Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ**

**ОСВІТИ імені П.Л. Шупика**

**ЧОРНОМИЗ ВІТАЛІЙ ДМИТРОВИЧ**

*УДК 616.36 – 008.5-085*

ПоРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЕФЕРЕНТНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАнНІ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

14.01.03 - хірургія

# АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ – 2009

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на кафедрі хірургічних хвороб АТЗТ «Медичного інституту Української асоціації народної медицини», м. Київ

**Науковий керівник**

доктор медичних наук, професор Скиба Володимир Вікторович, АТЗТ «Медичний інститут Української асоціації народної медицини» ,

завідувач кафедри хірургічних хвороб

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор Дронов Олексій Іванович, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця МОЗ України,

завідувач кафедри загальної хірургії №1

доктор медичних наук, професор Паламарчук Володимир Іванович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України,

завідувач кафедри хірургії та судинної хірургії

Захист відбудеться «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2009 р. о «\_\_\_\_\_\_\_» годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.08 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України

( 04112 , м. Київ, вул.Дорогожицька,9).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (м. Київ, вул. Дорогожицька, 9)

Автореферат розісланий «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

кандидат медичних наук, доцент М.М. Гвоздяк

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

 **Актуальність теми.** Захворюваність на механічну жовтяницю з кожним роком збільшується як в Україні, так і в усьому світі (Р.Б.Мумладзе. та співавт., 2004). Механічна жовтяниця в структурі захворювань жовчовивідних шляхів становить 4,8 –35%, досягаючи при злоякісних новоутвореннях жовчних протоків і органів периампулярної зони 36,6-47,0% (А.П.Радзіховський. та співавт., 2001). Для лікування механічної жовтяниці використовують сучасні високотехнологічні хірургічні засоби, проте летальність залишається високою (М.Д.Василюк та співав., 2003, А.В.Столин та співав, 2006 ), а прогноз – часто несприятливий (П.Г.Кондратенко та співав., 2007). На тлі прогресування інтоксикації , метаболічних розладів, важливу роль відіграють порушення функції життєво важливих органів і систем (М.В.Лисенко та співав, 2006, N.Penkov, 2003). Виконання навіть мінімального оперативного втручання у пацієнтів за наявності механічної жовтяниці ( формування холецістостоми або холедохостоми) є ускладнюючим чинником у виникненні печінкової недостатності (А.Г.Гринцов, 2002). Післяопераційна летальність при доброякісних захворюваннях жовчовивідних протоків , ускладнена механічною жовтяницею, складає 3,9 – 30 % (П.Г.Кондратенко та співавт., 2007; Д.Ю.Рязанов та співав., 2007), злоякісних –10,5 – 80,0 % (М.В.Лисенко та співав., 2006). . При залучені в процес більш ніж трьох органів летальність сягає 100% (А.Є Кузьменко.та співавт, 2006). Частота післяопераційних ускладнень становить 7 – 18%, а за наявності печінкової недостатності - 14,3 – 54,3% (В.М.Старосек та співавт, 2007).

 Особливо важливим є ранній початок консервативної терапії та оперативного лікування. В перші дні після відновлення жовчевідтоку стан хворого може погіршуватися, також можливе прогресування печінкової недостатності (В.М.Старосек та співавт, 2007). За відсутності невідкладних показань до виконання операції (перитоніт) доцільним є проведення передопераційної підготовки з метою детоксикації і профілактики ускладнень. Для вирішення цього завдання необхідне застосування такого лікувального методу, який би забезпечив швидке зменшення рівня білірубіну, тяжкості інтоксикації, відновлення водно-електролітного балансу. В післяопераційному періоді необхідно попередити виникнення гострої печінкової недостатності.

 В сучасній медичній практиці все більше застосовують методи еферентної терапії, які сприяють детоксикації, відновленню гомеостазу, нормалізації імунного статусу (А.Л.Костюченко А.Л., 2000; Н.А.Лопаткин і співав., 1989; Н.Н.Калинин , 2006; S.Mitzner et al., 2005). Таким чином, застосування еферентної терапії в поєднанні з хірургічним втручанням у хворих з приводу синдрому механічної жовтяниці є актуальним.

 **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб Медичного інституту УАНМ: “Дослідження можливості використання нових технологій при оперативних втручаннях у хворих з поєднаною хірургічною патологією”, (номер державної реєстрації 010311008727).

 **Мета та завдання дослідження.** Метою дослідження є поліпшення результатів лікування хворих з синдромом механічної жовтяниці на основі диференційованого вибору методів еферентної терапії.

Відповідно до поставленої мети сформульовані наступні завдання дослідження .

 Завдання дослідження :

1. Розробити діагностично – лікувальний алгоритм на підставі статистичного аналізу результатів лікування хворих з використанням еферентних методів .
2. Визначити роль і місце різних методів еферентної терапії в комплексі лікування хворих з синдромом механічної жовтяниці та печінковою недостатністю.
3. Довести ефективність методів еферентної терапії в лікуванні хворих з синдромом механічної жовтяниці.
4. Розробити та впровадити нові способи лікування гепатоцелюлярної недостатності при синдромі механічної жовтяниці у хворих з цирозом печінки.
5. Вивчити віддалені результати лікування хворих з синдромом механічної жовтяниці

**Об’єкт дослідження***.*: 307 хворих з синдромом механічної жовтяниці (з них 163 – I (основна) група, 144 – II група порівняння).

 **Предмет дослідження:** порівняльна оцінка ефективності використання різних методів еферентної терапії хворих з синдромом механічної жовтяниці у різних стадіях печінкової недостатності.

 **Методи дослідження***.* Фізичні, клініко – лабораторні (гематологічні, біохімічні, імунологічні), інструментальні (ультразвукове дослідження, фіброгастродуоденоскопія, доплерографія, рентгенографія, комп’ютерна томографія, еластометрія), гістологічні, статистичні методи дослідження.

 **Наукова новизна**

Вперше визначена ефективність різних методів еферентної терапії в лікуванні хворих з синдромом механічної жовтяниці.

 Вперше застосований пристрій «Екстракорпоральна клітинна штучна печінка», як спосіб лікування печінкової недостатності у хворих з синдромом механічної жовтяниці при супутньому цирозі печінки (патент України № 2154 від 17.11.2003 ).

