



ISSN  
2187-7359



Академик  
Вахидов В.В.



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

- 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

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТРАХЕЕ ПРИ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ЕЕ ПРОСВЕТА НА Т-ОБРАЗНОМ СТЕНТЕ

*Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Абдусаломов С.А., Хаялиев Р.Я., Турсунов Н.Т., Миралимов М.М., Рихсиев З.Г., Очилов Ж.У., Исмаилов Д.Т.*

*ГУ «Республиканский специализированный научный практический центр хирургии имени акад. В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования -изучить структурные изменения стенки трахеи при её стенозе и после дилатации с использованием Т-образного эндопротеза.

Материалы и методы

Отделение хирургии легких и средостения ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова» располагает опытом лечения 260 больных с РСТ с 2008 по 2022г. Лишь в 42 случаях удалось произвести радикальную операцию – циркулярную резекцию трахеи. Часть больных излечили с помощью эндобронхиальных вмешательств. 120 пациентам выполнены многоэтапные реконструктивные вмешательства на трахее, так как имели тяжелые сопутствующие патологии, неврологический дефицит.

В 38 случаях провели морфологические исследования стенки измененной трахеи. Для световой микроскопии образцы тканей трахеи получали во время оперативного вмешательства, а также образцы слизистой при биопсиях в различные сроки после Т-образного стентирования.

Результаты

Проведенные морфологические исследования биоптатов слизистой трахеи после дилатации на Т-образном эндопротезе показали, что эта процедура приводит к восстановлению многорядного эпителия слизистой оболочки. Через 5 месяцев определяется многорядность эпителиальной выстилки со скоплением поверхностных призматических клеток. При этом в призматических клетках отмечается умеренный перинуклеарный отёк и фигуры митозов в базальных частях многорядного эпителия. В собственном соединительнотканном слое слизистой выявляются крупные вакуоли. Однако в этот срок не отмечается появление призматических клеток с характерными ресничками и бокаловидных клеток.

Через 10 месяцев после стентирования отмечается четко сформированная многорядная эпителиальная выстилка, но без реснитчатых и бокаловидных клеток. При этом в собственном соединительнотканном слое слизистой оболочки много кровеносных сосудов, в базальных частях многорядного эпителия встречаются фигуры митозов.

В более отдалённые сроки после стентирования (15 месяцев) наблюдается выраженная тенденция появления в поверхностных слоях многорядного эпителия реснитчатых и бокаловидных клеток. В собственном соединительнотканном слое многочисленны сосуды, встречаются небольшие скопления в периваскулярных зонах воспалительных инфильтратов.

Выводы

Стентирование трахеи с проведением традиционной терапии приводит к снижению отёка и воспаления стенок трахеи. Проведенные морфологические исследования показали, что при стенозе трахеи имеет место редукция эпителиальной выстилки слизистой оболочки при значительном разрастании грубоволокнистой соединительной ткани. Первичным в развитии стеноза трахеи является повреждение эпителиальной выстилки.

Дилатация Т-образным протезом в течение 5-6 месяцев способствует восстановлению многослойного эпителия слизистой оболочки, более длительная дилатация приводит к появлению высокоспециализированных реснитчатых и бокаловидных клеток.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ТИМОМАМИ С МИАСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Аманов Б.Б., Турсунов Н.Т., Хаялиев Р.Я., Якубов Б.Ф., Рихсиев З.Г., Очилов Ж.У.*

*ГУ «Республиканский специализированный научный практический центр хирургии имени акад. В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан*

Цель: разработать оптимальную лечебную тактику для больных с тимоматами с миастеническим синдромом.

Материалы и методы

Основой для исследования послужили 319 больных тимоматами с миастеническим синдромом, находившихся на стационарном обследовании и лечении в отделении хирургии легких и средостения ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» в 1994 - 2022годы. Распределение больных по группам проводили в зависимости от лечебной тактики и хирургического вмешательства. Группу сравнения составили 169 больных (1994- 2009 годы). В этот период в качестве операционного доступа применялась только продольная стернотомия.

В основную группу вошли 150 больных (2010 - 2022 годы). В основной группе использовали дифференцированный подход при определении лечебной тактики в зависимости от степени тяжести миастении, размера опухоли, выбора операционного доступа и характера вмешательства.

Из 319 больных оперативные вмешательства выполнены 269 больным, что составило 84,3% , 50 больных выписаны без операции, что составило 15,7%. В группе сравнения оперированы 143(84,6%) и выписано без операции 26(15,3%). В основной группе оперированы 126 (84%) и выписаны без операции 24(16%) больных. Сравнимые группы достоверно не отличались ( $\chi^2= 0.61, p=0.44$ ) и были репрезентативными. В контрольной группе всем больным произведена продольная стернотомия. В основной группе: боковая торакотомия слева – 15 (11,9%), боковая торакотомия справа – 12(9,5%), продольная стернотомия – 30 (23,8%), мини верхняя Т-образная стернотомия – 28 (22,2%), видеоторакоскопия слева – 14 (11,1%), видеоторакоскопия справа – 27 (21,4%). Как видно доля продольных стернотомий в основной группе сократилась на 76,2%. При простоте исполнения и хорошего доступа к органам переднего средостения, продольная стернотомия является самым травматичным операционным доступом и как следствие ухудшает результаты хирургического лечения. С накоплением опыта мы все реже используем данный операционный доступ,

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