

На правах рукописи

**ЁРОВ
САИДМУРОД КУДБУДИНОВИЧ**

**РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНАХ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ
ПЕРИТОНИТА**

14.01.17 – хирургия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Душанбе 2020

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней № 1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Курбонов Каримхон Муродович** - академик АМН Республики Таджикистан, заслуженный деятель науки и техники, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Белоконов Владимир Иванович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерство здравоохранения Российской Федерации

Даминова Нигина Мадамоновна- доктор медицинских наук, руководитель отделения колопроктологии, государственного учреждения городского медицинского центра №2 имени академика К. Таджикива. Управлении здравоохранения г. Душанбе.

Ведущая организация **Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва» Минобрнауки Российской Федерации**

Защита состоится «___» «_____» 2020 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 737.005.01 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино» по адресу: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино» и на сайте <http://tajmedun.tj/tj/dissertation?id=74>

Автореферат разослан «___» _____ 2020 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Назаров Ш.К.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении неотложных заболеваний органов брюшной полости значительные сложности и трудности возникают у пациентов, с распространенным перитонитом обусловленное наличием деструктивных процессов в органах желудочно-кишечного тракта (перфорация гастродуоденальных язв, некроз и перфорация тонкой кишки), а также несостоятельностью швов ушитых полых органов и сформированных тонкокишечных анастомозов [О.Н.Антонов и.соавт. 2015., В.И. Белоконев и.соавт. 2014., О.Г. Скипенко и.соавт. 2016]

Нестандартность клинической ситуации при этом, затрудняет, раннюю диагностику и выбор наиболее рационального хирургического пособия, что обусловлено наличием выраженной эндотоксемии, синдромов внутрибрюшной и энтеральной недостаточности [К.В.Атаманов,и.соавт. 2014., Ф.В.Галимаянов и.соавт. 2010., К.В.Атаманов и.соавт 2011., В.С.Савельев и.соавт. 2012]. Необходимо отметить, что в настоящее время применение резекционных методик операций с восстановлением или реконструкцией пищеварительного тракта, как при первичной операции, так и во время релапаротомии являются основным и наиболее надежным способом лечения вышеуказанных хирургической патологии [В.П.Глабай, и.соавт 2011., А.П. Власов и.соавт. 2008].

В условиях перитонита многие авторы рекомендуют минимизировать объём оперативного вмешательства, а при невозможности выполнения других видов оперативного пособия вследствие выраженных местных изменений и тяжести состояния пациента оправдано применение резекционных реконструктивно-восстановительных вмешательств [Т.Г.Гульмуродов и.соавт. 2010., В.А.Горский и.соавт 2015., Парфенова,О.В 2014., R. Gürlich et alI. RozhlChir 2014].

Однако значительная часть исследователей полагают, что подобные оперативные вмешательства, как правило, сопровождаются высокой летальностью, что обусловлено не объёмом выполненной операции, а тяжестью основного заболевания и его осложнений, избежать возникновение и прогрессирование которой возможно только при своевременном удалении источника перитонита [О.Ю.Левкин, и.соавт. 2010., М. Gachabayov, et alI. Niger. J. Surg. 2017].

В этой связи возникает необходимость разработки методик ранней диагностики перфораций полых органов и некрозов тонкой кишки, а также несостоятельности сформированных анастомозов. Актуальным является разработка объективных критериев показаний и противопоказаний к применению резекционных методик в условиях перитонита. Одним из путей решения проблемы профилактики

несостоятельности швов полых органов, является разработка способов повышения их герметичности.

Цель исследования – обоснование возможности выполнения реконструктивно-восстановительных вмешательств с формированием анастомоза у больных распространенным перитонитом.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Определить характер хирургических заболеваний и структуру послеоперационных осложнений требующих выполнения резекционных методик с реконструктивно-восстановительными операциями.

2. Оценить роль современных клинико-лабораторно-инструментальных методов исследований в диагностике причин развития распространенного перитонита.

3. Разработать и обосновать объективные критерии показаний и противопоказаний к выполнению реконструктивно-восстановительным вмешательствам при патологии органов брюшной полости и послеоперационных осложнениях.

4. Разработать и усовершенствовать новые способы формирования желудочно-кишечных анастомозов и методов комплексной профилактики их несостоятельности в условиях распространенного перитонита.

5. Изучить непосредственные результаты лечения больных после реконструктивно-восстановительных вмешательств.

Научная новизна. Определены характер заболевания и структура осложнений, являющиеся причиной распространенного перитонита. Впервые доказана диагностическая ценность ФНО α и ИЛ-6 в отношении ранней диагностики несостоятельности тонкокишечных анастомозов и ушитых перфоративных язв. Доказана эффективность видеолaparоскопии в диагностике причин распространенного перитонита, в том числе в послеоперационном периоде. Впервые определены эффективность выполнения Y-образных анастомозов в условиях перитонита. Разработаны обоснованные критерии вероятности риска развития несостоятельности сформированных анастомозов, а также показания и противопоказания к выполнению резекционных методик в условиях перитонита. Обоснована возможность применения тиссукола для профилактики несостоятельности швов сформированных анастомозов в условиях перитонита. Усовершенствован способ формирования энтеро-энтероанастомоза при послеоперационном перитоните (**Рац. удостоверение № 3526/R679 от 10.11.2016г.**). Предложены способы профилактики несостоятельности энтероэнтероанастомозов. (**Рац. удостоверение №3555/R708 от 27.10.2017г.**) и способ лечения

несостоятельности ушитой перфорации гастроудоденальных язв (**Рац. удостоверение №3556/R709 от 27.10.2017г.**).

Практические рекомендации. Для клинической практики выработаны критерии показаний и противопоказаний к выполнению резекционных методик с реконструктивно-восстановительными вмешательствами. Обосновано использование метода тотальной интубации кишечника для профилактики несостоятельности швов сформированных анастомозов. Для клинической практики предложен алгоритм диагностики распространения перитонита. Разработана методика профилактики несостоятельности тонкокишечных анастомозов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Наряду с клиническими и инструментальными данными ведущим методом ранней диагностики деструктивных процессов в брюшной полости и несостоятельности сформированных анастомозов является определение уровня ФНО α и ИЛ-6.

2. Разработанные и усовершенствованные многофакторные критерии риска развития несостоятельности тонкокишечных и желудочно-кишечных анастомозов позволяют в ранние сроки определить показания к выполнению резекционных методик с восстановлением непрерывности пищеварительного тракта.

3. Предложенные методы защиты сформированных тонкокишечных анастомозов от несостоятельности позволяют предотвратить риск возникно вения послеоперационного перитонита в 95% наблюдений.

4. Разработанные приемы индивидуального комплексного подхода к применению радикальных резекционных вмешательств при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и их осложнений позволили существенным образом улучшить результаты лечения.

