

**SPONTAN PNEVMOTORAKS BILAN KASALLANGAN  
BEMORLARNI DAVOLASH USULLARI TAHLILI**

***Samatov E.V.***

*Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali t.f.n. ass. Kafedra umumiy  
xirurgiya bolalar xirurgiya urologiya va bolalar urologiyasi*

***Raximov A.K.***

*Samarqand davlat tibbiyo universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi  
kafedrasida assistenti*

Spontan pnevmotoraks (SP) - bu ichki va tashqi omillar sabab visseral plevra butunligi buzilishi natijasida to'satdan o'pka to'qimasidan bronx va alveolalar orqali plevra bo'shligiga havo to'planishi bilan tavsiflangan ko'krak qafasi va diafragmaning shikastlanishi yoki tibbiy muolajalar bilan bog'liq bo'lmagan holatdir. Ushbu nozologik shaklning jiddiy ijtimoiy ahamiyati so'nggi yillarda bullyoz o'pka emfizemasi va shunga mos ravishda spontan pnevmotoraks bilan og'rikan bemorlar sonining ko'payishi va ular tarkibida jismoniy mexnatga layoqatli bo'lgan shaxslar ustunlik qilishi bilan bog'liq [1,4,6].

Amaliyotlardan ma'lum va aniqki, kuzatuvlarning aksariyat xolatlarida spontan pnevmotoraksning asosiy keltirib chiqaruvchi omili bu o'pkaning bullyoz kasalligidir. Bilamizki bullyoz emfizema hosil bo'lishi alfa-1 antitripsin moddasining tankisligi va kamjixatligi fonida o'pka to'qimasining fermentativ yemirilishi bilan bog'liqdir[3,5,9].

Spontan pnevmotorakslar o'z-o'zidan paydo bo'luvchi birlamchi (BSP) va ikkilamchi simptomatik (ISSP) turlari farqlanadi. BSP – o'pka patologiyasining aniq klinik belgilari bo'lmagan bemorlarda uchraydi, aksariyat 80-95% xolatlarda bu subplevral bullalarning mavjudligi bilan bog'liq bo'ladi va faqat o'pkaning rentgen, kompyuter tomografiya tekshiruvlari o'tkazilganda yoki diagnostik torakoskopiya tekshiruvi vaqtida aniqlanadi. ISSP- rivojlanish xavfi har qanday surunkali o'pka kasalliklarining, birinchi navbatda surunkali obstruktiv o'pka kasalligining uzoq muddatli mavjudligi bilan yuzaga keladi. Bundan tashqari o'pka silining destruktiv formalarida, o'pka exinokokkozida, onkologik bemorlarda, ko'krak qafasining turli xildagi travmatik shikastlanishlarida, ayrim xolatlarda genetik patologiya bilan bog'liq bo'lgan Marfan sindromida va boshqa xolatlarda yuzaga kelishi mumkin[2,7,8].

Zamonaviy tibbiyotda ko'krak qafasi jarrohligining jiddiy muammolaridan biri SP ni davolash usullarini takomillashtirishdan iboratdir.

Tadqiqotning amaliy ahamiyati SP ning keng tarqalganligi, qayta takrorlanish ehtimoli va ko'pincha bemorlarning xayoti uchun xavfli bo'lgan asoratlarning rivojlanishi bilan bog'liq. Ushbu toifa bemorlarni davolashning asosiy tamoyillari qisilgan o'pkani kengaytirish va kasallikni qaytalanishini oldini olish uchun

bronxlardan plevra bo'shlig'iga tushayotgan xavo oqimini batamom bartaraf qilishdan iboratdir. An'anaviy tibbiyotda jarrohlar plevra bo'shlig'i punksiyasi, drenajlash va torakotomiyadan foydalanadilar. Hozirgi zamonaviy tibbiyotda esa SP ni tashxislash va davolash imkoniyatlari minimal invaziv aralashuv - videotorakoskopiya dan foydalanish tufayli sezilarli darajada oshdi. Shu munosabat bilan biz an'anaviy jarrohlik va videotorakoskopik aralashuvlar natijalarini tahlil qilish asosida SP ni davolashning bevosita yaqin va uzoq muddatli natijalarini o'rganish va tahlil qilish maqsadini qo'ydik.

### **Tadqiqot materiallari va uslublari:**

Tadqiqot asosini TTA Termiz filiali umumiy xirurgiya kafedrasini bazasi «Doktor Valijon» xususiy klinikasida 2019-2023 yillar mobaynida 86 (erkaklar-62(72,1%), ayollar-24(27,9%) nafar bemorlarda aniqlangan spontan pnevmotoraks (SP) da o'tkazilgan turli hildagi an'anaviy jarrohlik va minimal invaziv (videotorakoskopik) aralashuvlar natijalarini tahlil qilishga asoslangan. Bemorlarning o'rtacha yoshi  $35 \pm 3$  ni tashkil qiladi. 51(59,3%) nafar bemorda o'pkaning bullyoz kasalligi asorati natijasida kelib chiqqan birlamchi spontan pnevmotoraks (BSP), 35(40,7) ta holatda ikkilamchi simptomatik spontan pnevmotoraks (ISSP) qayd etildi. 11(12,8%) bemorlarda SP ikkinchi marta qayd etilgan.