 Впровадженні методики з застосуванням допоміжної „штучної” печінки в лікуванні гострої печінкової недостатності різної тяжкості (патент України № 1563 від 16.12.2002 ).

 Розроблені нові методи хірургічного втручання з застосуванням гідро скальпеля

( патент України №17001 15.09.2006 ).

 Науково обґрунтований та розроблений спосіб лікування гепатоцелюлярної недостатності, з використанням методу екстракорпоральної детоксикації (патент України № 42928 від 15.11.2001 ).

 Вперше впроваджені в комплекс лікування хворих з синдромом механічної жовтяниці нові гемо- та плазма сорбенти – біоспецифічний антипротеіназний сорбент, гемосорбент гранульований делігандезуючий, гемосорбент вуглецевий ДНК вмісний біоспецифічний, плазма сорбент волокнистий делігандезуючий .

**Практичне значення результатів дослідження та їх впровадження в практику.**

 **Застосування еферентної терапії у хворих з механічною жовтяницею в умовах невідкладної хірургії сприяло зменшенню вмісту білірубіну, активності ферментів, тяжкості ендотоксикозу, відновленню електролітів.**

 **Використання пристрою „Апарат для гідроструменевої дисекції органічних тканин” дозволило у 1,9 раз скоротити тривалість операції та в 4,1 раз зменшити об’єм інтраопераційної крововтрати (р<0,05). Застосування еферентної терапії дозволило вдвічі зменшити ступінь обсіменіння мкроорган6ізмами жовчі та нормалізувати її склад , у порівнянні з хворими , яким еферентну терапію не проводили.**

 **Призначення після операції ультрафіолетового опромінювання (УФО) крові , плазмаферезу, внутрішньо судинного лазерного опромінювання крові (ВЛОК) дозволило зменшити частоту післяопераційних ускладнень на 49,5% . (р<0,05).**

 **Післяопераційна летальність при застосуванні еферентної терапії у хворих на механічну жовтяницю не пухлинного генезу становила – 2,3%, пухлинного генезу – 15,1%; за відсутності еферентної терапії – відповідно 6,2 та 32,3% (р<0,05).**

Особистий внесок здобувача в отриманні результатів наукових досліджень. **Дисертаційна робота є завершеним самостійним дослідженням. Здобувачем самостійно проведений аналіз даних літератури за темою дисертації, обґрунтована її актуальність, сформульовані мета і завдання дослідження, здійснений аналіз і статистична обробка отриманих результатів, сформульовані основні положення й висновки дисертаційної роботи, підготовлені публікації за темою дисертації.**

**Дисертант безпосередньо брав участь та самостійно виконував операції з приводу механічної жовтяниці, використовував під час операцій гідроструменевий скальпель.**

**Здобувач є автором кількох вдосконалених методів еферентної терапії, що має відображене в патентах на винахід та раціоналізаторських пропозиціях. Дисертант самостійно застосовує понад 40 модифікованих методів екстракорпоральної детоксикації. Наукові положення і результати дисертації розроблені й отримані автором особисто.**

 **Апробація результатів дисертації**. Основні матеріали і положення дисертаційної роботи викладені й обговорені на : науково-практичній конференції «European Congress» I.H.P.B.A. «BUDAPEST1999» ( Будапешт 1999 .); міжнародному конгресі «XII World Congress of the International Society for Artificial Organs» ( Единбург 1999 ); міжнародному конгресі «XIII World Congress of the International Society for Artificial Organs» (Осака 2001).; науково-практичній і учбово-методичній конференції “Інноваційні технології в хірургії” ( Полтава 2008 ); науково-практичній конференції “Актуальні проблеми клінічної хірургії” ( Київ 2008 ) ; науково-практичній міжнародній конференції “Актуальні питання сучасної хірургії” ( Київ 2008 ); науково-практичній конференції “Актуальные вопросы неотложной и восстановительной медицины” ( Донецьк 2009 ).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковані: 1 монографія, 8 наукових робіт, з них 3 –: у вигляді статей у профільних журналах, включених до переліку видань рекомендованих ВАК України, 5 у вигляді тез доповідей у матеріалах конгресів, конференцій і отримані . 4 патенти України , 3 посвідчення про раціоналізаторські пропозиції.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 154 сторінках друкованого тексту , складається з: вступу, огляду літератури, розділів матеріалу та методів досліджень, 3 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків. Список використаних літературних джерел містить 215 посилань. Робота проілюстрована 31 таблицею та 28 рисунками.

Основний зміст роботи

 Матеріали і методи дослідження. **Для вирішення поставлених завдань проведене комплексне обстеження 307 хворих з синдромом механічної жовтяниці. Хворі розподілені на 3 групи:**

 I група (основна) – 163 хворих, ( 116 жінок віком від 24 до 89 років та 47 чоловіків віком від 26 до 87 років) , яким крім оперативного втручання проводили еферентну терапію до та після операції.

 II група (порівняння) – 144 хворих, (107 жінок віком від 26 до 85 років та 37 чоловіків віком від 28 до 84 років), яким здійснювали тільки хірургічне втручання.

 До контрольної групи включені 50 здорових донорів.

 .Причиною виникнення МЖ механічної жовтяниці у 64 хворих були пухлини, у 243 хворих – МЖ була непухлинного походження. Пацієнти госпіталізовані у строки від 7 діб до 1 місяця від початку захворювання. Відповідно до класифікації , запропонованої Гальпериным Э.И. та співав.., та доповненням її Трещинським А.І. та співав виділяємо 4 ступеня гострої печінкової недостатності. I (легкого ступеня) – 15 хворих, II ( тяжкого ступеня ) – у 138 , III ( вкрай тяжкого ступеня) , відзначеного у 144 , IV ( гепатаргія) у 10 хворих.

