



ISSN
2187-7359



Академик
Вахидов В.В.



www.pubsurgery.uz

ЎЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

№2 (94)

2022

IV. ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Джураева Н.М., Икрамов А.И., Худайбергенов Ш.Н., Амирхамзаев А.Т., Вахидова Н.Т., Шамирзаев Х.Э., Абдухалимова Х.В., Султанов А.Т., Хурсанова Д.Х., Сайфулина Д.М., Магзумова С.Х., Ким И.И.</i>	
КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ОЦЕНКА РАКА ЛЕГКОГО С РАДИОЛОГИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИЕЙ С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМИ ДАННЫМИ	194
<i>Жалилов Э.Т., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А., Робиiddинов Б.С.</i>	
ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ	194
<i>Исматов Ж.К., Эшонходжаев О.Д.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛЕВРОДЕЗА	195
<i>Мухамедов К.С., Музрабеков А.А., Ходжаева М.И., Онгарбайев Д.О., Ҳакимов А.А.</i>	
ЎПКА ТУБЕРКУЛЁЗИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКС ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ	195
<i>Расулов У.А., Усманов Б.Ж.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДИ, ОСЛОЖНИВШИХСЯ ГЕМОПНЕВМОТОРАКСОМ	196
<i>Расулов У.А., Усманов Б.Ж.</i>	
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА - ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	196
<i>Халикова О.М., Тешиев О.Р.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАЦИИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ	197
<i>Хамдамов О.К., Хотамов И.Э., Рузимуродов Н.Б.</i>	
ТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ.....	197
<i>Хаялиев Р.Я., Худайбергенов Ш.Н., Рихсиев З.Г.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА НА ФОНЕ ФИБРОЗА ЛЕГКИХ ПОСЛЕ COVID-19	198
<i>Ходжанов И.Ю., Рузикулов У.Ш.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ МЕТОДОМ D. NUSS	199
<i>Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я., Рахимий Ш.У., Турсунов Н.Т., Абдусаломов С.А., Рихсиев З.Г.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ ЛЕГКИХ	199
<i>Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Абдусаломов С.А., Хаялиев Р.Я., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М., Рихсиев З.Г., Очилов Ж.У., Исмаилов Д.Т.</i>	
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТРАХЕЕ ПРИ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ЕЕ ПРОСВЕТА НА Т-ОБРАЗНОМ СТЕНТЕ	200
<i>Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Аманов Б.Б., Турсунов Н.Т., Хаялиев Р.Я., Якубов Б.Ф., Рихсиев З.Г., Очилов Ж.У.</i>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ТИМОМАМИ С МИАСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	200
<i>Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Абдусаломов С.А., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М., Рихсиев З.Г., Очилов Ж.У.</i>	
КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ПРОСВЕТА НА Т-ОБРАЗНОМ ЭНДОПРОТЕЗЕ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ РУБЦОВОМ ПОРАЖЕНИИ ШЕЙНОГО И ГРУДНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ ..	201
<i>Eshonkhodjaev O.D., Hundaybergenov Sh.N., Khayaliev R.Y.</i>	
ACQUIRED GIANT LUNG BULLAS AFTER COVID-19	201
<i>Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Рахимий Ш.У., Аманов Б.Б., Якубов Б.Ф., Очилов Ж.У.</i>	
НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ	202
<i>Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Абдусаломов С.А., Миролимов М.М., Рихсиев З.Г., Очилов Ж.У.</i>	
РОЛЬ ПЛАСТИКИ ТРАХЕИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПРОСВЕТА НА Т-ОБРАЗНОМ ЭНДОПРОТЕЗЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РСТ, СОЧЕТАННЫМ С ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СВИЩОМ	203
<i>Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Абдусаломов С.А., Маткаримов З.Т., Миролимов М.М., Рихсиев З.Г., Эльмуродова Н.Б.</i>	
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ГОЛОСОВЫМ ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ	204
<i>Ҳикматов Ж.С., Исматов Ж.К.</i>	
БУХОРО ВИЛОЯТИДА КЎКРАК ҚАФАСИ ВОРОНКАСИМОН ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ ОПЕРАТИВ ВА КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	204

применяя его только в случаях инвазии в безымянную вену. В группе сравнения было 11 больных с осложнениями, у 32(22,3%) имели место послеоперационные осложнения. В основной группе без осложнений выписаны 95(96%) больных, у 5(4%) больных развились осложнения.

Выбор хирургического доступа зависит от размера опухоли и наличия инвазивного роста. При опухолях размерами до 5см без инвазии в окружающие органы и ткани возможна видеоторакоскопическая тимэктомия. При опухолях размерами 5-10см независимо от наличия инвазивного роста операционный доступ осуществляется из министротомии. При опухолях размерами 10см и более, в зависимости от право- или левостороннего роста по отношению к грудине доступ осуществляется из право- или левосторонней торакотомии, может выполняться продольная стернотомия. Продольная стернотомия выполняется во всех случаях, когда при обследовании диагностируется инвазия в безымянную вену.

