



ISSN  
2187-7359



Академик  
Вахидов В.В.



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

# UZBEKISTON XIRURGIYASI

---

# XIRURGIYA UZBEKISTANA

№2 (94)

---

2022

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



## Ўзбекистон хирургияси

Илмий-амалий журнал  
1999 йилда ташкил этилган

## Хирургия Узбекистана

Научно-практический журнал  
Основан в 1999 году

*Главный редактор*

**Ф.Г. НАЗЫРОВ**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Акилов Х.А.  
Алиев М.М.  
Алимов А.В.  
Девятов А.В.

Зуфаров М.М.  
Икрамов А.И.  
Исмаилов С.И.  
Кариев Г.М.

Каримов Ш.И.  
Лигай Р.Е.  
Наврұзов С.Н.  
Низамходжаев З.М.

Собиров Д.М.  
Турсунов Б.З.  
Хаджибаев А.М.  
Шадманов А.К.  
Эшонходжаев О.Д.

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

Акбаров М.М.  
Акилов Ф.А.  
Ахмедов Ю.М.  
Байбеков И.М.  
Баймаханов Б.Б.  
Бахритдинов Ф.Ш.  
Бокерия Л.А.  
Готье С.В.  
Давыдов М.И.  
Ирисметов М.Э.  
Назирова Л.А.

(Ташкент)  
(Ташкент)  
(Самарканд)  
(Ташкент)  
(Алматы)  
(Ташкент)  
(Москва)  
(Москва)  
(Москва)  
(Ташкент)  
(Ташкент)  
(Ташкент)

Порханов В.А.  
Рамазанов М.Е.  
Ревшвили А.Ш.  
Салимов Ш.Т.  
Стилиди И.С.  
Хакимов М.Ш.  
Ходжиев Д.Ш.  
Шамсиев А.М.  
Шарапов Н.У.  
Шевченко Ю.Л.  
Эргашев Б.Б.

(Краснодар)  
(Алматы)  
(Москва)  
(Ташкент)  
(Москва)  
(Ташкент)  
(Нукус)  
(Самарканд)  
(Ташкент)  
(Москва)  
(Ташкент)

Заведующий редакцией - Абдукаримов А.Д.

**УЧРЕДИТЕЛЬ**

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

**№2 (94) 2022**

<i>Чернов Д.А., Маткаримов З.Т., Ибрагимов С.Х., Бахритдинов Ф.Ш., Ибадов Р.А.</i>	
<b>ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ .....</b>	<b>173</b>
<i>Шерматов М., Камалов С.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ .....</b>	<b>174</b>
<i>Эфендиев В.У., Каюмов А.Р., Юсупов М.М., Комилов Д.К., Адылов Ш.Ш.</i>	
<b>ПЕРВЫЙ УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГРУДНОЙ АОРТЫ ПРИ РАССЛОЕНИИ АОРТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИБРИДНОГО ПРОТЕЗА (FROZENELERHANTGRAFT) .....</b>	<b>175</b>
<i>Эфендиев В.У., Каюмов А.Р., Юсупов М.М., Адылов Ш.Ш.</i>	
<b>ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ РИТМА ПРИ ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ МЕТОДОМ ЛЕВОПРЕДСЕРДНОГО CUTANDSEW .....</b>	<b>175</b>
<b>III. СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ</b>	
<i>Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Атажанов Т.Ш., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.</i>	
<b>ПОВТОРНЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>176</b>
<i>Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.</i>	
<b>РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА СТОПЕ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....</b>	<b>176</b>
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Умаров Ф.Р., Мадраимов А.А.</i>	
<b>ТОТАЛЬНАЯ ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>177</b>
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Умаров Ф.Р., Мадраимов А.А.</i>	
<b>НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ НИЗКОСКОРОСТНЫХ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>177</b>
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Ахмедов А.Р., Мардонов Ж.Н., Собиров Ж.Г., Абдугафуров З.У.</i>	
<b>РОЛЬ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НУЛЕВОЙ БИОПСИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ БЛИЗКОРОДСТВЕННОГО ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАНТА .....</b>	<b>178</b>
<i>Бозоров А.Г, Ахмедов Л.А., Тоиров И.Р.</i>	
<b>ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА .....</b>	<b>179</b>
<i>Джурраева Н.М., Икрамов А.И., Хайбуллина З.Р., Амирхамзаев А.Т., Вахидова Н.Т., Шамирзаев Х.Э., Абдухалимова Х.В., Султанов А.Т.</i>	
<b>ДАННЫЕ МСКТ ПЕРФУЗИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ .....</b>	<b>179</b>
<i>Каримов Ш.И., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Ахматов А.М., Муминов Р.Т., Джалилов А.А., Джуманиязова Д.А.</i>	
<b>РОЛЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ .....</b>	<b>180</b>
<i>Кузиев О.А.</i>	
<b>ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯ АРТЕРИАЛЬНЫЕ И ВЕНОЗНЫЕ СОСУДИСТЫЕ КАТАСТРОФЫ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ) .....</b>	<b>180</b>
<i>Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Shamshiev A.S.</i>	
<b>SURGICAL TREATMENT OF MULTIFOCAL ATHEROSCLEROTIC VASCULAR LESIONS FORMS IN COMBINATION WITH RENOVASCULAR HYPERTENSION .....</b>	<b>181</b>
<i>Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Shamshiev A.S.</i>	
<b>TACTICS OF SURGICAL TREATMENT IN COMBINATION WITH AORTOARTERITIS RENOVASCULAR HYPERTENSION .....</b>	<b>181</b>
<i>Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Shamshiev A.S.</i>	
<b>EVALUATION OF ENDOVASCULAR SURGICAL TREATMENT OF RENOVASCULAR HYPERTENSION IN COMBINATION WITH LESIONS OF OTHER ARTERIAL .....</b>	<b>182</b>