Личный вклад автора в проведенном исследовании. Автором лично проводилось обследование пациентов, разработка новых методов диагностики и оперативных вмешательств, выполнение операций и анализ результатов хирургического материала, оформление работы. Диссертационная работа и автореферат подготовлены и написаны диссертантом самостоятельно под руководством научного руководителя.

Внедрение результатов исследования. Основные положения диссертационной работы внедрены в клиническую практику хирургических отделений ГУ ГЦ СМП г Душанбе и ГКБ №2 имени академика К.Т. Таджикиева г. Душанбе. Теоретические положения диссертации применяются в учебном процессе на кафедре хирургических болезней №1 и общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино РТ, при подготовке студентов, врачей интернов и клинических ординаторов.

Апробация работы. Основные разделы диссертационной работы доложены и обсуждены на научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25-летию государственной независимости Республики Таджикистана (Душанбе, 2016), республиканской научно-практической конференции на тему «В здоровом теле - здоровых дух», посвященной 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан и 20-летию Национального единства (Душанбе, 2016), 64-ой годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной государственной независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 2016), ежегодной XXIV научно-практической конференции «Юбилейные научные чтения» ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, 2018), XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремесел» (Душанбе, 2019), на заседании межкафедральной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино (Душанбе, 2016); обсуждены и доложены на заседании межкафедральной проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино (протокол № 1 от 10.01.2020 г.).

Публикация. По материалам диссертационного исследования опубликованы – 12 научных работ, из них 4 статьи в рецензируемых изданиях ВАК Министерства науки и высшего образования РФ. Получены - 3 удостоверения на рационализаторские предложения.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 131 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы и 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Библиографический список содержит 177 наименований источников, из них 133 отечественных и 44 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 25 таблицами и 31 рисунком.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Настоящее клиническое исследование основано на анализе комплексной диагностики и радикального хирургического лечения 124 больных с хирургическими заболеваниями желудка и тонкой кишки в условиях РГП в клинике хирургических болезней №1 на базе ГУ ГЦ СМП и Комплекса здоровья «Истиклол» г. Душанбе с 2006 по 2017 гг. Больные с острыми хирургическими заболеваниями и повреждениями желудка и тонкой кишки были в наиболее трудоспособном возрасте. Из

124 оперированных больных преобладающее большинство составляли мужчины 78 (62,9%), женщин было 46 (37,1%). Основное количество пациентов 99 (79,8%) были лица трудоспособного возраста. Возраст пациентов варьировал от 18 до 73 лет. До и во время выполнения операции оценивали источник перитонита и его распространенность, а также его стадии. Для оценки тяжести РГП использовали классификацию В.С. Савельева и соавт. Количество больных с диффузным перитонитом составило 73 (58,9%), а с общим перитонитом – 51 (41,1%). По характеру экссудата брюшной полости у 110 больных (88,7%) имели место серозно-фибринозный (n=60) и гнойный (n=50) перитониты.

Причиной РГП у наблюдавшихся нами больных были заболевания и повреждения полых органов брюшной полости, а также их последствия (таблица 1)

Таблица 1

Причины РГП у больных с хирургическими заболеваниями и повреждениями полых органов брюшной полости(n=124)

| Характер заболеваний | Кол. | % |
|---|-------------|----------|
| Перфорация гастродуоденальных язв | 38 | 30,6 |
| Ущемленная грыжа | 29 | 23,4 |
| Острый тромбоз мезентериальных сосудов | 15 | 12,1 |
| Острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость | 12 | 9,7 |
| Перфорация острых язв тонкой кишки | 5 | 4,0 |
| Повреждения тонкой кишки | 8 | 6,5 |
| Несостоятельность швов тонкокишечных анастомозов | 10 | 8,1 |
| Несостоятельность швов ушитых перфораций гастродуоденальных язв | 7 | 5,6 |
| Всего | 124 | 100 |

Используя шкалу APACHE-II и SAPS, больные с РГП распределены по стадиям. В 34 (27,4%) случаях согласно шкале APACHE-II и 79 (63,7%) – по SAPS у пациентов с РГП отсутствовали явления сепсиса. Наличие абдоминального сепсиса при РГП согласно шкале APACHE-II (n=90) и SAPS (n=45) имело место у больных с более высокими баллами.

Сопутствующие заболевания имелись у 24 больных. Среди которых чаще всего встречались болезни сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС, нарушение сердечного ритма). Несколько реже наблюдалась патология органов дыхания (хронические обструктивные болезни легких, пневмосклероз), эндокринной системы (ожирение, сахарный диабет 2-го типа).

Степень тяжести эндотоксикоза у больных с РГП, прежде всего, зависит от длительности перитонита, распространенности патологического процесса, а также выраженности микробного обсеменения. Так, у больных диффузным перитонитом уровень альбумина составлял - $34,2 \pm 2,1$ г/л, фибриногена $3,6 \pm 0,10$ г/л, протромбинового индекса $77,1 \pm 3,5$, ЛИИ- $4,6 \pm 0,2$ усл.ед. Выраженная эндотоксемия способствовала токсическому воздействию на паренхиму печени, что выражалось в повышении уровня АлАт - $0,78 \pm 0,01$ ммоль/л и АсАт - $0,98 \pm 0,04$ ммоль/л. Более выраженное повышение показателей эндотоксемии наблюдали у пациентов с распространенным гнойным перитонитом. Так, ЛИИ у этих больных достигало $5,2 \pm 0,4$ усл.ед, альбумин - $33,1 \pm 2,2$ г/л, протромбиновый индекс - $78,2 \pm 3,4$, а уровень цитолитических ферментов достигал - $0,83 \pm 0,06$ ммоль/л, АсАт - $1,26 \pm 0,01$ ммоль/л.

При РП одной из причин развития полиорганной недостаточности, наряду с абдоминальной инфекцией и кишечной непроходимостью, является интраабдоминальная гипертензия (ИАГ). ИАГ способствует нарушению спланхического кровообращения с развитием интрамурального ацидоза и гипоксии слизистой кишечника. Прогрессирование РП способствовало повышению внутрибрюшного давления и изменениям в показателях лабораторных данных по мере прогрессирования тяжести эндотоксемии и тяжести РП наблюдается значительное повышение показателей ВБД, полиорганной недостаточности (SOFA - до 10,4 баллов). В настоящее время для диагностики развития септического процесса и степени его тяжести, важное значение придают показателям уровня провоспалительных цитокинов. В настоящее время точно установлено, что в возникновении и развитии воспалительного процесса активное участие принимают медиаторы воспаления, включая цитокины. При гнойно-воспалительных заболеваниях, в том числе РГП, патогенные микроорганизмы в качестве триггеров иммунных клеток способствуют активации сложного цитокинового каскада с развитием реакции острой фазы воспаления, в том числе противовоспалительных цитокинов, которым в патогенезе РГП отводится значительная роль. При РГП наблюдается значительное повышение показателей провоспалительных цитокинов. Исследование сывороточного уровня цитокинов показало, что в сравнении с группой здоровых уровни ФНО α и ИЛ-6 в группе пациентов с диффузным перитонитом были достоверно выше ($p < 0,05$). В том же время в группе с РГП у больных диффузным перитонитом уровни ФНО α и ИЛ-6 имели тенденцию к повышению. Полученные результаты свидетельствуют, что при перитоните происходит активация как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов. Таким образом, показатели уровня ФНО α и ИЛ-6 являются индикатором тяжести перитонита и исхода инфекционного процесса.

