

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
«YOSH OLIMLAR TIBBIYOT JURNALI»**

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY
«MEDICAL JOURNAL OF YOUNG SCIENTISTS»**

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ»**

IXTISOSLASHUVI: «TIBBIYOT SOHASI»

ISSN 2181-3485

Mazkur hujjat Vazirlar Mahkamasining 2017 yil 15 sentabrdagi 728-son qarori bilan tasdiqlangan O'zbekiston Respublikasi Yagona interaktiv davlat xizmatlari portali to'g'risidagi nizomga muvofiq shakllantirilgan elektron hujjatning nusxasi hisoblanadi.

№ 2 (07), 2022



Jurnaldagi nashrlar O'zbekistonda va xorijda ilmiy darajalar uchun dissertatsiyalar himoya qilinganda chop etilgan ishlar deb hisoblanadi.

Ilgari hech qayerda chop etilmagan va boshqa nashrlarda chop etish uchun taqdim etilmagan maqolalar nashrga qabul qilinadi. Tahririyatga kelgan maqolalar ko'rib chiqiladi. Nashr mualliflari maqolalarda keltirilgan ma'lumotlarning to'g'riligi uchun javobgardirlar. Materiallardan foydalanganda jurnalga va maqola mualliflariga havola bo'lishi shart.

Materiallar mualliflik nashrida chop etiladi.

Публикации в журнале учитываются как опубликованные работы при защите диссертаций на соискание ученых степеней Узбекистана и зарубежья.

К публикации принимаются статьи, ранее нигде не опубликованные и не представленные к печати в других изданиях. Статьи, поступившие в редакцию, рецензируются. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы публикаций. При использовании материалов ссылка на журнал и авторов статей обязательна.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Шадманов Алишер Каюмович

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Шайхова Гули Исламовна

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Алимухамедов Дилшод Шавкатович

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИИ:

т.ф.д., доцент Азизова Ф.Л.
профессор Камилов Х.П.
т.ф.д. Набиева Д.А.
профессор Тешаев О.Р.
профессор Хасанов У.С.

профессор Азизова Ф.Х.
профессор Каримжонов И.А.
профессор Наджмутдинова Д.К.
профессор Хайдаров Н.К.
т.ф.д. Худойкулова Г.К.

профессор Аллаева М.Ж.
профессор Каримова М.Х.
т.ф.д. Нуриллаева Н.М.
профессор Хакимов М.Ш.
профессор Эрматов Н.Ж.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аглиулин Д.Р.	к.м.н. (Россия)	Саломова Ф.И.	д.м.н. (Тошкент)
Ачилов Д.Д.	PhD (Термез)	Санаева М.Ж.	д.м.н. (Тошкент)
Ганиев А.А.	д.м.н. (Тошкент)	Сидиков А.А.	д.м.н. (Фарғона)
Искандарова Г.Т.	профессор (Тошкент)	Собиров У.Ю.	профессор (Тошкент)
Матназарова Г.С.	д.м.н. (Тошкент)	Тажиева З.Б.	PhD (Ургенч)
Мирзоева М.Р.	д.м.н. (Бухоро)	Ташкенбаева У.А.	д.м.н. (Тошкент)
Муртазаев С.С.	д.м.н. (Тошкент)	Тусунов Ж.Х.	PhD (Тошкент)
Нарзикулова К.И.	д.м.н. (Тошкент)	Хасанова Д.А.	д.м.н. (Бухоро)
Носиров М.М.	PhD (Андижон)	Хасанова М.А.	к.м.н. (Тошкент)
Орипов Ф.С.	д.м.н. (Самарканд)	Хван О.И.	д.м.н. (Тошкент)
Рахимов Б.Б.	д.м.н. (Жанубий Корея)	Холматова Б.Т.	профессор (Тошкент)
Рустамова М.Т.	профессор (Тошкент)	Чон Хи Ким	PhD (Жанубий Корея)

Адрес редакции:

Ташкентская медицинская академия 100109, г.
Ташкент, Узбекистан, Алмазарский район, ул. Фараби 2,
тел.: +99878-150-7825, факс: +998 78 1507828,
электронная почта: mjys.tma@gmail.com

