



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

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Назыров Ф.Г.<sup>1</sup>, Акбаров М.М.<sup>1,2</sup>, Сайдазимов Е.М.<sup>3</sup>, Нишанов М.Ш.<sup>1</sup>

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

2 - Ташкентская медицинская академия

3 - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Узбекистан

### Актуальность

За последние в Узбекистане отмечается увеличение числа больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Увеличилось и число операций, проводимых на желчном пузыре и протоках. Вместе с тем увеличивается частота повреждений желчных протоков в 2-4 раза, составляя 0,22- 1,86%. Внедрение лапароскопической техники при операциях на желчном пузыре привело к заметному увеличению частоты и тяжести повреждений желчных протоков. При ятрогенном повреждении желчных протоков хирургическое лечение представляет исключительную сложность, требующую длительного лечения, дорогостоящих лечебно-диагностических манипуляций. Летальность при этом колеблется от 8-17%, осложнения при операциях составляют 47%, развитие посттравматических стриктур желчных протоков - 30-55%.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков.

### Материалы и методы

С 2000 по 2021г. пролечены 143 больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков (МЖП). Мужчин было 32 (22,4%), женщин – 111 (77,6%). Возраст пациентов - от 19 до 80 лет. По нашим данным, повреждения МЖП отмечены у 48 (0,68%) больных на 6921 холецистэктомии (ХЭ), из них у 35 после ЛХЭ, у 8 после минилапаротомной ХЭ, у 5 после традиционной ХЭ. 95 пациентов поступили из других стационаров: 42 после ЛХЭ, 52 -после традиционной ХЭ, 1 больной после минилапаротомной холецистэктомии. У 58 (27,2%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно, у 85 (72,8%) - в раннем послеоперационном периоде.

### Результаты

При интраоперационном повреждении желчных протоков (n=58) у 31 больного имелось полное пересечение протока, у 27 -краевое повреждение. 51 больному операции, направленные на восстановление анатомии желчных протоков, выполнены сразу, 7 - в 2 этапа. При выявлении повреждений желчных протоков в раннем послеоперационном периоде (n=85) выполняли одно- или двухэтапные операции в зависимости от наличия инфильтративно-воспалительных изменений подпеченочной области. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали у 25 (22,3%) больных. В отдаленном периоде неудовлетворительные результаты наблюдали у 37 (25,8%) больных, причем стеноз гепатикоэоаноанастомоза (ГепЕА) у 5 (5,8%) больных, стеноз гепатикодуодено анастомоза (ГепДА) - у 14 (16,4%), стеноз билиобилиарного анастомоза (ББА) - у 8 (13,8%). Повторные оперативные вмешательства потребовались 35 (24,4%) больным. В группе, в которой операции выполняли при интраоперационном обнаружении травм МЖП из 58 больных хорошие ближайшие и отдаленные результаты получены у 86,2% (50). Основной операцией при полном пересечении МЖП является ГепЕА на выключенной петле тонкой кишки по Ру, которую выполнили 59 больным с хорошим отдаленным результатом у 54(91,5%). ГепЕА без каркасного дренирования значительно сокращает лечение, однако эту методику удалось выполнить только 16 больным этой группы.

### Заключение

Причиной неудовлетворительных результатов лечения «свежих» повреждений МЖП являются запоздалая диагностика и выполнение недостаточных по объему операций, направленных на восстановление желчеоттока путем создания билиобилиарных и билиодуоденальных анастомозов.

## АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ И РАЗОБЩАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Омонов О.А.

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

Проведен анализ выживаемости пациентов послехирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при циррозе печени (ЦП). В исследование включены 710 пациентов с геморрагическими осложнениями цирроза печени. Портосистемное шунтирование (ПСШ) выполнено 367, пациентам, тотальное разобщение гастро-эзофагеального коллектора (ТРГЭК) - 62, эндоскопические вмешательства (ЭВ) – 281.

Общая летальность составила 51,8% (368 из 710 больных). После ПСШ этот показатель был 40,6% (149 из 367), после ТРГЭК – 56,5% (35 из 62) и после ЭВ – 65,5% (184 из 281). Между указанными группами показатели летальности достоверно были меньше после ПСШ ( $\chi^2=39,439$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$  к группе с ЭВ;  $\chi^2=5,441$ ;  $df=1$ ;  $p=0,020$  к группе после ТРГЭК). После ТРГЭК летальность также была ниже, чем после ЭВ, однако эти значения оказались не достоверными ( $\chi^2=1,794$ ;  $df=1$ ;  $p=0,181$ ), что можно объяснить небольшой выборкой пациентов после разобщающих операций. Живы были 218 (59,4%) больных после ПСШ, 27 (43,5%) после ТРГЭК и 97 (34,5%) после ЭВ.

Среди факторов риска неблагоприятного исхода лечения на долю прогрессирования патологического процесса пришлось 277 (38,1% из 710 пациентов), а от кровотечений портального генеза умер 91 (12,5%) пациент. После ПСШ эти факторы составили 32,2% (118 из 367) и 8,4% (31). После ТРГЭК от прогрессирования ЦП умерло 24 (38,7% из 62) больных, а на фоне геморрагического синдрома – 17,7% (11), после ЭВ – 48,0% (135 из 281) и 17,4% (49).