

<https://doi.org/10.17238/2072-3180-2022-1-69-74>

УДК 616.348-003-08

© Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А., 2022

Оригинальная статья / Original article



ЭНДОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ю.С. ЭГАМОВ¹, А.Э. РУЗИЕВ², С.А. ХАЙДАРОВ¹

¹Кафедра общей хирургии АндГосМИ, 170127, Андижан, Узбекистан

²Кафедра общей хирургии БухГосМИ, 200100, Бухара, Узбекистан

Резюме

Введение. 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 у больных, находившихся в клинике Андижанского государственного медицинского института за период с 2010 по 2020 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.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Эндомезентериальная лимфотропная терапия при абдоминальной хирургической патологии в послеоперационном периоде. *Московский хирургический журнал*, 2022. № 1. С. 69-74 <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2022-1-69-74>

Вклад авторов:

1. Эгамов Ю.С. – основной оперирующий хирург, непосредственно выполнявший методы операции указанные в статье.
2. Рузиев А. Э. – участвовал ассистентом хирурга в операциях и собрал материалы для статьи.
3. Хайдаров С.А. – занимался описанием протоколов операции, помогал собрать материалы для статьи.

ENDOMESENTERIAL LYMPHOTROPIC THERAPY FOR ABDOMINAL SURGICAL PATHOLOGY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

YULDASHALI S. EGAMOV¹, AKHTAM E. RUZIEV², SARVAR A. KHAIDAROV¹

¹Department of General Surgery ASMI, 170127, Andijan, Uzbekistan

²Department of General Surgery BSMI, 200100, Bukhara, Uzbekistan

Abstract

Introduction. 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 2010 to 2020. 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.

No conflict of interest

For citation: Yuldashali S. Egamov, Akhtam E. Ruziev, Sarvar A. Khaidarov. Endomesenterial lymphotropic therapy for abdominal surgical pathology in the postoperative period/ *Moscow Surgical Journal*, 2022, № 1, pp. 69-74. <https://doi.org/10.17238/2072-3180-2022-1-69-74>

Contribution of the authors.

1. Egamov Yu.S. – the main operating surgeon who directly performed the methods of operation indicated in the article.
2. Ruziev A.E. – participated as an assistant surgeon in operations and collected materials for the article.
3. Khaidarov S.A. – directly involved in the description of the protocols of the operation, helped to collect materials for the article.

Введение

Несмотря на совершенствование методов диагностики и улучшение 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, 6, 10, 15].

Трудность решения проблемы перитонита, наряду с другими причинами, состоит в том, что при лечении ОРП недостаточно корректируются такие факторы, как борьба с источниками интоксикации организма в послеоперационном периоде [2, 5, 13, 11].

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 гибели больного [4, 5, 14].

В начале заболевания основную роль играет первичный очаг интоксикации, который часто возникает вследствие деструктивных изменений в органах брюшной полости. Таковыми является и неспецифический язвенный колит (НЯК), этиологические факторы которого до сих пор не известны [3, 12, 13, 14, 15].

Вторичным очагом при абдоминальной хирургической патологии является инфицирование лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства. На фоне этого в лимфатических узлах образуется микроабсцессы, приводящие в последующем к усилению интоксикации организма. При этом в лимфатической системе органов брюшной полости больных отмечается застойное явление, которое также способствует усилению интоксикации организма. Все это оказывает очень негативное воздействие на защитные механизмы кишечника, обеспечивающих его барьерную функцию [1, 2, 4, 7, 12, 13].

Третичный очаг интоксикации при ОРП различного генеза и НЯК является нарушение функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде, при котором вследствие развития интоксикации организма, может отмечаться динамическая кишечная непроходимость, которая больше усугубляет эндотоксикоз организма [5, 6, 14].

Не смотря на полноценную ликвидацию 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 НЯК остается не решенным [7, 10, 12, 15].

