

ENDOGEN INTOKSIKATSIYA BILAN ASORATLANGAN O'TKIR XOLANGITGA CHALINGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA DIFFERENTIAL YONDASHUV

S. S. Davlatov¹, B. P. Normamatov²

¹Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

²Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Tayanch so'zlar: yiringli xolangit, endogen intoksikatsiya, plazmaferez, plazmani bilvosita elektrokimyoviy detoksifikatsiya qilish.

Ключевые слова: гнойный холангит, эндогенная интоксикация, плазмаферез, непрямая электрохимическая детоксикация плазмы.

Key words: purulent cholangitis, endogenous intoxication, plasmapheresis, indirect electrochemical plasma detoxification.

Tadqiqot yiringli xolangit bilan asoratlangan yaxshi genezli mexanik sariqlik bilan og'rigan 116 bemorni o'rganish natijalariga asoslangan. Xolemik endotoksikozli 35 bemorda o't yo'llarining dastlabki minimal invaziv dekompressiyasidan so'ng turli xil davolash usullari qo'llanilgan. 11 bemorda (I guruh) an'anaviy davolash, shu jumladan infuzion va antibiotik terapiyasi qo'llanildi; 12 bemorda (II guruh) plazmaferez natriy gipoxlorit bilan plazmaning bilvosita elektrokimyoviy oksigenatsiyasi (BEKO) bilan birgalikda ishlatilgan; va 12 (III guruh)da qo'shimcha plazma ozonatsiyasi (PO bilan BEKO + Ozon) va keyinchalik detoksifikatsiyalangan plazmani qayta quyish qo'llanildi. Minimal invaziv dekompressiyalarni amalga oshirish va plazmaferezni qo'llash bilan ishlab chiqilgan differentsial bosqichli jarrohlik taktikasi endotoksikoz, xolestaz va jigar disfunktsiyasini to'xtatishga va shu bilan o'tkir xolangitli bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashga imkon beradi.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

С. С. Давлатов¹, Б. П. Нормаматов²

¹Бухарской государственной медицинской институт, Бухара, Узбекистан

²Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Основу исследования составили 116 больных механической желтухой доброкачественного генеза, осложненной гнойным холангитом. У 35 больных с холемическим эндотоксикозом после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих путей, применяли различные способы лечения. У 11 больных (I группа) применяли традиционное лечение, включающее инфузионную и антибиотикотерапию; у 12 больных (II группа) применяли плазмаферез в сочетании с непрямой электрохимической оксигенацией (НЭХО) плазмы гипохлоритом натрия; и у 12 (III группа) - с дополнительным озонированием плазмы (ПА с НЭХО + Озон) и последующей реинфузией детоксицированной плазмы. Разработанная дифференцированная этапная хирургическая тактика с выполнением миниинвазивных декомпрессий и применение плазмафереза позволяет купировать явления эндотоксикоза, холестаза и дисфункции печени и тем самым улучшить результаты лечения больных острым холангитом.

DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLANGITIS COMPLICATED BY ENDOGENOUS INTOXICATION

S. S. Davlatov¹, B. P. Normamatov²

¹Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

²Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

The study was based on 116 patients with benign obstructive jaundice complicated by purulent cholangitis. In 35 patients with cholemic endotoxemia after preliminary minimally invasive decompression of the biliary tract, various methods of treatment were used. In 11 patients (group I) traditional treatment was used, including infusion and antibiotic therapy; in 12 patients (group II) plasmapheresis was used in combination with indirect electrochemical oxygenation (IECHO) of plasma with sodium hypochlorite; and in 12 (group III) with additional plasma ozonation (PA with IECHO + Ozone) and subsequent reinfusion of detoxified plasma. The developed differentiated staged surgical tactics with the implementation of minimally invasive decompressions and the use of plasmapheresis makes it possible to stop the phenomena of endotoxemia, cholestasis and liver dysfunction and thereby improve the results of treatment of patients with acute cholangitis.

