

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ имени И. К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

**Диссертационный совет Д 14.19.600**

На правах рукописи  
УДК 616.366-002-084-089.168.1-06

**Толоров Жыргалбек Жолдубаевич**

**ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ХОЛЕЦИСТИТА**

14.01.17 - хирургия

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек - 2021**

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева.

**Научный руководитель:** **Мусаев Улан Салтанатович** - доктор медицинских наук, заместитель главного врача по лечебной работе Городской клинической больницы №1 города Бишкек

**Официальные оппоненты:** **Ниязов Батырхан Сабитович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии факультета усовершенствования врачей Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова

**Байгазаков Асылбек Топчубаевич** - доктор медицинских наук, доцент, главный врач клиники «Меди ЛТД»

**Ведущая организация:** Южно-Казахстанская медицинская академия, научный совет (160001, г. Шымкент, пл. Аль-Фараби 1).

Защита диссертации состоится « 29 » июня 2021 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.19.600 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале, идентификационный код онлайн трансляции защиты диссертации: [https://vc.vak.kg/b/d\\_1-s2p-icn-nvx](https://vc.vak.kg/b/d_1-s2p-icn-nvx)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте: [www.nsc.kg](http://www.nsc.kg).

Автореферат разослан « 25 » мая 2021 года.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук,  
старший научный сотрудник**

**М. Б. Чапыев**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** Проблема хирургического лечения острого холецистита остается одной из актуальных в неотложной хирургии органов брюшной полости. Это обусловлено как увеличением числа оперируемых больных с осложненными формами желчнокаменной болезни (ЖКБ), так и отсутствием тенденции к снижению воспалительных осложнений, особенно раневых [М. М. Мамакеев и соавт., 1998; А. Т. Бронтвейн, 2001; М. А. Хоконов и соавт., 2011; Р. Курбанисмаилова, Р. Т. Меджидов, 2013; Т. Б. Оморов и соавт., 2017; J. Tozatti et al., 2015]. Чаще всего осложненные формы ЖКБ имеют место у лиц пожилого и старческого возраста и у лиц с такими сопутствующими заболеваниями как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, атеросклероз [П. С. Ветшев и соавт., 2005; Ю.Л. Шевченко и соавт., 2005; А. Н. Афанасьев и соавт., 2008; С. А. Жидков, А. И. Елин, 2009; Т. А. Pedersen et al., 1999; К. Р. Sirinek et al., 2015] и у этой группы оперированных чаще возникают гнойно-воспалительные осложнения в послеоперационном периоде.

Несмотря на разработку новых технологий в лечении острого холецистита (минилапаротомный доступ, лапароскопическая холецистэктомия) частота осложнений, особенно при деструктивных формах, колеблется в пределах 4-48% [М. М. Масалин, 1998; Е.А. Ермаков и А.И. Лищенко, 2003; А.П. Уханов и соавт., 2008]. Основным методом лечения острого холецистита является холецистэктомия, а при таком осложнении ЖКБ как холедохолитиаз, то холецистэктомия дополняется наружным или внутренним дренированием холедоха [К. С. Жумадилов, 2010; J. L. Rajen et al., 2011; R. Olmo-Lopez et al., 2012; Т. С. Shen et al., 2015].

Лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время наиболее широко применяемая методика, раневые осложнения после нее возникают редко, но при деструктивных формах холецистита лапароскопическая холецистэктомия имеет ряд противопоказаний [С. А. Дадвани и соавт., 2000; Ю. И. Ульянов и соавт., 2002; И. Глушков и соавт., 2009; Б. Д. Бобоев, 2012].

Необходимо отметить, что несмотря на совершенствование техники операций воспалительные осложнения наблюдаются после любого оперативного вмешательства.

На протяжении многих лет хирурги разрабатывали и продолжают разрабатывать меры профилактики воспалительных осложнений, а их частота снизилась незначительно.

В литературе представлены результаты многочисленных исследований, посвященные острому холециститу, его диагностике, тактике и мерам профилактики осложнений, но многие вопросы до сих пор остаются до конца не решенными, что требует поиска более эффективных методов [А. Л. Шестаков и соавт., 1997; Р. А. Оморов и соавт., 2019]. В этом плане идет поиск в двух

направлениях: разработка профилактики осложнений, которые могли бы их предотвратить и второе направление - это поиск методов диагностики осложнений в начальной фазе развития воспаления раны. Это положение и явилось основанием для выполнения данного исследования.

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями.** Тема инициативная.

**Цель исследования.** Улучшение результатов оперативного лечения больных с деструктивными формами холецистита за счет применения инфракрасного лазерного излучения и диагностики раневых осложнений в начальной фазе их развития.

**Задачи исследования:**

1. Определить частоту осложнений у больных с деструктивной формой холецистита при использовании традиционных мер профилактики.

2. Обосновать эффективность применения инфракрасного излучения в 2х вариантах в профилактике воспалительных осложнений при деструктивных формах холецистита.

3. Оценить информативность метода эхоморфометрии в диагностике ранней фазы воспаления в ране.

4. Дать сравнительную оценку традиционным мерам профилактики и с применением инфракрасного лазерного излучения при деструктивных формах холецистита.

**Научная новизна полученных результатов:**

1. Обоснована целесообразность применения инфракрасного лазерного излучения в профилактике раневых осложнений при деструктивном холецистите.

2. Впервые представлены преимущества внутривенного инфракрасного лазерного излучения в профилактике раневых осложнений.

3. Доказана целесообразность применения эхоморфометрии ран в диагностике воспаления в до клинической фазе его развития.

**Практическая значимость полученных результатов:**

1. Внедрение в практику инфракрасного лазерного излучения после операции, выполненной по поводу деструктивного холецистита, способствовало снижению частоты воспалительных осложнений. Из двух использованных методов (облучение раны и крови) внутривенное более эффективно.

2. Применение эхоморфометрии операционной раны в динамике является информативным тестом выявления в ранней фазе его развития, что в свою очередь также способствует снижению частоты раневых осложнений после операций, выполненных по поводу деструктивных форм холецистита.

### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Использование традиционных мер профилактики воспалительных осложнений при деструктивном холецистите неэффективно, частота осложнений составила 15,6%.

2. Применение инфракрасного лазерного излучения на область операционной раны и крови является эффективной мерой профилактики воспалительных раневых осложнений при деструктивном холецистите.

3. Использование эхоморфометрии раны в динамике является информативным тестом в оценке течения раневого процесса.

**Личный вклад соискателя.** Включает обследование и оперативное лечение больных с деструктивными формами холецистита, выполнение инфракрасного облучения раны и крови. Обработка полученных результатов и их анализ выполнены лично аспирантом.

**Апробация результатов диссертации.** Результаты выполненных исследований доложены и обсуждены на: научно-практических конференциях молодых ученых КГМА имени И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2017, 2018, 2019); заседании сотрудников кафедры факультетской хирургии (Бишкек, 2020).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 11 статей, из них 2 - опубликованы в изданиях ближнего зарубежья, рекомендованных ВАК КР. Утверждено 2 рационализаторских предложений, выданных патентным отделом КГМА им. И. К. Ахунбаева (№ 2 от 03. 07. 2018., №53 от 22. 02. 2019).

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на русском языке на 115 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman (размер шрифта 14, интервал 1,5) и состоит из введения, главы обзора литературы и 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и приложения. Список использованной литературы включает 204 источников из них 51 работ авторов дальнего зарубежья.

### **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** представлена актуальность темы исследования, изложены его цель и задачи, научная новизна работы, практическая значимость и основные положения диссертации выносимые на защиту.

**В первой главе «Современные направления в диагностике и лечении ЖКБ, осложненной деструктивными формами холецистита и профилактика послеоперационных осложнений» (обзор литературы).** Изложена частота деструктивных форм острого холецистита, методы диагностики и эффективность оперативного лечения. Особое внимание уделено мерам профилактики осложнений в послеоперационном периоде и их эффективность.

Автор отметил отсутствие литературных сведений об использовании инфракрасного излучения в профилактике осложнений при остром холецистите. Обзор изложен критически в нем использованы литературные источники в основном последних 10 лет.

**Во второй главе «Материал и методы клинических, лабораторных и инструментальных исследований у больных с деструктивными формами холецистита и меры профилактики осложнений»** - исследование основано на результатах обследования и оперативного лечения 220 больных с деструктивными формами острого холецистита, которые были оперированы в хирургических отделениях ГКБ №1, г. Бишкек с 2010 по 2019гг. включительно.

*Объект исследования:* 220 больных с деструктивными формами острого холецистита.

*Предмет исследования:* клинические показатели (температура, болевой синдром и сроки стационарного лечения), лабораторные (количество лейкоцитов, ЛИИ, печеночные тесты) и инструментальные (УЗИ органов брюшной полости и раны в динамике).

В разработку включены больные по мере их поступления в стационар. Полученные результаты статистически обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной ( $\alpha$ ) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности определяли по t критерию по таблице Стьюдента.

Под наблюдением было 220 больных, их распределение по полу и возрасту дано в табл. 2.1.

Таблица 2.1 - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего больных		из них в возрасте (в годах)						
	абс.ч	%	до-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70
Женский	150	68,2	4	7	29	35	56	16	3
Мужской	70	31,8	-	3	14	28	18	4	3
Всего абс.ч	220	100,0	4	10	43	63	74	20	6
%	100,0	%	2,9	4,6	19,5	28,6	33,6	9,1	2,7

В числе поступивших преобладали женщины, реже поступали мужчины. На оперативное лечение поступали больные в различные сроки от начала заболевания (табл. 2.2). Анализ сроков поступления показал, что в период до 6 часов от начала заболевания поступали редко, наиболее часто от 24 до 72 часов и позже 72 часов. Позднее поступление наиболее часто являлось основанием для применения лапаротомного доступа для выполнения холецистэктомии, хотя в клинике освоена методика лапароскопической холецистэктомии.

Таблица 2.2 - Сроки госпитализации больных с деструктивными формами холецистита с момента появления признаков заболевания

Сроки	Всего больных	
	абс.ч.	%
До 6 часов	6	2,7
От 6 до 12	27	12,3
От 12 до 24	29	13,2
От 24 до 72 часов	75	34,1
Позже 72 часов	83	37,7
Итого	220	100,0

При поступлении больных особое внимание обращали на выявление сопутствующих заболеваний (табл. 2.3), так как от их тяжести также зависел объем планируемой операции.

Таблица 2.3 - Частота и характеристика сопутствующих заболеваний у больных с деструктивными формами холецистита (n-220)

Заболевание	Всего больных	
	абс.ч	%
Гипертоническая болезнь	31	14,1
КБС	16	7,3
Общий атеросклероз	31	14,1
Хр. бронхо-легочные заболевания	19	8,6
Хр. Пиелонефрит	3	1,4
Хр. Панкреатит	3	1,8
Сахарный диабет	3	1,4
Язвенная болезнь желудка	1	0,5
Ожирение	8	3,6
Итого:	115	52,3

Наибольший удельный вес занимали сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, КБС, общий атеросклероз) и реже бронхолегочные хронические заболевания. Сопутствующие заболевания выявлены у 115 из 220, что составило 52,3%, т. е. у каждого второго имело место сопутствующее заболевание.

Анализ семиотики острого холецистита дан в табл. 2.4. Основной жалобой была боль, которая чаще локализовалась в правом подреберье, а также часто больные отмечали многократную рвоту и нарастающую общую слабость. При осмотре и пальпации часто отмечалось напряжение мышц в правом подреберьи и положительные симптомы Щеткина-Блюмберга и Ортнера. Более чем у половины больных наблюдались повышение температуры.

Таблица 2.4 - Семиотика больных с деструктивными формами холецистита

Симптомы	Всего	
	абс.ч.	%
Боль в правом подреберье	201	91,4
Боль в эпигастрии	14	6,4
Боль по всему животу	5	2,3
Тошнота	38	17,3
Рвота однократная	51	23,2
Рвота многократная	105	47,7
Задержка стула и газов	29	13,2
Напряжение мышц в правом подреберье	103	46,8
Симптом Щеткина-Блюмберга положительный	151	68,6
Положительный симптом Ортнера	201	91,4
Повышение температуры	131	86,8
Желтуха	7	3,2

При поступлении выполнено УЗИ. Результаты которого позволили определить характер заболевания (табл. 2.5).

