

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

К.Т. Туратбекова

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: turatbekova.kanykei@mail.ru

Резюме. Цель- оценить результаты коррекции синдрома системной воспалительной реакции у больных холециститом, осложненным местным перитонитом. Представлены результаты 46 больных, оперированных в экстренном порядке в период с 2018 по 2020 год включительно, у которых определены показатели синдрома системной воспалительной реакции клинические (температура, частота дыхания, пульса) и лабораторные (лейкоциты, лейкоцитарный индекс интоксикации). С целью коррекции ССВР применены периоперационное введение антибиотика, региональная лимфостимуляция в круглую связку печени, орошение брюшной полости и раны озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и введение озонированного раствора с концентрацией озона 3-4 мкг/мл внутривенно. Для коррекции иммунологической реактивности применен тималин по 10 мг внутримышечно на курс лечения 3-4 инъекций. Инфузионная терапия включала гепатотропные препараты. Анализ динамики синдрома системной воспалительной реакции показал, что при использовании нами мер коррекции с увеличением срока после операции идет снижение тестов синдрома. Прогрессирования воспалительного процесса не наблюдалось. Полученные результаты подтвердили целесообразность использования методов коррекции.

Ключевые слова: желчный пузырь, холецистит, местный перитонит, синдром системной воспалительной реакции, коррекция.

ЖЕРГИЛИКТҮҮ ПЕРИТОНИТ МЕНЕН ООРЛОШКОН ХОЛЕЦИСТИТ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН ООРУЛУУЛАРДА СИСТЕМАЛУУ СЕЗГЕНҮҮ РЕАКЦИЯСЫНЫН СИНДРОМУН КОРРЕКЦИЯЛОО

К.Т. Туратбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Жалпы практикадагы хирургия кафедрасы, комбустиология курсу
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Максаты – жергиликтүү перитонит менен оорлошкон холецистит менен жабыркаган оорулууларда системалуу сезгенүү реакциясынын синдромун (ССРС) коррекциялоонун натыйжаларын баалоо. Макалада 2018-жылдан 2020- жылга чейинки мезгилде шашылыш хирургиялык операциядан өткөн 46 бейтаптын жыйынтыктары келтирилген, аларда системалуу сезгенүү реакциясынын синдрому аныкталган: клиникалык (температура, дем алуу жыштыгы) жана лабораториялык (лейкоциттер, уулануунун лейкоцитардык көрсөткүчү). ССРСти коррекциялоо үчүн антибиотикти периоперациялык киргизүү, боордун тегерек байламталарына аймактык лимфалык стимуляциялоо, ич көңдөүн жана жараларды озон концентрациясы 8-10 мкг/мл болгон натрий хлоридинин озондоштурулган эритмеси менен сугаруу жана озон концентрациясы 3-4 мкг/мл болгон озондоштурулган эритмени тамырга киргизүү колдонулган. Иммунологиялык реактивдүүлүктү коррекциялоо үчүн тималин булчуңга 10 мг, 3-4 инъекция дарылоо курсу үчүн колдонулган. Инфузиялык терапияга гепатотроптук препараттар кирген. Системалык сезгенүү реакциясынын синдромунун динамикасын талдоо көрсөткөндөй, хирургиялык операциядан кийинки мезгилдин көбөйүшү менен коррекциялык чараларды колдонгондо, синдромдук тесттердин төмөндөшү байкалат. Сезгенүү процессинин күчөшү байкалган жок. Алынган натыйжалар коррекциялоо ыкмаларын колдонуунун максатка ылайыктуулугун тастыктады.

Негизги сөздөр: өт баштыкча, холецистит, жергиликтүү перитонит, системалык сезгенүү реакциясынын синдрому, коррекциялоо.

