



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

5 (79) 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. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
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. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
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)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 611.381.616.381-002-031.81

**Z-SHAKLIDAGI FIKSATSIYALANGAN LAPAROSKOPIK PERITONEAL
BIOPSIYANING QIYOSIY TAHLILI**

¹Rahimov B.K. <https://orcid.org/0009-0008-0680-0929>

²Rasulov H.A. <https://orcid.org/0009-0002-5160-2733>

³Karimov M.Sh. <https://orcid.org/0009-0002-2216-3700>

¹ Toshkent Kimyo xalqaro universiteti Uzbekiston 100121, Toshkent, Shota Rustaveli ko'chasi 156
tel: +998 (78) 129-40-40 E-mail: info@kiut.uz

² Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi 223,
tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

³ Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.uz

✓ **Rezyume**

Ushbu maqolada laparoskopik usulda peritoneal biopsiyaning minimal invaziv usulini ishlab chiqish, asoratlanish xavfini kamaytirish bilan birga namunalar hajmini oshirish (6x6 mm) va sifatini ta'minlash maqsadida keltirilgan usul yoritilgan. Qorin bo'shlig'ining bir qismiga Z shaklidagi chokni oldindan o'rnatib, so'ngra video nazorati ostida maqsadli ravishda to'qimalarni yig'ish usuli taklif etilgan. Usul klinik amaliyotda sinovdan o'tgan. I.Irgashev nomidagi 4-sonli shahar klinik shifoxonasining xirurgiya bo'limiga turli etiologiyali peritonit bilan yotqizilgan 30 nafar va 27 nafar rejali tarzda davolangan bemorlardan ushbu usul yordamida qorin parda namunalari olindi. Gistologik tekshiruvning ma'lumotlar tarkibi to'qimalar arxitekturasi saqlanishi, 100% hollarda qon ketish va teshilishlarning yo'qligi tufayli oshirildi (57 bemordan qon ketish yoki qo'shni kavak a'zolarining teshilishi bilan bog'liq birorta ham holat kuzatilmagan). Biz tomonimizdan taklif etilayotgan usul xavfsizlik va diagnostika qiymati bo'yicha an'anaviy analoglardan ustun.

Kalit so'zlar: fiksatsiyalangan laparoskopik Z shaklidagi peritoneal biopsiyaning qiyosiy tahlili.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИКСИРОВАННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ Z-
ОБРАЗНОЙ БИОПСИИ БРЮШИНЫ**

¹Рахимов Б.К. <https://orcid.org/0009-0008-0680-0929>

²Расулов Х.А. <https://orcid.org/0009-0002-5160-2733>

³Каримов М.Ш. <https://orcid.org/0009-0002-2216-3700>

¹ Ташкентский международный химический университет, Узбекистан 100121, г. Ташкент,
улица Шота Руставели, 156 тел: +998 (78) 129-40-40 E-mail: info@kiut.uz

² Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент,
ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

³ Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент,
Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ **Резюме**

В данной статье описывается разработанный минимально инвазивный метод лапароскопической перитонеальной биопсии с целью увеличения объема образцов (6x6 мм) и обеспечения качества при одновременном снижении риска осложнений. Предложен способ целенаправленного сбора тканей с предварительным наложением Z-образного шва на часть брюшной полости с последующим видеоконтролем. Метод апробирован в клинической практике. С помощью данного метода были взяты образцы брюшины у 30 и 27 пациентов, поступивших в хирургическое отделение Городской клинической больницы №4 имени

И.Иргашева с перитонитом различной этиологии и получавших плановое лечение. Содержание данных гистологического исследования было увеличено за счет сохранения тканевой архитектуры, отсутствия кровотечений и перфораций в 100% случаев (у 57 больных не было ни одного случая кровотечения или перфорации соседних полых органов). Предлагаемый нами метод превосходит традиционные аналоги по безопасности и диагностической ценности.

Ключевые слова: сравнительный анализ, фиксированной лапароскопической Z-образной биопсии брюшины.

