



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 (54) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
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)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**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 (54)

2023

апрель

УЎК 618.2. 145-007.415-06

ШОШИЛИНЧ ГИНЕКОЛОГИК ОПЕРАЦИЯЛАРДА АРГОН - ПЛАЗМАСИ: ИЖОБИЙ ВА САЛБИЙ ТОМОНЛАРИ

Л.Р. Агабабян- <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998>

Х.Б. Шарипов <https://orcid.org/0000-0003-3011-6998>

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Адрес: 140100, Ўзбекистон, Самарқанд ш, Амир
Темур кўчаси, 18 уй. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

✓ Резюме

Қонсиз жарроҳликнинг (қонни сақлаш) энг янги технологиялари бутун дунё бўйлаб тобора кўпроқ тарафдорларни жуда тез забт этмоқда. Шу онда у 120 та, жумладан АҚШнинг 80 та ихтисослаштирилган умумий жарроҳлик марказлари амалиётида қўлланилмоқда.

Маълумки, акушерликда ҳал қилиниши устидан қўплаб олимларнинг авлоди бош қотирган абадий муаммоларидан бири бўлиб қон кетиш ҳисобланади. Мазкур асоратни олдини олиш ва даволаш муаммоларининг муҳимлиги акушерлик қон кетиши оналар ўлими тузилмасида биринчи ўринлардан бирини эгаллаши билан боғлиқ бўлиб, унинг тузилмасини белгилайди ҳамда соф кўринишида 17%ни, рақобатчи сабаб шаклида 42%ни, фон сифатида 78%га қадарни ташкил этади.

Ҳозирги кундаги сифатли донорлар қонининг танқислигида ва хавфли инфекциялар билан зарарланиш хавфи мавжудлигида қонсиз жарроҳликнинг афзаллиги шубҳасиз аниқ бўлиб, унинг бош тамойили – операцион столдаги кишининг қонини иложли борица сақлашдан иборат.

Калит сўзлар: аргонозардобли коагуляция, радиотўлқинли жарроҳлик, кесар кесиш амалиёти, репаратив процесс.

АРГОНОВАЯ ПЛАЗМА ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ: ЗА И ПРОТИВ

Л.Р. Агабабян, Х.Б. Шарипов

Самаркандский государственный медицинский университет

✓ Резюме

Новейшие технологии бескровной хирургии (кровесбережения) очень быстро завоевывают все больше сторонников во всем мире. В данное время она практикуется в 120 специализированных, общехирургических центрах, 80 из которых находятся в США.

Как известно в акушерстве одной из вечных проблем акушерства над решением которой трудились многие поколения ученых, является кровотечение. Важность проблемы профилактики и лечения данного осложнения обусловлена тем, что акушерские кровотечения занимают одно из первых мест в структуре причин материнской смертности, определяют ее структуру и составляют в чистом виде - 17%, как конкурирующая причина - 42%, как фоновая - до 78%.

При сегодняшнем дефиците качественной донорской крови и опасности заражения опасными инфекциями преимущества бескровной хирургии бесспорна главный принцип - сберечь как можно больше крови человека, оказавшегося на операционном столе.

Ключевые слова: аргон-плазменная коагуляция, электрохирургический гемостаз, кесарево сечение, репаративные процессы.

ARGON PLASMA IN EMERGENCY GYNECOLOGICAL OPERATIONS: PROS AND CONS

L.R. Agababayan, H.B. Sharipov

Samarqand State Medical University

✓ Resume

The latest technologies of bloodless surgery (blood saving) are very quickly gaining more and more supporters all over the world. Currently, they are practicing in 120 specialized general surgical centers, 80 of them are located in the USA.

As it is known, bleeding is one of the eternal problems in obstetrics, which many generations of scientists have worked on trying to solve. The importance of prevention and treatment of this complication is determined by the fact that obstetric bleeding occupies one of the first places in the structure of maternal mortality causes and makes up 17 % in it's structure as a pure form, 42 % as a competing cause and up to 78% as a background cause.

Today's shortage of high-quality donor blood and the risk of contamination by dangerous infections, makes the advantages of bloodless surgery undoubted and it's main principle is to save a person who finds himself on the operating table as much blood as possible.

Key words: argon plasma coagulation, electrosurgical hemostasis, caesarean section, reparative process.