Ахадов М.М., Халиков С.П. Хирургическое лечение протяженных и двухуровневых рубцовых стриктур трахеи	68
Babadjanova F.R. Optimization of diagnosis, prognosis and treatment of cardiac disorders in children with congenital heart defects, in children living in the khorezm region.....	75
Бабаджанова Ф.Р., Довлетова Г.О. Перинатальные исходы у женщин и заболеваемость детей, рожденных во время пандемии covid-19 в хорезмской области.....	79
Bo'riyeva Sh.Sh., Iskandarova D.E. Insult diagnostikasida mskt taxlilining natijalari va ahamiyati.....	81
Жураев С.Б., Асраров У.А. Оптимизация тактики хирургического лечения повреждений артерий конечностей при сочетанных травмах.....	82
Аваков В.Е., Ибрагимов Н.К., Кенжаев Л.Т, Журакулов А.К., Наубетова С.Д. Влияние препарата каллидиногеназы на гемостаз, когнитивные функции и показатели гемодинамики при изолированной закрытой черепно-мозговой травмой.....	87
Курбанбаев Р.И., Асраров У.А. Тактика хирургического лечения больных с тромбозами артерий нижних конечностей	95
Тажиева З.Б. Особенности развития оксалатной нефропатии у детей и взаимосвязь с патологией пищеварительного тракта	100
Холмаматов Х.Т., Халиков С.П. Рубцовый стеноз трахеи: эндоскопическая диагностика и лечение.....	104
Худайбергандов М.Р. Роль микроэлементов и иммунной системы при госпитальной инфекции у детей раннего возраста	113
<u>ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ</u>	
Камилова А.Ш. Проблема питания при психоэмоциональных состояниях, приводящих к ожирению	115
Камилова Р.Т., Носирова А.Р., Исакова Л.И., Камилов Ж.А. Болалар жисмоний ривожланишининг овқатланишни ташкил этилганлигига боғлиқлиги.....	122
Абдуллаева Д.Г. Овқат аллергиясида яширин алергенларни аниқлаш бўйича амалий тавсиялар.....	129
Абдуллаева Д.Г., Ҳақбердиев Х.Р. Озиқ-овқат маҳсулотлари ва замбуруғларга сезувчанлик ва унинг профилактикаси.....	136
Исакова Л.И., Атаниязова Р.А., Камилова Р.Т., Усманова М.И., Кусбергенова Х. Анализ уровня знаний в области влияния санитарии и гигиены на состояние здоровья и благополучие населения республики.....	142
Камилова Р.Т., Тиллаева Шт.О., Тиллаева Шд.О. Значение рационального питания для здоровья юных спортсменов	149
Тураев Ф.Ш. Новые макаронные изделия с обогащением белкового изолята	153

УДК: 616.231-003.9-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЯЖЕННЫХ И ДВУХУРОВНЕВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ТРАХЕИ

Ахадов М.М.

Научный руководитель: **Халиков С.П.**, д.м.н., старший преподаватель

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии № 1

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Аннотация. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 72 больных, из них 55 мужчин и 17 женщин, в возрасте от 12 до 68 лет с рубцовыми стенозами трахеи, развившимися вследствие длительной интубации трахеи или после наложения трахеостомии. 16 больным наложен ларинготрахеальный анастомоз, 46 – трахеотрахеальный анастомоз. Из 5 больных с двухуровневой резекцией 3 наложен гортанотрахеальный, 2 – трахеотрахеальный анастомоз. У 5 больных с изолированным невыраженным стенозом шейного отдела трахеи протяженностью до 2 см удалось улучшить проходимость трахеи после 2–3-х сеансов эндоскопической коагуляционной деструкции стенозированного участка. Показано, что методом выбора хирургического лечения этих пациентов является циркулярная резекция трахеи с анастомозом «конец в конец».

Ключевые слова: рубцовый стеноз трахеи, циркулярная резекция трахеи.

