

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

На правах рукописи

УДК 617-089.197.4+617.55+616-084+617-002.3

КЕРИМАЛИЕВ ТАЛАНТБЕК КАЛКАНОВИЧ

**ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ
ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

14.00.27 – хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2006

Работа выполнена на кафедре хирургии Кыргызского Государственного Медицинского Института переподготовки и повышения квалификации и в городской клинической больнице №1, г. Бишкек

Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор А.И.Мусаев

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
Э.У. Алыбаев

кандидат медицинских наук
К.А. Шукурбаев

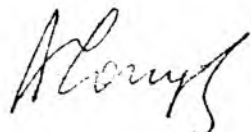
Ведущая организация: Кыргызско-Российский (Славянский)
Университет им. Б.Н. Ельцина

Защита состоится « 23 ~~ноября~~ 14 2006 г. в 14 часов,
на заседании диссертационного совета Д. 14.06.314 при Национальном
хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
(г. Бишкек, ул. 3-я линия, д. 25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального
хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской
Республики 720044, г. Бишкек, ул. 3-я линия, д. 25.

Автореферат разослан « 16 ~~августа~~ 16 2006 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор



Сопуев А.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Профилактика осложнений, особенно гнойно-воспалительных, в экстренной хирургии органов брюшной полости приобретает первостепенное значение, так как, несмотря на используемые меры, процент осложнений не имеет тенденции к снижению и колеблется от 8 до 36% (Б.А. Королев и Д.Л. Пиковский, 1990; В.А. Вишневский и соавт., 1997; М.М.Мамакеев и соавт., 2004; О. Akham et al, 2002), из числа всех осложнений гнойно-воспалительные раневые составляют 80-92% (Н.М. Кузин и соавт., 2000; В.А. Бородач и А.В. Бородач, 2002; Ю.К. Абаев, 2005; М. Reddy, P.V.Reddy, 2003).

В последние годы все исследователи отмечают существенное снижение выполнения плановых операций при желчнокаменной болезни, эхинококкозе, грыж любой локализации, а на оперативное лечение поступают больные с уже развившимися осложнениями, что в свою очередь повышает риск операции и возникновение осложнений в послеоперационном периоде (А.Ж. Нурмаков и А.Л. Поташов, 1993; М.Г. Кутяков и соавт., 1997), особенно у лиц пожилого и старческого возраста (А.С. Ермолов и соавт., 1998; Н.А. Кузнецов и соавт., 2003).

Что же касается поступления больных с острым аппендицитом, холециститом и ущемлением грыжи, то эта многочисленная группа в настоящее время госпитализируется в стационар в поздние сроки от начала заболевания, что сказывается на частоте осложнений, как в дооперационном, так и послеоперационном периодах. Это положение наблюдается и в Кыргызской Республике (Ю.К. Уметалиев и соавт., 2002; М.М. Мамакеев и соавт., 2004; О.Ж. Токтогулов, 2005), что обусловлено низким материальным уровнем населения, безработицей, снижением иммунобиологической реактивности организма, ухудшением экологической обстановки и другими неблагоприятными факторами, препятствующие своевременному обращению и госпитализации больных.

Несмотря на совершенствование техники операций на органах брюшной полости, разработку методов обезболивания и ведения послеоперационного периода все еще остается высоким процент осложнений (В.С. Савельев, 1990; Н.И. Слепых и соавт., 2003; Ю.К. Абаев, 2005), особенно раневых гнойно-воспалительных, лечение которых требует более длительного пребывания в стационаре, а следовательно и дополнительных материальных затрат, поэтому поиск методов профилактики осложнений является одной из наиболее важных проблем абдоминальной хирургии. Особого внимания заслуживает профилактика раневых осложнений операционных ран, как наиболее часто встречающихся.

Антибиотики в традиционной дозировке применения в большинстве случаев исчерпали себя, сейчас основное внимание уделяется разработке новых антибиотиков и, главное, способов и путей их введения и использование физических факторов (лазер, УФО) и таких факторов, как озонированные растворы, гипохлорит натрия, обладающие бактерицидными свойствами, но их применение в основном было направлено на лечение гнойно-воспалительных заболеваний (перитонит, флегмоны, остеомиелит).

Необходимо отметить, что существующие меры профилактики в основном используются без учета выявленных морфологических изменений, до сих пор отсутствуют единые критерии оценки состояния послеоперационной раны, не разработаны эффективные методы исследования и контроля эндогенной интоксикации, которой в настоящее время придается большое значение, не изучена динамика течения раневого процесса, а это нередко является причиной формального учета послеоперационных осложнений, в результате чего в хирургических стационарах наблюдается занижение показателя числа раневых осложнений. Все это и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы: дать оценку эффективности мер профилактики раневых осложнений у больных после экстренных операций на органах брюшной полости.

Задачи исследования:

1. Определить частоту раневых осложнений после традиционных мер профилактики у больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и выявить их недостатки.

2. Разработать показания и обосновать целесообразность применения разработанных мер профилактики гнойно-воспалительных осложнений после экстренных операций на органах брюшной полости.

3. Дать оценку эффективности применения антибиотика – цефазолина, однократного лазерного облучения раны, обработке раны озонированными растворами и комплекса мер, включающих антибиотики, озонированные растворы и региональную лимфостимуляцию с учетом клинических показателей, тестов эндотоксикоза, критериев УЗИ раны и термометрии.

4. Построить алгоритм профилактики гнойно-воспалительных осложнений после экстренных операций на органах брюшной полости с учетом выявленных морфологических изменений.

Научная новизна:

1. Разработаны новые подходы к выбору мер профилактики гнойно-воспалительных осложнений после экстренных операций.

2. Впервые доказана эффективность профилактики комплекса мер с применением цефазолина, региональной лимфостимуляции, озона, лазера в профилактике с учетом морфологических изменений в аппендикулярном отростке, желчном пузыре и ущемленном органе.

3. Представлен алгоритм мер профилактики раневых осложнений у экстренно оперированных больных.

Практическая значимость полученных результатов:

Разработанные новые подходы к выбору метода профилактики позволяют улучшить результаты лечения экстренно оперированных больных на органах брюшной полости за счет профилактики гнойно-воспалительных осложнений.

