

КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

Ш.Н. Кодиров, А.А. Йўлдашев,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме:

Лечение острого перитонита одна из актуальных проблем в экстренной хирургии. В настоящее время во многих клиниках при выполнении экстренных хирургических вмешательств при гнойном перитоните, стандартной методикой, антибиотикотерапией является применение минимум двух препаратов цефалоспорины III поколения и санация брюшной полости раствором фурацилином.

Ключевые слова: декасан, кишечная непроходимость, перитонит, антибиотикотерапия.

ПЕРИТОНИТ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ИЧАК ТУТИЛИШИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Ш.Н. Қодиров, А.А. Йўлдашев,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ўткир перитонитни даволаш шошилини жарроҳликнинг долзарб муаммоларидан саналади. Ҳозирги пайтда кўплаб клиник шифохоналарда йирингли перитонитни шошилини жарроҳлик йўли билан даволашда стандарт усулларда, камида икки турдаги III-авлод цефалоспорин гуруҳидаги антибиотик дори препаратини қўлаш ва қорин бўшлиғини фурацилин билан санация қилиш орқали даволанмоқда.

Калит сўзлар: декасан, ичак тутилиши, перитонит, антибиотиклар билан даволаш.

COMPREHENSIVE TREATMENT OF INTESTINAL NONECUTITY BY COMPLICATED PERITONITE

Kodirov Sh.N., Yuldashev A.A.,

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

Treatment of acute peritonitis is one of the urgent problems in emergency surgery. Currently, in many clinics in the implementation of emergency surgical procedures for purulent peritonitis, a standard procedure, antibiotic therapy is the use of a minimum of two preparations of cephalosporin of the third generation and sanitation of the abdominal cavity with furicillin.

Key words: decasane, intestinal obstruction, peritonitis, antibiotic therapy.

Актуальность

Материал и методы

Лечение острого перитонита одна из актуальных проблем в экстренной хирургии. В настоящее время во многих клиниках при выполнении экстренных хирургических вмешательств при гнойном перитоните, стандартной методикой, антибиотикотерапией является применение минимум двух препаратов цефалоспорины III поколения и санация брюшной полости раствором фурацилином [4,7]. Указанные режимы терапии не лишены недостатков, прежде всего - связанных с необходимостью частого введения препаратов. Кроме того, в последние годы их эффективность снизилась в результате устойчивости выделенных микроорганизмов, к этим антибиотикам. Поэтому в клинической практике часто назначают комбинации трех, а иногда четырех антибактериальных препаратов одновременно [1,3,5].

Анализ эффективности различных схем антибиотикотерапии показывает, при эмпирическом подходе, успех стартовой терапии достигается более, чем в 65-75% случаях [2,4].

Цель исследования - улучшить результат в комплексном лечении распространенного перитонита путем применением для санации брюшной полости раствором декасана.

Нами проведена лимфотропная монотерапия супрозоном и сорбентом КАУ у 89 больных с кишечной непроходимостью различного генеза, осложненной перитонитом (у 24- местной гнойной, у 46 - разлитой серозно-фибринозной, у 19 - разлитой гнойной). Следует отметить, что при продолжающемся перитоните релапаротомия сделана 2 больной. У 87 больных послеоперационный период был без осложнений. Кроме того в 56 случаях удалось ограничиться 7 дневным курсом терапии при отсутствии необходимости в назначении препаратов, восстанавливающих кишечную флору.

Результаты и обсуждения

Как уже говорилось, в нашей клинике при гнойном перитоните применяется антибиотикотерапия в составе цефалоспорины III поколения и раствор декасана. Прием цефтриаксона 2.0 в течение 7-10 суток и метронидазол 300 мл в течение 5 суток. В 80-90% случаев как схема, признана достаточной, и необходимости в смене антибиотика или повторных хирургических вмешательств не возникало. Безусловно, имеется ввиду случай прогнозируемых заболеваний. В тяжелых случаях, как кишечная непроходимость осложненная разлитым гнойным перитонитом в комп-

лексном лечении применялось сочетание более мощных антибактериальных препаратов, таких как фторхинолон. В ряде случаев при прогнозируемой антибиотикотерапии, более 10 суток приходилось параллельно назначать флюканазол в дозе 150-300мг.

С появлением на фармацевтическом рынке супразона, стало возможным проведение лимфотропной монотерапии. Введением этого препарата в сочетании с санацией брюшной полости раствором декасан 1000 мл и сорбентом косточкового активированного угля (КАУ), который сменялся в 1 е - 3 й и 5 сутки с помощью лапароскопа раннее оставленного лапаропортой.

Во время операции в брыжейке тонкого кишечника оставили микроирригатор для лимфотропной терапии. После чего через микроирригатор один раз в день вводили в качестве лимфостимулятора новокаин 0.25%-20мл + гепарин 5000ед + фуросемид 1.0 и однократная доза супразона 1.0. Через раннее оставленную лапаропорту с помощью лапароскопа полость промывали раствором декасан и сменяли ранее оставленный сорбент (КАУ).

Применение лимфотропной антибиотикотерапии супразоном 1.0 в сочетании с санацией брюшной полости раствором декасан и адсорбентом косточковым активированным углем КАУ, с помощью лапароскопа показало высокую эффективность в сравнении с принятыми до сих пор схемами, антибиотикотерапии, при комплексном лечении больных с кишечной непроходимостью осложненной перитонитом. У пациентов, которые получили лимфотропно антибиотикотерапию в сочетании с санацией брюшной полости раствором декасан и КАУ не отмечено после операционных осложнений. Кроме того чрезвычайно перспективным является проведение лимфотропной монотерапии при которой препарат вводится 1 раз в сутки. Очень удобна лимфотропная антибиотикотерапия проводимая через раннее установленный микроирригатор. В большинстве развитых стран практически не используется внутримышечные введение антибиотиков.

Вывод

Таким образом, применение лимфотропной моно - антибиотикотерапии супразоном, в сочетании с санацией брюшной полости раствором декасан и адсорбентом КАУ с помощью лапароскопа улучшает лечение кишечной непроходимости осложненной перитонитом различного генеза, позволяет сократить смертность от данной патологии, уменьшает число послеоперационных осложнений и улучшает результаты лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции. Под ред. В.С.Савельева. и Б.Р. Гельфанда. М 2003 с 185.
2. Буянов В.М., Перминова Г.И., Камаев С.А. Послеоперационная лапароскопия в диагностике и лечении ранних абдоминальных осложнений. Клин хир 1983. с 45-48.
3. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З. и др. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции. М. Зеркало М. 2000 с 144.
4. Лобаков А.И., Захаров Ю.И. Филижанко В.П., Фомин А.М. Применение программированных лапароскопических санаций брюшной полости в лечении больных распространенным перитонитом. Международный хирургический конгресс " Новые технологии в хирургии" Ростов-на-Дону 2005; с 79.
5. Луцевич О.Э., Галлямов А.А., Синьков А.А., Тлстух М.П. Эндоскопическое лечение перитонита. Первый конгресс московских хирургов " Неотложная и специализированная хирургическая помощь" Тезисы докладов. М. 2005; 148-149.
6. Седов В.М., Лучкин В.В., Стрижелетский Г.М. и др. Программированная санация лапароскопия в лечении перитонита. Первый конгресс московских хирургов " Неотложная и специализированная хирургическая помощь" Тезисы докладов. М. 2005; 153-154.
7. Bosscha K., Hulstaer P.E., Visser M.R. Open management of the abdomen and planned reoperation in severe bacterial peritonitis. Eur J Surg 2000; 127; 2: 178-184.

Поступила 10.05. 2018