

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРҒАНЧ ФИЛИАЛИ

Д.Ю.БАТИРОВ
З.ЯНГИБАЕВ
Р.Ю.РЎЗИБАЕВ
О.З.ЯНГИБАЕВ
А.П.РАҲИМОВ

**СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ
БИЛАН БИРГАЛИКДА УЧРАЙДИГАН
ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИ
СИМУЛЬТАН ПАТОЛОГИЯЛАРИ
(ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ)**

МОНОГРАФИЯ

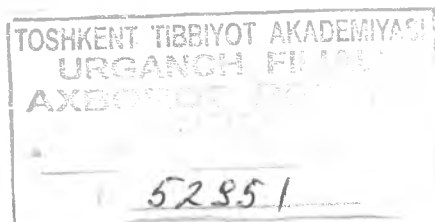


**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИНИНГ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ**

**Д.Ю.Батиров, З.Янгибаев, Р.Ю.Рузибаев, О.З.Янгибаев,
А.П.Раҳимов**

**СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН
БИРГАЛИҚДА УЧРАЙДИГАН ҚОРИН БЎШЛИҒИ
АЪЗОЛАРИ СИМУЛЬТАН ПАТОЛОГИЯЛАРИ
(ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ)**

Монография



Урганч - 2021

УЎК 616.366-002

КБК 54.13

С97

Сурункали тошли холецистит билан биргаликда учрайдиган қорин бўшлиғи аъзолари симультан патологиялари [Матн]: монография / Д.Ю. Ботиров [ва бошқалар].-Урганч: "Қуванчбек-Машхура" МЧЖ, 2021. -140 б.

КБК 54.13

Муаллифлар:

**Д.Ю.Батиров, З.Янгибаев, Р.Ю.Рўзибаев, О.З.Янгибаев,
А.П.Раҳимов**

Тақризчилар:

Ў.С.Исмаилов – Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги Фан ва таълим бош бошқармаси бошлиғи, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

С.Р.Баймаков – Тошкент Давлат стоматология институти Хирургия ва ҳарбий-дала хирургияси кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, доцент.

Монографияда сурункали тошли холецистит билан биргаликда қорин бўшлиғи аъзоларининг жарроҳлик касалликлари кузатилган беморларда замонавий, лапароскопик, каминвазив усуллар ёрдамида бажарилган симультан лапароскопик операцияларнинг натижалари, симультан лапароскопик операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари, уларнинг қўлланилиши, натижалари ва иқтисодий самарадорлиги баён қилинган.

Ушбу монография жарроҳлар, магистрлар, клиник ординаторлар, тиббиёт олийгоҳларининг юқори босқич талабалари ҳамда шу соҳага қизиқиши бўлган шифокорлар учун мўлжалланган.

ISBN 978-9943-6418-6-0

© Д.Ю.Ботиров [ва бошқалар]. “Сурункали тошли холецистит билан биргаликда учрайдиган қорин бўшлиғи аъзолари симультан патологиялари”.
© “Қуванчбек-Машхура” МЧЖ нашриёти. 2021 й.

МУНДАРИЖА

Шартли қисқартмалар	5
Кириш	6
<i>1-Боб. Сурункали тошли холецистит касаллигини даволашнинг замонавий муаммолари</i>	
1.1. Сурункали тошли холецистит касаллигини даволашнинг замонавий муаммолари	9
1.2. Эндовизуал технологияларнинг абдоминал жарроҳликдаги ўрни	14
1.3. Абдоминал жарроҳликда симультан лапароскопик операцияларнинг ўрни, муаммолари ва истикболлари	17
<i>2-Боб. Сурункали тошли холецистит ва қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликда учрайдиган касалликларида лапароскопик технологиялар ёрдамида бажарилган операциялар</i>	
2.1. Беморларининг умумий клиник тавсифи	30
2.2. Симультан лапароскопик холецистэктомия билан битишмаларни ажратиш, аппендэктомия, герниопластика	
2.2.1. Симультан лапароскопик холецистэктомия ва битишмаларни ажратиш	34
2.2.2. Симультан лапароскопик холецистэктомия ва аппендэктомия	37
2.2.3. Симультан лапароскопик холецистэктомия ва герниопластика	42
2.3. Лапароскопик холецистэктомия билан цистэктомия, ихтиёрий жарроҳлик стерилизацияси ва миомэктомия	
2.3.1. Лапароскопик холецистэктомия ва цистэктомия	43
2.3.2. Лапароскопик холецистэктомия ва ихтиёрий жарроҳлик стерилизацияси	47
2.3.3. Лапароскопик холецистэктомия ва миомэктомия	51
2.4. Ўтказилган симультан лапароскопик операциялар натижаларининг таҳлили	52

3-Боб. Сурункали тошли холецистит билан қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликда учрайдиган касалликларида ҳамда операция хавфи юқори бўлган беморларда такомиллаштирилган симультан лапароскопик операциялар натижаларининг таҳлили, уларни қиёсий ўрганиш ва иқтисодий самарадорлигини баҳолаш

3.1. Беморларнинг умумий клиник тавсифи	56
3.2. Симультан лапароскопик холецистэктомия билан битишмаларни ажратиш, аппендэктомия, герниопластика	
3.2.1. Симультан лапароскопик холецистэктомия ва битишмаларни ажратиш	61
3.2.2. Симультан лапароскопик холецистэктомия ва аппендэктомия	66
3.2.3. Симультан лапароскопик холецистэктомия ва герниопластика	71
3.3. Лапароскопик холецистэктомия билан цистэктомия, ихтиёрий жарроҳлик стерилизацияси ва миомэктомия	
3.3.1. Лапароскопик холецистэктомия ва цистэктомия	73
3.3.2. Лапароскопик холецистэктомия ва ихтиёрий жарроҳлик стерилизацияси	75
3.3.3. Лапароскопик холецистэктомия ва миомэктомия	78
3.4. Операция хавфи юқори бўлган беморларда симультан лапароскопик операциялар	80
3.5. Симультан лапароскопик операциялар натижаларининг таҳлили	87
3.6. Симультан лапароскопик операциялар натижаларининг қиёсий таҳлили	91
3.7. Симультан лапароскопик операцияларнинг иқтисодий самарадорлигини баҳолаш	95
Хотима	99
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	116

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР

1. АҚБ - артериал қон босими
2. БИВ - бачадон ичи воситаси
3. ГК - гипертония касаллиги
4. ГИА - тикув аппарати
5. КТ - компьютер томография
6. ЛХЭ - лапароскопик холецистэктомия
7. ЛАЭ - лапароскопик аппендэктомия
8. ЛЦЭ - лапароскопик цистэктомия
9. ЛГП - лапароскопик герниопластика
10. ЛМЭ - лапароскопик миомэктомия
11. ЛИЖС - лапароскопик ихтиёрый жарроҳлик стерилизацияси
12. RW - Вассерман реакцияси
13. СЛО - сиюмуьтан лапароскопик операциялар
14. СТХ - сурункали тошли холецистит
15. УТТ - ультратовуш текшируви
16. ХЭК - холецистэктомия
17. ЭГДФС - эзофагогастроуденофиброскопия
18. ЭКГ - электрокардиография
19. ЭхоКГ - эхокардиография
20. ЮИК - юрак ишемик касаллиги
21. УТ - ультратовуш
22. ЎТХ - ўткир тошли холецистит
23. ҚБАБУК - қорин бўшлиғи аьзоларининг биргаликда учрайдиган касалликлари

КИРИШ

Муаммонинг долзарблиги. Сурункали тошли холецистит (СТХ) дунёда энг кўп тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. Ҳозирги кунга келиб, ер шари аҳолисининг 10-15% ида ушбу касалликнинг учраши ва бу кўрсаткичнинг ҳар 10 йилда ўртача икки баробарга кўпайиб бориши кузатилаётган бўлса, XXI асрнинг иккинчи ярмида жарроҳлик гастроэнтерологияси соҳасида энг асосий муаммо бўлиши башорат қилинмоқда [33, 53, 184]. Бу патологиянинг кўп учрашини ҳисобга оладиган бўлсак, ушбу касаллик билан биргаликда симультан патологияларнинг ҳам кўп учраши табиийдир [31, 186].

СТХни, айниқса унинг асоратланган турларини даволашда ҳозирги кунгача жарроҳлик амалиёти асосий усул бўлиб қолмоқда. Аммо анъанавий жарроҳлик амалиётларидан кейинги асоратлар (5-26%) ва ўлим кўрсаткичи, айниқса, операция хавфини кескин оширувчи ёндош терапевтик касалликлари бўлган беморларда юқориликча (0,3-25,5%) қолмоқда. 60 ёшдан катта беморларда кейинги ҳар 10 йилда ўлим кўрсаткичининг 2 - 3 баробарга ортиши башорат қилинади [4, 27, 42, 54, 58, 59, 66, 72, 199].

Маълумки, СТХ билан 40 ёшдан ошган аёллар кўпроқ касалланади ва уларда СТХ билан гинекологик касалликлар биргаликда кўп учрайди. Бундай симультан патологияларни эса, касалланган аъзоларнинг анатомик жиҳатдан бир – биридан узоқда жойлашганлиги сабабли очиқ усулдаги анъанавий операция йўллари билан ягона кесим орқали бартараф қилишнинг деярли иложи йўқ ва бундай ҳолатга ечим топиш жуда муҳим муаммолардан биридир. Бундан ташқари, аёлларда СТХ билан бирга кузатиладиган симультан патологиялардан ташқари сурункали камқонлик касаллигининг эркакларга қараганда кўпроқ учраши қайд қилинган. Бундай ҳолат операция хавфининг юқорилиги сабабли, шу кунгача ушбу тоифадаги беморларда анъанавий очиқ усуллар билан нафақат симультан, балки оддий операцияларни ўтказишга ҳам монелик қилиб келган [16, 77, 84, 86, 87].

Бу муаммони СТХ билан қорин бўшлиғи аъзоларнинг биргаликда учрайдиган касалликлари (ҚБАБУК) бўлган беморларда ўрганиш эса, унинг долзарблигини бир неча баробарга оширади. Чунки АҚШ, Германия, Англия, Япония, Швеция ва бошқа ривожланган давлатларда ўтказилган аҳолининг оммавий текшириш натижаларига кўра [120], жарроҳлик касалликлари аниқланган беморларнинг 30% ида яна қўшимча бир ёки бир нечта жарроҳлик йўли билан даволаниши керак бўлган патологиялар топилган. Аммо, бундай беморларнинг атиги 6% гача ҳолларда (жаҳоннинг энг йирик ихтисослашган марказларида тажрибали мутахассислар томонидан) симультан операциялар ўтказилади холос [71, 78, 97, 98, 99, 120, 143]. Бу эса ушбу беморлар асосий қисмининг (94% дан кўп) келажакда қайта операция ўтказишга ёки ҳаётининг охиригача касалманд бўлиб қолишига, азоб тортишга маҳкум бўлиб қолишларига олиб келади. Бунга сабаб СТХ ҳамда ҚБАБУКларни даволашда катта лапаротомия кесимлари орқали анъанавий ўтказиладиган операциялардан кейинги асоратлар сонининг (кўп кон йўқотиш, перитонит, тромбоземболик асоратлар, ичаклар парези, жароҳатларнинг йиринглаши, лигатурали оқмалар, операциядан кейинги чурралар, деформацияловчи дағал чандиқлар ва бошқалар) ва ўлим кўрсаткичининг юқорилигича қолаётганидир [53, 55, 56, 57, 67, 68, 126, 133].

XX асрнинг 90 йиллари ўрталаридан бошлаб абдоминал жарроҳликка кириб келган эндовизуал лапароскопик технологиялар қорин бўшлиғининг қайси соҳасида бўлишидан қатъий назар бир вақтнинг ўзида икки ва ундан ортиқ патологияларни бартараф қилиш учун жуда қулай имкониятлар яратди. Лекин, ҳозирги кунгача бундай имкониятлардан тўлиқ фойдаланилмай келинмоқда, чунки бизга маълум даврий адабиётларда ҚБАБУКларида симультан операциялар (анъанавий ва айниқса, лапароскопик) назарий жиҳатдан етарлича тан олинган бўлса-да [11, 14, 70, 74, 82, 85, 198, 214], уларнинг тактик ва техник муаммолари (касаллик тури, уларнинг ривожланиш даражалари, касалланган аъзолар жойлашуви, операция босқичлари кетма-кетлиги, ҳажми ва йўлдош

терапевтик касалликлари кабиларни инобатга олган ҳолда) батафсил ёритилмаган. Бундай операцияларга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар доираси аниқ белгиланмаган.

Кейинги йиллардаги орттирилган тажрибалар, жарроҳлик техника ва ускуналарининг такомиллашуви натижасида нафақат жарроҳлар психологиясининг, балки беморларнинг операция усулларига бўлган муносабатининг ҳам ўзгаришига олиб келмоқда, яъни бир вақтнинг ўзида беморларда барча хасталиклардан кутилиш истаги ошмоқда [30, 35, 134, 136, 180, 231].

Юқорида келтирилган маълумотлардан шу нарса маълум бўладики, иккита ёки ундан ортиқ бўлган ва жарроҳлик йўли билан даволашни талаб қиладиган касалликларнинг биргалиқда кузатилган ҳолатларида, айниқса, деярли кўпчилик вазиятларда нафақат симульган операцияларни, балки оддий операцияларни ўтказишга ҳам қарши кўрсатма бўладиган, операция хавфини кескин оширадиган, кенг тарқалган ёндош терапевтик касалликлари билан касалланган беморларда янги, замонавий технологиялардан фойдаланиб, кам инвазив, кам харажат, қулай ва пухта бажариладиган, беморлар руҳий жиҳатдан осонроқ ўткази оладиган оператив даво усулларини қўллаш, борларини такомиллаштириш, янгиларини яратиш ва амалиётга тадбиқ қилиш йўлида илмий изланишлар олиб бориш замонавий абдоминал жарроҳликда нафақат назарий, балки жуда катта амалий аҳамиятга эга бўлган муаммолардан биридир.

1 – БОБ

СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ МУАММОЛАРИ

1.1. СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ МУАММОЛАРИ

Ҳозирги кунда бутун дунёда энг кўп тарақалган касалликлардан бири бу - СТХдир. Статистик ҳисоб - китобларга кўра, ҳар бештадан бир аёл ва ҳар ўнтадан бир эркак ушбу касалликка чалингани аниқланган [7, 12, 60, 192]. Ер шари аҳолисининг 10 - 15% ида ва ўтказилган барча аутопсияларнинг 30% ида ўт - тош касаллигининг борлиги маълум бўлган. 65 ёшгача бўлган эркаклар орасида СТХ 6,7% гача, аёлларда 14,6% гача ҳолларда учраса, 65 ёшдан катталарда бу кўрсаткич эркакларда 17,5% ни, аёлларда 27,7% ни ташкил қилади [33, 36, 80, 175, 232]. Бу касаллик иқтисодий жиҳатдан ривожланган давлатлардан АҚШ (25 миллион киши) ва Германияда (9 миллион атрофида) айниқса, кўп тарқалганлиги аниқланган [157, 160].

СТХ сабабли ўтказиладиган ХЭЖ операциялари энг кенг тарқалган операциялардан бўлиб, биргина АҚШда бир йилда 600 000 дан ортиқ шу турдаги операциялар ўтказилади [192].

Бир қатор тадқиқотлар натижаларига кўра, охириги ўн йилда СТХ дардига чалинганлар сони икки баробаргача кўпайган ва бу кўрсаткич афсуски, ўсишда давом этмоқда. Кейинги йилларда ёшларда ҳам, эркаклар орасида ҳам бу касаллик учраши ҳоллари кўпайиб бормоқда. Лекин, барибир, аёлларнинг эркакларга қараганда икки марта кўп касалланиши қайд қилинмоқда [48, 92, 158].

СТХнинг аҳоли ўртасида кенг тарқалган бўлишига қарамасдан кўпчилик беморлар касаллигини вақт ўтказиб, асоратланган ҳолатга келганидан кейин шифокорга мурожаат қиладилар. Улар кўпинча холедохолитиаз, ўт йўллари чандиқли структуралари,

жигар билиар циррози ва механик сариклик каби асорат белгилари билан касалхонага келадилар. Сўнгги йилларда бундай асоратлар сони камайиш ўрнига, аксинча кўпайиб бормоқда (8-23%гача). Буларнинг ҳаммаси СТХ касаллигини даволашнинг ўта долзарб муаммолардан бири эканлигини кўсатади [88, 89, 122, 123, 124, 164].

СТХнинг клиник кечишига қараб қуйидаги турлари фарк қилинади: бирламчи, резидуал, сурункали қайталовчи ва асоратланган (холедохолитиаз, холецистопанкреатит, билиар гепатит, холедох терминал қисми ва 12 бармоқли ичак катта сўрғичининг торайиши, папиллит, механик сариклик, ўт қопининг сурункали истисқоси ва эмпиемаси, билиобилиар ва билиодигестив оқмалар).

Ҳозирги кунда СТХни даволашда жарроҳлик усули энг асосий даволаш усули бўлиб қолмоқда. Чунки, тошни эритувчи ва литотрипсия даво усуллари бугунги кунда ишончни тўла оқламаяпти [52, 80, 161, 210].

Ўтган асрнинг ўрталарида ўт қопида тош аниқланган ҳолларда холецистолитотомияга катта умид билдирилган эди, лекин, кейинчалик тош қайта ҳосил бўлиши эҳтимоли жуда юқори бўлгани боис ҳозирги кунда бу усулдан воз кечилган [79, 173].

Охирги йилларгача СТХни даволашда 1882 йилда Берлинда Лангенбух томонидан биринчи марта бажарилган очик усулдаги ХЭК асосий усул сифатида қўлланилиб келинди [160]. Узоқ йиллар давомида операция босқичларининг икир-чикирларигача тўлиқ ўзлаштирилиб, операция техникаси мукамаллаштирилган ХЭК операцияси “олтин стандарт” вазифасини ўтаб келган. Унга бўлган кўрсатмалар доираси ҳам жуда кенг эди. Оператив даволашни тақозо қилган СТХнинг исталган тури, унинг асоратланган турлари ва ҳоказолар шулар жумласидандир. Шунга қарамай, бу операция ҳам ўзига яраша камчиликлардан холи эмас эди. Операциядан кейинги даврда ичаклар парезига сабабчи бўладиган, жароҳатнинг битишига, ташқи нафас функцияларига, беморнинг ҳаракат фаоллигига таъсир қиладиган операцион шикастнинг кўплиги,

операциядан кейинги йирингли асоратлар, лигатурали окмалар, неграл чурралар (15,20% гача), эвентрация, косметик нуқсонлар (дагал ва кўпол чандиқлар) қорин бўшлиғи битишма касаллиги, ўлим ҳолатларининг (2,10% гача) юқорилиги, операциядан кейинги реабилитация даврининг ва вақтинчалик меҳнатга яроқсизлик муддатларининг кўплиги, беморларнинг стационарда кўп муддат бўлишлари шулар жумласидандир [83, 88, 89, 200, 204].

Айниқса, бу асоратлар сони қари ва кекса ёшдаги, операция хавфини кескин оширадиган ёндош терапевтик касалликлари бўлган ҳамда симультан патологиялари аниқланган беморларда кескин ортиши ва ўлим кўрсаткичининг 20% гача бўлиши қайд қилинган [102, 105, 222, 233].

Ўтган асрнинг 80 - йиллари охирига келиб клиник жарроҳлик амалиётига тадбиқ қилинган эндовизуал технологиялар билан қилинган ХЭК операцияси абдоминал жарроҳликда революция бўлди [104, 121, 125].

Француз жарроҳи, Лионлик Ph.Mouret томонидан 1987 йилда дунёда биринчи марта бажарилган лапароскопик холецистэктомия оламшумул воқеа бўлди ва «иккинчи француз революцияси» деб аталди. Дастлабки бундай амалиётлар натижалари кутилганидан ҳам яхши бўлди. Оғриқ синдромининг йўқлиги, ажойиб косметик самараси, беморларнинг операцияни осон ўткази олишлари, қорин бўшлиғининг кенг кўламли кўриниши, катта кесимларнинг йўқлиги, такомиллаштириш имкониятларининг кенглиги ва юқори ижтимоий-иқтисодий самарадорлиги каби жиҳатлари лапароскопик жарроҳликни янада оммалашшига олиб келди [33].

Кейинги йилларда йирик жарроҳлик мактаблари ўртасида лапароскопик жарроҳликнинг янги имкониятларини ўзлаштириш борасида мусобақа авж олиб кетди. Perissier ва Dubois меҳнатлари эвазига ЛХЭ бутун Францияда янада кенг оммалашди. 1988 йилда Kushiery, Baker ва бошқалар Европада, Barry McCernan АҚШда ушбу амалиётни қўллаш бошлашди. 1990 йилга келиб эса ЛХЭ СТХ касаллигини даволашда асосий ўринга кўтарилди [113, 128, 129, 130, 139, 150, 179, 197, 200].

Бунинг сабаблари, кам шикастлилик, оғриқ синдромининг кам ривожланлиги, операциядан кейинги даврда асоратларнинг камлиги, беморлар фаоллигининг тез тикланиши, касалхонадаги ўрин кунлар сонининг камайиши, косметик ва иқтисодий афзалликларининг яққол намоён бўлганидадир [13, 15, 19, 20, 91, 152, 227].

Бу оламшумул янгилик жуда қисқа вақт ичида бутун дунё клиникаларига кенг тарқалиб кетди ва СТХ 90% гача ҳолларда лапароскопик технологиялар билан бартараф қилинадиган бўлди [70, 72, 222].

Адабиётларда ЛХЭ га кўрсатмалардан қуйидагилари келтирилган: СТХ, ўт қоқининг холестерози ва полипозиди, сурункали тошсиз холецистит, ўткир холецистит (бошланганига 48 соатдан кўп бўлмаган) [52, 53, 128, 130, 197].

ЛХЭ га қарши кўрсатмалар қилиб эса, яққол ривожланган юрак-қон томир ва ўпка тизими бузилишлари, тўғрилаб бўлмайдиган қон ивиш тизими бузилишлари, диффуз ёки тарқоқ йирингли перитонит, қорин олд деворидаги яллиғланиш жараёнлари, ҳомиладорликнинг охириги даври (2-3 триместри), бошланганига 48 соатдан ошган ўткир тошли холецистит, ўт қоқиди бўйинча қисмида ва гепатодуоденал бойлам соҳаларида ривожланган битишма касаллиги, механик сариклик, ўткир панкреатит, билиодигестив ва билио - билиар оқмалар, ўт қоқиди раки, қорин бўшлиғи юқори қаватида олдин операция ўтказганлик ҳолатлари кабилар келтирилган. Лекин, охириги йилларда ЛХЭ га бўлган қарши кўрсатмалар доираси қисқариб бормоқда ва шунга қарамадан, кўпчилик жарроҳлар орасида бундай ҳолат баҳсли мунозараларга сабаб бўлиб келмоқда [22, 25, 55, 56, 82, 204].

Интраоперацион ва операциядан кейинги асоратлар сони ва сифатига ЛХЭдан очиқ усулдаги ХЭКга ўтиш (конверсия) ҳоллари ўз таъсирини ўтказди. Кўпчилик муаллифлар [79, 83, 102] фикрига кўра, конверсияга ўтишга қорин бўшлиғи юқори қаватида ривожланган битишма жараёнининг, ўткир яллиғланиш белгиларининг, анатомик аномалияларнинг борлиги, профуз қон

кетиши кабилар сабаб бўлади ва бу кўрсаткич 1,3-14% гачани ташкил қилади. ЛХЭ нинг самарадорлигини баҳолашда операциядан кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари даражаси ҳам катта аҳамият касб этади. Адабиётларда ЛХЭдан кейинги асоратларнинг 2,7% дан 45,2% гача бўлиши аниқланган [119, 121, 204].

А.С.Балалыкин эса, ЛХЭдан кейинги асоратларни омадсизликларга, хатоларга ва асоратларга бўлади. Омадсизликка у конверсияга ўтишни киритади. Хатоликларга эса, жарроҳларнинг нотўғри ҳаракатлари натижасида келиб чиққан муаммоларни киритади. Уларни тактик (беморни текширув жараёнидаги камчиликлар, операцияга нотўғри кўрсатмалар, қорин бўшлигини найчалошдан бош тортиш ва ҳ.к.лар) ва техник (нотўғри операция йўлини танлаш, инструментларни нотўғри ишлатиш ва ҳ.к.лар) хатоларга бўлади. Асоратларни эса пайдо бўлиш вақтига, жойига, характериға, туриға, сабабларига, оғирлик даражасига ва даволаш туриға қараб баҳолашни таклиф қилади [64, 79, 88, 102].

Энг оғир ва махсус асоратлардан бири жигардан ташқаридаги ўт йўлларнинг жароҳатланишидир. У ЛХЭ лардан кейин 0,3% дан 4% гача кузатилиши мумкин [57, 105, 110, 126]

Баъзи муаллифлар ЛХЭ лардан кейинги ўлим кўрсаткичини келтиришмасида [55, 58, 216, 218], бошқалари қўплаб бажарилган ЛХЭлардан кейин бу кўрсаткичининг 0,08% дан 1% гача бўлишини келтиришади [56, 67].

Е.Murret (1991) ўтказилган 15 000 ЛХЭ дан кейин фақат 1 та ҳолатдагина ўлим кузатилганини келтиради ва бу 0,0067% ни ташкил қилган.

Ўлим кўрсаткичининг юқори бўлишиға асосан беморларнинг ёши, юрак қон-томир тизимидаги касалликлар сабаб бўлади [53, 54].

Ҳозирги кунда ЛХЭ малакали мутахассис жарроҳлар томонидан тўғри кўрсатмаларға асосланган ҳолда бажарилса, СТХни даволашда асосий даво усули ҳисобланади.

Шундай қилиб, СТХнинг кенг тарқалганлигини ва 40-60 ёшдаги аҳоли ўртасида кўпроқ учрашини, жуда хавфли

асоратларининг кўплигини ҳисобга оладиган бўлсак, СТХни даволаш муаммолари нафақат тиббий, балки, жуда катта ижтимоий аҳамият ҳам касб этади.

Демак, СТХни даволашда операция натижаларни янада яхшилайдиган, беморлар учун кам шикастли бўлган операция усулларини яратиш, борларини такомиллаштириш йўлида изланишлар олиб бориш жуда муҳим муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

1.2. ЭНДОВИЗУАЛ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ АБДОМИНАЛ ЖАРРОҲЛИҚДАГИ ЎРНИ

Анъанавий очик усулдаги жарроҳлик амалиёти бемор организми учун оғир жароҳат ҳисобланади, айниқса, симультан операцияларда касалланган аъзога бориш учун қилинган кесим, аъзоларни мобилизация қилиш, олиб ташлаш босқичлари ҳисобига бу шикаст даражаси янада ортади.

Аммо, жарроҳлик амалиётларининг ва касалланган аъзога бориш йўли ҳажмининг кўп шикастлилиги даволаш натижаларига ўз салбий таъсирини ўтказмасдан қолмади. Амалиётдан кейинги даврдаги беморларда кузатилган кучли оғриқ синдроми, доимий равишда асоратларнинг юқори бўлиши, беморларнинг касалхонада бўладиган вақтининг кўплиги, амалиётдан кейинги жароҳатларнинг йиринглаши, перитонит, битишмали ичак тутилиши, тромбоземболик асоратлар, кўпол ва дағал чандиқлар, лигатурали оқмалар, вентрал чурраларнинг кўп учраши, реабилитация даврининг узок давом этиши ва шу кабилар беморларда қайта операция бўлиши хавфини оширади. Бундай ҳолат жарроҳларни ҳам, беморларни ҳам асло қониқтирмасди. Шу сабабли ушбу камчиликлардан ҳоли бўлган кам инвазив жарроҳлик амалиётларини яратиш йўлида изланишлар олиб борилди.

Кам инвазив жарроҳликнинг энг истиқболли йўналиши бу - лапароскопик жарроҳликдир [82, 85, 90, 96, 103, 135, 138, 148, 225, 227].

1982 йилда немис K.Zemm биринчи марта лапароскопик аппендэктомия операциясини бажарди [202].

1990 йиллардан бошлаб лапароскопик технологиялар Россия жарроҳлари томонидан ҳам қўлланила бошланди. Россияда биринчи лапароскопик холецистэктомия операциясини Ю.И.Галлингер 1991 йилда бажарди.

Ўзбекистонда лапароскопик технология ёрдамидаги холецистэктомия операцияси биринчи бўлиб Ўзбекистон Республикаси жарроҳлик илмий марказида 1994 йилда профессор А.В.Воҳидов томонидан амалга оширилган. Жуда қисқа вақт ичида бу йўналиш бўйича Ш.И.Каримов ва бошқалар (1997) А.Е.Аталиев (1997) Н.Ф. Кротов, (1998) Х.А. Оқилов, (1998) Ш.К. Атажанов, (1999) У.Б.Беркинов, (2000) У.А.Шербек, (2001) В.Л.Ким, (2002) ва бошқалар етарли клиник тажрибага эга бўдилар. Бу муаллифларнинг кўплаб мақолалари эндохирургик операцияларнинг ҳам позитив, ҳам негатив томонларини ёритишга бағишланган. Бу йўналишнинг истиқболлари тўғрисида марҳум академик Ў.О.Орипов ҳам ўз тадқиқотларида баён қилиб ўтган эди.

Лекин, биз даврий адабиётларда симульган лапароскопик операциялар тўғрисида кўплаб тадқиқотлар билан танишар эканмиз, бу операцияларни ким биринчи бўлиб қўллаганлиги тўғрисидаги маълумотларни учратмадик.

Шундай қилиб, ўтган асрнинг 90 йилларига келиб видеоэндоскопик жарроҳликнинг кириб бормаган соҳаси деярли қолмади.

Бу вақтга келиб «тоза лапароскопик» операцияларнинг деярли барча турлари ўзлаштирилган эди. Касалланган аъзога бориш учун қилинадиган кесимлар сабабли бўладиган шикаст ҳажми операциянинг асосий босқичи шикастидан кўпроқ бўлган ҳолларда лапароскопик операцияларнинг яққол устунликлари намоён бўла борди [103, 135, 138, 148, 213, 221].

Янги технология бўлган лапароскопиянинг кейинги ривожланишига шикаст ҳажми, операция қилинувчи аъзо ҳажмининг катталиги, унинг мобилизацияси ва олиб ташлашдаги

аниқлаштириб, таснифини келтиришган. Яъни улар мавжуд Reiffersheid таснифини мукаммаллаштиришди. Бир вақтнинг ўзида қорин бўшлиғининг иккита ёки ундан ортиқ аъзоларида бир-бири билан боғлиқ бўлмаган турли патологиялар бўйича ўтказилган операцияларни симультан операциялар деб аташди. Операциянинг асосий босқичи деб эса, операциядан олдинги ташҳисларга қарамасдан энг хавфли патологияни бартараф қилиш босқичини аташни таклиф қилишди. Симультан операцияларга 5 гуруҳ кўрсатмаларни таклиф қилишди: 1. мутлоқ ёки куратив; 2. привентив; 3. профилактик; 4. ташҳисий; 5. мажбурий. Шунини таъкидлаш лозимки, бу шу вақтдаги энг мукаммал тасниф эди [142].

Lohlein ўзининг дастлабки таснифида эса, симультан операцияларга фақат мутлақ ва нисбий кўрсатмаларни келтириб ўтади ва бу кўпроқ шошилиш жарроҳликка мос келар эди [202]

Л.В.Поташев ва В.М.Седов симультан операцияларни кутилмаган, тахмин қилинган ва режалаштирилган операцияларга бўлишган [98, 99].

Симультан операциялар тўғрисидаги дастлабки мақолалар мутахассисларда жуда катта қизиқиш уйғотди. Натижада симультан операциялар таърифи, таснифи, тактикаси, кўрсатмалари ва қарши кўрсатмалари тўғрисида қизгин мунозаралар авж олиб кетди. Шундай бўлса ҳам, ҳозирги кунгача операцияларнинг номланиши, таснифи, ягона мукаммал ишлаб чиқилган операция тактикаси тўғрисида аниқлик йўқ.

Адабиётларни ўрганар эканмиз, баъзи муаллифлар бу операцияларни “бир вақтда бажариладиган операциялар” деб аташа, бошқалари “қўшма”, ёки “йўл-йўлакай бажариладиган” яна бирлари “бир вақтда бажариладиган қўшма” операциялар деб аташни таклиф қилишган ва ҳоказо.

К.Д.Тоскин ва В.В.Жебровскийлар ушбу терминологик чалкашликларни таҳлил қилиб бундай операцияларни “симультан операциялар” деб аташни таклиф қилишди ва биз ҳам бу фикрга қўшилаемиз. Муаллифлар фикрига кўра “қўшма” сўзи кўпроқ

операция ўтказилишига сабабчи бўлган патологияга мос келади. Шундай қилиб, “қўшма” патологиялар сабабли ўтказиладиган операцияларни “симультан операциялар” деб аташ мақсадга мувофиқ бўлади. Операцияларнинг ўтказилишига ва натижаларига таъсир қилувчи ёндош касалликларни эса фон касалликлари деб номлаш лозимлигини таъкидлашади.

Симультан операциялар таърифи ҳам доим ўзгариб келган. Н.Н.Малиновский ва Л.В.Поташев Хнох билан Фельтшинер таклиф қилган таърифга қўшимча қилиб, бир ёки бир нечта жаррохлик кесимлари орқали қорин бўшлиғидаги бошқа аъзоларда ҳам қилинган операцияларни симультан операциялар деб аташни таклиф қилишди. Симультан операциянинг асосий белгиси деб “қўшма” патологияларнинг бир-бири билан патогенетик боғлиқ бўлмаслигини тушунтиришди. Бу бироз мунозарали ҳолдир, чунки патогенетик боғлиқлик ҳамма вақт ҳам яққол намоён бўлавермаслиги мумкин [69, 131, 142].

О.Б. Милонов ва бошқаларнинг маълумотларига кўра симультан операцияларнинг асосий босқичи деб беморни касалхонага мурожаат қилишга мажбур қилган патологияни бартараф қилиш босқичини айтадилар. Бу тушунча касалхонагача бўлган даврда мутлақ ташҳис қўйилгандагина тўғри бўлади. Бунинг биргаликда учрайдиган патологияларнинг 36,5% идагина имкони бўлади холос. А.Ф.Греджев (1983) эса Л.И.Хнох фикрига қўшилиб рақобатлашувчи патологиялари бор бўлган беморларда асосий касаллик беморнинг соғлиги ва ҳаётига энг кўп хавф соладиган патологиядир деб айтадилар.

Таснифга бўлиш мезонларининг турлари ҳақидаги ҳар хил фикрлар, статистик кўрсаткичларнинг баҳслилигини ва улар интерпретациясининг аниқ эмаслигини кўрсатади. Симультан операцияларнинг умумий учраши ҳар хил манбаларда 2,5% дан 63% гача бўлиши мумкинлиги кўрсатилган. [6, 9, 17, 24, 47, 61, 73, 75, 207]. Рақамлардаги бундай катта фарқни А.Г. Земляной (1984) операциядан олдинги даврдаги диагностик фаолликнинг ҳар хил даражада олиб борилганлиги билан боғлайди.

Кўриб чиқиладиган муаммонинг ёшга боғлиқлигини ифодалашда ҳам қарашлар бир хил эмас. Баъзи муаллифлар [81, 95, 162] беморлар орасида ишга лаёқатли ёшдагилар кўпчиликти ташкил қилади деса, бошқалари [107, 109, 147] биргаликда учрайдиган касалликларни ўрта ва қари ёшдагиларда кўпроқ учрашини эътироф этадилар.

Иккита мутлоқ кўрсатмага эга бўлган патологиялар бирга учраган ҳоллар симультан операцияларнинг қайси босқичи асосий бўлишини белгилашда иккиланишлар келтириб чиқариши мумкин.

Юқорида келтирилганларни умумлаштириш ва пайдо бўлган иккиланишларни бартараф қилиш мақсадида К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский ва А.А.Земляникинлар симультан операцияларга янгича таъриф беришади. Яъни, оператив даволаниши лозим бўлган ҳар хил касалликлар сабабли бир вақтнинг ўзида иккита ёки бир нечта мустақил бажарилган операцияларни симультан операциялар деб аташади. Хнох ва Фельтшинер мақоласидан олинган симультан операцияларнинг асосий, қўшимча босқичлари ҳамда асосий, қўшма ва ёндош касалликлар тўғрисидаги структурани келтириб ўтишади.

