

**ИНФРАКРАСНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

У.С. Мусаев, Ж.Ж. Толоров

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: цель работы: Оценить эффективность применения инфракрасного излучения в профилактике раневых осложнений. Представлены результаты мер профилактики у 102 больных контрольной группы при применении традиционных мер и у 83 основной группы с применением инфракрасного излучения в профилактике раневых осложнений. В контрольной группе осложнения возникли у 15 (14,7%), а в основной у 4 (4,8%).

Ключевые слова: желчный пузырь, холецистит, деструктивные формы, меры профилактики, частота осложнений.

**ХОЛЕЦИСТИТТИН ӨТҮШҮП КЕТКЕН ДЕСТРУКТИВДҮҮ ТҮРҮНҮН СЕЗГЕНҮҮСҮН
АЛДЫН АЛУУДА ИНФРАКЫЗЫЛ ЛАЗЕРДИК НУРЛАНУУСУ**

У.С. Мусаев, Ж.Ж. Толоров

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Иштин максаты: жарааттын кабылдоосун алдын алууда инфракызыл нурунун колдонуусунун натыйжалуугун баалоо.

Жараттын кабылдоосун алдын алууда текшерүүчү тайпада 102 бейтаптын жана негизги тайпада 83 бейтапга инфракызыл нурунун колдонушунун натыйжалуугу көрсөтүлдү.

Текшерүүчү тайпада 15 бейтап (14,7%) жана негизги тайпада 4 бейтап (4,8%) кабылдоолор пайда болду.

Негизги сөздөр: өт баштыкчасы, холецистит, деструктивтүү түрү, алдын алуу чаралары, кабылдоолор жыштыгы.

**INFRARED LASER EXPOSURE IN PROPHYLAXIS OF COMPLICATIONS
OF DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS**

U.S. Musaev, J.J. Tolorov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: aim of study: to assess effectiveness of infrared exposure in prophylaxis of wound complications. Presented results of prophylaxis measures in 102 patients of control group by using traditional measures and in 83 patients of main group where used infrared exposure in prophylaxis of complications of wound infection. In control group complications were in 15 (14,7%), in main group in 4 (4,8%).

Key words: gall bladder, cholecystitis, destructive type, prophylaxis measures, complications frequency.

Введение. В настоящее время острые холециститы занимают одно из ведущих мест в неотложной хирургии и по частоте стоят на втором месте после аппендицитов. Необходимо отметить, что заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) не снижается, а наоборот отмечается рост и наряду с этим увеличивается число больных с деструктивными формами холецистита [1,2,3].

В лечении острого холецистита в настоящее время довольно широко используется лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), но при определенных показаниях [4,5]. Но все еще продолжает существовать и лапаротомный способ [6,7].

Однако необходимо отметить, что при любом из способов возникает ряд осложнений, особенно раневых [7,8,9,10], которые увеличивают сроки стационарного лечения и материальные затраты [10,11], что является основанием для разработки мер их профилактики [12,13].

Цель исследования: оценить эффективность инфракрасного излучения в профилактике осложнений при деструктивных формах острого холецистита.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 185 больных, которые были оперированы по поводу острого хо-

лецистита. Диагноз был верифицирован операцией и гистологическим исследованием желчного пузыря. Из числа поступивших женщин было 110, мужчин 75. И возраст их колебался от 17 до 86 лет, но наибольшую группу составили пациенты старше 40 лет.

В процессе работы, чтобы определить эффективность мер профилактики, нами были выделены 2 группы: контрольная, которую составили 102 больных, у которых профилактика осложнений осуществлялась с применением антибиотиков после операции (гентамицин, ампициллин, канамицин) внутримышечно на протяжении 5-6 дней; а в основную группу включены 83 больных, у которых с первого дня после операции в комплекс лечения наряду с традиционными мерами, включено инфракрасное лазерное излучение, выполняемое аппаратом «Мустанг» при частоте 80 Гц с экспозицией 10 минут на область операционной раны, на курс лечения 5-6 сеансов. Обе группы по полу и возрасту были равнозначны. Больные контрольной и основной

группы, помимо антибиотиков получали обезболивающие средства, инфузионную терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

Мы проанализировали и сроки поступления больных от начала заболевания в обеих группах (табл. 1).