ТРАХЕЯНИНГ ЧУЗИҚ ВА ИККИ САТХЛИ ЧАНДИҚЛИ ТОРАЙИШЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Ахадов М.М.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Хулоса. Трахеянинг узоқ муддатли интубацияси ёки трахеостомия қўйилгани оқибатида ривожланган чандиқли торайиши мавжуд 72 нафар беморни, шулардан 55 эркак ва 17 аёлни текириши ва хирургик даволаши натижалари тахлил қилинган. 16 беморга ларинготрахеал аностомоз, 46 нафарига трахеотрахеал аностомоз қўйилган. Икки сатхли торайиши бўлган 5 беморнинг 3 тасига хиқилдоқ-трахея ва 2 нафарига трахеотрахея аностомоз қўйилган. Трахеянинг бўйин қисмида 2 см узунликда чегараланган ва енгил торайиши бўлган 5 беморда торайган сохадаги чандиқларни 2-3 марта эндоскопик коагуляция ёрдамида куйдириши орқали нафас йўлининг ўтказувчанлиги яхшиланган. Ушбу беморларни хирургик даволашда трахеяни циркуляр резекцияси ва “охири-охирига” аностомоз қўйиши танлов усули эканлиги кўрсатилган.

Калит сўзлари: трахеянинг чандиқли торайиши, трахеянинг циркуляр резекцияси.

SURGICAL TREATMENT OF LONG SEGMENT AND DOUBLE STENOSIS OF TRACHEA

Ахадов М.М.

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Annotation. *The results of investigation and surgical treatment of 72 – 55 males and 17 female patients aged from 12 to 68 years with scarring tracheal stenosis developed following prolonged tracheal intubation or after tracheostomy. Laryngotracheal anastomosis was performed in 16 patients, tracheotracheal anastomosis is placed in 46 patients. In 3 patients of 5 with double stenosis laryngotracheal and in 2 other patients tracheotracheal anastomosis was placed. In case of 5 patients who had isolated mild stenosis of cervical trachea up to 2 cm we were able to enlarge the tracheal lumen with the endoscopic coagulation destruction. The method of choice for this patients is circular resection of trachea with end to end anastomosis.*

Key words: *scarring tracheal stenosis, circular tracheal resection.*

Актуальность. В результате увеличения частоты дорожно-транспортных происшествий, роста количества тяжелых травм, выполнения больших по объему хирургических оперативных вмешательств у исходно тяжелой категории больных с длительным послеоперационным периодом после проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) могут возникать осложнения, вызванные повреждением стенки трахеи при проведении дыхательной реанимации.

В основе рубцового стеноза трахеи (РСТ) лежит повреждение ее нормальных структур и замещение их грубой соединительной тканью [2–6, 8, 13]. Одним из механизмов развития РСТ является и то, что дыхательная реанимация часто проводится на фоне шока различного генеза, который проявляется нарушением микроциркуляции, в том числе в трахеальной стенке, что способствует развитию инфекции и нарушению регенерации. В связи с увеличением числа пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами, которые требуют длительной ИВЛ и трахеостомии, частота возникновения различных рубцовых стенозов гортани и трахеи, по разным данным, до-

стигает 25% [3, 4, 10].

Симптомы РСТ, основным из которых является затруднение дыхания, обычно возникают в сроки от 1 до 7 недель после экстубации или трахеостомии, т.е. после формирования рубцовой ткани в стенке трахеи с последующим сужением просвета дыхательных путей.

Основной радикальной операцией, позволяющей удалить поврежденный участок и восстановить целостность воздухопроводящих путей, остается циркулярная резекция трахеи с анастомозом по типу «конец в конец» [1–4, 6, 7, 12]. Результаты операции можно считать удовлетворительными. Однако возможны такие грозные осложнения как несостоятельность швов анастомоза, аррозивные кровотечения, рецидив стеноза, паралич гортанного нерва, медиастинит. По данным разных авторов, частота послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших резекцию трахеи, составляет 8,6–9,4%, а летальность достигает 5% [2, 4, 5].