COMPARATIVE ANALYSIS OF FIXED LAPAROSCOPIC Z-SHAPED PERITONEAL BIOPSY

¹Rahimov B.K. <https://orcid.org/0009-0008-0680-0929>

²Rasulov H.A. <https://orcid.org/0009-0002-5160-2733>

³Karimov M.Sh. <https://orcid.org/0009-0002-2216-3700>

¹Tashkent International University of Chemistry Uzbekistan 100121, Tashkent, Shota Rustaveli Street 156 tel: +998 (78) 129-40-40 E-mail info@kiut.uz

²Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

³Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ *Resume*

This article describes the proposed method for developing a minimally invasive laparoscopic method of peritoneal biopsy, increasing the size of the sample (6x6 mm) and ensuring its quality, while reducing the risk of complications. A method of targeted tissue collection under video surveillance with preliminary insertion of a Z-shaped suture into a part of the abdominal cavity is proposed. The method has been tested in clinical practice. Using this method, samples of the peritoneum were taken from 30 patients admitted to the surgical department of the 4th City Clinical Hospital named after I. Irgashev with peritonitis of various etiologies and from 27 patients receiving planned treatment. The data content of the histological examination was increased due to the preservation of tissue architecture, in 100% of cases - the absence of bleeding and perforation (in 57 patients, no cases of bleeding or perforation of adjacent hollow organs were observed). The method we propose surpasses traditional analogues in terms of safety and diagnostic value.

Key words: comparative analysis of fixed laparoscopic Z-shaped peritoneal biopsy.

Dolzarblici

Перитонит zamonaviy tibbiyotning yutuqlariga qaramay, yuqori o'lim bilan birga keladigan eng og'ir jarrohlik patologiyalaridan biri bo'lib qolmoqda. Yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlarga ko'ra, ikkilamchi peritonitda o'lim 10-30% ga, septik shok rivojlanishida esa 50% va undan yuqoriroqdir [1, 2]. Ko'p chidamli mikrofloradan kelib chiqqan uchinchi darajali peritonitda bu ko'rsatkich 60-70% dan oshishi mumkin [3]. Peritonitning asosiy sabablari ichki a'zolarining destruktiv kasalliklari (appenditsit, xoletsistit, divertikulit), kavak a'zolarining teshilishi (me'da va/yoki o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi), jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlar va spontan bakterial peritonitdir [4]. Shu bilan birga, mikroblarga qarshi chidamlilikning o'sishi davolashni sezilarli darajada murakkablashtiradi va prognozni yomonlashtiradi [5].

Yuqori tarqalganligi, klinik kechishning turli-tumanligi va yuqori o'lim ko'rsatkichini hisobga olgan holda, peritonit shoshilinch jarrohlikda dolzarb muammo bo'lib qolmoqda.

Qorin bo'shlig'i patologiyalarini (karsinomatoz, turli xil etiologiyali, shaklli, tarqalishli peritonitlar va boshqalar) diagnostikasi yuqori aniqlikdagi biopsiyani talab qiladi, bu davolash taktikasini to'g'ri tanlash va patologik jarayonning muvaffaqiyatli natijasi uchun asosiy mezondir.

Лапароскопик перитонеал биопсиянинг bir necha usullari mavjud bo'lib, ular qorin pardasini vizual tekshirish va to'qimalarning bo'laklarini maqsadli to'plash orqali qorin bo'shlig'i tuberkulyozini tashxislash imkonini beradi [6, 7, 8, 9, 10].

Tadqiqot maqsadi: Laparoskopik peritoneal biopsiyaning minimal invaziv usulini ishlab chiqish, asoratlanish xavfini kamaytirib, namunalar hajmini (6 × 6 mm) va sifatini oshirish.

Materiallar va usullar

I.Irgashev nomidagi Toshkent shahar 4-son klinik shifoxonasining jarrohlik bo'limiga yotqizilgan 57 nafar bemordan tavsiya etilgan usul bo'yicha qorin pardasidan materiallar olindi. Ulardan 30 nafari turli etiologiyali peritonit bilan yotqizilgan bo'lsa, 27 nafari surunkali kasalliklar bo'yicha rejali ravishda operatsiya qilindi. Ulardan 35 nafari ayollar, 22 nafari erkaklar edi. Bemorlarning yoshi 18 dan 72 yoshgacha (o'rtacha yoshi 32,4). Bemorlardagi peritonitning sabablari 1-jadvalda keltirilgan. Biopsiya olishdan oldin bemorlardan yozma ravishda ularning roziligi olingan.

