Department of Surgical Diseases No. 1, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, 139 Rudaki Ave., Tel.: (+992) 918-65-05-40, E-mail: dr.saraev@mail.ru

The article presents various views on the problem of choosing adequate surgical tactics for generalized peritonitis when it is necessary to take into account not only the etiology, spread, and degree of pathological changes in the abdominal cavity, but also the degree of endogenous intoxication and multiple organ failure, the prognosis of peritonitis outcome. The emphasis was placed on the possibilities of video laparoscopy in the surgical treatment of various forms of peritonitis. The main indications and contraindications to the use of endo-video surgical interventions in conditions of peritonitis were analyzed.

Keywords: peritonitis, programmed sanitation, endo-video surgical sanitation, laparoscopy.

Несмотря на достижения современной медицины в общем, и колоссальный опыт хирургии перитонита в частности, до настоящего времени нет общепризнанных подходов в выборе тактики хирургического лечения распространенного перитонита и проблема повышения эффективности лечения больных перитонитом остается такой же острой, как и в прошлом веке [5]. Актуальность проблемы лечения распространенного перитонита обусловлена тем, что хирурги фактически имеют дело с абдоминальным сепсисом, нередко и в стадии септического шока. Такие угрожающие состояния определяются прежде всего выраженными патоморфологическими изменениями и гнойно-резорбтивными процессами в брюшине. Поэтому вопрос выбора оптимальной тактики лечения распространенного гнойного перитонита остается дискуссионным [8]. Объем интенсивной терапии и способ завершения оперативного вмешательства чаще определяется эмпирически, с учетом предшествующего практического опыта на основании оценки тяжести состояния больного и степени патологических изменений в брюшной полости.

Общие принципы лечения распространенного перитонита остаются неизменными в течение вот уже нескольких десятилетий. Это обязательное хирургическое устранение источника внутрибрюшной инфекции, тщательная санация брюшной полости, целенаправленная антибактериальная терапия и интенсивная детоксикационная и симптоматическая терапия. Эти принципиальные положения непреложны [12]. Однако способы их достижения становятся постоянным предметом дискуссий. Наиболее спорным остается вопрос о способах завершения хирургического вмешательства — методах дренирования брюшной полости и

интубации кишечника, показаниях к программным санациям брюшной полости — что является само по себе дополнительной агрессией в послеоперационном периоде [16].

Значительный уровень смертности среди больных с тяжелыми формами распространенного перитонита, не имеющая заметной склонности к снижению, а также стремление хирургов активно воздействовать на абдоминальную инфекцию в послеоперационном периоде, предотвращать, своевременно распознавать и устранять послеоперационные осложнения вынудили многих хирургов вернуться к активным методам хирургической коррекции [6]. Анализ литературы показывает, что положительный результат лечения больных с распространенным перитонитом на 80% зависит от оптимальной хирургической тактики, в первую очередь от адекватной санации брюшной полости, и лишь на 20% — от антибактериальной и интенсивной терапии [12].

В целом лечение перитонита должно осуществляться с отчетливой ориентацией на фазность развивающихся патофизиологических процессов и учетом особенностей очага инфекции [8].

Из существующих в настоящее время способов хирургических вмешательств при распространенном перитоните (табл.) закрытый способ применяется крайне редко. Имеются единичные сообщения о возможности применения данного способа при низкой степени контаминации брюшной полости, времени развития заболевания, не превышающем 6-8 часов и в случаях распространенного химического перитонита.

После выполнения всех этапов хирургического вмешательства брюшная полость ушивается наглухо без оставления дренажей. В послеопера-

Таблица

Способы хирургических вмешательств при распространенном перитоните

Закрытый	Лапаротомия, ликвидация источника перитонита, санация брюшной полости, ушивание лапаротомной раны наглухо
Полузакрытый (традиционный способ)	Лапаротомия, ликвидация источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости, ушивание лапаротомной раны наглухо
Полуоткрытый	Способ по традиционной технологии но с временным закрытием лапаротомной раны и программными хирургическими санациями брюшной полости
Открытый	Лапаростомия без закрытия брюшной стенки, программные хирургические санации брюшной полости
Лапароскопический	Устранение источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости при помощи видеолaparоскопических технологий
Комбинированный	Сочетание полужакрытого (традиционного) способа с программными видеолaparоскопическими санациями брюшной полости

ционном периоде производят периодический ультразвуковой контроль брюшной полости. При выявлении скоплений жидкости под УЗИ-контролем производят пункцию и дренирование жидкостных образований. Лечение подобных больных можно производить таким путем лишь в клиниках, имеющих опыт чрезкожного дренирования абсцессов брюшной полости [11, 41].

