

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

**УДК 616-056.52**

*На правах рукописи*

**ДЖУРАЕВ МУРОДАЛИ ФАЙЗАЛИЕВИЧ**

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ  
ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ  
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**(Экспериментально-клиническое исследование)**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук по специальности 14.01.17 - Хирургия

**Душанбе 2024**

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

**Научный руководитель:** **Махмадзода Фарух Исроил** – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

**Официальные оппонентааа:** **Хахимов Мурод Шавкатович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии №1 Ташкентской медицинской академии,

**Кадиров Фарходжон Давронджонович**, - доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан».

**Ведущая организация:** Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г. в «\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: Республика Таджикистан, 734003, г. Душанбе, ул. Сино 29-31. [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj) +992 928217755.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук, доцент**

**Али-Заде С.Г.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Частота развития ПАБП в сфере экстренной хирургии продолжает оставаться значительной, достигая 20-25% всех случаев. При этом, процент смертности от таких осложнений варьируется между 10,5% и 26%. Ряд патологий способствуют возникновению этих абсцессов после хирургических вмешательств. Среди наиболее частых причин выделяются острый холецистит и аппендицит, а также деструктивный панкреатит и травмы живота закрытых видов. В меньшей степени к формированию послеоперационных абсцессов могут привести такие состояния, как рак, дивертикулез толстой кишки и болезнь Крона [Андреев А.И. и соавт., 2015; Джабаров Д.И. и соавт., 2018; Кузнецова М.П. и соавт., 2022; Ukweh O.N. et al., 2023].

Необходимо подчеркнуть, что упомянутые заболевания сохраняют свою актуальность и важность. В частности, наблюдается тенденция к ежегодному росту числа случаев, когда пациенты страдают от перфораций полых органов, проявлений деструктивного панкреатита и травм брюшной области [Тимербулатов В.М. и соавт., 2020; Власов А.П. и соавт., 2022; Droniak M.M. et al., 2021].

ПАБП являются второй по распространенности причиной проведения повторных хирургических вмешательств в ранний послеоперационный период. При отсутствии адекватного лечения смертность, связанная с этим осложнением, может достигать 45% и более [Алиев С.А. и соавт., 2021; Савельев В.В. и соавт., 2021; Arvaniti K. et al., 2022].

Выбор наиболее оптимального подхода к лечению послеоперационных внутрибрюшных абсцессов (ПВА) приобретает ключевое значение, особенно по причине высокой распространенности острых воспалительных патологий в абдоминальной области и риска развития послеоперационных гнойных осложнений [Уваров И.Б. и соавт., 2022; Лебедев Н.В., 2021; Cimpean S. et al., 2022]. В современной медицинской практике для лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости широко применяются пункционно-дренирующие процедуры под контролем ультразвука, которые считаются «золотым стандартом» [Müller V. et al., 2020; Kimball E.J. et al., 2021].

После процедуры дренирования полости абсцесса мнения специалистов расходятся: некоторые из них не используют антибиотики или другие средства для очистки полости абсцесса, полагая, что ключ к уменьшению воспаления заключается в эффективном удалении инфицированного содержимого. В то же время другие специалисты отмечают ускорение процесса заживления при применении дополнительных средств [Smit M. et al., 2020; Qamer S. et al., 2021]. Таким образом, является актуальным поиск новых и более эффективных методов санации полости абсцесса после дренирования.

Актуальность проблемы прогнозирования и улучшения результатов лечения у больных с послеоперационными абсцессами брюшной полости, послужила основанием для проведения данного исследования.

**Степень научной разработанности изучаемой проблемы.** Послеоперационные гнойно-септические заболевания брюшной полости, в т.ч. и абсцессы, сопровождаются значительным повышением показателей эндотоксемии и различной степени выраженности синдрома энтеральной недостаточности [Али-заде С.Г. и соавт., 2019; Бауткин А.В. и соавт., 2021; Измайлов А.Г. и соавт., 2023]. Пищеварительный тракт при послеоперационном перитоните, панкреонекрозе и абсцессах брюшной полости, являются первоначальным (или первичным), а также потенциальным (или вторичным) источником эндогенной бактериальной интоксикации, что по сути считаются ключевым в определении исхода самого заболевания.

Согласно исследованиями отечественных и зарубежных авторов [Курбонов К.М. и соавт., 2019; Щеголев А.А. и соавт., 2023; Mahmutaj D. et al., 2023], зачастую лапаротомные широкие операции при абсцессах брюшной полости, подвержены риском высоких послеоперационных осложнений и летальности. Следовательно, внедрение малоинвазивных методов ликвидации внутрибрюшных абсцессов, несомненно, позволяют значительно улучшить результаты хирургического лечения этой тяжелой категории больных.

В связи с изложенным, диагностика и своевременная мини инвазивная коррекция, наряду с устранением источника, является ключевым моментом в улучшении непосредственных результатов лечения пациентов данной категории.

**Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом НИР кафедры хирургических болезней №1 им академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» - «Стратификация риска и совершенствование тактики лечения распространенного перитонита» (номер регистрации: 0123ТJ1524).

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования.** Прогнозирование и совершенствование исходов лечения у пациентов с послеоперационными абсцессами в брюшной полости с использованием комбинированных миниинвазивных методов.

### **Задачи исследования:**

1. Провести сравнительный анализ морфологических изменений перитонеума у животных в нормальных условиях и в эксперименте после обработки разными антисептическими средствами в условиях искусственно созданного абсцесса.

2. Изучить эффективность антисептических средств, ее.
3. Исследовать степень заражения брюшной полости во время первичных хирургических вмешательств с целью прогнозирования развития послеоперационных абсцессов.
4. Определить основные критерии для выбора комбинированных миниинвазивных методов при санации и дренировании послеоперационных абсцессов.
5. Провести анализ непосредственных результатов применения комбинированных миниинвазивных методов в лечении послеоперационных абсцессов брюшной полости

**Объект исследования.** Научное исследование направлено на изучение результатов традиционных и мини инвазивных методов лечения внутрибрюшных абсцессов у 104 больных. В исследование включены две группы: основная (проспективная) группа, состоящая из 60 пациентов, и контрольная (ретроспективная) группа, также включающая 44 пациентов. Анализ подвергались все клинические параметры пациентов, данные дополнительных методов исследования, а также интра- и послеоперационные результаты хирургического лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов.

**Предмет исследования.** Предметом исследования послужил анализ результатов обследования и лечения больных с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами. Предмет диссертационного исследования совпадает с концепцией темы диссертации. При этом предмет исследования соответствует паспорту специальности 14.01.17 - Хирургия.

**Научная новизна исследования.** В эксперименте определены особенности морфологических изменений париетальной брюшины при послеоперационных внутрибрюшных абсцессах. Определена эффективность 0,1% раствора фурагина при санации остаточной полости послеоперационных внутрибрюшных абсцессов, в зависимости от экспозиции и кратности ее применения. Оценено микроскопическое воздействие 0,1% раствора фурагина на близлежащие ткани к абсцессам. Установлено высокая информативность УЗИ и лапароскопии в динамике послеоперационных внутрибрюшных абсцессов. Выявлено, что показатели уровня СРБ и ИЛ-6 являются маркерами в диагностике послеоперационных внутрибрюшных абсцессов. Разработаны объективные критерии показаний и противопоказаний к выполнению релапаротомии и миниинвазивным вмешательствам при послеоперационном внутрибрюшном абсцессе. Разработан способ миниинвазивного лечения послеоперационных одиночных и однокамерных абсцессов брюшной полости (Патент РТ №1229 от

24.12.21 г.). Разработан способ малоинвазивного лечения и профилактика рецидива больших послеоперационных абсцессов брюшной полости (удостов. на рацпредложение ТГМУ им. Абуали ибни Сино, №3404/R394, №3405/R395 от 28.12.2020 г).

### **Теоретическая и практическая значимость**

Результаты проведенного исследования непосредственно относятся к практической медицине и позволяют расширить представление хирургов, терапевтов, гастроэнтерологов, врачей общей практики и врачей других специальностей о методах диагностики, прогнозирования и лечения ПВА.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Комплексное ультразвуковое исследование и лапароскопия позволяют в ранние сроки «доклинического» периода выявить характер, распространенность послеоперационных внутрибрюшных абсцессов и их причины.

2. Применение 0,1% раствора фурагина для санации полости абсцесса, доказало свою высокую эффективность у экспериментальных животных.

3. Уровень обсеменности брюшной полости при первой операции, наряду с механическими факторами послеоперационных осложнений, имеет прямую корреляционную зависимость с возникновением абсцесса.

4. Разработанные и усовершенствованные объективные критерии позволяют дифференцировать хирургическую тактику послеоперационных внутрибрюшных абсцессов и выбрать наиболее оптимальный вариант метод повторного вмешательства.

**Степень достоверности результатов.** Достоверность полученных результатов исследования подтверждена применением современных клинических, лучевых, и морфологических методов исследования. Научные результаты, полученные в ходе выполнения диссертационной работы, базируются на принципах доказательной медицины, что гарантирует их надежность и актуальность.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и область исследования):** Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17 – Хирургия. III.1. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение и профилактика врожденных заболеваний органов брюшной полости (желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, поджелудочной железы) и грудной клетки (легких, пищевода, плевры, средостения, диафрагмы). III.7. Патология печени и желчевыводящих

путей. Ш.8. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода.

#### **Личный вклад соискателя ученой степени в исследовании.**

Диссертантом определены основные идеи исследования. Автор самостоятельно проанализировал современную литературу по изучаемой проблеме, архивный материал клиники, лично участвовал в проспективном комплексном обследовании и лечении пациентов с послеоперационных внутрибрюшных абсцессов. Автором самостоятельно выполнена статистическая обработка полученных данных.

#### **Апробация и реализация результатов диссертации.**

Основные положения диссертационной работы доложены на: конференции молодых ученых ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2020); Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery (Seoul, Korea, 2020); The Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery 25<sup>th</sup> Anniversary & 48<sup>th</sup> Annual Congress & 11<sup>th</sup> International Simposium (Seoul, Korea, 2021); Двадцать седьмая Объединенная Российская Гастроэнтерологическая неделя (Москва, 2021); VII съезде хирургов Юго России с международным участием (Пятигорск, 2021); Korea Digestive Disease Week (Seoul, Korea, 2021); Scientific-practical conference with international participation, dedicated to the 60<sup>th</sup> anniversary of the Institute of Surgery named after academician M.Topchibashev (Baki, 2022); 18<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery (Busan, Korea, 2022); Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery & The 58<sup>th</sup> Annual Congress of the Korean Association of HBP Surgery. Surgery WEEK 2023 (Busan, Korea, 2023); The 52<sup>nd</sup> Congress of the Korean Society of Endo-Laparoscopic & Robotic Surgery & 13<sup>th</sup> International Simposium (Seoul, Korea, 2023); Multidisciplinary International Conference the Liver Week (Incheon, Korea, 2023); National leader dedicated to Hayder Aliyev's 100<sup>th</sup> anniversary scientific-practical conference (Baki, 2023); обсуждены и доложены на заседании межкафедральной экспертно-проблемной комиссии ТГМУ им. Абуали ибн Сино (протокол №18).

**Публикации по теме диссертации.** По материалам диссертации опубликовано 16 научных работ, из них 4 в журналах рекомендуемое ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получен 1 патент РТ на изобретение и 2 удостоверения на рационализаторское предложение. Выпущены 1 методическое пособие для врачей и 1 методические рекомендации.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 180 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной материалам и методам исследований, 5 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 27 таблицами, 44 рисунками. Указатель литературы включает 256 источников, в том числе 92 на русском и 164 на иностранных языках.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материал и методы исследования

Данное исследование представляет аналитический обзор данных о лечении и диагностике 104 больных с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами. У данных пациентов выполнялись хирургические вмешательства по поводу патологий в области гепатобилиарной зоны. Все пациенты находились на стационарном лечении на базе клиники хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в период с 2008 по 2022 годы. В сравниваемых группах 60 (57,7%) пациентов (основная) были оперированы применением миниинвазивной технологии, 44 (42,3%) (ретроспективное) – традиционной релапаротомией. Большинство пациентов (60,6%) составили лица женского пола (n=63). При этом лица трудоспособного возраста (до 55 лет) составляло больше половины, т.е. 62,5% больных. Первично, на органах гепатобилиарной зоны, в плановом порядке оперированы 15 (14,4%), в экстренном – 89 (85,6%) больных. В том числе операции на печени в 41 (39,4%), на желчевыводящих путях – 63 (60,6%) наблюдениях.

**Таблица 1. - Характер первично выполненных операций в сравниваемых группах, (%)**

Вид хирургического вмешательства	ОГ (n=60)	КГ (n=44)	p
<b>Операции на печени (n=41)</b>			
ОЭЭ	14 (23,3)	11 (25)	>0,05
ЗЭЭ	3 (5,0)	1 (2,3)	>0,05**
Атипичная РП	2 (3,3)	3 (6,8)	>0,05**
Вскрытые и дренирование АП	3 (5,0)	2 (4,5)	>0,05**
Ушивание раны печени	1 (1,7)	1 (2,3)	>0,05**
<b>Хирургические вмешательства на ЖВС (n=63)</b>			
ЛХЭ	7 (11,7)	5 (11,4)	>0,05**
ХЭ. Гепатикоюностомия по Ру	4 (6,7)	1 (2,3)	>0,05**
ХЭ. ХДА по Флеркену	2 (3,3)	1 (2,3)	>0,05**
ХЭ. Др. ГХ по Холстеду	4 (6,7)	3 (6,8)	>0,05**
ХЭ. Др. бр. полости	9 (15)	7 (15,9)	>0,05*
ХЭ. Сан. и др. ГХ и бр. полости	11 (18,3)	9 (20,5)	>0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ , \*с поправкой Йетса, \*\*по точному критерию Фишера)



Как показал анализ первично выполненных операций на органах гепатобилиарной зоны, внутрибрюшные абсцессы часто (24,0%) возникли после открытых эхинококкэктомии из печени (23,3% и 25,0% случаев соответственно) и традиционных холецистэктомии и дренированием холедоха, что было отмечено в 36 (34,6%) случаев (в 33,3% и 36,4% случаев основной и контрольной группы).

**Таблица 2. – Распределение больных по полу и возрасту, абс (%)**

Возраст, лет	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=44)		Всего (n=104)	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
20-29	2 (3,3)	5 (8,3)	1 (2,3)	2 (4,6)	3 (2,9)	7 (6,7)
30-39	3 (5,0)	7 (11,7)	1 (2,3)	3 (6,9)	4 (3,8)	10 (9,6)
40-49	3 (5,0)	11 (18,3)*	2 (4,6)	9 (20,4)*	5 (4,8)	20 (19,2)**
50-59	2 (3,3)	19 (31,7)**	2 (4,6)	17 (38,6)**	4 (3,8)	36 (34,6)**
60 и >	1 (1,7)	7 (11,7)*	1 (2,3)	6 (13,8)*	2 (1,9)	13 (12,5)**
Итого	11 (18,3)	49 (81,7)**	7 (15,9)	37 (84,1)**	18 (17,3)	86 (82,7)**

Примечание: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$  – при сравнении между мужчинами и женщинами в группах (по точному критерию Фишера); при соответствующем сравнении между группами  $p > 0,05$

Анализ данных по половозрастной категории (см. табл. 2) выявил, что женщины, страдающие ПВА, в различных возрастных группах заметно преобладали над мужчинами (82,7% против 17,3%,  $p < 0,001$ ). Большая часть пациентов с ПВА находилась в возрасте от 20 до 60 лет, что составляло 85,6% ( $n=89$ ) от общего числа. Только 15 пациентов, или 14,4%, были старше 60 лет, среди которых 13,3% приходилось на основную группу и 15,9% на контрольную.

