

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ
имени АКАДЕМИКА М.А.ТОПЧУБАШОВА

На правах рукописи

КАМРАН МАХИР оглы МАМЕДОВ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА
ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА**

3213.01 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

БАКУ - 2016

Диссертационная работа выполнена на кафедре общей хирургии и анестезиологии Азербайджанского Медицинского Университета и хирургическом отделении Геокчайской районной больницы.

Научный руководитель:

Доктор наук по медицине, профессор

Р.А. МАМЕДОВ

Оппоненты:

Доктор наук по медицине, профессор

Доктор наук по медицине

С.И. ГАДИЕВ

З.Т. ШИРИНОВ

Ведущее учреждение: кафедра общей хирургии I Азербайджанского Государственного Института Усовершенствования Врачей имени А. Алиева

Защита состоится «_22_» _02_ 2016-го года, в «___» часов на заседании Диссертационного Совета FD 03.061 при Научном Центре Хирургии имени академика М.А.Топчубашова.

Адрес: АЗ 1122, город Баку, ул. Шарифзаде 196, конференцзал

Диссертационной работой можно ознакомиться в научном отделе Научного Центра Хирургии имени академика М.А.Топчубашова.

Автореферат разослан «___» _____ 2016-го года.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета FD 03.061

Доктор наук по медицине

И.Л.КЯЗИМОВ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Среди заболеваний пищеварительного тракта желчнокаменная болезнь (ЖКБ) занимает ведущее место (Агаев Б.А., 2007; Воротынцев А.С., 2012; Совцов С.А., 2015). Как известно, значительное количество больных с этой патологией поступают в стационары с деструктивной формой острого калькулезного холецистита (ОКХ), что, в свою очередь, затрудняет течение заболевания в послеоперационном периоде. Несмотря на достижения современной хирургии в лечении ЖКБ, летальность от послеоперационных осложнений сохраняется высокой - от 0,3 - 5,6% (Алиев С.А., 2008; Бородач В.А., 2009; Устинов Г.Г., 2015). Острая воспалительная реакция в желчном пузыре при ЖКБ оказывает значительное воздействие на иммунный статус организма (Воробьев А.И., 2005; Нейматов С.Ф., 2009; Насиуев С.Н., 2012). Хирургическая травма при осложненных формах ЖКБ еще больше усугубляет возникшие нарушения в гомеостазе организма, отрицательно сказываясь на иммунном статусе данных больных. Подобное состояние, по мнению некоторых исследователей, способствует возникновению различных осложнений, гнойно-воспалительного характера в послеоперационном периоде, порой приводящих к летальным исходам (Гиляровская Н.Е., 2009; Данзанов Б.С., 2009; Насиуев С.Н., 2012).

Несмотря на то, что лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) называется «золотым» стандартом в лечении ЖКБ, применение лапароскопической технологии при осложненных формах этой патологии ограничено, в связи с техническими сложностями их выполнения и высоким риском ятрогенных повреждений. Хочется отметить, что далеко не во всех лечебных учреждениях периферий имеются эта дорогостоящая аппаратура и хирурги, обладающие этими навыками, хотя сегодня во всех больницах периферии выполняются операции по поводу ЖКБ, что заставляет задуматься о новых подходах, которые были бы доступны всем хирургам. В последние годы многие клиницисты отмечают определенные преимущества извлечения желчного пузыря из минилапаротомного доступа, при помощи набора инструментов, именуемых «мини ассистент». Снижение осложнений с 28% до 2,6% в сравнении с традиционной лапаротомией (Прудков М.И., Столин А.В., 1995), ранняя активизация больных, с умеренным болевым синдромом (Прудков М.И., 1993; Barkun J., 1993; Русанов В.П., 2003), а также менее выраженная иммунологическая реакция организма

(Орешкин А.Ю., Быков А.В., 2008) делают этот метод более привлекательным.

Современные исследователи и клиницисты ответную реакцию организма при остром воспалении желчного пузыря, рассматривают как активацию гуморального иммунитета и цитокинового статуса (Минаев С.В., 2007; Стунин В.А., 2008; Паршиков В.В., 2009; Гаджиев Н.Дж., 2012). Цитокины регулируют иммунную реакцию организма (Воробьев А.И., 2005; Нейматов С.Ф., 2009). Известно, что защитное действие иммунной системы в большой мере зависит от сбалансированного содержания различных цитокинов (Минаев С.В., 2007; Стунин В.А., 2008; Останин А.А., 2011).

В последние годы разработан и внедрен в комплекс лечения заболеваний дигестивного тракта немедикаментозный метод – низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ). Указанный метод оказывает воздействие на патогенетические звенья осложненных форм холелитиаза. Терапевтический эффект этого метода многие клиницисты связывают с тем, что желчный пузырь и желчегонные пути в отличие от других тканей организма обладают возможностью максимально поглощать НИЛИ (Fine S., Klein E., 1989). Уже достаточно хорошо известно противовоспалительное и бактерицидное действие этого физического метода лечения (Полонский А.К., Алиев И.М., 1990).

