

плантация килинган буйрак артерияси 2та булганлиги учун 2та анастомоз шакллантирилди, 1нафар беморда эса иккинчи кичикрок диаметрдаги буйрак артерияси асосий буйрак артериясига учма ён шаклда уланди.

Беморларга операция жараёнида ва операциядан кейинги даврда иммунологик индукция ва иммуносупрессия стандарт буйича утказилди. Операциядан кейинги даврда донор ва реципиентнинг ахволи комплекс клиник, лаборатор ва инструментал текширишлар асосида бахоланди. Донорларнинг баъзиларида операциядан кейинги даврда зардобда креатинин миқдори 120 м.мол/л дан 160 м.мол/л гача кутарилиши кузатилди. Уларда креатинин курсаткичи 1-2 ой мобайнида тулик дастлабки ҳолатга кайтиди. Донорларнинг барчасига операциядан кейин 7-10 суткада жавоб берилди. Реципиентларда плазмадаги креатинин миқдори 4-11кун мобайнида меърий курсаткичларгача пасайди.

Операциядан кейинги бир ярим йил кузатиш мобайнида 3нафар реципиент вафот этди. Жумладан, бир нафар бемор Covid-19 туфайли пневмониядан вафот этди, бир нафар беморда операциядан 3-ойдан кейин уткир миокард инфарктдан вафот этди. Бу бемор 5йил мобайнида гемодиализ муолажасини олиб юрган. Бир нафар беморда операциягача булган даврда юракда оғир дистрофик узгартишлар бор эди. Бемор операциядан кейинги даврда уткир юрак етишмовчилиги келиб чиқди ва ва бемор вафот этди.

Операциядан кейинги даврда 27 нафар беморнинг ахволи кониқарли. Улар доимий равишда трансплантолог ва нефролог кузатуvida булиб иммуносупрессив дориланни қабул қилаёпти. Бу беморларнинг ҳаёт сифати соғлом одамларнинг ҳаёт сифати даражасигача яхшилланган.

Шундай қилиб сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида беморларга буйрак трансплантациясини амалга ошириш, уларнинг ҳаёт сифатини тубдан яхшилайдди. Беморларда буйрак трансплантациясини касаллигининг бошланғич даврида дастурли гемодиализга утказилгунича амалга ошириш яхши самара беради.

КОНВЕРСИЯ ПРИ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКРПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ И ИХ ПРИЧИНЫ

Олимжонова М.

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

Актуальность. Применение современной малоинвазивной технологии в хирургии неоспоримым преимуществам альтернативным методом лечения больных калькулезным холециститом. В развитых странах мире удельный вес лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) составляет почти 97% от всех холецистэктомий. В месте с тем ее выполнение в 1,0-9,1% случаев сопряжено с большими техническими трудностями, что может стать причиной серьезных ошибок, осложнений и перехода и перехода конверсионным методом холецистэктомиию.

Целью работы явилось изучение причин конверсии при ЛХЭ для ее дооперационного прогнозирования.

Материал и методы. В последние 10 лет выполнены различные лапароскопические вмешательства у 2093 больных в возрасте от 17 до 84 лет, из них: холецистэктомия- 1071, женщин было 876 (82%), мужчин 195 (18%). хронический калькулезный холецистит диагностирован 864 больных, острый- у 186, полипоз желчного пузыря – у 11, острый безкаменный холецистит- у 6, хронической безкаменной холецистит - у 4.

Предоперационное обследования больных проводили в соответствии с общепринятыми стандартами.

Предоперационная подготовка соответствовало состоянию больных и сопутствующие патологии. Операция выполняли под общим эндотрахеальным наркозом. Использовали стандартные наборы для ЛХЭ фирмы Karl Storz. Троякары в брюшную стенку вводили через стандартные точки Реддика-Ольсена.

Результаты. Конверсия осуществлена 68(%) пациентов, из них: выраженный воспалительно-инфильтративный процесс в подпеченочном пространстве наблюдался у 39, сморщенный желчный пузырь -у 6, кровотечение - у 4, ятрогенное повреждение холедоха - у 5, паразитарный абсцесс - у 9, ограниченный местные перитонит -у 3, разлитой перитонит - у 2 больных. Чаше всего(у больного) значительные трудности при выполнении ЛХЭ представляет воспалительный инфильтрат в области ворот печени, желчного пузыря и гепатодуоденальной связи, в который вовлечены большой сальник, желудок, двенадцатиперстная и поперечная ободочная кишка.

Прогнозировать возможность перехода ЛХЭ на «открытую» холецистэктомию можно на основании алгоритма дооперационных признаков; наличие признаков перитонита, пальпируемый болезненный пузырь, высокий лейкоцитоз и повышение СОЭ, длительной анамнез последний приступа, ультразвуковые изменение стенки ЖП и гепатопанкреатодуоденальной зоны, эффективность консервативного лечения, наличие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке. ЛХЭ противопоказана при обтурационной желтухе, индуративном и псевдотуморозном панкреатите, холангите, флегмонозно-гангренозном холецистите с перитонитом, пероевезикальном инфильтрате, выраженном спаечном процессе в верхней половине живота.

Вывод: Таким образом, конверсия при ЛХЭ является вынужденной мерой во избежат тяжелых интра- и послеоперационных осложнений. Прогнозировать возможность перехода ЛХЭ на «открытую» холецистэктомию можно на основании ряда клинических признаков результатов дооперационного УЗИ и при строгом соблюдении противопоказаний к выполнению ЛХЭ.