Вместе с тем доказано, что одним из способов повышения эффективности антибиотикотерапии и коррекции иммунитета при ОРП и НЯК является введение препаратов в лимфатическую систему [10, 12, 13].

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, следовательно, и в органе-мишени.

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

Материал и методы

Нами проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и острого распространённого перитонита различного генеза больных, находившихся на стационарном лечении в клинике Андиганского государственного медицинского института за период с 2010 по 2020 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, мы постарались изучить состояние лимфотока

в брыжейках кишечника в норме и при созданной нами модели язвенного колита. Доказательством этому послужила результаты всасывания синьки Эванса из брыжейки кишечника на созданной нами модели язвенного колита после лимфостимуляции (табл. 1).

Таблица 1

Время всасывания синьки Эванса из брыжейки и субсерозного слоя стенки толстого кишечника на фоне созданной модели язвенного колита

Table 1

Time of absorption of Evans' blue from the mesentery and subserous layer of the colon wall against the background of the created model of ulcerative colitis

Результаты всасывания синьки Эванса на фоне созданной модели язвенного колита Evans blue suction results against the background of the created model of ulcerative colitis				
Точки введения синьки Эванса и время его всасывания Evans Blue Injection Points and its absorption time	Ближе к корню брыжейки Closer to the root of the mesentery	Время всасывания без лимфостимуляции Absorption time without lymphatic stimulation	Время всасывания после лимфостимуляции Absorption time after lymphostimulation	Ускорение всасывания в % Acceleration of absorption in %
		6 мин. 39 сек ±10 сек. 6 minutes. 39 sec ± 10 sec	4 мин. 02 сек ±10 сек. 4 minutes. 02sec ± 10 sec	36,2±1,4
	Срединная часть брыжейки The middle part of the mesentery	7 мин. 21сек. ± 21сек. 7 minutes 21 sec ± 10 sec.	4 мин. 32 сек. ±7 сек. 4 minutes 32 sec. ± 10 sec.	40,1±2,8
	Краевая часть брыжейки (ближе к стенке кишечника) The marginal part of the mesentery (closer to the intestinal wall)	8 мин.35 сек. ±13 сек. 8 minutes 35sec. ± 13 sec.	5 мин.02 сек. ±14 сек . 5 minutes 02 sec. ± 14 sec.	39,9±1,3

Из таблицы видно, что после лимфостимуляции лимфоток в брыжейках кишечника улучшается, устраняя при этом лимфостаз в «лимфатическом коллекторе», который развивается на фоне воспалительного процесса.

Причинами перитонита в основной группе больных (из 98 больных с перитонитом только 68), 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 НЯК в количестве 30 (30,6 %).

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 в брыжейку кишечника установили изобретенный нами полихлорвиниловый специальный катетер для лимфотропной терапии в послеоперационном периоде и закрепили его при помощи тонкого кетгута в брыжейку кишечника (рис. 1).



Рис. 1. Интраоперационное установление эндомезентериального катетера
Fig. 1. Intraoperative placement of an endomesenteric catheter

Наружный конец катетера выводили из брюшной полости через контрапертуру и фиксировали его к коже передней брюшной стенки живота шелковой нитью (рис. 2).



Рис. 2. Эндомезентериально установленный катетер
Fig. 2. Endomesenterically inserted catheter

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

У больных перитонитом, прежде всего, уделяли внимание борьбе с микробным фактором. В связи с этим в послеоперационном периоде через катетер, установленный в брыжейку кишечника, сразу после проведения лимфостимуляции, начинали лимфотропное введение антибиотиков широкого спектра действия капельным путем. 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 палочка. У остальных 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 эндомезентериальной 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 (цефалоспорины 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 с применением 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 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 традиционными способами лечения острого перитонита, лейкоцитоз в крови больных основной группы на 3 сутки достоверно снизился, а у больных контрольной группы снижение этого показателя отмечался на 6 сутки после операции. ЛИИ нормализовался у больных основной группы на 4 сутки после операции, а в контрольной группе на 7 сутки. Также, уменьшение СОЭ отмечалось начиная с 4-х суток у больных основной группы, а у больных контрольной группы с 6–7 суток.

