



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM

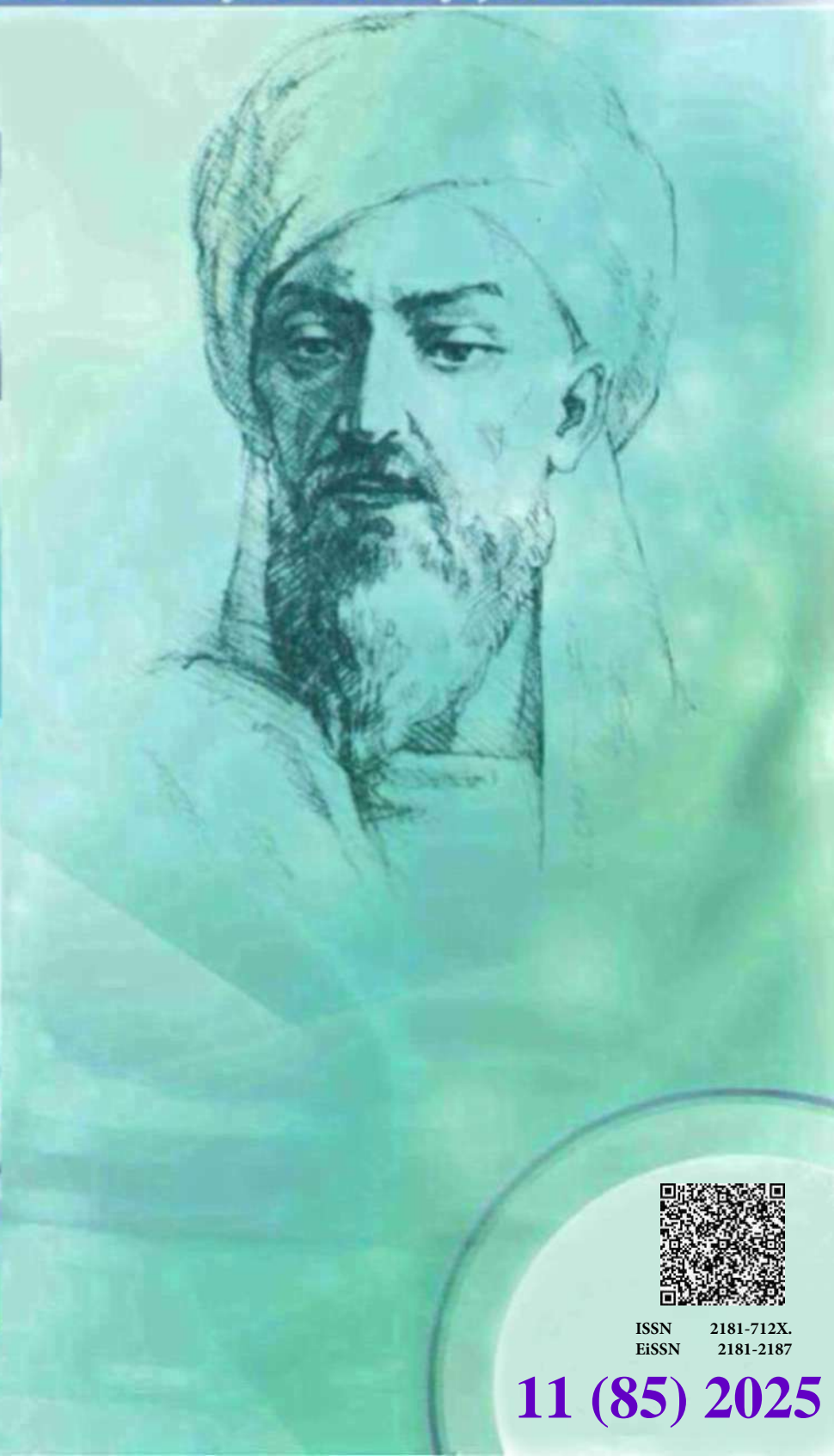


TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

11 (85) 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. ИЛЪЯСОВ
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. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (85)

2025

ноябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.381-007.64-089.87(043.3)

ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛҶҲАЧ ТЕШИГИНИНГ ЧУРРАЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛ НАТИЖАЛАРИ

