



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (49) 2022

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (49)

2022

ноябрь



Received: 10.10.2022
Accepted: 21.10.2022
Published: 10.11.2022

УДК 616.348-003-08-01

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Рузиев А.Э.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан.

✓ Резюме

Цель работы: улучшить результаты лечения оперированных больных при абдоминальной хирургической патологии применением в комплексе лечения эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде.

Материал и методы: проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и острого распространённого перитонита различного генеза больных, находившихся в клинике Андижанского государственного медицинского института за период с 2011 по 2021 годы. Пациенты были разделены на две группы: в контрольную группу включены пациенты (n=93), получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, а пациентам основной группы (n=98) в комплекс лечения добавлена эндомезентериальная лимфотропная терапия.

Результаты: анализ эндомезентериальной лимфотропной терапии при абдоминальной хирургической патологии в послеоперационном периоде показывает, что применение этого метода способствует быстрейшему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта. При этом на 2-е сутки возобновляется перистальтика кишечника и отхождение газа на 3-сутки, в отличие от больных контрольной группы, у которых восстанавливается функциональная способность желудочно-кишечного тракта на 4-5 сутки. Лейкоцитоз в крови больных основной группы достоверно снижается на 3-сутки, а у больных контрольной - на 6-сутки после операции.

Ключевые слова: острый перитонит, неспецифический язвенный колит, лимфотропная терапия.

ТУРЛИ АБДОМИНАЛ ЖАРРОҲЛИК ПАТОЛОГИЯСИДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН ЛИМФОТРОП ТЕРАПИЯ

Рузиев А.Э.

Бухоро давлат тиббиёт институтити, Ўзбекистон.

✓ Резюме

Ишнинг мақсади: қорин бўйлиги жарроҳлик патологияси билан касалланган беморларда операциядан кейинги давр даволаш комплексига эндомезентериал лимфотроп терапияни қўллаш орқали даволаш натижасини яхшилаш.

Материал ва услублар: 2011-2021 йиллар давомида Андижон давлат тиббиёт институти клиникасида, стационар шароитида ярали колит ва этиологик омиллари турлича бўлган ўткир тарқалган перитонит туфайли операция йўли билан даволанган беморларнинг даволаниш натижалари таҳлил қилинган. Барча беморлар икки гуруҳга бўлинган: биринчи – назорат гуруҳига операциядан кейинги даврда анъанавий усулда даволанган беморлар (n=93) ва иккинчи - асосий гуруҳга операциядан кейинги даврда



комплекс даволашга қўшимча эндомезентериал лимфотрон даволаш усули қўлланилган беморлар (n=98) киритилган.

Натижалар. Операциядан кейинги даврда комплекс даволашда лимфотрон терапия қўлланилган беморларда ичак перисталтикаси 2-кундан бошлаб тикланди. Назорат гуруҳидаги беморларда эса бу кўрсаткичлар 4-5 кунларда аниқланди. Асосий гуруҳидаги беморлар қони таркибида лейкоцитознинг мўтадил камайиши 3-кунда, назорат гуруҳидаги беморларда эса 5-кунда кузатилди. Интоксикациянинг лейкоцитар индекси асосий гуруҳ беморларида операциядан кейинги 3-4-кунда, назорат гуруҳидаги беморларда эса 7-кунда меърий кўрсаткичларга камайди. Шунингдек эритроцитларнинг чўкиш тезлиги асосий гуруҳ беморларида 4-кунда, назорат гуруҳидаги беморларда 6-7 кунда меърий кўрсаткичларга келди.

Калит сўзлар: ўткир перитонит, ярали колит, лимфотрон терапия.

IMPROVED METHOD OF LYMPHOTROPIC THERAPY FOR VARIOUS SURGICAL ABDOMINAL PATHOLOGIES IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

Ruziev A.E.

Buxara State Medical Institute, Uzbekistan.

✓ *Resume*

Purpose of work: to improve the results of treatment of operated patients with abdominal surgical pathology by using endomesenteric lymphotropic therapy in the complex of treatment in the postoperative period.

