

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ СУБМУКОЗНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

Ш.Б. Насриддинов

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Целью данного исследования является улучшение результатов лечения оперированных больных при неспецифическом язвенном колите применением в комплексе лечения субмукозной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита, находившихся на стационарном лечении в клинике АГМИ за период с 2011 по 2021 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую – контрольную группу включены пациенты (n=71), получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, пациенты второй - основной группы (n=77) в комплекс лечения добавлена субмукозная лимфотропная терапия. Всего пациентов 148. Возраст пациентов колебался от 20 до 45 лет.

Результаты исследования и их обсуждение: Сравнительный анализ субмукозной лимфотропной терапии при неспецифическом язвенном колите в послеоперационном периоде в условиях стационара показывает, что применение данного метода способствует снижению послеоперационных осложнений, сокращая при этом расходы на медикаменты и пребывания больных в стационаре, быстрейшему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта. В основной группе возобновление перистальтики кишечника и отхождение газов происходит на 2-5 дней раньше контрольной. Лейкоцитоз в крови больных основной группы достоверно снижается на 3сутки, а у больных контрольной - на 6-сутки после операции. СОЭ начинает убавляться у больных основной группы на 4-сутки, а в контрольной группе на 6-7-сутки соответственно.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, острый распространённый перитонит (ОРП), лимфотропная терапия, субмукозное введение, колоноскопия, послеоперационные осложнения, улучшение результатов, безрецидивный период.

YARALI KOLITNI JARROHLIK DAVOLASH NATIJARINI SHILLIK OSTI LIMFOTROPIK TERAPIYA QO'LLASH ORQALI YAXSHILASH

Sh.B. Nasriddinov

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya.

Ushbu tadqiqotning maqsadi yarali kolit bilan og'rigan operatsiya qilingan bemorlarni davolash kompleksining bir qismi sifatida operatsiyadan keyingi davrda submukozal limfotrop terapiyani qo'llash orqali davolash natijalarini yaxshilashdan iborat.

Materiallar va tadqiqot usullari. 2011 yildan 2021 yilgacha bo'lgan davrda ADTI klinikasida statsionar sharoitda davolangan nonspesifik yarali kolitni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalari tahlil qilindi. Barcha bemorlar ikki guruhga bo'lingan: birinchi - nazorat guruhiga operatsiyadan keyingi davrda an'anaviy davolash usullarini olgan bemorlar (n=71) kiritilgan, ikkinchi - asosiy guruhning bemorlari (n = 77) davolash kompleksiga submukozal limfotrop terapiyani qo'shdilar. Bemorlarning umumiy soni 148 nafarni tashkil etdi. Bemorlarning yoshi 20 yoshdan 45 yoshgacha.

Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi: Nonspesifik yarali kolit uchun operatsiyadan keyingi davrda shifoxona sharoitida submukozal limfotrop terapiyaning qiyosiy tahlili shuni ko'rsatadiki, bu usuldan foydalanish operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirishga yordam beradi, shu bilan birga dori-darmonlar va kasalxonada qolish xarajatlarini kamaytiradi, oshqozon-ichak trakti funksiyalarini tezda tiklash. Asosiy guruhda ichak motorikasining tiklanishi va gazlarning o'tishi nazorat guruhiga qaraganda 2-5 kun oldin sodir bo'ladi. Asosiy guruhdagi bemorlarning qonida leykotsitoz 3 kunga, nazorat guruhidagi bemorlarda esa operatsiyadan keyin 6 kunga sezilarli darajada kamaydi. ESR asosiy guruhdagi bemorlarda 4 kundan keyin, nazorat guruhida esa mos ravishda 6-7 kundan keyin pasayishni boshlaydi.

Kalit so'zlar: nospetsifik yarali kolit, o'tkir keng tarqalgan peritonit, limfotrop terapiya, shilliq ostiga yuborish, kolonoskopiya, operatsiyadan keyingi asoratlarni, yaxshilangan natijalar, retsidivsiz davr.

IMPROVING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS BY CONDUCTING SUBMUCOUS LYMPHOTROPIC THERAPY

Sh.B. Nasriddinov

Andijan State Medical Institute

Abstract.

The purpose of this study is to improve the results of treatment of operated patients with nonspecific ulcerative colitis.