**Таблица 3. – Распределение больных с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами в зависимости от сроков первичной операции, абс (%)**

Срок первичной операции	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=44)		Всего (n=104)	
	абс	%	абс	%	абс	%
До 1 мес.	51	85,0	36	81,8	87	83,7
От 1 до 3 мес.	5	8,3	3	6,8	8	7,7
От 3 до 5 мес.	3	5,0	3	6,8	6	5,8
От 5 мес. и >	1	1,7	2	4,5	3	2,9

Примечание:  $p > 0,05$  – при сравнении по классам между группами (по точному критерию Фишера)

Так, 87 или 83,7% пациентов по поводу ПВА оперированы до одного месяца после первичной операции (51 или 85,0% основная группа и 36 или 81,8% - контрольная соответственно) (табл. 3). Следовательно, от 1 месяца до 3 месяцев составили 8,3%, от 3 до 5 мес. – 6,8% и более 5 месяцев – 1,7% и 4,5% наблюдений.

**Таблица 4. - Сравнительные показатели размеров послеоперационных внутрибрюшных абсцессов**

Размер ПВА, см	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=44)		p	Всего (n=104)	
	абс	%	абс	%		абс	%
До 3,0	3	5,0	2	4,5	>0,05**	5	4,8
От 3,0 до 5,0	19	31,7	17	38,6	>0,05	36	34,6
От 5,0 до 7,0	29	48,3	19	43,2	>0,05	48	46,2
Более 7,0 см	9	15,0	6	13,6	>0,05*	15	14,4

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ , \*с поправкой Йетса, \*\*по точному критерию Фишера)

Основную массу пациентов в обеих группах составили ПВА, размером от 3,0 до 7,0 см (63,3% и 81,8%, соответственно) и ПВА более 7,0 см (15,0% и 13,6%, соответственно).

Пациенты с ПВА до 3,0 см были отмечены в 5,0% и 4,5% случаев, соответственно, при этом во всех случаях попытки консервативного лечения оказались безуспешными, что были ставлены показания к инвазивным методам коррекции.

В 27 (26,0%) случаях в полости ПВА оказалось 250,0-300,0 мл гноя, в 25 (24,0%) – 150,0-200,0 мл, а 17 или 16,3% наблюдений – более 300,0 мл содержимого. Количество содержимого ПВА определяло тяжесть индекса интоксикации организма, соответственно клиническую картину, течение гнойно-воспалительного процесса, а также играло немаловажную роль в определении тактики лечения.

Для объективной оценки достоинства и недостатков каждого метода ликвидации ПВА, исследуемых пациентов распределили по анатомическому расположению, что и, по сути, определило объем и способ ее ликвидации (табл. 5).

**Таблица 5. - Распределение пациентов с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами в зависимости от ее анатомического расположения, (%)**

Анатомическое расположение	Основная группа (n=60)	Контрольная группа (n=44)	p	Всего (n=104)
Поддиафрагмальное	17 (28,3)	9 (20,5)	>0,05*	26 (25,0)
Подпеченочное	19 (31,7)	13 (29,5)	>0,05	32 (30,8)
Межпетлевые	9 (15,0)	7 (15,9)	>0,05*	16 (15,4)
Правый боковой канал	4 (6,7)	5 (11,4)	>0,05**	9 (8,7)
Малый таз	11 (18,3)	10 (22,7)	>0,05	21 (20,2)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ , \*с поправкой Йетса, \*\*по точному критерию Фишера)

Анализ анатомического расположения ПВА показал, что в 55,8% (n=58) пациентов обеих групп идентифицированы поддиафрагмальные (28,3% основной группы и 20,5% - контрольной) и подпеченочные локализации абсцессов (31,7% основной группы и 29,5% - контрольной). Следующей из часто встречающихся локализаций ПВА, оказался малый таз, что было отмечено у 21 или 20,2% больных (18,3% и 22,8% соответственно в сравниваемых группах). Межпетлевые ПВА и абсцессы в правом боковом канале соответственно составили 15,4% и 8,6% случаев.

Выбор стратегии хирургического вмешательства у пациентов с ПВА существенно определяется степенью тяжести и необходимостью предоперационной коррекции серьезных сопутствующих патологий. Эти патологии рассматриваются как ключевые факторы, влияющие на неблагоприятные исходы заболевания. Было выявлено, что у всех участвующих в исследовании пациентов присутствовали хронические сопутствующие заболевания, которые характеризовались регулярными эпизодами увеличения внутрибрюшного давления.

Важно подчеркнуть, что примерно 40,0% исследуемых пациентов входили в категорию высокого риска и требовали тщательного изучения функций жизненно важных органов и систем, а также проведения профилактических мер для предотвращения осложнений, связанных с сердечно-сосудистой и дыхательной системами. Это обстоятельство послужило основанием для оценки пациентов с предстоящим хирургическим вмешательством по шкале ASA, что, безусловно, облегчило дифференцированное распределе- ние

пациентов в соответствии с предстоящими рисками, как анестезиологического, так и операционного характера.

В частности, пациенты группы риска относились в основу составляющей, которые имели абсолютные показания к миниинвазивным вмешательствам.

**Таблица 6. - Сравнительный характер оперативных вмешательств при послеоперационных внутрибрюшных абсцессах (n=104)**

<b>Характер операции</b>	<b>ОГ (n=60)</b>	<b>КГ (n=44)</b>
Миниинвазивные вмешательства:	60	-
- Релапароскопия	4 (6,7)	
- Релапароскопия в сочетании с минилапаротомией	5 (8,3)	
- Вмешательства под УЗ-контролем	44 (73,3)	
- Минилапаротомия	7 (11,7)	
- Релапаротомия	-	41 (93,2)
- Традиционные внебрюшинные методы вскрытия абсцессов	-	3 (6,8)
<b>Итого</b>	<b>60 (57,7)</b>	<b>44 (42,3)</b>

У 60 (57,7%) пациентов основной группы в 4 (6,7%) случаях выполняли релапароскопию, в 49 (81,7%) – вмешательства под УЗ-контролем и в 7 (11,7%) случаях производили вскрытие и дренирование внутрибрюшных абсцессов минилапаротомными методами. Особую группу составили 5 (8,3%) пациентов, которым ликвидация внутрибрюшных абсцессов проведено разработанной нами методикой – сочетанного применения релапароскопии с минилапаротомией.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Экспериментальное моделирование внутрибрюшного абсцесса**

Для моделирования ВБА в наших исследованиях применяли 54 кролика породы Шиншилла, весом 2300-3000 гр., здоровые и прошедшие необходимый карантин. Эти животные содержались в условиях вивария, придерживаясь стандартного рациона питания и питья. Для подготовки необходимого материала, один из кроликов подвергался умерщвлению путем передозировки анестетика. Из материала слепой кишки данной особи готовилась 10-процентная фекальная взвесь в изотоническом 0,9% растворе хлорида натрия.

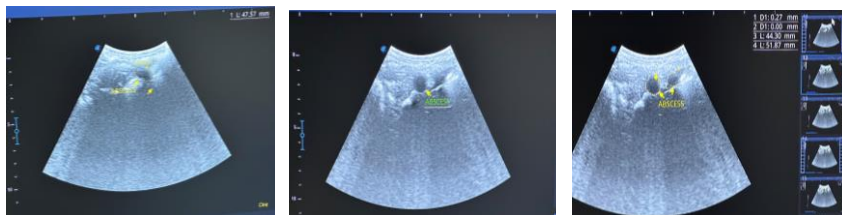
Все другие этапы манипуляций проводились под мониторингом пролонгированного действия седативных препаратов, чтобы не допускать отрицательных реакций экспериментального животного на инвазию, и тем самым обеспечить адекватное послеоперационное течение (рисунок 1).



**Рисунок 1. - Этапы экспериментального моделирования внутрибрюшного абсцесса**

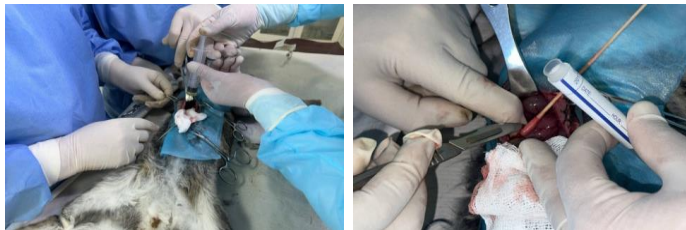
Материалом для экспериментального исследования служило кролики породы «Шиншила» массой от 3,8 до 4,5 кг. В рамках экспериментального исследования были сформированы три группы кроликов по 18 особей в каждой для изучения эффективности различных антисептических растворов в лечении абсцессов брюшной полости. Первая группа получала 0,1% раствор фурагина для санации абсцесса, второй группе применяли 0,02% раствор фурациллина, а третьей – 0,9% раствор хлорида натрия.

Исследование направлено на патоморфологическую оценку изменений в париетальной и висцеральной брюшине кроликов, пораженных абсцессами. Особое внимание было уделено экспериментальным методам, включая проведение ультразвукового исследования на 5-6 день после инъекции фекальной суспензии, чтобы подтвердить наличие и оценить состояние абсцессов в брюшной полости



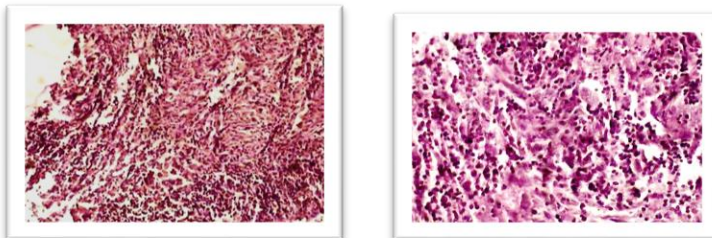
**Рисунок 2. - УЗИ после моделирования внутрибрюшного абсцесса у экспериментальных животных**

Для гистологического анализа извлекались тканевые образцы, размеры которых варьировались от 0,5x0,5 см.



**Рисунок 3. - Состояние на 6-7 сутки после моделирования внутрибрюшного абсцесса у экспериментальных животных. Лапаротомия. Абсцесс брюшной полости. Этапы взятие участка ткани абсцесса**

В ходе микроскопического исследования париетальной брюшины под световым микроскопом выявлены фрагменты мышечных волокон, а также фиброзные и жировые ткани. Эти ткани демонстрируют наличие диффузных инфильтратов лейкоцитов, в которых преобладают нейтрофилы. В окружающих абсцесс тканях обнаруживается грануляционная ткань с множеством капилляров и заметным полнокровием сосудов. Кроме того, в тканях заметен значительный межволоконный отек и деструкция волокон



**Рисунок 4. - Патогистологическая картина тканей брюшины при абсцессе в экспериментальных условиях. В тканях диффузные лейкоцитарные инфильтраты, выраженный межволоконный отек. Окраска гематоксилин-эозином. Микропрепарат. Ув. x250.**

У животных с внутренними брюшными абсцессами (ВБА), которые не получали консервативного лечения, при осмотре брюшины выявлялись признаки отека и гиперемии. Под световым микроскопом наблюдалось расширение сосудов как в корковых, так и в мозговых слоях брюшной стенки, а также вздутие базальных мембран. Кроме того, отмечалось значительное уплотнение лимфоидных фолликулов вследствие накопления лимфоцитов. Уже на второй день после начала формирования абсцесса фиксировались процессы разрушения и

отторжения периферийных клеток внутри синусов лимфатических узлов.

Немаловажным, в плане определения эффективности того или иного антисептического раствора при ВБА, считается степень обсемененности брюшной полости экспериментальных животных, при моделировании абсцесса. При моделировании ВБА у экспериментальных кроликов, различными культурами патогенных микроорганизмов, бактериологические исследования показали штаммы группы кокковой флоры: *Staphylococcus epidermidis*, *staphylococcus aureus*, *streptococcus haemolyticus*, а также изоляты группы энтеробактерий: *E. Coli*, *proteus vulgaris*, *klebsiella*, *pseudomonas aeruginosae*, *Citrobacter*, *Enterobacter SPP*.

На основании проведенных бактериологических исследований, можно заключить, что при 7-ми минутной экспозиции 0,1% раствора фурагина отмечено отсутствие микробов в 88,9% образцах экссудата и только в 11,1% случаях выявлен единичный рост КОЕ  $1.10^1$ , где до обработки в гное цифры колебались в пределах КОЕ  $1.10^5$  -  $1.10^6$ . Следовательно, можно отметить, что 0,1% раствор фурагина обладает бактерицидными (антисептическими) свойствами, и можно ее рекомендовать при обработке гнойно-воспалительных процессов брюшной полости. При этом 0,02% раствор фурациллина в экспозиции 7 минут, имело менее эффективное антисептическое воздействие на выявленные микробы. А при санации 0,9%; раствором натрия хлорида, во всех случаях до- и после обработки, количество выделенных микробов в образцах экссудата и гноя практически не менялись, что соответственно считается неэффективным при гнойно-воспалительных процессах.

Анализ показателей биохимического анализа крови у подопытных кроликов I-ой подгруппы до моделирования абсцесса и после применения 0,1% раствора фурагина показало, что на 8-е сутки моделирования ВБА, показатели креатинина и мочевины особых изменений не претерпевали ( $1,6 \pm 1,3$  мг/л и  $22,3 \pm 4,9$  мг/дл). Особо на моделирование ВБА, реагировали такие показатели, как АсАТ и АлАТ крови, что соответственно составили  $27,4 \pm 8,1$  МЕ/л и  $56,1 \pm 11,9$  МЕ/л, когда эти показатели до моделирования оказались в пределах  $19,0 \pm 3,0$  МЕ/л и  $38,0 \pm 12,0$  МЕ/л, соответственно. Лишь на 7-е сутки после ликвидации ВБА у подопытных кроликов наблюдалось незначительное увеличение показателей креатинина и мочевины ( $1,9 \pm 1,7$  мг/л и  $34,7 \pm 7,3$  мг/дл), а также ферментов крови (АсАТ до  $29,3 \pm 2,5$  МЕ/л, АлАТ до  $57,6 \pm 5,8$  МЕ/л).

Следовательно, указанные показатели у подопытных кроликов I-ой подгруппы до моделирования абсцесса и после применения 0,02%

раствора фурациллина, на 7-е сутки после ликвидации моделированного ВБА, отмечено увеличение показателей креатинина и мочевины ( $1,9 \pm 1,7$  мг/л и  $34,7 \pm 7,3$  мг/дл), а также ферменов крови (АсАТ до  $29,3 \pm 2,5$  МЕ/л, АлАТ до  $57,6 \pm 5,8$  МЕ/л).

### Хирургическая тактика у пациентов с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами

Для диагностики послеоперационных внутрибрюшных инфекционных осложнений исследовали степень выраженности эндотоксикоза (табл. 7).

