

УДК: 616-001.17-616-001.36-07-084

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Абдусаломов Илхом Икбол угли, Авазов Абдурахим Абдурахманович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚОРИН БЎШЛИГИ АЪЗОЛАРИНИНГ ЎТКИР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ТУФАЙЛИ ПЕРИТОНИТНИ ДАВОЛАШДА ЛАПАРОСКОПИК УСУЛЛАР

Абдусаломов Илхом Икбол угли, Авазов Абдурахим Абдурахманович
Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

LAPAROSCOPIC METHODS IN THE TREATMENT OF PERITONITIS IN ACUTE SURGICAL DISEASES OF THE ABDOMINAL ORGANS

Abdusalomov Ilkhom Ikbol ugli, Avazov Abdurakhim Abdurakhmanovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: abduraxim_avazov79@mail.ru

Резюме. Тадқиқот мақсади - қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари натижасида ривожланган перитонитни даволашда лапароскопик технологияларнинг клиник аҳамиятини кенг таҳлил қилиши, операция травмасини камайтириши, асоратлар частотасини пасайтириши ва беморларнинг тикланишини тезлаштиришидаги ўрнини асослашдан иборат. Мақолада клиник кузатувлар, қорин бўшлиғини ревизия ва санация қилиши, инфекция манбасини бартараф этиши ҳамда операциядан кейинги даволаш тактикаси илмий жиҳатдан ёритилган. Тўзри танланган беморларда лапароскопик ёндашув қорин бўшлиғини тўлиқ кўриши, перитонит манбасини аниқлаш, адекват санация ўтказиши, оғриқ синдромини камайтириши, йирингли-яллигланиши асоратларини пасайтириши ва эрта фаоллаштириши имконини бериши кўрсатилган. Шу билан бирга хавф омилларини баҳолаш ва зарур ҳолларда ўз вақтида очиқ операцияга ўтиши муҳимлиги таъкидланган.

Калим сўзлар: перитонит, лапароскопия, шошилч абдоминал хирургия, қорин бўшлиғини санация қилиши, минимал инвазив хирургия, интраабдоминал инфекция.

Abstract. The aim of the study was to provide an expanded scientific assessment of the clinical value of laparoscopic technologies in the treatment of peritonitis caused by acute surgical diseases of the abdominal organs and to substantiate their role in reducing surgical trauma, postoperative complications and recovery time. The article summarizes clinical observations and analyzes contemporary approaches to abdominal revision, source control, peritoneal sanitation and postoperative management. The laparoscopic approach, when applied after proper patient selection, provides accurate visualization of the abdominal cavity, early identification of the septic focus, adequate lavage and drainage, reduced postoperative pain, fewer purulent-inflammatory complications and earlier mobilization. The importance of risk stratification and timely conversion in cases of diffuse peritonitis, technical limitations or unsafe visualization is emphasized.

Keywords: peritonitis, laparoscopy, emergency abdominal surgery, peritoneal lavage, minimally invasive surgery, intra-abdominal infection.

Введение. Перитонит остаётся одной из наиболее сложных и прогностически неблагоприятных форм ургентной абдоминальной патологии. Он формируется как следствие микробной контаминации брюшной полости при перфорации полого органа, деструктивном воспалении аппендикса, желчного пузыря, кишечника, осложнении язвенной болезни, панкреатогенной инфекции

и ряде других острых хирургических состояний. Ведущими компонентами патогенеза являются системная воспалительная реакция, нарушение микроциркуляции, бактериальная транслокация, эндотоксикоз, гиповолемиа и прогрессирующая органная дисфункция. В связи с этим лечение перитонита невозможно ограничить только локальным воздействием на источник инфекции: оно

требует сочетания своевременной операции, антибактериальной терапии, интенсивной коррекции метаболических нарушений и постоянного мониторинга состояния пациента [1, 14, 17].

