



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. ИСКАНДАРОВ  
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  
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. ІЦЕГОЛОВ (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)

**11 (85)**

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

**2025**  
*ноябрь*

Received: 20.10.2025, Accepted: 06.11.2025, Published: 10.11.2025

УДК 616.381-007.64-089.87(043.3)

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

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

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

✓ *Резюме*

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

**Калим сўзлар:** гастроэзофагиал рефлюкс касаллиги; кичик диафрагма чурралари; Лапароскопик антрефлукс 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](mailto: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](mailto: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 Шуҳрат 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](mailto: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 пищеводной отверстие диафрагмы.

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

## Долзарблиги

С ўнгги 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 бормоқда. 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 ҳануз тўлиқ ҳал этилмаган масала ҳисобланади [2,3,5,10]. II - даражали далиллар даражасига эга бўлган адабиёт маълумотларига кўра, лапароскопик операциялар фақат 57–81% ҳолатларда мудавфақиятли бажарилган бўлиб, улар барча 10 та периоперацон кўрсаткичлар бўйича очиқ операцияларга нисбатан ишончли даражада самарали ҳисобланади [7,8,12,14]. Шу муносабат билан герниопластиканинг лапароскопик усувларини кенгроқ 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 учрайдир [1,5,9,16].

Диафрагмал чурраларни аниқлаш етарлича мураккаб ва маҳсус усувларни талаб қиласди. Бу эса кўп ҳолларда кеч жарроҳлик аралашувига олиб келиб, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларининг кўпайишига сабаб бўлади.

Диафрагмал чурралар – бу қорин бўшлиғи аъзоларининг диафрагмадаги табиий ёки патологик тешиклар орқали кўқрак бўшлиғига силишидир [2.5.8.10].

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

Яқинда ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатади, катта чурра тешиги ва диафрагма куракчалари диастази мавжуд бўлган ҳолларда куруорадиянинг барқарор эмаслиги эҳтимоли юқори бўлади. Диафрагманинг қизилўнгач тешигини аллопластика усулида мустаҳкамлаш анатомик рецидивлар частотасини камайтиради, бироқ грыжа ҳажмига 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 кўрсатади, катта ва гигант диафрагмал чурралар ҳанузгача долзарб тиббий муаммо бўлиб қолмоқда. 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 этмоқда. 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, ДКТЧ 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, ДКТЧ билан касалланган беморларни анъанавий лапароскопик усулда фундопликация қилиш жарроҳлик амалиёти (таққослаш гуруҳи) натижаларини ушбу усулга қўшимча равища интероперацион Блекмор зондини кўллаб лапароскопик фундопликация қилиш (асосий гурух) 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 тадқиқодимизнинг мақсад ва вазифаларидан келиб чиқган ҳолда барча беморлар иккита катта гурухга ажратиб ўрганилди.

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

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

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

Таққослаш гурухи беморларининг ўртача ёш кўрсаткичи  $48\pm11,7$  ёшни ташкил этди. Асосий гурух беморларининг ўртача ёш кўрсаткичи  $49\pm12,7$  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 камровли ташхисот усулларидан, жумладан умумий клиник текширувлар ҳамда маҳсуслаштирилган текширув усуллари ўтқазилди.

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

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

Коннинг умумий клиник таҳлилида гемоглобин, қизил ва оқ кон таначалари, тромбоцитлар кўрсаткичи аниқланди ва эритроцитлар чўқинди реакцияси ўрганилди. Кон биохимёвий таҳлилларига билирубин, мочевина, креатинин, умумий оқсил, трансаминалар, амилаза ва глюкозани аниқлаш киради.

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

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

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 шиллиқ қаватлари ҳолатлари, ДКТЧ асоратлари бор-йўклигига, қизилўнгачнинг терминал ҳолатига, кардиал сфинктер ҳолатига ҳамда рефлюкс бор-йўклигига баҳо берилиди. Кўрсатма асосида патологик соҳадан биопсия олинди ва цитологик текширувга юборилди. ЭФГДС текширув натижалари қўйида 1 – жадвалда келтирилган.

