



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

7 (69) 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
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
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)

7 (69)

2024

июль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.367-089.48-615.8-7

ПРИМЕНЕНИЕ НАЗОБИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Болтаев Н.Р. <https://orcid.org/0009-0008-9451-1659>

Уроков Ш.Т. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Абидов У.О. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

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

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,

Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Бахоуддина Накшбанди 159, тел:

+998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

Были проанализированы результаты лечения 112 пациентов, страдавших длительной механической желтухой доброкачественной этиологии. За контрольную группу больных были подобраны 46 истории болезни и проанализированы ретроспективно. Основную группу больных составили 66 больных с длительной механической желтухой доброкачественной этиологии. В контрольной группе - 31 (67,4%) женщин и 15 (32,6%) мужчин. В основной группе мужчин было 28 (42,4%), а женщин - 33 (57,6%). При поступлении большинство пациентов имели тяжёлую степень тяжести заболевания. Длительность желтухи было более 14 дней. Причиной нарушения проходимости желчных протоков были различные факторы, в основном крупные конкременты и их сочетания, прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки стриктуры. Для диагностики использовались различные методы, такие как клиническое и лабораторное обследование, УЗИ, ЭРПХГ, ЭПСТ, МРПХГ и другие. Лечебная программа в контрольной группе было эндоскопические декомпрессии с стентированием и без, одномоментные оперативные вмешательства и стандартная инфузионная, антибактериальная терапия. Основной группе больных выполнялись эндоскопические декомпрессии с стентированием, назобилиарное дренирование (НЗБД) и ранний плазмаферез (рПФ) в комбинации в маленьких подгруппах с целью определения эффективной их комбинации. Все больные основной группы наряду с стандартной терапией с 1 го дня получали препараты глутатион и ремаксол.

В результате лечения у больных основной группы по сравнению с контрольной группой резко снизились показатели осложнений постдекомпрессионном периоде и смертность от печёночной недостаточности и реперфузионного синдрома. Это позволило провести радикальные хирургические операции с минимальным риском для пациентов.

Ключевые слова: длительная механическая желтуха, назобилиарное дренирование.

NAZOBILIAR DRENAJLASHNI QO'LLASH ORQALI UZOQ MUDDATLI MEXANIK SARIQLIKNI DAVOLASH

Boltayev N.R. <https://orcid.org/0009-0008-9451-1659>

O'rovkov Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Abidov U.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti

O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali

Buxoro viloyati, 200100, Buxoro, ko'ch. Bahouddin Naqshbandiy 159, tel: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ **Rezyume**

Yaxshi etiologiyali uzoq muddatli mexanik sariqlik bilan 112 nafar bemorni davolash natijalari tahlil qilindi. Bemorlarning nazorat guruhi uchun 46 ta kasallik tarixi tanlangan va retrospektiv tarzda tahlil qilingan. Bemorlarning asosiy guruhi yaxshi etiologiyali uzoq muddatli mexanik sariqlik bilan 66 bemordan iborat edi. Nazorat guruhida 31(67,4%) ayollar va 15(32,6%) erkaklar tashkil qildi. Asosiy guruhda 28 (42,4%) erkaklar va 33 (57,6%) ayollar tashkil qildi. Bemorlar qabul qilinganida, ko'pchiligida kasallikning og'ir darajasi rivojlangan edi. Sariqlikning davomiyligi 14 kundan ortiq edi. O't yo'llarining o'tkazuvchanligini turli sabablarga ko'ra, bular asosan yirik toshlar, strikturaning o't yo'llariga exinokokk kistasining kirib borishi sabab bo'lgan. Tashxis qo'yish uchun klinik va laboratoriya tekshiruvi, ultratovush tekshiruvi, ERPG, EPST, MRPHG kabi turli usullar qo'llanilgan. Nazorat guruhidagi davolash dasturi stentlash bilan va stentlashsiz endoskopik dekompressiyani, bir vaqtda jarrohlik aralashuvni va standart infuzion va antibakterial terapiyani o'z ichiga oladi. Asosiy guruh bemorlarni davolashda, samarali kombinatsiyasini aniqlash uchun kichik kichik guruhlarda, ya'ni stentlash, nazobiliar drenaj (NBD) kabi endoskopik dekompressiya va erta plazmaferez (ePF) o'tkazildi. Asosiy guruhning barcha bemorlari standart terapiya bilan bir qatorda 1-kundan boshlab glutation va remaksolni qabul qilishdi.

