

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОСЛОЖНЕННЫМ РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

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

¹Андижанский Государственный медицинский институт,
²Бухарский Государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Под нашим наблюдением находились 17 больных с неспецифическим язвенным колитом осложненным разлитым перитонитом, которым проведена комплексная лимфатическая терапия по нашей методике.

Эндомезентериальная лимфостимуляция и лимфотропная терапия способствовали снижению интерстициального отека и концентрации токсинов в межклеточном пространстве, блокаде токсических метаболитов, бактерий и продуктов их распада, поступивших лимфогенным путем в общий кровоток, повышению дренажной функции пораженной области или органа.

В целом, полученные результаты достоверно показали эффективность предложенных патогенетически обоснованных мероприятий, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и соответственно результаты лечения такой тяжелой патологии как разлитой перитонит путем снижения частоты гнойно-септических и кишечных осложнений с 28,9% до 15,3% и летальности с 15,2% до 8,6%.

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

ТАРҚОҚ ПЕРИТОНИТ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЛИМФАТИК ТЕРАПИЯ

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

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

✓ Резюме,

Носпецифик ярали колит касаллигининг асорати - тарқоқ перитонит билан 17 нафар беморларни комплекс даволашда биз таклиф қилган эндомезентериал лимфатик терапия усули қўлланилди.

Эндомезентериал лимфостимуляция ва лимфатроп терапияни қўлаш интерстициал шиши камайтириш ва тўқималараро бўшлиқлардаги токсинлар концентрациясини кучсизлантириш орқали, токсик метаболитлар, бактериялар ва уларнинг парчаланиш маҳсулотларини лимфоген йўллар билан умумий қон оқимиға тушишини тўсиб қолади, лимфатик капиллярларнинг дренаж фаолиятини кучайтириб, шикастланган аъзо ёки тизим даражасида лимфациркуляцияни меъёрлаштиради.

Даволаш жараёнида олинган натижалар патогенетик жиҳатдан исботланган эндомезентериал лимфатроп терапиянинг эффективлигини кўрсатди. Бу усулни комплекс даволаш жараёнида қўлланилиши оғир патологик ҳолатлардан ҳисобланган тарқоқ перитонитларни даволаш сифатини яхшилаб, йирингли-септик ва ичаклар томонидан қузатиладиган асоратланишларни 28,9% дан 15,3% гача, ўлим ҳолатини эса 15,2% дан 8,6% гача камайишига сабаб бўлди.

Калит сўзлар: носпецифик ярали колит, тарқоқ перитонит, лимфатроп терапия.

LYMPHATIC THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF NON-SPECIFIC ULCER COLITIS COMPLICATED SPILLED PERITONITE

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

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

✓ Resume,

Under our supervision, there were 17 patients with ulcerative colitis complicated by diffuse peritonitis, who underwent complex lymphatic therapy according to our technique.

Endomesenteric lymphostimulation and lymphotropic therapy helped to reduce interstitial edema and the concentration of toxins in the intercellular space, the blockade of toxic metabolites, bacteria and their decay products entering the bloodstream by the lymphogenous route, and increased drainage function of the affected area or organ.

In general, the results obtained reliably showed the effectiveness of the proposed pathogenetically substantiated measures that improved the quality of care and, accordingly, the results of treatment of such a severe pathology as diffuse peritonitis by reducing the frequency of purulent-septic and intestinal complications from 28.9% to 15.3% and mortality from 15.2% to 8.6%.

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

Актуальность

Острый разлитой перитонит, являясь наиболее частым выявляемым осложнением почти всех острых воспалительных заболеваний и повреждений органов брюшной полости, составляет достаточно высокий

удельный вес (до 70%), среди всех больных, поступающих в urgentные хирургические отделения. Несмотря на внедрение новых технологий и совершенствование методов диагностики сохраняется высокая летальность при этой патологии, которая по данным современных авторов составляет от 10,5% до 38% [1;3;4;6;8;15].

