



УДК: 617-089.151

ББК: 54.5

К-65

Mas'ul muharrir: prof. Shomurodov Q.E., dots. Nigmatova I.M.

Tahririyat jamoasi: t.f.d, prof. Baymakov S.R., t.f.n., dots. Yarmuxamedov B.X., Yunusov R.A., t.f.d, dotsent Murtazaev S.S., t.f.d., dots. Dusmuxamedov D.M., t.f.n., dots. Abdullayev D.Sh., Rizayev E.A., t.f.d, prof. Yakubov R.K., t.f.d, prof. Nigmatov R.N., t.f.n., dots. Azizov B., t.f.d, dots. Shukurova U.A., t.f.n., dots. Sattarova D.G., t.f.n., dots. Qurbonova S.Yu., t.f.n., dots. Akramova L.Yu., Nurmamatova Q.Ch.

Umumiy tahririyat ostida t.f.d, prof. Haydarov N.K.

Texnik muharrir: Kadirbayeva A.A., Xatamov U.A.

Ushbu to'plam 2023-yil 26-aprel kuni Toshkent shahrida bo'lib o'tgan «KAMINVAZIV JARROHLIKNING DOLZARB MUAMMOLARI» mavzusiga bag'ishlangan yosh olimlarning xalqaro ilmiy- amaliy anjumani xalqaro ishtirok bilan yakunlari bo'yicha tuzilgan. Nashrlar anjuman rejasiga muvofiq taqdim etilgan. Anjumanda ma'ruza qilingan materiallar, kaminvaziv jarrohlik, sog'liqni saqlashni tashkil etish, fundamental va klinik fanlar muammolariga oid tezislar chop etildi. Ushbu to'plam talabalar, aspirantlar va klinik ordinatorlar, shuningdek, amaliyotchi shifokorlar uchun tavsiya etiladi.

Maqolalar muallif nashrida taqdim etilgan. Nashr etilgan materiallar mualliflari kotirovkalar, nomlar, nomlar va boshqa ma'lumotlarning haqiqiyliigi va to'g'riligi, shuningdek, intellektual mulk to'g'risidagi qonun hujjatlariga rioya etilishi uchun javobgardir. Qurultoy to'plami materiallarini qayta nashr qilishda tezislar to'plamiga havola kerak bo'ladi.

- Xusniddin Amonullayevich, Nekov Muhammadali Ulugbek o'g'li* 145
61. РОЛЬ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ. *Тагаев Ш.Б, Баймаков С.Р., Шарипов Ю.Ю., Бойкобилова Л.Ш.* 147
62. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ. *Тешаев Октябрь Рухиллаевич, Бабажонов Ахмаджон Баходирович, Неков Мухаммадали Улугбек угли* 150
63. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОЙ ЦИСТОПЛАСТИКИ И СФИНКТЕРОПЛАСТИКИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ДЕТЕЙ. *Факиров А.З, Усманов Х.С, Файзуллаев Т.С* 152
64. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ *Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З.* 156
65. CHOICE OF SURGICAL METHOD TREATMENT FOR ECHINOCOCCOSTOMIES OF THE LUNG IN CHILDREN. *Usmanov Kh.S., Abdusamatov B.Z.* 164
66. ХИЛОТОРАКС У НОВОРОЖДЕННОГО: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. *Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Бердиев Э.А., Оллоназаров Ж.А.* 166
67. ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЙИРИНГЛИ ҲОСИЛАЛАРИНИ НОИНВАЗИВ УСУЛДА ДАВОЛАШ. *Усманов Махмуджон Мансурович, Худайберганава Насиба Шакировна* 171
68. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ. *Хашимов Ш.Х, Садиков Н.С., Кабулов Т.М., Зарипов А.А.* 173
69. БОЛЬНЫЕ С II - III ТИПАМИ ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. *Хашимов Ш.Х., Садиков Н.С., Кабулов Т.М., Зарипов А.А* 174
- 71 .V.F.VOYNO-YASENETSKIYNING MARKAZIY OSIYO IQLIMIDA ZAMONAVIY XIRURGIYADA HASATALIKLARNI DAVOLASHDAGI OLIV BORGAN ISHLARINING AHAMIYATI. *Xudayberganova Nasiba Shakirovna¹, Raximov Rasulbek Ibroximovich², Matmurdiv Seyilxon Kuranbayevich¹, Mardonov Jamshid Normurotovich¹, Jonibekov Sherzod Shonazarovich³* 176

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОЙ ЦИСТОПЛАСТИКИ И СФИНКТЕРОПЛАСТИКИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ДЕТЕЙ

Факиров А.З, Усманов Х.С, Файзуллаев Т.С

Кафедра общая хирургия с детской хирургией ТМА, г.Ташкент

Введение. Болезни, проявляющихся с тотальным недержанием мочи составляет 8,6-12,0% от всех заболеваний, сопровождающихся недержанием мочи и обычно трудно поддается хирургической коррекции (А.Г.Пугачёв 2001; Ж.Бекназаров 2005; D Innis Williams et al 1982 и др). К таким тяжелым порокам относится экстрофия мочевого пузыря, тотальные и субтотальные формы эписпадии, внепузырные эктопии устья мочеточника, врожденные недоразвитие сфинктера мочевого пузыря и др. Из-за частых неудовлетворительных результатов операции у 13,2-26,7% больных выполняются противоестественные паллиативные операции, такие как, уретеросигмоанастомоз в различной модификации Ж.Б Бекназаров с соавт 2007; А.З Факиров 2014; D Innis Williams et al 2012 и др). 5 летняя выживаемость больных после уретеросигмоанастомоза составляет 60,0%, а 10 летняя выживаемость 40,0%. Всё это ещё раз подчеркивает актуальность проблем.