Davolash natijasida asosiy guruhdagi bemorlarda nazorat guruhiga nisbatan dekompressiyadan keyingi davrda asoratlar va jigar etishmovchiligi va reperfuzion sindromdan o'lim darajasi keskin kamaydi. Bu bemorlar uchun minimal xavf bilan radikal jarrohlik operatsiyalarini o'tkazish imkonini berdi.

Kalit so'zlar: uzoq muddatli mexanik sariqlik, nazobiliar drenaj.

APPLICATION OF NASOBILIARY DRAINAGE IN TREATMENT OF LONG-TERM OBSTRUCTIONAL JAUNDICE OF BENIGN GENESIS

Boltayev N.R. <https://orcid.org/0009-0008-9451-1659>

Urokov Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Abidov U.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina

Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1 Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care

Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhoudin Nakshbandi 159, tel: +998652252020

E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ **Resume**

The results of treatment of 112 patients suffering from long-term mechanical jaundice of benign etiology were analyzed. For the control group of patients, 46 case histories were selected and analyzed retrospectively. The main group of patients consisted of 66 patients with long-term mechanical jaundice of benign etiology. In the control group there were 31 (67.4%) women and 15 (32.6%) men. In the main group there were 28 (42.4%) men and 33 (57.6%) women. On admission, most patients had severe disease severity. The duration of jaundice was more than 14 days. The cause of the obstruction of the patency of the bile ducts was various factors, mainly large stones and their combinations, the breakthrough of an echinococcal cyst into the bile ducts of the stricture. For diagnosis, various methods were used, such as clinical and laboratory examination, ultrasound, ERCP, EPST, MRCP and others. The treatment program in the control group included endoscopic decompression with and without stenting, simultaneous surgical interventions and standard infusion and antibacterial therapy. The main group of patients underwent endoscopic decompression with stenting, nasobiliary drainage (NBD) and early plasmapheresis (ePP) in combination in small subgroups in order to determine their effective combination. All patients of the main group, along with standard therapy, received glutathione and remaxol from the 1st day.

As a result of treatment, in patients of the main group, compared with the control group, the rates of complications in the post-decompression period and mortality from liver failure and reperfusion syndrome sharply decreased. This made it possible to carry out radical surgical operations with minimal risk to patients.

Key words: prolonged mechanical jaundice, nasobiliary drainage.

Актуальность

Проведение хирургического вмешательства у пациентов с длительной механической желтухой (МЖ) сопряжено с высоким риском осложнений и высокой послеоперационной смертностью. Современный подход к управлению такими пациентами предусматривает первоочередную билиарную декомпрессию с использованием миниинвазивных методов [3,4]. Причины МЖ могут быть разнообразны, включая холедохолитиаз, доброкачественные стриктуры желчного протока и опухоли гепатобилиарной зоны. При выборе хирургической тактики наиболее важными факторами являются степень печеночной недостаточности (ПН) при МЖ. Оценка степени печеночной недостаточности может быть осуществлена с использованием классификации Э.И. Гальперина, учитывающей не только уровень общего билирубина и общего белка сыворотки, но также и наличие осложнений, которые усиливают тяжесть МЖ, такие как холангит, почечная недостаточность, энцефалопатия, нарушение свертывающей системы крови, кровотечение из желудочно-кишечного тракта, сепсис [5].

У многих пациентов достижение билиарной декомпрессии приводит к улучшению их состояния и позволяет провести радикальное хирургическое вмешательство для устранения причины, вызвавшей механическую желтуху (МЖ). Однако у некоторых пациентов, несмотря на эффективное и миниинвазивное дренирование желчных протоков, может возникнуть ухудшение печеночной функции, развиться гепаторенальный синдром и усилиться печеночная энцефалопатия [1,7]. Это состояние, известное как синдром "быстрой" билиарной декомпрессии [6], представляет собой серьезное осложнение, сложное для лечения, которое часто приводит к фатальным последствиям и требует дополнительного изучения.

Цель исследования - улучшение исходов лечения пациентов с длительной механической желтухой доброкачественного генеза (ДМЖДГ) с целью профилактики развития синдрома "быстрой" декомпрессии путем применения назобилиарного дренирования, раннего ПФ и использования современных гепатопротекторов и антигипоксантов.

Материал и методы

Были проанализированы результаты лечения 112 пациентов, страдавших длительной механической желтухой доброкачественного генеза (ДМЖДГ). За контрольную группу больных были подобраны 46 истории болезни и проанализированы ретроспективно. Основную группу больных составили 66 больных с длительной механической желтухой доброкачественной этиологии. В контрольной группе - 31 (67,4%) женщин и 15 (32,6%) мужчин. В основной группе мужчин было 28 (42,4%), а женщин - 33 (57,6%). При поступлении большинство пациентов имели тяжелую степень тяжести заболевания. Длительность желтухи было более 14 дней.