**Таблица 7. - Показатели эндотоксемии у больных с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами (n=60)**

Показатель	Внутрибрюшные абсцессы			P
	Надпечен. абсцесс (n=17)	Подпечен. абсцесс (n=19)	Остальные множествен. (n=24)	
Длительность п/о периода	$5,3 \pm 0,2$	$7,4 \pm 0,3$ $p_1 < 0,001$	$9,8 \pm 0,4$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$< 0,001$
Тахикардия, уд в мин	$86,2 \pm 6,4$	$94,3 \pm 7,1$ $p_1 > 0,05$	$128,6 \pm 9,2$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$	$< 0,001$
Частота дыхания	$22,4 \pm 2,1$	$19,8 \pm 1,9$	$19,1 \pm 1,8$	$> 0,05$
Температура тела	$38,6 \pm 1,9$	$37,6 \pm 1,7$	$38,7 \pm 1,8$	$> 0,05$
Парез кишечника	Нет пареза	Умерен. парез	Стойкий парез	
ЛИИ (n=1,9)	$3,4 \pm 0,22$	$3,4 \pm 0,18$ $p_1 > 0,05$	$4,5 \pm 0,23$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$< 0,001$
МСМ мкг/мл	$1024 \pm 120,0$	$948,6 \pm 158,0$	$1128 \pm 230$	$> 0,05$
ДК, ммоль/мг	$1,9 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,5$	$2,1 \pm 0,7$	$> 0,05$
МДА, ммоль/мг	$4,1 \pm 0,54$	$3,7 \pm 0,47$ $p_1 > 0,05$	$4,8 \pm 0,23$ $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$	$< 0,05$
СОД, %	$12,1 \pm 1,18$	$14,5 \pm 1,32$ $p_1 > 0,05$	$18,2 \pm 1,53$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,05$	$< 0,01$
АлАт, ммоль/л	$0,72 \pm 0,008$	$0,77 \pm 0,06$ $p_1 > 0,05$	$0,94 \pm 0,05$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,05$	$< 0,01$
АсАт, ммоль/л	$0,76 \pm 0,014$	$0,87 \pm 0,021$ $p_1 < 0,01$	$0,96 \pm 0,03$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	$< 0,001$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по Н-критерию Краскела-Уоллиса);  $p_1$  – при сравнении с таковыми



в группе с надпеченочным абсцессом,  $p_2$  – при сравнении с таковыми в группе с подпеченочным абсцессом, (по U-критерию Манна-Уитни)

Показатели эндотоксемии при ПВА были значительно увеличены при всех локализациях гнойников. Однако более ощутимые сдвиги наблюдались при множественных межкишечных абсцессах, в т.ч. малого таза и внутрипеченочных (МСМ -  $1128 \pm 230$  мкм/мл, ПОЛ – ДК -  $2,1 \pm 0,7$  ммоль/л, МДА –  $4,8 \pm 0,23$  ммоль/л и напеченочной локализации (МСМ -  $1024 \pm 120,0$  мкг/мл, ПОЛ – ДК -  $1,9 \pm 0,2$  ммоль/мг, МДА –  $4,1 \pm 0,54$  ммоль/мг).

Анализ причин возникновения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов позволили выяснить причины их возникновения (табл. 8).

**Таблица 8. - Причины развития послеоперационных внутрибрюшных абсцессов у пациентов основной группы (n=60), (%)**

Причина внутрибрюшных абсцессов	Кол-во
Тактические и технические ошибки	10 (16,7)
Недостаточная санация. Неполная ликвид. остаточ. полости	9 (15)
Неэффективное дренирование и неадекватный отток из полости	18 (30)
Наличие необнаруженных коммуникационных ходов в ложе ЖП или в стенке остаточной полости	8 (13,3)
Преждевременное удаление дренажей	10 (16,7)
Недообследование больных до или во время операции	5 (8,3)
Всего	60

Среди РПВО оперативных вмешательств на ОБП ПВА являются самыми частыми. У наблюдавшихся нами больных основной группы в 60,0% (n=36) наблюдениях идентифицированы поддиафрагмальные (n=17) и подпеченочные локализации (n=19) послеоперационных абсцессов. Следующей из часто встречающихся локализаций ПВА, оказалось малый таз, что было отмечено у 11 или 18,3% больных. Межпетлевые ПВА и абсцессы в правом боковом канале соответственно составили 15,0% и 6,7% случаев.

У 60 (57,7%) пациентов основной группы в 5 (8,3%) случаях выполняли релапароскопию (n=2) и релапароскопию в сочетании с минилапаротомией (n=3), в 44 (73,3%) – вмешательства под УЗ-контролем и в 7 (11,7%) - вскрытие и дренирование ВБА минилапаротомными методами.

Большое значение при наличии ПВА имеет предотвращение инфицирования послеоперационной раны. Именно поэтому в некоторых случаях мы исключали возможность доступа через

существующий лапаротомный разрез, определяя это как ключевой элемент в стратегии предотвращения дополнительного инфицирования.

Техника проведения релапаротомии, а также вскрытия и дренирования ПВА, включала ряд последовательных манипуляций. Выбор места и способа установки первого троакара определялся с учетом реканализацию локализации ПВА, послеоперационного рубца, а также характера предшествующего оперативного вмешательства на печени и ЖВС.

У наблюдаемых пациентов с ПВА в 5 случаях при проведении релапароскопии были использованы следующие методы установки первого троакара: закрытый метод введения в абдоминальную полость, при котором учитывалось место нахождения послеоперационного рубца (использован у 2 пациентов); открытая лапароскопия с использованием метода Хассена, при которой доступ в брюшную полость осуществляется через небольшой разрез (применена у 2 пациентов); установка троакара непосредственно через ранее существующий лапаротомный разрез (использован у 1 пациента).

Релапаротомия с вскрытием и санацией полости абсцесса выполнена у 41 (93,2%) пациентов контрольной группы. В трех случаях (5,0%) лечения больных с ПВА в основной группе успешно применялся метод вскрытия и дренирования абсцессов. Эта процедура осуществлялась с использованием минимально инвазивного доступа и видеолапароскопических технологий. Минимально необходимые размеры разрезов определяли по данным УЗИ и лапароскопии. Такой подход позволял сократить травматизацию анатомических структур передней брюшной стенки.

Следовательно, в 26 (48,1%) у пациентов основной группы проведены миниинвазивное вскрытие и дренирование абсцесса. Показаниями к проведению пункции и вскрытия ПВА под ультразвуковым мониторингом были: размеры абсцесса не более 3 см, его неглубокая локализация относительно передней брюшной стенки, а также отсутствие признаков распространения инфекции (затеков). Вмешательства под УЗ-контролем в нашем исследовании включало как одноэтапные, так и 2-х этапные. Следует отметить, что в обоих случаях техника её проведения практически не отличалось, и было ориентирована на размер абсцесса и безопасности выбранной трассы. У пациентов основной группы санацию полости, в частности при послеоперационных одиночных абсцессах (n=4), провели 0,1% антисептическим раствором фурагина, с последующим облучением

остаточной полости гелий-неоновым лазером (удост. на рацпред. №3405/R395 от 28.12.2020).

А у 6 больных с послеоперационными большими ВБА (размером от 10 см и более) был применен разработанная нами методика миниинвазивного вскрытия и дренирования, с последующей санацией 0,1% антисептическим раствором фурагина и мониторингом за состоянием остаточной полости и положением дренажных труб с помощью видеоэндоскопа (удост. на рацпред. №3404/R394 от 28.12.2020).

Одним из основных и принципиальных моментов как миниинвазивной, так и лапаротомной ликвидации ПВА, считали взятие посев содержимого гнойника у 34 пациентов, для идентификации и определения её чувствительности к антибиотикам. Следовательно, у 1 пациента основной группы по техническим причинам не было взята посев на чувствительность (табл. 9).

**Таблица 9. - Характеристика микрофлоры полости внутрибрюшного абсцесса у пациентов основной группы (n=34)**

Вид микроорганизма	Абс.	%
Грамотрицательные палочки, в том числе:	22	64,7
Escherichia coli	14	41,2
Klebsiella SPP	5	14,7
Enterobacter SPP	3	8,8
Грамположительные палочки, в том числе:	8	23,5
Enterococcus SPP	4	11,8
Streptococcus B hemolitis	2	5,9
Staphylococcus tridermoidis	2	5,9

Минилапаротомные доступы в хирургии ПВА, считали целесообразным в 4 (7,4%) основной группы больных, когда релапароскопические вскрытые и дренирование невозможно, а глубокое расположение гнойников от передней брюшной стенке с наличием жидкостного образования не позволяют выполнить УЗ-контролируемые вмешательства, выполнение релапаротомии сопряжена с повышенным риском развития летальных исходов. При этом вскрытые и дренирование труднодоступных гнойников из минилапаротомного доступа позволило рассматривать его, как метод позволяющий осуществить одноэтапные радикальные хирургическое вмешательство с минимальной операционной травмой.

В послеоперационном периоде, осложнения разного характера после вскрытия и дренирования ПВА были у 3 (5,0%) пациентов основной группы с 2 (3,3%) летальным исходом (табл. 10).

**Таблица 10. - Частота осложнений и летальных исходов в основной и контрольной группах больных с ПВА**

Параметр	ОГ (n=60)		КГ (n=44)		p
	абс	%	абс	%	
Количество осложнений	5	8,3	7	15,9	<0,01
Количество летальных исходов	2	3,3	4	9,1	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Причиной летального исхода у больных основной группы являлся острый инфаркт миокарда. В контрольной группе после выполнения традиционных повторных, осложнения возникли у 7 (15,9%) с 4 (9,1%) летальными исходами.

Таким образом, ПВА наиболее часто являются следствием экстренных оперативных вмешательств на ОБП. При этом обоснованный выбор тактики хирургического лечения ПВА в пользу лапароскопии и вмешательствам под УЗ-контролем, может способствовать значительному снижению показателей послеоперационных осложнений и летальности.

### **ВЫВОДЫ**

1. В процессе моделирования экспериментального абсцесса у животных выявились значительные изменения в морфологической структуре брюшины по сравнению с здоровыми контрольными группами. Эти изменения включали увеличение числа и площади лимфоидных фолликулов и герминогенных центров, а также рост количества Т-хелперных клеток и расширение области мозгового вещества. При осмотре брюшины у экспериментальных животных с внутрибрюшными абсцессами, которые не проходили предварительное медикаментозное лечение, были зафиксированы признаки отека и полнокровия. Уже ко вторым суткам после начала формирования абсцесса наблюдались процессы разрушения и отторжения периферийных клеток внутри синусов лимфатических узлов [5 – А, 7 – А, 8 – А, 9 – А, 13 – А].

2. 0,1% раствор фурагина как в эксперименте, так и в клинике показал высокую антисептическую эффективность, улучшая непосредственные результаты лечения больных с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами [5 – А, 6 – А, 9 – А, 14 – А].

3. Оценка уровня обсеменности брюшной полости при первичной операции, позволяет с наибольшей вероятности прогнозировать

вероятность возникновения послеоперационного внутрибрюшного абсцесса [11 – А, 12 – А, 13 –А].

4. Разработка и внедрение модифицированных методов миниинвазивного устранения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов, а также применение индивидуального подхода, учитывающего клинико-морфологические особенности местных тканей, привели к улучшению непосредственных результатов оперативного лечения. Это выразилось в снижении частоты местных осложнений с 15,9% до 5,0% [1 – А, 2 – А, 14 –А, 15 – А, 16 - А].

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Начало мониторинга послеоперационного периода у пациентов, перенесших хирургические операции на органах брюшной полости, является ключевым этапом для прогнозирования и ранней диагностики послеоперационных внутрибрюшных абсцессов. Этот мониторинг должен включать регулярное динамическое наблюдение клинических показателей, лабораторные анализы и инструментальные исследования, что позволяет своевременно выявлять изменения и предотвращать развитие осложнений.

2. Одним из наиболее надежных критериев для раннего обнаружения и прогнозирования формирования абсцесса является степень обсеменения абдоминальной полости во время первичного хирургического вмешательства, а также уровень С-реактивного белка, исследование которого рекомендуется проводить на первый день после операции.

3. Когда неинвазивные методы диагностики оказываются недостаточно информативными для точного установления диагноза, необходимо прибегнуть к диагностической лапароскопии, включая динамические процедуры. В таких случаях хирург должен быть готов к конверсии диагностического вмешательства в лечебное видеолапароскопическое хирургическое вмешательство для эффективного устранения абсцесса.

4. Оптимальным выбором при лечении послеоперационных внутрибрюшных абсцессов являются вмешательства, проводимые под контролем УЗИ с использованием лапароскопической технологии. Такой подход обеспечивает высокую точность и минимальную инвазивность, что способствует улучшению результатов лечения и снижению риска осложнений.

**Публикации по теме диссертации**  
**Статьи в рецензируемых журналах**

- [1-А]. Махмадов Ф.И. Послеоперационные внутрибрюшные абсцессы в гепатобилиарной хирургии: вопросы выбора адекватного метода хирургического лечения [Текст] / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев // «Вестник Институт Последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». – 2022. – №4. – С.30-39.
- [2-А]. Махмадов Ф.И. Эндотелиальная дисфункция при послеоперационных гнойно-септических осложнениях патологий гепатобилиарной зоны [Текст] / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев и др. // «Здравоохранение Таджикистана». – 2023. – №3(358). – С.49-56.
- [3-А]. Махмадов Ф.И. Результаты применения антисептического раствора у экспериментальных животных на фоне моделированного внутрибрюшного абсцесса [Текст] / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев и др. // Здравоохранение Таджикистана. – 2024. – №2(361). – С.101-107.
- [4-А]. Джураев М.Ф. Определение степени обсеменённости брюшной полости и морфологическая характеристика печени у экспериментальных животных при моделировании абсцесса и после санации антисептиками [Текст] / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев // Здравоохранение Таджикистана. – 2024. – №1(360). – С.26-34.

**Статьи и тезисы в сборниках конференции**

- [5-А]. Махмадов Ф.И. Улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости [Текст] / Махмадов Ф.И., Джураев М.Ф., Раджабова Г.К. // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. - Москва. - 2021. - Т.31, №5. - С.72.
- [6-А]. Махмадов Ф.И. Сравнительные результаты малоинвазивных и открытых методов хирургического лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости [Текст] / Махмадов Ф.И., Джураев М.Ф., Раджабова Г.К. // Мат-лы VII-го съезда хирургов Юга России с международным участием. – Пятигорск. – 2021. – С.130-131.
- [7-А]. Makhmadov F. Effectiveness of video laparoscopy in the treatment of postoperative intra-abdominal abscesses [Text] /F. Makhmadov, M. Juraev// Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery. - Seoul. - 2020. - Poster No.: ACRLS2020Abs-029 [General Surgery].
- [8-А]. Makhmadov F. Laparoscopy in the treatment of postoperative abdominal abscesses [Text] /F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova // The Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery 25<sup>th</sup> Anniversary & 48<sup>th</sup> Annual Congress & 11<sup>th</sup> International Symposium. - Seoul. - 2021. - P.262 [ABS-0065 EP02-13].

- [9-A].** Makhmadov F. Comparative results of minimally invasive and open methods of surgical treatment of postoperative abdominal abscesses [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova // The Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery 25<sup>th</sup> Anniversary & 48<sup>th</sup> Annual Congress & 11<sup>th</sup> International Symposium. - Seoul. - 2021. - P.263 [ABS-0066 EP02-14].
- [10-A].** Makhmadov F. Comparative characteristics of treatment methods for postoperative abscesses of the abdominal cavity [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova // Korea Digestive Disease Week. – Seoul. – 2021. – Vol.15, Number 6 (Suppl. 1). – P.180.
- [11-A].** Makhmadov F. Immediate results of treatment of postoperative abdominal abscesses [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova, A. Ashurov // Journal «Surgery» (Baki). – 2022. - №2. – P. 126-127.
- [12-A].** Makhmadov F. Efficacy of videolaparoscopy in the treatment of postoperative abdominal abscesses [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova, A. Ashurov // Journal «Surgery» (Baki). – 2022. - №2. – P. 127.
- [13-A].** Makhmadov F. Immediate results treatment of postoperative abdominal abscesses [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova, A. Ashurov // 18<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery. – Busan, Korea. – 2022. – P.740.
- [14-A].** Makhmadov F. Advantages of laparoscopy in the treatment of postoperative abscesses of the abdominal cavity [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova, D. Sadulloev // The 52<sup>nd</sup> Congress of the Korean Society of Endo-Laparoscopic & Robotic Surgery & 13<sup>th</sup> International Symposium. Seoul, Korea. – 2023. – P.362.
- [15-A].** Makhmadov F. Minimally invasive technology in the treatment of postoperative purulent-septic complications of surgery of the hepatobiliary zone [Text] // The 52<sup>nd</sup> Congress of the Korean Society of Endo-Laparoscopic & Robotic Surgery & 13<sup>th</sup> International Symposium. Seoul, Korea. – 2023. – P.332.
- [16-A].** Makhmadov F. The choice of tactics for the treatment of intra-abdominal abscesses after surgery on the liver and biliary tract [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, L. Mirov // Journal Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery (Korea). – 2023. - 27 Suppl 1. – S. 356.