Dolzarbli. Yiringli xolangit o't yo'llarining kelib chiqishi yaxshi va yomon kasalliklarining eng tez uchraydigan va og'ir asoratlaridan biridir. O'tkir yiringli xolangit va biliar sepsis mahalliy va tizimli ravishda yuzaga keladigan yuqumli va yallig'lanish jarayonining turli ko'rinishlaridir [1,4]. Xolangit va o't sepsisi o't yo'llarida yuqumli jarayonning rivojlanishi natijasida organizmdagi organik va funktsional, umumiy va mahalliy patologik o'zgarishlar majmuasi bilan namoyon bo'ladi va ularning o'tkazuvchanligi buzilganida yuzaga keladi va xoledoxolitiyaz, Vater ko'krak qafasining stenoz, Mirizzi sindromi bilan og'rigan bemorlarning 17-83% da kuzatiladi

[2,6,10]. Shikastlanishdan keyingi o't yo'llarining strukturasi va biliodigestiv anastomozlarning tsikatrslisli torayishi bo'lgan bemorlarda xolangit 80% dan ko'proq hollarda aniqlanadi [1]. O't yo'llarida yallig'lanish jarayoni nafaqat mahalliy yiringli-destruktiv jarayon, balki tezda og'ir endogen intoksikatsiyaga va organlarning jiddiy disfunktsiyasiga olib keladigan tizimli buzilishlar bilan tavsiflanadi. Bu holat ko'pincha xolangit deb hisoblanadi, uning morfologik va klinik ko'rinishlarining og'irligi juda xilma-xildir [3,7,10].

Jarrohlik aralashuvisiz o'tkir yiringli xolangit 100% hollarda o'limga olib keladi deb hisoblanadi. Operatsiyadan keyingi o'lim, turli mualliflarning fikriga ko'ra, juda katta farq qiladi va 13-60% ni tashkil qiladi [3,6,8]. Xolangitni jarrohlik yo'li bilan davolashda zamonaviy minimal invaziv aralashuvlarni joriy etish tufayli sezilarli yutuqlarga erishildi, ammo hal qilinmagan bir qator muammolar ham mavjud. Ulardan biri xolemik endotoksikoz bo'lib, plazmadagi metabolitlar (bilirubin, karbamid, kreatinin, qoldiq azot, transaminazalar, o'rtacha molekulyar og'irlikdagi oligopeptidlar va boshqalar) darajasining oshishi bilan kechadi [2,5,9,10]. Operatsiyadan keyingi o'lim darajasi 8 dan 27% gacha yetadi [3,4,8]. Endotoksemiya o'limning asosiy sababi ekanligidan kelib chiqqan holda, tabiiy ravishda detoksifikatsiya terapiyasi haqida savol tug'ildi. Plazmaferez yordamchi terapiyaning eng ko'p o'rganilgan usuli hisoblanadi.

Yiringli xolangitda plazmaferez samaradorligining ishonchli dalillari bilan plazmani almashtirish hajmini va bemorlarga tozalangan plazmani qayta quyish imkoniyatini kamaytirish orqali uning samaradorligini oshirish uchun keyingi tadqiqotlar talab etiladi.

