

УДК 616. 361:616.381-089-085

<sup>1,2</sup>**Махмадов Ф.И.,<sup>2</sup>Садуллоев Д.Н.,<sup>1</sup>Муродов А.И.,<sup>1</sup>Ашурев А.С.,  
<sup>2</sup>Сафаров Ф.Ш.,<sup>1</sup>Болтубоев М.М,<sup>2</sup>Исломиддини А.**

## **ВНУТРИБРЮШНЫЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ, АДЕКВАТНЫЙ ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ**

**<sup>1</sup>Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино**

**<sup>2</sup>ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»**

**Махмадов Фарух Исройлович** – профессор кафедры хирургических болезней №1 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”; д.м.н., профессор; Тел.: (+992) 900 75 44 90; E-mail: [fmahmadow@mail.ru](mailto:fmahmadow@mail.ru)

**Цель исследования.** Определить адекватный выбор метода коррекций у пациентов с послеоперационными внутрибрюшными гнойно-септическими осложнениями патологий гепатобилиарной зоны.

**Материал и методы исследования.** Исследование подвергнуты 142 пациентов, у которых после операций на печени и желчевыводящей системе имело место внутрибрюшные гнойно-септические осложнения, требовавшие повторных корригирующих вмешательств. Проведены ретро- и проспективные исследования на базе кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» за период 1997-2022 годы. Всех больных с послеоперационными внутрибрюшными гнойно-септическими осложнениями (ПВБГСО) разделили на две группы. В контрольной группе больных, включающей 52 (36,6%), пациентов (ретроспективное исследование), коррекция ПВБГСО проводилось с применением стандартных способов традиционной хирургии. У 90 (63,4%) пациентов основной группы – применены малоинвазивные методы коррекции ПВБГСО.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 142 пациентов с ПВБГСО у 63,4% ( $n=90$ ) пациентов основной группы в 88,9% ( $n=80$ ) случаях выполняли повторные мини инвазивные вмешательства, лишь в 10 или 11,1% наблюдений, осложнения корригированы проведением релапаротомии.

Больным группы контроля ( $n=52$ ) в 33 (23,2%) наблюдениях производили релапаротомию, а в 19 (13,4%) случаях - внебрюшинное вскрытие и дренирование послеоперационного внутрибрюшного абсцесса. При лечении 142 пациентов у 43 (30,3%) из них, включая 10 из основной группы и 33 из контрольной, были выявлены послеоперационные осложнения в виде гнойно-септических осложнений, по поводу чего им была проведена релапаротомия. Пациентам с послеоперационными перитонитами в основной ( $n=31$ ) и контрольных групп ( $n=23$ ) выполнено 27 (87,1%) миниинвазивных

вмешательств и релапаротомии (12,9%). Тогда как, пациентам контрольной группы во всех 23 наблюдениях выполняли релапаротомию.

**Заключение.** Патогенетически обоснованная коррекция осложнений с применением современных технологий, позволяют в значительной степени улучшить непосредственные результаты лечения больных после операций на печени и желчевыводящей системы.

**Ключевые слова:** послеоперационные внутрибрюшные гнойно-септические осложнения, релапаротомия, релапароскопия, послеоперационный перитонит, послеоперационные внутрибрюшные абсцессы.

<sup>1,2</sup> **Makhmadov F.I.,<sup>2</sup> Sadulloev D.N.,<sup>1</sup> Murodov A.I.,<sup>1</sup> Ashurov A.S.,<sup>2</sup> Safarov F.SH,  
<sup>1</sup> Boltuboev M.M.,<sup>2</sup> Islomiddini Azam**

**INTRA-ABDOMINAL PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS OF THE  
HEPATOBILIARY ZONE, ADEQUATE CHOICE OF CORRECTION**

**METHOD** Department of Surgical Diseases №1 Avicenna Tajik State Medical University

**<sup>2</sup>Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan**

**Makhmadov Farukh Isroilovich** - Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 Avicenna Tajik State Medical University; Ph.D. +992 900 75 44 90; fmahmadov@mail.ru

**Objective.** To determine an adequate choice of correction method in patients with postoperative intra-abdominal purulent-septic complications of hepatobiliary zone pathologies.