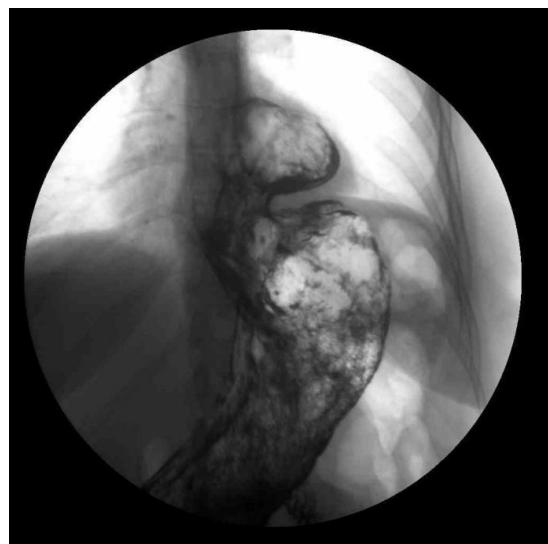
## 1- жадвал

### ЭФГДС таҳлил натижалари асосида беморлар тақсимланиши

Натижалар	Беморлар сони	
	Абс.	%
ДКТЧ	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 кўрсатди, ЭФГДС текшируви натижасида барча bemорларда ДКТЧ ташхиси тасдиқланди. Ушбу касалликнинг асоратларидан катарал ва эрозив эзофагит мос равишда 50% ва 47,4 % bemорларда устунлик қилди.

Беморларда рентген таҳлиллари «Apollo» ускунасида олиб борилди. Бунда меда ва 12 бармоқли ичакни рентгенография, рентгеноскопия текширувлари ҳамда кўрсатма асосида рентгенбаллоннография ва ирригография текширувлари ўтқазилди. Бунда текширувлар авваламбор рентгенконтрас моддасисиз қорин бўшлиғи ва кўкрак кафаси рентген тешириви бажарилди. Ушбу текширув асосида биринчи навбатда қизилўнгач девори ҳолатига ва бўшлиғидаги субклиник миқдорига эътибор қаратилди. Бундан ташқари кўкс оралиғи ҳолати, диагфрагманинг нафас ҳаракатларига боғлиқ ҳаракатланишига, чурралар ҳолати ўрганилди.



1- расм. Бемор Ш.Т. 1978 й.

Шундан сўнгра, bemорга вертикал ҳолатда 100-200 мл контраст модда (барий сульфат) қоришмаси ичирилди. Бунда қизилўнгачнинг ўтқазувчаник ҳолатига, Гис бурчаги ҳолатига, шиллиқ қаватлар бурмаларига эътибор қаратилди. Кейинги босқичда меда ва ичаклар ҳолати назорат қилинди. Бунда ДКТЧ борлигига шубҳа қилинганда bemорни вертикал ҳолатдан горизантал ҳолатга ўтқазилди. Кўрсатма асосида Тренделенбург ҳолатига ўтқазилиб текширув давом эттирилди. Шундан сўнгра

бемор яна вертикал ҳолатта ўтқазилиб медадаги контраст модданинг микдорига, ҳаво пуфакчалари ҳолати кўздан кечирилди (1 - расм).

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

Бундан ташкири 18 (15,2%) нафар bemорларда хавфли ўсма жараёнларга шубҳа қилинганда ДКТЧ диффиренциал ташхислаш мақсадида МСКТ таҳлиллари олиб борилди. ДКТЧ га хос бўлган белгилар кизилўнгач тешиги соҳасидаги диагфрагма ёёқчалари оралиқ масофаси 1,0 см дан ошиб кетиши ҳамда медданинг ушбу тешикдан силжиб чишиши, ҳамда ҳаво пуфакчаларининг аниқланиши бўлиб хисобланади.

### **Даволаш усуллари ва натижалари**

Анъанавий жарроҳлик амалиёти биринчи гурух bemорларга Нессен-Черноусов бўйича лапароскопик фундопликация ҳамда куруорафия кўринишида бажарилди. Бунда асептик шароитда, умумий оғриқсизлантириш остида киндик устидан 1 см кесма қилинди. Шу кесма соҳасидан қорин бўшлиғига 10 мм троакар киритилди. CO<sub>2</sub> гази билан 15 мм.сим.уст. босим билан пневмоперитониум ҳосил қилинди. Корин бўшлиғи аъзолари шу жумладан жигар, ўт копи соҳаси ревизия қилинди. Шундан сўнг 4 та кўшимча 0,5 смли кесмалар қилинди, ушбу кесмалар орқали кўшимча 4 та троакар тайёрланди. Ошқозоннинг проксимал кисми диагфрагма устида жойлашган ва кизилўнгачнинг диагфрагма тешиги орқали медиастинга чиқади, лекин қорин бўшлиғига тушмайди. Ўн икки бармокли ичак, ингичка ва йўғон ичакларда паталогик жараёнлар бор – йўқлиги ревизия қилинади. Ошқозоннинг проксимал кисми мобилизация қилингандан кейин диагфрагманинг ўнг ва чап оёқлари ажратилиди, кейинги этапда кизилўнгачнинг қорин кисми мобилизация қилинди.

Шундан сўнг қизилўнгачнинг диагфрагма тешиги ўлчами ўлчанди. Ошқозоннинг кардиал ва фундал кисмлари кўкс оралиғига чўзилган, диагфрагма устида жойлашган ҳолатда эканлиги аниқланди. Ошқозон проксимал кисмдаги катта эгрилик бўйлаб қисқа ошқозон артерияларини боғлаш ва кесиш орқали мобилизация қилинди. Қалин ошқозон назоати ёрдамида Ниссен фундопликацияси ўтказилди. Диагфрагма оёқларига 2 та тугунли чоклар кўйилди.

