

---

## К ВОПРОСУ ОЧЕРЕДНОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННЫМИ ПОСТОЖОГОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ГОРТАНИ, ГЛОТКИ, ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

З.М. НИЗАМХОДЖАЕВ, Р.Е. ЛИГАЙ, Ж.А. ХАДЖИБАЕВ, Р.Р. ОМОНОВ, А.О. ЦОЙ, А.Д. АБДУКАРИМОВ,  
Ж.М. АВАЛБАЕВ, Ш.Н. МАДРАХИМОВ, С.Д. ИСКАНДАРОВ

Республиканский специализированный практический медицинский центр хирургии  
имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

## ON THE ISSUE OF THE SEQUENCE OF PROVIDING SPECIALIZED CARE TO PATIENTS WITH COMBINED POST-BURN STRICTURES OF THE LARYNX, PHARYNX, ESOPHAGUS, AND STOMACH.

Z.M. NIZAMKHODJAEV, R.E. LIGAY, J.A. KHADJIBAEV, R.R. OMONOV, A.O. TSOY, A.D. ABDUKARIMOV,  
J.M. AVALBAEV, SH.N. MADRAHIMOV, S.D. ISKANDAROV

Republican Specialized Practical Medical Center of Surgery named  
after Academician V. Vakhidov, Tashkent, Uzbekistan

---

**Цель.** Оценить частоту поражений глотки при сочетанных химических ожогах пищевода и провести анализ оториноларингологических вмешательств на первом этапе оказания специализированной помощи.

**Материал и методы.** Исследование основано на результатах лечения 398 пациентов с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами гортани, глотки, пищевода и желудка (СПРСГПиЖ), проходивших стационарное обследование и лечение в отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова» в 2000–2023 гг. Возраст пациентов составлял от 4 до 85 лет (средний возраст –  $34,43 \pm 0,66$  года). Анализ 398 клинических наблюдений показал, что сочетание рубцовых стриктур глотки и пищевода выявлено у 16,3% больных, пищевода и желудка – у 62%, глотки и желудка – у 21,6% пациентов. Для диагностики СПРСГПиЖ применялись эндоскопические и рентгеноконтрастные методы исследования, которые оказались достаточными для установления диагноза.

**Результаты.** Химические ожоги глотки и гортани относятся к числу наиболее тяжёлых поражений, поскольку приводят к развитию глубоких некрозов, выраженного отёка и рубцовых деформаций дыхательных путей и верхних отделов пищеварительного тракта. Полость рта, глотка и пищевод являются наиболее часто поражаемыми структурами при проглатывании едких веществ, однако отсутствие повреждений полости рта и глотки не исключает поражения пищевода. Тактика хирургического лечения определяется фазой патологического процесса (острая, подострая или рубцовая стадия) и степенью выраженности поражений.

**Выводы.** Части пациентов с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами гортани, глотки, пищевода и желудка (СПРСГПиЖ) на первом этапе оказания специализированной помощи требуется вмешательство оториноларингологов. При вовлечении в рубцовый процесс гортани, голосовых связок и надгортанника у больных, помимо дисфагии, появляются жалобы на осиплость голоса, затруднённое дыхание, поперхивание при каждом приёме пищи, а также частые бронхолёгочные осложнения, обусловленные постоянной аспирацией пищи.

**Ключевые слова:** сочетанная постожоговая рубцовая стриктура гортани, постожоговая рубцовая стриктура глотки, трахеостомия, ларингофиссура, ларингопластика.

**Aim.** To assess the incidence of pharyngeal involvement in combined chemical burns of the esophagus and to analyze otorhinolaryngological interventions at the first stage of specialized care.

**Materials and Methods.** The study is based on the treatment outcomes of 398 patients with combined post-burn cicatricial strictures of the larynx, pharynx, esophagus, and stomach (CPBSSLPEs), who underwent inpatient examination and treatment at the Department of Esophageal and Gastric Surgery, Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov, during the period 2000–2023. The patients were aged 4 to 85 years (mean age –  $34.43 \pm 0.66$  years). Analysis of 398 patients revealed combined cicatricial strictures of the pharynx and esophagus in 16.3% of cases, of the esophagus and stomach in 62%, and of the pharynx and stomach in 21.6%.

