

УДК: 616.381-002.1

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

Эгамов Юлдашали Сулайманович, Дурдиев Хамдам Базарбаевич, Эгамов Бехзодбек Юлдашалиевич  
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

## ЎТКИР ТАРҚАЛГАН ПЕРИТОНИТДА ПАТОГЕНЕТИК ЛИМФАТИК ТЕРАПИЯ

Эгамов Юлдашали Сулайманович, Дурдиев Хамдам Базарбаевич, Эгамов Бехзодбек Юлдашалиевич  
Андижон давлат тиббиёт институти, Узбекистон Республикаси, Андижон ш.

## PATHOGENETIC LYMPHATIC THERAPY FOR ACUTE DISSOLVED PERITONITIS

Egamov Yuldashali Sulaimanovich, Durdiev Khamdam Bazarbaevich, Egamov Bekhzodbek Yuldashalievich  
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: [egamovlar@mail.ru](mailto:egamovlar@mail.ru)

**Резюме.** Долзарблиги: Диагностика усуллари такомиллаштириш ва интенсив тиббий тадбирлар сифатини яхшилашга қарамай, ўткир тарқалган йирингли перитонитда асорат ва ўлим 12% дан 25% гачани ташкил қилади. Тадқиқот мақсади: Жаррохлик амалиётидан кейинги даврда комплекс лимфатик терапия ёрдамида эндоген интоксикация синдромини камайтириш орқали ўткир тарқалган перитонит (ЎТП) билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш. Андижон Давлат тиббиёт институти клиникасида 2010 йилдан 2021 йилгача ўткир тарқалган перитонит билан касалланган 185 бемор кузатув остида бўлган. Ўтказилган тадқиқотлар функционал ва динамик ичак тугилишининг ривожланишига йўл қўймаслик учун аниқ чора-тадбирларни қўллашнинг юқори самарадорлигини кўрсатди. Ошқозон-ичак йўлининг декомпрессияси ва таклиф қилинган усул бўйича лимфостимуляция ва антибиотикларни лимфотроп юбориш каби ошқозон-ичак трактининг эвакуация функциясини эрта тикланишига сабаб бўлди. Натижалар: Умуман олганда, олинган натижалар операциядан кейинги йирингли-септик асоратлар частотасини 26,4% дан 12,7% гача ва ўлим ҳолатини 14,6% дан 7,5 % гача камайтириш орқали парвариш сифатини ва шунга мос равишда ЎТП каби оғир патологияни даволаш натижаларини яхшилашга имкон берадиган патогенетик асосли чора-тадбирларнинг самарадорлигини аниқ акс эттирди.

**Калит сўзлар:** перитонит, лимфатик терапия, интоксикация, эндомезентериал терапия, лимфостимуляция.

**Abstract.** Relevance: Despite the improvement of diagnostic methods and the improvement of the quality of intensive therapeutic measures, complication and mortality in acute diffuse purulent peritonitis increased from 12% to 25%. The aim of the study: was to improve the results of treatment of patients with acute diffuse peritonitis (ADP) by reducing the syndrome of endogenous intoxication with the use of complex lymphatic therapy in the postoperative period. In the clinic of the Andijan State Medical Institute, from 2010 to 2021, 185 patients with acute diffuse peritonitis were under observation. The conducted studies have shown the high efficiency of the use of specific measures to prevent the development of functional - dynamic intestinal obstruction. Decompression of the gastrointestinal tract and endomesenteric therapy - such as lymphostimulation and lymphotropic antibiotics according to the proposed method, led to the restoration of the evacuation function of the gastrointestinal tract. Results: In general, the results obtained clearly reflected the effectiveness of the proposed pathogenetically substantiated measures, which made it possible to improve the quality of care provided and, accordingly, the results of treatment of such a severe pathology as ADP by reducing the postoperative frequency of purulent-septic complications from 26.4% to 12.7% and mortality from 14.6% to 7.5%.

**Key words:** peritonitis, lymphatic therapy, intoxication, endomesenteric therapy, lymphostimulation.

**Актуальность.** Несмотря на совершенствование методов диагностики и улучшение качества интенсивных лечебных мероприятий, осложнение и летальность при остром разлитом гнойном перитоните остаётся высокой (1.3.4). Одним из наиболее неблагоприятных в прогностическом значении синдромов острого разлитого 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. Указанные факторы, прогрессируя и вовлекая в процесс органы и системы, являются причиной глубоких метаболических расстройств организма больных, которые приводят к полиорганной недостаточности (ПОН) и гибели больных (2.5.6).

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных острым разлитым перитонитом (ОРП) путем снижения синдрома эндогенной интоксикации с применением комплексной лимфатической терапии в послеоперационном периоде.