### III. СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

#### ПОВТОРНЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Атажанов Т.Ш., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.*  
*Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Цель – уменьшить частоту послеоперационных осложнений с помощью изучения рестенозированных и реокклюзированных сегментов артерий нижних конечностей.

Материалы и методы

Исследование включает 121 больного, оперированного в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2020-2021г.

Мужчин было 80 (66,1%), женщин - 41(33,9%) соответственно с гнойно-некротическим поражением стоп на фоне критической ишемии и синдрома диабетической стопы. Всем пациентам после МСКТ в зависимости от сегмента поражения периферических артерий нижних конечностей выполнена плановая баллонная ангиопластика. Все пациенты в комплексе лечебных мероприятий получали антибактериальную терапию, системную противогрибковую терапию. Антикоагулянтную и антиагрегантную терапию проводили строго по стандартному алгоритму.

Результаты

После баллонной ангиопластики в 93 (76,8%) случаях в ближайшие сроки произведены органосохраняющие резекционные операции на стопе, ампутации стопы (19) и ампутация бедра (2). Оперативные вмешательства выполнялись больным с поражением ПББА и ЗББА.

В связи с выраженностью гнойно-некротического процесса для сохранения опорной функции конечностей 29 (24,0%) больным произведена ампутация стопы по Шарпу. 32 (26,4%) больным на следующие сутки после баллонной ангиопластики установлен катетер для ДВАКТ для создания максимальной концентрации лекарственных препаратов в гнойно-некротическом очаге.

В отдаленные сроки (6 мес) у 11 (8,3%) больных появились признаки возобновления гнойно-некротического процесса или критической ишемии нижней конечности. Этим пациентам выполнена повторная баллонная ангиопластика. 2 пациентам БАП выполнена трехкратно в течение одного года. В большинстве случаев (72,7%) пациенты были после ангиопластики артерий голени (ПББА, ЗББА).

Результаты

Во всех случаях нам удалось предотвратить прогрессирование ишемии конечности и сохранить опорно-двигательную функцию конечности.

Выводы

Баллонная ангиопластика на артериях нижних конечностей у больных сахарным диабетом является эффективным, малоинвазивным методом лечения критической ишемии нижних конечностей. Учитывая возможность повторного проведения БАП, наличие сопутствующих заболеваний у большинства пациентов, баллонную ангиопластику можно рассматривать как операцию выбора и выполнять её для спасения конечности.

#### РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА СТОПЕ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.*  
*Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Цель: улучшить результаты реконструктивных оперативных вмешательств на стопе у больных с синдромом диабетической стопы, перенесших баллонную ангиопластику.

Материалы и методы

Исследование включало 75 больных, которые получали стационарное лечение в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2018-2021г. Все пациенты имели гнойно-некротические поражения стоп различной локализации, развивающиеся на фоне синдрома диабетической стопы. Возраст оперированных больных - от 49 лет до 81 года. 74,6% (n=56) пациентов были старше 65 лет. Длительность сахарного диабета - от 2 до 41 года. Длительность гнойно-некротических поражений стоп - от 17 дней до 3 лет. Преобладало поражение правой ноги – 62,6% наблюдений, что связано с большой нагрузкой на правую ногу и в связи с этим большей ее подверженностью травмирующим воздействием, которые являются фактором развития гнойно-некротических поражений стоп.

Критерием отбора больных для оперативного вмешательства и эндоваскулярно баллонной ангиопластики считали признаки критической ишемии конечности с сохранностью местных здоровых тканей стопы. Потенциальными показаниями к реконструктивным оперативным вмешательствам считали поражение тканей стопы без вовлечения голеностопного сустава.

Для определения состояния периферического артериального русла, характера окклюзионно-стенотического поражения и уточнения тактики лечения всем больным была выполнена МСКТ артерий нижних конечностей. Во всех случаях пациентам выполнена баллонная ангиопластика (БАП). При гнойно-некротических поражениях стопы с прогрессирующим характером вначале выполняли вскрытие флегмоны или хирургическую обработку стопы. Наряду с хирургическими методами лечения больные получали комплекс инфузионной терапии.