**Material and methods.** The study involved 142 patients who had intra-abdominal purulent-septic complications that required repeated corrective interventions after liver and biliary system surgeries. Retro- and prospective studies were conducted at the Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K. M. Kurbonov of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino" and the State Institution "Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan" for the period 1997-2022. All patients with postoperative intra-abdominal purulent-septic complications (PIBPS) were divided into two groups. In the control group of patients, including 52 (36.6%) patients (retrospective study), PIBPS correction was performed using standard methods of traditional surgery. In 90 (63.4%) patients of the main group, minimally invasive methods of PIBPS correction were used.

**Results.** Of the 142 patients with PIBPS, 63.4% ( $n=90$ ) of the patients in the main group underwent repeated minimally invasive interventions in 88.9% ( $n=80$ ) cases, and only in 10 or 11.1% of cases, complications were corrected by relaparotomy. In 33 (23.2%) cases of patients in the control group ( $n=52$ ), relaparotomy was performed, and in 19 (13.4%) cases - extraperitoneal opening and drainage of postoperative intra-abdominal abscess. During the treatment of 142 patients, 43 (30.3%) of them, including 10 from the main group and 33 from the control group, were found to have postoperative complications in the form of purulent-septic complications, for which they underwent relaparotomy. Patients with postoperative peritonitis in the main ( $n=31$ ) and control groups ( $n=23$ ) underwent 27

(87.1%) minimally invasive interventions and relaparotomy (12.9%). Whereas, patients in the control group underwent relaparotomy in all 23 observations.

**Conclusion.** Pathogenetically based correction of complications using modern technologies allows to significantly improve the immediate results of treatment of patients after operations on the liver and biliary system.

**Key words:** postoperative intra-abdominal purulent-septic complications, relaparotomy, relaparoscopy, postoperative peritonitis, postoperative intra-abdominal abscesses.

**Введение.** Повторные операции в гепатобилиарной зоне, в последнее десятилетие стало одним из актуальных проблем, что в целом не находило еще своего решения [1,3,9].

А соответствующая коррекция послеоперационных внутрибрюшных осложнений, в частности гнойно-септических, требует особого подхода, как в плане ранней диагностики, патогенетически обоснованной предоперационной подготовки и выбора адекватного способа операции, т.к. оно чревато тяжелыми последствиями, варьировавших в пределах 0,5%-8,6% [2,4,10] и летальным исходом до 48% [5,7,8]. Открытые лапаротомные методы коррекции гнойно-септических осложнений, в хирургии гепатобилиарной зоны, имеют очень высокий показатель различных тяжелых осложнений (доходящий до 29,7%), не считая операционную травму и других последствий анестезиологического пособия [1,3].

В этой связи применение малоинвазивных технологий, в коррекции послеоперационных внутрибрюшных гнойно-септических осложнений хирургии гепатобилиарной зоны, позволяет с наибольшей вероятностью уменьшит число повторных травматичных операций, тем самым осложнений и летальности этой тяжелой группы больных [11].

В связи, с этим выбор адекватной хирургической тактики послеоперационных внутрибрюшных гнойно-септических осложнений хирургии гепатобилиарной зоны, остается актуальной, что послужила основанием для настоящего исследования.

**Цель исследования.** Определение адекватного выбора коррекций у пациентов с послеоперационными внутрибрюшными гнойно-септическими осложнениями, патологий гепатобилиарной зоны.

**Материал и методы исследования.** Исследованию подвергнуты 142 пациентов, у которых после операций на печени и желчевыводящей системы имело место внутрибрюшные гнойно-септические осложнения, требовавшие повторных корригирующих вмешательств. Проведены ретро- и проспективные исследования на базе кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» и ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» за период 1997-2022 годы. Всех больных с послеоперационными внутрибрюшными гнойно-септическими осложнениями (ПВБГСО) разделили на две группы.

