



Сафоев Бакоди́р Барноевич, Раджабов Во́хид Бафоевич, Ярикулов Шухрат Шокирович  
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

### ДИФфуЗ ПЕРИТОНИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Сафоев Бакоди́р Барноевич, Раджабов Во́хид Бафоевич, Ярикулов Шухрат Шокирович  
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

### EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS

Safiev Bakodir Barnoevich, Radjabov Vohid Bafoevich, Yarikulov Shukhrat Shokirovich  
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: [bsafoyev@mail.ru](mailto:bsafoyev@mail.ru), [vokhidrajabov84@gmail.com](mailto:vokhidrajabov84@gmail.com)

**Резюме.** Бугунги кунга келиб, диффуз перитонитни таъхислаш ва даволашда эришилган муваффақиятларга қарамай, ўлим даражаси юқори бўлиб қолмоқда – яъни 25-30% таъхил этади. Перитонит кўпгина ҳолатларда полиорган етишмовчилиги ривожланиши билан ўлим даражаси 90% гача кўтарилади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади диффуз перитонит билан оғриган беморларни даволашнинг анъанавий усуллари самарадорлигини ўрганишдан иборат. Илмий иш РИШТТЎИМ Бухоро филиалида даволанган диффуз перитонит билан касалланган 57 нафар беморларни 2018 йилдан 2023 йилгача жарроҳлик бўлимида даволанган беморлар даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган.

**Калит сўзлар:** диффуз перитонит, лапаротомия, дренаж, постаппендикуляр перитонит, гинекологик перитонит, геморрагик перитонит, сийдикли перитонити.

**Abstract.** To date, despite the success achieved in the diagnosis and treatment of common peritonitis, the mortality rate continues to be high - 25-30%, and with the development of multiple organ failure, the mortality rate rises to 90%. The purpose of this study is to study the effectiveness of traditional methods of treatment of patients with diffuse peritonitis. The scientific work is based on the analysis of the results of surgical treatment of 57 patients with diffuse peritonitis who were treated in the Bukhara department of the RNCMP from 2018 to 2023.

**Keywords:** diffuse peritonitis, laparotomy, drainage, postappendicular peritonitis, gynecological peritonitis, hemorrhagic peritonitis, urinary peritonitis.

**Актуальность.** До настоящего времени перитонит остаётся одной из главных причин смерти больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. По данным В.С. Савельева с соавт. [6, 11] около 15-20% больных острой хирургической патологией органов брюшной полости поступают в хирургические отделения с признаками местного или разлитого перитонита. Чаще всего разлитой гнойный перитонит развивается вследствие запоздалого обращения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Что касается непосредственных причин перитонита, то их частота и структура на протяжении длительного времени остаётся достаточно стабиль-

ными. Согласно имеющимся многочисленным данным, среди хирургической патологии наиболее часто к развитию перитонита приводит перфорация полого органа: желудка и двенадцатиперстной кишки около 30%, деструктивный аппендицит – более 20%, поражения толстой кишки – 20-25%, тонкой кишки – порядка 15% [3, 6, 8].

Мужчины с перитонитом поступают чаще (около 60-65%). Возраст пациентов колеблется от 15 до 88 лет. Удельный вес больных старше 60 лет составляет порядка 30-40% [8, 13]. Пациенты старше 65 лет имеют тройной увеличенный риск развития распространённого перитонита и сепсиса от гангренозного перфоративного аппендицита,

прободения дивертикулов толстой кишки, чем более молодые пациенты [12- 14].

