

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

ЎРОҚОВ ШУХРАТ ТЎХТАЕВИЧ

ХОЛИҚОВ ФАРИД ЙУЛДОШЕВИЧ

МАХМАНАЗАРОВ ОРИФЖОН МИРЗОНАЗАР УГЛИ

**ЎТКИР ХОЛЕСИСТИТ ВА ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ
ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИДА ДИАГНОСТИКА ВА ХИРУРГИК
ТАКТИКАНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
(МОНОГРАФИЯ)**

Бухоро -2025

Тузувчилар:

Ўроқов Шухрат Тўхтаевич – Бухоро давлат тиббиёт институти Оилавий тиббиётда хирургик касалликлар кафедраси мудири т.ф.д., профессор.

Холиқов Фарид Йулдошевич - Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали I-хирургия бўлими жаррохи.

Махманазаров Орифжон Мирзоназар угли - Бухоро давлат тиббиёт институти Оилавий тиббиётда хирургик касалликлар кафедраси ассистенти

Такризчилар:

1. Бухоро давлат тиббиёт институти Факултет ва госпитал хирургия кафедраси профессори., DSc., С.С.Давлатов
2. Тошкент тиббиёт Академияси Акушерлик ва гинекология кафедраси доценти., DSc., Д.Ш.Ходжаев

МУНДАРИЖА

Анотация.....3

Қисқартма сўзлар.....5

I БОБ. ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИ БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР (адабиётлар шарҳи).....15

§1.1. Ўткир холецистит билан диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари ўртасидаги патофизиологик боғлиқлик.....15

§1.2. Ўткир холецистит ва диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси орасидаги боғлиқлик сабаблари таҳлили20

§1.3. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси билан биргаликда ўткир холециститнинг клиник кўриниши ва диагностикаси24

§1.4 Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси ўткир холецистит билан бирга келганда жарроҳлик даволаш

.....	34
§1.5. Ўткир холецистит билан диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси бирга келганда эндовидеохирургик аралашувлар.....	42
II БОБ. ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИНИНГ ЧУРРАСИ БИЛАН КОМБИНАЦИЯСИДА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВИ.....	71
§ 2.1. ЎТХ билан касалланган ДҚТЧ ва рефлюкс-эзофагит мавжуд бўлган беморларда холецистэктомия ва антирефлюкс операцияларини симултан бажаришдаги жарроҳлик муолажалари.....	72
§ 2.2. ЎТХ ҳолатида ДҚТЧ ва ГЭРК билан касалланган беморларда симултан операцияларни бажариш хусусиятлари.....	83
§ 2.3. Жарроҳлик даволашнинг натижалари.....	84
III БОБ. ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИ ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИНИНГ ЧУРРАСИ ВА ГАСТРОЕЗОФАГИАЛ РЕФЛЮКС БИЛАН БИРГАЛИКДА КЕЛГАНДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ НАТИЖАЛАРИ.....	95
§ 3.1. Жарроҳлик даволашдан кейинги ойлардаги шикоятлар ва уларнинг бартараф қилиниши натижалари.....	102
ХОТИМА.....	111
ФОЙДАЛАНГАН АДАБИЁТЛАР.....	122

Аннотация

Монография ўткир холецистит ва диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари (ДҚТЧ) биргаликда учраган ҳолатларда ташхис ва хирургик тактикани такомиллаштириш муаммосига бағишланган. Асосий эътибор мазкур патологиянинг клиник аҳамияти, унинг тарқалиш хусусиятлари, ташхис қийинчиликлари ва жарроҳлик даволашдаги замонавий ёндашувларга қаратилган. Муаллифлар томонидан миллий ва хорижий адабиётлар таҳлил қилинган, клиник кузатувлар олиб борилган ва қиёсий таҳлиллар асосида самарали ечимлар таклиф этилган. Монографияда қуйидагилар ёритилган. Ўткир холецистит ва ДҚТЧ биргаликда кечишининг клиник ва патогенетик хусусиятлари. Ташхисда эндоскопик ва инструментал усулларнинг ўрни. Лапароскопик ва анъанавий жарроҳлик усуллариининг қиёсий самарадорлиги. Симултант операцияларнинг афзалликлари ва уларни амалий қўллаш имкониятлари. Илмий янгилик сифатида ўткир холецистит ва ДҚТЧ бирга келган ҳолатларда дифференциал ташхис мезонлари ишлаб чиқилган, лапароскопик симултант операцияларнинг афзалликлари асосланган ҳамда операциядан кейинги асоратларни камайтириш йўллари кўрсатиб берилган. Амалий аҳамият шундаки, монографияда берилган таклиф ва тавсиялар амалиётга жорий қилиниши орқали ташхиснинг аниқлиги ошиши, операция тактикасини тўғри танлаш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имкони яратилади. Монография жарроҳлар, гастроэнтерологлар, амалиётчи шифокорлар, магистрантлар ва клиник ординаторлар учун қўлланма сифатида тавсия этилади.

Аннотация

Монография посвящена проблеме совершенствования диагностики и хирургической тактики при сочетанных случаях острого холецистита и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Основное внимание уделено клинической значимости данной патологии, особенностям её

распространения, диагностическим трудностям и современным подходам в хирургическом лечении. Авторами проведён анализ отечественной и зарубежной литературы, клинические наблюдения, а также на основе сравнительного анализа предложены эффективные решения. В монографии освещены следующие вопросы: клинико-патогенетические особенности сочетанного течения острого холецистита и ГПОД; роль эндоскопических и инструментальных методов в диагностике; сравнительная эффективность лапароскопических и традиционных хирургических методов; преимущества симультанных операций и возможности их практического применения. В качестве научной новизны разработаны дифференциально-диагностические критерии при сочетанных случаях острого холецистита и ГПОД, обоснованы преимущества лапароскопических симультанных операций, а также показаны пути снижения послеоперационных осложнений. Практическая значимость заключается в том, что внедрение представленных рекомендаций и предложений в клиническую практику способствует повышению точности диагностики, правильному выбору хирургической тактики и улучшению качества жизни пациентов. Монография рекомендуется хирургам, гастроэнтерологам, практикующим врачам, магистрантам и клиническим ординаторам в качестве практического пособия.

Abstract

The monograph is devoted to the problem of improving diagnostics and surgical tactics in combined cases of acute cholecystitis and hiatal hernia. The main focus is on the clinical significance of this pathology, its prevalence features, diagnostic challenges, and modern approaches to surgical treatment. The authors analyzed national and international literature, conducted clinical observations, and, based on comparative analysis, proposed effective solutions. The monograph highlights the following issues: clinical and pathogenetic features of the combined course of acute cholecystitis and hiatal hernia; the role of endoscopic and instrumental methods in diagnostics; comparative effectiveness of laparoscopic

and conventional surgical methods; advantages of simultaneous operations and their practical application. As a scientific novelty, differential diagnostic criteria for combined cases of acute cholecystitis and hiatal hernia have been developed, the advantages of laparoscopic simultaneous operations have been substantiated, and methods for reducing postoperative complications have been outlined. The practical significance lies in the fact that the implementation of the recommendations and proposals presented in the monograph into clinical practice increases diagnostic accuracy, ensures the correct choice of surgical tactics, and improves the quality of life of patients. The monograph is recommended as a manual for surgeons, gastroenterologists, practicing physicians, master's students, and clinical residents.

ҚИСҚАРТМА СҰЗЛАР

ДҚТЧ – диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси

ЎТК - ўт тош касаллиги

ЎТХ - ўткир тошли холецистит

ЎП - ўт пуфаги

ЛХЭК - лапароскопик холецистиэктомия

ТХЭК - традицион холецистэктомия

ЛФ - лапароскопик фундопликация

ПХЭС - постхолецистэктомик синдром

ФЭГДС - фиброэзофагогастродуоденоскопия

ГД – гастродуоденал рефлюкс

ГЭР - гастроэзофагеал рефлюкс

ГЭРК – гастроэзофагеал рефлюкс касаллик

КТ - компьютер томография

УТТ – ультратовуш текшириш

СТХ - сурункали тошли холецистит

I. БОБ. ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИ БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР (адабиётлар шархи)

1.1. Ўткир холецистит билан диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари ўртасидаги патофизиологик боғлиқлик.

Катталарда ривожланаётган орттирилган чурралар патогенезида кўпинча қизилўнгач тешигини ҳосил қилувчи тўқималарда инволютив ўзгаришлар устунлик қилади. Диафрагмадаги регрессив ўзгаришларнинг муҳим жиҳати-бу асосан ҳаракатсиз турмуш тарзига эга инсонларда функционал зўриқишнинг етарли эмаслиги, бу аввалги тизимли жисмоний зўриқиши бўлган беморларнинг фақат 12-15 фоизда ДҚТЧ шаклланиши билан тўлиқ исботланган. ДҚТ чурраларининг асосий турлари сирпанувчан (аксиал) ва параэзофагал бўлиб, уларнинг сабаблари бир хил эмас. Аксиал чурралар патогенезининг асосий нуктаси қорин бўшлиғи босимининг ошиши бўлиб, бунда ДҚТ ҳажми ошади, бу орқали кардия Гиса бурчагини тўғрилаш билан кўкрак бўшлиғига силжийди. Ушбу механизм кўкрак қафаси (манфий) ва қорин бўшлиғи ўртасидаги босим фарқи туфайли амалга оширилади [15; 51; 101;].

Қизилўнгач тешиги диафрагманинг табиий тешиклари орасида чурралар учун энг кўп учрайдиган чиқиш жойидир. Айнан шу турдаги чурра кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи тўсиғининг энг кенг тарқалган касаллиги ҳисобланади. Рус олимларининг таъкидлашича, диафрагманинг овқат ҳазм қилиш тизимининг кардиал зонаси билан шу қадар яқин функционал алоқада эканлигини ёзганки, бу аъзоларни ягона анатомик ва физиологик комплекс сифатида кўриб чиқиш мақсадга мувофиқдир. Диафрагма кўпинча унинг кечишини мураккаблаштирадиган бошқа касалликлар, ўткир холецистит, перитониумнинг чандиқли касалликлари, операциядан кейинги вентрал чурралар, диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари, ўткир аппендицит

ва бошқалар билан бирлаштирилади [16; 82; 102;].

Диафрагма қизилўнгач тешигининг чурраси (ДҚТЧ) - бу қорин бўшлиғи органлари қизилўнгачда жойлашган диафрагма тешиги орқали медиастинга силжиган ҳолат. ДҚТЧ ҳақида биринчи эслатма француз жарроҳи Амброисе Паре (1579) ва италиялик анатом Жованни-Баттиста Моргагни асарларида учрайди (1769). Тарихан, рентген диагностикаси кашф этилишидан олдин, диафрагма чурраларининг ҳақида кам маълумотлар мавжуд эди. Вазият XX аср бошларида ўзгарди, кузатувлар сони кўп марта кўпайди ва бугунги кунда ДҚТЧлар гастрозофагиал қисмнинг энг кенг тарқалган патологияси бўлиб турибти ва диагностика усуллариининг самарадорлиги ошгани сайин уни аниқлаш частотаси 55% га этди. Агар унинг гастроэнтерологик касалликлар таркибидаги жой ҳақида гапирадиган бўлсак, ошқозон-ичак тракти касалликларининг умумий ўсиши фонида ДҚТЧ, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси ва ЎТК кейин учинчи ўринда туради. Ёш утган сари билан бу кўрсаткич ўсиб, ёши катта ва кекса беморларда 50% га етади. Аёлларда чурра учраш эҳтимоллиги, эркакларга нисбаттан кўпроқ учрайди [17; 79; 103;].

Ҳозирги вақтда кўплаб муаллифларнинг фикрига кўра, ҳиатал чурра ошқозон-ичак трактининг энг кенг тарқалган касалликларидан бири ҳисобланади ва яра касалликлари, холецистит каби кенг тарқалган касалликлар билан рақобатлашадиган бошқа гастроэнтерологик патологиялар орасида учраш даражаси бўйича 2-3-ўринларни эгаллайди [18; 89; 104;].

Диафрагмада ингичка, кенг мушак пластинкаси бўлиб, унинг марказида пай қисми, периферия бўйлаб эса мушак жойлашган. Шунга кўра, диафрагмада иккита қисм ажралиб туради - марказий, контурлари учбаргга ўхшаш пай ва периферик, вертикал жойлашган мушак. Ўз навбатида, диафрагманинг мушак қисми уч қисмга бўлинади—кўкрак, қовурға ва бел. Бел қисми энг катта узунликка эга ва учта оёқнинг ҳар икки томонида - ички (медиал), ўрта (оралик) ва ташқи (латерал) қисмлардан иборат [19; 35; 105;].

Илмий ишларнинг кўплиги ДҚТЧларининг қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа касалликлари билан тез-тез биргалашиб келишини кўрсатади. Бундай коморбид ҳолатлар кузатувларнинг 40-84 фоизида аниқланади. Энг кўп ўрганилганлар орасида Saint триадаси- ДҚТЧнинг калкулёз холецистит, йўғон ичак дивертикулёзи шунингдек, Casten триадаси-ДҚТЧнинг калкулёз холецистит ва ўн икки бармоқли ичак ярасини ўз ичига олади. Адабий маълумотларга кўра, Saint триадаси беморларнинг 3,2–5 фоизида, Casten триадаси эса 7,2 фоизида учрайди]. Шу билан бирга, ГЭРК билан тўғридан-тўғри ДҚТЧниг этиопатогенетик боғланиши энг катта эпидемиологик аҳамиятга эга бўлди [21; 29; 107;].

Россия Федерациясида ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, рефлюкс эзофагитли беморларда ГЭРК ва ДҚТЧнинг бирга қўшилиб келиши 90% ҳолларда аниқланди. Таққосланадиган маълумотлар рефлюкс эзофагитли беморларнинг 85-89%ида ДҚТЧнинг клиник-инструментал белгиларини аниқланганлиги хорижий ҳамкасблар томонидан такидланади. Шундай қилиб, тақдим этилган маълумотлар ҳозирда Россия Федерациясида гастроэзофагиал рефлюкс касаллиги бўйича ҳам, диафрагманинг қизилўнгач тешигининг чурралари бўйича ҳам юқори эпидемиологик тарқалиш мавжудлигини аниқ кўрсатмоқда [23; 70;108;].

Тадқиқотчилар ғояларига кўра, туғма ДҚТЧнинг ҳосил бўлиши, диафрагманинг мушак-пай қисми ва диафрагма тешикларининг номутаносиб ривожланиши, қорин бўшлиғига тўлиқ бўлмаган ошқозон тушиши, қисқа қизилўнгач ва бошқа ошқозон-ичак аномалиялари билан боғлиқ дисэмбриогенезнинг бир варианты сифатида шаклланади. Диафрагманинг қизилўнгач тешигининг орттирилган чурраларининг келиб чиқишида учта асосий омиллар гуруҳи рол ўйнайди: бириктирувчи тўқима тузилмаларининг заифлиги, қорин бўшлиғи босимининг ошиши ва қизилўнгачнинг дискинези. Кўпчилик ДҚТЧнинг шаклланишининг асосида диафрагма ва қизилўнгачнинг бириктирувчи тўқима тузилмаларининг заифлигини қорин бўшлиғи босимининг ошиши билан бирлаштирган пулсацион механизми

ётади [24; 44; 109;].

Ҳозирги вақтда ДҚТЧнинг ягона таснифи мавжуд эмас. Диафрагма чурраларининг энг кенг тарқалган вариантлари қизилўнгачнинг сирпанувчан (аксиал) чурраси (тахминан 90% ҳолларда) ва параззофагиал чурра (тахминан 15% ҳолларда) бўлиб ҳисобланади [25; 110;].

Ҳозирги вақтда ДҚТЧ таснифи жаҳон амалиётида энг кўп қўлланилиб, унинг Kohn Q. P. [123;] бўйича 4 тури тафовут қилинади:

1. I-тур-сирпанувчи ёки аксиал чурралар. Қизилўнгач-ошқозон бирикмаси мушак-хиатус апертурасининг кенгайиши ва френоззофагиал мембрананинг заифлашиши натижасида диафрагма устида ҳаракатланади. Ошқозон ҳали ҳам одатдаги бўйлама ўқида жойлашган ва пастки қисми қизилўнгач-ошқозон бирикмаси остида қолади.
2. II-тур параззофагал чурралар. Қизилўнгач-ошқозон бирикмаси меъёрий анатомик ҳолатда қолади, аммо ошқозон тубининг бир қисми ташқарига чиқади ва диафрагма тешиги орқали қизилўнгачга туташган кўкрак бўшлиғига чиқади.
3. III – тур аралаш ёки комбинирлашган чурра. Бу I и II турларнинг комбинацияси, қизилўнгач-ошқозон бирикмаси ва ошқозоннинг пастки қисми хиатал ойна орқали. Ошқозоннинг туби қизилўнгач-ошқозон бирикмаси устида ётади.
4. IV- тур чурра қопчасида ошқозон ёки қизилўнгач қисмлари бўлмаган тузилмалар (чарви, йўғон ёки ингичка ичак, талоқ ва бошқалар) мавжудлиги билан тавсифланади [123;].