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 72 больных, из них 55 мужчин и 17 женщин, в возрасте от

18 до 68 лет (32 \pm 4) с рубцовыми стенозами трахеи, развившимися вследствие длительной интубации трахеи или после наложения трахеостомии. У 46 из них проведение ИВЛ потребовали последствия тяжелых сочетанных травм, у 4 – тяжелые телесные ранения, у 22 – коматозное состояние различного генеза. У 23 пациентов рубцовый стеноз трахеи развился вследствие длительной ИВЛ через интубационную трубку, у 49 после наложения трахеостомы, 27 больных поступили с трахеостомой.

Основным клиническим симптомом у больных с РСТ было затруднение дыхания, выраженность которого зависела от степени и срока стеноза, варьируя от одышки при физической нагрузке до стридорозного дыхания в покое.

I степень – «рубцовая деформация», не требует лечения, без клинических проявлений (такие пациенты отсутствовали),

II степень – затруднение дыхания при физической нагрузке (10 больных),

III степень – одышка в покое (субкомпенсация дыхания) (32 больных),

IV степень – стридор, гипоксия, угроза асфиксии (30 больных).

Всем больным, наряду с общеклиническими и рентгенологическими методами обследования, производили спирографию, эндоскопию, мультислайсную компьютерную томографию (МСКТ). Инструментальные методы исследования позволяли определить локализацию, протяженность, характер, степень сужения и воспаления в легких в результате обструкции в зависимости от длительности заболевания.

Результаты и обсуждение. Поражение шейного отдела трахеи имело место у 58 больных, верхнегрудного – у 10, среднегрудного – у 2, нижнегрудного – у 2. Сужение составляло от 1/3 диаметра и более, но у большинства пациентов имело место сужение 2/3 диаметра дыхательного пути.

Протяженность сужения колебалась от 2,0 до 6,5 см, в основном наблюдалась циркулярная форма поражения. У 5 обследованных протяженность сужения составляла до 2 см, у 62 – более 2–2,5 см, у 5 больных имелось двухуровневое поражение.

У всех больных показатели функции внешнего дыхания были изменены больше по рестриктивному или смешанному типу различной степени выраженности.

После кратковременной предоперационной подготовки 67 больным были произведены радикальные оперативные вмешательства, заключающиеся в циркулярной резекции трахеи с анастомозом по типу «конец в конец», 16 больным наложен ларинготрахеальный анастомоз, 46 – трахеотрахеальный анастомоз. Из 5 больных с двухуровневой резекцией 3 наложен гортанотрахеальный, 2 – трахеотрахеальный анастомоз. У 5 больных с изолированным невыраженным стенозом шейного отдела трахеи протяженностью до 2 см удалось улучшить проходимость трахеи после 2-3-х сеансов эндоскопической коагуляционной деструкции стенозированного участка.

При стенозах шейного и верхнегрудного отделов (у 59 больных) вмешательства выполняли через шейный доступ. При локализации стеноза в верхнегрудном и ниже верхнегрудного отдела трахеи (у 8 больных) использовали шейный доступ с частичной верхней стернотомией (до средней трети тела грудины).

Большое значение имела установка интубационной трубки. При резекции шейного и верхнегрудного отдела трахеи интубационную трубку устанавливали ниже анастомоза с минимальным давлением в манжетке и надежно фиксировали снаружи во избежание дислокации и травмирования анастомоза. После операции и предварительной эндоскопической санации добивались максимально ранней экстубации боль-

ного, что позволило избежать многих осложнений.

После завершения наложения анастомоза в обязательном порядке производили эндоскопическую санацию трахеобронхиального дерева, особое внимание обращали на сопоставление слизистой оболочки, интерпозицию мягких тканей, хрящей между сшиваемыми концами трахеи.

По окончании операции и санационной эндоскопии обеспечивали фиксацию головы больного в положении, приведенного к передней поверхности грудной клетки подбородка, что уменьшало натяжение концов анастомоза и облегчало откашливание мокроты.