Введение антибиотиков в круглую связку печени является перспективным, так как она является транспортным путем лекарственных препаратов, позволяющих в короткие сроки снизить уровень интоксикации и улучшить микроциркуляторные и репаративные свойства в патологическом очаге (Панченков Р.Т., 1984). При лимфотропной терапии (ЛТ) лекарственное средство вводится максимально близко к очагу воспаления и не оказывает побочного влияния на весь организм. Помимо этого, достигается значительное снижение терапевтических доз вводимых лекарственных средств (Бородин Ю.И., Сонин Л.Э., 1997). Лимфотропную терапию, по праву, можно считать прицельным ударом по болезни.

Учитывая благотворное влияние НИЛИ и лимфотропной терапии при осложненных формах ЖКБ, возникает идея их сочетанного введения посредством круглой связки печени, непосредственно в область воспалительного процесса, что является предметом изучения их действия в настоящей работе.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения острого калькулезного холецистита из минилапаротомного дос-

тупа, с включением в комплекс послеоперационного лечения НИЛИ и лимфотропной терапии.

Задачи исследования:

1. Изучение показателей гуморального иммунитета и цитокинового статуса у больных с ОКХ, оперированных из мини- доступа и получавших в послеоперационном периоде традиционное консервативное лечение.

2. Изучение показателей иммунного и цитокинового статуса у больных с ОКХ, оперированных из минидоступа, с включением в комплекс послеоперационного лечения лимфотропной терапии, через круглую связку печени.

3. Исследование показателей иммунного и цитокинового статуса у пациентов с ОКХ, оперированных из мини- доступа, с включением в комплекс послеоперационного лечения сочетанного применения НИЛИ и лимфотропной терапии, через круглую связку печени.

4. Проведение сравнительного анализа параклинических и клинических исследований, у пациентов основной и сравнительных групп, оперированных по поводу ОКХ из минилапаротомного доступа.

Научная новизна. Комплексное применение НИЛИ и лимфотропной терапии, проводимое через круглую связку печени, в послеоперационном лечении пациентов с ОКХ, оперированных из мини- доступа, с исследованием показателей гуморального иммунитета и цитокинового статуса является научной новизной нашей работы.

Практическая значимость работы:

1. Использование аппарата «мини ассистент» позволяет выполнять холецистэктомию в условиях больниц, находящихся на периферии, как альтернативный способ традиционной и лапароскопической операции, без использования дорогостоящей видеолапароскопической аппаратуры.

2. Предложена методика одномоментного канюлирования круглой связки печени световодом для лазеротерапии и катетером для проведения локальной лимфотропной терапии.

3. Обоснована целесообразность применения в послеоперационном периоде лимфотропной терапии и НИЛИ через круглую связку печени у больных, страдающих ОКХ.

4. Предложенная методика сочетанного применения НИЛИ и лимфотропной терапии, проводимую посредством круглой связки печени, у больных с ОКХ, позволяет наряду со снижением сроков пребывания пациентов в стационаре улучшить, также, результаты лече-

ния, с заметным уменьшением количества послеоперационных осложнений.

Внедрение в практику. Основные результаты работы внедрены в практику во II хирургическом отделении Клинического Медицинского Центра (г. Баку), на кафедре общей хирургии Азербайджанского Медицинского Университета и в хирургическом отделении Центральной Районной Больницы г. Геокчая.

Положения, выносимые на защиту:

1. Введение лекарственных средств в связку печени через катетер, создает достаточно высокую концентрацию его в зоне воспаления и имеет ощутимое преимущество перед общепринятыми способами введения.

2. Сочетанное применение НИЛИ и лимфотропной терапии посредством круглой связки печени, оказывает значительный позитивный эффект и способствует нормализации показателей гуморального иммунитета и цитокинового звена у больных, страдающих различными вариантами ОКХ.

3. Очаговая лимфотропная антибактериальная терапия улучшает результаты лечения острого каменного холецистита, а при его сочетании с лазеротерапией посредством круглой связки печени, происходит взаимоусиление их лечебных воздействий, с уменьшением послеоперационных осложнений.

Связь исследования с проблемным планом науки. Диссертационная работа входит в тематический план кафедры общей хирургии Азербайджанского Медицинского Университета «Современное комплексное хирургическое лечение непроходимости пищевода, желудка, кишечника и сравнительное изучение их результатов» (гос. регистрация № 01114053).

Предварительное обсуждение работы. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на XII международном Евроазиатском конгрессе хирургов и гастроэнтерологов (Баку, 2011), XVI ежегодном собрании Европейского общества хирургии (Стамбул, 2012), научной конференции, посвященной юбилею академика З.А. Алиевой (Баку, 2013), научно-практической конференции, посвященной 92-летию со дня рождения общенационального лидера Г. Алиева (Баку, 2015).

Диссертация апробирована к защите на заседании кафедры общей хирургии (01.05.2015), заседании апробационной комиссии Научного Центра Хирургии имени академика М.А. Топчубашова

(06.11.2015).

Публикации. По теме диссертационной работы опубликовано 10 научных работ. Из них 4 тезиса и 6 научных журнальных статей. Две журнальные статьи и один тезис опубликованы за рубежом.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 147 страницах печатного текста и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, а также списка литературы, включающего 205 источников, из которых 16 являются отечественными. Работа иллюстрирована 41 таблицами и 30 рисунками.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом данного исследования является 355 больных с острым холелитиазом – совокупность, представленная 106 пациентами основной группы, страдающих острым каменным холециститом, оперированных из мини- доступа с использованием аппарата «мини-ассистент», получавшими в послеоперационном периоде комплексное лечение с использованием НИЛИ и лимфотропной терапии посредством круглой связки печени; 82 больными сравнительной группы с ОКХ, оперированных из мини- доступа, получавшими в послеоперационном периоде лимфотропную терапию и 167 больными второй группы сравнения, получавшими в послеоперационном периоде традиционное консервативное лечение.