Materiallar va uslublar. Tadqiqot Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filiali negizida o'tkazildi. Tadqiqot giperbilirubinemiya, o'tkir xolangit, biliar sepsis va og'ir biliar sepsis bilan og'irgan 116 bemorga asoslangan. Bemorlarning aksariyati ayollar 74 kishi, erkaklar 42 kishi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $61,3 \pm 7,6$ yil edi. O'tkir xolangit va biliar sepsis diagnostikasi anamnez, klinik ko'rinish (Charcot triadasi, Reynolds pentad) va laboratoriya tekshiruvini asosida amalga oshiriladi, bu esa SOFA (Sepsis organ etishmovchiligini baholash) shkalasi bo'yicha organ yetishmovchiligi darajasini va og'irlik darajasini aniqlash imkonini beradi. SIRS (Tizimli yallig'lanish) mezonlari bo'yicha tizimli yallig'lanish reaksiyasi-javob sindromi). O'tkir xolangitning klinik ko'rinishi bu - titroq, tana haroratining keskin pasayishi bilan $38-40^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi. Bemorlarning 62 foizida titroq kasallikning birinchi kunida sariqlik paydo bo'lishi bilan boshlangan. Eng ko'p uchraydigan klinik belgilar og'riq, sariqlik va isitma edi. Klassik Charcot triadasi va Reynolds pentadasi nisbatan kam uchraydi (36% va 11% hollarda). Shunday qilib, o'tkir xolangitni o'tkir xoletsistitdan ajratish uchun mutlaqo ishonchli klinik belgilar mavjud emas edi.

Shuning uchun o'tkir xolangit tashhisida biz yuqori informatsion laboratoriya va instrumental tadqiqot usullarini afzal ko'rdik.

Laboratoriya va instrumental diagnostika an'anaviy klinik tekshiruvlarga qo'shimcha ravishda qon zardobidagi bilirubin va uning fraktsiyalari darajasini, sarum aminotransferaza faolligini, gidroksidi fosfataza, oqsil va uning fraktsiyalari tarkibini, xolesterin darajasini protrombin, timol va sublimat namunalarning ko'rsatkichlarini aniqlashni o'z ichiga oladi.

O'tkir xolangit, safro sepsisi va gepatopankreatoduodenal zona a'zolarining patologiyasini operatsiyadan oldingi diagnostika qilishning invaziv bo'lmagan usullari, ular fizik tekshiruvdan tashqari, ultratovush va kompyuter tomografiyasini o'z ichiga oladi. Endoskopik tadqiqotlar orasida xoledokoskopiya, fibrogastroduodenoskopiya, laparoskopiya, retrograd xolangiopankreatografiya mavjud. Yakuniy tashhis operatsiya davomida mikroflorani aniqlash bilan o't yo'llari va safro devorlaridagi xarakterli o'zgarishlar bilan belgilanadi.

Xolangit va o't sepsisining eng ko'p uchraydigan sababi xoledoxolitiaz - 62,7%, o'tkir destruktiv xoletsistit - 5,9%, xoledoxda echinokokk kistalarining yorilishi - 5,9%, umumiy xoledoxning terminal qismining strikturasi - 4,7% asosiy, 4,7%. o'n ikki barmoqli ichak papilla - 4,3% striktura biliodigestive anastomoz va Mirizzi sindromi mos ravishda, 4,1% va 4,3%. O'tkir xolangit va biliar sepsis bilan og'irgan barcha bemorlarga jarrohlik davolash o'tkazildi. Operatsiya turiga qarab, 6 ta bemorlar guruhi aniqlandi, ular jadvalda keltirilgan.

O't yo'llari sepsisi bilan asoratlangan o'tkir xolangit bilan og'irgan bemorlarni jarrohlik davolash taktikasi qat'iy tabaqalashtirilgan bo'lib, asosan o't yo'llarini dekompressiyalash, plazmaferez va sanitariya qilishning uch bosqichli usuli qo'llaniladi.

O't yo'llarining dekompressiyasi radikal operatsiyani kechiktirish va uni yanada qulayroq

1 jadval.

Jarrohlik davolash turlari.

