



ISSN  
2187-7359



Академик  
Вахидов В.В.



[www.pubsurgery.uz](http://www.pubsurgery.uz)

# ЎЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

---

# ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

№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

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.<sup>1</sup>, Туракулов У.Н.<sup>1,2</sup>, Сайдазимов Е.М.<sup>2</sup>, Джуманиязов Ж.А.<sup>1,2</sup>

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 восстановления 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%.