В целом, имеющиеся результаты проведенных исследований предполагают, что связанные с организмом факторы, влияют на исход заболевания более значительно, чем тип и источник инфекции [5, 13]. Несмотря на то, что уже в течение более 100 лет проблеме перитонита уделяется самое большое внимание со стороны хирургов всего мира, летальность при разлитом гнойном перитоните остается практически неизменной и колеблется от 4,5% до 58% и выше. При тяжелых формах перитонита смертность может увеличиться больше, чем 30-50 %. Параллельное развитие сепсиса, септического шока, полиорганной недостаточности увеличивает летальность до уровня 70% и более [11]. На основе исследований было выяснено, что вне зависимости от формы перитонита, наиболее эффективным методом его лечения является хирургическое вмешательство.

Целью исследования является изучить эффективность традиционных методов лечения больных с диффузным перитонитом.

**Материал и методы.** Научная работа основана на анализе результатов хирургического ле-

чения 57 больных с диффузным перитонитом находившихся на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП с 2018 по 2023 годы. По возрасту встречались больные от 19 до 77 лет, средний возраст больных составил 37,2 лет.

По этиологическому фактору из них 23 (40,3%) были постаппендикулярным перитонитом, 9 (15,7%) пациенты гинекологическим перитонитом, 7 (12,7%) больные поступили с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки осложненным диффузным перитонитом, у 6 (10,5%) больным отмечались каловый перитонит, у 5 (8,7%) больным геморрагический перитонит, 4 (7,1%) больные поступили мочевым перитонитом, в 3 (5,2%) наблюдениях пациенты были желчным перитонитом.

Следует отметить, для сохранения синхронности различных групп больных, с учётом особенности течения перитонита больных сопутствующими заболеваниями таких как сахарный диабет, ХПН и цирроз печени, а также больные послеоперационным перитонитом не было включены в группы исследования.

Большинство больные поступили в течение первых суток (табл. 1).

**Таблица 1.** Распределения больных по этиологическому фактору и по срокам поступления от начала заболевания

№	Этиологические факторы	Всего	Сутки		
			1 сутки	2 сутки	3 сутки
1	Аппендикулярный перитонит	23	5 (21,7%)	16 (69,5%)	2 (8,9%)
2	Гинекологический перитонит	9	5 (55,5%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)
3	Перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	7	7 (100%)	-	-
4	Каловый перитонит	6	4 (66,6%)	2 (33,3%)	-
5	Геморрагический перитонит	5	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)
6	Мочевой перитонит	4	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
7	Желчный перитонит	3	3 (100%)	-	-
	Всего:	57	28 (49,1%)	23 (40,3)	6 (10,5%)

**Таблица 2.** Частота выявленных симптомов перитонита

№	Симптом	Число наблюдения симптомов
1.	Резкая усиливающаяся боль в животе	57 (100%)
2.	Лихорадка	48 (84,2%)
3.	Усиление боли при движениях	52 (91,2%)
4.	Тошнота и рвота, не приносящие облегчения	17 (29,8%)
5.	Напряжение мышц передней брюшной стенки	57 (100%)
6.	Резкая болезненность при надавливании на переднюю брюшную стенку	57 (100%)
7.	Симптом Менделя	28 (49,1%)
8.	Симптом Воскресенского	46 (80,7%)
9.	Симптом Щёткина - Блюмберга	57 (100%)
10.	Симптом мнимого благополучия	5 (8,7%)

Как показывает таблица 1, из 57 обследованных больных острым диффузным перитонитом у 28 (49,1%) больные поступили в течение первых суток от начала заболевания, 23 (40,3%) больные на вторые сутки в течении 48 часов от начала заболевания и 6 (10,5%) больные поступили в клинику в течение трех суток (до 72 часов) от начала заболевания.

При поступлении больных для установления диагноза, акцентировали внимание на анамнез заболевания, объективные и субъективные данные и на результаты клиничко-лабораторных исследований. При сборе анамнеза заболевания обратили внимания на наличие хронических заболеваний, которые могут привести к развитию острого перитонита как осложнения. Также внимательно изучали характер появления и развитие болевых симптомов. Для точного дифференциального диагноза изучали наличия сопутствующих заболеваний, имитирующие симптомы острого перитонита. При необходимости проводили УЗИ брюшной полости. При объективном осмотре больных изучались наличие симптомов раздражения брюшины и другие симптомы, характерный для перитонита (табл. 2).