Полузакрытый способ лечения распространенного перитонита является общепринятым до настоящего времени. Однако, несмотря на более чем вековую историю, его этапы являются предметом дискуссии. Не порождают разногласий лишь необходимость полной ликвидации источника перитонита, в то время как в вопросах методов и средств санации и способах дренирования брюшной полости единое мнение отсутствует [7, 11]. В частности при высокой степени контаминации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните однократная интраоперационная санация брюшной полости недостаточна.

Переход к полуоткрытому способу хирургического лечения целесообразен при гнойном распространенном перитоните (бактериальная контаминация выше 5КОЕ/г), при признаках анаэробного перитонита [17, 25]. В современных условиях метод санационных программируемых релапаротомий, являясь достаточно эффективным средством ликвидации распространенного перитонита, позволяет предупредить развитие гнойно-септических осложнений вторичного плана [1, 13, 35].

В настоящее время на фоне стремительного прогресса в хирургии распространенного перитонита всё чаще применяется тактика «открытого» ведения брюшной полости с проведением санлирующих операций. Впервые методику открытых методов лечения перитонитов предложил Miculich, который использовал отграничивающую марлевую тампонаду очагов инфекции в брюшной полости при неушитой срединной ране. Большой вклад в лечение тяжелых форм перитонита внес советский хирург Н.С. Макоха, который начал использовать открытое ведение живота в 1949 году. Следует подчеркнуть, что лапаростома – это не метод лечения, а термин, определяющий технический приём создания соустья между брюшной полостью и внешней средой. А методом лечения всё же правильнее было бы определить плановые санации брюшной полости или санации по требованию [4].

Показаниями к лапаростомии являются: запоздалые релапаротомии по поводу послеоперационного перитонита; эвентрации через гнойную рану при распространенном перитоните, а также

высокий риск эвентрации; распространенный перитонит в поздней стадии заболевания, сопровождающийся тяжелой эндогенной интоксикацией или полиорганной недостаточностью; распространенный или ограниченный перитонит, сопровождающийся некрозом органов брюшной полости и забрюшинной клетчатки; анаэробный перитонит [28, 37].

Однако необходимо отметить, что способ лапаростомии чреват и развитием таких осложнений, как нагноение послеоперационной раны, формирование кишечных свищей на фоне этапного лечения, ранняя спаечная кишечная непроходимость, послеоперационный парез кишечника, формирование послеоперационных вентральных грыж [2]. В данном контексте проблема ведения и закрытия брюшной полости, в том числе и с применением технических средств, приобретает особую значимость. В настоящее время существует несколько технических вариантов повышения эффективности санационных мероприятий и закрытия лапаростомы.

С начала XXI века начинается использование вакуумных технологий в ведении «открытого» живота, основу действия которых составляет принцип локального отрицательного давления. Методика вакуум-ассистированной лапаростомы с применением специальных аппаратов отрицательного давления позволяет решить обе задачи – и эвакуации токсического содержимого и временного закрытия брюшной полости при тяжелых формах распространенного перитонита [29, 33, 38]. Данная методика способствовала снижению показателя смертности и осложнений, хотя образования свищей и межпетельных абсцессов полностью предупредить не удастся [30], и поиск более эффективных методов временного закрытия брюшной полости продолжается. Повышения эффективности, в частности, удалось достичь сочетанием локального отрицательного давления с проточно-инстилляционной системой, так называемой, вакуум – инстилляционной лапаростомией, предусматривающей автоматическое орошение брюшной полости антисептками с последующей их аспирацией, что позволяло предупредить формирование слипчивого процесса в брюшной полости и образование таким образом недренируемых скоплений экссудата [31, 40].

Таким образом, применяемые в последние годы усовершенствованные способы ведения брюшной полости, внедрение технических устройств, отвечающих современным требованиям, в комплексном лечении больных с распространен-

ным перитонитом наряду с эффективностью обладают и некоторыми недостатками, и обсуждение использования отдельных вариантов лечения иногда может носить полемический характер. Поиск современных, эффективных методов лечения тяжелых форм распространенного перитонита остаётся актуальным, особенно на фоне бурного развития медицинских технологий.

Новые возможности в лечении распространенного перитонита открывают эндохирургические технологии, позволяющие не только ликвидировать источник перитонита, но и выполнить санацию брюшной полости [16, 40]. Малая травматичность и высокая эффективность лапароскопического метода лечения распространенного перитонита позволяют избежать ряда осложнений (эвентраций, кишечных свищей, нагноений послеоперационных лапаротомных ран) [9, 13, 26]. В настоящее время лапароскопический способ как отдельный метод хирургического лечения распространенного перитонита не получил особого признания и распространения. Об абсолютной эффективности данной методики пока ещё говорить не приходится, так как некоторые аспекты ее применения (показания, противопоказания, алгоритм и методики применения, возможные осложнения) требуют дальнейшего изучения и уточнения [13]. Ряд авторов считают, что он может использоваться при низкой степени инфицированности и бактериальной контаминации брюшной полости, серозном или химическом перитоните, не нарушенной целостности тонкой кишки, при абсолютной уверенности в полноценности санации брюшной полости, т.е. в качестве альтернативы закрытому методу [26]. До недавнего времени сам факт распространенного перитонита считали абсолютным противопоказанием для лапароскопических вмешательств, что объяснялось отсутствием технических возможностей для выполнения подобных операций, риском распространения воспалительного процесса на интактные отделы брюшной полости [14].