CORRECTION OF THE SYSTEMIC INFLAMMATORY REACTION SYNDROME IN PATIENTS WITH CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH LOCAL PERITONITIS

K.T. Turatbekova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of General Practice Surgery with Combustology Course
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The aim is to evaluate the results of correction of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) in patients with cholecystitis complicated by localized peritonitis. The paper presents the results of 46 patients who underwent emergency surgery in the period from 2018 to 2020 inclusive, with the indicators of the systemic inflammatory response syndrome were determined: clinical (temperature, respiratory rate, pulse rate) and laboratory (leukocytes, leukocytal intoxication index). In order to correct SIRS, perioperative antibiotic administration, regional lymph stimulation into the round ligament of liver, irrigation of the abdominal cavity and the wound with ozonized sodium chloride solution with an ozoneconcentration of 8-10 $\mu\text{g/ml}$ and intravenous administration of an ozonized solution with an ozone concentration of 3-4 $\mu\text{g/ml}$ were used. For the correction of immunologic reactivity, thymalin was used, 10 mg intramuscularly, for a treatment course of 3-4 injections. Infusion therapy included hepatotropic drugs. Analysis of the dynamics of the systemic inflammatory response syndrome showed that when we use correction measures with an increase in the period after surgery, there is a decrease in the syndrome tests. No progression of the inflammatory process was observed. The obtained results confirmed the feasibility of using correction methods.

Keywords: gall bladder, cholecystitis, local peritonitis, systemic inflammatory response syndrome, correction.

Введение. Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является лечение больных с деструктивными формами холецистита, осложненного местным или общим перитонитом, лечение которых сложное [1,2,3]. Эта проблема заслуживает внимания тем, что заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) неуклонно растет и наряду с ростом увеличивается число больных с осложненными формами, особенно у лиц старшего возраста, у которых имеют место тяжелые сопутствующие

заболевания [4,5,6]. В последние годы многие исследователи придают большое значение определению показателей синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), который включает гипо- или гипертермию, тахикардию, частоту дыхания, лейкоцитоз более $12,0 \times 10^9/\text{л}$, так как при несвоевременной коррекции метаболических нарушений ССВР приводит к развитию сепсиса и полиорганной недостаточности, которые и являются основной причиной смерти [7,8,9,10].

В доступной литературе есть лишь единичные сообщения о показателях синдрома при ЖКБ, но не дана его динамика при осложнении ЖКБ местным перитонитом, что и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель исследования - изучить клиничко-лабораторные проявления синдрома системной воспалительной реакции при остром холецистите, осложненном местным перитонитом.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находилось 46 больных острым холециститом, осложненным местным перитонитом, из них женщин было- 31, мужчин -15, возраст колебался от 29 до 76 лет. Сроки заболевания до поступления в клинику колебались от 24 часов до 7 суток, но наибольшее число больных отметили сроки заболевания от 3 до 5 суток (24 чел.). Основными жалобами были боли в правом подреберье (34 чел.), а 12 пациентов отметили боль по всему животу. Многократная рвота была у большинства (у 41 из 46 обследованных). При осмотре больных напряжение мышц брюшной стенки имело место у 21, положительный симптом Щеткина-Блюмберга у 41 и у 14- пальпировали резко болезненный желчный пузырь.

В обследовании больных помимо данных анамнеза, результатов объективного исследования и общеклинических (анализ крови и мочи, свертываемость, показатели функции печени и почек) выполняли УЗИ, вычисляли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу Я.Я. [11] и определяли показатели ССВР

(клинические: гипо- или гипертермия, частота дыхания и пульса и лабораторные: лейкоцитоз и ЛИИ). Клинические показатели оценивали путем вычисления относительных величин (в %), а лабораторные с вычислением средней арифметической (М), средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда [m], а степень достоверности по t- критерию таблицы Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

На основании выполненных исследований установлен диагноз острый холецистит и 40 больных оперированы лапаротомным минидоступом (5-6 см), а 6- традиционным (12-13см). Операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом. В момент операции и при последующем гистологическом исследовании флегмонозная форма выявлена у 37, гангренозная у 9 пациентов, при этом местный серозный перитонит обнаружен у 22, гнойный у 24.

