



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (63) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (63)

2024

январь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.366-003.7-06-089.86

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Раджабов А.И. Email: radjabovanvar@gmail.com

Сафоев Б.Б. Email: bsafoyev@mail.ru

Ярикулов Ш.Ш. <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Лечение больных с острым холециститом остается одной из самых актуальных проблем ургентной хирургии. Количество осложненных форм острого холецистита достигает 35 % случаев и не имеет тенденции к уменьшению.

Целью данного исследования является улучшения результатов лечения больных острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом путем использования миниинвазивных методов лечения с применениями нитроглицерина и ЭАР.

Научная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 160 больных острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом, находившихся на лечении в хирургическом отделении клинической базы Бухарского государственного медицинского института, за период 2018-2023 гг.

Ключевые слова: острый холецистит, лапаротомия, дренирования, холедохолитиаз, ЭАР, нитроглицерин.

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ ҚИЁСИЙ НАТИЖАЛАРИ

Раджабов А.И. Email: radjabovanvar@gmail.com

Сафоев Б.Б. Email: bsafoyev@mail.ru

Ярикулов Ш.Ш. <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ўткир холецистит билан оғриган беморларни даволаш шовилинч жарроҳликнинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ўткир холециститнинг мураккаб шакллари сони 35% ҳолатларга етади ва пасайиш тенденциясига эга емас.

Ушбу тадқиқотнинг мақсади нитроглицерин ва электроактивланган эритма ёрдамида даволашнинг минимал инвазив усуллари қўллаш орқали холедохолитиаз билан асоратланган ўткир калкулёз холецистит билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Илмий иш Бухоро Давлат тиббиёт институти клиник базасининг жарроҳлик бўлимида 2018-2023 йиллар давомида даволанган холедохолитиаз билан асоратланган ўткир холецистит билан касалланган 160 нафар беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган.

Калит сўзлар: ўткир холецистит, лапаротомия, дренаж, холедохолитиёз, қулоқ, нитроглицерин.

COMPARATIVE ESTIMATES OF THE RESULTS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS

Radjabov A.I. Email: radjabovanvar@gmail.com

Safoyev B.B. Email: bsafoyev@mail.ru

Yarikulov Sh.Sh. <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.

1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

The treatment of patients with acute cholecystitis remains one of the most urgent problems of urgent surgery. The number of complicated forms of acute cholecystitis reaches 35% of cases and has no tendency to decrease.

The aim of this study is to improve the results of treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis by using minimally invasive methods of treatment with the use of nitroglycerin and EAR.

The scientific work is based on the analysis of the results of surgical treatment of 160 patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis who were treated in the surgical department of the clinical base of the Bukhara State Medical Institute for the period 2018-2023.

Key words: acute cholecystitis, laparotomy, drainage, choledocholithiasis, EAR, nitroglycerin.

Актуальность

Лечение больных с острым холециститом (ОХ) остается одной из самых актуальных проблем urgentной хирургии. Количество осложненных форм ОХ достигает 35 % случаев и не имеет тенденции к уменьшению [1]. В настоящее время около половины больных, поступающих в хирургический стационар с острым холециститом, подвергаются экстренным или срочным операциям, уступая по этому показателю лишь острому аппендициту [5, 8, 10]. Послеоперационная летальность при ОХ составляет 2-5% за счет высокой доли осложненных форм и после традиционной холецистэктомии [4].

Особенно высоко количество послеоперационных осложнений у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями [2]. На многочисленных научных форумах обсуждается тактика и сроки хирургического лечения больных с ОХ. Выбор способа оперативного вмешательства (видеолaparоскопия, минидоступ, лапаротомия) зависит от клинической ситуации, оснащенности и квалификации хирургов. Основным методом лечения остается холецистэктомия из лапаротомного доступа. Использование малотравматичных операций, внедрение эндоскопических технологий привлекает специалистов к проблеме выбора наиболее рационального метода лечения ОХ [7]. Это особенно актуально в настоящее время, учитывая недостаточное количество сравнительных рандомизированных исследований в хирургии при желчнокаменной болезни и других нозологических формах [6, 9]. Тактика и методы лечения пациентов с ОХ за последние десятилетия перетерпели многочисленные изменения. До сих пор нет единого мнения в вопросе выбора лечения при ОХ.

Цель исследования. Улучшения результатов лечения больных острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом путем использования миниинвазивных методов лечения с применением нитроглицерина и ЭАР.