В настоящее время установлено, что в патогенезе развития и прогрессирования хирургической инфекции, сепсиса, наряду с системной воспалительной реакцией, важное значение имеют нарушения в системе гемостаза. Кроме этого, известно, что для местного формирования биологического каркаса ткани, в том числе ткани кишечника необходимы высоко адгезивные белки плазмы крови – фибриноген, фактор Вилленбранда. Из-за перераспределения этих белков плазмы крови при РГП их уровень сжимается, что в дальнейшем становится одной из причин несостоятельности сформированных тонкокишечных анастомозов. Исследование основных показателей гемостаза у больных РГП в различные стадии заболевания определило значительные изменения в их показателях. В сравнении с группой здоровых лиц в группе пациентов с наличием абдоминального сепсиса имелось значимое снижение количества тромбоцитов, показателей коагуляционного гемостаза, протромбинового времени ($16,4 \pm 0,7$), протромбинового индекса (81,0) и концентрации фибриногена. Наряду с этим у пациентов с тяжелым абдоминальным сепсисом имела место гиперфибриногемия и тромбинемия с одновременным снижением уровня продуктов деградации фибрина, определяемого по уровню Д-димеров. В тоже время при исследовании перитонеального экссудата у пациентов с распространенным перитонитом наряду с увеличением концентрации фибриногена, заметно повышался и уровень продуктов распада фибрина (Д-димеров) по сравнению с таковыми в кровеносном русле. Так, в перитонеальном экссудате показатель Д-димеров в несколько раз превышал данный уровень в венозной крови – $1296,4 \pm 275,4$ нг/мл. Такое повышенное образование фибрина при РГП, очевидно, происходит за счет пропотевания плазмы и ее коагуляции (периваскулярное свертывание крови) на фоне повышенной проницаемости сосудов (Жариков А.Н., 2014) вследствие развития синдрома кишечной недостаточности, эрозирования кишечной стенки. Дисбаланс в системе гемостаза у больных РГП обусловлен потерей фибрина, который угнетает процессы репарации, пластических функций, которые очень важны в обеспечении жизнеспособности тканей. Увеличение в брюшной полости фибрина в виде наложений на париетальной и висцеральной брюшине при РГП приводит к катастрофическому снижению (за счет потери) фибриногена. Снижение уровня фибриногена и афферентных белков при РГП в дальнейшем ухудшает процесс регенерации кишечного шва, что является одной из причин несостоятельности при выполнении резекции тонкой кишки. При РГП наблюдается выраженная системная эндотоксемия, сопровождающаяся различной степени выраженности системной воспалительной реакцией и развитием абдоминального сепсиса. Эндотоксемия в значительной степени нарушает показатели гемостаза, приводящие в последующем к нарушению микроциркуляции в тонкой

кишке за счет выпотевания фибриногена и повышения уровня Д-димеров за счет увеличения фибриновых налетов в париетальной и висцеральной брюшине

Комплексное УЗИ пациентов с РГП, обусловленным патологией полых органов, проведено 87 больным (70,2%). Результаты УЗИ зависели от характера патологии. Так, при перфорации гастродуоденальных язв и несостоятельности энтеро-энтероанастомозов в 38 наблюдениях наряду со свободным газом под правым куполом диафрагмы диагностировали также наличие свободной жидкости в брюшной полости с расширением петель тонкой кишки. Таким образом, ранними УЗ признаками РГП являются: наличие свободной жидкости в брюшной полости и неоднородной с анэхогенными включениями жидкости в брюшной полости, дилатации тонкой кишки более 3 см с другими признаками нарушений пассажа кишечника (утолщение стенки, визуализация кишечных складок, наличие и характер содержимого в просвете тонкой кишки). Комплексное УЗИ с дуплексным сканированием брыжеечных сосудов проводили для изучения характера кровообращения при РГП. Выявленные изменения в стенке тонкой кишки у больных РГП в последующем негативно влияют на пластические функции кишечной стенки, эффективность межкишечного анастомоза, конструкция которого в условиях РГП является проницаемой, на внутрикишечную микрофлору, количество которой в просвете тонкой кишки постепенно нарастает. Таким образом, риск возникновения несостоятельности тонкокишечных анастомозов в условиях перитонита возрастает при критическом снижении в плазме крови концентрации фибриногена, активности фактора XIII, нарушениях скорости регионарного кровообращения.

Для диагностики РП и его причин у 110 больных из 124 выполняли рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полостей. При рентгенологическом исследовании была обнаружена тесная зависимость выраженности рентгенологических изменений в легких от тяжести и распространенности перитонита, выявленного при лапароскопии и релапаротомии. Так, при наличии перфорации гастродуоденальных язв и тонкой кишки, а также при повреждении тонкой кишки на рентгенограммах диагностировали наличие свободного газа под куполом диафрагмы. У пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью на обзорной рентгенограмме брюшной полости выявили наличие чаш Клойбера и уровней. При проведении исследования оценивали следующие рентгенологические симптомы, характерные для несостоятельности швов желудочно-кишечного тракта: Наличие дефекта шва или анастомоза пищеварительного тракта, характер взаимосвязи дефекта кишечного шва и анастомоза с брюшной полостью, соотношение и наличие

сообщения между несостоятельностью кишечных швов и внутрибрюшным дренажом (при его наличии), характер пассажа по желудочно-кишечному тракту (при пероральной даче бария). В 4 случаях наличие дефекта несостоятельности швов тонкокишечного анастомоза подтверждено рентгенологически на основании выхода контрастного вещества за пределы просвета желудочно-кишечного тракта

