



**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

**4 (78) 2025**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
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  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
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  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
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)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
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 (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**4 (78)**

**2025**

*апрель*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 616.381-002.1-03

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРИТОНИТАХ

Рузиев А.Э. <https://orcid.org/0000-0001-8478-3513> E-mail: [ruziyev.axtam@bsmi.uz](mailto:ruziyev.axtam@bsmi.uz)

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](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*Представлены результаты хирургического лечения острого распространённого перитонита с применением эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде различного абдоминального хирургического генеза больных с 2014 по 2023 годы. Проведена оценка полученных результатов основной (n=68) и контрольной (n=93) групп больных в сравнительном аспекте.*

*Ключевые слова: перитонит, острый разлитой перитонит, лимфотропная терапия.*

## ЎТКИР ТАРҚОҚ ПЕРИТОНИТЛАРДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ЛИМФОТРОП ТЕРАПИЯНИ ҚЎЛЛАШ

Рузиев А.Э. <https://orcid.org/0000-0001-8478-3513> E-mail: [ruziyev.axtam@bsmi.uz](mailto:ruziyev.axtam@bsmi.uz)

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy ko‘chasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*2014-2023 йилларда қорин бўшлиғи турли хилдаги хирургик касалликлари билан касалланган беморларда кузатилган тарқоқ перитонитларни операция усуллари билан даволаш натижалари таҳлил қиланди. Назорат гуруҳига киритилган (n=93) беморлар операциядан кейинги даврда анъанавий усулда даволанди. Асосий гуруҳ (n=68) беморларига эса операциядан кейинги даврда қўшимча эндомезентериал лимфотроп даво усули қўлланилди. Даволаш жараёнида олинган натижалар қийсий ҳолатда таҳлил қилинди.*

*Калит сўзлар: перитонит, ўтқир тарқоқ перитонит, лимфотроп терапия.*

## POSTOPERATIVE LYMPHOTROPIC THERAPY IN ACUTE WIDESPREAD PERITONITIS

A.E. Ruziev <https://orcid.org/0000-0001-8478-3513> E-mail: [ruziyev.axtam@bsmi.uz](mailto:ruziyev.axtam@bsmi.uz)

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

*The article presents the results of surgical treatment of acute widespread peritonitis using endomesenteric lymphotropic therapy in the postoperative period of patients of various abdominal surgical genesis from 2014 to 2023. The results obtained from the main (n=68) and control (n=93) groups of patients were assessed in a comparative aspect.*

*Key words: peritonitis, acute diffuse peritonitis, lymphotropic therapy.*

### Актуальность

Несмотря на совершенствование методов диагностики и улучшения качества лечебных мероприятий, послеоперационные осложнения и летальность при остром распространённом перитоните остается высокой. Особенно высокая летальность наблюдается

при развитии абдоминального сепсиса с развитием полиорганной недостаточности, достигая при этом от 18 до 37% случаев [1; 6; 8].

Трудность решения проблемы перитонита, наряду с другими причинами состоит в том, что при лечении острого распространённого перитонита недостаточно корректируются источники интоксикации организма в послеоперационном периоде [2; 5; 7; 8].

Прогрессирующая эндогенная интоксикация организма при остром распространённом перитоните является одним из наиболее неблагоприятным в прогностическом значении этого синдрома, которая связана с очагом поражения в брюшной полости. Этот очаг поражения способствует развитию функциональной кишечной недостаточности с транслокацией бактериальной флоры из кишечника в брюшную полость. Данные факторы вовлекая в процесс органов и систем организма, способствуют прогрессированию и являются причиной глубоких метаболических расстройств организма. Эти расстройства приводят к полиорганной недостаточности [4; 5; 7].

Первичный очаг интоксикации играет основную роль в начальной стадии заболевания, который часто возникает вследствие деструктивных изменений в органах брюшной полости. Таковым является и язвенный колит, этиологические факторы которого до сих пор до конца не известны [3; 10; 11].

Вторичным очагом абдоминальной хирургической патологии является инфицирование лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства. Инфицирование лимфатических узлов способствуют образованию микроабсцессов, заставляя в последующем усилению интоксикации организма. При этом в лимфатической системе органов брюшной полости отмечается застойное явление, которое также усиливает интоксикацию организма. Все вышеперечисленные оказывают очень негативные воздействия против инфекционные защитные механизмы кишечника, которые обеспечивают его барьерную функцию [1; 2; 4; 6; 10; 11].

Третичный очаг интоксикации при остром распространённом перитоните различного генеза и язвенного колита является нарушение функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде. При этом вследствие развития интоксикации организма, может быть отмечаться динамическая кишечная непроходимость, которая больше усугубляет эндотоксикоз организма [5; 6].

У большинства больных, несмотря на полноценной ликвидации первичного очага инфекции, продолжается ухудшение состояния и нарастание степени интоксикации организма. Вопрос о целесообразности применения антибактериальной терапии даже при таком тяжелом течении острого распространённого перитонита и язвенного колита все еще остается не решенным [6; 8; 10].

В тоже время доказано, что введение препаратов в лимфатическую систему является одним из способов повышения эффективности антибактериальной терапии и коррекции иммунитета при остром распространённом перитоните и язвенного колита [8; 10; 11].

