

УДК 616-007.44-08

Н.Р. Рахметов, В.А. Хребтов, Т.А. Булегенов, С.К. Серборинов, К.Т. Кажыкенов, Ж.О. Кожахметов

Государственный медицинский университет города Семей

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Аннотация

Автором приведены результаты комплексного лечения спаечной кишечной непроходимости. Комплексный подход, включая специфическую иммунотерапию, в лечении спаечной болезни, направленный на подавление воспалительного процесса в брюшной полости, рассасывание спаек, уменьшение отека и инфильтрации тканей, подавление аллергического фона, применен у 111 пациентов без признаков перитонита и запущенной кишечной непроходимости. Применение азатиоприна в комплексной консервативной терапии спаечной кишечной непроходимости является патогенетически обоснованным и существенно улучшает результаты лечения.

Ключевые слова: спаечная кишечная непроходимость, комплексная терапия, иммунотерапия.

Введение. Совершенствование комплексного лечения острой спаечной кишечной непроходимости является одним из актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии. Основной причиной кишечной непроходимости после внутрибрюшных оперативных вмешательств в 40 - 84% является спаечный процесс /1-3/.

Большинство хирургов при развитии острой спаечной кишечной непроходимости в основном проводят инфузионно – дезинтоксикационную терапию, декомпрессию желудочно-кишечного тракта. При неэффективности консервативного лечения выполняется операция, направленная на устранение непроходимости. Повторные операции производятся в неблагоприятный для больного условиях и сопровождаются высокой послеоперационной летальностью – 10-40% /2-4/.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 174 больных со спаечной кишечной непроходимостью. При этом 36 (20,7%) пациентов поступили из села. Средний возраст пациентов - $48,5 \pm 0,6$ лет. Среди мужчин и женщин заболеваемость одинаковая. Основной причиной развития спаечной кишечной непроходимости явилась аппендэктомия – 58,5%, далее следуют гинекологические операции – 13,3%, оперативные вмешательства по устранению различного рода кишечной непроходимости – 13,5%, травмы живота – 11,3%, воспалительные заболевания органов брюшной полости – 3,4%.

Хирургическое лечение по поводу запущенной кишечной непроходимости с явлениями тяжелой интоксикации и перитонита проведено 63 (36,2%) больным.

Результаты и обсуждения. Комплексный подход в лечении спаечной болезни направленный на подавление воспалительного процесса в брюшной полости, рассасывание спаек, уменьшение отека и инфильтрации тканей, подавление аллергического фона, включение специфической иммунотерапии применен у 111 (63,8%) пациентов без признаков перитонита и запущенной кишечной непроходимости. Консервативный метод лечения включает: инфузионную терапию, спазмолитики, анальгетики; декомпрессию желудка и кишечника; азатиоприн (имуран) в дозе 150мг

в сутки (по 50 мг 3 раза в сутки) до 4-5 дней; ионофорез с йодистым калием (лидазой); сеансы ультразвуковой терапии; сеансы лазерного облучения; гипербарическую оксигенацию.

В результате консервативного лечения без азатиоприна явления кишечной непроходимости купировано у 53,6%, а с применением азатиоприна – у 77,3% больных в течение первых шести часов с момента госпитализации. При лечении в комплексе с азатиоприном наблюдалось снижение титра аутоантител в 4,3 раза. Снижение показателей С-реактивного белка и лейкоцитарного индекса интоксикации в 2 - 3 раза подтверждает противовоспалительную активность азатиоприна с подавлением аутоагрессии и гиперэргии.

Показатели иммунного статуса больных свидетельствуют, что при применении азатиоприна, к концу лечения отмечалось статистически достоверное повышение общего количества Т - лимфоцитов и Т - лимфоцитов - супрессоров, а также L-клеток, т.е., активизация части иммунитета, подавляющей аутоиммунные процессы. Побочных явлений в виде тромбоцитопении, лейкоцитопении, анемии не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, применение азатиоприна в комплексной консервативной терапии больных с спаечной кишечной непроходимостью без признаков перитонита и запущенной кишечной непроходимости является патогенетически обоснованным и существенно улучшает результаты лечения.

Литература:

1. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. - М.: Медицина, 1989. - 288 с.
2. Даурова Т.Т., Андреев С.Д. Профилактика спаечной болезни органов брюшной полости // Хирургия. - 1989. - № 3. - С. 16 - 18.
3. Матяшин И.М., Балтайтис Ю.В., Яремчук А.С. Осложнения аппендэктомии // Хирургия. - 1990. - № 3. - С. 21 - 22.
4. Гатаулин Н.Г., Хулагин С.Н. Резекция кишки при спаечной болезни // Хирургия. - 1992. - № 12. - С. 15 - 18.