Заключение

Дифференцированный подход к выбору хирургического доступа позволил снизить частоту интра- и послеоперационных осложнений. Предлагаемая лечебная тактика для больных тимомы с миастеническим синдромом позволила улучшить результаты лечения на всех этапах периоперативного периода.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ПРОСВЕТА НА Т-ОБРАЗНОМ ЭНДОПРОТЕЗЕ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ РУБЦОВОМ ПОРАЖЕНИИ ШЕЙНОГО И ГРУДНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ

Эшонходжаев О.Д., Худайбергенев Ш.Н., Абдусаломов С.А., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М., Рихсиев З.Г., Очилов Ж.У.

ГУ «Республиканский специализированный научный практический центр хирургии имени академика В. Вахидова», Узбекистан

Целью - усовершенствование пластики трахеи на Т-образном эндопротезе при мультифокальном поражении шейного и грудного отделов трахеи.

Материалы и методы

В ГУ «РСНПМЦХ им. академика В.Вахидова» в 2008- 2022г. получили стационарное лечение 138 больных с диагнозом рубцовый стеноз трахеи. Из них с мультифокальными отдельными поражениями шейного и грудного отделов трахеи было, насчитывалось 16 больных. Больных разделили на 2 группы. В группу сравнения включены 5 пациента (2008 по 2015г), которым выполнена комбинированная пластика шейного отдела с дилатацией (стентированием) грудного отдела трахеи на расщепленной интубационной трубке по Зенгеру. Первым этапом использовали расщепленные интубационные трубки «стентирование по методике В.Г Зенгера» до стихания процесса рубцевания н/3 трахеи, следующим этапом производили пластику трахеи на Т- образном стенте шейного отдела, дистальный конец Т-образного стента устанавливали выше сформировавшегося просвета н/3 трахеи. Основную группу составили 11 больных, которым (2016 - 2021г.) выполнена комбинированная пластика шейного отдела с баллонной дилатацией грудного отдела трахеи на Т-образном стенте по предложенному способу.

Результаты

В основной группе всего в 1 (9,1%) случае развились контактные грануляции подскладочного отдела и голосовых складок из-за мобильности Т-образного стента и парез голосовых складок. В группе сравнения осложнения наблюдались у 2 (40,0%) пациентов – контактные грануляции в области карины из-за мобильности трубки в 1 (20,0%) случае и парез голосовых складок – в 1 (20,0%) случае.

Таким образом, частота осложненного течения послеоперационного периода сократилась с 40,0% (в группе сравнения) до 9,1% (в основной группе).

Средний срок стационарного лечения в группе сравнения составил 21,0±0,5 суток, в основной группе - 17,1±0,5 суток (t=4,60; p<0,001).

Отдаленный послеоперационный период в основной группе больных характеризовался снижением осложнений с 40,0% до 9,1%. Развитие грануляционных процессов отмечено у 1 (20,0%) пациента в группе сравнения и у 1 (9,1%) пациента в основной группе. Развитие рубцовых процессов отмечено только в группе сравнения с частотой 20,0%, с такой же частотой наблюдались гнойно-воспалительные процессы (гнойный трахеобронхит)

Лучшие результаты получены в основной группе, в которой, все пациенты были деканюлированы в срок до 24 месяцев, в группе сравнения в 20,0% случаев деканюляции выполнены после 24 месяцев наблюдения.

Выводы

Совершенствование методологических подходов к пластике трахеи на Т-образном стенте при мультифокальном рубцовом поражении позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 28,6% до 10,7% ($\chi^2=7,178$; Df=1; p=0,008), что обеспечило увеличение вероятности благоприятного раннего течения реабилитационного периода с 71,4% до 89,3% с сокращением длительности госпитализации, в среднем, с 17,9±0,5 до 14,3±0,6 суток (t=4,60; p<0,001).

Дилатация Т-образным протезом способствует восстановлению многослойного эпителия слизистой оболочки, при этом более длительная дилатация приводит к появлению высоко специализированных реснитчатых и бокаловидных клеток, что свидетельствует о полной репарации и возможности деканюляции с минимальным риском активации грануляционных или рубцовых процессов, приводящих к развитию рестеноза трахеи в области ложа Т-образного стента.