### **Патент на изобретение.**

1. Способ мини-инвазивного лечения послеоперационных одиночных и однокамерных абсцессов брюшной полости /Махмадов Ф.И., Джураев М.Ф. // Патент ТҶ на изобретение №1229 от 24.12.21 г.

### **Рационализаторские предложения**

1. Способ малоинвазивного лечения и профилактики рецидива больших послеоперационных абсцессов /Махмадов Ф.И., Джураев М.Ф., Раджабова Г.К. // Удостоверение на рацпредложение №3404/R394 от 28.12.2020 г.
2. Способ малоинвазивного лечения послеоперационных одиночных абсцессов /Махмадов Ф.И., Джураев М.Ф., Раджабова Г.К. // Удостоверение на рацпредложение №3405/R395 от 28.12.2020 г.

### **ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

БП	брюшная полость
ВБД	внутрибрюшное давление
ЖЕЛ	жизненная ёмкость лёгких
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИР	интервенционная радиология
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
ОБП	органы брюшной полости
ОКН	острая кишечная непроходимость
ПВА	послеоперационные внутрибрюшные абсцессы
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
СРБ	С-реактивный белок
УЗИ	ультразвуковое исследование
ФВД	функция внешнего дыхания
ХДА	холедоходуоденоанастомоз
ХЭ	холецистэктомия
ЭхоКГ	Эхокардиография



**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ  
ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

**УДК 616-056.52**

*Бо ҳуқуқи дастнавис*

**ҚУРАЕВ МУРОДАЛӢ ФАЙЗАЛИЕВИЧ**

**ПЕШГУӢЙ ВА БЕҲБУДИИ НАТИҶАҲОИ МУОЛИҶАИ ДУММАЛҲОИ  
ПАСАЗҚАРРОҲИИ КОВОКИИ ШИҚАМ**

**(Таҳқиқи таҷрибавӣ-клиникӣ)**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи номзади илмҳои тиббӣ

аз рӯи ихтисоси 14.01.17 - Қарроҳӣ

**Душанбе 2024**

Кори диссертатсионӣ дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 1 ба номи академик Қурбонов К.М.-и Муассисаи давлатии таълимии “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” иҷро шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** **Маҳмадзода Фарух Исроил** – доктори илмҳои тиббӣ, профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 1–и ба номи академик Қурбонов К.М.-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»,

**Муқарризон и расмӣ:** **Ҳақимов Мурод Шавкатович** - доктори илмҳои тиббӣ, профессор, мудири кафедраи ҷарроҳии факултети ва госпиталии № 1-и Академияи тиббии Тошканд,.

**Қодиров Фарходҷон Давронҷонович**, - доктори илмҳои тиббӣ, ходими калони илмии МД “Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон”.

**Муассисаи пешбар:** Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи рисола рӯзи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_соли 2024 соати «\_\_\_\_\_» дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6Д.КОА-040 дар назди МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” баргузор мегардад. Суроға: 7340026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш.Душанбе, к. Сино 29-31, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj) +992 928217755.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” дар нишони 7340026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш.Душанбе, к. Сино 29-31 ва дар сомонаи расмӣ шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2024 ирсол шуд

**Котиби илмии  
Шурои диссертатсионӣ,  
номзади илмҳои тиббӣ, дотсент**

**Али-Зода С.Ғ.**

## МУҚАДДИМА

**Мубрамии мавзуи таҳқиқот.** Бемории ДБКШ дар ҷарроҳии таъҷилӣ назаррас буда, ба 20-25%-и ҳамаи ҳолатҳо мерасад. Дар баробари ин, миқдори ғавт аз чунин мушкилиҳо аз 10,5 то 26%-ро ташкил медиҳад. Як қатор патологияҳо ба пайдоиши ин думалҳо пас аз ҷарроҳӣ мусоидат мекунанд. Дар байни сабабҳои маъмултарин холесистити шадид ва аппендисит, инчунин панкреатитҳои деструктивӣ ва навъҳои осеби пӯшидаи шикам мебошанд. Ба андозаи камтар, шароитҳо ба монанди саратон, дивертикулёзи рӯдаи ғафс ва бемории Крон метавонанд боиси пайдоиши думалҳои пас аз ҷарроҳӣ шаванд [Андреев А.И. ва дигарон, 2015; Ҷабаров Д.И. ва дигарон, 2018; Кузнецова М.П. ва дигарон, 2022; Уквех О.Н. ва дигарон, 2023].

Бояд таъкид кард, ки бемориҳои зикршуда айни замон муҳим мемонанд. Аз ҷумла, тамоюли солонии афзоиши шумораи ҳолатҳои, ки беморон аз суроҳии узвҳои ковокидор, зуҳуроти панкреатитҳои деструктивӣ ва ҷароҳатҳои минтақаи шикам азият мекашанд, мушоҳида мешавад [Тимербулатов В.М. ва дигарон, 2020; Власов А.П. ва дигарон, 2022; Дрониак М.М. ва дигарон, 2021].

ДБКШ дуввумин сабаби маъмултариини даҳолати ҷарроҳии такрорӣ дар давраи аввали пас аз ҷарроҳӣ мебошанд. Дар сурати набудани табобати мувофиқ, ғавти вобаста ба ин мушкилот метавонад ба 45% ва бештар аз он расад [Алиев С.А. ва дигарон, 2021; Савельев В.В. ва дигарон, 2021; Арванити К. ва дигарон, 2022].

Интиҳоби усули оптималии муолиҷаи думалҳои пас аз ҷарроҳии ковокии шикам аҳамияти калидӣ дорад, бахусус аз сабаби паҳншавии баланди патологияҳои илтиҳобии шадид дар минтақаи шикам ва хатари пайдоиши мушкилиҳои ғассодӣ пас аз ҷарроҳӣ [Уваров И.Б. ва дигарон, 2022; Лебедев Н.В., 2021; Cimpean S. ва дигарон, 2022]. Дар амалияи муосири тиббии муолиҷаи думалҳои пас аз ҷарроҳии ковокии шикам, расмиёти захкашкунӣ бо ёрии ултрасадо истифодашаванда, ки “стандартҳои тиллоӣ” ҳисобида мешаванд [Müller V. et al., 2020; Кимбалл Э.Ҷ. ва дигарон, 2021].

Пас аз захкашкунӣ, коршиносон баъзеҳо антибиотикҳо ё дигар агентҳоро барои коркард намудани ковокии думал истифода намебаранд, зеро боварӣ доранд, ки сабаби паст кардани илтиҳоб дар бартараф кардани самараноки мундариҷаи сироятшуда аст. Дар баробари ин, дигар коршиносон суръатбахшии раванди табобатро ҳангоми истифодаи воситаҳои иловагӣ қайд мекунанд [Smit M. et al., 2020; Қамар С. ва дигарон, 2021]. Аз ин рӯ, зарур аст, ки усулҳои нав ва самарабахши коркарди ковокии думал пас аз захкашкунӣ ҷустуҷӯ намоем.

Муҳимияти мушкилоти пешгӯӣ ва беҳтар кардани натиҷаҳои табобат дар беморони гирифтори думалҳои пас аз ҷарроҳии ковокии шикам ҳамчун асос барои таҳқиқоти мазкур хидмат карданд.

**Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш.** Бемориҳои фасодию-септикий пас аз ҷарроҳии ковокии шикам, аз ҷумла думал, бо афзоиши назарраси суръати эндотоксемия ва дараҷаҳои гуногуни шиддати синдроми норасоии энтералӣ ҳамроҳӣ мекунанд [Ализаде С.Г. ва дигарон, 2019; Бауткин А.В. ва дигарон, 2021; Измайлов А.Г. ва дигарон, 2023]. Роҳҳои ҳозима ҳангоми перитонитҳои пас аз ҷарроҳӣ, некрозҳои ғадуди зери меъда ва думалҳои ковокии шикам сарчашмаи ибтидоӣ ва инчунин манбаи эҳтимолии захролудшавии бактериявии эндогенӣ мебошанд, ки аслан дар муайян кардани натиҷаи ҳуди беморӣ калидӣ ҳисобида мешаванд.

Тибқи тадқиқоти муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ [Қурбонов Қ.М. ва дигарон, 2019; Щеголев А. ва дигарон, 2023; Маҳмутаҷ Д. ва дигарон, 2023],

аксар вақт амалиёти васеъи лапаротомӣ барои думалҳои ковокии шикам зери хатари мушкilotи баланди пас аз ҷарроҳӣ ва фавт қарор доранд. Аз ин рӯ, ҷорӣ намудани усулҳои каминвазивӣ барои рафъи думалҳои ковокии шикам, бешубҳа, натиҷаҳои табобати ҷарроҳии ин категорияи вазнини беморонро хеле беҳтар мекунад.

Вобаста ба гуфтаҳои боло, таҳхис ва саривақт ислоҳ кардани каминвазивӣ дар баробари рафъи манбаъ дар беҳбудии натиҷаҳои фаврии табобати беморони ин тоифа нуқтаи асосӣ ба ҳисоб меравад.

**Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзуҳои илмӣ.** Таҳқиқоти диссертатсионӣ мувофиқи нақшаи таҳқиқоти илмии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Қурбонов Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» - «Табақабандии ҳавф ва тақмили тактикаи табобати бемории перитонитҳои паҳншуда» (рақами кайд: 0123ТТ1524).

## ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

**Мақсади таҳқиқот.** Пешгӯӣ ва муқаммал кардани натиҷаҳои муолиҷаи беморони гирифтор ба думалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам бо роҳи истифодаи якҷояи амалиёти миниолоишӣ.

### Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Ба амал овардани таҳлили қиёсии дигаргуниҳои морфологии шикампарда зимни ҳайвоноти солим дар шароити муътадил ва таҷрибавӣ баъди поксозӣ бо маҳлулҳои гуногуни зиддиуфунӣ дар шароити думмали бо роҳи сунъӣ сохташуда.
2. Омӯзиши натиҷабахшии воситаҳои зиддиуфунӣ бо дарназардошти давомнокӣ ва басомади истифодаи онҳо, ки дар шароити таҷрибавӣ ва клиника ба кор бурда мешаванд.
3. Ба мақсади пешгӯии намудани инкишофи думалҳои пасазҷарроҳӣ таҳқиқи намудани дараҷаи сироятёбии ковокии шикам дар вақти ҷарроҳии аввалӣ.
4. Муайян кардани меъёрҳои асосӣ барои интихоби усулҳои омехтаи миниолоишӣ ҳангоми поккунӣ ва дренажкунии думалҳои пасазҷарроҳӣ.
5. Таҳлили натиҷаҳои бевоситаи истифодаи усулҳои омехтаи миниолоишӣ дар муолиҷаи думалҳои пасазҷарроҳии ковокии шикам.

**Объекти таҳқиқот.** Таҳқиқоти илмӣ ба омӯзиши натиҷаҳои усулҳои анъанавӣ ва каминвазивии табобати думалҳои ковокии шикам дар 104 бемор нигаронида шудааст. Таҳқиқот ду гурӯҳро дар бар гирифт: гурӯҳи асосӣ (проспективӣ), ки аз 60 бемор иборат аст ва гурӯҳи назоратӣ (ретроспективӣ) - 44 бемор. Ҳама нишондодҳои клиникии беморон, маълумот аз усулҳои иловагии тадқиқот, инчунин натиҷаҳои дохилӣ ва пас аз ҷарроҳии табобати ҷарроҳии думалҳои пас аз ҷарроҳии дохили шикам, таҳлил карда шуданд.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи таҳқиқот таҳлили натиҷаҳои муоина ва табобати беморони думалҳои пас аз ҷарроҳии ковокии шикам буд. Мавзӯи таҳқиқоти рисола

бо мафхуми мавзуи диссертатсия мувофиқат мекунад. Ғайр аз он, мавзуи омӯзиш ба шиносномаи ихтисоси 01.14.17 - Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад.

**Навгонии илмӣ таҳқиқот.** Зимни таҷриба хусусиятҳои дигаргуншавии морфологии шикампардаи париенталӣ ҳангоми думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам. Натиҷабархшии маҳлули 0,1 %-и фурагин ҳангоми поксозии ковокии боқимондаи думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам вобаста экспозитсияи ва маротибаи истифодабарии препарат. Таъсири микроскопии маҳлули 0,1 %-и фурагин ба бофтаҳои наздикхобидаи думмал арзёбӣ гардидааст. Маълумотнокии дараҷаи баланди ТУС ва лапараскопия дар динамикаи думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам муайян карда шуд. Ошкор гардид, ки сатҳи нишондиҳандаҳои СРС ва ИЛ-6 дар ташҳиси думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам маркер ба шумор мераванд. Меъёрҳои объективии нишондод ва зиддинишондодҳо ба амалинамоии реллапаратомия ва амалиёти минимолоишӣ ҳангоми думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам таҳия гардиданд. Усулҳои муолиҷаи минимолоишии думмалҳои пасазҷарроҳии алоҳида ва яккамерагии дохили шикам таҳия шуданд (Патент ҶТ №1229 аз 24.12 соли 2021). Тарзи муолиҷаи минимолоишӣ ва пешгирии такроршавии думмалҳои калони пасазҷарроҳии дохили шикам таҳия карда шуданд (шаҳодатнома ба пешниҳоди ратсионизатории ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, №3404/R394, №3405/R395 аз 28.12 соли 2020).

#### **Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот**

Натиҷаҳои таҳқиқоти амалишуда бевосита ба тибби амалӣ мутааллиқ буда, ба ҷарроҳон, терапевтҳо, гастроэнтерологҳо, табибони амалияи умумӣ ва табибони ихтисосҳои дигар барои вусъат бахшидани тасаввуроти дар бораи усулҳои ташҳис, пешгӯӣ ва муолиҷаи ДПД шароит фароҳам меорад.

#### **Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Таҳқиқи маҷмуии ултрасадоӣ ва лапараскопӣ дар муҳлати барвақтии давраи “токлиникӣ” ошкор кардани хусусият, паҳншавии думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам ва сабабҳои онҳоро имконпазир мегардонад.
2. Истифодаи маҳлули 0,1%-и фурагин барои поксозии ковокии думмал натиҷабархшии дараҷаи баланди худро дар мавриди ҳайвоноти таҷрибавӣ нишон дод.
3. Сатҳи пошхӯрӣ ба ковокии шикам ҳангоми ҷарроҳии аввалӣ дар баробари омилҳои механикии оризаҳои пасазҷарроҳӣ ба пайдоиши думмал вобастагии мустақими ҳамбаста дорад.
4. Меъёрҳои объективие таҳия ва мукамал шуданд, ки фарқ кардани шеваи ҷарроҳии думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам ва интиҳоби варианти оптималии усули амалиёти такрориро имконпазир мегардонанд.

**Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо.** Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот бо истифодаи усулҳои муосири тадқиқоти клиникӣ, радиатсионӣ ва морфологӣ тасдиқ гардид. Натиҷаҳои илмие, ки дар рафти кори рисола ба даст оварда шудаанд, ба принципҳои тибби исботшуда асос ёфтаанд, ки эътимоднокӣ ва аҳамияти онҳоро кафолат медиҳанд.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳа таҳқиқот):** Ба шиносномаи тасдиқшудаи Комиссияи олии атетстатсионӣ дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ. III.1. Этиология. Патогенез. Ташҳис, муолиҷа ва пешгирии бемориҳои модарзодӣ ва иқтисобии узвҳои ковокии шикам (системаи ҳозима, ҷигар ва талхадон ва маҷрои

талхарон, ғадуди зери меъда) ва кафаси сина (шушҳо, сурхрӯда, халтаи шуш, миёнадевор, пардаи ҳочиз). Ш.7. Паталогияи чигар ва маҷрои талхарон. Ш.8. тайёрии пешазҷарроҳӣ ва давраи баъди ҷарроҳӣ мувофиқат мекунанд.