Работа выполнена в условиях хирургического стационара Геокачайской районной больницы и клинической больницы № 1 г. Баку с декабря 2009 года по 2015 год включительно.

Все больные основной и сравнительных групп в день поступления в стационар были обследованы. Проводились общие и биохимические анализы крови, УЗИ желчного пузыря, гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, R-скопия грудной клетки, ЭКГ и эхокардиография. Части больным основной и сравнительных групп проводились исследования гуморального иммунитета и цитокинового статуса в до - и послеоперационный период.

Использование ультрасонографии (УЗИ), лабораторных и параклинических методов исследования у больных с ОКХ позволяет в полном объеме оценить морфологические изменения в стенке желчного пузыря и определить функциональные нарушения со стороны гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Установление корреляционной связи между полученными результатами этих исследова-

ний и клиническим течением заболевания, позволило определить тяжесть клинического течения болезни, с дальнейшим выбором тактики хирургического и послеоперационного лечения.

Лимфотропную терапию получали в комплексном лечении 82 пациента с различными морфологическими формами воспаления стенки желчного пузыря при ОКХ (рис. 1).



Рис. 1. Проведение лимфотропной терапии через круглую связку печени.

В послеоперационном периоде после извлечения желчного пузыря из миналапаротомного доступа считаем более эффективным проведение антибактериального лечения, используя круглую связку печени.

Это обеспечивает максимально близкое подведение антибактериального средства к очагу воспаления, ослабление болевых ощущений с введением анальгетиков и более скорую нормализацию лабораторных и клинических показателей состояния пациента.

Нами предложена методика канюлирования *lig. teres hepatis* после устранения желчного пузыря, до ушивания трансректального оперативного доступа. Не убирая фиксирующего кольца с осветителем и ретракторами, подключичный катетер при помощи зажима-москита, под визуальным и пальпаторным контролем, проводится в толщу круг-

лой связки, наиболее ближе к ложе желчного пузыря, не нарушив, при этом, брюшинный покров круглой связки. На круглую связку печени вокруг катетера накладывается герметизирующий шов из рассасывающейся нити, чтобы предотвратить в дальнейшем возвращение или уклонение вводимого лекарственного средства. После ушивания минилапаротомного доступа, для предотвращения выхода катетера из круглой связки, последний фиксируется к коже тонкой нитью.

Предложенный метод лимфотропного антибактериального лечения предотвращает многократные внутримышечные инъекции.

106 пациентам основной группы с осложненной формой ЖКБ в послеоперационном периоде в комплекс лечения были включены НИЛИ и лимфотропная терапия.

Облучение низкоинтенсивным лазером проводили с помощью аппарата «Мустанг-2000» (научно-производственный центр «Техника», Россия) в красном диапазоне, с длиной волны 0,63 мкм. Облучение проводили в непрерывном режиме с помощью насадки для ВЛОК (внутривенное лазерное облучение крови) с мощностью 3,5 мВт и частотой 100 Гц. Продолжительность сеанса 5–15 минут. Продолжительность терапии определялась общим состоянием пациентов, также и степенью нормализации лабораторных показателей крови (в среднем от 3-х до 5-и процедур). Проведение лазеротерапии представлено на рис. 2.

При выборе дозы и проведении лазеротерапии мы учитывали существующие рекомендации по его эксплуатации (Гуша Л.В. с соавт., 1999). Для каждого больного использовали одноразовые световоды, предназначенные для ВЛОК.

У этих больных перед операцией и в послеоперационном периоде проводили исследование показателей гуморального иммунитета и цитокинового статуса. Изучение влияния НИЛИ и ЛТ на состояние иммунного и цитокинового статуса проводили у больных с различными морфологическими формами воспаления желчного пузыря.

Для определения содержания иммуноглобулинов М, G, А в сыворотке крови пользовались методом G. Manchini (1965), который основан на изменении кольца преципитации, возникающего при внесении исследуемой сыворотки в лунку, вырезанную в слое агара, с предварительно диспергированной моноспецифической сывороткой. Размер кольца преципитации прямо-пропорционально соответствует концентрации исследуемого иммуноглобулина в сыворотке крови.



Рис. 2. Проведение НИЛИ через круглую связку печени.

Содержание иммуноглобулинов определяли относительно стандартной сыворотки человека с известной.

Цитокины $TNF\alpha$ - фактор некроза опухоли, интерлейкин $IL-1\beta$ в сыворотке крови определялись до операции, на 3-е и 5-е сутки послеоперационного периода. Определение концентрации $TNF\alpha$ и $IL-1\beta$ проводили набором реагентов «Pro-con» способом твердофазного иммуоферментного анализа. Концентрацию $TNF\alpha$ и $IL-1\beta$ выражали в пкг/мл.

