



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. ИЛЬЯСОВ
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. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (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

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:
ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

июль

Received: 20.06.2024, Accepted: 02.07.2024, Published: 10.07.2024

УДК 616.367-089.48-615.8-7

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

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

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

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

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. Баходутина Накшбанди 159, тел:
+998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

Проведено наблюдение и лечение 112 пациентов с. Больные разделены на три группы: контрольная группу - 46 больным ретроспективные больные, которым проводилась эндоскопическая декомпрессия и стандартная консервативная терапия, и основная группа 66 пациентам проспективные больные которым проводилась эндоскопическая декомпрессия назобилиарное дренирование (НЗБД), ранний плазмаферез (рПФ), препараты глутамиона и ремаксола.

После изучения осложнений в ретроспективной группе и анализа осложнений было предпринята лечение новым алгоритмом больных с длительной механической желтухой доброкачественной этиологии. Для лечения этих больных в до и последекомпрессионного периода использовали препараты ремаксола и глутамиона. После проведения эндоскопической декомпрессии с целью профилактики синдрома «быстрой декомпрессии», «реперфузионного» синдрома и прогрессирования ПН выполняли стентирование, НЗБД и рПФ. Части больных основной группы больных проводили стентирование и рПФ, у части больных выполнялась НЗБД с рПФ, участии больных стентирование без рПФ. Лучшие результаты лечения получены при сочетанном НЗБД с рПФ и при использовании препаратов ремаксола и глутамиона.

Ключевые слова: длительная механическая желтуха, «быстрая декомпрессия», НЗБД, рПФ.

YAXSHI SIFATLI UZOQ MUDDATLI MEXANIK SARIQLIK SIDROMIDA DAVOLASH TAKTIKASI

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

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

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

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

Bemorlar uch guruhga bo‘lingan: nazarat guruhi - 46 bemor endoskopik dekompressiya va standart konservativ terapiya o’tkazilgan retrospektiv bemorlar va 66 bemorning asosiy guruhi, endoskopik dekompressiya qilingan bemorlar nazobiliar drenaj (NZBD), erta plazmaferez (ePF), glutation va remaxol preparatlari.

Retrospektiv guruhdagi asoratlarni o’rganish va asoratlarni tahlil qilishdan so’ng, uzoq muddatli mexanik sariqlik bilan og’rigan bemorlar uchun yangi algoritim bilan davolash amalga oshirildi.



Ushbu bemorlarni prepressiyadan oldin va keyingi davrda davolash uchun remaxol va glutation preparatlari ishlataligani. Endoskopik dekompressiyadan so'ng, "tez dekompressiya", "reperfuzion" sindromining oldini olish va PN rivojlanishining oldini olish uchun stentlash, NZBD va ePF amalga oshirildi. Bemorlarning asosiy guruhidagi bemorlarning bir qismi stentlash va ePF, bemorlarning bir qismi ePF bilan NZBD, bemorlarning taqdiri ePFsiz stentlash amalga oshirildi. Davolashning eng yaxshi natijalari NZBDni ePF bilan birlashtirilganda va remaxol va glutation preparatlarini qo'llash orqali olinadi.

Kalit so'zlar: uzoq muddatli mexanik sariqlik, "tez dekompressiya", NZBD, ePF.

THERAPEUTIC TACTICS FOR LONG - TERM MECHANICAL JAUNDICE SYNDROME OF BENIGN ETIOLOGY

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

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

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

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. Bakhouddin Nakshbandi 159, tel: +998652252020 E-mail:
bemergency@rambler.ru

✓ Resume

112 patients were monitored and treated. The patients were divided into three groups: the control group consisted of 46 patients, retrospective patients who underwent endoscopic decompression and standard conservative therapy, and the main group of 66 patients, prospective patients who underwent endoscopic decompression nasobiliary drainage (NZBD), early plasmapheresis (ePF), glutathione and remaxol preparations.