По данным таблицы 2, характерные симптомы для перитонита резкая усиливающаяся боль в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при надавливании на переднюю брюшную стенку, симптом Щёткина - Блюмберга наблюдались у всех обследованных больных. Остальные симптомы кроме симптома «мнимого благополучия» который встречался у больных с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдались большинство обследованных пациентов.

При объективной оценке тяжести состояние

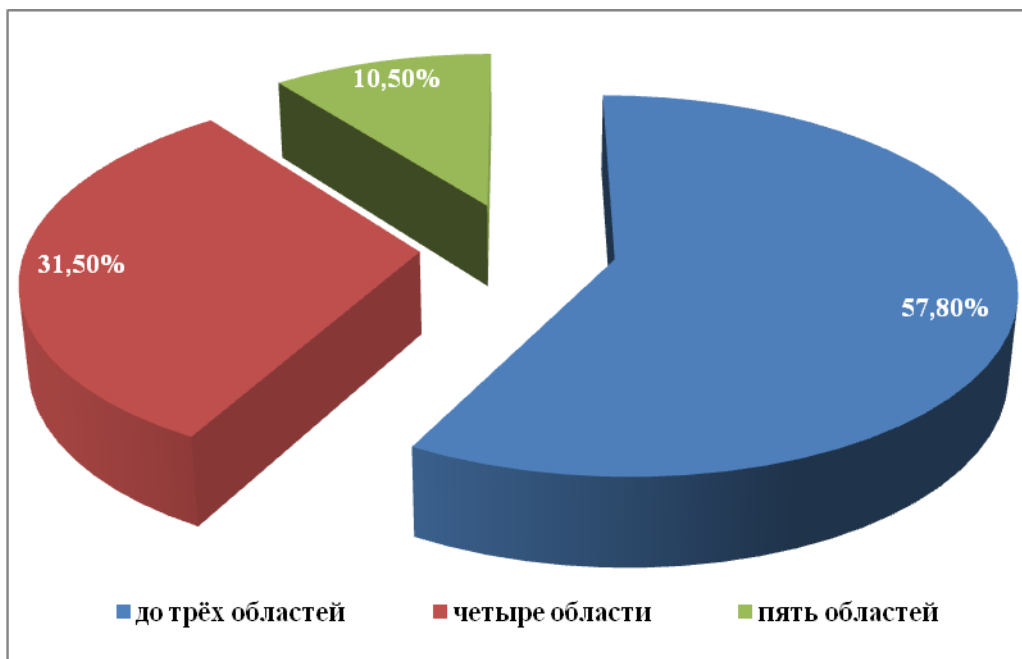
обследованных больных перитонитом мы использовали Мангеймский индекс перитонита (МИП) (1987). Который состоит из восьми факторов риска, оценки в баллах от 0 до 12, при этом значения индекса могут находиться в пределах от 0 до 47 баллов.

**Результаты и их обсуждение.** Всем больным в день поступления для установления диагноза проводились объективные и лабораторные исследований при необходимости УЗИ и рентгенологические исследования. После установления диагноза проводились кратковременное (в течение 1-2 часа) предоперационная подготовка, которая включала в себя инфузионную, детоксикационную терапию с использованием физиологического раствора, минералов и реосорбилакта с учетом показания до 1 литра. По следующим под общим обезболиванием проводились срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, уточнения источника перитонита, выявления распространённости площади перитонита в брюшной полости. Дальнейшая хирургическая тактика было направлена к ликвидации источника поражения диффузного перитонита, санация и дренирования брюшной полости. Как было выше отмечено, дренирования брюшной полости выполнялись с тремя силиконовыми дренажами: один верхний в области подреберья и две дренажи в малом тазу с лево и справа.

