

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЭНДОМЕЗЕНТЕРИАЛ ЛИМФОТРОП УСУЛИНИ ҚўЛЛАШ ОРҚАЛИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

¹Эгамов Ю.С., ²Рузиев А.Э., ¹Хайдаров С.А.

¹Андижон давлат тиббиёт институти, ²Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Носпецифик ярали колит (НЯК) - мураккаб патологик симптомокомплексдан иборат, тушунтирилиши жуда мураккаб бўлган ривожланиш механизмига эга аутоиммун этиологияли яллигланиш бўлиб, тўғри ва чамбар ичак шиллиқ қаватида ярали-деструктив ўзгаришлар билан прогрессив кечувчи сурункали касалликдир. Унинг жуда кўп учрайдиган асоратлари: ичакнинг торайиши, перфорацияси, қон кетиши, псевдополипоз, дистрофия, кахексия в.б. Бундай касалларни операция йўли билан даволаганда ҳам операциядан кейинги давр силлиқ кечмаслиги, турли хилдаги асоратлар кузатилиши мумкин. Шу сабабли бу касаллик ҳозирги кунгача замонавий тиббиётнинг муаммоли касалликларидан бири ҳисобланиб, уни даволаш анча мураккабликларни келтириб чиқаради. Биз НЯК билан беморларни комплекс даволаш сифатини яхшилаш ва операциядан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўладиган асоратларни олдини олиш мақсадида операциядан кейинги даврда лимфатроп терапияни қўладдик. Патогенетик асосланган лимфатроп терапияни қўллаш усули орқали олинган натижалар бу усулнинг даволашдаги устунлик томонлари мавжудлигини кўрсатди. Операциядан кейинги даврда ичаклар томонидан ва операцион жароҳат томонидан кузатиладиган асоратлар 25,6% дан 9,2% гача камайганлиги аниқланди.

Калит сўзлар: носпецифик ярали колит, лимфатроп терапия.

ENDOMESENTERIC LYMPHOTROPIC THERAPY AS A METHOD OF PREVENTING COMPLICATIONS IN THE COMPLEX TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

¹Egamov Yu.S., ²Ruziev A.E., ¹Khaidarov S.A.

¹Andijan State Medical Institute, ²Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

Nonspecific ulcerative colitis (UC) is a chronic, severe polyetiological disease with complex pathological symptom complexes, in many cases an inexplicable mechanism for the development of the inflammatory nature of the autoimmune etiology with ulcerative-destructive changes in the mucous membrane of the rectum and colon, which is characterized by a progressive course and complications: narrowing of the intestinal lumen, intestinal perforation, bleeding, pseudopoliposis, dystrophy, cachexia, etc. Surgical treatment of such patients cannot be passed without a trace, i.e. in the postoperative period, complications can occur both from the intestine and extraintestinal. To date, NUC remains a problem of world medicine, sometimes negatively affecting the vital activity of the patient. Therefore, the urgent question is to find suitable therapy in the complex treatment of UC. To improve the quality of treatment for patients with UC, we used lymphotropic therapy in the complex treatment of UC in the postoperative period. The obtained results clearly reflected the effectiveness of the pathogenetically substantiated lymphotropic therapy that we proposed, which made it possible to improve the quality of care and, accordingly, the results of treating such a severe pathology as UC by reducing the frequency of intestinal complications in the postoperative period from 25.6% to 9.2%.

Key words: ulcerative colitis, lymphotropic therapy.

ЭНДОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЙ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

¹Эгамов Ю.С., ²Рузиев А.Э., ¹Хайдаров С.А.

¹Андижанский Государственный медицинский институт,

²Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Неспецифический язвенный колит (НЯК) - это хронически протекающее, тяжелое полиэтиологическое заболевание со сложными патологическими симптомокомплексами, во многих случаях труднообъяснимым механизмом развития воспалительной природы аутоиммунной этиологии с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишки, который характеризуется прогрессирующим течением и осложнениями таких, как: сужение просвета кишечника, перфорация кишечника, кровотечение, псевдополипоз, дистрофия, кахексия и др.. Оперативное лечение таких больных не проходит бесследно, т.е. в послеоперационном периоде могут наблюдаться осложнения как со стороны кишечника, так и внекишечные. До настоящего времени НЯК остается проблемой мировой медицины, порою негативно влияющей на жизнедеятельность больного. Поэтому остро ставится вопрос найти подходящую терапию в комплексном лечении НЯК.