В контрольной группе больных, включающей 52 (36,6%), пациентов (ретроспективное исследование), кор-

**Таблица 1.**

**Характер оперативных вмешательств при послеоперационных внутрибрюшных гнойно-септических внутрибрюшных осложнениях у больных основной и контрольной группы (n=142)**

Характер операции	Послеоперационные гнойно-септические осложнения					
	ПП		ПВА		ОПП	
	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ
Миниинвазивные	27 (19)	-	29 (20,4)	-	24 (16,9)	-
Релапаротомия	4 (2,8)	23 (16,2)	6 (4,2)	-	-	10 (7)
Традиц. методы вскрытия ПВА	-	-	-	19 (13,4)		
Итого	31 (21,8)	23 (16,2)	35 (24,6)	19 (13,4)	24 (16,9)	10 (7)

рекция ПВБГСО проводилось с применением стандартных способов традиционной хирургии. У 90 (63,4%) пациентов основной группы – применены малоинвазивные методы коррекции ПВБГСО.

Дооперационное обследование пациентов включало УЗИ, КТ, МРТ, видеолапароскопия и лабораторные методы исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На основании проведенных комплексных клинико-лабораторно-инструментальных исследований, разработаны объективные критерии выбора способа и объема вмешательств при ПВБГСО, где включены показания и противопоказания к миниинвазивным коррекциям.

Из 142 пациентов с ПВБГСО у 63,4% (n=90) пациентов основной группы в 88,9% (n=80) случаях выполняли повторные мини инвазивные вмешательства, лишь в 10 или 11,1% наблюдений, осложнения корригированы проведением релапаротомии.

Выполнение лапароскопического исследования, у пациентов перенесших

первичные оперативные вмешательства на печени и ЖВС, традиционным или лапароскопическим способом, технически и методически представляет значительные трудности [2,9]. Следовательно, нами были применены различные методы лапароскопии, в зависимости от этапа ее проведения и ряда других объективных факторов.

Больным группы контроля (n=52) в 33 (23,2%) наблюдениях производили релапаротомию, а в 19 (13,4%) случаях - внебрюшинное вскрытие и дренирование послеоперационного внутрибрюшного абсцесса.

При лечении 142 пациентов у 43 (30,3%) из них, включая 10 из основной группы и 33 из контрольной, были выявлены послеоперационные осложнения в виде гнойно-септических осложнений, по поводу чего им была проведена релапаротомия. В ходе данной операции выполняли следующие мероприятия: устранение либо ограничение источника перitonита, временная декомпрессия желчных протоков и печени с установкой наружных дренажей, тонкокишечная интубация и адекватная санация

**Таблица 2.**

**Характер оперативных вмешательств у пациентов с послеоперационным перитонитом (n=54)**

Характер оперативных вмешательств	ОГ	КГ	Итого
Релапароскопия. Санация и дрен. брюшной полости	11 (20,4)	-	11 (20,4)
Релапароскопия. Коагуляция культи печени	3 (5,5)	-	3 (5,5)
Релапароскопия. Сан. и дрен. бр. пол. + ЭПСТ	4 (7,4)	-	4 (7,4)
Релапароскопия в сочетании минилапаротомией	9 (16,7)	-	9 (16,7)
Релапаротомия с билиодуоденальным шунтированием	4 (7,4)	-	4 (7,4)
Релапаротомия. Сан. и др. бр. пол. и тонкой кишки	-	23 (42,6)	23 (42,6)
Всего	31 (57,4)	23 (42,6)	54 (12,8)

абдоминальной полости с установкой дренажей.

