

нейтрофиллар гематома соҳасида ўз фаолиятини бошлайди, тўқима ва микроорганизмлар қолдиқларини фагоцитлайди. Бунинг ортидан ўлик нейтрофилларни олиб ташлаш, ангиоген реакцияларни рағбатлантириш ва турли цитокинларни ўз ичига олган таъмирлаш каскадини бошлаш учун макрофаглар оқими келади. Синиқ жойи фиксацияси ва қон таъминоти барқарорлигига қараб, синган жойларда эндохондрал ёки интрамембраноз оссификация юзага келади. Ўтказилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатдики, очик усулда волялар пластиналарнинг турли хил вариантлари билан остеосинтези ва келгилар ёрдамида суяк бўлақларини перкутан остеосинтез жаррохлик амалиётидан кейинги IL-1 $\beta$  даражасининг, VEGF A ошиши билан ва FGF синтезининг пасайиши бирга келиши кузатилди. Шунинг учун бу тоифадаги беморлар учун ташқи фиксация мосламаси ёрдамида суяк орқали компрессион - дистракцион остеосинтезни амалга ошириш мақбул.

#### Хулосалар.

1. Билак суяклари дистал учидан синиши мисолида даво муолажаларидан сўнгги муддатларда остеосинтез муолажалари организм иммун тизимига таъсир ўтказди.
2. Синган соҳани ташқи фиксацияловчи мосламалар ёрдамида остеосинтез бажарилган беморларда II-1 $\beta$  миқдори амалиётдан олдинги қийматлардан 2 баравар паст бўлди, анъанавий усулда эса яллиғланиш цитокинлари концентрацияси амалиётдан олдинги қийматлар даражасида сақланиб қолганини аниқланди.
3. Қон томир эндотелиал ўсиш омил омил (VEGF A) кўрсаткичи ташқи фиксацияловчи мослама ёрдамида остеосинтез бажарилган беморларда амалиётдан олдинги қийматлардан деярли 2 марта паст эканлигини белгиланди.
4. Остеорепарация ва қайта тиклаш пайтида  $\beta$  FGF омили даражаси ҚД остеосинтези бажарилган беморларда бошланғич маълумотлар билан солиштирганда сезиларли даражада ортанлиги кузатилди, очик усулда волялар пластиналар ва сиклар билан билан остеосинтези бажарилган беморларда  $\beta$  FGF даражаси манба маълумотларидан ишончли даражада юқори бўлди, аммо компрессион - дистракцион остеосинтези бажарилган беморларга қараганда пастроқ бўлди.

### ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Туксанов А.И., Шодиев С.И., Кувонов М.М., Маликов Ю.Р.

Медико-санитарное объединение Навоийского горно-металлургического комбината, Республика Узбекистан, г. Навои

В последние годы продолжается устойчивая тенденция к росту числа больных желчно-каменной болезнью. А лапароскопические холецистэктомии стали золотым стандартом в лечении калькулезного холецистита. Выполнение таких вмешательств стало доступным не только в ведущих клиниках, но в городских и районных больницах.

**Цель исследования:** Изучить результаты лапароскопических операций на материале МСО НГМК.

**Материалы и методы исследований:** Проведен ретроспективный анализ 470 медицинских карт стационарных больных, оперированных по поводу калькулезного холецистита в различных формах его проявления в многопрофильном хирургическом отделении МСО НГМК г. Навои. За период с 2005 по 2021гг. лапароскопическая холецистэктомия выполнена 470 больным. Среди больных, перенесших ЛХЭ, большинство составили пациенты наиболее работоспособных возрастов от 19 до 60 лет - 300 (63,8%) человека, старше 60 лет было 170 (36,2%). Мужчин было 104 (22,1%), женщин - 366 (77,9%) человек. Средняя продолжительность заболевания составила  $5,3 \pm 0,4$  года. Болевые приступы накануне или при поступлении были в 56,4% случаев.