Material and research methods. The analysis of the results of surgical treatment of nonspecific ulcerative colitis, who were hospitalized at the ASMI clinic for the period from 2011 to 2021, was carried out. All patients were divided into two groups: the control group included patients (n=71) who received traditional methods of treatment in the postoperative period, patients of the main group (n=77) added submucosal lymphotropic therapy. There were 148 patients in total. The age of the patients ranged from 20 to 45 years.

Results of the study and their discussion: Comparative analysis of submucosal lymphotropic therapy for nonspecific ulcerative colitis in the postoperative period shows that the use of this method helps to reduce postoperative complications, while reducing the cost of medicines and hospital stay, the fastest restoration of the functions of the gastrointestinal tract. In the main group, the resumption of intestinal motility and the discharge of gases occurs 2-5 days earlier than the control group.

Key words: *ulcerative colitis, acute generalized peritonitis, lymphotropic therapy, submucosal administration, colonoscopy, postoperative complications, improvement in outcomes, relapse-free period.*

Введение. Распространенность неспецифического язвенного колита (НЯК) по данным ВОЗ составляет 50-80 человек на 100 000 населения. Наибольшее число случаев приходится на возраст 20-40 лет. Наивысшие показатели смертности отмечаются в течение первого года болезни вследствие случаев крайне тяжелого молниеносного течения заболевания и частых рецидивов болезни [1, 2, 4, 7].

Несмотря на то, что оперативное лечение – колопроктэктомия позволяет радикально справиться с заболеванием. Одним из недостатков данного метода лечения является последующая необходимость на протяжении всей жизни пользоваться калоприемником. А сфинктер сохраняющие операции дают частый рецидив и могут даже привести к злокачественным новообразованиям прямой кишки.

Еще одним грозным осложнением НЯК является острый распространённый перитонит (ОРП), которая имеет высокую летальность при развитии абдоминального сепсиса с развитием полиорганной недостаточности, достигая при этом от 18 до 37% случаев [3, 9, 10, 11].

Другим очагом инфекции при абдоминальной патологии является инфицирование лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства. На фоне которых в лимфатических узлах образуется микроабсцессы. Образованные этим путем микроабсцессы приводят усилению интоксикации организма, за счет чего в лимфатической системе органов брюшной полости больных отмечается застойное явление, которое также способствует усилению интоксикации организма. Все это в сумме оказывает очень негативное воздействие на защитные механизмы кишечника против инфекционных агентов, обеспечивающих его барьерную функцию [1, 3, 6, 7, 12, 14].

Нарушение функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде так же приводит к образованию очага интоксикации при ОРП различного генеза и НЯК благодаря развитию динамической кишечной непроходимости, что больше усугубляет эндотоксикоз организма [5, 8, 13].

В практике у большинства больных продолжается ухудшение состояния и нарастание степени интоксикации организма даже после полноценной ликвидации первичного очага инфекции. Применение в/в, в/м и пероральными способами не дают должного, быстрого эффекта, а полипрагмазия антибактериальными препаратами даже при таком тяжелом течении ОРП и НЯК остается не решенным [4, 7, 12, 15].

Тем временем введение антибиотиков при инфекционных заболеваниях, коим являются ОРП и НЯК, в лимфатическую систему приводят повышению эффективности, снижению дозировки и длительности приме-

нения препаратов и получению, относительно с традиционным лечением, более быстрого эффекта доказано экспериментальным и клиническим способами [9, 11, 13, 14]. Преимущество лимфотропной терапии заключается в том, что данный способ введения препаратов обеспечивает создание в лимфатическом регионе очага поражения патологическим процессом достаточных и стабильных терапевтических концентраций лекарственных препаратов, следовательно, и в органе мишени.

Проблема применения лимфатической терапии при НЯК и ОРП заключается в сложности доступа к лимфатической системе толстого кишечника.

Целью данного исследования является улучшение результатов лечения оперированных больных при неспецифическом язвенном колите, а также предупреждение осложнений, таких как ОРП и их ликвидация путем применения в комплексе лечения субмукозной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и острого распространенного перитонита различного генеза больных, находившихся на стационарном лечении в клинике Андиганского государственного медицинского института за период с 2011 по 2021 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую – контрольную группу включены пациенты (n=71), получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, а пациентам во второй - основной группе (n=77) в комплекс лечения добавлена субмукозная лимфотропная терапия. Всего пациентов 148. Возраст пациентов колебался от 20 до 45 лет.

Для оценки эффективности субмукозной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде, были сопоставлены эндоскопическая картина и данные гистологического анализа состояния слизистой оболочки кишечника до лечения с данными повторного исследования (колоноскопия с биопсией) кишечника после курса лечения.