### **Саҳми шахсии докталаби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот**

Муаллифи рисола идеяҳои асосии таҳқиқотро муайян кардааст. Муаллиф адабиёти муосирро оид ба проблемаи мавриди тадқиқшаванда, маводи бойгонии клиника мустақилона таҳлил намуда, дар муоинаи проспективии комплексӣ ва табобати беморони думали пас аз ҷарроҳии ковокии шикам шахсан иштирок кардааст. Муаллиф мустақилона коркарди омории маълумоти бадастомадаро анҷом додааст.

**Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия (гузориши нуқтаҳои асосии диссертатсия дар конференсияҳо, маҷлисҳо семинарҳо, ҳангоми хондани маърузаҳо дар муассисаҳои таълимӣ).**

Матолиби асосии пажӯҳиши диссертатсионӣ пешниҳод шудааст дар: конференсияҳои олимони ҷавони ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (Душанбе, 2020); Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery (Seoul, Korea, 2020); The Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery 25<sup>th</sup> Anniversary & 48<sup>th</sup> Annual Congress & 11<sup>th</sup> International Symposium (Seoul, Korea, 2021); Ҳафтаи бисту ҳафтуми Иттиҳодияи гастроэнтерологии Россия (Москва, 2021); съезди VII ҷарроҳони Россияи ҷанубӣ бо иштироки байналмилалӣ (Пятигорск, 2021); Korea Digestive Disease Week (Seoul, Korea, 2021); Scientific-practical conference with international participation, dedicated to the 60<sup>th</sup> anniversary of the Institute of Surgery named after academician M.Topchibashev (Baki, 2022); 18<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery (Busan, Korea, 2022); Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery & The 58<sup>th</sup> Annual Congress of the Korean Association of HBP Surgery. Surgery WEEK 2023 (Busan, Korea, 2023); The 52<sup>nd</sup> Congress of the Korean Society of Endo-Laparoscopic & Robotic Surgery & 13<sup>th</sup> International Symposium (Seoul, Korea, 2023); Multidisciplinary International Conference the Liver Week (Incheon, Korea, 2023); National leader dedicated to Hayder Aliyev`s 100<sup>th</sup> anniversary scientific-practical conference (Baki, 2023); дар ҷаласаи комиссияи байникафедравии экспертӣ-проблемавии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино пешниҳод ва муҳокима гардидааст (протокол №18).

**Интишорот ар рӯйи мавзӯи диссертатсия.** Аз рӯйи маводи рисола 16 асари ҷопӣ, аз ҷумла 4 мақола дар маҷаллаҳои шомил ба рӯйхати тавсияшавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон рӯйи ҷопро дидаанд. Муҳаққиқ барои ихтироот соҳиби як патенти ҚТ ва ду шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ гардидааст. Як дастури методӣ барои табибон ва як тавсияи методӣ нашр шудааст.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 180 саҳифаи матни компютерӣ навишта шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, бобҳо бахшида ба мавод ва усулҳои таҳқиқ, ҷор боби таҳқиқоти шахсӣ, хулоса ва тавсияҳои амалӣ иборат мебошад. Рисола бо 27 ҷадвал ва 44 расм ороиш дода шудааст. Рӯйхати адабиёт 256 манбаъро дар бар мегирад, ки 92 сарчашма бо забони русӣ ва 164 манбаъ аз муаллифони хориҷӣ мебошанд.

## МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

### Мавод ва усулҳои таҳқиқ

Пажӯҳиши мазкур таҳлили умумии маълумотҳоро дар бораи муолиҷа ва ташҳиси 104 бемори мубтало ба думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам пешниҳод менамояд. Дар мавриди беморони мазкур аз хусуси амрози мавзеи китъаи чигару талха амалиёти ҷарроҳӣ татбиқ шудааст. Ҳамаи беморон дар давраи аз соли 2008 то 2022 дар пойгоҳи клиникаи бемориҳои ҷарроҳии рақами 1 ба номи Қурбонов К.М-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” дар муолиҷаи статсионарӣ қарор доштанд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ, ки аз 60 (57,7%) бемор (асосӣ) иборат буд, ҷарроҳӣ бо истифодаи технологияи миниолоишӣ ва дар 44 (42,3%) бемор (ретроспективӣ)-и дигар бошад, реллапаратомияи анънавӣ ба қор бурда шуд. Қисмати аксари беморон (60,6%)-ро занҳо ташкил медоданд ( $n=63$ ). Зимнан ашхоси синни қобилияти қорӣ (то 55-сола) зиёда аз нисф, яъне 62,5%-ро ташкил менамуд. Дар навбати аввал, ҷарроҳӣ бо тартиби нақшавӣ дар узвҳои чигару талха зимни 15 (14,4%) мариз ва дар шакли таъхирнопазир бошад, ҳангоми 89 (85,6%) бемор ба амал оварда шуд. Аз ҷумла ҷарроҳии чигар дар мавриди 41 (39,4%) бемор ва талхароҳа бошад, зимни 63 (60,6%) ҳодиса татбиқ гардид.

**Ҷадвали 1. – Хусусияти амалиёти аввалияи татбиқшуда дар гурӯҳҳои таҳти муқоиса, (%)**

Навъҳои амалиёти ҷарроҳӣ	ГА ( $n=60$ )	ГС ( $n=44$ )	р
<b>Ҷарроҳии чигар (<math>n=41</math>)</b>			
ЭЭК	14 (23,3)	11 (25)	$>0,05$
ЭЭП	3 (5,0)	1 (2,3)	$>0,05^{**}$
БҚ-и ғайримуқаррарӣ	2 (3,3)	3 (6,8)	$>0,05^{**}$
Кушодан ва дренаж кардани ДҚ	3 (5,0)	2 (4,5)	$>0,05^{**}$
Дӯхтани ҷароҳати чигар	1 (1,7)	1 (2,3)	$>0,05^{**}$
<b>Амалиёти ҷарроҳии СТР (<math>n=63</math>)</b>			
ХЭЛ	7 (11,7)	5 (11,4)	$>0,05^{**}$
ХЭ. Гепатикоеюностомия аз тибқи Ру	4 (6,7)	1 (2,3)	$>0,05^{**}$
ХЭ. АХД тибқи Флеркен			
ХЭ. Об. ГХ тибқи Холстеду	2 (3,3)	1 (2,3)	$>0,05^{**}$
ХЭ. Об. ковокии шикам	4 (6,7)	3 (6,8)	$>0,05^{**}$
ХЭ. Қор. ва Об ГХ ковокии шикам	9 (15)	7 (15,9)	$>0,05^*$
	11 (18,3)	9 (20,5)	$>0,05^*$

Эзоҳ: р – фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри  $\chi^2$ , \*бо ислоҳи Йетса, \*\*мувофиқи меъёри аниқи Фишер)

Тавре таҳлили амалиёти аввалияи татбиқшуда дар узвҳои мавзеи гепатобиллиарӣ нишон дод, аксаран (24,0%) думмалҳои дохили шикам баъди

эхинококэктомияи кушода аз чигар (мутаносибан 23,3% ва 25,0% ҳодиса) ва холетсистэктомияи анъанавию дренаж кардани талхараҳои умумӣ пайдо шудаанд, ки он зимни 36 (34,6%) ҳодиса (мутаносибан 33,3% ва 36,4% ҳодиса дар гурӯҳҳои асосӣ ва санчишӣ) ба қайд гирифта шуд.

**Чадвали 2. – Тақсимоги беморон мувофиқи чинс ва син, мутлақ (%)**

Син, сол	Гурӯҳи асосӣ (n=60)		Гурӯҳи санчишӣ (n=44)		Ҳамагӣ (n=104)	
	Мард	Зан	Мард	Зан	Мард	Зан
20-29	2 (3,3)	5 (8,3)	1 (2,3)	2 (4,6)	3 (2,9)	7 (6,7)
30-39	3 (5,0)	7 (11,7)	1 (2,3)	3 (6,9)	4 (3,8)	10 (9,6)
40-49	3 (5,0)	11 (18,3)*	2 (4,6)	9 (20,4)*	5 (4,8)	20 (19,2)**
50-59	2 (3,3)	19 (31,7)***	2 (4,6)	17 (38,6)***	4 (3,8)	36 (34,6)***
60 ва >	1 (1,7)	7 (11,7)*	1 (2,3)	6 (13,8)*	2 (1,9)	13 (12,5)***
Ҳамагӣ	11 (18,3)	49 (81,7)***	7 (15,9)	37 (84,1)***	18 (17,3)	86 (82,7)***

Эзоҳ: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$  – ҳангоми муқоиса кардан байни гурӯҳи мард ва занҳо (мувофиқи меъёри аниқи Фишер); ҳангоми муқоисаи дахлдор байни гурӯҳҳо  $p > 0,05$

Таҳлили маълумотҳо оид ба категорияи синнусолӣ (ниг. ба чадвали 2) ошкор намуд, ки занҳои гирифта ба ДПД дар гурӯҳҳои синнусолии гуногун аз мардҳо дида бештар (82,7% муқобили 17,3%,  $p < 0,001$ ) будаанд. Қисмати аксари беморони мубтало ба ДПД дар синни аз 20 то 60-солагӣ қарор доштанд, ки 85,6% ( $n=89$ ) аз теъдоди умумиро ташкил меод. Фақат 15 бемор ё 14,4% аз 60-сола боло буда, аз ин миён 13,3% ба гурӯҳи асосӣ ва 15,9% ба санчишӣ рост меомад.

**Чадвали 3. – Тақсимоги беморони гирифта ба думмалҳои пасазчарроҳии дохили шикам вобаста ба муҳлати ҷарроҳии аввалӣ, мутлақ (%)**

Муҳлати ҷарроҳии аввалӣ	Гурӯҳи асосӣ (n=60)		Гурӯҳи санчишӣ (n=44)		Ҳамагӣ (n=104)	
	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
То 1 моҳ	51	85,0	36	81,8	87	83,7
Аз 1 то 3 моҳ	5	8,3	3	6,8	8	7,7
Аз 3 то 5 моҳ	3	5,0	3	6,8	6	5,8
Аз 5 моҳ ва >	1	1,7	2	4,5	3	2,9

Эзоҳ:  $p > 0,05$  – ҳангоми муқоиса мувофиқи синф байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри аниқи Фишер)

Ҳамин тавр, 87 ё 83,7 %-и беморон аз хусуси ДПД то як моҳи баъди ҷарроҳии аввалӣ (мутаносибан 51 ё 85,0 % дар гурӯҳи асосӣ ва 36 ё 81,8% дар гурӯҳи санчишӣ) амалиёти ҷарроҳиро аз сар гузаронидаанд (чадвали 3). Пас, аз 1 то 3 моҳ 8,3 %, аз 3 то 5 моҳ 6,8% ва зиёда аз 5 моҳ бошад, 1,7% ва 4,5 %-и мушоҳидаҳоро ташкил медиҳад.



**Чадвали 4. Нишондиҳандаҳои муқоисавии андозаи думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам**

Андозаи ДПД, см	Гурӯҳи асосӣ (n=60)		Гурӯҳи санҷишӣ (n=44)		P	Ҷамагӣ (n=104)	
	Мут л.	%	Мут л.	%		Мут л.	%
То 3,0	3	5,0	2	4,5	>0,05*	5	4,8
Аз 3,0 то 5,0	19	31,7	17	38,6	>0,05	36	34,6
Аз 5,0 то 7,0	29	48,3	19	43,2	>0,05	48	46,2
Зиёда аз 7,0 см	9	15,0	6	13,6	>0,05*	15	14,4

Эзоҳ: p – фарқи аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри  $\chi^2$ , \*бо ислоҳи Йетса, \*\*мувофиқи меъёри аниқи Фишер)

Қисмати асосии беморонро дар ҳар дурӯҳ ДПД-и андозааш аз 3,0 то 7,0 см (мутаносибан 63,3% ва 81,8%) ва ДПД-и андозааш зиёда аз 7,0 см (мутаносибан 15,0% ва 13,6%) ташкил медиҳад.

Беморони гирифта ба ДПД-и андозааш то 3,0 см мутаносибан дар мавриди 5,0 % ва 4,5 %-и ҳодисаҳо ба қайд гирифта шуд. Зимнан дар тамоми ҳодисаҳо кӯшиши муолиҷаи ғайриҷарроҳӣ бебарор анҷом пазируфт, ки барои ислоҳи усули олоишӣ ҳамчун нишондод истифода шуданд.

Зимни 27 (26,0%) ҳодиса дар ковокии ДПД 250,0-300,0 мл рим, дар 25 (24,0%) нафар 150,0-200,0 мл ва ҳангоми 17 ё 16,3 %-и мушоҳидаҳо бошад, муҳтавои ковокӣ зиёда аз 300 мл рим дошт. Миқдори муҳтавои ДПД вазнинии шохиси захрогинии организм, мутаносибан манзараи клиникӣ, ҷараёни раванди римӣ-илтиҳобиро муайян намуда, инчунин дар муайян кардани шеваи муолиҷаи нақши муҳим мебозад. Барои арзёбии воқеии ҷиҳати арзандагӣ ва камбудии ҳар усули бартараф кардани ДПД, беморони таҳти таҳқиқ аз рӯи ҷойгиршавии анатомӣ ҷудо карда шуданд, ки тақсмот аз рӯи моҳият ҳаҷм ва тарзи бартараф кардани он муайян карда мешуд (чадвали 5).

**Чадвали 5. Тақсмоти беморони мубтало ба думмалҳои пасазҷарроҳии дохил шикам вобаста ба ҷойгиршавии анатомии думмал, (%)**

Ҷойгиршавии анатомӣ	Гурӯҳи асосӣ (n=60)	Гурӯҳи санҷишӣ (n=44)	p	Ҷамагӣ (n=104)
Таҳтидиафрагмавӣ	17 (28,3)	9 (20,5)	>0,05*	26 (25,0)
Таҳтиҷигарӣ	19 (31,7)	13 (29,5)	>0,05	32 (30,8)
Байниҳалқавӣ	9 (15,0)	7 (15,9)	>0,05*	16 (15,4)
Канали рости паҳлӯӣ	4 (6,7)	5 (11,4)	>0,05**	9 (8,7)
Коси хурд	11 (18,3)	10 (22,7)	>0,05	21 (20,2)

Эзоҳ: p – фарқи аз ҷихати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри  $\chi^2$ , \*бо ислоҳи Йетса, \*\*мувофиқи меъёри аниқи Фишер)

Таҳлили ҷойгиршавии ДПД нишон дод, ки дар 55,8 % (n=58)-и беморони ҳар ду гурӯҳ мавзёгирии тахтидиафрагмавӣ (28,3 % дар гурӯҳи асосӣ ва 20,5% дар гурӯҳи санҷишӣ) ва тахтичигарии думмалҳо (31,7% гурӯҳи асосӣ ва 29,5% дар гурӯҳи санҷишӣ) идентификатсия шудааст. Коси хурд мавзёгирии нисбатан бештари ДПД, ки мебошад, ки дар мавриди 21 ё 20,2 %-и беморон (мутаносибан 18,3% ва 22,8% дар гурӯҳҳои тахти муқоиса) мушоҳида гардид. ДПД-и байниҳалқавӣ ва думмалҳои канали рости паҳлӯӣ мутаносибан 15,4% ва 8,6% ҳодисаро ташкил медоданд.

Итиҳоби стратегияи амалиёти ҷарроҳӣ дар мавриди беморони мубтало ба ДПД бо дараҷаи вазнинӣ ва зарурати ислоҳи пешазҷарроҳии амрози ҷиддии ҳамроҳ муайян карда мешавад. Беморҳои мазкур ҳамчун омилҳои асосие баррасӣ мешаванд, ки ба оқибати носозгори беморӣ таъсир мерасонанд. Ошкор гардид, ки тамоми беморони дар таҳқиқот ширкаткунанда гирифтӣ ба амрози музмини ҳамроҳе буданд, ки он бо лаҳзаҳои мунтазам афзудани фишори дохили шикам тавсиф меёфтанд.

