



ISSN
2187-7359



Академик
Вахидов В.В.



www.pubsurgery.uz

UZBEKISTON XIRURGIYASI

XIRURGIYA UZBEKISTANA

№2 (94)

2022

Журнал «Хирургия Узбекистана»

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

Освещает результаты научных исследований клинической и экспериментальной хирургии, инновационных технологий в медицине, вопросы медицинского образования и исторические аспекты медицины.

Цель издания - оценка и обобщение клинического опыта и научных изысканий в области клинической и теоретической медицины для улучшения качества лечения пациентов и повышения научной и практической квалификации врачей всех специальностей.

Задачи издания: 1) Внедрение в клиническую практику современных методов лечения; 2) Обеспечение врачей научно-практической информацией, отражающей лучшие отечественные и мировые тенденции развития медицины для улучшения качества лечения пациентов.

Издание предназначено для практикующих врачей, преподавателей и учащихся медицинских вузов. Журнал рекомендован ВАК Республики Узбекистан для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание учёной степени доктора медицинских наук.

Контактные данные

Адрес редакции: 100115, Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10

Сайт редакции: www.pubsurgery.uz

Эл. почта: pub.surgery.uz@gmail.com

Телефон: +998 71 230 49 97

Регистрационные данные

International Standard Serial Number / Международный стандартный номер сериальных изданий

ISSN 2181-7359

Журнал перерегистрирован в Агентстве по печати

и информации Узбекистана 06 июня 2007г.

(Регистрационный номер № 0280)

Банковские реквизиты

Расчетный счет: 20212000603999363001

в Чиланзарском АКИБ Ипотека банке

ИНН 202897523, МФО 00997

ОКОНХ 87100, ОКЭД 58140

Тираж

Отпечатано в ООО «VS PRINT CENTER»

По адресу: г. Ташкент, Миробадский р-н,

ул.Ойбек 44

**МАТЕРИАЛЫ
XXV РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
«ВАХИДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ - 2022»
«НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В МИНИИНВАЗИВНОЙ
ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ
И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ХИРУРГИИ»**

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ
КОНФЕРЕНЦИИ ВЫРАЖАЕТ
ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ ЗА
СПОНСОРСКУЮ ПОМОЩЬ,
ОКАЗАННУЮ СО СТОРОНЫ
ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВ КОМПАНИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР:

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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛЕВРОДЕЗА

Исмаилов Ж.К.¹, Эшонходжаев О.Д.²

1 - Бухарский областной многопрофильный медицинский центр

2 - РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова, Узбекистан

Цель исследования - оценить клиническую эффективность плевродеза при видеоторакоскопических (ВТС) вмешательствах на легких.

Материал и методы

Основу клинических исследований составили результаты лечения 118 пациентов с буллезной болезнью легких, осложненных разрывом в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» и Бухарском областном многопрофильном медицинском центре (БОММЦ). Группу сравнения (ГС) составили 62 пациента, оперированных в БОММЦ (2015-2021 г). Основную группу (ОГ) – 26 пациентов, оперированных в ГУ «РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова» (2018-2021г.) и 30 пациентов, оперированных в БОММЦ (2018-2021г). В обеих группах преобладали пациенты в возрасте 20-44 года.

Сравнительный анализ проведен на условиях условного разделения между ОГ, пациентам которой проводили плевродез по предложенной методике и ГС, пациентам, которым проводили плевродез по традиционным методам, используемым в современной торакальной хирургии.

Результаты

Основными критериями оценки отдаленных результатов ВТС в сравниваемых группах явились анамнестические данные, в частности, специфические жалобы пациентов и возврат клинической симптоматики, частота разрыва булл в течение 6-12 месяцев.

Длительность операции в ОГ соответствовала 76,4±4,2 мин., тогда как в ГС этот показатель соответствовал 96,3±4,7 (=3,15; p<0,01); болевой синдром, потребовавший применения анальгетиков отмечался в течение 2,4±0,2 сут., в ОГ - в течение 3,2±0,1 сут. - в ГС (t=4,01; p<0,001); дренирование плевральной полости в течение 4,4±0,2 сут. отмечено в ОГ и в течение 5,8±0,4 сут. – в ГС (t=3,09; p<0,01); госпитальный период, в среднем, составил 6,8±0,3 сут. в ОГ и 8,1±0,3 сут. – в ГС (t=2,82; p<0,01).

Всего больных с осложнениями было 7, из них в ОГ 2 пациента и 5 пациентов в ГС. Нарушение гемостаза отмечено у 2 (6,5%) пациентов в ГС; длительный сброс воздуха отмечен у 2 (7,1%) пациентов в ОГ и у 4 (12,9%) пациентов в ГС. Не полностью расправленное легкое диагностировано у 1 (3,6%) пациента в ОГ и у 2 (6,5%) пациентов в ГС; экссудативный плеврит также отмечался у 1 (3,6%) пациента в ОГ и у 2 (6,5%) пациентов в ГС; эмпиема плевры отмечена только у 1 пациента (3,2%) в ГС. Реторакоскопия при гемотораксе – 1 (3,2%) в ГС по поводу гемоторакса.