Диафрагманинг қизилўнгач тешигининг аксиал чурралари (ДҚТЧ) тез-тез учрайди, кўпинча ўрта ёш ва кекса одамларда аниқланади. ДҚТЧлар ўткир холецистит (ЎХ), ўн икки бармоқли ичак яраси ҳамда ошқозон-ичак тракти патологиялари билан биргаликда учрайди. Ўт-тош касаллиги (ЎТК) ва ДҚТЧ энг кенг тарқалган гастроэнтерологик касалликлар орасида жарроҳлик патология таркибида мос равишда 1 ва 3 ўринларни эгаллаб келмоқда [27; 112;].

Статистик тадқиқотларда кўрсатилгандек, Европа ва Ақшда ЎТК катталар орасида 10-15% ҳолатларда ташхисланади. Дунёда ҳар йили ўтказиладиган холецистэктомиялар (ХЭ) сони 500 мингдан ошади. Ғарбий Европа ва Ақшда ўтказилган эпидемиологик тадқиқотларга кўра, ДҚТЧ аҳолининг 30-40 % ида аниқланади, беморларнинг 25% гача доимий даволанишга мухтож бўладилар, фақатгина 15% ҳолатларда фақат жарроҳлик усулида даволанадилар. ДҚТЧнинг қорин бўшлиғининг бошқа касалликлари билан комбинацияси 40-84% ҳолларда ташхис қилинади [30; 115;].

Масалан, Saint триадаси (ДТҚЧ,ЎТК ва йўғон ичак дивертикулёзи) кузатишларнинг 3,25%да, Casten триадаси (ДТҚЧ, ЎТК ва ўн икки бармоқли ичак яраси касаллиги) 7,2% ҳолатларда учрайди. Яна бир синдром Лортат-Жейкоб синдроми деб номланувчи синдром бўлиб, ДҚТЧ, ўткир калькулёз холецистит ва қизилўнгач дивертикулларини бирлаштиради. Ўткир холецистит ва ДҚТЧ алоҳида комбинацияси беморларнинг 4,5-60 фоизида учрайди. Анъанавий ва Лапароскопик усуллардан холецистэктомия (ХЭ) техникаси узоқ вақтдан бери энг кичик деталларгача ишлаб чиқилган бўлса-да, ЎТК жарроҳлик даволаш натижаларини олимлар буни қониқарли деб аташ мумкин эмас деб ҳисоблашади. Адабиётларга кўра, ўт пуфагини (ЎП) олиб ташлаган беморларнинг 20 фоизигача "холецистэктомиядан кейинги синдроми" деб аталадиган касаллик учун узоқ вақт давомида текширилади ва даволанади, бу эса ХЭдан кейинги қориннинг юқори қисмидаги оғриқ ва диспептик касалликларни ўз ичига олади [31; 35; 116;].

ХЭ жарроҳлик амалиётининг қониқарсиз натижаларининг 80% дан ортиғи операциянинг ўзи билан боғлиқ эмас, айниқса лапароскопик ХЭ жарроҳлик даволашнинг "олтин стандарти" бўлиб, у тажрибали эндоскопист жарроҳ томонидан жуда осон амалга оширилади ва оз сонли операция ичидаги асоратлар билан бирга келади. ХЭ билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг узоқ муддатли натижаларини ўрганаётганда, қониқарсиз натижаларнинг аксарияти беморларда ДҚТЧ мавжудлиги билан

боғлиқлиги аниқланди. Эрта ташхисланмаган ДҚТЧ бўйича 22% беморларда ХЭ жарроҳлик амалиёти бажарилади [33; 66; 117;].

Туғма ДҚТЧнинг аксиал чурралар патогенезини ҳисобга олган ҳолда, улар дисембриогенез натижасида ривожланади, яъни диафрагманинг мушак-пай қисмининг туғма номутаносиб ривожланиши ва қизилўнгачнинг туғма қисқалиги натижасида қорин бўшлиғига ошқозоннинг тўлиқ тушмаслиги туфайли ривожланишини таъкидлайди, орттирилган чурралар патогенезида рол ўйнайдиган омиллар улар ҳаёт давомида ўзини намоён қилади [34; 42; 118;].

Ёши билан боғлиқ ортиб борадиган мушаклар ва бириктирувчи тўқималарнинг заифлашиши, семизлик фонида қорин бўшлиғи босимининг аста-секин ошиши ва қизилўнгачнинг мушак дискинезиясининг аста-секин ўсиб бориши, қизилўнгач тешиги чурралари ривожланишининг асосий келтириб чиқарувчи омиллари ҳисобланади. Юқорида тавсифланган хавф омилларига қўшимча равишда, кўкрак қафасидаги манфий босим ҳам муҳим таъсир кўрсатади, бу кардиянинг орқа медиастиnumга силжишига, қорин қизилўнгачининг абдоминал қисмининг қисқариши ёки "сиқилишига" ва Гис бурчагининг тўғрилашга ёрдам беради [35; 54; 119;].

Ушбу жараён диафрагманинг қизилўнгач тешиги шаклининг ўзгариши билан бирга келади, бу ДҚТЧнинг кўндаланг ва сагиттал ўлчамларни тенглаштиришдан, унинг шаклини эллипсоиддан думалоққа ўтишдан иборат. Қизилўнгачнинг аста-секин қисқариши ва чурра таркибидаги ҳажмнинг ошиши билан қизилўнгач-диафрагма бойламининг чўзилиши содир бўлади, кардия ва қизилўнгачнинг пастки сфинктерининг ёпилиш функцияси бузилади. Буларнинг барчаси иккинчи патогенетик механизмнинг пайдо бўлиши учун шароит яратади, яъни ДҚТЧ билан оғриган беморларнинг 35-90%да учрайдиган рефлюкс эзофагитининг ривожланишига мойил бўлади. Ошқозон таркиби туфайли қизилўнгач шиллиқ қаватининг доимий таъсирланиши интрамурал ва периэзофагал яллиғланишга, қизилўнгачнинг мушак тўқималарида чандиқ пайдо бўлишига ва қизилўнгач атрофи

фиброзига олиб келади. Буларнинг барчаси қизилўнгачнинг янада қисқаришига ва диафрагманинг қизилўнгач тешигининг аксиал чуррасининг кўпайишига ёрдам беради [3667; 120;].

1.2.Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси ва ўткир холецистит орасидаги боғлиқлик сабаблари таҳлили

Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси-бунда диафрагманинг бойлов аппарати кучининг пасайиши, диафрагманинг эзофагиал тешигининг кенгайиши ва катталашуши ва ошқозон-ичак тракти аъзоларининг қорин бўшлиғидан кўкрак қафасига ўтиши билан характерланади. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси сўнгги йилларда ошқозон-ичак трактининг энг кенг тарқалган касалликларидан бири бўлиб, ошқозон яраси, сурункали гастрит ва холециститдан кейин 2-3-ўринни эгаллайди, қорин бўшлиғи босимининг ошишига ёки кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи босими ўртасидаги кескин фарқнинг ривожланишига олиб келадиган ҳолатлар диафрагма- қизилўнгач бойламининг ёрилишига, диафрагманинг қизилўнгач тешигининг кенгайишига ва чурранинг ривожланишига олиб келади. ДҚТЧнинг этиологияси ва патогенези мураккаб ва у бир қатор омилларга боғлиқ [37; 61; 121;].

Туғма чурраларнинг патогенези кўпинча эмбрионал касалликлар ва ошқозон-ичак трактининг аномалиялари туфайли юзага келади, уларнинг клиник кўринишлари болалик даврида учрайди. Орттирилган қизилўнгач чурралар асосан катталарда ривожланади, бу кўпинча қизилўнгач тешигини ҳосил қилувчи тўқималарда инволюцион анатомик ўзгаришлар билан боғлиқ [38; 64; 122;].

Диафрагма қизилўнгач тешиги чурралар ривожланишида кўкрак ва қорин бўшлиғидаги босим фарқлидир. Қуйидаги ҳолатлар қорин бўшлиғи босимининг ошишига олиб келади: семириш, йўтал, ортиқча овқатланиш, ич қотиши, метеоризм, асцит, қорин бўшлиғидаги катта ўсмалар, ҳомиладорлик, оғирликни кўтариш ва бошқалар. Баъзи ҳолларда қорин бўшлиғининг тўсатдан кучланиши диафрагманинг қизилўнгач тешигининг чуррасига

(шунингдек, қорин деворларининг бошқа чурралари) олиб келиши мумкин. Чурра шаклланишининг бу механизми ёш беморларда кўпроқ учрайди [39; 40; 43; 123;].

ДҚТЧнинг ривожланиш механизмида кўпгина теориялар мавжуд, диафрагма оёқчаларининг мушак толаларида, шунингдек бойлов аппаратнинг хужайрадан ташқари матрицаси, эластин, коллаген, гликопротеинлар ва протеогликанлар каби таркибий ўзгаришлар мавжудлигини кўрсатадиган назария энг катта аҳамиятга эга. [40; 91; 124;].

Диафрагманинг қизилўнгач тешиги аксиал чурра шаклланишига олиб келадиган бир нечта механизмлар мавжуд: пулсация, тортиш ва уларнинг комбинацияси. Пулсация механизми бириктирувчи тўқималарнинг функционал ёки морфологик хусусиятлари, қорин бўшлиғидаги босимни оширадиган омиллар фонида мушак тўқималарининг ёшга боғлиқ дегенерацияси (семизлик, газ ҳосил бўлишининг кўпайиши, ҳомиладорлик, жисмоний зўриқиш, ич қотиши ва бошқалар) туфайли амалга оширилади. Иккинчи механизм-бу тракцион механизм қисқа ёки қисқарган қизилўнгач туфайли амалга оширилади. ДҚТЧ ривожланишининг ушбу механизми мавжудлигини исботловчи энг машҳур тажрибадир [41; 47; 125;].

Унда сайёр нервининг таъсирланиши натижасида қизилўнгач мушакларининг узунасига қисқаришига ва кардиянинг орқа медиастинумга тортилиши аниқланган. Ошқозон-ичак системасининг узоқ давом этувчи интенсив оғриқ синдроми билан характерланадиган сурункали гастрит, ошқозон яраси ёки сурункали холецистит сайёр нервининг таъсирланишига бу эса ўз навбатида қизилўнгач спазми ва кардиянинг орқа кўкс оралиғига тортилишига олиб келади деб ҳисоблашади. Кардиофундал, субтотал ва тотал чурралар асосан пульсион механизм орқали юзага келади [42; 45; 126; 146;].

Америкада жарроҳлик журналининг 2022-йилдаги сонида “ Ўт қопининг бурилиши натижасида гангренозли холецистит ва диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси” деб номланган мақола чоп этилган. Ўт қопининг

буралиши –бу кам учрайдиган касаллик бўлиб, бунда ўт қопи ва қон томирлари айланиб буралади, қон айланиш ва ўт чиқариш йўллариининг дренаж функцияси бузилади. Ушбу жавоб кўнгил айланиши ва қайт қилиш, қориннинг юқори ўнг квадрантида оғриқнинг ўткир бошланиши 88 ёшли аёлда ўт пуфагининг буралиши билан таърифланади [43; 65; 127; 147;].

Тўлиқ текширув физик текширув, лаборатор текширувлари ва компьютер томографияси (КТ) ни ўз ичига олди, бу ўт пуфагининг сезиларли даражада катталашиши билан унинг деворининг қалинлашиши, перихолецистоз суюқлик, диаметри 12 мм бўлган умумий ўт йўли ва диафрагма қизилўнгач тешигининг чурраси билан ажралиб турарди. Унинг дастлабки кўриниши ўткир холециститга тўғри келишини ҳисобга олиб, жарроҳлар лапароскопик холецистектомия қилишга қарор қилишди. Ўт пуфаги буралишининг якуний ташхиси ўт пуфаги декомпрессиясидан ва ўт пуфагининг соат стрелкасига тесқари дўнглик ва инфундибулум атрофида айланишини визуализация қилишдан кейин жарроҳлик амали пайтида қўйилган. Бу ҳолат жарроҳлик аралашувни таъминлаш учун юқори клиник шубҳаларни талаб қиладиган ўт пуфаги буралишини операциядан олдинги ташхисининг мураккаблигини кўрсатади [44; 128; 129;].

Чет эллик олимлар (2022) муаллифлар гангреноз холециститда ўт пуфагининг буралишини ҳам айтиб ўтадилар - клиник ҳолат. Ўт пуфагининг буралиши (инверсия) - ўт пуфагининг ўт чиқариш йўли/ пуфак артерияси ўқи атрофида айланганда юзага келадиган жуда кам учрайдиган патология, бу сафро чиқиши ва қон оқимининг блокланишига олиб келади. Ўт пуфагининг ўткир буралишидан азият чеккан 87 ёшли кекса аёл мисол тариқасида келтирилган. Бемор кўкрак қафасининг чап томонида тарқаладиган ўткир оғриқ ва кўнгил айланишидан шикоят қилди, аммо қусиш йўқ эди [45; 126; 129;].

Ўт пуфагининг буралиши одатда аёллар ва эркаклар нисбати 4:1 бўлган ва қабул қилишда ўртача 77 ёшни ташкил этган. Клиник маълумотлар ёки рентгенография натижалари ёрдамида жинсга асосланган касалликни аниқ

ташхислашда озгина ютуқларга эришилди, натижада беморларнинг атиги 25 фоизида операциядан олдин аниқ ташхис қўйилди [47; 59; 130;].

Жинсга асосланган касалликлик одатда юқори корин ўнг квадратидаги оғриқ билан намоён бўлишига қарамай, бу бемор камдан-кам ҳолларда ўткир коронар синдромни симуляция қилиб, чап томонда кўкрак оғриғи кузатилган. Операциядан олдинги аниқ ташхис қўйиш қийин вазифа бўлиб қолмоқда, чунки клиник, лаборатор ва рентгенологик маълумотлар кўпинча ўткир холециститнинг нотўғри ташхисига олиб келади. Ўз вақтида ташхис қўйиш юқори даражадаги шубҳани талаб қилади ва лапароскопик холецистектомия жарроҳлик амалини тавсия этишни талаб этади [47; 56; 132; 139;].

1.3. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси билан биргаликда ўткир холециститнинг клиник кўриниши ва диагностикаси

Клиник кўринишлар

ДҚТЧ (диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси) –сурункали қайталанувчи касаллик бўлиб, бунда қизилўнгач абдоминал қисмининг диафрагманинг қизилўнгач тешигидан кўкрак бўшлиғига силжиши баъзан эса ичак қовузлоқлари, ошқозон ва кардиянинг силжиши билан боғлиқ бўлиб ҳисобланади. ДҚТЧ жуда кенг тарқалган касалликдир. Бу катталар аҳолисининг 5%да учрайди ва беморларнинг ярмида у ҳеч қандай клиник кўриниш бермайди ва шунинг учун ташхисланмайди [48; 52; 53; 133; 134;].

Ҳозирги вақтда овқат ҳазм қилиш тракти дискинезиясининг турли шакллари тез-тез кузатилади. Қизилўнгачнинг гипермотор дискинези, унда бўйлама қисқаришлар уни юқорига тортишга олиб келади, шунинг учун ДҚТЧ ривожланишига олиб келиши мумкин. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси, сурункали холецистит, сурункали панкреатит ва овқат ҳазм қилиш тизимининг бошқа касалликларида қизилўнгач ва унга боғлиқ чурраларнинг функционал касалликлари жуда тез-тез кузатилади. Кастен триадаси тез-тез учраб туради (ДҚТЧ, сурункали холецистит, ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги) ва Сейнт (ДҚТЧ, сурункали холецистит, йўғон ичакнинг дивертикулези) триадаларини учратиш одатий ҳол эмас. ДҚТЧ

шаклланишида тортиш механизми муҳим аҳамиятга эга. Бундай ҳолда, чандикли-яллиғланиш жараёни ва унинг юқорига тортилиши натижасида қизилўнғач қисқаради [49; 50; 133; 134;].

ДҚТЧ ҳолатларининг тахминан ярмида диафрагманинг қизилўнғач тешиги чуррасининг клиник кўриниши жуда кичик клиник кўринишлар билан яширин кечиши, қизилўнғач ва ошқозонни рентген ёки эндоскопик текшириш пайтида тасодифий топилиши мумкин. Кўпинча параэзофагиал ДҚТЧлар билан клиник кўринишда юрак аритмиялари (экстрасистолия, пароксизмал тахикардия) ва юрак соҳасидаги оғриқлар (коронар бўлмаган кардиалгия) устунлик қилади, бу диагностик хатоларга ва кардиолог томонидан муваффақиятсиз даволанишга олиб келади [60; 63; 135; 139;].

Параэзофагал ДҚТЧларнинг характерли клиник аломати оғриқ синдромидир. Кўпинча оғриқ эпигастрал соҳада локализация қилинади ва қизилўнғач бўйлаб тарқалади, баъзан оғриқ бел ва курак оралиғида бўлиши мумкин. Баъзида оғриқлар белбоғсимон бўлиб, бу панкреатитнинг нотўғри ташхисига олиб келади. Беморларнинг тахминан 15-20 фоизида оғриқ юрак соҳасида локализация қилинади ва стенокардия ёки ҳатто миокард инфаркти билан адаштирилади. Шуни ҳам ҳисобга олиш керакки, ДҚТЧ ва юракнинг ишемик касалликлари биргаликда келиши мумкин [80; 82; 83; 136;].