Цель: путем анализ результатов хирургического лечения больных с тотальным недержанием мочи сделать соответствующие выводы и обосновать ведение научной работы по данным направлениям.

Материалы и методы исследований. С 1985 по 2015 гг. под нашим наблюдением находились 39 больных с пороками развития органов мочеполовой системы, сопровождающихся с недержанием мочи. У 8 из 39 (20,5%) диагностирован субтотальный, у 25 (64,1%) тотальный и у 6 (15,4%) сочетание тотальной эписпадии с экстрофией мочевого пузыря. У 2 из 6 больных поступивших с сочетанием тотальной эписпадии с экстрофией мочевого пузыря ранее в других клиниках выполнена цистопластика по Г.А.Баирову, из-за которого цистопластику мы выполнили только у 4 больных. Только у 2 из 4 оперированных больных данным способом послеоперационная рана зажила первичным натяжением, но несмотря на восстановление целостности мочевого пузыря не удалось устранить недержание мочи. Этим больным через 6 месяца после первой операции проведена сфинктеропластика по Державину. У одного из них после двухкратной сфинктеропластики по Державину с промежутком 8 месяцев не удалось устранить недержание

мочи. У одного больного швы частично, ещё у одного больного полностью разошлись. Через 3 месяца удалось закрыть свища, путем освежения рубцовых краев и сшиванием кисетным швом. У 1 го больного, которого наблюдалась полностью расхождение швов через 6 месяцев повторно оперировали по Г.А.Баирову, что также не было удачным. Из -за повторной полностью расхождения швов данному больному через 6 месяцев проведен уретеросигмоанастомоз по Матисену в модификации Ю.Б.Уллиева. Больной после операции прожил 4 года. У него были частые обострение хронического пиелонефрита, из-за которого развивалась хроническая почечная недостаточность. Уровень мочевины никогда не снизился 9,0 ммоль/л, креатинина 100,0 ммоль/л, уровень гемоглобина не повышался выше 100 г л. После повторного обострения хронического пиелонефрита развивалась полиорганная недостаточность и констатирован смертельный исход. 25 больных (64,1%) с тотальной и 8 больных (20,5%) с субтотальной эписпадией после соответствующих предоперационных подготовок, оперированы традиционно по Державину и приближение лонных симфиз путем освежение краев ран и сшиванием шелковой нитью. Одновременно создание уретры методом одномоментной ортонеоуретропластики, предложенный Ж.Бекназаровым и А.З.Факировым (авторский свидетельство №249). Для постоянного лаважа использован двухдиаметровый пузырьно-уретральный катетер, также предложенные вышеуказанными авторами (авторский свидетельство № 252).

В послеоперационном периоде оперированные больные переведены в палату, положение больных с приподнятым головным концом и с слегка раздвинутым бедром. Для постоянного лаважа мочевого пузыря использован 1;5000 раствор фурациллина с добавлением 1% раствора мумиё. Раствор постоянно капельно вливали через отверстие двухдиаметрового катетера, установленный в надлобковой области. Раствор смешиваясь с мочой и разбавляя его, оказывал антисептический и регенерирующий свойства выделялся через уретральный конец катетера. Данная система функционировала в среднем 8-9 дней, после которого удаляли через надлобковой области, осторожным втягиванием.

Результаты и их обсуждение. Из нашего скромного опыта, видно, что послеоперационный уход за больными играет важную роль для непосредственных и отдаленных результатов операции. Даже после «ювелирно выполненных» операции при плохом уходе результаты бывают неудовлетворительными. Ежедневно перевязывали больных салфеткой, пропитанный 1% раствором мумиё, постоянный лаваж функционировал непрерывно. Учитывая, что при слабом давлении в

системе иногда наблюдаются скопление солей, детрита, время от времени, под высоким давлением очищали дренирующие системы. Несмотря на проведенные манипуляции на 3-4 день после операции у 6 больных (18,1%) отмечалась ухудшение функционирования катетера, затруднение выделения мочи и боли. Учитывая послеоперационные запоры и сдавление скопленной в прямой кишке каловой массы мочевого пузыря ставили очистительные клизмы с 2% раствором натрия гидрокарбоната, что у 4 больных приводил к исчезновению болей и улучшение дренирующих функций катетера. У 2 больных промывание и клизма не дала ожидаемого результата, что было связано с закупоркой солью и детритом тонкой неоуретральной части катетера. Данные осложнения ликвидированы путем промывания системы 1% раствором перекисью водорода. На 9-10 день снимали швы. При оценке непосредственных и отдаленных результатов операции мы опирались на следующих критериях; если больной удерживает мочу независимо от времени суток и покоя или напряжения, удерживает мочи до 1,5-2 часа и одновременно опорожняется более 150 мл мочой, результаты оценивали на хорошо.

При удерживание мочи до 1 часа и одновременно опорожняется более 50,0 мл мочой, результаты оценивали удовлетворительно. При произвольном мочеиспускание при любом напряжении результаты оценивали как неудовлетворительно. У 33 больных с тотальной и субтотальной формой эписпадии по послеоперационным результатам распределены на следующие группы; у 18 больных (54,5%) отмечены хорошие, у 6 больных (18,1%) удовлетворительные результаты. Таким образом хорошие и удовлетворительные послеоперационные результаты составили всего 72,3% случаев. У 5 больных (15,6%) в послеоперационном периоде наблюдались нагноение послеоперационной раны, что указывало на малоэффективности раствора фурациллина как антисептик для постоянного лаважа. Из-за нагноения ран у 3 больных (9,1%) из данной группы больных отмечены полное, у 2 (6,5%) частичное расхождение швов У 9 больных (27,3%) не удалось устранить недержание мочи. Через 2 месяца после проведения операции на рентген снимке у 16 больных (48,5%) из 33 отмечены полностью расхождение лонного симфиза, что ухудшило дальнейший прогноз. Через 4-6 месяца после операции у 2 из 6 больных оцененных как удовлетворительно недержание мочи возобновилось. Таким образом у 11 больных спустя 6 -8 месяцев после первичной операции повторно проведена сфинктеропластика по Державину. После посторной сфинктеропластики только у 2 больных удалось частичному удерживанию мочи. Один больной из-за переселения в другую республику выпал из нашего наблюдения.