Material and methods: the analysis of the results of surgical treatment of ulcerative colitis and acute peritonitis of various genesis in patients who were in the clinic of the Andijan State Medical Institute for the period from 2011 to 2021. The patients were divided into two groups: the control group included patients (n=93) who received traditional methods of treatment in the postoperative period, and the patients in the main group (n=98) were added endomesenteric lymphotropic therapy to the treatment complex.

Results: analysis of endomesenteric lymphotropic therapy for abdominal surgical pathology in the postoperative period in a hospital setting shows that the use of this method contributes to the fastest restoration of the functions of the gastrointestinal tract. At the same time, on the 2nd day, intestinal peristalsis and gas discharge are resumed on the 3rd day, in contrast to the patients of the control group, in whom the functional ability of the gastrointestinal tract is restored on the 4th-5th day. Leukocytosis in the blood of patients of the main group significantly decreases on the 3rd day, and in the control patients - on the 6th day after the operation.

Key words: acute peritonitis, ulcerative colitis, lymphotropic therapy.

Актуальность

Несмотря на совершенствование методов диагностики и улучшения качества лечебных мероприятий, послеоперационные осложнения и летальность при остром распространённом перитоните (ОРП) остается высокой. Особенно высокая летальность наблюдается при развитии абдоминального сепсиса с развитием полиорганной недостаточности, достигая при этом от 18 до 37% случаев [1; 5; 9; 14].

Трудность решения проблемы перитонита, наряду с другими причинами состоит в том, что при лечении ОРП недостаточно корригируются такие факторы, как борьба с источниками интоксикации организма в послеоперационном периоде [2; 4; 12; 10].

Одним из наиболее неблагоприятных в прогностическом значении синдромов ОРП является – прогрессирующая эндогенная интоксикация организма, которая связана с очагом поражения в брюшной полости. Этот процесс способствует развитию функциональной кишечной недостаточности с транслокацией бактериальной флоры из кишечника в брюшную полость. Указанные факторы, прогрессируя и вовлекая в процесс органы и системы, являются причиной

глубоких метаболических расстройств организма, которые приводят к полиорганной недостаточности и летального исхода больного [4; 14].

В начальной стадии развития заболевания ведущую роль играет первичный очаг интоксикации, который часто возникает и развивается вследствие деструктивных изменений в органах брюшной полости. Таковым еще и является язвенный колит, этиологические факторы которого до сих пор не известны [3; 11; 12; 13; 14].

При абдоминальной хирургической патологии вторичным очагом является инфицирование лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства. На фоне этого в лимфатических узлах образуются микроабсцессы, которые в последующем способствуют усилению интоксикации организма. При этом в лимфатической системе органов брюшной полости больных отмечаются застойные явления, также способствующие усилению интоксикации организма. В свою очередь, все это негативно воздействует против инфекционные защитные механизмы кишечника, обеспечивающих барьерную функцию [1; 2; 6; 11; 12].

Третичный очаг интоксикации при ОРП различного генеза и язвенного колита является нарушение функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде, при котором вследствие развития интоксикации организма, может отмечаться динамическая кишечная непроходимость, которая еще больше усугубляет интоксикацию - эндотоксикоз организма [4; 5; 13].

Несмотря на полноценной ликвидации первичного очага инфекции, у большинства больных продолжается ухудшение состояния и нарастание степени интоксикации организма. Вопрос о целесообразности антибактериальной терапии даже при таком тяжелом течении ОРП и язвенного колита досихпор остается не решенным [6; 9; 11; 14].

Доказано, что одним из способов повышения эффективности антибактериальной терапии и коррекции иммунитета организма в целом при ОРП и язвенного колита является введение лекарственных препаратов в лимфатическую систему - эндолимфатически, либо лимфотропно [9; 11; 12].

Поиск и разработка новых методов адресной доставки лекарственных препаратов в органы-мишени являются актуальной проблемой современной медицины. Одним из таких методов является лимфотропная терапия, обеспечивающая создание в лимфатическом регионе очага поражения патологическим процессом достаточных и стабильных терапевтических концентраций лекарственных препаратов, следовательно, и в органе-мишени.