Построенный алгоритм обеспечивает наиболее целесообразный выбор профилактики у экстренно оперированных больных на органах брюшной полости.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании ряда разработанных мер профилактики гнойно-воспалительных осложнений и снижения сроков стационарного лечения экстренно оперированных больных на органах брюшной полости.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Традиционное использование антибиотиков не всегда предотвращает возникновение осложнений, что ведет к более длительному пребыванию больных в стационаре и частым осложнениям со стороны раны.

2. Разработанные подходы к выбору мер профилактики с учетом морфологических изменений оперированного органа обеспечивают профилактику раневых гнойно-воспалительных осложнений после экстренных операций на органах брюшной полости и могут быть внедрены в любом хирургическом стационаре.

Личный вклад соискателя:

Принимал участие в обследовании всех больных, их оперативном лечении, осуществлял меры профилактики после экстренных операций на органах брюшной полости.

Апробация результатов диссертации:

Материалы диссертации доложены на X международной конференции молодых ученых и специалистов (г. Бишкек, 2004, 2005), совместном заседании сотрудников кафедры хирургии КГМИПбК и кафедры факультетской хирургии КГМА (г. Бишкек, 2006), заседании Ассоциации хирургических обществ Кыргызской Республики (г. Бишкек, 2006), заседании экспертной

комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций хирургического профиля при диссертационном совете Д 14.05.271 (г. Бишкек, 2006).

Внедрение результатов исследования:

Основные положения работы внедрены в хирургических отделениях ГКБ №1, г. Бишкек (выбор объема и метода профилактики после экстренных операций на органах брюшной полости), утверждено одно рационализаторское предложение и получен патент на два изобретения. Основные результаты исследования используются на практических занятиях и лекциях студентов КГМА и клинических ординаторов КГМИПиПК.

Публикации по теме диссертации:

По материалам диссертации опубликовано 8 работ, 1 методические рекомендации. Получены патенты на изобретение №668 от 30.06.04 и №738 от 31.12.04 выданные Кыргызпатентом и рационализаторское предложение удостоверение №920 от 30.01.03, выданное патентным отделом КГМА.

Структура и объем диссертации:

Диссертационная работа изложена на 116 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 192 литературных источника, из них 79 работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 23 таблицами и 22 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методики исследования: Для реализации поставленных задач использована клиническая оценка (нормализация температуры, стихание воспалительных явлений в ране, сроки снятия швов и пребывания больных в стационаре), исследования показателей эндотоксикоза (ЛИИ и парамещийный тест), бактериологическое исследование отделяемого ран, термометрия и УЗИ раны. Исследования выполнялись в динамике: до операции, на 1, 3, 5 сутки.

Под наблюдением находилось 339 больных, оперированных в хирургических отделениях ГКБ№1 в период с 1999 по 2005 год включительно. При рассмотрении результатов профилактики выделили 2 группы больных: первая – 200 чел, это контрольная группа, куда вошли больные, получавшие традиционную профилактику и вторая – 139, пациенты у которых использовали разработанные нами меры профилактики. Распределение больных по возрасту дано на рисунке 1.

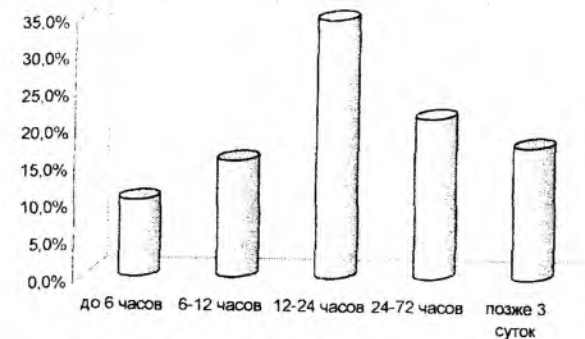


Рис. 1. Распределение больных по возрасту (в %)

В равном числе наблюдений поступали мужчины и женщины и преобладали больные в возрасте старше 60 лет.

В разработку взяты больные с острым аппендицитом, холециститом и ущемленными грыжами, как наиболее частая патология в экстренной хирургии.



Рис. 2. Распределение больных по характеру заболевания

Наблюдались почти в равном числе больные с аппендицитом и холециститом (соответственно 146 и 141 чел), а больных с ущемленными грыжами было всего 52 чел (рис. 2).

Анализ сроков поступления больных в стационар показал, что довольно редко поступали больные в первые 6 часов с момента заболевания, особенно это касается пациентов с острым холециститом. Даже лица с ущемленными грыжами позже суток поступили 8 из 54 оперированных (рис. 3).

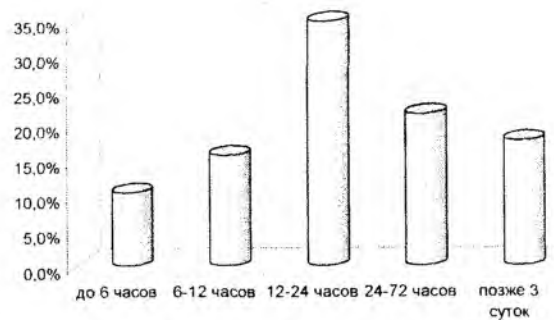


Рис. 3. Сроки поступления в стационар (в %)

В момент операции установлены различные морфологические формы, которые затем были подтверждены гистологическим исследованием, но наиболее часто имели место флегмонозный аппендицит и холецистит.

Результаты исследования: Мы рассмотрели результаты профилактики у больных контрольной группы, которые получали традиционные меры – это антибиотики внутримышечно, в первые дни после операции анальгетики, а при гангренозных формах аппендицита и холецистита антибиотики в брюшную полость и инфузионную терапию.

Больные с ущемленными грыжами получали антибиотики внутримышечно, чаще пенициллин и реже ампициллин.

Анализ течения послеоперационного периода показал, что при любой форме аппендицита и холецистита возникали различные гнойно-воспалительные осложнения и при аппендиците они составили 28,73%, а при холецистите 30,38%. При ущемленных грыжах из 34 оперированных больных контрольной группы у 12 имели место осложнения, т.е. почти у каждого третьего (табл. 1).

