



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

- 20%. В последние годы эндохирургические операции активно внедряют в службу экстренной медицинской помощи. Торакоскопические операции в Навоийском филиале РНЦЭМП проводятся с 2015 года.

В Навоийский филиал РНЦЭМП в 2016-2021 гг. обратились 706 больных с сочетанной травмой с летальным исходом у 79 пациентов (11,2%). Различные повреждения органов грудной клетки наблюдали у 271 пациента: у 147 больных установлен ушиб мягких тканей грудной клетки, у 78 - перелом ребер, у 26 - пневмоторакс, у 11 - гемоторакс, у 9 - подкожная эмфизема.

Всем больным проводили стандартное обследование: клинико-лабораторные методы исследования, рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости, УЗИ брюшной полости и плевральных полостей, ЭКГ, МСКТ, консультации специалистов.

При оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим с сочетанными травмами и травмами грудной клетки мы использовали следующую тактику лечения: торакоскопия выполнена 18 (2,5%) больным, у которых показанием к срочной операции являлась продолжающееся внутриплевральное кровотечение и не купируемый клапанный пневмоторакс. У 2 (0,3%) пациентов в ходе торакоскопии выяснилась необходимость перехода на открытую операцию.

Традиционная торакотомия выполнена 4 (0,6%) больным из-за внутриплеврального кровотечения. В 2 случаях выполнено ушивание раны легкого, еще в 2 случаях - коагуляция межреберной артерии.

У всех больных заживление ран было первичным натяжением.

37 больным с гемопневмотораксом наложили торакоцентез и дренировали плевральную полость. При подкожной эмфиземе вели наблюдение за больными.

Ближайшие результаты оценивали в течение 10 дней после операции. Осложнения в группе с сочетанными травмами (пневмония, плеврит, эмпиема плевры) развились у 21 (2,9%) больного. Посттравматическая пневмония - у 12 (1,2%), посттравматический плеврит - у 7 (0,9%); эмпиема плевры - у 2 (0,3%) у пациентов.

У больных с сочетанной травмой (переломы трубчатых костей, ЧМТ) прежде всего решали вопрос о тактике в отношении патологии грудной клетки, а затем других повреждений. После проведения комплекса неотложных мероприятий основной задачей являлась компенсация дыхательной функции и профилактика посттравматических осложнений.

Таким образом, современная торакоскопия позволяет перевести хирургическую тактику при травме груди на качественно новый уровень за счет активного внедрения торакоскопии в хирургическую практику.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА НА ФОНЕ ФИБРОЗА ЛЕГКИХ ПОСЛЕ COVID-19

*Хаялиев Р.Я., Худайбергенов Ш.Н., Рихсиев З.Г.
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», Узбекистан*

Цель работы: определить эффективность малоинвазивных хирургических вмешательств при различных видах спонтанного пневмоторакса.

Материалы и методы

В 1991- 2022 г в отделение хирургии легких и средостения поступило 782 пациента с буллезной эмфиземой легких, мужчин было 633 (80,94%), женщин – 149 (19,06%). Возраст больных варьировал от 12 до 84 лет. У 641 (81,96%) больного пневмоторакс был первичным, у 141 (18,04%) наблюдался рецидив заболевания. У 454 (58,05%) больных отмечалось правостороннее поражение, у 311 (39,76%) - левостороннее. В 17 (2,17%) случаях отмечен двусторонний СП. Тотальный коллапс легкого развился в 298 (38,1%) случаях, субтотальный - в 319 (40,79%), частичный пневмоторакс - в 165 (21,1%) случаях. Из них в 211 (26,98%) случае наблюдался гидропневмоторакс. В основном больные с неспецифическим СП обращались за помощью в 1-3 сутки – 563 (71,99%).

В течение последних лет резко возросло количество развития гигантских булл легкого и случаев спонтанного пневмоторакса у пациентов, перенесших Covid-19. В отделении хирургии легких и средостения с августа 2020 по январь 2022г обратились 48 больных с постковидным фиброзом легких и развившимися после этого буллами. В 32 случаях было произведено дренирование плевральной полости по причине развившегося пневмоторакса. Из них в 16 случаях при нерасправлении легкого и сохранении пневмореи в течение 3 дней понадобилась операция – иссечение и ушивание буллы с комбинированным плевродезом. В 13 случаях применена видеоторакоскопическая техника. В 92% случаев буллы развивались после интерстициального поражения легких объемом более 60%. Выраженный фиброз легких в сочетании с продолжительной кислородной поддержкой способствовал образованию гигантских булл.

Результаты

Лечение частичного пневмоторакса начинаем с плевральных пункций. При расправлении легкого производили МСКТ. При субтотальном, тотальном коллапсах и рецидивах заболевания, в случаях нерасправления легкого проводили торакоскопию под местной анестезией с последующим дренированием плевральной полости. Классическая торакотомия производилась в случае нахождения больших булл, массивного спаечного процесса и при отсутствии эффективности от консервативной терапии. Высокий риск рецидива СП у больных эмфиземой легких после консервативного лечения и отсутствие тенденции к его снижению после повторного возникновения диктуют необходимость проведения торакоскопии уже после впервые возникшего эпизода СП.

VATS выполнена 116 больным. 38 больным для ликвидации буллезных поражений и создания стойкого плевродеза мы применяли YAG-Nd и CO2 лазеры.

Заключение

При выборе тактики хирургического лечения больных с буллезной эмфиземой легких используем индивидуальный подход с учетом типа эмфиземы по классификации R. Vanderschueren и С. Boutin, срока полного расправления легкого и прекращения поступления воздуха по дренажам, количества рецидивов пневмоторакса. В случае постковидного фиброза легких рекомендуется активно-выжидательная тактика, так как при резекционных вмешательствах на легких при постковидном фиброзе высок риск нерасправления легкого и развития бронхоплевральных свищей по

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