Проводя сравнительную оценку показателей гуморального иммунитета на 3-5 дни после операции, у больных с флегмонозной формой ОКХ, получавших традиционное послеоперационное лечение, показатели IgA ($1,8\pm 0,07$) ($p<0,01$) остаются ниже показателей нормы ($N=3,08\pm 0,15$) в 1,7 раза. Показатели иммуноглобулина IgA ($2,78\pm 0,08$) ($p<0,01$) на 3-5 сутки после МХЭ, с включением в состав послеоперационного лечения лимфотропной терапии, ниже показателей нормы в 1,1 раз. При комплексном применении в послеоперационном периоде НИЛИ и лимфотропной терапии показатели IgA почти что нормализовались ($2,99\pm 0,07$) ($p<0,01$). В такой же последовательности, в динамике, происходит с IgM и IgG.

При проведении сравнительной оценки состояния иммуноглобулинов в сыворотке крови у больных основной и сравнительных групп

при гангренозной форме ОКХ, нами были получены следующие данные. Содержание IgA на 3-5 сутки у пациентов первой группы составило $1,74 \pm 0,09$ ($p < 0,01$), что ниже показателей нормы в 1,8 раз (при норме IgA $3,08 \pm 0,15$). У больных второй группы количественные показатели IgA ($2,47 \pm 0,09$) ($p < 0,01$) значительно повысились, оставаясь при этом ниже нормы в 1,2 раза. В третьей или основной группе количественные показатели IgA ($2,96 \pm 0,11$) ($p < 0,01$) значительно стабилизировались. Такая же картина происходит с IgM и IgG. Из этого следует, что возникший иммунодефицит в гуморальном иммунитете больных с ОКХ быстрее восстанавливается при сочетанном применении в комплексе послеоперационного лечения НИЛИ и лимфотропной терапии (рис. 3).

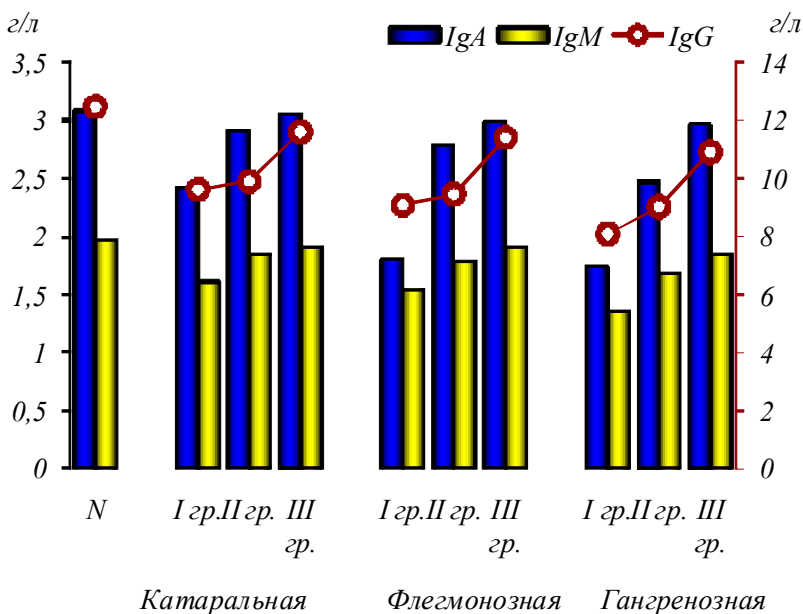


Рис. 3. Состояние гуморального иммунитета у больных с различными формами ОКХ на 3-5 сутки после операции.

При сравнительной оценке показателей гуморального иммунитета в послеоперационном периоде установлено, что количество IgA, IgM и IgG в плазме крови у пациентов ОКХ с МХЭ, с традиционной по-

слеоперационной терапией, остаются низкими, сохраняя при этом определенный иммунодефицит. Увеличение этих показателей в динамике, после включения в состав послеоперационного лечения лимфотропной терапии и почти полная нормализация их в группе пациентов, получавших в послеоперационном периоде, в комплексном лечении НИЛИ и лимфотропную терапию, свидетельствует о благотворном влиянии последних на положительную динамику показателей иммунитета.

Существенное значение имело изучение и проведение сравнительной оценки данных вышеупомянутых показателей цитокинового звена при различных морфологических формах ОКХ в основной и сравнительных группах (рис.4).

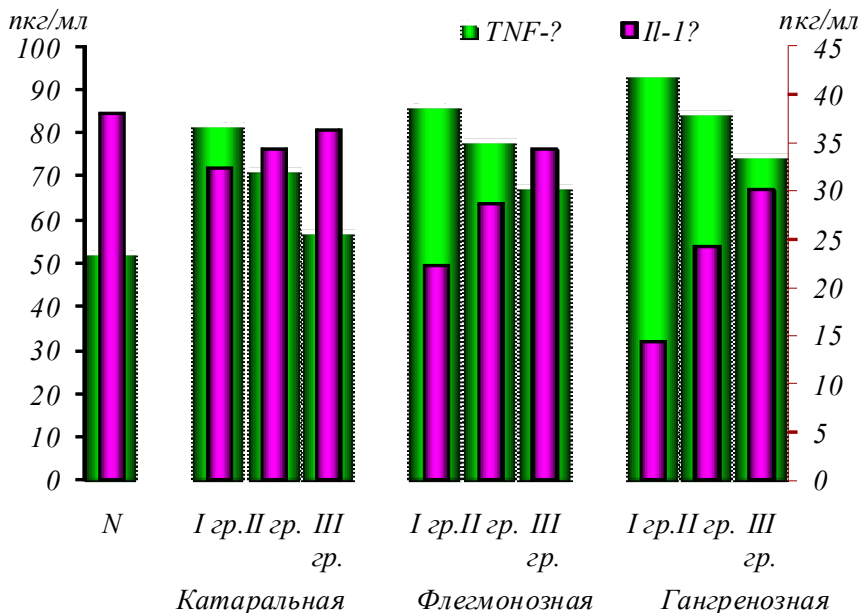


Рис. 4. Состояние цитокинового статуса больных с различными формами ОКХ на 3-5 сутки послеоперационного периода в обследуемых группах.