“Симультан операция” термини мантиқан тўғри ва ўз-ўзидан уни бажаришга асосий кўрсатмалар ҳар хил аъзоларнинг биргаликда учраган патологияларидан келиб чиқадигандек туюлади. Аммо, кўпинча операция ҳажмига ва кўрсатмаларига беморларда бўладиган ҳар хил ҳолатлар ўз таъсирини ўтказишади. [108, 112, 115, 116, 118, 149].

Иккинчи операцияни бажаришга жазм қилган жарроҳ руҳий жиҳатдан ҳам, юридик жиҳатдан ҳам катта маъсулиятни ўз бўйнига олади. Бундай ҳолларда жарроҳнинг тажрибаси, малакаси жуда катта аҳамият касб этади. Чунки, операциянинг симультан босқичи бемор ҳаёти учун хавфли натижаларни келтириб чиқариши мумкин. [137, 140, 160]

Lohlein D. (1978) ва Pichlmaуr лар [202] симультан операцияларни оғирлик даражалари бўйича ажратишни таклиф қилишган:

Кичик операциялар, операция жароҳатини ва операция хавфини кўп оширмайдиган операциялар; (аппендэктомия, герниопластика, кичик цистэктомиялар ва ҳоказо).

Ўрта даражали операциялар, операция жароҳатини оширадиган, аммо, операция хавфини сезиларли оширмайдиган операциялар; (холецистэктомия, простатэктомия).

Операция хавфи юқори даражада бўлган операциялар, операция жароҳати ва операция хавфини кескин оширадиган, ёндош касалликлар кузатиладиган ҳолатлардаги операциялар;

Муаллифлар фикрича, кичик ва ўрта даражадаги операцияларни бемалол биргаликда бажариш мумкин. Операцияларнинг бу комбинациясини энди операция хавфи юқори бўлган операцияларга киритилишини айтиб ўтишган. Иккита оғир операцияни бир вақтда фақат ҳаётий кўрсатмаларга биноангина ўтказиш мумкин.

Бу тасниф асосида В.Д.Федоров (1993) кичик операцияларни ўртача оғирликдагилари билан, ўртача оғирликдагиларини ўртачалари билан ва ҳатто ўртачаларини оғирлари билан биргаликда бажариш мумкинлигини эътироф қилади. Муаллиф, оғир симультан операциялар беморларнинг функционал кўрсаткичлари етарли компенсацияланган, жарроҳнинг етарли даражада малакага эга бўлган, анестезиологик ва реанимацион хизмат юқори даражада бўлган ҳолатлардагина бажарилиши кераклигини айтиб ўтган. Бемор ҳаёти учун операция катта хавф туғдирадиган ҳолатларда симультан операцияларни фақатгина ҳаётий кўрсатмаларга асосан қилиш кераклиги таъкидлаб ўтилган.

Ҳозирги кунгача аппендэктомия, холецистэктомия каби иккинчи босқич операцияларини бажариш кетма – кетлиги тўғрисидаги мунозаралар давом қилиб келмоқда. “Операцияларнинг тозалигига”, асосий босқич оғирлигига қараб симультан операция босқичларининг бажарилиш кетма–кетлигини белгилашда ҳар хил фикрлар келиб чиқмоқда.

Аммо, ўша йиллари симультан операцияларнинг ривожланишига асосий тўсиқ бўлиб операцион кесимнинг ва

беморларга етказиладиган шикастнинг катта бўлиши хизмат қилди. Анъанавий усулда бажариладиган ҳар қандай симультан операция натижасида бир нечта операция босқичини бажариш учун керак бўлган операцион кесимлар ва шикастлар йиғиндисининг ошишига олиб келади.

Симультан операциялардан кейинги асоратлар адабиётларда келтирилишича 1,5% дан 40,2% гача бўлиши кузатилган. [38, 40, 45, 97, 98, 142, 216, 218] Бу асоратлар нафақат қўшма патологиянинг хусусиятига, балки симультан операцияларнинг характериға ҳам боғлиқ бўлади.

Вақт ўтиши билан лапароскопик технологиялардан фойдаланиб қилинган операциялар эйфорияси камая бошлади. Бу тўғрида В.С Савельев (1999) шундай деган: “бемор учун операция қанчалик енгиллашган бўлса, жарроҳ учун у шунча мураккаб ва масъулиятли бўлиб қолди”. Гап шундаки, кам шикастлилик техник хатолар ва асоратларнинг келиб чиқишининг камайишига (хоҳ “очик”, хоҳ “ёпиқ” операциялар учун) кафолат бўла олмайди. [22, 25, 82, 85, 90, 96, 225].

Шундай бўлса ҳам, лапароскопик жарроҳликнинг шиддатли ривожланиши анъанавий усуллар билан операцияларни бажаришдаги муваффақиятсизликларга барҳам бериш учун асосий омил бўла олди.

Дастлаб, даврий адабиётларда лапароскопик холецистэктомия билан бирга йўл-йўлакай бажарилган симультан операциялар тўғрисидаги маълумотлар пайдо бўла бошлади. 90 йиллар охирига келиб эса, лапароскопик симультан операцияларга бағишланган жиддий изланиш ҳақидаги маълумотлар пайдо бўлди. [1, 2, 18, 21, 29, 32, 62, 63, 155, 156, 220, 229].

Ю.В.Богданов ўз тажрибаларига асосланган ҳолда симультан лапароскопик операцияларни икки гуруҳга бўлади: фақат эндовизуал технологиялар билан бажариладиган симультан операциялар ва лапароскопик технологиялар билан очик усулларни биргаликда қўллаш орқали бажариладиган симультан операциялар.

Ѕунга мисол қилиб, лапароскопик холецистэктомия билан қорин девори герниопластикаси операцияларини келтиради.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг кўплаб турли туман патологияларини бир вақтда бартараф қилиш имконияти фақат лапароскопик технологиялардан фойдалангандагина мавжуд бўлади.

К.В.Пучков лапароскопик технология ёрдамида Трейц бойламини кесиш, холецистэктомия, дуоденолиз, Хилл-Баркер модификациясидаги ваготомия, крурорафия ва Ниссен усулидаги фундопликация операцияларни бир вақтда бажаргани ҳақида ёзади.

Шунга ўхшаш, лапароскопик ёрдамида герниопластика [159, 168, 172, 176, 178, 181, 189, 203, 211, 212] битишмаларни ажратиш [23, 28, 43, 65, 93, 100, 117, 127] операцияларни бажарганликлари тўғрисида яна кўплаб муаллифлар маълумотлар беришган. [145, 151, 153, 155, 201, 205, 223, 228].

Баъзи муаллифлар [117, 217, 219] фикрича зарурат ва оқилона йўл тутиш лапаротомияга ўтиш масаласини тўғри ҳал қилишда жуда муҳим ўрин тутди. Лекин конверсияга ўтишга операция пайтидаги лапароскопик асбоб-ускуналардан бирининг ишдан чиқиши, эндохирургик йўл билан тўғирлаб бўлмайдиган асоратларнинг юзага келиши кабилар бевосита кўрсатма бўла олади. Эндовизуал технология билан операция қилинаётган пайтда жуда кўплаб техник қийинчиликларга дуч келинганда, лапаротомияга ўтиш энг оқилона йўл ҳисобланади. Лапаротомияга ўтиш ҳолатлари сонини камайтириш, интраоперацион асоратларнинг олдини олишдаги энг муҳим омиллардан биридир.

Шундай қилиб, лапароскопик технология билан бажариладиган операциялар, анъанавий холецистэктомия ва аппендэктомия, қорин бўшлиғининг санацаяси ва найчалаш, герниотомия ва герниопластика, ҳар хил турдаги органостомиялар, баъзи бир гинекологик операциялар кабиларни амалиётдан аста-секин сиқиб чиқара бошлади.

Кам инвазив эндовидеохирургик технологияларнинг юзага келиши, иккита ёки ундан ортиқ аъзоларда, анатомик жиҳатдан

бир-биридан узоқда жойлашган аъзоларда бир вақтда бажариладиган операцияларга бўлган кўрсатмалар доирасининг кенгайишида янги истиқболларни очиб берди ва бу ўз навбатида ечилиши лозим бўлган бир қатор муаммоларни юзага келтирди.

Бир вақтда бажариладиган ёки симульган операциялар замонавий абдоминал жарроҳликда янада муҳим ўрин тута бошлади. [2, 12, 45, 62, 94, 132, 139]. Кейинги йилларда ушбу операцияларга қизиқиш кескин ортиб бормоқда. Бунга бир нечта сабаблар мавжуд. Биринчидан, аҳолининг сони ва ўртача ёшининг ошиши ва шу билан биргаликда 2-3 та касалликка чалинган беморлар сонининг кўпайиши, иккинчидан – амбулатор текшириш босқичидаёқ биргаликда учрайдиган патологияларни аниқлашга имкон берадиган диагностика усулларининг такомиллашуви (ультратовуш, рентген контрастли, компьютер томография ва бошқа текшириш усуллари) ва ниҳоят, учинчидан, замонавий анестезиология ва реаниматологиянинг ютуқлари беморлар учун операция хавфининг камайишига, симульган операцияларга бўлган кўрсатмалар доирасининг сезиларли даражада кенгайишига олиб келди. [33, 79, 127, 168, 211].

Кейинги йилларда биргаликда бажариладиган операцияларнинг тиббий-ижтимоий, иқтисодий самарадорлиги ҳам муҳим аҳамият касб этмоқда. У беморларни даволашдаги дори-дармонлар сарфининг камайиши, ижтимоий суғурта соҳасидаги йўқотишларнинг камайишида намоён бўлади. [125].

Лекин, бир қатор жарроҳлар [50, 58, 143] операциялар сонининг ортиши ва қийинлашувига олиб келганлиги учун симульган операцияларнинг мақсадга мувофиқлигига шубҳа билан қарашда давом этмоқдалар.

Жарроҳлар кичик чаноқ бўшлиғини тафтиш қилаётганида гинекологик патологияга дуч келишса, кўпчилик ҳолларда уни бартараф қилишдан воз кечишади. Чунки, улар ҳамма вақт ҳам операциянинг бажарилиш ҳажмига ва босқичларига тўғри ёндоша олмайдилар. [127].

Ҳозирги замон диагностика усулларининг юқори даражадаги маълумот беришига қарамадан, асосий касалликка кўшимча патологияларнинг бевосита операция пайтида топилиш ҳолатлари тез-тез учраб туради. [119, 184]. Бунинг сабаби, А.Г.Земляной (1984) ва А.С. Ермолов ва бошқалар (1997) фикрича, операциядан олдинги диагностик текширувларида бир патологияга ташхис кўйилгач, бошқа текширувларнинг тўхтатилишидир. В.Г.Сахаутдинов ва бошқалар (1989) маълумотларига кўра, ўрта ва кекса ёшдаги беморларда биргаликда учрайдиган касалликларнинг кузатилиш ҳолатлари кўпайгани билан атиги 3% беморлардагина симультан операциялар ўтказилар экан холос. Қолган беморлар тақдирини эса жуда ночор аҳволда қолади. Ваҳоланки, уларнинг кўпчилиги қисми поликлиника ва стационарларнинг доимий миқдорида айланиб қоладилар. Ҳар бир қайта қилинадиган операция эса олдин операция ўтказганликлари учун техник томондан жуда катта қийинчиликларни келтириб чиқариши мумкин. Худди шунинг учун ҳам А.Г. Земляной (1984), С.Н. Хунафин, (1988) ва И.Д. Прудков (1989) лар бундай беморларда операция маҳаллий висцеролиз қилишни биргаликда учрайдиган патологияни кўздан қочирмаслик учун зарурдир, деб ҳисоблайдилар ва тавсия қиладилар.

Симультан операцияларга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни белгилашдаги масалаларда уларнинг бажарилиш шароитларининг хилма-хиллиги сабабли то ҳозирги кунгача аниқ бир тўхтамга келинган эмас.

А.Ф. Черноусов (1998) фикрича эса биргаликда бажариладиган операцияларга режали жарроҳликда қарши кўрсатмалар бўлиши мумкин эмас.

В.З. Маховский (2002) фикрича ҚБАБУК лари асосан 41 ёшдан 70 ёшгача бўлган беморларда учрайди (47,77%).

Симультан операциялардан кейинги асоратларнинг характери ва миқдори ҳақидаги маълумотлар ҳам турли тумандир. Одатда уларнинг даражаси, сони нафақат бир вақтда бажариладиган операцияларнинг ўзига хослиги, балки биргаликда учрайдиган

касалликларнинг турларига ҳам боғлиқдир. [22, 34, 107, 143, 193]. Мақолалар таҳлили [7, 94, 174] шуни кўрсатадики, операциядан кейинги энг оғир давр кекса ёшдаги беморларда кузатилади, 60 ёшдан катта беморларда операциядан кейинги асоратлар 11,1% ни, ёшларда эса, 2,7% ни ташкил қилади.

Бошқа муаллифлар фикрича, биргаликда бажариладиган операциялардан кейинги ўлим кўрсаткичи 5% дан 20% гача бўлиши мумкин [22, 63, 89, 133, 158, 174] Бир қатор муаллифлар фикрича, юқорида кўрсатилган операциялардан кейинги ўлим кўрсаткичи яқка бажарилган операцияларникидан фарқ қилмайди [86, 103, 108, 171, 172] Шунга қарамадан, симультан операциялардан кейин кўплаб фатал натижаларни кузатганлар ҳам бор ва бунга кўпинча беморлар аҳволини оғирлаштирувчи қўшимча ёндош терапевтик касалликларининг бўлиши сабаб бўлади. [27, 63, 93, 94, 159, 193].

Ўлим кўрсаткичининг юқори бўлишига беморнинг умумий оғир аҳволи, қариллик ва симультан операцияларнинг шошилишч равишда бажарилганлиги сабаб бўлади. Лекин, операция ҳажми билан асоратларнинг ривожланиши, ўлим кўрсаткичи кабиларнинг тўғридан-тўғри боғлиқлиги бўлмаслиги ҳам мумкин [52, 94, 100, 185].

Симультан операциялар иқтисодий самарадорликдан ташқари жарроҳлик ўрнининг қайта банд бўлиши муддатининг қисқаришига, беморнинг меҳнатга лаёқатсизлик муддатининг камайишига ҳамда операция йўли билан даволаниши лозим бўлган бир нечта касалликлардан ҳалос бўлишига олиб келади (С.В.Поташев ва бошқалар, 1997). Симультан операциялар ўтказилишига бўлган кўрсатмаларни юқори жарроҳлик хавфи ва тўқималарга етказиладиган шикастнинг кўпроқ бўлиши бироз чеклайди (Н.М.Малиновский ва бошқалар, 1983).

Айниқса, сурункали камқонлик, семизлик, юрак-қон томир тизими касалликлари ва қорин бўшлиғи аъзоларида олдин операция ўтказганлик каби ёндош касалликлари бор бўлган беморларда симультан операцияларни ўтказиш жуда катта муаммоларни келтириб чиқаради. Чунки, бу беморларда нафақат операция хавфи,

балки операциядан кейинги давр асоратларининг учраши ҳам юқоридир [26, 49, 141, 144].

Лапароскопик технологиялар ёрдамида бажарилган симультан операциялар натижасида анатомик жиҳатдан бир-биридан узокда жойлашган аъзоларда операциядан кейинги чурралар, эвентрация, жароҳатнинг йиринглаши, гематома ҳосил бўлиши ва тромбозмболик асоратларнинг деярли учрамаслиги тобора кўпроқ намоён бўла бошлади [103, 135, 138, 148, 154, 160, 162, 231, 233].

Қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликда учрайдиган касалликларини муваффақиятли даволашнинг асосий мезони бу қорин бўшлиғи патологияларини аниқлашга қаратилган диагностик текширув чора- тадбирларининг мукамаллигидадир.

Энг долзарб ва асосли муаммолардан бири бу репродуктив ёшдаги аёлларда ўтказиладиган симультан операциялар масаласидир. Эндовизуал технологиялардан фойдаланиш натижасида кичик чанок бўшлиғи аъзоларини визуал текшириш билан бир вақтда одатий гинекологик текширувларда имкони бўлмайдиган диагностик материаллар (экссудат, биопсия учун тўқима) олиш имконияти туғилади. Бундан ташқари, патологик жараён ҳақидаги қўшимча маълумотлар (атроф тўқималар билан битишмалар бор ёки йўқлиги, унинг локализацияси, ҳажми, характери ва шу кабилар) олинади [177, 208].

С.С.Стебунов (1998) томонидан амалга оширилган 1000 та лапароскопик операцияларнинг 120 тасида симультан хирургик амалиётларнинг барча босқичлари эндовизуал техника ёрдамида бажарилган.

А.В.Галимов (2002) лапароскопик симультан операцияларнинг кам шикастлилигига, беморларнинг тез фаоллашувига ва бошқа афзалликларига қарамасдан операция пайтидаги ташқи нафас ва гемодинамик кўрсаткичларнинг сезиларли бузилишларини қайд қилганлар. Шунинг учун ҳам қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликда учрайдиган жарроҳлик касалликларида даволаш усулини тўғри танлашда юрак-қон томир асоратлари кузатилиши хавфи юқори бўлган беморларни операциядан олдинги даврда ва

операция пайтидаги даволаш муолажаларига алоҳида эътибор билан қараш лозимлигини таъкидлаб ўтишган.

Шундай қилиб, адабиётлар шарҳи операциялар диапазони, аниқ даволаш тактик кўрсатмаларини ишлаб чиқишни ва қорин бўшлиғи аъзоларини биргаликда учрайдиган патологияларида ушбу аъзоларга боришнинг жарроҳлик хавфини камайтириш йўллари янгича фикрлаб талқин қилишнинг лозимлигини кўрсатади.

Ҳозирги кунгача симультан лапароскопик операцияларнинг аҳамияти, ўрни ва асосий принциплари тўлиқ ўрганилмаган. Баъзи муаллифлар томонидан келтирилган операциянинг босқичларга бўлиниши тўлиқ эмас ва операциянинг барча қирраларини қамраб олмайди.

Операция босқичлари кетма-кетлиги ва ҳажмини белгилаб берадиган, жарроҳлар бригадаси аниқ ишини белгиловчи интраоперацион алгоритм йўқ.

Операцияларга аниқ кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар белгиланмаган.

Ушбу операцияларнинг лапароскопик техникаси аниқ ва равшан ёритилмаган.

Қисқа қилиб айтганда, симультан лапароскопик операцияларнинг ягона жарроҳлик концепцияси йўқ.

Шунинг учун ҳам лапароскопик симультан операциялар абдоминал жарроҳликдаги энг истиқболли йўналишлардан бири ҳисобланса-да, бир вақтда бир нечта патологияларни лапароскопик усулда бартараф қилиш жарроҳлар орасида баъзи бир ноқулайлик ва иккиланишларни келтириб чиқармоқда. Айниқса, операция хавфини кескин оширадиган сурункали камқонлик, ЮИК, ГК, семизлик каби ёндош терапевтик касалликлари бўлган беморларда қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликдаги патологиялари кузатилган ҳолатлар жарроҳларни қийин аҳволга солиб қўймоқда. Бундай операция хавфи юқори бўлган беморларни лапароскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда касалликларидан халос қилишнинг, яъни симультан операция босқичлари, уларнинг кетма-кетлиги, характери ва ҳажми қандай бўлиши кераклиги

тўғрисидаги маълумотлар даврий адабиётларда етарлича ёритилмаганига гувоҳ бўлдик.

Бундай ҳолатнинг юзага келиши лапароскопик технологияларни қўллаган ҳолда бажариладиган операцияларнинг назарий ва амалий томондан ҳозирги кунгача ўз ечимини топмасдан келаётган масалалари билан боғлиқдир. Бу муаммоларнинг ечимини топиш учун ҳали кўп тадқиқотлар олиб борилиши лозим. Ушбу тадқиқот ҳам шу муаммони ҳал қилиш йўлидаги кичкина бир қадамдир.

2 - БОБ

СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ ВА ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ БИРГАЛИКДА УЧРАЙДИГАН КАСАЛЛИКЛАРИДА ЛАПАРОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЁРДАМИДА БАЖАРИЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАР

2.1. БЕМОРЛАРИНИНГ УМУМИЙ КЛИНИК ТАВСИФИ

Назорат гуруҳини СТХ ва ҚБАБУК билан хасталанган, СЛЮ ўтказган, операция хавфини оширадиган ёндош терапевтик касалликлари бўлмаган 80 та бемор ташкил қилди.

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши 2.1 жадвалда келтирилган.

2.1 Жадвал

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Ёши	Аёллар		Эркаклар	
	сони	%	сони	%
19 ёшгача	1	1,25	-	-
20 - 44	57	71,25	6	7,50
45 - 59	12	15,00	-	-
60 - 74	4	5,00	-	-
Жами	74	92,50	6	7,50

Жадвалдан кўриниб турибдики, беморларнинг асосий қисмини аёллар: (92,50%), 71,25% ини 20 ёшдан 44 ёшгача бўлган ва 5% ни 60 ёшдан катталар ташкил қилган.

Бу гуруҳ беморлар орасида аниқланган патологиялар турига қараб қуйидагича тақсимланиши 2.2 жадвалда келтирилган. Жадвалдан кўриниб турибдики, СТХ билан кўпроқ қорин бўшлиғи битишма касаллиги (23,75%), сурункали аппендицит (13,75%), тухумдонлар кистаси (18,75%) кабиларнинг биргаликда учраши

кузатилди. ЛИЖС (27,5%) эса патология сифатида қаралмади, лекин шундай бўлса ҳам, у СЛЮ ларнинг симультан босқичи сифатида эътироф этилгани боис ушбу жадвалга киритилди.

Ушбу гуруҳда жами 6 та эркак бемор бўлиб, улардан 4 тасида қорин бўшлиғи битишма касаллиги, 2 тасида эса қорин оқ чизиғи чурраси каби симультан патологияларнинг СТХ билан биргалликда учраши кузатилди.

2.2 Жадвал

Назорат гуруҳи беморларида аниқланган патология турлари

№	Патология тури		Аёллар		Эркаклар	
	асосий	симультан	сони	%	сони	%
1	СТХ	Қорин бўшлиғи битишма касаллиги	17	21,25	4	5,00
2	СТХ	Сурункали аппендицит	11	13,75	-	-
3	СТХ	Қорин девори чурралари	8	10,00	1	1,25
4	СТХ	Тухумдонлар кистаси	15	18,75	-	-
5	СТХ	Бачадон миомаси	2	2,50	-	-
6	СТХ	ЛИЖС*	22	27,50	-	-
7	Жами		75	93,75	5	6,25

*Изоҳ. ЛИЖС ўзи патология бўлмаса-да, СЛЮнинг симультан босқичи сифатида қаралгани учун жадвалга киритилган.

СТХ касаллиги билан хасталаниш анамнези қуйидагича бўлди:

1 йилгача 18 (22,5%) та беморда, 3 йилгача 27 (33,75%) та ва 5 йилдан кўп бўлган анамнез 35 (43,75%) та беморда аниқланди.

Бу гуруҳ беморларида ўтказилган операциялар қуйида келтирилган (2.3 жадвал).

Назорат гуруҳи беморларида ўтказилган операция турлари

№	Операция тури		сони	%
	Асосий босқич	Симультан босқич		
1	ЛХЭ	битишмаларни ажратиш	21	26,25
2	ЛХЭ	Аппендэктомия	11	13,75
3	ЛХЭ	Герниопластика	9	11,25
4	ЛХЭ	Цистэктомия	15	18,75
5	ЛХЭ	Миомэктомия	2	2,50
6	ЛХЭ	ЛИЖС	22	27,50
7	ЛХЭ	2 тадан кўп операциялар	16	20,00
8	Жами		96	120,00

Изоҳ – 1 та беморда бир вақтда 2 тадан кўп операция бажарилган ҳолатлар ҳам бўлган.

Энг кўп бажарилган СЛО лардан ЛХЭ ва битишмаларни ажратиш (26,25%), ЛХЭ ва ЛИЖС (27,5%), ЛХЭ ва тухумдонлар кистасини бартараф қилиш (18,75%) кабилар бўлса, ЛХЭ ва ЛАЭ 13,75%, ЛХЭ ва ЛГП 11,25%, ЛХЭ ва ЛМЭ 2,5% беморларда бажарилди. Бир беморда бир вақтда 2 тадан кўп операция бажарилган ҳолатлар 16 тани ташкил этди. Шундан 4 та операция 2 та ҳолатда ва 3 та операция 12 та ҳолатда бажарилди.

Ўтказилган 80 та СЛО дан 42 таси кичик ва 38 таси ўрта симультан операцияларга киритилди (D.Lohlein ва Pichlmaуr лар таклиф қилган тасниф бўйича).

Ушбу гуруҳ беморларида бажарилган барча операциялар умумий интубацион наркоз остида ўтказилди. Операциядан олдинги тайёргарлик даврида беморларга операциядан бир кун олдин енгил овқатланиш буюрилди, кечкурун ва операция куни эрталаб тозаловчи ҳуқна қилинди. Операциядан 30 дақиқа олдин одатдагидай премедикация қилинди.

2.4 жадвалда назорат гуруҳи беморларида ўтказилган СЛО ларга сарф бўлган ўртача вақт кўрсатилган.

2.4 Жадвал

Назорат гуруҳида симультан лапароскопик операцияларнинг ўртача давомийлиги (дақиқа)

Асосий босқич	Симультан босқич	Операциянинг ўртача давомийлиги (дақиқа)
ЛХЭ	Битишмаларни ажратиш	75,42±0,98
ЛХЭ	ЛИЖС	52,18±1,19
ЛХЭ	ЛЦЭ	69,13±1,51
ЛХЭ	ЛАЭ	84,18±1,72
ЛХЭ	ЛГП	81,66±1,67
ЛХЭ	Миомэктомия	73,50±0,50
ЛХЭ	ЛЦЭ, ЛИЖС	64,40±1,07
ЛХЭ	ЛЦЭ, битишмаларни ажратиш	92,41±1,35

Жадвалдан маълум бўладики, энг кўп вақт ЛХЭ ва ЛЦЭ, битишмаларни ажратишга, ЛХЭ ва ЛАЭ, ЛХЭ ва ЛГП ларни ўтказишга сарф бўлган. Энг кам вақт эса, ЛХЭ ва ЛИЖС, ЛХЭ ва ЛЦЭ ни бажаришга сарф бўлган.

2.2. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ БИЛАН БИТИШМАЛАРНИ АЖРАТИШ, АППЕНДЭКТОМИЯ, ГЕРНИОПЛАСТИКА

2.2.1. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА БИТИШМАЛАРНИ АЖРАТИШ

Тадқиқотимиз давомида бажарилган СЛО ларнинг асосий босқичини барча ҳолларда ЛХЭ ташкил килди ва 21 (26,25%) та ҳолатда асосий патологияга қўшимча патология сифатида қорин бўшлиғининг битишма касаллигининг учраши кузатилди. Одатда, ЛХЭ ни холедохдан иложи борица узоқроқдан, ўт қопининг бўйинча қисмидан бошладик. Ўт қопининг ўт йўли идентификация қилинганидан кейин уни клиплаб кесилди. Ўт қопи артериясига (унинг тармоқли турида) одатдаги клипсанинг тўғри келмаган ҳолатларида (27 та беморда) уни L - симон электрод ёрдамида коагулятор билан ўт қопага максимал яқин жойларидан ажратилди. Ўт қопини ўрnidан ажратилиб бўлгандан кейин унинг ўрnidан қон кетиш белгилари кузатилса, қисқич ёки кураксимон электродлар ёрдамида коагуляция қилинди ва қон тўхтатилди.

Ўрnidан ажратилган ўт қопини қорин бўшлиғидан чиқариб олиш ҳам ўзига хос аҳамиятга эга. Параумбликал портдан фойдаланганда қорин бўшлиғининг ўрта ва пастки қисмларига инфекция тушиши хавфини эътиборга олиб, биз ўт қопини эпигастрал портдан чиқариб олдик. Бунинг учун троакар четидан қорин бўшлиғига киритилган махсус кенгайтиргичдан фойдаландик. Уни киритишдан олдин эса, эпигастрал портни 0,5 смга кенгайтирдик. 10 та (7,09%) ҳолатда ўт қопининг катта ўлчамда эканлиги ва унинг таранглашганлигини эътиборга олган ҳолда, аввалига уни пункция қилиб ичидаги суюқлиги электр сўргич ёрдамида аспирация қилинди ва кейин ўт қопи ташқарига чиқарилди. 13 та (9,21%) беморда ўт қопини ташқарига чиқариб олиш учун махсус резина контейнерлардан фойдаландик. Ўт тошлари жуда катта ўлчамда (3 см дан катта) бўлган ҳолларда (8

та), ўт қопининг бўйинчаси ва танасининг бир қисми олдин қорин олд деворига олиб келиниб ташқарига чиқарилди, оғзи очилди ва кейин махсус қисқичлар ёрдамида ичидаги тошлар майдаланди ва фрагментларга бўлган ҳолда ташқарига чиқариб олинди.

Асосий патологияга қўшимча патология сифатида кузатилган қорин бўшлиғининг битишма касаллиги кўпинча ўт қопи, чувалчангсимон ўсимта, тухумдонлар ва бошқа аъзолар атрофида жойлашганлиги аниқланди. Худди шунинг учун ҳам СТХ (асосий касаллик) билан касалланган беморларда ўнг қовурға ости соҳасидаги ҳуржсимон оғриқлардан ташқари, ошқозон - ичак дискомфорти, яъни кўнгил айниши, қусиш, метеоризм, ичи дам бўлиши ва шунга ўхшаш бошқа шикоятларнинг учраши кузатилди. Кузатувларимизда бу шикоятлар ўт қопи атрофидаги битишма жараёнига кўндаланг чамбар ичак, 12 бармоқли ичак, ошқозон ва бошқа аъзоларнинг қўшилиб кетганлиги оқибатида ҳосил бўлганлиги аниқланди ва шу сабабли ҳам ЛХЭ дан олдин, битишмаларни ажратиш босқичини ўтказишга тўғри келди.

Бизнинг фикримизча, беморларни азобланишига сабаб бўладиган, юқорида келтирилган шикоятлар билан намоён бўладиган, касалланган аъзолар атрофида ривожланиб бу жараёнга ёнидаги соғ аъзоларни ҳам қўшилиб кетишига сабабчи бўладиган битишма жараёнини алоҳида қўшимча бир патология деб қаралса тўғри бўлар эди. Чунки, бу жараён ҳам жарроҳлик йўли билан бартараф қилишни тақозо этади.

Шу ерда қайд қилиб ўтиш зарурки, бизнинг тажрибаларимиз давомида ўтказилган жами 1518 та ЛХЭ ларнинг 1302 (85%) тасида ЛХЭ пайтида у ёки бу даражадаги битишма жараёни кузатилди (75-85% ҳолларда жигар, ўт қопи атрофида, ошқозон, 12 бармоқли ичак, кўндаланг чамбар ичак соҳаларида битишма жараёни борлиги аниқланган) ва улар ЛХЭ пайтида ажратилган бўлишига қарамасдан, ҳаммаси ҳам СЛО нинг алоҳида бир босқичи деб қаралмади. Фақатгина клиник жиҳатдан деярли доимий кузатиладиган ошқозон-ичак дискомфорти: қориннинг шишиши, тез-тез бўлиб турадиган кўнгил айниши, қайт қилиш (вақти-вақти

билан), ич дам бўлиши, метеоризм каби шикоятлар билан намоён бўладиган битишма жараёни бор бўлган беморлардагина (2,40%) уни ажратишни СЛЮ нинг алоҳида босқичи сифатида қаралди холос.

Пневмоперитонем ҳосил қилингандан кейин катта чарви, ичаклар ва қорин олд девори орасида ҳосил бўлган битишмалар тортилиб яхши кўринадиган бўлиб қолади ва уларни ажратиш осонлашади.

Қорин бўшлиғига лапароскоп киритилгандан кейин қорин бўшлиғи батафсил тафтиш қилинди. Кейинги тактика тафтиш натижаларига боғлиқ бўлди. Агар жигар ости, гепатодуоденал бойлам соҳаларида битишма жараёни борлиги аниқланса, иккинчи манипуляторни ўнг ёнбош соҳасидан қорин бўшлиғига киритилди (4 та ҳолатда), мабодо, битишма жараёни ўнг ёнбош соҳасида жойлашган бўлса, бу манипуляторни чап қовурға ости соҳасидан киритилди (3 та ҳолатда). Битишма жараённинг қорин бўшлиғининг юқори қаватида жойлашганлиги натижасида иккинчи манипуляторни 3 та ҳолатда киндикдан чапда, тўғри мушакнинг латерал четидан, 7 та ҳолатда эса, худди шундай ўнг томондаги нуқтадан фойдаланишга мажбур бўлдик. Одатда, битишмаларни ажратиш учун 5 мм ли иккита троакардан киритилган манипуляторлар етарли бўлди, аммо 5 та ҳолатда учинчи 5 мм ли троакарни киритишга тўғри келди.

Юқорида келтириб ўтилган усуллардан фойдаланган ҳолда битишмаларни ажратишнинг ҳам ўзига ҳос камчиликлари бор. Масалан, битишмаларни ажратишга кўп вақт сарфланади, гемостаз ишончилиги юқори бўлмайди. Шунинг учун ҳам биз бу усуллардан фақатгина тадқиқотимиз бошларида фойдаландик. Шу сабабли ушбу камчиликларни бартараф қиладиган усуллар такомиллаштирилса, мақсадга мувофиқ бўлар эди. Шундай қилиб, СТХ хасталиги билан касалланган ва қорин бўшлиғи битишма касаллигига чалинган беморларда кам инвазив бўлган, осон ва тез, пухта бажариладиган лапароскопик операция усулларини такомиллаштириш йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш учун илмий изланишлар олиб бориш долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

2.2.2. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА АППЕНДЭКТОМИЯ

СТХ ва аппендицитнинг қорин бўшлиғидаги бошқа касалликларига қараганда кўп учраши туфайли бу касалликларнинг биргаликда учраши ҳам табиий ҳолдир. Шунинг учун ҳисобга олган ҳолда тадқиқотимиз давомида СТХ билан хасталанган беморлар (1118) шикоятлари, анамнези чуқур ва мақсадли таҳлил қилинганда, уларнинг маълум бир қисмида (2,15% ёки 24 та ҳолатда) бу касалликнинг типик анамнез ва шикоятларидан ташқари ўнг ёнбош соҳасида ҳам вақти-вақти билан пайдо бўлувчи, кўпинча симилловчи характердаги оғриқлар бўлиши қайд қилинди. Одатда, бундай шикоятлари бор беморларда сурункали аппендицит шубҳа қилинади. Ушбу беморларнинг лапароскопик технологияларнинг имкониятлари ҳақида маълумотга эга бўлишганлари учун ЛХЭ билан биргаликда ЛАЭ операциясига ҳам рози бўлишди. Бу беморларда диагностик лапароскопия пайтида чувалчангсимон ўсимта соҳасида битишмалар борлиги ва ўсимтанинг сурункали яллиғланиш белгилари (деформация, чувалчангсимон ўсимта деворларининг нотекис қалинлашиши, ўчоқли гипертрофия, атрофия белгилари ва бошқалар.) бўлган тақдирдагина (929 та ЛАЭдан фақат 4 ҳолатда бемор талабига биноан) ЛАЭ ўтказиш режалаштирилди.

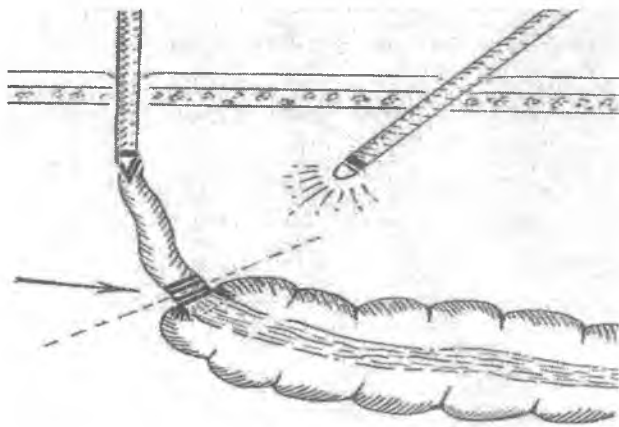
Симультан ЛХЭ ва ЛАЭ ни ўтказиш техникаси қуйидагича: бунинг учун ЛХЭ операциясини бажаришда троакарларни қорин бўшлиғига киритишда ЛАЭ босқич ҳам эътиборга олинди. Яъни, биринчи ва иккинчи 10 мм.ли ва учинчи 5 мм.ли троакарлар стандарт нукталардан киритилган бўлса, тўртинчи 5 мм.ли троакар ўрнига 10 мм.ли троакар ўнг ёнбош соҳасидан Мак Бурней нуктасидан киритилди. ЛХЭ нинг бошқа босқичлари одатдагидай усулда бажарилгач, лапароскоп эпигастрал соҳадаги портга кўчирилди. Кейин чап ёнбош соҳасидан эса қўшимча 5 мм.ли троакар киритилди ва бемор ҳолати ЛЦЭ операциясидагидай қилиб ўзгартирилди, ўнг ёнбош соҳаси 15-20⁰ га кўтарилди. Биз

тадқиқотимизнинг дастлабки даврларида ЛАЭ нинг бир неча анъанавий вариантларини қўлладик. Бу усуллар якка ЛАЭ ларни бажаришда кўп бора қўлланилиб, СЛО босқичи сифатида энг қулай вариантларни танлаб олишга имкон берди ва нафақат ЛХЭ билан бирга, балки бошқа лапароскопик операциялар (ЛЦЭ, ЛГП, битишмаларни ажратиш) билан ҳам биргаликда ўтказилди (9 та ҳолатда).