Мы придерживаемся следующей хирургической тактики. При установлении диагноза желчно-каменной болезни, нами проводятся исследования на выявление сопутствующих заболеваний. Наличие тяжелой сопутствующей патологии, старческий возраст является противопоказанием для выполнения оперативного вмешательства. У таких пациентов мы ограничиваемся консервативной терапией. Больным поступившим к нам по экстренным показаниям, мы стремимся купировать приступ острого холецистита и оперировать их в отсроченном порядке. Однако из 470 больных 88 (где приступ купировать не удалось) была все же проведена экстренная лапароскопическая холецистэктомия. В анамнезе у 76 (16,1 %) больных были различные операции в основном в нижних отделах брюшной полости.

Все операции ЛХЭ выполнены под эндотрахеальным наркозом. Операционная бригада состояла из хирурга, ассистента и операционной сестры. В обязательном порядке вводился в желудок назогастральный зонд, катетер в мочевого пузырь, а нижние конечности бинтовались эластичными бинтами. Операция выполнялась со стойкой и набором инструментов фирмы «Karl Storz». ЛХЭ выполнялась по стандартной методике: наложение пневмоперитонеума, введение троакарров, ревизия брюшной полости, холецистэктомия и удаление желчного пузыря из брюшной полости. Практически на всех операциях использовали atraumaticкие зажимы, что позволяло избежать излишней травмы органов и тканей и как их следствие – геморрагий и перфораций.

**Результаты исследований:** ЛХЭ проведена 382 (81,2%) больным с хроническим калькулезным холециститом, а 88 (18,8%) больным с острым калькулезным холециститом. У 461 (98%) пациентов проведение ЛХЭ была успешной, а в 9 (2 %) случаях наблюдения были вынуждены пойти на конверсия т.е. выполнить лапаротомию. Причиной перехода на лапаротомию были: выраженные рубцово-воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря, аномалии желчных протоков и возникшее кровотечение из ложа желчного пузыря. Интраабдоминальные осложнения в раннем послеоперационном периоде у пациентов после ЛХЭ наблюдались у двух пациентов на вторые сутки после операции по дренажной трубке стала активно выделяться желчь. Однако, перитонеальные явления отсутствовали, желчеистечение прекратилось на 5-6-ые сутки, дренаж удален на 7-8-ые сутки соответственно с последующим благоприятным исходом. У

одного больного сформировался желчный свищ, который через месяц закрылся самостоятельно, у двух больных развился острый панкреатит, который при консервативном лечении был купирован. У одного больного в послеоперационном периоде развился желчный перитонит. Больному проведена релaparотомия, санация и дренирование брюшной полости, устранен источник желчеистечения – ушивание ложа желчного пузыря. Больной выписан с выздоровлением.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия на современном этапе является «операцией выбора» у больных с желчно-каменной болезнью. Мы видим перспективы снижения послеоперационных осложнений в более тщательном предоперационном обследовании больных, особенно пожилого возраста, с длительным анамнезом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и осложнениями желчнокаменной болезни, в проведении превентивной антибиотикотерапии, а также в постоянном динамическом контроле за состоянием пациентов после операции.

## **ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

Ураков Ш.Т., Махманазаров О.М.

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

**Актуальность.** При подготовке к операциям и в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости (ОКН) у больных с циррозом печени (ЦП), важное значение имеет изучение изменений системной гемодинамики: сердечного выброса (СВ), объема циркулирующей крови, артериального давления (АД) и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Одним из факторов, способствующих развитию гипердинамического кровообращения при ЦП, является синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке.

**Цель исследования.** Оценить роль синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке в развитии гемодинамических сдвигов при ОКН у больных циррозом печени.

