

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОМ ПЕРИТОНИТОМ

Касимова С.А., Кадилов Ш.Н., Кадилов М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

Актуальность. Лечение перитонита после кесарова сечения остаётся сложной проблемой в гинекологической практики. Тяжесть предшествующих операций и развивающихся осложнений, прогрессирующего эндотоксикоза и нарушение гомеостаза ставят перед гинекологом ряд сложных задач в лечении этого грозного заболевания. В данном сообщении анализируется опыт лечения 62-ми больных с послеоперационным перитонитом, лечившихся в гинекологическое отделение городской родильном комплексе №2 за последние 5 лет.

Материалы и методы исследования. Причиной послеоперационного перитонита служило осложненное течение гинекологической операции кесарова сечения. Которые приводящие прогрессирующей интоксикации, полиорганной, кишечной и иммунологической недостаточности, полимикробная инфекция, свидетельствовали о течении перитонита по типу абдоминального сепсиса. Септическое состояние больных было обусловлено присоединением гнойнонекротических осложнений, расположенных за пределами брюшной полости. Посев крови на бак, флору был положительный у 60% пациентов

Комплексная терапия включала регулярную программируемую санацию брюшной полости, энтеральную терапию, адекватную антибиотико терапию, длительную лимфотропную терапию, стандартизированную детоксикацию и иммунокорректирующую терапию. Главным этапом в комплексном хирургическом лечении являлась санация брюшной полости. Для санации брюшной полости помимо промывания фурацилином применяли стандартный раствор декасан. Кроме того, всем больным проводилась лимфотропная терапия, после установления катетера на брыжейку тонкого кишечника и вводился лимфостимулятор гепарин 5000 Ед + Фуросемид 1.0 + тималин 64 ЕД + одноразовая доза антибиотика в течении 4-6 суток. Стандартная детоксикационная и иммунокорректирующая терапия включала комплекс методов активной хирургической иммунокоррекции и оксигенации, состоящей из ультрафиолетового облучения крови, плазмафореза.

Одним из важнейших направлений в комплексном лечении этой тяжёлой категории больных считаем адекватную коррекцию синдрома энтеральной недостаточности, так как переполнение петель кишечника токсичным содержимым при нарушении барьерной функции желудочно кишечного тракта создаёт условия для неконтролируемой транслокации условнопатогенных и патогенных микроорганизмов в крови, лимфе и прогрессирование септического процесса. Для коррекции синдрома энтеральной недостаточности нами применяются двух просветные назогастроинтестинальные зонды.

Всем больным проводился интраоперационный и после операционный кишечный лаваж с активной декомпрессией через назогастроинтестинальный зонд и традиционная инфузионная симптоматическая терапия.

Вывод. Применение в комплексном лечении перитонита после кесарова сечения, лимфотропной антибактериальной терапии, санации брюшной полости раствором декасана, применение косточкового адсорбированного угля, энтеральная детоксикация, оптимизированная антисептическая терапия, а так же применение методов активной хирургической иммунокоррекции больных позволило улучшить результаты лечения, снизить летальность на 12.1%.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА БУЙРАК ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИНИНГ ЙЎЛГА ҚУЙИЛИШИ: ДАСТЛАБКИ НАТИЖАЛАР ВА МУАММОЛАР

Норкузиев Ш.С., Махмонов Л.С., Исмаилов Т.А.

Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт Маркази, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

2022 йил июнь ойида Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида биринчи марта тирик донордан беморга буйрак трансплантацияси операцияси амалга оширилди. Бугунги кунгача 30 нафар беморга тирик донор қариндошларидан буйрак трансплантацияси операциялари утқазилди. Реципиентлар 19 ёшдан 57 ёшгача бўлиб уларнинг 29 нафарида сурункали буйрак етишмовчилиги сурункали гломерулонефрит туфайли ривожланган, бир нафар беморда эса буйрак поликистозиди туфайли юзага келган. Беморнинг 28 нафари 1 йилдан 8 йилгача дастурли гемодиализ олиб юрган. 2 нафар бемор гемодиализда утқазилмаган. Донорлар 28 ёшдан 56 ёшгача бўлган ва уртача 41 ёшни ташкил қилган. Беморларга донор танлашда уларнинг реципиент билан қон гуруҳи, HLA (одам лимфоцитар антигени), A, B, DR гуруҳлари буйича ва лимфоцитларнинг қесимиша мослиги (cross match) асосланган. Cross match 10 фойздан 20 фойзгача бўлган ҳолатларда реципиентга 2-3 марта плазмафарез сеанслари утқазилиб бемор ва донор орасидаги cross match мутаносиблиги 10 фойздан пастга туширилгандан сунг операция амалга оширилди.

Донор ва реципиентга операция ананавий усулда амалга оширилди. Барча беморлар трансплантация қилинган буйрак артериялари умумий ёнбош артериясига ва веналари умумий ёнбош веналарига уланган. 1 нафар бемор транс-