Биринчи вариант. Чап ёнбош соҳасидан киритилган 5 мм.ли троакардан қорин бўшлиғига қисқич киритилиб чувалчангсимон ўсимта апикал қисмидан, тутқичига яқин жойидан ушлаб, юқорига кўтарилади. Бунда, чувалчангсимон ўсимтанинг тутқичи тортилиб таранглашади ва биполяр коагуляция ёрдамида босқичма-босқич осон ажратилади. Ўсимта асосига иккита клипса (2.1 Расм) ёки 2 та эндохалқа қўйилди (2.2 Расм) ва улар орасидан кесилди. Ўсимта ўнг ёнбош соҳасидаги портдан ташқарига чиқарилди. Ўсимта чўлтоғига 96% ли спирт ёки йод эритмаси билан ишлов берилди. У кўричак гумбазига чўктирилмади ва перитонизация қилинмади.

2.1 Расм

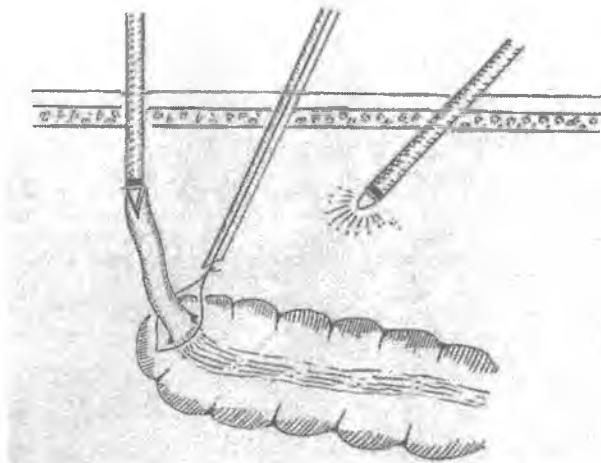
Клипсалар ёрдамидаги лапароскопик аппендэктомия



Бу усул кўричак гумбазининг ҳаракати чекланган, атроф тўқималар билан битишмалар мавжуд бўлган ҳолларида (4 та) ва гадқикотимизнинг дастлабки даврларида қўлланилди. Тўрттала ҳолатда ҳам операциядан кейинги даврда ЛАЭ техникаси билан боғлиқ асоратлар кузатилмаган бўлса-да, биз кейинчалик бу усулдан фойдаланишдан воз кечдик (даврий адабиётларда бу усул қўлланилишига кўрсатмалар ва ижобий натижалар қайд қилинган бўлса-да). Бунга сабаб клипса ва эндохалқа чувалчангсимон ўсимта чўлтоғига қўйилганда, унинг тўқимасининг эзилиши, йиртилиши каби (ўсимта деворидаги яллиғланиш, инфильтрация, шиш ҳисобига) хавфларнинг мавжудлиги ва чувалчангсимон ўсимта чўлтоғини кўричак гумбазига чўктириш ва перитонизация қилинмаслиғидир.

2.2 Расм

Эндохалқа ёрдамидаги лапароскопик аппендэктомия

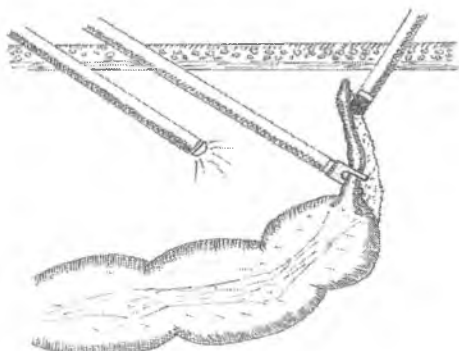


Иккинчи вариант. Чап ёнбош соҳасидан киритилган 5 мм.ли троакардан қорин бўшлиғига қисқич киритилиб чувалчангсимон ўсимта апикал қисмидан, тутқичига яқин жойидан ушланди ва юқорига кўтарилди. Кейин ўсимта асосидан тутқичи билан

биргаликда GIA аппарати ёрдамида тикилди ва олиб ташланди. Олинган ўсимта ўнг ёнбош соҳасидаги портдан ташқарига чиқариб олинди. Ўсимта чўлтоғига 96% ли спирт ёки йод эритмаси билан ишлов берилди. У кўричак гумбазига чўктирилмади ва перитонизация қилинмади (2.3 Расм). Бу усул кўричак гумбазига ҳаракатчанлиги чекланган ва атроф тўқималар билан битишмалар ҳосил қилган ҳолларда (4 та) қўлланилди. Бу усулнинг ҳам биринчи усулдаги камчиликдан холи эмаслиги (чўлтоқни кўричак гумбазига чўктириш ва перитонизация қилиб бўлмаслиги, кўричак чўлтоғининг йиртилиши, эзилиши кабилар) ва эндо GIAнинг қимматлиги, ЛАЭнинг биз таклиф қилган такомиллаштирилган вариантыда ўтказишимиз ва бу камчиликларни бартараф қилиш мумкинлиги туфайли иккинчи вариант ЛАЭ кейинчалик қўлланилмади.

2.3 Расм

Эндо GIA аппарати ёрдамидаги лапароскопик аппендэктомия



Учинчи вариант. Бу вариантда ЛАЭ нинг барча босқичлари фақат лапароскопик техника ёрдамида бажарилди (2 та ҳолатда), яъни, чувалчангсимон ўсимта тутқичини қесиш, тикиш, боғлаш ҳамда ўсимтани асосидан боғлаш, қесиш ўсимта чўлтоғини кесет ва

Z симон чоклар ёрдамида кўричак гумбази деворига чўктириш ва ҳоказо кабилар. Анъанавий аппендэктомиянинг барча босқичларини бу усулда, яъни лапароскопик техника ёрдамида бажариш анча мураккаб, шунинг учун бу усулдан бугунги кунда деярли фойдаланмаяпмиз.

ЛАЭ нинг юқорида келтириб ўтилган (типик, халқалар, клипсалар, GIA, коагуляция, УТ ёрдамида бажариладиган ЛАЭ лар) вариантлари ҳам қатор камчиликлардан холи эмас. Хоҳ улар айрим (симультан операция сифатида эмас), хоҳ симультан операция сифатида ўтказилса ҳам. Бунинг асосий сабаби аппендэктомиянинг сўзсиз, асосий зарур ва аҳамиятли босқичи бўлган чувалчангсимон ўсимта чўлтоғининг кўричак гумбазига кисет ва Z симон чоклар билан чўктирилишининг нисбатан мураккаблигидадир.

Аппендэктомиянинг бошқа босқичлари - битишмаларни ажратиш, чувалчангсимон ўсимта тутқичини тикиш, боғлаш, ажратиш, унинг чўлтоғини боғлаш ва кесиш кабиларнинг махсус лапароскопик асбоб-ускуналар (эндо GIA, халқалар, биполяр коагуляция, УТ билан) ёрдамида бажарилиши анча осон, тез ва ишончлидир. Шунинг учун ЛАЭ тарафдорлари ЛАЭ да чувалчангсимон ўсимта чўлтоғини кўричак гумбазига чўктиришга ҳожат йўқ деб ҳисоблайдилар ва ЛАЭ ни аппендикс чўлтоғини кўричак гумбазига чўктирмасдан якунлашади. Бундай ҳолларда ушбу босқич билан боғлиқ бўлган асоратлар ҳақида даврий адабиётларда маълумотлар-фактлар деярли келтирилмаган (яъни, салбий ҳолатлар қайд қилинмаган), демак, натижалар ижобий деб баҳоланмоқда.

Шундай қилиб, ЛХЭ га симультан босқич сифатида бажарилган ЛАЭ ларнинг юқорида келтирилган усуллардан фойдаланиб бажарилишининг энг асосий камчиликларидан бири бизнинг назаримизда чувалчангсимон ўсимта чўлтоғининг кўричак гумбазига чўктириш имкониятининг мураккаблиги ва деярли йўқлиги ҳамда перитонизация қилинмаслигидир. Ушбу камчиликларни бартараф қилиш йўлида изланишлар олиб бориш ва мавжуд ЛАЭ усулларини такомиллаштириш мақсадга мувофиқдир.

2.2.3. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА ГЕРНИОПЛАСТИКА

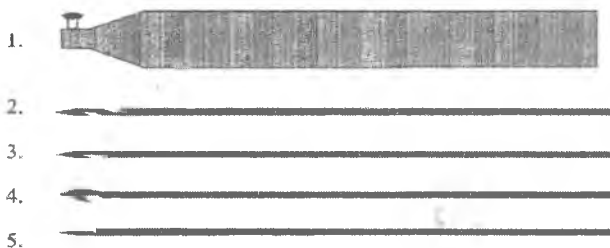
Қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳлик йўли билан даволашни талаб қиладиган касалликларининг қорин девори чурралари билан биргаликда учраши ўртача 10-15% ҳолларда, шу жумладан, СТХ лар билан биргаликда учраши 5-9% ҳолларда учраши қайд қилинган. Шулардан 70-80% дан кўпроғини киндик ва унга яқин жойлашган қорин оқ чизиғи чурралари ташкил қилади. Демак, бундай беморларда ЛХЭ пайтида чуррани бартараф қилиш зарурияти ҳам туғилади.

Бизнинг кузатувларимизда СТХ билан бирга қорин олд девори тўғриланувчи чурралари (қорин оқ чизиғи ва киндик чурралари) биргаликда учраган 9 та беморда ЛХЭ ва ЛГП биргаликда ўтказилди. СТХ дардига чалинган беморларнинг аксариятида киндик ва шунга яқин жойдаги қорин оқ чизиғи чурраларининг учраши кузатилди. Бундай ҳолларда бизнингча иккита вариант операция туфайли ЛХЭ ва лапароскопик чуррани бартараф қилиш имконияти мавжуд бўлиши мумкин.

2.4 Расм

Махсус игналар ва игна ушлагич

Хирургический иглодержатель и иглы



Киндик ва қорин оқ чизиғи чурраси кичик ёки ўртача ўлчамда бўлган (яъни, чурра дарвозаси 2-4 см гача) ҳолларда (9 та ҳолатда) ушбу усул қўлланилди. Бунда, чурра ҳосиласи устидан тери ва тери ости ёғ қавати 10-15 мм кесилди. Кейин чурра халтаси топилди ва у очилди. Чурра халтаси ичидаги аъзо қорин бўшлиғига киритиб юборилди. Сўнгра чурра дарвозаси орқали қорин бўшлиғига 10 мм ли троакар ва лапароскоп киритилди ва 2 та қисқич ёрдамида герметизацияланди. Кейин одатдагидек ЛХЭ бажарилди. ЛХЭ босқичи бажарилгач лапароскоп эпигастрал портга ўтказилди ва унинг назорати остида киндик чурраси ва қорин оқ чизиғи чурраси дарвозаси махсус игналар ёрдамида мушак ва апоневроз қаватлари қаватма-қават тикилиб бартараф қилинди (2.4 Расм).

Чурра дарвозаси 4 см дан катта бўлган қари, ёндош терапевтик касалликлари бўлган, кўп туққан аёлларда ва чурра дарвозасини пластика қилиш учун маҳаллий тўқималар етарли бўлмаган ҳолларда юқорида келтирилган усулдан фойдаланиб бўлмайди. Шу сабабли ушбу ЛГП усулини такомиллаштириш йўлида изланишлар олиб бориш талаб қилинади.

2.3. ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ БИЛАН ЦИСТЭКТОМИЯ, ИХТИЁРИЙ ЖАРРОҲЛИК СТЕРИЛИЗАЦИЯСИ ВА МИОМЭКТОМИЯ

2.3.1. ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА ЦИСТЭКТОМИЯ

СТХ дардига чалинган беморларнинг аксарияти аёллар бўлганлиги учун операциядан олдинги текширувларда уларнинг гинекологик статусларига алоҳида эътибор қаратиш керак бўлди. ЛХЭ билан тухумдонлар кистаси аниқланган барча беморларда (15 бемор) цистэктомия операцияси лапароскопик усулда бажарилди. Барча беморлар операциядан олдинги даврда гинеколог томонидан текширилди ва цистэктомияга кўрсатма аниқланди. Тадқиқотимизнинг дастлабки даврларида ушбу операцияларда

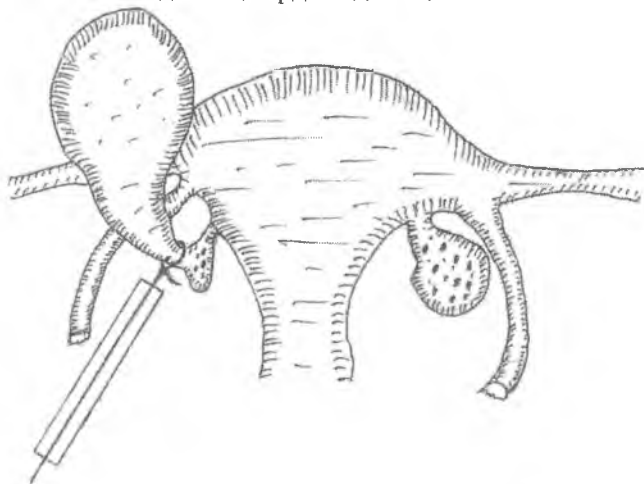
гинеколог ҳам иштирок этди. Бу беморларда СЛО нинг ЛХЭ босқичини юқорида кўрсатиб ўтилган тартибда амалга оширдик. Троакарлар учун нуқталарни танлашда, кистанинг қайси томонда жойлашганлиги, беморларнинг тана тузилиши, олдин операция ўтказганликлари эътиборга олинди. СЛО нинг ЛХЭ босқичи бажарилгандан кейин беморнинг операция столидаги ҳолати ўзгартирилди, яъни бош томони 20-25⁰ пастга, оёқ томони 25-30⁰ юқорига кўтарилди. Кистанинг ўлчами, характери ва жойлашган жойига қараб (оёқчада, битишмали, интралигаментар ва бошқалар) СЛО нинг ЛЦЭ босқичи 4 та вариантда амалга оширилди.

Биринчи вариант. СЛО нинг ЛХЭ босқичи бажарилгандан кейин киста ўлчамлари унчалик катта бўлмаган (2-3 см. атрофида) ва тухумдонлар ҳаракати чекланган, поликистоз ўзгаришлари бор бўлган ва бундай кисталарнинг ёш, ҳали туғиши керак бўлган қиз ва аёлларда учраган ҳолларида, киста биполяр коагуляция ёрдамида дреллинг қилинди ва суюқлиги аспирация қилинди. Киста деворининг тухумдондан холи (эркин) қисми биполяр коагуляция ёрдамида олиб ташланди. Бундай усулда 4 та (5,00%) бемор операция қилинди.

Бу усулдаги кистани бартараф қилишга оз вақт сарф қилинишига, кам шикастли ва аъзони сақлаб қолувчи операция усули эканлигига қарамасдан, кистанинг қайта ҳосил бўлиш эҳтимоли юқорироқ эканлигини (рецидив) эътиборга олиб, бу усул фақат юқоридаги тоифа беморларда қўлланилди холос.

Иккинчи вариант. Киста оёқчаси калта бўлган ва ҳаракати чекланган, уни қорин бўшлиғидан ташқарига чиқариш иложи бўлмаган ҳолатларда, унинг оёқчаси асосига иккита эндохалқа қўйиб боғланди (2 та ҳолатда) ёки унинг асоси эндо GIA 30, 60 тикув аппарати билан тикилди (2 та ҳолатда) ва улар орасидан киста кесиб олинди. Киста ичидаги суюқлик аспирация қилинди ва киста ташқарига қов устидаги қўшимча портдан латекс контейнерга солиб чиқариб олинди. Бу усулда 4 та (5,00%) бемор операция қилинди (2.5 Расм).

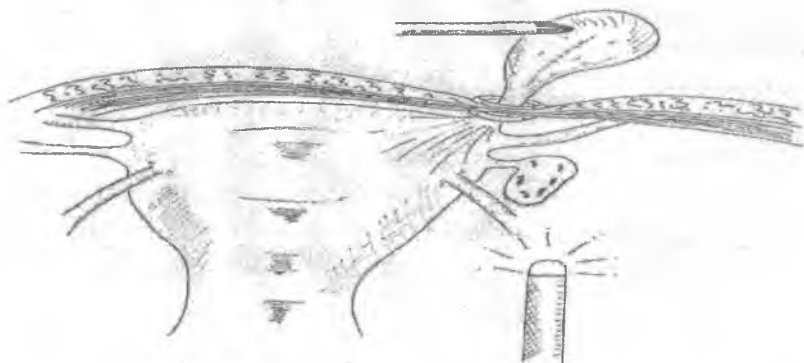
Эндохалқа ёрдамидаги цистэктомия



Учинчи вариант. Агар киста атроф тўқималар билан битишмалар ҳосил қилган бўлиб, уни ташқарига чиқариш у ёқда турсин, эндохалқага олиш ҳам мушкул бўлган 2 та ҳолатда, олдин уни атроф тўқималардан L симон электрод ёрдамида ва ўткир, ўтмас йўллар билан битишмалардан киста деворига максимал даражада яқин жойларидан ажратиб, эндо GIA 30, 60 лапароскопик тикув аппарати ёрдамида асоси тикилди ва цистэктомия қилинди. Шундан сўнг киста ичидаги суюқлик сўриб олинди ва киста латекс контейнерида қов усти қўшимча портидан ташқарига чиқарилди.

Тўртинчи вариант. СЛО нинг ЛХЭ босқичидан кейин лапароскоп параумбиликал портдан эпигастрал портга кўчирилди ва тухумдон кистаси лапароскоп назорати остида пункция қилиниб, ичидаги суюқлик сўриб олинди. Кейин қов усти соҳасидан, қорин оқ чизиги бўйлаб 10 мм ли троакар қорин бўшлиғига киритилди ва киста деворининг бир учи қисқичга олиниб оёқчаси билан қорин бўшлиғидан ташқарига чиқарилди. Киста оёқчаси асоси тикиб боғланди ва киста кесиб олиб ташланди. Чўлтоғи қорин бўшлиғига чўктирилди (экстракорпорал цистэктомия, 2.6 Расм). Бундай усулда 5 та бемор операция қилинди.

Экстракорпорал лапароскопик цистэктомия



СЛО бу босқичи бажарилишининг асосий шарти киста ўлчамларидан қатъий назар, киста оёқчада бўлиши ва унинг ҳаракатчан бўлиши кераклигидир. Тадқиқотимиз давомида бу усулнинг бошқа усулларга қараганда самаралироқ ва ишончлироқ эканлигига амин бўлдик ва имкони бўлган ҳолатларда шу усулдан фойдаландик. Киста атроф тўқималар билан битишмалар ҳосил қилган ва ҳаракатчанлиги чекланган ҳолатларда, интралигаментар жойлашганда бу усулни қўллаб бўлмайди.

Шундай қилиб, тухумдонлар кистаси СТХ билан биргаликда учраган ҳолларда лапароскопик технологиялар билан ўтказилган симультан операциялар натижаларига кўра III-IV даражали семизлиги бўлган беморларда юқорида келтирилган усулларни қўллаш бир қатор техник қийинчиликларни келтириб чиқаради (қорин девори жуда қалин бўлганлиги сабабли) ва бу муаммоларни ҳал қилиш йўлида юқоридаги операция усуллариининг такомиллаштирилиши мақсадга мувофиқдир.

2.3.2. ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА ИХТИЁРИЙ ЖАРРОҲЛИК СТЕРИЛИЗАЦИЯСИ

Лапароскопик технологиялар амалиётга киритилмасидан илгари холецистэктомия операцияси билан бачадон найларини боғлаш операция -ларини биргаликда ўтказиш учун юқори ўрта лапаротом кесимни то киндикгача ва ундан ҳам пастгача давом қилдиришга ёки қов усти соҳасида қўшимча лапаротомия қилишга тўғри келган бўларди. Бунинг оқибатида беморга етказиладиган шикаст даражаси ошарди. Шунинг учун ҳам бундай симультан операциялар анъанавий усуллар билан деярли қилинмас эди ва бу тоифадаги аёллар ХЭК операцияси ўтказилгандан кейин бошқа турдаги контрацепция усулларида фойдаланишга мажбур бўлишар ёки анъанавий операция йўли билан ЛИЖС қилинар эди. Эндовизуал технологияларнинг абдоминал жарроҳлик амалиётига кириб келиши натижасида жуда кўпчилик ҳолларда (90% гача) ЛХЭ учун қорин бўшлиғига киритилган троакарлардан ЛИЖС босқичини ҳам бемалол бажариш имкониятлари туғилди.

ЛХЭ билан ЛИЖС операцияси 22 та (27,50%) беморда ўтказилди. Шуниси эътиборга лойиқки, олдиндан режалаштирилган ЛИЖС операция босқичи амалда барча ҳолатларда (100%) бажарилди. Яъни ЛХЭ босқичи қай ҳолда ва қандай шароитда бажарилишидан қатъий назар ЛИЖС босқичини бажариш имконияти мавжуд бўлди. ЛИЖС га кўрсатма бўлиб, аёлларнинг хоҳишлари (10 та) ва бошқа турдаги контрацепция усулларида қарши кўрсатмаларнинг борлиги (12 та ҳолатда) хизмат қилди.

Симультан операциянинг ЛИЖС босқичини ЛХЭ босқичи учун зарур бўлган троакарлар киритиш нуқталаридан ҳам бемалол бажариш мумкинлигини эътиборга олиб, биринчи троакар одатдагидай параумбликал соҳадан киритилди. 1, 2, 3, 4 - троакарларни қилиниши режалаштирилган ЛХЭ ва ЛИЖС ни эътиборга олган ҳолда қорин бўшлиғига киритилди. Яъни, 2 - троакар эпигастрал соҳадан, 3 - троакар ўнг қовурға ости ва 4 чи

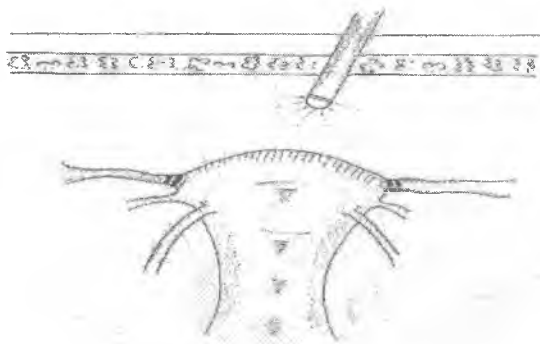
троакар ўнг ёнбош соҳаларидан киритилди. ЛХЭ нинг асосий босқичларини бажариб бўлгач, лапароскопни парумбликал портдан эпигастрал портга ўтказдик ва беморнинг операция столидаги ҳолатини ҳам ўзгартирдик. Яъни, тананинг пастки қисмини 30 - 40° га кўтарган бўлсак, бош қисмини пастга туширдик.

Бачадон найлари идентификация қилинган, уларни окклюзия қилиш тўртта усулда амалга оширилди.

Биринчи усул. Бу усул ЛХЭ билан биргаликда бачадон найида сальпингит белгилари бўлмаган ҳолларда (8 та ҳолатда) ўтказилди. Бунда СЛО нинг ЛХЭ босқичи ўтказилгандан кейин беморнинг операция столидаги ҳолати ўзгартирилди. Яъни операция столининг бош томони 30 - 40° пастга туширилиб, оёқ томони 25 - 30° юқорига кўтарилди. Бу ҳолат чаноқ бўшли - ғида кўринишнинг яхши бўлишига олиб келди. Кейин бачадон найининг бачадонга яқин жойидан иккита клипса қўйилди ва улар орасидан қайчи билан кесилди. Бу усул тадқиқотимизнинг дастлабки даврларида ўтказилди. Бачадон найида яллиғланиш белгилари, шиш каби асоратлар кузатилган ҳолларда клипса қўйганда, тўқималарнинг эзилиши, йиртилиши каби техник қийинчиликлар бўлишини эътиборга олиб, кейинги пайтларда бу усулдан иложи борича камроқ фойдаландик (2.7 Расм).

2.7 Расм

Лапароскопик ихтиёрий жарроҳлик стерилизациясининг клипсалар ёрдамида бажарилиши

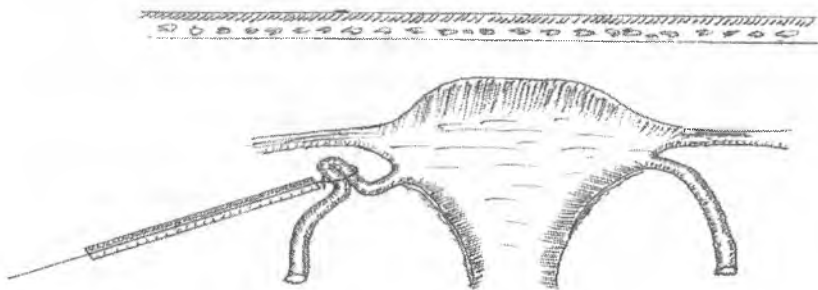


Иккинчи усул. ЛХЭ билан ЛИЖС ни биргаликда ўтказишда юқоридаги усулдан унчалик катта фарқ қилмайдиган усулдан ҳам фойдаланган ҳолда ЛИЖС 6 та беморда ўтказилди. ЛХЭ босқичидан кейин беморнинг операция столидаги ҳолати юқоридагидек ўзгартирилди. Кейин бачадон найининг бачадонга яқин жойидан иккала томонда ҳам иккита жойидан клипсалар қўйилди, лекин улар орасидан кесиш қайчи билан эмас, балки биполяр коагуляция ёрдамида қилинди. Бу усул ҳам юқоридаги усул камчиликларидан ҳоли эмаслигини инobatга олиб кейинчалик бу усулдан ҳам камроқ фойдаланишга ҳаракат қилдик.

Учинчи усул. Тадқиқотимиз давомида лапароскопик ЛИЖС нинг эндохалқа ёрдамида бажариладиган усулидан ҳам (4 та беморда) фойдаландик. Бунда СЛОНинг ЛХЭ босқичи ўтказилгач, беморнинг операция столидаги ҳолати ўзгартирилиб бачадон найи бачадонга яқинроқ жойидан қисқичга олиниб тортилди ва унга эндохалқа кийдирилиб боғланди. Бу усулни бачадон найи атроф тўқималар билан битишмалар ҳосил қилган, сальпингит белгилари бўлган ҳолларда бажаришнинг имконияти бўлмади (2.8 Расм).

2.8 Расм

Эндохалқа ёрдамида бажарилган ЛИЖС

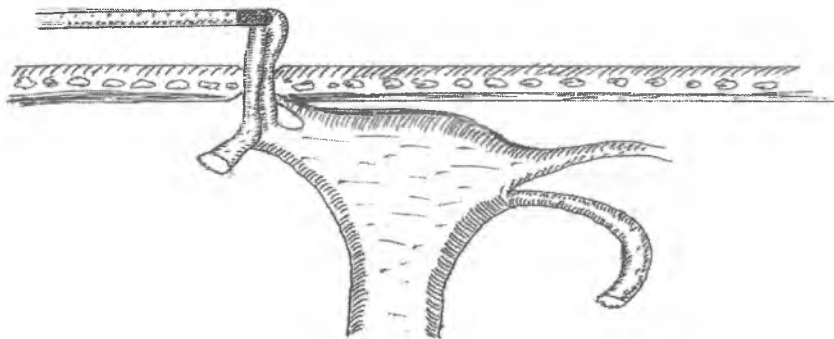


Тўртинчи усул. СЛОНинг ЛХЭ босқичи ўтказилгач, қорин оқ чизиғи бўйлаб қов устидан 10 мм ли қўшимча троакар қорин бўшлиғига киритилди. Кейин беморнинг операция столидаги

ҳолати юқордагидай қилиб ўзгартирилди. Сўнгра қов усти соҳасидаги троакардан киритилган қисқичга бачадон найи олинган ҳолда қорин бўшлиғидан ташқарига олиб чиқилди. Ташқарида бачадон найи капрон, лавсан ва ҳоказо иплар билан боғланиб улар орасидан кесилди. Олдин бир томонда, кейин эса иккинчи томонда шу амаллар бажарилди. Бу усул (2.9 Расм) бачадон найи ҳаракатчан бўлган, атроф тўқималар билан битишмалар бўлмаган ҳолларда бажарилди (4 та ҳолатда).

2.9 Расм

Экстракорпорал усулда бажарилган ЛИЖС



Бу усулнинг бошқа усуллардан афзаллиги шундаки, бачадон найи ташқарига чиқарилгач, клипсалар, эндохалқа, биполяр коагуляция ва бошқалар ёрдамида ЛИЖСни ўтказиш мумкин, яъни хоҳлаган усулда бажариш имконияти яратилади.

Бачадон найида яллиғланиш белгилари, шиш каби асоратлар кузатилган ҳолларда клипса қўйганда, тўқималарнинг эзилиши, йиртилиши каби техник қийинчиликлар келиб чиқиши мумкин. Бачадон найи атроф тўқималар билан битишмалар ҳосил қилган, сальпингит белгилари бўлган ҳолларда ҳам юқоридаги усулларни бажаришнинг имконияти чекланади. Шунинг учун ҳам, ЛИЖСнинг такомиллаштирилган, барча ҳолларда осон, тез ва пухта бажариладиган вариантларини ишлаб чиқиш талаб қилинади.

2.3.3. ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА МИОМЭКТОМИЯ

Лапароскопик технологиялар қўлланилгунга қадар бачадон миомаси билан касалланган беморларда (агар миома ўлчамлари 9 ҳафтагача катталиқда бўлса), қон кетиш асорати кузатилмаган ҳолларда кўпинча деярли самара бермайдиган консерватив даво ўтказилар эди ёки бачадон ампутацияси, экстирпацияси операцияларидагидай беморга катта шикаст етказувчи, кўп қон йўқотишига сабаб бўлувчи лапаротомия кесимлари орқали миомэктомия операциясини ўтказишга тўғри келарди. СТХ ва бачадон миомаси билан касалланган беморларда ЛХЭ билан миомэктомия операциясини анъанавий усулда биргалиқда ўтказиш учун беморнинг қорнини ханжарсимон ўсимтадан то қовгача кесиб очишга тўғри келар эди. Шунинг учун ҳам бу икки операция биргалиқда деярли қилинмас эди. Лапароскопик технология ёрдамида эса, бу операцияларни беморларга ортиқча шикаст етказмасдан биргалиқда ўтказиш имкониятлари кенгайди.

Симультан ЛХЭ ва миомэктомия операцияси 2 та (2,50%) беморда ўтказилди. Бизнинг СЛЮ тажрибаларимизда миоматоз тугунларнинг субсероз жойлашганлиги ва ўлчамлари 9 ҳафталик муддатдан катта бўлмаган ҳолатлари кузатилди ва улар лапароскопик миомэктомияга кўрсатма бўлди. СЛЮ нинг асосий босқичи бўлган ЛХЭ дан кейин, беморнинг операция столидаги ҳолатини ЛЦЭ дагидай қилиб ўзгартирдик. Кейин қўшимча 10 мм ли троакарни қорин бўшлиғига чап ёнбош соҳасидан киритдик. Кейин эса, биполяр коагуляция ёрдамида миоматоз тугунни атроф тўқималардан ажратиб олдик.

Шундай қилиб, бизнинг тажрибаларимиз шундан далолат берадики, СТХ билан бачадон миомаси биргалиқда учраса ёки миоматоз тугун интраоперацион топилма бўлган ҳолларда ЛХЭ билан биргалиқда миомэктомия операциясини бажаришга ҳам жуда қулай имконият бўлади.

2.4. ЎТКАЗИЛГАН СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Бажарилган СЛЮларнинг натижаларини операция пайтидаги ва операциядан кейинги даврдаги кузатувларимиз асосида ўрганиб чиқилди.

Операциядан кейинги асоратларни аниқлаш учун беморларда қуйидаги чора-тадбирлар ўтказилди: 1. Умумий клиник кузатувлар (кўнгил айниши, қайт қилиш, ичаклар парези, оғриқ синдромининг давомийлиги ва ҳоказоўрганилди). 2. Лаборатор ташхисий муолажалар (қон ёйма таҳлили, эритроцитлар чўкиш тезлигини, биохимиявий кўрсаткичларни аниқлаш ва ҳоказо). 3. Инструментал текширувлар (назорат УТТ қилиш, рентгенологик ва эндоскопик текширувлар ва ҳоказо). 4. Беморлар фаоллашувининг бошланиши.

Кузатилган барча асоратлар 3 та гуруҳга бўлиб ўрганилди (Т.Б.Дубошина таснифи бўйича, 1980).

1 та (1,25%) беморда эпигастрал жароҳатнинг йиринглаши, 1 та (1,25%) ҳолатда шу жароҳатдан серома ажралиши, 2 та (2,50%) беморда тери ости эмфиземаси, 2 та (2,50%) беморда “френикус синдром” кузатилди. Тери ости эмфиземаси ва “френикус синдром” операциядан кейин ўз-ўзидан бир ҳафтанинг ичида асоратсиз ўтиб кетди. Бу гуруҳ беморлар орасида ўлим ҳолати кузатилмади.

Операциядан 36 соат кейин барча беморларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлди. 6 та (7,50%) бемор эса, операциядан 6 соат ўтгандан кейин ўзлари мустақил ҳаракатлана олдилар ва эртаси куни уларга уйларига рухсат берилди.

21 (26,25%) та беморда кўнгил айниши ва қайт қилиш операциядан кейинги биринчи куни кузатилди. Ичаклар парези 11 (13,75%) та беморда кузатилиб, операциядан кейинги иккинчи кунига қараб ўз-ўзидан ўтиб кетган бўлса, 5 та (6,25%) беморда ичаклар фаолиятини стимуляция қилингандан кейин йўқолди.

Барча беморларда операциядан кейинги даврда назорат қон таҳлиллари ўтказилди. Дренаж найчаларининг олишдан олдин

беморлар назорат УТТ дан ўтказилди. УТТ билан текшириш операциядан кейин тана ҳарорати кўтарилган, оғриқ синдроми кучли бўлган беморларда ҳам ўтказилди. Оғриқ синдроми фақатгина биринчи ва иккинчи кунлари бўлди ва уни бартараф қилиш учун нонаркотик анальгетикларни қўллаш кифоя қилди. Операциядан кейинги кўрсаткичларнинг тавсифи 2.5 жадвалда кўрсатилган.

2.5 Жадвал

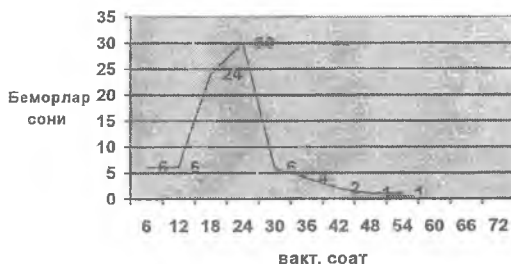
Операциядан кейинги кўрсаткичлар тавсифи

Номи	Кўрсаткичлар	%
Оғриқсизлантириш	1-2 кун давомида	-
Кўнгил айниши ва қайт қилиш	1чи куни	-
Ичак парезининг йўқолиши	1-2 кун давомида	-
Беморлар фаоллашуви	1чи куни	-
Операциядан кейинги давр давомийлиги, сутка	3,88±0,14	-
Тери ости эмфиземаси	2	2,50
“Френикус синдром”	2	2,50
Серома ажралиши	1	1,25
Йиринглаш	1	1,25

Операциядан кейинги даврда беморларнинг кўпчилигида (58 та беморда) 24 соат ичида мустақил ҳаракатланишнинг тўлиқ фаоллашиш ҳолати кузатилди (2.10 Расм).

2.10 Расм

Назорат гуруҳи беморларининг ҳаракат фаоллиги тикланиши графиги



Беморларининг касалхонадаги ўртача ўрин кунлари сони $5,85 \pm 0,22$ кунни ташкил қилиб, операциядан кейинги давр эса $3,88 \pm 0,14$ кундан иборат бўлди.

