

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОМУ 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 антибиотикотерапию, 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 кариндошларидан буйрак трансплантацияси операциялари утказилди. Реципиентлар 19 ёшдан 57 ёшгача булиб уларнинг 29 нафарида сурункали буйрак етишмовчилиги сурункали гломерулонефрит туфайли ривожланган, бир нафар беморда эса буйрак поликистоз туфайли юзага келган. Беморнинг 28 нафари 1 йилдан 8 йилгача дастурли гемодиализ олиб юрган. 2 нафар бемор гемодиализда утказилмаган. Донорлар 28 ёшдан 56 ёшгача булган ва уртача 41 ёшни ташкил қилган. Беморларга донор танлашда уларнинг реципиент билан кон гурухи, HLA (одам лимфоцитар антигени), A, B, DR гурухлари буйича ва лимфоцитларнинг кесимша мослиги (cross match) асосланган. Cross match 10 фойздан 20 фойзгача булган холатларда реципиентга 2-3 марта плазмафарез сеанслари утказилиб 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-

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 баҳоланди. 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 кайтди. 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 огир дистрофик узгаришлар 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 кузатувида булиб иммуносупрессив дориланни қабул қилаёпти. Бу беморларнинг ҳаёт сифати соғлом одамларнинг ҳаёт сифати даражасигача яхшиланган.

Шундай қилиб сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида беморларга буйрак трансплантациясини амалга ошириш, уларнинг ҳаёт сифатини тубдан яхшилайдди. Беморларда буйрак трансплантациясини касалликнинг 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, паралузырный 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 связки, 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.