



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.24-073.75-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕМОТОРАКСЕ

¹Рузибоев Санжар Абдусаломович <https://orcid.org/0000-0002-0513-2649>

²Хайдаров Геннадий Ахадович <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

¹Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Узбекистан.

✓ Резюме

В статье рассматривается тактика хирургического лечения спонтанного пневмоторакса (СП) — одной из актуальных проблем современной торакальной хирургии. Основными причинами СП являются разрыв булл, тонкостенных кист лёгкого, прорыв эхинококковых кист в плевральную полость и другие патологические состояния, приводящие к коллапсу лёгкого.

Хирургическое вмешательство направлено на устранение источника пневмоторакса и профилактику рецидива. Это достигается резекцией буллёзных изменений лёгкого и созданием плевродеза. С развитием малоинвазивных технологий видеоторакоскопия стала основным методом лечения СП, позволяющим выполнять как эндоскопические, так и видеоассистированные вмешательства.

В исследование включены 102 пациента со СП. У большинства пациентов причиной был буллёзный эмфизема. Наиболее распространёнными формами СП были тотальный и большой пневмоторакс. Данные подтверждают эффективность видеоторакоскопии в лечении и профилактике рецидивов пневмоторакса.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс, буллёзная эмфизема, видеоторакоскопия, плевродез, малоинвазивная хирургия, плевральная полость, торакотомия.

SURGICAL TACTICS FOR SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

¹Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich <https://orcid.org/0000-0002-0513-2649>

²Khaidarov Genadiy Akhadovich <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

¹Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Uzbekistan

✓ Resume

This article discusses the surgical treatment strategy for spontaneous pneumothorax (SP) — a significant issue in modern thoracic surgery. The primary causes of SP include ruptured bullae, thin-walled pulmonary cysts, ruptured echinococcal cysts, and other pathological conditions leading to lung tissue rupture and collapse.

Surgical intervention focuses on eliminating the source of the pneumothorax and preventing recurrence. This is achieved through resection of bullous lung tissue and pleurodesis. With the advancement of minimally invasive techniques, video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) has become the standard treatment method, enabling both pure endoscopic and video-assisted procedures.

The study includes 102 patients with SP. In most cases, the cause was bullous emphysema. The most common forms were total and large pneumothorax. The data support the high efficacy of VATS in treating and preventing SP recurrence.

Keywords: spontaneous pneumothorax, bullous emphysema, video-assisted thoracoscopic surgery, pleurodesis, minimally invasive surgery, pleural cavity, thoracotomy

СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКСДА ХИРУРГИК ТАКТИКА

¹Рузибоев Санжар Абдусаломович <https://orcid.org/0000-0002-0513-2649>

²Хайдаров Генадий Ахадович <https://orcid.org/0009-0003-8652-3119>

¹Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темур 18,

Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали. Ўзбекистон.

✓ Резюме

Ушбу мақолада спонтан пневмоторакс (СП) учун жарроҳлик даволаш стратегияси муҳокама қилинади — бу замонавий торакал жарроҳликдаги муҳим масала. Спнинг асосий сабаблари орасида булла ёрилиши, юнқа деворли ўпка кисталари, ечинококк кисталарининг ёрилиши ва ўпка тўқималарининг ёрилиши ва қулашига олиб келадиган бошқа патологик ҳолатлар мавжуд.

Жарроҳлик аралашуви пневмоторакс манбасини йўқ қилишга ва Қайталанишининг олдини олишга қаратилган. Бунга буллёз ўпка тўқимасини резекция қилиш ва плевродез орқали еришилади. Minimal инвазив усулларнинг ривожланиши билан video ёрдамида торакоскопик жарроҳлик (ВАЦ) standart даволаш усулига айланиб, соф эндоскопик ва video ёрдамида процедураларни амалга оширишга имкон берди.

Тадқиқотга СП билан касалланган 102 бемор киради. Кўпгина ҳолларда, сабаб буллёз амфизем еди. Енг кенг тарқалган шакллар умумий ва катта пневмоторакс еди. Маълумотлар СП такрорланишини даволаш ва олдини олишда ВАТЛАРНИНГ юқори самарадорлигини қўллаб-қувватлайди.