В послеоперационном периоде после резекции трахеи особое внимание уделяли профилактике осложнений со стороны трахеального анастомоза и гнойно-воспалительных осложнений со стороны легких и раны. Антибиотики назначали с учетом чувствительности к ним микрофлоры, которую определяли до операции путем исследования мокроты, смыва секрета из трахеи и уточняли во время операции при посеве со слизистой оболочки трахеи.

При сильном кашле, рвоте и повышении внутрибрюшного давления в трахеобронхиальном дереве возникает высокое аэродинамическое давление. Для предотвращения этого после операции больному назначали муколитики, бронхолитики. При необходимости (при сопутствующем гнойном бронхите) проводили курс санационной бронхоскопии или ингаляционной терапии.

Тщательная санация и ингаляционная терапия предупреждают развитие послеоперационного воспалительного процесса в легких.

Немаловажное значение в послеоперационном периоде имеет поступление воз-

духа и крови по дренажу или выпускнику из средостения и раны шейной области. Дренажи и выпускники удаляли после прекращения выделения, отделяемого в течение 1-2-х суток.

Через 2-4 недели после операции у 3 (4,2%) больных наблюдалась картина рестеноза анастомоза, который был устранен электрокоагуляционной деструкцией в сочетании с дилатацией места анастомоза. 1 (1,3%) больной умер на 6-е сутки после операции резекции шейногрудного отдела трахеи с анастомозом «конец в конец» с протяженным стенозом до 6,5 см вследствие недостаточности и аррозивного кровотечения из анастомоза. 68 (94,5%) больных выписаны с хорошим результатом, в отдаленные сроки осложнений не наблюдалось.

В качестве примера приводим описание больного с двухуровневым рубцовым стенозом трахеи.

Больной Т., 21 год, с рубцовым стенозом шейного и грудного отделов трахеи, развившимся вследствие длительной интубации трахеи и наложения трахеостомы. По данным эндоскопии, участок стеноза был расположен на 3,5–4 см ниже голосовых связок, заканчивался в виде атрезии выше места трахеостомы. Второе поражение – сужение на уровне верхнегрудного отдела трахеи циркулярного характера, диаметр суженного участка 4–5 мм, прибором не проходим. При МСКТ выявлено: первый уровень атрезии шейного отдела трахеи на уровне VC7 тела позвонка на протяжении до 2,5 см с трахеостомой, ниже на протяжении 2,5 см участок со здоровым просветом трахеи: на уровне VTh2 второй пораженный участок с сужением просвета в верхнегрудном отделе трахеи диаметром до 4 мм протяженностью до 2,3 см. Стенка трахеи на данном уровне циркулярно утолщена до 9 мм (рис. 1-2).

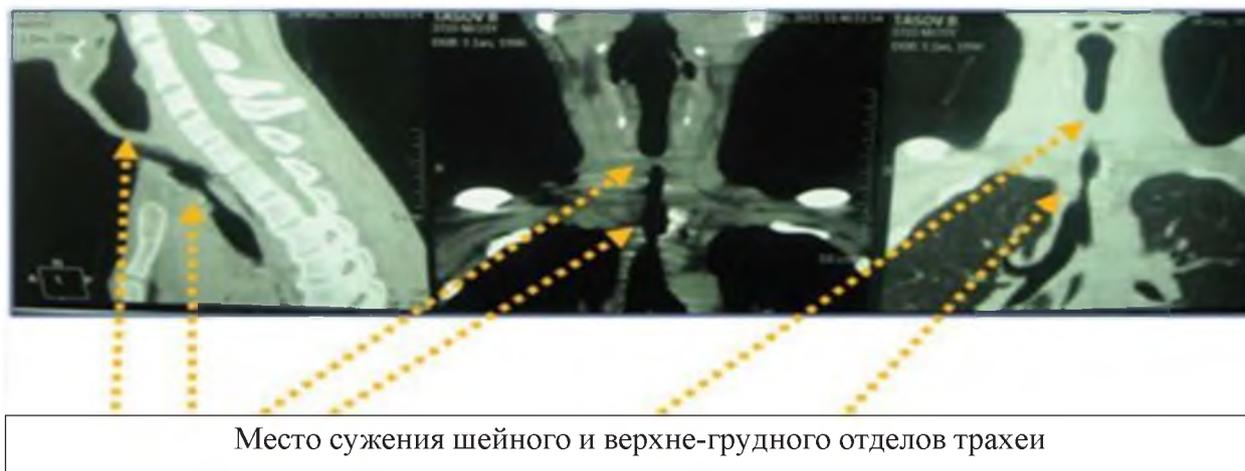


Рис. 1. МСКТ: двухуровневое поражение трахеи.

