

Мусаев У.С., Толоров Ж.Ж., Оморов Т.Б.

**КЫРГЫЗСТАНДАГЫ АР ТҮРДҮҮ КЛИНИКАЛЫК ГЕОГРАФИЯЛЫК
АЙМАКТАРДАГЫ ӨТКҮР ХОЛЕЦИСТИТ МЕНЕН ООРУГАН
БЕЙТАПТАРДЫН ЖАРААТЫНЫН БҮТҮҮ АГЫМЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ**

Мусаев У.С., Толоров Ж.Ж., Оморов Т.Б.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА
У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В РАЗЛИЧНЫХ
КЛИНИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ КЫРГЫЗСТАНА**

U.S. Musaev, J.J. Tolorov, T.B. Omorov

**FEATURES OF THE LENGTHENING OF THE WOUND
HEALING PROCESS IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS IN
DIFFERENT CLINICAL-GEOGRAPHIC ZONES OF KYRGYZSTAN**

УДК: 616.366-0002-089:316-092 (575.2)

Төмөнкү жана бийик тоолуу шарттарда холецистэктомиядан кийинки жарааттын абалын баалоо. Бийик тоолуу аймактарда 72 жана төмөнкү тоолуу аймакта операция болгон 204 бейтаптын жыйынтыгы берилди. Жарааттын эхоморфометриясын баалоодо клиникалык көрсөткүчтөрдүн жыйынтыктары эске алынды. (Кабылдоолордун жыштыгы жана ооруканада дарылоо мөңөттөрү, оорунун синдромдорунун жоголушу, лейкоциттердин саны жана температуранын нормалдашуусу) жана жарааттын эхоморфометриясы, операциядан 3 жана 5 күндөн кийин текшерилгендери. 3 күнү инфльтрация аймагы көбөйсө, 5 күнү азайса, албетте бул жагымдуу динамикалык характер, ал эми 5 күнү жарааттардын сезгенүүсүнүн көрсөткүчү көбөйсө, жарааттарды текшерүү зарыл жана сезгенүү терапиясын бекемдөө болуп саналат. Төмөнкү тоолуу аймактардагы бейтаптардын жараатарынын айыгуусу жакшы болгон, 6 гана бейтапта кабылдоо коркунучу болгон, жарааттын кабылдоолорун текшерүү жана антибактериалдык терапиясы алдын алуу мүмкүнчүлүккө ээ болдук. Бийик тоолуу аймактарда бейтаптардын жараатынын бүтүүсү акырындап жана кабылдоолор көп болгон. Кабылдоолор төмөнкү тоолуу өрөөндө 6,4%, бийик тоолуу өрөөндө 15,3% түздү.

Негизги сөздөр: өткүр холецистити, операциялык дарылоо, бийик тоолуу аймак, төмөнкү тоолуу аймак, кабылдоолор, бейтаптар, терапия.

Цель – оценить течение раневого процесса после холецистэктомии в условиях низко - и высокогорья. Данные результаты обследования у 72 больных, оперированных в высокогорье (г. Нарын) и 204, оперированные в низкогорье (г. Бишкек). В оценке учитывали результаты клинических показателей (нормализация температуры и

количество лейкоцитов, исчезновение болевого синдрома, сроки стационарного лечения и частота осложнений), и эхоморфометрии ран, которая выполнялась через сутки, 3 и 5 суток после операции. При этом установлено, что на 3 сутки идет увеличение зона инфильтрации, а на 5 сутки ее уменьшение, эта динамика характерна для благоприятного течения раневого процесса, а если на 5 сутки зона увеличивается, то это показатель возникновения воспалительного процесса и необходима ревизия раны и усиление противовоспалительной терапии. У больных низкогорья течение раневого процесса протекало благоприятно, лишь у 6 больных отмечен был риск возникновения осложнения, но ревизия раны и усиление антибактериальной терапии позволили предотвратить осложнение. У больных высокогорья течение раневого процесса было замедленным и осложнения возникали чаще. Осложнения в высокогорье составили - 15,3%, в низкогорье - 6,4%.

Ключевые слова: острый холецистит, оперативное лечение, низкогорье, высокогорье, эхоморфометрия, раневые осложнения, пациенты, терапия.