При выборе доступа учитывали локализации источника перитонита. При необходимости первичный доступ расширили верх или вниз. Как видно из таблицы 3, верхнесрединная доступ использован основном при перфорации язва желудка и двенадцатиперстной кишки в 5 (71,4%) случаях и при желчном перитоните 2 (66,6%) больным.

**Таблица 3.** Распределения больных по оперативному доступу

№	Этиологические факторы	Всего	Доступ			
			верхнесрединный	средне-срединный	нижесрединный	срединная
1	Аппендикулярный перитонит	23	-	21 (91,3%)	2 (8,6%)	-
2	Гинекологический перитонит	9	-	5 (55,5%)	4 (45,5%)	-
3	Перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	7	5 (71,4%)	-	-	2 (28,5%)
4	Каловый перитонит	6	-	4 (66,6%)	2 (33,3%)	-
5	Геморрагический перитонит	5	-	3 (60%)	-	2 (40%)
6	Мочевой перитонит	4	-	1 (25%)	3 (75%)	-
7	Желчный перитонит	3	2 (66,6%)	-	-	1 (33,3%)
	Всего:	57	7 (12,8%)	34 (59,6%)	11 (19,2%)	5 (8,7%)



**Рис. 1.** Распространение воспалительного процесса в области брюшины

В большинство случаев использован нижнесрединный доступ - 34 (59,6%) больным: - при аппендикулярном перитоните - 23, при гинекологическом перитоните - 5, при каловом перитоните - 4, при геморрагическом перитоните - 3 и при мочевом перитоните нижнесрединный лапаротомный доступ применен в 1 случаи.

У 11 (19,2%) пациентов использован нижнесрединный лапаротомный доступ, из них у 2-х был перитонит аппендикулярной этиологии, 4 больных с гинекологическим перитонитом, в 2-х случаях каловым перитонитом и у 3-х больных с мочевой перитонитом.

Средне - срединный лапаротомный доступ использована у 5 (8,7%) больных, которые были с источниками перитонита перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и геморрагическим перитонитом в 2-х наблюдениях и в одном случаях с желчном перитонитом.

Хирургический этап операции - ликвидация очага источника перитонита из 57 больных контрольной группы у 23 (40,3%) пациентов были направлены на ликвидацию деструктивного аппендикулярного отростка. У 9 (15,7%) больных ликвидация внематочный беременности. У 7 (12,2%) пациентов иссечение и ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (у 5 больных ушивание перфоративной язвы желудка, у 2-х больных иссечение раны с использованием пилоропластики по Джадду).

У 6 (10,5%) больных было выполнена ушивание поврежденной стенки кишечника (у 4 больных стенки толстого кишечника, у 2 больных стенки тонкого кишечника). Из 9 больных с геморрагическим перитонитом, из них у 7-х больных причиной внутрибрюшного кровотечения были повреждения паренхиматозных органов

вследствие травмы, в 2-х случаях разрывы брыжейки, которые ушиты на этапе операции кетгутowymi швами.

У 4 (7,01%) больных поврежденными стенками мочевого пузыря выполнена ушивание поврежденной части мочевого пузыря.

В 3-х случаях производилась удаление желчного пузыря (в 2-х случаях деструктивный холецистит, в 1-м случае травматическое повреждение стенки желчного пузыря).

Следующим этапом хирургической операции явилась санация инфицированной брюшной полости. При этом старались не распространять имеющуюся инфекцию брюшной полости в не вовлеченную область. Для этого если процесс был локализован в области малого таза с малыми порциями раствора (физиологический раствор натрия хлора, фурацилин, с добавлением антибиотиков), промывали дно малого таза и брюшную полость вовлеченную к процессу перитонита. Если диффузный перитонит расположен в средних и верхних областях брюшной полости, проводили санацию области поражения с помощью сухими стерильными тампонами, в последующем санировали влажными тампонами, пропитанной раствором антисептиков.