Долзарблғи

Консиз жарроҳликнинг (қонни сақлаш) энг янги технологиялари бутун дунё бўйлаб тобора кўпроқ тарафдорларни жуда тез забт этмоқда. Шу онда у 120 та, жумладан АҚШнинг 80 та ихтисослаштирилган умумий жарроҳлик марказлари амалиётида қўлланилмоқда [2,3].

Маълумки, акушерликда ҳал қилиниши устидан кўплаб олимларнинг авлоди бош қотирган абадий муаммоларидан бири бўлиб қон кетиш ҳисобланади. Мазкур асоратни олдини олиш ва даволаш муаммоларининг муҳимлиги акушерлик қон кетиши оналар ўлими тузилмасида биринчи ўринлардан бирини эгаллаши билан боғлиқ бўлиб, унинг тузилмасини белгилайди ҳамда соф кўринишда 17%ни, рақобатчи сабаб шаклида 42%ни, фон сифатида 78%га қадарни ташкил этади [6,8].

Ҳозирги кундаги сифатли донорлар қонининг танқислигида ва хавфли инфекциялар билан зарарланиш хавфи мавжудлигида консиз жарроҳликнинг афзаллиги шубҳасиз аниқ бўлиб, унинг бош тамойили – операцион столдаги кишининг қонини иложи борида сақлашдан иборат [15,17].

Радиотўқинли жарроҳлик ва аргонозардобли коагуляция операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларни минималлаштириш бўйича янги стандартларни белгилайди. Ҳозирда акушерлик ва гинекологияда электрожарроҳлик усуллар бачадон бўйни, қин, ташки жинсий аъзоларнинг касалликларини ташхислаш ва даволашда, шунингдек “очик” ва эндоскопик акушерлик ва гинекологик операцияларда тобора кенг қўлланилмоқда.

Физика ва тиббиётнинг охириги ютуқлари зардоб энергиясини қўллаган ҳолда қон кетишларни тўхтатиш ва патологик ҳосилаларни деструкцияси учун инновацион усулларни яратишга имкон берди [12,15,17].

Илмий тил билан айтганда аргонозардобли коагуляция – бу биологик тўқимага юқори частотали ток билан таъсир кўрсатувчи электрожарроҳли, мулоқотсиз, моноқутбли усул бўлиб, ионлашган электр ўтказувчи аргон газы ёрдамида операция қилинадиган тўқималар орасида таъсир этиш майдони вужудга келади ҳамда электр газы ионлашиб, аргон зардобининг оқими ҳосил бўлади.

Ҳозирги кунда аргонозардобли коагуляцияни (АЗК) тиббиётнинг турли соҳаларида самарали қўлланилишига бағишланган кўп сонли тадқиқотлар пайдо бўлди. АЗК усули 5-7 йилдан ортиқ вақтдан буён жарроҳлик аралашувларини амалга ошириш учун очик жарроҳлик, лапароскопия ва торакокопияда муваффақиятли тарзда қўлланилмоқда [1]. Зардоб оқими аргон булутини ҳосил қилади, мазкур булут узатиловчи юқори частотали (ЮЧ) кучланиш туфайли ионлашади ва аргонозардобли ёйни ҳосил қилади, ушбу ёй воситасида юқори

частотали энергия мулоқотсиз равишда даволаниши лозим бўлган тўқима қисмига узатилади [22]. ЮЧ-токнинг тўқимага мулоқотсиз таъсири асбобнинг тўқимага “ёпишиши” эҳтимолини деярли бутунлай йўққа чиқаради. Тўқималарнинг катта қисмини бир текисдаги равон коагуляцияси ва термик таъсир чуқурлигини чеклаш имконияти туфайли асоратлар сони камаёди ва даволаш самарадорлиги ошади. Тўқималарнинг кизиб кетиши ва қуйиши (карбонизацияси) рўй бермайди, чунки инерт газ бўлган аргон қуйишга тўқинлик қилади. Газнинг узлуксиз узатилиши биологик тўқиманинг юзасида ҳароратни пасайтиради, бунинг натижасида минимал даражадаги некроз майдони шаклланади, аргон оқими эса самарали коагуляцияни амалга оширишга имкон беради.

