



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

7 (57) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
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
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
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
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)

**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)

7 (57)

2023

июль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.06.2023, Accepted: 30.06.2023, Published: 10.07.2023.

УДК 616.348-003-08-02

ЗНАЧЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

А.Э. Рузиев <https://orcid.org/0000-0001-8478-3513>
Ш.Ш. Ярикулов <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>
А.Қ. Хасанов Email: aziz.khasanov.88@mail.ru

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Цель работы: определить значение лимфотропной детоксикации применяемое при остром разлитом перитоните различного генеза.

Материал и методы: проведен анализ результатов хирургического лечения острого разлитого перитонита различного генеза больных, находившихся в клинике Андиганского государственного медицинского института за период с 2012 по 2022 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую - контрольную группу включены (n=82) больных, которым в послеоперационном периоде применены традиционные методы лечения, а пациентам второй - основной группы (n=89) в комплексе лечения дополнительно применена лимфотропная детоксикация т.е, эндомезентериальная лимфотропная терапия.

Результаты: анализ лимфотропной детоксикации острого разлитого перитонита различного генеза в послеоперационном периоде показывает, что применение этого метода способствует быстрейшему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта. На фоне лимфотропной детоксикации на 2-е сутки возобновляется перистальтика кишечника и наблюдается отхождение газа на 3-сутки. У больных контрольной группы показатели восстановления функций желудочно-кишечного тракта наблюдается на 4-5 сутки. Достоверно снижается лейкоцитоз в крови больных основной группы на 3-сутки, а у больных контрольной - на 6-сутки после операции.

Ключевые слова: острый разлитой перитонит, лимфотропная детоксикация.

ТУРЛИ ХИЛ ЭТИОЛОГИЯЛИ ЎТКИР ТАРҚАЛГАН ПЕРИТОНИТЛАРДА ЛИМФОТРОП ДЕТОКСИКАЦИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

А.Э. Рузиев <https://orcid.org/0000-0001-8478-3513>
Ш.Ш. Ярикулов <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>
А.Қ. Хасанов aziz.khasanov.88@mail.ru

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ишнинг мақсади: қорин бўйлигидаги турли этиологияли перитонитларда лимфотроп детоксикациянинг аҳамиятини аниқлаш.

Материал ва услублар: 2012-2022 йиллар давомида Андиган давлат тиббиёт институти клиникасида этиологик омиллари турлича бўлган ўткир тарқалган перитонит тўғрисида операция йўли билан даволанган беморларнинг даволаниш натижалари таҳлил қилиб, ўрганилган. Барча беморлар икки гуруҳга бўлинган: биринчи – назорат гуруҳига операциядан кейинги даврда анъанавий усулда даволанган беморлар (n=82) ва иккинчи - асосий гуруҳга операциядан кейинги даврда комплекс даволашга қўшимча лимфотроп детоксикация - эндомезентериал лимфотроп даволаш усули қўлланилган беморлар (n=89) киритилган.

Натижалар. Операциядан кейинги даврда комплекс даволашда лимфотроп детоксикация усули қўлланилган беморларда ичак перисталтикаси 2-кундан бошлаб тикланганлиги аниқланди. Назорат гуруҳидаги беморларда эса бу кўрсаткич 4-5 кунларда кузатилди. Асосий гуруҳидаги беморлар қони таркибидаги лейкоцитлар сонининг муайян 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 кўрсаткичларгача камайди. Шунингдек эритроцитларнинг чўкиш тезлиги асосий гуруҳ беморларида 4-кунда, назорат гуруҳидаги беморларда 6-7 кунда меърий кўрсаткичларга келди.

Калит сўзлар: ўткир тарққоқ перитонит, лимфотроп детоксикация.

SIGNIFICANCE OF LYMPHOTROPIC DETOXIFICATION IN ACUTE DIFFERENT PERITONITIS OF DIFFERENT GENESIS

A.E. Ruziev <https://orcid.org/0000-0001-8478-3513>

Sh.Sh. Yarikulov <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

A.Q. Xasanov Email: aziz.khasanov.88@mail.ru

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1

Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Resume*

Purpose of work: to determine the value of lymphotropic detoxification used in acute multiple peritonitis of various origins.

Material and methods: the analysis of the results of surgical treatment of acute widespread peritonitis of various genesis of patients who were in the clinic of the Andijan State Medical Institute for the period from 2012 to 2022 was carried out. All patients were divided into two groups: the first - the control group included (n=82) patients who received traditional methods of treatment in the postoperative period, and the patients of the second - the main group (n=89) additionally received lymphotropic detoxification, i.e., in the complex of treatment. e, endomesenteric lymphotropic therapy.