В оценке состояния больных учитывались сроки нормализации температуры, лейкоцитов, снижение воспалительного процесса, сроки снятия швов и пребывания больных в стационаре (табл. 2).

Существенные различия были лишь в сроках пребывания больных в стационаре.

Особое внимание было обращено на характер микрофлоры при нагноении ран после экстренных операций и на чувствительность ее к антибиотикам. При этом было установлено, что наиболее часто выявлялись кишечная палочка, золотистый стафилококк или их сочетание, при чем микрофлора была идентичной как при аппендиците, так и холецистите.

Характер и частота осложнений после экстренных операций у больных контрольной группы

Заболевания	Всего больных	из них возникли осложнения					Всего больных с осложнениями
		нагноение раны	инфильтрат	нагноение + эвентрация	пневмония	перитонит	
Острый аппендицит:							
Катаральный	28	2	2	–	–	–	4
Флегмонозный	39	5	3	–	1	–	9
Гангренозный	20	4	6	1	1	–	12
Всего	87	11 (12,64%)	11 (12,64%)	1 (1,15%)	2 (2,30%)	–	25 (28,73%)
Острый холецистит							
Катаральный	16	3	3	–	–	–	6
Флегмонозный	57	5	6	–	1	–	12
Гангренозный	6	2	3	–	1	–	6
Всего	79	10 (12,66%)	12 (15,19%)	–	2 (2,53%)	–	24 (30,38%)
Ущемление грыж	34	6	3	–	1	2	12
Всего абс.ч.	200	27	26	1	5	2	61 (30,50%)
%		13,5	13,0	0,5	2,5	1,0	

У большинства микрофлора была чувствительна к цефазолину, слабо чувствительна к гентамицину, ампициллину и канамицину и устойчива к пенициллину, стрептомицину, эритромицину. Это явилось основанием для выбора альтернативного применения антибиотика (цефазолин) у больных основной группы.

В контрольной группе больных исследовали показатели эндотоксикоза, зону инфильтрации ран, термометрию ран в последующем эти данные мы сопоставили с показателями основной группы. В профилактике осложнений больных основной группы мы исходили из выявленных морфологических изменений червеобразного отростка, желчного пузыря и состояния ущемленного органа.

Основные клинические показатели больных контрольной группы

Заболевания	Всего больных	Показатели (в сутках)			Стат. показатели
		норм. темп.	исчезнов. воспал. явл. в ране	сроки стац. лечения	
Острый аппендицит:					
Катаральный	28	2,1±0,06	2,9±0,11	6,3±0,11	M ₁ ±m ₁
Флегмонозный	39	3,3±0,12	3,4±0,12	7,4±0,13	M ₂ ±m ₂
PM ₁ -M ₂		<0,05	>0,05	<0,05	
Гангренозный	20	4,3±0,17	4,4±0,17	10,9±0,17	M ₃ ±m ₃
PM ₂ -M ₃		<0,05	<0,05	<0,01	
Острый холецистит:					
Катаральный	16	2,4±0,23	2,7±0,17	8,4±0,41	M ₄ ±m ₄
Флегмонозный	57	4,2±0,18	3,3±0,19	9,4±0,37	M ₅ ±m ₅
PM ₄ -M ₅		<0,01	<0,05	<0,05	
Гангренозный	6	5,1±0,51	3,7±0,21	14,4±0,28	M ₆ ±m ₆
PM ₅ -M ₆		<0,05	>0,05	<0,01	
Ущемление грыжи	34	3,1±0,17	3,6±0,23	14,3±0,33	M ₇ ±m ₇
PM ₁ -M ₇		<0,05	<0,05	<0,001	
PM ₄ -M ₇		<0,05	<0,05	<0,001	

Поскольку при осмотре клиническая картина не всегда совпадает с предполагаемыми морфологическими изменениями, то мы всем больным с острым аппендицитом и холециститом за час до операции вводили 1,0 цефазолина внутривенно, а в последующем его введение зависело от выявленных морфологических изменений. Мы остановились на цефазолине, так как бактериологические исследования нагноившихся ран больных контрольной группы показали, что в большинстве случаев флора чувствительна к цефазолину.

Если выявляли катаральную форму, то к концу операции еще один раз вводили цефазолин в той же дозировке и больше антибиотики не назначали. Если же выявляли флегмонозную форму, то цефазолин вводили еще один раз через 6 часов после последнего введения. При флегмонозной форме мы включали в одной подгруппе однократное облучение лазером, а во второй – обработку озонированными растворами.

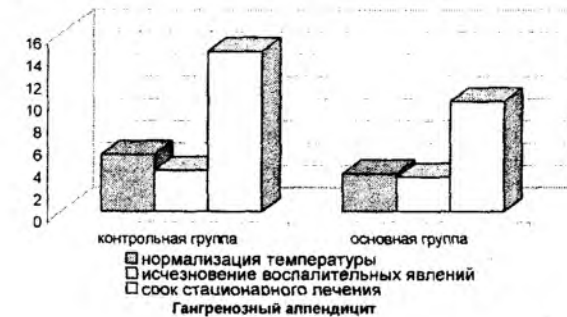
Что же касается гангренозных форм, то цефазолин вводили также, как и при флегмонозной форме, но добавляли еще его внутривенное введение на протяжении двух суток и, кроме того, при гангренозном холецистите в круглую связку печени фиксировали микроирригатор для введения лимфотропной смеси, а при гангренозном аппендиците микроирригатор фиксировали в переходную складку брюшины в подвздошной области. Брюшную полость дренировали и через микроирригатор вводили в брюшную полость 15-20 мл озонированного раствора.

При катаральной форме аппендицита рану ушивали наглухо, а при холецистите в брюшной полости оставляли страховой дренаж. При флегмонозной форме аппендицита и холецистита редкие швы на кожу, а при ожирении через всю рану проводили микроирригатор с боковыми отверстиями для орошения раны озонированным раствором.

При гангренозной форме накладывали первично отсроченные швы, оставляли дренаж в брюшной полости для введения озонированного раствора. Сроки снятия швов исчисляли с момента стягивания швов раны.