Таким образом, проведенные нами исследования позволяет сделать следующие **выводы**:

1. Традиционно выполненная цистопластика по Г.А.Баирову дает всего 66,6% случаев хорошие и удовлетворительные результаты.
2. Традиционно выполненная сфинктеропластика по В.М.Державину дает всего 72,3% случаев хорошие и удовлетворительные результаты. При использовании обеих методик сфинктеропластики около 30,0% случаев не достигается цели.
3. При данной патологии 1;5000 раствор фурациллина как антисептик не эффективен.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ

Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З.

Ташкентский Государственный Стоматологический

Институт Кафедра Хирургия и ХДЖ

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста.

Введение. Эхинококкоз является тяжелым паразитарным заболеванием и в настоящее время продолжает оставаться актуальной проблемой, несмотря на успехи современной медицины по этому вопросу паразитологии.

В последние годы в литературе появляются сообщения единичных авторов о видеоторакоскопической эхинококкэктомии легких у взрослых больных. У детей практически не изучена возможность торакоскопического лечения эхинококкэктомии легких, не совершенствована методика видеоторакоскопической операции, не определены показания и противопоказания к ее выполнению.

Быстрое развитие легочной хирургии изменило тактику хирургов в отношении отдельных видов хирургического вмешательства при эхинококкозе легких [3]. Диагностическая и лечебная торакоскопия используется в клинической практике почти с начала прошлого столетия, показания к ней длительные годы были довольно ограничены. Однако в

последние годы благодаря созданию миниатюрных эндовизуальных камер и инструментария для выполнения эндоскопических операций, оперативная торакокопия переживает свое второе рождение, и показания к ее применению постоянно расширяются [2,4-7].

Имеющиеся в научной литературе статьи в основном отражают проблемы эхинококкоза у взрослых, хотя одной из эпидемиологически напряженных категорий населения являются дети.

Цель работы; - улучшить результаты хирургического лечения детей с эхинококковой болезнью легких путем применения новых технологий.

Материалы и методы исследования. В Республиканском научно-практическом центре малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста за период с 2005 по 2022 г было прооперировано 72 детей с эхинококковой болезнью легких в возрасте от 2 до 16 лет. Большинство детей было в возрасте старше 10 лет (35-48,6%). Мальчиков было 49 (68,1%), девочек 23 (31,9%).

В диагностике эхинококкоза легких основным методом являлись; рентгенологическое исследование грудной клетки, УЗИ, серологические реакции на эхинококкоз (ИФА), при затруднении в постановке диагноза, определении локализации и объема кист – проводилась МСКТ органов грудной клетки.

Результаты исследования и их обсуждение.

Правостороннее поражение легкого эхинококкозом наблюдалось чаще, чем левостороннее 51 (70,8%) и 14 (29,2%) соответственно, двустороннее поражение в 11,1% случаев (8 больных).

В большинстве случаев встречались одиночные - солитарные кисты 48 (66,6%), множественные кисты имели место у 24 (33,4%) детей. По малые кисты наблюдались в – 10 (13,8%), средние – в 31 (43,1%), большие и гигантские кисты в – 22 (30,5%) случаях (классификация А.Т. Пулатова - 1999). Большого диаметра кисты, как показывают наши наблюдения, чаще встречаются у детей старшего школьного возраста.

По локализации эхинококковые кисты в ткани легкого чаще выявлялись в нижних периферических сегментах (это относилось в основном к большим и средним кистам), центральное расположение кисты встречалось реже в 11,1% случаях (8- больных).

При делении клинического течения эхинококкоза легких на стадии мы придерживались классификации А.В. Мельникова (1935).

Бессимптомное течение отмечено нами у 23 (31,9%) детей. Однако у 9 больных нам удалось выявить скрытые симптомы: периодически возникающие кратковременные боли в грудной клетке, ухудшение аппетита, единичный кашель, недомогание, потливость.

Основными жалобами во второй стадии заболевания в 35 наблюдениях (48,6%) были боли в грудной клетке на стороне поражения различной интенсивности, усиливающиеся при подвижных играх и физической нагрузке. У 23 (31,9%) пациентов отмечался упорный сухой кашель, который плохо поддавался медикаментозной терапии. У больных отмечалось снижение аппетита, общая слабость, повышенная утомляемость, потливость, которому родители на начальном этапе заболевания чаще не придавали должного внимания. У трети детей наблюдались аллергические проявления.

Изменения лабораторных показателей при эхинококкозе были неспецифичными. В анализе периферической крови отмечалось повышение количества эозинофилов у 48,6%, лейкоцитоз у 32,8%, ускорение СОЭ - у 53,7% больных.

При неосложненном эхинококкозе, эхинококковая киста представляла собой округлую, либо овальную гомогенную более или менее интенсивную тень с четкими краями на фоне легочной ткани.

Осложненное течение заболевания в легких наблюдалось у 13 (18,1%) больных. Из них у 6 (8,3%) детей наблюдалось нагноение эхинококковой кисты с прорывом в бронх, у 5 (6,9%) установлен - прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость. У 2 (2,8%) больных отмечалось нагноение кисты без перфорации хитиновой оболочки.

Все дети с осложненными формами эхинококкоза легкого поступили в клинику в экстренном порядке в тяжелом состоянии.