Следует отметить из 57 обследованных больных у 33 (57,8%) перитонит был распространен до трех областей, у 18 (31,5%) четыре области, у 6 (10,5%) пять областей брюшной полости были вовлечены в воспалительный процесс б (рис. 1).

Изучая характер выделения брюшной полости у больных выявили, что у 36 (63,1%) пациентов было гнойное выделение, у 5 (8,7%) геморрагическое, у 3 (5,2%) желчное и у 13 (22,8%) пациентов отмечалось серозно-мутное выделение.

После полного убеждения качественной ликвидации источника перитонита и санации брюшной полости, проводилось дренирование брюшной полости с тремя стерильными силиконовыми дренажами диаметром просвета до 0,3 см. С учётом локализации процесса в брюшной полости верхний дренаж установили справа или слева в подреберья по передней подмышечной линии (linea axillaris anterior). Нижняя дренажная трубка слева была установлена в малый таз, справа нижняя дренажная трубка была подведена ко дну дугласового пространства. Интраоперационно и в первые сутки послеоперационного периода до выявления результатов бактериологического исследования жидкости брюшной полости, применяли антибиотики широкого спектра действия (Сульбактам или Цефалперазон). После выявления чувствительности, антибиотики назначили с учётом чувствительности микрофлоры. При этом учитывали результаты пробы индивидуальной непереносимости, которые проводились до операционного периода.

При ведении больных контрольной группы в послеоперационном периоде обращали внима-

ние на объективные и субъективные данные и динамику клиничко – лабораторных данных, особенно показателей интоксикации организма.

Учитывали динамику уменьшения и исчезновения локальных болевых симптомов, связанное раздражением брюшины. Обращали внимание на наличия или отсутствия перистальтики кишечника, сроки появления перистальтики кишечника.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с диффузным перитонитом выявили нижеследующие интересные моменты (табл. 4). Как видно из таблицы 4, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем  $39,3 \pm 0,46^\circ\text{C}$ . Содержание лейкоцитов крови было равно в среднем  $9,7 \pm 0,21 \times 10^9/\text{л}$ . Объем средних молекул составил в среднем  $0,196 \pm 0,01$  ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ и СОЭ.

На третьи сутки лечения отмечено незначительное снижение показателей температуры тела от  $39,3 \pm 0,46$  до  $37,1 \pm 0,21$  количество лейкоцитов крови снизилось в среднем до  $7,3 \pm 0,36 \times 10^9/\text{л}$ .