The goal is to assess the healing of the wound process after cholecystectomy in low and high mountains. Presented the results of the examination in 72 patients operated in the highlands (Naryn) and 204, operated in the lowlands (Bishkek). The evaluation took into account the results of clinical indicators (normalization of temperature and the number of leukocytes, the absence of pain, the duration of hospital stay and the frequency of complications), and echomorphometry of wounds, which was performed at 1 day, 3 and 5 days after surgery. It was found that on the 3rd day the infiltration zone is increasing, and on the 5th day it decreases, this dynamics is characteristic for a favorable course of the wound process, and if on the 5th day the zone increases, then this is an indicator of the onset of the inflammatory process and a wound revision and anti-inflammatory therapy

are necessary. In patients with low mountains, the course of the wound process proceeded favorably, only in 6 patients the risk of complications was noted, but revision of the wound and improving of antibacterial therapy made it possible to prevent complications. In patients in high mountains region, the course of the wound process was slow and complications occurred more often. Mortality in the highlands amounted to 15.3%, in the lowlands 6.4%.

Key words: acute cholecystitis, surgical treatment, low mountains, high mountains, echomorphometry, wound complications, patients, therapy.

Введение.

Острый холецистит распространенное заболевание во всех областях Кыргызской Республики, но особенности течения послеоперационного периода в зависимости от климатогеографической зоны изучены недостаточно. Основные научные направления об особенностях состояния ряда органов и систем в условиях высокогорья были исследованы состояние нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем [1,2,3]. В последующие годы многими исследователями были отмечены особенности течения и других патологий [4, 5], многие физиологи указывают на особое влияние хронической гипоксии на течение сердечно-сосудистых и легочных заболеваний, а также на показатели свертывающей системы крови, в то время как изменяется течение желчнокаменной болезни, особенно в после операционный период, но в доступной нам литературе мы этих сведений не обнаружили.

Цель работы. Определить особенности течения раневого процесса после удаления желчного пузыря в условиях различных климато-географических зон Кыргызстана (низко-и высокогорья).

Материалы и методики исследования. Оперативное лечение выполнено у 72 больных с острым холециститом, которые проживали в г. Нарын и близко расположенных районах (2500 метров над уровнем моря) и 204 пациентов, постоянно находившихся в г. Бишкек и близко расположенных к городу районов (760 метров над уровнем моря).

При рассмотрении поступивших на оперативное лечение мужчин было 53 из 152, что составило 34.9%. Возраст как мужчин, так и женщин у большинства был от 40 до 60 лет.

Ознакомление со сроками появления признаков острого холецистита было установлено, что в течение первых суток от начала заболевания поступило в стационар из группы высокогорцев всего 16 пациентов (22,22%) а из низкогорцев 72(35,5%), в то время как позже 3-х суток высокогорцев госпитализировано 35 (48,6%), а низкогорцев 48 (23,5%). Следовательно больные с острым холециститом в более ранние сроки заболевания поступали низкогорцы в сравнении с высокогорцами.

Наиболее часто больные предъявляли жалобы на выраженные боли в правой половине живота и особенно выраженные боли в правом подреберье и нередко с иррадиацией в шею. Значительно реже отмечали боли в эпигастральной области и часто повышение температуры тела и общую слабость, реже рвоту.

При поступлении в стационар выполняли общий анализ крови, биохимические исследования для оценки функции печени и почек (общий билирубин, тимоловая проба, уровень трансаминаз, мочевины и креатинина).

Основным методом диагностики было УЗИ, которое давало возможность установить диагноз ЖКБ и ее осложнение и, кроме того УЗИ было нами использовано для оценки заживления операционной раны и выявления ранних признаков воспалительного осложнения. При УЗИ операционной раны определяли зону инфильтрации (эхоморфометрия) через сутки после операции, через 3 и 5,7-8 суток. ЭКГ - пациентам старше 40 лет и лицам с жалобами на сердечно-сосудистую систему.

Для оценки эффективности применяемых методов профилактики раневых осложнений мы использовали клинические показатели, которые включали сроки нормализации температуры тела, снижение или полное исчезновение болей в области послеоперационной раны и частоту возникших осложнений.

Для оценки течения раневого процесса и прогнозирования риска возникновения воспалительного процесса использовали ультразвуковое исследование (эхоморфометрия послеоперационной раны) в различные сроки после операции.

В оценке течения раневого и клинического процесса заболевания ряд исследователей [8,9, 10,11] рекомендуют использовать эти показатели и подтверждают целесообразность их применения в хирургической практике.