ЎТК ёки ўт пуфағида конкрементлар мавжудлиги кўпинча касалликнинг клиник симптомларининг кам намоён бўлиши билан тавсифланади. Ўт пуфағида тошлар булган 60% беморларда ва умумий ўт йўлларида тошлари бўлган 10% беморларда бир неча йиллар давомида жиддий шикоятлар кузатилмаган. Уларнинг 30-50 % да сурункали калкулёз холециститнинг 1-5 йил ичида қисқа вақт ичида тез-тез пайдо бўладиган клиник симптомлари жиддий асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

Ўткир холецистит ва ДҚТЧ билан оғриган беморларда диспептик бузилишлар ва эпигастрал соҳада кучли оғриқлар ушбу патологияларнинг алоҳида кечимига қараганда тез-тез учрайди. Медикаментоз терапияси ўткир холецистит ва ДҚТЧ билан оғриган беморларда паст самарадорликка эга.

ЎТК билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш ДҚТЧ белгиларига биров таъсир қилади, чунки ХЭ дан кейин ДҚТЧ билан оғриган беморларда оғриқ сустлашади ва беморларнинг аҳволи сезиларли даражада яхшиланди, лекин диспептик симптомлар вақт ўтиб яна кучаяди [30; 39; 48; 62; 138;].

ДҚТЧда гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги табиий равишда ривожланади, ушбу аломатлар гуруҳига қуйидагилар киради:

- ошқозоннинг кислотали таркиби билан кекириш, кўпинча сафро аралашмаси билан, оғизда аччиқ таъм ҳосил қилади; овқатдан кейин тез орада пайдо бўлади (кардиофундал чуррада -сезиларли даражада, фиксациясиз кардиофундал ёки фиксациялашган кардиофундал чуррасида – камроқ даражада); ҳаво билан кекириш мумкин;
- регургитация (кайт килиш)– овқатдан кейин пайдо бўлади, одатда горизонтал ҳолатда, кўпинча кечаси ("хўл ёстик" аломати), кўпинча яқинда қабул қилинган овқат ёки кислотали ошқозон таркиби билан содир бўлади, кардиофундал ва кардиал ДҚТЧларига хосдир, қизилўнгачнинг ўз қисқариши, бунда кўнгил айланиши олдиндан пайдо бўлмаган;
- дисфагия-овқатни қизилўнгач орқали ўтказишда қийинчилик, у пайдо бўлиши ва йўқолиши мумкин; ДҚТЧ билан у кўпинча суяк ёки ярим суяк овқат истеъмол қилишда кузатилади ва жуда иссиқ ёки жуда совуқ сувни қабул қилиш, шошилиш овқатланиш ёки травматик омиллар билан пайдо бўлади;
- овқатни ютиш пайтида кўкрак ортида оғриқ пайдо бўлади, ДҚТЧ рефлюкс эзофагит билан асоратланганда пайдо бўлади; эзофагит бартараф этилгач оғриқ камаёди;

-ошқозон қуйишиши, ДҚТЧда бўладиган иккинчи кўп учрайдиган аломат бўлиб ҳисобланади, биринчи навбатда аксиал чурраларда ва кўпинча кечкурун пайдо бўлади. Ошқозон қуйишиши кардия функциясининг етишмовчилигини ва рефлюкс эзофагитининг мавжудлигини кўрсатади. Одатда овқатдан сўнг, танани олдинга егилтирганда ва горизонтал ҳолатда

(кислотали ошқозон таркибининг қизилўнгачга тушиши), шунингдек, қорин соҳасининг таранглиги (қорин бўшлиғи босимининг ошиши) туфайли ва оғир жисмоний меҳнат пайтида пайдо бўлади [54; 64; 139].

Ошқозон куйишиши турли хил интенсивликда бўлиши мумкин-ўртача дан чидаб бўлмас даражагача ("куйишишдан оғрикгача"), беморлар тунда каттиқ куйишиш ва оғрикдан уйғонганда, сода қабул қилиш орқали ошқозон куйишишини енгиллаштиради. Баъзилар содани кечаю кундуз қайта-қайта қабул қилишга мажбур бўлиб, уни кўп миқдорда ўзлаштиради. Рациондаги хатоликдан кейин бир неча кун давомида кучли куйишиш кузатилиши мумкин(кўп аччиқ овқат, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш); ҳикичок ДҚТЧ билан оғриган беморларнинг 3-4 фоизида, асосан аксиал чурра билан оғриган беморларда пайдо бўлиши мумкин, характерли хусусият унинг давомийлиги ва озиқ-овқат истеъмолига боғлиқлигидир; ҳикичокларнинг келиб чиқиши диафрагма асаб толасининг чурра қопи таъсирланиши ва диафрагманинг яллиғланиши билан изоҳланади;

- тилда куйишиш ва оғриқ ДҚТЧда камдан-кам учрайдиган аломат бўлиб, ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак махсулоти таркибининг оғиз бўшлиғига, баъзан эса ҳатто ҳалқумга (тил ва ҳалқумнинг бир хил пептик куйиши) тушиши натижасида юзага келиши мумкин. Тилда оғриқ ва кўпинча овознинг хириллаши кузатилиши мумкин;

-параэзофагил ДҚТЧларнинг нафас олиш тизими паталогиялари билан кўшилиб келиши тез-тез учраб туради-трахеобронхит, бронхиал астма, аспирацион пневмония (бронхоэзофагал синдром) [55; 71; 140;p.143-5; 141;].

Бир вақтнинг ўзида бир қатор тадқиқотларда беморларнинг 50 фоизида ДҚТЧ мавжудлиги асимптоматик кечиши таъкидланади. Текширувда 49 (94,2%) нафар беморда диафрагма қизилўнгач тешигининг сирпанувчи чурраси, 3 (5,8%) нафар беморда параэзофагал чурра аниқланган. ДҚТЧнинг қорин бўшлиғининг бошқа касалликлари билан учраши кўпчилик беморларда топилган. Диафрагманинг қизилўнгач тешигининг чурралари

кўпинча турли хил асоратларга олиб келади - қон кетиш, қизилўнгачнинг чандикли торайишлари, улар ўз навбатида жарроҳлик аралашувни талаб қилади [56; 77; 376-б., 141;].

Шошилинч ургентли касалликлари таркибида етакчи ўринни ўткир панкреатит эгаллайди, бу ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринда туради. Статистик маълумотларга кўра, ўткир панкреатитнинг энгил шакллари 84,7% ни ташкил қилади. Муаллифлар томонидан ишлаб чиқилган диагностика алгоритми ёрдамида ўткир панкреатитнинг гастроэзофагал ниқоби остида юзага келадиган қорин оғриғи синдромининг клиник ҳолатини намоён қилишни кўриб чиқади. Тадқиқот объект ва усуллари. Бемор М., 56 ёшда, шошилинч тиббий ёрдам ходимлари томонидан бир неча марта ёки ўзи мустақил равишда такрорий қорин синдроми билан тиббий муассасаларга олиб борилган. Консерватив даво фонида беморда ўткир панкреатитнинг энгил шаклига хос бўлган қисқа муддатли ижобий динамика кузатилган. Беморни диспансер назоратга олиб бориб, тадқиқотчилар гуруҳи томонидан ишлаб чиқилган алгоритм бўйича чуқур диагностик текширув ўтказгандан сўнг, гастроэзофагал рефлюкс касаллиги, диафрагманинг қизилўнгач тешигининг чурраси аниқланди. Такрорий қорин оғриғи синдроми бўлган беморлар ўткир панкреатит ниқоби остида юзага келадиган бошқа патологияни аниқлаш ва етарли даволанишни таъминлаш учун амбулатория кузатувига муҳтож эди [57; 86; 141; 142;].

Диагностика

Ҳозирги вақтда клиник амалиётда диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси ва рефлюкс эзофагитни ташхислаш учун рентген ва эндоскопик текширувлар, 24 соатлик рН-метрия, қизилўнгач манометрияси, синтиграфия ва ултратовуш текшируви қулланилади. Рентген текшируви асосан диафрагманинг қизилўнгач тешигининг чурраларини ва эзофагитнинг оғир шакллари аниқлаш ва қизилўнгачнинг бошқа шикастланишларини (ўсмалар, стриктуралар) дифференциал ташхислаш учун ишлатилади [58; 71; 142; 143;].

Эзофагоскопия шиллиқ қаватнинг ҳолатини баҳолаш, биопсия ўтказиш ва диафрагманинг қизилўнғач тешиги чуррасининг билвосита белгилари мавжудлигини аниқлаш имконини беради. Манометрия пастки қизилўнғач сфинктерининг ҳолатини ва қизилўнғач танасининг ҳаракатчанлигини баҳолашга имкон беради. Кундалик рН-метрия гастрозофагал рефлюкснинг частотаси ва хусусиятлари ҳақида маълумот олиш имконини беради. Бошқа усуллар билан таққослаганда, такрорий текширув пайтида у энг юқори диагностик сезгирликка (88-95%) ва такрорий текширув олиб бориш имконига (75-84%) эга.

Ошқозон сцинтиграфияси ва суюқликни қабул қилгандан кейин ошқозонни ултратовуш текшируви рефлюкс пайдо бўлишига ёрдам берадиган ошқозонни бўшатиш жараёнининг бузилишини батафсил ўрганишга имкон беради. Эзофагоскопия-бу визуал текширув маълумотлари, шунингдек эндоскоп орқали олинган биопсия материални гистологик ва цитологик текшириш натижалари асосида қизилўнғач ва ошқозон шиллиқ қаватини ўрганишга имкон берадиган энг ишончли тадқиқот усулларида биридир.

Шуни таъкидлаш керакки, фақат диафрагманинг қизилўнғач тешигининг нисбатан катта чурралари визуал равишда аниқланиши мумкин. Hiatus hernia чуррасида фиброэзофагогастроскопиядан фойдаланиш рефлюкс эзофагитини ташхислаш учун кўпроқ қўлланилади. Эндоскопик текширув пайтида бир қатор белгиларнинг бирга келиши беморда қизилўнғач чурра мавжудлигини кўрсатади. Бу белгилар: қизилўнғач-ошқозонга ўтиш соҳасидаги масофанинг камайиши, чурра дарвозасининг борлиги, кардияни ретроград текшириш давомида " воронкалар " аниқлаш, ошқозон шиллиқ қаватининг қизилўнғач ичига пролапси [61; 75; 146; 147;].

Сўнгги пайтларда 24 соатлик рН-метрияси қизилўнғачни зарарланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин бўлган симптомларни дифференциал ташхислаш учун тобора кўпроқ қўлланилмоқда. Беморнинг баъзи шикоятларининг келиб чиқишини аниқлашга имкон берадиган муҳим

кўрсаткич (масалан, кўкрак қафасидаги оғриқ, йўтал, ошқозон куйишиши). Энг катта клиник аҳамиятга эга бўлган ҳолат ноаниқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқдир. Бу стенокардия, мушак-скелет тизимининг шикастланиши, асаб тизими, ўпка, рефлюкс эзофагит, ошқозон яраси, холецистит, психологик касалликлар билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Стенокардияга ўхшаш кўкрак қафасида оғриқ бўлган беморларнинг 30%да рентгенокоронаграфия пайтида меъёр ҳолат кузатилади. Бундай беморларнинг тахминан ярмида оғриқнинг сабаби рефлюкс эзофагитидир. Олимлар назоратдаги 50 нафар беморнинг 23 нафарида кўкрак қафасида оғриқ бўлган беморлар текширилганда қизилўнгач муҳитининг ишқорлик томондан кислотали томонга силжишини аниқладилар. Қизилўнгачга хлорид кислотаси рефлюкси бўлган ва тадқиқот давомида кўкрак қафасидаги оғриқни бошдан кечирган 13 нафар беморнинг 12 нафарида бу ҳолат рефлюкс пайтида пайдо бўлган [1; 64;].

Ташхиснинг қийинлиги, шунингдек, рефлюкс-эзофагит билан оғриган беморларнинг 10 фоизида касалликнинг ягона намоён бўлиши кўкрак қафасидаги оғриқ бўлиб ҳисобланади, бу стенокардия бўлгани каби жисмоний машқлар билан зўриқиш пайтида пайдо бўлиши мумкин. Шунинг учун қизилўнгачда бир вақтнинг ўзида рН ни аниқлаш ва холтер мониторингини ўтказиш тавсия этилади. Ушбу мақсадлар учун бир вақтнинг ўзида 24 соат давомида ЭКГ, қизилўнгачидаги рН, босимни қайд этишга имкон берадиган махсус қурилмалар ишлаб чиқарилади ("MicroDigitrapper 4MB, ECG").

Компьютер томографияси сўнгги йилларда ДҚТЧ диагностикаси бўйича махсус тадқиқотлар усули бўлди. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғининг юқори қаватининг серияли компьютер томограммалари фронтал ва сагиттал бўлимларда амалга оширилади. Ушбу техника туфайли бемор М. учун қизилўнгач-аорта индекси ҳисоблаб чиқилган. қизилўнгачнинг абдоминал қисмининг ўртача даражасида индекс қизилўнгач абдоминал бўлими майдонининг аортанинг қорин қисми майдонига нисбати сифатида

ҳисобланган. Ушбу беморнинг ҳисоб-китоблари туфайли, меъёрий кийматлар шароитида у 1,0 дан паст бўлиши керак эди, лекин индекс ушбу беморда 1,0 дан ошди. Қизилўнгачнинг абдоминал қисми меъёрий анатомиясига кўра, компьютер- томография бўлимларида бўшлиқ йўқ, ДҚТЧ ҳолатида эса у мавжуд бўлиб ҳисобланади. Ушбу беморда бўшлиқ 1,2 см² ни ташкил этди, бундан ташқари, меъёрий анатомия учун хос бўлмаган шиллик қаватнинг бурмалари бўшлиқда визуализациялашган. Бундан ташқари, суратларда диафрагманинг шаклланган оёқлари йўқ, юқоридагилар билан боғлиқ ҳолда ташхис қўйилган: ДҚТЧ. ГЭРК. Рефлюкс -эзофагит 1 даража. ЎТК. Ўткир калкулёз холецистит[3; 66;].

ДҚТЧ ва ЎТХ бирга келганда жарроҳлик аралашув амалга оширилди: лапароскопик холецистектомия ва унинг Гиса бурчагини лапароскопик тузатиш. Етти кундан сўнг, бемор амбулатория шароитида даволаниш учун чиқарилди. Бемор жарроҳнинг диспансер назоратида эди, оғриқнинг пайдо бўлиш ҳолатлари кузатилмаган. Ишлаб чиқилган диагностика алгоритми туфайли такрорий абдоминал синдроми билан тиббий ёрдамга қайта мурожаат қилган беморлар гуруҳи аниқланди[4; 67;].

ДҚТЧ ташхисини қўйишда контраст билан ошқозон рентгенограммасини, инверсия билан ВЭГДС ва контрастни кучайтирмасдан КТ ўтказишдан иборат кенг қамровли текширув зарур [5; 68;].

Шундай қилиб, агар эзофагитга шубҳа қилинган бўлса, аввал рентген ва эндоскопик текширувлар ўтказилиши керак. Агар эзофагит белгилари аниқланса ва қизилўнгачнинг бошқа касалликлари чиқариб ташланса, манометрия ва 24 соатлик рН-метрия ўтказиш керак, бу гастроэзофагиал рефлюкснинг мавжудлиги ва хусусиятларини аниқлашга имкон беради. Кейин рефлюкс эзофагитининг ривожланишига олиб келган омиллар ва механизмларни аниқлаш учун сцинтиграфия ва ултратовуш текшируви ўтказилади[6; 69;].

1.4. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси ўткир холецистит билан бирга келганда жарроҳлик даволаш

Ҳозирги вақтда тиббий маълумотларни интеллектуал таҳлил қилиш усулларида фойдаланган ҳолда ишлаб чиқилган алгоритмларга асосланган компьютер қарорларини қўллаб-қувватлаш тизимлари алоҳида ривожланмоқда. Маълумки тиббий қарорлар қабул қилишда билим етишмаслиги, чекланган вақт ресурслари, кўп сонли ваколатли мутахассисларни жалб қила олмаслик, беморнинг аҳволи тўғрисида нотўлиқ маълумот ва бошқалар каби муаммолар катта аҳамиятга эга.

Шошилиш жарроҳликда компьютер қарорларини қўллаб-қувватлашнинг турли усулларида кенгроқ фойдаланиш зарурати мавжуд. Қарорларни қўллаб-қувватлаш тизимлари жарроҳга фавқулодда вазиятларда ўзининг прогностик ва диагностик тахминларини текширишга ва мураккаб шошилиш клиник ҳолатларда сунъий интеллектдан фойдаланишга имкон беради. [7; 70;].

ДҚТЧни даволаш усулини танлаш ва рефлюкс эзофагит асосан ташхиснинг аниқлиги, чурра катталиги, клиник кўринишнинг оғирлиги ва қизилўнгач шиллиқ қаватининг шикастланиш даражаси билан белгиланади. Эзофагити бўлмаган беморларда даволашнинг мақсади кислота рефлюкси билан боғлиқ аломатларни (ошқозон куйишиши, баъзида кўкрак ортидаги оғриқ) бартараф этишдир. Эзофагит мавжуд бўлганда даволаш нафақат касаллик аломатларини тўхтатиш ва яллиғланишни бартараф этиш, балки эпителийнинг стриктураси ёки метаплазияси (Barrett қизилўнгач) каби асоратларни ривожланишининг олдини олиш учун ҳам амалга оширилади [8; 71;].