Для улучшения качества лечения больных с НЯК мы в комплексном лечении НЯК в послеоперационном периоде применяли лимфотропную терапию. Полученные результаты наглядно отображали эффективность предложенных нами патогенетически обоснованных лимфотропной терапии, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и соответственно результаты лечения такой тяжелой патологии как НЯК путем снижения частоты кишечных осложнений в послеоперационном периоде с 25,6% до 9,2%.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, лимфотропная терапия.

Неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к аутоиммунным заболеваниям, характеризующиеся тяжелым диффузным язвенно-воспалительным поражением слизистой оболочки толстой кишки с развитием местных и системных осложнений [1,6]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, заболеваемость НЯК составляет 50-80 человек на 100 000 населения. Пик заболеваемости приходится на пациентов в возрасте от 20 до 40 лет, то есть на социально и экономически продуктивную часть населения [5, 13]. Наивысшее показатели смертности отмечаются в течение первого года болезни вследствие случаев крайне тяжелого молниеносного течения заболевания и через 10 лет после его начала из-за развития колоректального рака [6]. В начальных фазах заболевания лечение направлено на медикаментозную терапию [10]. За последние десятилетия взгляд на оказание хирургической помощи больным с язвенным колитом претерпел значительное эволюционное развитие [2,11]. При НЯК операции выполняют у 10-20% пациентов при неэффективности консервативной терапии и развитии осложнений [7]. При осложненных формах НЯК, объем оперативного вмешательства определяется тяжестью состояния пациента и клинической ситуацией [1]. До настоящего времени частота ранних послеоперационных осложнений при плановых вмешательствах доходит до 10%, при экстренных - до 60%, а летальность колеблется от 12 до 50% [3]. За последние 20 лет "золотым стандартом" хирургического лечения НЯК стала восстановительно-пластическая колпроктэктомия с илеоанальным резервуарным анастомозом, тем не менее при этом частота послеоперационного осложнения, как тазовый сепсис, наблюдается в диапазоне от 5 до 24% [12].

Большое значение в развитии осложнений придается микрофлору в области фиброзно-гнойных наложений и язв [1,8]. Исходя из этого для предупреждения осложнений в послеоперационном периоде в основном применяется антибиотикотерапия. Вместе с этим доказано, что одним из способов повышения эффективности антибиотикотерапии и коррекции иммунитета является введение препаратов в лимфатическую систему [4,9]. Однако при НЯК эндолимфати-

ческая терапия применялась в единичных случаях и только при осложнениях. До сих пор недостаточно разработаны морфологические критерии, достоверные с позиций доказательной медицины, которые могли бы объективно оценивать как динамику воспалительного процесса, так и результаты различных методов лечения, и в том числе после операций [2]. В связи недостаточной эффективностью имеющихся методов предупреждающих осложнений в послеоперационном периоде, следует считать эти вопросы актуальными для современной абдоминальной хирургии.

Целью исследования, является улучшить результаты лечения и предотвратить осложнения у больных с НЯК в послеоперационном периоде, путем включения в комплексную лечение эндомезентериальной лимфатической терапии и лимфостимуляции.

Материал и методы

Проведен анализ результатов комплексного лечения 97 пациентов-больных в послеоперационном периоде при НЯК находившихся в колопроктологическом отделении клиники АГМИ за период с 2008 по 2018 год. Мужчин было 45 (46,4%), женщин 52 (53,6%). Возраст пациентов составил от 17 до 60 лет. Наибольшее количество пациентов было трудоспособного возраста - 91 (93,8%).

