



ISSN
2187-7359



Академик
Вахидов В.В.



www.pubsurgery.uz

UZBEKISTON XIRURGIYASI

XIRURGIYA UZBEKISTANA

№2 (94)

2022

I. АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Аббосхонов Ф.Х., Каттаханова Р.Ю., Махмудов Н.И.</i>	
ЛАПАРОСКОПИК ТАХСИСЛАРДА ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШНИ ХУСУСИЯТЛАРИ	24
<i>Абдулахатов М.Х., Пулатов Д.Т., Комилова Д.Н.</i>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ	24
<i>Абдуллажанов Б.Р., Рахманов Б.Б.</i>	
ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ	25
<i>Абдуллажанов Б.Р., Исаков П.М.</i>	
РАНЕВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	26
<i>Абдуллажанов Б.Р., Юсупов Ж.К.</i>	
ПЛАНИМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИМИ ГНОЙНЫМИ РАНАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	27
<i>Абдулсаидов С.К.</i>	
ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА	28
<i>Абдулсаидов С.К.</i>	
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	28
<i>Абдураззаков Х.С., Адилбекова Д.Б., Инагамова М.Х.</i>	
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	29
<i>Абдурахманов Д.Ш., Давлатов С.С., Рахманов К.Э.</i>	
ТЕХНИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	30
<i>Абдурахмонов Ш.М., Рахимов А.Ш., Хамроев Б.С.</i>	
ОШКОЗОН ВА 12 БАРМОКЛИ ИЧАК ЯРА ПЕРФОРАЦИЯСИНИ ЮКОРИ ТЕХНОЛОГИЯЛИ ЛАПАРОСКОПИЯ УСУЛИДА ДИАГНОЗ КУЙИШ ВА ДАВОЛАШ	30
<i>Абдурахманов Д.Ш., Эгамбирдиев А.А., Мардонов Б.А.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	31
<i>Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Джуманиязов Ж.А.</i>	
РЕНТГЕНОЭНДОБИЛИАРНАЯ ДИАГНОСТИКА С ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЕЙ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ	31
<i>Акбаров М.М., Туракулов У.Н., Сайдазимов Е.М., Джуманиязов Ж.А.</i>	
ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩАХ	32
<i>Акимов В.П., Крикунов Д.Ю., Муаззамов Б.Б., Саадулаев Р.И., Тулюбаев И.Н.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛАГЕНА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ТАРП	33
<i>Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Исхаков Н.Б.</i>	
САНАЦИОННАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ	33
<i>Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Рузматов А.Э., Собитханов М.А.</i>	
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА	34
<i>Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Жаббаров Б.Р., Абдуллаев Ж.С.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ	34
<i>Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Хужамбердиев И.Р., Исабаев Ш.</i>	
СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	35
<i>Анарбоев С.А., Салохиддинов Ж.С., Махрамкулов З.М.</i>	
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ	35
<i>Арзиев И.А., Аскарлов П.А., Баратов М.Б.</i>	
ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ В СЛЕДСТВИЕ ТРАВМ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ	36
<i>Асадов Т.Ш., Маликов Ю.Р., Хатамов И.Э., Саноев К.Р.</i>	
ДИАГНОСТИК ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ ШОШИЛИНЧ АБДОМИНАЛ ХИРУРГИЯДАГИ АХАМИЯТИ	37

Эндоскопик операциялардан кейин бу беморларда уртача касалхонада ётиш 4,2 кунни ташкил қилган бўлса, традицион йул билан қилинган операциялар эса 5,8 кунни ташкил қилади.

Хамма беморлар даво муолажалари давомида протон помпа ингибиторлари, H₂ блокаторлари, антиацид препаратлари, хеликобактерларга қарши препаратлар олганлар. Шунингдек 28 беморларда (21,5%) тарқалган перитонит ҳолатларда, ичаклар чуқур фалаж ҳолатларида, юқори интоксикация ҳолатларида, ошқозон ичак трактини эбот зондлари билан зандланган. Операциядан кейинги илк даврларда эрта энтерал овқатлантириш эса беморларда ичак ҳаракатини эрта бошланиши шу билан бирга беморларда эндоген интоксикацияни камайитиришга эришилади.

Юқоридаги даво муолажаларига қарамасдан операциядан кейинги улим 4 та беморда кузатилди. Бу эса 3% ни ташкил қилади. Иккита беморда қанд касаллиги фонида тарқалган йирингли перитонитнинг ривожланиши ва давом этишидан, иккита беморда эса қучайиб борувчи полиорган етишмовчилик ва юрак етишмовчилиги (миокард инфаркти) сабабли улим кузатилган.