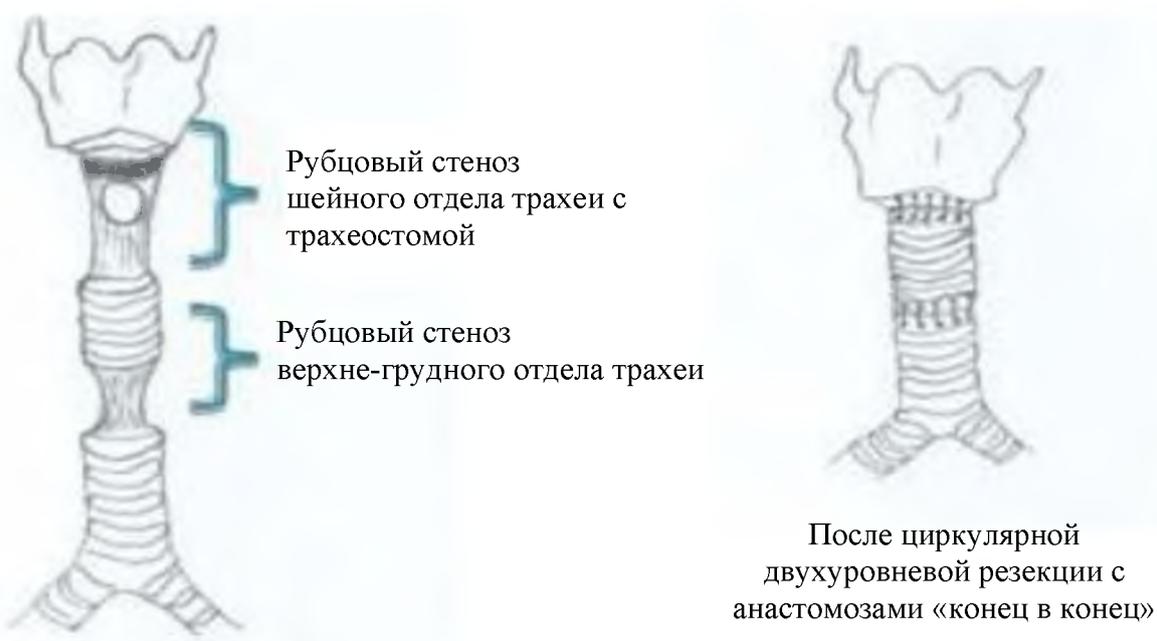


Рис. 2. Схема локализации и операции двухуровневой резекции трахеи с анастомозами

Наркоз у больного осуществлялся следующим образом: после предварительного бужирования через трахеостому вначале была проведена интубационная трубка №5 за зону сужения, затем произведен шейный доступ с частичной верхней стернотомией с выделением пораженного верхнего участка трахеи до гортани. Участок циркулярно резецирован до нижнего края трахеостомы, на шунте дыхания наложены циркулярные узловые швы, затем за стеноз грудного отдела трахеи проведена оротрахеаль-

ная интубационная трубка, затянуты швы на первом анастомозе. Выделен грудной отдел стеноза трахеи, который циркулярно резецирован на протяжении до 3 см с оставлением выше нормального сегмента трахеи и наложен второй, трахеотрахеальный анастомоз. Всего удалено 5-6 рубцово-измененных колец трахеи. С помощью циркулярных узловых швов с атравматической нитью полипропилен 2,0 наложено два анастомоза «конец в конец» (рис. 3).