Все оперированные пациенты были разделены на две группы. В первую - контрольную группу включены пациенты, которые в послеоперационном периоде получали общепринятое традиционное лечение (n=43), применяя парентеральную антибактериальную терапию. Пациентам включенные во второй - основной группе, комплексное лечение в послеоперационном периоде дополнялось применением эндомезентериальной лимфатической терапии по разработанному в клинике алгоритму (n=54). В обеих группах большинство пациентов были в возрасте от 17 до 50 лет: в I группе их 35 (81,4%), во II - 39 (72,2%) также. В первой группе мужчин было 20, а женщин - 23. Во второй группе мужчин было 25, а женщин 29. С учетом анатомической локализации НЯК выполнялись операции: левосторонняя гемиколэктомия, правосторонняя гемиколэктомия и субтотальная колэктомия (таб.№1).

Таблица № 1.

Выполненные нами операции с учетом анатомической локализации НЯК

Группа больных	Виды выполненных операций					
	Левосторонняя гемиколэктомия		Правосторонняя гемиколэктомия		Субтотальная колэктомия	
	количество	%	количество	%	количество	%
Первая-контрольная (n=43)	21	48,8	18	41,9	4	9,3
Вторая-основная (n=54)	28	51,8	21	38,9	5	9,3

В обеих группах преобладали пациенты у которых выполнена левосторонняя гемиколэктомия с тяжелой формой НЯК.

Всем пациентам основной группы по завершении основного этапа операции в брыжейку толстого, иногда тонкого (при субтотальной колэктомии) кишеч-

ника установили полихлорвиниловый (ПХВ) катетер на глубины 2,0-2,5 см., для эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде, закрепив при помощи тонкого кетгута № 0-1 в брыжейку кишечника, наружный конец которого выводили наружу закрепляя на кожу правой подвздошной

области живота. Эндомезентериальную лимфатическую терапию проводили в течение 4-5 дней, 1 раз в сутки.

На основании проведенного нами исследования ещё была определена чувствительность микрофлоры к антибиотикам, выделенной из материала слизистой оболочки толстой кишки, для дальнейшей антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Эндомезентериальную лимфатическую терапию осуществляли через установленный ПХВ-катетер в брыжейку кишечника: сначала для стимуляции лимфатической системы капельным путем ввели раствор глюкозы 5% - 50 мл + новокаин 0,5 % - 50 мл с добавлением 5000 ед. гепарина или лазикса 64 ед. ("гепариновый замок") медленно в течение 40-60 минут. По завершении манипуляции, этой же системе подключали подобранную одну дозу антибиотика, заранее растворив его в 50 мл 0,5% раствора новокаина, также капельным путем. Применение гепарина или лидазы оправдано тем, что имеется место усиления крово- и лимфоциркуляции, что при вено-лимфостазе приводит к усилению в этих системах дренажа тканей, поэтому целесообразно применять гепарин или лидазу.

В основе эндомезентериальной лимфотропной терапии, как метод предупреждающий осложнений в послеоперационном периоде, имеются несколько механизмов действия: создание максимально длительных терапевтических концентраций лекарственных препаратов в биологических жидкостях, лимфатических узлах вследствие тропности антибиотиков к лимфатической системе, их способности вступать в контакт с лимфоцитами лимфоузлов, нормализации системы микроциркуляции на уровне циркуляции биологических жидкостей в микрососудах и интерстиции; иммуномодулирующий эффект, проявляющийся в прямом контакте иммуномодулятора с иммуноком-

петентными клетками лимфоузла. Лимфотропная терапия способствует улучшению реологических свойств крови и лимфы, усилению лимфа оттока, нормализации микрогемолимфоциркуляции, полноценному удалению из тканей отечной жидкости и токсических метаболитов, активизации обезвреживающей и иммунологической деятельности лимфатических узлов брюшной полости. Тем самым этот метод предупреждает нежелательных осложнений в послеоперационном периоде. Анализ клинических данных показал, что при лимфотропной введении антибиотиков не отмечается возникновения аллергических реакций.