Тяжесть состояния пациентов была обусловлена острой дыхательной недостаточностью по обструктивному и рестриктивному типам, гиповолемией, эндотоксикозом и дефицитом жидкости. Перечисленные моменты указывали на необходимость экстренной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию выше перечисленных нарушений.

Клиническое проявление прорыва эхинококкоза в бронх (4 -6% пациента) сопровождалось повышением температуры тела до 38-39°С, приступами сильного кашля с выделением большого количества прозрачной или мутной жидкости с обрывками хитиновой оболочки вместе с мокротой и прожилками крови.

Нагноения кисты характеризовались признаками острого воспалительного процесса. У этих детей наблюдалось повышение температуры тела (до 38-39°С), сухой кашель, боли в пораженной стороне грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, общая слабость, отсутствие аппетита.

У 2 (2,8%) больных прорыв эхинококковой кисты легкого в плевральную полость развивался с проявлениями и симптомами плевро -

пульмонального шока. Отмечалась резкая боль в грудной клетке, беспокойство, многократная рвота, затрудненное дыхание - одышка, слабость, адинамия, заторможенность. Вскоре к указанным симптомам присоединялись аллергические проявления.

Прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость (5 (6,8%) больных) рентгенологически напоминал картину плеврита, на рентгенограмме определялся уровень жидкости и газовый пузырь над ней, или вместо горизонтального уровня жидкости наблюдалась волнистость или выпуклость, что было обусловлено спаданием хитиновой оболочки паразита - симптом «плавающей хитиновой оболочки», или «серповидного просветления», «симптом скомканной бумаги». Эти изменения напоминали деструктивную пневмонию и ее осложнения, что вызывало определенные сложности в диагностике эхинококкоза легких.

Все больные в зависимости от характера примененных оперативных вмешательств были разделены на 2 группы. Контрольная группа – 31 больной, были оперированы традиционными доступами. У 41 пациентов основной группы, была проведена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия.

Продолжительность предоперационной подготовки зависела от общего состояния ребенка, нарушения гомеостаза, водно -электролитного равновесия, от характера и давности имеющихся осложнений.

Детям с не осложненным эхинококкозом легких предоперационную подготовку осуществляли по обще хирургическим правилам в течение 3-4 дней, включая десенсибилизирующую терапию.

При выполнении эхинококкэктомии из легкого в контрольной группе (31 пациент) использовали традиционный доступ – межреберная торакотомия через V и VI межреберье. Из существующих методов капитонажа остаточной полости при традиционных эхинококкэктомиях легких мы использовали способы по Дельбе у 14 (45,1%), А.В.Вишневному у 8 (25,8%) и А.Т. Пулатову у 7 (22,6%). Резекция доли легкого проведена у 2 (6,5%) пациентов.

В первые сутки послеоперационного периода, во всех случаях больным 2-3 раза с целью обезболивания использовали наркотические анальгетики. Продолжительность обезболивания пациентов составила до 4 суток. Из-за сильного болевого синдрома активация больных в первые 2-3 суток была затруднена, движения в постели ограничены. Кашель и трудное отхождение мокроты сопровождалось сильными болями в области послеоперационной раны. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (9,7%) больных (у 2 наблюдалась послеоперационная пневмония, у 1 экссудативный плеврит). Средняя продолжительность пребывания больных

в стационаре после традиционной эхинококкэктомии легких составила $11 \pm 1,3$ к/дня.

При отборе больных для видеоторакоскопической операции учитывали локализацию и число кист, характер поражения легочной ткани, наличие в анамнезе хирургических вмешательств на стороне поражения.

Для выполнения оперативных вмешательств использовали эндоскопическую стойку и набор инструментов фирмы «Karl Storz».

На начальном этапе нашей оперативной практики, абсолютными противопоказаниями к выполнению видеоторакоскопических эхинококкэктомий легкого мы, как и многие другие авторы считали: наличие множественных, сложной формы кисты диаметром более 7см, расположенные в различных долях легкого; нагноившиеся эхинококковые кисты, с выраженным перифокальным воспалением; рецидивные эхинококковые кисты.

В настоящее время мы, как и другие авторы к абсолютным противопоказаниям видеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого относим, центральное расположение эхинококковых кист, а также множественные (более 2-х кист), расположенные в различных долях легкого; невозможность пальпаторного, мануального обследования ткани легкого с целью поиска небольших глубокорасположенных кист. Остальные случаи (кисты диаметром более 50 мм, а также, рецидивные кисты, осложненных нагноением), которые по данным литературы также считаются абсолютным противопоказанием к видеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого, мы по мере накопления опыта позволили себе трактовать как «относительные». Так как при достаточном опыте хирурга, подобные операции вполне выполнимы эндовизуальным методом и эффективны по всем параметрам.

При сложности ликвидации остаточной эхинококковой полости, наличии множественных бронхиальных свищей мы переходили на видеоассистированное торакоскопическое вмешательство (миниторакотомным доступом).

При двухстороннем поражении легких проводилась поэтапная эхинококкэктомия. После традиционной эхинококкэктомии для восстановления физической активности и укрепления общего состояния, дети выписывались домой на амбулаторное наблюдение и лечение сроком не менее чем на 1 месяц. После торакоскопической эхинококкэктомии физическая активность больных восстанавливалась значительно быстрее и поэтому второй этап операции с противоположной стороны проводился, как правило, в среднем через две недели после первичной.

Методика видеоторакоскопической эхинококкэктомии легких включала в себя 5 последовательных этапов: введение первого троакара, создание пневмоторакса, ревизия плевральной полости; введение рабочих троакаров; собственно эхинококкэктомию; уменьшение размеров остаточной полости; ушивание доступов.