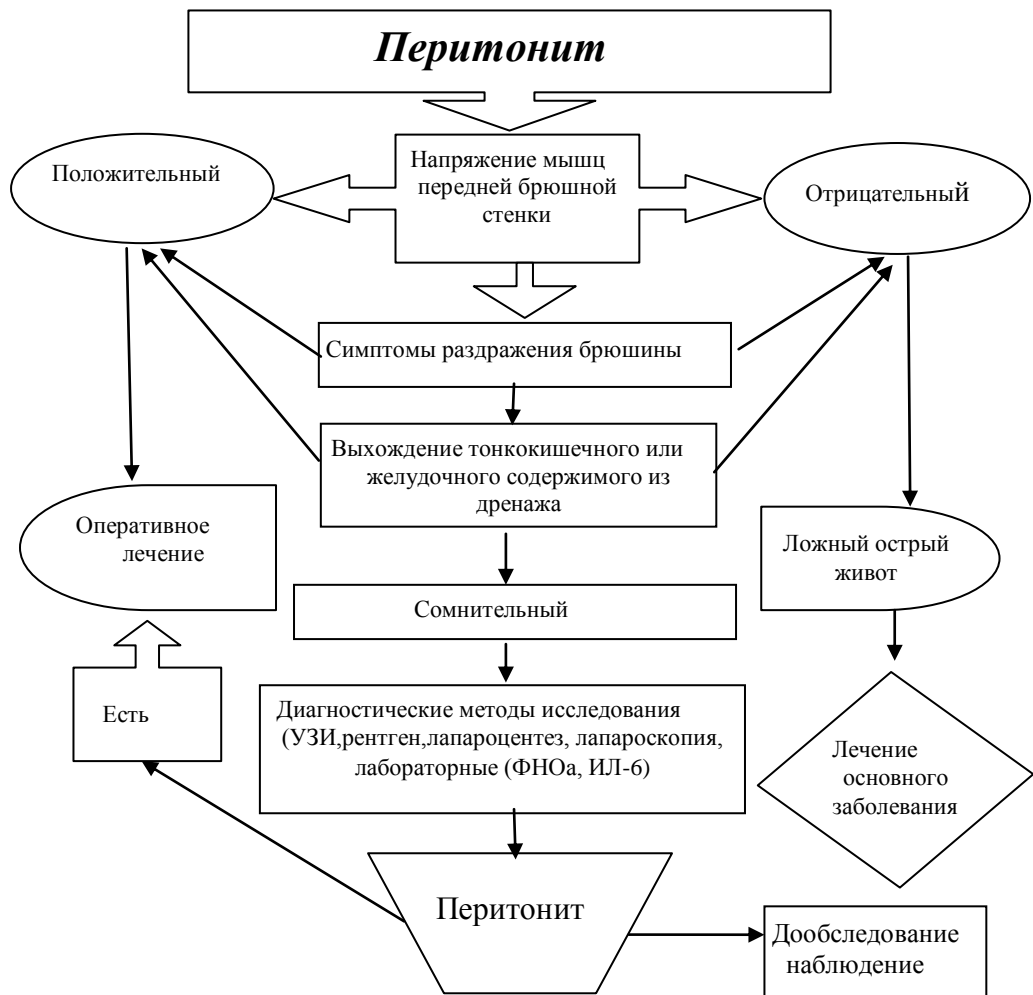


Рисунок 1. Алгоритм диагностики РП

На основании проведенного комплексного исследования разработан алгоритм диагностики распространенного перитонита. Согласно разработанному алгоритму наличие РП устанавливается на основании жалоб, объективных данных. Наличием напряжения мышц передней брюшной стенки, положительного симптома Щеткина-Блюмберга и выхождения тонкокишечного содержимого из дренажа устанавливается наличие перитонита. При наличии перитонита показана операция. При отсутствии напряжения мышц передней брюшной стенки, симптомов раздражения брюшины показано лечение основного заболевания.

Видеолапароскопия выполнена 12 больным при подозрении на РГП (n=8) и его развитие в послеоперационном периоде (n=4). Видеолапароскопия позволила выявить: наличие гнойного содержимого в брюшной полости – по правому латеральному каналу, в малом тазу и между петлями тонкой кишки; Скопление фибрина на париетальном и висцеральном листках брюшины, расширение тонкой кишки свыше 3 см; Источник перитонита (некроз тонкой кишки, перфорация гастродуоденальных язв, повреждения тонкой кишки и несостоятельность швов желудочно-кишечного тракта). В 2 наблюдениях при видеолапароскопии установлено наличие прикрытой перфорации гастродуоденальных язв, в 4 – тромбоз мезентеральных сосудов и ещё в 4 – несостоятельность швов желудочно-кишечного тракта. Таким образом, видеолапароскопическое исследование позволило в 100% наблюдений визуализировать наличие РП и его причины и выбрать наиболее оптимальный метод его хирургического лечения.

За последние десятилетия было предложено множество различных способов определения тяжести пациентов при перитоните. Все они были направлены на оценку результатов лечения и выбор наиболее благоприятного способа лечения. В своих наблюдениях мы использовали шкалу оценки тяжести состояния больных по АРАСНЕ-II, Мангеймскому перитонеальному индексу (МПИ) и индексу брюшной полости (ИБП). Результаты оценки степени тяжести состояния больных с РП по шкале АРАСНЕ-II. Так, у 103(83%) больных степень тяжести состояния по шкале АРАСНЕ-II составила от 11 до 20 баллов. У этих пациентов состояние оценивалось как средней тяжести, а у 21(17%) больно она составила свыше 20 баллов. Следует отметить, что показатели АРАСНЕ-II позволяют в каждом конкретном случае индивидуально подходить к выбору объёма и способа предоперационной подготовки больных и метода хирургического пособия. При выполнении первичных оперативных вмешательств по поводу РП и вторичных (повторных) – релапаротомии, важное значение имеет определение прогноза исхода и тяжести РП. Для осуществления и определения исхода и тяжести РП использовали МПИ, которое