Ҳозирги босқичда беморларга механик ва кимёвий тежамкор парҳез, вақт-вақти билан (кунига 5-6 марта) ётишдан 3-4 соат олдин охирги овқат билан овқатланиш, тўшакнинг бош учини кўтариб ухлаш тавсия этилиши керак. Тўшакнинг бош учини таянчлар ёрдамида 15 см га кўтариш рефлюкс интенсивлигини сезиларли даражада пасайишига ёрдам беради ва

самарадорлиги бўйича кунига 150 мг 2 марта ранитидин билан даволаш билан таққосланади. Фақат бошни кўтариш шарт эмас, чунки бу қорин бўшлиғи босимининг ошишига олиб келади ва рефлюксияни ёмонлаштириши мумкин [9; 49; 72;].

Беморларга ошқозон секрециясини кучайтирувчи дориларни (кофеин, кучли чой ва қаҳва, кортикостероидлар), ошқозон шиллиқ қаватига ножўя таъсир қилувчи дориларни (аспирин, бутадион ва бошқалар) қабул қилишнинг ўта исталмаганлиги ҳақида маслаҳат бериш керак; пастки қизилўнгач пастки сфинктерининг тонусини пасайтирадиган дорилар ва маҳсулотларни (антихолинэргик дорилар, р-адренэргик дорилар, калций каналларини блокловчи дорилар, шоколад, ёғлар, нитратлар, ксантин ҳосилалари) рациондан чиқариб ташлашни тавсия этиш лозим. Чекиш ва спиртли ичимликлардан воз кечиш ва тана вазнини камайтириш зарурий шартдир. Дори-дармонлар билан даволаш маълум гуруҳларнинг дори-дармонларини қабул қилишдан иборат. Антацидлар ва алгинатлар ифода этилмаган ва кам учрайдиган клиник симптомларни бартараф этиш учун ишлатилиши керак [10; 11; 73; 74;].

ЎТКнинг тарқалиши ва унинг ўсиш тенденцияси туфайли холелитиаз бўйича операциялар сони бўйича, шунинг учун холецистектомия ҳозирда операциялар сони бўйича аппендектомиядан кейин дунёда иккинчи ўринни эгаллайди. Мисол учун, АҚШда холецистектомия жарроҳлик амалиёти кенг тарқалган операция бўлиб, ҳар йили 500 мингдан ортиқ жарроҳлик амалиёти амалга оширилади. Россияда 110 мингдан ортиқ беморлар холецистектомия қилинади. Шунинг учун ЎТКнинг ташхислаш ва даволаш муаммоси нафақат тиббий, балки муҳим ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга бўлди. Сурункали калкулёз холецистит ЎТКнинг асосий клиник тури ҳисобланади. ЎТ коликасининг биринчи хуружидан сўнг, ҳар сафар у оғир ва узоқ давом этади, шунинг учун биз беморлар поликлиника шифокорларига мурожаат қила оладиган сурункали калкулёз холецистит ҳақида гапиришимиз мумкин [11; 74;].

Олимлар суный интелектдан ўткир холециститда лапароскопик киришдан лапаротомияга ўтишни башорат қилувчиларни аниқлаш учун ишлатилган. Башоратловчи моделлар ўткир холецистит учун лапароскопик холецистектомия қилинган 225 беморнинг маълумотлари асосида анъанавий статистик усуллар ёрдамида танланган. Тўғридан-тўғри логистик регрессия, тўғридан-тўғри чизикли дискриминант таҳлил ва суный интелект нейронлари бизга 0%, 27% ва 100% ҳолларда конверсияни башорат қилишга имкон берди; салбий башорат мос равишда 80%, 85,5% ва 97% да берилган ва тасдиқланган [12; 13; 75; 76;].

Проспектив синовларда 0%, 25% ва 67% ҳолларда конверсияни ва 82%, 88% ва 94% да конверсияни башорат қилган. Муаллифларнинг фикрига кўра, башоратнинг юқори даражадаги ишончлилигининг бирламчи лапароскопиясиз тўғридан-тўғри очик холецистектомия тўғрисида қарор қабул қилиш имкониятларини очиқ беради. [13; 55; 76; 81;].

Сўнгги йилларда, 2013 йилдан 2017 йилгача турли хил жарроҳлик патологиялари (холецистит, вентрал ва ички чурралар, кичик тос аъзолари касалликлари ва бошқалар.) семизлик бўлган 164 нафар беморда даволанган. Семизликда энг кенг тарқалган қорин бўшлиғи ва қорин деворининг хирургик касалликлари ўт тош касаллиги, сурункали ёки ўткир холецистит, вентрал чурралар, гастроэзофагал рефлюкс касаллиги, унинг сабаби диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари ва бошқалар эди.

Ўт тош касаллигида, 62 ҳолатда лапароскопик аралашув, 4 нафар беморда анъанавий холецистектомия қилинган. Биз лапароскопик гастропликациянинг асл усулини таклиф қилдик, бу операциядан кейинги хавфларни камайтиради ва семизлик билан оғриган беморларда комбинацияланган аралашувлар кўламини кенгайтиради (хусусан, бир вақтнинг ўзида абдоминопластикани амалга ошириш учун).

Муаллиф ўз тажрибасига асосланиб, лапароскопик гастропликация вазн йўқотишнинг бошқа чекловчи усуллари каби самарали деган хулосага келади. Унинг афзалликлари: анча арзон, камроқ асоратлар (0,6%), охирги 31

йил ичида такрорий вазн ортиши атиги 12% ҳолатларда, оддий тикланиш режаси. Агар керак бўлса, усул қайта тикланади, шунингдек, вазн йўқотиш етарли бўлмаган тақдирда қўшимча малабсорбция усуллари (икки босқичли операция) қўллашни истисно қилмайди. Семиз бўлган беморларни даволашда лапароскопик гастропликациянинг тавсия этилган усули оддий, тежамкор, асоратлар сонини камайтиришга ва даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам беради [80;].

Жарроҳлик ривожланишининг замонавий босқичи минимал инвазив усулларни ишлаб чиқиш ва клиник амалиётга жорий этиш билан тавсифланади. Бугунги кунда лапароскопик холецистектомия (ЛХЭ) холелитиазни (ЎТК) даволашда олтин стандарт ҳисобланади. Бироқ, жарроҳлик фанининг технологик компонентининг кейинги ривожланиши бошқа минимал инвазив технологияларнинг пайдо бўлишига олиб келди. Улардан энг кенг тарқалгани битта портли лапароскопик жарроҳлик усулидир (SILS –Single Incision Laparoscopic Surgery) [81;].

Бир портли холецистектомиянинг ўзига хос хусусияти триангуляциянинг ўзига хос хусусияти бўлиб, у "асбоблар тўқнашуви"ни олдини олиш учун махсус кўникмаларни талаб қилади. Анъанавий 4 портли ускуналарнинг қулайлигини йўқотмасдан максимал косметик таъсирга эришиш учун Т. Kuroki ва унинг ҳаммуаллифлари 2011 йилда SILS техникасининг усули ва қўшимча троакар қўшилиши билан бирлаштиришни таклиф қилишди. Ушбу технология "SILS +"деб номланган. 2013 йилда ГБУЗ МО "Дмитров шаҳар шифохонаси" давлат университети жарроҳлик бўлимида холецистектомиянинг бир портли усули синовдан ўтказилди.

Жарроҳлик аралашувини амалга ошириш учун битта портли ENDOCONE® S-PORTAL, Karl Storz,, Германия ва коаксиал эгилган Cushteri асбоблари тўплами ишлатилган. Кириш киндик ҳалқаси орқали терининг 3 см бўйлама кесмаси орқали амалга оширилди. Порт визуал назорат остида бошқарилди, бу эса мумкин бўлган асоратлар хавфини камайтирди. Ягона портли холецистектомиянинг салбий томони-бу кичик кўриш бурчаги ва бир

хил текисликдаги асбобларнинг "тўқнашуви" бўлиб, уни махсус эгилган асбоблар ёрдамида ва 5 мм узунликдаги узун қиррали оптикадан фойдаланилган. Муаллифлар ўт пуфагининг пастки қисмини чоклар билан қўшимча тикишдан фойдаланмаганлар. Ўт пуфаги порт орқали олиб ташланди, юқори қопқокни демонтаж қилгандан сўнг, бу қийинчиликларга олиб келмади [83;].

Кало учбурчагининг анатомик хусусияти билан боғлиқ мавжуд техник қийинчиликлар бўлса, эпигастрияга қўшимча 5 мм диссекцион троакар киритилди. Тадқиқот материаллари уй-жой коммунал хизматлари билан касалланган 19 нафар ЎТК билан касалланган аёлларни даволаш натижаларини ташкил этди. SILS усули бўйича 11 та операция, SILS + усули бўйича 8 та операция бажарилди. Беморларнинг ўртача ёш 38 ёшни ташкил этди. Ўртача тана массаси индекси 24,4 (18,3 дан 32,6 гача) кг/м² ни ташкил этди. Ўртача операция вақти 85 дақиқа. Операциядан кейинги давр барча беморларда муаммосиз ўтди [84;].

Битта интраоператив асорат қайд этилди-анъанавий лапароскопияга ўтишни талаб қиладиган ўт пуфаги артериясидан қон кетиш, очик жарроҳлик усулига ўтишга ҳожат йўқ эди. Ушбу операциялар давомида операциядан кейинги асоратлар бўлмаган. 1-куни беморлар фаоллашди, 2 — куни-деярли тўлиқ жисмоний ва ижтимоий мослашув ва одатдаги ҳаёт ритмига қайтиш, бу беморларни амбулатория режимида ўтказишга имкон берди. Барча беморлар қўшимча тери кесмаларининг йўқлиги натижасида эришилган ажойиб косметик таъсирни қайд этишди [85;].

1.5.Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси билан бирга келган ўткир холециститда эндовидеохирургик аралашувлар

Жарроҳликнинг замонавий ривожланишида маҳаллий оғриқсизлантириш остида видеолапароскопик текширувлар, эндотрахеал оғриқсизлантириш остида видеолапароскопик текширувлар билан алмаштирилди. Тасвирни монитор экранига ўтказиш қобилияти нафақат ёрдамчилардан турли хил

манипуляцияларни бажаришга имкон берди, балки кўрганларини коллегиял муҳокама қилиш имкониятини ҳам берди. Видеолапароскопик жарроҳлик устувор аҳамиятга эга, аммо бунинг учун кўрсатмалар ва мониторинглар аниқланган, уларга риоя қилиш шоякинча патологияда ушбу усулни қўллаш билан боғлиқ салбий оқибатларнинг олдини олишга имкон берди. Комбинацияланган жароҳатлар учун видео лапароскопия диагностика хатоларни камайтиради, таъхис қўйиш вақтини қисқартиради ва беморлар учун минимал жароҳат билан етарли терапевтик чораларни кўришга имкон беради [86; 87;].

Минимал инвазив эндовидеохирургик усулларнинг пайдо бўлиши билан бир вақтда операцияларни жарроҳлик амалиётига фаолроқ киритиш ва улар учун кўрсатмаларни кенгайтириш имконияти масаласи айниқса долзарб бўлиб қолди. Лапаротомия операцияларига нисбатан лапароскопик усулларнинг бир қатор шубҳасиз афзалликлари, қўплаб тадқиқотлар билан тасдиқланган (травматик жарроҳлик аралашувни камайтириш, операциягача ва операциядан кейинги асоратларни камайтириш, касалхонада бўлиш ва вақтинча ногиронлик муддатини қисқартириш, операциядан кейинги ўлимни камайтириш) қўшилиб келган касалликларни даволаш натижаларини яхшилаш учун кенг истиқболларни яратади [87; 107;].

Симултант операциялар ҳозирда жарроҳлик фаолиятининг кундалик қисмига айланди. Улар замонавий, асосли ва самарали жарроҳлик муолажалардир, бу ерда замонавий кам инвазив технологиялар кенг қўлланилади. Бизнинг тадқиқот натижаларимиз шуни кўрсатдики, қўшилиб келган жарроҳлик аралашувлар, айниқса битта операцион киришдан амалга оширилганлар, битта асосий касаллик учун қилинган аралашувларга нисбатан операциянинг оғирлигини бировз оширади. Симултант операциялар жиддий операцион асоратларга олиб келмаслиги жуда муҳимдир [88; 100;].

Қозоғистон олимлари томонидан яратилган мақолаларда (2022) қорин бўшлиғи аъзолари эндовидеохирургик симултант жарроҳлик амаллари муҳокама натижалари тасвирланган. Комбинацияланган патология

жарроҳлик профилига эга бўлган ҳар учинчи беморда учрайди, аммо парадоксал равишда, кўп сонли клиник кузатувларга қарамай, жарроҳлик аралашувни талаб қиладиган патологияси бўлган беморларнинг атиги 6 фоизда бир вақтнинг ўзида операциялар ўртача амалга оширилади, ЖССТ маълумотларига кўра, бунга эҳтиёж 20-30% ни ташкил қилади [89; 90;].

Замонавий минимал инвазив технологиялардан фойдаланган ҳолда симулант операциялар асосли ва самарали жарроҳлик аралашувлардир. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, операциядан кейинги асоратлар кўпинча ўрта ва кекса беморларда учрайди. Бу кўпроқ йўлдош касалликларнинг мавжудлиги билан боғлиқ. Симулант операцияларни бажариш учун зарур бўлган вақт ҳар бир операцияни алоҳида бажариш учун зарур бўлган умумий вақтдан кам эканлиги аниқланди. Аммо шуни эсда тутиш керакки, симулант операцияларнинг муҳим афзалликларига қарамай, улар қатъий кўрсатмалар ва юқори малакали жарроҳ томонидан бажарилиши керак.

Рус олимларининг тадқиқотларида, ГЭРК билан оғриган беморларда ДҚТЧнинг қўшилиб келганда Nissen бўйича лапароскопик жарроҳлигини янги эндовидеохирургик модификацияси билан таққослаш натижалари қиёсий таҳлили ўтказилди. Модификациялаштирилган лапароскопик фундопликацияни амалга ошириш ГЭРКнинг клиник кўринишини ишончли тарзда йўқ қилиш, шунингдек, дисфагия синдроми каби операциядан кейинги ўзига хос асоратларни камайтириш орқали беморни даволаш натижаларини яхшилашга имкон берди ва беморларнинг ҳаёт тарзини яхшилади [135;].

Ўткир холециститни даволаш тактикаси бемор касаллигининг оғирлигига қараб, ҳам асосий, ҳам бирга келадиган патологиянинг оғирлиги туфайли белгиланади. Жарроҳлик ва анестезиологик хавфи юқори бўлган беморларда биз босқичма-босқич даволанишни қўлаймиз: кам аралашув (ултратовуш текшируви остида ўт пуфагини дренажлаш) ва яллиғланиш белгилари пасайгандан сўнг лапароскопик холецистектомия амалга оширилади. Хуруж бошланганидан эрта (3 кунгача) қабул қилинган ёндош

касалликлари бўлмаган беморлар шошилиш кўрсатмалар асосида лапароскопик холецистектомия жарроҳлик амаллари ўтказилади [136;].

МДХ олимларининг тадқиқотларида (2019) диафрагма қизилўнгач тешигининг кардиофундал ва субтотал чурраларини эндовидеохирургик даволашни ўрганган. Муаллифлар диафрагманинг қизилўнгач тешигининг кардиофундал ва субтотал чурраси бўлган беморларни текшириш, операциядан олдин тайёрлаш ва жарроҳлик даволаш алгоритмларини ишлаб чиқдилар. Эндовидеохирургик киришдан фойдаланишни ҳисобга олган ҳолда антирефлюкс жарроҳлик амалининг энг мақбул ва самарали усули ҳам аниқланди [93;]

Диафрагманинг қизилўнгач тешигининг кардиофундал ва субтотал чурраси бўлган беморларни жарроҳлик даволашнинг техник хусусиятлари кўрсатилган. Диафрагманинг қизилўнгач тешигининг катта чурраси бўлган беморларда қорин бўшлиғи органларига комбинацияланган жарроҳлик аралашувларни ўтказиш асоратлар сонининг сезиларли даражада камайишига ёки касалхонага ётқизиш давомийлигининг қисқариши кўрсатилган. Шунингдек, эндовидеохирургик кириш битта қизилўнгач-аорта ойнаси бўлган беморларни жарроҳлик даволаш учун ишлатилиши мумкинлиги қайд этилди. Муаллифнинг сўзларига кўра, ДҚТЧ учун жарроҳлик даволашнинг асосий вазифалари: рефлюкс эзофагитни даволаш (антирефлюкс манжетини яратиш) ДҚТ кенг нуқсонини бартараф этиш [94;].

Тўғри шаклланган манжет диафрагманинг тепасида ёки остида жойлашган ҳолда етарли даражада ишлайди. Манжетни диафрагма билан маҳкамлаш нотўғри бўлиб, доимий оғриқ синдромига олиб келади ва операциядан кейинги қизилўнгач қисқариши фонида манжетнинг силжиши ёки тескари айланишининг асосий сабаби ҳисобланади. Аллотрансплантатларни ўрнатиш операциядан кейинги даврда нафас олиш ва ютиш пайтида ҳаракатланувчи тўрнинг чиқиши билан боғлиқ асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Орқа крурофия-бу фақат операциядан кейинги

даврда ДҚТнинг диаметрини қизилўнгач тешигининг катталигидан қатъий назар, амалга ошириладиган энг хавфсиз усулдир [95; 110;].