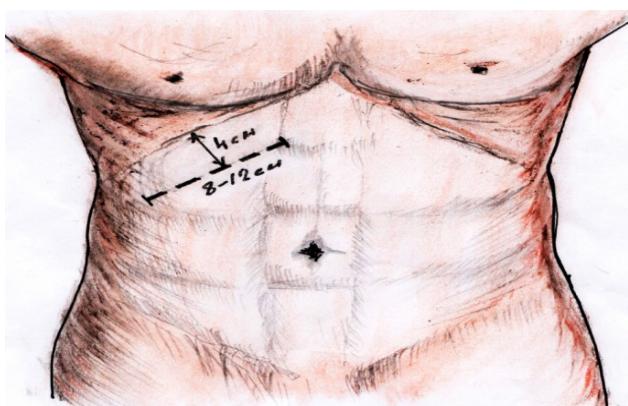
Пациентам с послеоперационными перитонитами в основной (n=31) и контрольных групп (n=23) выполнено 27 (87,1%) миниинвазивных вмешательств и релапаротомии (12,9%). Тогда как, пациентам контрольной группы во всех 23 наблюдениях выполняли релапаротомию (табл. 2).

Важно отметить, что использование лапароскопии для проведения операций при перитоните представляет новое техническое решение сложной проблемы.

Такой метод требует определения его эффективности при патологиях, которые могут привести к развитию перитонита.

Релапаротомия при послеоперационном распространенном перитоните и ограниченных формах произведена у 27 (50,0%) больных. С помощью релапароскопии возможны новые методы санации брюшной полости в послеоперационном периоде.

Эффективная санация брюшной полости была выполнена у 87,1% больных основной группы, но при этом у 9 (33,3%) пациентов не удалось ликви-



*Рисунок 1. Релапароскопия в сочетании с минилапаротомией.  
Санация и дренирование брюшной полости*

дировать источник перитонита. В этих случаях, применена разработанный нами способ, включающее, при лапароскопии определение участков для проведения минилапаротомии, либо ограниченной релапаротомии, для устранения причин перитонита с использованием мини инвазивных методов (Рис.1).

При выполнении релапароскопии осуществляли коагуляцию культи печенки. Устанавливали дренажи в подпеченочном пространстве и в общем желчном протоке, а в 4 (7,4%) наблюдениях - релапароскопию дополняли ЭПСТ, из-за наличия стеноза БДС и конкрементов, а также забирали гной для проведения микробиологического исследования и чувствительности к антибиотикам. В 84% случаев высеваемые микроорганизмы были чувствительны к антибиотикам цефалоспоринового ряда.

Программируемые релапаротомии с санацией брюшной полости после лапароскопического ( $n=4$ ) и лапаротомного ( $n=4$ ) устранения источника послеоперационного перитонита осуществлены у 8 (14,8%) пациентов.

Соблюдение данной этапности позволяло при появлении сомнений у хирурга в вероятном развитии послеопера-

ционных осложнений в абдоминальной полости, правильно определиться в дальнейшей тактике лечения больного.

В 8 случаях из общего числа (14,8%) больных было проведено повторное лапароскопическое вмешательство по причине неблагоприятного течения воспалительного процесса в абдоминальной полости. Поводом для проведения повторной операции при остром панкреатите являлись следующие факторы: ухудшение общего состояния пациента, увеличение признаков эндотоксикоза на основе клинико-лабораторных данных, изменение характера и количества перitoneального экссудата, рост числа бактерий и уровня IL-6 в перitoneальной жидкости, а также присутствие фибриновых отложений и дилатация тонкой кишки (до 3,0 см).

С целью оптимальной санации абдоминальной полости устанавливали дополнительные троакары с манипулятором в эпигастральной зоне и мезогастрии (рис. 2).