В результате проводимой лимфотропной терапии в комплексе лечения в послеоперационном периоде, количество выделяемой жидкости из брюшной полости у больных основной группы начало уменьшаться по сравнению контрольной начиная с 2-го дня после операции (табл. 2).

Таблица 2

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

Table 2

Dynamics of exudate discharge from the abdominal cavity (ml) in the postoperative period with endomesenteric lymphotropic therapy and the traditional method of treatment

Способ лечения Method of treatment	1 сутки 1 day	2 сутки 2 day	3 сутки 3 day	4 сутки 4 day
Традиционное лечение Traditional treatment	117,2±10,1	100,4±7,9	77,1±5,8	38,4±6,9*
Эндомезентериальная лимфотропная терапия Endomesenteric lymphotropic therapy	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).

Таким образом, при абдоминальной хирургической патологии применяемая лимфотропная терапия в комплексе лечения больных в послеоперационном периоде положительно влияет на восстановительные функции организма, предотвращая осложнения со стороны основного заболевания, сокращает расходы на медикаменты и пребывания больного в стационаре на 1,5±3,5 дней.

Список литературы:

1. Брискин Б.С., Совченко З.И., Хачатрян Н.Н. Абдоминальный сепсис, роль антибактериальной терапии. *Хирургия*, 2002. № 4. С. 69–74.
2. Ваккосов М.Х., Исхаков Б.Р. Диагностика и хирургическое лечения послеоперационного перитонита. *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. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. *Перитонит*. М: Медицина, 2002, 237 с.
5. Завада Н.В., Гаин Ю.М., Алексеев С.А. *Хирургический сепсис*. Учебное пособие. Минск: Новое знание, 2003, 237 с.
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. 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. С. 115.

8. Сажин В.П., Авденко А.Л., Юришеви В.А. Современные тенденции хирургического лечения перитонита. *Хирургия*, 2007. № 11. С. 36–39.

9. Савалкин В.И. Биологическая терапия воспалительных заболеваний кишечника. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2010. № 3. С. 83–84.

10. Халиф И.Л. Хирургическое лечение и биологическая терапия при язвенном колите. *Российский медицинский журнал*, 2013. № 31. С. 1632.

11. Чернов В.Н. Белик Б.М., Ефанов С.Ю. Патогенез нарушения висцеральных функций при распространенном перитоните. *Вестник хирургии*, 2014. № 4. С. 35–38.

12. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э. Значение эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. *Проблемы биологии и медицины*, 2019. № 3 (111). С. 163–167.

13. 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. *Новый день в медицине*, 2019. № 3. С. 299–303.

14. Schein M. Surgical management of intra-abdominal infection is there any evidence? *Langenbeck's Arch Surg.*, 2002, Apr; № 387(1), pp. 1–7.

15. Langan R.C., Gotsch P.B., Krafczyk M.A. et al. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. *Am. Fam. Physician*, 2007, № 76 (9), pp. 1323–1330.

References:

1. Briskin B.S., Sovchenko Z.I., Khachatryan N.N. Abdominal sepsis, the role of antibiotic therapy. *Surgery*, 2002, № 4, pp. 69–74. (In Russ.)
2. Vakkosov M.Kh., Iskhakov B.R. Diagnostics and surgical treatment of field-operative peritonitis. *Surgery of Uzbekistan*, 2005, № 1, pp. 66–71. (In Russ.)
3. Vorobiev G.I. Surgical treatment of complications of ulcerative colitis. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*, 2003, T. 13, № 1, pp. 73–80. (In Russ.)
4. Gostishchev V.K., Sazhin V.P., Avdovenko A.L. *Peritonitis*. M: Medicine, 2002, 237p. (In Russ.)
5. Zavada N.V., Gain Yu.M., Alekseev S.A. *Surgical sepsis*. Tutorial. Minsk: New Knowledge 2003: 237. (In Russ.)
6. Krieger A.G., Shurkalin B.K., Gorskiy V.A. and other. Results and prospects of treatment of common forms of peritonitis. *Surgery*, 2001, № 8, pp. 8–12. (In Russ.)
7. Osikov M.V., Simonyan E.V., Bakeeva A.E., Kostina A.A. Experimental modeling of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Modern problems of science and education*, 2016, № 4, p. 115. (In Russ.)
8. Sazhin V.P., Avdenko A.L., Yurishevi V.A. Modern trends in the surgical treatment of peritonitis. *Surgery*, 2007, № 11, pp. 36–39. (In Russ.)

9. Sovalkin V.I. Biological therapy of inflammatory bowel disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*, 2010, № 3, pp. 83–84. (In Russ.)
10. Khalif I.L. Surgical treatment and biological therapy for ulcerative colitis. *Russian medical journal*, 2013, № 31, pp. 1632. (In Russ.)
11. Chernov V.N., Belik B.M., Efanov S.Yu. Pathogenesis of visceral dysfunction in generalized peritonitis. *Bulletin of surgery*, 2014, № 4, pp. 35–38. (In Russ.)
12. Egamov Yu.S., Ruziev A.E. The value of endomesenteric lymphatic therapy in the complex treatment of ulcerative colitis in the postoperative period. *Problems of Biology and Medicine*, 2019, № 3 (111), pp. 163–167. (In Russ.)
13. Egamov Yu.S., Ruziev A.E., Khaidarov S.A. Endomesenteric lymphotropic therapy as a method of preventing complications in the complex treatment of ulcerative colitis in the postoperative period. *Journal of New Day in Medicine*, 2019, № 3, pp. 299–303. (In Russ.)
14. Schein M. Surgical management of intra-abdominal infection is there any evidence? *Langenbeck's Arch Surg.*, 2002, Apr; № 387(1), pp. 1–7.
15. Langan R.C., Gotsch P.B., Krafczyk M.A. et al. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. *Am. Fam. Physician*, 2007, № 76 (9), pp. 1323–1330.

Сведения об авторах:

Эгамов Юлдашали Сулайманович – д.м.н., профессор Андijanского Государственного медицинского института, ул. Атабекова 1, г. Андиян, 170127, Узбекистан, email: egamovlar@mail.ru, ORCID 0000-0002-9059-8610

Рузиев Ахтам Эргашович – доктор философии по направлению медицины (PhD) Бухарского Государственного медицинского института, ул. А. Наваи, 1, г. Бухара, 200100, Узбекистан, email: ruzievahtam@gmail.com, ORCID 0000-0001-8478-3513

Хайдаров Сарвар Адхамович — докторант кафедры общей хирургии. Андijanского Государственного медицинского института, ул. Атабекова 1, г. Андиян, 170127, Узбекистан, email: egamovlar@mail.ru, ORCID 0000-0002-9067-8634.

Information about the authors:

Egamov Yuldashali Sulaymanovich – Doctor of Medical Sciences, Professor of Andijan State Medical Institute, Atabekov street, 1, Andijan city, 170127, Uzbekistan, email: egamovlar@mail.ru ORCID 0000-0002-9059-8610

Ruziev Akhtam Ergashovich – PhD in Medicine Bukhara State Medical Institute, A. Navai str., 1, Bukhara, 200100, Uzbekistan, email: ruzievahtam@gmail.com ORCID 0000-0001-8478-3513

Khaidarov Sarvar Adkhamovich – doctoral student of the Department of General Surgery. Andijan State Medical Institute, Atabekov street, 1, Andijan city, 170127, Uzbekistan, email: egamovlar@mail.ru ORCID 0000-0002-9067-8634