Материал и методы

В основе работы положены обследования и лечения 160 больных острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом, находившихся на лечении в хирургическом отделении клинической базы Бухарского государственного медицинского института, за период 2018-2023 гг.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 3 группы: I – группа сравнения составили 62 больные острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом у которых применен традиционная хирургическая методы лечения 2018-

2020гг. по показанием выполнена ретроградный папиллосфинктеро-холедохотомия (РПСХТ), II – контрольная группа составили 52 больных острым калькулёзным холециститом которые получили стационарные лечения 2020-2021гг. В отличии от I – контрольный группы этим больным в комплексе лечения применялись нитроглицерин который является мощным релаксантом гладкой мускулатуры, дилатации желчных путей. III – основную группу включены 46 больных острым калькулёзным холециститом осложненной холедохолитиазом, которым в комплексе лечения примененный II - группы целю ускорения сроков купирования процесс холангита дополнялись ретроградный лаваж просвет холедоха электроактивированным раствором ЭАР – А.

Следует отметить для получения достоверных результатов исследований и сохранения синхронности различных групп больных мы в исследованиях включили аналогичными тяжестями состояниями больных. С этой целью больных тяжёлыми сопутствующими заболеваниями таких как, Сахарный диабет, цирроза печени и тяжёлой степени ИБС, также не включены Холангиогенный абсцесс печени так как он имеет своей особенной клинической формой и требует особый лечебной консервативной и хирургической тактики.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида лечебных мероприятий (n- 160)

Группы больных	Метод лечения:
Группа сравнения I группа (n=62)	Ретроградный папиллосфинктеро-холедохотомия (РПХТ) без промывания холедоха и без приёма нитроглицерина
Основная группа II группа (n=52)	РПСХТ с применением нитроглицерина
Основная группа III группа (n=46)	РПСХТ с применением нитроглицерина + ЭАР

Все больные были распределены по полу и возрасту согласно классификации возрастных групп, принятой на региональном семинаре Всемирной Организацией Здравоохранения в Киеве в 1963 году. I группе было 45 (72%) мужчин и 17 (27,4%) женщин в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст составил $48,4 \pm 2,1$ лет). Во II группе – 36 (69,2%) мужчин и 16 (30,7%) женщин в возрасте от 17 до 70 лет (средний возраст составил $49,4 \pm 1,8$ лет), т.е. группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Большинство больных (80 %) находились в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 60 лет).

Из всех 160 обследованных больных у 132 (82,5%) пациентам отмечалось клиника холангита, который проявился ввиду повышения температуры тела, озноби, отклонения лабораторных показателей интоксикация крови от нормы. При измерении толщина стенки холедоха отмечались утолщение стенки за счет отеков.

С помощью ультразвуковой исследования проводились измерения размеров просвета холедоха и толщина стенки холедоха.

Желчный пузырь обследуется натощак, до проведения процедуры пациент также не должен пить кофе и курить (факторы, провоцирующие сокращение пузыря).

Всем обследованным больным выполнялись эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРПХГ) которая не только определяет наличия конкремента в холедоха и точно определяет место локализации конкремента, а также даёт достаточные о состоянии стенки и просвета холедоха.

Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) метод, комбинирующий эндоскопию с одновременным рентгеноскопическим обследованием. Эндоскоп вводится в двенадцатиперстную кишку к большому дуоденальному сосочку, устье которого открывается в просвет двенадцатиперстной кишки. Через канал эндоскопа протягивается зонд с внутренним каналом

для подачи контрастного вещества на конце которого расположена (сделанная из более плотного пластика) канюля, которую врач проталкивает в устье сосочка в жёлчные и панкреатический протоки вводится рентгеноконтрастное вещество. Затем с помощью рентгеновской аппаратуры получается изображение протоков.

РХПГ выполняли при подозрении на холедохолитиаз, для выяснения характера механической желтухи и для изучения анатомии протоков перед операцией.

При обнаружении закупорки или сужения протоков проводили дополнительные процедуры:

- Введение катетера с целью удаления избыточного количества жёлчи.
- Удаление жёлчных камней жёлчных протоков.
- Сфинктеротомия: небольшой разрез в области наружного отверстия общего жёлчного протока, что обеспечивает нормальный отток жёлчи и выход небольших жёлчных камней.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия проводилась в операционной, оснащенной современным рентгенографическим оборудованием, используемым для дополнительного контроля.