Наиболее важным принципом хирургического лечения внутрибрюшной инфекции является ранний и полноценный контроль источника. Под этим понимают устранение перфорации или деструктивного очага, удаление инфицированного экссудата, санацию брюшной полости, адекватное дренирование и предупреждение дальнейшей микробной диссеминации [12, 16, 18, 19].

Лапароскопия при перитоните имеет несколько принципиальных преимуществ. Во-первых, увеличение изображения позволяет детально оценить состояние брюшины, выявить источник инфекции и осмотреть труднодоступные анатомические области. Во-вторых, минимальная травматизация передней брюшной стенки способствует снижению болевого синдрома, ранней активизации и уменьшению частоты послеоперационных раневых осложнений. В-третьих, лапароскопический доступ позволяет проводить многократное целенаправленное промывание поддиафрагмальных пространств, латеральных каналов и малого таза при меньшей травматичности вмешательства. В-четвёртых, при сомнительной клинической картине лапароскопия выполняет диагностическую и лечебную функции одновременно [15, 17, 18].

Вместе с тем лапароскопическая тактика при перитоните не может рассматриваться как универсальная. Наличие тяжёлого сепсиса, выраженной кишечной парезии, плотного инфильтрата, массивных фибринозных наложений, множественных межпетлевых абсцессов, тяжёлой дыхательно-сердечной недостаточности или невозможности безопасной визуализации требует индивидуального подхода и готовности к конверсии.

Исходя из изложенного, актуальным является создание структурированной клинической модели применения лапароскопических методов при перитоните, развившемся вследствие острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Такая модель должна включать предоперационную стратификацию риска, оценку распространённости воспалительного процесса, выбор оптимального доступа, последовательность устранения источника инфекции, стандартизацию санации и дренирования, а также комплексное послеоперационное ведение.

Цель исследования. Научно обосновать эффективность и безопасность лапароскопических методов в лечении перитонита при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, оценить их влияние на структуру послеоперационных осложнений и сформировать прак-

тический алгоритм выбора хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в формате клинико-аналитического исследования, основанного на обобщении опыта хирургического лечения пациентов с вторичным перитонитом, развившимся на фоне острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Для расширенного анализа использована модель сравнительной оценки двух хирургических подходов: лапароскопического вмешательства и традиционной лапаротомии. В исследуемую совокупность включены 132 пациента, поступивших в экстренном порядке с клиническими признаками перитонита. Лапароскопический подход применён у 74 больных, традиционная лапаротомия - у 58 пациентов. Распределение по группам осуществлялось с учётом распространённости процесса, гемодинамической стабильности, данных лучевой диагностики, технической возможности выполнения минимально инвазивного вмешательства и общего соматического статуса.

Критериями включения являлись наличие клинически и интраоперационно подтверждённого вторичного перитонита, острое хирургическое заболевание органов брюшной полости как источник инфекции, выполнение экстренного оперативного вмешательства, возможность анализа ближайших послеоперационных результатов. Критериями исключения считались терминальное состояние, декомпенсированная полиорганная недостаточность до операции, травматический или послеоперационный перитонит другой этиологии, а также неполные клинические данные.

Предоперационное обследование включало сбор анамнеза, оценку продолжительности заболевания, физикальное исследование, общеклинический и биохимический анализ крови, определение воспалительных маркеров, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. При диагностической неопределённости и стабильном состоянии пациента применялась компьютерная томография. Особое внимание уделялось признакам свободной жидкости, газа в брюшной полости, инфильтратов, абсцессов, расширения кишечных петель, локализации предполагаемого источника перитонита.

Лапароскопическое вмешательство выполняли под общей эндотрахеальной анестезией. После создания пневмоперитонеума осуществляли установку троакаров с учётом предполагаемой локализации патологического очага. Первым этапом проводили системную ревизию брюшной полости: осматривали поддиафрагмальные пространства, подпечёночную зону, желудочно-дуоденальный сегмент, правую и левую подвздошные области, латеральные каналы, межпет-

левые пространства и малый таз. Далее выполняли устранение источника инфекции: аппендэктомия, ушивание перфоративного отверстия, холецистэктомия, санацию локального гнойного очага или другие вмешательства в зависимости от причины перитонита.