Радиотўқиннинг қўлланилиши биологик тўқималарнинг маҳаллий қизишига асосланади, тез иситилганда ҳужайра ичидаги суюқлик шиддат билан қайнайди, кесмани шакллантириб, макродаражадаги тўқималарни йиртилишига сабаб бўлувчи буғ ҳосил бўлади, моноқутбли асбоб билан секинлик билан иситилганда суюқликнинг аста-секин буғланиши, оксил денатурацияси, майдо томирларнинг бекилиб қолиши рўй беради, бикутбли асбоб қўлланилганда эса ҳосил бўлувчи коллаген ҳисобига йирик томирлар деворининг ёпишиши содир бўлади, бундай таъсир электрожаррохлик гемостази асосида ётади.

Битта асбоб билан ишлаётган акушер-гинекологда бир вақтнинг ўзида қуйидаги қатор самараларга эга бўлиш имконияти мавжуд бўлади: кесиш, кесиш ва коагуляцияни амалга ошириш, мулоқотли ва мулоқотсиз коагуляция, буларнинг барчаси биологик тўқималарнинг “тўқима-асбоб” бевосита мулоқотидан қизиши ҳисобига содир бўлади. Асбоб аппликатори ишлов берилаётган тўқимага ҳеч ҳам ёпишмайди ва катта юзаларнинг бир текисдаги равон коагуляцияси таъминланади, мазкур усул термик таъсир чуқурлигини назорат қилиш ва чегаралашга имкон беради, бунинг натижасида эса операциядан кейинги асоратлар хавфи камаёди ва шифокорнинг иши осонлашади.

АЗКнинг асосий афзалликлари қуйидагилардан иборат [9,16]:

- мулоқотсиз коагуляция;
- тўқималар коагуляциясининг объектив тарзда бошқариладиган чуқурлиги – 3 мм дан зиёд эмас;
- асбобни қайта йўналтирмасдан туриб уч ўлчовли бўшлиқда аппликация қилиш;
 - паренхиматоз аъзоларда қўллаш имконияти;
 - тутун ва хидларнинг йўқлиги;
- гемостазнинг юқори самараси;
- бактерицид таъсири;
- неоангиогенезнинг кучайиши натижасида репарация жараёнларининг фаоллашуви;
 - чандикли жараён қайталанишининг камайиши.

Усулнинг камчилиги қуйидагилардан иборат:

- бўшлиққа эндоскопик йўл билан киришда қўшимча газ ҳажмининг инсуффляцияси (замонавий электрон инсуффляторларни қўллаш билан компенсацияланади);
- диаметри 1,5 мм дан камроқ бўлган томирлардан қон кетишларда гемостазнинг самарадорлиги (замонавий ишланмаларни ҳисобга олиб, яқин келажақда мазкур камчиликни бартараф этиш имконияти мавжуд).

Бироқ, кўрииб турганидек, афзалликларнинг сони ва қиймати кичик камчиликлардан ортик бўлиб, у АЗКни жаррохлик муолажаларини сифатли ва авайлаб бажариш учун муқобил усул сифатида танлашни белгилайди.

Замонавий акушерликни кўпинча туғрукни амалга ошириш учун қўлланиладиган кесарча кесишсиз (КК) тасаввур қилиб бўлмайди. Шунинг учун репродуктив ёшдаги аёлларнинг ККга бўлган анамнестик кўрсатмаларининг ортиши қайд этилмоқда. Табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлган туғруққа қараганда бундай туғруқ усулидан кейинги асоратлар анчагина кўп учрайди, ана шунинг учун уларни камайитишга йўналтирилган чора-тадбирларни излаш муҳимдир.

Кесарча кесиш (КК) бутун дунёда сезиларли даражада кўпроқ қўлланила бошланди ва бу билан перинатал ўлим кўрсаткичини пасайитишга муқаррар ўз ҳиссасини қўшди [3,5,10,11]. Ҳозирги вақтда, М. Оденнинг сўзларига қараганда [8], “иктисодий ривожланган давлатларнинг замонавий жиҳозланган ва яхши ташкил этилган шифохоналарида КК ва табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлган туғруқлар хавфсизлиги бўйича фарқ қилмайди, деб таъкидлаш мумкин”. КК асоратларининг учраш ҳоллари, турли муаллифларнинг маълумотларига қараганда [2,3,6], 2% дан 15% га қадар бўлиб, кўпинча касалланишларни ҳисобга олиш услубларидаги мавжуд тафовутлар билан боғлиқ. Асоратларнинг учраш эҳтимолига жароҳатнинг инфицирланиши, ундаги гемостазнинг бузилиши, операция техникасининг нуқсонлари сабаб бўлади. Абдоминал туғруқлар сонининг ортиши билан бир вақтда бачадонида чандиғи бор аёлларни табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш имконияти ҳақидаги масала тобора долзарб бўлиб бормоқда, аммо бунинг учун бачадондаги чандиқнинг