№	Operatsiyalar	Soni
1	Endoskopik papillosfinkterotomiya (EPST)	13
2	Teri orqali- jigar orqali xolangiostomiya	3
3	Xoletsistektomiya, xoledoxolitotomiya, xoledoxning tashqi drenajlanishi	68
4	O'chirilgan Ru tuguni bo'yicha terminolateral gepatikoeyunoanastomoz	14
5	Abbe-Pikovskiy bo'yicha kist kanalini drenajlash uchun xoletsistektomiya	11
6	Xoledoxotomiya, xoledoxning tashqi drenajlanishi	7
JAMI		116

davrda amalga oshirish imkonini berdi. EPST va TJXS uchun ko'rsatmalar o'tkir xolangitning rivojlanishiga sabab bo'lgan o't yo'llarining yallig'lanishli strukturasi bilan yoki bo'lmagan xoledoxolitiaz deb hisoblanadi. Davolashning birinchi bosqichidagi dastlabki og'ir ahvolni hisobga olgan holda, minimal invaziv operatsiyaning asosiy vazifasi yiringli xolangitni dekompressiyalash va o'tning o'n ikki barmoqli ichakka o'tishini tiklash orqali yo'q qilish hisoblanadi.

Olingan natijalarga ko'ra, barcha bemorlar to'rt guruhga bo'lingan: A guruhi - yallig'lanish reaksiyasi belgilari bo'lmagan obstruktiv sariqlik bilan og'irigan bemorlar (SIRS = 0) - 41 bemor; B guruhi - obstruktiv sariqlik va engil yallig'lanish reaksiyasi (SIRS bir belgisi) (o'tkir xolangit) bo'lgan bemorlar - 40 bemor; C guruhi - ikki yoki undan ortiq SIRS belgilari bo'lgan bemorlar (safro sepsis) - 28 bemor; D guruhi - ikki yoki undan ortiq SIRS belgilari va organlar disfunktsiyasi SOFA > 0 (og'ir o't sepsisi) bo'lgan bemorlar - 7 bemor.

A va B (41+40) guruhidagi 81 bemorda asosan (68 bemorga xoletsistektomiya, xoledoxolitotomiya va umumiy o't yo'lining tashqi drenaji) bir bosqichli jarrohlik aralashuvi qo'llanilgan.

C va D (28+7) guruhlaridagi 35 bemorda o't yo'llarining dastlabki minimal invaziv dekompressiyasidan so'ng plazmaferez (PA) qo'llanildi. Bemorlarning ahvoli yaxshilanganidan va periferik qon parametrlari normallashtirildigandan so'ng, jarrohlik davolash o'tkazildi. Ushbu bemorlar orasida uchta kichik guruh aniqlandi (2-jadval).

2 jadval.

Biliar sepsis bilan og'irigan bemorlarning belgilari.

Bemor guruhlari	An'anaviy davolash	PA bilan BEKO	PA bilan BEKO va Ozon	Jami	%
Biliar sepsis	7	8	8	23	65,7
Og'ir biliar sepsis	4	4	4	12	34,3
Jami	11	12	12	35	100

11 bemorda (I guruh) o't yo'llarining dastlabki dekompressiyasi bilan bir qatorda an'anaviy davolash, shu jumladan infuzion va antibiotik terapiyasi qo'llanilgan; 12 bemorda (II guruh) plazmaferez natriy gipoxlorit bilan plazmaning bilvosita elektrokimyoviy oksigenatsiyasi (BEKO) bilan birgalikda ishlatilgan; va 12 (III guruh)da qo'shimcha plazma ozonatsiyasi (BEKO va Ozon) va keyinchalik detoksifikatsiyalangan plazmani qayta quyish qo'llanilgan. Eksfuzion plazmani detoksifikatsiya qilish mezonlari, uni qayta infuzion qilish mumkinligi N.M.Fedorovskiy usuli bo'yicha aniqlanadi. (2004) (3-jadval).

3 jadval.

Eksfuzion plazmani detoksifikatsiya qilish mezonlari.