В норме холедох печени определяется как полый цилиндр с ровными внешними и внутренними стенками. Диаметр желчного протока варьирует от 2 мм (в самой узкой части) до 8 мм (верхняя граница нормы в самом широком участке). В просвете холедоха не должно определяться никаких посторонних образований.

Все обследованные больные как в контрольной так и основной группе поступали в удовлетворительном состоянии до 30% и в состоянии средней степени тяжести до 70%. Большинство случаев пациенты поступили с жалобами: на повышение температура тела, общей слабость и недомогания, потливость, отсутствия аппетита, больше в области правой подреберья.

Подробный анализ клинической картины и полученных результатов исследований каждой группы больных будет изложен в соответствующих главах диссертационной работы.

Результат и обсуждение

Всем обследованным больным, в день поступления в экстренном порядке измеряли температуру тела, частоту дыхания, проводилось объективное исследование печени (пальпация, перкуссия), УЗИ исследование, и при необходимости МСКТ или КТ печени и брюшной полости. Проводились лабораторные исследования крови. Начата консервативная общая укрепляющая и симптоматическая терапия и подготовка малоинвазивной хирургический вмешательств РПСХТ.

При проведении ретроградный холангиографический вмешательство из содержимого желчных ходов взята материал для бак исследования. Антибиотикотерапия проводилась с учетом чувствительности, выявленных микрофлоры.

В II группе больным помимо вышеуказанных стандартных лечебных мероприятий использованных в первой группе РПСХТ проводилась после применения нитроглицерина 0,4 мг. сублингвально в виде таблеток. Манипуляция РПСХТ начинали через 2-3 минута после применения препарата нитроглицерина.

Основной группы (III) предоперационная подготовка и консервативный метод лечения было аналогичный как предыдущей группы. Комплексная лечебная тактика у больных основной группы отличались от предыдущей группы применения ретроградного лаважа просвет холедоха раствором ЭАР-А.

Методика приготовления и применения электроактивированного водного раствора.

Для приготовления электроактивированного водного раствора нами использовано Аппарат НПФ "Эсперо-1" разработанного 1998 году сотрудником Ташкентского института СредазНИИГаз С.А.Алёхиным. Биоэлектроактиватор типа Эсперо разрешены Фармкомитетом РУз для получения препаратов, применяемых в лечебно-клинической практике и широко использовались сотрудниками НИИ имени В.В.Вахидова и клиниках ТашГосМИ № 2.

Биоэлектроактиватор ЭСПЕРО 1 - представляет собой медицинский переносной погружной диафрагменный электролизер.

УСТРОЙСТВО ПРИБОРА



"ЭСПЕРО-1" состоит из крышки 1 с вмонтированным в нее блоком питания, ёмкости 2 для католита, в которую помещаются электроды (анод 3 и катод 4) и емкости 8 для анолита, состоящей из двух стаканов 5 и 7, разделенных диафрагмой 6. Основание и корпус ПСМ-115 ГОСТ 20282-86. Обойма и вкладыш -полиэтилен Н.Д. ГОСТ 16338-77. Диафрагма –калька бумажная натуральная ГОСТ 892-70. Анод 3 выполнен из высококачественного химически инертного графита МПГ-7 ТУ 48-20-86-81.

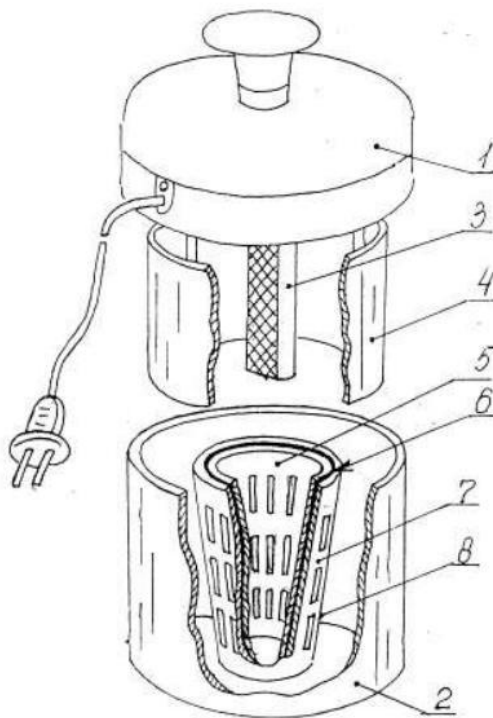


Рис. 1. Схематическое изображение аппарата Эсперо-1

Катод 4 выполнен из нержавеющей стали 12Х18Н10Т ГОСТ 5632-72. В качестве диафрагмы используется калька, намотанная на внутренний стакан в три слоя, а стаканы 5 и 7 вращаются до совпадения прорезей. Блок питания состоит из конечного выключателя, отключающего прибор от сети при поднятии крышки 1, бумажного конденсатора, выпрямителя и сигнальной лампы. "Плюс" выпрямителя соединен с анодом 3, "минус" - с катодом 4.