тўлақонли бўлиши талаб этилади [5,12]. Жароҳат жойидаги чок соҳасида тўқималар ишемияси ва гипоксияси ривожланишига тўсқинлик қилувчи қон айланишининг яхши бўлиши ва бачадоннинг кесилган деворини тикланиш усули ва чок материалининг кўриниши билан аниқланувчи минимал яллиғланиш реакцияси тўқималарнинг мақбул регенерацияси ва тўлақонли чандикнинг шаклланиши учун асосий шароитлар бўлиб хизмат қилади [1,4,7,9,13]. Репарация фаоллигига ва тўлақонли чандикнинг шаклланишига таъсир кўрсатувчи усуллар ҳақидаги маълумотлар адабиётда жуда оз [12,13].

Маълумки, пастки бачадон сегментида кўндаланг кесма билан ва бир қатор узлуксиз чок қўйиш билан амалга оширилган КК, шунингдек операциядан кейинги даврнинг асоратсиз кечиши бачадонда тўлақонли чандикнинг ҳосил бўлиши билан кечади, кейинчалик эса табиий туғруқ йўллари орқали туғруққа имкон яратади. Бундан ташқари, ККдан кейин чандик соҳасида репаратив жараённинг яхшиланиши асосий муаммо бўлиб ҳисобланади. ККдан кейин бачадонда тўлақонли чандикнинг шаклланиши учун ҳозирда замонавий акушерликда аргонозардобли коагуляция қўлланилади [4,5].

Аргонозардобли коагуляция - бачадондаги чандикнинг ҳолатини яхшиловчи ва оператив туғруқнинг оқибатлари самарадорлигини оширувчи усуллардан биридир. ККда аргонозардобли коагуляцияни қўллаш имконияти бачадондаги чандикнинг мустаҳкамлигига, интраоперацион қон йўқотишларнинг камайишига, оғриқ синдромининг ифодаланганлиги камайиши ҳисобига ҳаёт сифатининг яхшиланишига, антибактериал даводан воз кечиш ва эрта операциядан кейинги даврда анальгетиклар қўлланилишининг чегараланишига, шунингдек стационарда ётиш муддатларининг қисқаришига эришишдан иборат бўлади [32].

Кенг тасмали аргонозардобли технологияни қўллаган ҳолда кесарча кесиш операциясини ўтказиш хавфсиз ва самарали бўлиб, сифатли гемостазга имкон яратади ва шу билан “қонсиз” тоза операцион майдон сингари шароитни юзага келтиради, операциядан кейинги оғриқ синдромининг ифодаланганлигини пасайиши, жароҳатнинг яхши битиши, стационардаги бўлган вақт муддатларининг қисқаришини таъминлайди.

Илмий тадқиқотларнинг маълумоти бўйича [9], АЗКни қўллаган ҳолда ўтказиладиган операциянинг умумий давомийлиги 15-20 дақиқага қисқарган. Операциядан кейинги даврнинг кечиши 2-3-чи суткада қорин олд деворидаги чокда оғриқнинг ва инфильтрациянинг йўқлиги билан тавсифланган. Бачадон ва қовуқ олди клетчаткасига қўйилган чокларда инфильтрация ва/ёки суюқ бирикмаларнинг йўқлиги (УТТ маълумотлари бўйича), наркотик ва нонаркотик анальгетиклар юборилиш сонининг камайиши, жароҳатнинг бирламчи битиши, шифохонадан эртароқ жавоб берилиши (5-6-чи суткада, АЗКсиз 7-8 суткада жавоб берилган) қайд этилган [4]. ККда АЗКни қўллашнинг муҳим жиҳати бўлиб, операциядан кейинги 2-чи суткада қилинган УТТ маълумотларига кўра, бачадондаги чокларнинг узунлигини 10-15%га кичрайганлиги ҳисобланади [9]. Аргонозардобли коагуляцияни қўллаш натижасида кесилган майдоннинг деярли бутунлай миоцитлар билан тўлиши аниқланган, операция анъанавий усулда бажарилгандан сўнг эса чандик тўлиғича бириктирувчи тўқимадан иборат бўлган [4].