Қайд кардан муҳим аст, ки тақрибан 40,0 %-и беморони тахти таҳқиқ ба категорияи дараҷаи хатари баланд шомил буда, дар мавриди онҳо бодикқат омӯхтани функсияи узву системаҳои ҳаётан муҳим, ичунин амалиномаҳои ҷораҳои пешгирикунандаро барои пешгирии оризаҳои бо системаҳои дилу рағҳо ва нафас алоқаманд тақозо мешавад. Ҳолати мазкур барои арзёбии бемороне асос ба ҳисоб меравад, ки онҳоро тибқи шкалаи ASA дар пеш амалиёти ҷарроҳӣ интизор аст ва бешак тақсимооти тафриқавии беморони мубтало ба хатари дарпешбудаи ҳам анестезиологӣ ва ҳам хусусияти ҷарроҳидоштаро сабук месозад.

Хусусан беморони гурӯҳи хатар ба таркиби гурӯҳи асосие шомил буданд, ки ба амалиёти миниолоишӣ нишондод мутлақ доштанд.

**Ҷадвали 6. Хусусияти муқоисавии амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам (n=104)**

Хусусияти ҷарроҳӣ	ГА (n=60)	ГС (n=44)
Амалиёти миниолоишӣ:	60	-
- Релапароскопия	4 (6,7)	
- Релапароскопия якҷоя бо минилапаротомия	5 (8,3)	
- ҷарроҳӣ тахти ТУС	44	
- Минилапаротомия	7 (11,7)	
- Релапаротомия	-	41 (93,2)
- усулҳои анънавии хориҷи шикампардагии кушодани думмалҳо	-	3 (6,8)
Ҳамагӣ	60 (57,7)	44 (42,3)

Дар мавриди 60 (57,7%) беморони гуруӯи асосӣ зимни 4 (6,7%) ҳодиса релапароскопия, ҳангоми 49 (81,7%) нафар бошад, таҳти назорати ТУС ҷарроҳӣ ва дар 7 (11,7%) ҳолат кушодан ва дренаж кардани думмалҳои дохили шикам бо усулҳои минилапаратомӣ ба амал оварда шуд. Гуруӯҳои махсусро 5 (8,3%) беморе ташкил медед, ки бартараф кардани думмалҳои дохили шикам дар мавриди онҳо бо усули таҳиянамудаи мо – истифодаи якҷояи релапароскопия бо минилапаратомия ба амал оварда шуд.

## НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

### Асиласозии таҷрибавии думмали дохили шикам

Барои амсиласозии ДПД зимни пажӯҳишҳои мо 54 харгӯши ҷинси Шилшилла бо вазни 2300-3000 гр ба кор бурда шуданд, ки солим буда, карантини заруриро гузашта буданд. Ҳайвонҳои мазкур дар шароити вивария нигоҳ дошта шуда, ратсиони стандартӣ хӯрок ва нӯшиданӣ доштанд. Барои омода намудани маводи зарурӣ яке аз харгӯшҳо бо роҳи воҷиб аз ҳад зиёди анестетик кушта шуд. Аз маводи кӯррӯдаи ин фард дар маҳлули 0,9 %-и хлориди натрий омехтаи ахлоти 10 % тайёр карда шуд.

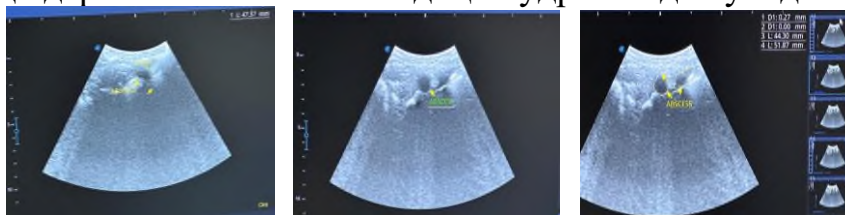
Тамоми марҳалаҳои дигари дастамал таҳти мониторинги таъсири тамдидёфтаи препаратҳои таскинбахш амалӣ гардид, то ба ақсуламали манфии ҳайвони таҳти таҷриба ба олоиш роҳ дода нашавад ва ба ҳамин восита ҷараёни комилан мувофиқи пасазҷарроҳӣ таъмин карда шуд (расми 1).



### Расми 1. Марҳалаҳои дигари амсиласозии таҷрибавии думмали дохили шикам

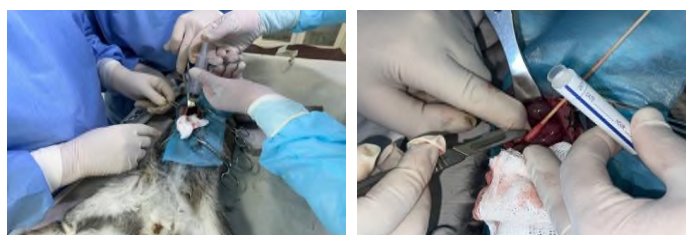
Харгӯшҳои ҷинси “Шилшилла”, ки аз 2,3 то 3,0 кг вазн доштанд, барои таҳқиқот мавод ба шумор мерафтанд. Дар доираи таҳқиқоти таҷрибавӣ барои омӯзиши натиҷабархши маҳлулҳои гуногуни зиддиуфунӣ дар муолиҷаи думмалҳои ковокии шикам аз харгӯшҳо се гуруӯҳ ташкил карда шуд, ки дар ҳар гуруӯҳ 18 фард шомил буд. Барои поксозии думмал дар мавриди гуруӯҳи аввал маҳлули 0,1%-и фурагин, зимни гуруӯҳи дуюм маҳлули 0,02%-и фуратсиллин ва ҳангоми гуруӯҳи сеюм бошад, маҳлули 0,9%-и натрий хлор ба кор бурда шуд.

Таҳқиқ ба арзёбии дигаргуниҳои патоморфологӣ дар шиками париеталӣ ва аҳшоии харгӯшҳои равона шуда буд, ки аз думмал иллатнок шуда буданд. Ба усули таҷрибавӣ, бар шумули амалинамоии таҳқиқи ултрасадоӣ дар рӯзи 5-6-уми баъди тазриқ аз суспензияи фазлай тавачҷуҳи бештаре дода шуд, то мавҷудият ва арзёбии ҳолати думмалҳо дар ковокии шикам тасдиқи худро пайдо кунанд.



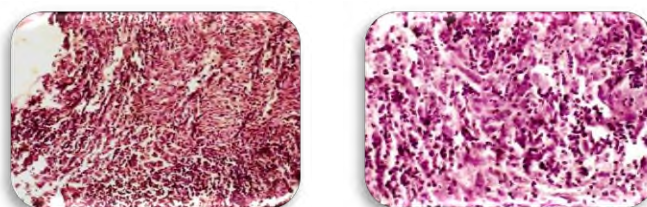
### Расми 2. ТУС пас аз амсиласозии думмали дохили шикам дар ҳайвоноти таҳти таҷриба

Барои таҳлили гистологӣ намунаи бофтаҳо гирифта шуданд, ки андозаашон дар доираи аз 0,5x0,5 см тағйир меёфт.



**Расми 3. Ҳолат дар шабонарӯзи 6-7-уми пас аз думмали амсиласозишудаи дохили шикам дар ҳайвоноти тахти тақриба. Лапаротомия. Думмали ковокии шикам. Марҳалаҳои гирифтани порчаҳои бофта аз думмал**

Дар рафти таҳқиқи микроскопии париеталии шикам тахти микроскопӣ равшанкунанда порчаҳои торҳои мушакӣ, инчунин бофтаҳои фиброзӣ ва чарбӣ намоён шуданд. Ин бофтаҳо мавҷудияти инфилтратҳои интишорёфтаи лейкоцитҳоеро нишон медиҳанд, ки дар онҳо нейтрофилҳо бартарият доранд. Дар думмалҳои атрофи бофтаҳои гранулятсионӣ бо капиллярҳои бешумор ва рағҳои ба таври намоён пурхун ба назар мерасанд. Илова бар ин, дар бофтаҳо омоси калони байнинаҳӣ ва деструксияи торҳо намоён аст.



**Расми 4. Манзараи патогистологии бофтаҳои шикам ҳангоми думмал дар шароити таҷрибавӣ. Дар бофтаҳо инфилтратсияи интишорёфтаи лейкоцитарӣ, омоси зухурёфтаи байнинаҳӣ. Рангкунӣ бо гематоксилин-эозин. Микропрепарат x250 мартаба калон карда шудааст.**

Дар ҳайвоноти гирифтдор ба думмалҳои дохили шикам (ДДШ), ки муолиҷаи ғайричарроҳӣ қабул накардаанд, ҳангоми муоинаи шикам нишонаҳои омос ва пурхунӣ мушоҳида мегардид. Тахти микроскопи равшанкунандаи калоншавии рағҳо ҳам дар қабатҳои қишрӣ ва ҳам мағзии девораи шикам, инчунин дамиши мембранаи бунёдӣ ба назар мерасид. Илова бар ин, дар натиҷаи чамъшавии лимфотситҳо саҳтшавии фолликулаҳои лимфоидӣ мушоҳида мегардид. Аллақай дар рӯзи дууми пас аз оғози пайдо шудани думмал равандҳои ҳалалёбӣ ва кандашавии ҳучайраҳои канорӣ дохили синусҳои гирехҳои лимфавӣ ба қайд гирифта шуд.

Дараҷаи пошхӯрӣ амсиласозии думмал ба ковокии шиками ҳайвоноти таҷрибавӣ ҳангоми муайян кардани натиҷабахшии ин ё он маҳлули зиддиуфунӣ зимни ДДШ аҳамияти чандон муҳимме надорад. Дар харгӯшҳои таҷрибавӣ ҳангоми амсиласозии ДДШ тавассути кишт кардани микроорганизмҳои гуногун таҳқиқи бактериологӣ штамҳои гурӯҳи флораи коккӣ - *Staphylococcus epidermidis*, *staphylococcus aureus*, *streptococcus haemolyticus*, инчунин изолятҳои гурӯҳи энтеробактерияҳо - *E. Coli*, *proteus vulgaris*, *klebsiella*, *pseudomonas aeruginosae*, *Citrobacter*, *Enterobacter SPP*-ро нишон дод.

Ба асоси таҳқиқоти амалишудаи бактериологӣ чунин натиҷагирӣ кардан мумкин аст, ки дар ҳолати экспозитсияи ҳафтдақиқаина ба воситаи маҳлули 0,1 %-и фурагин набудани микроб дар 88,9 % намунаи экссудат мушоҳида гардид ва ҳамагӣ

зимни 11,1 %-и ҳодисаҳо афзоиши ВХК 1x101 ба қайд гирифта шуд, ки то поксоӣ дар рим ададҳо дар доираи ВХК 1x105 – 1x106 тағйир меёфт. Пас, қайд кардан мумкин аст, ки маҳлули 0,1 %-и фурагин хосияти бактериякушӣ (зиддиуфунӣ) дорад ва онро ҳангоми поксоии равандҳои римӣ-илтиҳобии ковокии шикам тавсия кардан мумкин аст. Зимнан маҳлули 0,02 %-и фуратсиллин дар экспозитсияи ҳафтдақиқайна барои ошкор кардани микробҳо таъсири камтари зиддиуфуниро нишон дод. Дар ҳолати поккунӣ тавассути маҳлули 0,9 %-и хлориди натрий дар ҳама ҳолатҳо то ва пас аз поксоӣ теъдоди микробҳои чудошуда дар намунаҳои экссудат ва рим амалан тағйир наёфт, ки мутаносибан ҳангоми равандҳои римӣ-илтиҳобӣ бенатича шумурда мешавад.

Таҳлили нишондиҳандаҳои биохимиявии хун дар харгӯшҳои таҳти таҷрибаи зергурӯҳи I то амсиласозии думмал ва пас аз истифодаи маҳлули 0,1 %-и фурагин нишон дод, ки дар шабонарӯзи ҳаштуми амсиласозии ДДШ нишондиҳандаи креатинин ва дурдаи пешоб ба тағйироти зиёде ( $1,6 \pm 1,3$  мг/л ва  $22,3 \pm 4,9$  мг/дл) дучор нашудааст. Хусусан ба амсиласозии ДДШ нишондиҳандаҳои АсАТ ва АлАТ-и хун эътино карданд, ки мутаносибан  $27,4 \pm 8,1$  МЕ/л ва  $56,1 \pm 11,9$  МЕ/л-ро ташкил доданд, дар ҳоле ки нишондиҳандаҳои мазкур то амсиласозӣ мутаносибан дар доираи  $19,0 \pm 3,0$  МЕ/л ва  $38,0 \pm 12,0$  МЕ/л қарор доштанд. Фақат дар шабонарӯзи ҳафтуми бартараф кардани ДДШ дар харгӯшҳои таҳти таҷриба каме боло рафтани нишондиҳандаи креатинин ва дурдаи пешоб ( $1,9 \pm 1,7$  мг/л ва  $34,7 \pm 7,3$  мг/дл), инчунин ферментҳои хун (АсАТ то  $29,3 \pm 2,5$  МЕ/л, АлАТ то  $57,6 \pm 5,8$  МЕ/л) ба қайд гирифта шуд.

Пас, нишондиҳандаҳои мазкур дар харгӯшҳои таҳти таҷрибаи зергурӯҳи I то амсиласозии думмал ва баъд аз истифодаи маҳлули 0,02 %-и фуратсиллин дар шабонарӯзи ҳафтуми баъди бартараф кардани ДДШ боло рафтани нишондиҳандаи креатинин ва дурдаи пешоб ( $1,9 \pm 1,7$  мг/л ва  $34,7 \pm 7,3$  мг/дл), инчунин ферментҳои хун (АсАТ то  $29,3 \pm 2,5$  МЕ/л, АлАТ то  $57,6 \pm 5,8$  МЕ/л) ба қайд гирифта шуд.

### **Шеваи ҷарроҳӣ дар мавриди беморони гирифтгор ба думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам**

Барои ташхиси оризаҳои сироятии пасазҷарроҳии дохили шикам дараҷаи зухурёбии эндотаксикоз таҳқиқ карда шуд (ҷадвали 7).