При традиционной послеоперационной терапии у пациентов с гангренозной формой ОКХ с МХЭ, на 3-5 сутки показатели TNF- α ($93,0 \pm 6,3$ пкг/мл) ($p < 0,01$) остаются выше показателей нормы ($52,1 \pm 1,6$) в 1,8 раза, показатели IL-1 β ($14,3 \pm 1,2$ пкг/мл) ($p < 0,01$) ниже нормальных показателей в 2,7 раза ($38,1 \pm 1,5$ - N). У больных ОКХ с МХЭ, с включением в послеоперационном периоде лимфотропной терапии, показатели TNF- α умеренно снижаются ($84,3 \pm 6,7$) ($p < 0,01$), оставаясь выше показателей нормы в 1,6 раза, а количественные показатели IL-1 β увеличиваются до $24,3 \pm 1,3$ ($p < 0,01$), оставаясь ниже показателей нормы ($38,1 \pm 1,5$ пкг/мл) в 1,6 раза. Количественные показатели TNF- α в плазме крови у пациентов, получавших в послеоперационном периоде комплексное лечение с использованием НИЛИ и лимфотропной терапии, значительно стабилизировались ($74,8 \pm 3,4$) ($p < 0,01$), приближаясь к показателям нормы. То же самое происходит с показателями IL-1 β на 3-5 сутки послеоперационного ведения ($30,1 \pm 1,4$ пкг/мл) ($p < 0,01$) при норме $38,1 \pm 1,5$ пкг/мл.

Таким образом, полученные данные исследования показателей гуморального иммунитета и цитокинового статуса у больных с различными вариантами течения ОКХ при МХЭ, сравнительных и основной групп, показали, что включение в состав послеоперационного лечения лимфотропной терапии и НИЛИ оказывает позитивное влияние на динамику изменения этих показателей, что отражается на благоприятном течении болезни в послеоперационном периоде.

Сравнивая изменения некоторых показателей клинического анализа крови у больных с ОКХ при различных видах послеоперационной терапии, можно сделать следующее заключение. Количественное отношение лейкоцитов на 3-5 сутки послеоперационного ведения больных первой группы, получавших традиционное лечение ($12,4 \pm 0,8$) ($p < 0,01$), превышало нормальные показатели в 2,1 раза, при норме ($5,9 \pm 0,4$), а СОЭ превышало показатели нормы в среднем в 3,9 раза.

У больных с ОКХ, получавших в послеоперационном периоде в комплексном лечении лимфотропную терапию, количественные показатели лейкоцитов на 3-5 дни превышали показатели нормы 1,7 раза ($9,8 \pm 0,8$) ($p < 0,01$), а показатели СОЭ превышали нормальные показатели в 1,8 раза. У пациентов, получавших в комплексе послеоперационной терапии НИЛИ и лимфотропную терапию, на 3-5 дни количественные

венные показатели лейкоцитов нормализовались ($8,2 \pm 0,5$) ($p < 0,01$), а СОЭ была чуть выше верхних границ нормы ($14,2 \pm 1,4$) ($p < 0,01$).

Подобная динамика наблюдалась при сравнительной оценке биохимических данных крови у больных исследуемых групп.

У больных первой группы, с флегмонозной формой ОКХ на 3-5 сутки послеоперационного периода, показатели функциональных проб печени AlaT и AsaT превышают верхние границы нормы (AlaT – $48,6 \pm 3,2$ ($p < 0,01$)) в 1,2 раза, (AsaT – $59,2 \pm 2,7$ ($p < 0,01$)) в среднем 1,3 раза. Показатели общего билирубина выше верхних показателей нормы ($25,4 \pm 2,0$) ($p < 0,01$) в 1,3 раза. При гангренозной форме уже на 3-5 сутки после произведенной операции, показатели функциональных проб AlaT и AsaT оставались высокими, превышая нормальные показатели в 1,7 раз AlaT, и в 1,5 раз AsaT. На фоне функциональных нарушений печени и выраженной воспалительной инфильтрации гепатодуоденальной зоны, у многих пациентов этой группы даже после лечения отмечался холестаза.

В основной группе при высоких показателях функциональных проб печени AlaT и AsaT, общего билирубина и α -амилазы в период госпитализации пациентов с ОКХ, на 3-5 сутки после проведения операции значение показателей AlaT и AsaT снижаются до уровня средних показателей нормы общего билирубина до верхней границы нормы, α -амилазы сохраняется в пределах нормы < 220 у/л. Подводя итоги этим исследованиям можно с уверенностью сказать, что совместное использование в послеоперационном лечении ОХК НИЛИ и лимфотропной терапии оказывают благотворное влияние на стабилизацию лабораторных показателей крови, что ярко отражается на клиническом течении заболевания.