SP bilan barcha bemorlarni tekshirish har tomonlama standart asosida amalga oshirildi. Jumladan: Klinik-bioximik qon tahlillari, kasallikning klinik kechishini tahlil qilish, nafas olish tizimini jismoniy baholash, tashqi nafas funktsiya (TNF) sini , spirografiya, spirometriya, ultratovush tekshiruvi (UTT), polipozitsion rentgen tekshiruvi va xokozolar. 42((48,9%) nafar bemorda kasallikka yanada aniq baho berish va sababini to'liq aniqlash maqsadida ko'krak qafasi a'zolari kompyuter tomografiyasi (MSKT) tekshiruvi qo'shimcha o'tkazildi.

### **Munozara va natijalar:**

Barcha bemorlar o'tkazilgan davo muolajalariga qarab 2 guruhga bo'lindi. Jumladan: 1 guruh – an'anaviy jarrohlik muolajalari o'tkazilgan (plevral punksiya, drenajlash va torakotomiya) bemorlar – 38(44,2%) nafar, 2 guruh minimal invaziv aralashuvlar (videotorakoskopiya) o'tkazilgan bemorlar – 48(55,8%) nafar.

Birlamchi spontan pnevmotoraks (BSP) aniqlangan bemorlarning 13 (25,5%) nafarida davolash jarayoni plevral punksiya (15,4%) va drenajlash (84,6%) amaliyotidan keyin qoniqarli natija bilan yakunlandi. Yuqoridagi muolajalar natijasiz bo'lgan bemorlarning 12(23,5%) nafarida torakotomiya o'pkaning qisman rezeksiyasi (58,3%) va lobektomiya (41,7%) an'anaviy jarrohlik amaliyotlari , 26(51,0%) holatda videotorakoskopik usulda o'pkaning turli sohalaridagi bullalarni tikish (84,6%) va elektrokoagulyator yordamida kuydirish (13,6%) minimal invaziv jarrohlik amaliyotlari samarali bajarildi.

Ikkilamchi simptomatik spontan pnevmotoraks (ISSP) bilan tahlil qilinayotgan

bemorlarda kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablar turli hil xolatlar bilan bog‘liq bo‘lib: Jumladan: O‘pkaning nespetsifik yallig‘lanish kasalliklari asorati - 9(25,7%), o‘pka exinokokk kistasining plevra bo‘shlig‘iga yorilishi oqibatida – 15(42,9%), ko‘krak qafasi jarohatlari asorati – 7(20,0%), O‘pka silining destruktiv formalari asorati – 3(8,6%), O‘pka o‘smasining asorati -1(2,8%) ta holatda. Ushbu bemorlarning barchasida plevra bo‘shlig‘i punksiyasi(37,1%) va drenajlash(62,3) amaliyotlari samarasiz bo‘lib, 12(34,3%) bemorda an’anaviy torakotomiya lobektomiya (41,7%), Exinokokkektomiya va qoldiq bo‘shliqni Voxidov usulida kapitonaj qilish (33,3%), o‘pka jarohatini tikish(16,7%), pulmonektomiya (8,3%) amaliyotlari bajarildi. 23(65,7%) bemorlarda turli hil ko‘rinishdagi videotorakoskopik o‘pka to‘qimasini butunligini tiklash (78,3%), exinokokkektomiya va qoldiq bo‘shliqni to‘liq kapitonaj qilish (17,4%) amaliyotlari samarali o‘tkazildi. 1(4,3%) ta holatda videotorakoskopiya konversiyaga o‘tilib torakotomiya qilindi va pulmonektomiya amali bajarildi.

O‘tkazilgan an’anaviy va videotorakoskopik operatsiyalardan keyin barcha holatlarda nazorat va kuzatuv maqsadida plevra bo‘shlig‘iga drenaj naychalar qoldirildi. O‘pkaning to‘liq yozilishi va 2-3 kun davomida drenaj naychadan xavo oqimi yo‘qligi klinik va rentgenologik jihatdan tasdiqlangandan so‘ng naychalar olindi. Aktiv jarrohlik amaliyotlari (videotorakoskopiya, torakotomiya) dan keyingi yaqin va uzoq davrda asoratlar tufayli qayta aktiv jarrohlik amaliyotlarini o‘tkazishga extiyoj kuzatilmadi.