Цель работы: улучшить результаты лечения оперированных больных при различных абдоминальных хирургических патологий применяя в комплексе лечения эндомезентериальную лимфотропную терапию в послеоперационном периоде.

Материал и методы

проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и острого распространённого перитонита различного генеза больных, находившихся на стационарном лечении в клинике Андижанского государственного медицинского института за период с 2011 по 2021 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую – контрольную группу включены пациенты (n=93) получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, а пациентам во второй - основной группе (n=98) в комплекс лечения добавлена эндомезентериальная лимфотропная терапия.

Для того, чтобы оценить эффективность эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде, нами были проведены ряд экспериментальные опыты. Результаты этих опытов достоверно доказали эффективность нами усовершенствованного метода эндомезентериальной лимфотропной терапии с применением лимфостимуляции.

После лимфостимуляции лимфоотток в брыжейках кишечника резко улучшается, устраняя при этом лимфостаз в «лимфатическом коллекторе», который развивается на фоне воспалительного процесса. Это и является начальном звеном положительного эффекта применения лимфотропной терапии в послеоперационном периоде.

Причинами перитонита в основной группе больных (n=98), которым применялись эндомезентериальная лимфотропная терапия явились: острый деструктивный аппендицит у 29

больных (29,6 %), прободная язва желудка и 12-перстной кишки – у 18 больных (18,4 %), деструктивный холецистит – у 7 больных (7,1 %), гинекологические деструктивные заболевания – у 9 больных (9,2 %), острая кишечная непроходимость – у 5 больных (5,1 %). Сюда, в основную группу, еще вошли больные язвенным колитом в количестве 30 (30,6 %), которым также применен усовершенствованный метод лимфотропной терапии.

Наличие больших изменений в забрюшинном пространстве у больных с различными формами перитонита в виде инфильтрации, отека, набухания, гиперемии, гнойно-воспалительных изменений, а также у всех больных основной группы неспецифическим язвенным колитом явились показанием для включения в комплексное лечение эндомезентериальной лимфотропной терапии.

Всем больным основной группы после завершения основного этапа операции, интраоперационно, в брыжейку кишечника - эндомезентериально установили изобретенные нами полихлорвиниловый - специальный катетер в брыжейку кишечника для лимфотропной терапии в послеоперационном периоде и закрепили его при помощи тонкого кетгута в брыжейку кишечника (рис.1. А). Наружный конец катетера выводили из брюшной полости через контрапертуру и фиксировали его к коже передней брюшной стенки живота шелковой нитью (рис.1. Б).