Plazma ko'rsatkichlari	Reinfuziya mezonlari
O'rtacha molekulyar massa polipeptidlari (O'MMP) darajasi (Gabrielyanga ko'ra)	< 0,24 shart. birlik
Gematokrit	< 27 ta/ml
Bilirubin umumiy	< 32 mmol / l
Kreatinin	< 0.2 mmol / L
Karbamid	< 8 mmol / L
Albominning umumiy konsentratsiyasi	> 35 g / l
Albuminining samarali konsentratsiyasi	> 30g / L
Albuminining bog'lanish qobiliyati	> 0,86
Albuminining zahiraviy bog'lanish qobiliyati	> 10 g / l

Xolangit bilan ogʻrigan bemorlarni reabilitatsiya qilish dasturini ishlab chiqish va ekstrakorporal detoksifikatsiya usullarini qoʻllashning maqsadga muvofiqligini baholash uchun biz xolangitda ogʻir endotoksikozli bemorlarda intoksikatsiyaning asosiy biokimyoviy va oʻziga xos koʻrsatkichlariga plazmaferezning taʼsirini oʻrganishni maqsad qildik.

Xolemik endotoksikozda tanani detoksifikatsiya qilish uchun bizning taklif qilayotgan usulimiz (UZ patenti, IAP 04630-son), u chiqarilgan plazmani olish, 10:1 hajmli nisbatda 1200 mg / l konsentratsiyali natriy gipoxlorit eritmasini qoʻshish, aralashmani saqlashni oʻz ichiga oladi. 6-8°C haroratda choʻkindini aspiratsiya bilan olib tashlash va avtoplazmani qayta quyish, plazmaga natriy gipoxlorit eritmasi qoʻshilgandan soʻng, hosil boʻlgan aralashmaning 10 daqiqa davomida ozon-kislorodli gaz aralashmasi bilan ozonlanishi bilan tavsiflanadi, shundan soʻng aralashma 3-4 soat davomida saqlanadi (O₃ taʼsir qilmasdan, plazma taʼsir qilish vaqti oʻrtacha 8-12 soat (RU 2033190 C)).

Natijalar va muhokama. 2 va 3-guruhlardagi bemorlarni davolash paytida laboratoriya parametrlarining dinamikasini qiyosiy baholash sezilarli farqlarni aniqlamadi. Jarrohlik davolashdan oldin giperleykotsitoz ikkala guruhda ham kuzatiladi. Biroq, 1-guruhdagi bemorlarda jarrohlik davolashdan soʻng, leykositoz koʻrsatkichlari faqat boʻshatish vaqtida normallashadi, bu esa aniqroq yiringli intoksikatsiyani koʻrsatadi. Shu bilan birga, 2 va 3-guruhlardagi bemorlarda operatsiyadan keyingi 5-kuni leykositozning tezroq pasayishi va normallashishi kuzatiladi.

Leykotsitlar intoksikatsiyasi indeksining (LII) dastlabki oʻsishi, operatsiya kunida keskin oʻsish barcha oʻrganilgan guruhlarda sodir boʻladi. 1-guruhdagi bemorlarda javob berish vaqtida bu koʻrsatkichning 46,9% ga sezilarli darajada pasayishi qayd etilgan. Aksincha, 2 va 3-guruhlardagi bemorlarda bu koʻrsatkichning sezilarli darajada pasayishi 6-kuni (64,1%) va javob berish vaqtiga toʻliq normallashishi qayd etildi, bu endotoksikozni yanada samarali bartaraf etish bilan bogʻliq. Barcha bemorlarda sezilarli giperbilirubinemiya qayd etilgan. Umumiy va toʻgʻridan-toʻgʻri bilirubinning eng yuqori koʻrsatkichlari 1-guruhda sekin pasayish kuzatilgan. Aksincha, 2 va 3-guruhlardagi bemorlarda operatsiyadan keyingi birinchi kunida umumiy bilirubinning 79,7% ga va 3-kunida 85,4% ga kamayishi aniqlandi, bu esa ushbu koʻrsatkichning tezroq normallashishiga olib keldi. 1-guruhdagi bilirubin darajasining sekin pasayishi, oʻt yoʻllarining dekompressiyasiga qaramasdan, xolestazning davom etishini va jigar hujayralarining disfunktsiyasini aks ettiradi. 2 va 3-guruhlardagi bemorlarda dastlabki dekompressiya va plazmaferez xolestaz, endotoksikoz va jigar disfunktsiyasini tezda bartaraf etishni (3-kunida) taʼminladi.