Таблица 2.5 - Результаты УЗИ при деструктивных формах холецистита

Признаки	Всего	
	абс.ч.	%
Печень не увеличена	129	58,6
Печень увеличена	91	41,4
	113	51,4
	68	30,9
	39	17,7
Желчный пузырь не увеличен	91	41,4
Желчный пузырь увеличен	129	58,6
Стенка пузыря утолщена	204	92,7
	93	42,3
	100	45,5
Конкременты у шейки пузыря	27	12,3
Наличие перивезикулярного абсцесса	25	11,4
Желчные протоки расширены	7	3,3

В обследовании поступивших больных, помимо общепринятых исследований (анализ крови и мочи, свертываемость, ЭКГ у лиц старше 40 лет), вычисляли лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу Я. Я. (1941), исследовали функциональное состояние печени и почек по общепринятым методам, УЗИ - до операции для определения характера заболевания, после операции для своевременного выявления осложнений со стороны грудной и



брюшной полости, а в послеоперационном периоде УЗИ использовано и для оценки течения раневого процесса (эхоморфометрия).

В процессе работы с целью выявления деструктивных форм холецистита мы использовали критерии экспресс диагностики, разработанные Машковым А. М. и соавт. (2006) и дополненным Оморовым Т. Б. и Алымкуловым М. Ч. (2017) (ЛИИ, Срб и УЗИ). Показатели даны в табл. 2.6.

Таблица 2.6 - Критерии экспресс диагностики для обоснования формы острого холецистита

<i>Критерии</i>	<i>Катаральный</i>	<i>Флегмонозный</i>	<i>Деструктивный с местным перитонитом</i>
Симптомы острого холецистита (анамнез, характер болей, иррадиация, местные симптомы)	положительные (+)	положительные (+)	положительные (+)
Пальпируемый желчный пузырь	не пальпируется	пальпируется нечетко	четко пальпируется
Симптомы Щеткина-Блюмберга	слабо-положительный	положительный	резко положительный
Напряжение мышц	не выявляется	умеренное напряжение	резко выраженное
Температура тела	Норма	37,0-37,8°	выше 38,0°
Лейкоцитоз	до 12 тыс.	более 12тыс.	более 15 тыс.
Палочкоядерный сдвиг	до 5%	более 5%	более 10%
ЧСС	до 80 в мин	более 80 в мин	более 90в мин
ЛИИ	1,0-1,3	1,5-2,5	выше 2,5
СРБ	+	++	+++ , ++++
<b>Результаты УЗИ</b> 1. Увеличение пузыря	длина от 60 до 100мм ширина от 30 до 50мм	длина от 70 до 110мм ширина от 50 до 60мм	длина более 110мм ширина более 60мм
1. Слоистость стенки желчного пузыря	не выявляется	слоистость определяется нечетко	четко выражена слоистость
2. Стенки желчного пузыря	не более 2 мм	от 3-5мм	утолщены более 5мм
3. Выпот вокруг желчного пузыря	не определяется	выпот определяется нечетко и без границ	четко видно наличие выпота или инфильтрата
4. Камень в пузыре или в шейке	Выявляется	выявляется	выявляется

Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием, лапоротомным доступом, при этом у большинства применяли минилапаротомную (5-6см), а традиционную лапаротомию использовали лишь

при подозрении на холедохолитиаз и при выявлении перивезикулярного абсцесса. Для возможности выполнения операции из минидоступа использовали критерии, разработанные Оморovým Р. А. и соавт. (2009).

Перед операцией при УЗИ измеряли расстояние от реберной дуги до дна желчного пузыря и затем учитывали 3 измерения: толщину кожи и мягких тканей от белой линии живота до париетальной брюшины, от средней линии живота до шейки пузыря, от реберной дуги до тела желчного пузыря. Если первое измерение было не более 6 см, второе не более 8 см и третье не более 10 см, то решали в пользу минилапаротомного доступа. Кроме того, при УЗИ наносили на кожу разметку, где дно желчного пузыря более близко проецируется к брюшной стенке. С учетом этих критериев у нас очень редко (в 4 случаях) возникла необходимость в увеличении доступа.

Для оценки использованных нами мер профилактики были выделены 2 группы: первая контрольная, у которых использованы традиционные меры профилактики и вторая основная, в которой применяли инфракрасное излучение в 2х вариантах.

**В третьей главе «Результаты оперативного лечения больных с деструктивными формами холецистита контрольной группы»** – у больных этой группы холецистэктомия выполнялась у большинства из минидоступа, после удаления желчного пузыря и перед ушиванием раны, брюшную полость и рану орошали раствором фурациллина (1:1000), а в послеоперационном периоде больные получали ампициллин 1,0г 4 раза в сутки внутримышечно или гентомицин 80мг 2 раза в сутки.

Типы операций, выполненных в этой группе и характер осложнений даны в табл. 3.1.

Таблица 3.1 - Типы операций и характер осложнений у больных контрольной группы

Типы операций	Всего		из них возникли осложнения					Всего осложнений
	абс.ч.	%	крово- течение	желчеис- течение	плев- рит	нагн- е раны	инфиль- трат	
Холецистэктомия	98	96,2	1	2		5	4	12
Холецистэктомия + наружное дренирование	3	2,9		1	1		1	3
Холецистэктомия + внутреннее дренирование	1	0,9				1		1
Итого:	102	100,0	1	3	1	6	5	16 15,6%

В большинстве случаев выполнялась холецистэктомия и лишь у 3 она дополнена была наружным дренированием, а у 1 внутренним дренированием в связи с выявлением холедохолитиаза. В послеоперационном периоде после холецистэктомии из 98 больных у 12 возникли осложнения. Это кровотечение, которое потребовало повторной операции (1 чел.), желчеистечение у 2х, которое прекратилось самостоятельно, у 1 больного послеоперационный период осложнился плевритом, который был излечен плевральными пункциями, а у 9 больных послеоперационный период осложнился раневыми осложнениями.