Контроль параметров. Контроль за щелочностью Электроактивированный водный раствор католит (ЭВР-К) и кислотностью Электроактивированный раствор анолит (ЭВР-А) осуществляли с помощью потенциометрического метода - ионметр (рН метр) стеклянным электродом с водородной функцией. Контроль за степенью активности электроактивированного раствора может осуществляться по изменению величины окислительно-восстановительного потенциала (ОВП) с помощью приборов. В связи с тем, что не у каждого больного имеется дорогостоящий иономер, аппарат.

ЭСПЕРО-1" оттарирован таким образом, что необходимые для лечения параметры контролируют по времени активации воды, указанному в каждой конкретной инструкции. Окислительно-восстановительный потенциал (ОВП) системы электроактивированный водный раствор католит (ЭВР-К) имеет знак минус (-), Окислительно-восстановительный потенциал (ОВП) системы, электроактивированный раствор анолит (ЭВР-А) имеет знак плюс (+).

Кроме того, для лечения некоторых болезней с помощью анолита, необходимо измерять количество "активного" хлора (гипохлорида) по стандартной методике. Электроактивированный раствор анолит (ЭВР-А) сохраняет свои свойства в течение 15-20 суток. Электроактивированный водный раствор католит (ЭВР-К) в открытой посуде начинает терять свои свойства через 2-3 часа и полностью теряет их через 24 часа.

Для приготовления электроактивированного раствора вместо воды нами было применено стерильный раствор 0,9 % него натрия хлорида.

Таким образом, нами проведенный исследование у III группы больных при сравнительные анализ их результаты лечения по I и II группы выявили следующее особенности который имеет важное практические значения: (таб.№2)

Таблица 2

**Сравнительные результаты основных показателей
I-, II-, и III – группы больных**

№	Показатели	Группы больных		
		I (n=62)	II (n=52)	III (N=46)
1	Не удалось удаления камня путём РПСХТ	30 (48,3%)	6 (11,5%)	5 (10,8%)
2	Количества успешный РПСХТ	24 (38,7%)	43 (82,6%)	41 (89,1%)
3	Кровотечения из холедоха	9 (14,5%)	3 (5,7%)	1(2,1%)
4	Вынужденная одноэтапная холецистэктомия с холедохотомией	39 (62,9%)	9 (17,3%)	5(10,8 %)
5	Противопоказания к лапароскопический холецистэктомии	2 (3,2%)	2 (3,8%)	1(2,1%)
6	Средней длительности при успешный РПСХТ	60,2+2,8 мин	32,8+2,4 мин	25,4±1,9 мин
7	Число открытых операции холецистэктомии на втором этапе	2 (3,2%)	2,(3,8%)	1(2,1%)
8	Число лапароскопических холецистэктомии	22 (35,4%)	41 (78,8%)	40 () 86,9%
9	Средней длительности операции при открытом методом	67+3,3	66+2,9	65+3,1 мин
10	Сроки удаления дренажных трубки из брюшной полости.	9-10 сутки	7 сутки	5-6 сутки
11	Средней длительности операции при лапароскопическим методом	57,6+3,4	54,1+2,6	32,3+2,7 мин
12	Длительный холангит	11 (17,7%)	5 (9,6%)	-
13	Сроки нормализации билирубина	8-9 сутки	6-7 сутки	3-сутка
14	Сроки нормализации показателей интоксикация	7-8 сутка	5-6	3-4 сутка
15	Средней длительности койко-дня	12,6+1,8	10+1,2	8,4+1,7

- При применении нитроглицерина 0,5 млгр под язык при РПСХТ % не успешней удаления камней из холедоха уменьшается от 48,3% случаях до 10,8%.

- При применении нитроглицерина 0,5 мгр под язык перед выполнением РПСХТ способствует увеличения число успешного удаления конкремента от 38,7% до 89,1%.