Шундай қилиб, ЛХЭ ва битишмаларни ажратишда юқорида келтириб ўтилган усуллардан фойдаланиб битишмаларни ажратишнинг ҳам ўзига ҳос камчиликлари борлиги кузатилади. Масалан, битишмаларни ажратишга кўп вақт сарфланиши, гемостаз ишончлилиги юқори эмаслигидир. Шу сабабли ушбу камчиликларни бартараф қиладиган усуллар такомиллаштирилса мақсадга мувофиқ бўлар эди ва СТХ хасталиги билан касалланган, қорин бўшлиғи битишма касаллигига чалинган беморларда кам инвазив бўлган, осон, тез, пухта бажариладиган лапароскопик операция усулларни такомиллаштириш йўли билан даволаш натижаларни яхшилаш учун илмий изланишлар олиб бориш долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

ЛХЭ ва ЛАЭнинг юқорида келтирилган усулларини биргаликда бажариш техникаси билан боғлиқ асоратлар кузатилмаган бўлса-да, биз кейинчалик бу усуллардан фойдаланишдан воз кечдик (даврий адабиётларда бу усуллар қўлланилишига кўрсатмалар ва ижобий натижалар қайд қилинган бўлса-да). Бунга сабаб клипса ва эндохалқа чувалчангсимон ўсимта чўлтоғига қўйилганда, унинг тўқимасининг эзилиши, йиртилиши каби (ўсимта деворидаги яллиғланиш, инфилтрация, шиш ҳисобига) хавфларнинг мавжудлиги ва чувалчангсимон ўсимта чўлтоғини кўричак гумбазига чўктириш ва перитонизация қилинмаслиги ва эндо GIA нинг нисбатан қимматлиги бўлди.

Аппендэктомиянинг бошқа босқичлари - битишмаларни ажратиш, чувалчангсимон ўсимта тутқичини тикиш, боғлаш, ажратиш, унинг чўлтоғини боғлаш ва кесиш кабиларнинг махсус лапароскопик асбоб-ускуналар (эндо GIA, халқалар, биполяр коагуляция, УТ билан) ёрдамида бажарилиши анча осон, тез ва ишончлидир. Шунинг учун ЛАЭ тарафдорлари ЛАЭ да чувалчангсимон ўсимта чўлтоғини кўричак гумбазига чўктиришга ҳожат йўқ деб ҳисоблайдилар ва ЛАЭни аппендикс чўлтоғини

кўричак гумбазига чўктирмасдан яқунлашади. Бундай ҳолларда ушбу босқич билан боғлиқ бўлган асоратлар ҳақида даврий адабиётларда маълумотлар-фактлар деярли келтирилмаган (яъни, салбий ҳолатлар қайд қилинмаган), демак, натижалар ижобий деб баҳоланмоқда.

Шундай қилиб, ЛХЭ га симультан босқич сифатида бажарилган ЛАЭ ларнинг юқорида келтирилган усуллардан фойдаланиб, бажарилишининг энг асосий камчиликларидан бири бизнинг назаримизда, чувалчангсимон ўсимта чўлтоғининг кўричак гумбазига чўктириш имкониятининг мураккаблиги ва деярли йўқлиги ҳамда перитонизация қилинмаслигидир. Ушбу камчиликларни бартараф қилиш йўлида изланишлар олиб бориш ва мавжуд ЛАЭ усулларини такомиллаштириш мақсадга мувофиқдир.

ЛХЭ ва ЛГП бирга бажаришда чурра дарвозаси 4 см дан катта бўлган, қари, кўп тукқан аёлларда ва чурра дарвозасини пластика қилиш учун маҳаллий тўқималар етарли бўлмаган ҳолларда юқорида келтирилган усулдан фойдаланиб бўлмайди. Шу сабабли ушбу ЛГП усулини такомиллаштириш йўлида изланишлар олиб бориш талаб қилинади.

ЛХЭ ва ЛЦЭ биргаликда бажарилган операциялар натижаларига кўра III-IV даражали семизлиги бўлган беморларда ЛЦЭнинг юқорида келтирилган усулларни қўллаш бир қатор техник қийинчиликларни келтириб чиқаради (қорин девори жуда қалин бўлганлиги сабабли) ва бу муаммоларни ҳал қилиш йўлида юқоридаги операция усулларининг такомиллаштирилиши мақсадга мувофиқдир.

ЛХЭ ва ЛИЖС ни биргаликда бажарилганда бачадон найида яллиғланиш белгилари, шиш каби асоратлар кузатилган ҳолларда, клипса қўйилганда тўқималарнинг эзилиши, йиртилиши каби техник қийинчиликлар келиб чиқиши мумкин. Бачадон найи атроф тўқималар билан битишмалар ҳосил қилган, сальпингит белгилари бўлган ҳолларда ЛИЖС нинг юқорида келтирилган усулларни бажаришнинг имконияти чекланади. Шунинг учун ҳам ЛИЖСнинг такомиллаштирилган, барча ҳолларда осон, тез ва пухта бажариладиган вариантларини ишлаб чиқиш талаб қилинади.

3-БОБ

СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ БИРГАЛИКДА УЧРАЙДИГАН КАСАЛЛИКЛАРИДА ҲАМДА ОПЕРАЦИЯ ХАВФИ ЮҚОРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ, УЛАРНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ ВА ИҚТИСОДИЙ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

3.1. БЕМОРЛАРНИНГ УМУМИЙ КЛИНИК ТАВСИФИ

Асосий гуруҳни СТХ ва ҚБАБУК билан хасталанган, операция хавфини кескин оширадиган ёндош терапевтик касалликларидан ўрта ва оғир даражали сурункали камқонлик, ГК, ЮИК, III-IV даражали семизлик кабиларга чалинган ва қорин бўшлиғи аъзоларида олдин операция ўтказган 88 та бемор ташкил қилди. Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши 3.1 жадвалда келтирилган.

3.1 Жадвал

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Ёши	Аёллар		Эркаклар	
	Сони	%	Сони	%
19 ёшгача	-	-	-	-
20-44	40	45,45	2	2,27
45-59	25	28,41	3	3,41
60-74	14	15,91	4	4,54
Жами	79	89,77	9	10,23

Жадвалдан кўриниб турибдики, бу гуруҳ беморларининг ҳам асосий қисмини аёллар ташкил қилган (89,77%). Барча беморларнинг 79,54%ини 20 ёшдан 60 ёшгача бўлган ва 20,45%ни 60 ёшдан катталар ташкил қилди.

Бу гуруҳ беморларда аниқланган патологиялар турига қараб қуйидагича тақсимланди: (3.2 жадвал). Жадвалдан кўриниб турибдики, СТХ билан кўпроқ қорин бўшлиғи битишма касаллиги (23,86%), тухумдонлар кистаси (22,72%), сурункали аппендицит (15,91%) кабиларнинг биргаликда учраши кузатилди. Ундан ташқари қорин олд девори чурралари (17,04%), бачадон миомаси (3,41%) ҳолларда биргаликда учраши кузатилди. ЛИЖС (17,04%) эса патология сифатида қаралмаса ҳам, у СЛЮ ларнинг симультан босқичи сифатида эътироф этилгани боис ҳам ушбу жадвалга киритилган.

3.2 Жадвал

Асосий гуруҳ беморларда аниқланган патология турлари

№	Патология тури		Аёллар		Эркаклар	
	Асосий	Симультан	Сони	%	Сони	%
1	СТХ	Қорин бўшлиғи битишма касаллиги	16	18,18	5	5,68
2	СТХ	Сурункали аппендицит	12	13,63	2	2,27
3	СТХ	Қорин девори чурралари	12	13,64	3	3,41
4	СТХ	Тухумдонлар кистаси	20	22,72	-	-
5	СТХ	Бачадон миомаси	3	3,41	-	-
6	СТХ	ЛИЖС	15	17,04	-	-
7	Жами		78	88,64	10	11,36

*Изоҳ. ИЖС ўзи патология бўлмаса-да, СЛЮнинг симультан босқичи сифатида қаралгани учун жадвалга киритилган.

СТХ касаллиги билан хасталаниш анамнези қуйидагича бўлди:

1 йилгача 20 (22,72%) та беморда, 3 йилгача 34 (38,63%) та ва 5 йилдан кўп бўлган анамнез 34 (38,63%) та беморда аниқланди.

Ушбу гуруҳ беморларда ўтказилган операциялар 3.3 жадвалда келтирилган.

Асосий гуруҳ беморларида ўтказилган операция турлари

№	Операция тури		Сони	%
	Асосий босқич	Симультан босқич		
1	ЛХЭ	Битишмаларни ажратиш	21	23,86
2	ЛХЭ	Аппендэктомия	14	15,91
3	ЛХЭ	Герниопластика	15	17,04
4	ЛХЭ	Цистэктомия	20	22,72
5	ЛХЭ	Миомэктомия	3	3,41
6	ЛХЭ	ЛИЖС	15	17,04
7	ЛХЭ	2 тадан кўп операциялар	18	20,45
8	Жами		106	120,45

Изоҳ – 1 та беморда бир вақтда 2 тадан кўп операция бажарилган ҳолатлар ҳам бўлган.

Жадвалдан кўришиб турибдики, энг кўп бажарилган СЛО лардан ЛХЭ ва битишмаларни ажратиш (23,86%), ЛХЭ ва тухумдонлар кистасини бартараф қилиш (22,72%) бўлса, ЛХЭ ва ЛАЭ 15,90%, ЛХЭ ва ЛГП 17,04%, ЛХЭ ва ЛИЖС 17,04%, ЛХЭ ва ЛМЭ 3,41% беморларда бажарилди. Бир беморда бир вақтда 2 тадан кўп операция бажарилган ҳолатлар 18 тани ташкил этди. Шундан, 5 та операция 1 та ҳолатда, 4 та операция 1 та ҳолатда ва 3 та операция 13 та ҳолатда бажарилди.

Ушбу гуруҳ беморларида бажарилган СЛО ларнинг барчаси D.Lohlein ва Pichlmaug лар (1978) таклиф қилган тасниф бўйича оғир симультан операцияларга киритилди.

Бу гуруҳ беморларида бажарилган барча операциялар ҳам умумий интубацион наркоз остида ўтказилди. Операциядан олдинги тайёргарлик даврида беморларга операциядан бир кун олдин энгил овқатланиш буюрилди, кечкурун ва операция куни эрталаб тозаловчи ҳуқна қилинди. Операциядан 30 дақиқа олдин одатдагидай премедикация қилинди.

3.4 жадвалда асосий гуруҳ беморларида ўтказилган СЛО ларга сарф бўлган ўртача вақт кўрсатилган. Жадвалдан маълум

бўладики, энг кўп вақт ЛХЭ ва ЛЦЭ, битишмаларни ажратишга 106,40±1,52 дақиқа, ЛХЭ ва ЛАЭ учун 97,21±2,05 дақиқа, ЛХЭ ва ЛГП ларни ўтказишга 93,73±2,15 дақиқа сарф бўлган. Энг кам вақт эса ЛХЭ ва ЛИЖСни бажаришга 54,40±1,40 дақиқа, ЛХЭ ва ЛЦЭни бажаришга 71,10±1,12 дақиқа сарф бўлган.

3.4 Жадвал

Асосий гуруҳда СЛО ларнинг ўртача давомийлиги (дақиқа)

Асосий босқич	Симультан босқич	Операциянинг ўртача давомийлиги (дақиқа)
ЛХЭ	Битишмаларни ажратиш	79,42±1,35
ЛХЭ	ЛИЖС	54,40±1,40
ЛХЭ	ЛЦЭ	71,10±1,12
ЛХЭ	ЛАЭ	97,21±2,05
ЛХЭ	ЛГП	93,73±2,15
ЛХЭ	Миомэктомия	76,33±0,33
ЛХЭ	ЛЦЭ, ЛИЖС	79,40±1,76
ЛХЭ	ЛЦЭ, битишмаларни ажратиш	106,40±1,52

СТХ касаллиги билан касалхонага ётқизилган беморларнинг асосий қисмини, одатдагидек, аёллар ташкил қилди. Бу беморларда биргаликда учрайдиган касалликлардан тухумдон кистаси, бачадон миомаси, иккиламчи бепуштлик ва шунга ўхшаш патологияларнинг кўпроқ кузатилиши аниқланди. Бундай беморларда холецистэктомия билан кичик чаноқ аъзоларидаги патологияларни анъанавий усуллар билан бартараф қилиш жарроҳ учун машаққатли, бемор учун оғир жароҳат эканлиги маълум. Бу муаммоларни ҳал қилишга имкониятлари жуда юқори бўлган эндовизуал технологиялардан фойдаланиш натижасидагина эришиш мумкин.

Асосий гуруҳда кузатувлар олиб борилган 88 та беморнинг 36 таси (40,90%) операция қилиниши лозим бўлган биргаликда учрайдиган патология билан стационарга ётқизилган бўлса, шундан 16 та (18,18%) беморда учинчи кўшимча патология бевосита стационар текширувлари натижасида аниқланди. Интраоперацион топилма патологиялар жарроҳ олдида жуда қийин муаммони

келтириб чиқаради. Нима қилиш керак? Беморни касалхонага мурожаат қилишга сабаб бўлган патологияни бартараф қиладиган операцияни қилиб чекланиб қолиш керакми ёки топилма патологияни ҳам бартараф қилиш керакми? Операция тактикаси, ҳажми, характери қандай бўлиши керак? Бу каби саволларга қисқа вақт ичида энг оптимал жавоб топиш талаб қилинади. Чунки, топилма патологияни бартараф қилиш учун операциядан олдинги тайёргарлик босқичи ва режа бўлмаган.

3.5 Жадвал

Интраоперацион даврда қўшимча топилган патологиялар тавсифи

Патология номи	Сони	%	Эркаклар		Аёллар	
			сони	%	сони	%
Битишма касаллиги	10	38,46	1	3,84	9	34,61
Тухумдон кистаси	12	46,15	-	-	12	46,15
Сурункали аппендицит	2	7,69	-	-	2	7,69
Бачадон миомаси	2	7,69	-	-	2	7,69
ЖАМИ	26	100	1	3,84	25	96,15

Тадқиқотимиз давомида худди ана шундай беморларда СЛО ўтказдик ва шундай хулосага келдикки, интраоперацион даврда топилган патологияни бартараф қилиш имкониятлари бўлган барча ҳолатларда уни бажариш керак. Ўтказилган СЛОларнинг тавсифи 3.5 жадвалда келтирилган.

СЛО ларнинг кенг қўламда ўтказилишига тўсқинлик қилувчи омилларнинг асосийларидан бири, бу уларнинг ҳуқуқий ва ташкилий томонларидир. Масалан, ўт-тош касаллиги билан биргаликда учрайдиган гинекологик касалликларда операция қилувчи гуруҳга гинекологнинг жалб қилиниши тактик хатоларнинг олдини олишга, операция ҳажми ва характерини тўғри танлашга, унинг оптимал вариантда ўтказилишига асос бўлади.

Тадқиқот мобайнида, маълум тажрибага эга бўлганимиздан кейин бачадон миомаси, тухумдонлар кистаси ва шунга ўхшаш гинекологик патологияларни бартараф қилувчи операцияларни мутахассис гинекологлар билан биргаликда бажардик.

3.2. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ БИЛАН БИТИШМАЛАРНИ АЖРАТИШ, АППЕНДЭКТОМИЯ, ГЕРНИОПЛАСТИКА

3.2.1. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА БИТИШМАЛАРНИ АЖРАТИШ

Асосий гуруҳда ҳам бажарилган СЛЮларнинг асосий босқичини барча ҳолларда ЛХЭ ташкил қилди. 21 та (23,86%) ҳолатда асосий патологиянинг қорин бўшлиғи битишма касаллиги билан биргаликда учраши кузатилди. Бу ҳолатнинг кўпинча ўт қопи, чувалчангсимон ўсимта, тухумдонлар ва бошқа аъзолар атрофида жойлашганлиги сабабли СТХ билан касалланган беморлар сўраб-суриштирилганда ўнг қовурға ости соҳасидаги ҳуружсимон оғриқлардан ташқари, ошқозон - ичак дискомфорти, яъни кўнгил айниши, қусиш, метеоризм, ичи дам бўлиши ва шунга ўхшаш бошқа шикоятларнинг учраши кузатилган. Бу шикоятлар ўт қопи атрофидаги битишма жараёнига кўндаланг чамбар ичак, 12 бармоқли ичак, ошқозон ва бошқа аъзоларнинг қўшилиб кетганлиги оқибатида ҳосил бўлганлиги аниқланди.

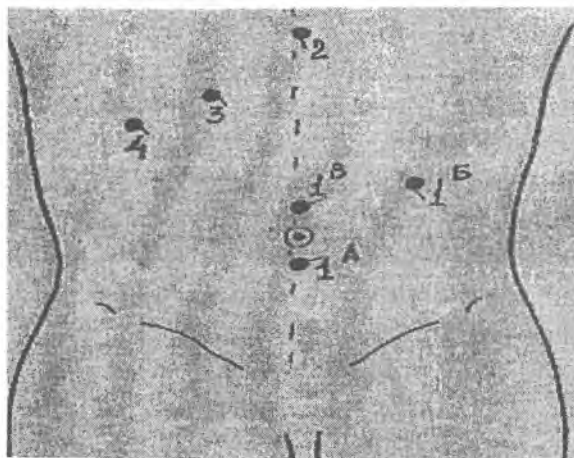
6 та (6,81%) беморда ўт қопининг Гартман чўнтакчасига 12 бармоқли ичакнинг пиёзча қисми ва пилорик канал, катта чарви келиб битишиб кетганлиги, 3 та беморда эса, шу соҳага ошқозоннинг қолган қисми ва 12 бармоқли ичак, гепатодуоденал бойламни бутунлай ёпиб қўйган катта чарви келиб ёпишганлиги аниқланди. Пилорик канал ва дуоденумни ятроген шикастланишининг олдини олиш мақсадида битишмаларни ажратишни уларни нафақат ўт қопи деворидан, балки унинг сероз қавати билан бирга ажратиш тўғри келди.

Қорин бўшлиғи аъзоларида олдин операция ўтказган беморларда СЛЮ лар ўтказиш алоҳида аҳамият касб этди ва ўзига хос қийинчиликларни келтириб чиқарди. Бу айниқса, киндикка яқин жойда қорин оқ чизиғи бўйича операциядан кейинги чандик бўлганда кузатилади. 15 та (17,04%) бемор анамнезида олдин

операция ўтказганлиги аниқланди. Шулардан 6 таси (6,81%) ўткир аппендицит (тарқоқ перитонит асорати билан), 3 таси (3,41%) қорин олд девори катта чурралари, 4 (45,45%) таси тухумдон кистаси, 1 таси ошқозон яра касаллиги, 1 таси бачадон миомаси бўйича операция ўтказганликлари маълум бўлди. Бундай беморларда Вереш игнасини ва биринчи троакарни қорин бўшлиғига киритиш ўта муҳим аҳамиятга эгадир. Чунки қорин бўшлиғига газни назоратсиз инсуффляция қилиниши ва ковак аъзоларнинг жароҳатланиши хавфи юқори бўлади. Бизнинг фикримизча, бу беморларда пункция ва биринчи троакар учун энг қулай нуқтани чап ёнбош соҳасидан белгилаш тўғри бўлар эди, чунки, бу соҳада олдин ўтказилган очиқ операциялардан кейин битишма жараёни энг кам кузатилди. Қолган нуқталарни лапароскоп назорати остида энг қулай соҳалардан қилинади (3.1 Расм).

3.1 Расм

Олдин операция ўтказган беморларда қорин олд деворидаги троакарлар киритиш нуқталари



1а. Вереш игнаси ва 1-троакар учун. 1б. 1-троакар учун иккинчи вариант. 2. 10 мм ли иккинчи троакар учун. 3 - 4. 5 мм ли троакарлар учун.

Пневмоперитонеум ҳосил қилиш ва лапароскоп учун порт вазифасини ўтовчи биринчи нуқтани ҳар бир беморда индивидуал танладик. Бунда, тери ости клетчаткасининг қай даражада ривожланганлиги, олдин операция ўтказганлиги, битишмалар туфайли ичак тутилиши белгиларининг борлиги инобатга олинди. 31 та (35,23) беморда киндик чурраси ёки шу соҳада операциядан кейинги чандиқлар бўлмаганлиги учун биринчи нуқта қилиб киндик остида 1а нуқтани танладик. Киндик чурраси ёки киндикдан пастда, қорин оқ чизиғи бўйлаб операциядан кейинги чандиқлар бўлган беморларда (5,7 ва 2,8%) троакар билан тешиб кириш учун киндик устидан 1б нуқтадан фойдаландик.

Бундай нуқтадан IV даражали семизлиги бор бўлган беморларда ҳам фойдаланилди. Биринчи нуқтадан қорин бўшлиғига лапароскоп киритилгандан кейин қорин бўшлиғи батафсил тафтиш қилинди. Кейинги тактика тафтиш натижаларига боғлиқ бўлди. Агар жигар ости, гепатодуоденал бойлам соҳаларида битишма жараёни борлиги аниқланса, иккинчи манипуляторни ўнг ёнбош соҳасидан қорин бўшлиғига киритилди (8 та ҳолатда), мабодо битишма жараёни ўнг ёнбош соҳасида жойлашган бўлса, бу манипуляторни чап қовурға ости соҳасидан киритилди (3 та ҳолатда). Битишма жараёнининг қорин бўшлиғининг юқори қаватида жойлашганлиги натижасида иккинчи манипуляторни 3 та ҳолатда киндикдан чапда, тўғри мушакнинг латерал четидан, 7 та ҳолатда эса, худди шундай ўнг томондаги нуқтадан фойдаланишга мажбур бўлдик. Одатда, битишмаларни ажратиш учун 5 мм ли иккита троакардан киритилган манипуляторлар етарли бўлади, аммо, 5 та ҳолатда 3 чи 5 мм ли троакарни киритишга тўғри келди. Пневмоперитонем ҳосил қилингандан кейин катта чарви, ичаклар ва қорин олд девори орасида ҳосил бўлган битишмалар тортилиб яхши кўринадиган бўлиб қолади ва уларни ажратиш осонлашади. 21 та шундай беморнинг 11 тасида битишма жараёнига қориннинг олд девори, катта чарви, кўндаланг чамбар ичак ва жигарнинг қўшилиб кетганлиги аниқланди. IV даражали семизлиги ва жигар юмалоқ бойламида ёғ тўқимаси кўп бўлган ҳолларда (6,38%)

асосий манипуляторни 26 нуқтадан киритдик. 10 мм ли троакарни жигар юмалоқ бойламининг латерал четидан киритилиши натижасида жигар ости соҳасида ишлаш осонлашади. Шунинг учун ҳам қилиниши лозим бўлган барча муолажаларни олдиндан режалаштириб, қорин олд деворида қилинган тешиклардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Юқорида келтириб ўтилган усуллардан фойдаланган ҳолда битишмаларни ажратишнинг ўзига хос камчиликлари бор. Масалан, битишмаларни ажратишга кўп вақт сарфланади, гемостаз ишончилиги юқори бўлмайди. Шунинг учун ҳам биз бу усуллардан фақатгина тадқиқотимиз бошларида фойдаландик. Кейинчалик эса биз қорин бўшлиғидаги битишмаларни кесишни осонлаштирадиган “ҳаракатчан” L-симон электродни яратдик ва 21 та беморда қўлладик. Битишмалар ривожланган ҳолларда “ҳаракатчан” L-симон электроддан фойдаланиш натижасида битишмаларни ажратиш вақти бир неча марта камаяди, ишончли гемостазга эришилади ва битишмаларни ажратиш осонлашади, чунки, бунда битишмалар “жамланиб” компрессия ҳолатига келтирилади ва турган жойида кесилади, ичак сероз қаватининг йиртилиши (десерозация), қонаш каби асоратлар кузатилмайди (3.2 Расм).

3.2 Расм

Ҳаракатчан L симон электрод ёрдамида битишмаларни ажратиш

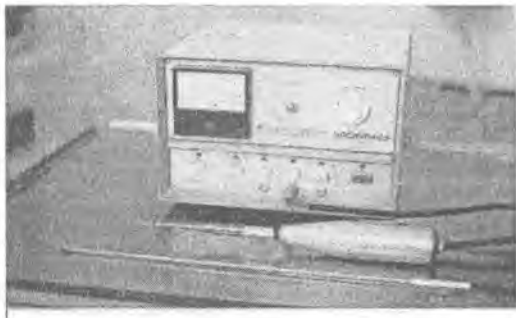


Одатда, ЛХЭ ни холедохдан иложи борича узоқроқдан, ўт қопининг бўйинча қисмидан бошладик. Ўт қопининг ўт йўли идентификация қилинганидан кейин уни клиплаб кесилади. Ўт қопи артериясига (унинг тармоқли турида) одатдаги клипсанинг гўгри келмаган ҳолатларида (7 та беморда) уни L симон электрод ёрдамида коагулятор билан ўт қопига максимал яқин жойларидан ажратилади. Ўт қопи ўрнидан ажратилиб бўлганидан кейин, унинг ўрнидан қон кетиш белгилари кузатилса, қисқич ёки кураксимон электродлар ёрдамида коагуляция қилинади.

Тадқиқотимиз мобайнида, терини кесиш, троакарларни қорин бўшлиғига киритиш, тўқималарни ажратиш, ўт қопи артерияси ва ўт йўлини клиплаш, ўт қопини ўрнидан ажратиш ва унинг ўрнига ишлов бериш борасида янги усулни ишлаб чикдик. Бу усул шундан иборатки, тери паст частотали, резонанс тебранишлари частотаси 23,9-26,9 кГц, қуввати 0,2-0,4 Вт/см² ва ток кучи 6-8 мА бўлган ультратовуш пичоғи билан кесилади (ихтиро учун Давлат Патент Идорасининг дастлабки патенти олинган, IDP 04858). Узунлиги 20-50 см, диаметри 5-10 мм бўлган, махсус тўлқин ўтказгич билан таъминланган ультратовуш скальпели эпигастрал портдан қорин бўшлиғига киритилиб, ўт қопининг ўрнига унинг ёрдамида ишлов берилади. Нуқтали ультратовуш коагуляцияси юқоридан пастга қараб то юпқа, лекин мустаҳкам парда ҳосил бўлгунича давом эттирилади (3.3 Расм).

3.3 Расм

УРСК-7Н-22 ультратовуш аппарати



Ультратовуш тебранишлари частотаси 26,6 кГц, ўт қопи ўрнига ишлов бериш давомийлиги 10-15 дақиқагача бўлиши керак. Бу усулда 17 (19,32%) беморда ЛХЭ ўтказилди.

Шундай қилиб, СТХ хасталиги билан касалланган ва қорин бўшлиғи аъзоларида олдин операция ўтказган беморларда ЛХЭ билан битишмаларни ажратишда биз таклиф қилган усул, яъни ҳаракатчан L-симон электроддан фойдаланиб битишмаларни ажратиш натижасида операциянинг бу босқичининг тез, осон, пухта ва энг асосийси, ишончли гемостаз билан ўтказилишига эришилди.

3.2.2. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА АППЕНДЭКТОМИЯ

СТХ ва сурункали аппендицит биргаликда 14 та (15,90%) ҳолатда аниқланди. Ушбу СТХ билан хасталанган беморлар шикоятлари, анамнези чуқур ва мақсадли таҳлил қилинганда, уларда бу касалликнинг типик анамнез ва шикоятларидан ташқари ўнг ёнбош соҳасида ҳам вақти-вақти билан пайдо бўлувчи, кўпинча симилловчи характердаги оғриқлар бўлиши қайд қилинди. Бундай шикоятлари бор беморларда сурункали аппендицит шубҳа қилинади. Ушбу беморлар лапароскопик технологияларнинг имкониятлари ҳақида маълумотга эга бўлишганлари учун ЛХЭ билан биргаликда ЛАЭ операциясига ҳам рози бўлишди. Бу беморларда диагностик лапароскопия пайтида чувалчангсимон ўсимта соҳасида битишмалар борлиги ва ўсимтанинг сурункали яллиғланиш белгилари (деформация, чувалчангсимон ўсимта деворларининг нотекис қалинлашиши, ўчоқли гипертрофия, атрофия белгилари ва бошқалар) бўлган тақдирдагина ЛАЭ ўтказиш режалаштирилди.

Симультан ЛХЭ ва ЛАЭ ни ўтказиш техникаси қуйидагича бўлди: ЛХЭ операциясини бажариш учун троакарларни қорин бўшлиғига киритишда ЛАЭ босқичи ҳам эътиборга олган ҳолда 1 ва 2 чи 10 мм. лик ва 3 чи 5 мм лик троакарлар стандарт

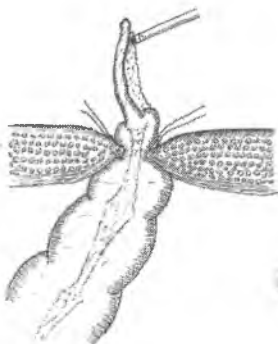
нукталардан киритилган бўлса, 4 чи 5 мм. лик троакар ўрнига 10 мм. лик троакар ўнг ёнбош соҳасидан Мак Бурней нуктасидан киритилди. ЛХЭ нинг бошқа босқичлари одатдагидай анъанавий усулда бажарилди. Кейин лапароскоп эпигастрал соҳадаги портга кўчирилди. Кейин чап ёнбош соҳасидан эса қўшимча 5 мм. ли троакар киритилди ва бемор ҳолати ЛЦЭ операциясидагидай қилиб ўзгартирилди, ўнг ёнбош соҳаси $15-20^{\circ}$ га кўтарилди. Биз тадқиқотимизнинг дастлабки даврларида ва назорат гуруҳи беморларида ЛАЭ нинг бир неча анъанавий вариантларини қўлладик. Бу усуллар якка ЛАЭ ларни бажаришда кўп бора қўлланилиб, СЛО босқичи сифатида энг қулай вариантларини танлаб олишга имкон берди ва нафақат ЛХЭ билан бирга, балки бошқа лапароскопик операциялар (ЛЦЭ, ЛГП, битишмаларни ажратиш) билан ҳам биргаликда ўтказилишига имкон яратди. ЛХЭ билан ЛАЭни биргаликда назорат гуруҳи беморларида қўлланилган усулларни такомиллаштириб, камчиликларини бартараф қилган ҳолда бир неча вариантларда қўлладик.

Биринчи вариант. Тадқиқотимиз мобайнида биз СЛО босқичи сифатида ЛАЭ нинг яна бир янги усулини синаб кўрдик (2 та ҳолатда). Унинг бажарилиши қуйидагидан иборат: СЛО нинг ЛХЭ босқичи бажарилгандан кейин, лапароскоп эпигастрал портга ўтказилади ва унинг назорати остида ўнг ёнбош соҳасидан 10 мм. ли троакар киритилади. Чувалчангсимон ўсимтанинг апикал қисмидан қискич билан ушлаб юқорига кўтарилди, кейин киндик соҳасидаги портдан биполяр электрод киритилиб ўсимта тутқичидан сероз қавати орқали биполяр коагуляция ёрдамида ажратилди. Бу билан ишончли гемостазга эришилди. Сўнгра, иккита эндохалқа киритилиб, биринчиси ўсимтанинг асосидан, иккинчиси эса биринчисидан 1 см юқоридан ўтказилиб боғланди ва биполяр электрод ёрдамида биринчи боғланган халқадан 6-7см юқорирокдан биполяр коагуляция билан кесилди. Ўсимта чўлтоғига биполяр коагуляция билан термик ишлов берилди. Чувалчангсимон ўсимта ўнг ёнбош соҳасидаги портдан ташқарига чиқариб олинди (Давлат Патент идорасига ихтиро учун ариза

жойлашган ва ҳаракати чекланган беморларда, операциянинг енгил, тез ва пухта бажарилишига имкон берди. Бу усулнинг моҳияти куйидагидан иборат: ўнг ёнбош соҳасидаги (чувалчангсимон ўсимта проекциясидан) Мак-Бурней нуқтасидаги порт кенгайтиргич билан салгина кенгайтирилиб жароҳат қирғоғидан қорин олд деворининг барча қатламларидан ўтувчи 2 та II симон чок қўйилади. Инлар маҳкам тортиб боғланади ва бу билан қорин олд деворининг максимал даражада (5-10 мартагача) юшқалашшига эришилади. Бу ипчалар ёрдамида қорин деворини хоҳлаган томонга - юқорига, пастга, ўнга ва чапга силжитиш, қорин бўшлиғигача чуқурлаштириш мумкин. Кейин чувалчангсимон ўсимта апикал қисмидан қисқич билан ушланиб, кўричак гумбазининг бир қисми билан биргаликда қорин бўшлиғидан ташқарига тортиб чиқарилади. Агар кўричак гумбазининг ҳаракати чекланган бўлса ҳам қорин деворини компрессия қилувчи ушбу II симон чокларнинг қўлланилиши натижасида деярли барча ҳолларда (бизнинг кузатувларимизда 100%) қорин бўшлиғидан ташқарида аппендэктомия босқичини анъанавий усулда, оддий асбоб-усқуналар билан бажариш, ўсимта чўлтоғини кўричак гумбазига киссет ва Z симон (керак бўлса) чоклар ёрдамида чуқурлаштиришнинг имконияти яратилди. Бу усулда ЛАЭ 9 та беморда ўтказилди (3.5 Расм).

3.5 Расм

II - симон чок ёрдамидаги экстракорпорал аппендэктомия



Ушбу усулдан фойдаланиш натижасида бирон марта ҳам техник қийинчиликлар, кутилмаган салбий ҳолатлар кузатилмади. Бу усул ЛАЭ ни семиз беморларда ҳам аниқ, пухта, ишончли бажарилишига имкон яратди. Бу усулнинг чувалчангсимон ўсимта ретроцекал, ретроперитонеал жойлашган ҳолларда ҳам қўлланилиши операция техникасини (анъанавий ва ЛАЭ) анча енгиллаштириши мумкин.

Шундай қилиб, ЛХЭ га симультан босқич сифатида бажарилган ЛАЭ ларнинг (14 та беморда) юқорида келтирилган усуллардан энг қулайи ва сўнгиси унинг тақомиллаштирилган учинчи усули ҳисобланади.

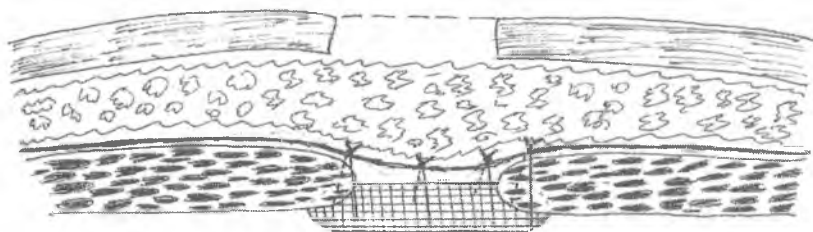
3.2.3. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА ГЕРНИОПЛАСТИКА

Қорин оқ чизиги ва киндик атрофи чурралари СТХ билан биргаликда 15 та (17,04%) беморда кузатилиб, чурра дарвозасининг ўлчамлари 4 см дан катта бўлди. Ушбу беморларда ЛХЭ билан ЛГП биргаликда ўтказилди. Чурра дарвозаси махсус полипропилен тўр билан ёпилиб бартараф қилинди. Бажариш техникаси қуйидагича: чурра ҳосиласи устидан тери ва тери ости клетчаткаси бўйламасига ёки кўндалангига 1,5 - 2 см қилиб кесилди. Чурра ҳалтаси топилагач, у очилди ва ичидаги аъзо ҳаётга лаёқатлилиги аниқлангач, қорин бўшлиғига киритиб юборилди. Кейин шу жойдан 10 мм. ли троакар қорин бўшлиғига киритилди ва 2-4 та чоклар ёрдамида герметизацияланди. СЛЮ нинг ЛХЭ босқичи одатдаги усулда бажарилди. Сўнгра эпигастрал соҳадаги троакардан қорин бўшлиғига чурра дарвозасини (чурра дарвозаси 4 см. дан катта бўлганда) ёпиш учун олдиндан тайёрланган полипропилен тўр киритилди. Тўр ўлчамлари эни 2 - 4 см, узунлиги чурра дарвозаси (тўғри чизиқли ҳолатга келтирилгандан кейин) ўлчамидан 2 см катта бўлиши керак. Тўр четларида узунлиги 15 - 20 см бўлган, илгакли игна билан тортиб олишга қулай қилиб ўралган 8 тадан 12

тагача лавсан иплари бўлади. Иплар орасидаги масофа 15-20 мм. дан катта бўлмаслиги талаб қилинади. Иплар чалкашиб кетмаслиги учун, тўр четига нозик капрон ипчалар ёрдамида боғлаб қўйилди. Қорин бўшлиғига киритилгандан кейин, тўр тўғриланди ва чурра дарвозаси соҳасига қисқич билан келтирилди. Кейин тўр четидаги лавсан иплари илгакли игна ёрдамида бирин-кетин тери остига тортиб олинди. Бунда қорин бўшлиғига игна чурра дарвозаси қирғоғидан 2 см узоқликда кириб чиқиши керак. Барча иплар тортиб олингач, тери остида (апоневроз устидан) боғланди. Бу усул билан чурра дарвозасига полипропилен тўр жуда мустаҳкам тортишмасдан ёпишди ва чурра дарвозаси бартараф қилинди. Юқорида келтирилган барча манипуляциялар қатъий лапароскоп назорати остида амалга оширилди (3.6 Расм).