Обращало на себя внимание, что большинство больных с острым холециститом поступали со сроком заболевания более 3х суток в обеих группах (табл. 1).

При поступлении помимо общеклинических методов обследования (общий анализ крови и мочи, ЭКГ у лиц старше 50 лет), использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) до операции с целью установления характера заболевания, а в послеоперационном периоде для выявления осложнений со стороны органов грудной и брюшной полости, а также раневых осложнений, а также исследовали функциональное состояние печени и почек (общий билирубин, прямой билирубин, трансаминазы, общий белок, мочевины, креатинин).

Таблица 1

Сроки заболевания больных контрольной и основной групп

| Группы | Всего | | Сроки заболевания | | | | |
|--------------|---------|-------|-------------------|------|-------|-------|----------------|
| | абс. ч. | % | до 6 часов | 6-12 | 12-24 | 24-72 | Позже 72 часов |
| Контрольная | 102 | 55,1 | 2 | 12 | 13 | 34 | 41 |
| Основная | 83 | 44,9 | 2 | 11 | 21 | 27 | 22 |
| Итого абс.ч. | 185 | 100,0 | 4 | 23 | 34 | 61 | 63 |
| % | 100,0 | 100,0 | 2,2 | 12,4 | 18,4 | 32,9 | 34,1 |

Полученные результаты исследования обработаны путем вычисления относительных величин (в %). Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием с применением традиционной лапаротомии (12 чел.), а у остальных использован минилапаротомный доступ (5-6 см). Традиционную лапаротомию выполняли при остром холецистите, осложненном местным или

общим перитонитом и при выявлении перивезикулярного абсцесса или инфильтрата.

Результаты и их обсуждение

Типы операций в обеих группах были одинаковыми, а характер осложнений, возникших в послеоперационном периоде, дан в таблице 2.

В послеоперационном периоде в основной группе использовали инфракрасное обследование на 2е сутки после операции.

Таблица 2

Типы операций и характер осложнений у больных контрольной группы

| Тип операции | Всего | | из них возникли осложнения | | | | |
|-------------------------------------------|---------|-------|----------------------------|----------------|----------|----------------|------------|
| | абс. ч. | % | кровотечение | желчеистечение | плеврит | нагноение раны | инфильтрат |
| Холецистэктомия | 98 | 96,2 | 1 | 2 | | 4 | 3 |
| Холецистэктомия + наружное дренирование | 3 | 2,9 | | 1 | 1 | | 2 |
| Холецистэктомия + внутреннее дренирование | 1 | 0,9 | | | | 1 | |
| Всего | 102 | 100,0 | 1 (0,9%) | 3 (2,9%) | 1 (0,9%) | 5 (4,9%) | 5 (4,9%) |

Наибольшему числу больных в обеих группах выполнялись холецистэктомия и дренирование брюшной полости, лишь у небольшого числа больных холецистэктомия было дополнена холедохотомией с наружным дренированием по Вишневскому или Керу. Это были больные, у которых калькулезный холецистит был осложнен холедохолитиазом. С целью контроля проходимости холедоха до введения дренажа проводили зондирование холедоха, фиброскопию и в сомнительных случаях интраоперационную холангиографию.

Анализ результатов контрольной группы показал, что у 15 больных возникли осложнения, что составило 14,7%. Наиболее часто возникало нагноение раны – у 5 чел. (4,9%), инфильтрат в области операционной раны и желчеистечение отмечены у 3х больных. Лечение гнойных ран выполняли под повязкой с использованием озонированного раствора, раствора декасана и мази левомеколь. При инфильтратах назначали физиолечение, а при желчеистечении определяли количество выделяемой желчи и выполняли УЗИ контроль брюшной полости. Во всех случаях желчеистечение прекратилось самостоятельно. Сроки стационарного лечения при отсутствии осложнений составили $5,1 \pm 0,91$ койко-дня, а при осложненном – $8,9 \pm 0,97$ койко-дня.