After studying the complications in the retrospective group and analyzing the complications, a new algorithm was used to treat patients with prolonged mechanical jaundice of benign etiology. Remaxol and glutathione preparations were used to treat these patients before and after the decompression period. After endoscopic decompression, stenting, NZBD and ePF were performed in order to prevent "rapid decompression" syndrome, "reperfusion" syndrome and progression of PN. Some patients of the main group of patients underwent stenting and ePF, some patients underwent NZBD with ePF, and some patients underwent stenting without ePF. The best treatment results were obtained with combined NZBD with ePF and with the use of remaxol and glutathione preparations.

Keywords: prolonged mechanical jaundice, "rapid decompression", NZBD, ePF.

Актуальность

Механическая желтуха (МЖ) - не только представляет собой сложность для хирургического лечения, но и часто сопровождается серьезной интоксикацией, способствующей развитию печеночной недостаточности (ПН). Данные исследователей показывают, что традиционные хирургические методы не всегда эффективны, и послеоперационная смертность остается высокой, достигая 15-45% [6,7].

Одной из основных причин плохих результатов является прогрессирующая печеночная недостаточность после операции, несмотря на интенсивное медикаментозное лечение, с летальностью до 53% [5].

Продолжительное наличие желтухи с повышенными уровнями билирубина вызывает серьезные функциональные нарушения в печени, которые могут продолжать ухудшаться даже после декомпрессии желчных путей, и часто становятся причиной смерти пациентов. В послеоперационный период значительно возрастает вероятность развития печеночно-почечной недостаточности и синдрома полиорганной недостаточности. У половины пациентов, у которых прогрессирует печеночная недостаточность после операции, это становится причиной смерти, что увеличивает общий уровень летальности до 12,5% [1, 2, 3, 4].



Цель исследования: Изучит научно обоснованный лечебной тактики при синдроме длительной механической желтухи доброкачественной этиологии.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находился 112 больной с длительной механической желтухой доброкачественной этиологии у которых развивалось печенечная недостаточность разной степени из них течение заболевания осложнилось 43(38,2%) острым гнойным холангитом. Тяжесть состояния больных определялась длительностью холестаза и наличием гнойной интоксикации желчных путей.

По длительности механической желтухи (основаная и контрольная группы) они распределились на холестазы до 10 дней - 43(65%) и 32(70%) больных соответственно, 20-30 дней - 19(29%) и 12(26%) соответственно, более 30 дней - 4(6%) и 2(4%) соответственно.

Проведено наблюдение и лечение 112 пациентов с длительной механической желтухой доброкачественной этиологии. Больные разделены на три группы: контрольная группу - 46 больным ретроспективные больные, которым проводилась эндоскопическая декомпрессия и стандартная консервативная терапия. Основная группа, которая составило 66 больных были разделены на 4 маленькие группы: n=24(36,4%) больных вставлялся стент с использованием (ремаксол, глутатион); n=18(27,3%) больных устанавливали НЗБД с (ремаксол, глутатион); n=12(18,2%) больных сент и проводился рПФ с (ремаксол, глутатион) и n=12(18,2%) больных НЗБД и рПФ с (ремаксол, глутатион). (2016-2023 года). В последние годы использовали схему НЗБД и рПФ с (ремаксол, глутатион) n=12(18,2%) при котором получены наилучшие результаты. Также, с 1 го дня после эндоскопической декомпрессии желчных протоков в этой группе пациентов был проведен ранний плазмаферез (ПФ) с целью предотвращения развития "синдрома реперфузии". Препараты Ремаксол вводили по 400,0 мл в течении средней 6 дней внутривенно капельно, препарат глутатион 1 раз в день по 1,2-2,4 г внутривенно капельно.

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

В зависимости от степени тяжести печенечной недостаточности (ПН) у больных с ДМЖДГ распределены легкую, среднюю и тяжелую ПН данные приведены таблице 1.

Показатели билирубина у больных с длительной механической желтухой доброкачественной этиологии на момент поступления.

таблица 1

Количество общего билирубина, мкмоль/л	Количество больных	
	Основная группа (n=66; %)	Контрольная группа (n=46; %)
21 - 100 мкмоль/л	-	-
100 -200 мкмоль/л	2 (3%)	1(2%)
200 - 300 мкмоль/л	25(38%)	21(46%)
300 -400,0 мкмоль/л	29(44%)	18(39%)
400 - 500 мкмоль/л	10(15%)	6(13%)
Всего:	66(100%)	46(100%)

При этом ПН легкой степени у больных основной и контрольной группы были 31(47%) и 25(54,5%) соответственно, средней тяжести 20(30%) и 12(26%) соответственно и тяжелая ПН 15(23%) и 9(19,5%) соответственно. Между двумя группами не было различий в распределении пациентов в зависимости от тяжести ПН.