Для предотвращения развития межкишечных абсцессов и скоплений патологического экссудата была проведена санация, которая включала ревизию всех отделов тонкой кишки. Ликвида-



Рисунок 2. Релапароскопия. Санация и промывание абдоминальной полости

**Таблица 3.**

**Динамика уровня интоксикации при релапароскопии и интенсивной терапии ( $M \pm m$ )**

Послеоперационный период	Маркеры интоксикации			
	ЛИИ, ед	СРБ, мг/мл	МСМ, мкг/мл	ИЛ-6, пг/мл
До РЛ	6,0±0,39	162,1±7,1	1174,7±0,037	174,1±8,2
2-сутки после РЛ	6,14±0,27	130,4±6,2	984,7±48,3	110,4±6,12
3-сутки РЛ	5,12±0,22	82,6±4,1	825,2±28,5	71,2±5,1
4- сутки РЛ	3,36±0,26	12,5±2,1	396,3±37,7	27,31±3,1
p	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей в динамике (ANOVA Фридмана)

**Таблица 4.**

**Непосредственные результаты лечения больных с послеоперационным перитонитом**

Показатели	ОГ (n=31)	КГ (n=23)	p
Летальность	4 (12,9%)	12 (52,2%)	<0,01
Послеоперационные раневые осложнения	6 (19,4%)	16 (69,6%)	<0,001
Общие послеоперационные осложнения	5 (16,1%)	12 (52,2%)	<0,01
Длительность лечения в стационаре, сут.	18,2±3,51	26,7±2,31	<0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера, \*по U-критерию Манна-Уитни)

ция гноино-фибринозного содержимого абдоминальной полости осуществлялась с использованием эндоскопических ирригаторов диаметром 5-10 мм и с применением для этого специального аспиратора - ирригационный насадка “Брюсан”. При промывании абдоминальной полости применяли гидрохлорид натрия, фурацилин и хлоргексидин. Кроме этого, для санации брюшной полости после операции через установленные дренажи или фистулы вводили газ  $\text{CO}_2$  и после введения троакаров отмывали и эвакуировали гной и фибрин.

После выполнения релапароскопии наблюдалась тенденция к снижению по-

казателей уровня маркеров эндотоксемии. Так, ЛИИ на 3 и 4 сутки составило 5,12±0,22 ед. и 3,36±0,26 ед, показатели СРБ составили в среднем 82,6±4,1 мг/мл и 12,5±2,1 мг/мл, средние показатели МСМ составили соответственно 825,2±28,5 мкг/мл и 396,3±37,7 мкг/мл, а средние показатели ИЛ – 6 составили соответственно 71,2±5,1 пг/мл и 27,31±3,1 пг/мл.

У 4 (12,9%) больных из основной группы причиной развития послеоперационного перитонита являлась несостоятельность сформированного билиодигестивного анастомоза. Этим больным была выполнена релапаротомия с про-

мыванием абдоминальной полости и установкой дренажей.

После выполнения мини инвазивных вмешательств у пациентов основной группы ( $n=20$ ) и релапаротомии ( $n=4$ ) наблюдали различные послеоперационные осложнения (табл. 4).

Как видно из представленной таблицы у пациентов основной группы послеоперационная летальность составила 4 (12,9%), раневые и общие после- операционные осложнения - 6 (19,4%) и 5 (16,1%). Тогда, как у больных контрольной группы эти же показатели были в 2,5-3 раза выше. Такая разность полученных данных обусловлено, ранней диагностики ПП и выполнением малоинвазивных повторных вмешательств.

Среди ПВБГСО оперативных вмешательств на печени и ЖВС, послеоперационные внутрибрюшные абсцессы (ПВА) являются весьма частым и опасным осложнением. В проведенных исследованиях, ПВА имело место у 54 (12,8%) пациентов основной ( $n=35$ ) и

контрольной ( $n=19$ ) группы из 142 больных с ПВБГСО. Среди наблюдавшихся пациентов, 35 (64,8%) были включены в основную группу, где использовались современные методы диагностики и лечения. К контрольной группе были отнесены 15 (35,2%) больных, у которых для удаления ПВА применялись традиционные внебрюшинные хирургические вмешательства, то есть до того, как современные технологии были внедрены в клиническую практику. (табл. 5).