### **Ҷадвали 7. – Нишондиҳандаҳои эндотоксемия дар мавриди беморони мубтало ба думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам (n=60)**

Нишондиҳанда	Думмалҳои дохили шикам			p
	Думмалҳои болои ҷигар (n=17)	Думмалҳои зери ҷигар (n=19)	Бешумори боқимонда (n=24)	
Давомнокии давраи п/ҷ	$5,3 \pm 0,2$	$7,4 \pm 0,3$ $p_1 < 0,001$	$9,8 \pm 0,4$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	<0,001
Тахикардия, зарба дар як дақ.	$86,2 \pm 6,4$	$94,3 \pm 7,1$ $p_1 > 0,05$	$128,6 \pm 9,2$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,01$	<0,001
Басомади нафас	$22,4 \pm 2,1$	$19,8 \pm 1,9$	$19,1 \pm 1,8$	>0,05
Ҳарорати бадан	$38,6 \pm 1,9$	$37,6 \pm 1,7$	$38,7 \pm 1,8$	>0,05

Нимафалачи рӯда	Дида намешавад	Нимафалачи муътадил	Нимафалачи устувор	
ШЛЗ (n=1,9)	3,4±0,22	3,4±0,18 p <sub>1</sub> >0,05	4,5±0,23 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001	<0,001
МВМ, мкг/мл	1024±120,0	948,6±158,0	1128±230	>0,05
ДК, ммол/мг	1,9±0,2	1,7±0,5	2,1±0,7	>0,05
МДА, ммол/мг	4,1±0,54	3,7±0,47 p <sub>1</sub> >0,05	4,8±0,23 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,05	<0,05
СОД, %	12,1±1,18	14,5±1,32 p <sub>1</sub> >0,05	18,2±1,53 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> <0,05	<0,01
АлАт, ммол/л	0,72±0,008	0,77±0,06 p <sub>1</sub> >0,05	0,94±0,05 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> <0,05	<0,01
АсАт, ммол/л	0,76±0,014	0,87±0,021 p <sub>1</sub> <0,01	0,96±0,03 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,05	<0,001

Эзоҳ: p – қимати аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (тибқи меъёри Н-и Краскел-Уоллис); p<sub>1</sub> – ҳангоми муқоиса бо чунинҳо дар гурӯҳи мубтало ба думмалҳои болоичигарӣ, p<sub>2</sub> – ҳангоми муқоиса бо чунинҳо дар гурӯҳи гирифтӣ ба думмалҳои зерӣ чигар (тибқи меъёри U-и Манна-Уитни)

Нишондиҳандаҳои эндотоксемия ҳангоми ДПД зимни тамоми мавзегирӣҳои римхона хеле афзуда буд. Вале тағйирёбии нисбатан намоён ҳангоми думмалҳои бешумори байнирӯдаӣ, аз ҷумла коси хурд ва дохили чигар (МВМ - 1128±230 мкг/мл, ТПД – ДК - 2,1±0,7 ммол/л, МДА – 4,8±0,23 ммол/л ва мавзегирӣҳои болоичигарӣ (МВМ - 1024±120,0 мкг/мл, ПОД – ДК - 1,9±0,2 ммол/мг, МДА – 4,1±0,54 ммол/мг) ба назар мерасиданд.

Таҳлили сабабҳои пайдо шудани думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам ошқор кардани сабабҳои пайдоиши онҳоро имконпазир гардонид (ҷадвали 8).

**Ҷадвали 8. – Сабабҳои инкишофи думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам дар мавриди беморони гурӯҳи асосӣ (n=60), (%)**

Сабаби думмалҳои дохили шикам	Теъдод
Ҳатогӣҳои тактикӣ ва техникӣ	10 (16,7)
Поксозии нокифоя. Пурра бартараф нашудани ковокии боқимонда	9 (15)
Дренажгузориҳои бенатича ва ҷараёни бозгашти номувофиқ аз ковокӣ	18 (30)
Мавҷудияти роҳҳои ошқорнагардидаи коммуникатсионӣ дар нишемани талҳадон ё дар девораи ковокии боқимонда	8 (13,3)
Пеш аз муҳлат гирифтани дренаж	10 (16,7)
Беморони пурра муоиннашуда то ё дар вақти ҷарроҳӣ	5 (8,3)
Ҳамагӣ	60

Дар байни амалиёти ҷарроҳии ОБПД-и УКШ ДПД аз ҳама бештар мушоҳида мешавад. Дар мавриди беморони таҳти муоинаи мо аз гурӯҳи асосӣ зимни 60,0 % (n=36)-и мушоҳидаҳо мавзегирӣҳои таҳтидиафрагмавӣ (n=17) ва зеричигарӣ (n=19)-и

думмалҳои пасазҷарроҳӣ идентификатсия шудааст. Мавзёгирии дигари ДПД, ки зуд-зуд ба назар мерасад, коси хурд аст ва дар мавриди 11 ё 18,3 %-и беморон ба қайд гирифта шуд. ДПД-и байниҳалқавӣ ва думмал дар канали паҳлуии рост мутаносибан 15,0 % ва 6,7 %-и ҳодисаҳои ташкил доданд.

Дар мавриди 60 (57,7%) беморони гурӯҳи асосӣ ҳангоми 5 (8,3%) ҳодиса релапароскопия (n=2) ва релапароскопия якҷоя бо минилапаротомия (n=3), зимни 44 (73,3%) мариз амалиёт таҳти назорати ТУС ва дар 7 (11,7%) нафари дигар бошад, кушодан ва дренажкунии ДДШ бо усули минилапаратомӣ ба амал оварда шуд.

Дар ҳолати маҷудияти ДПД пешгирии сироятёбии ҷароҳати пасазҷарроҳӣ аҳамияти калон дорад. Аз ин рӯ мо дар баъзе ҳолатҳо имконоти дастрасӣ ба воситаи буриши лапаратомии мавҷударо рад намуда, онро ҳамчун унсури асосӣ дар стратегияи пешгирии сироятёбии иловагӣ муайян намудем.

Техникаи амалинамоии релапаратомия, инчунин кушодан ва дренаж кардани ДПД фарогири як зумра дастамалҳои пайдарпай буд. Интихоби ҷой ва тарзи насб кардани троакар аввалӣ бо дарназардошти реканализатсияи мавзёгирии ДПД, ҳадшаи пасазҷарроҳӣ, инчунин хусусияти амалиёти ҷарроҳии моқаблӣ ба ҷигар ва ЖВС муайян карда шуд.

Дар мавриди беморони таҳти назорати мубтало ба ДПД зимни 5 ҳодиса ҳангоми амалинамоии релапароскопия усулҳои зерини насб кардани троакар аввалӣ ба кор бурда шуд: усули пӯшидаи воридкунӣ ба ковокии абдоминалӣ, ки ҳангоми он мавзеи ҷойгиршавии ҳадшаи пасазҷарроҳӣ ба назар гирифта шуд (дар мавриди 2 бемор ба кор бурда шуд); лапароскопияи кушода бо истифодаи усули Хассен, ки зимни он дастрасӣ ба ковокии шикам тавассути буриши хурд амал оварда шуд (ҳангоми ду бемор истифода шуд); насб кардани троакар бевосита тавассути буриши лапаратомии пештар мавҷудбуда (зимни як бемор ба кор бурда шуд).

Релапаратомия бо кушодан ва поксозии ковокии думмал дар мавриди 41 (93,2%) бемор аз гурӯҳи санҷишӣ татбиқ шуд. Зимни се (5,0%) ҳодиса муолиҷаи беморони гирифтӣ ба ДПД дар гурӯҳи асосӣ усули кушодан ва дренаж кардани думмал бо муваффақият ба кор бурда шуд. Илҷияи мазкур бо истифода аз дастрасии миниолоишӣ ва технологияи видеолапароскопӣ амалӣ карда шуд. Андозаи минималии зарурии буришҳо аз рӯи маълумоти ТУС ва лапароскопия муайян карда шуд. Чунин шева барои коҳиш додани осебгирӣ сохтори анатомии девораи пеши шикам шароит фароҳам овард.

Пас, дар мавриди 26 (48,1%) нафар аз беморони гурӯҳи асосӣ кушодани миниолоишӣ бо дренаж кардани думмал ба амал оварда шуд. Барои амалинамоии пунксия ва кушодани ДПД таҳти назорати монитронии ултрасадоӣ ҳамчун нишондод хизмат намуданд: андозаи думмал на зиёда аз 3 см, мавзёгирии начандон амиқ он нисбат ба девораи пеши шикам, инчунин набудани нишонаҳои паҳншавии сироят (варам).

Ҷарроҳӣ таҳти ТУС зимни пажӯҳиши мо ҳам аз як ва ҳам аз ду марҳала иборат буд. Қайд кардан ба маврид аст, ки дар ҳар ду ҳолат техникаи амалинамоии он фарқ намекард ва ба андозаи думмал ва роҳи беҳатари интихобшуда нигаронида шуда буд. Поксозии ковокӣ зимни беморони гурӯҳи асосӣ, хусусан ҳангоми думмалҳои алоҳидаи пасазҷарроҳӣ (n=4), тавассути маҳлули 0,1 %-и зиддиуфунии фурагин ва баъдан шуозании ковокии боқимонда ба воситаи лазери гелий-неон ба амал оварда шуд (шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ №3405/R395 аз 28.12.2020).

Дар 6 бемори мубтало ба ДДШ-и калони пасазчарроҳӣ (андоза аз 10 см ва зиёда аз он) усули кушодани миниолоишӣ ва дренажкунӣ бо баъдан поксозӣ тавассути маҳлули 0,1 %-и зиддиуфунии фурагин ва мониторинги ҳолати ковокии боқимонда ва ҳолати найчаҳои дренаж ба воситаи видеоэндоскоп ба кор бурда шуд (шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ №3404/R394 аз 28.12.2020).

Барои мувофиқкунонӣ ва муайян кардани ҳассосият ба антиботикҳо гирифтани кишти мухтавии римхона аз 34 бемор яке аз лаҳзаҳои асосӣ ва принсипиалии баргарафкунии миниолоишӣ ва ҳам лапаратомии ДПД ба ҳисоб мерафт. Пас, дар як бемор аз гурӯҳи асосӣ бо сабабҳои техникӣ кишт кардан барои ҳассосият ба амал оварда нашуд (ҷадвали 9).

**Ҷадвали 9. – Тавсифи микрофлораи ковокии думмали дохили шикам дар мавриди беморони гурӯҳи асосӣ (n=34)**

Навъи микроорганизм	мутл.	%
Қаламчамикробҳои грамманфӣ, аз ҷумла:	22	64,7
Escherichia coli	14	41,2
Klebsiella SPP	5	14,7
Enterobacter SPP	3	8,8
Қаламчамикробҳои граммусбат, аз ҷумла:	8	23,5
Enterococcus SPP	4	11,8
Streptococcus B hemolitis	2	5,9
Staphylococcus tridermoidis	2	5,9

Замоне кушодани релапараскопӣ ва дренажкунӣ имконнопазир буд, дастрасии минилапаротомӣ дар ҷарроҳии ДПД дар мавриди 4 (7,4%) нафар аз гурӯҳи асосӣ оқилона шумурда шуд. Амиқтар ҷойгир шудани римхонаҳо дуртар аз девораи пеши шикам бо мавҷудияти ҳосилаҳои моеъ бошад, амалинамоии назорати ултрасадоии ҷарроҳиро имконнопазир гардонид, иҷрои релапаратомия дар ин ҳолат бо хатари дараҷаи баланди инкишофи оқибатҳои марговар ҳамбаста мебошад. Зимнан аз тариқи дастрасии минилапаратомӣ кушодан ва дренажкунии римхонаҳои дастрасиашон душвор онро ҳачун усули имконпазири амалинамоии амалиёти ҷарроҳии қатъӣ дар як марҳала бо осеби минималии ҷарроҳӣ баррасӣ намудани имконнопазир гардонид.

Баъди кушодан ва дренажкунии ДПД дар давраи пасазчарроҳӣ оризаҳои хусусиятҳои гуногундошта дар 3 (5,0%) бемор аз гурӯҳи асосӣ ба амал омада, 2 (3,3%) ҳодисаи марганҷомӣ ба қайд гирифта шуд (ҷадвали 10).

**Ҷадвали 10. – Басомади оризаҳо ва марганҷомӣ дар гурӯҳҳои асосӣ ва санҷишии гирифтҳо ба ДПД**

Қимат	ГА (n=60)		ГС (n=44)		p
	мутл.	%	мутл.	%	
Теъдоди оризаҳо	5	8,3	7	15,9	<0,01
Теъдоди марганҷомӣ	2	3,3	4	9,1	<0,01

Эзоҳ: p – қимати аз ҷиҳати омӯри фарқкунандаи нишондиҳанда байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри дақиқи Фишер)



Сактаи шадиди дил дар беморони гурӯҳи асосӣ сабаби марганҷомӣ ба ҳисоб мерафт. Дар гурӯҳи санчишӣ баъди амалиномаи такрорӣ анъанавӣ оризаҳо дар мавриди 7 (15,9%) нафар ва марганҷомӣ зимни 4 (9,1%) ба қайд гирифта шуд.

Ҳамин тавр, ДПД бештар оқибати амалиёти ҷарроҳии фаврии УКШ ба ҳисоб меравад. Дар ин маврид лапараскопия ва ҷарроҳӣ таҳти назорати ТУС интиҳоби асоснокшудаи шеваи муолиҷаи ҷарроҳии ДПД ба шумор рафта, метавонад ба коҳиш ёфтани нишондиҳандаҳои оризаҳои пасазҷарроҳӣ ва марганҷомӣ мусоидат намояд.

## ХУЛОСА

1. Зимни раванди амсиласозии думмал дар ҳайвонот дигаргуниҳои зиёде дар сохтори морфологии шикам қиёсан ба гурӯҳи санчишии солим ошкор гардид. Дигаргуниҳои мазкур аз афзудани теъдоду масоҳати фолликулаҳои лимфоидӣ ва марказҳои герминогенӣ, инчунин афзоиши теъдоди хучайраҳои Т-халперӣ ва калон шудани мавзеи моддаи мағзӣ иборат мебошад. Ҳангоми муоинаи шикам дар ҳайвоноти таҷрибавӣ мубтало ба думмалҳои дохили шикам, ки дар мавриди онҳо муолиҷаи доруии пешакӣ татбиқ нашуда буд, нишонаҳои омос ва пурхунӣ ба қайд гирифта шуд. Аллақай дар шабонарӯзи дуҷуми баъди оғози ташаккулёбии думмал равандҳои халалёбӣ ва кандашавии хучайраҳои дохили синусҳои гиреҳҳои лимфавӣ ба назар мерасид [5 – М, 7 – М, 8 – М, 9 – М, 13 - М].

2. Маҳлули 0,1 %-и фурагин дар таҷриба ва ҳам дар клиника самаранокии баланди зиддиуфунӣ нишон дода, бевосита натиҷаҳои муолиҷаҳо дар мавриди беморони гирифтӣ ба думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам бехтар гардонид [5 – М, 6 – М, 9 – М, 14 - М].

3. Арзёбии сатҳи пошхӯрӣ ба ковокии шикам ҳангоми ҷарроҳии аввалӣ бо эҳтимоли бештаре пешгӯӣ намудани эҳтимоли пайдоиши думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикамро имконпазир мегардонад [11 – М, 12 – М, 13 – М].

4. Таҳия ва татбиқи усули амсиласозишудаи аз тариқи усулҳои миниолоишӣ бартараф кардани думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам, инчунин истифодаи шеваи инфиродӣ, ки хусусиятҳои клиникӣ-морфологии бофтаҳои мавзеиро ба назар мегирад, боиси беҳбудии натиҷаҳои бевоситаи муолиҷаи ҷарроҳӣ гардиданд. Ин ҳолат аз 15,9% то 5,0% коҳиш ёфтани басомади оризаҳои мавзей зоҳир шудааст [1 – М, 2 – М, 14 – М, 15 – М, 16 - М].

## ТАВСИЯҲОИ АМАЛӢ

1. Оғози мониторинги давраи пасазҷарроҳӣ дар бемороне, ки амалиёти ҷарроҳии узвҳои ковокии шикамро аз сар гузаронидаанд, барои пешгӯӣ ва ташҳиси барвақтии думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам марҳалаи асосӣ ба ҳисоб меравад. Ин мониторинг бояд аз назорати мунтазами динамикии нишондиҳандаҳои клиникӣ, таҳлилҳои лабораторӣ ва таҳқиқи абзорие иборат бошад, ки сари вақт ошкор кардани дигаргуниҳо ва пешгирии инкишофи оризаҳоро имконпазир гардонад.

2. Дарачаи пошхӯрӣ ба ковокии абдоминалӣ дар вақти ҷарроҳии аввалӣ, инчунин сатҳи сафедии реактиви С, ки таҳқиқи он дар рӯзи аввали баъди ҷарроҳӣ тавсия мешавад, барои ошкор кардан ва пешгӯии ташаккулёбии думмал яке аз меъёрҳои нисбатан боэътимод ба шумор меравад.

3. Замоне усулҳои беолоиши ташхис барои аниқ кардани ташхис маълумоти кофӣ дода наметавонанд, ба лапараскопияи ташхисӣ, бар шумули илочияҳои динамикӣ рӯ овардан зарур аст. Чарроҳ дар чунин ҳолатҳо ба конверсияи амалиёти ташхисӣ зимни амалиёти ҷарроҳии муолиҷавии видеолапараскопӣ барои ба таври самаранок бартаараф кардани думмал омода бошад.