указывает на выраженность инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости. Интерпретация данных приведенной выше таблицы показывает, что у 56 (45,2%) больных с РП изучаемый индекс составил 10-20 баллов, в 50 (40,3%) случаях этот показатель варьировал в пределах от 21 до 30 баллов и у 18 (14,5%) пациентов сумма баллов превышала 30. При сравнительном анализе между группами больных в последующем было установлено, что при сумме баллов свыше 30 исход лечения оказался неудовлетворительным. Таким образом, оценка тяжести состояния больных РП по шкалам АРАСНЕ-II и МПИ показала свою большую информативность. Необходимо отметить, что исход и выбор объема операции при РП во многом зависит от состояния органов брюшной полости и характера поражений. В.С. Савельевым и соавт. для изучения характера поражений органов ЖКТ и степени их выраженности был предложен индекс брюшной полости (ИБП) [106], который включает 5 групп факторов: распространенность перитонита, характер перитонеального экссудата, наличие фибрина, состояние кишечника, состояние операционной раны. Среди указанных факторов большое значение имеет наличие фибрина, который способствует возникновению адгезивного процесса и является важным механизмом регрессии и ограничения гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. С другой стороны, результаты исследования показателей гемостаза у больных с РП показывают, что выход адгезивных белков крови в свободную брюшную полость с образованием фибриновых наложений способствует развитию нарушений микроциркуляции в стенке тонкой кишки с большим риском развития несостоятельности тонкокишечных анастомозов и острых язв тонкой кишки. Согласно ИБП в 58 (46,8%) наблюдениях количество баллов составило до 13 баллов. У 52 (41,9%) – количество баллов составило от 14 до 22 и у 14 (11,3%) больных ИБП составило более 23 баллов (таблица 14). ИБП дает возможность оценить степень бактериальной контаминации экссудата брюшной полости. Для изучения характера поражения органов брюшной полости у пациентов с РП, а также для оценки результатов оперативного лечения исследовали перитонеальный экссудат на наличие бактериальной и грибковой флоры по В.С. Савельеву и соавт. [106], методом проточечной флуороцентной цитометрии. При проведении сравнительного анализа по данным бактериального исследования и выраженности поражения органов брюшной полости при РП у 14 пациентов (31 исследование) было определено соответствие показателей ИБП определенному количеству бактерий в 1 мл экссудата. В начальных стадиях РП и отсутствии абдоминального сепсиса (n=9) было отмечено, что на фоне снижения ИБП отмечалось уменьшение количества микробов в экссудате. Увеличение количества микробов в экссудате у больных с

абдоминальным сепсисом (более 1500 в 1 мкл) сопровождалось увеличением показателей ИБП.

Установление диагноза РП является абсолютным показанием к проведению хирургической коррекции. Продолжительность предоперационной подготовки, в которой нуждались 90 (72,6%) больных, составила 2-3 ч. У 34 (27,4%) пациентов не было необходимости в проведении дооперационной подготовки, этим больным в послеоперационном периоде проводилась инфузионная и антибактериальная терапия.

Показаниями к проведению предоперационной подготовки являлись:

- Сумма баллов по шкале APACHE-II выше 11 баллов;
- Сумма баллов по шкале МПИ свыше 21;
- Количество баллов по ИБП >14;
- Наличие явлений полиорганной недостаточности;
- Выраженная эндогенная интоксикация с тяжелыми гемодинамическими расстройствами.

К основным мерам дооперационной подготовки относились:

- установление зонда в желудок с эвакуацией его содержимого;
- катетеризация центральных вен, эпидурального пространства и мочевого пузыря;
- назначение антигипостатических препаратов и препаратов, улучшающих метаболизм миокарда и печени;
- с целью коррекции метаболического ацидоза, микроциркуляторных расстройств, нарушений сердечно-сосудистой системы, водно-электролитного баланса, целесообразно переливание солевых и плазмозамещающих растворов;
- объём инфузий в зависимости от тяжести эндотоксемии должен составлять от 1,5 до 2,5 литров и более с применением гипертонического раствора хлорида натрия (7,5% или 10%) из расчета 3-4 мл /кг 30 мл в сочетании с коллоидными растворами в соотношении 1:1 с последующим введением кристаллоидных растворов (раствор Рингера – лактата, изотонический раствор NaCl), последний этап предоперационной подготовки больных РП – премедикация как подготовка к проведению наркоза. Применяемая в дооперационном периоде данная терапия позволила в короткий срок корригировать гемодинамические показатели.

При РП, обусловленным патологией полых органов брюшной полости, хирургическая тактика была индивидуально-активно-дифференцированной и зависела от причины его развития, источника перитонита, характера экссудата брюшной полости, степени выраженности шкал APACHE-II, МИП и ИБП, а также от тяжести наличия абдоминального сепсиса. Как и многие авторы, считаем, что современная тактика хирурга должна основываться на следующих

положениях: РП возможно устранить только хирургическими методами, основная задача оперативного пособия – устранение источника перитонита, поддерживающего интраабдоминальную инфекцию и прогрессирование полиорганной недостаточности, цель операции – спасти жизнь пациента, а выполняемый объем операции подчинен этой цели. В ряде клинических ситуаций (перфорация гастродуоденальных язв, множественные повреждения тонкой кишки, несостоятельность швов сформированных тонкокишечных анастомозов или ушитых дефектов) целесообразно применение резекционных методик как первичных, так и при релапаротомии, патогенетически обоснованных за счет эффективного контроля источника интраабдоминальной инфекции. Формирование энтеростомы вызывает большие потери тонкокишечного содержимого, что приводит к быстрому нарушению водно-электролитного и белкового обменов и летальному исходу. Отказываясь от формирования первичного анастомоза в условиях РП, хирурги «предопределяют» неизбежную необходимость повторных операций в неблагоприятных условиях.

Учитывая тот факт, что выполнение радикальных операций с реконструктивно-восстановительными вмешательствами в условиях РП нередко сопровождается несостоятельностью сформированных тонкокишечных анастомозов или ушитых перфораций и дефектов кишечника, в клинике нами были разработаны и усовершенствованы методы профилактики риска возникновения этих осложнений.

В связи с этим разработана методика, повышающая физическую и биологическую герметичность сформированных анастомозов, весьма актуальна. В клинике разработана методика укрепления линии швов сформированных анастомозов выкроенной серозной оболочкой брыжейки тонкой кишки (**рац. удост. №3555-R708 от 27.10.2017**, выдано ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино») По предложенной методике после выполнения резекции тонкой кишки и формирования энтеро-энтероанастомоза выкраивают лоскут из брыжейки тонкой кишки на уровне анастомоза размером диаметра тонкой кишки на питающей ножке. После чего выкроенный лоскут брыжейки тонкой кишки перемещают к линии анастомоза и укрепляют несколькими швами. Операцию завершают интубацией тонкой кишки и дренированием брюшной полости. Укрытие собственными тканями линии швов становится непроницаемым для бактерии, наличие сосудов улучшает локальное кровообращения в зоне анастомоза, что благоприятно воздействует на репаративные процессы в зоне анастомоза.