Осложнения в ближайшем периоде отмечены у 4 (7,1%) пациентов из ОГ против 10 (16,1%) пациентов из ГС; рецидив в отдаленном периоде отмечен у 2 (3,6%) пациентов из ОГ против 4 (6,5%) пациентов из ГС; отсутствие осложнений и рецидивов отмечено у 50 (89,3%) пациентов из ОГ и у 48 (77,4%) пациентов из ГС; результаты оценены как хорошие у 54 (96,4%) пациентов из ОГ и у 58 (93,5%) пациентов из ГС.

Вывод

Совершенствование тактико-технических аспектов ВТС вмешательств при буллезной болезни легких с применением однопортового доступа и предложенной методики плевродеза позволило сократить среднюю продолжительность операции; снижение травматического фактора (без проведения механического плевродеза) обеспечило достоверное снижение тяжести проявления местного воспалительного процесса, частоты осложнений, срока дренирования и госпитального периода.

Разработанная методика комбинированного плевродеза при выполнении ВТС вмешательств обеспечивает адекватное формирование спаечного процесса в плевральной полости со снижением риска развития рецидивов осложнённого течения буллезной болезни легких и в целом позволила увеличить долю пациентов без ближайших и отдаленных осложнений.

ЎПКА ТУБЕРКУЛЁЗИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКС ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Мухамедов К.С.¹, Музрабеков А.А.², Ходжаева М.И.¹, Онгарбайев Д.О.¹, Ҳакимов А.А.¹

1 - Тошкент тиббиёт академияси, Узбекистон, Тошкент

2 - Шаҳар фтизиатрия ва пулмонология клиник шифохонаси, Узбекистон, Тошкент

Ўпка туберкулёзининг (ЎТБ) прогрессив кечиши спонтан пневмоторакс (СП) билан оғриган беморлар сонининг сезиларли даражада ошишига олиб келади. СП нинг ўзи фаол ЎТБ нинг асорати бўлиб, ўз навбатида плевра бўшлиғининг оғир асоратлари ўта хавфли бўлиб, беморнинг ахволининг ёмонлашувиға, ҳаётий органларнинг ишини сусайтиришиға ва кўпинча ўлимға олиб келади.

Мақсад: Ушбу тадқиқотнинг мақсади туберкулёз (ТБ) касаллиги билан оғриган беморларда СП ва унинг асоратлари кечиши ва даволашини ўрганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Биз Тошкент шаҳридаги Фтизиатрия ва пулмонология клиник шифохонасига ётқизилган 385 беморда СП ва унинг асоратлари ҳолатини таҳлил қилдик. Беморларнинг ёши 17 дан 76 гача бўлиб 347 нафари эркак (90,1 %), 38 нафари аёл (9,9 %) ташкил қилди. Ўнг томонлама пневмоторакс 183 беморда, чап томонлама – 195 беморда, икки томонлама - 7 беморда қайд этилган.

Натижалар: Фиброз-кавернозли ЎТБ 257 беморда, инфилтратив 63 нафарда, ўчокли-15, диссеминацияланган-14, туберкулёма-5, экссудатив плеврит-5, буллёз эмфизема-7, метатуберкулёз ўзгаришлар-9 нафарда ва бошқалар 7 нафарда қайд этилди. ТБ нинг давомийлиги: 1 йилгача-80 (21%) беморда, 5 йилгача-237 (61,3%), 5 йилдан 10 йилгача-57 (15%), 10 йилдан ортик-11 (3%) беморда кузатилди. 362 (94%) беморда фаол ТБ жараёни аниқланди. Микобактерия туберкулёзи 263 (68,3%) беморда аниқланди. 358 (93%) беморларда СП ўпкада ТБнинг фаоллашиши фониди,

2 (0,5%) - плевра ва ўпканинг шикастланиши туфайли ва 25 (6,5%) - жисмоний зўриқиш пайтида ривожланган. Касалликнинг биринчи кунларида жами 154 (40%) бемор, 1 ойдан ортиқ вақтда- 189 (49%), ундан ортиқ даврларда - 42 (11%) беморлар қабул қилинди. Беморлар ахволининг оғирлашиши, асосан, ихтисослаштирилган шифохонага кеч ётқизиши билан боғлиқ эди. Плевра эмпиемаси СП нинг асорати сифатида 315 (82%) беморда қайд этилди. 251 (65,3%) беморда бронхиал фистула мавжудлиги плевра бўшлиғидаги йирингли жараёни қўллаб-қувватлади. Пункцион-аспирация усули билан даволаш самараси 73 (19%) беморда эришилди. Дастлабки 2 кун ичида ушбу усулнинг самарасизлиги 227 (59%) беморда кузатилиб, плевра бўшлиғининг дренажлаш усули (ПБД) қўлланилди. Катта ҳажмдаги пневмоторакс 158 (41%) беморларда, шу жумладан тери ости эмфиземаси белгиларида (24 бемор) ПБД даволаш билан бошланди. Ушбу усул 173 (45%) беморда самарали бўлди. Жаррохлик даволаш усуллари 12 (3,3%) беморда плевра бўшлиғини санацис ва комплекс антибактериал ва қувватловчи терапиядан сўнг қўлланилди. 8 ҳолатда сегментар ва 3 ҳолатда ўпка бўлаклари резекцис декортикация ва плеврэктомия билан биргаликда амалга оширилди. 1 ҳолатда пулмонэктомия қилинди. Операциядан кейинги даврда асоратлар 1 беморда ўпканинг тўлиқ ёзилмаган кўринишида қайд этилди. Даволаш натижасида 312 беморнинг 215 тасида (69%) ўткир пиопневмоторакс бартараф этилди. Бронхиал ва торакал фистула билан асоратланган 119 (38,1%) беморда плевра эмпиемасини бартараф этиш самараси паст бўлди. СП даволаш натижасида 98 (25,4%) беморнинг ахволи қониқарсиз ва 96 (24,9%) беморда ўлим ҳолати қайд этилди.