Разделение больных в зависимости от тяжести печеночной недостаточности (n=112)

таблица 2

Тяжесть ПН	Основная группа (n=66)	Контрольная группа (n=46)
	абс.ч. %	абс.ч. %
Легкая	31 (47%)	25(54,5%)
Средняя	20(30%)	12(26%)
Тяжелая	15(23%)	9 (19,5%)

Для оценки цитолиза клеток печени анализируются такие состояния, как цитоплазматические и мембранные гепатоциты, содержащие ферментативную активность (АЛТ), и, соответственно, анализирует ферментативную активность (ЩФ). Увеличение концентрации этих ферментов в крови 1,5-5 раза оценивается как легкое увеличение, более 6-10 кратное увеличение рассценивается как тяжелое.

I-этап эндоскопические виды декомпрессии выполненные в обеих группах

таблица 3.

	Виды вмешательств	Основная группа (n=66; %)	Контрольная группа (n=46; %)
1.	ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ, стентирование	36(54,5%)	22(48%)
2.	ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ	-	10(22%)
3.	ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ, назобилиарное дренирование	30(45,5%)	-
4.	атипик ЭПСТ, ЛЭ, стентирование	-	2(4%)
5.	СПХДС, литоэкстракция, стентирование	-	1(2%)
	Всего:	66(100%)	35(76%)

II - этап оперативных вмешательств

таблица 4.

№	Виды вмешательств	Основная группа (n=66; %)	Контрольная группа (n=46; %)
1.	Лапароскопическая холецистэктомия (после ЭРПХГ и литоэкстракции).	38(57,6%)	12(26%)
2.	Традиционная холецистэктомия (после ЭРПХГ и литоэкстракции).	3(4,5%)	6(13%)
3.	Традиционная холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому.	-	1(2%)
4.	Традиционная холецистэктомия, холедохотомия, дренирование холедоха по Керу.	3(4,5%)	6(13%)
5.	Традиционная холецистэктомия, ренирование холедоха по Вишневскому.	-	2(4,3%)
6.	Открытая эхинококкэктомия печени	1(1,5%)	-
6.	Всего:	45(68,2%)	27(58,7%)

В обеих группах (контрольной и основной) выполнялась эндоскопическая ретроградная декомпрессия ОЖП (таблица 3).

Необходимо отметить, что в контрольной группе больных из 46(100%) больных только 35(76%) произведено эндоскопическая декомпрессия желчных путей. Остальным больным произведено одномоментные лапаротомные оперативные вмешательства.

Больным основной группы всем 66(100%) произведена эндоскопическая декомпрессия ЭРПХГ; ЭПСТ, ЛЭ стентирование 36(54,5%) и почти половине больных произведена после декомпрессии НЗБД ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ, назобилиар дренирование (НЗБД) - 30(45,5%).

Больным контрольной группы 22(48%) ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ; ЭРПХГ, ЭПСТ, ЛЭ стентирование - 10(22%); атипик ЭПСТ, ЛЭ, стентирование - 2(4%) и СПХДС, литоэкстракция, стентирование - 1(2%). Больным контрольной группы неодному НЗБД не выполнено. (таблица 3).

Количество и характер выполненных оперативных вмешательств II этапа представлены в таблице 4.

Результат и обсуждение

Клинические проявления были весьма разнообразными, вызванными холестазом и эндотоксикозом. При поступлении у всех пациентов наблюдалась желтушность склер и кожи. Основные симптомы включали боль в эпигастральной области и/или в правом подреберье (92%), а также обесцвеченный кал (100%). У 96% пациентов печень выступала из-под реберной дуги на 3-4 до 12 см, имела плотноэластическую консистенцию и была болезненной. У 92% больных отмечались гектическая температура и лихорадка.