**Results.** Chemical burns of the pharynx and larynx are classified as severe injuries, as they lead to deep necrosis, pronounced edema, and cicatricial deformities of the airways and upper digestive tract. The oral cavity, pharynx, and esophagus are the regions most frequently affected when caustic substances are ingested; however, the absence of lesions in the oral cavity and pharynx does not rule out esophageal damage. The strategy of surgical treatment depends on the stage of the process (acute, subacute, or cicatricial) and the severity of the injuries.

**Conclusions:** A portion of patients with CPRSLP (cicatricial post-burn strictures of the larynx, pharynx, esophagus, and stomach) require otorhinolaryngologist intervention at the first stage of specialized care, since when the larynx, vocal cords, and epiglottis are involved in the cicatricial process, in addition to dysphagia, patients develop complaints of hoarseness, difficulty inhaling, choking during every meal, as well as frequent broncho-pulmonary pathologies caused by constant aspiration of food.

**Keywords:** *post-burn cicatricial stricture of the pharynx, post-burn cicatricial stricture of the larynx, tracheostomy, laryngofissure, laryngoplasty.*

[https://doi.org/10.54185/TBEM/vol18\\_iss3/a4](https://doi.org/10.54185/TBEM/vol18_iss3/a4)

### Введение

Химические ожоги верхних отделов пищеварительного и дыхательного тракта в клинической практике встречаются достаточно часто. При отравлении химическими веществами преимущественно поражаются полость рта, глотка, гортань, грудной отдел и нижняя треть пищевода, а также желудок в области дна, малой кривизны, кардиального и антрального отделов [1].

В России химические ожоги глотки и пищевода составляют до 70% от общего числа химических ожогов пищеварительного тракта, причём у детей такие ожоги занимают первое место среди заболеваний пищевода [2]. Максимальный риск поражений веществами прижигающего действия (ВПД) отмечается у детей 2–6 лет, случайно проглатывающих чистящие химические средства бытового назначения; они составляют около 80% всех ожогов глотки и пищевода у детей, чаще протекая в лёгкой форме [3].

За рубежом основным веществом, вызывающим изолированные поражения глотки, явля-

ся щёлочь, содержащаяся в бытовых чистящих средствах в виде порошков, реже – в виде растворов щелочей или кислот [4–6]. Главным этиологическим фактором изолированных химических ожогов и последующих стриктур глотки считаются кристаллы перманганата калия [7, 8]. Немалую роль играют и концентрированные растворы бытовых щелочей и кислот, которые чаще приводят к развитию сочетанных постожоговых рубцовых стриктур глотки, пищевода и желудка (СПРСГПиЖ) [9].

Химические ожоги глотки при приёме ВПД, как правило, менее интенсивны по сравнению с поражениями пищевода и желудка, что объясняется коротким временем контакта едкого вещества со слизистой оболочкой. Однако наиболее выраженные изменения отмечаются в области дужек нёбных миндалин, мягкого нёба с язычком, на язычной поверхности надгортанника и в гортаноглотке, включая участок жома пищевода.

В настоящее время в развитых и развивающихся странах рубцовые стриктуры верхних отделов желудочно-кишечного тракта, воз-

никающие в результате приёма химических жидкостей, составляют около 70% всех доброкачественных стенозов пищевода и 10–32% пациентов, проходящих лечение в центрах острых отравлений. Наиболее сложным вариантом патологии считается сочетанное поражение – постожоговые стриктуры глотки, пищевода и желудка, которые составляют 24–42% всех постожоговых стриктур.

Несмотря на наличие обширных данных о химических повреждениях пищевода и желудка, проблема ожогов глотки освещена недостаточно. Это связано с тем, что изолированные химические ожоги и рубцовые стенозы глотки встречаются значительно реже, чем поражения нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта, что обусловлено прежде всего особенностями действия травмирующих агентов.

### **Цель**

Определить очередность оказания специализированной помощи у больных с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами гортани, глотки, пищевода и желудка.

### **Материал и методы**

Учитывая локализацию сочетанных поражений, клиническая картина зависит от того, в каком отделе преобладает рубцовый процесс. При преимущественном поражении глотки основной проблемой являются стриктуры и деформации, формирующиеся в сроки от 1 до 6 месяцев после ожога.