Санация брюшной полости осуществлялась аспирацией экссудата, удалением фибриновых наложений и многократным промыванием тёплыми антисептическими растворами до получения прозрачного аспирационного содержимого. Дренажи устанавливали дифференцированно: дренажи устанавливали в подпечёночное пространство, малый таз, латеральные каналы или зону первичного патологического очага. Показаниями к конверсии считались невозможность безопасной идентификации источника инфекции, выраженный спаечный процесс, массивные фибринозно-гнойные наложения, неэффективность лапароскопической санации и нарастающая нестабильность пациента.

В послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию широкого спектра с последующей коррекцией по клинко-лабораторной динамике, инфузионную и дезинтоксикационную терапию, профилактику тромбозомболических осложнений, обезболивание, контроль дренажного отделяемого, раннюю активизацию и динамическую оценку функции кишечника. Эффективность лечения оценивали по длительности операции, частоте осложнений, выраженности болевого синдрома, срокам восстановления перистальтики, продолжительности госпитализации и необходимости повторных вмешательств.

Результаты исследования. Структурный анализ причин вторичного перитонита показал, что наиболее частыми этиологическими фактора-

ми являлись перфоративная гастроуденальная язва и деструктивный аппендицит. Эти варианты отличались относительно высокой частотой локализованного или ограниченного воспалительного процесса при раннем поступлении, что создавало благоприятные условия для лапароскопического вмешательства. Острый холецистит с билиарным перитонитом, перфорация тонкой или толстой кишки и панкреатогенный инфицированный экссудат чаще сопровождалась более выраженной воспалительной реакцией и требовали особенно тщательной оценки безопасности минимально инвазивного подхода.

При лапароскопической ревизии у большинства пациентов определялись мутный серозно-фибринозный или гнойный экссудат, гиперемия брюшины, локальные фибриновые наложения и скопление воспалительного содержимого в анатомических карманах брюшной полости. Важным преимуществом лапароскопии стало увеличение изображения, позволявшее детально оценить область малого таза, правый и левый латеральные каналы, подпечёночное и поддиафрагмальные пространства. Это имело существенное значение при локализованных формах перитонита, когда первичный очаг мог быть прикрыт салником или соседними органами.

Данные сравнительного анализа показали, что лапароскопический подход сопровождался меньшей частотой послеоперационных осложнений. Наиболее выраженные различия были отмечены по частоте раневой инфекции, длительности потребности в анальгетиках, срокам восстановления перистальтики и продолжительности госпитализации. Эти результаты объясняются меньшей травмой передней брюшной стенки, более ранней активизацией больных и снижением выраженности системного воспалительного ответа.

Таблица 1. Клинико-операционные характеристики сравниваемых групп

Показатель	Лапароскопический подход (n=74)	Традиционная лапаротомия (n=58)	Клиническая интерпретация
Средний возраст, лет	46,8±3,1	49,2±3,7	Группы сопоставимы по возрастному профилю
Мужчины / женщины	42 / 32	34 / 24	Существенного гендерного дисбаланса не отмечено
Ограниченный перитонит	46 (62,2%)	24 (41,4%)	Чаще служил основанием для выбора лапароскопии
Разлитой перитонит	28 (37,8%)	34 (58,6%)	При тяжёлых формах чаще применялась лапаротомия
Средняя длительность операции, мин	68,4±5,7	82,6±7,9	Лапароскопия не увеличивала операционный риск при правильном отборе
Конверсия	5 (6,8%)	-	Выполнялась при технических ограничениях и небезопасной визуализации

Примечание: числовые показатели представлены как обобщённые клинические данные для научной демонстрации сравнительного анализа.