Шукуров Мамед Баҳодирович [E-mail: mamedshukurov@gmail.com](mailto:mamedshukurov@gmail.com)
Ярикулов Шухрат Шокирович <https://orcid.org/0000-0003-0520-3539>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Мақолада замонавий жарроҳликда диафрагмал чурралар бўйича лапароскопик операцияларни амалга оширишнинг принципиал имконияти ҳануз тўлиқ ҳал этилмаган масала ҳисобланади. Диафрагмал чурраларни аниқлаш етарлича мураккаб ва махсус усулларни талаб қилади. Бу эса кўп ҳолларда кеч жарроҳлик аралашувига олиб келиб, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларининг кўпайишига сабаб бўлади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади — диафрагманинг қизилҶҲАЧ тешиги чурраси билан касалланган беморларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш учун операциявий аралашувнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштиришдир. Ушбу тадқиқот иши, ДҚТЧ билан касалланган 118 нафар беморни даволаш натижасида олинган маълумотларга асосланган. Ушбу беморлар 2016 йилдан 2025 йилгача Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмасининг жарроҳлик бўлимида даволанган беморлар жалб этилган.

Калит сўзлар: гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги; кичик диафрагма чурралари; Лапароскопик антирефлюкс операцияси; Ниссен фундопликацияси.

COMPARATIVE RESULTS OF SURGICAL METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH HERNIAS OF THE ESOPHAGEAL DIAPHRAGM

Shukurov Mamed Bakhodirovich E-mail: mamedshukurov@gmail.com
Yarikulov Shukhrat Shokirovich <https://orcid.org/0000-0003-0520-3539>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

The fundamental possibility of laparoscopic operations for diaphragmatic hernias in modern surgery is still an unresolved issue. Detection of diaphragmatic hernias is quite complicated and requires special methods. In most cases, this leads to late surgical intervention, which leads to an increase in the number of postoperative complications and deaths. The aim of this study is to optimize the tactical and technical aspects of surgical intervention to improve the results of surgical treatment of patients with herniated esophageal diaphragm.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; small diaphragmatic hernias; laparoscopic antireflux surgery; posterior cranial surgery, Nissen fundoplication.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОЙ ОТВЕРСТИЕ ДИАФРАГМЫ

Шукуров Мамед Баҳодирович [E-mail: mamedshukurov@gmail.com](mailto:mamedshukurov@gmail.com)
Ярикулов Шухрат Шокирович <https://orcid.org/0000-0003-0520-3539>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Принципиальная возможность проведения лапароскопических операций по поводу диафрагмальных грыж в современной хирургии до сих пор остается нерешенным вопросом. Выявление диафрагмальных грыж достаточно сложное и требует специальных методов. В большинстве случаев это приводит к позднему хирургическому вмешательству, что приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений и летальных исходов. Целью данного исследования является оптимизация тактических и технических аспектов хирургического вмешательства для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; малые диафрагмальные грыжи; лапароскопическая антирефлюксная операция; задняя крурорафия, фундопликация по Ниссену.

Долзарблиги

Сўнгги йилларда диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси меъда - ичак тизими касалликлари орасида энг кўп учрайдиган патологиялардан бири бўлиб, яра касаллиги, сурункали гастрит ва холециститдан кейин 2–3-ўринни эгаллайди [5,9,16]. Шу сабабли, ушбу мавзунинг долзарблиги сўнгги пайтларда янада ортиб бормокда. Мақсадли текширувлар ўтказилганда бу касаллик тахминан 9% ҳолатларда, кекса ёшда эса 50% ҳолатларда аниқланади [1,4,8,11].

Замонавий жарроҳликда диафрагмал чурралар бўйича лапароскопик операцияларни амалга оширишнинг принципиал имконияти хануз тўлиқ ҳал этилмаган масала ҳисобланади [2,3,5,10]. II - даражали далиллар даражасига эга бўлган адабиёт маълумотларига кўра, лапароскопик операциялар фақат 57–81% ҳолатларда муваффақиятли бажарилган бўлиб, улар барча 10 та периоперацион кўрсаткичлар бўйича очиқ операцияларга нисбатан ишончли даражада самарали ҳисобланади [7,8,12,14]. Шу муносабат билан герниопластиканинг лапароскопик усулларини кенгрок жорий этиш ва уларнинг техникасини такомиллаштириш зарур.

Адабиёт маълумотларига кўра, диафрагмал чурралар ривожланиш частотаси тахминан 2–3% ни ташкил этади. Улар барча диафрагмал чурраларнинг тахминан 13% қисмига тўғри келади. Диафрагмал чурра ривожланиш хавфи ёш ўсиши билан ортиб боради: 40 ёшгача бўлган шахсларда бу касаллик 9% ҳолатларда, 70 ёшдан сўнг эса 69% беморларда аниқланади. Аёлларда ушбу патология эркакларга нисбатан тез-тез учрайди [1,5,9,16].