Диагностическая программа и лечебная тактика определялись сроками заболевания, уровнем билирубинемии и общим состоянием пациента. Все пациенты госпитализированы в палаты интенсивной терапии. При госпитализации всем пациентам проводилось обследование, включающее различные анализы, УЗИ, ЭГДС, а также консультации специалистов. Большинству пациентов эндоскопическую ретроградную папиллотомию проходили в течение первых суток лечения. Оперативным вмешательства производили при снижении концентрации билирубина ниже 100 мкмоль/л.

При ФГДС проводился осмотр зоны БДС, канюлирование и выполнение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) для выявления причины и уровня билиарного блока, а также для выбора оптимального метода его устранения с использованием транспапиллярных эндоскопических методов, таких как эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), литэкстракция, механическая литотрипсия при крупных и плотных камнях, стентирование ОЖП или назобилиарное дренирование (НЗБД). В исследовании включены пациенты с доброкачественной этиологией МЖ и которым удалось выполнить ретроградное эндоскопическое дренирование ОЖП. Распределение пациентов в зависимости от причины МЖ представлено в таблице 1.

При поступлении большинство пациентов имели тяжелую степень тяжести заболевания. Длительность желтухи было более 14 дней.

Наблюдалось значительное увеличение количества билирубина в крови пациентов обеих групп, информация о котором представлена в таблице 1. Показатели билирубина у большинства пациентов варьировали от 300 до 400 мкмоль/л, у 29 (44%) больных в основной группе и у 18

(39%) в контрольной. У части пациентов уровень билирубина был повышен до 400-500 мкмоль/л 10(15%) в основной группе и у 6 (13%) в контрольной.

Этиологические причины ДМЖДГ Таблица 1.

Виды патологии	Основная группа		Контрольная группа	
	Кол-	%	Ко	%
1. ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.	16	24%	13	28,3%
2. ЖКБ. хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.	25	38%	24	52,2%
3. ЖКБ. Холедохолитиаз. стеноз ТОХ. Механическая желтуха.	5	7,5%	2	4,3%
4. Резидуальный холедохолитиаз. Механическая желтуха	4	6%	2	4,3%
5. ЖКБ. Синдром Мириззи. Механическая желтуха.	3	4,5%	1	2,2%
6. Стенозирующий папиллит. Механическая желтуха. Острый гнойный холангит.	9	13,5%	3	6,5%
7. Холангит. Стриктура холедох. Механическая желтуха.	3	4,5%	1	2,2%
8. Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки. Механическая желтуха.	1	1,5%	-	-
Всего:	66	100%	46	100%

Таким образом, на момент поступления пациентов выраженность и продолжительность холестатического синдрома были очень высокими.

В контрольной группе было эндоскопические декомпрессии с стентированием и без, одномоментные оперативные вмешательства и стандартная инфузионная, антибактериальная терапия. Основной группе больных выполнялись эндоскопические декомпрессии с стентированием, назобилиарное дренирование (НЗБД) и ранний плазмаферез (рПФ) в комбинации в маленьких подгруппах с целью определения эффективной их комбинации. Все больные основной группы наряду с стандартной терапией с 1 го дня получали препараты глутатион и ремаксол. Вторым этапом II выполнялось радикальные оперативные вмешательства.

С 2015 года исследование синдрома "быстрой" билиарной декомпрессии приобрело статус проспективного, что позволило более детально изучить истории болезни пациентов, подвергшихся дренирующим хирургическим вмешательствам в связи с механической желтухой

с 2008 до 2015 года. Анализ проводился как ретроспективно на основе имевшихся клинических и лабораторных данных, которые могли быть недооценены ранее в контексте развития данного осложнения.

