O'ZBEKISTON XIRURGIYASI | №2 (110) 2026 | ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

O'ZBEKISTON XIRURGIYASI
ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

ISSN
2187-7359



Академик
Вахидов В.В.

www.pubsurgery.uz

№2 (110)
2026

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Исмаилов С.И., Сафоев Б.Б., Хамроев У.П.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ РАМИРЕСА И СЕПАРАЦИОННОЙ ТАК ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ 7

Ибадов Р.А., Сиддиков Х.Т., Ибрагимов С.Х.
АБДОМИНАЛЬНОЕ ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ЦЕЛЕВОЙ ПАРАМЕТР ПРИ СИНДРОМЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 12

Тян Т.В.
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ИНФИЦИРОВАННЫХ COVID-19 17

Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Ходжиматов Г.М., Хакимов И.С.
АНАЛИЗ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 25

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Абдукаримов А.Д., Цой А.О., Омонов Р.Р., Мадрахимов Ш.Н., Авалбаев Ж.М., Искандаров С.Д.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ 32

Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Ли В.Н., Ефимочкин Г.А., Муратов У.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО 37

Хашимов Ш.Х., Хаялиев Р.Я., Шаюсупов А.Р., Зарипов А.Р.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ И ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ 41

Джураева Н.М., Бекчанов А.А.
ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МОНИТОРИНГА В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ОТТОРЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА 44

Abdullaev Z.F.
PAN PROCEDURE: A NEW APPROACH FOR RADIATION-FREE INTERVENTIONS IN CONGENITAL HEART DEFECTS 51

Сарманов Д.И., Мирзахмедов М.М.
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ГЕМОРРОЯ, ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНОЙ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНИКИ 59

ОБМЕН ОПЫТОМ

Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Абдукаримов А.Д., Цой А.О., Омонов Р.Р., Мадрахимов Ш.Н., Авалбаев Ж.М., Искандаров С.Д.
СОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ 62

Абдуллаев З.Б., Агзамходжаев С.Т., Рахматуллаев А.А., Алиев Т.Г., Эргашев К.Т., Хидоятов К.З., Солиев А.Т., Эшонкулов С.Г., Халтурсунов Д.Ш., Тиловов Б.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРИНА, ОБОГАЩЁННОГО ТРОМБОЦИТАМИ, ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ 67

Алиджанов Ф.Б., Хаджибаев Ф.А., Хомидов М.А., Усмонов Х.Х., Раджабов А.И., Абдурахманов Я.А.
ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА 73

Джураева Н.М., Икрамов А.И., Эшонходжаев О.Д., Турсунов Н.Т., Убайдуллаева А.Ш.
ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: МР-СПЕКТРОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ 76

Досмухамедова Л.В., Кучкарова Р.Р., Эргашев Б.Б.
«ОКНО ВОЗМОЖНОСТЕЙ» В ЛЕЧЕНИИ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ 81

УДК 617-089-053.2

«ОКНО ВОЗМОЖНОСТЕЙ» В ЛЕЧЕНИИ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ.

Досмухамедова Л.В.[1], Кучкарова Р.Р.[1], Эргашев Б.Б.[2]
1 - Ташкентский Государственный Медицинский Университет
2 - Республиканский учебно- лечебно-методический центр неонатальной хирургии при Республиканском Перинатальном центре

«ОКНО ВОЗМОЖНОСТЕЙ» В ЛЕЧЕНИИ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ.

Досмухамедова Л.В.[1], Кучкарова Р.Р.[1], Эргашев Б.Б.[2]
1 - Ташкентский Государственный Медицинский Университет
2 - Республиканский учебно- лечебно-методический центр неонатальной хирургии при Республиканском Перинатальном центре

Аннотация. В работе изучено место инфантильных гемангиом в спектре сосудистых аномалий согласно классификации ISSVA, их распространенность, биологические стадии и осложнения. Составлен алгоритм диагностики различных видов инфантильных гемангиом мягких тканей. Особое внимание уделено современным подходам в лечении. Изучен и разработан алгоритм лечения детей с инфантильными гемангиомами мягких тканей, а именно, разработана схема консервативного лечения от первого приема пациента до полного выздоровления, учитывая возрастные особенности ребенка, риски осложнений и эстетическую составляющую.