**Материал и методы:** В клинике Андижанского Государственного медицинского института с 2010 по 2021 года под наблюдением находились 185 больных с острым разлитым перитонитом. Все больные с ОРП были распределены на 2 исследуемые группы: первую (контрольную) группу составили 91 (49,2%) больных, получавших общепринятое или стандартное комплексное лечение; вторую (основную) группу составили 94 (50,8%) больных, которым произведена стандартная комплексная лимфатическая терапия в послеоперационном периоде.

Общепринятое стандартное лечение в I (контрольной) группе больных с ОРП складывалось из выполнения целого комплекса лечебных мероприятий направленных на: коррекцию нарушений гомеостаза (предоперационная подготовка),

раннюю ликвидацию источника перитонита (оперативное вмешательство), а также послеоперационное ведение больных, состоящее из проведения интенсивной детоксикационной коррекции нарушений функции органов брюшной полости. В общей группе пациентов мужчин было – 122 (65,9%) случаев, женщин – 63 (34,1%). Среди них лица пожилого и старческого возраста составили - 15,1% (28 пациентов).

Следует отметить, что ОРП у всех исследованных больных развивался вторично, на фоне острых воспалительных заболеваний или после травм и повреждений органов брюшной полости. Ведущими причинами ОРП были: острый деструктивный аппендицит – 39 (21,1%), перфорация гастродуоденальных язв – 37 (20,0%), острая кишечная непроходимость – 34 (18,4%), ранения и повреждения полых органов – 20 (10,8%). В остальных случаях причинами были: ущемленные грыжи, острый панкреонекроз, перфорация язв кишечника, прорыв абсцесса печени, разрыв кисты яичников, острый тромбоз мезентериальных сосудов, дивертикулит Меккеля, осложненный перфорацией.

У 72 (38,9%) больных выявлялись различные сопутствующие заболевания. Наиболее частыми из них были: заболевания сердечно-сосудистой системы – 31 (16,8%) и заболевания системы дыхания – 17 (9,2%). 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 2.

Подавляющее большинство больных (71,4%), поступили в сроки более 24-х часов от начала заболевания. Реактивная стадия перитонита была выявлена у 81 (43,8%) больных, токсическая стадия у 72 (38,9%) больных, а терминальная стадия заболевания отмечена у 32 (17,3%) больных. Характер выпота, выявленный во время оперативного вмешательства у больных с ОП представлен так: перитонеальный выпот был фибринозно-гнойным у - 59 (26,5%), гнойным у – 36 (19,5%) и каловым у – 19 (10,2%). Серозный выпот выявлялся лишь у 26 (13,5%) пациентов.

Предоперационная подготовка предусматривала: зондирование желудка и эвакуацию содержимого ЖКТ, катетеризацию центральных вен с проведением целенаправленной коррекции минерального баланса и кислотно-щелочного состояния, детоксикационной терапии.

По своему характеру выполненные оперативные вмешательства в большинстве случаев были радикальными: аппендэктомия – 39 (21,1%), ушивание дефектов кишечника – 20 (10,8%), резекция кишечника с наложением энтеро-энтеро анастомоза – 17 (9,2%), холецистэктомия – 9 (4,9%). Из паллиативных вмешательств основными являлись ушивание прободных гастродуоденальных язв – 37 (20,0%), секвестрэктомия с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости – 11 (5,9%).

Оперативное вмешательство включало: устранение источника перитонита, туалет и санацию брюшной полости с проведением лаважа антисептическими растворами до «чистых» вод и новокаинизации корня брыжейки тонкого кишечника. Для декомпрессии ЖКТ использовали назогастральную интубацию желудочным зондом, у больных с терминальной стадией ОРП накладывали один из видов разгрузочной стомы и дренирование брюшной полости.

**Таблица 1.** Причины перитонита у исследованных больных

№	Этиологические причины перитонита	Контрольная группа		Основная группа		Всего	
		Абс.	В %	Абс.	В %	Абс.	В %
1	Острый деструктивный аппендицит	19	20,9%	20	21,3%	39	21,1%
2	Перфорация гастродуоденальных язв	18	19,8%	19	20,2%	37	20,0%
3	Острая кишечная непроходимость	17	18,7%	17	18,1%	34	18,4%
4	Ранения и повреждения полых органов	10	11,0%	10	10,6%	20	10,8%
5	Ущемленные грыжи	6	6,6%	7	7,4%	13	7,0%
6	Острый панкреонекроз	6	6,6%	5	5,3%	11	5,9%
7	Острый деструктивный холецистит	5	5,5%	4	4,3%	9	4,9%
8	Перфорация язв тонкого и толстого кишечника	4	4,4%	5	5,3%	9	4,9%
9	Прорыв абсцесса печени	2	2,2%	3	3,2%	5	2,7%
10	Разрыв кисты яичников	2	2,2%	1	1,1%	3	1,6%
11	Острый тромбоз мезентериальных сосудов	1	1,1%	2	2,1%	3	1,6%
12	Дивертикулит Меккеля осложненный перфорацией	1	1,1%	1	1,1%	2	1,1%
Итого:		91		94		185	100,0%

