



ISSN  
2187-7359



Академик  
Вахидов В.В.



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

# ЎЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

---

# ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

№2 (94)

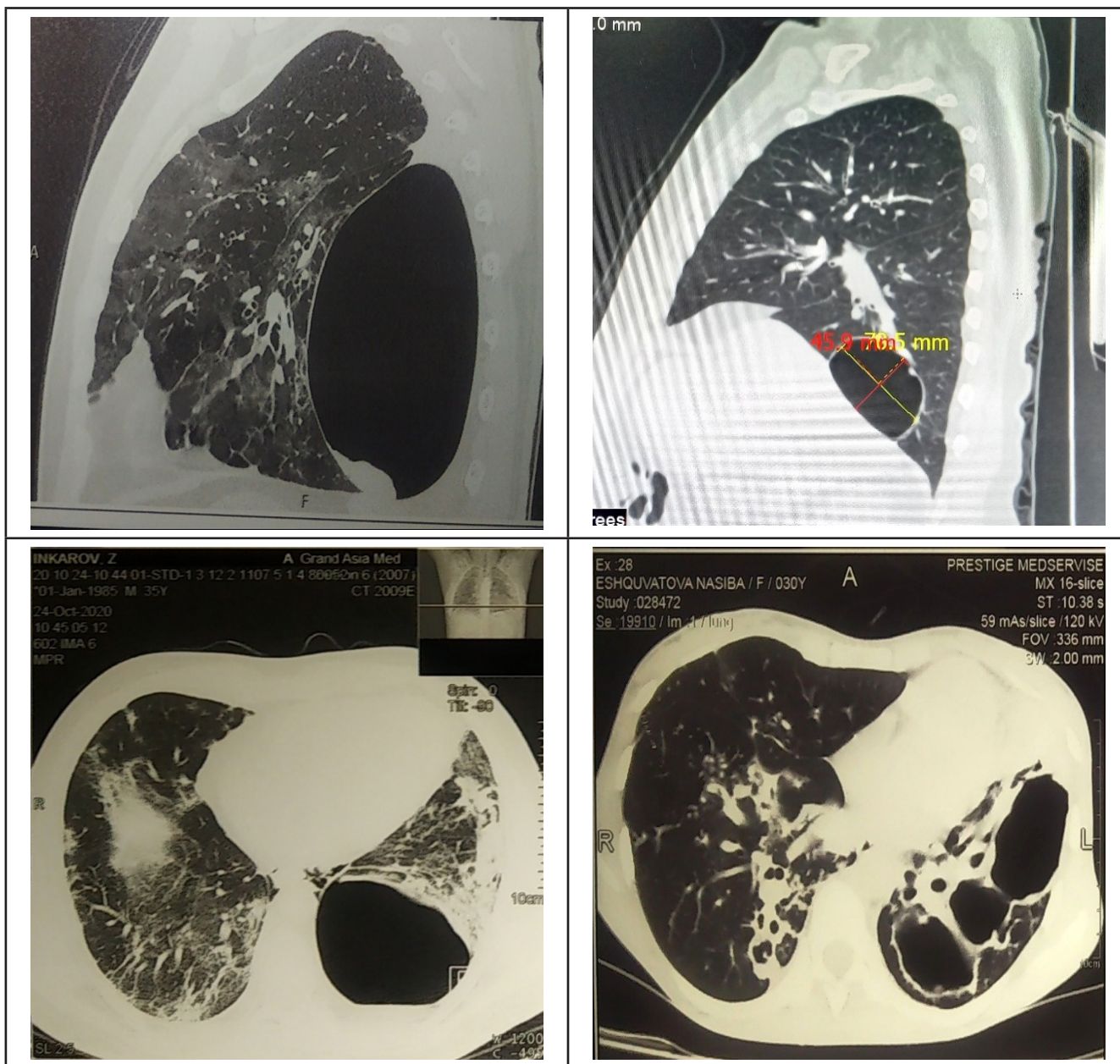
---

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>Исматов 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., Исматов Ж.К.</i>	
<b>БУХОРО ВИЛОЯТИДА КЎКРАК ҚАФАСИ ВОРОНКАСИМОН ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ ОПЕРАТИВ ВА КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ .....</b>	<b>204</b>