При наружном и внутреннем дренировании у каждого больного возникло по 1 осложнению.

Таким образом, в контрольной группе осложнения возникли у 16 больных, что составило 15,6%. Анализ частоты осложнений контрольной группы явился для нас основанием для разработки мер профилактики воспалительных осложнений при деструктивных формах холецистита.

**В четвертой главе «Эффективность мер профилактики осложнений при деструктивных формах холецистита (основная группа)»** эту группу составили 118 больных, которые по основным показателям были равнозначны контрольной группе и сроки операции, и доступ были такими же как в контрольной группе. Различия в мерах профилактики воспалительных осложнений. В основной группе мы выделили 2 подгруппы. Обе они до операции и к концу ее получали цефтриаксон или цефазолин по 1,0 внутривенно, а в момент операции брюшную полость и рану орошали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл.

После операции первая подгруппа (94чел.) на область операционной раны получала инфракрасное облучение с экспозицией в 10 минут на курс лечения 4-5 сеансов, а вторая подгруппа (24 чел.) получала инфракрасное облучение крови. так же 4-5 сеансов.

Большинство больных основной группы оперированы с применением мини-лапаротомного доступа и редко (6 чел.) из традиционного, но не более 12 см.

Типы операций и характер осложнений в первой подгруппе даны в табл. 4.1.

Таблица 4.1 - Выполненные типы операции, частота и характер осложнений больных первой основной подгруппы с деструктивными формами холецистита.

Тип операции	Всего		из них возникли осложнения			Всего
	абс. ч	%	плеврит	нагноение раны	инфильтрат	
Холецистэктомия	89	94,7	1	1	3	5
Холецистэктомия с холедохолитотомией + наружным дренированием по М.М. Мамакееву	3	3,2	-	-	1	1
Холецистэктомия с холедохолитотомией и внутренним дренированием	2	2,1	-	1	1	2
Всего	94	100,0	1	2	5	8 (6,8%)

И в этой группе большинству больных выполнена была холецистэктомия и лишь у единичных холецистэктомия сочеталось с наружным и внутренним дренированием, а осложнения имели место у 8 больных, что составило 6,8%.

Вторую подгруппу составили 24 больных, которым выполнено холецистэктомия по поводу деструктивного холецистита. Осложнения после операции отмечено у 1 больного (инфильтрат в области операционной раны 4,1%).

Выполненный анализ клинических показателей обеих подгрупп показал, что при внутривенном инфракрасном облучении крови в сравнении с облучением операционной раны быстрее наступает нормализация количества лейкоцитов, уменьшаются сроки стационарного лечения.

Результаты эхоморфометрии позволили отметить, что при внутривенном облучении крови на 3-5 сутки зона инфильтрации меньше, что подтверждает более благоприятное течение раны.

Показатели общего анализа крови и функционального состояния печени достоверно не отличались.

Наибольший интерес представляло сравнение показателей контрольной и основной группы чтобы судить об эффективности использованных мер профилактики. Обе группы были равнозначны в отношении пола и возраста и характера заболевания.

Анализ давности заболевания (рисунок 4.1) обеих групп показал, что как в основной, так и контрольной большинство больных поступали со сроком более суток.

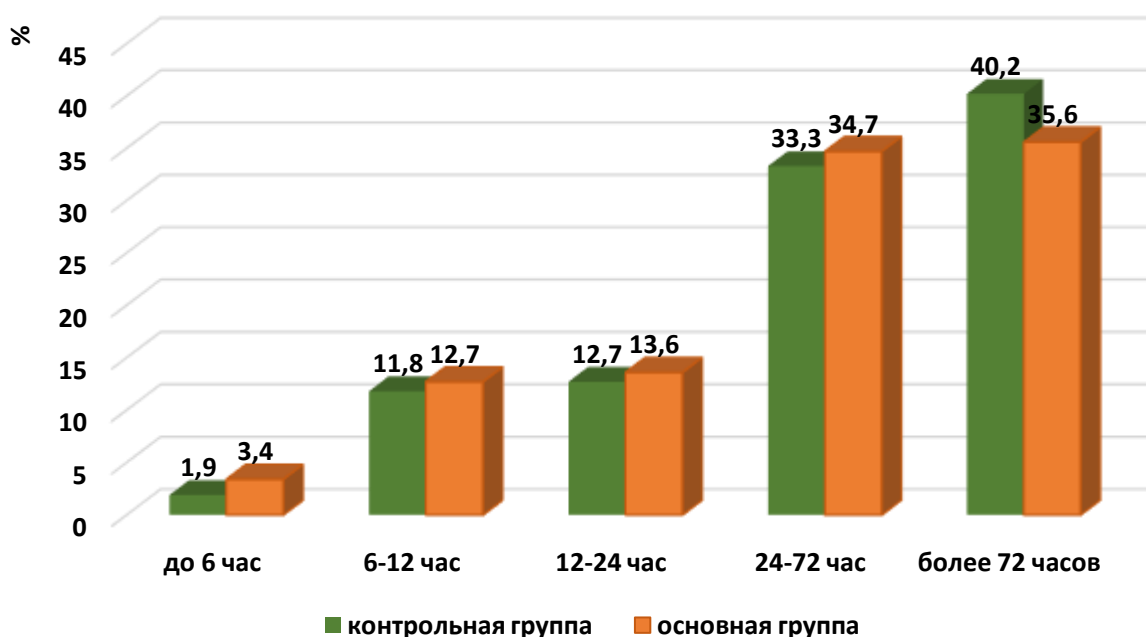


Рисунок 4.1. Давность заболевания больных острым холециститом контрольной и основной групп (в %).

Особое внимание было уделено выявлению сопутствующих заболеваний и здесь отмечено преобладание сердечно-сосудистых патологий у больных основной группы (рисунок 4.2).