Достижения видеолaparоскопической техники и технологии в последние годы и накопление опыта экстренных видеолaparоскопических вмешательств способствовали постепенному привлечению лапароскопии и в лечебный процесс при распространенном перитоните [6, 22]. Преимуществами лапароскопических вмешательств перед традиционными являются возможность более достоверно установить степень распространённости и тяжесть перитонита, меньшая травматичность вмешательства, уменьшение числа инфекционных осложнений, ранняя активизация и реабилитация

больных, лучший косметический эффект [26].

К недостаткам лапароскопического вмешательства при перитоните, по мнению различных авторов, относятся сложность полноценной санации брюшной полости при массивной бактериальной контаминации и обширных фибринозных наложениях, ограниченность обзора при паретическом вздутии кишечника, невозможность проведения назоинтестинальной интубации [18, 39]. По данным Ф.Н. Назарова и соавт. (2013), использование видеолaparоскопической технологии значительно расширяет возможности малоинвазивных вмешательств [14]. Этих же взглядов придерживаются и другие исследователи [9].

Имеет значимость и вопрос об этапных видеолaparоскопических санациях после лапаротомии по поводу тяжёлых форм распространенного перитонита. Речь идет о комбинированном способе. При первичной операции планируется необходимость проведения санационного видеолaparоскопического вмешательства в послеоперационном периоде. Показаниями к данной процедуре являются: давность распространённого перитонита более 12 ч, фибринозно-гнойный или гнойный перитонит с фибринозными наложениями, каловый характер экссудата, отсутствие возможности провести полноценную санацию брюшной полости в связи с крайне тяжёлым состоянием пациента, а также ситуации, требующие визуального динамического контроля ввиду высокого риска развития интраабдоминальных осложнений [18]. Противопоказаниями являются рубцово-спаечный процесс в брюшной полости; выраженный парез тонкой кишки, запущенный каловый перитонит; предполагаемый анаэробный клостридиальный характер флоры; массивные фибринозные наложения с тенденцией к формированию абсцессов, отсутствие видимого эффекта при проведении плановых видеолaparоскопических санаций [32]. Относительными противопоказаниями считали наличие кишечных стом, свищей и нагноение лапаротомной раны (риск повторного инфицирования брюшной полости) [15].

Санационную лапароскопию, по данным различных авторов, осуществляли через 12 ч, сутки, двое суток после предыдущей операции. В целях облегчения повторного вмешательства некоторые авторы использовали специальную лапароскопическую «гильзу», установленную в передней брюшной стенке при первичной лапаротомии [15].

Количество повторных лапароскопических санаций в зависимости от тяжести процесса колеблется от двух-трёх до семи-восьми [19].

Подбор оптимального интервала между этапными санациями имеет существенное значение для исхода лечения. Существуют три варианта интервалов, применяемых для программированных релапаротомий: короткий, средний, максимальный. Короткий интервал (до суток) используют при тяжелом перитоните и относительно стабильном состоянии больного. Средний интервал (24-48 часов) – наиболее предпочтительный, так как к этому времени защитные механизмы брюшины уже максимально выражены, и за данный временной промежуток основные метаболические нарушения, развившиеся после полостного вмешательства, возможно уже купированы [17]. Максимальный интервал (более 48 часов), по данным литературы, отрицательно отражается на течении распространенного перитонита, что проявляется ухудшением морфофункциональной картины в брюшной полости и отсутствием положительной динамики в состоянии пациента [20].

Противники большого числа санационных релапаротомий полагают, что в ряде случаев при многократном выполнении повторных операций формируется «порочный круг»: степень тяжести перитонита требует продолжения этапных вмешательств, а каждая следующая релапаротомия ведет к нарастанию воспалительных изменений в брюшной полости и сложности завершения режима этапной санации [3, 21].

Определение критериев для завершения режима этапной санации брюшной полости является весьма сложным вопросом и в настоящее время единого мнения не существует. Главным ориентиром возможности прекращения программных санаций брюшной полости, согласно данным В.С. Савельева, является купирование гнойно-воспалительного процесса [17]. П.Н. Зубарев в своих работах (2008) [10] в качестве критериев к завершению режима этапных вмешательств приводит:

- 1) нормализация температуры тела;
- 2) нормализация лейкоцитарной формулы крови;
- 3) восстановление активной перистальтики кишечника;
- 4) отсутствие гнойного отделяемого в брюшной полости;
- 5) появление грануляционной ткани в операционной ране и очищение петель кишечника от фибринозных наложений.