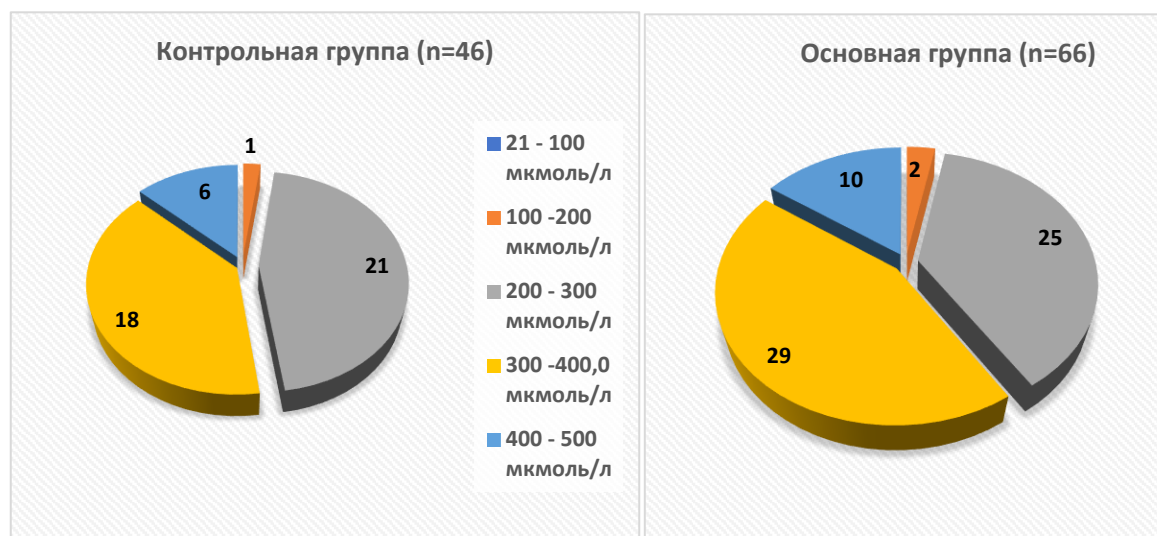


Рис 1. Концентрация общего билирубина в обеих группах в момент поступления

Результат и обсуждения

Технический успех дренирующих процедур был достигнут у всех пациентов. Однако, в ряде случаев послеоперационный период сопровождался осложнениями. Количество осложнений постдекомпрессионном периоде, послеоперационном периоде и показатели смертности представлены в табл. 2.

В контрольной группе больных из 46(100%) пациентов только 35(76%) произведены эндоскопические декомпрессии остальным 11(34%) вследствие отсутствия на то время миниинвазивных методов декомпрессии выполнены одномоментные оперативные лечения.

Из осложнений в контрольной группе 2(5,7%) случаях развился постконтрастный панкреатит, в основной группе у 1(1,5%) больного, вылечился консервативно.

Кровотечение из папиллотомных ран было в контрольной группе 2(5,7%) больных, в основной группе у 3(4,5%) больных удалось остановить кровотечение консервативно, путем введения викасола, дицинона, тронаксемовой кислоты и свежезамороженной плазмы и эндоскопическим путем.

Структура летальности была следующей: после эндоскопической декомпрессии в контрольной группе погибло 4(11,4%) больных, в основной группе 2(3%), смерть произошло вследствие прогрессирования печеночной недостаточности, у 2 – почечно-печеночная недостаточность.

В основной группе больных после эндоскопической декомпрессии умерло 2(3%) больных 1 прогрессирование ПН и 1 – почечно-печеночная недостаточность.

На II-этапе оперативного лечения после ЛХЭК в контрольной группе умерло 2(4,3%) оба от ОИМ и в основной группе больных 1(1,5%) после ТЭЛА.

Традиционные методы оперативного лечения в контрольной группе у 15(32,6%) больных, из них как первый этап выполнено 11(24%), остальные после эндоскопических декомпрессий. Смертность 5(33,3%) случаях, у 2 –х больных ПН, у – 1 печеночно-почечная недостаточность, у – 2 гемобилия прогрессирование ПН.

В основной группе больных выполнено традиционных холецистэктомии с дренированием холедоха при деструктивных формах и осложнениях перитонитом у 7(10,6%) больных, смертность составило 3(28,5%), из них 2 прогрессирование перитонита и 1 гемобилия.

В контрольной группе в целом после эндоскопической декомпрессии и традиционных оперативных вмешательств в раннем периоде 11(24%) случаях развился синдром «быстрой»

декомпрессии в раннем послеоперационном периоде. У больных основной группы у 4 (6%) больных.

Характеристика эндоскопических и послеоперационных осложнений у пациентов обеих групп (n=112)

Таблица 2.