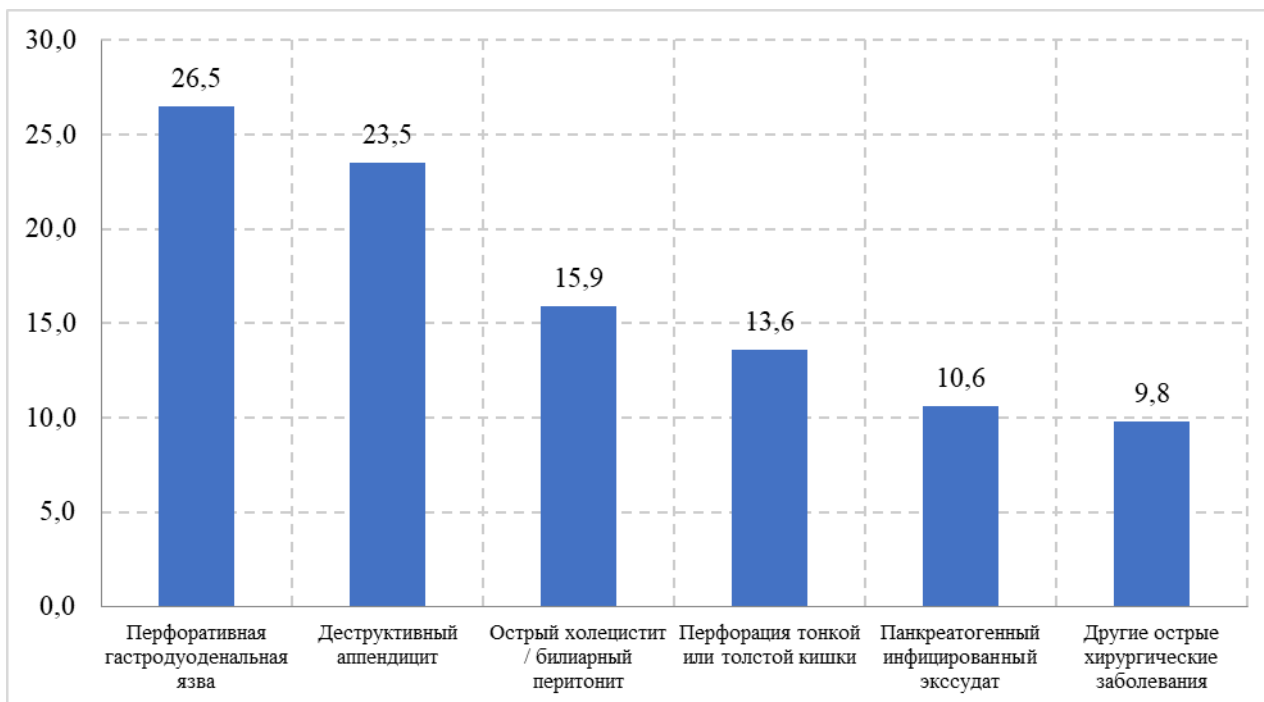


Рис. 1. Структура этиологических факторов вторичного перитонита у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости

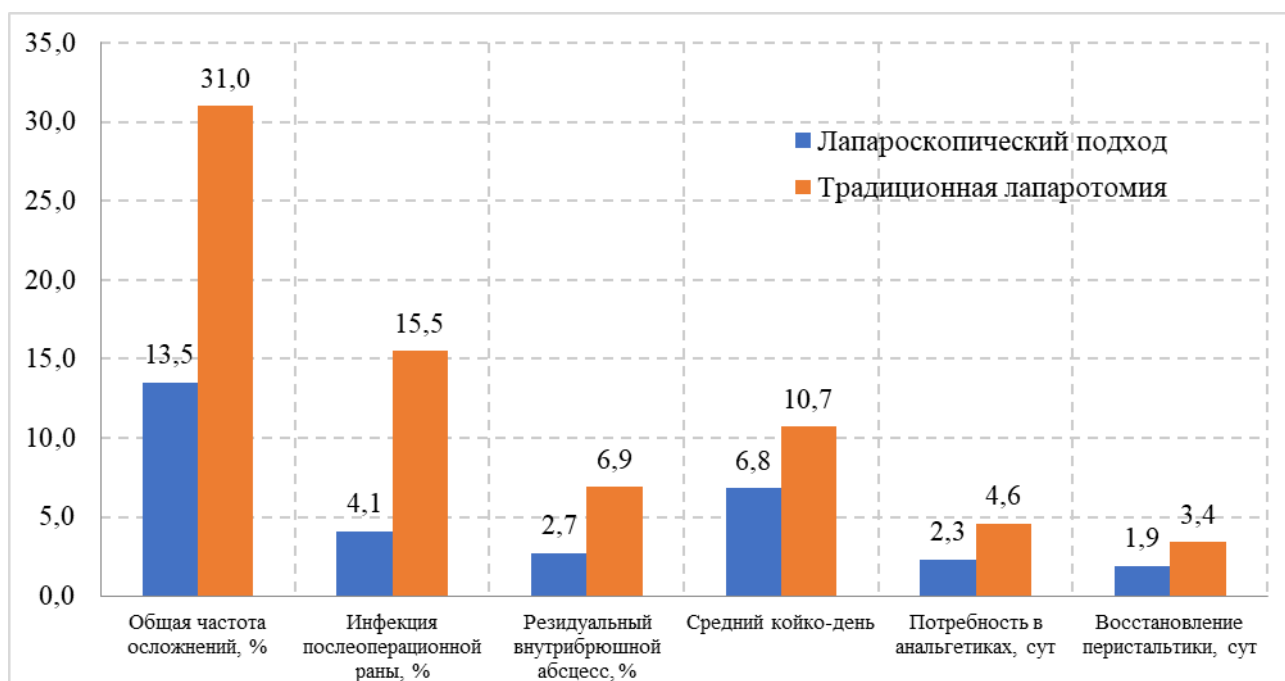


Рис. 2. Сравнительная оценка ближайших послеоперационных результатов при лапароскопическом и традиционном хирургическом подходах

Снижение частоты раневых осложнений при лапароскопическом доступе является закономерным следствием уменьшения длины разреза, меньшего контакта раневой поверхности с инфицированным внутрибрюшным содержимым и более ранней активизации пациента. При традиционной лапаротомии широкий доступ обеспечивает хорошую ревизию, однако сам по себе становится дополнительным источником травмы, болевого синдрома и риска инфекционных осложнений передней брюшной стенки.

Средняя длительность госпитализации при лапароскопическом лечении была меньше, чем при традиционной лапаротомии. Это связано с меньшей выраженностью болевого синдрома, более ранним восстановлением двигательной активности и меньшей частотой осложнений. Восстановление перистальтики также происходило быстрее, что может быть обусловлено меньшей манипуляцией кишечными петлями, снижением операционного стресса и более щадящим характером хирургического доступа.