Для проведения релапароскопии у 5 пациентов с ПВА использовались различные варианты установки 1-го троакара. Среди них было закрытое вхождение в абдоминальную полость, принимая во внимание расположение послеоперационного рубца (2 случая), открытая лапароскопия по методу Хассена (2 случая) и введение троакара с использованием лапаротомного доступа (1 случай). У 17 (31,5%) больных из группы контроля была произведена

**Таблица 5.**

**Характер и количество операций у пациентов с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами в обеих исследуемых группах ( $n=54$ )**

Вид хирургического вмешательства	ОГ (n=35)	КГ (n=19)	Итого (n=54)
Вскрытие и дрен. ПВА внебр. открытым методом	-	2 (10,5%)	2 (3,7%)
Релапаротомия	-	17 (89,5%)	17 (31,5%)
Релапароскопия. Вскрытие и дренирование ПВА	2 (5,7%)	-	2 (3,7%)
Вскрытие и дренир. ПВА под УЗ-контролем	26 (74,3%)	-	26 (48,1%)
Релапароскопия в сочетании с минилапаротомией	3 (8,6%)	-	3 (5,6%)
Минилапаротомия	4 (11,4%)	-	4 (7,4%)

релапаротомия с вскрытием полости абсцесса и её промыванием.

У 3 (8,6%) больных с ПВА из основной группы успешно были проведены вскрытие и дренирование гнойных очагов с сочетанным применением видеолапароскопии и минилапаротомного доступа. Для определения минимальной длины разрезов учитывались данные УЗИ и лапароскопического исследования, что позволяло минимизировать повреждение различных анатомических структур передней абдоминальной стенки.

Необходимо отметить, что операции с использованием минилапаротомии – открытых малых доступов в хирургии осложнений оперативных вмешательств на печени и ЖВС, стратегически являлись альтернативой традиционной релапаротомии.

Релапаротомия (n=17) и традиционные внебрюшинные вскрытые ПВА (n=2) проведены у пациентов контрольной группы. Из них в 2 наблюдениях был отмечен некроз правой доли печени, обусловленный комбинированным повреждением общего желчного протока во время холецистэктомии.

В послеоперационном периоде осложнения разного характера в основной группе больных наблюдались в 6 (17,1%) случаях, летальность составила 2 (5,7%) случая. Причиной летальных исходов являлась острый инфаркт миокарда (n=2). В контрольной группе, после выполнения традиционных вмешательств (n=2) и релапаротомии (n=17), осложнения возникли у 7 (36,8%) с 4 (21,0%) летальными исходами.

**Выводы.** Ранняя диагностика послеоперационных гноино-септических осложнений, патогенетически обоснованная коррекция осложнений с применением современных технологий, позволяют в значительной степени улучшить непосредственные результаты лечения больных после операций на печени и желчевыводящей системы.

## ЛИТЕРАТУРА

Брусина, Е.Б. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи в хирургии: тенденции и перспективы профилактики / Е.Б. Брусина, О.В. Ковалишена, А.М. Цигельник // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2017;4(95):73-80.

Возможности диагностики послеоперационного перитонита и определение показаний к релапаротомии в онкологии / И.Ф. Шишло [и др.] // Евразийский онкологический журнал. 2021;3-4(9):301-311.

Возможности предоперационной оценки риска неблагоприятного исхода абдоминальных операций: предварительные результаты многоцентрового исследования STOPRISK / И.Б. Заболотских [и др.] // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. 2020;4:12-27.

Ивахов, Г.Б. Вакуум-ассистированная лапаростомия в комплексном лечении распространенного перитонита (обзор литературы) / А.В. Сажин, Г.Б. Ивахов, А.В. Теплых, А.А. Калинина // Московский хирургический журнал. 2020;4(74):65-74.