Группы	Количество	осложнения	смертность	Причина смерти
Транспапиллярные эндоскопические вмешательства				
контроль	35(76%)	8(22,8%)	4(11,4%)	ПН-2, почечно-печеночная недостаточность-2.
основной	66(100%)	7(10,6%)	2(3%)	ПН-1, почечно-печеночная недостаточность -1.
Лапараскопическая холецистэктомия				
контроль	12(26%)	2(4,3%)	2(4,3%)	ОИМ - 2
основной	38(57,6%)	1(1,5%)	1(1,5%)	ТЭЛА - 1
Лапаротомная холецистэктомия				
Контроль	15(32,6%)	8(53,3%)	5(33,3%)	ПН – 2, почечно-печеночная недостаточность -1, гемобилия - 2.
Основной	7(10,6%)	3(42,5%)	3(28,5%)	Перитонит – 2, гемобилия - 1
Всего				
Контроль		14(30,4%)	11(24%)	
Основной		5(7,5%)	6(9%)	

Во всех наблюдениях дренирующее пособие осуществлено при уровне гипербилирубинемии, превышающем критически значимую величину 220 мкмоль/л [5] (в среднем 350,7±55,6 мкмоль/л), и продолжительности желтухи 13,7±,9 (6–25) сут. Средний возраст составил 62,3±8,5 года.

В клинических наблюдениях, завершившихся летальным исходом, ухудшение состояния пациента и показателей анализов крови в среднем наступало на 3-4 сутки после декомпрессии после дренирующей процедуры, а происходило через несколько дней на фоне временного улучшения. Поэтому анализ историй болезни пациентов, умерших до 2018 года, позволил ретроспективно выявить клинические и лабораторные признаки, характерные для синдрома «БД», а также запоздалое применение лечебных мероприятий, обусловленное недооценкой выявленных осложнений.

Начиная с 2018 года были определены ключевые прогностические маркеры синдрома «БД», что позволило разработать диагностический алгоритм для его идентификации и проведения необходимых лечебных мероприятий. С помощью метода корреляционного анализа были выявлены наиболее значимые клинические и биохимические критерии, основанные на ряде показателей сыворотки крови, которые имеют достоверное влияние на возможность прогнозирования развития синдрома «БД» при выполнении эндоскопической ретроградной декомпрессии у пациента с ДМЖДГ.

Длительный период развития более 14 суток, уровень билирубина >250 мкмоль/л, уровень креатинина >135 мкмоль/л на фоне уменьшения суточного диуреза, повышение МНО>1,5 расценивали в качестве признаков неблагоприятного исходного фона.

Наращение уровня общего билирубина за счет непрямой фракции, уменьшение уровня альбумина плазмы по сравнению с дооперационным, увеличение концентрации креатинина >135 мкмоль/л на фоне уменьшения суточного диуреза, повышение МНО >1,5 определены в качестве

наиболее значимых лабораторных признаков синдрома «БД» и развития реперфузионного синдрома. Также было установлено, что развитие печеночной энцефалопатии, выявляемой клинически (появление сонливости, неразборчивая речь, заторможенности) является одним из неблагоприятных прогностических признаков.

Заключение

Синдром «БД» является тяжелым осложнением постдекомпрессионного периода при ДМЖДГ. Недо оценка его значимости, запоздалая интерпретация клинических и лабораторных признаков, несвоевременное проведение лечебных мероприятий и рПФ могут привести к тяжелым последствиям для пациента. Синдром «БД» проявляется как реперфузионный синдром клинкой печеночной недостаточности, гепаторенального синдрома и расстройством гемостаза. Исползования НЗБД, раннего ПФ после декомпрессии, использования препаратов глутатиона и ремаксолоа в лечебной программе, не дожидаясь ухудшения состояния больных позволит улучшить результаты лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Wang L., Yu W.F. Obstructive jaundice and perioperative management. //Acta Anaesthesiol. Taiwan. 2014;52(1):22–29.
2. Абакумов М.М., Мусселиус С.Т., Александровский В.Н. Диагностика и лечение острой печеночной недостаточности. - НИИ ск. помощи им. Н.В.Склифосовского,1998; с.47.
3. Гальперин Э.И. Механическая желтуха: состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения / Э.И. Гальперин //Анналы хирургической гепатологий. 2011;3:16.
4. Гальперин Э.И. Оптимальный уровень общего билирубина перед выполнением окончательного этапа лечения при механической желтухе опухолевой этиологии /Э.И. Гальперин, А.Е. Котовский, О.Н. Момунова И //Анналы хирургической гепатологии. 2011;16(1):45-51.
5. Гальперин Э.И., Момунова О.Н. Классификация тяжести механической желтухи. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014;1:5-9.
6. Гальперин Э.И. Механическая желтуха: состояние “мнимой стабильности”, последствия “второго удара”, принципы лечения. //Анналы хирургической гепатологии. 2011;16(3):16-25.
7. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Конторщикова Е.С. Приоритетные направления в лечении больных с механической желтухой. //Анналы хирургической гепатологии. 2011;16(3):9-15.

Поступила 20.06.2024