При анализе основной группы, в которой выполнены были эти же операции (холецистэктомия у 79, холецистэктомия с холедохотомией и наружным дренированием у 2 и холецистэктомия с внутренним дренированием еще у двух) показало, что из 83 больных нагноение раны было у одного, инфильтрат у 2х и желчеистечение еще у 1, которое прекратилось самостоятельно. Следовательно, осложнения имели место в основной группе у 4х больных (4,8%). Эти осложнения отмечены после холецистэктомии.

Следовательно, применение инфракрасного излучения позволило снизить осложнения в 3 раза.

Выводы:

1. Традиционные методы профилактики осложнений при деструктивных формах холецистита, включающих антибиотикотерапию, не предотвращают развитие воспалительных осложнений.
2. Включение в схему метода инфракрасного излучения на операционную рану при острых деструктивных холециститах позволили снизить частоту осложнений в 3 раза (с 14,7 до 4,8%).

Литература

1. Каримов, Ш.И. Проблемы и перспективы хирургии острого холецистита в Узбекистане [Текст] /

Ш.И. Каримов // Холецистит и его осложнения. Бухара. - 2007. - С. 3-6.
 2. Мамакеев, М.М. Проблемы и перспективы хирургического лечения острого холецистита [Текст] / М.М. Мамакеев // Хирургия Кыргызстана. - 1998. - №1. - С. 19-25.
 3. Тиммербулатов, В.М. Ультразвуковая диагностика острого холецистита и его осложнений [Текст] / В.М. Тиммербулатов, И.В. Верзакова // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - №1. - С. - 76-82.
 4. Fu, C.Y. The effects of repeat laparoscopic surgery on the treatment of complications resulting from laparoscopic surgery [Text] / C.Y. Fu, C.H. Hsieh, C.H. Shih // Am. Surg. - 2012.- Vol. 78, #9. - P. 926-932.
 5. Страхов, А.В. Сравнительная оценка ближайших исходов холецистэктомии при мининвазивных вмешательствах по поводу хронического калькулезного холецистита [Текст] / А.В. Страхов, В.П. Градусов, С.А. Теремов // Хирургия. - 2016. - №2. - 10 с.
 6. Мусаев, А.И. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии: методические рекомендации [Текст] / А.И. Мусаев, Д.В. Вишняков, Т.К. Керималиев // Бишкек. - 2004. - 9 с.
 7. Миронюк, Н.В. Дифференцированный подход к хирургическому лечению желчнокаменной болезни [Текст] / Н.В. Миронюк, Т.Ф. Коваленко, С.К. Вервейн // Вестник хирургии Казахстана. - 2012. - №1. - 68 с.
 8. Минилапаротомия при хирургическом лечении желчнокаменной болезни [Текст] / И. Трачумс, М. Михелсонс, А. Паварс и др. // Хирургия. - 2006. - №11. - С. 33-34.
 9. Прудков, М.И. Лечение острого холецистита с использованием нового комплекса инструментов при операции из минидоступа [Текст] / М.И. Прудков, Е.Ф. Нишковиц, А.Ю. Кармыкин // Эндоскопическая хирургия. - 1998. - №1. - С. 42-43.
 10. Оморов, Р.А. Хирургия желчекаменной болезни: эволюция доступов, щадящие технологии [Текст] / Р.А. Оморов, Б.А. Авазов, Р.К. Бейшеналиев // Бишкек: ОсОО «М.Махита». - 2009. - 227 с.
 11. Мамакеев, М.М. Национальная программа развития и совершенствования хирургической службы Кыргызской Республики за период 2004-2010 гг. [Текст] / М.М. Мамакеев, Д.Т. Бектуров, А.А. Сопуев // Медицина Кыргызстана. - 2004. - №1. - С. 6-12.
 12. Калиш, Ю.И. Принципы использования лазеров в профилактике ранних послеоперационных осложнений [Текст] / Ю.И. Калиш, Р.А. Садыков, К.И. Макаров // Хирургия рубежа XX и XXI века: Материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики. Бишкек. - 2000. - С. 109-111.
 13. Bruce, D. Minimal acces surgery for cholelithiasis induced an attenuated acute phase response [Text] / D. Bruce, M. Smith, C.B. Walver // Am. J. Surg. - 2009. - Vol. 178, #3. - P. 232-234.