Маркеры системного воспаления при местном и распространенном перитоните / Е.В. Михальчик [и др.] // Биомедицинская химия. 2020;5(66):411-418.

Хаджибаев, П.А. Ранние внутрибрюшные осложнения после операции на желчных путях / П.А. Хаджибаев, М.М. Пу-

латов // Вестник экстренной медицины. 2019;4(12):78-84.

Droniak, M.M. Prevention of postoperative peritonitis and its complications / Droniak M.M. // Journal of Education, Health and Sport. 2021;11(2):192-199.

Features of the diagnosis and treatment of patients with postoperative peritonitis / Tamm I.T. [et all.] // Reports of Vinnytsia National Medical University. 2020;24(1):110-113.

Houghton, E.J. Surgical management of the postoperative complications of hepato-pancreato-biliary surgery / E.J. Houghton, Rubio J.S. // Int J Gastrointest. Interv. 2022;11(4):150-155.

Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis / A.D. Shukurullaevich [et all.] // Bulletin of Science and Education. 2021;1(108):81-86.

Montravers, P. Priorities in peritonitis / P. Montravers, M. Assadi, A. Gouel-Cheron // Curr Opin Crit Care. 2021;27(2):201-207.

## REFERENCES

Brusina, E.B. Infekcii, svyazannye s okazaniem medicinskoy pomoshchi v hirurgii: tendencii i perspektivy profilaktiki / E.B. Brusina, O.V. Kovalishena, A.M. Cigel'nik // Epidemiologiya i vakcinoprofilaktika. 2017;4(95):73-80.

Vozmozhnosti diagnostiki posleoperacionnogo peritonita i opredelenie pokazaniy k relaparotomii v onkologii / I.F. SHishlo [i dr.] // Evrazijskij onkologicheskij zhurnal. 2021;3-4(9):301-311.

Vozmozhnosti predoperacionnoj ocenki riska neblagopriyatnogo iskhoda abdominal'nyh operacij: predvaritel'nye rezul'taty mnogocentrovogo issledovaniya STOPRISK / I.B. Zabolotskikh [i dr.] // Vestnik

intensivnoj terapii imeni A.I. Saltanova. 2020;4:12-27.

Ivahov, G.B. Vakuum-assistirovannaya laparostomiya v kompleksnom lechenii rasprostranennogo peritonita (obzor literatury) / A.V. Sazhin, G.B. Ivahov, A.V. Teplyh, A.A. Kalinina // Moskovskij hirurgicheskij zhurnal. 2020;4(74):65-74.

Markery sistemnogo vospaleniya pri mestnom i rasprostranennom peritonite / E.V. Mihal'chik [i dr.] // Biomedicinskaya himiya. 2020;5(66):411-418.

Hadzhibaev, P.A. Rannie vnutribryushnye oslozhneniya posle operacii na zhelchnyh putyah / P.A. Hadzhibaev, M.M. Pulatov // Vestnik ekstrennoj mediciny. 2019;4(12):78-84. Clip on Staple Method to Prevent Bile Leakage in Anatomical Liver Resection Using Stapling Devices / M. Ninomiya [et all.] // Anticancer research. 2020;40:401-404.

Droniak, M.M. Prevention of postoperative peritonitis and its complications / Droniak M.M. // Journal of Education, Health and Sport. 2021;11(2):192-199.

Features of the diagnosis and treatment of patients with postoperative peritonitis / Tamm I.T. [et all.] // Reports of Vinnytsia National Medical University. 2020;24(1):110-113.

Houghton, E.J. Surgical management of the postoperative complications of hepato-pancreato-biliary surgery / E.J. Houghton, Rubio J.S. // Int J Gastrointest. Interv. 2022;11(4):150-155.

Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis / A.D. Shukurullaevich [et all.] // Bulletin of Science and Education. 2021;1(108):81-86.