Кейинги тадқиқотларнинг истикболини операция қилинган аёлларда узокдаги натижаларни ўрганиш билан боғлаш мумкин, бунинг эса аёлларнинг кейинги репродуктив режаларини амалга оширгани сайин имкони бўлади.

ККни амалга оширган вақтда бачадондаги чокни аргонозардобли машғал билан ишлов бергандан сўнг туғруқдан кейинги узок муддатда нафақат тўлақонли чандикнинг, балки чандикка тегиб турган миоэктотрида мустаҳкам майдоннинг шаклланиши қайд этилади. Мазкур ҳолат катта амалий аҳамиятга эга бўлади, чунки қатор тадқиқотларда кўрсатилгани каби, туғруқ вақтида бачадоннинг ёрилиши айнан чандик бўйлаб эмас, балки унинг ёнида – чандикка тегиб турган тўқималар майдонида содир бўлади [7,9]. Жароҳатларнинг битиш муаммоси ўрганилмай қолмоқда (туғруқдан кейинги ёрилишлар). Маълумки, айнан ушбу жароҳатлар кейинчалик кичик чанок аъзоларидаги тўқималарнинг пролапсига, сийдикни ушлаб олмасликка ва ҳаёт сифатининг ёмонлашувига олиб келади [3,5]. Бизнингча, АЗК мазкур асоратларнинг профилактикаси мақсадида қўлланилиши мумкин.

Гинекологик амалиётда АЗК бачадон бўйни, қин ва ташқи жинсий аъзоларнинг касалликларини даволашда самарали қўлланилмоқда [2,11]. Ҳозирги кунгача бачадон миомасида аъзони сақловчи операцияларни ўтказиш ҳақидаги масала оператив гинекологиянинг асосий муаммоси бўлиб қолмоқда. Миомэктомия тугунларнинг ўлчами, сони ва жойлашган жойига қараб жарроҳлик усули сифатида ўрта салбий жиҳатга эга, айнан эса: касалликнинг қайталаниш эҳтимоли, интраоперацион массив қон кетиш, бачадонда чандикнинг чала мустаҳкамлиги [12,14].

Миоматоз тугунни олиб ташлаш жараёнида миометрий тўкималаридан қон кетиш ФУЛЬГУР тартибида (кучайтирилган чуқур аргонозардобли коагуляция) АЗКни қўллаган ҳолда тўхтатилган, ундан сўнг унинг жойига СПРЕЙ тартибида (майин равон аргонозардобли коагуляция) аргон зардобининг машъали билан яхшилаб ишлов берилган. Тадқиқотларнинг маълумоти бўйича, АЗКни қўллаган ҳолда келтирилган операция техникаси консерватив миомэктомия учун кўрсатма мавжуд бўлган ҳомиладор ва туғувчи аёлларда кесарча кесиш вақтида муваффақиятли тарзда қўлланилиши мумкин [4, 9].

Операциядан кейинги 4-5-чи суткада ўтказилган ультратовушли текширув маълумотлари [4] анъанавий усулларни қўллашдан олинган маълумотлардан фарқ қилган: чокнинг инфильтрацияси ўртача бўлган, унда суюқ бирикмалар аниқланмаган. Шунини қайд этиш жоизки, миометрийнинг миоматозли тугун жойига аргонли зардоб машъалининг термик таъсири коллаген толаларнинг қисқаришига олиб келади, натижада бачадон нуқсонининг ўлчами кичрайдиган ва унинг чеккалари зичлашади.

Лапароскопик ва “очик” миомэктомияда АЗКни қўллаш самарадорлигининг тадқиқотини таҳлил этиб шунини қайд этиш мумкинки, анъанавий электрожарроҳлик технологиялар қўлланилган ҳолатлар билан солиштирилганда оператив аралашувнинг давомийлиги ўртача 10-20 дақиқага қисқарди, интраоперацион қон йўқотишлар сезиларли даражада камайди, стационарда ётиш давомийлиги қисқарди [3].

Охириги йилларда лапароскопия шароитида АЗК ташқи генитал эндометриозни жарроҳлик йўли билан даволаш учун қўлланилади. Оз сонли тадқиқотларнинг маълумотлари бўйича [19], АЗК тўқима юзасидаги ўчоқларни бутунлай асоратсиз йўқотади ва коагуляцион жойлардаги термик некроз минимал даражада бўлади.