 **У хворих I групи за 3 доби та за добу до операції проводили ентеросорбцію, ПА, ГО, ГС, УФО крові, ВАГОТ, застосовували систему допоміжної печінки «Екіпаж» та асцитосорбцію. Використовували такі самі методи детоксикації у 1, 3, 5, 7 –му добу.. Показання до застосування методів активної детоксикації до операції були: порушення прохідності жовчовивідних шляхів різного походження , прогресування печінкової та ниркової недостатності, збільшення тяжкості ендотоксикозу , підвищення рівня ПСММ, МДА в крові, гіпербілірубінемія, резистентність до стандартної детоксикаційної терапії. Показаннями до проведення еферентної терапії після операції вважали низьку ефективність стандартної терапії, тривалу гіпербілірубінемію ( протягом 1-3 діб після операції) , прогресування печінкової та ниркової недостатності, гіперферментемію, прогресування ендотоксикозу, підвищення ПСММ, МДА в крові, виникнення післяопераційних ускладнень..**

 **У хворих II групи до і після операції проводили стандартну терапію: інфузійно – трансфузійну, використання препаратів, що пригнічують секрецію підшлункової залози, , спазмолітичні, знеболюючі засоби, антибіотики, гепатопротектори.**

 **З методів еферентної терапії найбільш часто використовували до та після операції мембранний ПА. Кількість видаленої плазми за одну процедуру становила у середньому 600 – 700 мл ( 1/3 об’єму плазми, яка циркулює ). Одночасно видалену плазму заміщували ізотонічним розчином натрію хлориду з розрахунку 1:1,4, 5-10% розчином альбуміну, реополіглюкіном, реосорбілактом.**

 Як допоміжний метод до операції використовували екстракорпоральну «штучну печінку» у хворих з синдромом МЖ непухлинного походження та супутнім цирозом печінки, асцитом (патент України № 1563 від 16.12.2002 та патент України № 2154 від 17.11.2003 )

 Для гемосорбції застосовували апарати «Гемофеникс» , «Плазмавто», «АСУ», «АС-1», «АСВ» з використанням колонок на основі вугільних делігандезируючих сорбентів та колонки антипротеазним біоспецифичним сорбентом.

 Ентеросорбцію проводили в до - та післяопераційному періоді, призначали всередину препарат вуглецево – волокнистий для прийому внутрішньо по 3 таблетки тричі на добу. Також використовували відомі ентеросорбенти по 1 столовій ложці (15 грам) всередину або вводили через зонд в інтервалах між прийомами їжі (за 1,5 год. до та не раніше ніж через 2 год. після їди ).

 ГО проводили до та після операції шляхом внутрішньовенного введення озонованого ізотонічного розчину натрію хлориду

 ВАГОТ проводили до та після операції за допомогою апарата ОЗОН-У-М з використанням високої концентрації кисню на ауто крові.

 Для УФО крові застосували апарати «Ізольда» та «Надежда» шляхом опромінення 200 мл ауто крові в екстракорпоральному контурі.

 **Статистична обробка отриманих результатів проведена з використанням методів варіаційної статистики за допомогою програми Statistica for Windows.**

 Результати дослідження та їх обговорення. **Причинами виникнення механічної жовтяниці були: каміння у спільній жовчній протоці - 66,4% хворих, стриктура спільної жовчної протоки – у 0,7%, гострий панкреатит – у 6,0%, хронічний панкреатит та псевдо кисти підшлункової залози – у 2,6%, рак головки підшлункової залози – у 9,8%, рак великого сосочка дванадцятипалої кишки – у 4,5%, рак поза печінкових жовчних протоків – у 7,2%, первинний та метастатичний рак печінки – в 1,9%.**

 **У 121 хворого I групи та 96 – II групи в післяопераційному періоді проведене мікробіологічне та цитологічне дослідження жовчі. За даними мікробіологічного дослідження жовчі з дренажів у 73 (60,3%) хворих I групи та 83 ( 85,4%) – II групи , жовч була інфікована. При цьому мікробний спектр жовчі був майже однаковим. Концентрація мікробних тіл в обох групах становила 105 – 108 в 1 мл жовчі. На 8-10- ту добу концентрація мікробних тіл в 1 мл жовчі зменшилась у хворих I групи до 102 в 1 мл, у II групи – до 104 в 1 мл. За даними дослідження клітинного складу жовчі, взятої інтраопераційно, у 50 (41,3%) хворих I групи клітинні елементи вкривали все поле зору, у 23 (19,0%) – виявлені лейкоцити 35-40 в полі зору, у 48 (39,7%) – клітин не було.**

**У II групі у 67 (69,8%) хворих лейкоцити вкривали все поле зору, у 15 (15,6%) – їх було 35 – 40 в полі зору, у 14 (14,6%) – клітин не було. На 3-ю добу після операції у 42 (34,7%) хворих I групи за даними мікроскопії мазка жовчі відзначали 35-40 лейкоцитів в полі зору, в 11 (9,1%) – їх було 10-15, у 68 (56,2%) – клітин не було. У II групі у 31 (32,3%) хворого лейкоцити вкривали все поле зору, у 21 (21,9%) – виявили 35-40 клітин, у 25 (26,0%) – 10-15 клітин , у 19 (19,8%) – клітин не було. На 5-6 – ту добу у 15 (12,4%) хворих I групи у полі зору виявляли поодинокі клітини , у II групі до 12 – ї доби у 18 хворих відзначили до 10-15 лейкоцитів.**

 З приводу МЖ пухлинного ґенезу в 1 пацієнта І групи та в 1 пацієнта ІІ групи під час гепатікоєюностомії, а також у 2-х пацієнтів І групи та 1-го пацієнта ІІ групи під час ре каналізації пухлини і здійснення холедохотомії використовували апарат для гідроструменевої дисекції органічних тканин. При МЖ непухлинного ґенезу у 18-и хворих І групи та 16-ти хворих ІІ групи під час холицістектомії та зовнішнього дренування спільної жовчної протоки використовували також апарат для гідроструменевої дисекції органічних тканин. Об’єм крововтрати під час виконання холецистектомії, дренування спільної жовчної протоки за умови використанні апарата становив у середньому ( 67,4+14,3) мл, тривалість операції – (96,3+21,7 ) хв. Таким чином, використання апарата для гідроструменевої дисекції органічних тканин сприяло зменшенню частоти на 49,5 %. післяопераційних ускладнень (р<0,05), скороченню тривалості операції у 1,9 разу, в 4,1 рази зменшенню об’єму інтраопераційної крововтрати у порівнянні з цими показниками при виконанні оперативних втручань без застосування скальпеля. Частота використання методів еферентної терапії до і після операції наведена у табл. 1.