4. Ҳаноми муолиҷаи думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам интиҳоби ҷарроҳие оптималӣ ҳисобида мешавад, ки таҳти назорати ТУС бо истифода аз технологияи лапараскопӣ татбиқ мешавад. Чунин шева дақиқияти баланд ва олоиши камтаринро таъмин намуда, ба беҳбуди натиҷаҳои муолиҷа ва коҳиш ёфтани хатари оризаҳо мусоидат менамояд.

**Интишорот оид ба мавзуи диисертатсия**  
**Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризишаванда**

[1-М]. Махмадов Ф.И. Послеоперационные внутрибрюшные абсцессы в гепатобилиарной хирургии: вопросы выбора адекватного метода хирургического лечения [Текст] / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев // «Вестник Институт Последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». – 2022. – №4. – С.30-39.

[2-М]. Махмадов Ф.И. Эндотелиальная дисфункция при послеоперационных гнойно-септических осложнениях патологий гепатобилиарной зоны [Текст] / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев и др. // «Здравоохранение Таджикистана». – 2023. - №3(358). – С.49-56.

[3-М]. Махмадов Ф.И. Результаты применения антисептического раствора у экспериментальных животных на фоне моделированного внутрибрюшного абсцесса [Текст] / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев и др. // Здравоохранение Таджикистана. – 2024. - №2(361). – С.101-107.

[4-М]. Джураев М.Ф. Определение степени обсеменённости брюшной полости и морфологическая характеристика печени у экспериментальных животных при моделировании абсцесса и после санации антисептиками [Текст] / Ф.И. Махмадов, М.Ф. Джураев, Д.Н. Садуллоев // Здравоохранение Таджикистана. – 2024. - №1(360). – С.26-34.

**Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷмуаҳои конференсияҳо нашршуда**

[5-М]. Махмадов Ф.И. Улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости [Текст] / Махмадов Ф.И., Джураев М.Ф., Раджабова Г.К. // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. - Москва. - 2021. - Т.31, №5. - С.72.

[6-М]. Махмадов Ф.И. Сравнительные результаты малоинвазивных и открытых методов хирургического лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости [Текст] / Махмадов Ф.И., Джураев М.Ф., Раджабова Г.К. // Мат-лы VII-го съезда хирургов Юга России с международным участием. – Пятигорск. – 2021. – С.130-131.

[7- М]. Makhmadov F. Effectiveness of video laparoscopy in the treatment of postoperative intra-abdominal abscesses [Text] /F. Makhmadov, M. Juraev// Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery. - Seoul. - 2020. - Poster No.: ACRLS2020Abs-029 [General Surgery].

[8- М]. Makhmadov F. Laparoscopy in the treatment of postoperative abdominal abscesses [Text] /F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova // The Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery 25<sup>th</sup> Anniversary & 48<sup>th</sup> Annual Congress & 11<sup>th</sup> International Symposium. - Seoul. - 2021. - P.262 [ABS-0065 EP02-13].

[9- М]. Makhmadov F. Comparative results of minimally invasive and open methods of surgical treatment of postoperative abdominal abscesses [Text] /F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova // The Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery 25<sup>th</sup> Anniversary & 48<sup>th</sup> Annual Congress & 11<sup>th</sup> International Symposium. - Seoul. - 2021. - P.263 [ABS-0066 EP02-14].

[10- М]. Makhmadov F. Comparative characteristics of treatment methods for postoperative abscesses of the abdominal cavity [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova // Korea Digestive Disease Week. – Seoul. – 2021. – Vol.15, Number 6 (Suppl. 1). – P.180.

[11- М]. Makhmadov F. Immediate results of treatment of postoperative abdominal abscesses [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova, A. Ashurov // Journal «Surgery» (Baki). – 2022. - №2. – P. 126-127.

[12- M]. Makhmadov F. Efficacy of videolaparoscopy in the treatment of postoperative abdominal abscesses [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova, A. Ashurov // Journal «Surgery» (Baki). – 2022. - №2. – P. 127.

[13- M]. Makhmadov F. Immediate results treatment of postoperative abdominal abscesses [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova, A. Ashurov // 18<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery. – Busan, Korea. – 2022. – P.740.

[14- M]. Makhmadov F. Advantages of laparoscopy in the treatment of postoperative abscesses of the abdominal cavity [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, G. Rajabova, D. Sadulloev // The 52<sup>nd</sup> Congress of the Korean Society of Endo-Laparoscopic & Robotic Surgery & 13<sup>th</sup> International Symposium. Seoul, Korea. – 2023. – P.362.

[15- M]. Makhmadov F. Minimally invasive technology in the treatment of postoperative purulent-septic complications of surgery of the hepatobiliary zone [Text] // The 52<sup>nd</sup> Congress of the Korean Society of Endo-Laparoscopic & Robotic Surgery & 13<sup>th</sup> International Symposium. Seoul, Korea. – 2023. – P.332.

[16- M]. Makhmadov F. The choice of tactics for the treatment of intra-abdominal abscesses after surgery on the liver and biliary tract [Text] / F. Makhmadov, M. Juraev, L. Mirov // Journal Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery (Korea). – 2023. - 27 Suppl 1. – S. 356.

### **Патент барои ихтироот**

1. Усули муолиҷаи миниолоиши думмалҳои алоҳида ва яккамерагии пасазҷарроҳии ковокии шикам /Маҳмадов Ф.И., Ҷӯраев М.Ф. // Патент ТҶ барои ихтироот №1229 аз 24.12 соли 2021.

### **Пешниҳоди беҳсозон**

1. Усули муолиҷаи миниолоишӣ ва пешгирии такрорёбии думмалҳои калони пасазҷарроҳӣ /Маҳмадов Ф.И., Ҷӯраев М.Ф., Раҷабова Г.К. // Шаҳодатнома ба пешниҳоди ратсионализаторӣ №3404/R394 аз 28.12 соли 2020.
2. Усули муолиҷаи миниолоиши думмалҳои алоҳидаи пасазҷарроҳӣ /Маҳмадов Ф.И., Ҷӯраев М.Ф., Раҷабова Г.К. // Шаҳодатнома ба пешниҳоди ратсионализаторӣ №3405/R395 аз 28.12 соли 2020.

### **РҶҲАТИ ИХТИСОРАҲО**

ФДШ	фишори дохили шикам
КШ	кovoкии шикам
ҒҲШ	ғунҷоиши ҳаётии шушҳо
БИД	бемории ишемии дил
РИ	радиологияи интервенсионӣ
УКШ	узвҳои ковокии шикам
НШР	ногузарогии шадиди рӯда
ДПД	думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам
ММП	муассисаи муолиҷавӣ-профилактикӣ
БДР	беморҳои дилу рағҳо
ССР	сафедаи С-реактивӣ
ТУС	таҳқиқи ултрасадоӣ
ФНБ	функсияи нафаскашии беруна
ЭхоКГ	эхокардиография
ХЭ	холетсистэктомия
ХДА	холедоходуоденоанастомоз

**АННОТАТСИЯИ**  
**ДЖУРАЕВ МУРОДАЛИ ФАЙЗАЛИЕВИЧ**  
**ПЕШГУЌИ ВА БЕХБУДИИ НАТИЧАҲОИ МУОЛИҶАИ ДУММАЛҲОИ**  
**ПАСАЗҶАРРОҲИИ КОВОКИИ ШИКАМ**  
**(Таҳқиқи таҷрибавӣ-клиникӣ)**

**Калидвожаҳо:** думмалҳои пасазҷарроҳии шикам, интервенсияҳои миниолошӣ, видеолапароскопия, моделсозии таҷрибавии думмалҳои дохили шикам, коркарди ковокии думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам бо маҳлули 0,1% -и фурагин

**Мақсади таҳқиқот.** Пешгуӣ ва мукамал кардани натиҷаҳои муолиҷаи беморони гирифтор ба думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам бо роҳи истифодаи якҷояи амалиёти миниолоишӣ.

**Усулҳо ва таҷҳизоти истифодашуда:** барои муайян кардани нишондиҳандаҳои функционалии нафаскашии беруна, велоэргометр аз ширкати Hellige ва замимаи пневмотахометр истифода шудааст. ТУС-и узвҳои ковокии шикам бо истифода аз таҷҳизоти истеҳсоли Toshiba ва Siemens - CV -70. Муоинаи томографияи компютери ковокии шикам бо ёрии томографи Somaton plus 4 «Siemens» гузаронида шуд. Пунксияи ДПД бо истифода аз сӯзани махсуси 18 F Chiba аз фирмаи Cook Medical анҷом дода шуд, ки тибқи протоколҳои тиббӣ воқеъ дар Блумингтон, Индиана, ИМА, ҷорӣ карда шудааст. Таҳқиқоти морфологӣ дар шуъбаи морфологии ОМИТ-и Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо истифода аз микроскопи рушноӣ гузаронида шуд. Инчунин, таҳлили морфометрӣ бо истифода аз шабакаи стереометрии чашмии Г.Г. Авгандилова (2002).

**Натиҷаҳои бадастомада ва навоарии онҳо.** Зимни таҷриба хусусиятҳои дигаргуншавии морфологии шикампардаи париенталӣ ҳангоми думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам. Натиҷабахшии маҳлули 0,1 %-и фурагин ҳангоми поксозии ковокии боқимондаи думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам вобаста экспозитсияи ва маротибаи истифодабарии препарат. Таъсири микроскопии маҳлули 0,1 %-и фурагин ба бофтаҳои наздикхобидаи думмал арзёбӣ гардидааст. Маълумотнокии дараҷаи баланди ТУС ва лапароскопия дар динамикаи думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам муайян карда шуд. Ошкор гардид, ки сатҳи нишондиҳандаҳои СРС ва ИЛ-6 дар ташҳиси думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам маркер ба шумор мераванд. Меъёрҳои объективии нишондод ва зиддинишондодҳо ба амалиномаи релапаратомия ва амалиёти минимолоишӣ ҳангоми думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам таҳия гардиданд. Усулҳои муолиҷаи миниолоишии думмалҳои пасазҷарроҳии алоҳида ва яккамерагии дохили шикам таҳия шуданд. Ҳарзи муолиҷаи миниолоишӣ ва пешгирии тақроршавиҳои думмалҳои калони пасазҷарроҳии дохили шикам таҳия карда шуданд.

**Тавсияҳо барои истифода.** Усулҳои коркардшудаи табобати миниолоишии думмалҳои пасазҷарроҳии дохили шикам бо истифода аз маҳлули 0,1% -и фурагин метавонанд дар амалия дар шуъбаҳои клиникӣ ҷарроҳӣ татбиқ карда шаванд.

**Доираи татбиқ .** Ҷарроҳӣ

**АННОТАЦИЯ**  
**ДЖУРАЕВ МУРОДАЛИ ФАЙЗАЛИЕВИЧ**  
**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ**  
**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**  
**(Экспериментально-клиническое исследование)**

**Ключевые слова:** послеоперационные абсцессы брюшной полости, миниинвазивные вмешательства, видеолапароскопия, экспериментальное моделирование внутрибрюшного абсцесса, санация полости абсцесса 0,1% раствором фурагина

**Цель исследования.** Прогнозирование и усовершенствование исходов лечения у пациентов с послеоперационными абсцессами в брюшной полости с использованием комбинированных мини инвазивных методов.

**Методы исследования и использованные аппаратуры:** для определения функциональных показателей внешнего дыхания использовался велоэргометр фирмы «Hellige» и пневмотахометрическая приставка. УЗИ органов брюшной полости, применением оборудования производства «Toshiba» и «Siemens» - CV-70. КТ исследование брюшной полости проведено с использованием томографа Somaton plus 4 «Siemens». Пункция ПВА выполнялась при помощи специализированной иглы Chiba размером 18 F от компании Cook Medical, базирующейся в Блумингтоне, штат Индиана, США, согласно действующим медицинским протоколам. Морфологические исследования были выполнены в отделении морфологии ЦНИЛ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», с использованием светового микроскопа. Морфометрический анализ проводился с применением окулярной стереометрической сетки Г.Г. Авгандилова (2002).

**Полученные результаты и их новизна.** В эксперименте определены особенности морфологических изменений париетальной брюшины при послеоперационных внутрибрюшных абсцессах. Определена эффективность 0,1% раствора фурагина при санации остаточной полости послеоперационных внутрибрюшных абсцессов, в зависимости от экспозиции и кратности ее применения. Оценено микроскопическое воздействие 0,1% раствора фурагина на близлежащие ткани к абсцессам. Установлено высокая информативность УЗИ и лапароскопии в динамике послеоперационных внутрибрюшных абсцессов. Выявлено, что показатели уровня СРБ и ИЛ-6 являются маркерами в диагностике послеоперационных внутрибрюшных абсцессов. Разработаны объективные критерии показаний и противопоказаний к выполнению релапаротомии и мини инвазивным вмешательствам при послеоперационном внутрибрюшном абсцессе. Разработан способ мини инвазивного лечения послеоперационных одиночных и однокамерных абсцессов брюшной полости. Разработан способ малоинвазивного лечения и профилактика рецидива больших послеоперационных абсцессов брюшной полости.

**Рекомендации к использованию.** Разработанные способы мини инвазивного лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов, с применением 0,1% раствора фурагина могут быть применены в клиническую практику хирургических отделений.

**Область применения.** Хирургия

## ANNOTATION

JURAEV MURODALI FAYZALIEVICH

### PREDICTION AND IMPROVEMENT OF OUTCOMES IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL ABSCESES

(Experimental clinical study)

**Key words:** postoperative abdominal abscesses, minimally invasive interventions, video laparoscopy, experimental modeling of intra-abdominal abscess, sanitation of the abscess cavity with 0.1% furagin solution

**The aim of the study was** to predict and improve treatment outcomes in patients with postoperative abdominal abscesses using combined minimally invasive techniques.

**Research methods and equipment used:** a Hellige bicycle ergometer and a pneumotachometric attachment were used to determine the functional indices of external respiration. Ultrasound of the abdominal organs was performed using equipment manufactured by Toshiba and Siemens - CV -70. CT examination of the abdominal cavity was performed using a Somaton tomograph. plus 4 « Siemens ». PIA puncture was performed using a specialized Chiba needle of size 18 F from Cook Medical, based in Bloomington, Indiana, USA, according to current medical protocols. Morphological studies were performed in the Morphology Department of the Central Scientific Research Laboratory of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino ", using a light microscope. Morphometric analysis was carried out using the ocular stereometric grid of G.G. Avgandilov (2002).

**The obtained results and their novelty.** The experiment determined the features of morphological changes in the parietal peritoneum in postoperative intra-abdominal abscesses. The effectiveness of 0.1% furagin solution in the sanitation of the residual cavity of postoperative intra-abdominal abscesses was determined, depending on the exposure and frequency of its use. The microscopic effect of 0.1% furagin solution on adjacent tissues to abscesses was estimated. High information content of ultrasound and laparoscopy in the dynamics of postoperative intra-abdominal abscesses was established. It was revealed that the levels of CRP and IL-6 are markers in the diagnosis of postoperative intra-abdominal abscesses. Objective criteria for indications and contraindications for relaparotomy and minimally invasive interventions for postoperative intra-abdominal abscess were developed. A method for minimally invasive treatment of postoperative single and single-chamber abdominal abscesses has been developed. A method for minimally invasive treatment and prevention of recurrence of large postoperative abdominal abscesses has been developed.

**Recommendations for use.** The developed methods of minimally invasive treatment of postoperative intra-abdominal abscesses, using 0.1% furagin solution can be applied in clinical practice of surgical departments.

**Application area.** Surgery

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

Отпечатано в типографии  
ООО «Мулквар»  
г. Душанбе, ул. Лахути 6, 1 проезд