Тўқималарга аргонозардобли таъсирнинг ноёб хусусиятларини ҳисобга олиб, ҳозирги вақтда ундан бачадон бўйни касалликларида фаол равишда фойдаланилмоқда. Бачадон бўйнининг патологияси мавжуд бўлган аёлларга ёрдам кўрсатишнинг замонавий шароитлари бир тоифадаги беморлар учун мувофиқ кузатувни, бошқа тоифалар учун эса бачадон бўйни эпителийининг абляциясини (деструкцияси) ёки эксцизиясини ўтказишни талаб этади [15,16]. Шунинг учун ҳозирги вақтда мувофиқ ва самарали даволаш учун шифокор фойдаланадиган усулларга талаблар анчагина ортди. Масалан, гистологик ташхиси эпидермизацияланувчи эндоцервикоз бўлган аёлларда криодеструкция, диатермоэлектрокоагуляция (ДЭК) ва аргонозардобли абляция усулларини солиштирма таҳлилида шунини қайд этиш мумкинки, АЗК юқори самарадорликка эга, беморлар томонидан яхши ўтказилади ва эндоцервикс эпителизациясининг тезликдаги суръатларини таъминлайди [17]. Кольпоскопия маълумотларига кўра [11], АЗКдан сўнг 2,5 ой ўтгач соғайиш 92%ни, ДЭКдан сўнг — 88%ни ва криодеструкциядан сўнг — 48% ни ташкил этди. Тўқималарга АЗКнинг, диатермокоагуляцияга қараганда, электрожарроҳликнинг авайлаброк қилган таъсири ва даволашдан сўнг узок муддатдан кейинги даврда бачадон бўйнида қўпол чандикнинг йўқлиги уни туғмаган аёлларда қўллаш учун қўшимча далил бўлиб хизмат қилади. АЗК усулини қўллашдан кузатиладиган тўлиқ соғайиш криодеструкцияга қараганда анчагина тезроқ содир бўлади [2,11].

Келтирилган маълумотлар оператив гинекологиядаги лапароскопик киришда аргонозардобли коагуляцияни қўллашнинг афзалликларини исботлайди.

Шундай қилиб, ҳозирги вақтда АЗК акушерлик ва гинекологияда бачадонда ўтказиладиган операцияларда (кесарча кесиш, консерватив миомэктомия), ташқи генитал эндометриозда, тухумдон кисталарида, бачадон бўйни касалликларида қўлланилиши мумкин. АЗКни ҳам лапаротомик, ҳам лапароскопик гинекологик операцияларда қўллаш мумкин [18,19].

АЗКни қўллаш гемостаз самарадорлигини оширади, операция вақтини ва операциядан кейинги реабилитация муддатини қисқартиради, репарация жараёнларини тезлаштиради ва операцион нуқсоннинг ифодаланганлик даражасини камайтиради [14,16].

Хулоса

Ҳозирги вақтда мазкур энергия шаклини биологик тўқималарга таъсирини ўрганишга йўналтирилган, тўқималар жароҳатланиш даражасини баҳолаш, шунингдек АЗКни акушер-гинеколог томонидан қўллаш усулини такомиллаштиришни ҳисобга олиб, АЗКни жарроҳликда қўллаш самарадорлигини тасдиқловчи тадқиқотлар долзарблигича қолмоқда.