Biz taklif qilgan peritondan biopsiya materialini olishning laparoskopik usuli uchun standart laparoskopik yondashuvdan foydalandik (pnevmoperitoneum 12 mm Hg, 3 troakar). Operatsiya paytida qorin bo'shlig'iga video nazorati ostida kirib, dastlabki tekshiruvni o'tkazgandan so'ng, qorin pardaning shubhali yoki o'zgargan joylari (tugunli, giperemik joylar va boshqalar) tanlanadi. Qorin pardaning tanlangan maydoniga Z shaklidagi chok qo'yiladi (yakuniy bog'lamasdan), bu qorin pardani olgandan so'ng qorin bo'shlig'i nuqsonining ushbu maydonini yopish (bu sohada bitishma paydo bo'lishining oldini oladi) va ishonchli gemostazga erishish imkonini beradi (1, 2-rasmlar). Biopsiya materialini aniq yig'ish laparoskopik asboblari (disektor va qaychi) yordamida qat'iy ravishda qo'llaniladigan chok chegarasida, video nazorati ostida amalga oshiriladi, bu qon ketish xavfini kamaytiradi va to'qimalarning etarli hajmini olishni ta'minlaydi. Olingan namuna mezoteliy qatlami tepada bo'lishini ta'minlab, tiqin plastinkasiga joylashtiriladi, 4% formalinda mahkamlanadi, steril idishga solinadi va gistologik tekshiruvga yuboriladi.

Baholash mezonlari:

- To'qimalar hajmi (gistometriya);
- Asoratlarning uchrashi (intra- va operatsiyadan keyingi);
- Diagnostika aniqligi (yakuniy tashxis bilan solishtirish).

1-jadval.

Laparoskopik peritoneal biopsiya usulini o'rganishga kiritilgan bemorlarda nozologiyalarning qiyosiy tahlili

| Nozologiya | Bemorlarning soni (n=57) | % |
|---|-----------------------------|------------|
| O'tkir destruktiv appendisit | 11 | 19,3 |
| O'tkir destruktiv xoletsistit | 8 | 14 |
| Me'da va/yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi teshilishi | 6 | 10,5 |
| Pelvioperitonit | 3 | 5,3 |
| O'tkir pankreatit | 1 | 1,8 |
| O'tkir silli peritonit | 1 | 1,8 |
| Surunkali toshli xoletsistit | 17 | 29,8 |
| Qorin old devori churrallari | 10 | 17,5 |
| Barchasi | 57 | 100 |

Operatsiyadan keyingi davrda operatsiya guruhi qo'shimcha manipulyatsiyalarni talab qilmaydi, chunki qo'llaniladigan chok qon ketishini kamaytiradi va to'qimalarni yig'ish maydonini bitishini tezlashtiradi.

Ushbu usulning samaradorligi mezonlari aniqroq tashxis qo'yishdir (masalan, peritonitning tabiatini tekshirish, qorin parda sili, o'sma o'zgarishlarini aniqlash), asoratlarning yo'qligi yoki minimal soni (tomirlarning shikastlanishi, istalmagan qon ketish), shuningdek takroriy diagnostika muolajalari uchun zarur bo'lgan vaqtni qisqartirish (2-jadval).

Ushbu taklif etilayotgan usul uchun biz O'zbekiston Respublikasi Adliya vazirligidan IAP 8052-sonli Ixtiroga patent oldik [11].

