

кесиблиб кичик болдир суягининг дистал қисми очилади. Олдин синдесмоз соҳасида суяк ичига ўрнатиладиган стерженга эга фиксаторни киритиш учун бурғу билан жой бурғуланади, сўнгра синдесмоз проекциясида тўпикнинг метафиз қисмига стерженнинг кесikli қисми ва ўткир бошчаси ўрнатилади, бу эса стабиллаштиришни яхшилайди, сўнгра кесikli қисмига втулка киритилади ва гайжалар фиксаторнинг кесikli иккинчи учига киритилган калит ёрдамида буралади ва фиксаторнинг барқарор фиксациясини ошириш учун мустаҳкамланади. Втулкадаги кесик суяк бўлақларининг силжишини олдини олади. Суякичи гайкаси учун биринчи фиксатор маҳкамланганда суяклар бир-бирига яқинлашади, болдирлараро диастаз тикланади. Кейин ташқи тўпик булақларини барқарорлаштириш, силжишларни йўқотиш ва суяк бўлақларини компрессияси учун пластинка қўйилиб, маҳкамланади. Жароҳат қаватма-қават тикилади.

**Натижалар ва уларнинг таҳлили.** Даволаш натижаларини таҳлил қилиш клиник, рентген ва УТТ усуллари ёрдамида амалга оширилди. Натижалар оғриқ синдромининг кучайишига, ошиқ-болдир бўғимдаги ҳаракатланиш амплитудасига, бўғимнинг ҳолатига ва кундалик ҳаёт фаолияти даражасига қараб баҳоланди. Ушбу ўлчов бўйича максимал балл (100) соғлом ошиқ-болдир бўғимига тўғри келади. 6-12 ойдан сўнг (>70 балл) яхши ва аъло натижалар 45 беморда олинди, бу 72,6% ни ташкил этди, қониқарли натижалар (50-69 балл) 17 (27,4%) беморда кузатилди.

**Хулоса.** Суякичи остеосинтези учун фиксатор ёрдамида ташқи тўпик синишини ва дистал болдирлараро синдесмозни кам инвазив даволаш, ошиқ-болдир бўғими функциясини тикланишини ва беморларнинг иш жойига, шу жумладан жисмоний меҳнатга қайтиши билан шикастланган оёқнинг таянч қобилиятини тикланишини таъминлайди. Фиксатордан фойдаланиш операция давомида синдесмоз ажралишини бартараф қилиш жараёнини бошқаришга имкон беради, рецидивлар пайдо бўлишининг олдини олади ва операция қилинган оёқнинг эрта функционал тикланишини таъминлайди.

## РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН: НЫНЕШНЕЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Исмаилов С.И., Акбаров М.М., Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Джанбеков Т.А., Нишанов М.Ш., Омонов О.А., Сёмаш К.О., Байбеков Р.Р., Усманов А.А., Примов З.М.

ГУ "Республиканский Специализированный научно-практический центр хирургии имени академика В. Вахидова", Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Цель исследования.** Анализ результатов хирургического лечения пациентов в декомпенсированной стадии печеночной недостаточности после родственной трансплантации печени от живого донора.

**Материалы и методы.** Работа основана на анализе ближайших результатов лечения у 37 больных в декомпенсированной стадии печеночной недостаточности которым произведена родственная трансплантация печени от живого донора в период с 2018 по 2022 г. Возраст реципиентов варировал от 19 до 56 лет. В среднем  $38 \pm 4,5$ . В основном больные оперировались с диагнозом: Цирроз печени вирусной этиологии (HBV/HDV/HCV) в стадиях де- и субкомпенсации (Класс В-С по Child Pugh, MELD от 10 до 22) Портальная гипертензия. С различной степенью варикозно расширенных вен пищевода и желудка, высокой угрозой развития или состоявшимся кровотечениями в анамнезе.

**Результаты.** У всех доноров был произведен забор правой доли печени. Масса пересаженной правой доли варьировала от 500 до 1000 гр. GWRW индекс – от 0,9 до 1,4. У доноров сохранялось левая доля в объеме не менее 35% общей массы печени.

После забора трансплантата учитывая анатомические особенности сосудов и билиарных протоков на "Back table": в пяти случаях выполнена дополнительная реконструкция сегментарных печеночных вен (диаметром не менее 6-8 мм) протезом «Гортекс», в одном случае соединение правой печеночной вены и дополнительной сегментарной вены. У 8 больных на этапе «back table» установлено наличие нескольких желчных протоков (2-4), шесть из которых были объединены.

При реконструкции печеночно-кавальных анастомозов у тридцати двух пациентов наложены моновенные печеночно-кавальные анастомозы. В четырех случаях печеночно-кавальные анастомозы наложены после реконструкции печеночных вен с применением PTFE-графта.

У всех пациентов наложены стандартные порто-портальные термино-терминальные анастомозы.

Артериальная реконструкция выполнена с наложением прямых анастомозов с собственной печеночной артерией в 31 случаях, при этом в одном случае со спленэктомией, в трёх случаях с редукцией кровотока по селезеночной артерии путем лигирования (для предотвращения синдрома «Обкрадывания»). В 1 была использована инверсированная селезеночная артерия.

В 18 случаях билиарная реконструкция выполнена с наложением билидегистивных анастомозов, у 16 пациентов выполнено наложение билио-билиарных анастомозов.