Анализ результатов, больных, получавших цефазолин внутривенно, показал, что послеоперационный период протекал благоприятно, лишь у одной больной после холецистэктомии возник инфильтрат в области операционной раны, других осложнений не наблюдали. Динамика показателей эндотоксикоза была однонаправленной как при остром аппендиците, так и холецистите. Зона инфильтрации операционной раны была незначительной, и различия между температурой тела и раны были не существенны и не превышали 0,3-0,4 градуса.

У больных флегмонозным аппендицитом и холециститом, у которых в комплексе лечения использовано однократное лазерное облучение в момент операции и в другой подгруппе – озонированные растворы, течение послеоперационного периода было благоприятным и существенных различий между этими подгруппами не наблюдалось. Из осложнений было отмечено возникновение инфильтрата у единичных больных (рис. 4).



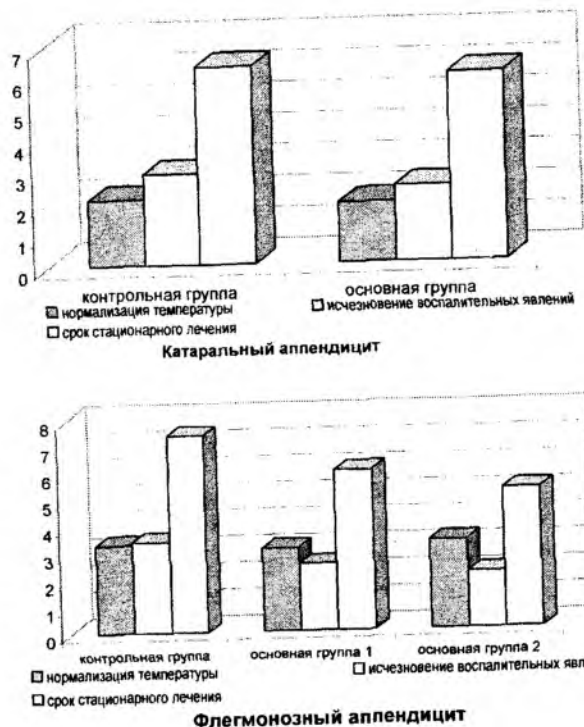


Рис. 4. Клинические показатели больных контрольной и основной групп при аппендиците (в сутках)

Наблюдалась положительная динамика и со стороны показателей эндотоксикоза и УЗИ операционной раны.

Мы также оценили клинические данные, тесты эндотоксикоза и морфометрию раны при гангренозном аппендиците и холецистите. Несмотря на тяжесть состояния больных, отметили существенные положительные сдвиги в клиническом течении болезни, показателях эндотоксикоза и морфометрии ран.

В результате выполненных исследований установлено, что при использовании мер профилактики при гангренозной форме аппендицита и холецистита лишь у одного после холецистэктомии возникло частичное нагноение раны и у одного после аппендэктомии, а у остальных без осложнений. Возможно, что это было связано с тем, мы при малейшем увеличении зоны инфильтрации в области раны, особенно позже 3 суток снимали швы через один, а на следующий день все остальные.

В основной группе было 18 больных с ущемленными грыжами. У них меры профилактики были следующие: после выделения грыжевого мешка и его вскрытия, содержимое мешка фиксировали и затем рассекали ущемляющее кольцо, после чего ущемленные органы (сальник, кишечник) обрабатывали озонированными растворами с концентрацией озона 8-10 мкг/мл дважды, затем осуществляли однократное лазерное облучение раны и производили пластику. Перед наложением швов на кожу рану еще раз орошали озонированным раствором. Выполненные нами меры профилактики оказались вполне достаточными, чтобы предотвратить гнойно-воспалительные осложнения.

В целом же использование мер профилактики позволили снизить осложнения после аппендэктомии до 5,1%, а после холецистэктомии – до 8,1%.

Полученные результаты основной группы больных сравнили с контрольной, чтобы объективно судить об эффективности наших мер профилактики.

Так, сравнение клинических показателей основной группы (рис. 4) показало, что в основной группе при катаральном аппендиците достоверно раньше наступает нормализация температуры, и стихают воспалительные явления в ране и снижается срок стационарного лечения.

При флегмонозном аппендиците существенно раньше нормализовалась температура тела, стихали воспалительные явления в ране, раньше снимали швы, и был меньшим срок госпитализации.

При сопоставлении клинических показателей между больными, у которых использовано одноразовое облучение раны или применены озонированные растворы, то здесь отмечали лишь различия в сроках снижения воспалительных явлений в ране и несколько меньше больные находились в стационаре при использовании озонированных растворов.



ЛИИ

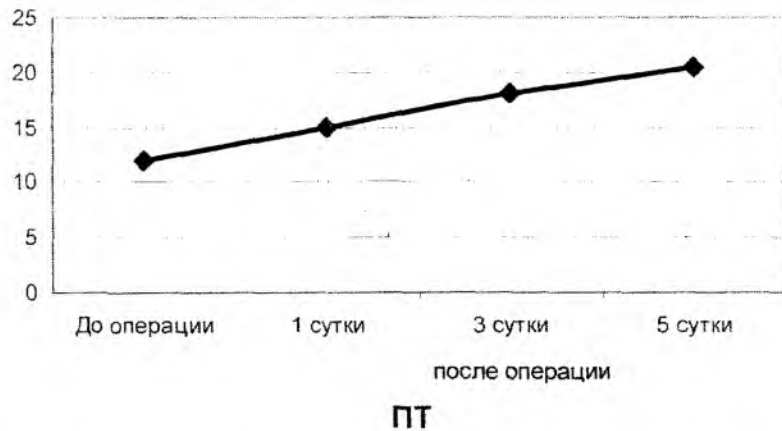


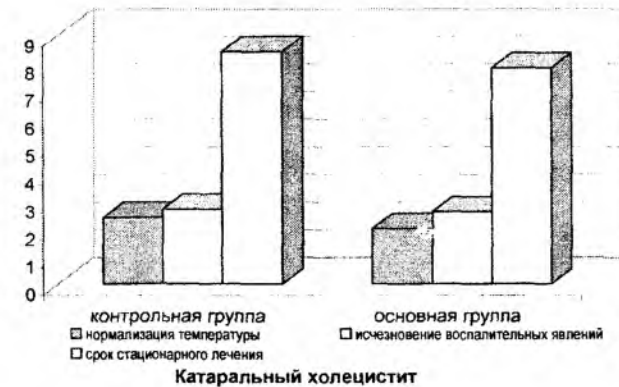
Рис. 5. Динамика ЛИИ и ПТ больных основной группы при гангренозном аппендиците

Подобная динамика наблюдалась и при гангренозном аппендиците, но здесь различия с контрольной группой были более существенны. Все это говорит в пользу использованных нами мер профилактики.