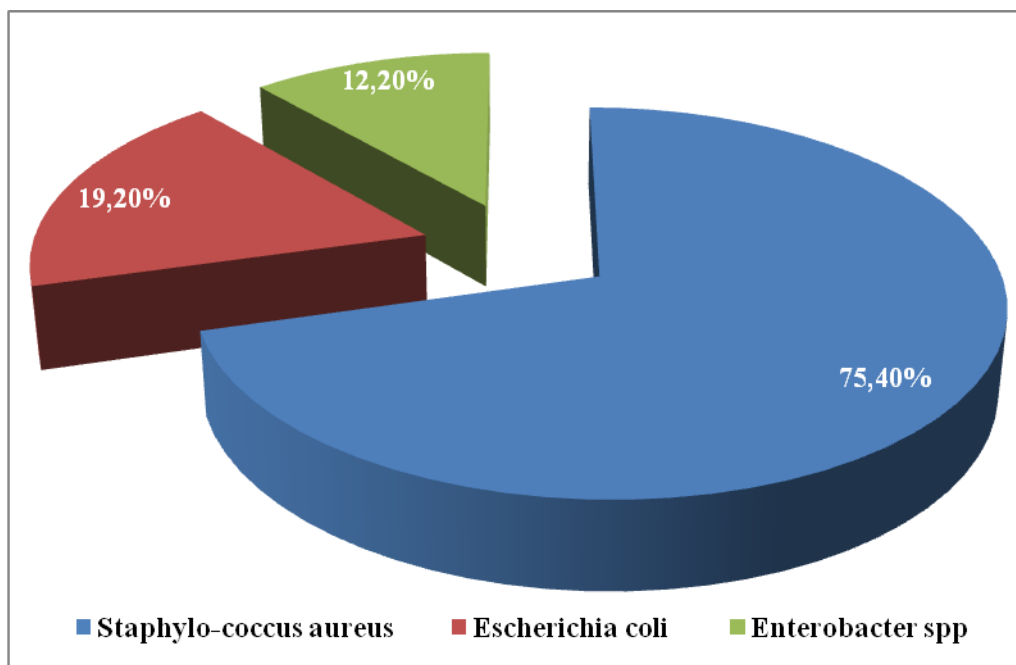


Рис. 2. Частота встречаемости микрофлоры из выделения брюшной полости

Таблица 4. Динамика показателей интоксикации у больных диффузным перитонитом (n=57)

Показатели	Время наблюдения			
	день поступления	3 день	5 день	7 день
t <sup>0</sup> тела	$39,3 \pm 0,46$	$37,1 \pm 0,21^*$	$36,8 \pm 0,31^*$	$36,6 \pm 0,19$
L крови $\times 10^9/\text{л}$	$9,7 \pm 0,21$	$7,3 \pm 0,36^*$	$6,7 \pm 0,11$	$6,1 \pm 0,15$
МСМ ед	$0,196 \pm 0,01$	$0,142 \pm 0,005^{**}$	$0,128 \pm 0,009$	$0,118 \pm 0,009^{**}$
ЛИИ ед	$2,2 \pm 0,07$	$1,4 \pm 0,06^*$	$1,2 \pm 0,04$	$1,1 \pm 0,05$
СОЭ мм/ч	$39,9 \pm 1,56$	$33,8 \pm 1,22^*$	$22,1 \pm 1,07^{***}$	$16,7 \pm 1,3^{**}$

Примечание: \* - различия относительно данных предыдущих суток значимы (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )

**Таблица 5.** Сроки появления перистальтики кишечника больных контрольной группы

Показатель		1 сутка	2 сутка	3 сутка	5 сутка	7 сутка	9 сутка
Перистальтика кишечника	-	23 (40,3%)	17 (29,8%)	7 (12,2%)	5 (8,7%)	4 (7,0%)	1 (1,7%)
	+	24 (59,7%)	40 (70,1%)	50 (87,7%)	52 (91,2%)	53 (92,9%)	55 (96,4%)

Объем средних молекул составил в среднем  $0,142 \pm 0,005$  ед. Отмечалось понижение показателей ЛИИ и СОЭ до  $1,4 \pm 0,06$  и  $33,8 \pm 1,22$  соответственно.

На пятые сутки лечения у больных группы сравнения с диффузным перитонитом показатель температуры тела составило  $36,8 \pm 0,31^\circ\text{C}$ . При этом по всем показателям интоксикации организма: L, МСМ, ЛИИ и СОЭ крови также отмечалось их дальнейшее снижение, то есть наметилась тенденция к нормализации –  $6,7 \pm 0,11$ ;  $0,128 \pm 0,009$ ;  $1,2 \pm 0,04$ ;  $22,1 \pm 1,07$  соответственно.

Как известно наличие пареза кишечника и восстановление перистальтики кишечника является главным критериям оценки состояния перитонита.

Как видно из таблица 5 из 57 обследованных больных с диффузным перитонитом в день поступления 40,3% наблюдениях отмечались клиника пареза кишечника с полным отсутствием перистальтики. У 59,7% пациентов отмечалась слабая или усиленная перистальтика кишечника. В послеоперационном периоде, комплекс лечения включало в себя стимуляцию перистальтику кишечника. С целью стимуляции кишечника по показаниям применяли прозерин подкожно - 1-2 мг 1-2 раза/сутки начиная со второй сутки после операции.

