



**Ministry of
Health**



**Ministry of Higher
and Secondary Special
Education**



**Ministry of Innovative
Development**



**Andijan State
Medical Institute**

PROBLEMS OF MODERN SURGERY

INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
WITH THE PARTICIPATION OF FOREIGN SCIENTISTS

MATERIALS



**12 OCTOBER, 2022
ANDIJAN**

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Кадиоров Ш.Н. Мусаиайхов Х.Т., Кадиоров М.Ш. Ахмадалиев С.М.
Андижанский Государственный медицинский*

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков (ВЖП).

Материал и методы: в отделение абдоминальной хирургии Областной Многопрофильной Медицинской Центр и отделение экстренной хирургии Жалалкудукской района за период 2015 по 2020 годы находился на лечение 34 больной со «свежими» ятрогенными повреждениями ВЖП во время выполнения ЛХЭ. Возраст пациентов составил от 20 до 79 лет. Из них мужчин 9(26,4 %) и женщин 25 (73,6 %). 2 больных переведены из других клиник через 6- 9 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 16; полное пересечение 11; клипирование гепатикохоледоха 4; частично коагуляционной некроз 3.

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

4. Повреждения, обнаруженные во время операции 9 больных. В этой группе операции закончены следующим образом: 7 больным наложены первичный шов холедоха на дренаже; 2 случаях произведена наружные дренирование общей желчных проток.

5. Повреждения выявлена на 5-8 сутки после операции 17 больных. В этой группе 3 больным с различным желчным перитонитом и при тонкостеночном холедохе произведена наружное дренирование желчных путей по методи Вишневого. 5 больным при полном клипировании гепатикохоледоха произведена удаление клипс и наружное дренирование на Т - образном дренаже в одном случае и наложение гепатикоеюноанастомоза без дренажа-каркаса. У больной которой наложен Т -образный дренаж, отмечаются периодические атаки холангита. 8 больным на фоне диффузного желчного перитонита наложен гепатикоеюноанастомоз на изолированной по Ру петли с хорошими результатами.

6. 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 гепатикоеюноанастомоз по Ру петле.

Выводы: Наилучшие результаты получены при выполнении гепатикоеюностомии 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 19 больных. Хорошие результаты получены у 11 больных, которым произведена гепатикоеюностомия 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 3 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 гепатикоеюноанастомоз, которой выполняется с прецизионной техники оперирования с применением монофилных шовных материалов.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КЕСЕРОВАСЕЧЕНИЕ.

*Касимова С.А., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш., Усмонов Х.К.
Андижанский Государственный Медицинский институт*

Целью нашего исследования являлось улучшение результатов хирургического лечения острого распространенного перитонита после кесеровасечения, путём коррекции интраабдоминальной гипертензии.

Материал и методы исследования. Работа основана на изучении результатов лечения 56 больных после кесеровасечения, осложненной острым распространенным гнойным перитонитом, наблюдавшихся с 2017 по 2022 гг лечившихся в гинекологическое отделение городская родильном комплексе №2. Возраст больных колебался от 18 до 40 лет.

Нами, все больные были разделены на 2 группы. В первую (контрольную) группу вошли 15 пациентов, которые в послеоперационном периоде получали общепринятую терапию.

Вторую группу (основную) составили 41 больные, у которых в комплекс интенсивной терапии были включены назогастральное зондирование, интубация кишечника через анус, гастроинтестинальный лаваж и гастроэнтеросорбция активированным углём, применение антигипоксантов (актовегин). Также больным основной группы оставлены лапаропорты – для проведения санации брюшной полости на 2,3,5 сутки и проводилось измерение внутрибрюшного давления.

Внутри брюшное давление измерялось способом оценки давления в мочевом пузыре через катетер Фоллея подключенный к гидроманометру – аппарата Вальдмана.

Результаты исследования и их обсуждение; общее состояние больных при поступлении были оценены как средней тяжести и тяжёлое.

В первые сутки после операции у больных всех групп внутрибрюшное давление составило $16,1 \pm 0,8$ мм. вод. ст ($15,7 \pm 0,84$ в основной группе и $14,8 \pm 0,79$ в контрольной), что соответствовало 1 степени внутрибрюшной гипертензии, на четвертые сутки у больных основной группы имели достоверность ($d=2,59$, $p<0,05$) по сравнению с первыми сутками. Улучшением показателей внутрибрюшного давления до: $12,4 \pm 0,3$ мм во. ст. у пациентов этой группы удалось предупредить начинающийся парез ЖКТ, и разрешение его в течении 20 часов. А у больных контрольной группы парез был ликвидирован не менее, чем через 48 часов. Кроме того через лапаропорты санирована брюшная полость р-ром реополюглокина, с последующим введением р-р диоксидин 0,5%-50 мл.

Соответственно, в основной группе сократилось количество дыхательных осложнений: пневмония развилась у двух больных, а в контрольной группе те же осложнения возникли у 7 больных.

В исследуемой группе практически не отмечалось специфических осложнений. Лишь в 2 случаях было нагноение после операционной раны, у 6 больных, абсцесс брюшной полости, у-1 больного, продолжающийся перитонит.

Полиорганные нарушения (гепатонефропатия, энцефалопатия, синдром интоксикации) развились у 4 больных основной группы, после операции. У больных контрольной группы полиорганные нарушения развились в 9 случаях. Летальный исход в основной группе не наблюдался, в то время такой исход в контрольной группе был у 1х больных. пребывание в стационаре составило в основной группе $11 \pm 0,42$ дней, в контрольной $14,6 \pm 46$.

Таким образом, использование санирования брюшной полости через лапаропорты в послеоперационном периоде, у больных острым распространённым перитонитом после