Ссылаясь на данные литературных источников (Абдуллаев Э.Г. и соавт., 2009), из всего числа больных, страдающих ЖКБ, более 55,9% пациентов выделяются избыточной массой тела, более 20,9% страдают сахарным диабетом и заболеваниями органов кровообращения. Однако, несмотря на простоту выполнения традиционной холецистэктомии, процент послеоперационных осложнений остается достаточно высокими 12-30%, а летальность в среднем 8-10%.

Традиционная холецистэктомия сопровождается значительной травматизацией брюшной стенки, которая может привести к осложнениям послеоперационной раны, образованием послеоперационных вентральных грыж.

Длительность операционного времени и излишняя травматизация тканей особенно актуальна у больных, страдающих ожирением и сахарным диабетом. До сих пор остается дискуссионным вопрос о показаниях ЛХЭ у больных, страдающих сахарным диабетом средней и тяжелой формы, пациентов, обладающих избыточным весом и глубокими нарушениями системы органов кровообращения, после перенесенных инфарктов.

Серьезность представленных сопутствующих заболеваний требует пристального внимания предоперационной подготовки этих больных, выбора метода обезболивания и послеоперационного лечения. Анестезиологический риск у пациентов этой группы очень высок. Наиболее современным и управляемым видом анестезии бесспорно является эндотрахеальный наркоз. Но при наличии различных нарушений в сердечной и легочной системе у этих больных, данный вид анестезии чреват множеством послеоперационных осложнений.

С этой целью многим больным из группы риска при оперативном вмешательстве по поводу ОКХ была проведена перидуральная анестезия. Указанный вид анестезии предупреждает возможные осложнения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Определяющим критерием благоприятного послеоперационного течения является выбор комплекса послеоперационной терапии. Из всего сказанного следует, что комплексное использование в послеоперационном лечении ОКХ НИЛИ и лимфотропной терапии оказало благоприятное влияние на послеоперационную реабилитацию больных, ускорению репаративных процессов в послеоперационной ране, сокращению возможных осложнений со стороны органов кровообращения и легочной системы.

При комплексном применении в послеоперационном периоде НИЛИ и лимфотропной терапии, купирование болей после операции наступает в среднем 1,6 раз быстрее, чем при традиционной терапии. Немаловажным определяющим фактором в реабилитации больных, подвергшихся операции по поводу ОКХ, является течение раневого процесса. Осложнения со стороны послеоперационной раны оказывают отрицательное влияние на психоэмоциональное состояние больных, а также создают риск возникновения послеоперационных грыж.

При выраженных воспалительных процессах в стенке желчного пузыря и перипузырном пространстве в послеоперационном периоде

регенеративные процессы в ране очень зависят от вида послеоперационной терапии. Осложнения со стороны послеоперационной раны, при совместном применении в послеоперационном периоде НИЛИ и лимфотропной терапии, в среднем 2,9 раза меньше чем при традиционном лечении и в 1,6 раза меньше чем при включении в комплекс послеоперационной терапии лимфотропной терапии.

Подводя итоги собственных клинических исследований у больных с ОКХ, оперированных из мини- доступа, было установлено, что совместное применение в послеоперационном периоде НИЛИ и лимфотропной терапии оказалось более эффективным в стабилизации всех клинических, лабораторных и параклинических показателей, ранней реабилитации больных, снижением в процентном отношении ранних послеоперационных осложнений.

ВЫВОДЫ

1. На основании полученных результатов было установлено, что у больных с различными вариантами течения ОКХ, оперированных из мини- доступа, с традиционной послеоперационной терапией, показатели гуморального иммунитета (IgA, IgM, IgG) на 3-5-е сутки послеоперационного периода остаются ниже показателей нормы, в среднем от 1,3 до 1,8 раза, показатели TNF- α превышают норму в среднем в 1,7 раза ($86,9 \pm 4,5$ пкг/мл, при норме $52,1 \pm 1,6$ пкг/мл) ($p < 0,001$), а IL-1 β ниже нормы в среднем в 1,9 раза.

2. У больных, с разными морфологическими вариантами воспаления желчного пузыря, оперированных из мини- доступа и получавших в комплексе послеоперационного лечения лимфотропную терапию посредством круглой связки печени, на 3-5 сутки послеоперационного периода показатели гуморального иммунитета (IgA, IgM, IgG) оставались ниже показателей нормы в среднем от 1,1 до 1,4 раза, цитокина TNF- α сохраняли высокие значения ($77,8 \pm 4,8$ пкг/мл), в 1,5 раза превышающие норму, IL-1 β в 1,3 раза ниже показателей нормы.

3. При включении в комплекс послеоперационного лечения НИЛИ и ЛГ через круглую связку печени, отмечалась нормализация показателей гуморального иммунитета: IgA – $3,0 \pm 0,09$ г/л, IgM – $1,89 \pm 0,07$ г/л, IgG – $11,3 \pm 0,25$ г/л, при норме $3,08 \pm 0,15$ г/л, $1,97 \pm 0,09$ г/л, $12,46 \pm 0,37$ г/л соответственно ($p < 0,001$). Количественные показатели цитокинов в плазме крови значительно стабилизировались: TNF- α составил $66,2 \pm 3,1$ пкг/мл, приблизившись к нормальным значениям

(52,1±1,6 пкг/мл), IL-1β – 33,6±1,6 пкг/мл, что в 1,1 раза ниже нормы (38,1 ±1,5 пкг/мл).