Для определения достоверности различий показателей клинических и эхоморфометрических результатов, материалы подвергнуты статистической обработке (средняя арифметическая, средняя квадратическая величин и ошибка ряда), степень достоверности оценивали по таблице Стьюдента по t-критерию.

Результаты и их обсуждение. Сроки операции зависели от проявления симптомов острого холецистита, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, и при этом выделяли: неотложные, срочные и ранние операции. Неотложные вмешательства выполняли в течение первых суток с момента поступления: при обнаружении клинических признаков острого холецистита с местным или общим перитонитом, а также при обнаружении перивезикулярного абсцесса или инфильтрата, и при окклюзионном холецистите.

Операции осуществляли после кратковременной предоперационной подготовки, направленной на снижение интоксикации и коррекции нарушенных функций.

В тех случаях, когда имели место лишь признаки острого холецистита, то вели наблюдение в течение 3х суток и если в этот срок воспалительный процесс нарастал (появлялись симптомы раздражения брюшины, увеличивалось количество лейкоцитов), то выполняли операцию в сроки до 3-х суток.

Это вмешательство относили к срочным операциям.

Ранние или плановые операции производили после ликвидации воспалительного процесса и эндотоксикоза.

Оперативное вмешательство в обеих группах выполняли под общим наркозом с применением минилапаротомного доступа (разрез 5-6 см) в правом подреберье по Федерову или Кохеру.

Выполненные нами операции представлены в таблице 1.

Таблица 1

Перечень операций, выполненных в высокогорье и низкогорье

Группа обследованных	Удаление желчного пузыря	Удаление желчного пузыря в сочетании с наружным дренированием	Удаление желчного пузыря в сочетании с внутренним дренированием	Осложнения после операции
Высокогорье	64	6	2	11
Низкогорье	192	9	3	13
Всего	256	15	5	24

В обеих наблюдаемых нами группах и оперированных по поводу острого холецистита основной операцией было удаление желчного пузыря, в большинстве случаев от шейки и очень редко от дна, также редко удаление желчного пузыря в сочетании с наружным дренированием и еще реже в сочетании с внутренним дренированием.

Эти операции имели место при выявлении в момент операции холедохолитиаза.

В послеоперационном периоде осуществляли УЗИ для выявления зоны инфильтрации и ее размеров (эхоморфометрия) в сроки предусмотренные целью нашего исследования (табл. 2).

Таблица 2

Результаты выполненной эхоморфометрии ран у высокогорцев и низкогорцев.

Группы обследованных	Сроки исследования		
	1 сутки	3 сутки	5-6 сутки
Высокогорье, n-56, $M_1 \pm m_1$	2,4±0,37	3,4±0,21	3,2±0,18
Низкогорье, n-102, $M_2 \pm m_2$	2,5±0,24	2,8±0,13	1,4±0,12
P M1-M2	>0,05	<0,05	<0,01

Исследование, выполненное через сутки позволило отметить что показатели инфильтрации были на одном и том же уровне в обеих группах. Отмечены различия в зонах инфильтрации на 3 сутки обследования: у больных первой группы (высокогорцы) у которых гипоезогенная зона была выше в сравнение с гипоезогенной зоной, которая определена в первые сутки после операции и, кроме того она была выше в сравнение с больными, которые проживали в условиях низкогогорья. Обращало на себя внимания то обстоятельство, что на 5-6 сутки у больных низкогогорья, как правило, наблюдалось уменьшение гипоезогенной зоны, а у пациентов, которые постоянно проживали в условиях высокогорья на 5-6 сутки размеры гипоезогенной зоны оставались на уровне 3-х суток, а у ряда больных даже повышались. Это положение показывает, что у больных

высокогорья идет заметное замедление заживления операционной раны. Необходимо учесть, что увеличение зоны инфильтрации на 5 сутки у больных, проживающих в условиях низкогогорья этот показатель указывает на риск возникновения воспалительного процесса в операционной ране, а у больных, проживающих в высокогорье увеличение зоны инфильтрации на 7-8 сутки указывает на риск воспалительного осложнения. На основании полученных результатов эхоморфометрии можно судит о риске возникновения раневого осложнения.

Эти данные является основанием для выполнения ревизии послеоперационной раны и усиление противовоспалительной терапия.