Results: analysis of lymphotropic detoxification of acute diffuse peritonitis of various origins in the postoperative period shows that the use of this method contributes to the fastest restoration of the functions of the gastrointestinal tract. Against the background of lymphotropic detoxification, intestinal peristalsis resumes on the 2nd day and gas discharge is observed on the 3rd day. In patients of the control group, indicators of the restoration of the functions of the gastrointestinal tract are observed for 4-5 days. Significantly reduced leukocytosis in the blood of patients of the main group on the 3rd day, and in patients of the control - on the 6th day after surgery.

Key words: acute diffuse peritonitis, lymphotropic detoxification.

Актуальность

Послеоперационные осложнения и летальность при остром разлитом перитоните до сих пор остается высокой, несмотря на усовершенствованных методов диагностики и улучшения качества лечебных мероприятий. При нарастании абдоминального сепсиса с развитием полиорганной недостаточности на фоне острого разлитого перитонита, летальность резко повышается, достигая до 37% случаев [1,5,9,14].

Трудности лечения перитонита, наряду с устранением других причин состоит в том, что при остром разлитом перитоните недостаточно корректируются некоторые важные факторы, такие, как борьба с источниками интоксикации организма в послеоперационном периоде [2,4,12,10].

Очень неблагоприятным в прогностическом значении имеет синдром «прогрессирующая эндогенная интоксикация организма», которая непосредственно связана с очагами поражения в брюшной полости. На фоне этого процесса развивается функциональная кишечная недостаточность с транслокацией бактериальной флоры из кишечника в брюшную полост. Эти факторы прогрессируя вовлекают в процесс органов и систем, которые являются причинами глубоких

метаболических расстройств организма. Эти изменения приводят к полиорганной недостаточности и в дальнейшем летального исхода больного [4,14].

Ведущую роль в начальной стадии развития заболевания играет первичный очаг интоксикации. Этот очаг чаще возникает и развивается вследствие деструктивных изменений в органах брюшной полости [3,11,12,13,14].

При остром разлитом перитоните вторичным инфицированным очагом являются лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства. В инфицированных лимфатических узлах образуются микроабсцессы, способствующие развитию интоксикации организма. На фоне этих изменений в лимфатической системе органов брюшной полости больных отмечаются застойные явления, которые еще более сильно способствуют усилению интоксикации организма. Все эти факторы очень негативно воздействуют против инфекционные защитные механизмы кишечника, обеспечивающих барьерную функцию [1, 2, 6, 11, 12].

Нарушение функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде является третичным очагом интоксикации при остром разлитом перитоните различного генеза. На фоне нарушения функции желудочно-кишечного тракта часто развивается динамическая кишечная непроходимость, которая еще больше усугубляет интоксикацию, т.е. эндотоксикоз организма [4, 5, 13].

Часто, у большинства больных, после полноценной ликвидации первичного очага инфекции продолжают ухудшение состояния и нарастание степени интоксикации организма. Вопрос о целесообразности антибактериальной терапии даже при таком тяжелом течении острого разлитого перитонита до сих пор остается нерешенным [6, 9, 11, 14].

Одним из способов повышения эффективности антибактериальной терапии и коррекции иммунитета организма в целом при остром разлитом перитоните является лимфатическая детоксикация - введение лекарственных препаратов в лимфатическую систему - эндолимфатически, либо лимфотропно [9, 11, 12].

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

Цель работы: определить значение лимфотропной детоксикации применяемое при остром разлитом перитоните различного генеза.

Материал и методы

Проведен анализ результатов хирургического лечения больных с острым разлитом перитонитом различного генеза, находившихся на стационарном лечении в клинике Андиганского государственного медицинского института за период с 2012 по 2022 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую - контрольную группу включены (n=82) больных, которым в послеоперационном периоде применены традиционные методы лечения, а пациентам второй - основной группы (n=89) в комплексе лечения дополнительно применена лимфотропная детоксикация.

Для того, чтобы оценить значение и эффективность лимфатической детоксикации, путем эндомезентеральной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде, нами были проведены ряд экспериментальных опытов. Результаты этих опытов достоверно доказали эффективность лимфатической детоксикации с лимфостимуляцией.

На фоне лимфостимуляции лимфоотток в брыжейках кишечника резко улучшается, устраняется лимфостаз в «лимфатическом коллекторе», который развивается на фоне воспалительного процесса - острого разлитого перитонита. Устранение лимфостаза является начальным звеном положительного эффекта применения лимфотропной детоксикации в послеоперационном периоде.

Этиологическими факторами острого разлитого перитонита в основной группе больных (n=89), которым применялась эндомезентеральная лимфотропная детоксикация были: острый деструктивный аппендицит у 38 больных (42,7%), прободная язва желудка и 12-перстной кишки - у 18 больных (20,2%), деструктивный холецистит - у 11 больных (12,4%), гинекологические деструктивные заболевания - у 13 больных (14,6%), острая кишечная непроходимость - у 9 больных (10,1 %).