Хулоса: Туберкулёз касаллиги клиникаларида СП билан асоратланган беморларни даволаш муаммоси долзарблигича қолмоқда. Энг оғир гуруҳга кирувчи бундай беморларни даволаш самарадорлигини оширишга йўналтирилган изланишлар ўта муҳим. Ўпка туберкулёзи билан оғирган беморларда СП учун радикал операциялар сонининг камлиги, беморларнинг ушбу гуруҳида ТБнинг оғир ва кенг тарқалган ҳалокатли шакллари мавжудлиги ва операцияга ёрши кўрсатма ҳолати келиб чиқиши билан боғлиқ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДИ, ОСЛОЖНИВШИХСЯ ГЕМОПНЕВМОТОРАКСОМ

Расулов У.А., Усманов Б.Ж.

Центральный военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Узбекистан

Цель - усовершенствование методов и улучшение результатов лечения при закрытых и открытых повреждениях грудной клетки, осложнившихся гемопневмотораксом.

Материалы и методы

В отделении торакальной и ангиохирургии Центрального военного клинического госпиталя Министерства обороны Республики Узбекистан в 2018-2022 г. находились на стационарном лечении 24 пациента с закрытыми и открытыми травмами грудной клетки, осложнившимися гемопневмотораксом. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от метода дренирования. В I группу отнесены 13 пациентов, которым выполняли дренирование плевральной полости в двух точках: во II межреберье по средней ключичной линии и в VII межреберье по задней подмышечной линии дренажами диаметром от 5 до 1 см. Дренажи вводили в плевральную полость при помощи стилет-троакара. Во II группу вошли 11 пациентов, которым производили дренирование через V межреберье по средней подмышечной линии. С целью дренирования использовали ПХВ дренажи диаметром не менее 1 см, имеющими на вводимом в плевральную полость конце четыре боковых отверстия. Дренаж вводили в плевральную полость при помощи зажима Бильрота и доводили до купола плевры. Всем производилась активная аспирация через ОП-1, с разрежением в 25-35 мм вод.ст. После установки дренажа в плевральную полость проводили контрольную рентгенографию в двух проекциях. Принципы консервативного лечения сводились к адекватному обезболиванию, ранней активизации пациентов ингаляцией бронхо- и муколитиками, антибактериальной и симптоматической терапии.

Результаты

В первой группе у 3 пациентов верхний дренаж во II межреберье не функционировал по причине загиба, что потребовало редренирования. В 4 случаях нижний дренаж не функционировал вследствие миграции вверх (2), загиба дренажа (1), закупорки фибрином (1). Во всех случаях не функционировали дренажи диаметром 5 мм. Дренажи удаляли в срок от 3 до 11 суток. Во 2 группе больных дренажи функционировали во всех случаях, операций редренирования не потребовалось. Дренажи удалены в срок от 1 до 5 суток.

Заключение

Дренирование плевральной полости в V межреберье по средней подмышечной линии дренажем диаметром не менее 1 см является оптимальным методом лечения пациентов с травмами грудной клетки, осложнившимися гемопневмотораксом. Данный метод снижает операционную агрессию, сокращает срок лечения.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА - ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Расулов У.А., Усманов Б.Ж.

Центральный военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Узбекистан

Цель - оптимизация медицинской помощи при аспирации инородных тел (ИТ) в трахеобронхиальное дерево (ТБД), обратить внимание эндоскопистов, хирургов приемного отделения на ее особенности диагностики и лечения при аспирации инородных тел в дыхательные пути.

Материалы и методы

В 2013-2022 г. в Центральный военный госпиталь Министерства обороны Республики Узбекистан за медицинской помощью обратились 18 военнослужащих с жалобами на аспирацию ИТ при приеме пищи, удушье, кашель, одышку, кровохарканье. В течение 2 часов поступили 17 пациентов, у 1 пациента длительность анамнеза аспирации составляла 10 лет. 17 пациентам проводили обзорную рентгенографию органов грудной клетки,