Видеоторакоскопическую эхинококкэктомию выполняли с односторонней вентиляцией, т.е. с интубацией правого или левого главного бронха. Положение больного на операционном столе – на здоровом боку. Использовали 4 троакара. После установки первого 5 мм троакара с видеооптикой, инсуффировали CO₂ в плевральную полость под давлением 6-8 мм.рт.ст. Далее вводили остальные 3 троакара.

Для того чтобы уже дооперационно знать оптимальные зоны введения троакаров при выполнении ВТВ при той или иной патологии нами условно плевральная полость, полученная путем реконструкции снимков на МСКТ, разделена на 4 этажа: верхняя, средняя и нижняя, в которой мы еще выделили переднюю и заднюю поверхности. Необходимо отметить, что чем на большее число этажей мы делим плевральную полость, тем оптимальны искомые нами зоны введения троакаров. Кроме деления на этажи каждую грудную клетку мы рассматривали еще и с позиции ее типа. На основе имеющихся нескольких вариантов зон введения троакаров выбирали наиболее оптимальный в каждом конкретном случае. То есть оптимальные зоны введения троакаров нами определены в зависимости от типа грудной клетки и локализации объекта вмешательства.

Первым этапом при видеоторакоскопической эхинококкэктомии выполняли ревизию плевральной полости и легкого, для выявления спаечного процесса, дополнительных эхинококковых кист. При сращениях в плевральной полости их разделяли монополярной коагуляцией и ножницами. Область предполагаемого вкола иглы в области эхинококковой кисты обкладывали салфетками пропитанными 80% раствором глицерина для профилактики обсеменения окружающих тканей кистозной жидкостью и соблюдения принципов апаразитарности. Следующим этапом выполняли пункцию кисты иглой, подключенной к аспиратору и содержимое кисты эвакуировали с помощью вакуум экстрактора. Затем в оставшуюся полость кисты вводили 80% раствор глицерина подогретый до 60° С, с экспозицией ее на 10-15 минут для ее санации, затем глицерин удалялся через вакуумотсос. После этого монополярной коагуляцией вскрывали фиброзную капсулу, создавали окошко для введения 10мм вакуум отсоса для эвакуации хитиновой

оболочки с остатками жидкости (в отличии от распространенного метода удаления с помощью эндоконтейнера). Образовавшую фиброзную капсулу вновь обрабатывали 80% раствором глицерина подогретым до 60°C, с экспозицией на 10-15 мин, затем глицерин удалялся опять таки через вакуумотсос. В пределах здоровой легочной ткани фиброзную капсулу циркулярно иссекали монополярными коагуляционными ножницами, остаточную полость вводили физиологический раствор, для выявления бронхиальных свищей, которые ушивали нитью PDS II 3/0 или коагулировали биполярным коагулятором, затем полость ушивалась кистетными швами. После ликвидации остаточной полости операцию завершали дренированием плевральной полости. При невозможности ликвидировать остаточную полость ее дренировали полихлорвиниловой трубкой с боковыми отверстиями. В 4 (5,5%) случаях из-за гигантской кисты со множественными крупнокалиберными бронхиальными свищами было выполнено сочетание троакарных доступов с миниторакотомией (длиной разреза не более 5см).

Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационное ведение детей с ЭЛ включает: инфузионную терапию, аналгезию, профилактику и лечение пневмонии и симптоматическую терапию.

В раннем послеоперационном периоде все пациенты были помещены в анестезиолого-реанимационное отделение. Средний койко-день составил $2,5 \pm 0,6$. Существенная роль в профилактике ранних легочных осложнений придавалась адекватной анальгезии, отдавая предпочтение ненаркотическим анальгетикам, особенно в первые трое суток после операции. В послеоперационном ведении больных с ОЭЛ обязательным считали раннюю активизацию больных, вдыхание увлажненного кислорода, ингаляции лекарственными травами и бронхомукалитиками, дыхательную гимнастику.

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2 (4,9%) больных: остаточная полость - у 1 (2,5%), экссудативный плеврит - у 1 (2,5%), которые разрешились после консервативной терапии.

Больных, как правило, выписывали из стационара на 6-8-е сутки после операции. Средние сроки пребывания больного в стационаре составили $8,4 \pm 1,2$ к/дня. Рецидивов после торакоскопической эхинококкэктомии легкого в течении 1,5-2 лет (при правильном приеме антипаразитарных препаратов - альбендозол), в послеоперационном периоде не наблюдали.

Итак, наш опыт показывает, что использование эндовизуальной техники в хирургии эхинококкоза легких оправдано

и является перспективным направлением в лечении паразитарных кист легких.

Вместе с тем мы полагаем, что при правильном подборе больных и строгом соблюдении принципов антипаразитарности, видеоторакоскопическая эхинококкэктомия легких является перспективным методом хирургического лечения эхинококкоза легких.

Таблица 1.

Сравнительная оценка послеоперационных результатов лечения в сравниваемых группах

	Традиционная эхинококкэктомия (n=31)	Торакоскопическая эхинококкэктомия (n=36)
Общая продолжительность операции (минуты)	75±10	65±7
Продолжительность применения анальгетиков (сутки)	4,3±0,5	2,2±0,4
Начало активации больного после операции (сутки)	3,5±0,6	2±0,5
Длительность пребывания больного в стационаре	11±1,3	7,4±1,2

При этом значительно сокращается расход медикаментов, сроки пребывания пациентов в стационаре (8,4±1,2 к/д), сроки восстановления физической активности больного и получается хороший косметический эффект.

Заключение. Не умаляя достоинства традиционных эхинококкэктомий, считаем, что подход к выбору метода операции должен быть строго дифференцированным.

Лишь при абсолютных противопоказаниях к торакоскопической эхинококкэктомии легких, должна быть выполнена традиционная эхинококкэктомия.