An'anaviy usul bilan taqqoslash

| Parametr | Taklif etilgan usul | Prototip [6] |
|---------------------------|----------------------------|---------------------|
| Namunaning o'rtacha hajmi | 6×6 mm | 3×3 mm |
| Qon ketishi | 0% | 8% |
| Tashxis aniqligi | 98% | 85% |

* Usul laparoskopik jarrohlik tajribasini talab etadi

Natijalar va tahlillar

Toro A. va hammualliflarning usuli (2014) quyidagi tarzda amalga oshiriladi. Bemor operatsiya stoliga chaqancha holatda umumiy og'riqsizlantirish ostida (endotraxeal intubatsiya) yotqiziladi. Kamera uchun maxsus troakar kichik kesma (odatda kindik yaqinida) orqali kiritiladi (Hasson yoki standart usul yordamida), so'ngra pnevmoperitoneum yaratiladi va qorin bo'shlig'i laparoskop yordamida tekshiriladi. Agar shubhali o'zgarishlar aniqlansa (astsitlar, qorin parda tugunlari, kattalashgan limfa tugunlari, qorin pardaning qalinlashgan joylari), asboblardan uchun qo'shimcha portlar kiritiladi. Videokamera nazorati ostida biopsiya forsepslari yordamida gistologik tekshirish uchun kichik to'qimalarning bo'laklari (qorin pardasi yoki ko'rinadigan tugunlardan) olinadi. Olingan namunalardan steril idishlarga joylashtiriladi va laboratoriyaga yuboriladi. Biroq, bu usulning kamchiliklari bor:

– olingan to'qimalarning hajmi ko'pincha kichik ($\leq 3 \times 3$ mm) bo'lib, bu diagnostik xatolarga olib kelishi mumkin [6, 7];

– atrofdagi to'qimalarga shikast etkazish xavfi mavjud (qon ketish, ichak teshilishi), ayniqsa kuchli ifodalangan bitishmalar bo'lsa (12% hollarda [8, 9]);

– bu usul katta hajmdagi material kerak bo'ladigan qorin pardaning ba'zi atipik yoki keng tarqalgan shikastlanishlarida har doim ham samarali emas. Va, natijada, takroriy aralashuvlar zarurati tug'iladi.

Shuni ham ta'kidlash kerakki, autopsiya materiallari bizga faqat umumiy patologik ko'rinishni beradi, ammo semiz hujayralarining gistofiziologiyasi holatini baholash uchun etarli ma'lumotga ega bo'lmaydi. Shuning uchun biz taklif qilgan, tirik odamlardan olingan biopsiya materiallari peritoneal hujayralar sitoplazmasidan faol moddalarning degranulyatsiyasining haqiqiy rasmini o'rganishga imkon beradi.

Natijalarni solishtirish uchun biz amaliyotdan 2 ta holatni keltiramiz:

Parietal peritondan biopsiya materialini olish uchun ishlab chiqilgan usuldan foydalangan holda 1-klinik misol.

Bemor D., 24 yosh, kasallik tarixi raqami 7462, 2020-yil 6-oktabr kuni o'ng qovurg'a ravog'I ostida, epigastriyada kuchli og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, umumiy holsizlik shikoyatlari bilan yotqizilgan.

Bemor anamnezda: 3 kundan beri qiynaladi, kasallikning boshlanishini ovqatlanishdagi xatolik bilan bog'laydi.