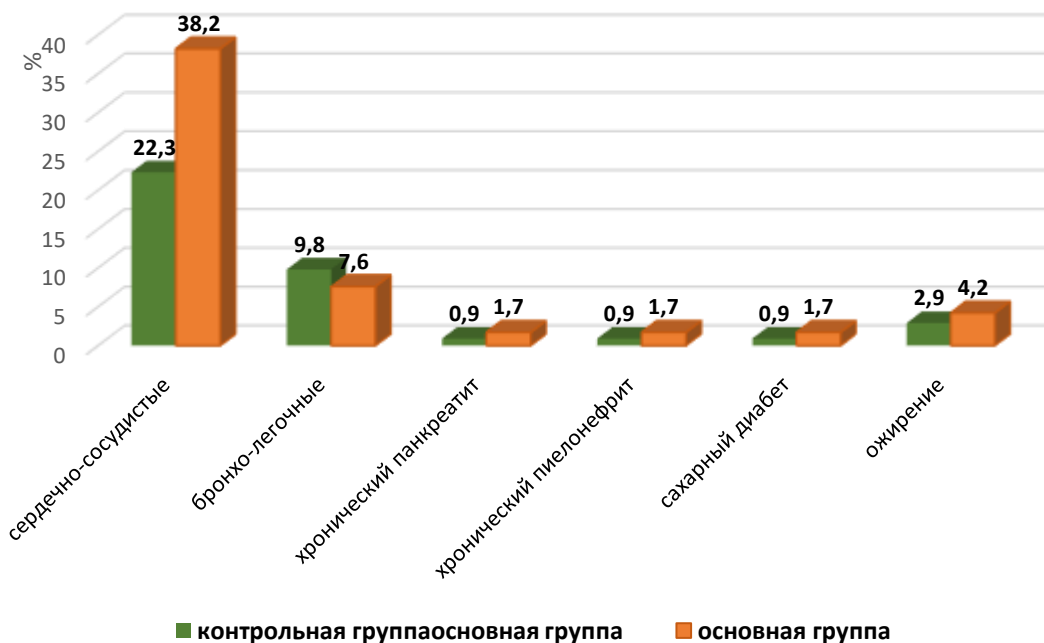


Рисунок 4.2. Характер сопутствующей патологии у больных контрольной и основной группы.

Мы сравнили формы холецистита и при этом отметили колебания, которые не носили достоверных различий (рисунок 4.3).

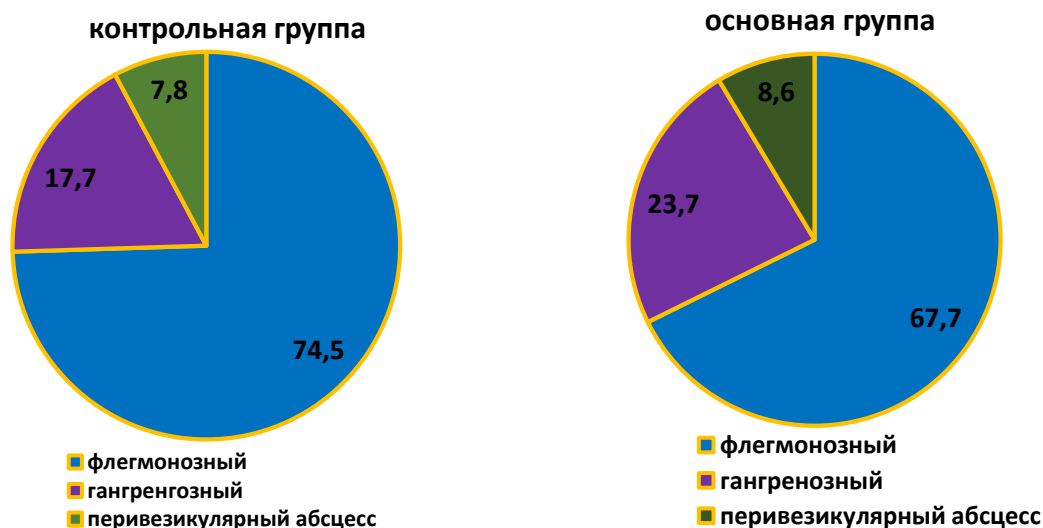


Рисунок 4.3. Формы острого холецистита больных контрольной и основной групп (в %).

Очень важной была оценка клинических показателей (рисунок 4.4), которая позволила отметить преимущества инфракрасного излучения. При любом методе инфракрасного облучения наблюдалось более быстрая нормализация температуры, исчезновение болей и сроки стационарного лечения.