4. Проведение сравнительного анализа параклинических исследований показало, что в третьей группе больных стабилизация показателей IgA оказалась эффективнее в 1,1 раза по сравнению со второй группой и в 1,2 раза по сравнению с первой группой, IgM – в 1,1 и 1,4 раза, IgG – в 1,2 и 1,3 раза, TNF-α – в 1,1 и 1,2 раза, IL-1β – в 1,2 и 2,1 раза соответственно, что является отражением положительной динамики течения болезни и реабилитации пациентов. При включении в комплекс послеоперационного лечения НИЛИ и лимфотропной терапии, купирование болей наступает в 1,6 раза быстрее, осложнения со стороны послеоперационной раны в 2,9 раза меньше, нормализация температуры тела происходит уже на следующие сутки после операции.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Холецистэктомия из мини-доступа, при осложненных формах ЖКБ, является альтернативой традиционной и лапароскопической холецистэктомии, в условиях стационаров, находящихся на периферии, при отсутствии определенных навыков и дорогостоящей аппаратуры.

2. Совместное применение НИЛИ и лимфотропной терапии в комплексе послеоперационного лечения при осложненных формах ЖКБ, у пациентов, оперированных из мини-лапаротомного доступа, значительно сократит период реабилитации больных и послеоперационные осложнения.

Список напечатанных работ по теме диссертации

1. Antibacterial therapy in patients after surgery on acute destructive cholecystitis / XII Beynəlxalq Avrasiya Cərrahiyyə və Gastroenterologiya Konqresinin materialları, 2011, səh 153 (həmmüəl.: Məmmədov R.Ə., Qasımov E.M.)

2. Хирургическое лечение пациентов с острым холециститом, страдающих сопутствующим ожирением из минилапаротомного доступа, с включением в комплекс послеоперационного лечения лазеротерапии и регионарной антибактериальной терапии // Сəğrahiyyə, 2012, səh 13-16 (həmmüəl.: Məmmədov R.Ə., Dadaşev Ə.İ., Yusubov M.O., Bayramov A.B.)

3. Оценка показателей цитокинов IL-1β и TNF-α у больных с острым холециститом, оперированных из мини-доступа, с включением в комплекс лечения лазерного излучения и регионарной лимфотропной антибактериальной терапии // Московский Хирургический Журнал, 2012, с. 18-21 (соавт.: Мамедов Р.А., Дадашев А.И., Агаева Н.И., Зейналов Н.А., Агамирова А.Н., Байрамов А.Б.)

4. Combination of laser therapy and regional lymphotropic antibacterial therapy in management of acute destructive cholecystitis / ESS 2012 İSTANBUL, səh 679 (həmmüəl.: Məmmədov R.Ə., Qasımov E.M., Zeynalov N.A.)

5. Оптимизация лечения острого деструктивного холецистита путем применения минилапаротомного доступа, лазерного излучения и регионарной лимфотропной терапии // Клиническая Хирургия, 2012, səh13-15 (соавт.: Мамедов Р.А., Дадашев А.И., Агаева Н.И., Юсубов М.О., Гасымов Э.М.)

6. Kəskin destruktiv xolesistitdən əziyyət çəkən xəstələrin kompleks müalicəsində aşağıintensivlikli lazer şualarının və limfotrop antibakterial terapiyanın tətbiqi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2013, səh. 81-84 (həmmüəl.: Məmmədov R.Ə., Dadaşev Ə.İ., Qasımov E.M.)

7. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни и ее осложнения из минилапаротомного доступа / Zərifə xanım Əliyeva-90, Elmi-praktik seminarın tezləri, 2013, səh 52-54 (həmmüəl.: Məmmədov R.Ə., Məmmədov A.N., Ağamirova A.N., Bayramov A.B., Dadaşev Ə.İ., Qasımov E.M.)

8. Современные взгляды на улучшение хирургического лечения

осложненных форм острого калькулезного холецистита // Sağlamliq jurnali, 2015, s. 27-31

9. Сравнительная оценка клинического течения острого калькулезного холецистита в зависимости от вида лечения // Təbabətin Aktual Problemləri 2015, səh. 63 (соавт.: Мамедов Р.А., Гасымов Э.М., Зейналов Н.А., Гусейнзаде А.Н.)

10. Сравнительная оценка результатов исследования лабораторных анализов крови, гуморального иммунитета и цитокинового статуса у больных с острым калькулезным холециститом, оперированных из минилапаротомного доступа, получавших различные виды послеоперационного лечения // Sağlamliq Jurnalı, 2015, № 3, səh. 115-118 (соавт.: Мамедов Р.А., Гасымов Э.М., Зейналов Н.А., Гусейнзаде А.Н.)

KAMRAN MAHİR oğlu MƏMMƏDOV

KƏSKİN DAŞLI XOLESİSTİTİN MİNİ LAPAROTOM KƏSİKDƏN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN OPTİMALLAŞDIRILMASI

XÜLASƏ

Müayinənin əsasını "mini assitent" aparatından istifadə etməklə minilaporotom müdaxilə yolu ilə əməliyyat olunmuş kəskin kalkulyoz xolesistitli 355 xəstənin müalicəsinin nəticələrinin təhlili təşkil edir. Xəstələr üç qrupa bölünmüşdür. Birinci qrupu minilaporotom müdaxilə yolu ilə əməliyyat olunmuş və əməliyyatdansonrakı mərhələdə ənənəvi konservativ müalicə almış kəskin kalkulyoz xolesistitli 167 xəstə təşkil etmişdir. İkinci qrupa əməliyyatdansonrakı mərhələdə qaraciyərin girdə bağı vasitəsilə limfotrop müalicə almış 82 pasiyent daxil edilmişdir. Əsas və yaxud üçüncü qrupu isə əməliyyatdansonrakı müalicə kompleksində qaraciyərin girdə bağı vasitəsilə aşağı intensivlikli lazer şüalanması və limfotrop terapiya almış 106 pasiyent təşkil etmişdir.