“WINDOW OF OPPORTUNITY” IN THE TREATMENT OF INFANTILE HEMANGIOMAS.

Dosmuxamedova L.V.[1], Kuchkarova R.R. [1], Ergashev B.B.[2]
1 - Tashkent Davlat Tibbiyot Universiteti
2 - Respublika Perinatal Markazi qoshidagi Neonatal Xirurgiya Respublika O’quv-davolash-uslubiy markazi

Annotatsia. Bu ishlada ISSVA klassifikatsiyasiga ko’ra infantil hemangiyomalarning vaskulyar anomaliyalar spektri ichidagi o’rni, ularning tarqalishi, biologik bosqichlari va osulvosalar o’rganildi. Yumshoq do’kmotlar infantil hemangiyomalarning turli xil turlarini aniqlash uchun algoritm tuzilgan. Ishda muammoli bo’lishi mumkin bo’lgan yoshdagi bolalarni davolashda, osulvosalar risklari va estetik qo’shimcha qo’llaniladigan zamonaviy yondashuvlarga to’liq e’tibor qaratildi. Yumshoq do’kmotlar infantil hemangiyomalari bo’lgan bolalarni davolash uchun algoritm o’rganildi va rivoj ettirildi, aniqroq qilib aytganda, boshidan oxirigacha konservativ davolash rejimi tuzildi, bu yerda bolaning yosh xususiyatlarini, osulvosalar risklarini va estetik omillarni hisobga olgan holda.

INFANTIL GEMANGIOMALARNI DAVOLASHDA “IMKONIYATLAR OYNASI”.

Dosmukhamedova L.V.[1], Kuchkarova R.R. [1], Ergashev B.B.[2]
1 - Tashkent State Medical University
2 - Republican Educational and Medical Center of Neonatal Surgery at the Republican Perinatal Center

Abstract: This study examined the place of infantile hemangiomas in the spectrum of vascular anomalies according to the ISSVA classification, their prevalence, biological stages, and complications. An algorithm for diagnosing various types of infantile hemangiomas of soft tissues was developed. Special attention was given to modern approaches in treatment. A treatment algorithm for children with infantile hemangiomas of soft tissues was studied and developed, specifically a scheme for conservative treatment from the first patient visit to complete recovery, taking into account the child’s age characteristics, risks of complications, and aesthetic considerations.

Введение. Возрастающий интерес научного сообщества к проблемам сосудистой патологии у детей обусловил возникновение множества споров по поводу классификации и этиопатогенеза данных поражений, так как каждое новое открытие означало появление новых фактов, иногда противоречащих существующим догмам. И сейчас номенклатурный аспект представляет собой препятствие на пути к пониманию и контролю сосудистых аномалий. Подмена терминов, их неверная интерпретация и обобщение в корне различных самостоятельных нозологий – часто встречающееся явление. “Гемангиома” - самый показательный тому пример. Он применялся к различным сосудистым поражениям, как врожденным, так и приобретенным, с различной этиологией независимо от патогенеза, гистологии или клинического течения. Под этот термином объединялись разные виды гемангиом и венозных мальформаций. В 1982 году Mulliken и Glowacki [3] опубликовали биологическую классификацию сосудистых поражений, основанную на основных эндотелиальных характеристиках. На основании авторадиографии и электронной микроскопии выбранных образцов в сопоставлении с клеточной кинетикой ими было установлено два основных типа сосудистых аномалий: гемангиомы, поражения, демонстрирующие гиперплазию эндотелия, и мальформации, поражения, демонстрирующие нормальную эндотелиальную регенерацию. Эта классификация была позже пересмотрена Mulliken и Young и одобрена Международным обществом по изучению сосудистых аномалий (ISSVA) в 1996 году, последняя редакция вышла в 2025году (рис1).

Инфантильная гемангиома (ИГ) — это наиболее часто встречающаяся в детском возрасте доброкачественная сосудистая опухоль, ее оценочная распространенность у доношенных новорожденных составляет около 4,5% и до 30% у недоношенных. Соотношение частоты возникновения этих опухолей у девочек и мальчиков составляет 3-4:1 [1].