3.6 Расм

Полипропилен тўр ёрдамидаги герниопластика



Юқорида келтирилган ЛГП усулининг қўлланилиши натижасида чурра дарвозасининг мустаҳкам, тортилмасдан ёпилишига, операциянинг визуал назорат остида тез, аниқ ва пухта бажарилишига замин яратилди.

3.3. ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ БИЛАН ЦИСТЭКТОМИЯ, ИХТИЁРИЙ ЖАРРОҲЛИК СТЕРИЛИЗАЦИЯСИ ВА МИОМЭКТОМИЯ

3.3.1. ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА ЦИСТЭКТОМИЯ

СТХ дардига чалинган беморларнинг аксарияти аёллар бўлганлиги учун операциядан олдинги текширувларда уларнинг гинекологик ҳолатларига алоҳида эътибор қаратиш керак бўлди. ЛХЭ билан тухумдонлар кистаси аниқланган барча беморларда (20 та бемор) цистэктомия операцияси лапароскопик усулда бажарилди. Беморлар операциядан олдинги даврда гинеколог томонидан текширилди ва цистэктомияга кўрсатма аниқланди. Бу беморларда СЛО нинг ЛХЭ босқичини юқорида кўрсатиб ўтилган тартибда амалга оширдик. Троакарлар учун нуқталарни танлашда, кистанинг қайси томонда жойлашганлиги, беморларнинг тана тузилиши, олдин операция ўтказганликлари эътиборга олинди. СЛО нинг ЛХЭ босқичи бажарилгандан кейин беморнинг операция столидаги ҳолати ўзгартирилди, яъни бош томони 20-25⁰ пастга, оёқ томони 25-30⁰ юқорига кўтарилди. Кистанинг ўлчами, характери, ва жойлашган жойига қараб (оёқчада, битишмали, интралигаментар ва ҳоказо) СЛО нинг ЛЦЭ босқичи қуйидагича амалга оширилди.

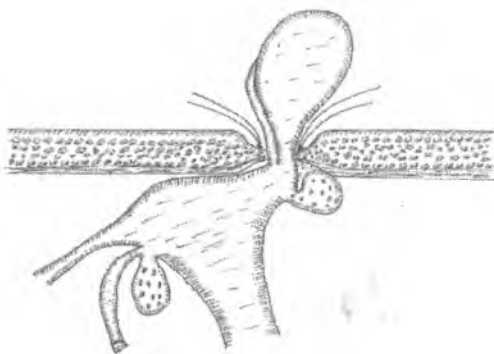
Тадқиқотимизнинг дастлабки даврларида ва назорат гуруҳи беморларида тухумдон кистасини баргараф қилишда юқорида келтирилган вариантлардаги ЛЦЭ лардан фойдаланганлигимиз натижасида бу вариантларнинг ўзига хос камчиликлардан холи эмаслиги маълум бўлди. Яъни 3-бобда келтирилган биринчи вариантида кистани баргараф қилишга оз вақт сарф қилинишига, кам шикастли ва аъзони сақлаб қолувчи операция усули эканлигига қарамадан, кистанинг қайта ҳосил бўлиш эҳтимоли юқорироқ эканлигини (рецидив), иккинчи ва айниқса, учинчи вариантдаги ЛЦЭларда операцияга кетадиган вақтнинг кўпроқ ва техник

жихатдан мураккаброқ эканлигини, тўртинчи вариантини эса, III-IV даражали семизлиги бор бўлган беморларда ўтказиш қийинчиликлар туғдирганлигини эътиборга олиб, ЛЦЭ нинг такомиллаштирилган вариантини қўлладик. СЛО нинг ЛХЭ босқичидан кейин тухумдон кистаси ўлчамидан қатъий назар лапароскоп назорати остида пункция қилиниб ичидаги суюқлик аспирация қилиб олинди. Кейин лапароскоп параумбликал портдан эпигастрал портга кўчирилди.

Қов усти соҳасида қорин бўшлиғига 10 мм. ли троакар киритилди. Кейин эса қорин олд девори чуқурлаштирилиб деярли барча ҳолларда экстракорпорал цистэктомиyani ўтказишга шароит яратиш ва уни ўтказиш қулайроқ бўлиши учун троакарнинг икки четидан қорин деворининг барча қатламларидан ўтувчи II симон чоклар қўйилади. Ушбу чоклар маҳкам тортиб боғланди. Натижада қорин девори бир неча марта юпқалашди. Бу ипчалар ёрдамида қорин деворини хоҳлаган томонга - юқорига, пастга, ўнга ва чапга силжитиш ёки чўктириш мумкин бўлди. Кейин эса киста деворининг бир учи қисқичга олиниб оёқчаси билан қорин бўшлиғидан ташқарига чиқарилди. Киста оёқчаси асоси одатдаги усулда тикиб боғланди ва киста кесиб олиб ташланди. Чўлтоғи қорин бўшлиғига чўктирилди (экстракорпорал цистэктомия, 3.7 Расм).

3.7 Расм

II-симон чок ёрдамидаги экстракорпорал цистэктомия



Натижада СЛО нинг бу босқичи ишончли, аниқ, тез, осон пухта бажарилишига имкон яратилди. СЛОвинг бу босқичини бажарилишининг асосий шarti киста ўлчамларидан қатъий назар, киста оёқчада бўлиши ва унинг ҳаракатчан бўлиши кераклигидир. Тадқиқотимиз давомида бу усулнинг бошқа усулларга қараганда самаралироқ ва ишончлироқ эканлигига амин бўлдик ва сўнгги пайтларда 95% гача ҳолатларда (20 та ҳолатда) шу усулдан фойдаландик. Киста атроф тўқималар билан битишмалар ҳосил қилган ва ҳаракатчанлиги чекланган ҳолатларда, интралигаментар жойлашганда бу усулни қўллаш имкони чекланган бўлади.

Шундай қилиб, тухумдонлар кистаси СТХ билан биргаликда учраган, III-IV даражали семизлиги бор бўлган беморларда ЛЦЭнинг биз таклиф қилган такомиллаштирилган усулидан фойдаланиш билан симультан операциялар ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

3.3.2. ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА ИХТИЁРИЙ ЖАРРОҲЛИК СТЕРИЛИЗАЦИЯСИ

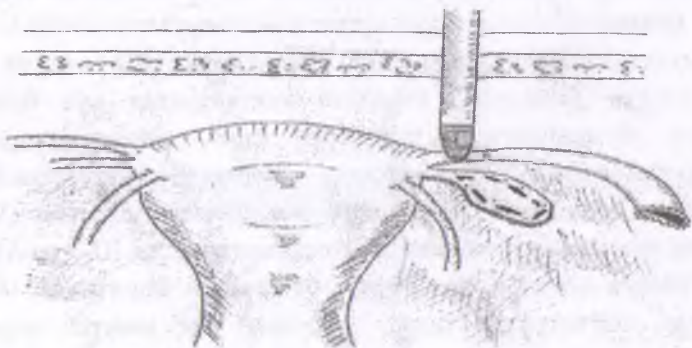
СТХ билан касалланган ва ЛИЖС га кўрсатмалари бўлган 15 та беморда (17,04%) ЛХЭ билан ЛИЖС операцияси ўтказилди. ЛИЖС га кўрсатма бўлиб, аёлларнинг хоҳишлари ва бошқа турдаги контрацепция усулларига қарши кўрсатмаларнинг борлиги хизмат қилди.

Симультан операциянинг ЛИЖС босқичини ЛХЭ босқичи учун зарур бўлган троакарлар киритиш нуқталаридан ҳам бемалол бажариш мумкинлигини эътиборга олиб, биринчи троакар одатдагидай параумбликал соҳадан киритилди. Нормостеник ва астеник типдаги тана тузилишига эга бўлган аёлларда (9 та) 2, 3, 4 чи троакарларни қилиниши режалаштирилган ЛХЭ ва ЛИЖС ни эътиборга олган ҳолда қорин бўшлиғига киритилди. Яъни, 2-троакар эпигастрал соҳадан, 3-троакар ўнг қовурға ости ва 4-троакар ўнг ёнбош соҳаларидан киритилди. III-IV даражали семизлиги бўлган беморларда (6 та) 5 мм.ли троакарлардан бирини

олдинги ҳолатлардагидан бироз пастрокдан киритишга тўғри келган бўлса, 4 та ҳолатда эса аналогик троакарни чап ёнбош соҳасидан киритишга тўғри келди. ЛХЭ нинг асосий босқичларини бажариб бўлгач, лапароскопни парумбликал портдан эпигастрал портга ўтказдик ва беморнинг операция столидаги ҳолатини ҳам ўзгартирдик. Яъни тананинг пастки қисмини 30-40° га кўтарган бўлсак, бош қисмини пастга туширдик. Бундай ҳолат ичаклар ва катта чарвининг қорин бўшлиғининг юқори қисмларига силжишига ва кичик чаноқ бўшлиғида кўринишнинг яхши бўлишига олиб келди. Бачадон найлари идентификация қилингач, уларни окклюзия қилиш қуйидаги усулда амалга оширилди. Юқоридаги бобда келтирилган 4 та усулдан фарқли равишда ушбу усул бажарилиш техникаси жиҳатидан анча осон, тез ва ишончли бўлиб, бунда СЛО нинг ЛХЭ босқичи ўтказилгач беморнинг операция столидаги ҳолати ўзгантирилади. Кейин бачадон найининг бачадонга энг яқин жойидан биполяр коагулятор ёрдамида коагуляция қилиниб, бир сегменти кесиб олинди (15 та ҳолатда) (3.8 Расм).

3.8 Расм.

Биполяр коагуляция ёрдамида бир сегментини олиб ташлаш билан қилинадиган ЛИЖС.



Демак, юқоридагиларни эътиборга олиб, шуни таъкидлаш ўринлики, ХЭК билан ЛИЖС ни лапароскопик усулда биргаликда амалга ошириш енгил, қулай, аниқ бажариладиган операция бўлиб, аёлларни нафақат сурункали тошли холециститдан, шунингдек, ноқулай ва хатарли бўлган контрацептив усуллардан фойдаланишдан халос этади. Юқорида келтирилган ЛИЖС усуллар бошқаларига қараганда ишончли, тез, пухта бажарилиши билан ажралиб туради.

ЛХЭ билан биргаликда ЛИЖС ни бажариш кўплаб вариантларда амалга ошрилган бўлсада, илмий янгилиги унчалик яхши намоён бўлмагандек туюлади. Лекин, шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, лапароскопик технологиялар ёрдамида бир вақтнинг ўзида 3 та, 4 та ва ҳатто ундан ортиқ операцияларни бажаришдек ажойиб имконият мавжудлиги бу бўлимнинг амалий аҳамияти юқорилигидан далолат беради.

Кузатувларимиздан мисол келтирамиз: Бемор Р, 39 ёшда, К/т №13836/466, бўлимга 15.08.2000 й.да ўнг қовурга ости соҳасидаги, ўнг ёнбош соҳасидаги оғриқларга, оғизда аччиқ таъм бўлишига, кўнгил айнишига, вақти-вақти билан қайт қилишига, умумий ҳолсизликка шикоят қилиб келди. Анамнезидан, ўзини 7 йилдан бери касал деб ҳисоблайди. Бир неча марта сурункали холецистит ва сурункали аппендицит таиҳислари билан консерватив даволанган. Кардиолог назоратида митрал клапан етишмовчилиги таиҳиси билан даволаниб келган. Гинеколог томонидан кўрилган ва эндометрит таиҳиси қўйилган. Беморга бачадон ичи спиралидан қутулиш ва ЛИЖС тавсия қилинган. Юқоридаги шикоятлари охирги пайтларда кўпроқ безовта қила бошлаган ва шу сабабли бизга мурожаат қилган. Бўлимда текширилди: Нв-70 г/л, эритроцитлари 2710000, тромбоцитлари 131000, лейкоцитлари 5600. Қон биохимиявий ва бошқа таҳлиллари норма атрофида. ЭКГ да митрал клапан етишмовчилигининг I даражаси аниқланди. УТТ да сурункали тошли холецистит аниқланди. Бемор кардиолог, гинеколог, анестезиологлар томонидан кўрилди. Лапароскопик операция ўтказилишига мутлақ қарши кўрсатмалари йўқ.

Беморнинг ва қариндошларининг операцияга розилиги олинди ва 16.08.2000 й.да операцияга олинди. Лапароскопик тафтиш пайтида ўт пуфагида сурункали яллиғланиш жараёни борлиги, бўйинча қисмида эгрилашиш борлиги, чувалчангсимон ўсимтада сурункали яллиғланиш белгилари (деформация, ўсимта деворининг нотекис қалинлашиши, ўчоқли гипертрофия ва ҳоказолар) мавжудлиги ва кўричак гумбазини билан қорин деворига битишиб кетганлиги аниқланди. Беморда СЛО – ЛХЭ, битишмаларни ажратиш, ЛАЭ ва ЛИЖС операциялари ўтказилди. Операциядан кейинги давр силлиқ кечди. Бемор антибактериал, инфузион-трансфузион, умумий қувватлантирувчи терапия муолажаларини олди. Дренаж найчалари операциядан кейинги 3- ва 4-кунлари олиб ташланди. Операциядан кейинги 5-кун беморга қониқарли аҳволда уйига рухсат берилди.

3.3.3. ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВА МИОМЭКТОМИЯ

Симультан ЛХЭ ва миомэктомия операцияси 3 та (3,41%) беморда ўтказилди. Бу беморларда миоматоз тугунларнинг субсероз жойлашганлиги ва ўлчамлари 9 ҳафталик муддатдан катта эмаслиги аниқланди ва улар лапароскопик миомэктомияга кўрсатма бўлди. СЛО нинг асосий босқичи бўлган ЛХЭ дан кейин, беморнинг операция столидаги ҳолатини ЛЦЭ дагидай қилиб ўзгарттирдик. Қўшимча 10 мм. ли троакарни қорин бўшлиғига чап ёнбош соҳасидан киритдик. Кейин эса, биполяр коагуляция ёрдамида миоматоз тугунни атроф тўқималардан ажратиб олдик (3.9 Расм).

Миоматоз тугунни биполяр коагуляция ёрдамида олиб ташлаш



Шундай қилиб, бизнинг тажрибаларимиз шундан далолат берадики, СТХ билан бачадон миомаси биргаликда учраса ёки миоматоз тугун интраоперацион топилма бўлган ҳолларда ЛХЭ билан биргаликда миомэктомия операциясини ҳам бажаришга қулай имконият бўлади.

Маълумки, қорин бўшлиғининг анатомик жиҳатдан бир-биридан узоқда жойлашган аъзолари симультан патологияларини бир вақтнинг ўзида беморга кам шикаст етказиб, кам харажат сарф қилиб, аниқ, пухта, операция босқичлари кетма-кетлигини тўғри танлаган ҳолда анъанавий усуллар ёрдамида бартараф қилиш жуда катта қийинчиликлар туғдиради. Лекин, бундай ҳолларда лапароскопик технологиядан фойдаланиш натижасида бу муаммолар ўз ечимини топади. Юқорида келтирилган маълумотлардан шу нарса маълум бўладики, бир беморнинг ўзида бир вақтда иккита ёки учта эмас, ҳатто бештагача операцияни беморга ҳеч қандай хавф-хатарсиз ўтказишни фақатгина операциядан олдинги даврда керакли муолажаларни ўтказгандан

кейингина, лапароскопик технологиялар ёрдамида бажариш мумкинлигини куйидаги мисолимиз тасдиқлайди.

Маълумки, юрак қон-томир тизими аъзоларининг касалликлари, сурункали камқонлик, семизлик ва бошқалар каби ёндош соматик касалликлари билан оғриган беморларда бир эмас 4 та операцияни бир вақтнинг ўзида анъанавий усуллар билан бемор ҳаётига хавфсиз равишда бажаришнинг деярли иложи йўқ. Фақатгина лапароскопик технологиялар ёрдамидагина, операциядан олдинги даврдаги керакли муолажаларни ўтказгандан кейингина бундай операцияларни бир вақтда хавфсиз, аниқ бажариш мумкинлигини юқорида келтирган мисолимиз тасдиқлайди.

3.4. ОПЕРАЦИЯ ХАВФИ ЮҚОРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР

Исталган жарроҳлик даво тадбирларини, айниқса қорин бўшлиғи аъзоларидаги операцияларни ўтказишга монелик қиладиган асосий омиллардан бири беморда мавжуд бўлган (жарроҳлик патологияларидан ташқари) ва бугунги кунда кенг тарқалган йўлдош терапевтик касалликлар ҳисобланади. Бу касалликлар ичида сурункали камқонлик биринчи ўринда туради. Шунинг учун бу тоифа беморларда ҳозирги кунда ҳам ҚБАБУК ларида симультан операцияларни ўтказиш хавфи юқорилигича қолмоқда. Айниқса, бундай ҳолат СТХ хасталиги билан касалланган ҳамда чанок бўшлиғи аъзоларининг патологияларини биргаликда оператив йўл билан бартараф қилинишида яққол ўз аксини топади. Мавжуд бўлган анъанавий очик усуллар орқали бундай симультан патологияларни бартараф қилиш учун юқори ўрта лапаротомия кесимини кенгайтиришга ёки холецистэктомия учун алоҳида, чанок бўшлиғи патологиясини бартараф қилиш учун алоҳида кесим қилишга тўғри келади. Бунинг натижасида кўп қон йўқотилиши табиийдир, оддий асоратсиз холецистэктомия ёки аппендэктомия операцияларида қон йўқотилиши 100 мл. дан

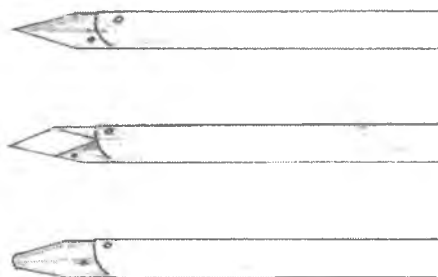
500 мл. гача бўлса, симультан операцияларда бу кўрсаткич камида икки баробар кўп бўлади.

Экологик ноқулай бўлган регион қуйи Оролбўйи минтақасида яшовчи аҳолининг 90% ида сурункали камқонлик касаллигининг учрашини инобатга оладиган бўлсак, анъанавий усуллар билан симультан операциялар ўтказилишининг беморлар учун қанчалик хавфли эканлигига шубҳа қолмайди. Сурункали камқонликнинг ўрта ва оғир даражалари кузатиладиган беморларда нафақат операциядан олдинги даврдаги тайёргарлик босқичининг ўзига хослиги билан (гематолог маслаҳати, гемотрансфузия ва бошқалар), балки бевосита операция, наркоз, операциядан кейинги даврнинг кечиши билан боғлиқ (жароҳатнинг битиши, даво муолажаларининг ҳажми, гемотрансфузия ва бошқалар) бир қатор муаммолар келиб чиқиши мумкин. Шунинг учун бундай тоифадаги беморларда лапароскопик, айниқса, СЛЮ лар аҳамияти кескин ошади. Ҳам назарий, ҳам амалий жиҳатдан лапароскопик жароҳатнинг организмга салбий таъсири ва қон йўқотиш миқдори анъанавий операцияларга нисбатан ўта камлиги исбот талаб қилмайдиган ҳақиқатдир. Аммо СЛЮ ларнинг бу тоифа беморлардаги қўлланилиши тажрибалари ҳақида даврий адабиётларда аниқ бир фактларни учратмадик. Яъни уларда бу муҳим ҳолатга етарлича эътибор берилмаган. Лекин, шу нарса аниқки, сурункали камқонлик билан хасталанган беморларда операция пайтида йўқотиладиган қон миқдори камқонлиги йўқ бўлган беморларга қараганда анча кўпроқ бўлади. Чунки, юқорида эслатиб ўтганимиздек, сурункали камқонлик билан хасталанган беморларда қоннинг гемостатик хусусиятлари кескин бузилган бўлади. Бизнинг ҳисоб-китобларимизга кўра, оддий анъанавий (типик, асоратсиз) ЛХЭ ёки ЛАЭ ларда қон йўқотиш сурункали камқонлиги йўқ бўлган беморларда 30-60 мл. ни ташкил қилган бўлса, сурункали камқонлик билан хасталанган беморларда эса, 50-90 мл. ни ташкил қилди. СЛЮ ларда, айниқса, мураккаб ва асоратли операцияларда бу кўрсаткич анча юқори бўлиши табиийдир.

Юқоридагиларни ҳисобга оладиган бўлсак, сурункали камқонлик билан хасталанган беморларда лапароскопик, айниқса, СЛО ларнинг аҳамияти ошади. Шу сабабли сурункали камқонлик билан хасталанган беморларда СЛОларнинг қуйидаги техникасини амалга оширдик: троакарларни киритиш учун теридаги жароҳатнинг фақат эпидермис қавати скальпелъ билан кесилди, кейинги дерма қавати эса нозик игнасимон электрод ёрдамида кесилди. 10 ва 5 мм. ли троакарларни киритишда, лезвияли конуссимон, пирамидиал конуссимон, тўмтоқ ессентрик (ZEROCART), конуссимон учлиларини эмас, балки учлари салгина тўмтоқлашган коник шаклдаги троакарлар ишлатилди (3.10 Расм).

3.10 Расм

Сурункали камқонлик билан касалланган беморларда ўтказилган СЛО ларда ишлатилган троакарлар



Чунки бу турдаги троакарлар киритилган портдан қонаш деярли кузатилмайди. 2, 3, 4 ва ҳоказо троакарларни қорин бўшлиғига киритишда қорин деворининг (лапароскопик трансиллюминация усулидан фойдаланиб) қон томирсиз соҳаларидан киритишга ҳаракат қилдик.

СЛО ларнинг бошқа босқичларидаги қон йўқотилишининг олдини олиш учун қўлланилган такомиллаштирилган усуллар ҳақида юқоридаги бобларда батафсил маълумотлар берилган.

Темир етишмовчиликли сурункали камқонлик бизнинг кузатувларимизда 90,48% (152) беморда аниқланди. Буларнинг ҳаммаси темир етишмовчилиги билан бўладиган камқонлик эканлиги аниқланди.

Сурункали камқонлик касаллиги асосий гуруҳ беморларининг 84 тасида (95,45%) кузатилди. Бу беморларнинг 36 тасида (40,91%) енгил, 37 тасида (42,04%) ўрта ва 11 тасида эса (12,50%) оғир даражадаги сурункали камқонлик кузатилди.

Ушбу СЛО лар давомида қон йўқотилишини аниқлашимиз натижаларига кўра (қонли шариклар тарозида ўлчаниб) 95% ҳолларда ўртача қон йўқотиш 30-60 мл. дан ошмади. Қолган 5% беморларда эса 50-90 мл. гача бўлди холос. 2 та ҳолатда ЛХЭ дан кейин ўт қопи ётоғидан кўпроқ қон кетиши кузатилди (150 мл атрофида) ва у ультратовуш коагуляцияси ёрдамида тўхтатилди. Қон кетиши сабабли конверсияга ўтиш ҳоллари кузатилмади.

Юқоридаги ҳолатлар таҳлилига кўра сурункали камқонлик ҳасталиги билан касалланиб операция йўли билан даволашни талаб қиладиган ҚБАБУКига чалинган беморларда такомиллаштирилган лапароскопик технологиялар ёрдамида СЛО ларни бажариш беморлар учун кам шикастли, мукамал операция усуллари бўлишидан ташқари операция ва операциядан кейинги давр билан боғлиқ хавфларини камайишига замин яратди.

Операция йўли билан даволаниши лозим бўлган симультан абдоминал патологиялари кузатилган беморларда ёндош терапевтик касалликлардан юрак қон-томир тизими касалликларининг учраши, бу беморларни операция йўли билан даволашда ўзига хос муаммоларни келтириб чиқаради. Маълумки, юрак қон-томир тизими касалликларидан ЮИК, ГК кабилар кенг тарқалган касалликлар тоифасига киради ва бу беморларда чуқур гемодинамик бузилишлар оқибатида миокард инфаркти, мия инсульти, тромбоземболик асоратлар кўп учрайди (операцион шикаст бўлмаган тақдирда ҳам). Операция билан боғлиқ ва операциядан кейинги даврда бўладиган асоратлардан гиповентиляцияцион синдром, тромбоземболик асоратлар, жароҳатнинг

йиринглаши, инсулт, миокард инфаркти каби асоратларнинг учраши ҳолатлари ҳам бу беморларда кўп кузатилади. ГК, семизлик ва қандли диабет касаллиги ҳам кўпинча биргаликда учрайди. Энди юқоридагиларни инобатга олиб, бу тоифа беморларда қорин бўшлиғи аъзоларида симультан операциялар ўтказиш беморлар учун қанчалик хавф-хатар туғдириши мумкинлигини тасаввур қилиш қийин эмас. Яъни анъанавий усуллар ёрдамида симультан операциялар ўтказиш натижасида беморга етказиладиган операцион шикаст ҳажмининг бир неча марта ошиши натижасида бемор ҳаёти учун жуда хавфли бўлган асоратларнинг келиб чиқиши ҳоллари кўпаяди.

Юқорида келтирилган маълумотлар шуни кўрсатадики, юрак-қон томир тизими касалликлари билан хасталанган ва симультан абдоминал патологиялари бор бўлган беморларни операция йўли билан даволашда бир қатор муаммолар келиб чиқади. Бу беморларни операциядан олдинги, операция ва операциядан кейинги даврларда олиб бориш ўзига хос аҳамиятга эгадир ва жуда катта масъулият талаб қилади.

Тадқиқот давомида юрак қон-томир тизими касалликлари беморларнинг 18 тасида (20,45%) кузатилди. Шулардан, 12 (13,63%) тасида ГК, 6 (6,81%) тасида ЮИК кузатилди (1 та бемор анамнезида миокард инфарктини, 2 та бемор эса мия инсултини ўтказган). Шулардан 10 (11,36%) тасида ЛХЭ билан битишмаларни ажратиш, 2 (2,27%) тасида ЛГП, 4 (4,54%) тасида ЛЦЭ ва 2 (2,27%) та ҳолатда ЛМЭ каби СЛО лар ўтказилди.

Бу беморларда СЛО лар операциядан олдинги даврда кардиолог тавсияларига биноан тез ва узоқ таъсир қилувчи нитропрепаратлар ёрдамида коронар синдром бартараф қилинганидан кейин миокард функционал ҳолати, ЭКГ, ЭхоКГ, жисмоний синамалар ўтказилиб текширилиб, ижобий ўзгаришлар аниқланганидан кейин ўтказилди. Бу беморларни операцияга руҳий жиҳатдан тайёрлаш босқичи мукамал бўлиши катта аҳамиятга эга бўлди.

Лапароскопия пайтидаги CO_2 газининг резорбцияси натижасида келиб чиқадиган ацидоз ҳолатининг бемор организмга таъсирини эътиборга олиб, бундай тоифадаги беморларда СЛО пайтида қорин ичидаги газ босимини 7-9 мм сим. уст. дан ва газнинг қорин бўшлиғига кириш тезлигини 0,15 л/с дан ошиб кетмаслигини таъминладик. Кейинги 15 дақиқа ичида беморнинг гемодинамик кўрсаткичлари ўзгармаса, операция давом қилдирилди. Бутун операция давомида гиперкапниянинг олдини олиш мақсадида CO_2 газининг кириш тезлигини юқоридаги кўрсаткичда ушлаб туришга ҳаракат қилинди. Бемор бош томони $30-45^\circ$ гача юқорига кўтарилган ҳолда бўлиши таъминланди.

ГК кузатилган беморларда СЛО ўтказишда, кириш наркози ва пневмоперитонеумнинг АҚБ ни пасайтириш эффекти эътиборга олинди. Операция пайтида АҚБ нинг кескин пасайиб кетишининг олдини олиш учун интраабдоминал газ босимини 10-12 мм сим.уст. дан кўпайиб кетмаслигини таъминладик. Шу билан бирга, интраабдоминал газ босими жуда кам бўлган тақдирда, АҚБ ошиб кетиши мумкинлиги исботланган. Кузатувларимиздан шу нарса аниқ бўлдики, интраабдоминал газ босимининг 10-12 мм сим. уст. микдориди бўлиши бу беморлар учун энг оптимал бўлиб, операция пайтида беморнинг тана ҳолатини ўзгартириш ҳам хавфли бўлмайди. Анамнезиди ИМ ўтказганлик СЛО ўтказилишига қарши кўрсатма бўла олмади.

Абдоминал жарроҳликда III-IV даражали семизлик каби ёндош соматик патологияси бор бўлган беморларда анъанавий усуллар билан операция ўтказиш техник томондан бир қатор муаммоларни келтириб чиқаради. III-IV даражали семизлик билан ЮИК, ГК каби патологиялар деярли барча ҳолларда биргаликда учрайди. Бундай беморларда анъанавий усулда операция ўтказилиши натижасида операция билан боғлиқ бўлган тромбоземболик, гиповентиляцияцион асоратлардан ташқари миокард инфаркти, мия инсульта, жароҳатнинг йиринглаши, лигатура оқмалари, операциядан кейинги чурралар каби асоратларнинг ривожланиши хавфи жуда юқори бўлади. Бундан ташқари қорин деворининг жуда қалинлиги

ҳисобига операция пайтида техник қийинчиликлардан ташқари қон кўпроқ йўқотилади ва натижада операция жароҳатининг салбий таъсири кўпаяди.

Эндовизуал технологияларнинг абдоминал жарроҳликка кириб келган дастлабки даврларда III-IV даражали семизлик операция ўтказишга қарши кўрсатма сифатида қаралган эди. Лекин, вақт ўтиши билан бу технологияларнинг имконият доираси кенгая борди ва ҳозирги кунда операциялар III-IV даражали семизлик билан касалланган беморларда иложи борича лапароскопик технологиялар ёрдамида ўтказилмоқда.

Кузатувларимизда 15 та (17,04%) беморда семизликнинг III-IV даражалари борлиги аниқланди. Бундай беморларда СЛЮ ларни ўтказишнинг ҳам ўзига хос қийинчиликлари бор. Булар: тери ости клетчаткаси ва қорин олд деворининг қалинлиги, юрак қон-томир ва нафас тизимларидаги чуқур функционал ва морфологик ўзгаришларининг бўлишидир. Операциядан олдинги даврда гиповентиляцияцион синдром кузатилганлиги сабабли (6 та бемор уйқусида апноэ ҳолатига тушиши кузатилди), беморларга транквилизаторлар, ухлатувчи дорилар ва наркотик аналгетиклар бериб турилди. Ошқозондаги массанинг нафас йўлларига тушишининг олдини олиш мақсадида беморлар 12-16 соатлик очлик билан ўрин алмашиб турувчи кичик порциялар билан овқатлантирилди, операциядан олдинги кунлари H_2 блокаторлари берилди.

Бундай беморларда қорин олд деворини пункция қилиш ва пневмоперитонеум ҳосил қилиш, ўт қопининг ўт йўлини, артериясини ажратиш, гепатодуоденал бойлам ва ўт қопи бўйинча қисмидаги ёғ тўқимасининг кўплиги сабабли анча қийинчилик туғдиради. ЛХЭ учун биринчи троакар киндикдан юқоридан (қорин ўлчамлари жуда катта бўлгани учун), 10 мм. ли иккинчи троакарни эпигастрал соҳада, жигар юмалоқ бойламининг четидан киритиш, қорин бўшлиғидаги манипуляцияларни бироз осонлаштиради. Барча троакарлар қорин бўшлиғига киритилгандан кейин, беморнинг операция столидаги ҳолати ўзгартирилди. Бош томони

30-40⁰ гача юқорига кўтарилди, натижада ичаклар ва катта чарви қориннинг пастки қисмларига силжиди, ўнг ён томони 30⁰ гача кўтарилди ва операция манипуляциялари ўтказиладиган жигар ости соҳасидаги кўринишнинг яхши бўлишига эришилди. Беморнинг чап оёғини 35-40⁰ гача кўтарилди, бу эса операция столида беморга таянч вазифасини ўтади. Интраабдоминал газ босимини 8-10 мм сим.уст. дан оширмадик, чунки, унинг бу кўрсаткичлардан ошиши тахикардия ва гиперкапнияга сабаб бўлиши кузатилди. Операциядан кейинги дастлабки даврда бемор ҳолатини Фовлер ҳолатига ўтказилиши нафас. юрак қон-томир тизими аъзолари фаолиятига яхши таъсир кўрсатди.

6 та (6,81%) беморда ЛХЭ билан битишмаларни ажратиш, 4 та (4,54%) ҳолатда ЛХЭ билан ЛЦЭ, 2 та (2,27%) ҳолатда ЛГП, 1 та (1,13%) ҳолатда ЛАЭ ва 2 та (2,27%) ҳолатда ЛИЖС операциялари ўтказилди. Ушбу беморларда СЛЮ босқичларидан ЛХЭ, ЛАЭ, ЛЦЭ ларни ўтказишни осонлаштириш, такомиллаштириш мақсадида (қорин девори тери ости ёғ қавати ҳисобига қалинлигини эътиборга олиб) 2 та П симон чоклардан (қорин олд деворининг барча қатламларидан ўтувчи) фойдаланилди. Улар ёрдамида қорин олд деворининг максимал даражада (5-10 мартагача) юққалашишига эришилди. Бу ипчалар ёрдамида қорин деворини хоҳлаган томонга юқорига, пастга, ўнгга ва чапга силжитиш, чўктириш имконияти яратилди.

3.5. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Ушбу гуруҳда қорин бўшлиғи аъзоларининг симультан патологияларида бажарилган барча СЛЮ ларнинг натижаларини операция пайтидаги ва операциядан кейинги даврда қуйидаги кузатувларимиз асосида ўрганиб чиқдик: 1. Умумий клиник кузатувлар (кўнгил айниши, қайт қилиш, ичаклар парези, оғрик синдромининг давомийлиги ва ҳоказолар ўрганилди). 2. Лаборатор ташҳисий муолажалар (қон ёйма таҳлили, биохимиявий

кўрсаткичларни аниқлаш ва ҳоказо). 3. Инструментал текширувлар (назорат УТТ қилиш, рентгенологик ва эндоскопик текширувлар қабиляр). 4. Беморлар фаоллашу - вининг бошланиши.

Беморлар орасида 26 та (29,54%) ҳолатда кўнгилай айнаиши ва қайт қилиш операциядан кейинги биринчи куни кузатилди. Ичаклар парези 15 та (17,04%) беморда кузатилиб операциядан кейинги иккинчи куни йўқолган бўлса, 7 та (7,95%) ҳолатда ичаклар фаолиятини стимуляция қилгандан кейин (прозерин т/о қилиниб, тозаловчи ҳукнадан кейин) йўқолди.

Барча беморларда операциядан кейинги даврда назорат учун қон таҳлиллари ўтказилди. Дренаж найчаларини олишдан олдин беморлар УТТ дан ўтказилди. УТТ билан текшириш операциядан кейин тана ҳарорати кўтарилган, оғриқ синдроми кучли бўлган беморларда ҳам қилинди. Операциядан кейин оғриқ синдроми фақатгина биринчи ва иккинчи кунлари сақланди холос ва уни баргараф қилиш учун нонаркотик аналгетикларни қўллаш кифоя қилди. Операциядан кейинги кўрсаткичларнинг тавсифи 3.6 жадвалда кўрсатилган.