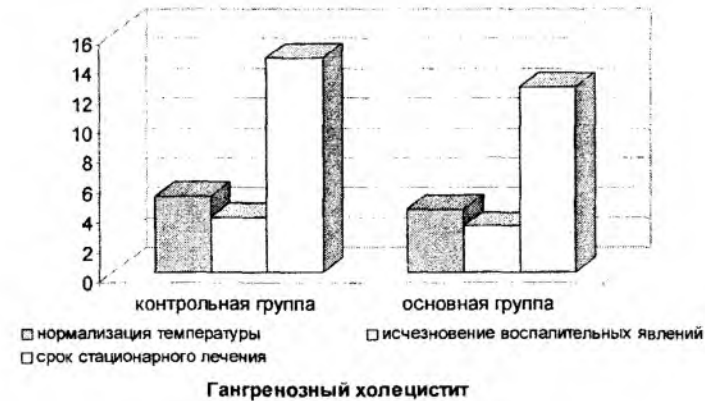
В этой группе больных проследили за динамикой эндотоксикоза (рис. 5).



Флегмонозный холецистит



Катаральный холецистит



Гангренозный холецистит

Рис. 6 Клинические показатели у больных острым холециститом (в сутках)

Анализ результатов показал, что у больных острым аппендицитом основной группы имеются явные преимущества в сравнении с контрольной. Что же касается двух подгрупп с флегмонозным аппендицитом, то в группе больных получавших цефазолин в сочетании с озонированными растворами более выраженная положительная динамика была отмечена в показателях ЛИИ. При морфометрии зоны инфильтрации выявлены существенные различия в сравнении с контрольной, что также подтвердило эффективность мер профилактики.

Сравнение показателей при остром холецистите выявило существенные различия (рис. 6).

И здесь обращало на себя внимание более быстрое стихание воспалительных явлений со стороны раны, нормализация температуры наступала также раньше, существенно сокращались сроки пребывания в клинике.

Отмечена положительная динамика со стороны показателей эндотоксикоза (рис. 7)

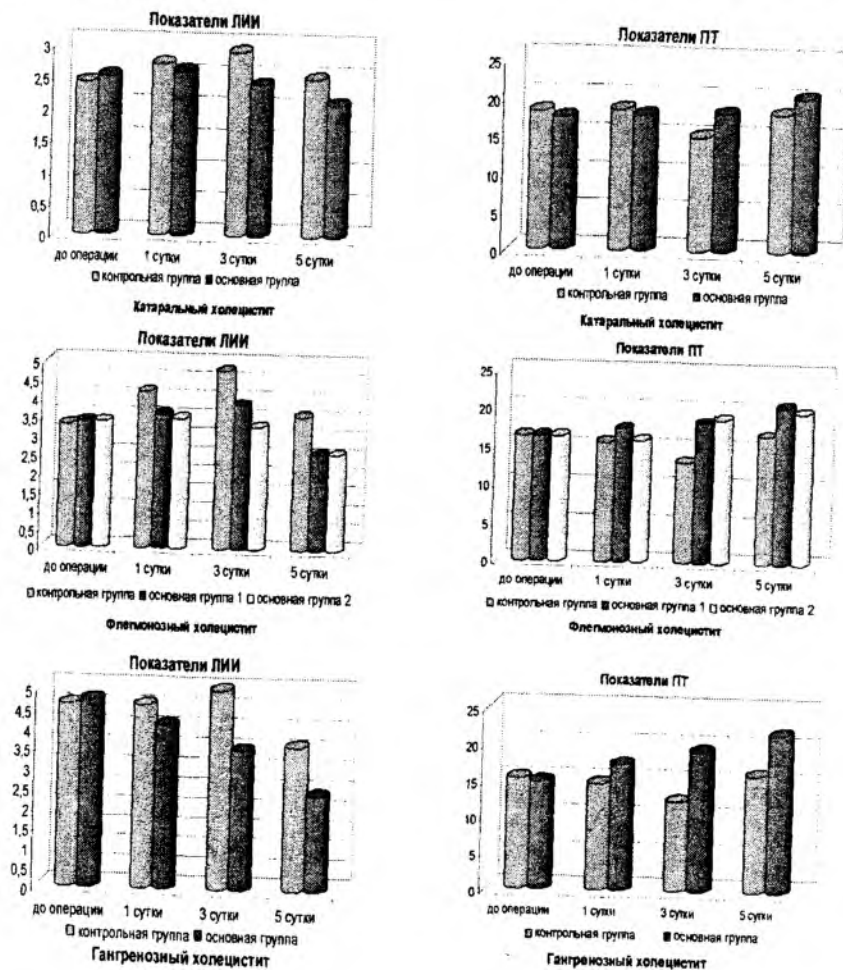


Рис. 7. Показатели ЛИИ и ПТ при холецистите у больных контрольной и основной групп

Необходимо отметить, что и здесь имели место различия в сопоставлении с контрольной группой. На 3 сутки не наблюдалось повышения ЛИИ и снижения ПТ, как это имело место в контрольной группе, а прогрессивно улучшались показатели.