Хулоса қилиб айтилганда: Кам инвазив лапароскопик текшириш ва операцияларни йулга қуйиш ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра перфорациясида самарали усул бўлиб, беморлар уртача ётиш кунларини қисқартириб, тез критик ҳолатлардан чиқаришга олиб қелади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

*Абдурахманов Д.Ш., Эгамбирдиев А.А., Мардонов Б.А.
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Цель исследования — улучшить результаты хирургического лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами за счет использования современных аллотрансплантатов с антиадгезионным покрытием и антиадгезионными барьерными средствами.

Группу А составили 24 пациента с послеоперационными вентральными грыжами, которым после герниопластики и адгезиолизиса проводили инстилляцию Мезогеля в брюшную полость, а затем комбинированным способом выполняли аллопластику передней брюшной стенки. В группу Б вошли 8 пациентов, которым выполнена ненатяжная герниопластика композитной полипропиленовой сеткой с антиадгезивным покрытием. Результаты оценивали комплексно на основании клинического и ультразвукового исследований. У 23 больных группы А послеоперационный период протекал гладко. У 1 больного в ближайшем послеоперационном периоде диагностировано нагноение гематомы, расположенной под трансплантатом, которая была санирована. В группе Б у 6 пациентов послеоперационный период протекал гладко. У 1 больного на 3 сутки послеоперационного периода диагностирована подкожная эвентерация с явлениями острой странгуляционной кишечной непроходимости в связи с грубым нарушением больным строгого постельного режима в раннем послеоперационном периоде. Данное осложнение послужило причиной повторной операции. Релапаротомия выявила выход петель тонкой кишки в подкожное пространство в нижнем углу раны над аллотрансплантатом. Петли тонкой кишки оказались жизнеспособными. Ненатяжную реалопластику грыжевых ворот выполняли полипропиленовой сеткой с антиадгезивным покрытием (sub-lay), зону аллопластики дублировали полипропиленовой сеткой (on-lay). После повторной операции у больного развился некроз кожи в нижней трети послеоперационной раны, обусловленный снижением регенеративных способностей и дегенеративными изменениями рубцовых тканей. Больному выполнена некрэктомия, перевязки проводили ежедневно с мазью Левомеколь. Средняя и верхняя треть раны зажили первичным натяжением. При контрольном осмотре через два месяца нижняя треть послеоперационной раны зажила вторичным натяжением. При ультразвуковом контроле зоны аллопластики выявлен незначительный диастаз между аллотрансплантатами, жидкостных образований не выявлено, смещение петель тонкой кишки относительно композитной полипропиленовой сетки в верхней трети зоны аллопластики составило 1,0 см, в средней и нижней третях - более 2 см. выполнена лапароскопическая холецистэктомия, грыжесечение с ненатяжной герниопластикой композитной полипропиленовой сеткой по поводу хронического калькулеза холецистит и гигантская послеоперационная грыжа; В последующем проведена ПТЛ, ежедневные перевязки мазью Левомеколь. За период наблюдения гнойного отделяемого из раны не было; на 40 сутки послеоперационного периода наложены вторичные швы. При ультразвуковом контроле брюшной полости у остальных больных (n=31), выполненном на 5-7-е сутки послеоперационного периода, в 25 случаях смещение полых органов относительно передней брюшной стенки составило более 2,0 см., что свидетельствует об отсутствии висцеро - париетальных спаек полых органов, а в 6 наблюдениях - от 1,0 до 2,0 см, что свидетельствует о возможном наличии подвижных мембранозных спаек.

Заключение

Современные методы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж различными аллотрансплантатами в сочетании с профилактикой спаечной болезни брюшной полости снижают риск осложнений со стороны послеоперационной раны, рецидивов грыжеобразования и спаечной болезни брюшной полости.

РЕНТГЕНОЭНДОБИЛИАРНАЯ ДИАГНОСТИКА С ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЕЙ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Акбаров М.М.^{1,2}, Сайдазимов Е.М.³, Нишанов М.Ш.¹, Джуманиязов Ж.А.¹

1 - ГУ “Республиканский Специализированный научно-практический центр хирургии имени академика В. Вахидова”,

2 - Ташкентская медицинская академия

3 - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность

Частота интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков колеблется в пределах 0,2 - 3 % от общего числа операций на органах брюшной полости, а рецидивы стриктур желчных протоков и наружных желч-

ных свищей после реконструктивных вмешательств составляют 10-12%.

Остаются малоизученными возможности нового направления хирургии желчных путей – рентгеноэндобилиарной хирургии.