Поиск и разработка новых методов адресной доставки лекарственных препаратов в органы-мишени являются актуальными проблемами 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.

**Цель исследования:** улучшить результаты оперативного лечения больных с острыми распространёнными перитонитами абдоминальной хирургической патологии с применением эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде.

### Материал и методы

Проведен анализ результатов хирургического лечения острого распространённого перитонита различного генеза абдоминальной хирургической патологии больных за период с 2014 по 2024 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 группы (n=68) в комплекс лечения добавлена эндомезентериальная лимфотропная терапия.

Причинами перитонита в основной группе больных, которым применялась 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%).

Показаниями для применения в комплексе лечения эндомезентериальную лимфотропную терапию явились, наличие патологических изменений в забрюшинном пространстве у больных с различными формами перитонита в виде инфильтрации, отека, набухания, гиперемии, гнойно-воспалительных изменений.

После завершения основного этапа операции всем больным основной группы, интраоперационно, в брыжейку кишечника установили специальный - полихлорвиниловый катетер назначенный для лимфотропной терапии в послеоперационном периоде. Наружный конец катетера выводили из брюшной полости через контрапертуру и фиксировали его к коже передней брюшной стенки живота шелковой нитью.

В связи уничтожения микробного фактора в послеоперационном периоде через катетер - установленный в брыжейку кишечника, сразу после проведения лимфостимуляции, начали лимфотропно вводить антибиотик широкого спектра действия, капельным путем. Тут же была определена чувствительность микрофлоры брюшной полости к антибиотикам. При изучении микрофлоры брюшной полости выяснилось, что у 84,5% случаях были высеяны кишечная палочка, стафилококк, синегнойная палочка. У остальных при посеве обнаруживались сочетанные виды микробов.

Наибольшая чувствительность микрофлоры брюшной полости оказалась к антибиотикам цефалоспоринового ряда: цефтриаксону и цефазолину (84,7%).

Как только была установлена чувствительность к антибиотику, сразу переходили на использование для эндомезентральной лимфотропной терапии данного препарата, которому микробы были чувствительны.

Перед началом лимфотропной терапии произвели лимфостимуляцию применяя 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 или цефтриаксон) в разовой терапевтической дозе. В дальнейшем применяли антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости к ним.

Эндомезентериальную лимфотропную терапию использовали один или два раза в сутки в течение 4-5 дней в зависимости от тяжести заболевания и состояния больного.

### Результат и обсуждение

Результаты лечения с применением эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде сопоставляли с анализами - показателями данных контрольной группы больных. При этом выявили, что на фоне проведенной комплексной терапии в послеоперационном периоде с применением лимфотропной терапии у больных основной группы перистальтика кишечника возобновилась на 2-е сутки, а на 3-сутки отмечено отхождение газа. Слабые перистальтические шумы кишечника у больных контрольной группы появились на 3-сутки после операции. Функциональная способность желудочно-кишечного тракта у этой группы больных восстановилась на 4-5 сутки.

**Таблица 1**

**Динамика выделения жидкости из брюшной полости (мл) в послеоперационном периоде с применением 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).

Показатели лейкоцитоза в крови больных основной группы на 3-сутки достоверно снизился, а у больных контрольной группы снижения данных показателей отмечались на 6-сутки после операции.

Лейкоцитарный индекс интоксикации нормализовался у больных основной группы на 4-сутки после операции, а у контрольной на 7-сутки. Также, уменьшение СОЭ отмечался на 4-сутки у больных основной группы в отличие от больных контрольной - на 6-7 сутки.

В результате применения эндомезентериальной лимфотропной терапии выделяемая жидкость из брюшной полости у больных основной группы начала убавляться начиная со 2-го дня после операции (табл. 1).

### Вывод

На основании всего вышеизложенного можно сделать заключение, что применения эндомезентериальной лимфотропной терапии в комплексе лечения больных в послеоперационном периоде при острых разлитых перитонитах различного генеза, абдоминальной хирургической патологии, положительно влияет на восстановительную функцию желудочно-кишечного тракта и организма в целом. В то же время предотвращаются осложнения со стороны основного заболевания. Наряду с этим уменьшается расходы на медикаментов и укорачивается койко-дней т.е. пребывания больного в стационаре на  $3,5 \pm 1,5$  дней.

### 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 осложненных неспецифического язвенного колита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003. Т. 13, № 1. С. 73–80.
4. Гостищев В.К. Сажин В.П. Авдовенко А.Л. Перитонит. М: Медицина 2002: 237.
5. Завада Н.В. Гаин Ю.М. Алексеев С.А. Хирургический сепсис. Учебное пособие. Минск: Новое знание 2003: 237.
6. Кригер А.Г. Шуркалин Б.К. Горский В.А. и др. Результаты и перспективы лечения распространенных форм перитонита. Хирургия 2001. № 8. С.8-12.
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. Чернов В.Н. Белик Б.М., Ефанов С.Ю. Патогенез нарушения висцеральных функции при распространённом перитоните. // Вестник хирургии. 2014. № 4. С. 35-38.
10. 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.
11. 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 день в медицине. 2019;3:299-303. <https://newdayworldmedicine.com/en/article/2891>

Поступила 20.03.2025