Из 23 больных, у которых отмечалась паралитическая кишечная непроходимость, у 6 (26%) больных на вторые сутки лечения появились признаки восстановления перистальтики кишечника, которые выслушивались при аускультации и отхождением газов.

В динамике на 5 сутки лечения из 23 больных у 19 (82,6%) кишечная перистальтика восстановилась. У 4 (17,3%) больных, то есть 7,0% от общего числа 57 больных контрольной группы к 5 суткам лечения перистальтика не восстановилась, так как при послеоперационном динамическом наблюдении на 3-5 сутки лечения у этих больных выявлена клиника послеоперационного вялотекущего перитонита, которым потребовалась релапаратомия, санация и дренирование брюшной полости четырьмя дренажами. Проводился перитонеальный лаваж и диализ.

На фоне комплексного лечения в послеоперационной периоде из четырёх больных осложненной вялотекущим перитонитом у трех пациентов перистальтика кишечника восстановилась к 7 суткам лечения. У одного больного (1,7%) не-

смотря на проведение комплексного традиционного лечения завершилась летальным исходом на 10 сутки. Следуют отметить, что умерший больной пожилого возраста (63 год), коморбиной патологией поступил желчным перитонитом.

Во время операции из четырёх больных, которым проводилась релапаратомия по поводу вялотекущего перитонита у 3-х (5,2%) выявлены межпетлевые абсцессы, накоплением мутной, гнойной жидкости между петлями кишечника, которые были интероперационно санированы.

Из 57 обследованных у 5 (8,7%) пациентов в послеоперационном периоде отмечалось осложнение в виде нагноения послеоперационной раны. Из них в двух случаях отмечалось выделение серомы из подкожного слоя, а у трех больных было гнойное выделение из подкожного слоя при снятии швов над воспалительным процессом. После соответствующего местного лечения (санация, раствором 25% ного димексида, нанесение мази левамикол) в течение 2-3 суток рана очистилась от инфекции, которая перешла на вторую фазу раневого процесса. Наложены вторичные швы. Средняя продолжительность стационарного лечения больных контрольной группы составило  $12,5 \pm 1,7$  дней.

**Заключение.** Таким образом, анализ результатов исследования больных диффузным перитонитом выявили следующее интересные моменты:

- при диффузном перитоните до 40,3% наблюдается парез кишечника, при которой после традиционных методов лечения и отсутствия осложнения вялотекущего перитонита к 5-6 суткам перистальтика кишечника восстанавливается, что совпадает сроком купирования перитонита.

- при традиционном методе лечения диффузного перитонита до 7% случаев осложняется вялотекущим разлитым перитонитом, которая требует вынужденную релапаратомию по жизненным показаниям. В 5,2% случаев отмечается осложнение в виде межпетлевого абсцесса. Летальность при этом составляет до 1,7%.

- при традиционном методе лечения больных в контрольной группе средняя продолжительность стационарного лечения составляет  $12,5 \pm 1,7$  дней.

Такие неудовлетворительные результаты мотивирует совершенствования и разработки новых методов лечения больных диффузным перитонитом. Адекватное интраоперационное и по-

слеоперационное дренирование, санация и местная антибактериальная терапия имеет важное место среди положительно влияющих факторов на исход лечения больных диффузным перитонитом.