26 cases, the pleural cavity was drained due to the developed pneumothorax. Of these, in 6 cases with non-expansion of the lung and persistence of pneumorrhage within 3 days, an operation was required - VATS excision and suturing of the bulla with combined pleurodesis. The analysis revealed that in 92% of cases, bulla developed after lung damage more than 60%. Severe pulmonary fibrosis in combination with prolonged oxygen support contributed to the formation of giant bulla (fig 2). Some patients with unexploded bullas are under observation. Respiratory nebulizer therapy in some cases helps to reduce fibrosis and the size of the bulla (fig 3).



## НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

*Эшонходжаев О.Д., Худайберген Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Рахимий Ш.У.,  
Аманов Б.Б., Якубов Б.Ф., Очилев Ж.У.  
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», Узбекистан*

Цель - оценить эффективность небулайзерной терапии в лечении гнойно-деструктивных заболеваний легких.  
Материал и методы

Обследованы 60 пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких (поликистоз, бронхоэктазы, секвестрация, абсцедирующая пневмония).. Из них 32 оперированы, 28 получали консервативное лечение. Кроме общеукрепляющей, дезинтоксикационной, антибактериальной терапии, для респираторного лечения использовали небулайзеры Microlife Neb 50, создающие поток 8-10 л/мин. Пациенты получали ингаляции 5-6 раз в день. Перечень препаратов для ингаляции: Беродуал; Лазолван; Сульфат магнезии 3,2%-3,0 как препарат вызывающий значительную бронходилатацию, сравнимую по эффективности с двойной дозой бета миметиков; Декасан 2,0 мл и Диоксидин

1%-3,0 как препараты, воздействующие как на аэробную, так и на анаэробную инфекцию, а также актиномицеты; Дексаметазон 2мг с раствором NaCl 0,9% 2 мл; Fargals 1,0 мл с NaCl 0,9% 2 мл; Амикацин 0,5 гр; линкомицин 600 мг; преднизолон 25 мг и другие препараты по показаниям. Частота ингаляций в зависимости от выраженности процесса. Небулайзерную терапию предпочтительно начинать в дооперационном периоде. При периоперационной обструкции бронхов подбираются медикаменты, действие которых оказывает максимальную бронходилатацию и снятие воспалительных реакций в нижних дыхательных путях. Особое значение респираторная терапия приобретает в раннем послеоперационном периоде, в частности, в реанимационном отделении, когда многое зависит от того, насколько быстро раскроются нефункционировавшие вследствие коллапса легкого альвеолы, усилится мукоцилиарный клиренс, способствующий отхождению мокроты и снижению обструкции дыхательных путей. Чем раньше восстановится эластичность легочной паренхимы, тем более полным будет расправление пораженной легкого.

Результаты лечения больных доказали перспективность использования небулайзерного введения антибактериальных препаратов как в до-, так и послеоперационном периоде, отмечается более быстрая регрессия клинико-рентгенологических проявлений, снижение количества выделяемой мокроты и более быстрая нормализация температурной кривой.

После сеансов небулайзерной терапии показатели внешнего дыхания значительно улучшались: ОФВ1 в 1,4 раза, ПСВ в 1,34; ЖЕЛ в 1,26 раза, что говорит о значительном приросте вентиляции за счет снижения рестриктивных нарушений. Наиболее важные потоковые показатели ФВД после лечения достигли срединных должных показателей: так МОС25 улучшилась на 35%, МОС50 на 36%; МОС75 на 27%.

#### Выводы

Применение небулайзерной терапии при гнойно-деструктивных заболеваниях легких способствует не только достоверному улучшению функциональных респираторных тестов ( $P < 0,001$ ), но и уменьшению частоты интенсификации обструктивного синдрома, что приводит к снижению риска дальнейшего распространения воспаления и значительному уменьшению объема пораженной ткани.