**Застосування методів еферентної терапії у хворих І групи в лікуванні МЖ (n=163)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Методи еферентної терапії** |  **Кількість спостережень за ступеню** **гострої печінкової недостатності**  |
| До операції  | Після операції  |
|  **групи** |  **групи** |
| **I** | **II** | **III** | **IV** | **I** | **II** | **III** | **IV** |
| Ентеросорбція | – | **18** | – | – | **13** | **9** | – | – |
| Ентеросорбція та ПА | – | **22** | **21** | – | **15** | **21** | – | – |
| Ентеросорбція та ГС | – | **18** | **6** | – | – | **25** | – | – |
| ГС | – | – | **13** | – | – | **19** | **1** | – |
| ПА, УФО крові та ВАГОТ | – | **13** | **22** | **5** | – | **10** | **21** | – |
| ПА та ГО | – | – | **15** | – | – | – | **18** | – |
| «Екстракорпоральна штучна печінка» та асцитосорбція | – | **18** | **10** | **2** | – | – | **9** | **2** |

 **Отже завдяки застосуванню різних методів еферентної терапії в І групі у яких відзначено гостру печінкову недостатність IV ступеня зменшилась кількість хворих з 7 до 2., ІІІ ступеня – з 87 до 49. У ІІ групі кількість хворих у яких виявлена гостра печінкова недостатність ІІІ та IV ступеня не тільки не зменшилася, а навіть збільшилася.**(табл. 2).

**Розподіл хворих ІІ групи з синдромом МЖ за ступенем гострої печінкової недостатності до та після операції. ( n=144)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ступінь гострої печінкової недостатності | Кількість хворих ІІ групи |
| До операції | Після операції |
| І | 15 | 8 |
| ІІ | 67 | 71 |
| ІІІ  | 59 | 61 |
| IV  | 3 | 4 |

 Оперативне втручання обирали залежно від ґенезу МЖ та ступеня печінкової недостатності. Основним завданням було забезпечення швидкого та максимального дренування жовчних проток.. Таке втручання поряд з використанням методів еферентної терапії забезпечило максимальне відновлення функції печінки, нормалізацію гомеостазу, зменшення вираженості холестазу та цитолізу.

 Наступним етапом хірургічного втручання було відновлення прохідності біліарної системи , виконання реконструктивних операцій , спрямованих на формування біліодигестивних анастомозів., а також зовнішнє та зовнішньо – внутрішнє дренування жовчних проток.. Найбільшою була група пацієнтів з холедохолітіазом.( 218 ).

 Ендоскопічну декомпресію жовчних проток здійснювали як перший етап хірургічного лікування хворих з МЖ і поліорганою недостатністю, або як остаточний етап у хворих за неоперабельної МЖ.

 Хірургічна тактика у хворих х МЖ пухлинного ґенезу відрізнялась. У 57 (89,1 %) пацієнтів виконані паліативні операції з метою відновлення жовчевідтоку та запобігання прогресуванню гострої печінкової недостатності. Оперативне втручання здійснювалось тільки після проведення передопераційної підготовки.

Для дослідження судинної системи печінки застосований метод допплерівського сканування, яке надавало інформацію про стан судин (стінки і просвіту) і навколишніх тканин. У пацієнтів І - групи до та після операції за даними аналізу доплерограм , кровотік в черевному стовбурі і загальній печінковій артерії характеризувався відносно високою піковою систолічною швидкістю, яка стрімко наростала, в той же час діастолична швидкість повільно зменшувалася ся. Характер кровотоку у ворітній вені навпаки, відрізнявся меншою піковою систолічною швидкістю і наявністю перед кривою діастоли короткочасної реверсивної хвилі. Становила у середньому величина кровотоку по загальній печінковій артерії 58%, по ворітній вені – 42%, що відображає відомий в літературі феномен «артеріалізації» кровопостачання печінки при МЖ. У 1 групи хворих після хірургічної декомпресії, використання ГС та ВАГОТ відзначали покращання перфузії печінки, що сприяло зменшенню функціонального навантаження на розподіл крові між судинними басейнами печінки порівняно з таким при проведенні стандартної медикаментозної терапії.

 Аналіз кровотоку в печінці и при МЖ після хірургічної декомпресії жовчних проток і проведення еферентної терапії свідчить про наступне:

1. при використанні ГС та ВАГОТ у хворих з МЖ спостерігається зменшення загальної печінкової перфузії внаслідок зменшення притоку крові по ворітній вені, яке значною мірою компенсується «артеріалізацією» кровопостачання печінки.

1. декомпресія біліарної системи сприяє відновленню загального об'єму перфузії печінки і нормалізації співвідношення його венозної та артеріальної частин.

3. у хворих з МЖ до операції при застосуванні медикаментозної терапії без використання методів еферентної терапії спостерігали критичне зниження печінкової перфузії;

4. застосування ГС та ВАГОТ зумовлює менше функціональне навантаження на перерозподіл крові між судинними басейнами печінки в порівнянні з такими при використанні лише медикаментозної терапії.

 Зміни лабораторних показників і даних інструментальних методів дослідження після застосування різних методів еферентної терапії на 3-ю добу після операції наведені в табл.3. Як свідчать дані в таблиці, найбільш ефективним методом еферентної терапії виявилася Екстракорпоральна «штучна печінка» та асцитосорбція, яку ми використовували за тяжкої гострої печінкової недостатності (III та IV ступеня) .

Крім того, поєднання модифікованих методів еферентної терапії , зокрема ПА з УФО крові та ВАГОТ, ПА та ГО виявилися більш ефективними (p<0,05) ніж ентеросорбція , ентеросорбція та ГС, ГС , ПА та ентеросорбція.

Найбільші зміни біохімічних показників були у хворих, яким проводився плазмаферез з УФО крові і ВАГОТ порівняно з хворими яким застосовувався плазмаферез з ентеросорбцією.

Так при використанні ПА та УФО крові і ВАГОТ перед операцією значне зменшення вмісту відмічено зменшення білірубіну з 171,42 до 103,27 мкмоль/л, сечовини з 10,01 до 6,48 ммоль/л, ЛФ з 672,81 до 439,71 МО/л, при застосуванні ПА з ентеросорбцією менше виражена динаміка біохімічних показників:, вміст білірубіну зменшився з 176,13 до 148,74 мкмоль/л, сечовини – з 10,15 до 7,14 ммоль/л, ЛФ – з 654,76 до 623,44 МО/л.