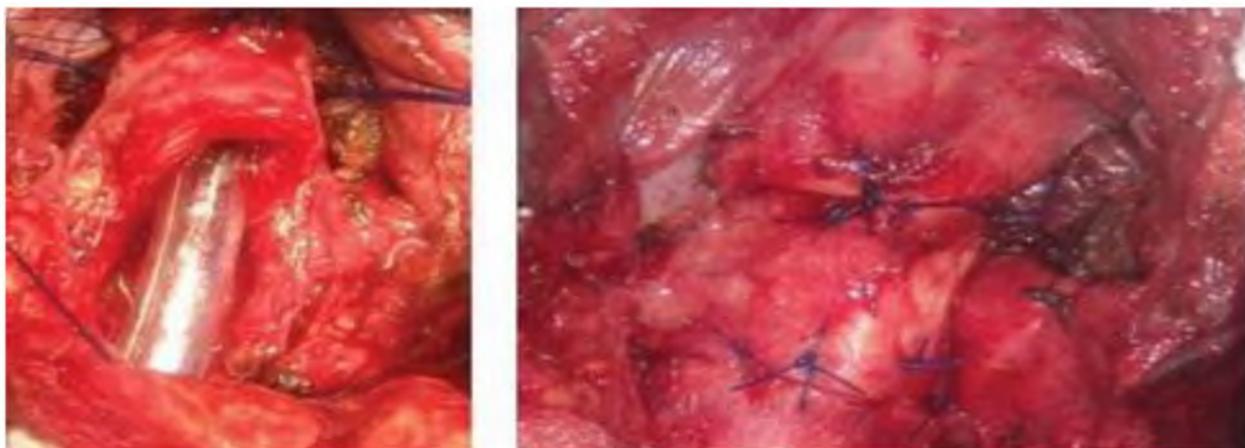


Рис. 3. Этапы операции: состояние после резекции стенозированного участка трахеи с наложением первого гортанотрахеального анастомоза и циркулярно резецированный участок суженного верхнегрудного отдела трахеи (а); общий вид после двухуровневой резекции трахеи с анастомозами (б).

Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции с хорошим результатом (рис. 4). В ранние и

отдаленные сроки после операции осложнений не наблюдалось.