Диафрагмал чурраларни аниқлаш етарлича мураккаб ва махсус усулларни талаб қилади. Бу эса кўп ҳолларда кеч жарроҳлик аралашувиға олиб келиб, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларининг кўпайишиға сабаб бўлади.

Диафрагмал чурралар – бу қорин бўшлиғи аъзоларининг диафрагмадаги табиий ёки патологик тешиклар орқали кўкрак бўшлиғиға силишидир [2,5,8,10].

Ҳозирги вақтда диафрагмал чурраларни жарроҳлик йўли билан тузатишнинг турли хил усуллари мавжуд бўлиб, бу амалда уларнинг ҳеч бири амалдаги жарроҳлар талабига тўлиқ жавоб бермаслигини кўрсатади.

Яқинда ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, катта чурра тешиги ва диафрагма куракчалари диастази мавжуд бўлган ҳолларда крурорафиянинг барқарор эмаслиги эҳтимоли юқори бўлади. Диафрагманинг қизилўнгач тешигини аллопластика усулида мустаҳкамлаш анатомик рецидивлар частотасини камайтиради, бироқ грыжа ҳажмиға қараб аллопластика қўллаш кўрсатмалари ҳалигача аниқ шакллантирилмаган, шунингдек, операциянинг оптимал усули ҳам белгилаб қўйилмаган [5,6,9,11].

Шу тариқа, замонавий маҳаллий ва хорижий адабиёт манбаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, катта ва гигант диафрагмал чурралар ханузгача долзарб тиббий муаммо бўлиб қолмокда. Аллопластика усули катта ва гигант чурраларда клиник жиҳатдан самарали эканлиги тадқиқотлар билан исботланган бўлса-да, узоқ муддатли натижалар рецидивлар частотасининг юқори эканлигини кўрсатади. Шу сабабли, бугунги кунда катта ва гигант диафрагмал чурраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг оптимал усулини топиш бўйича изланишлар давом этмокда. Бу эса операциядан кейинги асоратлар ва рецидивлар хавфини камайтириш имконини бериши лозим.

Ушбу тадқиқотнинг мақсади: диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси билан касалланган беморларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш учун операциявий

аралашувнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштиришдир.

Материал ва тадқиқот усуллари

Ушбу тадқиқот иши, ДҚТЧ билан касалланган 118 нафар беморни даволаш натижасида олинган маълумотларга асосланган. Ушбу беморлар 2016 йилдан 2025 йилгача Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмасининг жарроҳлик бўлимида даволанган.

Илмий тадқиқотимиздан кўзланган асосий мақсад, ДҚТЧ билан касалланган беморларни анъанавий лапароскопик усулда фундопликация қилиш жарроҳлик амалиёти (таққослаш гуруҳи) натижаларини ушбу усулга қўшимча равишда интероперацион Блекмор зондини қўллаб лапароскопик фундопликация қилиш (асосий гуруҳ) натижалари самарадорлиги қиёсий баҳолашдан иборат.

Тадқиқотга жалб этилган барча беморларни даволашда Ниссен усулида лапароскопик фундопликация амалиётидан фойдаланилди. Даволаш натижалари узоқ муддатли даврда беморларни бевосита чақириб ва текшириб кўриш, шунингдек, анкета тўлдириш ва телефон орқали сўров ўтказиш йўли билан ўрганилди.

Илмий тадқиқотимизнинг мақсад ва вазифаларидан келиб чиққан ҳолда барча беморлар иккита катта гуруҳга ажратиб ўрганилди.

Ўрганилган беморларнинг умумий сонидан 2016 йилдан 2020 йилгача даволанган 58 нафар бемор таққослаш гуруҳга киритилган бўлиб, уларнинг маълумотлари касаллик тарихлари асосида ретроспектив равишда ўрганилган. Ушбу беморларда лапароскопик фундопликация амалиёти Ниссен усулида бажарилган. Иккинчи - асосий гуруҳга 2021-2024 йиллар давомида даволанган 60 нафар беморлар киритилган бўлиб, таққослаш гуруҳидан фарқли лапароскопик фундопликация амалиётига қўшимча равишда интероперацион Блекмор зондини қўллаб ДҚТЧ коррекцияси бажарилган.