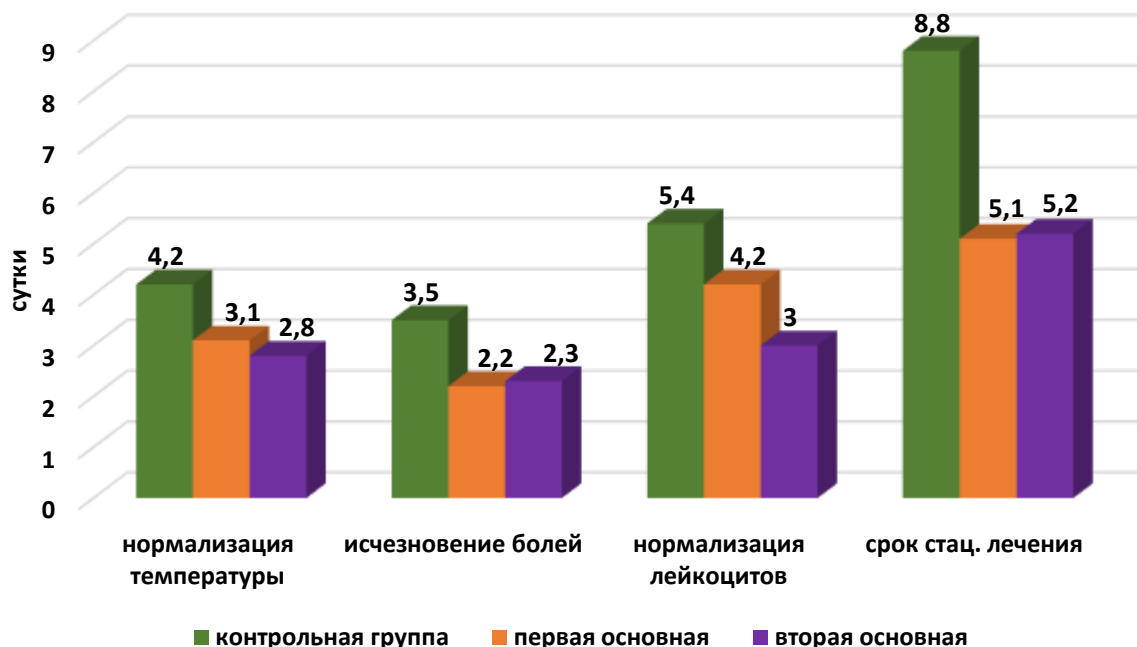


Рисунок 4.4. Клинические показатели контрольной и основной групп.

При сравнении двух основных подгрупп выявлены различия только в сроках нормализации температуры и количества лейкоцитов.

Анализ результатов эхоморфометрии (рисунок 4.5) показал преимущества использования инфракрасного излучения в любом варианте.

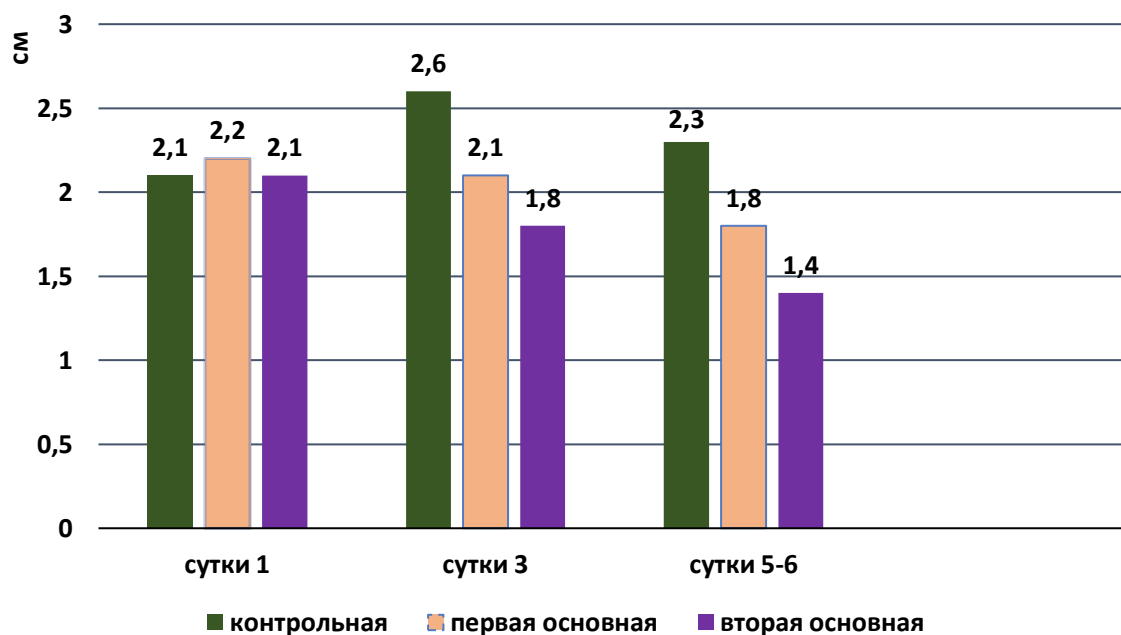


Рисунок 4.5. Показатели эхоморфометрии контрольной и основной групп (в см).

О значимости инфракрасного излучения говорят и показатели осложнений в каждой группе (рисунок 4.6).

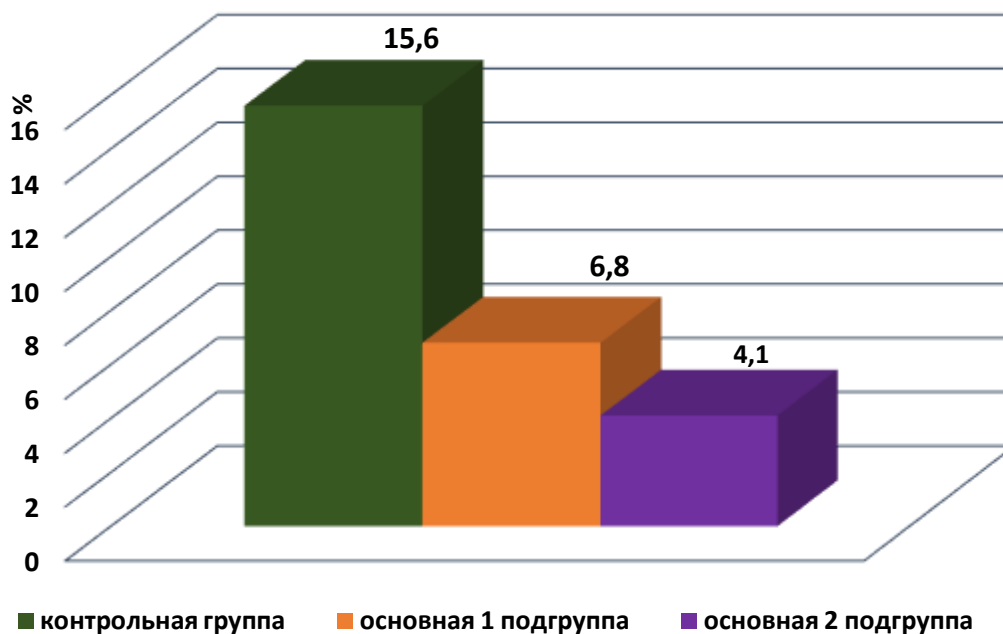


Рисунок 4.6. Осложнения у больных контрольной и основной групп.

Если в контрольной группе осложнения составили 15,6%, то в первой основной 6,8%, а во второй 4,1%.