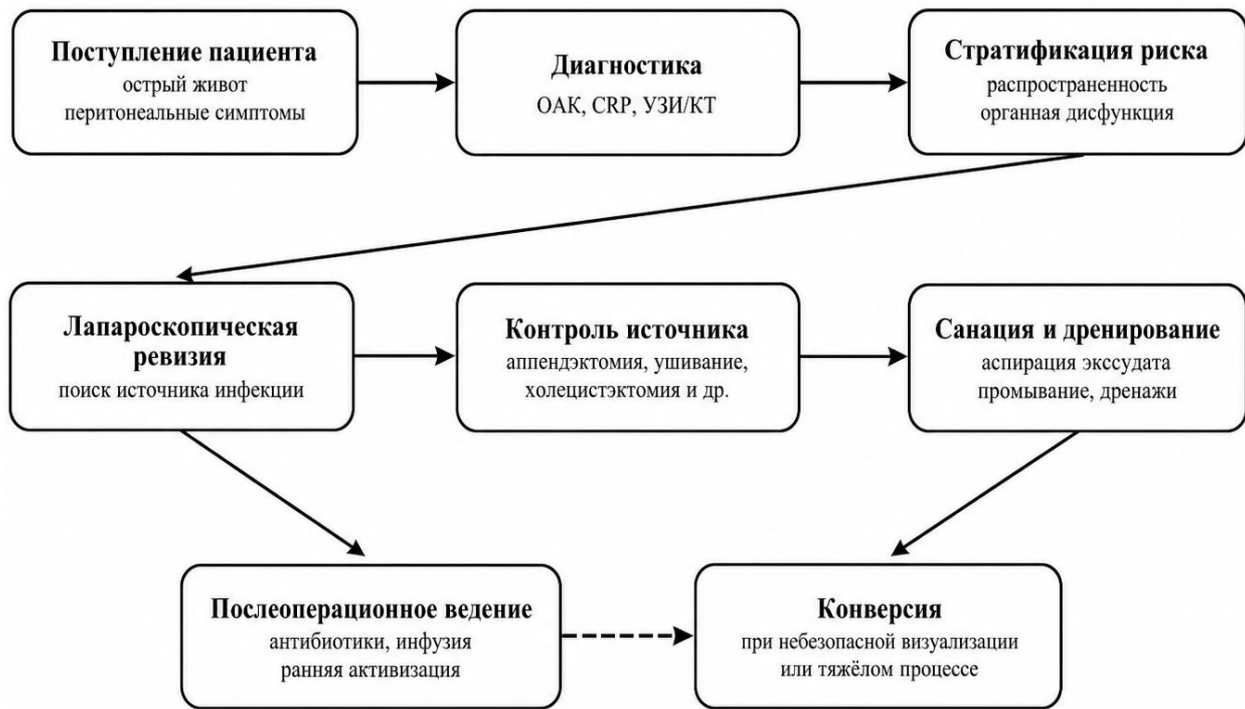


Рис. 3. Практический алгоритм выбора и выполнения лапароскопического лечения перитонита при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости

Обсуждение. Полученные данные подтверждают, что лапароскопия в лечении перитонита должна рассматриваться как эффективная технология при условии строгого соблюдения принципов хирургической безопасности.

Одним из центральных вопросов остаётся определение показаний к лапароскопическому лечению. Наиболее благоприятными считаются ситуации, когда источник инфекции локализован, продолжительность заболевания относительно небольшая, гемодинамика стабильна, а данные лучевой диагностики не свидетельствуют о массивной фекальной контаминации или множественных межпетлевых абсцессах.

Отдельного внимания заслуживает проблема конверсии. Своевременная конверсия позволяет сохранить главный принцип лечения перитонита - безопасность и радикальность контроля источника инфекции.

Таким образом, лапароскопия при перитоните представляет собой не просто альтернативный доступ, а комплексную лечебно-диагностическую технологию. Её эффективность определяется сочетанием трёх условий: правильный отбор пациента, технически полноценное устранение источника инфекции и адекватное послеоперационное наблюдение. При соблюдении этих условий метод позволяет снизить частоту осложнений и улучшить функциональные результаты лечения.

Выводы:

1. Перитонит при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости требует раннего контроля источника инфекции, полно-

ценной санации брюшной полости и комплексного послеоперационного ведения.

2. Лапароскопический доступ при правильном отборе пациентов обеспечивает высокую диагностическую точность, позволяет устранить источник инфекции и выполнить адекватное дренирование при меньшей операционной травме.

3. Применение лапароскопических технологий ассоциируется со снижением частоты раневых осложнений, уменьшением выраженности послеоперационного болевого синдрома и более ранним восстановлением функции кишечника.