Барча 118 нафар беморлар ДҚТЧ ташхиси билан стационар шароитда госпитализация қилинган ва режали равишда жарроҳлик амалиёти бажарилган.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ)нинг 2012 йилги таснифига кўра, беморлар қуйидагича ёш гуруҳларига бўлинган: ёш (20-44 ёш), ўрта ёш (45-59 ёш), кекса ёш (61-74 ёш) ва қарилик ёши (75-89 ёш) (2.1.2-жадвал).

Таққослаш гуруҳи беморларининг ўртача ёш кўрсаткичи $48 \pm 11,7$ ёшни ташкил этди. Асосий гуруҳ беморларининг ўртача ёш кўрсаткичи $49 \pm 12,7$ ёшни ташкил этди. Умумий 118 нафар беморларнинг асосий қисми яъни 87% ни 21 ёшдан 60 ёшгача бўлган аҳолининг меҳнатга лаёқатли қатлами ташкил этди.

Тадқиқотимизга жалб этилган барча беморларга амалиётдан олдинги даврда кенг қамровли ташхисот усулларида, жумладан умумий клиник текширувлар ҳамда махсуслаштирилган текширув усуллари ўтказилди.

Ушбу умумий текширувлар беморлар шикояти, касаллик анамнези, ҳаёт кечириш тартиби, беморлардаги ёндош касалликлар ҳамда беморнинг обектив ҳолатларини ўз ичига олади.

Бундан ташқари, ультратовуш текшируви, ультратовуш дуплекс сканерлаш, Электрокардиография, фиброэзофагогастродуоденоскопия, эхокардиография, рентгенография, компьютер томографияси каби инструментал усуллар қўлланилган.

Қоннинг умумий клиник таҳлилида гемоглобин, қизил ва оқ қон таначалари, тромбоцитлар кўрсаткичи аниқланди ва эритроцитлар чўкинди реакцияси ўрганилди. Қон биокимёвий таҳлилларига билирубин, мочевино, креатинин, умумий оксил, трансаминазалар, амилаза ва глюкозани аниқлаш қиради.

Коагулограммада протромбин вақтини (ПТВ), Квик буйича протромбин индексини (КПИ), халқаро нормаллаштирилган нисбатни (ХНН), фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақтини (ФҚТВ) ва фибриногенни аниқлаш киритилган.

Бундан ташқари касалхонага беморлар мурожат қилган заҳоти барча беморларга махсус текширувлардан эзофагофиброгастродуоденоскопия (ЭФГДС), рентгенологик текширувлар, меда шираси таҳлиллари, кўрсатма асосида колоноскопия текширувлари олиб борилди. ЭФГДС текшируви одатдаки усулда эндоскоп ускунаси “Olimpus” (Япония) GIF-Q20, GIF-XQ30 ёрдамида амалга оширилди. Бемор операция столига чап ёнбоши билан ётқазилди ва оёқларини биров букиш сўралди. Маҳаллий оғриқсизлантириш мақсадида беморга 2% ли лидокаин

эритмаси ёки спрей кўриниши томоқга сепилди ва томоқни чайиб ютиш сўралди. Кейинги босқичда эндоскоп бемор тилига қўйиб, ютиш ҳаракатларини бажариш сўралди, секинлик билан эндоскоп қизилўнгачга юборилди. Эндоскопни юбориш давомида қизилўнгач ва меъданинг шиллик қаватлари ҳолатлари, ДҚТЧ асоратлари бор-йўқлигига, қизилўнгачнинг терминал ҳолатига, кардиал сфинктер ҳолатига ҳамда рефлюкс бор-йўқлигига баҳо берилди. Кўрсатма асосида патологик соҳадан биопсия олинди ва цитологик текширувга юборилди. ЭФГДС текширув натижалари қуйида 1 – жадвалда келтирилган.