Материал и методы

В отделении гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» с 2002 по 2021гг. находились на лечении 317 больных с ятрогенными повреждениями гепатикохоледоха (мужчин - 142, женщин – 175). В комплекс диагностики включены: ультразвуковая сонография печени и желчных путей - 317, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) - 71, чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) - 35, магниторезонансная томография (МРТ) - 122, фистулография - 106, бактериологические исследования желчи - 93. Основным методом в диагностике ятрогенных повреждений, рубцовых стриктур занимает ЭРПХГ и МРТ холангиография, позволяющие установить их локализацию, протяженность, степень супрастенотической эктазии билиарных протоков. Нами произведено 97 трансдуоденальных вмешательств со стентированием гепатико-холедоха.

Результаты

Во всех случаях обнаружены стриктуры гепатикохоледоха. В 22 случаях стриктура располагалась в зоне конfluence и носила критический характер, заключающийся в прогрессировании механической желтухи. В этой группе больных прямая фракция билирубина составляла от 200 до 300 мкмоль/л. У одного из пациентов наблюдались начальные признаки печеночной недостаточности в виде энцефалопатии, снижения уровня альбуминов ниже 30 г/л, протромбинового индекса ниже 82%. Мы расценили состояние больных как второй класс по Чайльд-Пью. В 45 случаях препятствие располагалось в зоне слияния желчного с пузырным протоком. Все больные этой группы своевременно были подвергнуты диагностике и им предприняты соответствующие вмешательства. В 30 случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. Содержание прямого билирубина у этих больных было от 80 до 390 мкм/л. В наших наблюдениях эндоскопическим методом, включающим бужирование стенотического сегмента в сочетании с локальной диатермокоагуляцией рубцового сегмента, удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха и провести стентирование стенотического сегмента, что привело к выздоровлению и выписке больных через 4 суток.

С целью предотвращения инкрустации дренажной трубки назначали постоянный прием препаратов дезокси-холевой кислоты. Необходимо отметить, что ни в одном случае осложнений, связанных со стентированием наружных желчных протоков, не наблюдалось. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Заключение

Эндоскопическая техника позволяет выполнять реканализацию стриктур желчных протоков с использованием каркасных дренажей и стентов. Метод билиарного стентирования создает адекватный отток желчи в 12 п. кишку, что приводит к снижению билирубина до нормы, скорейшей реабилитации пациентов.

ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩАХ

Акбаров М.М.¹, Туракулов У.Н.^{1,2}, Сайдазимов Е.М.², Джуманиязов Ж.А.^{1,2}

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии имени академика В. Вахидова»,

2 - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент

Актуальность. Проблема диагностики и лечения рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков (РСВЖП) и наружных желчных свищей (НЖС) остается одной из сложных задач хирургической гепатологии.

В обширной литературе явно прослеживается существенная разноречивость подходов к различным операциям при данной патологии, их результаты далеки от удовлетворительных. Сохраняются много открытых вопросов в таком направлении хирургической гепатологии, как эндоскопическое билиостентирование.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения РСВЖП и НЖС с использованием эндоскопических технологий.

Материал и методы. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) занимает ведущие позиции в диагностике РСВЖП и НЖС, как и полипозиционная фистулография при распознавании характера патологии и выбора тактики ее ликвидации.

За последние 10 лет выполнено 649 ЭРПХГ. Из этого числа ЭРПХГ последующую эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) выполнили у 256 пациентов. При наличии РСВЖП предпринималось бужирование стенотического сегмента, после этого выполнялось билиостентирование участка сужения. Использовались как стандартные эндобилиарные стенты, так и билиостенты, сконструированные в нашем учреждении.

Результаты исследования. Нами выполнено 38 эндоскопических билиостентирований при РСВЖП и НЖС. В 8 случаях стриктура располагалась в зоне конfluence и носила критический характер, заключающийся в прогрессировании механической желтухи. В 21 случае патология располагалась в зоне слияния желчного протока с пузырным протоком. В 9 случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. В результате проведенного эндоскопического лечения после первичного курса восстановление желчеоттока достигнуто у 34 (89,4%) пациентов, в 4 (10,6%) случаях в течение 6-8 месяцев отмечены рецидивы стенозов. По причине рецидива 2 пациентам выполнены реконструктивные хирургические вмешательства, 2 других пациентов пожилого возраста, неоднократно оперированные на желчных путях проходили повторные курсы эндоскопического лечения. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Заключение. Метод эндобилиостентирования представляется прогрессивным и удобным, при котором пациент не подвергается риску общего наркоза и связанных с ним дальнейших специфических осложнений, нет необходимости лапаротомии. Эффективность эндоскопических вмешательств при лечении НЖС, развившихся на фоне рубцовых стриктур ВПЖП, наиболее высока при дистальном расположении патологии. По нашим данным, при проксимальном расположении НЖС эндоскопическое вмешательство было неэффективным в 24,2%, тогда как при дистальном – лишь в 3,5%.