Эндовидеохирургик кириш кардиофундал, субтотал ва тотал ДҚТЧларини даволаш учун ҳисобланади. Анъанавий ва лапароскопик ёндашувлардан кардиофундал ва субтотал ДҚТЧлар билан оғриган беморларда фундопликация ёки гастропликация учун кўрсатмалар ишлаб чиқилган [96;]

Кўпгина олимлар (2009) абдоминал оғриқ муаммосини ва қарияларда шошинч жарроҳлик ҳолатларини дифференциал диагностикасини ўрганади. Касалхоналарнинг жарроҳлик бўлимларида кекса беморларни касалхонага ётқизишнинг энг кенг тарқалган сабаби қорин оғриғи — қорин бўшлиғининг шошинч касалликларининг асосий белгиси, кўпинча панкреатодуоденал соҳанинг ўткир патологияси (ўткир холецистит, холедохолитиаз ва механик сариклик, ўткир панкреатит, шу жумладан деструктив ҳолатлар), ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ошқозон яраси, тешилиш билан асоратланган, пенетрация ёки ошқозон чиқиш соҳасининг стенози, вентрал чурранинг қисилиши ёки ичак тутилиши билан асоратлари, йўғон ичак ўсмаси ёки қорин бўшлиғининг чандиқли касалликлари [97;].

Ушбу касалликларнинг барчаси жарроҳлик аралашувни талаб қилади, кўпинча ҳаётий сабабларга кўра, жарроҳлик учун танлов ва алтернатива бўлмаганда. Кўпинча, ошқозон-ичак тракти касалликларидан ташқари, қорин оғриғи деярли барча тизимларнинг касалликлари билан бирга бўлиши мумкин. Энг муҳим диагностика чораларидан бири ултратовушни юқори маълумотли ва айти пайтда қулай ва хавфсиз усул сифатида кўриб чиқиш керак. Клиник кўринишни таҳлил қилиш билан биргаликда ултратовуш маълумотлари дифференциал ташхисни тезлаштиришга, тўғри ташхис қўйишга, даво чора- тадбирларнинг зарур тактикасини аниқлашга ёрдам беради.

Кекса ва ёши улуг беморларга нисбатан ноинвазивлик ва юқори маълумотга эга бўлган физикал текширув маълумотлари етарли бўлмаганда ва беморнинг аҳволининг оғирлиги бошқа текширув усулларига мурожаат қилишга имкон бермаса ёки улар диагностик жиҳатдан унчалик аҳамиятли бўлмаса, бошқа усул тавсия қилиади. Ультратовуш текшируви жигар, ўт йўллари, ошқозон ости беzi касалликларини, шу жумладан шошилиш жарроҳлик ёрдами талаб қиладиган касалликларни ташхислашда муҳим аҳамиятга эга: ўткир холецистит, холедохолитиаз, механик сариклик, ўткир деструктив панкреатит[100;].

Шундай қилиб, адабиёт тадқиқотлари маълумотлари шуни кўрсатадики, ўткир холецистит билан биргаликда ДҚТЧнинг муаммоси замонавий гастроэнтерологияда илмий тадқиқотларнинг устувор йўналиши бўлиб, унинг вазифалари касалликни консерватив ва жарроҳлик даволаш усулларини оптималлаштириш, самарали профилактика воситаларини ишлаб чиқиш ва амалга оширишдир. ДҚТЧ шаклланишининг бирламчи профилактикасидан бошлаб чора-тадбирлар, беморларни тиббий ёрдам учун ўз вақтида даволаш ва қабул-диагностика бўлимида тўлиқ ташхис қўйиш замонавий жарроҳликда беморларга жарроҳлик аралашуви натижаларида ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Бугунги кунга қадар ЎТК ва хусусан ўткир тошли холецистит (ЎТХ) билан касалланган ва беморларда ДҚТЧ ва рефлюкс эзофагитини ҳам бор беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш масалалари етарлича ўрганилмаган ва ҳал қилинмаган. Хирургик амалиётларини алоҳида бажарилиши сайин, жарроҳлик даволашнинг асоратлари ва қониқарсиз натижалари сони тобора ортиб бормоқда. Юқоридагилар шуни кўрсатадики, диафрагманинг қизилўнгач тешигининг чурраси билан биргаликда ЎТХни жарроҳлик даволаш муаммоси қўшимча ўрганишни талаб қиладди.

II БОБ. МАТЕРИАЛЛАР ВА МЕТОДЛАР.

§ 2.1. Ўткир тошли холецистит (ЎТХ) ва диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси (ДҚТЧ) бор беморларнинг клиник хусусиятлари

Илмий иш Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти “Хирургик касалликлар ва реанимация” кафедраси клиник базасида хисобланган I - II шошилиш жарроҳлик бўлимларида 2017 йилдан 2024 йиллар давомида олиб борилган.

Бундай беморларни текшириш учун лаборатория ва инструментал текшириш усуллари қўлланилди. Диагностика алгоритмига клиник ва лаборатория тадқиқотлари усуллари, қорин бўшлиғи аъзоларини ультратовуш текшируви ва эндоскопик, ката дуоденал сўргич (КДС) ҳолати, ошқозон-ичак трактини юқори қисми эндоскопик текширишлари, МСКТ, ошқозон-ичак трактининг рентген контрастли текшириш усуллари кўрсатмаларга асосан бажарилган.

Текшириш беморлари 2 гуруҳга бўлиб ўрганилган. I-гуруҳга ўткир тошли холецистит билан турли вақтда операция қилинган (холецистэктомия) лекин диспептик шикоятлари бор беморлар киритилди (n=35). Бу беморлар операциядан кейинги даврда турли диспептик симптомлари бор ҳолда шикоят қилиб келди: зарда қайнаш, қорин дам бўлиши, оғиз аччиқ бўлиши, овқат қабул қилгандан кейин тўш остида оғриқ, кекириш. Ушбу гуруҳ беморлар орасидан юқорида кўрсатилган инструментал текшириш усуллари ўтказилганда диафрагманинг қизилўнгач чурраси (ДҚТЧ) ва турли даражада ривожланган рефлюкс-эзофагит ва ГЭРК аниқланди. Бу беморларда клиник белгиларга асосан ретроспектив касаллик тарихлари юзасидан ва ҳозирги ҳолати юзасидан текширишлар олиб борилди. II-асосий гуруҳ беморлар (n=49) ЎТХ билан мурожаат қилиб келган ва шикоятларида асосий хуруж симптомларидан ташқари, узоқ вақт диспептик симптомлар билан аъзият

чеккан беморларда, қўшимча равишда, юқорида кўрсатилган инструментал текшириш усуллари ўтказилган холда турли даражада ривожланган ДҚТЧ бор беморлар ажратиб олинди.

Жинсий фарқ бўйича аёллар (36 эркак ва 48 аёллар) устунлик қилди. беморларнинг ёшига қараб ва жинси бўйича тақсимланиши 2.1-жадвалда келтирилган.



Жаҳон Соғлиқни сақлаш Ташкилотининг таснифи бўйича ажратдик: 18 - 44 ёш, 45 - 59 ёш - ўрта ёш; 60 - 74 ёш - қарилик, 75 - 90 ёш - қарилик ёш, 90 ёшдан катта – узоқ яшовчилар.

2.1-жадвал.

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши.

Возраст (лет)	Эркаklar		Аёллар	
	Гурух I	Гурух II	Гурух I	Гурух II
18 - 44	1	1	-	3
45 - 59	10	12	15	17
60 - 74	7	5	2	11
75 - 90	-	-	-	-
Всего	18	18	17	31

Беморларни тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилар бўлди: ГЭРБ ва эзофагитининг клиник белгилари эндоскопик ва рентгенологик тасдиқланган ва ўткир холецистит ташхис қўйилган беморлар олинди.

I-гурух беморлар орасида 17(48,5%) аёллар ташкил қилди, эркаклар 18(51,5%) ташкил қилди. Асосан беморлар 45-59 ёш оралиғида (25 бемор).



II-гурух беморлар орасида ҳам аёллар кўпчиликини ташкил қилган бўлса 31(62,3%), эркаклар 18 (36,7%) ташкил қилди. Бу гуруҳдан ҳам аксарият беморлар 45-59 ёш оралиғида (29 бемор).



Биринчи гуруҳ беморларда бажарилган холецистэктомиялар (ХЭК) 25(71,4%) та ЛХЭК ва 10(28,6) тасида ТХЭК бажарилган. Операцияларни бажарилганлик муддати 3 ойдан 5 йилгача.

Операциядан кейин ушбу беморларнинг барчасида безовталиқ ва юқорида айтилган шикоятларнинг борлиги сабабли антисекретор терапия тавсия этилган. Чуқур инструментал текширишлар олиб борилганига қарамадан ДҚТЧ аниқланмаган. Барча беморларда рефлюкс эзофагитнинг

консерватив терапияси вақтинчалик таъсир кўрсатди. Терапия тўхтатилгандан сўнг симптомлар қайтган.

Иккала гуруҳ беморларда рефлюкс эзофагит клиник ва эндоскопик йўл билан ташхис қўйилди. Эзофагитларни тасниф беришда дунёда кенг тарқалган M.Savary и G.Miller таснифидан фойдаландик.

M.Savary и G.Miller куйидагича куриниш олган:

I даража-экссудатли ёки экссудатсиз бир ёки бир нечта бирлашмайдиган қизил ясси доғлар.

II даража - қизилўнгачнинг дистал қисмида эрозив ва экссудатив патологик ўчоқлар бир-бири билан бирлашган бўлиши мумкин, аммо циркуляр қопламаган.

III даража-қизилўнгачнинг дистал қисмида геморрагик ва псевдомембраноз экссудат билан қопланган ясси айлана эрозиялар.

IV даража-Баррет метаплазияси билан чуқур яра, қизилўнгач стенози, чандиғи каби сурункали асоратларнинг мавжудлиги.

2.2-жадвал

M.Savary и G.Miller таснифи бўйича рефлюкс эзофагитнинг оғирлигига қараб беморларнинг тарқалиши, 1978 йил

Рефлюкс эзофагитининг оғирлиги	Беморлар сони (n=84)	
	I – гуруҳ (n=35)	II – гуруҳ (n=49)
I	5(14,3%)	9 (18,4%)
II	25(71,4%)	37(75,5%)
III	3(8,5%)	3(6,1%)
IV	2(5,7%)	-
жами:	35(100%)	49(100%)

Иккала гуруҳдаги беморларга эндоскопик тасниф бўйича турли оғирликдаги рефлюкс эзофагит ташхиси қўйилган (M.Savary и G.Miller 1973).

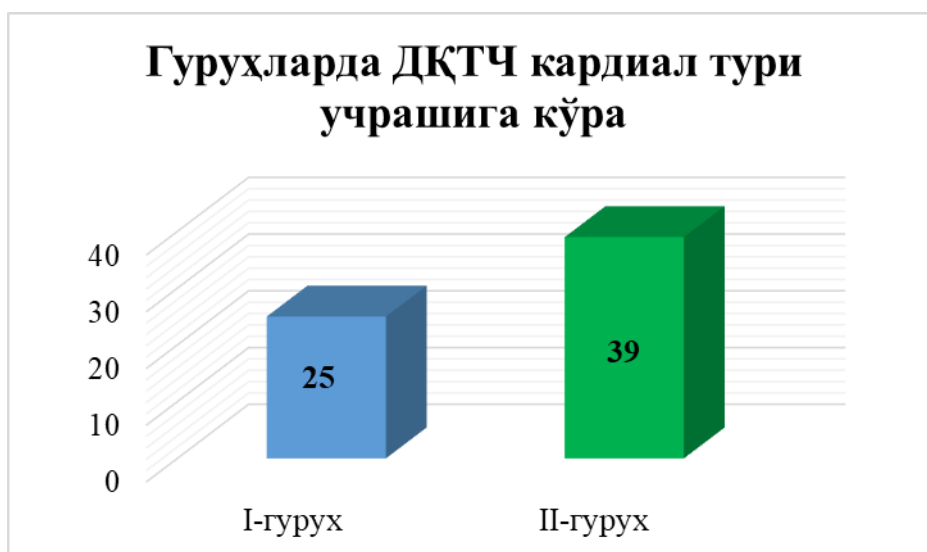
Аксарият ҳолларда енгил ва ўртача оғирликдаги эзофагит ташхиси қўйилган. M.Savary и G.Miller таснифи бўйича рефлюкс эзофагитининг оғирлигига қараб беморларнинг тарқалиши 2.2-жадвалда келтирилган.

Эзофагитнинг ривожланиш даражасига қараб, асосан 2 даражали эзофагит I-гурухда 25(71,4%), II – гурухда 37(75,5%) ташкил қилган бўлса, 1 даражали эзофагитлар I-гурухда 5(14,3%), II – гурухда 9 (18,4%) ташкил қилди.

Иккала гурухдаги беморларнинг касаллик анамнезидан ва инструментал текшириш натижаларига кўра ДҚТЧ ҳар хил даражада ривожланганлик даражасида аниқланган. Шунини таъкидлаш керакки, биринчи гурухнинг 6(17%) беморида холецистэктомия қилишдан олдин ҳам ДҚТЧ борлиги касаллик тарихидаги кўчирмадан маълум бўлган, 29(83%) да иккинчи маротаба бизга мурожаат қилган пайтда ва мақсадли текширилган пайтда аниқланди.

Беморларнинг аксариятига диафрагманинг қизилўнғач тешигининг кардиал ва кардиофундал чурраси ташхиси қўйилган (1.3-жадвал).

Беморларда I-гурухда ДҚТЧ кардиал тури 25(71,4%) беморда, II-гурухда эса 39(79,9%) ташкил қилди.



2.3-жадвал

Б.В. Петровский ва Н.Н. Каншиннинг 1965 йилдаги таснифи бўйича беморларни ДҚТЧ турлари бўйича тақсимлаш.

ДҚТЧ турлари	Беморларнинг сони	
	I гуруҳ (n=35)	II гуруҳ (n=49)
ДҚТЧ кардиал тури	25(71,5%)	39(79,6%)
ДҚТЧ кардиофундал тури	9(25,7%)	9(18,4%)
ДҚТЧ субтотал тури	1(2,8%)	1(2%)
ДҚТЧ тотал тури	-	-
жами:	35(100%)	49(100%)

Биринчи гуруҳ беморларда - туш остидаги оғриқлар синдроми 15(43%) ташкил қилган бўлса, иккинчи гуруҳда 18(37%) ташкил қилди. Кўпинча оғриқ овқатланиш вақтида 15(43%), шунингдек, тана ҳолатидаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган. Энг характерлиси оғриқлар туш ортида ва эпигастрал соҳасида ва куйдурувчи ёки тўмтоқ (босувчи) табиатга эга бўлган.

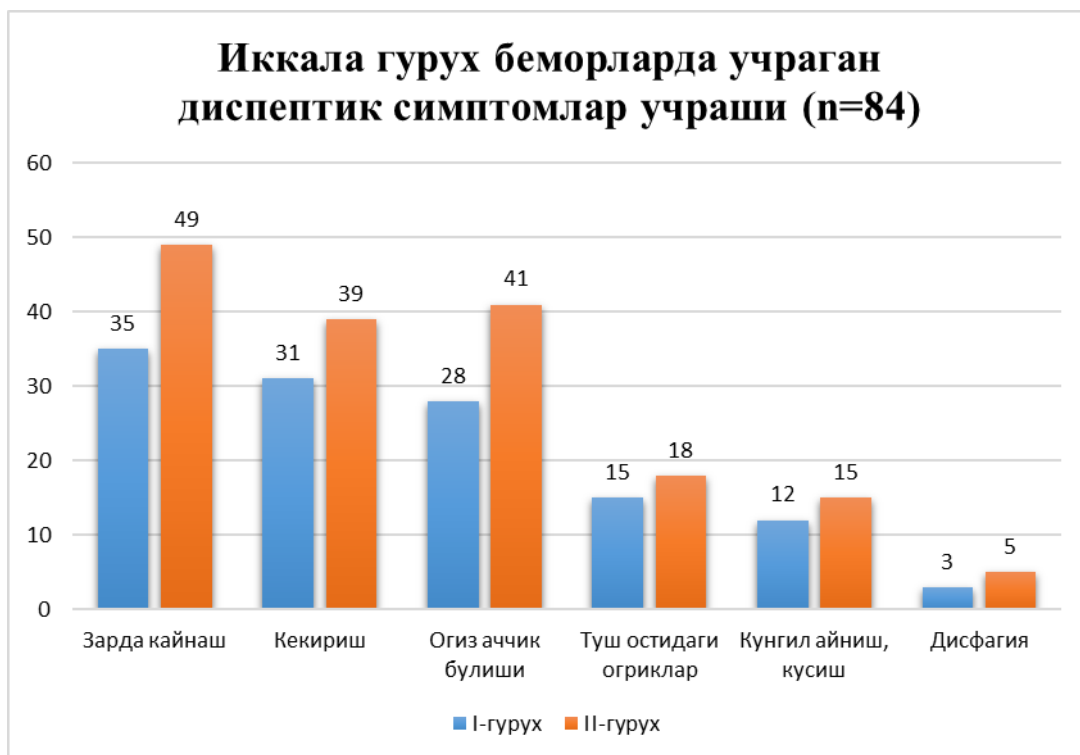
2.4 – жадвал

Иккала гуруҳ беморларда учраган диспептик симптомлар учраши (n=84)

№	Диспептик симптомлар	I-гуруҳ (n=35)	II-гуруҳ (n=49)
1.	Зарда қайнаш	35 (100%)	49(100%)
2.	Кекириш	31(88%)	39(80%)
3	Оғиз аччиқ бўлиши	28(80%)	41(84%)
4.	Туш остидаги оғриқлар	15(43%)	18(37%)
5.	Кўнгил айланиш, қушиш	12(34%)	15(31%)
6.	Дисфагия	3(8,5%)	5(11%)

Биринчи гуруҳ беморларида зарда қайнаш 35(100%), оғиз аччиқ

бўлиши 28(80%), туш остидаги ва эпигастрал соҳадаги оғриқлар 15(43%) шикоят қилишган. Ушбу беморларда холецистэктомиядан олдин ҳам, кейин ҳам юқорида тавсифланган оғриқдан шикоят қилишган. Фақатгина беморлар ушбу шикоятлар билан УТТ ўтганида ўт пуфагидаги тошлар аниқланган ва беморларга ХЭК операцияси таклиф қилинган. Бу беморларнинг аксариятида операциядан кейин ҳам ушбу шикоятлар сақланган.