Нами даны результаты клинических показателей, которые характеризует оценку выполненных исследований (табл. 3).

Таблица 3

Показатели течения послеоперационного периода больных, высоко- и низкогогорья.

Критерии	Высокогорье $M_1 \pm m_1$	Низкогогорье $M_2 \pm m_2$	P- степень достоверности $M_1 - M_2$
Нормализация температуры, сутки	43 \pm 0,21	2,2 \pm 0,17	<0,01
Исчезновение болевого синдрома, сутки	3,8 \pm 0,32	2,9 \pm 0,51	<0,05
Нормализация количества лейкоцитов, сутки	6,1 \pm 0,22	5,8 \pm 0,43	>0,05
Частота осложнений, абс. ч. и %	11	13	<0,05
Среднее пребывание в стационаре, сутки	10,2 \pm 0,29	6,4 \pm 0,37	<0,001

Анализ результатов клинических показателей позволил установить достоверное различия: так, у высокогорцев в более позднее сроки происходит нормализация температуры тела и исчезновение болевого синдрома и более длительные сроки стационарного лечения и чаще возникают раневые осложнения. В сравнении с больными, проживающими в условиях низкогогорья.

Наши наблюдения дали возможность выявить различия клинического течения острого холецистита, и заживления операционной раны, о частоте осложнения и длительности стационарного лечения в зависимости от проживания больных (высокогорье, низкогогорье).

Выводы:

1. У больных ЖКБ осложненной острым холециститом, проживающими в условиях высокогорья отмечается более замедленное заживление операционной раны в сравнении с больными низкогогорья и более высокий процент послеоперационных осложнений.

2. Показатели эхоморфометрии являются прогностическим тестом раневых осложнений.

Литература:

1. Данияров С.Б. Высокогорье и вегетативная нервная система [Текст] / С.Б. Данияров, А.Г. Зарифьян // Ташкент: Медицина, 1977. - 230 с.
2. Миррахимов М.М. Сердечно-сосудистая система в условиях высокогорья [Текст] / М.М. Миррахимов // М.: Медицина, 1968. - 157 с.

3. Истанбекова Д.Н. Хроническая пневмония в горных условиях [Текст] / Д.Н. Истанбекова // Л.: Медицина, 1979. - 184 с.
4. Игисинов С.И. Влияние высокогорья, этнического состава и особенности быта на развитие и течение рака пищевода [Текст] / С.И. Игисинов: Автореф. дисс. докт. мед. наук. СПб., 1992. - 42 с.
5. Шофакирова П.Р. Особенности распространения злокачественных новообразований в горных условиях Таджикистана и Кыргызстана [Текст] / П.Р. Шофакирова: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Б., 2009. - 21 с.
6. Кыдыралиев Т.К. Морфологические изменения клеток крови в условиях высокогорья [Текст] / Т.К. Кыдыралиев // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2006. - №2. - С. 7-11.
7. Исаков, Б.Д. Влияние горных факторов на функциональное состояние системы гемостаза и репаративную активность костной ткани при черепно-мозговой травме по Илизарову [Текст] / Б.Д. Исаков: Автореф. дисс. докт. мед. наук. 03.03.01 и 14.01.15. - Бишкек. 2014.- 38 с.
8. Оморов, Р.А. Хирургия желчнокаменной болезни: эволюция доступов, шадящие технологии [Текст] / Р.А. Оморов, Б.А. Аvasов, Р.К. Бейшенбаев. / М.: Maxima, 2009. - 128 с.
9. Осмоналиев Э.Ж. Эффективность использования инфракрасного излучения в профилактике раневых осложнений [Текст]. / Э.Ж. Осмоналиев: Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Бишкек, 2008. - 20 с.
10. Мусаев У.С. Эффективность оперативного лечения и характер осложнений при деструктивных формах холецистита. [Текст]. / У.С. Мусаев, Ж.Ж. Толоров. / Республиканский научно-теоретический журнал «Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана, №2. - Бишкек, 2017. - С. 66-68.
11. Толоров Ж.Ж. Профилактика воспалительных осложнений при деструктивных холециститах. [Текст]. / Ж.Ж. Толоров / Республиканский научно-теоретический журнал «Известия вузов Кыргызстана», №7. - Бишкек, 2017. - С.-56-60.

Рецензент: д.м.н. Ибраимов Д.С.