Вероятность развития несостоятельности тонкокишечных анастомозов на фоне РП увеличивается за счет нарушения микроциркуляции и ухудшения заживления ран кишечника

Таблица 2

Характер радикальных операций с реконструктивно-восстановительными вмешательствами у больных с распространенным перитонитом

| Характер оперативных вмешательств | Кол-во | % |
|--|---------------|------------|
| Резекция желудка по Бильрот - I. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки | 14 | 11,3 |
| Резекция желудка по Ру. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки | 24 | 19,4 |
| Резекция тонкой кишки с формированием энтеро-энтероанастомоза бок в бок. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки | 30 | 24,2 |
| Резекция тонкой кишки с энтеро-энтероанастомозом бок в бок и илеостомия. Санация и дренирование брюшной полости | 7 | 5,6 |
| Резекция тонкой кишки с формированием анастомоза конец в конец. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки | 18 | 14,5 |
| Резекция тонкокишечного свища области сформированного анастомоза с Y-образным анастомозом. Санация и дренирование брюшной полости тонкой кишки. | 14 | 11,3 |
| Резекция тонкокишечного свища области сформированных анастомозов с повторным анастомозом бок в бок и экстраперитонизацией в межмышечное пространство. Санация и дренирование брюшной полости | 10 | 8,1 |
| Резекция желудка по Ру с формированием дуоденоюноанастомоза. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки | 7 | 5,6 |
| Всего | 124 | 100 |

Среди осложнений язвенной болезни наиболее опасным и жизнеугрожающим является перфорация гастродуоденальных язв, которые осложняются ещё и РП. Нередко при ушивании инфильтрированных и отечных по краям перфоративных отверстий, происходит прорезывание швов с развитием несостоятельности и

перитонита. Для лечения несостоятельности ушитых перфораций гастродуоденальных язв и профилактики их повторной несостоятельности разработана методика резекции желудка с дуоденоюностомией, позволяющей улучшить результаты лечения этого контингента больных (**рац. удост. №3556-R709 от 27.10.2017**, выдано ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино») По разработанной методике выполняли резекцию зоны несостоятельности с антральным отделом желудка. Далее формируют анастомоз по Ру с подшиванием тощей кишки на расстоянии 40 см от Трейцовой связки к боковой стенке двенадцатиперстной кишки в нисходящей части.

На сегодняшний день одним из тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода сформированных тонкокишечных анастомозов является несостоятельность швов, что в 35-40% случаев становится причиной летальности. Существуют различные способы лечения несостоятельности тонкокишечных анастомозов – консервативное, формирование стом и т.д., которые не всегда эффективны и требуют выполнения повторного оперативного вмешательства в неблагоприятных условиях. Очевидность возникновения несостоятельности швов после повторной резекции участка несостоятельности высока, а оставление источника РП в брюшной полости, либо формирование энтеростомы сопровождается высокой потерей содержимого кишечника с развитием истощения и летальности. В клинике разработана методика повторной резекции участка несостоятельности сформированных анастомозов с формированием анастомоза бок в бок и илеостомией (**рац.удост. №3526/R679 от 10.11.2016**, выдано ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»). Суть разработанной методики заключается в том, что после резекции зоны несостоятельности сформированного анастомоза формируют энтеро-энтероанастомоз бок в бок с выведением дистальной части приводящей петли наружу в виде илеостомы. Формирование илеостомы способствует снижению внутрикишечного давления, натяжения линии швов анастомоза, создаёт благоприятные условия для заживления раны кишечника и тем самым предотвращает несостоятельность. После стихания перитонита и улучшения общего состояния илеостома ликвидировались в плановом порядке под местной анестезией.

В 17 случаях при развитии РП в послеоперационном периоде, вследствие несостоятельности сформированных тонкокишечных анастомозов (n=10), а также несостоятельности ушитых перфораций гастродуоденальных язв (n=7) радикальные оперативные вмешательства с реконструктивно-восстановительными операциями были выполнены во время релапаротомии. При этом, в 10 наблюдениях наряду с резекцией зоны несостоятельности сформирован новый энтеро-энтероанастомоз бок в бок с экстраперитонизацией в

межмышечное пространство. В 7 наблюдениях при несостоятельности ушитых перфораций гастродуоденальных язв выполняли резекцию желудка по Ру с дуоденостомией. Таким образом, на выбор объёма и характера операции при РП наряду с общими факторами важное значение приобретает и характер патологии, и её сложность, а также хирургическая ситуация.

Проведенное нами исследование и данные литературы свидетельствуют о выраженном нарушении цитокинового баланса у больных РП. Для коррекции цитокинового статуса 12 больным РП в послеоперационном периоде наряду с указанной выше комплексной интенсивной терапией проводили цитокинотерапию бета-лейкином. Бета-лейкин (регистрационный номер Р №000222 от 20.12.07) рекомбинантный интерлейкин-1-бета (ИЛ-1В) относится к фармацевтической группе цитокинов и обладает иммуностимулирующим действием, повышает функциональную активность нейтрофильных гранулоцитов, индуцирует дифференцировку предшественников иммунокомпетентных клеток, усиливает пролиферацию лимфоцитов, активирует продукцию цитокинов, увеличивает антителообразование и усиливает гемопоэз И-В, обладая важными биологическими функциями, стимулирует синтез провоспалительных цитокинов и ускоряет репаративные процессы. Содержимое ампулы с препаратом непосредственно перед введением растворяли в 0,9% - 400 мл физиологическом растворе, и вводили в/в капельно в течение 2-3 часов. Дозу препарата и продолжительность курса определяли индивидуально для каждого больного, с учетом тяжести РП, глубины вторичного иммунодефицита и цитокинового дисбаланса. При наличии абдоминального сепсиса вводили по 1 мкг ежедневно в течение 5 суток, при отсутствии абдоминального сепсиса – по 1-мкг 3 суток. Включение в стандартную консервативную терапию РП бета-лейкина оказало эффективное влияние на устранение цитокинового дисбаланса.

Радикальные оперативные вмешательства по поводу РП были выполнены 124 больным, различные по характеру и тяжести послеоперационные осложнения наблюдали у 52 (41,9%) больных, из них у 38 (30,6%) – с летальным исходом. Большинство послеоперационных осложнений соответствовало II-IIIa степени тяжести по Clavien–Dindo – 36 (29,0%). И наиболее часто были представлены наличием нагноения лапаротомной раны (n=11), парезом желудочно-кишечного тракта (n=8), послеоперационной пневмонией (n=2), а также несостоятельностью сформированных тонкокишечных анастомозов IIIb (n=8), внутрибрюшным абсцессом (n=7). В 38 наблюдениях было выявлено осложнение V степени, т.е. летальный исход. Для диагностики и лечения послеоперационных внутрибрюшных осложнений, наряду с объективными и