**Таблица 2.** Сроки поступления исследованных больных

Сроки поступления больных	Контрольная группа		Основная группа		Всего	
	Абс.	В %	Абс.	В %	Абс.	В %
До 12 часов	19	20,9%	20	21,3%	39	21,1%
12-24 часа	20	22,0%	22	23,4%	42	22,7%
24-48 часа	25	27,5%	26	27,7%	51	27,6%
48-72 часа	16	17,6%	16	17,0%	32	17,3%
Свыше 72 часов	11	12,1%	10	10,6%	21	11,4%
Итого:	91		94		185	100,0%

В послеоперационном периоде больные наблюдались в реанимационном отделении, где осуществляли коррекцию нарушений гомеостаза путем проведения интенсивной инфузионной терапии с форсированием диуреза, коррекцию нарушений функций жизненно важных органов и систем, детоксикационную и эндомезентериальную антибактериальную терапию, с учетом результатов экспресс-бактериоскопии отделяемого из брюшной полости, а также посева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

**Результаты:** В основной группе в отличие от лечения контрольной группы больных, стандартное лечение было дополнено комплексом патогенетически обоснованных лечебных мероприятий на основании разработанной лимфатической терапии, направленное на профилактику и лечение синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ). Последняя, предусматривала проведение во время операции и в раннем послеоперационном периоде активной декомпрессии кишечника и лимфотропную терапию через катетер, установленный во время операции в брыжейку тонкого кишечника.

Как показали вышеуказанные данные, больные обеих групп по возрасту, полу, тяжести основной и сопутствующей патологии и характеру выполненных оперативных вмешательств были сопоставимы для анализа.

**Выводы:** Проведенные исследования показали высокую эффективность применения специфических мероприятий по профилактике развития функционально - динамической кишечной непроходимости. Так, декомпрессия ЖКТ и эндомезентериальная терапия – типа лимфостимуляции и лимфотропного введения антибиотиков по предложенной методике обуславливали регресс СЭИ, а также восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ.

Лимфостимуляция и лимфотропная терапия способствовали снижению интерстициального отека и концентрации токсинов в межклеточном пространстве, блокаде 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.

В целом, полученные результаты наглядно отображали эффективность предложенных патогенетически обоснованных мероприятий, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и результаты лечения такой тяжелой патологии как ОРП путем снижения послеоперационной частоты гнойно-септических осложнений с 26,4% до 12,7% и летальности с 14,6% до 7,5%.

#### Литература:

1. Белокуров Ю. Н. Эндогенная интоксикация при острых хирургических заболеваниях. // Ярославль. - 2000. - С.207.
2. Ефименко Н.А. Руководство по клинической лимфологии / Н.А. Чернеховская, Ю.Е. Выренков. М. : Полимаг, 2001. 158 с.
3. Карсанов А.М., Маскин С.С. О проблемах лечения распространенного гнойного перитонита.// Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2020. № 8. С. 168-172.
4. Михайличенко В.Ю., Воронков Д.Е., Кисляков В.В. Лечение тяжелых форм распространенного гнойного перитонита.//Таврический медико-биологический вестник. 2022. Т. 25. № 1. С. 20-26.
5. Чернов В.Н. Комплексное лечение больных абдоминальным сепсисом / Чернов В.Н., Мареев Д. В. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2010. — № 10. — С. 44—47.
6. Van Ruler O., Boermeester M.A. Surgical treatment of secondary peritonitis. Der Chirurg. 2017;88(1):1-6

#### ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Эгамов Б.Ю.

**Резюме.** Несмотря на совершенствование методов диагностики и улучшение качества интенсивных лечебных мероприятий, осложнение и летальность при остром разлитом гнойном перитоните достигает от 12% до 25%. Цель исследования: улучшение результатов лечения больных острым разлитым перитонитом (ОРП) путем снижения синдрома эндогенной интоксикации с применением комплексной лимфатической терапии в послеоперационном периоде. В клинике Андиганского Государственного медицинского института с 2010 по 2021 года под наблюдением находились 185 больных с острым разлитым перитонитом. Проведенные исследования показали высокую эффективность применения специфических мероприятий по профилактике развития функционально - динамической кишечной непроходимости. Декомпрессия ЖКТ и эндомезентериальная терапия – типа лимфостимуляции и лимфотропного введения антибиотиков по предложенной методике обуславливали восстановление моторно-эвакуаторной функции ЖКТ. **Результаты:** В целом, полученные результаты наглядно отображали эффективность предложенных патогенетически обоснованных мероприятий, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и соответственно результаты лечения такой тяжелой патологии как ОРП путем снижения послеоперационной частоты гнойно-септических осложнений с 26,4% до 12,7% и летальности с 14,6% до 7,5%.

**Ключевые слова:** перитонит, лимфатическая терапия, интоксикация, эндомезентериальная терапия, лимфостимуляция.