Иккинчи гуруҳ беморларда ЎТХ билан оғриган беморларда ўткир холециститга характерли симптомлар ривожланган: булар ўнг қовурға равоғи ва эпигастрал соҳадаги оғриқлар, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюссе – Гиоргиевского (Френикус симптом), симптомларидан ташқари чуқурроқ анамнез йиғилганда узок вақт давомида рефлюкс – эзофагит ва ДҚТЧнинг турли диспептик симптомлари бор эди булар: зарда қайнаш 49(100%), оғиз аччиқ бўлиши 41(84%), овқат қабул қилгандан кейин туш остида оғриқ 18(37%), кекириш 39(80%), дисфагия 5(11%), кўнгил айланиш ва қусиш 15(31%) ҳолатларда кузатилган (2.4 - жадвал).

Беморларда эпигастрал ва ўнг қовурға равоғи остидаги оғриқлар

иккала гуруҳда ҳам 100% ҳолларда содир бўлганлиги аниқланди, дармонсизлик ва иштаҳанинг пасайиши - I ва II гуруҳларда гурӯҳга -мос равишда 32(92,7%) ва 42(86,3%); кўнгил айланиши, қусиш ва диспепсия - 33(95%) ва 42(86,3%); ўнг қовурға равоғи остидаги мушаклар таранглиги 12 (34%) ва 17(33,6%) да қайд этилган; Шчёткин - Блюмберг симптоми мусбат 4(10%) ва 6(13%) симптомлар қайд этилган (2.5-жадвал).

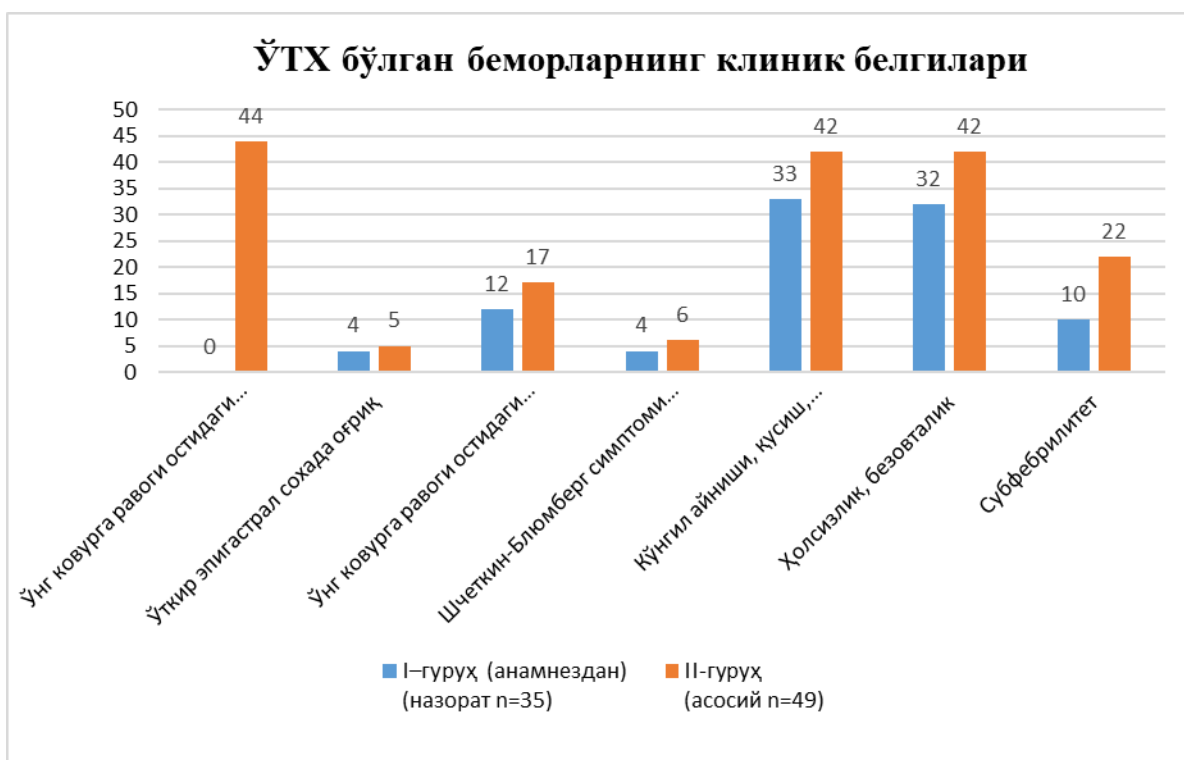
2.5-жадвал

ЎТХ бўлган беморларнинг клиник белгилари

ЎТХ белгилари	I-гуруҳ (анамнездан) (назорат n=35)	II-гуруҳ (асосий n=49)
Ўнг қовурға равоғи остидаги кучли оғриқ	31(88%)	44(90%)
Ўткир эпигастрал соҳада оғриқ	4 (12%)	5(10%)
Ўнг қовурға равоғи остидаги мушаклар таранглиги	12 (34%)	17(33,6%)
Шчеткин-Блюмберг симптоми ижобий	4(10%)	6(13%)
Кўнгил айланиши, қусиш, диспепсия	33(95%)	42(86,3%)
Ҳолсизлик, безовталиқ	32(92,7%)	42(86,3%)
Субфебрилитет	10(30%)	22 (44%)

Изоҳ: -* I гуруҳ ва II гуруҳ ўртасидаги сезиларли фарқлар аниқланди назорат гуруҳлари ($p < 0,05$)

Асосий ва энг характерли иккала гуруҳда ҳам 100% шикоятлар бу зарда қайнаши. Кейинги кўп учраган шикоятлар булар кекириш ва оғиз аччиқ бўлиши бўлиб иккала гуруҳда ҳам 80-90% орасида намоён бўлган.



Шундай қилиб, шикоятларни шартли равишда икки гуруҳга бўлиш мумкин - ЎТХ ва ДҚТЧ ва ГЭРК белгилари учун хосдир. ДҚТЧ да пастки кизилўнгач сфинктерининг етишмовчилигини кўрсатадиган аломатларни (зарда кайнаши, оғизнинг аччиқ бўлиши, кўнгил айнаши ва қусиш, кекириш, туш остидаги оғриқлар, ва ҳоказо.), УТТ дан кейин ЎТК га боғлиқ деб топиб, беморлар шу йуналишда даволанган. Шунга қарамай, ХЭК сўнг, биринчи гуруҳдаги беморлар да ЎТХ сабабли бажарилган ХЭК дан кейин ўткир оғриқлар бартараф қилинган, лекин вақт ўтишидан кейин юқорида келтирилган шикоятлар бартараф бўлмаган (ГЭРК белгилари).

Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, биринчи гуруҳдаги бемор ҳар хил профилдаги касалхоналарда қайта-қайта даволанган. Бунда "постхолецистэктомик синдроми", "сурункали гастрит", "сурункали гепатит", "сурункали панкреатит" ва бошқалар. Улар узоқ вақт давомида – антацидлар, протон помпа ингибиторлари (ППИ), прокинетиклар, спазмолитиклар, фермент препаратлари, Н₂ – блокаторлар билан даволанган.

§ 2.2. Ўткир тошли холецистит (ЎТХ) ва диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси (ДҚТЧ) ташхисоти.

Клиник тадқиқотлар шикоятларни тўплаш, касаллик ва ҳаёт анамнези, умумий ҳолат ва объектив ҳолатни баҳолаш, шунингдек лаборатория текширувлари, электрокардиограмма, рентген, эндоскопия, КТ киритилган. Барча лаборатория текширувлари клиниканинг лабораториясида стандарт қабул қилинган усуллар бўйича ўтказилди. Қуйидаги лаборатория текширувлари ўтказилди: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қон биокимёвий таҳлили, қон ивиш тизимини ўрганиш. Беморнинг қонини лаборатория текширувлари ўрганилган диапазонда унинг аҳволи тўғрисида тўлиқ маълумот берди, операциядан олдинги тайёргарлик нуктаи назаридан ўзгаришларни баҳолаш ва керак бўлганда тузатиш имконини берди.

§ 2.2.1 Рентген текшируви.

ДҚТЧ билан оғриган беморларда ташхисот контрастли рентгенография усулида ва ЭФГДС текширувидир.

Шуни таъкидлаш керакки, биз ЎТХ эндоскопик текшириш усули ва полипозицион рентген текширувини ДҚТЧ ва рефлюкс эзофагитини ташхислашда энг маълумотли деб ҳисоблаймиз, чунки аксарият ҳолларда бу ДҚТЧ турини, рефлюкснинг баландлигини, асоратларини аниқлашга имкон беради. Алоҳида эътибор Гис бурчагининг ҳолатига, ошқозон туби газ пуфаги шаклидаги ўзгаришларга, қизилўнгачнинг тонусига ва ҳаракатчанлигининг ўзгаришига, ошқозон шиллиқ қаватининг қизилўнгач очилиши орқали чўзилган уч ёки ундан ортиқ бурмаларининг мавжудлигига алоҳида эътибор қаратилди.

Биринчи гуруҳ беморларда ДҚТЧ ва ГЭРК, рефлюкс - эзофагитга хос бўлган симптомларга алоҳида эътибор берилмаганлиги сабабли. Ушбу гуруҳ беморларида эндоскопик ва контраст рентгенологик текширишлар ўтказилмаган.

Иккинчи гуруҳ беморлари, ЎТХ хуружли оғриқлари билан мурожаат

қилган бўлсада, анамнездан ГЭРК ва рефлюкс– эзофагит симптомлари бор беморларни қўшимча равишда, эндоскопик ва рентгенологик текширишлар ўтказилиб ДҚТЧ ташхиси қўйилиб алоҳида гуруҳга 49 бемор ажратиб олинди.

Рентген текшируви давомида қуйидаги диагностика мезонлари кузатилди:

1. Кўкрак кафаси ва қорин бўшлиғи органларини ўрганиш пайтида суюқлик сатҳи бўлган газ пуфагининг кукс оралиғи фонида мавжудлиги.

2. Юқори ошқозон-ичак трактининг йод сақловчи контрастли тадқиқотларида ютиниш ҳаракати, унинг қизилўнгач орқали ўтиш ҳолати, шунингдек қизилўнгач контурларининг текислиги ва кенглиги ўрганилди.

3. Кардианинг функционал ҳолати.

4. Тананинг горизонтал ҳолатга келтирганда контраст модданинг ошқозондан қизилўнгачга ташланиши.

5. ДҚТЧ мавжудлиги, унинг тури ва ҳажми.

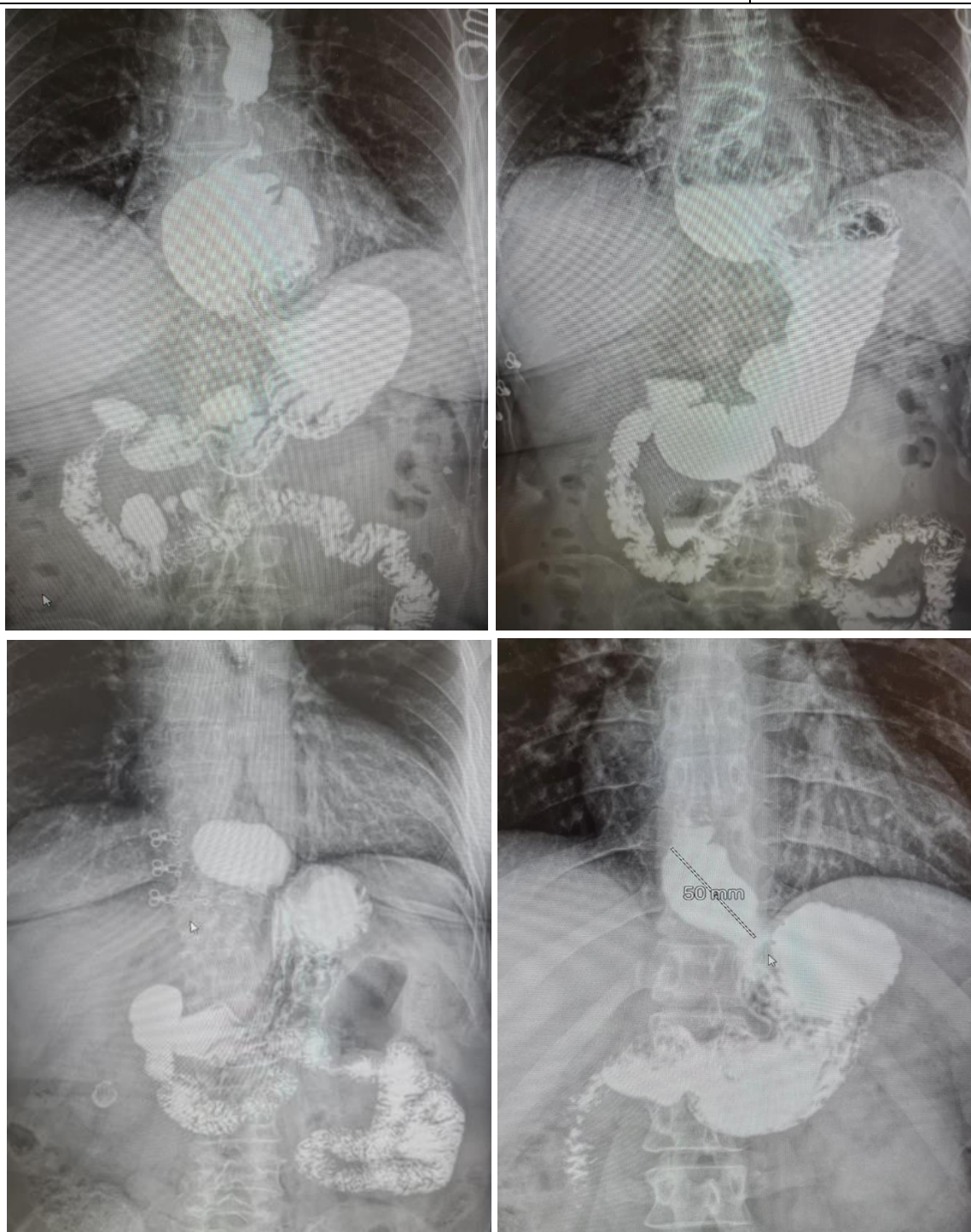
6. Кардио-эзофагиал бирикманинг ҳолати.

7. Рефлюкс эзофагитининг мураккаб турларида нуқсонларнинг ҳажми, шакли ва локализацияси, қизилўнгач стриктуралари мавжудлиги ва қизилўнгачнинг узунасига қисқариш белгилари баҳоланди.

2.6 - Жадвал

II - гуруҳ беморларида рентгенологик хусусиятлари (n=49)

Рентгенологик белгилар	сони, абс. (%)
Қизилўнгачнинг қисқариши I даражаси - кардиянинг жойлашиши диафрагма сатҳидан 4 см дан юқори эмас	40 (82%)
Қизилўнгачнинг қисқариши II даражаси - кардиянинг жойлашиши диафрагма сатҳидан 4 см дан юқори	9 (18%)
ошқозоннинг кардиал қисмининг орқа кукс оралиғига ҳаракати	40(82%)
Қизилўнгачнинг кардия қисми ва ошқозон тубининг орқа кукс оралиғига ўтиши	8 (16%)
Кардия, ошқозон туби ва танасининг бир қисмининг орқа кукс оралиғига ўтиши	1 (2%)



Расм. 2.1. ДҚТЧ рентгеноконтраст текшириш натижалари тасвир қилинган

Рентген текшируви бемор келган куни ёки кейинги эрталаб наҳорда сувда эрийдиган йод сақловчи препарат ёрдамида бажарилди. Иккинчи гуруҳ беморларида аниқланган асосий рентгенологик белгилар ва хусусиятлар жадвалда келтирилган.

Иккинчи гуруҳдаги 49 бемордан 32 тасида текширишлар натижасида қизилўнгачнинг қисқариши I даражаси (82%) беморларда кузатилган бўлса, 9 (18%) қизилўнгачнинг қисқариши II даражаси - кардиянинг жойлашиши диафрагма сатҳидан 4 см дан юқори жойлашганлиги аниқланди.

