

Мамасали уулу Жыргалбек

**ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

Mamasali uulu Zhyrgalbek

**PROPHYLAXIS OF PYO-INFLAMMATORY COMPLICATIONS
AFTER CHOLECYSTECTOMY**

УДК:616.31/32-022

В профилактике гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии у 31 больного использовано инфракрасное лазерное излучение. Лишь у одного возник инфильтрат в области операционной раны. Других осложнений не наблюдали.

Ключевые слова: Холецистэктомия, осложнения, профилактика, инфракрасное лазерное излучение

During the prophylaxis of pyo-inflammatory complications after cholecystectomy infrared laser radiation in 31 patients has been used. Only one patient had an infiltrate in the operative wound region. There were no another complications.

Key words: cholecystectomy, complications, prophylaxis, infrared laser radiation.

Одним из распространенных заболеваний, требующих оперативного лечения, является острый холецистит. Среди больных, поступающих на оперативное лечение, пациенты с холециститом занимают второе место, уступая лишь аппендициту [1,11], особенно в последние годы. Это связано с тем, что наблюдается рост заболеваемости желчнокаменной болезнью и возникновение ее осложнений [5], причем наблюдается рост не только лиц пожилого возраста, но и у молодых и у людей среднего возраста [7,12].

Несмотря на то, что к настоящему времени детально отработаны все этапы холецистэктомии, применение минимального доступа, использование лапароскопической холецистэктомии, частота послеоперационных осложнений изменилась все же несущественно [4,8]. Особенно это касается гнойно-воспалительных осложнений, которые возникают наиболее часто. В связи с чем идут поиски мер профилактики этих осложнений. Применение антибиотиков в начале было эффективно, но по мере их использования изменялась микрофлора и ее чувствительность, выявлено отрицательное влияние на организм больного [3,9,10] и более широко стали использовать физические факторы (ультрафиолетовое, лазерное облучение), но они применялись, в основном, в лечении больных [2,6].

О инфракрасном облучении появились единичные работы лишь в последние годы, но тоже только в лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями. Установлено, что инфракрасное лазерное излучение обладает мощным бактерицидным, иммунокорректирующим, десенсибилизирующим действием, но вопрос его

эффективность в профилактике осложнений остается не изученным.

Цель исследования: определить эффективность применения инфракрасного излучения в профилактике гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находился 31 больной, оперированный по поводу острого холецистита. Из них женщин было 22, мужчин – 9, в возрасте от 30 до 40 лет – 6, от 40 до 50 лет – 10, от 50 до 60 – 12, от 60 до 70 – 2 и старше 70 лет – 2 больных. Наибольшее число поступивших были в возрасте от 40 до 60 лет. У всех больных был калькулезный холецистит. В сроки до 6 часов от начала заболевания было 12 пациентов, от 6 до 12 часов – еще 6, от 12 до 24 часов – 3 и более суток страдали 10 больных. Все были оперированы в день поступления в стационар под эндотрахеальным наркозом. Минимальный доступ применен у 22 больных, а у 9 – традиционная широкая лапаротомия.

В диагностике холецистита и определении течения послеоперационного периода, помимо общеклинических методов исследования применено УЗИ до операции и в послеоперационном периоде органов брюшной полости и раны. В оценке течения болезни учитывали сроки нормализации температуры и исчезновения болевого синдрома, заживления раны, показатели УЗИ послеоперационной раны и длительность пребывания в стационаре.

При УЗИ операционной раны обращали особое внимание на динамику состояния ложа желчного пузыря и определяли величину зоны инфильтрации в области операционной раны. Если холецистэктомия выполнялась из традиционного доступа, то измерение осуществляли в трех точках и выводили среднюю величину, а если из минимального доступа, то измерение проводили только в центре, вернее, посередине шва. Сроки исследования раны - на 1, 3 и 5 сутки после операции, а при необходимости – и в более поздние сроки.

Результаты и их обсуждение

При УЗИ у всех больных выявлено наличие конкрементов в желчном пузыре, а клинически у всех был выражен болевой синдром, повышение температуры выше 37° отмечено у 27 больных,

содержание лейкоцитов выше $10,0 \times 10^9/\text{л}$ имело место у 20, а нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы – у 27 обследованных.

При обследовании напряжение мышц в правом подреберье было у 18 больных, а резкая болезненность при пальпации в правом подреберье и эпигастрии наблюдалось у всех пациентов. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга имел место у 16 обследованных.

На основании клинических данных и УЗИ был определен калькулезный холецистит, что и явилось основанием для выполнения холецистэктомии. Эта группа являлась для нас основной.

При лапаротомии у 17 больных был флегмонозный холецистит, у 5 – гангренозный, у 2 – эмпиема желчного пузыря, а у 2 больных – флегмонозный холецистит с формированием перивезикулярного абсцесса. У 5 больных холецистит был катаральным, но это были пациенты с окклюзионным холециститом, конкременты вклинились в пузырный проток. Необходимо отметить, что у этих больных был резко выражен болевой синдром, а при УЗИ определялся увеличенный желчный пузырь с вклинившимися конкрементами в пузырном протоке. Мы считали необходимым у них выполнить операцию в момент поступления, так как убедились, что затягивание срока операции способствует развитию деструктивного процесса в желчном пузыре и тогда операция осу-

ществляется в худших условиях для больного и хирурга.

Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений у всех больных в момент операции выполняли инфракрасное облучение и после удаления желчного пузыря аппаратом «Мустанг», частота - 150 гц, длина волны – 0,83 мкм с экспозицией в 5 минут. При гангренозном холецистите и наличии перивезикулярного абсцесса после холецистэктомии ложе пузыря орошали озонированным раствором поваренной соли с концентрацией азота 8-10 мкг/мл и осушали, а затем осуществляли инфракрасное облучение. Подпеченочное пространство обязательно дренировали.

После операции, начиная со следующего дня, область операционной раны облучали инфракрасным излучением или же аппаратом с теми же условиями, но с экспозицией в 10 минут, на курс лечения – 4-5 сеансов. Послеоперационное течение было благоприятным у всех больных.

В процессе наблюдения мы сопоставили основные показатели с больными, которые получали традиционное лечение (антибиотики, инфузионную терапию) – это была контрольная группа, а по характеру процесса в желчном пузыре была равнозначной основной группе. При этом отметили лучшие результаты в группе больных, которым мы применили инфракрасное облучение (табл.1).

Таблица 1

Клинические показатели больных контрольной (n-15 чел.) и основной групп (n-31 чел.)

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	P
Исчезли боли, сутки	3,7±0,52	2,0±0,31	<0,05
Нормализация температуры, сутки	4,1±0,71	2,1±0,12	<0,05
Частота осложнений, абс.ч.	4 чел.	1 пац.	
Срок стационарного лечения, сутки	10,8±0,97	6,91±0,23	<0,01

При анализе полученных данных отмечено более быстрое исчезновение болей, что существенно уменьшало назначение болеутоляющих средств, нормализация температуры у больных основной группы имела место на вторые сутки в основной группе, в то время как в контрольной она нормализовалась лишь на 4 сутки. Из 15 больных осложнения возникли у 4 оперированных (нагноение раны – у 3, инфильтрат – у

одного), а из 31 больного основной группы лишь у одного выявлен инфильтрат операционной раны. В результате применения инфракрасного излучения достоверно снизились сроки стационарного лечения ($P < 0,01$), а, следовательно, и материальные затраты на их лечение.

Мы рассмотрели и данные УЗИ операционной раны (табл.2) и при этом также выявили существенные различия.

Таблица 2

Динамика показателей УЗИ раны больных контрольной и основной групп (в см)

Сроки обследования	Контрольная группа n – 15 $M_1 \pm m_1$	Основная группа n – 3 $M_2 \pm m_2$	P $M_1 \pm M_2$
1 сутки	2,8±0,12	2,9±0,14	>0,05
3 сутки	3,4±0,11	2,4±0,07	<0,05
5 сутки	2,3±0,12	1,3±0,08	<0,01

Исходные величины в обеих группах были одинаковыми и в контрольной группе составили $2,8 \pm 0,12$ см, а в основной $2,9 \pm 0,14$ см. На 3 сутки после операции зона инфильтрации в контрольной

группе увеличилась в сравнении с показателем через сутки, в то время как в основной он составил $2,4 \pm 0,07$ см. На 5 сутки наблюдалось снижение в обеих группах, но более существен-

ное – в основной, что указывало на то обстоятельство, что инфракрасное облучение оказывает хороший противовоспалительный эффект.

Выводы

1. Инфракрасное облучение раны в момент операции и после нее способствует более благоприятному течению раневого процесса: снижению осложнений и сокращению длительности стационарного лечения.

2. Инфракрасное облучение может быть использовано в профилактике гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии.

Литература:

1. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Бельцевич Д.Г. Желчнокаменная болезнь. – М.: Медицина, 1998. – 137 с.
2. Грачев С.В. Приоритетные направления лазерной медицины в ММА им.И.М.Сеченова // Лазерная медицина. – 2000. - № 4. – С.5-7.
3. Гудз И.М. Клинические и иммунологические последствия профилактики применения антибиотиков // Клиническая хирургия. – 1988. - № 1. – С.3-5.
4. Измайлов С.Г. Профилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в абдоминальной хирургии: Автореф.дисс. ... д-ра мед. наук. 14.00.27. – Казань, 1994. – 34 с.
5. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. – М.: Медицина, 1990. – 212 с.
6. Кошелев В.Н., Серебряник М.Н., Лоцманов Ф.З. Использование лазера для профилактики и лечения гнойно-септических осложнений в абдоминальной хирургии // Клиническая хирургия. – 1990. - № 11. – С.42-43.
7. Нурмаков А.Ж., Поташов А.Л. Желчнокаменная болезнь. – Алматы: МГП «Берен», 1993. – 145 с.
8. Akham O., Akinei D., Ozmen M.N. Percutaneous cholecystectomy // Eur. J. Radiol. – 2002. – Vol.43, # 3. – P.229-236.
9. Nagai I., Kadota M., Takechi M. Studies on the mode of bacterial contamination of an operation room theatre corridor floor//J. Hosp. Inf.– 2004. – Vol.5, #1.– P.50-55.
10. Nishijima S., Kurokawa I. Antimicrobial resistance of staphylococcus aureus isolated from skin infections // Int. J. Antimicrob. Agents.– 2002.– Vol.19, # 3. – P.241-243.
11. Reddy M.P., Reddy P.V. An unusual case cholecystitis // Am. J. Med. Sci. – 2003. – Vol.326, # 2. – P.105-106.
12. Tokumura H., Rikijama T., Harada N. Laparoscopic biliary surgery // Nippon Geka Gakkai Zasshi. – 2002. – Vol.103, # 10. – p.737-741.

Рецензент: к.м.н. Токтогулов О.Ж.