Тұжырым

ЖАБЫСҚАҚ ІШЕК ӨТІМСІЗДІГІН КЕШЕНДІ ЕМІН ЖЕТІЛДІРУ

Н.Р. Рахметов, В.А. Хребтов, Т.А. Булегенов, С.К. Серборинов, К.Т. Кажыкенов, Ж.О. Кожахметов

Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті

Мақалада жабысқақ ішек өтімсіздігін кешенді консервативтік емдеу нәтижелері талданған. Жабысқақ ауруының арнайы иммунотерапиямен бірге жүргізілетін кешенді емі құрсақ қуысындағы қабыну процесін, тіндердің ісінуі мен инфильтрациясын, аллергиялық фонды басады, жабысқақтарды жояды. Аталмыш ем перитонит пен кешегіденген ішек өтімсіздігі белгілері жоқ 111 науқасқа орай қолданған. Жабысқақ ішек

өтімісідігі кешенді емінде азатиопринді қолдану патогенездік негізделген және ем нәтижесін айтарлықтай жақсартады.

Негізгі сөздер: жабысқақ ішек өтімісідігі, кешенді ем, иммунотерапия.

Summary

IMPROVEMENT IN THE TREATMENT OF ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

N.R. Rakhmetov, V.A. Khrebtov, T.A. Bulegenov, S.K. Serborinov, K.T. Kazhykenov, Zh.O. Kozhakhmetov

State Medical University of Semey

The author presents the results of a comprehensive treatment of adhesive intestinal obstruction. An integrated approach including a specific immunotherapy aimed at suppressing inflammation in the abdominal cavity, the resolution of adhesions, reducing edema and tissue infiltration, inhibition of allergic background, applied in 111 patients without signs of peritonitis and late intestinal obstruction. The use of azathioprine in the complex conservative treatment of adhesive intestinal obstruction is justified pathogenesis and significantly improves the outcome.

Key words: adhesive intestinal obstruction, complex therapy, immunotherapy.

УДК 616-089-616.94 – 08

Н.Р. Рахметов, Т.А. Булегенов, Г.К. Оспанова, С.К. Серборинов, К.Т. Кажыкенов, Ж.О. Кожахметов

Государственный медицинский университет города Семей

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО - СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аннотация

Авторами проанализированы результаты исследования эффективности лимфотропного введения антибиотиков в комплексном лечении гнойно – септических заболеваний. Лимфотропный метод создает в лимфатической системе оптимальную концентрацию антибактериальных препаратов, блокируют лимфогенные пути распространения инфекции. Также нормализует функцию лимфатической системы как иммунного органа и улучшает клиническое течение заболевания.

Ключевые слова: гнойно-септические заболевания, лимфатическая система, антибиотики, лимфотропный метод.

Введение. В настоящее время идёт тенденция к увеличению тяжело протекающих и трудно поддающихся лечению случаев гнойной инфекции, даже после выполнения современной операции.

Всё это требует разработки экономичных и эффективных методов, воздействующих на инфекционно - воспалительный процесс не только поражённого органа, но и организма в целом и, в частности, лимфатической системы как иммунного органа /1 - 3/.

Одним из таких методов является лимфотропное или непрямо эндолимфатическое введения антибиотиков в комплексном лечении гнойно - септических заболеваний. Данный способ позволяет создать в лимфатической системе высоких, длительно сохраняющихся концентраций антибиотиков, блокирует лимфогенные пути распространения инфекции.

Цель настоящей работы - исследование эффективности лимфотропного введения антибиотиков в комплексном лечении гнойно-септических заболеваний у больных с хирургической патологией.

Материал и методы. Исследование проводилось у 42 больной с гнойно-септическими хирургическими заболеваниями. Из них острый гангренозно - перфоративный аппендицит, осложнённый разлитым гнойным перитонитом – 7, прободная язва желудка, осложнённый разлитым гнойным перитонитом - 5, острый флегмонозный аппендицит-10, острый гнойный парапроктит - 6, флегмона мягких тканей - 14.

Возрастной диапазон от 17 до 70 лет. У большинства больных наблюдались выраженные симптомы интоксикации, гипертермия, тахикардия, явления инток-

сикационной энцефалопатии, печеночно-почечная недостаточность.

Клинико-лабораторные исследования выявили лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, нейтрофильный сдвиг влево, у некоторых больных лейкопению, гипо- и диспротеинемия, коагулопатию, нарушения водно-солевого обмена, нестабильность гликемии, изменения параметров КЩС и наличие иммунодефицита в начале лечения. Данным больным проводилось наряду с хирургической санацией патологического очага, детоксикационная и симптоматическая терапия. Вводили антибиотики только лимфотропным методом или в сочетании с традиционными способами их введения. Антибиотики лимфотропно вводятся в строго определённые зоны тела, где имеется выраженное представительство лимфатических капилляров и терминальных лимфатических сосудов, поставляющих лимфу в определённые группы лимфатических узлов.

Лимфотропная терапия проводили в течение 5-7 дней в зависимости от степени тяжести гнойно-септических заболеваний.

Способ осуществляют следующим образом.

Подкожно на границе н/3 и с/3 голени вводили раствор лидазы в дозе 32 ЕД в разведении 0,25% раствора новокаина 4-5мл, через 3-4 мин не вынимая иглы вводили антибиотик. Сразу же после этого на бедро накладывали манжетку от аппарата для измерения кровяного давления, при раздувании которой создавали давление, равное 35-40 мм.рт.ст. Оно поддерживалось в течение 1-1,5 ч, после чего манжетка снималась. Рациональным оказалось поочередное введение антибиотика в обе