1-guruhdagi bemorlarda operatsiyadan keyingi 1-kuni yuqori miqdordagi kreatininemiya qayd etildi, bu kelajakda uzoq vaqt davom etdi, bu ogʻir endotoksikoz va xolestaz bilan ogʻrigan bemorlarda jigar va buyrak yetishmovchiligini koʻrsatdi, bu jarrohlik jarohati bilan kuchaygan. Aksincha, 2 va 3-guruhlardagi bemorlarda kreatininemiya operatsiyadan keyingi butun davr davomida normal chegarada qoldi, chunki dastlabki dekompressiya va plazmaferez jigar va buyrak yetishmovchiligining oldini olishga yordam berdi. 2 va 3-guruhlarning endogen intoksi-

4 jadval.

Endogen intoksikatsiyaning asosiy koʻrsatkichlarini kamaytirish uchun samaradorlik koʻrsatkichlarik

Koʻrsatkichlar	Qabul qilishda	Dekompressiyadan keyin	PA bilan BEKOdan keyin 2 kun	PA bilan BEKO va Ozondan keyin 2 kun
umumiy oqsil, g/l	77,3±0,3	76,5±0,2	74,5±0,5	74,6±0,45
karbamid, mmol/l	16,3±0,8	14,1±0,6	7,2±0,3	7,1±0,3
kreatinin, mmol/l	0,2±0,01	0,16±0,01	0,07±0,01	0,07±0,01
umumiy bilirubin, mkmol/l	218,2±16,4	197,4±9,8	39,3±2,7	38,1±2,5
alanin aminotransferaza	0,96±0,04	0,85±0,03	0,09±0,05	0,09±0,04
aspartat aminotransferaza	1,5±0,05	1,3±0,06	0,2±0,08	0,19±0,09
oʻrtacha ogʻirlikdagi molekullar, arb. birliklar	0,85±0,09	0,73±0,08	0,40±0,05	0,39±0,04
umumiy albumin konsentratsiyasi, g/l	38,7±1,4	37,9±1,1	36,3±2,0	36,4±2,1
albuminning samarali konsentratsiyasi, g / l	18,3±0,5	19,7±0,6	35,2±0,5	35,1±0,5
albuminni bogʻlash qobiliyati, arb. birliklar	0,46±0,03	0,53±0,04	0,9±0,07	0,9±0,08
intoksikatsiyaning leykotsitlar indeksi	3,7±0,01	3,2±0,02	2,8±0,02	2,7±0,03

katsiyasining asosiy ko'rsatkichlarini kamaytirish samaradorligi jadvalda keltirilgan.

Jadvaldan ko'rinib turibdiki. 4. PA ning BEKO va qo'shimcha plazma ozonatsiyasi bilan kombinatsiyasi ko'p jihatdan samaraliroq bo'ldi, bundan tashqari, ozonga qo'shimcha ta'sir qilish vaqtini 4-16 dan (o'rtacha 8-12 soatdan) 3-gacha kamaytirishga imkon berdi. 4 soat olingan ma'lumotlarning ishonchligi Student t-testlari yordamida $P=0,05$ boshlang'ich darajaga nisbatan tekshirildi.

Laboratoriya parametrlarini qiyosiy tahlil qilishda ularning normalizatsiyasi 2 va 3-guruhlardagi bemorlarda 5-6-kunlarda o'rnatildi, bu operatsiyaning optimal vaqtiga to'g'ri keladi.