У пациентов с преобладающим поражением гортаноглотки (48 наблюдений) отмечались жалобы на затруднение при глотании, слюнотечение вследствие невозможности проглотить слюну, эпизодическое поперхивание при приёме пищи, кашель с отхаркиванием мокроты, содержащей частицы пищи.

При вовлечении в рубцовый процесс гортани, голосовых связок и надгортанника, помимо дисфагии, пациенты жаловались на осиплость голоса, затруднённое дыхание, поперхивание при каждом приёме пищи, а также на частые бронхолёгочные осложнения, обусловленные постоянной аспирацией пищи.

В раннем постожоговом периоде указанные симптомы выражены наиболее значительно вследствие отёка и воспаления слизистых оболочек. На данном этапе со стороны оториноларинголога выполняются эндоскопические некрэктомии (удаление некротических масс с целью профилактики вторичного инфицирования и грубых рубцовых деформаций глотки), её дилатация (бужирование) для предотвращения

стенозов, а также эндоскопическое лазерное рассечение сформировавшихся спаек и рубцов.

В среднем через две недели после химического ожога при орофарингоскопии отмечались ярко-красные язвенные дефекты с чёткими границами на спинке языка, мягком нёбе и миндалинах, частично покрытые фибриновым налётом и склонные к кровоточивости при прикосновении. На твёрдом нёбе язвы отсутствовали, определялся только фиброз; на зубах наблюдались беловатые наложения, под которыми слизистая имела гиперемированный вид. На слизистой оболочке щёк выявлялись перпендикулярные фиброзные тяжи, ограничивавшие открывание рта из-за болевого синдрома при их растяжении.

Через четыре недели после проглатывания химического вещества язвы полностью эпителизировались, оставались лишь участки фиброза, что свидетельствовало о переходе процесса в стадию рубцовых изменений глотки.

По мере уменьшения воспалительного процесса явления дисфагии и респираторные жалобы постепенно регрессируют. Так, если в остром периоде у пациентов наблюдалась дисфагия III–IV степени, то по мере уменьшения отёка слизистых оболочек степень дисфагии снижалась до II–I или становилась эвакуаторно незначимой.

В позднем постожоговом периоде оториноларингологи отмечали у обследованных пациентов наличие фиброзных изменений в полости рта, преимущественно на твёрдом нёбе и в меньшей степени – на спинке языка. В переходной зоне между мягким и твёрдым нёбом фиброз был выражен наиболее значительно, формируя плотный фиброзный тяж, перпендикулярно направленный к глоточной дуге, подтягивающий её вверх и вызывающий отклонение язычка в сторону поражения.

На уровне перехода носоглотки в ротоглотку фиброзный тяж нередко образовывал кольцо в горизонтальной плоскости, соединяя нёбные дужки, мягкое нёбо и боковые стенки ротоглотки с её задней стенкой. Это приводило к резкому уменьшению площади кольца Пассавана, что проявлялось болезненным и затруднённым глотанием, а также формированием гнусавости открытого типа. В ряде случаев процесс сопровождался фиброзными изменениями задней стенки глотки, что ещё более нарушало её архитектонику и физиологические функции.

### **Результаты**

У 23 (47,92%) пациентов фиброзные изменения становились более выраженными по мере распространения к гортаноглотке, однако сама

гортань оставалась интактной. У 16 (33,33%) больных отмечены некротические разрушения верхних двух третей надгортанника, что приводило к обнажению гортани для контакта со слюной и пищевым комком. В горизонтальной плоскости от оставшихся фрагментов надгортанника до валекул, боковых и задней стенок глотки формировалось тонкое фиброзное кольцо, сохранявшее частичную проходимость ротоглотки для слюны и пищи.

Следует отметить, что контакт слюны с задней стенкой гортани вызывал постоянный отёк и гиперемии вследствие отсутствия защитной функции, которую в норме обеспечивает надгортанник.