Одним из наиболее неблагоприятных в прогностическом значении синдромов перитонита является прогрессирующая эндогенная интоксикация организма, связанная вначале с очагом поражения в брюшной полости, а затем с развившейся функциональной кишечной недостаточностью с транслокацией бактериальной флоры из кишечника в брюшную полость. Эндогенная интоксикация развивается или как результат разбалансировки составляющих систему детоксикации, или при несостоятельности одного из звеньев, или одновременно всех ее составляющих. Указанные факты, прогрессируя и вовлекая в процесс органы и системы, являются причиной глубоких метаболических расстройств организма больного, которые приводят к полиорганной недостаточности и летального исхода больного [2;4;8;10;16]. Проводимая на этом фоне, интенсивная предоперационная подготовка, выполняемое срочное оперативное вмешательство с устранением источника перитонита, тщательная санация и лаваж брюшной полости, интубация кишечника с интра- и послеоперационной ее декомпрессией, использование различных способов детоксикации и интенсивной инфузионной терапии с коррекцией метаболических расстройств организма, не всегда способствуют разрешению патологического процесса в брюшной полости и профилактике развития уже вторичных осложнений этого заболевания [1; 4; 13; 14].

В тяжелых и крайне тяжелых случаях распространенного гнойного перитонита рекомендуется проводить лимфатическую антибиотикотерапию для санации лимфатической системы органов брюшной полости. При этом в периферический лимфатический сосуд вводят третью часть суточной дозы препарата, а остальные две трети - внутривенно [12].

Установлено, что лимфатическая система играет особую роль в патогенезе любого гнойно - септического процесса, так как распространение микробов и их токсинов происходит преимущественно лимфатическим путем, до 95 % микробов и их токсинов скапливается в регионарных и отдаленных лимфоузлах, развивается "бактериолимфия" [7; 9; 11].

Считают, что прямая лимфатическая антибактериальная и лимфостимулирующая терапия эффективно saniрует регионарную лимфатическую систему и корректирует иммунитет, но местное применение лимфатической терапии при осложнениях неспецифического язвенного колита (НЯК), в том числе и разлитых перитонитах, в послеоперационном периоде не применялись, либо об этом нет существенные данные [5; 8].

Целью исследования явились: улучшить результаты лечения больных с неспецифическим язвенным колитом осложненным разлитым перитонитом, путем выявления ведущих причин развития синдрома эндогенной интоксикации, разработка и внедрения алгоритма патогенетически обоснованных лечебных мероприятий по его профилактике.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 136 больных оперированных по поводу НЯК. Из этих больных в 17 случаях наблюдался разлитой перитонит, как осложнение НЯК: в 14 случаях до операции и в 3 случаях после операции (по поводу несостоятельности швов). В соответствии с поставленной целью исследования все больные с перитонитом распределены нами на две группы: I группа - контрольная, в которую вошли 8 (47,1%) больных, получавших стандартное-общепринятое комплексное лечение, а во II - основную группу вошли 9 (52,9%) больных, которым произведено стандартное лечение с дополнением эндомезентериальной лимфотропной терапии по разработанной нами методике, соответственно.

Больным во II группе (основной) стандартное-общепринятое лечение складывалось из выполнения целого комплекса лечебных мероприятий направленных на коррекцию нарушенного гомеостаза (предоперационная подготовка), устранение источника перитонита (оперативное вмешательство), а также послеоперационного ведения больных, состоящего из проведения интенсивной детоксикационной терапии, к которым дополнительно подключали эндомезентериальную лимфотропную антибактериальную и лимфостимулирующую терапию с коррекцией нарушенной функции лимфатической системы органов брюшной полости.

В общей группе пациентов мужчин было в 7 (41,2%) случаев, а женщин 10 (58,8%) соответственно. Среди них были 3 (17,6%) больные пожилого возраста. У 4 (23,5%) больных выявлялись сопутствующие заболевания: у 3 (17,6%) заболевания сердечно-сосудистой системы, а у 1 (5,9%) заболевания системы дыхания.

Проведенный анализ клинического материала показал четкую зависимость между тяжестью состояния больных и сроком, прошедшим от начала заболевания. Сроки поступления исследованных больных в клинику приведены в таблице №1.

Таблица №1.

Сроки поступления исследованных больных

Сроки поступления больных	Контрольная группа		Основная группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 12 часов	1	12,5	1	1,1	2	11,8
12-24 часа	2	25	2	22,2	4	23,5
24-48 часов	3	37,5	3	33,4	6	35,3
48-72 часа	1	12,5	2	22,2	3	17,6
Свыше 72 часов	1	12,5	1	11,1	2	11,8
Итого:	8		9		17	100

Большинство больных, а именно 11 (64,7 %) поступили в стационар в сроки более 24 часов от начала заболевания. Реактивная стадия перитонита была выявлена у 6 (35,3%) больных, токсическая стадия также у 6 (35,3%), а терминальная стадия отмечена у 5 (29,4%) больных.