Таблиця 3. Зміни лабораторних показників і даних інструментальних методів дослідження після застосування різних методів еферентної терапії на 3-ю добу після операції

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Метод еферентної терапії | Білірубін крові мкмоль/л | Білірубін жовчі г/л | ЛФ МО/л | Ig G (загальна кількість за Manchini) г\л | МДА мкмоль/л | Кровотік в ЗПА, мл/хв. |
| Вихідні показники | 142,5+7,4 | 5,49+0,70 | 424,8+24,6 | 2,84+0,23 | 7,86+0,67 | 762+27,4 |
| Ентеросорбція (n=22) | 131,5\*+7,2 | 4,48+0,71 | 411,8+21,6 | 2,74+0,21 | 7,64+0,87 | 758+28,2 |
| Ентеросорбція та ПА (n=36) | 106,8+6,3 | 3,91+0,58 | 390,2+19,8 | 2,51+0,19 | 6,23+0,64 | 732+24,8 |
| Ентеросорбція та ГС (n =25) | 67,4+4,1 | 3,12+0,47 | 280,6+16,7 | 2,17+0,17 | 4,85+0,52 | 718+19,5 |
| ГС( n=20) | 99,1+5,6 | 3,76+0,51 | 360,4+18,3 | 2,38+0,18 | 5,82+0,61 | 740+26,7 |
| ПА, УФО крові, ВАГОТ (n=31) | 62,8+3,9 | 2,26+0,36 | 186,2+14,4 | 1,63+0,14 | 3,11+0,43 | 678+17,3 |
| ПА та ГО (n=18) | 86,3+5,2 | 3,52+0,49 | 380,2+18,2 | 1,86+0,15 | 3,28+0,47 | 703+18,3 |
| Екстракорпоральна штучна печінка та асцитосорбція (n=11) | 54,3+3,8 | 2,38+0,38 | 126,8+12,9 | 1,27+0,11 | 2,87+0,32 | 612+14,8 |

Примітка : ЛФ- лужна фосфатаза; ЗПА- загальна печінкова артерія; Ig G імуноглобулін G

\* – різниця показників достовірна у порівнянні з вихідними \*(p<0,05).

При використанні після операції екстракорпоральної „штучної печінки” з асцитосорбцію зменшення основних біохімічних показників було найбільш виражене в порівнянні з такими при застосуванні гемосорбції.. Так, після проведення ГС вміст білірубіну зменшився з 76,42 до 52,61 мкмоль/л, сечовини - з 9,28 до 8,67 ммоль/л, ЛФ – з 202,06 до 176,42 МО/л. При застосуванні екстракорпоральної „штучної печінки” з асцитосорбцією динаміка показників була більш суттєвою: вміст білірубіну зменшився з 72,34 до 32,86 мкмоль/л, сечовини - з 9,41 до 6,28 ммоль/л, ЛФ - з 212,17 до 110,21 МО /л.

Дослідження хімічного складу жовчі у пацієнтів І та ІІ груп, наведені в таблиці 4, свідчать, що зміни вмісту холестерину, білірубіну та активності α- амілази жовчі більш виражені у пацієнтів І групи. (р<0,05). Так у 1-у добу після операції у пацієнтів ІІ групи рівень холестерину був вище ніж у пацієнтів І групи в 1,4 разу, білірубіну – в 1,6 – 2,1 разу, активність α - амілази в 1,15-1,4 разу залежно від тяжкості гострої печінкової недостатності. При цьому зазначені показники при гострій печінковій недостатності І-ІІІ ступеня в І групі на 5-ту добу наближалися до норми, у пацієнтів ІІ групи – жоден з них не досяг у ці строки норми.

Таблиця 4

**Зміни складу жовчі у пацієнтів І та ІІ групи в післяопераційному періоді**

|  |  |
| --- | --- |
| Склад жовчі | Величина показника за ступеня гострої печінкової недостатності у групах хворих у строки спостереження , доба |
| I  | II  | III  |
| I  | II  | I  | II  | I  | II  |
| 1 =та | 5 =та | 1 -та | 5 -та | 1 =та | 5 =та | 1 =та | 5 =та | 1 =та | 5 =та | 1 =та | 5 =та |
| Холестерин ,г/л | 5,23+0,87\* | 3,75+0,63\* | 7,31+0,94 | 4,97+0,71 | 6,74+0,91 | 3,99+0,68 | 8,43+1,06 | 5,35+0,88 | 6,91+0,96 | 4,22+0,76 | 9,87+1,12 | 6,52+0,97 |
| Білірубін, г/л | 1,91+0,13 | 0,95+0,06 | 2,98+0,17 | 1,43+0,10 | 3,14+0,18 | 1,24+0,09 | 6,44+0,78 | 2,15+0,15 | 5,61+0,58 | 1,48+0,11 | 11,73+1,08 | 3,15+0,17 |
| α-амилаза, мг/л.\с | 4,18+0,71 | 3,52+0,53 | 4,78+0,77 | 4,61+0,64 | 5,22+0,83 | 3,86+0,57 | 6,68+0,92 | 5,36+0,85 | 5,78+0,89 | 3,94+0,57 | 8,12+0,96 | 5,64+0,88 |

Примітка : \* – різниця показників достовірності у порівнянні з показниками у 1-шу добу (р<0,05).

Отже, отримані результати свідчать про ефективність використання обраних методів еферентної терапії у пацієнтів І групи, що підтверджується значним зниженням та більш скорішим швидкою нормалізацією основних біохімічних та мікробіологічних показників жовчі.

 При МЖ пухлинного та непухлинного ґенезу об’єм крововтрати під час виконання холецистектомії, дренування спільної жовчної протоки у 34 пацієнтів за умови використання гідро струменевого скальпелю становив у середньому ( 67,4+14,3) мл, тривалість операції – (48,3+5,2 ) хв., ускладнень в ранньому післяопераційному періоді не було. У 205 пацієнтів яким виконували «типову» холецистектомію, дренування спільної жовчної протоки у середньому об’єм крововтрати становив – (274,3+21,6 ) мл, тривалість операції – (96,3+21,7 ) хв. В ранньому післяопераційному періоді виникло 18 післяопераційних ускладнень.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Операція** | **Кількість хворих в групах**  |
|  I ( n=21) |  II (n=18) |
| **Гепатікоеюностомія** | 1 | 1 |
| **Холедохотомія, ре каналізація пухлини, дренування спільної жовчної протоки** | 2 | 1 |
| **Холецистектомія, дренування спільної жовчної протоки** | 18 | 16 |
| **Разом**  | 21 | 18 |

 Таким чином, застосування гідро струменевого скальпеля сприяло зменшенню частоти післяопераційних ускладнень ( в 1-й групі їх не було, в II групі виникли у 18.пацієнтів (р<0,05), в 1,9 разу скороченню тривалості операції та в 4,1 рази зменшенню об’єму інтраопераційної крововтрати.