У 4 (8,33%) пациентов надгортанник не был разрушен, однако его свободный край спаялся с боковыми и задней стенками глотки, полностью перекрывая переход между ротоглоткой и гортанью, что требовало выполнения эзофагофарингопластики для восстановления прохождения пищи и дыхания. У 20 (41,66%) больных на первом этапе была выполнена трахеостомия для обеспечения дыхания; трахеальные канюли использовались в течение 2–4 месяцев (в среднем  $3,15 \pm 0,45$  мес.). При эзофагофарингоскопии у 5 (10,42%) пациентов оториноларингологи выявили отсутствие фиброзных изменений в верхней части ретрокрикоидной области, однако несколько ниже отмечалось сращение стенок гортаноглотки с этой областью, полностью перекрывающее прохождение пищи. Данный фиброзный процесс без перерыва распространялся вниз по пищеводу и желудку. Этим пациентам также была выполнена трахеостомия для обеспечения дыхания, а затем проведена эзофагофарингопластика в сочетании с ларингопластикой, включающей наложение ларингофиссуры, иссечение рубцов, пластику слизистой оболочки гортани и аугментацию голосовых складок.

Таким образом, на первом этапе оториноларингологами были прооперированы 25 (52,08%) пациентов, которым после наложения трахеостомии для обеспечения дыхания проведены различные виды хирургической коррекции глотки и гортани – эзофагофарингопластика, ларингопластика с наложением ларингофиссуры, иссечение рубцов и пластика слизистой оболочки гортани.

Остальным 23 (47,92%) больным выполнены иссечение рубцов и пластика слизистой оболочки мягкого нёба, задней стенки рото- и гортаноглотки, после чего было дано разрешение на проведение дальнейшей хирургической коррекции.

Обследование глоточно-гортанной области имеет решающее значение для определения локализации и протяжённости рубцовых стриктур среднего и нижнего этажей глотки, а также для оценки состояния надгортанника, черпаловидных хрящей, межчерпаловидного пространства, истинных и ложных голосовых складок и слизистой оболочки гортани с целью установления объёма и характера поражения в аспекте его влияния на дыхательную функцию.

В раннем постожоговом периоде проведение эндоскопии представляется сомнительным из-за высокого риска ятрогенного повреждения тканей, однако в позднем постожоговом периоде выполняется полный комплекс диагностических процедур для уточнения диагноза и определения уровней рубцовых стриктур.

В позднем постожоговом периоде (через 6 месяцев) рубцовые стриктуры уже полностью сформированы, что позволяет объективно оценить последствия химического ожога. До этого срока хирургическая коррекция стриктурных сужений не рекомендуется, так как рубцовый процесс ещё не завершён. При поражении одной или двух стенок глотки стеноз, как правило, не препятствует прохождению пищи, поскольку просвет остаётся достаточным. Однако при выраженном рубцовом стенозе сохраняются явления дисфагии, гиперсаливации и периодического поперхивания при приёме пищи. При этом рубцовые изменения в пищеводе могут быть эвакуаторно незначимыми или слабо выраженными.

При наличии жалоб на кашель после приёма пищи, осиплость голоса и затруднённое дыхание, помимо стандартных эндоскопического и рентгеноконтрастного исследований, обязательным является проведение трахеобронхофиброскопии (ТБФС). Одновременно выполняются тщательная орофарингоскопия, эндоскопическое исследование гортаноглотки, гортани и жома пищевода.

При ТБФС выявляются рубцовый стеноз гортани, парез голосовых связок, рубцовые контрактуры надгортанника или его полное разрушение. В случаях, когда респираторные жалобы преобладают над алиментарными, пациента необходимо направить к оториноларингологу для проведения консультации и первоэтапного хирургического вмешательства, направленного на восстановление дыхательной функции и определение очередности оказания специализированной помощи. Оториноларингологическая помощь пациентам с химическими ожогами и рубцовыми стенозами глотки и гортани оказы-

валась специалистами клиник Ташкентской медицинской академии и Ташкентского государственного стоматологического института.

### Заключение

У части пациентов с сочетанными постожоговыми рубцовыми стриктурами гортани, глотки, пищевода и желудка (СПРСГПИЖ) на первом этапе оказания специализированной помощи требуется вмешательство оториноларингологов. При вовлечении в рубцовый процесс гортани, голосовых связок и надгортанника, помимо дисфагии, у больных отмечаются жалобы на осиплость голоса, затруднённое дыхание, поперхивание при каждом приёме пищи, а также частые бронхолёгочные осложнения, обусловленные постоянной аспирацией пищи.