3.6 Жадвал

Операциядан кейинги кўрсаткичлар тавсифи

Асорат номи	Сони
Оғриқсизлантиришга муҳтожлик	1-2 кун давомида
Кўнгилай айнаиши ва қайт қилиш	1-2 кун давомида
Ичак парезининг йўқолиши	1-2 кун давомида
Беморлар фаоллашувининг бошланиши	1-2 куни
Операциядан кейинги давр давомийлиги, сутка	4,21±0,16
Тери ости эмфиземаси	2 (2,27%)
“Френикус синдром”	2 (2,27%)
Серома ажралиши	2 (2,27%)
Йиринглаш	1 (1,13%)
Сурункали бронхитнинг қўзиши	1 (1,13%)

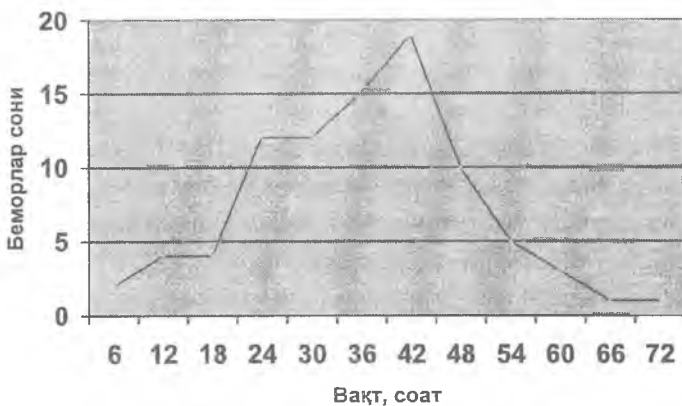
1 та (1,13%) ҳолатда эпигастрал жароҳатнинг йиринглаши, 2 та (2,27%) ҳолатда худди шу жароҳатдан серома ажралиши, 2 та (2,27%) беморда тери ости эмфиземаси кузатилди. Тери ости

эмфиземаси операциядан кейин ўз-ўзидан бир ҳафтанинг ичида, ҳеч қандай асоратларсиз сўрилиб кетди. “Френикус синдром” номи билан аталадиган асорат, яъни оғрикли асорат 2 та (2,27%) беморда кузатилди. Бунинг сабаби пневмоперитонеумнинг диафрагмал нервга таъсиридан деб тушунтириш мумкин. Бу беморларни иккала қовурға равоги остидаги оғриқлар безовта қилиб, улар узоғи билан бир ҳафтада йўқолди. 1 та (1,13%) беморда сурункали бронхитнинг кўзиши кузатилди. Бу гуруҳ беморлар орасида ҳам конверсияга ўтиш ва ўлим ҳолати кузатилмади.

Операциядан кейинги даврда 34 та беморда 24 соат ичида мустақил ҳаракатланиш ва тўлиқ фаоллашиш кузатилди (3.11 Расм).

3.11 Расм

Асосий гуруҳ беморларининг
ҳаракат фаоллиги тикланиш графиги



Беморларининг касалхонадаги ўртача ўрин кунлари сони $6,03 \pm 0,22$ кунни ташкил қилиб, шундан операциядан кейинги давр $4,21 \pm 0,16$ кунни ташкил қилди.

Шундай қилиб, тадқиқотимиз давомида кузатувларимизда бўлган операция хавфи юқори бўлган (ёндош терапевтик касалликлари бўлган) беморларда ўтказилган СЛО лардан кейин қайд қилинган натижалар ва асоратларининг таҳлили шуни кўрсатдики, қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликда учрайдиган патологияларида, айниқса, операция хавфи юқори бўлган, яъни ёндош соматик касалликлари билан касалланган беморларда лапароскопик технологияларни қўллаган ҳолда биз таклиф қилган СЛО ларнинг такомиллаштирилган вариантларидан фойдаланиш натижасида операциядан кейинги асоратларнинг максимал даражада камайишига эришилди.

СЛО ларнинг биз таклиф қилган такомиллаштирилган вариантларини қўллаш, бу операцияларнинг нафақат анъанавий операцияларига нисбатан, балки бошқа турдаги СЛО лардан ҳам техник томондан қулай, аниқ, пухта бажарилиши, операциядан кейинги асоратларнинг максимал даражада камайиши, беморларнинг операцияни руҳий жиҳатдан енгил ўтказа олишлари, иқтисодий, тиббий-ижтимоий устунликлари билан ҳам ажралиб туради.

Шундай қилиб, олдинлари симультан операция ўтказиш учун қарши кўрсатма бўлиб келган юрак қон-томир тизими касалликлари, камқонлик, семизликнинг III-IV даражалари каби ёндош соматик хасталиклари билан касалланган, қорин бўшлиғи аъзоларида олдин операция ўтказган ва симультан жарроҳлик патологияси бевосита интраоперацион даврда топилган беморларда СЛО ларни ўтказишда, такомиллаштирилган оригинал усуллардан фойдаланиш операцияларнинг муваффақиятли ўтишига ва уларга бўлган кўрсатмалар доирасининг кенгайишига замин яратди. Беморларнинг вақтинчалик ишга яроқсизлик муддатларининг қисқариши ва даволаш учун кетадиган сарф-харажатларнинг камайиши ҳисобига бўладиган юқори иқтисодий самарадорликка эришишга олиб келди.

3.6. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР НАТИЖАЛАРИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Тадқиқотимиз давомида ҳар иккала гуруҳ беморларида операциядан олдинги, операция ва операциядан кейинги даврдаги бир қатор кўрсаткичлар таққосий равишда ўрганилди. Назорат гуруҳи беморларида СТХ ва қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликда учрайдиган касалликларидан ташқари операция натижаларини оғирлаштирадиган ёндош терапевтик касалликлар (сурункали камқонликдан ташқари) кузатилмагани ҳолда операциядан олдинги даврдаги тайёргарлик босқичи одатдагидай ўтказилди. Яъни операциядан бир кун олдин енгил овқатланиш, кечқурун ва операция кунини эрталабги тозаловчи ҳуқналар, керак бўлса, тинчлантирувчи воситалар каби муолажалар қилинди. Табиийки, қон, сийдик, нажас умумий таҳлиллари, қон биохимиявий таҳлиллари, қон гуруҳи ва резус омилни аниқлаш, RW га қонни текшириш, УТТ, рентгенологик текширувлар, ЭГДФС каби текширувлар, терапевт ва анестезиолог маслаҳатлари ҳам тингланган.

Асосий гуруҳ беморлари эса юқоридагилардан фарқли равишда (СТХ ва КБАБУКдан ташқари операция хавфини оширадиган ёндош терапевтик касалликлари бўлгани учун) операциядан олдинги даврда беморлар керакли мутахассислар тавсия қилган даво муолажаларини қабул қилишди (кардиолог, терапевт, гематолог).

D.Lohlein ва Pichlmaug лар таклиф қилган тасниф бўйича назорат гуруҳида 42 та СЛЮ кичик ва 38 та СЛЮ ўрта симультан операцияларга киритилган бўлса, асосий гуруҳда бажарилган барча СЛЮлар (88 та), операция хавфини оширадиган ёндош терапевтик касалликлари бўлганлиги учун оғир симультан операциялар каторига киритилди.

Операция пайтида ҳам асосий гуруҳ беморларидан ГК, ЮИК ва, айниқса, III-IV даражали семизлиги бўлган беморларда уларнинг операция столидаги ҳолатларида, пневмоперитонеум

ҳосил қилишда ва уни керакли маромда ушлаб туришда, операция усулини танлашда ўзига хос такомиллаштиришларни қилишга тўғри келди (юқоридаги бобда келтирилган).

Оперция учун сарф қилинган вақт таққосланганда қуйидаги ҳолат юзага келди (3.7 жадвал).

3.7 Жадвал

СЛО ларнинг ўртача давомийлигининг таққосий кўриниши

Асосий босқич	Симультан босқич	Операциянинг ўртача давомийлиги (дақиқа)	
		Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ
ЛХЭ	Битишмаларни ажратиш	75,42±0,98	79,42±1,35*
ЛХЭ	ЛИЖС	52,18±1,19	54,40±1,40
ЛХЭ	ЛЦЭ	69,13±1,51	71,10±1,12
ЛХЭ	ЛАЭ	84,18±1,72	97,21±2,05*
ЛХЭ	ЛГП	81,66±1,67	93,73±2,15*
ЛХЭ	Миомэктомия	73,50±0,50	76,33±0,33*
ЛХЭ	ЛЦЭ, ЛИЖС	64,40±1,07	79,40±1,76*
ЛХЭ	ЛЦЭ, битишмаларни ажратиш	92,41±1,35	106,40±1,52*

*Изоҳ-аниклик даражаси $P < 0,05$.

Жадвалдан маълум бўладики, СЛО ни ўтказишга сарф бўлган вақт қиёсланганда ЛХЭ ва ЛЦЭ, битишмаларни ажратиш учун назорат гуруҳида ўртача 92,41±1,35 дақиқа сарфланган бўлса, асосий гуруҳда бунга 106,40±1,52 дақиқа сарфланган, яъни 14 дақиқа кўпроқ. ЛХЭ ва ЛАЭ учун 84,18±1,72 дақиқа назорат гуруҳида, 97,21±2,05 дақиқа асосий гуруҳда сарф бўлган. Бошқа турдаги СЛОларни ўтказишга сарф бўлган вақтда унча катта фарк кузатилмади.

Ўтказилган СЛОдан кейинги кўрсаткичларнинг қиёсий тавсифи 3.8 жадвалда келтирилган.

Операциядан кейинги кўрстакларнинг қиёсий тавсифи

Номи	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	кўрсаткичлар	%	кўрсаткичлар	%
Огрикисизлантириш	1-2 кун давомида	-	1-2 кун давомида	-
Кўнгил айнаши ва қайт қилиш	1чи куни	-	1-2 кун давомида	-
Ичак парезининг йўқолиши	1-2 кун давомида	-	1-2 кун давомида	-
Беморлар фаоллашуви	1чи куни	-	1-2 куни	-
Операциядан кейинги давр давомийлиги, сутка	3,88±0,14	-	4,21±0,16	-
Тери ости эмфиземаси	2	2,50	2	2,27
“Френикус синдром”	2	2,50	2	2,27
Серома ажралиши	1	1,25	2	2,27
Йиринглаш	1	1,25	1	1,13
Сурункали бронхитнинг кўзиши	-	-	1	1,13

Операциядан кейинги асоратлардан жароҳатнинг йиринглаши, серома ажралиши, тери ости эмфиземаси, “френикус синдром” кабилар таҳлил қилинганда, асосий гуруҳ беморларида операция хавфини оширадиган ёндош терапевтик касалликлар бўлишига қарамасдан, уларни даволашда олинган натижалар назорат гуруҳи беморлариникига максимал даражада яқин бўлди.

Назорат гуруҳида 21 (26,25%) та беморда кўнгил айнаши ва қайт қилиш операциядан кейинги биринчи куни кузатилди. Ичаклар парези 11 (13,75%) та беморда кузатилиб, операциядан кейинги иккинчи кунига қараб ўз-ўзидан ўтиб кетган бўлса, 5 та (6,25%) беморда ичаклар фаолиятини стимуляция қилингандан кейин йўқолди.

Асосий гуруҳ беморлари орасида эса 26 та (29,54%) беморда кўнгил айнаши ва қайт қилиш операциядан кейинги биринчи куни кузатилган бўлса, ичаклар парези 15 та (17,04%) беморда кузатилиб операциядан кейинги иккинчи куни 7 (7,95%) та ҳолатда ичаклар

фаолиятини стимуляция қилгандан кейин (прозерин т/о қилиниб, тозаловчи ҳукнадан кейин) йўқолди.

Конверсияга ўтиш ва ўлим ҳолатлари ҳар иккала гуруҳда ҳам кузатилмади.

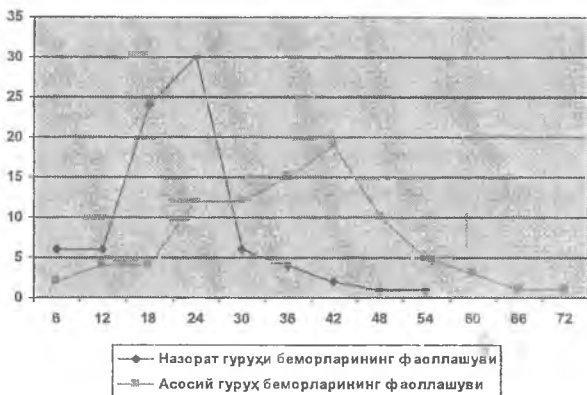
Назорат гуруҳи беморларининг касалхонадаги ўртача ўрин кунлари сони $5,85 \pm 0,22$ кунни ташкил қилиб, операциядан кейинги давр эса $3,88 \pm 0,14$ кундан иборат бўлди.

Бу кўрсаткич асосий гуруҳда қуйидагича бўлди: беморларининг касалхонадаги ўртача ўрин кунлари сони $6,03 \pm 0,22$ кунни ташкил қилиб, шундан операциядан кейинги давр $4,21 \pm 0,16$ кунни ташкил қилди.

Назорат гуруҳида операциядан 36 соат кейин барча беморларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлди. 6 та (7,50%) бемор эса операциядан 6 соат ўтгандан кейин ўзлари мустақил ҳаракатлана олдилар ва эртаси кун уларга уйларига рухсат берилди. 58 та беморда 24 соат ичида мустақил ҳаракатланишнинг тўлиқ фаоллашиши кузатилган бўлса, асосий гуруҳдаги беморларнинг 56 тасида 24 соат ичида мустақил ҳаракатланиш ва тўлиқ фаоллашиш кузатилди (3.12 Расм).

3.12 Расм

Назорат ва асосий гуруҳ беморларининг ҳаракат фаоллиги тикланиши графиги



Демак, биз таклиф қилган СЛО ларнинг такомиллаштирилган усулларидан фойдаланиш натижасида операция хавфи юқори бўлган беморларда ўтказилган СЛО лар натижаларининг назорат гуруҳи беморларида бажарилган СЛО лар натижаларидан ёмон бўлмаслигига эришилди.

3.7. СИМУЛЬТАН ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАРНИНГ ИҚТИСОДИЙ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

СЛО ларнинг иқтисодий самарадорлигини барча (168) беморлар учун умумлаштирган ҳолда ўргандик. СЛО ларнинг иқтисодий афзалликлари, беморларни қайта даволаш учун сарф бўладиган харажатларнинг, ишга яроқсизлик кунларининг қисқариши, ижтимоий суғурта тизимидаги иқтисодий самарасида ўз ифодасини топади.

Агар СЛО билан анъанавий усулда оддий операция ўтказган беморларнинг стационар ва амбулатор даволанишлари учун деярли бир хил вақт сарф қилинганлигини эътиборга олсак (5 - 6 ва 10 -12 кун), СЛО ларнинг бир бемордаги иқтисодий самарадорлигини куйидаги формула ёрдамида ҳисоблаш мумкин:

$$\text{ЭЭС} = \text{КД} \times \text{К} \times (\text{С} \times \text{I} + \text{Ц} + \text{Б} \times \text{Н} + \text{О})$$

Бунда: КД - ўрин кунлар сони, К - бир беморда ўтказилган симультан операциялар сони, С - бир кунда бир хизматчи томонидан ишлаб чиқилган маҳсулот таннархи, I - операция ўтказганлар ичидан битта ишловчининг коэффиценти (бизнинг клиникамизда 0,6), Ц - бўлим ўрнининг бир кунлик баҳоси, Б - ишга яроқсизликнинг бир кунини учун ижтимоий суғурта тизими томонидан белгиланган пул миқдори, Н - ишга яроқсизликнинг умумий кунлари сони, О - операциядан олдинги тайёргарлик (керакли текширишлар баҳоси ҳам киритилади), наркоз ва операция учун кетадиган сарф миқдори.

Вақтинчалик ишга яроқсизлик муддатининг қисқаришидан олинадиган иқтисодий фойдани қуйидаги формула ёрдамида ҳисоблаш мумкин:

$$\text{Эвақт.} = (D_1 - D_2) (G + E) \times H - 0,15 \times K$$

Бунда: H - СЛЮ ўтказган беморлар сони, G - хизматчининг бир кунлик ўртача иш ҳақи, E - ишга яроқсизлик учун бериладиган бир кунлик ўртача пул миқдори, D_1 - ушбу операция усуллари амалиётга киритилишигача бўлган даврдаги бир беморнинг ишга яроқсизлик кунлари сони, D_2 - ушбу операция усуллари амалиётга киритилгандан кейинги даврдаги бир беморнинг ишга яроқсизлик кунлари сони, K - ушбу усулнинг амалиётга тадбиқ қилинишига кетган харажат миқдори, $0,15$ - самарадорликнинг норматив коэффиценти.

Бу формула бўйича ҳисоб-китобларимиз қуйидагича бўлди:

$$\begin{aligned}\text{Э вақт.} &= (60 - 21) \times (1220 + 825) \times 168 - 0,15 \times 10\,500\,000 = \\ &= 11\,823\,840 \text{ сўм.}\end{aligned}$$

Юқоридаги ҳисоб-китоблардан кўриниб турибдики, биз СЛЮ ларни қўллаш натижасида ҳар иккала гуруҳ беморларида (168 та) вақтинча ишга яроқсизлик муддатларининг қисқариши эвазига 11 823 840 сўмни иқтисод қилишга эришдик. Ҳар бир беморда эса ўртача 70 380 сўм иқтисод қилинди.

Даволаш учун кетадиган сарф-харажатларнинг қисқаришидан келиб чиқадиган самарадорликни қуйидаги формула ёрдамида аниқладик:

$$\text{Эдав.сарф.} = [(M_1 - M_2) + (C_1 - C_2) \times (B + E) \times 0,438] \times H - 0,15 \times K$$

Бунда, M_1 , M_2 - даволаш технологияси баҳосининг камайиши, C_1 , C_2 - беморларнинг стационарда бўлиш муддати­нинг камайиши, B - бир ўрин кун баҳоси, E - ишга яроқсизлик учун бериладиган бир

қувлик ўртача пул миқдори, 0,438 - хизматчи коэффициентлари (балогатга етмаганлар, нафақахўрлар, уй бекаларидан ташқари), Н - беморлар сони, 0,15 - самарадорликнинг норматив коэффициентлари.

$$\text{Эдав.сарф.} = [(30630,6 - 14625) + (17,06 - 5,8) \times (1182 + 525) \times 0,438] \times 168 - 0,15 \times 10500000 = 2\,528\,284,08 \text{ сўм.}$$

Ҳисоб-китобларимиздан маълум бўлдики, биз СЛО ларни қўллаб, даволаш сарф-харажатларининг камайиши ҳисобига давлат фойдасига барча 168 та бемордан 2 528 284,08 сўм иқтисод қилишга эришдик. Ҳар битта беморда эса 15 049,31 сўм иқтисод қилинди.

Вақтинча ишга яроқсизлик муддатларининг қисқариши ва даволаш сарф-харажатларининг камайиши ҳисобига давлат фойдасига 168 та бемордан умумий миқдорда 14 352 124,08 сўм миқдоридаги маблағни иқтисод қилишга эришдик. Ўтказилган СЛО лар натижасида ҳар бир беморда 8529,31 сўм иқтисод қилинди. Иқтисодий самарадорликни баҳолаш учун фойдаланган услублар (Ўзбекистон Республикаси ССВ нинг статистика бўлими томонидан ишлаб чиқилган услубий қўлланма асосида) мажмуида ҳисоб-китобларни биров соддалаштириш мақсадида баъзи маълумотлар онгли равишда тушириб қолдирилди (масалан, соғлиқни сақлаш тизимидаги янги технологияларни амалиётга тадбиқ қилиниши учун сарф қилинадиган маблағ тақсимотлари, янги техникаларни оммавий қўлланилишигача синовлар учун кетадиган сарф-харажатлар). Иқтисодий кўрсаткичлар 3.12 жадвалда келтирилган.

Иқтисодий кўрсаткичлар тавсифи

Кўрсаткичлар	Белгиси	бирлиги	миқдори
1 Беморнинг ишга яроқсизлик кунлари сони; амалиётга тадбиқ қилингунча; амалиётга тадбиқ қилингандан кейин	D ₁ D ₂	кун	60 21
1 Беморни даволашга сарф-харажат миқдори; амалиётга тадбиқ қилингунча; амалиётга тадбиқ қилингандан кейин	M ₁ M ₂	сўм	30630,6 14625
Тадбиқ доираси	Н	бемор сони	168
1 Урин кун баҳоси	В	сўм	1182
Ишга яроқсизлик ёки ногиронлик учун туланадиган бир кунлик пул миқдори	Е	сўм	525
1 Ишчининг ўртача маошининг 1 кунлик миқдори	Г	сўм	825
Усулни тадбиқ қилишга кетган харажат	К	сўм	10 500 000
Иқтисодий самарадорлик; ишга яроқсизлик муддатининг камайишидан; даволаш баҳосининг камайишидан	Эвакт. Эдав.	сўм сўм	11823840 2528284,08
Умумий иқтисодий самарадорлик	Эмум.	сўм	14352124,08

Демак, қорин бўшлиғи аъзолари симультан патологияларида бажарилган СЛЮ лар натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, бу операцияларнинг операция хавфи юқори бўлган беморларда қўлланилиши натижасида ажойиб косметик самарадорликка, беморларнинг операцияни руҳий томондан яхши ўтказа олишига, операция пайтидаги, операциядан кейинги йирингли асоратлар, қўпол чандиқлар, лигатурали оқмалар, операциядан кейинги чурралар каби асоратларнинг максимал даражада камайишига, ўлим ҳолатларининг бўлмаслигига, беморларнинг вақтинчалик ишга яроқсизлик муддатларининг қисқариши ва даволаш учун кетадиган сарф-харажатларнинг камайиши ҳисобига бўладиган юқори иқтисодий самарадорликка эришишга олиб келади.

ХОТИМА

СТХ жуда кенг тарқалган касаллик бўлганлиги учун у билан биргаликда учрайдиган бошқа касалликлар ҳам кўп учрайди. Уни даволашда ҳозирги кунгача жарроҳлик амалиёти асосий усул бўлиб келган. Аммо, анъанавий очиқ усулда (катта лапаротомия кесимлари билан) бажариладиган жарроҳлик амалиётларидан кейинги асоратлардан кўп қон йўқотиш, перитонит, тромбоземболик асоратлар, битишмали ичак тутилиши, операция жароҳатининг йиринглаши, лигатурали оқмалар, операциядан кейинги чурралар, деформацияловчи дағал чандиқлар кабилар (5-26%) ва ўлим кўрсаткичи, айниқса, операция хавфини кескин оширувчи ёндош терапевтик касалликлари бўлган беморларда юқориликча (0,3-25,5%) қолмоқда [53, 54, 60, 121, 232, 233]. 60 ёшдан катта беморларда эса ҳаётининг кейинги ҳар 10 йилида ўлим кўрсаткичининг ўртача 2 - 3 баробарга кўпайиши башорат қилинади. Булар ушбу операцияларнинг кенг қўламда қўлланилишига маълум маънода тўсқинлик қилиб келмоқда [31, 33, 52, 184, 186].

Анъанавий жарроҳлик амалиётларидан кейинги асоратлар (5-26%) ва ўлим кўрсаткичи, айниқса, операция хавфини кескин оширувчи ёндош терапевтик касалликлари бўлган беморларда юқориликча (0,3-25,5%) қолмоқда [4, 27, 42, 54, 58, 59, 66, 72, 199].

Маълумки, СТХ билан 40 ёшдан ошган аёллар кўпроқ касалланади. Аёлларда СТХ билан гинекологик касалликлар биргаликда кўп учрайди. Бундай симультан патологияларни касалланган аъзоларнинг анатомик жиҳатдан бир - биридан узоқда жойлашганлиги сабабли очиқ усулдаги анъанавий операция йўллари билан ягона кесим орқали бартараф қилишнинг деярли иложи йўқ ва бундай ҳолатга ечим топиш жуда муҳим муаммолардан биридир. Лапароскопик технологиялар эса, бу муаммонинг ечимини топишда энг асосий йўлдир. Бундан ташқари, аёлларда СТХ билан бирга кузатиладиган симультан

патологиялардан ташқари сурункали камқонлик каби касалликнинг ҳам эркакларга қараганда кўпроқ учраши қайд қилинган. Бундай ҳолат, операция хавфининг юқорилиги сабабли, шу кунгача ушбу тоифадаги беморларда анъанавий очиқ усуллар билан нафақат симультан, балки оддий операцияларни ўтказишга ҳам монелик қилиб келган [16, 77, 84, 86, 87].

АҚШ, Германия, Англия, Япония, Швеция ва бошқа давлатларда ўтказилган аҳолининг оммавий текшириш натижаларига кўра [120] жарроҳлик касалликлари аниқланган беморларнинг 30%и да яна қўшимча бир ёки бир нечта жарроҳлик йўли билан даволаниши керак бўлган патологиялар топилган. Аммо, бундай беморларнинг атиги 6% гача ҳолларда (жаҳоннинг энг йирик ихтисослашган марказларида йирик мутахассислар томонидан) симультан операциялар ўтказилади холос. Бу эса ушбу беморлар асосий қисмининг (94% дан кўп) келажақда қайта операция ўтказишга ёки ҳаётининг охиригача касалманд бўлиб қолишга, азоб тортишга мажбур бўлиб қолишларига олиб келади [53, 55, 56, 57, 67, 68, 126, 133].

XX асрнинг 90-йиллари ўрталаридан бошлаб абдоминал жарроҳликка кириб келган эндовизуал лапароскопик технологиялар қорин бўшлиғининг қайси соҳасида бўлишидан қатъий назар бир вақтнинг ўзида икки ва ундан ортиқ патологияларни бартараф қилиш учун жуда қулай имкониятлар яратди. Лекин, ҳозирги кунгача бундай имкониятлардан тўлиқ фойдаланилмай келинмоқда, чунки бизга маълум даврий адабиётларда ҚБАБУКларида симультан операциялар (анъанавий ва айниқса, лапароскопик) назарий жиҳатдан етарлича тан олинган бўлсада [11, 14, 70, 74, 82, 85, 198, 214], уларнинг тактик ва техник муаммолари (касаллик тури, уларнинг ривожланиш даражалари, касалланган аъзолар жойлашуви, операция босқичлари кетма-кетлиги, ҳажми ва йўлдош терапевтик касалликлари кабиларни инобатга олган ҳолда) батафсил ёритилмаган ва бундай операцияларга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар доираси аниқ белгиланмаган.

Юқорида келтирилган маълумотлардан шу нарса маълум бўладики, иккита ёки ундан ортиқ бўлган ва жарроҳлик йўли билан даволашни талаб қиладиган касалликларнинг биргаликда кузатилган ҳолатларида, айниқса, деярли кўпчилик вазиятларда нафақат симультан операцияларни, балки оддий операцияларни ўтказишга ҳам қарши кўрсатма бўладиган, операция хавфини кескин оширадиган, кенг тарқалган ёндош терапевтик касалликлари билан касалланган беморларда янги, замонавий технологиялардан фойдаланиб, кам инвазив, кам харажат, қулай ва пухта бажариладиган, беморлар руҳий жиҳатдан осонроқ ўткази оладиган оператив даво усулларини қўллаш, борларини такомиллаштириш, янгиларини яратиш ва амалиётга тадбиқ қилиш йўлида илмий изланишлар олиб бориш замонавий абдоминал жарроҳликда нафақат назарий, балки жуда катта амалий аҳамиятга эга бўлган энг муҳим муаммоларидан биридир.

Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда илмий ишимизнинг мақсади: сурункали тошли холецистит ва қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликда учрайдиган касалликларига чалинган ҳамда операция хавфи юқори бўлган беморларда лапароскопик технологиялардан фойдаланган ҳолда симультан операция усулларини такомиллаштириш йўли билан даволаш натижаларини яхшилашдан иборат бўлди.

Ушбу мақсадимизни амалга ошириш йўлида биз олдимизга қуйидаги вазифаларни қўйдик:

- сурункали тошли холецистит ва қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликда учрайдиган касалликларида лапароскопик технологиялар ёрдамида бажарилган операциялар натижаларини ўрганиш;

- сурункали тошли холецистит ва қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликда учрайдиган касалликларига чалинган ҳамда операция хавфи юқори бўлган беморларда лапароскопик операция усулларини такомиллаштириш ва уларнинг самарадорлигини ўрганиш;

- симиультан лапароскопик операцияларнинг натижаларини киёсий ўрганиш ва уларнинг иқтисодий самарадорлигини баҳолаш.

Бизнинг илмий тадқиқот ишимизга СТХ билан ҚБАБУКларида СЛЮларни ўтказган жами 168 та беморнинг клиник текширувлари ва даволаш натижалари асос қилиб олинди.

Тадқиқот натижаларини солиштиришда беморларни 2 та гуруҳга бўлиб ўрганилди.

1-гуруҳга (назорат) СЛЮ ўтказган 80 та бемор киритилди. Бу гуруҳ беморларида СТХ билан ҚБАБУКлари кузатилган бўлиб, уларда операция ҳавфини оширадиган терапевтик касалликлари кузатилмаган.

2-гуруҳга (асосий) СТХ билан ҚБАБУКларидан ташқари операция ҳавфини оширадиган ўрта ва оғир даражали сурункали камқонлик, ГК, ЮИК ва III-IV даражали семизлик каби кенг тарқалган ёндош терапевтик касалликлари билан касалланган ҳамда анамнезида қорин бўшлиғи аъзоларида олдин очиқ усулда операция ўтказган 88 та бемор киритилди.

Биз D.Lohlein ва Pichlmaуr (1978) томонидан таклиф қилинган тасниф бўйича назорат гуруҳида 42 та СЛЮни кичик ва 38 та СЛЮ ни ўрта симиультан операцияларга киритган бўлсак, асосий гуруҳда бажарилган барча СЛЮ ларни (88 та) операция хавфини оширадиган ёндош терапевтик касалликлари бўлганлиги учун оғир симиультан операциялар қаторига киритдик.

Ҳар иккала гуруҳда ҳам тадқиқотимиз давомида бажарилган СЛЮ ларнинг асосий босқичини барча ҳолларда ЛХЭ ташкил қилди. Ундан ташқари, 21 тадан (26,25% ва 23,86%) ҳолатларда асосий патологияга қўшимча патология сифатида қорин бўшлиғининг битишма касаллигининг учраши кузатилди.

Ҳозирги кунда маълум анъанавий усуллардан фойдаланган ҳолда битишмаларни ажратишнинг ўзига хос камчиликлари бор. Масалан, битишмаларни ажратишга кўп вақт сарфланиши, гемостазнинг ишончли эмаслиги шулар жумласидандир. Бу эса операция хавфи юқори бўлган ўрта ва оғир даражали сурункали камқонлик каби ёндош терапевтик касаллиги бор бўлган

беморларда муаммолар туғдириши мумкин. Шунинг учун ҳам биз бу усуллардан фақатгина тадқиқотимиз бошларида фойдаландик. Кейинчалик қорин бўшлиғидаги битишмаларни кесишни осонлаштирадиган “ҳаракатчан” L-симон электродни такомиллаштирдик ва у ёрдамида битишмаларни ажратишни асосий гуруҳ беморларида қўладик. Битишмалар кучли ривожланган ҳолларда “ҳаракатчан” L-симон электроддан фойдаланиш натижасида битишмаларни ажратиш вақти бир неча мартага камайиб ишончли гемостазга эришилди ва битишмаларни ажратиш осонлашди, чунки бунда битишмалар “жамланиб” компрессия ҳолатига келтирилади ва турган жойида кесилади, ичаклар сероз қаватининг йиртилиши (десероазия), энг асосийси, қонаш ҳоллари кам бўлди ва ҳоказолар кузатилмади. Бу усул, айниқса юқорида кўрсатилган ҳолларда, яъни, операция хавфи юқори бўлган беморларда яхши самара берди.

Тадқиқотимиз мобайнида, терини кесиш, троакарларни қорин бўшлиғига киритиш, тўқималарни ажратиш, ўт қоли артерияси ва ўт йўлини клиплаш, ўт қопини ўрнидан ажратиш ва унинг ўрнига ишлов бериш борасида янги усулни ишлаб чиқдик (ихтиро учун Давлат Патент Идорасининг дастлабки патенти олинган, IDP 04858). Натижада, ўрта ва оғир даражали сурункали камқонлиги бўлган беморларда энг минимал даражадаги қон йўқотиш билан операция ўтказилишига имкон яратилди. Бу усулда асосий гуруҳда 17 (12,50%) беморда ЛХЭ ўтказилди.

Симультан ЛХЭ ва ЛАЭ биргаликда назорат гуруҳида 11 та (13,75%), асосий гуруҳда 14 та (15,90%) беморда ўтказилди.

Биз тадқиқотимизнинг дастлабки даврларида ЛАЭ нинг бир неча анъанавий вариантларини қўладик. Бу усуллар якка ЛАЭ ларни бажаришда қўп бора қўлланилиб, СЛО босқичи сифатида энг қулай вариантларини танлаб олишга имкон берди ва нафақат ЛХЭ билан, балки бошқа лапароскопик операциялар (ЛЦЭ, ЛГП, битишмаларни ажратиш) билан ҳам биргаликда ўтказилди.

Назорат гуруҳи беморларида клипсалар, эндохалқа ёрдамида (4 та ҳолатда), GIA тикув аппарати билан (4 та) ва лапароскопик

манипуляторлар билан чувалчангсимон ўсимта чўлтоғини тикиш, кўричак гумбазига чўктириш, кисет ва Z симон чоклар кўйиш босқичлари ўтказилди (3 та ҳолатда). Бу усуллар кўричак гумбазининг ҳаракати чекланган, атроф тўқималар билан битишмалар мавжуд бўлган ҳолларида ва тадқиқотимизнинг дастлабки даврларида қўлланилди. Барча ҳолларда ҳам операциядан кейинги даврда ЛАЭ техникаси билан боғлиқ асоратлар кузатилмаган бўлса-да, биз кейинчалик бу усулдан фойдаланишдан воз кечдик (даврий адабиётларда бу усул қўлланилишига кўрсатмалар ва ижобий натижалар қайд қилинган бўлса-да). Бунга сабаб клипса ва эндохалқа чувалчангсимон ўсимта чўлтоғига кўйилганда, унинг тўқимасининг эзилиши, йиртилиши каби (ўсимта деворидаги яллиғланиш, инфильтрация, шиш ҳисобига) хавфларнинг мавжудлиги ва чувалчангсимон ўсимта чўлтоғини кўричак гумбазига чўктириш ва перитонизация қилинмаслиги ҳамда симультан ЛАЭни такомиллаштирган ҳолда бу операцияни хавфсизроқ ўтказиш мумкинлиги бўлди.

Асосий гуруҳ беморларида ЛАЭ такомиллаштирилган 3 та усулда амалга оширилди. Биринчи вариант ЛАЭ да биполяр электрод ёрдамида ўсимта тутқичидан сероз қавати орқали коагуляция ёрдамида ажратилди. ЛАЭ бу усулда асосий гуруҳда жами 2 та беморда амалга оширилди (Давлат Патент Идорасига ихтиро учун ариза берилди, тартиб рақами IAP 20030843). Аммо, бу усулнинг ҳам юқорида келтирилган вариантлардан афзалликлари биз кутгандек бўлмади.

Иккинчи вариантда ўнг ёнбош соҳасидаги 10 мм ли троакардан чувалчангсимон ўсимта терминал қисмидан қисқич билан ушлаб тортилиб, кенгайтиргич билан кенгайтирилган ўнг ёнбош соҳасидаги портдан гумбази билан биргаликда ташқарига чиқарилди. Аппендэктомия оддий усулда, экстракорпорал ҳолатда амалга оширилди, чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи эса кўричак гумбазига кисет чоки ёрдамида чўктирилди ва Z симон чок билан перитонизация қилинди. Шундан кейин кўричак гумбази қорин бўшлиғига чўктирилди. Бизнинг назаримизда ЛАЭнинг бу

варианти хоҳ алоҳида, хоҳ симультан операция сифатида бажарилиши энг идеал вариант ҳисобланади. Аммо бу вариантни қорин девори қалинлиги 4 - 5 см дан қалин бўлмаган, кўричак гумбази ҳаракатчан бўлган ва атроф тўқималар билан битишмалар бўлмаган ҳолларда қўллаш имкони бўлади ва тадқиқотимиз давомида бу усулда асосий гуруҳда 3 та беморда ЛАЭ ўтказилди.

ЛАЭ нинг юқорида келтириб ўтилган маълум ва биз томондан яратилган ва бошқа (типик, ҳалқалар, клипсалар, GIA, коагуляция, УТТ ёрдамида бажариладиган ЛАЭлар ва ҳоказо) вариантлари ҳам қатор камчиликлардан холи эмас. Хоҳ улар айрим (симультан операция сифатида эмас), хоҳ симультан операция сифатида ўтказилса ҳам. Бунинг асосий сабаби аппендэктомиянинг сўзсиз асосий зарур ва аҳамиятли босқичи бўлган чувалчангсимон ўсимта чўлтоғининг кўричак гумбазига кисет ва Z симон чоклар билан чўктирилишининг нисбатан мураккаблигидадир.