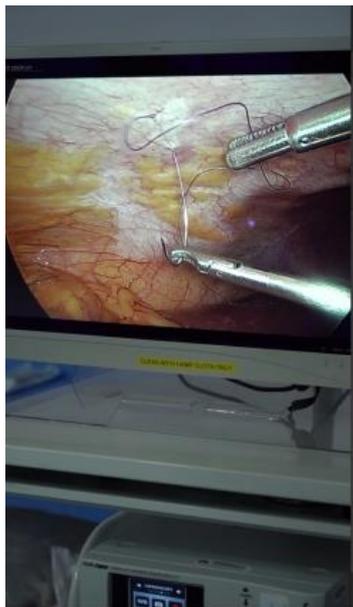
Qabul qilingan paytda bemorning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, xushida. Tana tuzilishi to'g'ri shaklda. Periferik limfa tugunlari kattalashmagan. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalar odatiy rangda. Auskultatsiyada o'pkada vezikulyar nafas aniqlanadi. Xirillash yo'q. Puls – daqiqada 94 zarba. Qon bosimi – 110/70 mm Hg. Yurak tovushlari ritmik, bo'g'iq. Til nam, oq karash bilan qoplangan. Qorin kattalashmagan, shishmagan, simmetrik, o'ng yarmi nafas olish aktida biroz orqada qoladi. Paypaslaganda o'ng qovurg'a ravog'I ostida og'riq aniqlanadi, qorin old devorining mushaklarida taranglik kam ifodalangan. O't pufagining tubi paypaslanmaydi. Mussi, Ortner, Merfi belgilari musbat. Shchetkin-Blumberg simptomi o'ng hipokondriyunda va o'ng yonbosh mintaqasida ijobiy, bu erda mushaklarning taranglanishi ham mavjud. Jigar va qora taloq paypaslanmaydi. Perkussiyada to'mtoqligi saqlanganligi aniqlanadi, lateral kanallarda bog'iqlik yo'q. Auskultatsiyada ichak peristaltikasi aniqlanadi. Najas va diurez mustaqil. Tukillatish simptomi ikki tomondan manfiy. Siydik chiqarish buzilmagan, peshob normal rangda. Qon tahlili ko'rsatkichlari: Hb-124 g/l; leykotsitlar- $13,1 \times 10^9/l$;

EChT - 25 mm/soat. Qon biokimyosi: ALT-27,8 U/l, AST-24,3 U/l; bilirubin 36,5 mkmol/l; glyukoza 4,2 mmol/l; mochevina 5,3 mmol/l; kreatinin 95,2 mkmol/l. Koagulogramma: Faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti (FQTV) 33,4 sek.; Fibrinogen 2,95 g/l; Xalqaro normalangan nisbat (XNN) 1,25; PTI 70,2%; PTV 15,7 sek. Ultratovush tekshiruvda: O't-tosh kasalligi. O'tkir kalkulyoz xoletsistit. Surunkali pankreatit.

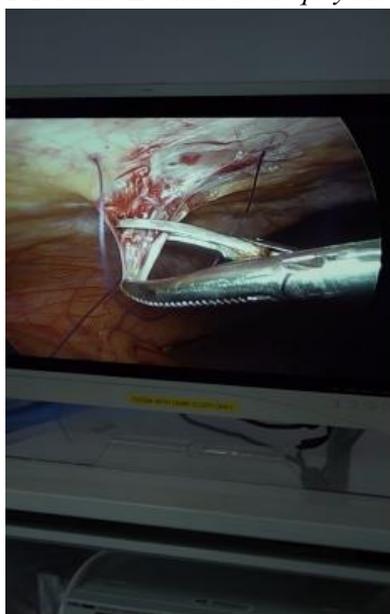
Shikoyatlar va laboratoriya va instrumental tadqiqotlar asosida tashxis qo'yildi: Asosiy: O't-tosh kasalligi. Kavak a'zoning teshilishi? O'tkir kalkulyoz xoletsistit. Peritonit.

15.03.2025 yilda bemorga jarrohlik amaliyoti o'tkazildi – Diagnosti laparoskopiya. Laparoskopik xoletsistektomiya. Qorin bo'shlig'ini sanatsiyalash va drenajlash.

Operatsiya paytida, oldindan yozma rozilik bilan, o'ng qovurg'a ravog'I osti sohasi parietal qorin pardadan biopsiya olindi (1.1, 1.2, 1.3, 1.4-rasmlar).



1-1-rasm. Z-simon chok qo'yish



1-3-rasm. Parietal pardani kesib olish



1-2-rasm. Parietal qorin pardani ajratish



1-4-rasm. Yakuniy ko'rinish

Parietal peritondan biopsiya materialini olish uchun ishlab chiqilgan usuldan foydalangan holda 2-sonli klinik misol.

Bemor N., 56 yoshda (kasallik tarixi 4896) 2020-yil 24-iyun kuni o'ng qovurg'a ravog'i ostidagi kuchsiz og'riqlar va shu sohadagi noqulaylikdan shikoyat qilib, rejali ravishda klinikaga yotqizilgan.