Оториноларингологами у 47,92% пациентов выявлены фиброзные изменения, более выраженные в области гортаноглотки при сохранности структуры гортани. У 33,33% больных диагностированы некротические разрушения верхних двух третей надгортанника, приводившие к обнажению гортани для контакта со слюной и пищевым комком. У 8,33% пациентов надгортанник сохранился, однако его свободный край спаялся с боковыми и задней стенками глотки, полностью перекрывая переход между ротоглоткой и гортанью.

Оториноларингологами на первом этапе были прооперированы 25 (52,08%) пациентов, которым после наложения трахеостомии для обеспечения дыхания выполнены различные виды хирургической коррекции глотки и гортани – эзофагофарингопластика, ларингопластика с наложением ларингофиссуры, иссечение рубцов и пластика слизистой оболочки гортани. Остальным 23 (47,92%) больным проведены иссечение рубцов и пластика слизистой оболочки мягкого нёба, задней стенки рото- и гортаноглотки, после чего было дано разрешение на выполнение дальнейших этапов хирургической коррекции.

### Литература

1. Батаев С.М., Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б. Оценка отдаленных результатов лечения и качества жизни детей после хирургических вмешательств на глотке и пищеводе. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2015; 10(S3):69–72 [Bataev S.M., Razumovskiy A.Yu., Alkhasov A.B., Mitupov Z.B. Evaluation of long-term outcomes and quality of life of children after surgical interventions on the pharynx and esophagus. Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov. 2015; 10(S3):69–72. In Russian].
2. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Неотложные состояния. – Санкт-Петербург: Диалог, 2016. – 203 с. [Blotskiy A.A., Karpishchenko S.A. Emergency Conditions. – St Petersburg: Dialog, 2016. – 203 p. In Russian].
3. Звонарева А.В. Клинический случай лечения больного с химическим ожогом глотки, пищевода и желудка. Российский педиатрический журнал. 2022; 25(6):407–410 [Zvonareva A.V. A clinical case of treatment of a patient with a chemical burn of the pharynx, esophagus and stomach. Russian Pediatric Journal. 2022; 25(6):407–410. In Russian].
4. Коваленко Л.А., Долгинов Д.М., Куликова Н.В., Теплов В.О. Клинический случай отравления кристаллами перманганата калия у ребенка раннего возраста. Российские биомедицинские исследования. 2023; 8(2):119–125 [Kovalenko L.A., Dolginov D.M., Kulikova N.V., Teplov V.O. Clinical case of potassium permanganate crystal poisoning in a young child. Russian Biomedical Research. 2023; 8(2):119–125. In Russian].
5. Луныя А.Н., Тараканов В.А., Старченко В.М., Надгериев В.М. Комплексное лечение химических ожогов пищевода у детей. Кубанский научный медицинский вестник. 2017; (7):54–57 [Lunyaka A.N., Tarakanov V.A., Starchenko V.M., Nadgeriev V.M. Comprehensive treatment of chemical burns of the esophagus in children. Kuban Scientific Medical Bulletin. 2017; (7):54–57. In Russian].
6. Разумовский А.Ю., Абакумов М.М., Аллахвердян А.С. и др. Химический ожог пищевода. Клинические рекомендации. – Москва, 2024. – 76 с. [Razumovskiy A.Yu., Abakumov M.M., Allahverdyan A.S., et al. Chemical burn of the esophagus. Clinical guidelines. Moscow, 2024. – 76 p. In Russian].
7. Фатюшина О.А., Соловьев М.М., Авдошина Е.А. Заболевания пищевода: Учебное пособие. Под ред. Дамбаева Г.Ц. – Томск: Издательство СибГМУ; 2018. – 140 с. [Fatyushina O.A., Soloviev M.M., Avdoshina E.A. Esophageal Diseases: Study Guide. Ed. by Dambaev G.Ts. Tomsk: SibSMU Press; 2018. – 140 p. In Russian].
8. Chirica M., Bonavina L., Kelly M.D., Sarfati E., Cattani P. Caustic ingestion. Lancet. 2017; 389(10083):2041–2052. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30313-0.
9. Halland M., Prichard D.O., Kahn A., Lavey C.J. Esophageal self-dilation in benign refractory esophageal strictures: outcomes from a randomized controlled trial and a prospective observational study. Dig Dis Sci. 2024; 69(8):2883–2889. DOI: 10.1007/s10620-023-08126-1.
10. Horváth Ö.P., Cseke L., Papp A., Pavlovics G., Vereczkei A. Complications of esophageal reconstruction. Orv Hetil. 2023; 164(7):243–252. DOI: 10.1556/650.2023.32700.