Montravers, P. Priorities in peritonitis / P. Montravers, M. Assadi, A. Gouel-Cheron // Curr Opin Crit Care. 2021;27(2):201-207.

## ХУЛОСА

**Махмадов Ф.И., Садуллоев Д.Н.,  
Муродов А.И., Ашурев А.С.,  
Сафаров Ф.Ш., Болтубоев М.М.,  
Исломиддини Азам**

## ОРИЗАҲОИ ФАССОДИЮ-СЕПТИКИИ ҶАРРОҲИИ МАВЗЕИ ГЕПАТОБИЛАРӢ, ИНТИХОБИ ҮСУЛИ ИСЛОХ

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян кардани интихоби дурусти ислоҳ дар беморони гирифтори мушкилоти пас аз ҷарроҳии дохили шикам фассодию-септикийи патологияҳои минтақаи гепатобилиарӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Тадқиқот 142 нафар беморонро дар бар гирифт, ки пас аз ҷарроҳӣ дар ҷигар ва системаи сафро мушкилиҳои фассодию-септикийи дохили шикам доштанд, ки мудохилаҳои такрории ислоҳиро талаб мекарданд. Тадқиқотҳои ретро- ва перспективӣ дар базаи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Қурбонов МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва МД «Пажуҳишгоҳи гастроэнтерологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон» барои солҳои 1997-2022. Ҳамаи беморони гирифтори мушкилоти фассодию-септикийи пас аз ҷарроҳии дохили шикам (МФСПЧ) ба ду ғурӯҳ тақсим карда шуданд. Дар ғурӯҳи назоратии беморон, аз ҷумла 52 (36,6%) беморон (тадқиқоти ретроспективӣ), ислоҳи МФСПЧ бо истифода аз усулҳои стандартии ҷарроҳии анъанавӣ гузаронида шуд. Дар 90 (63,4%) беморони ғурӯҳи асосӣ усулҳои

каминвазивии ислоҳи МФСПЧ истифода шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Аз 142 беморони гирифтори МФСПЧ, дар 63,4% (n=90) беморони ғурӯҳи асосӣ, дар 88,9% (n=80) даҳолати такрорӣ танҳо дар 10 ё 11,1% ҳолатҳо, мушкилот бо роҳи релапаротомия ислоҳ карда шуданд.

Ба беморони ғурӯҳи назоратӣ (n=52) дар 33 (23,2%) ҳолат релапаротомия ва дар 19 (13,4%) маврид кушодани экстраперитонеалий ва дренажгузории абсаҳои пас аз ҷарроҳии дохили шикам гузаронида шуданд. Ҳангоми муолиҷаи 142 нафар беморон 43 нафар (30,3%), аз ҷумла 10 нафар аз ғурӯҳи асосӣ ва 33 нафар аз ғурӯҳи назоратӣ мушкилиҳои пас аз ҷарроҳӣ дар шакли мушкилоти фассодию-септикий доштанд, ки барои онҳо релапаротомия гузаронида шуд. Ба беморони гирифтори перитонити пас аз ҷарроҳӣ дар ғурӯҳҳои асосӣ (n=31) ва назоратӣ (n=23) 27 (87,1%) даҳолати каминвазивӣ ва релапаротомия (12,9%) гузаронида шуданд. Дар ҳоле, ки беморони ғурӯҳи назоратӣ дар ҳамаи 23 ҳолат релапаротомия гузаронида шуданд.

**Хулоса.** Ислоҳи патогенетикии мушкилиҳо бо истифода аз технолоѓияҳои мусоир метавонад натиҷаҳои фаврии табобати беморонро пас аз ҷарроҳии ҷигар ва системаи сафро ба таври назаррас беҳтар созад.

**Калимаҳои қалидӣ:** асоратҳои фассодию-септикий дар дохили шикам, релапаротомия, релапароскопия, перитонитҳои пас аз ҷарроҳӣ, абсаҳои пас аз ҷарроҳии дохили шикам.