Существующие в настоящее время противоречивые мнения различных авторов подтверждают, что применение жестких временных и количественных рамок выполнения программируемой

релапаротомии при распространенном перитоните является сложной задачей, требующей дополнительного изучения [3, 22].

Необходимо отметить, что вопросы хирургической тактики с применением динамической санационной видеолапароскопии, описаны недостаточно. Не в полной мере еще определены показания и противопоказания к релапароскопии как после эндовидеохирургического вмешательства, так и после традиционной операции. Существует ряд спорных вопросов в технике лапароскопической санации, недостаточно обозначены критерии выбора вида санации брюшной полости [3, 17].

При присоединении абдоминального сепсиса, при баллах по шкале APACHE II до 15, предпочтительно на втором этапе после лапаротомии проводить видеолапароскопические санации брюшной полости, что дает возможность избежать прогрессирования перитонита и летальных исходов [21-24].

При полиорганной недостаточности или при установленном септическом шоке, с баллами по шкале APACHE II свыше 15, применение комбинированного способа лечения неэффективно, что обусловлено высокой бактериальной контаминацией содержимого брюшной полости, массивными фибринозными наложениями, склонностью к формированию абсцессов. В данных случаях целесообразно формирование лапаростомы с последующими программированными санациями брюшной полости [24, 27].

Таким образом, обзор литературы показывает, что в настоящее время отсутствует единая общепринятая концепция хирургического лечения распространенного перитонита. Несмотря на стремительное развитие эндохирургии, применение видеолапароскопических методов в лечении распространенного перитонита отражено в современной литературе недостаточно. Литературные сведения разноречивы и не содержат единых взглядов в определении показаний, противопоказаний и в технике лапароскопических вмешательств при этой патологии. В различных медицинских учреждениях применяются принципиально разные алгоритмы лечебных мер, что требует дальнейшего углубленного изучения проблемы, проведения исследований и научных разработок в данном направлении.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 33-40 см. в REFERENCES)

1. Арсентьев О.В. Клинико-морфологическая характеристика распространенного гнойного перитонита в терминальной стадии / О.В. Арсентьев, С.В. Кемеров

// Казанский медицинский журнал. - 2012. - № 2. - С. 343–344.

2. Багдасаров В.В. Влияние интраабдоминальной гипертензии на выбор хирургической тактики при распространенном перитоните / В.В. Багдасаров // Инфекции в хирургии. - 2010. - № 4. - Т. 8. - С. 47–52.

3. Багдасарова Е.А. Выбор программы этапных санаций при распространенном гнойном перитоните: зачем, когда и как? / Е.А. Багдасарова, В.В. Багдасаров, Д.Н. Проценко [и др.] // Анналы хирургии. - 2011. - № 5. - С. 44–49.

4. Болтуев К.Х. Видеолaparоскопическое лечение острого аппендицита, осложнённого перитонитом / К.Х. Болтуев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2016. - № 2. - С. 5–9.

5. Васильков В.Г. Интенсивная терапия перитонита. Четверть века поисков перспективных решений / В.Г. Васильков, А.И. Сафронов [и др.] // Вестник интенсивной терапии. - 2010. - №4. - С. 25–29.

6. Вишневская А.Н. Лапароскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита / А.Н. Вишневская, К.В. Стегний, В.Г. Раповка // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2011. - №1. - С. 34–36.

7. Глухов А.А. Применение видеолaparоскопической гидропрессивной санации брюшной полости при остром перитоните / А.А. Глухов, В.Г. Суханов, А.П. Остроушко, И.И. Новиков // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2009. - №3. - С. 199–206.

8. Даминова Н.М. Этиопатогенез, классификация, диагностика и лечение послеоперационного перитонита / Н.М. Даминова, З.Х. Газиев, М.Б. Назаров // Здравоохранение Таджикистана. - 2016. - №4(331). - С. 65–74.

9. Ёров У.У. Эффективность применения эндохирургических методов в диагностике и лечении сочетанных и множественных травм живота / У.У.Ёров, А. Ахмедов, Н.Ф. Салимзода, А.Г. Гаибов // Здравоохранение Таджикистана. - 2018. - №4(339). - С. 5–8.

10. Зубарев П.Н. Способы завершения операций при перитоните / П.Н. Зубарев, Н.М. Врублевский, В.И. Данилин // Вестник хирургии. - 2008. - № 6. - С. 110–113.

11. Кори́масов Е.А. Дренирование в абдоминальной хирургии: стандарты или здравый смысл? / Е.А. Кори́масов, Ю.В. Горбунов, А.М. Кричмар // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2012. - №3. - С. 525–527.

12. Курбонов К.М. Радикальное удаление источника распространённого перитонита у больных с заболеваниями полых органов / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, Ш.Б. Полвонов, С.К. Ёров // Вестник Авиценны. 2016. № 4 (69). С. 24–28.