Оперативное вмешательство включало: устранение источника перитонита, туалет и санацию брюшной полости с проведением лаважа антисептическими растворами (фурациллин, риванол) до "чистых" вод и новокаинизация корня брыжейки кишечника. Для декомпрессии желудочно-кишечного тракта использовали назогастральную интубацию желудочным зондом, у больных с терминальной стадией перитонита накладывали один из видов разгрузочной стомы и дренирование брюшной полости. Всем пациентам II - основной группы по завершении основного этапа операции в брыжейку кишечника установили полихлорвиниловый катетер на глубины 4,0-5 см., для эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде, закрепив его при помощи тонкого кетгута № 0-1 в брыжейку кишечника, наружный конец которого выводили наружу закрепляя на кожу передней брюшной стенки живота.

В послеоперационном периоде больные наблюдались в реанимационном отделении, где осуществляли коррекцию нарушенного гомеостаза, корректировали нарушенной функции жизненно важных органов и систем, проводили детоксикационную терапию.

Эндомезентериальную лимфатическую терапию проводили в течение 4-6 дней, 1 раз в сутки, через установленный катетер, в послеоперационном периоде. На основании проведенного нами исследования была определена чувствительность микрофлоры к антибиотикам, выделенной из перитонеальной жидкости, исходя из этого применяли антибактериальные средства в ходе лечения в послеоперационном периоде. В дальнейшем при лимфатической терапии, через установленный полихлорвиниловый катетер в брыжейку кишечника ввели сначала для стимуляции лимфатической системы раствор глюкозы 5% - 50 мл + новокаин 0,5 % - 50 мл с добавлением 5000 ед. гепарина или лазикса 64 ед., которые вводили капельным путём, медленно в течение 40-60 минут, а затем после завершения этой капельницы сюда же подключали подобранную одну дозу антибиотика заранее растворив его в 50 мл 0,5% раствора новокаина.

Применение гепарина или лидазы для лимфостимуляции оправдано в том, что имеется место усиления лимфоциркуляции, что при лимфостазе приводит к усилению в этих системах дренажа тканей. Эндомезентериальная лимфатическая терапия способствует улучшению реологических свойств крови и лимфы, усилению лимфооттока, нормализации микрогемоциркуляции, полноценному удалению из тканей отечной жидкости и токсических метаболитов, активизации обезвреживающей и иммунологической деятельности лимфатических узлов брюшной полости.

Результат и обсуждение

Результаты применения при перитоните эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде показали высокую эффективность по профилактике развития функционально-динами-

ческой кишечной непроходимости в послеоперационном периоде. 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.

Динамические наблюдения показали, что у больных основной группы после операции со второго дня появилась слабо выраженная перистальтика, с третьего дня умеренно выраженная, а с четвертого дня усиленная перистальтика кишечника. У больных контрольной группы начиная, только, с третьего дня после операции появилась слабо выраженная перистальтика, с четвертого дня умеренно выраженная, а с пятого дня усиленная перистальтика кишечника. Тем самым в послеоперационном периоде в динамике наблюдались раннее восстановления перистальтики кишечника у больных основной группы.

Комплексная эндомезентериальная лимфатическая терапия в послеоперационном периоде НЯК осложненным разлитым перитонитом позволила достоверно улучшить состояние пациентов основной группы по сравнению с контрольной. Включающие клинические и лабораторные показатели пациентов основной группы снизились более значительно.

Нахождение в стационаре в основной группе больных составляло 9,5 койка дней в отличие от больных контрольной группы, у которых койка дней равнялось 12,5 дням.

Из числа больных основной группы с разлитым перитонитом в 1 (11,1%) случае наблюдался летальный исход, причиной которого являлась терминальная стадия перитонита и тяжелое сопутствующее заболевание сердечно-сосудистой системы.

Выводы

Таким образом, проведенные исследования показали высокую эффективность применения специфических мероприятий по профилактике развития функционально-динамической кишечной непроходимости, при этом каждый компонент алгоритма обуславливал целенаправленное действие на определенную часть патогенетического механизма развития специфических для разлитого перитонита осложнений.