Цель. Совершенствование диагностики и лечения детей с сосудистыми аномалиями.

Материал исследования. В группу с доброкачественными сосудистыми опухолями включены 122 ребенка, из которых – 94 пациента (основная группа) обратились первично и не получали лечения до обращения к нам по поводу ИГ (77,0%) и 28 детей (группа сравнения) – обратились за лечением вторично к нам после уже проведенного лечения по поводу ИГ в других клиниках (23,0%). В возрастном аспекте пациенты были от в возрасте от 9 дней до 5 лет, 80,3% это дети до 1 года, превалирующее большинство (80,3%) представлено девочками в обеих группах. Конкретное возрастные рамки связаны с врожденным характером заболевания, его активной фазой роста в раннем возрасте и обоснованными данными лечебного эффекта бета-блокаторов на ИГ в фазах роста, плато и в начале регресса, что соответствует приблизительно трем годам жизни ребенка.

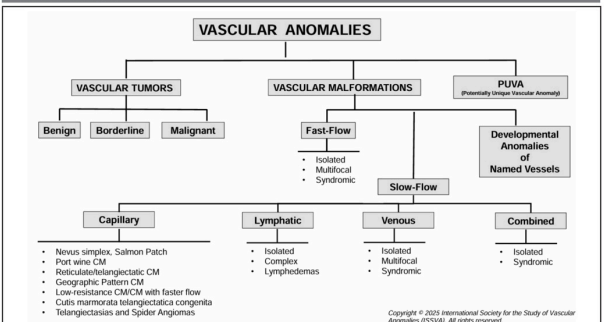


Рисунок 1. Классификация сосудистых аномалий ISSVA, 2025г.

Гемангиомы у пациентов обеих групп представлены широким спектром локализаций, охватывающим как области лица, так и участки туловища и конечностей. Наиболее часто встречались поражения лицевой области – 60,7%, включая ротовую полость, губы, нос, орбиту и зону околоушной слюнной железы. А локализации на голове, включая лицо и волосистую часть составили значительную долю всех наблюдений – 85,2%.

Общее состояние детей даже при обширном поражении не страдало, кроме случаев изъязвления (20,2% в 1 группе и 14,3% - во второй), когда даже небольшие поверхностные образования до 1-2 $см^2$ с язвочками были причиной резкого беспокойства ребенка, которое выражено было в плаче, плохом сне, сниженном аппетите, резком плаче при мочеиспускании, когда осложненная ИГ находилась в зоне подгузника.

Нами установлено из анамнеза и клинических данных, что травмирование и ишемия являются основной причиной развития изъязвлений, в первую очередь это относится к ИГ, локализованным в кожных складках, в области естественных отверстий, на спине и чаще всего наблюдаются в фазе роста ИГ у детей до 6 месяцев. Самые частые изъязвления мы наблюдали в области губ, на шее, на спине и сложнее всего протекало течение и лечение изъязвленных гемангиом в области промежности и половых органов у девочек.

Из общего числа пациентов в 93,4% было исчисляемое количество очагов поражения - 178 ИГ, в 6,6% случаев было трудно исчисляемое количество ввиду распространенного поражения (рис. 2).



Рис. 2. Распределение пациентов с ИГ в зависимости от количества исчисляемых очагов поражения

Размеры гемангиом варьировали очень широко от 0,5 до 1400см2, но площадь поражения не явилась определяющим фактором тяжести, так как небольшие по размеру гемангиомы, расположенные в функционально активных зонах (губы, веки, половые органы, анус) могли легко и быстро изъязвляться и становиться причиной нарушения общего состояния ребенка и напротив, обширные занимающие несколько анатомических областей образования без осложнений могли не вызывать общих расстройств.

В таблице 1 отображены виды анатомической конфигурации с клиническими вариантами. У 8 из 17 детей в 1 группе с ИГ области орбиты, образование стало причиной прикрытия и деформации глазной щели, в разной мере сдавления и смещения глазного яблока, а локализованная на носу у 3 детей ИГ сдавливала и/или прикрывала просвет носового хода.

Таблица 1.