13. Малков И.С. Лапароскопическая санация брюшной полости в комплексном лечении больных с распространённым перитонитом / И.С. Малков, Е.К. Салахов // Казанский медицинский журнал. - 2012. - № 2. - С. 287–289.

14. Назаров Ф.Н. История и проблемы эндовидеохирургии в Таджикистане / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов,

Т.Г. Гульмурадов // Известия АН Республики Таджикистан. - 2013. - №1. - С. 72–75.

15. Покровский Е.Ж. Возможности видеолaparоскопической санации брюшной полости при вторичном распространённом перитоните / Е.Ж. Покровский, А.М. Станкевич, О.И. Коньков [и др.] // Эндокопическая хирургия. - 2010. - №1. - С. 13–15.

16. Савельев В.С. Программируемые релaparотомии в лечении распространённого перитонита. Варианты тактических решений / В.С. Савельев // Инфекции в хирургии. - 2009. - №4. - С. 26–31.

17. Савельев В.С. Выбор режима этапного хирургического лечения распространённого перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов [и др.] // Анналы хирургии. - 2009. - № 4. - С. 5–10.

18. Салахов Е.К. Программированные лапароскопические санации брюшной полости у больных с распространёнными формами перитонита / Е.К. Салахов, А.П. Власов // Фундаментал. исслед. - 2014. - №4. - С.158–162.

19. Сафаров А.С. Случай успешного лечения трёхлетнего ребёнка с общим послеоперационным мочевым фибринозным перитонитом, сочетавшимся с инвагинацией кишечника / А.С. Сафаров, Ш.Р. Султонов, Б.А. Сафаров // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2016. - № 2. - С. 16–19.

20. Суковатых Б.С. Эффективность балльной оценки при выборе способа лечения распространённого гнойного перитонита / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков, П.А. Иванов // Анналы хирургии. - 2011. - №4. - С. 69–72.

21. Суковатых Б.С. Оптимизация технологии видеоэндокопических санаций брюшной полости при распространённом гнойном перитоните / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков, П.А. Иванов // Хирургия. - 2012. - №7. - С. 53–57.

22. Суковатых Б.С. Показания, противопоказания и технология видеоэндокопических санаций брюшной полости при распространённом гнойном перитоните / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков, П.А. Иванов, Е.М. Миляев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2012. - № 5. - С. 18–23.

23. Суковатых Б.С. Лечение распространённого перитонита / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков, А.Е. Букреева [и др.] // Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2012. - № 9. - С. 46–47.

24. Суковатых Б.С. Эффективность комбинированного хирургическо-эндокопического способа лечения распространённого перитонита / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков [и др.] // Вестник хирургии. - 2013. - №4, Т.172. - С. 25–28.

25. Суковатых Б.С. Выбор способа хирургического вмешательства при распространённом гнойном перитоните / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков, А.В. Неласов, С.А. Ештокин, О.Г. Фролова // Вестник хирургии. - 2009. - №6. - С. 29–33.

26. Сыкал Н.А. Программированная лапароскопия в лечении перитонита / Н.А. Сыкал // Медицина неотложных состояний. - 2013. - №8(55). - С. 26–28.

27. Цхай В.Ф. Десятилетний опыт применения управляемой лапаростомии в лечении распространенного гнойного перитонита / В.Ф. Цхай, В.И. Барабаш, Н.В. Мерзликин, Р.В. Сорокин // Вестник хирургии. - 2011. - № 1. - С. 54-57.

28. Цхай В.Ф. Релапаротомия и лапаростомия в лечении ранних послеоперационных осложнений / В.Ф. Цхай, Н.В. Мерзликин, Р.В. Сорокин, В.И. Барабаш, Ю.А. Хлебникова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2011. - №6. - С. 27-31.

29. Черданцев Д.В. Успешное лечение тяжелого гнойного перитонита в красноярском краевом гнойно-септическом центре (клинический случай) / Д.В. Черданцев, О.В. Первова, В.А. Шапкина // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - №6. - С. 93.

30. Черданцев Д.В. Вакуум-ассистированная лапаростома при лечении распространенного гнойного перитонита / Д.В. Черданцев, О.В. Первова, В.А. Шапкина // В мире научных открытий. - 2015. - №2(72). - С. 517-531.

31. Шапкина В.А. Опыт применения вакуум - ассистированной лапаростомы в сочетании с фракционной проточно-инстилляционной методикой в лечении распространенного перитонита / В.А. Шапкина // Здоровье и образование в XXI веке. - 2017. - №10, Т.19. - С. 137-141

32. Шаповальянц С.Г. Применение видеолaparоскопических вмешательств при лечении больных с распространенным перитонитом (методика и результаты) / С.Г. Шаповальянц, М.Е. Тимофеев, Е.Д. Федоров [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №2. - С. 3-14.