Фундопликация манжетининг ўтказувчанлигини текширилди 1,5 см қалинликдаги ошқозон назоати қаршиликсиз ўтиши назорат қилинди. Ингичка назогастрал зон кўйилди. Ўн қовурға ости соҳасидан контуралертура орқали чап ёнбош канал ва диагфрагма ости соҳа дренажланди. Жароҳат тикилди. Асептик боғлам кўйилди.

Таққослаш гурухидан фарқли равишида II – асосий гурух bemорларни Нессен-Черноусов бўйича лапароскопик фундопликация ҳамда куруорафия амалиётини бажаришда интероперацион Блекмор зонди кўлланди. Бунда жарроҳлик амалиёти анча осонлаштирганлиги, 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 қўрища қўйинчиликлар юзага келди. Бунда Блекмор зондининг баллон қисмини шишириш орқали кардиал қисми визуализация қилиш ва аниқ фиксация киши нукталарини белгилаш осонлашди. Бу эса ўз навбатида операциянинг техник аниқлигини оширишга ҳамда эзофагастрал узилиш чизигини аниқлашда ёрдам берди. Фундопликациянинг сифатини яхшилаш билан бир қаторда эҳтимолий рецидивлар сонини камайтишига олиб келди.

Операциядан кейинги даврда bemорлар ўртача 6-8 соатларда фаол ҳолатта 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, силлик мушакларни стимуляция қилишга қаратилган медикаментоз терапия тайинланди. Операциядан кейинги биринчи кунларда bemорларга суюқ энтераль озиқланиш тавсия этилди.

Беморларни касалхонадан чиқаришда bemорнинг ўз-ўзига хизмат кила олиш қобилияти ва ўзининг розилиги, кўрсатмалар бўйича дори воситалари билан етарли даражада тамиллаш, 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 ишимиизнинг самарадорлигини илмий жиҳатдан баҳолашда қўйидагилар асос сифатида инобатга олинди.

Авваламбор, иккала ҳолатда яъни, анъанавий усулда олиб борилган Ниссен фунлоплістикаси ҳамда Блекмор зондини интероперацион кўллаб фундопластика амалиёти бажарилган bemорларда

бевосита ва узок 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 гурухларни таҳлил қилишда интероперацион ва операциядан кейинги мезонларни бирламчи ҳамда узок 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 мезолардан 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 узок 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)] меъзонидан фойдаландик [Kulich KR 2003, 2008]. Гастроинтестинал симптомларни баҳолаш меъзони ошқозон-ичак касалликларининг аломатларини баҳолаш, гастроэнтерологик беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун ишлатилади. У bemор томонидан тўлдирилади ва ҳар бир шкала бўйича симптомларнинг оғирлигини ва ҳаёт сифатини балларда баҳолашга имкон беради. Ушбу сўровнома беморларга операциядан олдин қабул қилинган кунда берилади ва операциядан кейинги давр 1, 3, 6 ва 12 ой мобайнида тўлдириб бориш сўралади.

Сўровнома 5 та бўлим ва тегишли равишида 15 та саволлардан таркиб топган. Ҳар бир бўлимнинг ўзига тегишли бўлган саволлар гурухлари 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	Кориндаги оғриқлар	1,4,5	*
2	Гастроэзофагиал 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	**

\* - bemорлардаги индивидуал сўровнома асосида баллар йигиндиси.

\*\* - bemорлардаги индивидуал сўровнома асосида жами баллар йигиндиси.

Сўровномада келтирилган саволларга белгиланган жавоблар 1 дан 7 гача баллар билан белгиланган. Ҳар бир bemорга 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 кўрсатдиги баллар қанчалик юқори бўлиши bemорлардаги клиник симптомлар шунчалик кучли намоён бўлганлигини кўрсатади ва аксинча.

## Хуносалар

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

2. Анаънавий лапароскопик фундопликация усулларига қўшимча равишида интер операцион Блекмор зондини кўллаш билан жарроҳлик амалиётининг техник ва тактик жиҳатини яхшиланиши ушбу bemорларда даволаш самарадорлигини оширишда, операциядан кейинги асоратлар кўрсаткичининг кескин камайишига, касалликнинг қайталанишини олдин олишда, операциядан кейинги узок муддатли даврларда асоратларнинг кескин камайишига олиб келди.

АДАБИЁТЛАР РҮЙХАТИ:

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):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. *Scientificjournal*. 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 for gastroesophageal reflux disease. // *World Journal of Gastroenterology*. 2018;16(24):3063-3071.

Кабул қилинган сана 20.10.2025