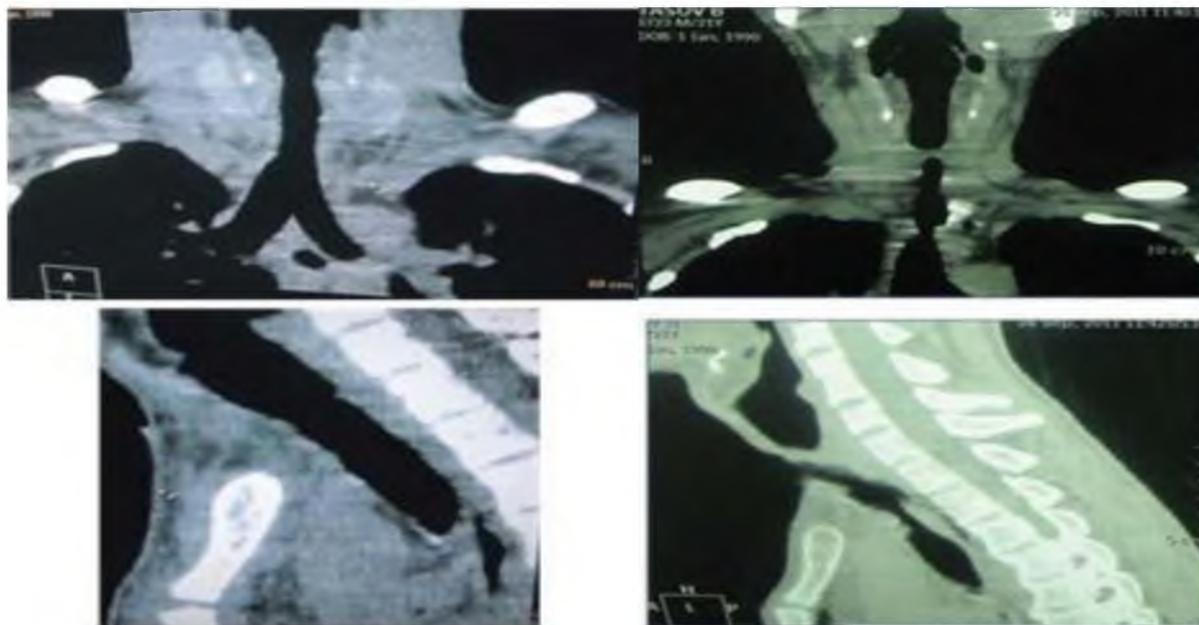


Рис. 4. МСКТ: до и после операции двухуровневой резекции трахеи с анастомозами.

Выводы:

1. РСТ является достаточно частым и грозным осложнением дыхательной реанимации, оказывающим отрицательное влияние на проходимость дыхательных путей и ухудшающим легочную вентиляцию.

2. Единственным радикальным методом лечения больных с РСТ является оперативное вмешательство в виде циркулярной резекции трахеи с анастомозом по типу «конец в конец». Как показывает наш небольшой опыт, оперативное лечение этих

больных по возможности нужно проводить как можно в более ранние сроки. При сочетании тяжелых форм патологии и неадекватного состояния больного, риске возникновения ситуации повторной интубации трахеи, при протяженных стенозах от радикального хирургического вмешательства на трахее лучше воздержаться.

3. Детальное обследование больных позволяет своевременно уточнить локализацию, протяженность, характер поражения и степень обструкции трахеи и по показаниям провести раннее радикальное оперативное вмешательство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котив В.Н., Попов И.Б. Возможности хирургического лечения рубцовых стенозов трахеи. Вестник хирургии, 2013; 172 (1): 28-31.
2. Мосин И.В., Сангинов А.Б., Бажанов А.А. Комплексное лечение протяженных рубцовых стенозов верхней трети трахеи. Хирургия, 2011; 2: 37-39.
3. Яицкий Н.А. и др. Роль эндоскопических методов в лечении рубцовых стенозов трахеи. Вестн хир 2012; 171 (3): 11-14.
4. Fridel G., Wurst H. et al. Die endoluminale Therapie in Trachea und Bronchus. Chirurg 2001; 72: 1119- 1129.
5. Ф.Г.Назыров, Ш.Н. Худойбергатов, О.Д.Эшонходжаева. // Непосредственные и отдаленные результаты стентирования трахеи при рубцовых стенозах. 2014 г. 54-106.
6. Ш.И.Каримов, У.Б.Беркинов, С.П. Халиков // Лечение рубцовых стенозов трахеи 2016 г. 32-47.
7. Chan A.L. et al. Do airway metallic stents for benign lesions confer too costly a benefit? // BMC Pulm. Med. 2008. Т. 8. С. 7.
8. Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В. Результаты эндоскопического лечения рубцовых стенозов трахеи // Материалы IV научно-практической конференции ФМБА России: диагностика, лечение и профилактика заболеваний гортани и трахеи. Пермь, 2013. С. 15-17.
9. Елезов А.А. Эндоскопическое эндопротезирование в лечении больных с рубцовым стенозом трахеи: дис. канд. мед. наук. Москва, 2004. 142 с.
10. Захарченко Е.В., Корткевич А.Г., Леонтьев А.С. Эндоскопическая характеристика постинтубационных стенозов трахеи с позиций эффективности местного лечения // Материалы IV научно-практической конференции ФМБА России: диагностика, лечение и профилактика заболеваний гортани и трахеи. Пермь, 2013. С.19-21.
11. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н., Паршин В.Д. Хирургия повреждений гортани и трахеи. Москва: Медкнига, 2007.15-21.
12. Ивановская К.А., Муравьев В.А., Иванов А.И. Эндоскопическое стентирование трахеи // Практическая медицина. 2013. № 2. С. 123-125.
13. Келехсаева А.С. Эндоскопическая диагностика постинтубационных изменений гортани трахеи и пищевода: дис. канд. мед. наук. Москва, 2007. 107 с.