11. Sani R., Zabeirou A., Salha I., et al. Results of emergency management of esophageal lesions related to caustic ingestion in children in the

emergency department of the General Reference Hospital of Niamey. Med Trop Sante Int. 2024; 4(1):399–405.

## ҲАЛҚУМ, ҲИҚИЛДОҚ, ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА ОШҚОЗОН ҚЎШМА КУЙИШИДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛИ ТОРАЙИШИ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРГА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ЁРДАМ КЎРСАТИШ КЕТМА-КЕТЛИГИ

З.М. НИЗАМХОДЖАЕВ, Р.Е. ЛИГАЙ, Ж.А. ХАДЖИБАЕВ, Р.Р. ОМОНОВ, А.О. ЦОЙ, А.Д. АБДУКАРИМОВ, Ж.М. АВАЛБАЕВ, Ш.Н. МАДРАХИМОВ, С.Д. ИСКАНДАРОВ

Академик В. Воҳидов номидаги республика ихтисослаштирилган жарроҳлик илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

**Мақсад.** Қизилўнгачнинг қўшма кимёвий куйишларида ҳалқумнинг зарарланиш частотасини баҳолаш ва ихтисослашган ёрдам кўрсатишнинг биринчи босқичида оториноларингологик аралашувларни таҳлил қилиш.

**Материал ва усуллар.** Тадқиқот 2000–2023 йилларда академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий жарроҳлик тиббиёт марказининг қизилўнгач ва меъда жарроҳлиги бўлимида стационар шароитда текширув ва даво олган 4–85 ёшдаги (ўртача ёши  $34,43 \pm 0,66$  йил) 398 нафар ҳалқум, қизилўнгач ва ошқозон СПРСГПиЖ билан беморларнинг даволаш натижаларига асосланган. 398 нафар беморни ўрганиш натижасида ҳалқум ва қизилўнгач чандиқли стриктуралари бирга келиши 16,3% ҳолларда, қизилўнгач ва меъдада – 62%, ҳалқум ва меъдада – 21,6% ҳолларда қайд этилди.

Ҳалқум, ҳиқилдоқ, қизилўнгач ва ошқозон қўшма куйишида ташхислаш учун эндоскопия ва рентген-контрастлаш усулларидан фойдаландик.

**Натижалар.** Ҳалқум ва ҳиқилдоқнинг кимёвий куйишлари оғир патологик ҳолатлардан бири ҳисобланади. Ушбу шикастланишлар чуқур тўқима некрозлари, кучли шиш ва нафас ҳамда ҳазм йўллари юқори қисмларининг чандиқли деформацияларини келтириб чиқаради. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва қизилўнгач кучли кимёвий моддалар қабул қилганда энг кўп зарарланадиган соҳалар ҳисобланади. Шу билан бирга, оғиз бўшлиғи ва ҳалқумда шикастланиш белгилари кузатилмаслиги қизилўнгачнинг зарарланмаганлигини аниқлаб берилади. Жарроҳлик даволаш тактикаси патологик жараённинг босқичига (ўткир, ўткир ости ёки чандиқ босқичи) ва шикастланиш даражасига боғлиқ ҳолда белгиланади.