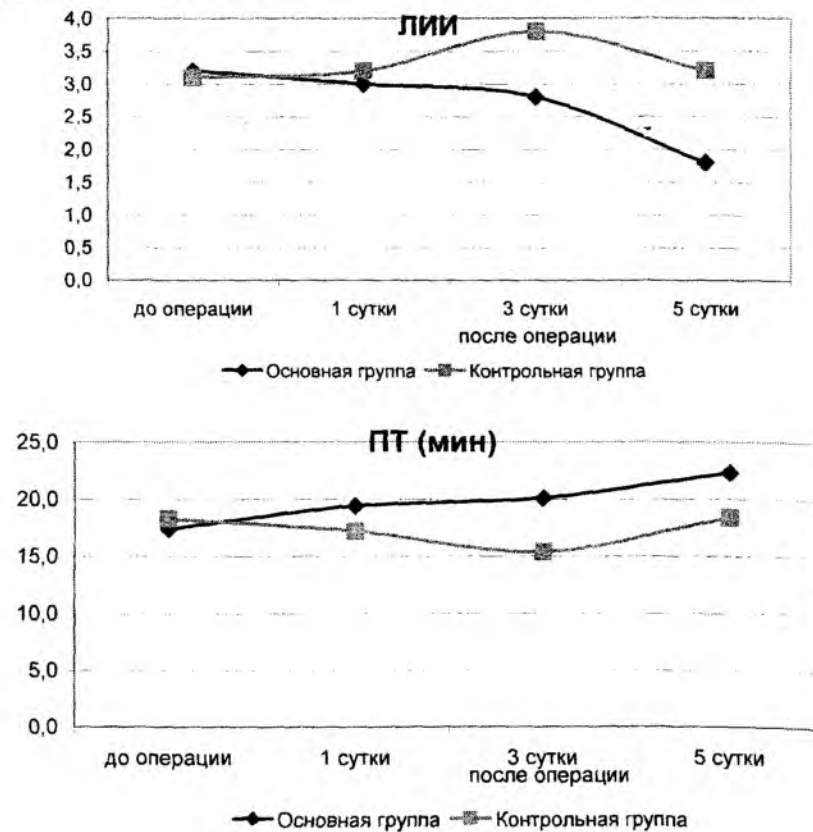


Рис. 8. Показатели ЛИИ и параметрийного теста при грыжах

При анализе УЗИ операционных ран было отмечено, что в контрольной группе на 3 сутки зона инфильтрации в области операционной раны увеличивается, а в основной группе наблюдается уменьшение зоны инфильтрации мягких тканей в области операционной раны. Показатели морфометрии имеют свои особенности, и если после 3 суток наблюдается увеличение размеров инфильтрации мягких тканей, то следует думать о

возможности возникновения осложнений со стороны раны и срочно принять меры.

Положительная динамика отмечена и при ущемлении грыж, здесь улучшались не только клинические показатели, но и эндотоксикоза (рис. 8).

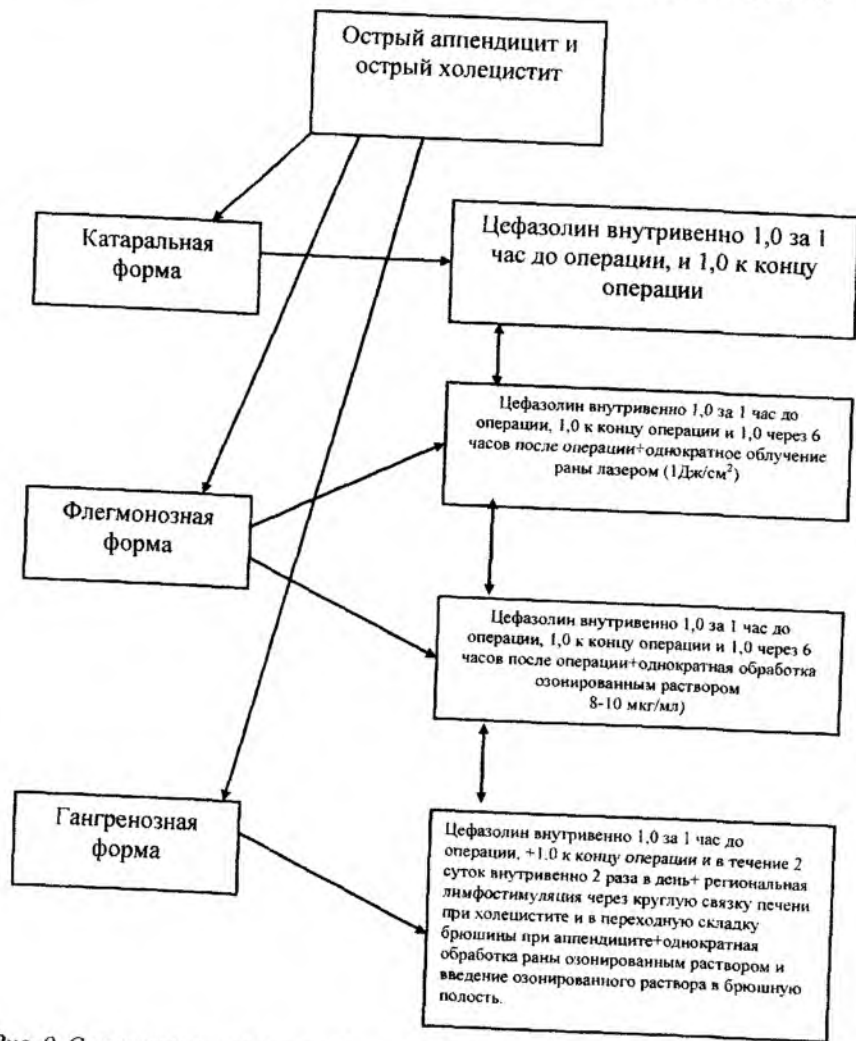


Рис. 9. Схема алгоритма мер профилактики больных острым холециститом и аппендицитом с учетом формы заболевания

Так лейкоцитарный индекс интоксикации через сутки после операции оставались на одинаковом уровне, как в контрольной, так и основной группе, а на третьи сутки уже отмечены существенные различия, если в контрольной группе ЛИИ на третьи сутки повышался, то в основной наблюдалось достоверное его снижение. Положительная динамика была более выраженной в основной группе в сравнении с контрольной.

Рассматривая полученные результаты контрольной и основной групп у экстренно оперированных больных, следует отметить существенные различия по всем параметрам, а главное, что при остром аппендиците удалось снизить осложнения с 28,73% до 5,1%, а при холецистите с 30,5% до 8,1%.

На основании полученных данных нами был построен алгоритм выбора метода и объема мер профилактики при остром аппендиците и холецистите (рис. 9).

Таким образом, полученные нами данные позволяют утверждать, что разработанный нами комплекс мер профилактики способствует улучшению результатов лечения у больных, экстренно оперированных по поводу острого аппендицита, холецистита и ущемления грыж и рекомендовать их для более широкого применения.