Anamnezdan: bemor 7 yildan beri xolelitiaz bilan og'rigan. Parhezdagi buzilishlardan so'ng, u o'ng qovurg'a ravog'I ostida og'riq va noqulaylik his qiladi.

Qabul qilinganda umumiy ahvoli qoniqarli, xushida. Tana tuzilishi to'g'ri. Periferik limfa tugunlari kattalashmagan. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalar normal rangga ega. Auskultatsiyada o'pkada vezikulyar nafas aniqlanadi. Xirillash yo'q. Puls – daqiqada 65 zarba. Qon bosimi – 130/80 mm Hg. Yurak tovushlari ritmik va bo'g'iq. Tili nam, oq karash bilan qoplangan. Qorin yumshoq, kattalashmagan, simmetrik, nafas olishda ishtirok etadi. Chuqur palpatsiya o'ng qovurg'a ravog'i ostida engil og'riq aniqlanadi. O't pufagining tubi paypaslanmaydi. Mussi, Ortner va Merfi belgilari manfiy. Perkussiyada to'mtoqligi saqlanganligi aniqlanadi, lateral kanallarda bog'qlik yo'q. Auskultatsiyada ichak peristaltikasi aniqlanadi. Najas va diurez mustaqil. Tukillatish simptomi ikki tomondan manfiy. Siydik chiqarish buzilmagan, peshob normal rangda. Qon tahlili ko'rsatkichlari: Hb-100 g/l, gematokrit 34,0%; leykotsitlar – $6,7 \cdot 10^9/l$. Qon biokimyosi: ALT - 20,0 U/l; karbamid - 6,1 mmol / l; bilirubin - 22,4 mkmol/l; glyukoza - 6,0 mmol/l. Koagulogramma: PTI 126,3%; Xalqaro normalangan nisbat (XNN) 0,86; PTV 11,0 sek.; Faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti (FQTV) 29,6 sek.; Fibrinogen - 3,11 g/l. Gepatit B, C - manfiy; OIV - manfiy; RW - manfiy. EKG va kardiolog maslahati: yurak ishemik kasalligi. Barqaror angina. FS 1. XK 3. AG 3. Xavf 3. NYHA ga muvofiq SYE 1. Ultratovush: gepatoz 1-2 bosqich. O't tosh kasalligi. Surunkali kalkulyoz xoletsistit. Surunkali pankreatit. Ikkala buyrakning prelitiozi.

Bemorga 2020-yil 24-iyun kuni rejalashtirilgan laparoskopik xoletsistektomiya o'tkazildi.

Oldindan yozma rozilik olgandan so'ng, nazorat guruhi vakili sifatida o'ng qovurg'a ravog'i osti sohasidan laparoskopik usulda parietal qorin pardaning bir qismi olindi.

Laparoskopik biopsiya usullari bo'yicha adabiyot ma'lumotlarini tahlil qilish, shuningdek, biopsiya forsepslari bilan an'anaviy material to'plashning aniqlangan kamchiliklari asosida biz peritoneal hududni Z shaklidagi chok bilan qo'shimcha mahkamlash rejimini taklif qildik, bu kattaroq o'lchamdagi qorin parda to'qimasini olish va sohani ishonchli yopish, ya'ni biopsiya maydonini peritonizatsiya qilishga yordam beradi. Bu jarohatni minimallashtirish bilan birga to'liqroq material to'plashni ta'minlaydi.

Shunday qilib, olingan ma'lumotlarning qiyosiy tahlili shuni ko'rsatadiki, Z-shaklidagi chok (fiksatsiya + gemostaz) va video nazorati ostida nuqtali namuna olish kombinatsiyasi yuqoridagi muammolarni hal qiladi.

Shuningdek, tavsiya etilgan usulning afzalliklari quyidagilardan iborat:

1. Z-simon chok qon tomirlari bilan qoplangan joylarda ham qon ketishini oldini oladi, bu muvaffaqiyatli gemostaz uchun muhimdir.