**Хулосалар:** ҳалқум, ҳиқилдоқ, қизилўнгач ва ошқозон қўшма куйишидан кейинги чандиқли торайиши кузатилган беморларга махсус ёрдам кўрсатишнинг биринчи босқичида оториноларингологлар аралашуви талаб этилади. Чунки ҳалқум, товуш пайлари ва надгортанник чандиқ жараёнига жалб этилганда, беморларда дисфагиядан ташқари, овоз чиқариши, нафас олишда қийналиш, ҳар овқатда бўғилиш, шунингдек, доимий овқат аспирацияси билан боғлиқ тез-тез учрайдиган бронх-ўпка касалликларига оид шикоятлар ҳам пайдо бўлади.

**Калит сўзлар:** Ҳалқумнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши, ҳиқилдоқнинг куйишдан кейинги чандиқли торайиши, трахеостомия, ларингофиссура, ларингопластика.

### Сведения об авторах:

Низамходжаев Зайниддин Махаматович – профессор, доктор медицинских наук, руководитель отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан).

E-mail: badyu@mail.ru

ORCID: 0000-0002-5186-9051

### Information about the authors:

Nizamhodjaev Zayniddin Makhamatovich – Professor, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Esophageal and Gastric Surgery, Republican Specialized Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan).

E-mail: badyu@mail.ru

ORCID: 0000-0002-5186-9051

*Лигай Руслан Ефимович* – доктор медицинских наук, главный врач, главный научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан).  
E-mail: docligay73@rambler.ru  
ORCID: 0000-0003-2061-255X

*Хаджибаев Джамшид Абдуазимович* – кандидат медицинских наук, заместитель директора, старший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка, Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан).  
E-mail: j.khadjibaev@mail.ru  
ORCID: 0000-0001-6514-0141

*Омонов Расул Рахмонович* – врач-хирург, кандидат медицинских наук, заведующий отделением хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан).  
E-mail: dr.rasulomonov@gmail.ru  
ORCID: 0000-0001-7131-4435

*Цой Алексей Олегович* – врач-хирург, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан).  
E-mail: alexey\_tsoy@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-7749-813X

*Абдукаримов Абдурашид Дилшодович* – врач-хирург, младший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан).  
E-mail: md.abdukarimov@mail.com  
ORCID: 0000-0001-7431-8378

*Авалбаев Джавонгир Махмудович* – врач-хирург, младший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан).  
E-mail: avalboyev.jahongir@mail.ru

*Мадрахимов Шохрух Нодирбекович* – врач-хирург, младший научный сотрудник отделения хирургии пищевода и желудка Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан).  
E-mail: shohruh14.95@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-4782-484  
**Поступила в редакцию:** 04.09.2025

*Ligay Ruslan Efimovich* – Doctor of Medical Sciences, Chief Physician, Chief Researcher of the Department of Esophageal and Gastric Surgery, Republican Specialized Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan).  
E-mail: docligay73@rambler.ru  
ORCID: 0000-0003-2061-255X

*Khadjibaev Jamshid Abduazimovich* – Candidate of Medical Sciences, Deputy Director, Senior Researcher of the Department of Esophageal and Gastric Surgery, Republican Specialized Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan).  
E-mail: j.khadjibaev@mail.ru  
ORCID: 0000-0001-6514-0141

*Omonov Rasul Rakhmonovich* – Surgeon, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Esophageal and Gastric Surgery, Republican Specialized Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan).  
E-mail: dr.rasulomonov@gmail.ru  
ORCID: 0000-0001-7131-4435

*Tsoy Aleksey Olegovich* – Surgeon, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Department of Esophageal and Gastric Surgery, Republican Specialized Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan).  
E-mail: alexey\_tsoy@mail.ru  
ORCID: 0000-0002-7749-813X

*Abdukarimov Abdurashid Dilshodovich* – Surgeon, Junior Researcher, Department of Esophageal and Gastric Surgery, Republican Specialized Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan).  
E-mail: md.abdukarimov@mail.com  
ORCID: 0000-0001-7431-8378

*Avalbaev Jahongir Mahmudovich* – Surgeon, Junior Researcher, Department of Esophageal and Gastric Surgery, Republican Specialized Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan).  
E-mail: avalboyev.jahongir@mail.ru

*Madrakhimov Shokhrukh Nodirbekovich* – Surgeon, Junior Researcher, Department of Esophageal and Gastric Surgery, Republican Specialized Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan).  
E-mail: shohruh14.95@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-4782-4843  
**Received:** 04.09.2025