После реваскуляризации в 96,8% случаев удалось ограничить гнойно-некротическое поражение. В динамике больные были выписаны на амбулаторное лечение и во второй фазе раневого процесса были госпитализированы

повторно для реконструктивных операций стопы. Длительность амбулаторного лечения зависело от успешности реваскуляризации, объема поражения тканей стопы и комплаентности пациентов. Пациентам с нейроишемической формой диабетической стопы выполнены различные реконструктивные операции с первичным закрытием раневого дефекта.

**Результаты**

После баллонной ангиопластики больные находились получали антибактериальную, антиоксидантную и антикоагулянтную терапию. В 21(28,0%) случае произведена экзартикуляция пальца, 37 (49,3%) больным выполняли поэтапную некрэктомия. Для сохранения опорно-двигательной функции конечности 5 (6,7%) пациентам выполнена ампутация стопы по Шарпу.

61 (81,3%) больному через сутки после баллонной ангиопластики на стороне поражения в общую бедренную артерию установлен катетер (F5) для длительной внутриаартериальной катетерной терапии (ДВАКТ), эти пациенты в течение 3-5 суток получали ДВАКТ. Показаниями к ДВАКТ были выраженная ишемия и прогрессирующий гнойно-воспалительный процесс на стопе. На фоне данной процедуры выполняли реконструктивные операции стопы, в 97,3% случаев получены благоприятные результаты.

**Выводы**

Баллонная ангиопластика является самым эффективным способом восстановления артериального кровотока нижних конечностей, и позволяет достичь благоприятных результатов лечения при массивных гнойно-некротических поражениях стопы на фоне синдрома диабетической стопы. Улучшение артериальной перфузии конечности с помощью катетерной терапией способствует быстрому заживлению гнойно-некротических поражений стопы ишемического характера.

**ТОТАЛЬНАЯ ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Умаров Ф.Р., Мадраимов А.А.*

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

Цель - улучшить результаты хирургического лечения рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей применением эндовенозной лазерной коагуляции варикозных узлов.

**Материал и методы**

Стандартную ЭВЛК магистральных вен (БПВ или МПВ) мы дополняли ЭВЛК варикозных узлов. Такая методика получила название тотальной эндовенозной лазерной коагуляцией -ТЭВЛК. Этот способ лечения мы начали применять с 10 декабря 2020 года. За этот период по данной методике выполнены 1892 вмешательства 1254 пациентам (302 мужчины и 952 женщины). Средний возраст - 52 года. ТЭВЛК выполнялась при всех стадиях ВРВ, как при начальных, так и осложненных трофическими нарушениями и тромбофлебитами.

Для выполнения ТЭВЛК использовали лазерный генератор с длиной волны 1470 нм, а также радиальные световоды 600 мкм (типа Classic), 350 мкм (типа Slim) и торцевые 400 мкм световоды, которые устанавливались через интродьюсер и браунюли 16G и 18G, соответственно. Тумесцентная анестезия выполнялась по классической схеме с использованием стандартной помпы. Тракция световода в магистральных стволах проводилась в автоматическом программируемом режиме, а в варикозных узлах вручную. Мощность излучения в варикозных узлах в среднем составила 6,5 Вт (5-8 Вт), ручную скорость извлечения световода стараемся держать на уровне 2 мм/сек. При таких параметрах средняя LEED составила 60дж/см (40-100дж/см). При этом диаметр узлов составлял от 5 мм до 28 мм. Мы старались максимально использовать ТЭВЛК в варикозных узлах с целью уменьшения необходимости механической экстракции варикозных сегментов (минифлебэктомии) и избежать необходимости склероблитерации крупных узлов которая чревата выраженным флебитом и высоким процентом реканализации целевых вен.

**Результаты**

После проведенного лечения на месте варикозных узлов сформировались характерные уплотнения с единичными участками слабо выраженной гиперпигментации (в местах наиболее крупных узлов). По ощущениям пациентов, уплотнения после ТЭВЛК практически не доставляли дискомфорта.

Лучшие результаты были получены при наиболее сложных формах, т.к. отсутствие механической травмы от минифлебэктомии способствовало быстрой реабилитации и хорошему косметическому эффекту.

Уплотнения полностью рассасываются через 2-3 мес, в зависимости от размера варикозных узлов и не требуют проведения дополнительных манипуляций.

Время выполнения ТЭВЛК варикозных узлов не превышало параметры аналогичной минифлебэктомии.

**Выводы**

Отсутствие механической травмы позволяет снизить послеоперационный дискомфорт и риск развития осложнений. В отличие от склеротерапии надежно устраняет целевые вены и при правильном выполнении не имеет риска реканализации. На наш взгляд, ТЭВЛК не требует специфических навыков и оборудования, может применяться всеми эндовенозными флебологами. Наши результаты ТЭВЛК говорят о высокой эффективности метода.

**НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ НИЗКОСКОРОСТНЫХ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Умаров Ф.Р., Мадраимов А.А.*

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

Цель -разработка дифференцированного алгоритма диагностики для улучшения результатов лечения пациентов с врожденными венозными мальформациями наружной локализации.