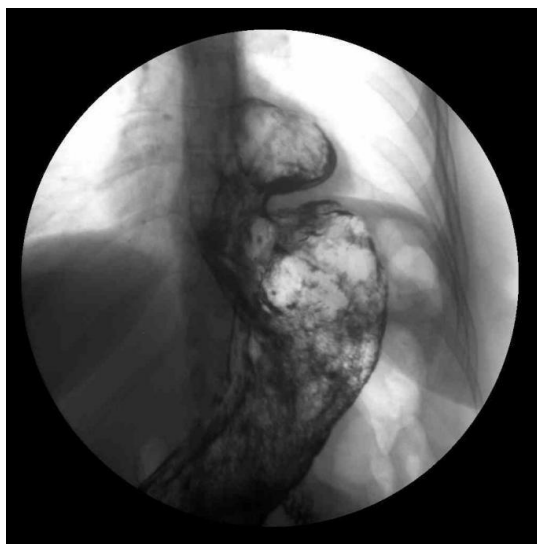
1- жадвал

ЭФГДС таҳлил натижалари асосида беморлар тақсимланиши

Натижалар	Беморлар сони	
	Абс.	%
ДҚТЧ	118	100
Меда ва 12 б/и яраси	6	5
Эрозив-фибриноз эзофагит	22	18,6
Эзофагит эрозив-геморрагик тури	5	4,2
Эзофагит катарал тури	59	50
Эзофагит эрозив тури	56	47,4

1 – жадвал таҳлили натижаси шуни кўрсатдики, ЭФГДС текшируви натижасида барча беморларда ДҚТЧ ташҳиси тасдиқланди. Ушбу касалликнинг асоратларидан катарал ва эрозив эзофагит мос равишда 50% ва 47,4 % беморларда устунлик қилди.

Беморларда рентген таҳлиллари «Аpollo» ускунасида олиб борилди. Бунда меда ва 12 бармокли ичакни рентгенография, рентгеноскопия текширувлари ҳамда кўрсатма асосида рентгенбаллоннография ва ирригография текширувлари ўтказилди. Бунда текширувлар авваламбор рентгенконтрас моддасиз қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси рентген тешируви бажарилди. Ушбу текширув асосида биринчи навбатда қизилўнгач девори ҳолатига ва бўшлиғидаги субклиник миқдорига эътибор қаратилди. Бундан ташқари кўкс оралиғи ҳолати, диафрагманинг нафас ҳаракатларига боғлиқ ҳаракатланишига, чурралар ҳолати ўрганилди.



1- расм. Бемор Ш.Т. 1978 й.

Шундан сўнгра, беморга вертикал ҳолатда 100-200 мл контраст модда (барий сульфат) қоришмаси ичирилди. Бунда қизилўнгачнинг ўтказувчанлик ҳолатига, Гис бурчаги ҳолатига, шиллик қаватлар бурмаларига эътибор қаратилди. Кейинги босқичда меда ва ичаклар ҳолати назорат қилинди. Бунда ДҚТЧ борлигига шубҳа қилинганда беморни вертикал ҳолатдан горизантал ҳолатга ўтказилди. Кўрсатма асосида Тренделенбург ҳолатига ўтказилиб текширув давом эттирилди. Шундан сўнгра

бемор яна вертикал ҳолатга ўтказилиб медадаги контраст модданинг миқдорига, ҳаво пуфакчалари ҳолати кўздан кечирилди (1 - расм).

Рентгенологик текширувлар барча беморларда қабул қилинган кунда ҳамда операциядан кейинги узоқ муддатли кузатувлар давомида яъни, 3, 6, 12 – ойларда кўрсатма асосида олиб борилди.

Бундан ташқари 18 (15,2%) нафар беморларда хавфли ўсма жараёнларга шубҳа қилинганда ДҚТЧ дифференциал ташхислаш мақсадида МСКТ таҳлиллари олиб борилди. ДҚТЧ га хос бўлган белгилар қизилўнгач тешиги соҳасидаги диафрагма оёқчалари оралиқ масофаси 1,0 см дан ошиб кетиши ҳамда меданинг ушбу тешикдан силжиб чиқиши, ҳамда ҳаво пуфакчаларининг аниқланиши бўлиб ҳисобланади.

Даволаш усуллари ва натижалари

Анъанавий жарроҳлик амалиёти биринчи гуруҳ беморларга Нессен-Черноусов бўйича лапароскопик фундопликация ҳамда крурорафия кўринишида бажарилди. Бунда асептик шароитда, умумий оғриқсизлантириш остида киндик устидан 1 см кесма қилинди. Шу кесма соҳасидан қорин бўшлиғига 10 мм троакар киритилди. СО₂ гази билан 15 мм.сим.уст. босим билан пневмоперитонеум ҳосил қилинди. Қорин бўшлиғи аъзолари шу жумладан жигар, ўт қоғи соҳаси ревизия қилинди. Шундан сўнг 4 та қўшимча 0,5 смли кесмалар қилинди, ушбу кесмалар орқали қўшимча 4 та троакар тайёрланди. Ошқозоннинг проксимал қисми диафрагма устида жойлашган ва қизилўнгачнинг диафрагма тешиги орқали медиастинага чиқади, лекин қорин бўшлиғига тушмайди. Ўн икки бармоқли ичак, ингичка ва йўғон ичакларда паталогик жараёнлар бор – йўқлиги ревизия қилинади. Ошқозоннинг проксимал қисми мобилизация қилингандан кейин диафрагманинг ўнг ва чап оёқлари ажратилади, кейинги этапда қизилўнгачнинг қорин қисми мобилизация қилинди.

