

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,

основная группа - 463 больных леченной лимфотерапии и вторая - контрольная группа 174 больных леченной традиционным способом.

**Вывод:** Таким образом анализ результатов лапароскопических вмешательств с применением лимфатической терапии при различных патологиях органов брюшной полости показывает, что применение лапароскопической лимфатической терапии позволяет значительно снизить послеоперационное осложнение, летальность и достоверно сократить сроки стационарного пребывания больных по сравнению с контрольной группой пациентов.

## ПРИВОДЯЩИЕ ПРИЧИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТOKОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

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

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

**Цель исследования:** Улучшение результатов хирургического лечения больных с ятрогенным повреждением внепеченочных желчных протоков (ВЖП).

**Материал и методы:** в отделение абдоминальной хирургии Областной Многопрофильной Медицинской Центр и отделение экстренной хирургии Жалалкудукской района за период 2017 по 2022 годы находился на лечение 36 больной со «свежими» ятрогенными повреждениями ВЖП во время выполнения ЛХЭ. Возраст пациентов составил от 19 до 80 лет. Из них мужчин 10(26,4 %) и женщин 26 (73,6 %). 3 больных переведены из других клиник через 5- 10 суток после повреждения с желчным перитонитом. Интероперационная диагностика повреждений основывалась на появлении желчи в операционном поле; в послеоперационном периоде диагностика основывалась жалобы больного желтушности склеры, потемнение мочи, ахоличности кал, выделение желчи по дренажу, клинические признаки раздражения брюшины, симптомах механической желтухи, холангита. Для определения уровня повреждения применяли УЗИ, по показанием ЭРХПГ, фистулографию, КТ и МРХПГ.

**Результаты.** По характер повреждения желчных протоков больные распределились следующим образом: пристеночное повреждение 17; полное пересечение 11; клипирование гепатикохоледоха 5; частично коагуляционной некроз 3.

В зависимости от сроков выявления травм желчных протоков больные разделены на 3 группы.

Повреждения, обнаруженные во время операции 9 больных. В этой группе операции закончены следующим образом: 8 больным наложены первичный шов холедоха на дренаже; 2 случаях произведена наружные дренирование общей желчных проток.

Повреждения выявлена на 4-9 сутки после операции 18 больных. В этой группе 3 больным с различным желчным перитонитом и при тонкостеночном холедохе произведена наружное дренирование желчных путей по методи Вишневого. 6 больным при полном клипировании гепатикохоледоха произведена удаление клипс и наружное дренирование на Т - образном дренаже в одном случае и наложение гепатикоюноанастомоза без дренажа-каркаса. У больной которой наложен Т -образный дренаж, отмечаются периодические атаки холангита. 8 больным на фоне диффузного желчного перитонита наложен гепатикоюноанастомоз на изолированной по Ру петли с хорошими результатами.

Повреждения, обнаруженные после выписки из стационара, через 2-4 недель после операции 8 больных. В этой группе больные поступали с явлениями механической желтухи, наружного желчного свища. После подготовки, стабилизации состояния выполнены различные виды гепатикоюноанастомоз по Ру петле.

**Выводы:** Наилучшие результаты получены при выполнении гепатикоюностомии на изолированной по Ру петле тонкой кишки. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, больные выписаны на 8-12 сутки в удовлетворительном состоянии с нормальными показателями функции печени. Отдаленные результаты в течение 3-5 лет прослежены у 20 больных. Хорошие результаты получены у 12 больных, которым произведена гепатикоюностомия без дренажа каркаса. Удовлетворительный результат отмечен у 5 пациентов, которых после удаления дренажей из желчных протоков беспокоит периодические боли в правом подреберье, атаки холангита. У 4 больных которым произведена первичная пластика холедоха, в течение 6 -15 месяцев развилось сужение гепатикохоледоха, что потребовало эндоскопическое стентирование.

**Заключение.** При пристеночных ранениях ВЖП, выявленных во время операции, можно выполнить ушивание и дренирование на Т - образном дренаже через культю пузырного протока. При полном пересечении холедоха - выполнение первичной пластики, что почти в 100% случаев приводит к стенозу. Операцией выбора является бескаркасный гепатикоюноанастомоз, которой выполняется с прецизионной техники оперирования с применением монофилных шовных материалов.