Eng ko'p asoratlar 1-guruhdagi bemorlarda (17,7%), 2 va 3-guruhlardagi bemorlarda - mos ravishda 9,7% va 8,1%. Ulardan eng keng tarqalgani operatsiyadan keyingi yaraning yiringlashi, o'tkir jigar-buyrak etishmovchiligi, xolemik qon ketish va peritonitdir. Operatsiyadan keyingi o'lim darajasi 1-guruhda (6,4%) yuqori bo'lib, bu 2 va 3-guruhlariga (3,2%) nisbatan 2 baravar yuqori. O'limning asosiy sababi o'tkir jigar-buyrak yetishmovchiligi, angiokolit va sepsis edi. 2 va 3-guruhlarda yiringli obstruktiv xolangit bilan og'ir bemorlar vafot etdi. Ushbu bemorlarda plazmaferez bilan o't yo'llarining dastlabki dekompressiyasi va sanitariyasi o'limning kamayishiga va kasalxonaga yotqizish davomiyligining o'rtacha 5-9 kunga qisqarishiga olib keldi.

Og'ir endogen intoksikatsiya bilan og'ir bemorlarda operatsiyadan keyingi davrda eng og'ir endotoksikoz, 1-guruhdagi bemorlarda ko'p organ yetishmovchiligi saqlanib qoldi. Aksincha, 2 va 3-guruhlardagi bemorlarda ishlab chiqilgan diagnostika va davolash algoritmi tufayli jarrohlik davolashning eng yaxshi natijalari qayd etildi. Shunday qilib, safro sepsisi bilan asoratlangan o'tkir xolangitni 3 bosqichli dekompressiya, plazmaferez va o't yo'llarini sanitariya qilish usulidan foydalangan holda differentsial davolash va diagnostika taktikasi bemorlarning ushbu toifasi uchun eng oqilona hisoblanadi, bundan asoratlar soni sezilarli darajada kamayishi, operatsiyadan keyingi o'limning kamayishi, klinik tiklanishning tezlashishi dalolat beradi

Xulosalar:

Erta bosqichda yiringli xolangitning tashhisi va og'irligini aniqlashga imkon beradigan eng informatsion instrumental va laboratoriya usullari quyidagilardir: dinamikada va ERCP da gepatopankreatoduodenal hududning ekografiyasi, bilirubin, qon kreatinin, leykotsitoz, intoksikatsiya ko'rsatkichlarini tekshirish.

Endogen intoksikatsiyaning eng og'ir darajasi plazmaferez seanslarisiz operatsiya qilingan bemorlarda aniqlangan, bu esa yuqori o'lim (6,4%) bilan birga kelgan. Dastlabki minimal invaziv dekompressiya, detoksifikatsiya terapiyasi kursi, shu jumladan plazmaferez operatsiyadan keyingi o'limni 4 barobarga, asoratlar sonini 2 barobarga kamaytirishi va bemorlarning klinik tiklanishini tezlashtirishi mumkin.

Minimal invaziv dekompressiyalarni amalga oshirish va plazmaferezni qo'llash bilan ishlab chiqilgan differentsial bosqichli jarrohlik taktikasi endotoksikoz, xolestaz va jigar disfunktsiyasini to'xtatishga va shu bilan o'tkir xolangitli bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashga imkon beradi.

Biz taklif qilgan plazmaferez usuli xolemik endotoksikozning og'ir darajasi bo'lgan bemorlarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning yuqori samarali usuli bo'lib, utsitolitik (alanin aminotransferaza va aspartat aminotransferaza pasayishi) va xolestatik (bilirubinning pasayishi) faolligini barqarorlashtirishga yordam beradi.) jarayon, bu jigarning oqsil-sintetik funksiyasini yaxshilaydi, bu esa ushbu bemorda imkon qadar asosiy klinik ko'rinishlarni bartaraf etish imkonini beradi, bemorlarning og'ir kontingenti va shu bilan jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalarni sezilarli darajada kengaytiradi.

