

**ТРАВМАДАН КЕЙИНГИ ИВИГАН ГЕМОТОРАКС РИВОЖЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТОРАКОСКОПИЯ УЧУН ЭНГ
МАҚБУЛ ВАҚТ**

Бержинов У.Б., Рашидов Д.А.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

Мавзунинг долзарблиги. Кўкрак қафаси травмадан кейинги ивиган гемотораксда кўкрак қафаси аъзоларининг касалланиши ва узоқ муддатли касалхонада қолиш кенг тарқалган муаммолардан бўлиб қолмоқда. Ушбу тадқиқотнинг мақсади, катта малумотлар омборидан фойдаланилган ҳолда, травмадан кейинги кўкрак қафаси ва ўпка касалликларида, видео ассистент торакоскопик (ВАТС) жарроҳлик учун вақт ахамиятини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари. Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси маълумотлар базасидаги, 2016 йилдан 2021 йилгача бўлган давр ичида, травмадан кейинги дастлабки 14 кунда ивиган гемоторакс билан оғриган ва ВАТС бажарилган беморлар кузатилди. Беморлар демографияси, шикстланиш механизми, шикастланишнинг оғирлиги, шокнинг оғирлиги, ВАТС вақти, ўпка касаллиги ва ўлим каби кўрсаткичлар бўйича таққосланди. Ўпка касаллигини аниқлаш учун кўп ўзгарувчан логистик регрессия таҳлили ўтказилди.

Натижалар. Дастур маълумотлар базасидан 1182 бемор аниқланди. Улардан 785 (66%) нафари кўкрак қафаси ёпиқ жароҳати билан жароҳатланган. Кўпчилик ераклар (81%) бўлиб, ўртача ёши 46 ёш ва жароҳатларнинг оғирлиги 16 баллни ташкил этди. ВАТС учун ўртача вақт 100 ± 10 минут ташкил этди. Иккала ўпка касаллиги (13 ва 17%, $P = 0.004$) ва касалхонада қолиш муддати (9 ва 12 кун, $P < 0.0001$) 4,5 кундан олдин ВАТС қилинган беморларда сезиларли даражада камайди. Кўп омилли логистика регрессияси дастлабки 10 кунгача ўтказилган ВЕТС ягона ўзгартирилиши мумкин бўлган омил сифатида аниқлади, бу еса ўпка касалланиши сезиларли камайиши билан боғлиқ (фарқ нисбати 0,52; 95% ишонч интервали 0.43–0.63, $P < 0.0001$).

Хулоса. Ивиган гемоторакс билан оғриган беморларда учун ВАТС касалланиш ва касалхонада қолиш вақтига сезиларли таъсир кўрсатди. Қабул қилингандан дастлабки 10 кун ичида ВАТС ўпка асоратларини камайтиради ва касалхонада қолиш муддатини қисқартиради. Аслида, ўпка касаллигининг пасайиши билан боғлиқ ягона ўзгарувчан хавф омилли ВАТС ўтказиш вақти еди, ВАТС учун оптимал вақт 4,5 кун деб аниқланди.

**ТЎПИҚЛАР СИНИШИ ВА БОЛДИРЛАРАРО ДИСТАЛ СИНДЕСМОЗ БОЙЛАМИНИНГ УЗИЛИШИДА ЖАРРОХЛИК
УСУЛИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАСИ**

Гафуров Ф.А., Кодиров Ф.А.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

Долзарблиги. Травматолог-ортопедларнинг амалиётида энг кўп учрайдиган патологиялардан бири бу ошиқ-болдир бўғимининг шикастланишидир, бу еса таянч-ҳаракат тизимидаги шикастланишларнинг 20% гача бўлган қисмини ташкил этади. Меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар орасида ошиқ-болдир бўғимининг шикастланиш даражаси 12% дан 40% гача, дельтасимон мушак шикастланиши билан болдир суяқларининг оғир синишлари ва дистал болдирлараро синдесмоз ажралиши 30% ҳолларда қониқарсиз натижалар билан туғайди. Болдирлараро синдесмоз (БАС) ажралиши билан бирга тўпиқлари синган беморларни консерватив даволашда қониқарсиз натижалар 6,6 дан 23,4% гача бўлади. Чунки тўпиқ синиқ бўлақларини қўлда ёпиқ репозицияси ва гипс билан ташқи фиксациясидан сўнг, кўпинча БАС соҳасидаги парчалар силжиши ва болдир суяқлари орасидаги диастаз қолади. Маҳаллий ва хорижий муаллифлар БАС ажралиши билан тўпиқ синишларини жарроҳлик даволашдан сўнг БАС да болдир суяқлари ўртасидаги диастаз ҳолатларини 24–52% ҳолатларда бартараф этишнинг имкони бўлмайди, кузатувларнинг 2,1 дан 20% гача қайта операция зарурати пайдо бўлади. Ҳозирги вақтда дистал БАС бойламлари ажралиб кетганда ошиқ-болдир бўғими функциясини тиклаш учун ташқи фиксация мосламаларидан фаол фойдаланилмоқда, бу еса яхши натижаларга эришишга имкон беради. Шу билан бирга, суяқлараро остеосинтез усули жароҳатлардан кейин ўтган вақт бўйича маълум бир чекловга эга, у 2 ойдан ошмаган жароҳатлар учун қўлланилади.

Тадқиқот мақсади. Тўпиқлар синиши ва болдирлараро дистал синдесмоз бойламининг узилишида турғун-остеосинтез натижаларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2021 йилдан 2022 йилгача РИТОИАТМ Самарқанд филиалининг ўтқир шикастланишлар оқибатлари бўлимида тўпиқлар синиши ва дистал болдирлараро синдесмоз бойлами узилиши билан 62 нафар бемор даволанган, уларда жарроҳлик муолажаси ўтказилган. Улардан 32 нафари (51,6%) эрак, 30 нафари (48,4%) аёл. 35 (56,5%) нафар беморда чап томонлама жароҳатлар ва 27 (43,5%) беморларда ўнг томонлама жароҳатлар аниқланган. Беморлар қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилди: клиник, рентгенологик ва УТТ.

Тўпиқлар синиши ва болдирлараро синдесмозни тиклаш учун суякчи фиксатори ва пластина билан остеосинтез қўлланилди. Бемор ўтказувчан "спинал" оғриқсизлантириш остида ошиқ-болдир бўғими соҳасида юмшоқ тўқималар асосини кичик болдир суягига қаратиб ёйсимон шаклида кесилади, қаватма-қават тери-тери ости, суяк усти пардаси

кесиқлиб 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 кесикли қисми ва ўткир бошчаси ўрнатилади, бу эса стабиллаштиришни яхшилайдди, сўнгра кесикли қисмига втулка киритилади ва гайкалар фиксаторнинг кесикли иккинчи учига киритилган қалит 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 ҳаракатлиниш амплитудасига, бўғимнинг ҳолатига ва кундалиқ 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 тиклинишини ва беморларнинг иш жойига, шу жумладан жисмоний меҳнатга қайтиши билан шикастланган оёқнинг таянч қобилиятини тиклинишини таъминлайди. Фиксатордан фойдаланиш операция давомида синдесмоз ажралишини бартараф қилиш жараёнини бошқаришга имкон беради, рецидивлар пайдо бўлишининг олдини олади ва операция қилинган оёқнинг эрта функционал тиклинишини 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 состоявшимися 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 моновенозные 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.