Юқоридагиларнинг барчасини ҳисобга олган ҳолда ва аппендэктомиянинг исталган турида чувалчангсимон ўсимта чўлтоғини кўричак гумбазига чўктириш зарурлигини тан олиб, айниқса, у симультан операция сифатида бўлса, биз ЛАЭ нинг янги такомиллашган усулини (яъни, чувалчангсимон ўсимта чўлтоғини кўричак гумбазига чўктириш имконини берадиган) яратдик. Бу СЛО лар босқичи сифатида ЛАЭнинг юқорида кўрсатилган барча вариантларининг ижобий афзалликларини сақлаб, салбий тарафларини инкор қилувчи ЛАЭ нинг янги такомиллашган усулидир. Бу усул қорин девори қалин бўлган, яъни семиз беморларда, кўричак гумбази чуқур жойлашган ва ҳаракати чекланган беморларда, операциянинг енгил, тез ва пухта бажарилишига имкон берди. Бу усулнинг моҳияти қуйидагидан иборат: жароҳат киргоғидан қорин олд деворининг барча қатламларидан ўтувчи 2 та II симон чок қўйилиб, иплар маҳкам тортиб боғланди ва бу билан қорин олд деворининг максимал даражада (5-10 мартагача) юққалашишига эришилди. Бу ипчалар ёрдамида қорин деворини хоҳлаган томонга юқорига, пастга, ўнга ва чапга силжитиш, қорин бўшлиғига чуқурлаштириш мумкин.

Кейин чувалчангсимон ўсимта апикал қисмидан қисқич билан ушланиб кўричак гумбазининг бир қисми билан биргаликда қорин бўшлиғидан ташқарига тортиб чиқарилди. Қорин деворини компрессия қилувчи ушбу II симон чокларнинг қўлланилиши натижасида деярли барча ҳолларда (бизнинг кузатувларимизда 100%) қорин бўшлиғидан ташқарида аппендэктомия босқичини анъанавий усулда, оддий асбоб-ускуналар билан бажариш, ўсимта чўлтоғини кўричак гумбазига киссет ва Z симон (керак бўлса) чоклар ёрдамида чўктиришнинг имконияти яратилди. Бу усулда иккинчи гуруҳда ЛАЭ 9 та беморда ўтказилди. Ушбу усулдан фойдаланиш натижасида бирон марта ҳам техник қийинчиликлар, кутилмаган салбий ҳолатлар кузатилмади. Бу усул ЛАЭни ёндош терапевтик касалликларидан семизлик бор ҳолларда аниқ, пухта, ишончли бажарилишига имкон яратди.

Бизнинг назаримизда ЛХЭ га симультан босқич сифатида бажарилган ЛАЭ ларнинг (25 та беморда) юқорида келтирилган усуллардан энг қулайи ва сўнггиси унинг такомиллаштирилган охириги вариантидир.

Бизнинг кузатувларимизда СТХ билан бирга қорин олд девори тўғриланувчи чурралари (қорин оқ чизиғи ва киндик чурралари) биргаликда учраган 24 та беморда ЛХЭ ЛГП билан биргаликда ўтказилди (назорат гуруҳида 9 та, асосий гуруҳда 15 та ҳолатда).

Ҳозирги кунда чурраларни бартараф қилишда лапароскопик технологиялар ўрнига анъанавий усуллар кўпроқ қўлланилмоқда. Чунки, шу кунгача маълум бўлган лапароскопик усулда чурраларни баратараф қилиш анъанавий усулларга қараганда анча мураккаб ва қимматбаҳо асбоб-ускуналарни, тинимсиз тажрибаларни, изланишларни ва ҳоказоларни талаб қилади.

СТХ дардига чалинган беморларнинг аксариятида киндик ва шунга яқин жойдаги қорин оқ чизиғи чурраларининг учраши кузатилди. Бундай ҳолларда бизнингча иккита вариант операция туфайли ЛХЭ ва лапароскопик чуррани бартараф қилиш имконияти мавжуд бўлиши мумкин.

Биринчи вариантда киндик ва қорин оқ чизиғи чурраси кичик ёки ўртача ўлчамда бўлган (яъни, чурра дарвозаси 2-4 см гача) ҳолларда (назорат гуруҳида 9 та беморда) ушбу усул қўлланилди. Бунда операциянинг ЛХЭ босқичи бажарилгач лапароскоп эпигастрал портга ўтказилди ва унинг назорати остида киндик чурраси ва қорин оқ чизиғи чурраси дефекти махсус игна ёрдамида мушак ва апоневроз қаватма-қават тикилиб бартараф қилинди.

Иккинчи вариантда эса, чурра катта ўлчамда бўлса (яъни чурра дарвозаси 4 см дан катта), чурра дарвозаси махсус полипропилен тўр билан ёпилиб такомиллаштирилган вариантда бартараф қилинди (асосий гуруҳ беморларида).

Чурра дарвозасини ёпиш учун олдиндан тайёрланган полипропилен тўр ишлатилди. Тўр ўлчамлари чурра дарвозаси (тўғри чизикли ҳолатга келтирилгандан кейин) ўлчамидан 2 см катта бўлиши керак.

Юқорида келтирилган ЛПП усулларида қўлланилиши натижасида чурра дарвозасининг мустақкам, тортилмасдан ёпилишига, операциянинг визуал назорат остида тез, аниқ ва пухта бажарилишига замин яратилди.

СТХ дардига чалинган беморларнинг аксарияти аёллар бўлганлиги учун операциядан олдинги текширувларда уларнинг гинекологик статусларига алоҳида эътибор қаратиш керак бўлди. ЛХЭ билан тухумдонлар кистаси аниқланган барча беморларда (1 чи гуруҳда 15 та, иккинчи гуруҳда 20 та) цистэктомия операцияси лапароскопик усулда бажарилди. СЛЮ нинг ЛЦЭ босқичи 5 та вариантда амалга оширилди.

Биринчи вариант – кистани дреллинг қилиш. Киста ўлчами кичик бўлган ва ҳали туғиши керак бўлган аёлларда ёки ҳали туғмаган қизларда (1 гуруҳда 3 та беморда) қўлланилди.

Иккинчи вариант – эндохалқа ва GIA тикув аппарати ёрдамида бажарилди (биринчи гуруҳда 4 та ва иккинчи гуруҳда ҳам 4 та беморда).

Учинчи вариант – “ҳаракатчан” L-симон электрод ва GIA тикув ускунаси ёрдамида бажарилди (биринчи гуруҳда 3 та ва иккинчи гуруҳда 2 та беморда).

Тўртинчи вариант – экстракорпорал усул. Бу усулда биринчи гуруҳда 5 та ва иккинчи гуруҳда 2 та беморда ЛЦЭ бажарилди.

Бешинчи вариантни қўллашимизга сабаб тадқиқотимизнинг дастлабки даврларида тухумдон кистасини бартараф қилишда юқорида келтирилган 1-4 вариантдаги ЛЦЭ лардан фойдаланганлигимиз натижасида бу вариантларнинг ўзига хос камчиликлардан холи эмаслиги маълум бўлди. Яъни биринчи вариантда кистани бартараф қилишга оз вақт сарф қилинишига, кам шикастли ва аъзони сақлаб қолувчи операция усули эканлигига қарамасдан кистан қайта ҳосил бўлиш эҳтимоли юқорироқ эканлигини (рецидив), иккинчи ва айниқса, учинчи вариантдаги ЛЦЭларда операцияга кетадиган вақтнинг кўпроқ ва техник жиҳатдан мураккаброк эканлигини, тўртинчи вариантдаги ЛЦЭни эса III-IV даражали семизлиги бор бўлган беморларда ўтказиш қийинчиликлар туғдирганлигини эътиборга олиб, ЛЦЭ нинг бешинчи, такомиллаштирган вариантыни қўладик. Бу усулда ЛЦЭ асосий гуруҳда 12 та беморда ўтказилди. Бу усулда қорин олд деворини чуқурлаштирилиб деярли барча ҳолларда экстракорпорал цистэктомиyani ўтказишга шароит яратиш ва уни ўтказиш қулайроқ бўлиши учун троакарнинг икки четидан қорин деворининг барча қатламларидан ўтувчи П симон чоклардан фойдаланилди (экстракорпорал цистэктомия). Натижада СЛО нинг бу босқичи ишончли, аниқ, тез, осон ва пухта бажарилишига имкон яратилди. СЛО бу босқичи бажарилишининг асосий шарти киста ўлчамларидан қатъий назар, киста оёқчада бўлиши ва унинг ҳаракатчан бўлиши кераклигидир. Тадқиқотимиз давомида бу усулнинг бошқа усулларга қараганда самаралироқ ва ишончлироқ эканлигига амин бўлдик ва сўнгги пайтларда кўпроқ шу усулдан фойдаландик. Киста атроф тўқималар билан битишмалар ҳосил қилган ва ҳаракатчанлиги чекланган ҳолатларда, интралигаментар жойлашганда бу усулни қўллаш имкони чекланган бўлади.

ЛХЭ билан ЛИЖС операцияси назорат гуруҳида 22 (27,50%) та, асосий гуруҳида 15 та (17,04%) беморда ўтказилди. Шуниси эътиборга лойиқки, олдиндан режалаштирилган ЛИЖС операция босқичи амалда барча ҳолатларда (100%) бажарилди. ЛИЖСнинг 5 та усулини қўлладик. Бунда клипсалардан (1 чи ва 2 чи усуллар), эндохалқадан (3 чи усул) ва экстракорпорал (4 чи усул) усуллардан фойдаланилди.

Бешинчи усул юқорида келтирилган 4 та усулдан фарқли равишда бажарилиш техникаси жиҳатидан анча осон, тез бажариладиган ва ишончлироқдир. Бачадон найининг бачадонга энг яқин жойидан биполяр коагулятор ёрдамида коагуляция қилиниб, бир сегменти кесиб олинади.

Демак, хулоса қилиб айтадиган бўлсак, ХЭК билан ЛИЖС ни лапароскопик усулда биргаликда амалга ошириш энгил, қулай, аниқ бажариладиган операция бўлиб, аёлларни нафақат сурункали тошли холециститдан, балки ноқулай ва хатарли бўлган контрацептив усуллардан фойдаланишдан халос этади. Юқорида келтирилган ЛИЖС усулларидан 5 усули бошқаларига қараганда ишончли, тез, пухта бажарилиши билан ажралиб туради.

Симультан ЛХЭ ва миомэктомия операцияси жами 5 та (2,97%) беморда (назорат гуруҳида 2 та, асосий гуруҳида 3 та беморда) ўтказилди. Бизнинг СЛО тажрибаларимизда миоматоз тугунларнинг субсероз жойлашганлиги ва ўлчамлари 9 ҳафталик муддатдан катта бўлмаган ҳолатлари кузатилди ва улар лапароскопик консерватив миомэктомияга кўрсатма бўлди. ЛМЭни ўтказишда биполяр коагуляциядан фойдаланиб миоматоз тугунни атроф тўқималардан ажратиб олдик.

Эндовизуал технологиянинг амалиётга киритилиши натижасида қорин бўшлиғи аъзоларида анъанавий усуллар билан билан бажаришнинг деярли иложи бўлмайдиган бир вақтнинг ўзида учта, тўртта ва ҳатто бешта патологияни бартараф қилувчи операцияларни бажариш имкониятлари пайдо бўлди. Тадқиқотимиз давомида шундай операцияларни 29 та (17,26%) беморда (асосий гуруҳида) амалга оширдик.

Исталган жарроҳлик даво тадбирларини, айниқса, қорин бўшлиғи аъзоларидаги операцияларни ўтказишга монелик қиладиган асосий омиллардан бири беморда мавжуд бўлган (жарроҳлик патологияларидан ташқари) ва бутунги кунда кенг тарқалган йўлдош терапевтик касалликлар ҳисобланади. Бу касалликлар ичида сурункали камқонлик биринчи ўринда туради (бизнинг Қуйи Оролбўйи минтақасида). Шунинг учун бу тоифа беморларда ҳозирги кунда ҳам ҚБАБУКларида симультан операцияларни ўтказиш ўта хавфлилигича қолмоқда. Бу операцияларда кўп қон йўқотилиши табиийдир, чунки бу беморларда қон ивиши жараёни бузилган бўлади.

Шу сабабли бу беморларда СЛО ларнинг қуйидаги техникасини амалга оширдик: Троакарларни киритиш учун теридаги жароҳатнинг фақат эпидермис қавати скальпель билан кесилди. Кейинги дерма қавати эса нозик игнасимон электрод билан кесилди. 10 ва 5 мм ли троакарларни киритишда лезвияли конуссимон, пирамидиал конуссимон, тўмтоқ эссентрик (ZEROCART), конуссимон учлиларини эмас, балки учлари салгина тўмтоқлашган коник шаклдаги троакарлар ишлатилди. Чунки, бу турдаги троакарлар киритилган портдан қонаш деярли кузатилмайди. 2, 3, 4 ва ҳоказо троакарларни қорин бўшлиғига киритишда қорин деворининг (лапароскопик трансиллюминация усулидан фойдаланиб) қон томирсиз соҳаларидан киритишга ҳаракат қилдик.

Сурункали камқонлик бизнинг кузатувларимизда 168 та бемордан 152 тасида (90,47%) аниқланган бўлса, бу касалликнинг асосий гуруҳ беморларининг 84 тасида (95,45%) учраши кузатилди ва уларнинг 36 тасида (40,91%) енгил, 37 тасида (42,04%) ўрта ва 11 тасида эса, (12,5%) оғир даражадаги сурункали камқонлик кузатилди. Назорат гуруҳида бу кўрсаткич қуйидагича бўлди: умумий беморларнинг 68 тасида (85%) сурункали камқонлик кузатилган бўлса, шундан 46 таси (57,5%) енгил, 28 таси (35%) ўрта ва 6 таси (7,5%) оғир даражадаги камқонликдир.

Ушбу беморларда СЛО лар давомида қон йўқотилишини аниқлашимиз натижаларига кўра, ЛХЭ ларда УРСК-7Н-22 аппарати ёрдамида ультратовушли коагуляция қилиниши натижасида ўртача қон йўқотиш 30 - 60 мл. дан ошмади. Қолган беморларда эса, 50-90 мл. гача бўлди холос. Асосий гуруҳда 2 та ҳолатда ЛХЭдан кейин ўт қопи ўрнидан кўпроқ қон кетиши кузатилди (100 мл атрофида) ва у юқоридаги усулда тўхтатилди. Қон кетиши сабабли конверсияга ўтиш ҳоллари кузатилмади.

Юрак қон-томир тизими касалликлари асосий гуруҳ беморларининг 18 тасида (10,71%) кузатилди. Шундан 12 (7,14%) тасида ГК, 6 (3,57%) тасида ЮИК кузатилди (1 та бемор анмнезида миокард инфарктини, 2 та бемор эса мия инсультини ўтказган). Шундан 10 (5,95%) тасида ЛХЭ билан битишмаларни ажратиш, 2 (1,19%) тасида ЛГП, 4 (2,38%) тасида ЛЦЭ ва 2 (1,19%) та ҳолатда ЛМЭ каби СЛО лар ўтказилди. Анамнезида ИМ ўтказганлик ҳам СЛО ўтказишимизга қарши кўрсатма бўла олмади (асосий гуруҳда 1 та беморда).

Лапароскопия пайтидаги CO₂ газининг резорбцияси натижасида келиб чиқадиган ацидоз ҳолатининг бемор организмга таъсирини эътиборга олиб, бундай тоифадаги беморларда СЛО лар ўтказишнинг такомиллаштирилган усулини ишлаб чиқдик. Яъни, СЛО пайтида қорин ичидаги газ босимини 7-9 мм сим. уст. дан ва газнинг қорин бўшлиғига кириш тезлигини 0,15 л/с дан ошиб кетмаслигини таъминладик.

ГК билан хасталанган беморларда СЛО ўтказишда, кириш наркоз ва пневмоперитонеумнинг АҚБ ни пасайтириш эффекти эътиборга олинди. Операция пайтида АҚБ нинг кескин пасайиб кетишининг олдини олиш учун интраабдоминал газ босимини 10-12 мм сим уст дан кўпайиб кетмаслигини таъминладик. Шу билан бирга, таъкидлаш лозимки, интраабдоминал газ босими жуда кам бўлган тақдирда, АҚБ ошиб кетиши мумкинлиги исботланган.

Кузатувларимиздан шунга амин бўлдики, интраабдоминал газ босимининг 10-12 мм сим. уст. микдорида бўлиши бу беморлар

учун энг оптимал бўлиб, операция пайтида беморнинг тана ҳолатини ўзгартириш ҳам хавfli бўлмайди.

Тадқиқот давомида асосий гуруҳда 15 та (8,92%) беморда семизликнинг III-IV даражалари борлиги аниқланди. Бундай беморларда СЛО ларни ўтказишнинг ҳам ўзига хос қийинчиликлари бўлди. Булар тери ости клетчаткаси ва қорин олд деворининг қалинлиги, юрак қон-томир ва нафас тизимларидаги чуқур функционал ва морфологик ўзгаришларининг бўлишидир.

6 та (3,57%) беморда ЛХЭ билан битишмаларни ажратиш, 4 (2,38%) та ҳолатда ЛХЭ билан ЛЦЭ, 2 та (1,19%) ҳолатда ЛГП, 1 (0,59%) та ҳолатда ЛАЭ ва 2 (1,19%)та ҳолатда ЛИЖС операциялари ўтказилди.

Юқорида кўрсатилган усуллар билан СЛО ўтказилиши бу тоифадаги беморларда операция босқичларининг пухта, аниқ, осон бажарилишини ва беморлар учун етказиладиган шикастнинг минимал даражагача пасайишини, интраоперацион ва операциядан кейинги асоратларнинг камайишини таъминлади.

Шундай қилиб, таъкидлаб ўтиш лозимки, олдинлари симультан операция ўтказиш учун қарши кўрсатма бўлиб келган юрак қон-томир тизими касалликлари, ўрта ва оғир даражадаги сурункали камқонлик, семизликнинг III-IV даражалари каби ёндош соматик хасталиклари билан касалланган, қорин бўшлиғи аъзоларида олдин операция ўтказган ва симультан жаррохлик патологияси бевосита интраоперацион даврда топилган беморларда СЛО ларни ўтказишда биз ишлаб чиққан, такомиллаштирган оригинал усуллардан фойдаланиш операцияларнинг муваффақиятли ўтишига ва уларга бўлган кўрсатмалар доирасининг кенгайишига, асоратларнинг камайишига замин яратди.

Биринчи ва иккинчи гуруҳ беморларида ўтказилган СЛО ларга сарф бўлган вақтда унча катта фарқ кузатилмади.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг симультан патологияларида бажарилган барча (168) СЛО ларнинг натижаларини назорат ва асосий гуруҳларда кузатувларимиз асосида қиёсий ўрганиб чиқдик.

Операциядан кейинги даврда кузатилган барча асоратларни 3 та гуруҳга бўлиб ўргандик (Т.Б.Дубошина таснифи бўйича, 1980).

Операциядан кейинги даврда кўнгил айланиши ва қайт қилиш каби шикоятлар назорат гуруҳида 21 (26,25%) та беморда, асосий гуруҳда 26 (29,54%) беморда кузатилди.

Назорат гуруҳи беморларидан 11 (13,75%) та беморда ичаклар парези кузатилиб, операциядан кейинги иккинчи кунига қараб ўз-ўзидан ўтиб кетган бўлса, 5 та (6,25%) беморда ичаклар фаолиятини стимуляция қилингандан кейин йўқолди. Асосий гуруҳда эса 15 та (17,04%) беморда ушбу ҳолат операциядан кейинги иккинчи куни йўқолган бўлса, 7 (7,95%) та ҳолатда ичаклар фаолиятини стимуляция қилгандан кейин (прозерин т/о қилиниб, тозаловчи ҳуқнадан кейин) йўқолди. Ҳар иккала гуруҳнинг қолган барча беморларида ичаклар парези 1-2 кун ичида ўз-ўзидан ўтиб кетди.

Назорат гуруҳи беморлари орасида операциядан кейинги даврда 1 та (1,25%) беморда эпигастрал жароҳатнинг йиринглаши, 1 та (1,25%) ҳолатда шу жароҳатдан серома ажралиши, 2 та (2,50%) беморда тери ости эмфиземаси, 2 та (2,50) беморда “френикус синдром” кузатилди. Тери ости эмфиземаси ва “френикус синдром” операциядан кейин ўз-ўзидан бир ҳафтанинг ичида асоратсиз ўтиб кетди. Бу гуруҳ беморлари орасида ўлим ҳолати кузатилмади.

Асосий гуруҳ беморлари орасида эса ушбу кўрсаткичлар куйидагича бўлди: 1 та (1,13%) беморда эпигастрал жароҳатнинг йиринглаши, 2 та (2,27%) ҳолатда худди шу жароҳатдан серома ажралиши, 2 тадан ҳолатда (2,27%) тери ости эмфиземаси ва “френикус синдром” номи билан аталадиган асорат кузатилди. Бунинг сабабини пневмоперитонеумнинг диафрагмал нервга таъсиридан деб тушунтириш мумкин. Бу беморларни иккала қовурға равоғи остидаги оғриқлар безовта қилиб, улар узоғи билан бир ҳафтада йўқолди. 1 та (1,13%) беморда сурункали бронхитнинг кўзиши кузатилди. Бу гуруҳ беморлари орасида ҳам ўлим ҳолати кузатилмади.

Операциядан 36 соат кейин барча беморларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлди. Назорат гуруҳида 6 та, асосий гуруҳда иккита бемор операциядан 6 соат ўтгандан кейин ўзлари мустақил ҳаракатлана олдилар ва эртаси кун уларга уйларига рухсат берилди.

Операциядан кейинги даврда ҳар иккала гуруҳ беморларининг кўпчилигида (58 таси назорат, 56 таси асосий гуруҳда) 24 соат ичида тўлиқ фаоллашиш кузатилди.

Назорат гуруҳи беморларининг ўртача ўрин кунлари сони $5,85 \pm 0,22$ кунни ташкил қилиб, операциядан кейинги давр $3,88 \pm 0,14$ кундан иборат бўлди.

Асосий гуруҳ беморларининг касалхонадаги ўртача ўрин кунлари сони $6,03 \pm 0,22$ кунни ташкил қилиб, шундан операциядан кейинги давр эса, $4,21 \pm 0,16$ кундан иборат бўлди.

Биз СЛО ларни қўллаш натижасида ҳар иккала гуруҳ беморларида (168 та) вақтинча ишга яроқсизлик муддатларининг қисқариши эвазига 11 823 840 сўмни иқтисод қилишга эришдик. Ҳар бир беморда эса ўртача 70 380 сўм иқтисод қилган бўлсак, даволаш сарф-харажатларининг камайиши ҳисобига эса давлат фойдасига барча 168 та бемордан 2 528 284,08 сўм иқтисод қилишга эришдик. Ҳар битта беморда эса 15 049,31 сўм иқтисод қилинди.

Вақтинча ишга яроқсизлик муддатларининг қисқариши ва даволаш сарф-харажатларининг камайиши ҳисобига давлат фойдасига 168 та бемордан умумий миқдорда 14 352 124,08 сўм миқдоридаги пулни иқтисод қилишга эришдик. Ўтказилган СЛО лар натижасида ҳар битта беморда 8529,31 сўм иқтисод қилинди.

Тадиқотимиз давомида кузатувларимизда бўлган операция хавфи юқори бўлган (ёndoш терапевтик касалликлари бўлган) беморларда ўтказилган СЛО лар натижаларини, операция хавфи юқори бўлмаган (ёndoш терапевтик касалликлари бўлмаган) беморларни СЛО ёрдамида даволаш натижалари билан қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, қорин бўшлиғи аъзоларининг биргаликда учрайдиган патологияларида, айниқса, операция хавфи

юқори бўлган беморларда лапароскопик технологияларни қўллаган ҳолда биз таклиф қилган СЛО ларнинг такомиллаштирилган вариантларидан фойдаланиш натижасида операциядан кейинги асоратларнинг камайишига ва бу натижаларнинг операция хавфи юқори бўлмаган беморларда ўтказилган СЛО натижаларига максимал даражада яқин бўлишига эришилди.

СЛО ларнинг биз таклиф қилган такомиллаштирилган вариантларини қўллаш, бу операцияларнинг нафақат анъанавий операцияларига нисбатан, балки бошқа турдаги СЛО лардан ҳам техник томондан қулай, аниқ, пухта бажарилиши, операциядан кейинги асоратларнинг максимал даражада камайиши, беморларнинг операцияни руҳий жиҳатдан енгил ўтказа олишлари, иқтисодий, тиббий-ижтимоий устунликлари билан ҳам намоён бўлди.

Шундай қилиб, қорин бўшлиғи аъзолари симультан патологияларида бажарилган такомиллаштирилган СЛО лар натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, бу операцияларнинг қўлланилиши натижасида ажойиб косметик самарадорликка, операциядан кейинги асоратларнинг (йирингли асоратлар, қўпол чандиқлар, лигатурали оқмалар, операциядан кейинги чурралар) камайишига, ўлим ҳолатларининг бўлмаслигига, беморларнинг вақтинчалик ишга яроқсизлик муддатларининг қисқариши ва даволаш учун кетадиган сарф-харажатларнинг камайиши ҳисобига бўладиган юқори иқтисодий самарадорликка эришишга олиб келди.

Булардан ташқари, энг асосийси, операция хавфи юқори бўлган, яъни ёндош терапевтик касалликлари (ўрта ва оғир даражадаги сурункали камқонлик, ГК, ЮИК, III-IV даражали семизлик) билан хасталанган ва қорин бўшлиғи аъзоларида олдин операция ўтказган беморларда ҳам биз таклиф қилган СЛО ларнинг такомиллаштирилган вариантларининг қўлланилиши натижасида даволаш натижаларининг яхшиланишига эришилди.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. В.И.Аверин, А.М.Махлин, В.И.Свирский “Ятрогенная травма при лапароскопическом адгезиолизисе”//Эндоскоп. хир. - 1999. - №3. - С.45.
2. А.А.Адамян, Б.Ш.Гогия “Сочетанные операции при хирургических заболеваниях органов брюшной полости у больных вентральными грыжами”//Вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. – Ташкент, 1994. - С. 77-78.
3. Э.Г.Абдуллаев, В.В.Феденко, А.И.Александров и др “Адгезиолизис под видеоконтролем в экстренной и плановой хирургии спаечной болезни органов брюшной полости”// Эндоскоп. хир. - 2001. - №3. - С.13-15.
4. Х.А.Акилов, Е.М.Сайдазимов, А.В.Ахмедов “Лапароскопические вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста”//Хирургия Узбекистана. - 2004. - №1. - С.3-6.
5. У.А.Арипов, С.Н.Наврузов, И.П.Прохорова “Сочетанные одновременные операции в абдоминальной хирургии”//Сочетанные одновременные операции: Тез. докл. Респ. конф. хирургов. – Бухара, 1992. - С. 5-10.
6. В.Ф.Архипов “Возможность выполнения лапароскопических симультанных операций в сочетании с минилапаротомией”// Сочетанные одновременные операции: Тез. докл. Респ. конф. хирургов. – Бухара, 1992. - С. 60-61.
7. А.Е.Аталиев, Р.М.Мадаминов, А.Р.Мавлянов “Лапароскопия в диагностике и лечении острого холецистита”//Холецистит и его осложнения: Тез. докл. Респ. науч. практ. конф. с междунар. участием. Бухара, 1997. - С.12.
8. А.Е.Аталиев, Р.М.Мадаминов, Ш.К.Эргашев “Симультанные операции в хирургической практике”//Сочетанные одномоментные операции: Тез. докл. Респ. конф. хирургов. Бухара, 1992. - С. 15-16.
9. Дж.Ахтамов, С.А.Азимов “Симультанные лапароскопические операции”//3-й Московский Международный Конгресс по эндоскопической хирургии: Тез. докл. М., 1999. - С. 21-22.

10. В.С.Баков “Симультанные лапароскопические операции при сочетанных патологиях органов брюшной полости и малого таза” Дис. ...канд. мед. наук. - М., 2000. – С. 5-24.
11. А.С.Балалыкин “Прошлое и настоящее абдоминальной эндоскопической хирургии” // Эндоскопическая хирургия. Материалы 1-й Междунар. региональной науч.- практ. конф. врачей Дальнего Востока и Сибири. - Южно-Сахалинск, 1993. - С. 5-11.
12. А.С.Балалыкин, Б.В.Крапивин, А.А.Давыдов “Одномоментная лапароскопическая ваготомия и холецистэктомия”//Хирургия. - 1997. - № 4. - С.68.
13. А.Н.Баландин, В.Б.Козлов “Опыт применения лапароскопии в городской больнице”//Эндоскоп. хир.- 1996. - №3. - С.7-8.
14. Б.И.Баспаев, Ж.Н.Нурексев, К.Ж.Жанабеков “Анестезиологическое обеспечение в лапароскопической хирургии” // Анестезиол. и интенсивная терапия. - 1996. - №1 (2). - С. 71.
15. Н.И.Батвинков, П.В.Гарелик, Н.Д.Масляков. “Диагностическая и лечебная лапароскопия в хирургической клинике”//Хирургия. - 1990. - №7. - С. 42-26.
16. Н.В.Баулина, Е.А.Баулина. “Симультанные операции в хирургии и гинекологии”//Вестн. хир. - №2. - 2004. - С.87-91.
17. Я.С.Березницкий, В.М.Рубан, В.П.Спивак. “Симультанные операции в плановой хирургии органов брюшной полости”//Клин. хир. - 1993. - №5. - С. 19-22.
18. С.С.Беребицкий, В.А.Николашин. “Диагностическая ценность теле-лапароскопии внутрибрюшных осложнений после традиционных операций”//Эндоскоп. хир. - 2001. - №1. - С.28-30.
19. А.А.Бондарев “Критерии оценки операционных подходов в эндохирургии”//Эндоскоп. хир. - 2002. - №2. - С.18.
20. А.А.Бондарев, А.Д.Мясников, И.А.Работский “Критерии оценки оперативных доступов в эндохирургии”//Эндоскоп. хир. - 2003. - №4. - С. 47-53.
21. А.Е.Борисов, С.К.Малкова, В.В.Тоидзе “Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки”//Вестн. хир. - 2002. - №6. - С.76-78.

22. Б.С.Брискин “Некоторые размышления о путях развития эндоскопической хирургии”//Эндоскоп. хир. - 1996. - №3. - С.3-6.
23. В.Н.Бударин “Лапароскопическая холецистэктомия у больной, перенесшей 11 операций на брюшной стенке и органах брюшной полости”//Эндоскоп. хир.- 2003. - №5. - С.60-61.
24. В.М.Буянов, В.З.Маховский “Сочетанные хирургические операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве”//Хирургия. - 1990. - №7. - С.81-86.
25. Р.Х.Васильев “Комбинированная лапароскопия.” Ташкент: Медицина, -1976. - С. 24-27.
26. Г.Т.Каиров, А.Э.Куценко, В.В.Игнатов и др. “Влияние карбоксиперитонеума и положения на операционном столе на гемостатический потенциал крови при лапароскопической холецистэктомии.”//Эндоскоп. хир. - 2000. - №6. - С.16-19.
27. Ш.И.Каримов, В.Л.Ким, М.Ш.Хакимов и др. Возможности малоинвазивных методов лечения острого холецистита у больных с высоким операционным риском”//Хирургия Узбекистана. – 2004. - №1. - С.46-50.
28. А.А.Воробьев, А.Г.Бебуришвили “Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек.” - Волгоград: Издатель, 2001. - С. 240.
29. О.В.Галимов, Т.Н.Хафизов, Е.И.Сендерович и др. “Выбор протезирующей пластики при вентральных грыжах”//Хирургия. - 2005. - №3. - С.56-58.
30. С.П.Гайбатов, Р.С.Гайбатов “Сочетанные операции при заболеваниях желудка, печени, желчного пузыря”//Современные проблемы гастроэнтерологии. – Курган, 1994. - С. 109-112.
31. Ю.И.Галлингер “Одномоментная холецистэктомия и аппендэктомия”//Клин. хир. - 1992. - №2. - С.51-53.
32. Ю.И.Галлингер, Тимошин А.Д. “Лапароскопическая холецистэктомия”: Практическое руководство. – М., - 1992. - С.66.
33. Ю.И.Галлингер, В.И.Карпенкова, М.А.Амелина “Десятилетний опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с ожирением III-IV степени”//Эндоскоп. хир. - 2004. - №3. - С.10-15.

34. Ю.И.Галлингер, А.Д.Тимошин, А.А.Мовчун “Лапароскопическая холецистэктомия”//Хирургия. - 1991. - №6. - С.130-131.
35. В.И.Гарабрин, Г.П.Петров, О.М.Искандьярова “Сочетанные операции в абдоминальной хирургии”//Современные проблемы гастроэнтерологии. – Курган, 1994. - С. 171-174.
36. Г.Г.Гидирим, И.Г.Исак “Лапароскопическая диагностика хронического калькулёзного и бескаменного холецистита”//Клин. хир. - 1987. - № 11. - С.67.
37. А.Р.Гуревич, В.К.Протасевич “Клинический анализ результатов лапароскопической холецистэктомии в сравнении с открытой холецистэктомией”//Анналы хир. гепатол. - 1998. - Т.3., - №3. - С.54-55.
38. А.Н.Дасаев, В.Н.Симанчев, Л.Н.Пушкин “Сочетанные хирургические операции”//Сов. мед. - 1987. - №6. - С.102-104.
39. П.Деенечин “Одномоментное проведение нескольких операций”//Хирургия. - 1975. - №7. - С. 44-48.
40. В.Б.Дмитриев, А.В.Муха, С.Н.Шурыгин “Случай лапароскопической холецистэктомии после протезирования передней брюшной стенки полипропиленовой сеткой”//Эндоскоп. хир. - 2003. - №5. - С.57.
41. А.Е.Дмитриев, А.С.Татевосян, Ю.П.Феофанов “Операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости”//Вестн. хир. - 1976. - №8. - С.33-38.
42. Т.Б.Дубошина “Гериатрические проблемы в хирургии острого холецистита”: Автореф. дис...канд. мед. наук. – Саратов, 1980. – 16с.
43. В.Н.Егиев, М.Н.Рудакова “Лапароскопическая холецистэктомия после множественных лапаротомий”//Эндоскоп. хир. - 2000. - №1. - С.38-39.
44. К.С.Житникова “Сочетанные операции при калькулезном холецистите”//Хирургия. - 1986. - №7. - С.28-31.
45. В.С.Земсков, О.Е.Бобров, Л.А.Любенко “Особенности выбора способа хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с сочетанными заболеваниями органов

гепатопанкреатодуоденальной зоны”//Вестн. хир. - 1990. - №10. - С.12-16.

46. А.Г.Земляной “Симультанные заболевания и операции на органах брюшной полости.” – Л., - 1984. - С.21.

47. А.Г.Земляной, С.К.Малкова “Симультанные операции на органах брюшной полости”//Хирургия. - 1986. - №3. - С. 22-26.

48. Т.В.Иванова, А.В.Оноприев, Б.Х.Оразалиев “Неудачи, ошибки и осложнения ЛХЭ” //Хирургия. - 1995. - №5. - С.20-22.

49. В.М.Буянов, А.Ю.Лакин, И.В.Егоров и др. “Изменения механики дыхания и кровообращения у больных во время лапароскопии”// Лечение неотложных хирургических заболеваний органов ЖКТ. – Свердловск, 1982. - С.115.

50. Э.Г.Абдуллаев, М.Ю.Суханов, В.В.Феденко и др. “Использование полипропиленового сетчатого эндопротеза при лечении больных с грыжами передней брюшной стенки”// Эндоскоп. хир. - 2003. - №5. - С.60-61.

51. К.В.Пучков, В.Б.Филимонов, В.В.Осипов и др. “Использование полипропиленового имплантата в аллопластике паховых грыж.”//Эндоскоп. хир. - 2003. - №6. - С.15-19.

52. Г.Т.Каиров, А.Э.Куценко, В.В.Игнатов. “Влияние карбоксиперитонеума и положения на операционном столе на гемостатический потенциал крови при лапароскопической холецистэктомии.” //Эндоскоп. хир. – 2000. - № 6. – С.16-19.

53. Ш.И.Каримов, Н.Ф. Кротов. “Осложнения лапароскопической холецистэктомии при хроническом калькулезном холецистите” // Эндоскоп. хир. - 2000. - №4. - С.39-41.

54. Ш.И.Каримов, Ф.Н.Назиров, А.М.Хаджибаев “К вопросам тактики симультанных операций при заболеваниях органов брюшной полости у лиц пожилого и старческого возраста”//Эндоскоп. хир. - 2003. - №6. - С. 25-26.

55. Б.В.Крапивин, А.А.Давыдов, Р.С.Дадаев и др. “К вопросу о понятии «осложнение эндохирургической операции”. // Эндоскоп. хир. - 2001. - №6. - С.3-9.