Всем больным основной группы после завершения основного этапа операции, интраоперационно, в брыжейку кишечника - эндомезентерально установили изобретенный нами

специальный полихлорвиниловый катетер для лимфотропной детоксикации в послеоперационном периоде (рис.1).



Рис.1. Интраоперационное установление специального эндомезентериального катетера для лимфотропной детоксикации в послеоперационном периоде.

Катетер установлен на расстоянии 2 см от брыжеечного края кишечника, избегая при этом повреждения кровеносных сосудов, образования гематом в брыжейке, перевязки или вдавления крупных лимфатических и кровеносных сосудов в него вводимыми лекарственными средствами.

Основной задачей исследования была борьба с микробным фактором в послеоперационном периоде. В связи с этим после завершения операции сразу через установленный катетер в брыжейку кишечника произвели лимфостимуляцию. Затем 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 86,4% больных были обнаружены кишечная палочка, стафилококк, синегнойная палочка. У остальных, 13,6% больных при посеве обнаруживались сочетанные виды микроорганизмов.

Наибольшая чувствительность микрофлоры брюшной полости обнаружена к препаратам цефалоспоринового ряда: цефтриаксону и цефазолину (87,4%) больных с острым разлитым перитонитом. Как только была установлена чувствительность к антибиотику, сразу переходили на использование для лимфотропной детоксикации данного препарата.

Для лимфотропной детоксикации в качестве лимфостимуляторов применена глюкозо-новокаиновая 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 (цефалоспорины III-IV поколения: цефазолин либо цефтриаксон) в разовой терапевтической дозе, в дальнейшем с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости к ним.

Лимфотропная детоксикация проводилась в зависимости от тяжести заболевания и от состояния больного один или два раза в сутки в течение 4-5 дней.

Результат и обсуждения

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

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

По сравнению с традиционным способом лечения острого разлитого перитонита, достоверное снижение лейкоцитоза в крови больных основной группы наблюдалось на 3-сутки, 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 детоксикации в комплексе лечения в послеоперационном периоде показали, что количество выделяемой жидкости из брюшной полости у больных основной группы начало убавляется по сравнению контрольной начиная с 2-го дня после операции (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика убавления экссудата из брюшной полости (мл) в послеоперационном периоде при лимфотропной детоксикации и традиционном способе лечения

Способ лечения	1 сутки	2 сутки	3 сутки	4 сутки
Традиционное	118,1±10,1	99,7±7,9	76,1±5,8	37,3±6,9*
Лимфотропная детоксикация	109,4±9,2	60,1±9,5*	20,1±4,1*	5,7±1,3*

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

Заключение

Таким образом, при остром разлитом перитоните различного генеза применяемая лимфотропная детоксикация в послеоперационном периоде очень положительно влияет на восстановительную функцию желудочно-кишечного тракта и тем самым всего организма. При этом предотвращаются осложнения со стороны основного заболевания. На фоне применения лимфотропной детоксикации резко сокращается расходы на медикаментов. Пребывания больного в стационаре, т.е. количество койка дне уменьшается на 3,5±1,0 дней по сравнению традиционного лечения больных с острым разлитым перитонитом в послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Брискин Б.С. Совченко З.И. Хачатрян Н.Н. Абдоминальный сепсис, рол антибактериальной терапии. // Хирургия 2002;4:69-74.
2. Ваккосов М.Х. Исхаков Б.Р. Диагностика и хирургическое лечения полеоперационного перитонита. // Журнал: Хирургия Узбекистана 2005;1:66-71.
3. Воробев Г.И. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003;13(1):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):36-39.
8. Совалкин В.И. Биологическая терапия воспалительных заболеваний кишечника. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2010;3:83-84.
9. Халиф И.Л. Хирургическое лечение и биологическая терапия при язвенном колите //Халиф И.Л. Российский медицинский журнал. 2013;31:16-32.
10. Чернов В.Н. Белик Б.М., Ефанов С.Ю. Патогенез нарушения висцеральных функции при распространённом перитоните. // Вестник хирургии. 2014;4:35-38.
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):163-167.
12. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Эндомезентериальная лимфотропная терапия как метод предупреждающий осложнений в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. //Журнал Новый ден в медицине. 2019;3:299-303.
13. Schein M. Surgical management of intra-abdominal infection is there any evidence? //Langenbeck s Arch Surg 2002;387:1-7.
14. Langan R.C., Gotsch P.B., Krafczyk M.A. et al. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. //Am. Fam. Physician, 2007;76(9):1323-1330.

Поступила 20.06.2023