Таким образом, наши исследования показали возможность снижения осложнений при деструктивных формах холецистита с применением периоперационного введения антибиотиков, орошения брюшной полости и раны озонированным раствором и инфракрасным облучением в двух вариантах, что явилось решением цели и задач нашего исследования.

### ВЫВОДЫ:

1. Применение традиционных мер профилактики воспалительных осложнений после холецистэктомии, выполненной по поводу деструктивных форм холецистита мало эффективно, осложнения составили 15,6%.

2. Использование инфракрасного лазерного излучения на область операционной раны и внутривенное облучение крови достоверно улучшает течение раневого процесса, которое выражается в более быстрой нормализации температуры тела, исчезновении болевого синдрома и сокращения сроков стационарного лечения. Положительный эффект более выражен при внутривенном облучении крови.

3. Эхоморфометрия раны в динамике является показателем течения раневого процесса и показателем начальной фазы воспаления, что позволяет выполнить ряд мер для предотвращения нагноения (ревизия раны, усиление противовоспалительной терапии).

4. Сравнительная оценка результатов лечения больных контрольной и

основной группы показала эффективность применения инфракрасного лазерного излучения в сочетании с внутривенным введением антибиотиков и обработкой раны озонированным раствором в момент операции обладают однонаправленным действием потенцируя друг друга и усиливая механизм влияния на раневой процесс. Использование мер профилактики позволили снизить частоту осложнений в первой основной в сравнении с контрольной с 15,6 до 6,8%, а во второй группе с 15,6 до 4,2%.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. При поступлении больных с острым холециститом помимо общеклинических исследований необходимо выполнить детальное обследование с целью выявления сопутствующих заболеваний (УЗИ не только гепатодуоденальной зоны, а всех органов брюшной полости и малого таза, определить ЛИИ, печеночные и почечные тесты).

2. При деструктивных формах холецистита использовать периоперационное внутривенное введение антибиотиков (за 10-15 минут до операции и к концу ее).

3. После удаления желчного пузыря орошать ложе пузыря и рану брюшной стенки озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл.

4. Для профилактики воспалительных осложнений использовать после операции инфракрасное излучение на область раны, начинать со 2го дня, на курс лечения 4-5 сеансов и можно применить внутривенное облучение крови.

5. Для выявления воспаления в доклинической фазе раневого процесса выполнить в динамике (на 1,3,5 сутки после операции) эхоморфометрию ран (определение размера зоны инфильтрации раны). В норме показатели на 3 сутки увеличиваются и при благоприятном течении уже 5-6 сутки зона инфильтрации уменьшается. В тех случаях, когда на 5 сутки размеры зоны инфильтрации остаются на прежнем уровне (как на 3 сутки) или увеличиваются, то это признак воспаления начальной фазы, что указывает на необходимость ревизии раны и усиления противовоспалительной терапии.

### **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. **Толоров, Ж. Ж.** Эффективность оперативного лечения и характер осложнений при деструктивных формах холецистита [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2017. - №2. - С. 66-68. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29222781>

2. **Толоров, Ж. Ж.** Профилактика воспалительных осложнений при деструктивных холециститах (обзор литературы) [Текст] / Ж. Ж. Толоров // Известия ВУЗов Кыргызстана. - 2017. - №7. - С. 56-60. <https://www.elibrary.ru/>



[item.asp?id=30502101](https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30502101)

3. **Толоров, Ж. Ж.** Повышение эффективности использования лимфогенных технологий в комплексном лечении больных с деструктивными формами холецистита [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров, М. Ч. Алымкулов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: сб. науч. тр. - Санкт-Петербург, 2017. - С. 207-208. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35319901>

4. **Толоров, Ж. Ж.** Инфракрасное лазерное излучение в профилактике осложнений при деструктивном холецистите [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2018. - №1. - С. 78-80. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35617703>

5. **Толоров, Ж. Ж.** Меры профилактики осложнений при деструктивных формах острого холецистита [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров, Т. Б. Оморов // Вестник Ошского государственного университета. - 2018. - №3. - С. 177-182. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36486895>

6. **Толоров, Ж. Ж.** Результаты мер профилактики осложнений у больных с механической желтухой [Текст] / Ж. Ж. Толоров, У. С. Мусаев, Ж. Т. Конурбаева, К. К. Кенжекулов // Вестник КГМА им. И. А. Ахунбаева. - 2019. - №1. - С. 85-88. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41299677>

7. **Толоров, Ж. Ж.** Особенности течения раневого процесса у больных острым холециститом в различных клинико-географических зонах Кыргызстана [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров, Т. Б. Оморов // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2019. - №3. - С. 126-130. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38936606>

8. **Толоров, Ж. Ж.** Прогнозирование раневых осложнений при деструктивных формах холецистита и меры их профилактики [Текст] / Ж. Ж. Толоров // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2019. - №4. - С. 57-61. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42525187>

9. **Толоров, Ж. Ж.** Эффективность мер профилактики раневых осложнений при остром холецистите [Текст] / У. С. Мусаев, Б. А. Авасов, Ж. Ж. Толоров // Врач-аспирант. - Воронеж, 2020. - Т. 96. - №1. - С. 46-51. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42549472>

10. **Толоров, Ж. Ж.** Меры профилактики осложнений при остром калькулезном холецистите и их эффективность [Текст] / У. С. Мусаев, Ж. Ж. Толоров, А. У. Айтикеев // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2021. - №1. - С. 70- 73. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46011960>

11. **Толоров, Ж. Ж.** Эффективность мер профилактики раневых осложнений при деструктивном холецистите [Текст] / Толоров Ж. Ж., Чапьев М. Б., Адиев Т. К. // Научное обозрение. Медицинские науки. - Москва, 2021. - №2. - С. 25-29. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45692743>

**Толоров Жыргалбек Жолдубаевичтин «Холециститтин деструктивдик формаларынын операциясынан кийинки татаалдашууну алдын алуу» аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын**

## **РЕЗЮМЕСИ**

**Негизги сөздөр:** холецистит, деструктивдик формалар, оперативдүү дарылоо, татаалдашуу, алдын алуу чаралары, инфракызыл нурлануу