Калит сўзлар: спонтан пневмоторакс, буллёз амфизем, video ёрдамидаги торакоскопик жарроҳлик, плевродез, minimal инвазив жарроҳлик, плевра бўйлиги, торакотомия

Актуальность

На сегодняшний день одной из актуальных проблем торакальной хирургии является тактика хирургического лечения спонтанного пневмоторакса (СП). Так как причин, приводящих к данному процессу множества: в основном это разрыв булл, тонкостенных кист легкого, прорыв эхинококковых кист в плевральную полость и другие патологические состояния в легком, которые могут привести к разрыву легочной ткани, проникновению воздуха в межплевральное пространство и коллабированию легкого.

Задачами хирургического вмешательства являются устранение причины возникновения пневмоторакса и предупреждение рецидива заболевания, которые решаются путем резекции буллезного участка легкого или иных методов воздействия на буллы, а также воздействием на париетальную плевру для создания плевродеза - адгезии висцерального и париетального плевральных листков. Эти манипуляции могут выполняться из стандартных боковых торакотомических доступов. Однако, с развитием современных малоинвазивных хирургических методик видеоторакоскопия стала общепризнанным методом в лечении СП. С помощью видеоторакоскопии можно выполнять как чисто эндоскопические операции с использованием эндостеплеров, так и видеоассистированные вмешательства с формированием малых оперативных доступов.

Цель исследования: изучить современные тактики хирургического лечения спонтанного пневмоторакса.

Материал и методы

Нами проведен анализ результатов лечения 102 больных со спонтанным пневмотораксом. Мужчин было 87, женщин - 15. Все пациенты были трудоспособного возраста. Пневмоторакс справа наблюдался у 59 больных, слева - у 43. Из всех больных более 55% были работниками физического труда. В возрасте до 30 лет было 24 больных, до 40 - 51 и 4 больным было меньше 20 лет.

В связи со степенью коллабирования легкого выявлены следующие виды: малый пневмоторакс (верхушечный) у 12 (11,8 %), средний у 18 (17,6%), большой у 34 (33,3%) и тотальный у 38 (37,3%) больных. У 68(66,6%) пациентов причиной СП явилась буллезная эмфизема, у 10 (9,8%) разрыв

постпневмонической кисты легких, у 7(6,9%) прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость и у 17(16,7%) пневмоторакс развился по невыясненным обстоятельствам.

Основным и решающим методом диагностики являлось полипозиционное рентгенологическое исследование, при котором выявлялось отсутствие легочного рисунка в гемитораксе в какой то степени. Это исследование проведено всем нашим больным с подозрением на СП. МСКТ проведена в предоперационном периоде в плановом порядке для оценки состояния противоположного легкого. Задачей клинико-рентгенологического обследования больного являлось решения вопросов (*наличие пневмоторакса, напряженного пневмоторакса, ригидного пневмоторакса, гидропневмоторакса, определение состояния противоположного легкого*) применительно к предстоящему хирургическому лечению СП.

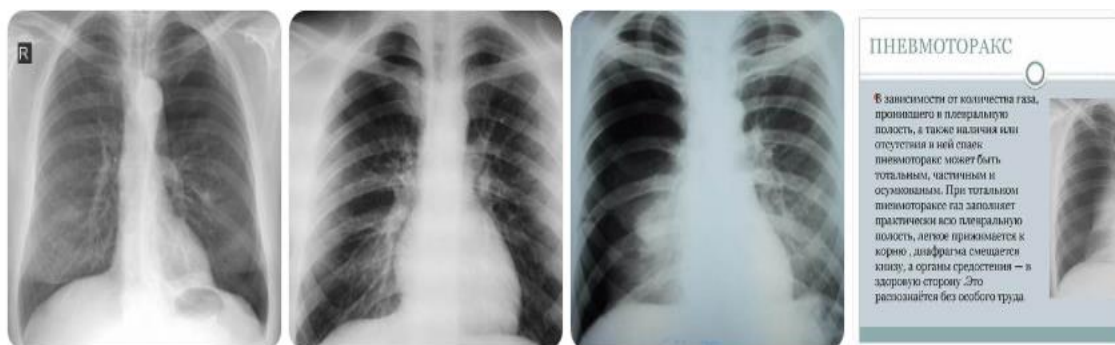


Результаты и обсуждение

Плевральная пункция проведена 12 пациентам с верхушечным пневмотораксом и 5 больным средним пневмотораксом, которые в основном жаловались на внезапную плевральную боль в груди с одышкой или без нее, а некоторые испытывали боль в кончике плеча и симптомы были минимальны или даже полностью отсутствовали. Остальным 12 пациентам со средним пневмотораксом производилось активное дренирование плевральной полости.