- Выполнения РПСХТ на фоне купирования спазма стенки общего желчного протока с применением нитроглицерина под язык 0,5 мгр уменьшает технический трудности выполнения удаления камня тем самым уменьшает осложнения кровотечения от 14% до 2,1%, длительности времени РПСХТ от 60,2+2,8 мин до 25,4+1,9 мин.

-При применения нашей методики выполнения вынужденная одноэтапная холецистэктомия с антеградным холедохолитотомии на фоне острого холецистита уменьшается от 62,9% дан до 10,8%.



- При успешный РПСХТ от 2,1% до 3,2% больным отмечается противопоказаниям лапароскопическим операциям в втором этапе.
- Применения нитроглицерина перед РПСХТ у больных холедохолитиазом до 86,9% случаев способствует выполнения холецистэктомии как второй этап операции на холодном периоде.
- Выполнения операции при остром холецистите с осложненным холедохолитиазом на два этапа так и есть - первый этап в экстренном порядке РПСХТ и второй этап холецистэктомия миниинвазивным методом после купирования острого холецистита на 4-5 сутки сокращает средней длительности операции от 57,6 до 32,3+2,7 мин.
- После удаления камня из холедоха и в течение 3-4 дня после РПСХТ применения ретроградного санация и лаважа общего желчного протока с применением ЭАР – А, уменьшает осложнения длительной холангита на 17,7%, ускоряет сроки нормализации показателей общего билирубина, и интоксикация организма от 8 до 3-4 суток.
- При лечения больных холециститом осложненным холедохолитиазом применения нитроглицерина и ретроградного санация и лаважа холедоха с раствором электроактивированным раствором ЭАР – А, способствует улучшения результатов лечения и сокращает сроков стационарного лечения данных категория больных от 12,6 до 8,4 дня. Все это нам позволяет широко рекомендовать нами предлагаемый метод лечения в клинической практики и имеет экономический эффективности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дибиров М.Д. [и др.] Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2017; 6(2):145-148.
2. Алексеев А.М. Обоснование тактики лечения больных острым холециститом с приоритетным использованием малоинвазивных холецистэктомий: дис....канд. мед. наук: 14.01.17 / Алексеев Андрей Михайлович. – Кемерово, 2012; 109с.
3. Быстров С. А. Миниинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой / С. А. Быстров, Б. Н. Жуков // Медицинский альманах. 2011; 2:87-89.
4. Ветшев П. С. Сравнительная характеристика различных вариантов холецистэктомии / П.С. Ветшев, О.Э. Карпов, Ф.А. Шпаченко // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2006; 1(1):107-110.
5. Ярикулов Ш., Раджабов В. (2023). Способы санации брюшной полости при распространенных формах перитонита. // Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 2023;3(6/2):95–102. <https://inacademy.uz/index.php/EJMNS/article/view/18220>
6. Sh.Sh. Yarikulov, A.I. Radjabov – Modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 years of age // New Day in Medicine 2023 6(56):64-72 <https://newdaymedicine.com/index.php/2023/06/09/1-95/>
7. Р.Р. Арашов, Ш.Ш. Ярикулов. (2022). Особенности хирургического лечения больных полостными образованиями печени при сложных внутривнутрипеченочных расположениях. // European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 2022;6:30-38. Retrieved from <http://www.ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/108>
8. Ш.Ш. Ярикулов. Влияние различных концентраций раствора диметилсульфоксида на чувствительности к антибиотикам патогенных микроорганизмов в эксперименте. // Тиббиётда янги кун. Бухоро 2020; 4(33):153-155.
9. Ш.Ш. Ярикулов, А.К. Хасанов, И.Ш. Мухаммадиев. Пути снижения резистентности микрофлоры к антибиотикам при лечения гнойных ран // Тиббиётда янги кун-Бухоро, 2020; 3(31):156-160.
10. Vafoyeva S., Yarikulov Sh. (2023). Results of treatment of patients with liver cavities. // International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research, 2023; 3(6):204-209. <https://researchcitations.com/index.php/ibmscr/article/view/2141>
11. Арашов Р.Р., Ярикулов Ш.Ш. Усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени // Ustozlar uchun. 2023; 1(19):257-263.
12. Sh.S. Yarikulov, A.I. Radjabov–Modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 years of age. // New Day in Medicine. 2023; 6(56):64-72.

Поступила 20.12.2023