Эндоскопическая декомпрессия способствует созданию благоприятных условий для проведения радикальных оперативных вмешательств, преодолению печеночно-почечной недостаточности, желтухи и улучшить функции печени. Снижение гипербилирубинемии, объективный критерий восстановления физиологических функций печени и является условием для создания благоприятного условия проведения II этапа радикального оперативного лечения.

Однако, в случае синдрома длительной желтухи в некоторых клинических ситуациях происходит наоборот ухудшение состояния больных после эндоскопической декомпрессии. Причиной этого клинического эффекта является "реперфузионный" синдром или синдром "быстрой декомпрессии". Ретроспективный анализ больных позволил выявить отрицательные результаты эндоскопического, лапароскопического малоинвазивного методов контрольной группы.

После I- этапа эндоскопической декомпрессии у 24(68,5%) больных гипербилирубинемия снизилась, но постдекомпрессионном периоде на 2-4 дни у 3(8,5%) больных показатели гипербилирубинемии остались не изменными то есть не снижались, даже 8(23%) больных несмотря на удачное выполнение декомпрессии наоборот стали увеличиваться. (у больных с ПН класса В и С). Таблица 5.

Повышение уровня общего билирубина у пациентов привело к утяжелению ПН, это состояние проявлялось как нарушение сознания, сонливости (сопор, кома I степени), у пациентов резко развилось общее недомогание. Наблюдались кровотечения из кожи и подкожных тканей из мест инъекций, нарушения гипокоагуляции.

В контрольной группе больных у 19(41,3%) пациентов II этапа операции не выполнено. Из них 8(17,4%) пациентов были выполнены одноэтапные эндоскопические вмешательства, а у остальных 11 (24%) пациентов наблюдалась "БД", как следствие, развитие реперфузионного синдрома. Это состояние развивалось у больных с ПН класса В и С.

В контрольной группе было зарегистрировано в общей сложности 6 случаев летального исхода. У 4 пациентов - печеночно-почечной недостаточность, у 2 - гемобилия. Эти осложнения вызваны развитием синдрома "реперфузии", который вызван длительной желчной гипертензией в печени и быстрым уменьшением давления в желчных протоках после декомпрессии. Основная причина также связана ограниченным использованием методов экстракорпоральной детоксикации, в частности плазмафереза. Также нет четких рекомендаций на какие сутки после декомпрессии необходимо использовать ПФ и как часто. За короткий промежуток времени в кровоток поступает большое количество токсичных веществ и продуктов перекисного окисления липидов приводят к ухудшению общего состояния пациентов. Это связано с недостаточностью механизмов компенсации детоксикации организма и истощением его ресурсов из-за длительной обструкции желчных протоков.

Динамика билирубина после эндоскопической декомпрессии у больных контрольной группы (n=35)

Таблица 5

Билирубин динамика	Уровень билирубина (мкмоль/л)			
	Исходно M±m	После декомпрессии 2-сутки	5-сутки	10-сутки
Без динамики n=3(8,5%)	388,5±52,6	390,3 ±32,6	385,7±25,2	380,4±18,5
Снижение билирубина n=24(68%)	220,7±55,2	165,7±22,1	135±10,3	85,5±5,5
Увеличение билирубина n=8(23%)	320,1±20,6	341,3 ±18,6	360,7±22,2	329,4±15,1

В основной группе у больных которым после эндоскопической декомпрессии использовался стент+ПФ (n=12), была проведена ранний ПФ, т.е. во второй половине дня или через 1 день после эндоскопической декомпрессии, но из-за того, что декомпрессия желчных путей выполнялась с помощью стента, контроль за количеством отделяемой желчи было невозможно.

Таблица 6
Динамика билирубинемии в основные группы после выполнения различных видов декомпрессии и использования ПФ (n=66)

Билирубин	группы	Исходное	1 сутки	3 сутки	5 сутки	7 сутки	10 сутки
	ПФ + НЗБД (n=12)	380±20,4	370,5±25	270±15,4	180±12,4	111±5,5	78,9±3,1
	ПФ+стент (n=12)	360±15,5	350,8±18	301,5±18,5	250,5±10,8	180,1±7,4	150,5±4,7
	стент (n=24)	330±18,5	325,5±22	350,8±18,5	340,5±20,3	300±17,5	258,5±15,5
	НЗБД (n=18)	340±17,3	320±25	310,4±15,1	280,9±17,3	250,9±12,7	200,3±12,5

В группе больных ПФ+НЗБД концентрация общий билирубина на 3 сутки уменьшилось

количестве 29%, 5 сутки- 2 (52%) раза, 7 (71%) и 10 сутки раза.