Видеоторакоскопические (ВТС) операции выполнены у 58 (56,9%) больных со спонтанным пневмотораксом. Из них у 23(39,6%) это был повторный СП и которым в прошлом применялись консервативные процедуры. 7 больным проведены видеоассистированные торакоскопические операции. И только 8 случаях операции проведены через широкие торакотомные доступы.

Весьма важным этапом вмешательства считали оценку состояния висцеральной плевры. В тех случаях, когда с момента возникновения СП прошло несколько дней или недель отмечено утолщение висцеральной плевры, что препятствовало адекватному расправлению легкого. У наших больных торакоскопическая декортикация легкого произведена 9(15,5%) больным. Видеоассистирование позволяло очень четко контролировать этот процесс и не допускать повреждения кортикального слоя легкого. Во время торакоскопии плевральные сращения рассекали или коагулировали. Буллы и дефекты легочной ткани подвергали диатермокоагуляции и ушиванию. Маленькие буллы коагулировали или лигировали с помощью эндопетли. У 2 больных со спонтанным пневмотораксом при видеоторакоскопии, даже при тщательном осмотре не смогли найти на легком каких-либо изменений. В изолированном виде спайки и шварты выявлены у 3 пациентов. В этих случаях выполнен верхушечный плевродез диатермокоагуляцией. Операцию заканчивали введением дренажа в плевральную полость через один из имеющихся торакопортов и наложением швов.



Видеоассистированная атипичная резекция легкого и плеврэктомия были выполнены в 8(13,8%) случаях, с помощью сшивающего аппарата УО-40 через миниторакотомный доступ.

С целью профилактики рецидивов пневмоторакса после устранения дефекта легкого производили ограниченный плевродез под видеоконтролем с использованием имеющихся торакопортов и мини-доступа с рассечением париетальной плевры термокаутером по ходу межреберий. При этом внутренней поверхности грудной стенки(I – IV межреберья) образуются деплеризированные участки в виде борозд шириной до 0,5-1 см. Послеоперационные осложнения отмечены в группе(n = 8), которым выполнены операции через торакотомный доступ: у 1(12,5%) больного -остаточная плевральная полость и у 1(12,5%) - плеврит. Экстренных конверсий в торакотомию не было. Рецидивы СП имели место у 5 (17,2%) больных, лечившихся с помощью аспирационных и дренирующих процедур (n=29). Отдаленные результаты лечения прослежены у 58 пациентов, которым выполнялись ВТС вмешательства. Рецидивов заболевания не отмечено.

Выводы

Установлено, что видеоторакоскопические и видеоассистированные операции через мини доступ с ликвидацией причины СП и обязательным плевродезом является операцией выбора. Аспирационные и дренирующие процедуры при СП остаются основным предварительным тактическим методом лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лепехин В. П., Фёдоров В. А. Торакальная хирургия. — М.: Медицина, 2008.
2. Розенштраух Л. С., Бокерия Л. А.Спонтанный пневмоторакс: диагностика и лечение. //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2012. №2. С. 47–52.
3. Петров Д. В., Максимов М. В. Миниинвазивные вмешательства при буллезной болезни легких и спонтанном пневмотораксе. // Хирургия. — 2019. №6. С. 25–30.
4. Коршунов В. А., Сафонов А. А. Современные подходы к хирургическому лечению первичного спонтанного пневмоторакса. // Торакальная хирургия. — 2021. №1. С. 31–36.
5. Шевченко Ю. Л. и др. Плевродез при лечении спонтанного пневмоторакса. // Вестник хирургии имени Грекова. — 2017. №3.

Поступила 20.03.2025