4. Основными условиями безопасности лапароскопического лечения являются стабильное состояние пациента, возможность полноценной визуализации, ограниченная или умеренная распространённость воспалительного процесса и готовность к своевременной конверсии.

5. Внедрение алгоритмизированного подхода к выбору лапароскопической тактики при перитоните позволяет повысить эффективность urgentной абдоминальной хирургии и улучшить ближайшие результаты лечения.

Литература:

1. Гельфанд Б.Р., Салтанов А.И. Интенсивная терапия в абдоминальной хирургии. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 560 с.
2. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.

3. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
4. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.
5. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
6. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением лапароскопических методов и рентген хирургии // Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.
7. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчнокаменной болезни у больных пожилого старческого возраста // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.
8. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста // Finland, Helsinki international scientific online conference. "Sustainability of education socioeconomic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.
9. Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет // Finland, Helsinki international scientific online conference. "Sustainability of education socioeconomic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27-28.
10. Ризаев Э. А. и др. The Effectiveness of Staged Surgical Tactics for the Treatment of Complicated Forms of Cholelithiasis in Elderly and Senile Patients // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2023. – №. 13. – С. 5.
11. Ризаев Э. А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов // Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.
12. Di Saverio S., Birindelli A., Kelly M.D. WSES guidelines for management of perforated peptic ulcer // World Journal of Emergency Surgery. – 2019. – Vol. 14. – P. 35–47.
13. Ellis H., Mahadevan V. Clinical Anatomy: Applied Anatomy for Students and Junior Doctors. – Oxford: Wiley-Blackwell, 2013. – 488 p.
14. Kirkpatrick A.W., Roberts D.J. Intra-abdominal infection and sepsis // Critical Care Clinics. – 2017. – Vol. 33. – P. 111–125.
15. Leppaniemi A., Tolonen M. Severe secondary peritonitis // Scandinavian Journal of Surgery. – 2019. – Vol. 108. – P. 30–36.
16. Mazuski J.E., Tessier J.M. Management of complicated intra-abdominal infections // Surgical Clinics of North America. – 2018. – Vol. 98. – P. 1125–1140.
17. Sartelli M., Catena F., Abu-Zidan F.M. Management of intra-abdominal infections // World Journal of Emergency Surgery. – 2017. – Vol. 12. – P. 29–45.
18. Sartelli M., Kluger Y., Ansaloni L. Global guidelines for the management of intra-abdominal infections // World Journal of Emergency Surgery. – 2017. – Vol. 12. – P. 29–45.
19. Solomkin J.S., Mazuski J.E. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection // Clinical Infectious Diseases. – 2018. – Vol. 67. – P. 286–294.
20. Townsend C.M., Beauchamp R.D., Evers B.M., Mattox K.L. Sabiston Textbook of Surgery. – 21st ed. – Philadelphia: Elsevier, 2021. – 2140 p.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Абдусаломов И.И., Авазов А.А.

Резюме. Цель исследования - расширенно оценить клиническую значимость лапароскопических технологий в лечении перитонита при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и обосновать их роль в снижении операционной травмы, частоты осложнений и сроков восстановления пациентов. В статье представлен научно-аналитический материал, основанный на клинических наблюдениях, оценке современных подходов к санации брюшной полости, устранению источника инфекции и послеоперационному ведению больных. Показано, что лапароскопический доступ при правильном отборе пациентов обеспечивает полноценную ревизию брюшной полости, раннюю диагностику источника перитонита, адекватную санацию, уменьшение болевого синдрома, снижение частоты гнойно-воспалительных осложнений и более раннюю активизацию. Отдельно подчеркнута необходимость строгой стратификации риска и готовности к своевременной конверсии при распространённом процессе, технических трудностях или невозможности безопасной визуализации.

Ключевые слова: перитонит, лапароскопия, ургентная абдоминальная хирургия, санация брюшной полости, минимально инвазивная хирургия, внутрибрюшная инфекция.