Этим больным сеансы ПФ выполнено на 2-е и 5-е сутки (объемом удаленной плазмы в среднем около 1000 мл за раз). Контроль выделенной желчи из НЗБД контролировался медперсоналом (в день 2-3 раза порциями в среднем по 150-200 мл за раз). Лучшие результаты лечения были получены при сочетанном НЗБД+ рПФ и при использовании препаратов ремаксола и глутатиона.

По нашему мнению при декомпрессии ускоряется кровоток в паренхиме печени и в кровоток поступает большое количество токсинов за короткий промежуток времени.

Послеоперационные и постдекомпрессионные осложнения и их характеристики в обеих группах (n=112)

Таблица 7

Мининвазивные вмешательства	количество	осложнения	смертность	Причины смерти
Транспапиллярные эндоскопические вмешательства				
контрольная	35(76%)	8(22,8%)	4(11,4%)	ПН-2, почечно-печеночная недостаточность-2.
основная	66(100%)	7(10,6%)	2(3%)	ПН -1, почечно-печеночная недостаточность -1.
Лапароскопическая холецистэктомия				
контрольная	12(26%)	2(4,3%)	2(4,3%)	ОИМ - 2
основная	38(57,6%)	1(1,5%)	1(1,5%)	ТЭЛА - 1
Лапаротомная холецистэктомия				
контрольная	15(32,6%)	8(53,3%)	5(33,3%)	ПН – 2, почечно-печеночная недостаточность -1, гемобилия - 2.
основная	7(10,6%)	3(42,5%)	3(28,5%)	Перитонит – 2, гемобилия - 1
Всего:				
контрольная		14(30,4%)	11(24%)	
основная		5(7,5%)	6(9%)	

Осложнения в контрольной группе после эндоскопической декомпрессии составляет 8(22,8%), а основная группа - 7 (10,6%). В основной группе осложнения в процентном соотношении в 2 раза меньше. Смертность в контрольной группе составило 4(11,4%) (причины ПН-2 и ППН-2), в основной группе состояла 2(3%) улимов (причины ПН-1 и ППН-1).

Заключение

У больных с длительной механической желтухой доброкачественного генеза проведение только эндоскопической декомпрессии и стандартной консервативной терапии не может приводить к положительным результатам данного контингента больных. Необходимо после декомпрессии ОЖП проводить НЗБД, ранний ПФ в сочетании применения препаратов глутатиона и ремаксола в комбинации. Лучшие результаты лечения получены при использовании на II этапе радикального оперативного лечения мининвазивных методов оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. 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.
2. Абдуллаев Э.Г., Корухов Н.Ю., Писаревский А.А. Опыт применения консервированных ксеногепатоцитов в комплексном лечении больных желтухами // Вестник хирургии. 1991;4:101-103.
3. Абдулмуслимов А.М. Роль гепатопротекторов в коррекции функции печени при механической желтухе: автореф. дис. канд. мед. наук: Москва, 2009; 22 с.
4. Аваков В.Е., Сафаров Х.О., Петухов К.Б., Тошев Х.Р. Оптимизация лечения синдрома эндогенной интоксикации у больных механической желтухой неопухолевого генеза // Вестник новых медицинских технологий. 2002;3:79-81.
5. Гальперин Э.И. Механическая желтуха: состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения /Э.И. Гальперин //Анналы хирургической гепатологии. 2011;3:16.
6. 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.
7. Парфенов И.П. Печеночная недостаточность при механической желтухе опухолевого генеза, основные принципы профилактики и лечения: автореф. дис. д-ра мед. наук / И. П. Парфенов. - Воронеж, 2000; 35 с.

Поступила 20.06.2024