Результат и обсуждение

Результаты эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде показали высокую эффективность применения специфических мероприятий по профилактике развития функционально-динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде, при этом каждый компонент алгоритма обуславливал целенаправленное действие на определенную часть патогенетического механизма развития специфических для НЯК осложнений. Эндомезентериальная лимфостимуляция и лимфотропная терапия способствовали снижению интерстициального отека и концентрации токсинов в межклеточном пространстве, блокаде лимфатического потока токсинов, токсических метаболитов, бактерий и продуктов их распада, поступающих лимфогенным путем в общий кровоток, повышению дренажной функции лимфатических капилляров и нормализации лимфоциркуляции на уровне органов брюшной полости. Тем самым в послеоперационном периоде в динамике наблюдались раннее восстановления перистальтики кишечника (Таб. № 2).

Таблица № 2.

Динамика восстановления функции желудочно-кишечного тракта после операции

Послеоперационные дни	Появления перистальтики кишечника	
	Традиционное лечение	Лимфотропное лечение
1	-	+
2	-	++
3	+	++
4	++	+++
5	+++	+++

Условные обозначения: - отсутствие перистальтики кишечника, + слабо выраженная, ++ умеренно выраженная, +++ усиленная перистальтика кишечника.

Раннее восстановление перистальтики кишечника предотвращает ряд нежелательных осложнений в послеоперационном периоде. Несмотря на всего этого были наблюдаемы послеоперационные осложнения, которые приведены в таблице № 3.

Эти осложнения были неизбежны из-за тяжелого состояния больных, у которых были в момент операции осложненные формы НЯК, хахексия, тяжелая степень анемии и сопутствующие соматические болезни. Несмотря на всего этого комплексная эндомезентериальная лимфатическая терапия в послеоперационном периоде при НЯК позволила достоверно

улучшить состояние пациентов основной группы по сравнению с контрольной. Включающие клинические и лабораторные показатели пациентов основной группы снизились более значительно.

Выводы:

1. Применение эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде способствует предупреждению послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии.

2. Метод эндомезентериальной лимфотропной терапии отличается простотой и высокой эффективностью в послеоперационном периоде в абдоминальной хирургии.

Структура кишечных осложнений наблюдавшихся в послеоперационном периоде в группах исследования

№	Послеоперационные осложнения	Основная группа		Контрольная группа	
		количество	%	количество	%
1	Несостоятельность швов анастомоза	1	1,9	2	4,6
2	Ранняя спаечная кишечная непроходимость	1	1,9	1	2,3
3	Отхождение стомы	0	0	1	2,3
4	Кишечные свищи	0	0	1	2,3
5	Функциональная кишечная недостаточность	2	3,7	3	6,9
6	Абсцессы брюшной полости	0	0	1	2,3
7	Нагноение послеоперационной раны	1	1,9	2	4,6
	Всего:	5	9,2	11	25,6