Фақатгина 8 (16%) беморларда Қизилўнгачнинг кардия қисми ва ошқозон тубининг орқа кукс оралиғига ўтиши, 1 (2%) ҳолатда кардия ва тубидан ташқари ошқозоннинг тана қисми ҳам кукс оралиғида жойлашганлиги аниқланди. Аксарият ҳолларда 40(82%) беморларда ошқозоннинг фақат кардия қисмининг орқа кукс оралиғига ҳаракати аниқланди.

Рефлюк-эзофагитнинг рентгенологик ҳолатлари барча 100% беморларда аниқланди.

Қизилўнгачнинг эрозив ва ярали жараёнларга объектив баҳо бериш мақсадида эндоскопик текширувлар ўтказилди.

I- гуруҳ беморларида рентгенологик хусусиятлари (n=35)

2.7-жадвал

Рентгенологик белгилар	сони, абс. (%)
Қизилўнгачнинг қисқариши I даражаси - кардиянинг жойлашиши диафрагма сатҳидан 4 см дан юқори эмас	29 (83%)
Қизилўнгачнинг қисқариши II даражаси - кардиянинг жойлашиши диафрагма сатҳидан 4 см дан юқори	6 (17%)
ошқозоннинг кардиал қисмининг орқа кукс оралиғига ҳаракати	29(83%)
Қизилўнгачнинг кардия қисми ва ошқозон тубининг орқа кукс оралиғига ўтиши	5 (14%)
Кардия, ошқозон туби ва танасининг бир қисмининг орқа кукс оралиғига ўтиши	1 (3%)
контраст модда ошқозондан қизилўнгачга ташланиши	35 (100%)

§ 2.2.2 Тадқиқотдаги беморлар эндоскопия текшируви.

Эзофагогастродуоденоскопия шошилиш кўрсаткичлар бўйича, иложи борида, касалхонага ётқизилган кунда ёки хуруж қолдирилгандан кейин амалга оширилди. Тадқиқотнинг операциядан кейинги эрта ва кечки натижаларига баҳо бериш мақсадида 1 ва 3 ойдан кейин ҳам динамикада текширилди.

Текшириш учун беморларга фиброгастродуоденоскопия ўтказилди (фиброгастродуоденоскоп компанияси "ОЛИМПУС", Япония).

Бундан ташқари, ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватини ва Фатер сўрғичининг шакли, унинг ҳажми, локализациясини баҳолашда ва яллиғланиш ўзгаришлари имкон берадиган ишончли тадқиқот усулидир.

Текширув беморни чап томонда ётган ҳолатда ўтказилди. Барча беморларга видеоэзофагогастродуоденоскопия, видеогастроскоп ёрдамида ўтказилди, бунда қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг шиллиқ пардалари баҳоланди.

Текширишларда қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакдаги яллиғланиш ўзгаришларининг даражасини, қизилўнгач-ошқозон бирикмаси ва ундаги тишли чизиқ жойлашган жойи, стриктуранинг мавжудлиги ва унинг даражасини, агар Баррет қизилўнгачига шубҳа қилинган бўлса, биопсия қилиш учун ишлатилган.

Иккала гуруҳ беморларда рефлюкс эзофагит клиник ва эндоскопик йўл билан ташхис қўйилди. Эзофагитларни тасниф беришда дунёда кенг тарқалган **M.Savary** и **G.Miller** таснифидан фойдаландик (натижалари юқорида кўрсатилган).

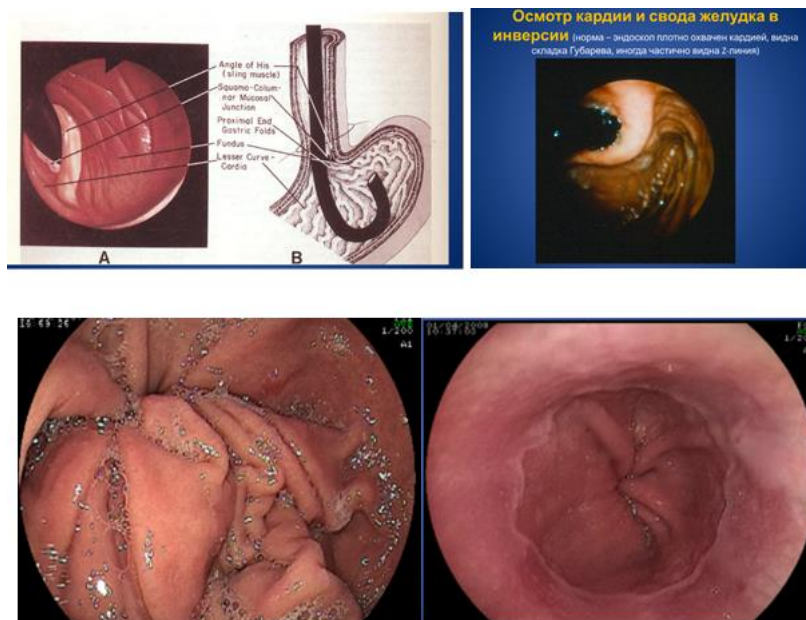
Диагностика мезонлари:

1.Курак тишларидан қизилўнгач-ошқозон бирикмасигача бўлган масофани қисқариши (одатда эркакларда 40-42 см ва аёлларда 38-40 см).

2.Чурра дарвозасининг мавжудлиги-диафрагманинг қизилўнгач тешигини 3см дан 5 см гача ёки ундан ҳам кўпроқ кенгайиши.

3.Ретрофлексия ҳолатида, ошқозон томнидан тескари кардия кўрилганда "конус" шаклининг аниқланиши.

4.Ошқозон шиллиқ қаватининг қизилўнгачга пролапси ва ошқозон таркибидаги рефлюкс.



Шуни таъкидлаш керакки, биринчи гуруҳдаги беморларда, рефлюкс – эзофагит симптомлари борлигига қарамай (зарда қайнаш, оғриқ ва ҳ.к) ФГДС бажарилмаган. Рентген контраст текширувлари биронта бир беморда ўтказилмаган. Шундай қилиб, касалликнинг барча клиник кўринишлари ЎТК билан боҳланган. Кейинги муружаатларда текширишлар ўтказилгандан сўнг, биринчи гуруҳдаги барча беморларда сирпанувчан ДҚТЧ, турли оғирликдаги рефлюкс эзофагити ва қизилўнгачнинг узунасига қисқариши аниқланди.

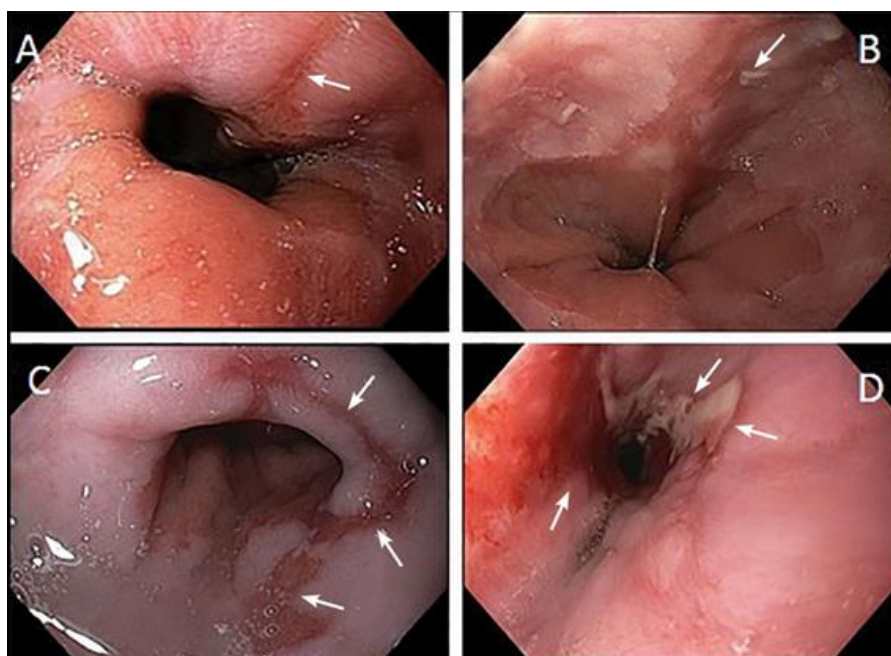
Эндоскопик текширув давомида олинган натижалар 8 ва 9-жадвалларда келтирилган.

Иккинчи гуруҳ беморларида Эндоскопик хусусиятлар (n=49).

2.8-жадвал

Эндоскопик белгилар	беморларнинг сони, абс. (%)
---------------------	--------------------------------

Қизилўнғач узунасига қисқариши I даража	11 (22,4%)
Қизилўнғач узунасига қисқариши II даража	2 (4%)
Рефлюкс эзофагит енгил кечиши	9 (18,4%)
Рефлюкс эзофагит ўртача кечиши	37(75,5%)
Рефлюкс эзофагит оғир кечиши	3(6,1%)



Олинган натижаларни ўрганиш жараёнида клиник кўринишларнинг оғирлиги ҳар доим ҳам рефлюкс эзофагитнинг оғирлиги билан чамбарчас боғлиқ эмаслиги аниқланди. Эндоскопик тасдиқланган енгил эзофагит билан оғриган беморларда кўпинча доимий ва кучли зарда қайнаш учраши ва аксинча, шикоятлари кучли бўлмаган беморларда баъзида оғир эрозив-ярали эзофагит ташхиси қўйилган.

§2.2.3. Тадқиқотдаги беморлар ультратовушли сонография текшируви.

Тадқиқотга киритилган барча беморлар патологик жараёни визуал равишда объективлаштириш учун эндоскопик аралашувга тайёргарлик кўришдан олдин ультратовуш текширувидан ўтказилди. Ушбу тадқиқотнинг асосий вазифалари ўт тошларининг ҳажми ва миқдори, тузилиши ва жойлашишини аниқлашда ёрдам берди.

Барча беморлар қорин бўшлиғини ультратовуш текширилаётган патология учун, умумий қабул қилинган, ультратовуш мезонларини талқин қилишда аниқ белгилар ва билвосита белгиларига асосланиб ўтказилди.

Ушбу текширувлар **“Midray DC-40 m6”** 3,5 МГц, конвексик ва чизиқли датчиклардан фойдаланган ҳолда ДС-40 м 6 қурилмасида“ реал вақтда амалга оширилди. Беморни орқа ва чап томонидаги ҳолатда, тинч нафас олиш ва чуқур эркин нафас пайтида текширилади. Тадқиқот давомида қуйидаги хусусиятлар ҳисобга олинди:

Қорин бўшлиғи органларининг ультратовуш текшируви барча 84 беморда ўтказилди.

Диагностика мезонлари қуйидагилар эди:

1. Ўт пуфагидаги тошларнинг мавжудлиги, уларнинг ҳажми, сони ва умумий ҳажми.
2. Ўт пуфагининг жойлашиши, ҳажми ва шакли, унинг девор қалинлиги ва унда чандиқлар мавжудлиги.
3. Яллиғланиш ва инфильтратив ўзгаришлар даражаси.
4. Умумий ўт йўлининг ҳолати ва диаметри, холедохолитиаз бор ёки йўқлиги.
5. Ўт пуфагининг қисқарувчанлик ва эвакуатор функцияси.

Иккинчи гуруҳ беморларида ультратовуш хусусиятлари (n=49).

2.9-жадвал

Параметрлар	II - гуруҳ беморлар сони, абс. (%)
-------------	--

Ўт тошлари	Якка	13 (27 %)
	кўплаб	22 (73 %)
ўт пуфаги девор	қалинлашмаган	27 (55%)
	қалинлашган	22 (45%)

Беморларнинг иккинчи гуруҳида ўт пуфаги бўшлиғидаги барча беморларда ҳажми 5мм ва ундан катта тошлар борлиги аниқланди.

УТС орқали эътибор икки нарсага, яъни биринчи навбатда ўт пуфагининг ҳолатига. Жигар паренхимасининг ҳолати, атрофлари (қирғоқлари) нинг нотекислиги, ўлчамлари, жигарга кирувчи ва чиқадиган қон томирлари, уларнинг ўлчамлари, шунингдек, бир қисм беморларда портал қон айланиши портал тизим аностомозларининг ҳолати ультратовушли сонография ва доплерография усулида "Sonoline Vera Pro" фирмаси "Siemens"(Германия) ва "Echo Camera SSD-680" фирмаси "Aloka" (Япония) 3, 5 МГц.ли конвекс датчик ёрдамида ўрганилди.

Жигар ультратовуш текшируви беморнинг орқа ва чап томонидаги ҳолатида ўтказилди. Бўйлама, кўндаланг ва қия кесимларда ўнг қовурға равоғи, эпигастрал соҳадан қилинади. Кўриш бурчаклари жигар юзасига нисбатан 90-30° буралган оралиғида ўзгариб туриб кўрилади. Жигарнинг олдинги орқа ўлчамлари, орган контурларининг равшанлиги, жигар тўқималарининг эхоструктурасининг табиати, спленопортал ва кавал веноз тизимлар томирларининг диаметри, қорин бўшлиғида асцитик суюқликнинг мавжудлиги ёки йўқлиги аниқланди. Талоқнинг ҳажми ва эхоструктураси беморнинг ётган ҳолатида, ўнг ва орқа томонга паралел равишда ўрнатилган датчиклар ёрдамида аниқланди.

§ 2.2.4. Тадқиқотнинг лаборатория усуллари.

Барча беморлардан умумий қон таҳлиллари учун қон олинди, гемоглобин даражаси, лейкоцитлар миқдори ва лейкоцитлар формуласи аниқланди. Ушбу қон текширувлар кам спецификлиги туфайли, биз учун муҳим эмас эди, аммо лейкоцитлар сонининг ошиши, лейкоцитар

формуланинг чапга силжишига асосланиб яллиғланиш даражасига баҳо берди.

Биокимёвий қон тест.

Умумий оксил, жигар функцияси параметрлари (билирубин, АЛТ, АСТ, ШФ), креатинин, алфа-амилаза, қон глюкоза, қон электролитлари (калий ва натрий) ва сардобдаги бикорбанат миқдорлари аниқланди. Бизнинг тадқиқотимизда, барча ҳолатларда, билирубиннинг боғланган фракция туфайли умумий билирубинемияга баҳо берилди. Билирубин индекси холестаза таъхисида жуда кўп маълумотга эга, аммо у механик сарикликнинг ривожланиш даражаси, ўт келиши бузилишининг сабаби ва бекилиш соҳасини кўрсата олмайди.

Қон ивиш тизимининг кўрсаткичлари.

Активлаштирилган қисман тромбопластик вақт (АПТТ), протромбин вақти, эуглобулин лахта лизис вақти, фибриноген, халқаро нормалаштирилган нисбати (ИНН). Ушбу кўрсаткичлар операция пайтида ва ундан кейин қон кетиш хавфини баҳолаш учун муҳимдир.

Қонда альбумин, протромбин ва фибриноген миқдорининг пасайиши жигар-хужайра етишмовчилигини кўрсатади. Альфа-амилаза миқдорининг ошиши эндоскопик ретроград муолажаларидан кейин ошқозон ости беши яллиғланишидан далолат берадиган таҳлил ҳисобланади.

Барча клиник ва биохимик тадқиқот усуллари Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида бажарилди.

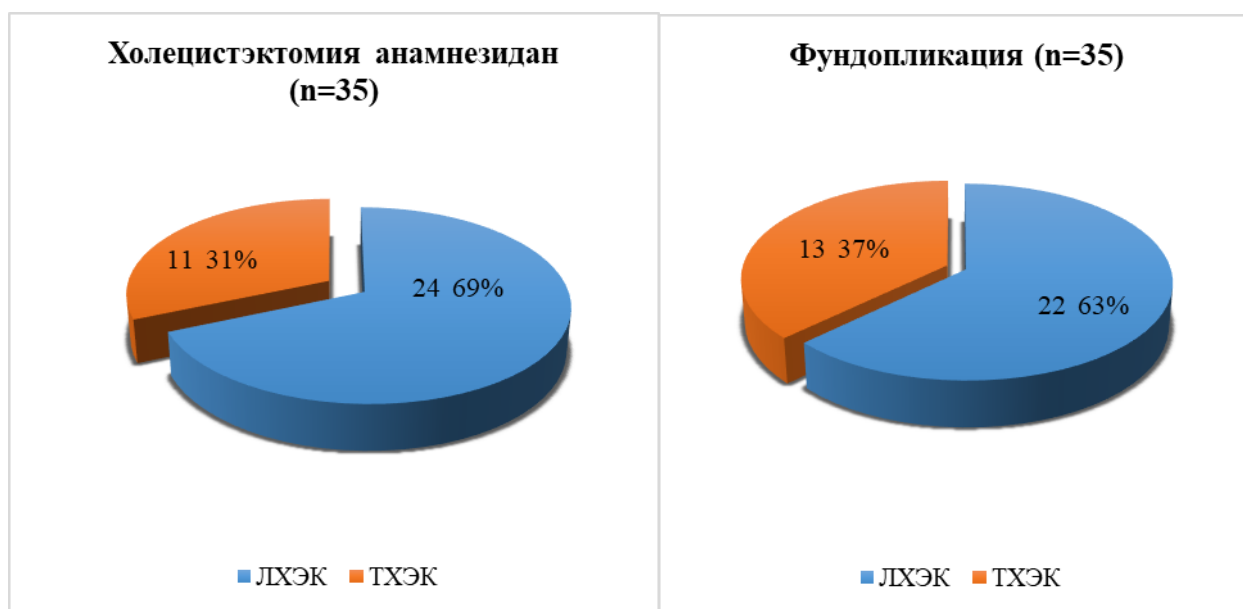
§2.2.5 Беморларида ўтказилган операциялар.