Для визначення морфологічних критеріїв ефективності застосування методів еферентної терапії в лікуванні хворих з синдромом МЖ нами проведено дослідження біоптатів печінки, взятих у хворих в до і після лікування.. До 1-ої групи включені 6 пацієнтів з синдромом МЖ, у яких застосовували методи еферентної терапії; до 2-ої групи 7 пацієнтів, яким не застосовували методи еферентної терапії.

Біопсію печінки проводили за допомогою пункційної голки та апарата для біопсії «Bard Magnum Biopsy System» (Велика Британія). До операції через шкірно пунктували праву частку печінки під контролем ультразвукового дослідження , під час виконання операції – під візуальним контролем в безпечній ділянці за методикою J.F.Cadranel та співав. (2000). Шари черевної стінки по ходу голки знеболювали 0,5% розчином новокаїну. Отримані біоптати печінки фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну. Матеріал обробляли спиртами зростаючої концентрації і заливали в парафінові блоки, з яких готовили гістологічні зрізи товщиною 6–8 мкм. Препарати фарбували гематоксиліном та эозином и за Ван Гізон, вивчали з використанням мікроскопа „Olympus BX 51”, цифрової камери “ Olympus C 5050 Z” и программного забезпечення “ Olympus DP- Soft”.

 За даними прицільної біопсії оцінювали стан паренхіми печінки, ворітних каналів з подальшим вивченням результатів ступеня порушення метаболізму в гепатоцитах, а також стан біліарної системи та її можливості забезпечення відтоку жовчі. Застосування біопсії дозволило нам діагностувати і провести диференційну діагностику дистрофічних, запальних, склеротичних і циротичних змін, деякою мірою і пухлинні процеси в печінці, що впливало на вибір і тактику застосування еферентних методів терапії. За результатами біопсії оцінювали ступінь печінкової недостатності, виходячи з даних морфологічного дослідження.

Під час обстеження 22 пацієнтів І групи та 19 – ІІ групи через 4 міс після операції визначали стадію фіброзу за методом еластометрії з використанням на апарата «Fibroscan» (Франція). За даними дослідження у 19 (86,4%) пацієнтів І групи вираженість фіброзу зменшилася з IV до I ступеня, у 10 (52,6%) хворих – II групи з III до II.

 Тривалість лікування у стаціонарі хворих на МЖ непухлинного генезу становила в I групі у середньому 11,4 дня, в II – 17,6 дня. Хворих на МЖ пухлинного генезу у середньому відповідно – 14,3 дня , та – 24,3 дня.

Загальна післяопераційна летальність хворих на МЖ непухлинного генезу в I групі становила в I – 1,5% (2 померли), в II – 5,3% (6 померли); хворих на МЖ пухлинного генезу в I – 15,2%, в II – 32,3% .Померли 5 та 10 пацієнтів відповідно

З 119 хворих I групи погіршення загального стану перед виписуванням не спостерігали , з 144 хворих II групи у 7 відзначено погіршення загального стану пацієнтів.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукового завдання – комплексне лікування хворих з синдромом механічної жовтяниці. Вивчено роль різних методів еферентної терапії в поєднанні з оперативним лікуванням і без такого у пацієнтів з гострою печінковою недостатністю різного ступеня тяжкості. Розроблений алгоритм вибору лікувальної тактики у таких пацієнтів, доведена його ефективність. На підставі аналізів результатів досліджень встановлено, що застосування еферентної терапії сприяє покращенню якості лікування хворих з синдромом механічної жовтяниці.

1. Причинами виникнення механічної жовтяниці є: конкременти в спільній жовчній протоці – у 66,4% хворих, стриктура спільної жовчної протоки – у 0,7%, гострий панкреатит – у 6,0%, хронічний панкреатит і псевдо кісти підшлункової залози – у 2,6%, рак головки підшлункової залози – у 9,8%, рак великого сосочка дванадцятипалої кишки – у 4,5%, рак поза печінкових жовчних протоків – у 7,2%, первинний та метастатичний рак печінки в 1,9%.

 2. Застосування „апарата для гідроструменевої дисекції органічних тканин” дозволило зменшити тривалість операції – в 1,9 разу , об’єм інтраопераційної крововтрати в 4,1 разу.

 **3. Застосування еферентної терапії дозволило вдвічі швидше, ніж у пацієнтів , яким не проводили таку терапію, зменшити ступінь обсіменіння мікроорганізмами жовчі і нормалізувати її біохімічний склад.**

 **4. Перед операцією за наявності у пацієнтів з синдромом механічної жовтяниці асциту ефективно поряд із стандартною терапією застосовувати екстракорпоральну** «**штучну**» **печінку і асцитосорбцію.**

 5. Застосування при гострій печінковій недостатності I і II ступеня ентеросорбції і плазмаферезу дозволило покращити біохімічні показники, вміст білірубіну, лужної фосфатази, гаммаглутамінтранпептідази, відповідно на 24, 15 і 18% (р<0,05). За гострої печінкової недостатності III ступеня застосування плазмаферезу, гемосорбції, ультрафіолетового опромінювання крові та великої аутогемоозонотерапії сприяло покращенню цих показників відповідно на 24, 34 і 41% (р<0,05). Використання екстракорпоральної «штучної печінки» при гострій печінковій недостатності IV ступеня дозволило покращити ці показники відповідно на 34, 45 і 48% (р<0,05).

 6. Використання методів еферентної терапії – ультрафіолетового опромінення крові, плазмаферезу, внутрішньо судинного лазерного опромінення крові після операції дозволило зменшити на 49,5% частоту післяопераційних ускладнень, які виникли в I групі у 20 (12,3%), в II групі –у 89 (61,8%) хворих.

 7. Застосування еферентної терапії при гострій печінковій недостатності ІІІ ступеня у пацієнтів з синдромом механічної жовтяниці у віддаленому періоді ( у строки спостереження 4 – 4,5 міс) дозволило у 86,4% з них зменшити вираженість фіброзу печінки з IV до І ступеня, в ІІ групі у 52,9% з IV до ІІ ступеня.