REFERENCES

1. Arsentev O. V. Kliniko-morfologicheskaya kharakteristika rasprostranennogo gnoynogo peritonita v terminalnoy stadii [Clinical and morphological characteristics of common purulent peritonitis in the terminal stage]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal - Kazan medical journal*, 2012, No. 2, pp. 343-344.

2. Bagdasarov V. V. Vliyanie intraabdominalnoy gipertenzii na vybor khirurgicheskoy taktiki pri rasprostranennom peritonite [The influence of intra-abdominal hypertension on the choice of surgical tactics in case of widespread peritonitis]. *Infektsii v khirurgii - Infections in surgery*, 2010, No. 4, Vol. 8, pp. 47-52.

3. Bagdasarova E. A. Vybor programmy etapnykh sanatsiy pri rasprostranennom gnoynom peritonite: zachem, kogda i kak? [The choice of a program of staged remediation in cases of widespread purulent peritonitis: why, when and how?]. *Annaly khirurgii - Annals of surgery*, 2011, No. 5, pp. 44-49

4. Boltuev K. Kh. Videolaparoskopicheskoe lechenie ostrogo appenditsita, oslozhnyonnogo peritonitom [Videolaparoscopic treatment of acute appendicitis complicated by peritonitis]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of postgraduate education in healthcare sphere*, 2016, No. 2, pp. 5-9.

5. Vasilkov V. G. Intensivnaya terapiya peritonita. Chetvert veka poiskov perspektivnykh resheniy [Intensive therapy of peritonitis. A quarter-century of a search for promising solutions]. *Vestnik intensivnoy terapii - Herald of intensive care*, 2010, No. 4, pp. 25-29.

6. Vishnevskaya A. N. Laparoskopiya v diagnostike i lechenii posleoperatsionnogo peritonita [Laparoscopy in the diagnosis and treatment of postoperative peritonitis]. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal - Pacific medical journal*, 2011, No. 1, pp. 34-36

7. Glukhov A. A. Primenenie videolaparoskopicheskoy gidroressivnoy sanatsii bryushnoy polosti pri ostrom peritonite [The use of videolaparoscopic hydropressive sanitation of the abdominal cavity in acute peritonitis]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of experimental and clinical surgery*, 2009, No. 3, pp. 199-206.

8. Daminova N. M. Etiopatogenez, klassifikatsiya, diagnostika i lechenie posleoperatsionnogo peritonita [Etiopathogenesis, classification, diagnosis and treatment of postoperative peritonitis]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2016, No. 4(331), pp. 65-74.

9. Yorov U. U. Effektivnost primeneniya endokhirurgicheskikh metodov v diagnostike i lechenii sochetannykh i mnozhestvennykh travm zhivota [The effectiveness of endosurgical methods in the diagnosis and treatment of combined and multiple abdominal injuries]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 4(339), pp. 5-8

10. Zubarev P.N. Sposoby zaversheniya operatsiy pri peritonite [Methods for completing peritonitis surgery]. *Vestnik khirurgii - Herald of Surgery*, 2008, No. 6, pp. 110-113.

11. Korymasov E. A. Drenirovanie v abdominalnoy khirurgii: standarty ili zdravyy smysl? [Drainage in abdominal surgery: standards or common sense?]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of experimental and clinical surgery*, 2012, No. 3, pp. 525-527

12. Kurbonov K. M. Radikalnoe udalenie istochnika rasprostranyonnogo peritonita u bolnykh s zabolevaniyami polykh organov [Radical removal of the source of common peritonitis in patients with diseases of the hollow organs]. *Vestnik Avitsenny - Herald of Avicenna*, 2016, No. 4 (69), pp. 24-28.

13. Malkov I. S. Laparoskopicheskaya sanatsiya bryushnoy polosti v kompleksnom lechenii bolnykh s rasprostranyonnym peritonitom [Laparoscopic sanitation of the abdominal cavity in the complex treatment of patients with advanced peritonitis]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal - Kazan medical journal*, 2012, No. 2, pp. 287-289.

14. Nazarov F.N. Istoriya i problemy endovideokhirurgii v [History and problems of endovascular surgery in Tajikistan]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana - Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2013, No. 1, pp. 72-75.

15. Pokrovskiy E. Zh. Vozmozhnosti videolaparoskopicheskoy sanatsii bryushnoy polosti pri vtorichnom rasprostranyonnym peritonite [Possibilities of video laparoscopic sanitation of the abdominal cavity with secondary peritonitis]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*,

2010, No. 1, pp. 13–15.

16. Savelev V. S. Programmiruemye relaparotomii v lechenii rasprostrannogo peritonita. Varianty takticheskikh resheniy [Programmable relaparotomy in the treatment of common peritonitis. Tactical options]. *Infektsii v khirurgii - Infections in surgery*, 2009, No. 4, pp. 26–31.