Эхинококковые кисты диаметром более 50 мм, а также, рецидивные кисты, осложненных нагноением, мы по мере накопления опыта позволили себе трактовать как «относительные» противопоказания к видеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого, В лечении

эхинококкоза легких эндовидеохирургическая эхинококэктомия является и должна быть приоритетной.

Список литературы:

1. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Ким В.С. К выбору этапности и доступа при сочетанном множественном эхинококкозе печени и легких. //Проблема эхинококкоза: Тез.докл. науч.-практ. конф.- Махачкала, 2000. с. 66-67.
2. Лапина Т.В. Диагностика и лечение рецидивного эхинококкоза легких и печени множественной и сочетанной локализации. Автореф. дис... канд. мед. наук: М. 2005 с.-24
3. Кулакеев О.К., Кадырбаев Т.К., Абдурахманов Б.А. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза легких и печени// Ж. Хирургия Узбекистана. 2001. №3. С. 46-47.
4. Гумеров, М.И. Хирургическое лечение эхинококкоза легких у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Уфа, 2003. - 20 с.
5. Порханов В.А. Торакоскопическая и видеоконтролируемая хирургия легких, плевры и средостения: Автореф. дис... д-ра мед. наук. М 1996; 36.
6. Разумовский А.Ю, Митупов З.Б. Эндохирургические операции в торакальной хирургии у детей. – М. : ГЭОТАР – Медиа. 2010. – 8с.
7. Шулутько А.М., Овчинников А.А., Ясногородский О.О., Мотус И.Я. Эндоскопическая торакальная хирургия. М: Медицина 2006; 391
8. Arinc S, Kosif A, Ertugrul M, et al. Evaluation of pulmonary hydatid cyst cases. //Int J Surg. 2009 Jun; 7(3):192-5.
9. Dagtekin A, Koseoglu A, Kara E, et al. /Unusual location of hydatid cysts in pediatric patients. //Pediatr Neurosurg. 2009; 45(5):379-83.

CHOICE OF SURGICAL METHOD TREATMENT FOR ECHINOCOCCECTOMIES OF THE LUNG IN CHILDREN

Usmanov Kh.S., Abdusamatov B.Z.

Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endovisual Surgery for Children. Tashkent. Uzbekistan. TGS1

Objective;- improve the results of surgical treatment of children with

echinococcal lung disease through the use of new technologies.

Materials and methods. During the period from 2005 to 2022, 72 children with echinococcal lung disease were operated on at the RSPCMIESC. In the diagnosis of echinococcosis of the lungs, the main method was; X-ray examination of the chest, ultrasound, serological tests for echinococcosis (ELISA), MSCT of the chest organs.

Results. Analysis of the results shows that echinococcal cysts with a diameter of more than 50 mm, as well as recurrent cysts complicated by suppuration, are considered as "relative" contraindications to videothoracoscopic lung echinococectomy. In the treatment of pulmonary echinococcosis, endovideosurgical echinococectomy is and should be a priority.

Key words: *Echinococcus lung; videothoracoscopy; trocars; pediatric surgery.*

For citation: Usmanov Kh.S., Abdusamatov B.Z.

Choice of surgical treatment for lung echinococectomy in children. Children's surgery (*Detskaya khirurgiya.*). 2023;

For correspondence: Usmanov Xojiakbar Sobirovich, Assistant of the Department of General and Pediatric Surgery № 1, Tashkent Medical Academy. Tashkent. Uzbekistan,

E-mail: orient_1977@mail.ru

Цель работы; - улучшить результаты хирургического лечения детей с эхинококковой болезнью легких путем применения новых технологий.

Материалы и методы исследования. В РНПЦМЭХДВ за период с 2005- по 2022гг было прооперировано 72 детей с эхинококковой болезнью легких. В диагностике эхинококкоза легких основным методом являлись; рентгенологическое исследование грудной клетки, УЗИ, серологические реакции на эхинококкоз (ИФА), МСКТ органов грудной клетки.

Результаты. Анализ результатов показывает что эхинококковые кисты диаметром более 50 мм, а также, рецидивные кисты, осложненных нагноением, считаются как «относительные» противопоказания к видеоторакоскопической эхинококэктомии легкого. В лечении эхинококкоза легких эндовидеохирургическая эхинококэктомия является и должна быть приоритетной.

Ключевые слова: *Эхинококк легкого; видеоторакоскопия; троакары; детская хирургия.*

ХИЛОТОРАКС У НОВОРОЖДЕННОГО: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Бердиев Э.А., Оллоназаров Ж.А.

Ташкентская Медицинская Академия

Республиканский Научно Практический Центр Малоинвазивной и

Эндовизуальной хирургии детского возраста.

HYLOTORAX IN A NEWBORN: A CASE FROM PRACTICE.

Key words: *chylothorax, octreotide, newborn*

The article presents a clinical case of treatment of a newborn with chylothorax at the Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endovisual Surgery of Children. During the treatment period, in addition to pleural punctures, the hormone octreotide was applied and a positive effect was obtained.

ЯНГИ ТУГИЛГАН ЧАКАЛОКДА ХИЛОТОРАКС: АМАЛИЁТДАН.

Калит сузлар: *хилоторакс, октреотид, чакалоклар.*

Маколада Республика эндовизуаль ва кам инвазив болалар хирургия илмий амалий марказида даволанган чакалокда хилотораксни даволашда кулланилган даво методикаси хақида маълумот берилган. Кузатувда булган беморда плевраль пункциядан ташқари, октреотид гормонини кулланилган ва кутилган ижобий натижа олинган.