В ближайшем послеоперационном периоде у 3-х реципиентов осложнения наблюдались в области артериального бассейна анастомозированной печеночной артерии.

В 2 случаях при наложении артериального анастомоза в связи с несоответствием диаметров артерий реципиента и донора на 1-2 сутки после операции отмечалось резкое снижение скорости артериального кровотока. Произведена селективная ангиография печеночной артерии с баллонной дилатацией области анастомоза. Скорость кровотока восстановлена.

У 8 реципиентов в отдаленном периоде наблюдались следующие осложнения: в 3 случаях после билио-билиарной реконструкции стриктура на уровне билио-билиарного анастомоза разрешена эндоскопическим стентированием, у 1 с бигепатикоанастомозом стриктура сформировалась только на одном из анастомозов при полной проходимости второго анастомоза. С техническими трудностями было выполнено эндоскопическое стентирование, у 3 отмечалось длительное желчеистечение с образованием наружного желчного свища которые самостоятельно закрылись в сроки от 4-до 6 мес.

После неоднократных попыток стентирования сформировавшейся стриктуры у одного больного через год после трансплантации выполнено повторное вмешательство с билиарной реконструкцией – наложен гепатикоэнтероанастомоз.

**Заключение.** Проблемные вопросы и перспективы дальнейшего развития программы трансплантации печени в Узбекистане:

- Усиление государственной поддержки в развитии программы трансплантации печени – ОТП является одним из самых затратных бюджетных направлений в медицине (потребность в ОТП в среднем составляет от 200 операций в год; расходы на ОТП составили 15-25 тыс. \$);
- Создание изолированного трансплантологического отделения и ПИТ для раннего введения пациентов;
- Дооснащение необходимым оборудованием в одном центре (для до- и послеоперационного ведения больных);
- Полноценное обеспечение расходными материалами и инструментарием;
- Полноценная фармацевтическая поддержка в периоперационный период;
- Совершенствование квалификации врачебного и среднего медицинского персонала;
- Подготовка врачей гепатологов для до- и послеоперационного ведения пациентов;
- Развитие в регионах централизованной системы формирования листа ожидания и подготовки пациентов к трансплантации печени, а также ведения их после операции;
- Совершенствование законодательной базы в плане посмертного органного донорства – В Законе №ЗРУ–768 «О трансплантации органов и тканей человека» определены цели и условия проведения трансплантации, ее объекты, круг доноров (живых и умерших), права донора и реципиента, условия изъятия органов и тканей - в настоящий период изъятие органов и (или) тканей человека после его смерти допускается при наличии его прижизненного нотариально заверенного письменного согласия.

#### В КОМПЛЕКСЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кадилов Ш.Н., Мусашайхов Х.Т., Кодиров М.Ш., Усмонов Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения у больных с послелапароскопической операции брюшной полости путем оптимального выбора диагностических и лечебных мероприятий.

**Материал и методы:** За последние 10 лет нами выполнены различные лапароскопические вмешательства у 2088 больных в возрасте от 16 до 80 лет, из них: холецистэктомия- 1062, аппендектомия- 653, кистэктомия печени- 63, эхинококкэктомия (однокамерные) печени- 51, кистэктомия яичника-109, рассечение спаек при спаечной кишечной непроходимости -90, санация и дренирование брюшной полости при перитоните -46.

Наиболее частым лапароскопическим вмешательством являлась холецистэктомия, выполненная нами в 1074 наблюдениях.

Из 1074 больного в анамнезе 94 (8,7%) - оперированы на органах брюшной полости, причем 44- на верхнем этаже брюшной полости. У 31 больных имелась сопутствующая пупочная грыжа.

В 890 наблюдениях ЛХЭ выполнена без каких либо технических трудностей. Среднее время производства ЛХЭ в этой группе составило 45-60 мин. В 79 случаях во время вмешательства отмечены трудности, как уже отмечалось выше, в 75 случаях приведших к переходу на (конверсия) открытое вмешательство.

Лапароскопических аппендэктомий у 656 больных, при этом острый простой аппендицит послужил причиной оперативного вмешательства в 18 случаях, острый флегмонозный- 390 случаев, острый гангренозный - в 248 случаях.

В 93 наблюдениях после частичного разрешения спаечной кишечной непроходимости выполнено лапароскопическое (адгезиолитическое) рассечение спаек, после которого явления непроходимости полностью разрешились.

В 45 случаях произведена санация и дренирование брюшной полости при остром разлитом перитоните. В послеоперационном периоде пришлось у 9 больных сделать релапаротомия по поводу продолжающегося перитонита.

Для улучшения послеоперационного течения мы всем больным применяли лимфатическую антибиотикотерапию, для этого во время операции установили микроиригатор круглой связки печени, брыжейки тонкого кишечника и круглой связки матки. Техника лимфатической терапии лекарственных веществ осуществлялась через микроиригатор, который устанавливался во время операции. Сначала 40 мл 0,25 % раствора новокаина + гепарин 5000 ЕД капельно, потом 40 мл 0,25 % новокаина + 1 мл фуросемида + тималина 10 мг капельно, затем через 10-20 минут разведенная в 40 мл 0,25 % новокаина + однократная доза антибиотика (1 мл в минуту). Проводилось лечение в двух группах больных. Первая,