17. Savelev B. C. Vybore rezhima etapnogo khirurgicheskogo lecheniya rasprostrannogo peritonita [The choice of the regimen of staged surgical treatment of common peritonitis]. *Annaly khirurgii - Annals of surgery*, 2009, No. 4, pp. 5–10.

18. Salakhov E. K. Programmirovannye laparoskopicheskie sanatsii bryushnoy polosti u bolnykh s rasprostranyonnymi formami peritonita [Programmed laparoscopic abdominal sanitation in patients with common forms of peritonitis]. *Fundamentalnye issledovaniya - fundamental research* 2014, No. 4, pp. 158–162.

19. Safarov A. S. Sluchay uspehnogo lecheniya tryokhletnego rebyonka s obshchim posleoperatsionnym mochevym fibrinoznoy peritonitom, sochetavshimsya s invaginatsiy kishechnika [A case of successful treatment of a three-year-old child with general postoperative urinary fibrinous-purulent peritonitis combined with intestinal invagination]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana - Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2016, No. 2, pp. 16–19.

20. Sukovatykh B. S. Effektivnost balnoy otsenki pri vybore sposoba lecheniya rasprostrannogo gnoynogo peritonita [The effectiveness of the score choosing a method for the treatment of common purulent peritonitis]. *Annaly khirurgii - Annals of surgery*, 2011, No. 4, pp. 69–72.

21. Sukovatykh B. S. Optimizatsiya tekhnologii videoendoskopicheskikh sanatsiy bryushnoy polosti pri rasprostrannom gnoynom peritonite [Optimization of the technology of video endoscopic sanitation of the abdominal cavity with widespread purulent peritonitis]. *Khirurgiya - Surgery*, 2012, No. 7, pp. 53–57.

22. Sukovatykh B. S. Pokazaniya, protivopokazaniya i tekhnologiya videoendoskopicheskikh sanatsiy bryushnoy polosti pri rasprostrannom gnoynom peritonite [Indications, contraindications and technology of video endoscopic sanitation of the abdominal cavity with widespread purulent peritonitis]. *Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N. I. Pirogov*, 2012, No. 5, pp. 18–23.

23. Sukovatykh B. S. Lechenie rasprostrannogo peritonita [Treatment of common peritonitis]. *Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N. I. Pirogov*, 2012, No. 9, pp. 46–47.

24. Sukovatykh B. S. Effektivnost kombinirovannogo khirurgicheskogo-endoskopicheskogo sposoba lecheniya rasprostrannogo peritonita [The effectiveness of the combined surgical endoscopic method for the treatment of peritonitis]. *Vestnik khirurgii - Herald of surgery*, 2013, No. 4, Vol. 172, pp. 25–28.

25. Sukovatykh B. S. Vybore sposoba khirurgicheskogo vmeshatelstva pri rasprostrannom gnoynom peritonite [The choice of the method of surgical intervention for disseminated purulent peritonitis]. *Vestnik khirurgii - Herald*

of surgery, 2009, No. 6, pp. 29–33.

26. Sykal N. A. Programmirovannaya laparoskopiya v lechenii peritonita [Programmed laparoscopy in the treatment of peritonitis]. *Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy - Emergency medicine*, 2013, No. 8(55), pp. 26–28.

27. Tskhay V. F. Desyatiletniy opyt primeneniya upravlyaemoy laparostomii v lechenii rasprostrannogo gnoynogo peritonita [Ten years of experience using guided laparostomy in the treatment of common purulent peritonitis]. *Vestnik khirurgii - Herald of surgery*, 2011, No. 1, pp. 54–57.

28. Tskhay V. F. Relaparotomiya i laparostomiya v lechenii rannikh posleoperatsionnykh oslozhneniy [Relaparotomy and laparostomy in the treatment of early postoperative complications]. *Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N. I. Pirogov*, 2011, No. 6, pp. 27–31.

29. Cherdantsev D. V. Uspeshnoe lechenie tyazhelogo gnoynogo peritonita v krasnoyarskom kraevom gnoyno-septicheskom tsentre (klinicheskiy sluchay) [Successful treatment of severe purulent peritonitis in the Krasnoyarsk regional purulent-septic center (clinical case)]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education*, 2016, No. 6, pp. 93.

30. Cherdantsev D. V. Vakuum-assistirovannaya laparostoma pri lechenii rasprostrannogo gnoynogo peritonita [Vacuum-assisted laparostomy in the treatment of common purulent peritonitis]. *V mire nauchnykh otkrytiy - In the world of scientific discoveries*, 2015, No. 2 (72), pp. 517–531.

31. Shapkina V. A. Opyt primeneniya vakuuma - assistirovannoy laparostomii v sochetanii s fraktsionnoy protochno-instillyatsionnoy metodikoy v lechenii rasprostrannogo peritonita [The experience of using vacuum assisted laparostomy in combination with fractional flow-instillation technique in the treatment of common peritonitis]. *Zdorove i obrazovanie v XXI veke -*, 2017, No. 10, Vol. 19, pp. 137–141.