Хилоторакс – скопление хилуса – плеврального выпота, содержащего лимфу, богатую триглицеридами и хиломикронами, поступающими в результате всасывания жиров из кишечника по путям лимфооттока в грудной лимфатический проток. Зачастую это угрожающие жизни состояние, приводящее к сердечно-легочной недостаточности, метаболическим, электролитным и иммунологическим расстройствам [1]. Вместе с тем у новорожденных детей спонтанный хилоторакс является достаточно редкой патологией и, как следствие, малоизученной проблемой в неонатологии. Хилезный плевральный выпот у новорожденных может развиваться вследствие врожденных аномалий грудного лимфатического протока (атрезия, свищи, врожденная внутрипротоковая обструкция), вследствие родовой травмы, сдавления опухолью, воспалительного процесса, либо появляется спонтанно. Описаны случаи первичного

персистирующего хилоторакса плода (первичный плевральный выпот, наследственные лимфангиоэктазии) [2]. А также, причиной спонтанного хилезного хилоторакса может быть порозность млечных капилляров, как проявление морфологической незрелости сосудов у недоношенных новорожденных, или как результат воспаления и тромбоза сосудов в системе верхней полой вены при врожденных инфекциях [3]. Врожденный хилоторакс чаще ассоциируется с генетическими заболеваниями (синдром Дауна, Шерешевского – Тернера, Нунан) [4].

В лечении хилоторакса у новорожденных детей используются консервативный и оперативный методы. Консервативное лечение включает повторные торакоцентезы или установку постоянного плеврального дренажа для эвакуации хилуса и предотвращения развития дыхательных нарушений; диету с использованием смесей на основе среднецепочечных триглицеридов; при отсутствии эффекта – отмена энтерального питания и перевод на полное парентеральное питание; инфузионную терапию - для восполнения патологических потерь жидкости с плевральным выпотом; применение соматостатина (октреотида)-для улучшения резорбции хилуса [5]. При отсутствии эффекта от консервативной терапии (сохранение выделения экссудата в объеме 100 мл/на год жизни в сутки), ребенку проводится оперативное вмешательство с наложением плевроперитонеального шунта или перевязкой грудного лимфатического протока [3,5].

Несмотря на современные подходы к лечению данной патологии, у новорожденных хилоторакс остается тяжелой патологией, при котором летальность достигает до 50% [5, 6]. Исходя из этого данная проблема требует дальнейшего изучения, и каждый клинический случай хилоторакса у новорожденных детей представляет определенный интерес.

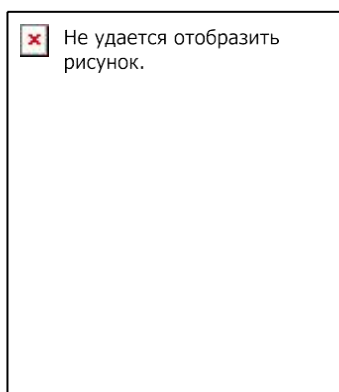
Цель: представить клинический случай диагностики и ведения новорожденного с хилотораксом.

Материалы и методы. Приводим случай из клинической практики хилоторакса у новорожденного мальчика с внутриутробной инфекцией, получившей лечение в Республиканском научно практическом центре эндовизуальной и малоинвазивной хирургии детского возраста.

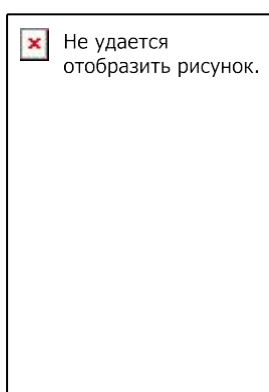
Ребёнок от 3 беременности, протекавшей с клиникой тяжелого токсикоза до 9 месяцев, анемии 2 степени, гепатит «В» с 2019 года. Роды оперативные в 39 недель. Вес при рождении 3300гр, ростом 50 см, окружностью головы- 34 см и груди-32 см, по шкале Апгар7 -8 баллов, с

признаками морфо-функциональной незрелости.

На 10 сутки после рождения у больного появляется клиника респираторных нарушений. Больной в экстренном порядке госпитализируется в отделение неонатологии. В ходе проводимой терапии в динамике у больного отмечается нарастание симптомов дыхательной недостаточности, появление приступов бронхоспазма с цианозом. Больному при проведении рентгенографии органов грудной клетки выявлено жидкость в правой плевральной полости и картина инфильтративных изменений правого легкого, гиповентиляция правого легкого (рис. 1). На УЗИ в правой плевральной полости было выявлено наличие свободной жидкости в объеме $V \approx 90-100$ мл. На основании результатов клинико-лабораторного обследования, выставлен клинический диагноз: Внутриутробная инфекция. Внутриутробная правосторонняя полисегментарная нижнедолевая пневмония. Гидроторакс справа. Ребенок для дальнейшего лечения переведен в отделение хирургии и реанимации новорожденных. Проведена пункция плевральной полости. При этом добыта 100 мл хилезной жидкости молочного цвета (рис. 2).



(рис. 1)

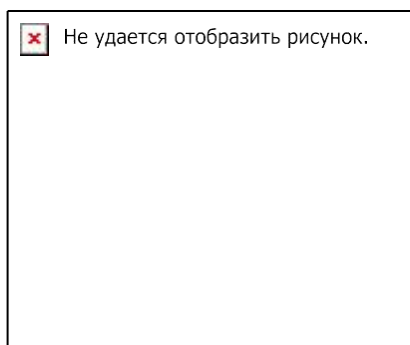


(рис. 2)

Посев жидкости из плевральной полости на микрофлору стерилен. При микроскопическом исследовании хилуса, в т.ч. в динамике, выявлено: лейкоциты 50–60 в п/з, лимфоциты 70–75%, белок 18,5–25,7 г/л, проба Риволта ++++. Данные лабораторных исследований подтвердили хилезный характер выпота. В анализах крови: Гемоглобин – 152 г/л, Лейкоциты – $12,9 \cdot 10^9$ /л, Эритроциты – $4,8 \cdot 10^{12}$ /л, Гематокрит-45%, Тромбоциты- $292 \cdot 10^9$ /л, п/я-1%, с/я-57%, лимфоциты-33%, моноциты-8%, СОЭ-4мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок-67г/л, мочевины-3,0 ммоль/л, креатинин-55мкмоль/л, АлТ-15Ед/л, АсТ-21Ед/л, общий билирубин-22мкмоль/л. Коагулограмма: Протромбиновое время – 14,6сек., протромбиновый индекс – 95%, АЧТВ – 25,2 сек., фибриноген – 195мг/дл,

Тромботест – IV ст., МНО – 1,23.