ВЫВОДЫ

1. При использовании традиционных мер профилактики у больных острым аппендицитом, холециститом и ущемлением грыжи послеоперационные раневые осложнения после аппендэктомии составили 28,73%, холецистэктомии – 30,38% и после грыжесечения из 34 оперированных осложнения возникли у 12.

2. Выбор мер профилактики должен исходить из морфологических изменений пораженного органа (аппендикулярный отросток, желчный пузырь, ущемленный орган). При катаральной форме можно ограничиться внутривенным введением цефазолина, при флегмонозной форме – применить цефазолин в сочетании с однократным лазерным облучением раны или с обработкой озонированными растворами поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл; при гангренозной форме – цефазолин сочетать с обработкой озонированными растворами и региональной лимфостимуляцией.

3. Применение мер профилактики ведет к достоверной и более быстрой ликвидации эндотоксемии, уменьшению зоны инфильтрации в области операционной раны, уменьшению разницы температуры тела и в области послеоперационной раны, более быстрой нормализации температуры, исчезновению воспалительных явлений в ране и уменьшению сроков пребывания в стационаре в сравнении с традиционными мерами профилактики.

4. Использование мер профилактики раневых осложнений

свидетельствуют о положительном их влиянии на течение раневого процесса и их антагонистических свойствах против инфекции, что позволило снизить осложнения при остром аппендиците с 28,73% до 5,10%, а при остром холецистите с 30,38% до 8,10%, а при ущемлении грыж из 18 оперированных у одного отмечен инфильтрат, который быстро рассосался.

5. Разработанный алгоритм профилактики с учетом морфологических изменений в пораженном органе облегчает выбор метода профилактики.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При остром катаральном аппендиците и холецистите с целью профилактики раневых осложнений можно использовать цефазолин до операции 1,0 внутривенно и 1,0 к концу операции.

2. При флегмонозном аппендиците и холецистите цефазолин сочетать с однократным облучением раны низкоинтенсивным лазером в дозировке 1 Дж/см², либо с обработкой озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл.

3. При гангренозном аппендиците и холецистите наряду с цефазолином и обработкой раны озонированным раствором поваренной соли осуществлять региональную лимфостимуляцию при остром аппендиците через переходную складку брюшины, а при холецистите через круглую связку печени.

4. При ущемлении грыжи содержимое мешка и операционную рану обрабатывать озонированными растворами поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и дать однократное облучение раны лазером.

5. В оценке течения раневого процесса использовать не только клинический метод, но и УЗИ, термометрию, определение лейкоцитарного индекса интоксикации и парамедианный тест. Это позволит в ранние сроки выявить возникшие отклонения в заживлении раны.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ТРУДОВ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Керималиев Т.К., Мусаев А.И. Пути снижения госпитальной инфекции в хирургии //Центрально-Азиатский медицинский журнал.– 2003.– Том 9, прил. 1.– С. 56-58.

2. Керималиев Т.К. Профилактика осложнений при флегмонозном холецистите //Известия вузов, спец. выпуск «Медицина».– 2003.– №1.– С. 19-22.

3. Мусаев А.И., Керималиев Т.К. Госпитальная инфекция в хирургии и меры ее профилактики //Известия вузов, спец. выпуск «Медицина».– 2003.– №1.– С. 40-43.

4. Керималиев Т.К. Профилактика осложнений и лечение больных острым гангренозным холециститом //Центрально-Азиатский медицинский журнал.– 2004.– Том 10, прил. 2.– С. 94-95.

5. Керималиев Т.К. Профилактика и превентивная терапия при гангренозном холецистите и аппендиците //Москва, Медицинские науки.– 2005.– №1.– С. 70-73.

6. Керималиев Т.К. Профилактика осложнений при гангренозном аппендиците //Здравоохранение Кыргызстана.– 2005.– №1.– С. 169-171.

7. Мусаев А.И., Керималиев Т.К., Конурбаева Ж.Т. Профилактика раневых осложнений с использованием цефазолина и лазерное облучение в экстренной хирургии //Медицинские кадры XXI века.– 2006.– №1.– С. 89-91.

8. «Способ лечения проводной язвы двенадцатиперстной кишки» патент №738 от 31.XII.03 г. выданный Кыргызпатентом (соавт. А.И. Мусаев, У.Д. Имашов).

9. «Устройство для контроля за состоянием органов брюшной полости» патент №668 от 30.VI.04 г. выданный Кыргызпатентом (соавт. А.И. Мусаев, У.Д. Имашов).

КОРУТУНДУ

Керималиев Таланбек Калкановичтин медицина илимдеринин кандидаты наамына 14.00.27-хирургия адистиги боюнча жазылган «Ич көндөйү органдарына шашылыш операция жасагандан кийинки оор абалдын профилактикасы» темасындагы диссертациялык ишине берилди.

Негизги (ачкыч) сөздөр: шашылыш операция, жарааттын оордоп кетиши, профилактика, антибиотика, лазер, озон.

Иштин максаты: Далилдөөчү медицинанын принциптери менен шашылыш операция жасалган оорулуулардын профилактикалык иш-чараларынын эффективдүүлүгүн баалоо.

Изилдөө объектиси: Шашылыш операция жасалган 339 оорулуу (сокур ичеги, холецистит, чуркунун чыгып кетиши).

Изилдөө усулдары: Ультрундук, бактериологиялык, цитологиялык, эндотоксиндин көрсөткүчтөрү, жарааттын термометриясы.