56. А.Н.Разумов, С.Н.Стефашин, А.С.Хряков и др. “К вопросу об осложнениях в абдоминальной хирургии.”//Эндоскоп. хир. - 2003. - №3. - С.20-21.
57. В.Л.Ким “Малоинвазивные методы в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений: “Дис. ...д-ра мед. наук. – Ташкент, 2002. – 5-13с.
58. В.Т.Зайцев, А.М.Тищенко, А.В.Малоштан и др. “Классификация осложнений лапароскопической холецистэктомии”. // Анналы хир. гепатол. – 1998. - Т.3. - №3. - С.63-64.
59. Н.Ф.Кротов, Х.Т.Нишанов, Ф.Фузайлов “Ошибки и опасности при лапароскопической холецистэктомии”//Холецистит и его осложнения: Материалы Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Бухара, 1997. - С.67-68.
60. В.А.Кубышкин, В.П.Стрекаловский, А.В.Вуколов “Лапароскопическая холецистэктомия: Старые проблемы в новом свете”//Хирургия. - 1997. - №1. - С.65-68.
61. О.П.Кургузов, Н.А.Кузнецов “Сочетанные операции (обзор литературы)”//Хирургия. - 1989. - №9. - С.141-145.
62. “Лапароскопическая холецистэктомия и аппендэктомия. Руководство по лапароскопии для общего хирурга. - М., 1999. – С.19.
63. “Лапароскопическая аппендэктомия”/ В.Н.Ситников, В.А.Галин, М.В.Турбин и др.”//Эндоскоп. хир. - 2002. - №5. - С.23-26.
64. Ю.И.Галлингер, А.А.Мовчун, В.И.Карпенкова и др. “Лапароскопическая холецистэктомия–осложнения и их профилактика”//Анналы НЦХ: Ежегодное научное издание. – 1997. – Вып. 6. - С.14-18.
65. Р.Р.Шавалеев, В.В.Плечев, П.Г.Корнилаев и др. “Лапароскопическое лечение спаечной болезни”//Хирургия. - 2005. - №4. - С.31-32.
66. Н.И.Бояринцев, Е.В.Николаев, Н.В.Ташкинов и др. “Лапароскопия и геронтологические аспекты повторных

- оперативных вмешательств”//Эндоскоп. хир. - 2003. - №6. - С.42-44.
67. К.В.Лапкин “Причины и профилактика травмы желчевыводящих протоков и кровотечений при лапароскопической холецистэктомии”//Эндоскоп. хир. - 1998. - №3. - С.44-45.
68. И.В.Люлько, Э.Ф.Самарец “Редкое осложнение после лапароскопии”//Клин. хир. - 1987. - №1. - С.63.
69. В.Ю.Максимов “Симультанные операции” (клинико-экспериментальное обоснование): Автореф. дис...канд. мед. наук. - Саратов, 1984. - 18 с.
70. С.Н.Малаханов “Возможности лапароскопической холицистэктомии при хроническом и остром холецистите”: Автореф. дис...канд. мед. наук. - М., 1994. - С.3-4.
71. Н.Н.Малиновский, Б.Д.Савчук, В.А.Агейчев “Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике”//Хирургия. - 1983. - №12. - С.63-68.
72. Ш.И.Каримов, В.Л.Ким, М.Ш.Хакимов и др. “Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита у больных с повышенным операционным риском.”//Эндоскоп. хир. -2003. - №6. - С.35-37.
73. Б.У.Сабилов, У.А.Шербеков, З.Б.Курбанниязов и др. “Малоинвазивные симультанные операции в абдоминальной хирургии”//Хирургия Узбекистана. - 2000. - №3. - С.62-64.
74. А.Г.Бебуришвили, И.В.Михин, А.А.Воробьев и др. “Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении болевой формы спаечной болезни”//Вестн. хир. - 2004. - Т.163, №2. - С.38-40.
75. В.З.Маховский “Выбор доступа при сочетанных операциях на брюшинном пространстве и брюшной полости”//Хирургия. - 1989. - №2. - С.91-97.
76. В.З.Маховский “Сочетанные операции как метод интенсификации работы хирургической клиники”//Хирургия. - 1992. - №4. - С. 47-52.
77. В.З.Маховский, П.Ф.Долганин “Одномоментное хирургическое лечение гигантской многокамерной рецидивной невраправимой

вентральной грыжи и хронического калькулезного холецистита, сочетающихся с фибромиомой матки”//Хирургия. - 1995. - №2. - С. 64.

78. О.Б.Милонов, А.Ф.Черноусов, В.А.Смирнов “Сочетанные операции в абдоминальной хирургии”//Хирургия. - 1982. - №12. - С.89-94.

79. Р.Б.Мумладзе “Эндоскопическая холецистэктомия: ошибки, осложнения, исходы”//Анналы хир. - 1998. - №2. – С.69-73.

80. Е.Мюге “Лапароскопическая холецистэктомия. Отдалённые результаты”//Клин. хир. – 1991. - №11. - С.10-13.

81. Ю.Э Мяннистэ., Г.З.Брук, А.И.Носсинг “Сочетанные операции при заболеваниях желчных путей и поджелудочной железы”//Хирургия. - 1986. - №2. - С.74-77.

82. Ф.Г.Назыров, Ю.И.Калиш, Л.П.Струсский “Состояние и перспективы развития эндоскопической службы в Республике Узбекистан”//Хирургия Узбекистана. - 1999. - №3. - С.10-12.

83. Ф.И.Нишанов “Лапароскопическая холецистэктомия - конверсия. Проблема выбора доступа”//Хирургия Узбекистана. - 2004. - №2. - С.49-50.

84. Д.А.Запорожцев, О.Э.Луцевич, С.А.Гордеев и др. “Новые возможности оперативной лапароскопии в лечении заболеваний органов малого таза в сочетании с желчнокаменной болезнью”//Эндоскоп. хир - 2001 - №6- С.10-14.

85. А.У.Номанбеков “Компьютерное моделирование и обоснование эндовизуальных доступов в эндохирургии холецистолитиаза” // Хирургия Узбекистана. 2003. - №2. - С.31-34.

86. Ю.К.Джаббарова, Х.А.Акилов, К.А.Жуманиязов и др. “Обоснование проведения добровольной хирургической стерилизации в качестве симультанной операции в абдоминальной хирургии у женщин фертильного возраста.”//Хирургия Узбекистана. - 2000. - №2. - С.35-37.

87. К.В.Пучков, В.С.Баков, В.В.Осипов и др. “Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных

- заболеваниях органов брюшной полости малого таза”//Эндоскоп. хир. - 2004. - №6. - С.3-11.
88. Т.В.Иванова, С.Н.Малаханов, Б.В.Крапивин и др. “Осложнение лапароскопической холецистэктомии”. //Хирургия. - 1997. - №6. - С.7.
89. Б.К.Шуркалин, А.Г.Кригер, В.А.Горский и др. “Осложнения лапароскопической холецистэктомии”//Вестн. хир. - 2001. – Т.160, №4. - С.78-83.
90. Н.В.Островский, В.А.Василенко. “Новые подходы к топографо-анатомическому обоснованию лапароскопических вмешательств” // Эндоскоп. хир. - 1997. - №1. - С.84.
91. Ш.Х.Ганцев, Ю.И.Седлецкий, Э.Н.Праздников и др. “Отдаленные результаты сочетанных операций и их экономическая эффективность”//Вестн. хир. - 1991. - №4. - С.135-137.
92. Ю.А.Галингер, А.Д.Тимошин, А.А.Мовчун и др. “Первый опыт лапароскопической холецистэктомии.”//Хирургия. - 1992. -№9. - С.119.
93. С.А.Афендулов, Н.А.Краснолуцкий, Г.Ю.Журавлев и др. “Повторные лапароскопические операции в лечении осложнений после традиционных и лапароскопических вмешательств”. // Эндоскоп. хир. - 2001. - №1. - С.8-10.
94. З.Д.Каримов, К.А.Амиров, Ю.У.Пулатова и др. “Поиск альтернативных путей в малоинвазивной оперативной гинекологии”//Хирургия Узбекистана. - 2003. - №4. - С.33-37.
95. С.С.Пчельников, Ш.А.Тенчурин, А.П.Пашков “Сочетанные операции” // Хирургия. - 1990. - №11. - С.137-139.
96. Э.П.Поладка “Профилактика инфицирования брюшной полости при лапароскопии”!//Клин. хир. - 1982. - №1. - С.62.
97. Л.В.Полуэктов, Н.Н.Цыганов, В.П.Сенько “Сочетанные операции в хирургии брюшной полости” // Вестн. хир. - 1981. – Т.127, №7. - С.18-21.
98. Л.В.Поташев, В.М.Седов “Сочетанные оперативные вмешательства”//Хирургия. - 1979. - №8. - С.61-65.

99. Л.В.Поташев, В.М.Седов, Т.Д.Фигурина “Сочетанные оперативные вмешательства и их роль в современной хирургии”//Вестн. хир. - 1987. – Т.138, №3. - С.131-134.
100. Э.Н.Праздников, О.Н.Чупрынин, Л.Д.Шкруднев “Опыт лапароскопических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости”//Эндоскоп. хир. - 2000. - № 2. - С.53-54.
101. А.П.Пришвин, Н.А.Майстренко, С.Б.Сингаевский “Оптимизация методики лапароскопической герниопластики” //Вестн. хир. -2003. – Т.162, №6. - С.71-75.
102. В.М.Седов, В.В.Юрлов, С.С.Ельцин и др. “Профилактика осложнений лапароскопической холецистэктомии” //Вестн. хир. - 1996. Т.115, №2. - С.72.
103. И.Д.Прудков “Оценки лапароскопической хирургии.” – Изд-во Уральского университета, - 1989. – С.14-16.
104. М.И.Прудков “Минилапаротомия и "открытые" лапароскопические операции в лечении больных желчнокаменной болезнью”//Хирургия. – 1997. - №1. - С.32-35.
105. В.М.Седов, В.В.Юрлов, С.С.Ельцин и др. “Пути профилактики осложнений лапароскопической холецистэктомии”//Эндоскоп. хир. - 2002. - №6. - С.45-47.
106. К.В.Пучков “Использование полипропиленового имплантата в аллопластике паховых грыж”//Эндоскоп. хир. - 2003. - №6. - С.15-19.
107. Б.У.Сабилов, Б.М.Салохиддинов, Р.Гасанов “Симультанные операции в абдоминальной хирургии”//Сочетанные одномоментные операции: Тез. докл. Респ. конф. хирургов. – Бухара, 1992. - С.33-34.
108. В.Г.Сахаутдинов, О.В.Галимов “Особенности выполнения сочетанных лапароскопических вмешательств”//Эндоскоп. хир. - 1998. - №3. - С.22-24.
109. В.Г.Сахаутдинов, Ш.Х.Ганцев “Лечение сочетанных заболеваний органов брюшной полости”//Хирургия. - 1989. - №4. - С. 80-84.

110. В.М.Седов, В.В.Стрижелецкий, А.Б.Гуслев “Осложнения эндовидео-хирургической герниопластики при паховых и бедренных грыжах”//Вестн. хир. - 2003. - Т.162, №1. - С.80-81.
111. О.С.Олифирова, В.А.Омельченко, Г.В.Гончарук и др. “Симультанные операции в хирургической практике.”//Вестник хирургии. 2002. - Т.161, №5. - С.84-86.
112. О.С.Олифирова, В.А.Омельченко, Г.В.Гончарук и др. “Симультанные операции при сочетанной хирургической патологии” // Клин. хир. - 1983.- №1. - С.28-29.
113. С.А.Совцов, А.Н.Пряхин “Способы обработки ложа желчного пузыря после лапароскопической холецистэктомии”//Эндоскоп. хир. - 2003. - №5. - С.48-54.
114. Б.А.Сотниченко и др. “Холецистэктомия в сочетании с другими операциями на органах брюшной полости”//Хирургия. - 1993. - №1. - С. 32-36.
115. А.В.Поташев, В.В.Васильев, Д.Ю.Семенов и др. “Сочетанные оперативные вмешательства в эндохирургии”. //Эндоскоп. хир. - 2003. - №5. - С.8-12.
116. О.Г.Галимов, М.А.Нуртдинов, Е.И.Сендерович и др. “Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни”//Вестн. хир. - 2002. - Т.161, №1. - С.82-86.
117. А.Г.Бебуришвили, А.А.Воробьев, И.В.Михин и др. ”Спаечная болезнь брюшной полости”//Эндоскоп. хир. - 2003. - №1. - С.51-63.
118. В.П.Спивак, В.М.Рубан “Сочетанные операции на органах брюшной полости”//Клин. хир. - 1984. - №8. - С.70-72.
119. А.М.Хаджибаев, Ф.Б.Алиджанов, А.Б.Вахидов и др “Сравнительная оценка результатов видео-лапароскопической, минилапаротомной и традиционной холецистэктомии”. // Хирургия Узбекистана. - 2004. - №2. - С.51-53.
120. С.С.Стебунов, С.Н.Занько “Симультанные операции при лапароскопической холецистэктомии”//Эндоскоп. хир. - 1998. - №3. - С.18-21.

121. В.П.Стрекаловский, В.А.Кубышкин “Ближайшие и отдалённые результаты лапароскопической холецистэктомии” // “Холецистит и его осложнения”: Материалы Респ. научн. -практ. конф. с междунар. участием. –Бухара, 1997. - С.71-72.
122. В.П.Стрекаловский, Ю.Г.Старков, Н.А.Гришин “Выбор оперативного доступа при лапароскопической холецистэктомии” // Хирургия. - 1997. - №3. - С.49-52.
123. В.П.Стрекаловский, Ю.Г.Старков, Н.А.Гришин “Результаты лапароскопической холецистэктомии”//Хирургия. - 1997. - №5. - С.32-34.
124. В.П.Стрекаловский, Ю.Г.Старков “Роль интраоперационной диагностики при лапароскопическом лечении желчнокаменной болезни”//Эндоскоп. хир. - 2001. - №1. - С.16-20.
125. В.В.Струсов, В.Н.Гайдуков, М.Г.Магомедов “Релaparоскопия: концепция и алгоритм лечения послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии”//Эндоскоп. хир. - 2002. - №5. - С.34-36.
126. В.В.Стрижелецкий, Г.М.Рутенбург, А.П.Михайлов “Осложнения в абдоминальной эндовидеохирургии”//Эндоскоп. хир. - 2000. - №5. - С.3-11.
127. В.В.Стрижелецкий, А.В.Федоров, В.П.Акимов “Особенности видеохирургических вмешательств у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости” // Эндоскоп. хир. - 1998. - №4. - С.23-25.
128. Л.Д.Тараненко, В.И.Бондарев, Мизанур Рахман Гази. “Симультанные операции в неотложной хирургии” // Клин. хир. - 1986. - №4. - С. 39-42.
129. Б.И.Дмитриев, В.М.Демидов, А.М.Торбинский и др. “Технологические аспекты лапароскопической холецистэктомии при желчнокаменной болезни”//Анналы хир. гепатол. - 1998. - Т.3, №3. - С.57-58.
130. В.Г.Сахаутдинов, О.В.Галимов, Э.Н.Праздников и др. “Технические особенности выполнения лапароскопических

- вмешательств при остром холецистите”//Эндоскоп. хир. - 1998. - №3. - С.44-45.
131. К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, А.А.Земляникин “Симультанные операции - название и определение”//Вестн. хир. - 1991. - №5. - С.3-9.
132. Е.И.Брехов, В.П.Башилов, М.Ю.Бобовский и др “Трудности ошибки и осложнения ЛСХЭ”//Хирургия. - 1995. - №6. - С.11-13.
133. Ю.Н.Ульянов “Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с высоким операционным риском” // Вестн. хир. - 2002. - Т.161, №6. - С.21-25.
134. Л.В.Успенский, О.П.Кургузов, Н.М.Кузин “Сочетанные операции при желчнокаменной болезни”//Хирургия. - 1989. - №10. - С. 60-65.
135. О.Г.Устинов, Ю.М.Захматов, В.Г.Владимиров “Критерии оценки эндоскопических доступов”//Эндоскоп. хир. - 2003. - №1. - С.39-42.
136. В.Д.Федоров “Одномоментные сочетанные операции - прогрессивное направление хирургии” // Сочетанные одномоментные операции. Тез. докл. Респ. конф. хирургов. - Бухара, 1992. - С.10-11.
137. В.Д.Федоров “Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции”//Хирургия. - 1993. - №3. - С. 3-7.
138. А.В.Федоров, А.В.Сажин “Лапаро- и реллапароскопия в диагностике и лечении послеоперационных осложнений” // Эндоскоп. хир. - 2003. - №3. - С.73-75.
139. И.Е.Хатьков, Ю.П.Зуенков, С.В.Сусин “Редкая причина перитонита после лапароскопической холецистэктомии” // Эндоскоп. хир. - 1996. - №3. - С.30-31.
140. И.Е.Хатьков, А.А.Николенко, В.С.Даценко “Опыт проведения симультанных операций в лапароскопической хирургии” // Эндоскоп. хир - 1997. - №4. - С.26-27.
141. И.Е.Хатьков, Н.Л.Матвеев, Е.Ю.Гурченкова “Технические особенности выполнения одномоментных операций при

- алиментарно-конституциональном ожирении”//Эндоскоп. хир. - 2004. - №3. - С.53-58.
142. Л.И.Хнох, И.Х.Фельтшинер “Симультанные операции в брюшной полости”//Хирургия. - 1976. - №4. - С.75-79.
143. В.В.Ходаков, Ф.Н.Копылов, М.А.Ранцев “Плановые симультанные операции в абдоминальной хирургии”//Актуальные вопросы гастроэнтерологии. – Томск, 1993. - С.101-103.
144. Э.Г.Абдуллаев, В.В.Феденко, В.В.Бабышин и др. “Холецистэктомия из минидоступа у больных с сопутствующими заболеваниями” // Эндоскоп. хир. - 2000. - №5. - С.24-26.
145. С.Н.Хунафин “Сочетанные операции при спаячной болезни”//Хирургия. - 1988. - №5. - С.67-69.
146. С.А.Шалимов, В.С.Земоков, В.Ф.Саенко “Симультанные операции при сочетании желчнокаменной болезни с другими заболеваниями органов брюшной полости”//Клин. хир. - 1982. - №9. - С.34-37.
147. У.А.Шербек “Обоснование малоинвазивных симультанных операций в абдоминальной хирургии”: Дис. ...канд. мед. наук. – Ташкент, 2001. – С. 4-19.
148. С.Н.Шнитко, А.Л.Стринкевич “О некоторых параметрах оптимального доступа при эндоскопических операциях”//Эндоскоп. хир. - 1999. - №2. - С.75-76.
149. Л.В.Шенгера “Сочетанные операции в плановой абдоминальной хирургии”//Клин. хир. - 1987. - №9. - С.48-50.
150. Б.Н.Шомирзаев, А.В.Вохидов “Анъанавий ва лапароскопик холецистэктомияни клиник натижаларининг таҳлили” // “Ўзбекистон тиббиёти” журналы. - 1997. - №3. - С.71-72.
151. С.Н.Шурыгин, В.Б.Дмитриев “Лечение спаячной болезни брюшной полости эндовидеохирургическим методом”//Эндоскоп. хир. - 2000. - №6. - С.40-41.
152. Р.Н.Комаров, Н.В.Комаров, А.С.Маслагин и др. “Экономическая эффективность внедрения лапароскопической холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью” //Эндоскоп. хир - 2003. - №4. - С.39-43.

153. Adhesion formation after laparoscopic excision of endometriosis and lysis of adhesion/ J.D. Parker, N. Sinaii, J.H. Segars et al.//Fertil Steril. – 2005. – Vol.5, №1. – P.61.
154. Agresta F, Bedin N. Laparoscopy. State of the art in Italy: the surgeon's point of view//Chir Ital. – 2005. - Vol.57 (6), №3. - P. 52-54.
155. Analysis of 216 cases of total laparoscopic hysterectomy/S.Z. Yao, S.Q. Chen, H.Z. Xie et al.//Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. – 2005. Vol.40 (9), №2.-P.14-19.
156. Andrew M.N., Roty A.R. Incidental Appendectomy with cholecystectomy: Is the Increased Risk justified? //Amer. Surg.-1987. Vol.-53, №10. P.553-557.
157. Ancona E., Zanino., Rossi M., Constantini M. The safety and feasibility of laparoscopic cholecystectomy//Hol. J. Gastroenterol. - 1992.-26 (6). – P.320-323.
158. A laparoscopic approach for incarcerated Spigelian hernia/K.K. Yau, W.T. Siu, C.H. Chau et al.//J. Laparoendosc Adv Surg Tech A. – 2005. - Vol.15 (1):57-9. – P.123-126.
159. Arvidsson D., Gerdin E. Laparoscopic Surgery During Pregnancy. - Surg. Laparoscop.Endoscopic. – 1991. – Vol.3, №2. – P.193-194.
160. Brucke P., Roka R., Wayand V. Bericht über 516 Simultaneingriffe//Zbl. Chir. –1979, -Bd. 104, №6.- S-359-364.
161. Camerron J.L., Gadacy T.R. Laparoscopic cholecystectomy. //Ann. Surg., 2003. - Vol.1 –№ 2. – P.37-42.
162. Carstensen G., Schreiber H.L. Zur Rechtslage bei Simultanen und Praventiven Operationen//Chirurg. -1987.-Bd.58, №3-S-129-134.
163. Clayman R.V. Comparison of needlescopic appendectomy versus conventional laparoscopic appendectomy. A randomized controlled trial//J Urol. 2005. – Vol. 174 (5), №4. – P.120-123.
164. Connor S, Garden OJ. Bile duct injury in the era of laparoscopic cholecystectomy//Br J Surg. – 2006.- Vol. 2, №2. - P.158-168
165. Changes in breathing control and mechanics after laparoscopic vs open cholecystectomy/G.D. Bablekos, S.A. Michaelides, T. Roussou et al.//Arch Surg. 2006. – Vol.141(1). №3.- P.16-22,

166. Conservative treatment of a huge abdominal wall hematoma after laparoscopic appendectomy/E.M. Fernandez, A.M. Malagon, I. Arteaga et al.//J. Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2005.- Vol.15(6). - P.634-637.
167. Cuschieri A. Laparoscopic surgery in Europe. Where are we going?//Cir Esp. 2006. – Vol.79 (1). - P.10-21.
168. Darzy A. Laparoscopic inguinal hernia repair. Oxford 1995.
169. Deveraux D. Recurrent Appendicitis following laparoscopic appendectomy. // Dis Colon Rectum. 1994. – Vol.37, №3– P.719 - 720.
170. Dent T.L. Training, credentialing, and granting of clinical privileges for laparoscopic general Surgery. //Am. J. Surg. – 1991. – Vol.161, №2 - P. 399-403.
171. Donohue JH. Laparoscopic surgical procedures//Mayo Clin Proc. – 1994. – Vol. 69 (8). – P.758-762.
172. Dulucq JL, Wintringer P, Mahajna A. Laparoscopic repair of postoperative perineal hernia//Surg Endosc. - 2006. – Vol.25., №4 – P. 47-50.
173. Gender differences in postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy/K Uchiyama, M. Kawai, M. Tani et al.//Surg Endosc. – 2006. – Vol.21, №1 – P.79-81.
174. General surgical laparoscopic procedures for the "nonlaparologist"/R.T. Schlinkert, M.G. Sarr, J.H. Donohue et al.//Mayo Clin Proc. – 1995. –Vol.12, №1. P. 42-47.
175. Elkus RM. Laparoscopically assisted resection of small bowel injury during laparoscopic cholecystectomy//Surg Laparosc Endosc. 1993. – Vol.3, №4. P.134-136.
176. Endoscopic totally extraperitoneal inguinal hernioplasty under spinal anesthesia/H. Lau, C. Wong, K. Chu et al.//J Laparoendosc Adv Surg Tech A. -2005. – Vol.15, №2. - P.121-124.
177. Effect of humidified and heated CO₂ during gynecologic laparoscopic surgery on analgesic requirements and postoperative pain/S. Kissler, M. Haas, R. Strohmeier et al. //J Am Assoc Gynecol Laparosc. – 2004. – Vol.11, №4. – P.473

178. Expert opinion on the basic surgical technique for laparoscopic ventral hernia repair/S. Morales-Conde, A. Abdel-Lah, F. Angoso-Catalina et al.//Cir Esp. – 2005. – Vol.78, №4. – P.214-216.
179. Evaluation of a clinical pathway for laparoscopic cholecystectomy/V. Soria-Aledo, E. Pellicer, M.F. Candel-Arenas et al.//Cir Esp. – 2005. - Vol.17, №2. – P.86-90.
180. Evaluating minimally invasive surgery training using low-cost mechanical simulations/G.L. Adrales, U.B. Chu, D.B. Witzke et al.//Surg Endosc. – 2003. – Vol.17, №4. – P.580-585.
181. Esser G. Indikation und risiko von Simultaneingriffen bei intraoperativer Diagnose abdomineller Mehrfacherkrankungen. // Zbl. Chir. -1971.-Bd.96.-S-1214.
182. Hand port-assisted laparoscopic surgery/T.H. Schiedeck, U.J. Roblick, H.J. Dupree//Zentralbl Chir. – 2001. – Vol.126, №3. P.243-247.
183. Johnson E, Solheim K, Buanes T.Laparoscopic surgery in Norway. Operational statistics from surgical departments after 1990//Tidsskr Nor Laegeforen. 1993 Jun 20; 113 (16):1982-4.
184. Intraoperative factors predictive of failure of the ambulatory regimen after laparoscopic cholecystectomy//Bueno-Lledo J, Planells-Roig M, Sanahuja-Santafe A. et al. Cir Esp. 2005 Sep; 78 (3):168-74.
185. Kulvatunyou N, Schein M.Perforated subhepatic appendicitis in the laparoscopic era//Surg Endosc. 2001 Jul; 15 (7):769. Epub 2001 May 14.
186. Laparoscopic appendectomy significantly reduces length of stay for perforated appendicitis//Towfigh S, Chen F, Mason R. et al. Surg Endosc. 2006 Jan 25; [Epub ahead of print].
187. Laparoscopic appendectomy: review of 331 cases over 7 years, in a Saudi Arabian hospital//Tucker O, Rashid Al-Faqih S, El-Amin O, Zaki A. Endoscopy. 2002 Aug; 34 (8):639-42.
188. Laparoscopic hernioplasty by total extraperitoneal approach//Alter B, Kuhlmann HW, Waleczek H, Kozińska J. Zentralbl Chir. 2005 Jun; 130 (3):260-6.

189. Laparoscopic resection of a torsioned appendix epiploica in a previously appendectomized patient//Unal E, Yankol Y, Sanal T. et al. Surg Laparosc. Endosc. Percutan Tech. 2005 Dec; 15 (6):371-3.
190. Laparoscopic versus standard appendectomy outcomes and cost comparisons in the private sector//Bresciani C, Perez RO, Habr-Gama A. et al. J Gastrointest Surg. 2005 Nov; 9 (8):1174-80.
191. Larson J.M., Gary C. Vitale, Joseph Casey et al. Multipractive Analysis of laparoscopic Colectomy in 1, 983 Patients. - Am. Surg, Vol 163, Feb., 1992, 221-225.
192. Laparoscopic surgery for common surgical emergencies: a population-based study//Lam CM, Yuen AW, Chik B et al.//Surg Endosc. 2005 Jun; 19 (6):774-9. Epub 2005 May 4.
193. Laparoscopy for abdominal emergencies: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery//Sauerland S, Agresta F, Bergamaschi R. et al. Surg Endosc. 2006 Jan; 20 (1):14-29. Epub 2005 Oct.
194. Laparoscopic surgical treatment in abdominal emergencies: personal experience//Angelini D, Brassetti B, Puce E. et al. G Chir. 2002 Apr; 23 (4):151-3.
195. Laparoscopic versus conventional appendectomy: a prospective randomized study//Henle KP, Beller S, Rechner J. et al. Chirurg. 1996 May; 67 (5):526-30.
196. Laparoscopic cholecystectomy in non-lithiasis cholecystopathies//Bradea C, Niculescu D, Plesa C. et al. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2000 Oct-Dec; 104 (4):91-3.
197. Laparoscopy in abdominal emergencies. Indications and limitations/S.G. Perri, F. Altilia, F. Pietrangeli et al.//Chir Ital. 2002 Mar-Apr;54(2):165-78.
198. Laparoscopic cholecystectomy in patients with previous upper or lower abdominal surgery/A.J. Karayiannakis, A. Polychronidis, S. Perente et al.//Surg Endosc. 2004 Jan; 18 (1):97-101. Epub 2003 Oct 23.
199. Laparoscopic cholecystectomy under spinal anesthesia: A pilot study/G. Tzovaras, F. Fafoulakis, K. Pratsas et al.//Surg Endosc. 2006 Jan 25; [Epub ahead of print].

200. Laparoscopic lysis of adhesions/R. Chopra, C. McVay, E. Phillips//Am Surg. 2003 Nov; 69 (11):966-8.
201. Litynski G.S. Kurt Semm and the fight against skepticism: endoscopic hemostasis, laparoscopic appendectomy, and Semm's impact on the "laparoscopic revolution"//JLS. 1998 Jul-Sep; 2 (3):309-13.
202. Lohlein D. Indikation und Kontraindikation abdomineller Simultaneingriffe //Chir. Prax. -1978.-Bd.24.-№4.-S.631-635.
203. Lo C.H., Trotter D., Grossberg P. Unusual complications of laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair//ANZ J Surg. 2005 Oct; 75 (10):917-9.
204. Maharjan S.K. Propranolol is effective in decreasing stress response due to airway manipulation and CO₂ pneumoperitoneum in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy//Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2005 Apr-Jun; 3 (10):102-6.
205. Mahawar K.K. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain//Lancet. 2003 Jun 28; 361 (9376):2243; author reply 2243-4.
206. McAnena O.J., Willson P.D. Laparoscopic appendectomy: diagnosis and resection of acute and perforated appendices//Baillieres Clin Gastroenterol. 1993 Dec; 7 (4):851-66.
207. Mehrotra P.K., Ramachandran C.S., Gupta L. Laparoscopic management of gallstone presenting as obstructive gangrenous appendicitis//J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2005 Dec; 15 (6):627-9.
208. Mettler L. Pelvic adhesions: laparoscopic approach//Ann N Y Acad Sci. 2003 Nov; 997:255-68.
209. Minimally invasive: minimally reimbursed? An examination of six laparoscopic surgical procedures/A.R. Roumm, L. Pizzi, N.I. Goldfarb//Surg Innov. 2005 Sep; 12 (3):261-87.
210. Minilaparotomy cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy: a randomized study with special reference to obesity//J. Harju, P. Juvonen, M. Eskelinen et al.//Surg Endosc. 2006 Jan 25. – Vol.1, №1. - P. 123-124.

211. Minimal adhesions to ePTFE mesh after laparoscopic ventral incisional hernia repair: reoperative findings in 65 cases/R.H. Koehler, D. Begos, D. Berger et al. *Zentralbl Chir.* 2003 Aug; 128 (8):625-30.
212. Minimal adhesions to ePTFE mesh after laparoscopic ventral incisional hernia repair: reoperative findings in 65 cases/R.H. Koehler, D. Begos, D. Berger et al.//*JLSLS.* 2003 Oct-Dec; 7 (4):335-40.
213. Modlin IM, Kidd M, Lye KD// From the lumen to the laparoscope. *Arch Surg.* 2004 Oct; 139 (10):1110-26.
214. Natali J. Forensic medical implications of vascular injuries in the course of video-endoscopic surgery// *J Mal Vasc.* 1996 Nov; 21 (4):223-6.
215. Nekrasov AIu.Application of videolaparoscopy methods in the diagnostics and treatment of acute appendicitis//*Eksp Klin Gastroenterol.* 2005; (4):49-52, 112-3.
216. Paw P, Sackier JM.Complications of laparoscopy and thoracoscopy//*J Intensive Care Med.* 1994 Nov-Dec; 9 (6):290-304.
217. Pelosi M.A., Pelosi M.A. 3rd.Simultaneous laparoscopic surgical treatments// *Surg Laparosc Endosc.* 1998 Feb; 8 (1):81-2.
218. Perioperative outcomes and complications of laparoscopic ventral hernia repair/J.M. Perrone, N.J. Soper, J.C. Eagon et al.//*Surgery.* 2005 Oct; 138 (4):708-15.
219. Prospective study of laparoscopic treatment of incisional hernia by means of the use of composite mesh: indications, complications, mesh fixation materials and results/S. Olmi, L. Erba, S. Magnone et al.//*Chir Ital.* 2005 Nov-Dec; 57 (6):709-16.
220. Popovic J, Sulovic V, Vucetic D.Laparoscopy treatment of adnexal sterility//*Clin Exp Obstet Gynecol.* 2005; 32 (1):31-4.Clinic of Gynecology and Obstetrics.
221. Rogers D.A., Lobe T.E., Schropp K.P. Evolving uses of laparoscopy in children//*Surg Clin North Am.* 1992 Dec; 72 (6):1299-313.
222. Randomized clinical trial of the effect of preoperative dexamethasone on nausea and vomiting after laparoscopic

- cholecystectomy/C.V. Feo, D. Sortini, R. Ragazzi et al.//Br J Surg. 2006. –Vol. 9, №2. – P.123-124.
223. Shayani V.Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain//Lancet. - 2003. – Vol.28, №6. – P.243.
224. Tanovic H, Mesihovic R, Muhovic S. Randomized trial of TEP laparoscopic hernioplasty versus Bassni inguinal hernia repair//Med Arh. – 2005. – Vol.59, №4. – P.214-216.
225. The development of laparoscopic surgery in Spain/X. Feliu, E.M. Targarona, A. Garcia-Agusti et al.//Dig Surg. – 2004. – Vol.21, №5. – P. 421-425.
226. The therapeutic value of elective laparoscopic appendectomy in the management of chronic abdominal pain/S.V. Hosseini, M. Haghbeen, H. Yarmohammadi et al.//Saudi Med J. – 2005. – Vol.26, №9. – P.82-83.
227. Tittel A, Schumpelick V. Laparoscopic surgery: expectations and reality//Chirurg. – 2001. Vol.72, №3. – 35-37.
228. Tiwari A, Peters J.L. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain//Lancet. 2003. - Vol.28, №3. – P.43-44.
229. Transvaginal three-dimensional ultrasonography combined with serum CA 125 level for the diagnosis of pelvic adhesions before laparoscopic surgery/K.M. Seow, Y.H. Lin, B.C. Hsieh et al.//J Am Assoc Gynecol Laparosc. – 2003. – Vol.10, №3. P.320-326.
230. Utpal D. Laparoscopic versus open appendectomy in West Bengal, India//Chin J Dig Dis. – 2005. – Vol. 6, №4. - P. 165-169.
231. Wang Q, Deng S, Li E. Combined laparoscopic surgery//Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 1997. – Vol.35, №2. – P.84 - 88.
232. Zaniotto G., Ancona E., Rossi M. Analysis of risk factors of conversion and complication in laparoscopic cholecystectomy. //First European Congress of the European association for Endoscopic Surgery. - Cologne, 1997.- Vol. 412., №4.- P.82-84.
233. Zieniewicz K., Krawczyk M., Najnigier B. Et al. Complications after laparoscopic cholecystectomy. //First European Congress of the European association for Endoscopic Surgery. – Cologne, 1997.- Vol. 412., №4.- P.76.

**Д.Ю.Батиров, З.Янгибаев, Р.Ю.Рўзибаев,
О.З.Янгибаев, А.П.Раҳимов**

**СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН
БИРГАЛИҚДА УЧРАЙДИГАН ҚОРИН БЎШЛИҒИ
АЪЗОЛАРИ СИМУЛЬТАН ПАТОЛОГИЯЛАРИ
(ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ)**

Монография

Муҳаррир:	Сайёра СОЛАЕВА
Техник муҳаррир:	Фарҳод Ибодуллаев
Саҳифаловчи-дизайнер:	Акбар БОБОЖОНОВ

Босмахонага берилди 29.03.2021 й.

Босишга рухсат қилинди 29.03.2021 й.

Бичими 60x84 1/¹⁶

Ҳажми 8,75 босма табоқ.

Адади 50

Буюртма № 3

Баҳоси келишилган нарҳда

**“Қуванчбек-Машхура”
МЧЖ наشريёти
Лицензия №АІ 307, 22.06.2017
E-mail: quvanchbek_mashxura@mail.ru**

**“Қуванчбек-Машхура” МЧЖ
босмахонасида босилди.**

**Урганч шаҳри,
Ислон Каримов кўчаси, 106-уй.
Тел: (62) 223-11-88**



ISBN 978-9943-6418-6-0



978-9943-6418-6-0