В нашем случае эндомезентериальная лимфатическая терапия, предложенная нами, обуславливала регресс синдрома эндогенной интоксикации, предотвращая транслокацию эндогенной микрофлоры желудочно-кишечного тракта в брюшную полость, забрюшинное пространство, в порталный и системный кровоток, а также в пути регионарного лимфооттока. Применение эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексном лечении разлитого перитонита способствует: а) непосредственного воздействия антибиотиков на микрофлору в лимфоузлах и лимфатических сосудах, где создается высокая концентрация препарата; б) повышению иммунологической активности лимфоцитов; в) значительно более длительного присутствия препаратов в терапевтических концентрациях в лимфатических узлах (по сравнению

с внутривенным и внутримышечным их введением), высокоэффективно saniрует лимфатическую систему и стимулирует иммунитет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР:

1. Belokurov Yu.N. Endogennaya intoksikatsiya pri ostrix xirurgicheskix zabolevaniyax. // Yaroslavl. 2000; 207. (In Russ)
2. Briskin B.S., Sovchenko Z.I., Xachatryan N.N. Abdominalniy sepsis, rol rol antibakterialnoy terapii. //Xirurgiya 2002; 4: 69-74. (In Russ)
3. Vakkosov M.X., Isxakov B.R. "Diagnostika i xirurgicheskoe lechenie posleoperatsionnogo peritonita". //J.Xirurgiya Uzbekistana 2005; 1: 66-71. (In Russ)
4. Gain Yu.M., Leonovich S.I., Alekseev S.A. Sindrom enteralnoy nedostatochnosti pri peritonite: teoreticheskie i prakticheskie aspekti diagnostiki i lechenie. Minsk: Molodechno 2001; 265. (In Russ)
5. Gelfand B.R., Gologorskiy V.A., Burnevich S.Z. i dr. Antibakterialnaya terapiya abdominalnoy xirurgicheskoy infektsii. M. 2000; 144. (In Russ)
6. Gostishev V.K., Sajin V.P., Avdovenko A.L. Peritonit. M: Meditsina 2002; 237. (In Russ)
7. Djumabaev S.U. K mexanizmu effekta limfaticeskoy i limfotropnoy terapii pri zabolevaniyax organov bryushnoy polosti / S.U. Djumabaev, E.S. Djumabaev // Klinicheskaya limfologiya.- M.: Podolsk,- 1985; 54-55. (In Russ)
8. Zavada N.V., Gain Yu.M., Alekseev S.A. Xirurgicheskiy sepsis. Uchebnoe posobie. Minsk: Novoe znanie 2000; 237. (In Russ)
9. Zubarev P.N. Endolimfaticeskaya i limfotropnaya lekarstvennaya terapiya v abdominalnoy xirurgii / P.N. Zubarev, G.I. Sinchenko, A.A. Kurigin // SPb: OOO "Izdatelstvo FOLIANT". 2005; 224. (In Russ)
10. Kriger A.G., Shurkalin B.K., Gorskiy V.A. i dr. Rezultati i perspektivi lecheniya rasprostranennix form peritonita. //Xirurgiya 2001; 8:8-12. (In Russ)
11. Maksimenko V.I. Kliniko-fiziologicheskoe obosnovanie ispolzovaniya endolimfaticeskogo puti vvedeniya antibiotikov dlya profilaktiki translokatsii kishechnoy mikroflori pri lechenii bolnix sepsisom / V.I. Maksimenko, A.I. Treshinskiy, I.P. Shlapak // Vrachebnoe delo,- 1992; 7: 56-61. (In Russ)
12. Musselius S.G. Sindrom endogennoy intoksikatsii pri neotlojnih sostoyaniyax / S.G. Musselius // M.: Izdatelstvo BINOM. 2008; 200. (In Russ)
13. Saidxanov A.S. "O nereshennix voprosax lecheniya rasprostranennogo peritonita". // J.Xirurgiya Uzbekistana 2003; 3: 77. (In Russ)
14. Xrupkin V.I., Alekseev S.A. "Sindrom entralnoy nedostatochnosti u bolnix s rasprostranennim peritonitom: otsenka stepeni tyajesti i isxoda protsessa". //J.Vestnik xirurgiya. 2004; 3: 46. (In Russ)
15. Shurkalin B.K. Gnoyniy peritonit. /M: Dva Mira Print 2000; 224. (In Russ)
16. Cook R., Cook D.J., Tilley J. et al. Multiply organ disfunction. Baseline and components scores // Crit. Care Med. 2001; 29(12): 2046-2050.

Поступила 09.09. 2019