 8. Післяопераційна летальність при синдромі механічної жовтяниці непухлинного генезу в I групі становила – 2,3% (3 померли), в II групі – 6,2% (7 померли) (р<0,05); при синдромі механічної жовтяниці пухлинного генезу в I групі – відповідно 15,1 і 32,3%, померли 5 і 10 хворих (р<0,05).

 9. Рекомендоване призначення після операції пацієнтам з синдромом механічної жовтяниці за гострої печінкової недостатності I і II ступеня ентеросорбції і плазмаферезу, III ступеня проведення - плазмаферезу, гемосорбції, ультрафіолетового опромінення крові та великої аутогемоозонотерапії, IV ступеня – екстракорпоральної «штучноїпечінки».

Список ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА темою ДИСЕРТАЦІЇ

1. Чорномыз В.Д. Эфферентная терапия в Украине. // В.Д Чорномыз; под. ред. проф. В.В. Скибы– Видавництво «ПП Горобец», державна картографічна фабрика м.Вінниця, 2008. – 559 с. ( здобувач брав безпосередню участь в написанні монографії).
2. В.В.Скиба., А.В.Иванько, В.Д. Чорномыз Эфферентная терапия в комплексном лечении механической желтухи неопухолевого генеза.// Скиба В.В., Хірургія Украіни – 2008. - №4. – С. 259 – 261.(здобувач застосовував методи, набирав та обробляв матеріали ).
3. В.В.Скиба, В.Д. Чорномыз, А.В.Иванько. Применение плазмафереза у пациентов с механической желтухой в послеоперационном периоде // Скиба В.В., Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Укр.. мед. Стомат. академії. – 2008. – №1– 2. – С.133–134 ( здобувач виконував плазмаферез., набирав та обробляв матеріали).

4. В.В.Скиба, В.Д. Чорномыз., А.В.Иванько. Применение эфферентной терапии в комплексе лечения обтурационной желтухи // Скиба В.В.Клін. хірургія. – 2008. – № 4 – 5. – С.31.( дисертантом проведений аналіз джерел літератури, застосував методи екстракопроральної детоксикації).

5. В.Г.Николаев, В.В Сарнацкая., К.И., Бардахивская., Я.М.Сусак., Е.А.Снежкова ., В.Д., Чорномыз., Р.С. Цимбалюк., В.Ю.Уваров., Н.М.Гурина. Новые подходы к сорбционной терапии заболеваний печени //.Николаев В.Г. Эфферентная терапия. – 2003. – №1. – С 26 – 39, (Дисертант виконував методи еферентної терапії, проводив аналіз та статистичну обробку матеріалу).

6. В.Д.Чорномыз., В.В.Скиба., А.В.Іванько. Застосування авто клітин для замісної терапії цирозу печінки// Чорномыз В.Д., Гепатологія., науково – практичний медичний журнал . – 2008. – № 2. – С.69 –.71.( дисертантом проведений аналіз джерел літератури, набраний та проаналізований матеріал).

7. Пат. України на винахід № 42928 А, МПК, А61М1/38. Спосіб лікування гепатоцелюлярної недостатності / В.Д.Чорномиз., В.Ю.Уваров №99126871, заявл. 16.12.99.; опубл. 15.11.01, Бюл. №10.( здобувач брав участь в формуванні ідеї способу , підготував матеріали , розробляв спосіб).

8. Пат. України на корисну модель №1563 U, МПК А61М1/00 Пристрій «штучна печінка» / В.Д.Чорномиз.; № 2002086750. заявл. 14.08.02.; опубл. 16.12.02, Бюл. №12.( здобувач розробляв спосіб, проводив аналіз результатів та підготовку до подачі заявки).

9. Пат.України на корисну модель № 2154 U МПК А61М1/38: Пристрій «Екстракорпоральна кліткова штучна печінка» при лікуванні печінкової недостатності «Екіпаж» / В.Д .Чорномиз.; № 2003087870, заявл. 20.08.03.; опубл. 17.11.03, Бюл. №11.

( здобувач розробляв спосіб, проводив аналіз результатів та підготовку до подачі заявки).

10. Пат.України на корисну модель № 17001 U МПК А61В17/32: Апарат для гідроструменевої дисекції органічних тканин / В.М.Бадах., В.П.Бочаров., М.П. Звонарьов., О.О.Литвиненко., В.В.Скиба., В.Д.Чорномиз. №200600429, заявл. 17.01.06.; опубл. 15.09.06, Бюл. №9. ( дисертант є співавтор вдосконалення моделі, виконував експериментальну частину роботу, проводив аналіз результатів).

11. V.D Chornomyz., V.V Sarnatskaya., L.A.Sakhno. Cirrhosis: adsorptive purification and reinfusion of ascitic fluid.// Chornomyz V.D .European Congr. of IHPBA. – Budapest, 1999 – P.179–183. ( здобувачем підготовлено статтю, здійснені набір та обробка клінічного матеріалу).

12. V. Chornomyz., V. Sarnatskaya., V.Zemskov., L. Yushko., V. Maslinny., L.Sakhno., V.Ramazanov., V.Nikolaev. First clinical experience with the new DHP-system for the treatment of chronic jaundice //. Chornomyz V. Artific. organs. – 1999. – №7. – Р.628

( здобувачем здійснено набір та обробка клінічного матеріалу).

13. V. Sarnatskaya., V.Zemskov., V. Maslinny., L. Yushko., V. Chornomyz., А.Sidorenko, V.Nikolaev., Effective removal of protein-bound toxins from whole blood: new technique description on bilirubin example // Sarnatskaya. V., Artific.organs. – 2001. - № 25. – Р.787.

( здобувачем застосовані еферентні методи, набраний та проаналізований матеріал).

**АНОТАЦІЯ**

**Чорномиз В.Д. Порівняльна оцінка ефективності різних методів еферентної терапії в лікуванні хворих з синдромом механічної жовтяниці.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.03 – хірургія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, 2009.