#### Литература:

1. Гостищев В.К. Распространенный гнойный перитонит: комплексный подход к лечению / В.К. Гостищев // Врач. - 2001. - № 6. - С. 32–37.
2. Мильков Б.О. Метод санации брюшной полости при разлитом гнойном перитоните / Б.О. Мильков, Ф.Г. Кулачек, Н.А. Смирнова и др // Клиническая хирургия. 1985. - № 2. С. 60–61.
3. Гостищев В.К. Перитонит / В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. - 240 с.
4. Гуманенко Е.К. Тактика «Damage control» при боевых повреждениях живота / Е.К. Гуманенко, В.В. Бояринцев, С.В. Гаврилин // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии» (5–7 октября 2005 г. Ростов-на-Дону). - Ростов н/Д., 2005. - С. 16.
11. Соколов В.А. Damage control - современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой / В.А. Соколов // Вестн. травматол. и ортопедии. 2005; 1. С. 81–84
12. Ярикулов, Ш., Раджабов, В. (2023). Способы санации брюшной полости при распространенных формах перитонита. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 3 (6 Part 2), 95–102.
13. Sh.Sh. Yarikulov, A.I. Radjabov – Modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 years of age //New Day in Medicine 2023 6(56): 64-72
14. Safoev B.B, Turdiev H.K, Yarikulov Sh.Sh, & Ubaidullaev B.B. (2022). Research methods for diagnosing like COVID - 19 on the background of pneumoniaand. World Bulletin of Public Health, 16, 81-86.
15. B.B. Safoev, & H.K. Turdiev. (2022). Clinical and laboratory results of patients with lung abscess on the background of conservative treatment. European Scholar Journal, 3(11), 30-34.
16. R.R.Arashov, & Sh.Sh.Yarikulov. (2022). Comparative evaluation of the outcome of treatment of patients with cavity liver formation with a simple and complex subdiaphragmal position. World Bulletin of Public Health, 13, 55-62.
17. Radjabov Vohit Bafoeyevich, & Yarikulov Shukhrat Shokirovich. (2022). Modern approaches to abdominal drainage in diffuse peritonitis. World Bulletin of Public Health, 13, 50-54.
18. P. P. Arashov, & Sh. Sh. Yarikulov. (2022). Особенности хирургического лечения больных полостными образованиями печени при сложных внутривеночных расположениях. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 6, 30–38.
19. Барноевич, Сафоев Б. и Ярикулов Шухрат Шокирович. «Влияние различных доз ультрафиолетовых лучей на устойчивость патогенных микроорганизмов в эксперименте (in vitro)». Журнал NX, том. 7, нет. 06, 2021, стр. 285-290
20. Ш.Ш. Ярикулов. Влияние различных концентраций раствора диметилсульфоксида на чувствительности к антибиотикам патогенных микроорганизмов в эксперименте. Тиббиётда янги кун. № 4–33-2020.–С. 153–155. Бухоро-2020
21. Ш.Ш. Ярикулов, А.К. Хасанов, И.Ш. Мухаммадиев. Пути снижения резистентности микрофлоры к антибиотикам при лечении гнойных ран - Тиббиётда янги кун-Бухоро, 2020. (3) №. 31 с. 156-160.
22. Vafoyeva, S. Yarikulov, Sh. (2023). Results of treatment of patients with liver cavities. International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 3(6), 204–209.
23. Арашов Р. Р., Ярикулов Ш. Ш. усовершенствованный хирургического лечения больных с полостными образований печени //Ustozlar uchun. – 2023. – Т. 19. – №. 1. – С. 257-263.
24. Sh S. Yarikulov, AI Radjabov–Modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 years of age. New Day in Medicine. 2023;6(56) p.64-72.

#### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Сафоев Б.Б., Раджабов В.Б., Ярикулов Ш.Ш.

**Резюме.** На сегодняшний день, несмотря на достигнутый успех в диагностике и лечении распространенного перитонита, летальность продолжает оставаться высокой - 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности уровень смертности повышается до 90%. Целью данного исследования является изучить эффективность традиционных методов лечения больных с диффузным перитонитом. Научная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 57 больных с диффузным перитонитом находившихся на стационарном лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП с 2018 по 2023 годы.

**Ключевые слова:** диффузный перитонит, лапаротомия, дренирование, посттаппендикулярный перитонит, гинекологический перитонит, геморрагический перитонит, мочево́й перитонит.