32. Shapovalyants S. G. Primenenie videolaparoskopicheskikh vmeshatelstv pri lechenii bolnykh s rasprostrannym peritonitom (metodika i rezultaty) [The use of video laparoscopic interventions in the treatment of patients with advanced peritonitis (technique and results)]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2013, No. 2, pp. 3–14.

33. Acosta S., Bjarnason T., Petersson U., Pålsson B., Wanhainen A., Svensson M., Djavan K., Björck M. Multicentre prospective study traction. *British Journal of Surgery*, 2011, Vol. 98 (5), pp. 735–743.

34. Back D. A., Scheuermann-Poley C., Willy C. wise therapy with instillation and antimicrobial solutions — where does the evidence show? *International Wound Journal*, 2013, Vol. 10 (supplement 1), pp. 32–42.

35. Bader F. G., Schroder M., Kujath P. et al. Diffuse postoperative peritonitis - the value of the indication for relaparotomy. *European Journal of Medical Research*, 2009, Vol. 14 (11), pp. 491–496.

36. Brinkert D., Ali M., Naud M., Maire N., Trial C., Téot L. Negative pressure wound therapy with saline instillation: 131 patient case series. *International Wound Journal*, 2013, Vol. 10 (supplement 1), pp. 56–60.

37. Demetriades D., Salim A. Management of the open abdomen. *Surgical Clinics of North America*, 2014, Vol. 94 (1), pp. 131–153.

38. D'Hondt M., D'Haeninck A., Dedrye L., Penninckx F., Aerts R. VAC-Instill Therapy? *Techniques in Coloproctology*, 2011, Vol. 15 (1), pp. 75–77.

39. Dunne N., Booth M. I., Dehn T. C. et al. Establishing pneumoperitoneum: Verres or Hasson The debate continues. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 2011, No. 93 (1), pp. 22–24.

40. Harding K. Prologue: transformational healing solutions. *Journal of Wound Care*, 2015, Vol. 24, Suppl. 4, pp. 4–5.

Хулоса

**А.Р. Сараев, Ш.Қ. Назаров, Ҳ.Ш. Назаров,
Ҷ.С. Ҳалимов**

ТАКТИКАИ ҶАРРОҲӢ ҲАНГОМИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

Дар мақолаи мазкур таҳлили адабиёт баҳшида ба масъалаҳои интихоби тактикаи табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта бо дарназардошти натанҳо сабаб (этиология), паҳншавии беморӣ ва дараҷаи тағйиротҳо дар ковокии батн, балки инчунин дараҷаи захролудшавӣ ва норасоии полиорганӣ, пешгӯии оқибати перитонит инъикос шудааст. Ба имкониятҳои истифодабарии видеолaparоскопия дар табобати ҷарроҳии шаклҳои гуногуни перитонити паҳнғашта диққати махсус дода шудааст. Ақидаҳои гуногун, баҳсу муҳокимаҳо доир ба нишондод ва зиддинишондод барои истифода аз амалиётҳои эндовидеочарроҳӣ дар шароити перитонити паҳнғашта дарҷ гардидаанд.

Калимаҳои калидӣ: перитонит, релaпаротомияи барномавӣ, поксозии эндовидеочарроҳӣ, лапароскопия.

ЮБИЛЕЙ

ТАИРОВ УМАР ТАИРОВИЧ



17 января 2020 года исполнилось 70 лет со дня рождения и 49 лет врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности заслуженного деятеля науки и техники, главного стоматолога МЗ Республики Таджикистан, доктора медицинских наук, профессора Таирова Умара Таировича.

Таиров Умар в 1971 году окончил стоматологический факультет Одесского медицинского института им. Н.И. Пирогова и свою трудовую

деятельность начал в Пенджикентской центральной районной больнице.

В 1977 году зачислен аспирантом в Центральный научно-исследовательский институт стоматологии г.Москвы. В 1980 году защитил кандидатскую диссертацию на тему “ Хирургическое лечение больных с микрогнатией и ретрогнатией верхней челюсти и сочетанными деформациями челюстей. После защиты диссертации приглашен на работу в Таджикский Государственный Медицинский Институт им. Абуали ибн Сино, на должность ассистента кафедры хирургической стоматологии, одновременно выполнял общественную работу в качестве заместителя декана вновь организованного стоматологического факультета. По инициативе У.Таирова в 1983 году в ТГМИ организован курс, а затем кафедра стоматологии детского возраста, которую он возглавлял по 2006 гг.

В феврале 1993 года по рекомендации Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан он переведен на должность директора Республиканской стоматологической поликлиники, которая переименована в Республиканское научно-производственное объединение “Стоматология”

Как организатор здравоохранения будучи назначенным в 1993 году главным стоматологом МЗ, под его руководством на базе объединения впервые