2. Olingan to'qimalar namunalarining sifati mezoteliyni saqlab qolish imkonini beradi, bu aniq tashxis qo'yish uchun juda muhimdir.

3. Bitishma kasalligida usulning mohiyati o'zgarmaydi, lekin agar kerak bo'lsa, tavsiya etilgan usulning universalligini ta'minlaydigan qo'shimcha portlar qo'llaniladi.

Shuni ta'kidlash kerakki, peritoneal to'qima namunalarini olish uchun tavsiya etilgan ushbu usul laparoskopik chok qo'yish ko'nikmalarini talab qiladi.

Xulosa

Shunday qilib, video nazorat ostida Z shaklidagi chok qo'yish va maqsadli ravishda to'qimalar namunalarini olish usulini qo'llash gistologik tekshiruvning axborot mazmunini oshirishi, atrofdagi to'qimalarning shikastlanishi va qon ketish xavfini kamaytirishi hamda keyingi gistopatologik tahlil uchun yuqori sifatli namunalarni olish imkonini beradi.

Usul qorin bo'shlig'i jarrohligi amaliyotida qorin parda to'qimalaridagi o'zgarishlarni morfologik diagnostika qilish uchun tavsiya etiladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Sartelli M., Coccolini F., Kluger Y. et al. WSES/GAIS/SIS-E/WSIS/AAST global clinical pathways for patients with intra-abdominal infections // *World Journal of Emergency Surgery*. 2021. Vol. 16, № 1. P. 1-24. DOI: 10.1186/s13017-021-00387-8.
2. Рахимов Б.К., Расулов Х.А. Сравнительный клинико-морфологический анализ воспалительного процесса при перитоните // *Назарий ва клиник тиббиёт*. 2023. № 4. С. 242-246.
3. Blot S., De Waele J.J., Vogelaers D. Essentials for selecting antimicrobial therapy for intra-abdominal infections // *Drugs*. 2020. Vol. 80, № 12. P. 1151-1178. DOI: 10.1007/s40265-020-01340-w.
4. Runyon B.A. Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2021 // *Hepatology*. 2022. Vol. 75, № 2. P. 1-5. DOI: 10.1002/hep.32267.
5. De Waele J.J., Boelens J., Leroux-Roels I. Antimicrobial resistance and antibiotic stewardship programs in the ICU: insistence and persistence in the fight against resistance. A position statement from ESICM/ESCMID/WAAAR round table on multi-drug resistance // *Intensive Care Medicine*. 2020. Vol. 46, № 7. P. 1337-1351. DOI: 10.1007/s00134-020-06031-4.
6. Toro A., Di Carlo I., Al-Fakih R. et al. Laparoscopic peritoneal biopsy for suspected tuberculous peritonitis // *Surgery*. 2014. Vol. 109. P. 330-334. DOI: 10.1016/j.surg.2014.05.012.
7. Sartelli M., Catena F., Ansaloni L. et al. WSES guidelines for management of intra-abdominal infections // *World Journal of Emergency Surgery*. 2017. Vol. 12. P. 1-21. DOI: 10.1186/s13017-017-0149-y.
8. De Waele J.J. Diagnostic accuracy of intra-abdominal fluid collection sampling // *Critical Care*. 2015. Vol. 19. P. 1-9. DOI: 10.1186/s13054-015-1019-1.
9. Nicolau A., Pla J., Martinez A. et al. Laparoscopic Peritoneal Sampling: A Step-by-Step Guide // *Surgical Innovation*. 2022. Vol. 29, № 1. P. 100-108. DOI: 10.1177/15533506211036215.
10. Sanai F.M., Bzeizi K.I. Systematic review: Laparoscopic in the diagnosis of abdominal tuberculosis // *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2015. Vol. 30, № 1. P. 23-31. DOI: 10.1111/jgh.12776.
11. Raximov B.K., Rasulov X.A., Xakimov M.Sh, Nishanov M.F. Qorin pardasidan biopsiya materialini laparoskopik olish usuli. Ixtiro patenti № IAP 8052. Toshkent, 2025

Qabul qilingan sana 20.04.2025