лабораторными методами диагностики, важное значение имели дополнительные лучевые и инструментальные методы исследования. Для диагностики послеоперационных внутрибрюшных абсцессов (n=7) эффективно в 4 наблюдениях использовали УЗИ и КТ. Наличие внутрибрюшного кровотечения в 5 наблюдениях устанавливали по выхождению крови из дренажей брюшной полости (рис. 26), снижению АД, учащению пульса и падению уровня Hb и эритроцитов крови, а также по данным УЗИ. Наличие несостоятельности швов сформированных анастомозов (n=13) и распространенного перитонита (n=5) в послеоперационном периоде, также устанавливали по изменению показателей ВБД и значений ЛИИ. Таким образом, наблюдается прямая корреляционная связь между дооперационным уровнем ВБД и значениями ЛИИ, которые свидетельствуют о степени выраженности эндогенной интоксикации и развития послеоперационных осложнений. Чем выше показатели ВБД, тем выше ЛИИ и выше эндогенная интоксикация, и риск возникновения осложнений. Нагноение подкожной клетчатки и апоневроз были диагностированы в 11 наблюдениях. Наличие послеоперационной пневмонии в 2 случаях, для её диагностики наряду с визуальными методами эффективно использовали рентгенологический метод. Ещё в 2 наблюдениях на основании клинического и ЭКГ исследования установили острый инфаркт миокарда. В 8 наблюдениях клиническим УЗ-исследованием выявлено наличие пареза тонкой кишки. Лечение послеоперационных осложнений оперативных вмешательств по поводу РП представляет значительные сложности. Комплекс консервативного лечения дал положительный эффект при послеоперационных парезах (n=8), пневмонии (n=2), инфаркте миокарда (n=2), а также нагноениях послеоперационных ран передней брюшной стенки. В остальных случаях проводили различные по характеру неинвазивные вмешательства и релапаротомию. Необходимо отметить, что при наличии частичной несостоятельности тонкокишечных анастомозов в 5 случаях проводили комплексное консервативное лечение, при котором тонкокишечные свищи самостоятельно зажили. К общим причинам развития несостоятельности швов ЖКТ относятся неполноценная предоперационная подготовка, гипопроteinемия, водно-электролитные нарушения, анемия, пожилой возраст и сопутствующие заболевания. Общие причины развития несостоятельности швов наблюдались у 67,8%. К местным причинам относятся образование воспалительного инфильтрата, спаечный процесс брюшной полости. Большие размеры язвы, пенетрация язвы, постбульбарные язвы, множественные язвы, воспалительно-язвенный инфильтрат, дуоденостаз при осложненной язвенной болезни. Местные причины развития несостоятельности швов наблюдались у 72,2% пациентов. К техническим причинам развития несостоятельности швов ЖКТ относятся неправильный выбор

первичной операции при наличии стеноза пилородуоденального канала, перфорации каллезной язвы, пенетрирующей язвы, сочетание перфорации с кровотечением, травматичность оперативного вмешательства, отсутствие декомпрессии, неполноценная санация и дренирование брюшной полости, ранние послеоперационные кровотечения. Технические причины развития несостоятельности швов наблюдались у 87,8% пациентов. Из проведенного анализа причин несостоятельности швов можно сделать вывод, что развитие осложнения является следствием совокупности нескольких причин. Неадекватная декомпрессия кишечника или её отсутствие были зафиксированы более чем в 20% наблюдений. Недостаточное дренирование брюшной полости было констатировано у 10 пациентов.

Во время оперативного вмешательства, особенно при РЖ, необходимо проводить профилактику острого панкреатита, путем внутривенного введения ингибиторов протеаз, сандостатина или октреотида. При ушивании желудка, кишечника необходимо применять атравматический шовный материал. В сложных ситуациях, когда имеется выраженное воспаление стенки кишки, большие размеры перфоративного отверстия, необходимо зону швов укрывать прядью большого сальника или использовать раневое покрытие «Тахокомб». Вопросы профилактики несостоятельности швов ЖКТ при РП, острых язвах тонкой кишки, осложненных перфорацией, тромбозе мезентеральных сосудов, грыжесечении по поводу ущемленных грыж передней брюшной стенки заключаются в ранней диагностике заболеваний, в устранении непроходимости, правильном определении границ жизнеспособности кишки, дренировании брюшной полости и закрытой интубации кишечника..

Оперативные вмешательства по поводу ОКН завершаются назоинтестинальной интубацией двухпросветным зондом, с последующей энтеросорбцией в послеоперационном периоде с использованием физиологического и солевых растворов, до 5-6 раз в сутки. Зонд необходимо удалять после разрешения пареза кишечника. Обязательным профилактическим мероприятием при РП является адекватное дренирование брюшной полости. Решающее значение в комплексе профилактических мероприятий состоятельности швов ЖКТ у пострадавших с травмами ОБП имеют адекватно выполненное первичное хирургическое пособие. Хирургический метод коррекции развившегося осложнения производился в 19 наблюдениях. Так, в 8 случаях производили релапаротомию, резекцию анастомоза с илеостомией, в 4 – релапаротомию с санацией и дренированием брюшной полости и тонкой кишки и в 2 наблюдениях релапаротомию – вскрытие и дренирование межкишечных абсцессов. В 5 наблюдениях производили вскрытие, дренирование подпеченочных гнойников под УЗ-контролем. После выполнения 107 первичных радикальных

оперативных вмешательств по поводу РП вследствие патологии желудка и тонкой кишки и 17 (13,7%) радикальных вмешательств при возникших осложнениях, летальные исходы наблюдали у 31 (25,0%) больного. После выполнения релапаротомии по поводу возникших послеоперационных осложнений, проведенной 19 пациентам, умерли ещё 7 пациентов. Всего летальные исходы были отмечены в 38 (30,6%) случаях. Детальный и всесторонний анализ причин летальных исходов у наблюдавшихся 38 больных показал различные их причины. Так, в 26 (21,0%) наблюдениях причиной летального исхода являлась полиорганная недостаточность, в 5 (4,0%) - интоксикация и в 7 (5,6%) наблюдениях послеоперационная пневмония (n=4) и острый инфаркт миокарда (n=3).

Исследование показало, что одной из главных причин летальных исходов у больных РП, обусловленным патологией полых органов брюшной полости, является полиорганная недостаточность, избежать её возникновения и прогрессирования возможно лишь при удалении источника перитонита. Несмотря на то, что радикальные операции с реконструктивно-восстановительными вмешательствами в условиях РП и абдоминального сепсиса оправданы, поскольку удаление источника инфекции позволяет приостановить развитие полиорганной недостаточности, как наиболее частой причины летальных исходов. Предложенная хирургическая тактика с проведением патогенетически обоснованного послеоперационного ведения больных позволила снизить послеоперационную летальность до 30,6%, что ниже приводимых в литературе данных (35-70%).

ВЫВОДЫ

1. Причиной распространенного перитонита при патологии полых органов в 38,6% являются перфорации гастродуоденальных язв, 45,2% некроз тонкой кишки, в 24,2% травматические повреждения тонкой кишки и её перфорации, а также несостоятельность швов тонкокишечных анастомозов, ушитых дефектов и перфораций язв.

2. Комплексные лучевые методы диагностики (УЗИ, рентгенография) с использованием видеолапароскопии, а также показатели уровня цитокинов ФНО α и ИЛ-6 позволяют определить тяжесть заболевания, его характер, а также причину внутрибрюшной инфекции.