3. Применение эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде сокращает нахождение больного в стационаре, уменьшая занятость койко дней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Андреев П.С. эндолимфатическая антибактериальная и иммуностимулирующая терапия в комплексном лечении больных с обострением неспецифического язвенного колита: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.01.17. - Самара, 2013; 169.
- Асанин Ю.Ю. и др. Индекс Масеевича: Новый подход к оценке клинко-эндоскопической активности язвенного колита // Гастроэнтерология. С. Петербург. 2004; 1: 14-16.
- Воробьев Г.И. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита / Г.И. Воробьев, Н.В. Костенко, Т.Л. Михайлова, Л.Л. Капуллер, В.В. Веселов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003; 13(1): 73-80.
- Выренков Ю.Е., Вторенко В.И. Лимфологические методы в комплексном лечении хирургической патологии // Аналы хирургии. 1996; 1: 50-54.
- Ивашкин В.Т. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: рук.для практ.врачей // Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л.; под общ.ред. Ивашкина В.Т. - М: Литтерра, 2007; 1056.
- Каншина О.А. Неспецифический язвенный колит у детей (и взрослых) / О.А. Каншина, Н.Н. Каншин. - М. : Биоинформсервис, 2002; 212.
- Халиф И.Л. Лечебная тактика при язвенном колите // Халиф И.Л. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2006; 3: 58-61.
- Чашкова Е.Ю. Роль микробного фактора в развитии гнойно-септических осложнений у больных неспецифическим язвенным колитом // Чашкова Е.Ю., Фадеева Т.Е., Пак В.Е. Колопроктология. 2003; 4: 10-15.
- Ярема И.В. и соавт., Переливание лимфы и их компонентов в хирургической клинике // Хирургия. 2008; 3: 11-21.
- Aratari A., Papi C., Clemente V., Moretti A., Luchetti R., Koch M., Capurso L., Caprilli R. Colectomy rate in acute severe ulcerative colitis in the infliximab era // Dig Liver Dis. 2008; 40: 821-826.
- Gassull M., Esteve M. Steroid unresponsiveness in inflammatory bowel disease // Advanced therapy of inflammatory bowel disease (ed. by Bayless T.M., Hanauer S.B.). - London: B.C. Decker, 2001; 133-137.
- McGuire B.B., Brannigan A.E. O'Connell P.R. Ileal pouch-anal anastomosis // Br J Surg. 2007; 94: 812-823.
- The Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease in Canada: A Population-Based Study / N. Charles et al. // Am. J. Gastroenterology. 2006; 101(7): 1559.
- Andreev P.S. endolimfaticeskaya antibakterialnaya i immunostimuliruyushaya terapiya v kompleksnom lechenii bolnix s obostreniem nespetsificheskogo yazvennogo kolita: dissertatsiya ... kandidata meditsinskix nauk: 14.01.17. - Samara, 2013; 169.
- Asanin YU.YU. i dr. Indeks Maseevicha: Noviy podxod k otsenke kliniko-endoskopicheskoy aktivnosti yazvennogo kolita // Gastroenterologiya. S. Peterburg. 2004; 1: 14-16.
- Vorobev G.I. Xirurgicheskoe lechenie oslojneniy nespetsificheskogo yazvennogo kolita / G.I. Vorobev, N.V. Kostenko, T.L. Mixaylova, L.L. Kapuller, V.V. Veselov // Rossiyskiy jurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2003; 13(1): 73-80.
- Virenkov YU.E., Vtorenko V.I. Limfologicheskie metodi v kompleksnom lechenii xirurgicheskoy patologii // Analix xirurgii. 1996; 1: 50-54.
- Ivashkin V.T. Ratsionalnaya farmakoterapiya zabolevaniy organov pishhevareniya: ruk. dlya prakt.vrachev // Ivashkin V.T., Lapina T.L.; pod obsh.red. Ivashkina V.T. - M: Litterra, 2007; 1056.
- Kanshina O.A. Nespetsificheskii yazvennyi kolit u detey (i vzroslyx) / O.A. Kanshina, N.N. Kanshin. - M. : Bioinformservis, 2002; 212.
- Xalif I.L. Lechebnaya taktika pri yazvennom kolite // Xalif I.L. Rossiyskiy jurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii. 2006; 3: 58-61.
- CHashkova E.YU. Rol mikrobnogo faktora v razvitii gnoyno-septicheskix oslojneniy u bolnix nespetsificheskim yazvennim kolitom // Chashkova E.YU., Fadeeva T.E., Pak V.E. Koloproktologiya. 2003; 4: 10-15.
- Yarema I.V. i soavt., Perelivanie limfi i ix komponentov v xirurgicheskoy klinike // Xirurgiya. 2008; 3: 11-21.
- Aratari A., Papi C., Clemente V., Moretti A., Luchetti R., Koch M., Capurso L., Caprilli R. Colectomy rate in acute severe ulcerative colitis in the infliximab era // Dig Liver Dis. 2008; 40: 821-826.
- Gassull M., Esteve M. Steroid unresponsiveness in inflammatory bowel disease // Advanced therapy of inflammatory bowel disease (ed. by Bayless T.M., Hanauer S.B.). - London: B.C. Decker, 2001; 133-137.
- McGuire B.B., Brannigan A.E. O'Connell P.R. Ileal pouch-anal anastomosis // Br J Surg. 2007; 94: 812-823.
- The Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease in Canada: A Population-Based Study / N. Charles et al. // Am. J. Gastroenterology. 2006; 101(7): 1559.

Поступила 06.06. 2019