Инновацион усулларни амалиётда қўлланилиши — шахсий кўникмалар тизимини такомиллаштиришга интилаётган замонавий акушер-гинекологнинг ривожланиш кўрсаткичидир.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Адамян Л.В. Роль современной гормономодулирующей терапии в комплексном лечении генитального эндометриоза / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Проблемы репродукции. 2011;6:66-77.
2. Амирова А.А. и др. Анализ взаимосвязи между клинико-анамнестическими, клинико-лабораторными данными, особенностями индукции суперовуляции и исходами ЭКО и ЭКО/ИКСИ / А.А. Амирова, Т.А. Назаренко, Т.В. Колесниченко [и соавт.] // Проблемы репродукции. 2011;1:73-77.
3. Андреева В.О. Состояние овариального резерва у девочек-подростков с аутоиммунным оофоритом / В.О. Андреева, И.А. Герасимова, А.А. Машталова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013;1:35-43.
4. Апресян С.В. и др. Медико-психологические аспекты бесплодия / С. В. Апресян, А. А. Абашидзе, В. Ф. Аракелян // Акушерство, гинекология и репродукция. 2013;7(1):8-10.
5. Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А. Применение современных электрохирургических методов в лечении декубитальных язв влагалища и шейки матки. // Жіночий Лікар 2010;2:28:22-25.
6. Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А., Мамин Э.Л. Использование широкополосной радиоволновой хирургии и аргонплазменной коагуляции при лапароскопической и «открытой» миомэктомии. // Жіночий лікар 2010;5:32:15-19.
7. Глухов Е.Ю., Обоскалова Т.А., Бутунов О.В. Современные электрохирургические технологии в акушерстве. // Жіночий лікар 2010;1:27:10-14.
8. Зулумян Т.Н. Репродуктивное здоровье молодых женщин после оперативного лечения доброкачественных невоспалительных болезней яичников: / автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Зулумян Татевик Ншановна. - Москва, 2013;24.
9. Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Машакевич Л.И., Нецветаева Т.Д., Костюкова О.М. Оценочные критерии заживления раны на матке после кесарева сечения. // Акуш и гин 2003;3:29-31.
10. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Буянова С.Н., Попов А.А. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. // Реальность и перспективы. Акуш и гин 2012;1:4-9.
11. Оленева М.А., Есипова Л.Н., Вученович Ю.Д. Аргонплазменная коагуляция тканей при кесаревом сечении. // Status Praesens 2010;2:4:61-64.
12. Решетов И.В., Соколов В.В., Ольшанский В.О. и др. Эндоларингеальная хирургия и фотодинамическая терапия с использованием гибкой видеоэндоскопической техники при предраке и раке гортани. // Вестн оторинолар 2010;3:50-56.
13. Перминова Е.И. Патоморфологический анализ рубцов миометрия после кесарева сечения и консервативной миомэктомии: / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск 2010.
14. Радзинский В.Е., Есипова Л.Н., Вученович Ю.Д. Аргонплазменная коагуляция тканей при кесаревом сечении. // Акуш и гин 2010;6:28-29.
15. Роговская С.И. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки, влагалища и наружных половых органов методами широкополосной радиоволновой хирургии и аргонплазменной абляции. Пособие для врачей / С.И. Роговская, В.Н. Прилепская, Т.Н. Бебнева // Екатеринбург: Изд. А.Г. Медников – 2015;48.
16. Assessment of ovarian reserve in patients with ovarian endometriosis following laparoscopic enucleation of a cyst accompanied by CO2 laser ablation or electroablation / E. Posadzka, A. Nocun, R. Jach [et al.] // Przegl. Lek. 2016;73(1):6-10.
17. A. Takashima et al. Effects of bipolar electrocoagulation versus suture after laparoscopic excision of ovarian endometrioma on the ovarian reserve and outcome of in vitro fertilization / A. Takashima, N. Takeshita, K. Otaka [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. 2013;39(7):1246-1252. Doi:10.1111/jog.12056.
18. Hurlstone D.P., Brown S., Cross S.S. et al. Endoscopic ultrasound miniprobe staging of colorectal cancer: can management be modified? Endoscopy 2005;37(8):710-4.
19. Harada N., Hamada S., Kubo H. et al. Preoperative evaluation of submucosal invasive colorectal cancer using a 15-MHz ultrasound miniprobe. Endoscopy 2001;33(3):237-40.