## РОЛЬ ПЛАСТИКИ ТРАХЕИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПРОСВЕТА НА Т-ОБРАЗНОМ ЭНДОПРОТЕЗЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РСТ, СОЧЕТАННЫМ С ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СВИЩОМ

*Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Абдусаломов С.А., Миролимов М.М., Рихсиев З.Г., Очилев Ж.У.,*

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

Цель исследования - улучшение результатов лечения больных с рубцовыми стенозами трахеи, осложненными трахеопищеводным свищом.

#### Материалы и методы

Проведен анализ результатов хирургического лечения 18 (n=18) больных в отделении хирургии легких и средостения в 2015- 2021г. с рубцовыми стенозами трахеи, осложненными трахеопищеводным свищом. Первым этапом всем больным выполнена пластика трахеи с рассечением зоны стеноза, иссечением рубцовых тканей и формированием просвета на Т-образном эндопротезе. 10 больных были женского пола, 8 - мужского. Этиологическим фактором у 5 больных явилось постинтубационное поражение, у 13 – посттрахеостомическое, у 2 из них после суицида в виде повешания отмечались травматические повреждения трахеи.

#### Результаты и их обсуждения

Всем больным лечебные мероприятия проводили комплексно. При критических и декомпенсированных стенозах диаметром просвета менее 5 мм с угрозой асфиксии по поводу обтурации мокротой первым этапом выполняли эндоскопическую деструкцию. Бужирование в данном случае противопоказано из-за возможного расширения трахеопищеводного свища.

У 15 (83,3%) больных выявлено одноуровневое поражение трахеи, у 3 (16,6%) - двухуровневое. Из них у 3 (16,6%) больных процесс был локализован в трахеогортанной области, у 8 (44,4%) - в области верхней трети трахеи, у 3 (16,6%) - в области средней трети трахеи и у 2х (11,1%) - в нижней трети трахеи. Из двухуровневых стенозов у 1 (5,5%) больного стеноз локализовался в верхней трети и средней трети трахеи, у 2 (11,1%) - уровне трахеогортанной области и средней трети трахеи

У 1(5,5%) больного обнаружен гортанно-плоточный, у 5 (27,7%) - трахеопищеводный свищ локализовался на уровне верхней трети трахеи, у 4 (22,2%) свищ обнаружен на уровне средней трети трахеи или у его начала. У 2 (11,1%) больных соустье обнаружено на уровне нижней трети трахеи.

Стойкая трахеостома формировалась в области рубцового поражения с рассечением передней стенки трахеи до здоровой слизистой. При этом производили деструкцию рубцовых тканей боковых стенок и частично - задней стенки вне области свищевого хода.

У всех больных выявлен аспирационный гнойный бронхит или пневмония за счет попадания пищи и слюны через свищевой ход в трахеобронхиальное дерево. После Т- стентирования трахеи через 1-6 месяцев после разрешения гнойного трахеобронхита, пневмонии и алиментарной кахексии, выполнена ликвидация трахеопищеводного свища через колитомный доступ слева 16 (88,8%) больным, левый торакотомный - 2 (11,1%) пациентам. Для этой цели выполнены следующие операции: разобщение трахеопищеводного свища путем наложения ручного (узлового) шва на трахею и пищевод 9 (50%) больным; разобщение трахеопищеводного свища с использованием сшивающего аппарата эшелон с последующим укреплением непрерывным швом - 7 (38,8%) больных и 2 (11,1%) больным выполнена циркулярная резекция пораженной части трахеи с наложением анастомоза «конец в конец» и сшивание дефекта пищевода двурядными швами. 16 (88,8%) больным между швами трахеи и пищевода фиксирован перемещенный лоскут грудино-ключично-сосцевидной мышцы, 2 (11,1%) больным - левая доля щитовидной железы. Всех больных перевели на зондовое кормление и не разрешили проглатывать слюну.

Через 6-12 месяцев, когда останавливается процесс рубцевания, формируется широкий стойкий просвет с