**Изилдөөнүн максаты.** Холециститтин деструктивдүү формалары менен ооруган бейтаптарды инфракызыл лазердик нурланууну жана жаракаттын татаалдашуусунун өрчүүшүнүн баштапкы фазасында аныктоону колдонуп оперативдүү дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу

**Изилдөөнүн объектиси:** курч холециститтин деструктивдүү формалары менен ооруган 220 бейтап.

**Изилдөөнүн предмети:** клиникалык (дененин табы, ооруксунуу синдрому, стационардык дарылоонун мөөнөтү) лабораториялык (лейкоциттердин саны, интоксикациянын лейкоцитардык индекси, боор тесттери) жана аспаптык (ич көндөйүнүн органдарынын УУЙси жана динамикадагы жаралар) көрсөткүчтөрү

**Изилдөөнүн ыкмалары:** клиникалык, лабораториялык, аспаптык жана статистикалык.

**Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары.** Иш процессинде бейтаптардын эки кичи тобу аныкталды: көзөмөлдөө (102 адам), алар салттуу дарылануудан өтүштү. Негизги топ эки кичи топторго бөлүнгөн: биринчиси - дарылоо комплексинде операциялык жаракат алган аймакта инфракызыл нурланууну (94 адам) жана экинчиси –вена ичине кандын нурлануусун алышкан. Негизги топтогу бейтаптар цефтриаксонду венага операциянын алдында жана операция бүткөндө, ал эми операция учурунда - ич көндөйү жана жараларга озондаштырылган натрий хлоридинин эритмесин алышкан.

Натыйжалардын анализи негизги топтун алдын алуу иш-чараларынын артыкчылыктарын көрсөттү: температуранын тез төмөндөшү, ооруксунуу синдрому жоголуп, татаалдашуулардын саны жана стационардык дарылануунун узактыгы кыскарып, жараат процессинин жүрүшү оң жагына белгиленген. Көзөмөлдөө тобунда татаалдашуулар 15,6%ды, биринчи негизги топто 6,8%ды жана экинчисинде 4,1%ды түздү.

**Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар.** Эмгектеги негизги корутундулар жана сунуштар күнүмдүк клиникалык практикада, билим берүү процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулууга тийиш.

**Колдонуу чөйрөсү:** хирургия.

## РЕЗЮМЕ

диссертации Толорова Жыргалбека Жолдубаевича на тему: «Профилактика послеоперационных осложнений при деструктивных формах холецистита» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

**Ключевые слова:** холецистит, деструктивные формы, оперативное лечение, осложнения, меры профилактики, инфракрасное излучение.

**Цель исследования.** Улучшение результатов оперативного лечения больных с деструктивными формами холецистита за счет применения инфракрасного лазерного излучения и диагностики раневых осложнений в начальной фазе их развития.

**Объект исследования:** 220 больных с деструктивными формами острого холецистита.

**Предмет исследования:** клинические показатели (температура, болевой синдром и сроки стационарного лечения), лабораторные (количество лейкоцитов, ЛИИ, печеночные тесты) и инструментальные (УЗИ органов брюшной полости и раны в динамике).

**Методы исследования:** клинические, лабораторные, инструментальные и статистические.

**Полученные результаты и их новизна.** Полученные результаты и их научная новизна. В процессе работы выделены две подгруппы больных: контрольная (102 чел.), они получали традиционное лечение. В основной группе выделены две подгруппы: первая – получали в комплексе лечения включено инфракрасное излучение на область операционной раны (94 чел.) и вторая - внутривенное облучение крови. больные основной группы перед операцией вводили цефтриаксон внутривенно и к концу операции, а в момент операции - орошение брюшной полости и раны - озонированным раствором хлорида натрия.

Анализ результатов показал преимущества мер профилактики основной группы: быстрое снижение температуры, исчезал болевой синдром, уменьшались количество осложнений и сроки стационарного лечения и более благоприятно отмечено течение раневого процесса. В контрольной группе осложнения составили 15,6%, в первой основной 6,8% и во второй 4,1%.

**Степень использования или рекомендации по использованию.** Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

**Область применения:** хирургия.

## SUMMARY

**of Tolorov Zhyrgalbek Zholdubaevich 's dissertation on the topic of: «Prevention of postoperative complications in destructive forms of cholecystitis» for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.17 - surgery.**

**Key words:** cholecystitis, destructive forms, surgical treatment, complications, preventive measures, infrared radiation.

**Aim of the study.** Improvement of the results of surgical treatment of patients with destructive forms of cholecystitis due to the use of infrared laser radiation and the diagnosis of wound complications in the initial phase of their development.

**Object of study:** 220 patients with destructive forms of acute cholecystitis.

**Subject of study:** clinical indicators (temperature, pain syndrome and terms of inpatient treatment), laboratory (leukocyte count, LII, liver tests) and instrumental (ultrasound of the abdominal organs and wounds in dynamics).

**Research methods:** clinical, laboratory, instrumental and statistical.

**The results obtained and their novelty.** The results obtained and their scientific novelty. In the process of work, two subgroups of patients were identified: control (102 people), they received traditional treatment. In the main group, two subgroups were identified: the first - received in the complex of treatment infrared radiation on the area of the surgical wound (94 people) and the second - intravenous blood irradiation. Patients of the main group administered ceftriaxone intravenously before the operation and at the end of the operation, and at the time of the operation - irrigation of the abdominal cavity and wounds with ozonized sodium chloride solution.

The analysis of the results showed the advantages of preventive measures for the main group: a rapid decrease in temperature, pain syndrome disappeared, the number of complications and the duration of inpatient treatment decreased, and the course of the wound process was more favorably marked. In the control group, complications accounted for 15.6%, in the first base 6.8% and in the second 4.1%.

**The degree of use or recommendations for use.** The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

**Scope of use:** surgery.

Формат бумаги 60x90/16. Бумага офс. Печать офс. Объем 1,0 п.л.  
Подписано в печать 22.05.2021 г. Тираж 100 экз. Заказ 259.  
г. Бишкек, ул. Полярная 11, ИЦ «Илим-Басмасы»