**Материал и методы.** В исследование были включены 52 больных ОКН с циррозом печени и 16 клинически здоровых лиц, составивших контрольную группу. У всех обследованных проведены диагностика СИБР с использованием водородного дыхательного теста с лактулозой, определение уровня С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови и эхокардиографическое исследование с одновременным определением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений, рассчитаны основные гемодинамические показатели: среднее АД, сердечный выброс (СВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

**Результаты.** Включенные в исследование больные ОКН и ЦП и клинически здоровые лица были сравнимы по возрасту ( $48,9 \pm 12,9$  года vs  $46,7 \pm 7,7$  года;  $p = 0,541$ ), индексу массы тела — ИМТ ( $25,0 \pm 3,4$  кг/м<sup>2</sup> vs  $26,2 \pm 4,5$  кг/м<sup>2</sup>;  $p = 0,278$ ) и полу (мужчины/женщины: 24/26 vs 6/9;  $p = 0,789$ ). ЦП был компенсированным (класс А по Child-Pugh) у 20 человек, декомпенсированным у 32 человека, в том числе класса В у 20, класса С у 13 человек. СИБР выявлен у 26 (50%) больных ЦП, которые составили группу ЦП-СИБР(+), а больные ЦП без СИБР вошли в группу ЦП-СИБР(-). Группы ЦП-СИБР(+) и ЦП-СИБР(-) также были сравнимы по возрасту ( $49,1 \pm 12,9$  года vs  $48,7 \pm 13,3$  года;  $p = 0,904$ ), ИМТ ( $25,2 \pm 4,2$  кг/м<sup>2</sup> vs  $24,7 \pm 3,2$  кг/м<sup>2</sup>;  $p = 0,636$ ), полу (мужчины/женщины: 13/13 vs 11/13;  $p = 0,785$ ) и тяжести течения ЦП (баллы по Child-Pugh:  $8,31 \pm 2,40$  vs  $7,83 \pm 2,14$ ;  $p = 0,465$ ). СИБР был выявлен у 45% (9 из 20) больных компенсированным ЦП и 46,9% (15 из 32) больных декомпенсированным ЦП.

ФВ была значимо ниже у больных ЦП независимо от наличия СИБР, который не оказывал на нее значимого влияния. Это свидетельствует в пользу того, что при ЦП наблюдается незначительное снижение систолической функции ЛЖ, но оно не связано с наличием СИБР.

У больных ОКН с циррозом печени с СИБР, по сравнению с больными ОКН с циррозом печени без СИБР, были ниже среднее АД ( $82,7 \pm 9,0$  мм рт. ст. vs  $92,0 \pm 14,0$  мм рт. ст.) и ОПСС ( $16,4 \pm 4,4$  мм рт. ст. × мин/л vs  $21,3 \pm 5,3$  мм рт. ст. мин/л), а также выше СВ ( $5,38 \pm 1,41$  л/мин vs  $4,52 \pm 1,03$  л/мин) и концентрация СРБ в плазме крови ( $1,2 + 10,5 + 16,5$  мг/л vs  $0,6 + 2,8 + 9,1$  мг/л). СИБР приводил к подобным изменениям только у больных ОКН декомпенсированным ЦП. При этом значимые гемодинамические нарушения практически не выявляли у больных ОКН декомпенсированным ЦП без СИБР и ОКН компенсированным ЦП независимо от наличия СИБР. У больных ОКН с циррозом печени выявлена значимая корреляция концентрации СРБ в плазме крови с ОПСС ( $r = -0,367$ ;  $p = 0,009$ ) и СВ ( $r = 0,313$ ;  $p = 0,027$ ), но не со средним АД ( $r = -0,227$ ;  $p = 0,113$ ).

### **Выводы.**

СИБР при ЦП играет важную роль в развитии вазодилатации, артериальной гипотензии и гипердинамического кровообращения. Гипердинамическое кровообращение, артериальная гипотензия и артериальная вазодилатация развиваются практически только у больных декомпенсированным ЦП с СИБР.

Системное воспаление развилось в основном у больных ОКН декомпенсированным ЦП с СИБР, которая приводит к увеличению интенсивности системного воспаления независимо от степени компенсации ЦП. Поскольку эти гемодинамические нарушения усугубляют течение портальной гипертензии, терапия, проводимая с целью устранения СИБР, может уменьшить ее выраженности, что имеет важное значение в периоперационной подготовке при ОКН у больных ЦП.