Исходя из анатомии толстого кишечника лимфоотток начинается из стенок толстого кишечника. Учитывая эту особенность всем больным основной группы после завершения основного этапа операции, начиная с 7-сутки после операции провели субмукозную лимфотропную терапию с помощью колоноскопа и инъектора.

Нами примененный способ лимфотропной терапии отличается от других способов, таких как эндомезентериальной лимфотропной терапии своей малотравматичностью, технической не сложностью, не требует хирургического вмешательства, а проводится через естественные

отверстия пациента, доступностью и учитывающее анатомию органа, и физиологию образования и оттока лимфы, вместе с которым распространяются введенные препараты.

Для лимфотропной терапии в качестве лимфостимуляторов применяли глюкозоновокаиновую смесь в соотношении 1:1 в дозе 2 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 с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости к ним (цефалоспорины III-IV поколения: цефазолин либо цефтриаксон) в разовой терапевтической дозе.

Субмукозная лимфотропная терапия 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.

Результаты лечения с применением субмукозной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде сравнивали с показателями контрольной группы больных.

На фоне проведения комплексной терапии в послеоперационном периоде с применением субмукозной 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-е сутки после операции. Только на 4-5 сутки восстановилась функциональная способность желудочно-кишечного тракта у этой группы больных.

В анализах крови - лейкоцитоз в крови больных основной группы на 3-е сутки достоверно снизился, а у больных контрольной группы снижение этого показателя отмечался на 6-е сутки после операции. Уменьшение СОЭ у больных основной группы начиная с 4-е сутки, а у больных контрольной группы с 6-7 суток.

Сравнительный анализ субмукозной лимфотропной терапии при неспецифическом язвенном колите в послеоперационном периоде в условиях стационара показывает, что применение данного метода способствует снижению послеоперационных осложнений таких как боли, кровотечение, положительно влияет на восстановительные функции организма предотвращая осложнения со стороны основного заболевания, сокращая при этом расходы на медикаменты и пребывания больных в стационаре на $3,5 \pm 1,5$ дней, а также быстрейшему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта.

Выводы: Таким образом, проведение субмукозной лимфотропной терапии в комплексе лечения в первую очередь способствует быстрей-

шему восстановлению функций ЖКТ, к нормализации СОЭ и уровня лейкоцитов, к предотвращению или снижению послеоперационных осложнений и удлинению без рецидивного периода. Кроме того, данный способ отличается экономичностью и относительным доступностью применения.

Список использованной литературы:

1. Ваккосов М.Х. Исхаков Б.Р. Диагностика и хирургическое лечение послеоперационного перитонита. // Журнал: Хирургия Узбекистана 2005. № 1. С. 66-71.
2. Ивашкин В.Т. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: рук.для практ.врачей. М: Литтерра, 2007. 1056 с.
3. Гаин Ю.М. Леонович С.И. Алексеев С.А. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты диагностика и лечение. Минск: Молодечно 2001: 265.
4. 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.
5. 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. - С. 299-303.
6. Воробьев Г.И. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003. Т. 13, № 1. С. 73–80.
7. Завада Н.В. Гаин Ю.М. Алексеев С.А. Хирургический сепсис. Учебное пособие. Минск: Новое знание 2003: 237.
8. Брискин Б.С. Совченко З.И. Хачатрян Н.Н. Абдоминальный сепсис, роль антибактериальной терапии. // Хирургия 2002: 4: 69-74.
9. Гостищев В.К. Сажин В.П. Авдовенко А.Л. Перитонит. М: Медицина 2002: 237.
10. 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.

11. Сажин В.П., Авденко А.Л., Юришеви В.А. Современные тенденции хирургического лечения перитонита // Хирургия 2007 №11. С. 36-39.
12. Саидханов А.С. О нерешенных вопросах лечения распространенного перитонита. // Хирургия Узбекистана. 2003. № 3. С 77.
13. Совалкин В.И. Биологическая терапия воспалительных заболеваний кишечника. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2010. № 3. С. 83–84.
14. Халиф И.Л. Хирургическое лечение и биологическая терапия при язвенном колите // Халиф И.Л. Российский медицинский журнал. 2013., №31 С. 1632.
15. Чернов В.Н. Белик Б.М., Ефанов С.Ю. Патогенез нарушения висцеральной функции при распространённом перитоните. // Вестник хирургии. 2014. № 4. С. 35-38