Əməliyyatdansonrakı müalicənin bu üsullarının klinik effektivliyinin müəyyən edilməsi ağrının aradan qaldırılması, bədən temperaturunun aşağı salınması və əməliyyatdansonrakı yaranın sağlması ilə aparılmışdır.

Minilaporotom müdaxilə yolu ilə əməliyyat olunmuş kəskin kalkulyoz xolesistitli xəstələrin humoral immunitetinin və sitokin statusunun, eləcə də qan analizinin laborator göstəricilərinin müqayisəli təhlili əsasında əməliyyatdansonrakı müalicənin növündən asılı olaraq müəyyən olunmuşdur ki, aşağı intensivlikli lazer şüalanması və limfotrop terapiyanın birgə tətbiqi ağrının qarşısının alınmasına 1,6 dəfə çox təsir göstərmişdir, yarada ağırlaşmalar 2,9 dəfə azalmışdır, bədən temperaturu əməliyyatın 2-ci günü normallaşmışdır.

Risk qrupuna aid olan (piylənmə, ürək-damar və ağciyər xəstəlikləri, şəkərli diabet) kəskin kalkulyoz xolesistitli xəstələrin müalicə kompleksinə aşağı intensivlikli lazer şüalanması və limfotrop terapiyanın birgə tətbiqi belə xəstələrdə əməliyyatdansonrakı reabilitasiyaya müsbət təsir göstərmişdir.

Beləliklə, minilaporotom müdaxilə yolu ilə əməliyyat olunmuş kəskin kalkulyoz xolesistitli xəstələrin əməliyyatdansonrakı müalicə kompleksində aşağı intensivlikli lazer şüalanması və limfotrop terapiyanın qaraciyərin

girdə bağı vasitəsilə birgə tətbiqi praktik səhiyyədə geniş istifadə üçün tövsiyə oluna bilər.

KAMRAN MAHIR MAMMADOV

**THE OPTIMIZATION OF SURGICAL MANAGEMENT
OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS
THROUGH MINI-LAPAROTOMY ACCESS**

SUMMARY

The research is based on analysis of results of treatment of 355 patients with acute calculous cholecystitis, who were operated through mini-laparotomy access. The patients were divided into three groups. The first group consisted of 167 patients with acute calculous cholecystitis who underwent mini-laparotomy cholecystectomy and receiving postoperative traditional conservative treatment. The second group included 82 patients who received postoperative lymphotropic therapy through the round ligament of the liver. On third main group is represented by 106 patients with acute cholecystitis, who got low intensive laser irradiation (LLLI) and lymphotropic therapy in multimodal postoperative treatment through the round ligament of the liver.

The evaluation of clinical efficacy of these methods of postoperative management was conducted according to the time of relief of pain, decrease of body temperature and healing of operative wound. The comparative analysis of humoral immunity and some indices of cytokine status as well as laboratory studies of blood in patients with acute calculous cholecystitis operated through mini-laparotomy access who underwent different types of postoperative management has shown that the combined application of low intensive laser irradiation and lymphotropic therapy resulted in relief of pain 1.6 times faster, 2.9 times reduction of wound complications, and normalization of body temperature on the 2nd day. Inclusion of LLLI and lymphotropic therapy to multimodal treatment of patients of risk group (obesity, cardiovascular and respiratory diseases, diabetes mellitus) was beneficial for postoperative rehabilitation of these patients.

Thus, the combined application of LLLI and lymphotropic therapy in multimodal postoperative management of patients with acute cholecystitis operated through mini-laparotomy access can be advised for wide application in practical healthcare.

Список условных сокращений

ЖКБ	– Желчнокаменная болезнь
ЛТ	– Лимфотропная терапия
ЛХЭ	– Лапароскопическая холецистэктомия
МХЭ	– Мини холецистэктомия
НИЛИ	– Низкоинтенсивное лазерное излучение
ОКХ	– Острый калькулёзный холецистит
IgA	– Иммуноглобулин А
IgG	– Иммуноглобулин G
IgM	– Иммуноглобулин М
IL-1 β	– Интерлейкин-1 β
TNF α	– Фактор некроза опухоли

Kağız formatı 60x84 ¹/₁₆.
Sifariş 668 Tiraj 100.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AKADEMİK M.A. TOPÇUBAŞOV adına
ELMİ CƏRRAHİYYƏ MƏRKƏZİ

Əlyazması hüququnda

KAMRAN MAHİR OĞLU MƏMMƏDOV

**KƏSKİN DAŞLI XOLESİSTİTİN
MİNİ LAPAROTOM KƏSİKDƏN CƏRRAHİ
MÜALİCƏSİNİN OPTİMALLAŞDIRILMASI**

3213.01 – Cərrahlik

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

BAKI – 2016