Шундан сўнг қизилўнгачнинг диафрагма тешиги ўлчами ўлчанди. Ошқозоннинг кардиал ва фундал қисмлари кўкс оралиғига чўзилган, диафрагма устида жойлашган ҳолатда эканлиги аниқланди. Ошқозон проксимал қисмдаги катта эгрилик бўйлаб қисқа ошқозон артерияларини боғлаш ва кесиш орқали мобилизация қилинди. Қалин ошқозон найчаси ёрдамида Ниссен фундопликацияси ўтказилди. Диафрагма оёқларига 2 та тугунли чоклар қўйилди.

Фундопликация манжетининг ўтказувчанлигини текширилди 1,5 см қалинликдаги ошқозон найчаси қаршиликсиз ўтиши назорат қилинди. Ингичка назогастрал зон қўйилди. Ўнг кокурға ости соҳасидан контурапертура орқали чап ёнбош канал ва диафрагма ости соҳа дренажланди. Жароҳат тикилди. Асептик боғлам қўйилди.

Таккослаш гуруҳидан фарқли равишда II – асосий гуруҳ беморларни Нессен-Черноусов бўйича лапароскопик фундопликация ҳамда крурорафия амалиётини бажаришда интероперацион Блекмор зонди қўлланди. Бунда жарроҳлик амалиёти анча осонлаштирилганлиги, интероперацион кўриш майдони сифатини сезиларли даражада яхшилади, клиник жиҳатдан қийин ҳолатларда анатомик чегараларни аниқлашга ёрдам берди. Анъанавий тарзда бажарилган Ниссен фундопликацияси бажарилган кардиал қисмнинг анатомик чегаралари аниқ ҳолатда кўришда қийинчиликлар юзага келди. Бунда Блекмор зондининг баллон қисмини шишириш орқали кардиал қисмни визуализация қилиш ва аниқ фиксация қилиш нуқталарини белгилаш осонлашди. Бу эса ўз навбатида операциянинг техник аниқлигини оширишга ҳамда эзофагогастрал узилиш чизиғини аниқлашда ёрдам берди. Фундопликациянинг сифатини яхшилаш билан бир қаторда эҳтимолий рецидивлар сонини камайтиришга олиб келди.

Операциядан кейинги даврда беморлар ўртача 6-8 соатларда фаол ҳолатга ўтишни бошлади. Ошқозондан зонд операциядан кейинги биринчи кунларда олиб ташланди. Истисно ҳолатларда, агар ошқозондан эвакуация бузилиши ривожланса, бундай ҳолларда зонд меъда функцияси тиклангунга қадар сақлаб қолинди ва шу билан бирга, силлиқ мушакларни стимуляция қилишга қаратилган медикаментоз терапия тайинланди. Операциядан кейинги биринчи кунларда беморларга суюқ энтераль озиқланиш тавсия этилди.

Беморларни касалхонадан чиқаришда беморнинг ўз-ўзига хизмат қила олиш қobiliяти ва ўзининг розилиги, кўрсатмалар бўйича дори воситалари билан етарли даражада таминлаш, операция олдидаги ҳолатига мос жисмоний фаоллик, кунига камида 2000 ккал қийматдаги перорал озиқланиш, бундан ташқари гипертермия, лейкоцитоз ва инструментал текширувларда операциядан кейинги йирингли асоратлар белгилари йўқлигига назорат қилинди.

Ушбу олиб борилган илмий ишимизнинг самарадорлигини илмий жиҳатдан баҳолашда қуйидагилар асос сифатида инобатга олинди.

Авваламбор, иккала ҳолатда яъни, анъанавий усулда олиб борилган Ниссен фундопликацияси ҳамда Блекмор зондини интероперацион қўллаб фундопластика амалиёти бажарилган беморларда

бевосита ва узоқ муддатли даволаш натижалари 1, 3, 6, ва 12 ойларда динамик баҳоланди.

Кейинги босқичда ушбу жарроҳлик амалиётларини бир қанча мезонлар асосида баҳолаб чиқилди.