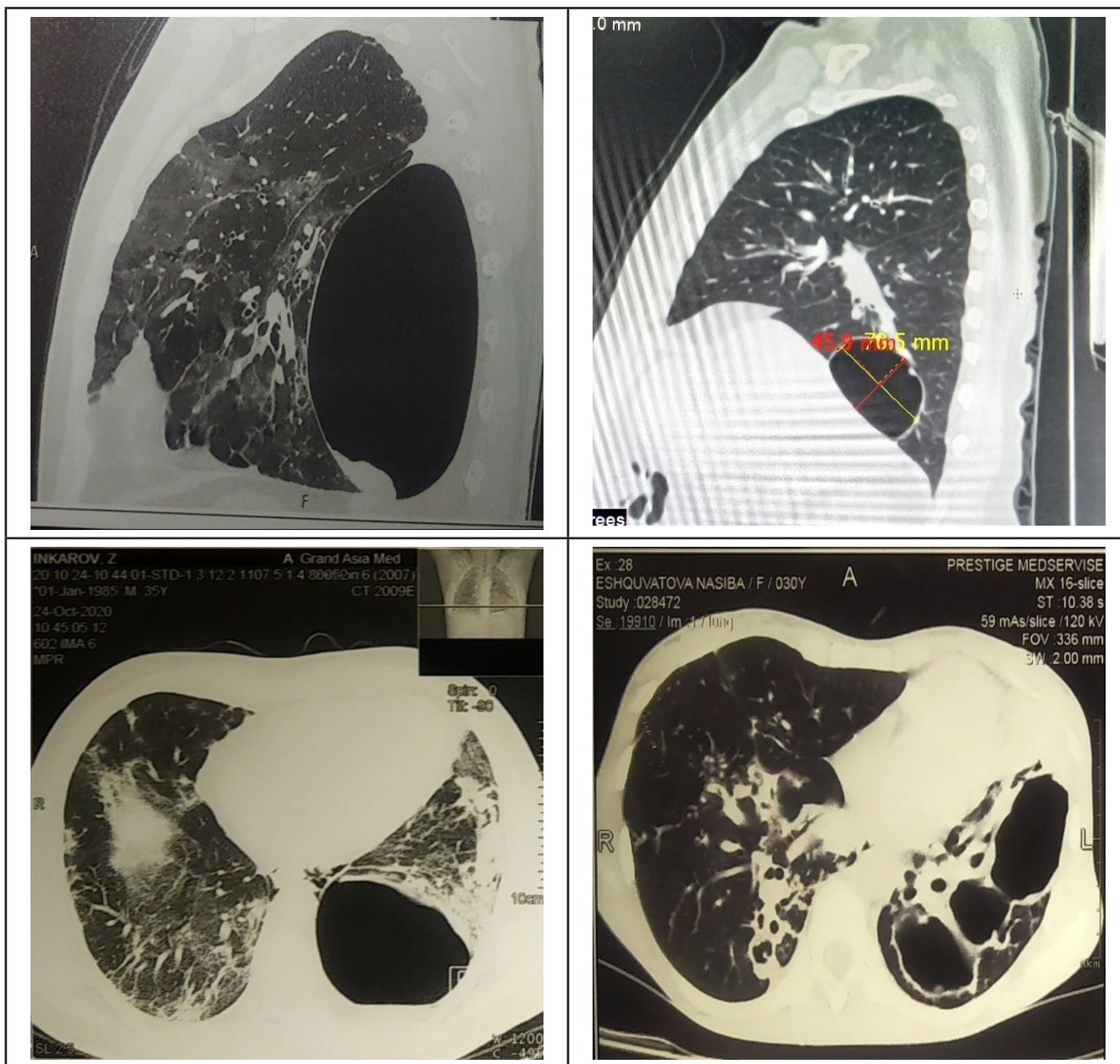
ACQUIRED GIANT LUNG BULLAS AFTER COVID-19

Eshonkhodjaev O.D., Hudaybergenov Sh.N., Khayaliev R.Y.

The department of surgery of lungs and mediastinum SI «RSSPMCS named after acad. V.Vakhidov»

Over the past 6 months, the development of giant lung bullas and cases of spontaneous pneumothorax in patients with Covid-19 has increased dramatically (fig 1). In the department of surgery of lungs and mediastinum, from August 2020 to January 2021, 48 patients with postcovid-19 pulmonary fibrosis and subsequently developed bullas came to the clinic. In

26 cases, the pleural cavity was drained due to the developed pneumothorax. Of these, in 6 cases with non-expansion of the lung and persistence of pneumorrhhea within 3 days, an operation was required - VATS excision and suturing of the bulla with combined pleurodesis. The analysis revealed that in 92% of cases, bulla developed after lung damage more than 60%. Severe pulmonary fibrosis in combination with prolonged oxygen support contributed to the formation of giant bulla (fig 2). Some patients with unexploded bullas are under observation. Respiratory nebulizer therapy in some cases helps to reduce fibrosis and the size of the bulla (fig 3).



НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

*Эшонходжаев О.Д., Худайберген Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Рахимий Ш.У.,
Аманов Б.Б., Якубов Б.Ф., Очилев Ж.У.
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», Узбекистан*

Цель - оценить эффективность небулайзерной терапии в лечении гнойно-деструктивных заболеваний легких.
Материал и методы

Обследованы 60 пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких (поликистоз, бронхоэктазы, секвестрация, абсцедирующая пневмония).. Из них 32 оперированы, 28 получали консервативное лечение. Кроме общеукрепляющей, дезинтоксикационной, антибактериальной терапии, для респираторного лечения использовали небулайзеры Microlife Neb 50, создающие поток 8-10 л/мин. Пациенты получали ингаляции 5-6 раз в день. Перечень препаратов для ингаляции: Беродуал; Лазолван; Сульфат магнезии 3,2%-3,0 как препарат вызывающий значительную бронходилатацию, сравнимую по эффективности с двойной дозой бета миметиков; Декасан 2,0 мл и Диоксидин