 Метою дисертаційної роботи є підвищення ефективності лікування хворих з синдромом механічної жовтяниці. Дослідження основане на результатах комплексного лікування 307 хворих з синдромом механічної жовтяниці. З’ясовані причини виникнення механічної жовтяниці, визначена ефективність різних методів еферентної терапії в лікуванні хворих з синдромом механічної жовтяниці, проведена порівняльна оцінка ефективності застосування різних методів еферентної терапії до та після операції.

 Встановлено, що застосування еферентної терапії дозволяє вдвічі зменшити ступінь обсіменіння мікроорганізмами жовчі та нормалізувати її склад. Доведено ефективне застосування „штучної печінки” у пацієнтів за супутнього цирозу печінки.

 Розроблена та науково обгрунтована схема раціонального застосування різних методів еферентної терапії на етапах лікування гострої печінкової недостатності.

 Доведено, що використання методів еферентної терапії – ультрафіолетового опромінення крові, плазмаферезу, внутрішньо судинного лазерного опромінення крові після операції дозволяє зменшити частоту післяопераційних ускладнень на 49,5% .

 При використанні комбінованих методів зокрема, плазмаферезу та озонотерапії, екстракорпоральної „штучної печінки” післяопераційна летальність у хворих непухлинного генезу становила 2,3%, пухлинного генезу – 15,1%, без еферентної терапіїї – відповідно 6,2 та 32,3% .

 Аналіз віддалених результатів лікування проведений у 41 хворого. Встановлено, що застосування еферентної терапії при гострій печінковій недостатності ІІІ ступеня дозволило на 86,4% зменшити вираженість фіброзу печінки з IV до І ступеня, без еферентної терапії – вираженість у 52,9% с з IV до ІІ ступеня.

**Ключові слова**: механічна жовтяниця, еферентна терапія, комплексне лікування.

 **АННОТАЦИЯ**

**Чорномыз В.Д. Сравнительная оценка эффективности различных методов эфферентной терапии в лечении больных с синдромом механической желтухи.** – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев, 2009.

 Целью диссертационной работы было повышение эффективности результатов лечения больных с синдромом механической желтухи. Исследование основано на результатах комплексного лечения 307 пациентов с синдромом механической желтухи.

 Изучены причины возникновения механической желтухи, определена эффективность различных методов эфферентной терапии в лечении больных с синдромом механической желтухи, проведена сравнительная оценка эффективности применения различных методов эфферентной терапии до и после операции.

 Разработаны новые методы хирургического вмешательства с применением гидроскальпеля.

Усовершенствованы методы асцитосорбции при лечении больніх с синдромом механической желтухи с сопутствующим циррозом печени.

 Разработаны методы применения экстракорпоральной вспомогательной «искусственной печени» в лечении различных тяжести острой печеночной недостаточности.

 Впервые в лечении больных с синдромом механической желтухи внедрены новые делигандизирующие гемо- и плазмосорбенты – делигандезующие угольно – волокнисте гемосорбент и антипротеазный .биоспецифический плазма сорбент.

 Разработан и обоснован алгоритм выбора лечебной тактики при печеночной недостаточности различной тяжести.

 Установлено, что применение эфферентной терапии позволяет в 2 раза уменьшить степень обсеменения микроорганизмами желчи и нормализовать её биохимический состав. Доказана эффективность применения „искусственной печени” у пациентов с сопутствующим циррозом печени.

 Разработана и научно обоснована схема рационального применения различных методов эфферентной терапии на этапах лечения острой печеночной недостаточности. . Доказано, что использование различных методов эфферентной терапии и их модификаций, вчастности ультрафиолетового облучения крови , плазмафереза, гемосорбции, внутрисосудистого лазерного облучения крови, озонотерапии способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений на 49,5%.

 При использовании комбинированных методов, например плазмафереза и озонотерапии, экстракорпоральной „искусственной печени” послеоперационная летьальность при синдроме механической желтухи неопухолевого генеза составила 2,3%, опухолевого – 15,1%, при отсутствии методов эфферентной терапии – соответственно 6,2 и 32,3% (р<0,05). Анализ отдаленных результатов лечения проведен у 41 больного. Установлено, что использование эфферентной терапии при острой печеночной недостаточности ІІІ степени позволило в 86,4% наблюдений уменшить выраженность фиброза печени с IV до І степени, в отсутствие такой терапии у 52,9% больных выраженность уменшилась с IV до ІІ степени.

В хирургическом лечении механической желтухи успешно использован аппарат для водоструйной диссекции органических тканей. Использование аппарата позволило сократить в 1,9 раза продолжительность операции, уменьшить в 4,4 раза – объем интраоперационной кровопотери.

**Ключевые слова**: механическая желтуха, эфферентная терапия, клмплексное лечение.

**SUMMARY**

**Chornomyz V.D. Comparative evaluation of the effectiveness of different methods of efferent therapy in obstructive jaundice syndrome treatment. – Manuscript.**

Dissertation on competition of a scientific degree of candidate of medical science for the speciality 14.01.03 – Surgery. - National medical academy of post-graduate education named P. L. Shupyk of Ministry of Health of Ukraine, Kiev, 2009.

Dissertation is dedicated to the treatment result improvement for the patients with obstructive jaundice syndrome. This research is based on the results of complex treatment of 307 patients with obstructive jaundice syndrome. Causes of obstructive jaundice occurred are studied. The effectiveness of different efferent therapy methods in obstructive jaundice syndrome treatment is determined. Comparative assessment of the effectiveness of different efferent therapy methods in obstructive jaundice syndrome treatment application before and after surgery interventions was made. Efferent therapy allows reducing gal enrichment with microorganisms 2 times faster and balance its biochemical content. The effectiveness of treatment using extracorporeal “artificial liver” on the patients with concomitant liver cirrhosis was proved. The scheme of rational usage of different methods of efferent therapy on different severity of acute liver failure treatment scientifically justified and developed. The hydrojet desection of organic tissues was successfully used in surgical treatment of obstructive jaundice.

**Key words:** obstructive jaundice, efferent therapy, complex treatment.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ**

ВАГОТ – велика аутогемоозонотерапія

ГО – гемооксигенація

ВЛОК –внутрішньосудине лазерне опромінення крові

ГС – гемосорбція

ГСГД – гемосорбент гранульований делінгандезуючий

ЛПХЭ – лапароскопічна холецістектомія

МДА – малоновий діальдегід

МЖ – механічна жовтяниця

ПОЛ – перекисне окислення ліпідів

ПФ – плазмаферез

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>