Тадқиқотимизга жалб этилган иккала гуруҳларни таҳлил қилишда интероперацион ва операциядан кейинги мезонларни бирламчи ҳамда узоқ муддатда таққослаш асосида амалга оширилди.

Интероперацион баҳолашда биз операциянинг давомийлиги, операциянинг техник қийинчилик даражаси, фундопластиканинг сифат даражаси, беморларни стационар даволаниш давомийлигига ва албатта жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар энг асосийси мезонлардан бири рецидивлар кузатилишини қиёсий баҳоладик.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврдаги меъзонлардан бири бу термометрия ҳисобланади. Термометрия беморларда стандарт усул билан кунда икки марат кўлтиқ ости соҳасидан ўлчанди ҳамда ҳарорат варақасига белгилаб борилди.

Барча беморларда операциядан кейинги даврда узоқ муддатли натижалар 1, 3, 6 ва 12 ойларда баҳолаб борилди. Бунда беморларда клиник - инструментал текширув натижалари таҳлиллари шунингдек ҳаёт сифати кўрсаткичлари клиник меъзон сифатида белгилаб олинди.

Бунинг учун биз гастроинтестинал симптомларни баҳолаш [GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale)] меъзонида фойдаландик [Kulich KR 2003, 2008]. Гастроинтестинал симптомларни баҳолаш меъзони ошқозон-ичак касалликларининг аломатларини баҳолаш, гастроэнтерологик беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун ишлатилади. У бемор томонидан тўлдирилади ва ҳар бир шкала бўйича симптомларнинг оғирлигини ва ҳаёт сифатини балларда баҳолашга имкон беради. Ушбу сўровнома беморларга операциядан олдин қабул қилинган кунда берилди ва операциядан кейинги давр 1, 3, 6 ва 12 ой мобайнида тўлдириб бориш сўралади.

Сўровнома 5 та бўлим ва тегишли равишда 15 та саволлардан таркиб топган. Ҳар бир бўлимнинг ўзига тегишли бўлган саволлар гуруҳлари мавжудки, булар беморларда кузатиладиган клиник белгиларни баллар кўринишида ёритишга имкон яратади (2-жадвал).

2 – жадвал

Беморларда гастроинтестинал симптомларни баҳолаш [GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale)] меъзони.

№	Бўлимлар	Саволлар	Баллар
1	Қориндаги оғриқлар	1,4,5	*
2	Гастроэзофагеал рефлюкс синдроми	2,3	*
3	Диспептик синдром	6,7,8,9	*
4	Диарея синдроми	11,12,14	*
5	Ич қотиш синдроми	10,13,15	*
Умумий балл		1-15	**

* - беморлардаги индивидуал сўровнома асосида баллар йиғиндиси.

** - беморлардаги индивидуал сўровнома асосида жами баллар йиғиндиси.

Сўровномада келтирилган саволларга белгиланган жавоблар 1 дан 7 гача баллар билан белгиланган. Ҳар бир беморга ушбу сўровномалар 4 нусхада (1, 3, 6, ва 12 ойлар учун) берилди ва тўлдириш қоидалари тушунтирилди. Сўровнома тўлдирилган даврларда баллар умумлаштириб борилди.

Шундай қилиб, сўровномалар асосида йиғилган баллар натижалари шуни кўрсатдики баллар қанчалик юқори бўлиши беморлардаги клиник симптомлар шунчалик кучли намоён бўлганлигини кўрсатади ва аксинча.

Хулосалар

1. Анаънавий лапароскопик фундопликация усуллари диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси билан касалланган беморларни даволашда самарадорликка эга бўлсада, операциядан кейинги асоратлар кўрсаткичининг юқорилиги, касалликнинг қайталаниши, операциядан кейинги узоқ муддатли даврларда асоратларнинг кузатилиши билан намоён бўлди.