Operatsiyadan keyingi yaqin davrda 5(5,8%) nafar bemorda torakotomiyadan keyin 3 ta, videotorakoskopiya dan keyin 2 ta holatda drenaj naychadan xavo oqimi  $7\pm 2$  kunlarga chiqishi davom etganligi munosabati bilan qoniqarli natijalar bilan drenaj naycha kechikib olindi. 3(3,5%) bemorda torakotomiyadan keyin 2ta, torakoskopiya dan keyin 1ta holatda plevra empiyemasi asorati kuzatilib, barcha xolatlarda qayta drenaj naycha o‘rnatilib tegishli muolajalardan keyin koniqarli natijalarga erishildi.

O‘tkazilgan torakotomiya pulmonektomiya operatsiyasidan keyingi davr silliq o‘tib 2 oyda fibrotoraks shakllandi va bemor o‘zini yaxshi his qilmoqda.

Operatsiyadan keyingi uzoq davrda 5 (5,8) nafar bemorda o‘pkaning bullyoz kasalligi sababli qayta SP asorati kuzatilib, barchasi statsionar sharoitda o‘tkazilgan plevra bo‘shlig‘i punksiyasi va drenajlash amaliyotlaridan samarali natijalarga erishildi. Hulusa qilib aytganda operatsiyadan keyingi yaqin va uzoq davrlarda o‘limga olib keladigan og‘ir asoratlar kuzatilmadi.

Bemorlarning statsionardagi o‘rtacha o‘rin kuni plevra bo‘shligi punksiya usulda davolanganda  $13\pm 2$ , drenaj naycha o‘rnatilib davolanganda  $15\pm 3$ , torakotomiyada  $19\pm 3$ , videotorakoskopiya da  $8\pm 1$  kunni tashkil qildi.

Shunday qilib SP da qo‘llaniladigan jarrohlik amaliyotlar, garchi juda murakkab aralashuv bo‘lmasa xam, qo‘shimcha muhokamalarga loyiq bo‘lgan juda murakkab

muammodir.

### **Xulosalar:**

**1.** Sp da punksiyon usulda davolash ixtisoslashmagan jarrohlik bulimlarida birinchi yordam sifatida qo'llanilishi mumkin. O'pkadan plevra bo'shlig'iga tushayotgan xavo oqimini batamom to'xtatishda yakuni aerostaz usuli sifatida samarasizdir.

**2.** SP ni davolashda o'tkaziladigan jarrohlik amaliyotlarni aniq turini belgilash, jarayonni qaytalamasligi uchun, pariyetal va visseral plevra oralig'ida bitishmalar paydo bo'lishini oldini olishga qaratilgan bo'lishi maqsadga muvofiqdir

**3.** SP va uning asoratlari bilan og'rigan bemorlarni davolash keng qamrovli differensial yondashuvga qat'iy rioya qilishni, shuningdek ixtisoslashtirilmagan umumiy jarrohlik bo'limlarida birinchi yordamini o'z vaqtida ko'rsatishni va ko'krak qafasi jarrohligi bo'limlarida samarali ixtisoslashtirilgan tadbirlarni amalga oshirish talab qiladi.

**4.** Videotorakoskopik aralashuvlarning minimal invazivligi ularni SP bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun kengroq qullash imkoniyatini beradi. Shu bilan birga kam travmatiklik, qisqa operatsion stress, bemorlarni tezroq faollashtirish, tezroq ish faoliyati tiklanishi, moliyaviy-iqtisodiy kamxarajatlilik, chiroyli kosmetologik natijalarga erishiladi.

### **Foydalanilgan adabiyotlar:**

1. Афендулов С.А., Мощин С.А., Ковалев М.В. Хирургическая тактика при спонтанном пневмотораксе // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010. №. 6. С. 31-35.
2. Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я. К вопросу о тактике хирургического лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2010. Т. 3. № 2. С. 103-111
3. Пюрова Л.П. Спонтанный пневмоторакс и способы его устранения //Вестник хирургии Казахстана. 2010.№2.с.44-45.
4. Шевченко Ю.Л., Мальцев А.А. Тактика хирургического лечения и профилактики рецидива спонтанного пневмоторакса //Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова 2013.Т.8.№1.с116-119.
5. Неретин а.В., Мотус И.Я. Совершенствование тактики лечения пациентов со спонтанным пневмотораксом // уральский мед. журнал. 2013. №.2..с. 80-84.
6. Хаджибоев А.М., Рахманов Р.О., Шукуров Б.И.,и.др. Лечебно-диагностический протокол при спонтанном пневмотораксе //Вестник экстренной медицины. 2013.№2.с.5-9.
7. Сушко А.А., Можейко М.А., Гаврусик В.З. Миниинвазивная хирургия пневмоторакса //Журн. Горденского мед. Университета. 2014.№3.с.21-23.
8. Темирбулатов И.С., Иванов М.Е., Клеткин М.Е. Современные принципы хирургического лечения первичного спонтанного пневмоторакса //Международный онлайн журнал. Перспективы науки и образования.2018.№ 2(32).с.259-261.
9. PY Lee L., HY Lai M., Chiu, Leung M., Liu K., Chan. Management of primary spontaneous pneumothorax in Chinese children // Hong Kong Med. J. – 2010.– Vol.16 – P.94-100