3. Разработанные объективные критерии показаний и противопоказаний к выполнению радикальных реконструктивно-восстановительных вмешательств в условиях распространенного перитонита и абдоминального сепсиса позволяют индивидуализировать хирургическую тактику.

4. При некрозе тонкой кишки, несостоятельности сформированных тонкокишечных анастомозов и ушитых перфораций на фоне увеличения показателей уровня цитокинов (ФНО α – 6,4 и ИЛ-6 – 12,2), токсемии (АРАСНЕ II >14 баллов), тяжести перитонита (МПИ, ИБП 20 баллов) показано выполнение радикальных операции с формированием анастомозов.

5. Разработанные и усовершенствованные методики защиты и профилактики сформированных анастомозов и несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки в сочетании с проведением цитокинотерапии бета-лейкином и системного введения криопреципитата с антиферментами дают возможность снизить частоту несостоятельности кишечных швов.

6. Разработанная дифференцированная индивидуально-активная хирургическая тактика с применением радикальных методик и программой комплексной профилактики послеоперационных осложнений позволили снизить частоту послеоперационной летальности при РП до 30,6%, что ниже литературных данных (35-70%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Наряду с рентгенологическими, ультразвуковыми методами, показатели уровня цитокинов (ФНО α , ИЛ-6) и гемостаза являются специфическими маркерами диагностики РП.

2. При выборе наиболее патогенетического метода радикального лечения распространенного перитонита необходимо ориентироваться на следующие критерии: ИБП (ниже 14 баллов), АРАСНЕ-II (ниже 14 баллов), МПИ (20 баллов), ВБД (12 мм.рт.ст).

3. Обязательным компонентом комплексного лечения распространенного перитонита после выполнения радикальных методик являются назоинтестинальная интубация кишки, антибактериальная терапия и коррекция гиперкоагуляционного синдрома.

4. При несостоятельности сформированных тонкокишечных анастомозов и ушитых перфораций гастродуоденальных язв рекомендуется применение разработанных методик резекции желудка по РУ с дуоденоюностомией и энтеро-энтероанастомозом бок в бок с илеостомией.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Курбонов К.М. Радикальное удаление источника распространённого перитонита у больных с заболеваниями полых органов / - Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Полвонов Ш.Б., Ёров С.К.// Вестник Авиценны. Душанбе -2016. С-24-28.
2. Курбонов К.М. Радикальные методы хирургического лечения перфорации гастродуоденальных язв / Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Ёров С.К.// Здравоохранение Таджикистана. - 2017.- №3.- С 35-40.
3. Курбонов К.М. Коррекция синдрома энтеральной недостаточности у больных распространённым перитонитом / - Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Ёров С.К.// Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения – 2017. С-38-42.
4. Курбонов К.М. Комплексное консервативное лечение эндотоксикоза у больных с острой странгуляционной кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде / Курбонов К.М., Полвонов Ш.Б., Назирбоев К.Р., Ёров С.К. // Вестник педагогического университета - 2015. -№2. С. 290-293.
5. Курбонов К.М. // Радикальные оперативные вмешательства при распространённом перитоните у больных с заболеваниями полых органов// Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Ёров С.К., Назирбоев К.Р./ Проблемы теории и практики современной медицины. Душанбе-2016. С 299-302.
6. Ёров С.К. // Синдром энтеральной недостаточности у больных с распространённым перитонитом и методы его коррекции/ Ёров С.К. // Научная дискуссия: Актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине – Душанбе, 2019. -С. 117.
7. Курбонов К.М. / Комплексная медикаментозная профилактика несостоятельности анастомозов// Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Назирбоев К.Р., Ёров С.К.// Актуальные вопросы травматологии - ортопедии и хирургии повреждений. Куляб, -2016. С. 148-151.
8. Курбонов К.М. // Радикальные резекционные вмешательства при перфорации гастродуоденальных язв. // Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Ёров С.К./ Вестник медицинского комплекса Истиклол. Душанбе-2018. С. 41-45.
9. Ёров С.К.// Радикальные оперативные вмешательства при распространённом перитоните// Ёров С.К.// Материалы научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ с международным участием, посвящённой «Году молодёжи»/ Душанбе, 2017. С. 138.

10. Курбонов К.М. // Радикальные оперативные вмешательства при распространенном перитоните у больных с заболеваниями полых органов// Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Ёров С.К., Назирбоев К.Р.// Проблемы теории и практики современной медицины. Матер. 64-й научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе, 2016. С. 299-302.
11. Ёров С.К.// Оценка готовности отключённой петли кишечника к проведению восстановительной операции// Ёров С.К., Саидова Ф.Ф., Назаров Х.Ш. Материалы научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ с международным участием, посвящённой «Году молодёжи», Душанбе, 2017. С. 203.
12. Ёров С.К.// Синдром энтеральной недостаточности у больных с распространённым перитонитом и методы их коррекции // Ёров С.К.// Научная дискуссия: Актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине. Материалы 14-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел», – Душанбе, -2019. С. 175.

Рационализаторские удостоверения

1. Удостоверение на рационализаторское предложение «Способ формирования энтеро-энтероанастомоза при послеоперационном перитоните». Ёров С.К., Курбонов К.М., Гозиев З.Х. №3526/R679. 10.11.2016.
2. Удостоверение на рационализаторское предложение «Способ профилактики несостоятельности энтеро-энтероанастомозов». Ёров С.К., Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. №3555/R708. 27.10.2017.
3. Удостоверение на рационализаторское предложение «Способ лечения несостоятельности ушитой перфорации гастродуоденальных язв». Ёров С.К., Назирбоев К.Р., Курбонов К.М. №3556/R709. 27.10.2017.

СПИСОК СОКРАЩЕННЫХ СЛОВ

ВБГ – внутрибрюшная гипертензия
ГУ ГЦ СМП – Государственное Учреждение Городской Центр
Скорой Медицинской Помощи
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ИБП – индекс брюшной полости
ИЛ – интерлейкин
ЛИИ – лейкоцитарный индекс перитонита
МИП – Мангейский перитониальный индекс
МО ДС – множественная дисфункция органов и систем
ОКН – острая кишечная непроходимость
ПКТ – прокальцитонин
РП – распространенный перитонит
РПГ – распространенный гнойный перитонит
СВО – системный воспалительный ответ
СДК – селективная деконтаминация кишечника
СКН – синдром кишечной недостаточности
СЭН – синдром энтеральной недостаточности
ФНО₂ – фактор некроза опухолей
ИЛ-6 –Интерлейкин-6
УЗИ- Ультразвуковое исследование
КТ- Компьютерная томография

Сдано в печать 25.08. 2020 г.
Подписано в печать 25.08 2020г.
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии
ООО «Сармад-Компания»
г. Душанбе, ул. Лахути 6, 1 проезд