2. Анаънавий лапароскопик фундопликация усуллари қўшимча равишда интер операцион Блекмор зондини қўллаш билан жарроҳлик амалиётининг техник ва тактик жиҳатини яхшиланиши ушбу беморларда даволаш самарадорлигини оширишда, операциядан кейинги асоратлар кўрсаткичининг кескин камайишига, касалликнинг қайталанишини олдини олишда, операциядан кейинги узоқ муддатли даврларда асоратларнинг кескин камайишига олиб келди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Anvari M, Allen C, Marshall J, Armstrong DA. Randomized controlled trial of laparoscopic Nissen fundoplication versus proton pump inhibitors for the treatment of patients with chronic gastroesophageal reflux disease (GERD): 3 – year outcomes. // *Surgical Endoscopy*. 2016;25(8):2547-5254.
2. Ахмедов Г.К., Гуламов О.М., и др. Роль разных эндоскопических исследований при диагностике и лечении эрозивных и диспластических изменений слизистой оболочки пищевода. // *Вестник врача* 2021;4(101):10-13. ISSN 2181-466X
3. Бобомурадов Б.М., Гуламов О.М., Ахмедов Г.К., Обидов Ш.Х. (2025). Малоинвазивная хирургическая тактика при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. // *Healthway*, 2025;1(2):74-78. <https://doi.org/10.64411/xj5z0919>
4. Гуламов О.М., Ахмедов Г.К., Махмудов С.Б., Нарзуллаев Ш.Ш. Особенности диагностики и хирургической тактики при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. // *Проблемы биологии и медицины*. 2022;3(136):21-24.
5. Гуламов О.М., Бабажанов А.С., Ахмедов Г.К., Алимов Ж.И., Шеркулов К.У. Диагностическая и лечебная тактика при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. // *Вестник науки и образования* 2021;3(106)2:62-66. ISSN 2541-7851.
6. Mirzakhitovich G.O., Sultanbaevich B.A., Keldibaevich A.G., Ibodullayevich A.I. Usmanovich Sh.Q. (2021). Diagnostic and treatment tactics in gastroesophageal reflux disease. *Scientific journal*. ISSN 2541-7851. 2021;3(106/2):62-66.
7. Wileman SM, McCann S, Grant AM, Krukowski ZH, Bruce J. Medical versus surgical management for gastroesophageal reflux disease in adults The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;17(3):45-48.
8. Galmiche JP, Hatlebakk J, Attwood S, Ell C, Fiocca R, Eklund S, Langström G, Lind T, Lundell L. Laparoscopic antireflux surgery versus esomeprazole treatment for chronic gastroesophageal reflux disease: the LOTUS randomized clinical trial. // *Journal of American Medical Association*. 2016;305(19):1969–1977.
9. Rickenbacher N, Koetter T, Kochen MM, Scherer M, Blozik E. Fundoplication versus medical management of gastroesophageal reflux disease: systematic review and meta – analysis. // *Surgical Endoscopy*. 2018;28(1):143-155.
10. Grant A.M., Cotton S.C., Boachie C., Ramsay C.R., Krukowski Z.H., Heading R.C., Campbell M.K. Minimal access surgery compared with medical management for gastroesophageal reflux disease: five – year follow – up of a randomised controlled trial (REFLUX). // *British Medical Journal*. 2018;(346):f1908.
11. Glatzel D, Abdel – Qader M, Gatz G, Pfaffenberger B. Pantoprazole 40 mg is as effective as esomeprazole 40 mg to relieve symptoms of gastroesophageal reflux disease after 4 weeks of treatment and superior regarding the prevention of symptomatic relapse. // *Digestion*. 2018;75(1):69-78.
12. Stefanidis D, Hope WW, Kohn GP, Reardon PR, Richardson WS, Fanelli RD. Guidelines for surgical treatment of gastroesophageal reflux disease. // *Surgical Endoscopy*. 2018;24(11):2647-2669.
13. Peters MJ, Mukhtar A. Meta – analysis of randomized clinical trials comparing open and laparoscopic anti – reflux surgery. // *American Journal of Gastroenterology*. 2018;104(6):1548-1561.
14. Broeders JA, Roks DJ, Ahmed AU, Watson DI, Baigrie RJ, Cao Z, Hartmann J, Maddern GJ. Laparoscopic anterior 180 – degree versus Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease: systematic review and meta – analysis of randomized clinical trial. // *Annals of Surgery*. 2018;257(5):850-859.
15. Khan M, Smythe A, Globe J, Stoddard CJ. Randomized controlled trial of laparoscopic anterior versus posterior fundoplication for gastroesophageal reflux disease. // *Australian and New Zealand Journal of Surgery*. 2018;80(7-8):500-505.
16. Shan C–X, Zhang W, Zheng XM, Jiang D–Z, Liu S, Qiu M. Evidence – based appraisal in laparoscopic Nissen and Toupet fundoplications ifor gastroesophageal reflux disease. // *World Journal of Gastroenterology*. 2018;16(24):3063-3071.

Қабул қилинган сана 20.10.2025