Натыйжаларды изилдегенден кийин эки топ аныкталды: биринчи (көзөмөлгө алынган 200 адам) топтогу оорулууларга абалы оордогондо антибиотикалык профилактика жасалды, экинчи топко болсо (139 адамга) морфологиялык өзгөрүүлөрдү эсепке алуу менен профилактика жүргүзүлдү: катаралдык I-подгруппадагыларга кан тамырга цефазолин, жарааттын лазердик нурдануусу жүргүзүлүп, флегманиоздук формадагы 2-подгруппага озон

эритмеси кошулган цефазолин пайдаланылып, аймактык лимфостимуляциялык цефазолин менен озондоштурулган эритменин кошундусу сокур ичеги жана холециститтин ириндеп кеткен үчүнчү подгруппасына колдонулду. Ириндеп, кабылдап кетүү көзөмөлгө алынуучу топтогу сокур ичеги менен ооругандардын 28,73 пайызында, холецистит менен ооругандардын 30,38 пайызында, чуркусу чыгып кетип операцияланган 34 оорулуунун 12 синде байкалды. Профилактикалык иш-чараларды ишке ашыруу менен абалы оордоп кеткендердин 5,1 пайызында, холециститтин 8,1 пайызында оор абалдын жакшыруусу катталуу менен, чурку чыгып кетип операцияланган 18 оорулуунун бирөөсүндө гана инфильтрат тибиндеги оор абал катталган. Изилдөөдө сокур ичегинин өсүштөрү жана өтөгү морфологиялык өзгөрүүлөрдөгү профилактикалык иш-аракеттердин өзгөчөлүктөрү берилди.

Изилдөө иши 116 электрондук версияда Times New Roman тамгасы менен (өлчөм 14, аралык 1,5) жазылып, киришүү 5 бөлүм, корутунду, жыйынтык, практикалык кенештер, пайдаланылган адабияттардын тизмесинен жана иллюстрацияланган 23 таблица менен 22 сүрөттөрдөн турат. Библиографияда алыскы 79 чет өлкөдөгү авторлордун эмгектеринен турган, 192 маалымат булактары да камтылды.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Керималиева Талантбека Калкановича на тему:
«Профилактика осложнений после экстренных операций на органах
брюшной полости» на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук по специальности 14.00.27 – хирургия

Ключевые слова: экстренные операции, раневые осложнения, профилактика, антибиотики, лазер, озон.

Цель работы: оценить эффективность мер профилактики у экстренно оперированных больных на основе принципов доказательной медицины.

Объект исследования: 339 больных, оперированных в экстренном порядке (аппендицит, холецистит, ущемленные грыжи).

Методы исследования: ультразвуковое, бактериологическое, цитологическое, показатели эндотоксикоза, термометрия раны.

При рассмотрении результатов были выделены две группы: в первой (контрольная – 200 чел.) больным выполняли антибиотикопрофилактику осложнений, во второй (основная – 139 чел.) выполняли меры профилактики с учетом морфологических изменений: цефазолин внутривенно – 1 подгруппа при катаральной форме, цефазолин в сочетании с лазерным облучением раны и цефазолин с озонированными растворами – 2 подгруппа при флегмонозной форме, цефазолин с регионарной лимфостимуляцией и обработкой

озонированными растворами – третья подгруппа при гангренозной форме аппендицита и холецистита. В контрольной группе гнойно-воспалительные раневые осложнения при аппендиците составили 28,73%, при холецистите – 30,38%, а при ущемленных грыжах из 34 оперированных осложнения выявлены у 12. При использовании мер профилактики осложнения удалось снизить до 5,1%, а при холецистите – до 8,1%, а при ущемленных грыжах из 18 оперированных осложнение типа инфильтрата было у одного. В работе представлены преимущества разработанных мер профилактики с учетом морфологических изменений в аппендикулярном отростке и желчном пузыре.

Работа изложена на 116 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14, интервал 1,5), состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, иллюстрирована 23 таблицами и 22 рисунками. Библиография включает 192 источника, из них 79 работ авторов дальнего зарубежья.

RESUME

for dissertation thesis by Kerimaliev Talantbek Kalkanovich in the theme:
“Complication prophylaxis after urgent operations on the organs
of abdominal cavity” for degree of candidate of sciences in medicine
on the speciality 14.00.27 – surgery

Key words: urgent operations, wound complications, prophylaxis, antibiotics, laser, ozone.

Work objective: to appreciate the effect of prophylactic measures in urgent operated patients on the base of the argument medicine principles.

Research object: 339 patients after urgent operations (appendicitis, cholecystitis, incarcerated hernia).

Research methods: ultrasonic, bacteriological, cytologic, endotoxemic indexes, wound thermometry.

At examination of treatment results two patient groups were determined: one of them was control (200 persons), in which antibiotic prophylaxis of complications was carried out. The second group consisted of 139 persons. Prophylactic measures have been carried out taking into consideration the morphologic changes: cephalosporin intravenous for the patients of the first subgroup with catarrha; form; cephalosporin combined with laser irradiation of the wound and cephalosporin with ozonized solutions in patients with phlegmonous form in the patients of the second subgroup with phlegmonous; cephalosporin with regional lymphostimulation and treatment with ozonized solutions in the third subgroup with appendicitis and cholecystitis of gangrenous form. In control group 28.73% had the pyo-inflammatory wound complications in patients with appendicitis. In control group 28.73% of the patients

with appendicitis had pyo-inflammatory wound complications, with cholecystitis – 30.38%. In 34 operated patients with incarcerated hernia complications were in 12 patients/ When using prophylactic measures the level of the complications brought down till 5.1%. In patients with cholecystitis it was 8.1%, and only one from 18 operated patients with incarcerated hernia had complication like infiltrate. The thesis represents advantages of elaborated prophylactic measures taking into consideration morphologic changes in appendicular process and in gallbladder.

The dissertation thesis is executed in 116 PC printed pages, in Times New Roman print, Cyrillic alphabet (size 14, space 1.5), consists of introduction, 5 chapters, findings, conclusions, practical recommendations and the list of literature, illustrated with 23 tables and 22 figures. Bibliography contains 192 works, including works of authors from far foreign countries.

СПИСОК ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ СОКРАЩЕНИЙ

ГКБ №1 – городская клиническая больница

КОЕ – колониеобразующие единицы

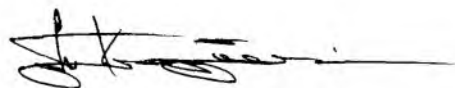
ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации

ПТ – парамещийный тест

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

УФО – ультрафиолетовое облучение



Формат 60x86 1/16. Печать офсетная.

Бумага офсетная. Объем 1.3 п.л.

Тираж 150 экз.

Отпечатано в типографии Ч.П. «Винтымак».
г. Бишкек, ул. Полярная, 23.