Распределение ИГ по анатомической конфигурации, полу, количеству, площади поражения в обеих группах.

Анатомическая конфигурация ИГ, площадь (S) и толщина (L) поражения	Всего больных	Фото – пример локального статуса
Очаговые ИГ (малого размера) S- 1-4,0 см^2 L- 0,3-1,5 см	18 (14,6%)	
Очаговые ИГ (среднего размера) S- 5-9,5 см^2 L - 0,2-2,0 см	19 (15,6%)	
Очаговые и сегментарные ИГ большого размера S- 11-100 см^2 L – 0,1-7,0 см	29 (23,8%)	
Паротидгемангиомы S- 1,4-200 см^2 L – 1,0-10 см	19 (15,6%)	
Многоочаговые (образования в 2 и более областях) S- 2,5-1400 см^2 L -0,2-1,5 см	29 (23,8%)	
Гемангиоматоз, с и без поражения печени S- 0,75-35 см^2 L -0,3-0,6 см	3 (2,5%)	
В составе сложных синдромов S-18-150 см^2 L - 0,2-1 см	5 (4,1%)	

Для постановки диагноза мы уделяли важное значение сбору анамнеза, локальному осмотру и наблюдению в динамике. Из инструментальных обследований в 88,5% случаев мы получали достаточно данных УЗИ, при сочетанных пороках исследования дополняли МРТ и консультациями смежных специалистов.

Таблица 2.

Схемы лечения детей с ИГ

Схема лечения	Основная группа, n=94		Группа, n=28		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Системное назначение бета-блокатора (per os)	27	28,7	9	32,1	36	29,5
Местное назначение бета-блокатора (мазь)	42	44,7	12	42,9	54	44,3
Переход с системного на местное назначение бета-блокатора	17	18,1	3	10,7	20	16,4
Переход с местного на системное назначение бета-блокатора	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Консервативного лечение, дополненное лазерной коррекцией	3	3,2	3	10,7	6	4,9
Первичная лазерная коррекция	4	4,3	1	3,6	5	4,1

Лечение ИГ мы проводили по мировому стандарту ISSIVA (2018г, 2025г) пропранололом всем пациентам, в том числе и получавшим лечение ранее. Нами применены 2 линии терапии: системное и местное, а также лазерная коррекция. В результате нами сформированы 6 схем лечения, которые представлены в таблице 2.

При первичном обращении показаниями к старту лечения ИГ рег ос пропранололом стали: обширные и быстропрогрессирующие в росте ИГ локализованные в анатомически сложных областях (лицо, половые органы), ИГ в составе синдромов, случаи паротидгемангиом, случаи сдавления органов (глазное яблоко, нос) или его риска как предупреждение грозных осложнений и развития необратимых дефектов и ИГ, осложненные изъязвлением (рис 3.3.). При отсутствии противопоказаний назначался пропранолол из расчета в первые сутки с 1 мг/кг/сутки с постепенным увеличением дозы в течении 3 дней до 2 мг/кг/сутки. Препарат принимался каждые 8 часов строго после кормления ребёнка (рис 3,4).



Рисунок 3. Паротидгемангиома справа у девочки. В анамнезе-операция вскрытия «абсцесса». Фото до лечения и контрольный осмотр в 4 года.



Рисунок 4. Инфантильная гемангиома теменной области у девочки. Результат комбинированного лечения за 10 месяцев лечения.

Показаниями к местному лечению определены: очаговые, сегментарные и многоочаговые ИГ, в том числе и в составе синдромов, толщиной до 1см (рис 5,6) [4]. Противопоказанием является нарушенная целостность покрова в виде язвы, трещины, мацерации и прочих повреждений. Относительным противопоказанием является локализация, где технически невозможно создать условия для экспозиции лечебного средства (слизистая губ, наружный слуховой проход, носовая полость).



Рисунок 5. Инфантильная гемангиома лобной области до, в процессе и по завершению лечения.



А. Б.