Plazmaferez paytida chiqarilgan bemorlarning plazmasini 3-4 soat davomida natriy gipoxlorit eritmasi va qo'shimcha ozonlash bilan regeneratsiya qilish uning toksikligini pasaytiradi va bemorning tanasiga qayta quyish uchun qulay qiladi. Ekstrakorporal modifikatsiyalangan avtoplazmani qayta quyish bilan tavsiya etilgan takomillashtirilgan plazmaferez donor oqsilli preparatlarga bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi, mumkin bo'lgan immun reaksiyalar xavfini kamaytiradi, bemorni hepatit B va C viruslari, inson immunitet tanqisligi virusi, sitomegalovirus, herpes virusi bilan yuqtirish xavfini kamaytiradi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Алыбаев Э. У. и др. Оптимизация методов лечения билиарного сепсиса и острого холангита в современных условиях //Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2018. – №. 7. – С. 101-104.
2. Давлатов С.С. Новый метод детоксикации организма в лечении больных гнойным холангитом. // «Медиаль» 2013. № 3. - С. 62-65.
3. Корольков А. Ю. и др. Критерии диагностики и лечебная тактика при остром холангите и билиарном сепсисе: взгляд с современных позиций //Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2019. – №. S1. – С. 40-43.
4. З.Б. Курбаниязов Коррекция синдрома эндогенной холевической интоксикации при повреждениях желчных протоков // Вестник врача, № 4, 2018. С.29-33.
5. З. Б. Курбаниязов, К. Б. Саидмуродов, И. А. Арзиев Оптимизация тактико-технических аспектов комплексного хирургического лечения острого гнойного холангита при желчнокаменной болезни // Вестник врача, № 1 (98), 2021. С.71-76. DOI: 10.38095/2181-466X-2021981-71-76
6. Осипов А. В. и др. Гибридные оперативные вмешательства в лечении холецистохоледохолитиаза, осложненного острым холангитом //Medline. ru. Российский биомедицинский журнал. – 2021. – Т. 22. – №. 1. – С. 243-253.
7. Ризаев Ж.А., Аширов З. Исследование степени эндогенной интоксикации у больных нейродермитом // Инновационные исследования молодых специалистов в медицине: Сборник тезисов / под ред. О.Ю. Александровой. М., - 2020. - С. 15.
8. Ризаев Ж.А., Ризаев Э.А., Бекжанова О.Е. Оценка эндогенной интоксикации у детей с герпетическим стоматитом по спектральному составу веществ низкой и средней молекулярной массы // Журнал Клиническая стоматология. – Москва. 2017, №4-84. - С. 15-17.
9. Столин А. В. Хирургическое лечение острого холангита //Уральский медицинский журнал. – 2019. – №. 11. – С. 106-109.
10. Тиджиева Э. З. Роль адьювантной оксигенотерапии в комплексной детоксикации при остром холангите // Заметки ученого. – 2021. – №. 9-1. – С. 131-136.
11. Б. З. Хамдамов, С. С. Давлатов, Ф. Н. Хайдаров, И. Б. Хамдамов Оптимизация хирургического лечения острого калькулёзного холецистита, осложнённого гнойным холангитом // Вестник врача, № 3 (100), 2021. С.116-119. DOI: 10.38095/2181-466X-20211003-116-119
12. Чернышов Т. М. и др. Наш опыт лечения острого холангита //Хирургия Беларуси на современном этапе. – 2018. – С. 96-97.
13. Kantola T., Koivusalo A.M., Hockerstedt K., Isoniemi H. The effect of molecular adsorbent recirculating system treatment on survival, native liver recovery, and need for liver transplantation in acute liver failure patients. Transpl Int. 2008; P. 21:857-866.
14. Patzer J.F., 2nd Thermodynamic considerations in solid adsorption of bound solutes for patient support in liver failure. Artif Organs. 2008; - P. 499-508.