Перед операцией за 15-30 минут и к концу операции внутривенно вводили 1,0 цефазолин.

Операция включала удаление желчного пузыря от шейки и реже от дна, тщательное удаление выпота брюшной полости, а затем орошение озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. В момент операции выполняли введение антибиотико-лимфотропной смеси в круглую связку печени. Смесь состояла из антибиотика (цефазолин 1,0, гепарина 70 ЕД/кг веса тела, лидаза 8-12 ЕД/л и 15-20 мл 0,5%- раствора новокаина). Перед ушиванием раны ее

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

повторно орошали озонированным раствором.

После операции все больные получали цефазолин 1,0 внутримышечно х 2 раза в день, инфузионную терапию с обязательным включением гепатотропных препаратов (гептрал, ларнамин), Тималин 10 мг х 1 раз в день на курс лечения 3 инъекций. Этот препарат мы использовали в связи с тем, что при остром холецистите при любой

его форме имеет место снижение иммунологической защиты.

При поступлении и в ближайшие сроки после операции мы исследовали частоту признаков ССВР до операции, на 1,3 и 6 сутки после операции, а также определяли количество лейкоцитов и лейкоцитарный индекс интоксикации. Результаты исследований даны в таблице.

Таблица - Показатели синдрома системной воспалительной реакции до и после операции.

Сроки обследования (в сутках).								
Показатели клинические:	При поступлении:		1-е сутки		3 сутки		5-6 сутки	
	абс.ч	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
	1 признак	-	-	-	-	8	17,4	5
2 признака	18	39,1	22	47,8	22	47,8	11	23,9
3 признака	28	60,9	24	52,2	6	13,0	-	
Лабораторные: лейкоциты	$M_1 \pm m_1$ 18,5±1,12		$M_2 \pm m_2$ 17,1±1,22		$M_3 \pm m_3$ 12,1 ±0,97		$M_4 \pm m_4$ 8,8±0,47	
P M_1-M_2	>0,05				<0,01		<0,05	
ЛИИ	5,2±0,21		4,8±0,12		3,1±0,09		1,4±0,08	
P M_1-M_2	>0,05				<0,01		<0,001	

Анализ результатов исследования показал, что при поступлении ни у одного больного не выявлялся только один признак, а у наибольшего числа обследованных определялись 3-признака ССВР, что указывало на тяжесть состояния больных. Также отмечено значительное повышение количества лейкоцитов, которое составляло 18,5±1,12, а ЛИИ 5,2±0,21. Лабораторные показатели также

подтвердили наличие высокого уровня воспаления и интоксикации.

Через сутки после операции, несмотря на удаление очага воспаления, показатели ССВР практически не отличались от исходных данных. На 3 сутки у 8-больных отмечен 1 признак, существенно снизилось количество больных с тремя клиническими признаками, но с двумя признаками оставалось число больных еще высоким

(22 чел.). Более существенные положительные сдвиги отмечены на 5-6 сутки после операции. В этот срок еще у 11 больных оставались 2- признака, а с 3-признаками уже не было ни одного больного.

Анализ лабораторных исследований показал, что у большинства больных при остром холецистите? осложненном местным перитонитом отмечается высокое содержание лейкоцитов с выраженным лейкоцитарным сдвигом в формуле (палочкоядерные более 10%), и высокий ЛИИ, который составил $5,2 \pm 0,21$. Через сутки после операции отмечены незначительные сдвиги в количестве лейкоцитов и ЛИИ. По мере увеличения сроков после операции количество лейкоцитов уменьшилось и снижался ЛИИ, однако у 4 больных на 3-4 сутки показатели ССВР оставались на уровне 3 суток, что потребовало более детального обследования и при этом выявлена начальная фаза воспаления раны, выполнена ревизия раны и усилена антибактериальная терапия и при обследовании на 10 сутки количество лейкоцитов и ЛИИ не отличались от нормы.