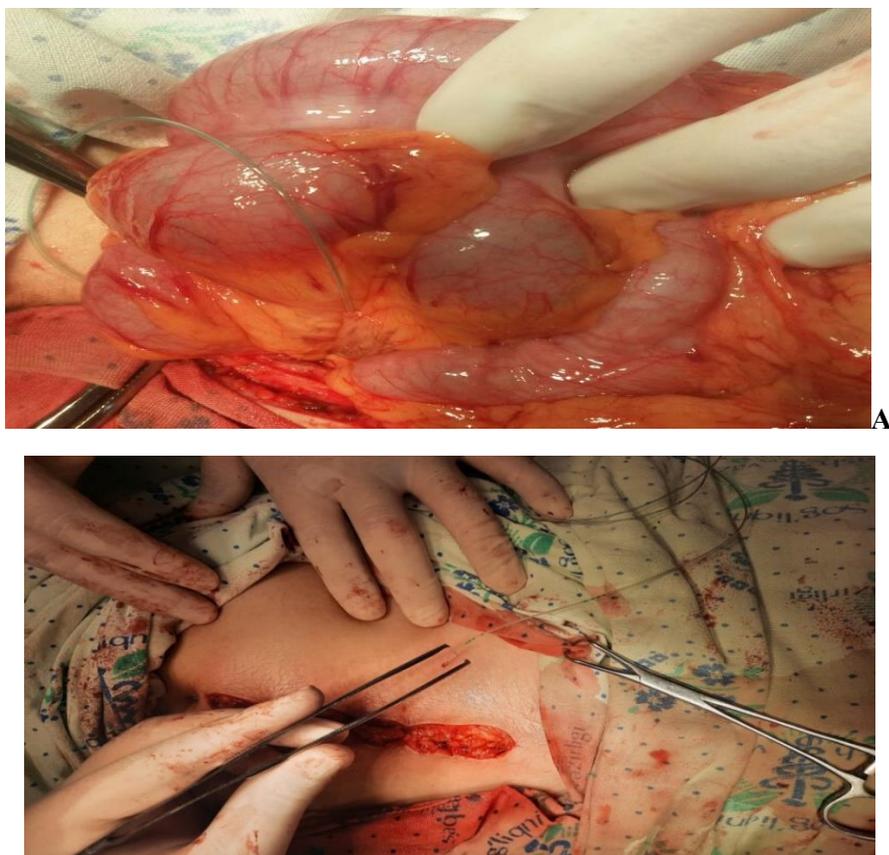


Рис.1. Интраоперационное установление эндомезентериального полихлорвинилового катетера (А), наружный конец выведенного через брюшной стенки данного катетера (Б) для лимфотропной терапии в послеоперационном периоде

Нами примененный способ установления катетера в брыжейку кишечника усовершенствован тем, что установили катетер на расстоянии 2 см от брыжеечного края кишки, а не в область корня брыжейки. Этим самым мы избегаем повреждения кровеносных сосудов, образования большой гематомы в брыжейке, перевязки или вдавления крупных лимфатических и кровеносных сосудов в него вводимыми лекарственными средствами.

У больных перитонитом, прежде всего, уделяли внимание на борьбу с микробным фактором. В связи с этим в послеоперационном периоде через катетер, установленный в

брыжейку кишечника, сразу после проведения лимфостимуляции, начали лимфотропное введение антибиотиков широкого спектра действия, капельным путем, заранее применяя пробу на совместимость. Тут же определяли чувствительность микрофлоры брюшной полости к антибактериальным препаратам. При изучении микрофлоры брюшной полости у 84,5% больных были обнаружены кишечная палочка, стафилококк, синегнойная палочки. У остальных, 15,5% больных, с острым перитонитом при посеве обнаруживались сочетанные виды микроорганизмов.

Наибольшая чувствительность микрофлоры брюшной полости обнаружена к препаратам цефалоспоринового ряда: цефтриаксону и цефазолину (84,7%) больных с острым перитонитом. Как только была установлена чувствительность к антибиотику, сразу переходили на использование для эндомезентральной лимфотропной терапии данного препарата, которому микробы были чувствительны.

Для лимфотропной терапии в качестве лимфостимуляторов применяли глюкозо-новокаиновую смесь в соотношении 1:1 в дозе 4 мл на кг массы тела больного с лидазой (0,5 ед/кг) либо добавляя гепарин (80 ед/кг) с учетом свёртываемости крови больного, тимоген в дозе 150 мкг, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспороны III-IV поколения: цефазолин либо цефтриаксон) в разовой терапевтической дозе, в дальнейшем с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости к ним.

Лимфотропная терапия при перитонитах проводилась в зависимости от тяжести заболевания и от состояния больного один или два раза в сутки в течение 4-5 дней. При гемиколэктомиях по поводу неспецифического язвенного колита один раз в сутки, а при субтотальных, либо тотальных колэктомиях два раза в сутки, также в течение 4-5 дней.

Результаты лечения применения лимфотропной терапии в послеоперационном периоде сравнивали с показателями контрольной группы больных.

На фоне проведения комплексной терапии в послеоперационном периоде с применением лимфотропной терапии у больных основной группы на 2-е сутки возобновилась перистальтика кишечника, а на 3-сутки было отмечено отхождение газа. У больных контрольной группы слабые перистальтические шумы кишечника появились на 3-сутки после операции. Только на 4-5 сутки восстановилась функциональная способность желудочно-кишечного тракта у этой группы больных.

По сравнению с традиционным способом лечения острого перитонита, лейкоцитоз в крови больных основной группы на 3-сутки достоверно снизился, а у больных контрольной группы снижение этого показателя отмечался на 5-6-сутки после операции.