Учитывая анамнез заболевания и результаты проведенных исследований, пациенту назначена интенсивная терапия по принятому внутреннему протоколу ведения новорожденных с хилотораксом. После установления хилезного характера выпота сразу было решено начать лечение аналогом соматостатина – препаратом октреотид в стартовой дозе 3 мкг/кг/ч. Отменено энтеральное питание, назначено полное (10% Аминовен инфант 2,5 г/кг/сутки, 10–40% растворы глюкозы 10–14 г/кг/сутки, K^+ 1.0–1.5 ммоль/кг/сутки, Na^+ 2 ммоль/кг/сутки, Ca^{++} 150 мг/кг/сутки, Mg^{++} 35 мг/кг/сутки) парентеральное питание, продолжены оксигенотерапия, посиндромная и антибактериальная терапия. Октреотид в дозе 5 мкг/кг/ч вводили в течение 10 суток, и постепенно отменена. Каждый день больному проводилась УЗИ плевральных полостей. По мере накопления свободной жидкости в плевральной полости на 2-е и 4-е сутки было 2-хкратно произведена пункция плевральной полости и удалена 50 мл хилезной жидкости. Наблюдение в течение 6 дней показало положительную динамику, на последующих контрольных УЗИ жидкость в плевральных полостях не обнаруживалась. На 12-е сутки начата энтеральное питание: постоянное титрование солевых растворов через назогастральный зонд. На контрольной рентгенографии органов грудной клетки на 15 сутки в плевральной полостях свободной жидкости не выявлено (рис. 3).



(рис. 3)

Обсуждение. Стратегия хилоторакса одинакова независимо от этиологии хилоторакса. Первостепенно - это аспирация плевральной жидкости для первоначального дренирования и диагностики. Дренирование плевральной полости показан, если выпот вызывает респираторный дистресс или скопление выпота повторяется, и оно может потребоваться в течение определенного периода времени, потому что

требуется время для заживления утечки хилуса. Однако сообщалось, что длительное введение плевральной дренажной трубки связано с гипопротенемией, лимфопенией, инфекцией, и связанное с ним повреждение легких, приводящее к длительной госпитализации. Нутриционная поддержка при лечении хилоторакса направлена на обеспечение адекватного потребления калорий при минимальном потоке хилуса в грудном протоке, чтобы дождаться спонтанного заживления места утечки. Обычно это достигается за счет кормления смесью с высоким содержанием триглицеридами, которая обходит лимфатическую систему кишечника и всасывается непосредственно в воротную вену. Примечательно, что даже потребление воды через рот может вызвать лимфоток грудной клетке и смесь, содержащая триглицериды с содержанием жира до 80%, также может вызвать повторное накопление плеврального выпота. Поэтому некоторые авторы предлагают полное парэнтерический отдых. Практический подход заключается в использовании парентерального питания до тех пор, пока плевральный выпот не станет минимальным, а сердечно-легочный статус не станет стабильным. Затем можно провести пробное кормление смесью, обогащенной триглицеридами, при тщательном мониторинге повторного накопления плеврального выпота с помощью дренажа плевральной полости или ультразвукового исследования.

Успех вмешательства посредством торакоцентеза или дренирования плевральной жидкости зависит от ранней диагностики, объема и повторного появления хилезного выпота, степени компрессии легких, если выпот небольшой и не происходит смещения средостения, достаточно выжидательной тактики с контрольным ультразвуковым исследованием.

Выводы. Наиболее вероятной причиной хилоторакса в данном случае, возможна, была внутриутробная пневмония. Ведение больных с хилотораксом является непростой задачей, так как необходима ранняя диагностика для улучшения состояния больного своевременной отменой энтерального питания и переводом на полное парентеральное питание. Применение препарата соматостатина (октреотида) у ребенка с хилотораксом в нашем случае дало стойкий положительный эффект. В последующие дни при многократном УЗИ плевральных полостей свободная жидкость больше не выявляется. После начала энтерального питания смесью, приступили к прикладыванию к груди. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Литература:

1. Детская хирургия: Национальное руководство. Ю.Ф. Исаков, А.Ф. Дронов, ред. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 304 с.
2. Пульмонология: Национальное руководство. А.Г. Чучалин, ред. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013: 960 с.
3. Иеков С.А., Горелик Ю.В., Горелик К.Д. Хилоторакс. Клинические случаи. Неонатология. 2016. №3. С. 57-63
4. Аттар М.А., Донн С.М., Врожденный хилоторакс // Неонатология.- 2017.-№3.-С.30-39.
5. Баландина Н.А., Беляева И.Д., Степаненко С.М., Жиркова Ю.В., Цветков И.О.
Хилоторакс у
новорожденных;
<http://rusanesth.com/stati/intensivnaya-terapiya/> xilotoraks-u-novo
6. Downie L., Sasi A., Malhotra A. Congenital chylothorax: associations and neonatal outcomes // Paediatr. Child Health. 2014. Vol. 50. No 3. P.234–238.