Рисунок 6. Инфантильная гемангиома области наружных половых органов у девочек без осложнений (А) и с изъязвлением (Б). Фото до и после лечения

Есть случаи, когда по завершении курса лечения и получения клинического положительного эффекта, все же остаются рудиментарные участки ИГ в виде внутрикожно расположенных телеангиоэктазий, капиллярных пятен. В случаях их локализации в эстетически значимых зонах, в первую очередь, на лице, появляется вопрос о дальнейшей коррекции в эстетических целях. В таких случаях мы дополнили курс медикаментозного лечения сеансами лазерной фотокоагуляции в сосудистом режиме для каждого фототипа выбранного индивидуально длиной волны 532нм, малым диаметром луча 3-6мм, средней мощностью 6-10дж и импульсом в диапазоне 5-8мс [5]. 6 детей после консервативного лечения дополнительно получили лазерную коррекцию. Еще 5 детей старше 4 лет получили лазерное лечение без первичного медикаментозного.

Преимущества раннего лечения и понятие «окно терапевтической возможности»:

1. Инфантильная гемангиома – опухоль, которая в своем росте прорастает ткани соседних органов и систем, увеличиваясь во все стороны, поэтому, чем меньше прошло времени от начала развития заболевания, тем меньше площадь поражения и соответственно меньше тканей, органов и систем прорастет ИГ.

2. При малых первоначальных размерах образования у хирурга есть выбор способа лечения в пользу медикаментозных амбулаторных методов [2].

3. «Окно терапевтической возможности» определяется действием бета-блокатора на мишень и ограничено 3 годами жизни ребенка, а сроки лечения составляют от 3 до 24 месяцев в зависимости от возраста и распространенности процесса, следовательно, чтобы завершить курс терапии необходимо уложиться по срокам в это время [6].

4. У детей раннего возраста кожа имеет хорошие пластические свойства, поэтому восстановление покровов идет по типу полноценного кожного регенерата, а это и есть прогнозируемый положительный эстетический результат лечения.

Результаты. Курс лечения системным и местным препаратом получили сравнимо равные доли пациентов: 1 группа - 48,9% и 61,7% и 2 группа - 46,4%и 60,7% детей. Результаты лечения в виде регресса после медикаментозной терапии получены в 91,8% случаев, в оставшихся 11 случаях лечение дополнено лазерной коррекцией резидуальных участков. Сроки лечения не определяются способом доставки бета-блокаторов в патологическую ткань, а сроки начала лечения напрямую определяют его продолжительность.

Вывод. Гемангиомы - самая распространенная сосудистая аномалия, важно уделять внимание раннему выявлению заболевания, чтобы гемангиома не перешла в стадию роста и риска осложнений и тогда ее лечение возможно, как никогда ранее, весьма простыми способами в хирургии. Самые важные решения по лечению должны приниматься в ранние сроки, этот принцип пришел на смену выжидательной тактике, которая доминировала последнее время. Своевременно начатое консервативное лечение инфантильных гемангиом у детей до трех лет показывает достоверную регрессию образования с хорошей эстетикой.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Krowchuk DP, Frieden IJ, Mancini AJ, et al. Clinical practice guideline for the management of infantile hemangiomas. Pediatrics. 2019;143(1):e20183475
2. Leaute-Labreze C., Hoeger P., Mazereeuw-Hautier J. et al. A randomized, controlled trial of oral propranolol in infantile hemangioma. N. Engl. J. Med. 2015; 372:735–46.

3. Mulliken JB. Vascular malformation. In: Thorne CH, Beasley RW, Aston SJ, et al. eds. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins; 2007:191–200
4. Solman L, Glover M, et al. Oral propranolol in the treatment of proliferating infantile haemangiomas: British Society for Paediatric Dermatology consensus guidelines. British Journal of Dermatology 2018; 179(3): 582-589
5. Tay Y.K., Tan S.K. Treatment of infantile hemangiomas with the 595-nm pulsed dye laser using different pulse widths in an Asian population. Lasers Surg Med 2012; 44(2): 93-96.
6. Wedgeworth E., Glover M., Irvine A.D., et al. Propranolol in the treatment of infantile haemangiomas: lessons from the European Propranolol In the Treatment of Complicated Haemangiomas (PITCH) Taskforce survey. British Journal of Dermatology 2016; 174(3): 594-601.