Лейкоцитарный индекс интоксикации нормализовался у больных основной группы на 3-сутки после операции, а у контрольной группы больных на 6-сутки. Также, уменьшение СОЭ отмечался, начиная с 3 сутки у больных основной группы, а у больных контрольной группы с 6 сутки.

Результаты примененной лимфотропной терапии в комплексе лечения в послеоперационном периоде показали, что количество выделяемой жидкости из брюшной полости у больных основной группы начало убавляться по сравнению контрольной начиная с 2-го дня после операции (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика выделения экссудата из брюшной полости (мл) в послеоперационном периоде при эндомезентериальной лимфотропной терапии и традиционном способе лечения

Способ лечения	1 сутки	2 сутки	3 сутки	4 сутки
Традиционное лечение	117,2±10,1	100,4±7,9	77,1±5,8	38,4±6,9*
Эндомезентериальная лимфотропная терапия	108,4±9,2	60,3±9,6*	20,2±4,1*	5,7±1,3*

* - достоверность различия по сравнению с исходными данными ($P < 0,05$).

Заключение

Таким образом, при различных абдоминальных хирургических патологиях применяемая, усовершенствованная нами лимфотропная терапия в комплексе лечения больных в послеоперационном периоде положительно влияет на восстановительную функции организма, предотвращая осложнений со стороны основного заболевания. На фоне этого резко сокращается расходы на медикаментов. Количество койко дней, т.е. пребывания больного в стационаре уменьшается на $3,5 \pm 1,5$ дней по сравнению традиционного лечения больных в послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Брискин Б.С. Совченко З.И. Хачатрян Н.Н. Абдоминальный сепсис, роль антибактериальной терапии. // Хирургия 2002: 4: 69-74.
2. Вакосов М.Х. Исхаков Б.Р. Диагностика и хирургическое лечения послеоперационного перитонита. // Журнал: Хирургия Узбекистана 2005. № 1. С. 66-71.
3. Воробьев Г.И. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, 2003. Т. 13, № 1. С. 73–80.
4. Завада Н.В. Гаин Ю.М. Алексеев С.А. Хирургический сепсис. Учебное пособие. Минск: Новое знание 2003: 237.
5. Кригер А.Г. Шуркалин Б.К. Горский В.А. и др. Результаты и перспективы лечения распространенных форм перитонита. // Хирургия 2001. № 8. С.8-12.
6. Осиков М.В., Симонян Е.В., Бакеева А.Е., Костина А.А. Экспериментальное моделирование болезни крона и язвенного колита. // *Современные проблемы науки и образования*, 2016. № 4.
7. Сажин В.П., Авденко А.Л., Юришеви В.А. Современные тенденции хирургического лечения перитонита // Хирургия 2007 №11.С. 36-39.
8. Совалкин В.И. Биологическая терапия воспалительных заболеваний кишечника. // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2010. № 3. С. 83–84.
9. Халиф И.Л. Хирургическое лечение и биологическая терапия при язвенном колите // *Российский медицинский журнал*. 2013., №31 С. 1632.).
10. Чернов В.Н. Белик Б.М., Ефанов С.Ю. Патогенез нарушения висцеральных функции при распространённом перитоните. // *Вестник хирургии*. 2014. № 4. С. 35-38.
11. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э. Значение эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. // *Журнал: Проблемы биологии и медицины*, 2019. № 3 (111). С. 163–167.
12. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Е., Хайдаров С.А. Эндомезентериальная лимфотропная терапия как метод профилактики осложнений в комплексном лечении язвенного колита в послеоперационном периоде // *Новый день в медицине* 3(27)2019 299-302 <https://cutt.ly/CbxB4Kc>
13. Schein M. Surgical management of intra abdominal infection is there any evidence. // *Langenbeck s Arch Surg* 2002. Bd.387.S. 1-7.
14. Langan R.C., Gotsch P.B., Krafczyk M.A. et al. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. // *Am. Fam. Physician*, 2007, No. 76 (9), pp. 1323–1330.

Поступила 10.10.2022