К 5-6 суткам количество лейкоцитов незначительно превышало норму и ЛИИ составлял $1,4 \pm 0,08$. Анализ полученных данных показателей ССВР в динамике показал, что благодаря использованным нами методов коррекции ССВР удалось добиться постепенного их снижения. Прогрессирования процесса нами не отмечено.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости исследования показателей ССВР в динамике, чтобы определить эффективность проводимой терапии. Однако, чтобы можно окончательно судить об эффективности метода необходимо сравнить их с группой больных, которые получали традиционное лечение, что будет нами выполнено в дальнейшем.

Выводы:

1. При осложненных формах желчнокаменной болезни острым холециститом и местным перитонитом выявляются признаки ССВР, которые отражают тяжесть воспалительного процесса и интоксикации.

2. Избранный метод коррекции ССВР, включающий пери операционное введение антибиотиков, орошение брюшной полости озонированным раствором и интраоперационную однократную региональную лимфостимуляцию позволяет добиться коррекции и предотвратить прогрессирование воспалительного процесса (сепсис).

3. Показатели ССВР необходимо исследовать в динамике и если после операции через 3-5 суток нет их снижения, то необходимо детальное обследование для выявления причины их сохранения.

Литература

1. Алиев, Ю.Г. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и мини-инвазивных доступов /Ю.Г. Алиев, М.А. Чиников, И.С. Пантелеева// Хирургия .- 2014.-№7.-С.21-25.
2. Борисов, А.Е. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита/А.Е. Борисов, В.А. Кащенко, К.Т. Кубачев// Вестник хирургии .- 2012.№2.-С. 79-84.
3. Курбонов, К.М. Особенности лечения острого калькулезного холецистита, осложненного перипузырным инфильтратом /К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, У.К. Муродов// Вестник хирургии Казахстана. - 2018.- №1, спец. Выпуск.- С. 113-114.
4. Жидков, С.А. Влияние сопутствующей патологии на исходы острого холецистита у больных старше 60 лет /С.А. Жидков, И.А. Елин// Новости хирургии .- 2009.- Том 35.- С. 16-22.
5. Оморов, Р.А. Мини-инвазивные методы в лечении ЖКБ у больных старшего возраста /Р.А. Оморов, А.У. Айтিকেев, М.Ж. Алиев// Вестник Смоленской Гос. Мед. академии .- 2019.- Том 18, №4.- С. 147-150.
6. Алиев, С.А. Особенности клиники и тактики хирургического лечения острого холецистита у больных старческого возраста/С.А. Алиев// Хирургия .- 1998.- №4.- С. 25-29.
7. Афанасьев, А.Н. Патогенетические обоснования комплекса лечебных мероприятий по коррекции эндотоксикоза и нарушения функций иммунной системы при остром холецистите /А.Н. Афанасьев, А.В. Кирилин, К.Х. Якумбаева// Хирургия.- 2008.- №2.- С. 11-18.
8. Карсанов, А.М. Клинико-эпидемиологическое значение системного воспаления и сепсиса /А.М. Карсанов, С.С. Маскин. В.Д. Слепушкин// Вестник хирургии.- 2015. №3. – С. 99-102.
9. Гусев, Е.Ю. Критические состояния: Качественные уровни системной воспалительной реакции /Е.Ю. Гусев, Л.Н. Юрченко// Интенсивная терапия.- 2006.- №1.- С. 9-13.
10. Мусаев, А.И. Лимфостимулирующая терапия в коррекции синдрома системной воспалительной реакции /А.И. Мусаев, У.Э. Усубакунов// Казанский медицинский журнал .-2016.- Том 97, №2.-С. 239-244.
11. Кальф-Калиф, Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении /Я.Я. Кальф-Калиф// Врачебное дело.- 1941.- №1.- С. 31-36.