20. Repici A., Pagano N., Rando G. et al. A prospective, single center study of endoscopic submucosal dissection of rectal LST lesions larger than 3 cm by using an innovative concept of injecting and cutting: the water-jet hybrid-knife (ESD-H). // *Gastrointest Endosc* 2011;73(4):2011.
21. Nakajima T., Tanaka S., Saito Y. et al. Prospective multicenter study on endoscopic treatment of large early colorectal neoplasia conducted by Colorectal Endoscopic Resection Standardization Implementation Working Group of Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum. Abstract presented at the UEGW 2011, Stockholm, Sweden. // *Endoscopy* 2011;43(Suppl 1):A1.
22. Агапов М.Ю., Таран Н.А., Рыжков Е.Ф., Барсуков А.С. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки при неполипозных образованиях толстой кишки. // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии* 2008;18(4):77–81. [Agapov M.Yu., Taran N.A., Ryzhkov E.F., Barsukov A.S. Endoscopic resection of the mucous membrane in cases of nonpolypoid lesions of the colon. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii* = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology 2008;18(4): 77–81. (In Russ.)].
23. Hurlstone D.P., Sanders D.S., Cross S.S. et al. Colonoscopic resection of lateral spreading tumours: a prospective analysis of endoscopic mucosal resection. // *Gut* 2004;53:1334–9.
24. Antillon M.R., Bartalos C.R., Miller M.L. et al. En bloc endoscopic submucosal dissection of a 14-cm laterally spreading adenoma of the rectum with involvement to the anal canal: expanding the frontiers of endoscopic surgery (with video). // *Gastrointest Endosc* 2008;67:332–7.
25. Stroppa I., Milito G., Lionetti R. et al. Rectal laterally spreading tumors successfully treated in two steps by endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection. // *BMC Gastroenterol* 2010;10:135.
26. Tanaka S., Oka S., Kaneko I. et al. Endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasia: possibility of standardization. // *Gastrointest Endosc* 2007;66(1):100–7.
27. Parks A.G. The place of local excision in the treatment of carcinoma of the rectum. // *An gastroenterol et hepatol* 1977;7:771–5.
28. Филон А.Ф., Пересада И.В., Челноков М.В. Выбор метода лечения крупных аденом прямой кишки. // *Колопроктология* 2011;2:13–17. [Filon A.F., Peresada I.V., Chelnokov M.V. Selection of method of treatment of major adenomas of the rectum. *Koloproktologiya* // Coloproctology 2011;2:13–17. (In Russ.)].
29. Мансуров Ю.В. Трансанальное эндохирургическое удаление ворсинчатых опухолей прямой кишки с использованием стабильного расширяющегося конусовидного операционного доступа. // *Эндоскопическая хирургия* 2010;3:40–5. [Mansurov Yu.V. Transanal endosurgical removal of villous tumors in the rectum with the use of stable expanding tapered operative // *Endoscopic Surgery* 2010;3:40–5. (In Russ.)].
30. Васильев С.В., Попов Д.Е., Черниковский И.Л., Григорян В.В. Использование методики трансанальной эндоскопической микрохирургии в лечении новообразований прямой кишки. // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова* 2007;5:65–8. [Vasiliyev S.V., Popov D.E., Chernikovskiy I.L., Grigoryan V.V. Use of the methodology of transanal endoscopic microsurgery in treatment of neoplasm, s of the rectum. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova* = I.I. Grekov Surgery Herald 2007;5:65–8. (In Russ.)].
31. von Flüe M., Harder F. Transanal endoscopic microsurgery (TEM): indications and limitations. // *Schweiz Med Wochenschr* 1994;124(41):1800–6.
32. Buess G., Hutterer F., Theiss J. et al. A system for a transanal endoscopic rectum operation. // *Chirurg* 1984;55:677–80.
33. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С., Царьков П.В. и др. Трансанальная микрохирургия в лечении опухолей прямой кишки. *Российский онкологический журнал* 2002;4:20–5. [Vorobiyev G.I., Odaryuk T.S., Tsarkov P.V. et al. Transanal microsurgery in treatment of tumors of the rectum. // *Russian Journal of Oncology* 2002;4:20–5. (In Russ.)].
34. Grund K.E., Storek D., Farin G. Endoscopic argon plasma coagulation (APC). First clinical experiences in flexible endoscopy. *Endosc Surg Allied Technol* 1994;2(1):42–6.
35. Brooker J.C., Saunders B.P., Shah S.G. et al. Treatment with argon plasma coagulation reduces recurrence after piecemeal resection of large sessile colonic polyps: a randomized trial and recommendations. // *Gastrointest Endosc* 2002;55(3):371–5.
36. García A., Núñez O., González-Asanza C. et al. Safety and efficacy of argon plasma coagulator ablation therapy for flat colorectal adenomas. *Rev Esp Enferm Dig* 2004;96(5):315–21.
37. Neneman B., Gasiorowska A., Malecka-Panas E. The efficacy and safety of argon plasma coagulation (APC) in the management of polyp remnants in stomach and colon. // *Adv Med Sci* 2006;51:88–93.

Кабул қилинган сана 20.04.2023