Биринчи гуруҳ беморларида бажариладиган операциялар турлари 2.5-жадвалда келтирилган.

I-гуруҳ беморларда бажарилган операциялар (n=35)

2.10-жадвал

I - гуруҳ беморларида бажариладиган	I - гуруҳ (n=35)	
Жарроҳлик тури ва уларнинг комбинациялари	беморлар сони	
	Лапароскопик	Анъанавий
Холецистэктомия (n=35)	24(68,5%)	11(31,5%)
Фундопликация (n=35)	22 (63%)	13(37%)



Биринчи гуруҳ беморларига юқорида айтганимиздек, анамнезидан ЎТХ сабабли холецистэктомия ўтказган беморлардан 35 бемор киритилган. Уларнинг 24(68,5%) тасида ЛХЭК ва 11(31,5%) ТХЭК операциялари ўтказилган. Касаллик тарихининг давомийлигига ва касаллик тарихи кўчирмасига асосан, беморлар ХЭК операциясини бошидан кечирганлик муддатлари куйидагича тақсимланди: бир йилгача – 22(63%); 1 йилдан 3 йилгача – 12 (34%); 3 йилдан - 5 йилгача – 1 (3%) бемор.

II-гуруҳ беморларда бажарилган операциялар (n=49)

2.11-жадвал

II - гуруҳ беморларида бажариладиган	II - гуруҳ (n=49) беморлар сони	
Жарроҳлик тури ва уларнинг комбинациялари	Лапароскопик	Анъанавий
Холецистэктомия (n=49)	42(85%)	9(15%, 2 та конверсия)
Фундопликация (n=49)	42(85%)	9(15%, 2 та конверсия)



Иккинчи гуруҳ беморларига ЎТХ сабабли мурожаат қилган ва йўлдош касаллик сифатида ДҚТЧ, ГЭРК бор беморлардан 49 нафари киритилган. Уларнинг 42(85%)тасида ЛХЭК ва 7(15%) ТХЭК операциялари ўтказилган.

Ушбу беморларда жарроҳлик тактикаси қизилўнгачнинг узунасига қисқариш даражасига, ДҚТЧ турига ва биргаликда жарроҳлик касалликларининг мавжудлигига боғлиқ эди.

Биринчи даражали қизилўнгач узунасига қисқариши бўлган беморларни жарроҳлик даволаш тактикаси вақт ўтиши билан сезиларли ўзгаришларга дуч келди. Илгари фундопликация кўпинча гастропексия, крурорафия билан бирлаштирилган, аммо кейинчалик бу аралашувлар аста-секин қилинмай бошланди, чунки улардан фойдаланиш кўпинча кучли оғриқ

ва турли хил асоратларга олиб келди. Бундан ташқари, қизилўнгач узунасига қисқарганда, операциянинг асосий мақсади, ДҚТЧни бартараф қилиш эмас, балки гастроэзофагеал рефлюксни бартараф қилиш мақсадида кардия соҳасида манжеткали клапан яратишдир. Барча операциялар Ниссен операциясининг А.Ф. Черноусов модификациясида бажарилди.

§ 2.3. Статистик ахборотни қайта ишлаш.

Ўрганилаётган кўрсаткичларни вариацион таҳлил қилиш жараёнида ўртача қиймат (M) ва туб-ўртача квадратик хатолик ($\pm m$) аниқланди. Ахборотни статистик қайта ишлаш STATISTICA Advanced дастури ва статистик дастурлар тўплами ёрдамида амалга оширилди. Маълумотлар базасини яратишда Microsoft Excel 2013 дан фойдаландик. Лаборатория, инструментал ва баҳолаш маълумотлари, назобилиар дренаж билан транспапилляр аралашувлардан кейинги биринчи, учинчи ва бешинчи кунларда натижалари қабул қилинган қиймат билан таққосланди. Стъюдент t – критерийси аниқланди. Фарқлар $p < 0.05$ да муҳим деб ҳисобланган. Шунингдек, биз миниинвазив жарроҳлик аралашувлар натижаларини таққосладик: эндоскопик (ЭПСТ + НБД) йирингли холангитнинг анъанавий даволаш (назорат гуруҳи) натижалари билан ва анъанавий даволашга кўшимча равишда эндобилиар озонланган натрий хлорид ва 0,02% декаметоксин эритмаси (асосий гуруҳ) ишлатилган беморлар орасида таққослаш ўтказилди.

Ўт суюқлигининг бактериологик экмаларини таҳлил қилиш ва бактериал этиологиядаги фарқларни таҳлил қилиш пайтида (z), Стъюдентнинг (t) критерийсига аналогик, намуна улуши (p) ва стандарт хатолик ($\pm Sp$) ҳисоблаб чиқилган. Критик қийматлар жадвалида (t), муҳимлик даражаси (z), қиймат даражаси (a) ва эркинлик даражалари сони (v) аниқланди. Фарқлар < 0.05 да муҳим деб ҳисобланган.

III БОБ. ДИАФРАГМАНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИНИНГ ЧУРРАСИ КОМБИНАЦИЯСИ БИЛАН ЎТКИР ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТДА ЖАРРОҲЛИК АРАЛАШУВ НАТИЖАЛАРИ

Қизилўнгач ва ошқозон орқали овқат луқмаси ўтишини тартибга солувчи механизмларни қайта тиклаш, антирефлюкс жарроҳлигининг муваффақиятини кўрсатувчи муҳим омилдир. ДҚТЧ натижасида юзага келган овқат луқмаси ҳаракати бузилишининг асосий элементларини бартараф қилиш, Ниссен операциясини А. Ф. Ченоусов модификациясида бажарилишининг асосий вазифасидир.

Асосий ва назорат гуруҳларидаги беморлар ўртасида амалга оширилган жарроҳлик даволаш ҳажми ва уларнинг натижаси, операциядан кейинги даврдаги беморларнинг шикоятлари ва ҳолати, қўлланиладиган дори препаратлари орасида сезиларли даражада фарқ қилди.

Асосий гуруҳ беморларини даволаш:

1. Лапароскопик ва анъанавий (лапаротомик) усулларда холецистэктомия ва антирефлюкс операцияларини симултан бажаришни ўз ичига олди.

2. Клиник кўрсаткичларга мувофиқ равишда консерватив усуллар ёрдамида операциядан кейинги эрта даврда симптомларни даволаш.

Нazorat гуруҳидаги беморларни даволаш:

1. Постхолецистэктомик даврда гастроэзофагеал рефлюкс касаллигини консерватив усуллардан фойдаланган ҳолда даволаш.

2. Лапароскопик ва анъанавий (лапаротомик) антирефлюкс жарроҳлик муолажаларни ўз ичига олди.

3. Клиник кўрсаткичларга мувофиқ равишда консерватив усуллар ёрдамида операциядан кейинги эрта даврда симптомларни даволаш.

§ 3.1. ЎТХ билан касалланган ДҚТЧ ва рефлюкс-эзофагит мавжуд бўлган беморларда холецистэктомия ва антирефлюкс операцияларини симултан бажаришдаги жарроҳлик муолажалари.

Ўткир холецистит (ЎТХ) таъхиси қўйилган беморларнинг асосий гуруҳида комбинацияланган операциялар, шу жумладан холецистэктомия ва Ниссен буйича А.Ф. Черноусов модификациясида антирефлюкс операциялари амалга оширилди. Ушбу операциялар лапароскопик ускуналар ёрдамида ҳамда, анъанавий (лапаротомик) шаклда ҳам амалга оширилди.

Назорат гуруҳида - Ниссен буйича А. Ф. Черноусов модификациясида антирефлюкс операциялари лапароскопик ускуналар ёрдамида, шунингдек анъанавий шаклда амалга оширилди. Ушбу операциялар учун кўрсатмалар инструментал диагностика усуллари ёрдамида аниқланган рефлюкс-эзофагити ва турли оғирликдаги гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) белгилари кўрсатма сифатида олинди.

Антирефлюкс жарроҳлик муолажалари қуйидаги кўрсаткичлар асосида амалга оширилди:

1. Дори-дармонларнинг максимал дозаларини қўллаб даволанишга қарамай, касаллик ривожланишда давом этиши ва терапиядан ҳеч қандай фойда йўқлиги.

2. Узоқ муддатлар давомида консерватив даволанишнинг такрорий курсларидан кейин ҳам рефлюкс-эзофагитнинг 2-3 даражали ривожланиши ва бу жараённинг давом этиши.

3. Кардиянинг етишмовчилиги, ГЭРК эпизодларининг тез-тез қайталаниши ва эзофагитнинг 1-2 даража ривожланганлиги.

4. ДҚТЧ фонида ривожланган ГЭРКнинг медикаментоз давога рефрактерлиги сабаб бўлади.

Эндовидеожарроҳлик аралашувлари қуйидаги ҳолатларда тавсия қилинмади: ўт пуфаги ва унинг атрофидаги тўқималарда яққол ривожланган

яллиғланиш жараёнларнинг мавжудлиги, перитонитнинг мавжудлиги, ультратовуш текшируви пайтида Кало учбурчаги тузилмаларини визуализация қилишда қийинчиликлар, шунингдек, қорин бўшлиғининг юқори қисмидаги чандикқи жараёнлар.

Беморларнинг иккала гуруҳида операциядан олдин тайёргарлик олиб борилди, улар орасида инфузион терапия, оғриқсизлантириш, антибактериал терапия, протон помпаси ингибиторларининг инъекция шакллари тавсия этилди.

Барча беморларнинг **асосий гуруҳида** лапароскопик ва анъанавий жарроҳлик аралашувлар пайтида биринчи босқич стандарт лапароскопик асбоблар ёрдамида холецистэктомия қилинди. Кейин, иккинчи босқичда антирефлюкс операцияси ўтказилди, унда асбобларни тўлиқ алмаштириш амалга оширилди. Шундан сўнг, операция ультратовушли диссекторлар ва ёрдамчи асбоблар ёрдамида давом эттирилди.

§ 3.1.1. Ўткир калькулёз холециститда лапароскопик холецистэктомия қилиш техникаси.

Операциянинг биринчи босқичи лапароскопик холецистэктомия эди. Лапароскопик операцияларнинг техник жиҳозланиши ва жарроҳларнинг тажрибаси, хусусан холецистэктомия, кўп ҳолларда лапароскопик усулда бажаришга имкон берди. Иккинчи гуруҳга ЎТХ ва ДҚТЧ бор беморлардан 49 нафар бемор киритилган. Уларнинг 42(85%) тасида лапароскопик операция ва 9(15%) та беморда анъанавий операциялар ўтказилган.

Лапароскопик усул ёрдамида холецистэктомия умумий оғриқсизлантириш остида, трахея интубацияси ва миорелаксация остида амалга оширилди. Трахеяни интубация қилгандан сўнг, ошқозонга ҳаво ва суюқликдан бўшатиш мақсадида зонд киритилди.

Услубият. Жарроҳлик майдони спирт - ёд эритмаси ёрдамида 3 марта ишлов берилди. Умумий интубацион оғриқсизлантириш остида, камерани киритиш учун киндик устида кесма қилинади. У орқали

пневмоперитонеумни қўллаш учун игна, сўнгра лапароскоп учун троакар киритилади. Қорин бўшлиғининг инсуфляцияси амалга оширилади, максимал босим 13 мм.сим.утс. Кейинчалик беморнинг бош учини 20-25°га кўтарилади ва операцион столни чап томонга эгилтириб, операцион ҳолат берилади. Олдинги қўлтиқ ости чизик бўйлаб мезогастрал соҳага қўшимча 5 мм троакар ёрдамида алоҳида порт қўйилади. Лапароскопик холецистэктомияни амалга ошириш учун ишлатиладиган асосий асбоблар - диссектор, қайчи, илгак ва қайчи - эпигастрал соҳадаги алоҳида порт киритилади.

Операция асосий этаплари қуйидагилар: 1) Ўт пуфаги йўли ва артерияси ажратиш, клипиррлаш, кесиш; 2) Ўт пуфагини жигардан ажратиш; 3) Ўт пуфагини қорин бўшлиғидан чиқариб олиш.

Қорин бўшлиғи ревизиясидан сўнг, агар ўт пуфаги таранг ва унинг деворини қисқичлар билан олиш қийинчилик туғдирса, унда дастлаб унинг таркибий қисми электроатсос ёрдамида эвакуация қилинади. Бунинг учун ўт пуфаги туб қисмидан игна ёрдамида тешилади ва таркибий қисм сўриб олинади. (расм. 3.1. В)

Лапароскопик аралашувларнинг ҳар бир, босқичларининг ҳар бири жуда мураккаб бўлиши мумкин, бу ўт пуфаги ва унинг атрофидаги органлардаги патологик ўзгаришларнинг чуқурлигига боғлиқ бўлади.



3.1. –расм.А. Қорин бўшлиғида таранг лашган ўт пуфаги. В. Ўт пуфаги пункцияси



3.2-расм. А. Ўт пуфаги пункцияси. В. Ўт пуфаги бўйинчасини ажратиш.

Кўпинча ўт пуфаги ва унинг атрофидаги органлар ўртасида битишмаларга боғлиқ. Кўпинча катта чарви орасидаги битишмалар, камроқ ошқозон, ўн икки бармоқли ичак ва йўғон ичак орасидаги битишмалар.

Ўт пуфагини ажратиш учун унинг туби қисмидан қисқич билан ушланади ва жигар билан бирга кўтарилади. Кейин, агар ўт пуфаги ва катта чарви орасидаги битишмалар етарлича "юмшоқ" бўлса, катта чарви битишмалари "юмшоқ" қисқич ёрдамида ўт пуфагидан механик равишда ажратилади. (расм. 3.1. А)

Зичроқ тўқималарни ажратиш учун қайчи ёки электрожарроҳлик илгакдан фойдаланиш мумкин. Ушбу манипуляцияларни бажараётганда, ёпишган тўқималарни механик ёки юқори частотали кесишмаларни тўғридан-тўғри ўт пуфагининг девори олдида амалга оширилиши муҳимдир. Ёпишган тўқималарни ажратилганда, ўт пуфагини жигардан ажратган сари ўт пуфаги бўйинчасига етиб боргунча, ўт пуфаги диафрагма остига тобора кўпроқ "орқага ташланади" (3.2.-расм.Б). Агар керак бўлса, ЎП пункцияси амалга оширилади (3.2.-расм. А)

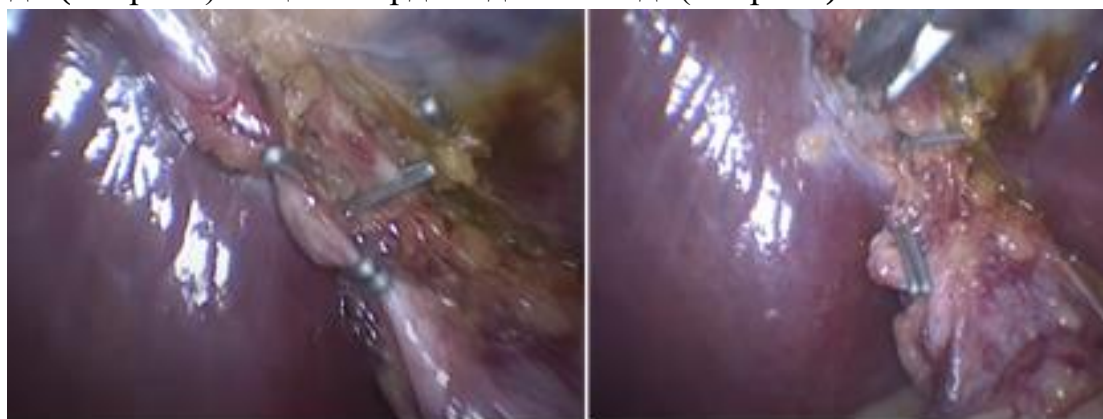


3.3-расм. Ўт пуфаги йўлини диссектор ёрдамида ажратиш

Ушбу соҳадаги манипуляциялар жуда эҳтиёткорлик билан амалга оширилиши керак. Ўт пуфаги атрофдаги органлар билан бирикмалардан ажратилгандан сўнг, Гартман чўнтаги соҳасига "қаттиқ" қискич қўйилади, у билан ўт пуфагининг бўйни юқорига ва ўнгга тортилади, шундан сўнг ўт пуфаги йўли ва артерияси кориш ва манипуляция қилиш учун қулай бўлади.

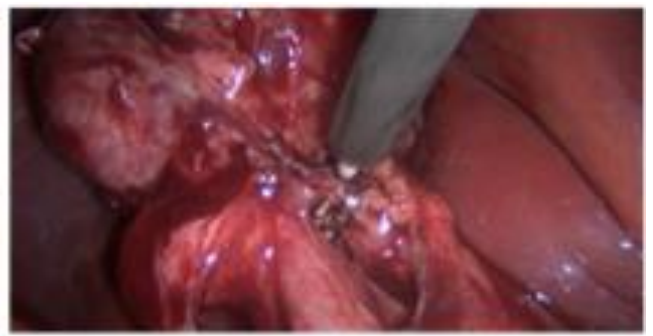
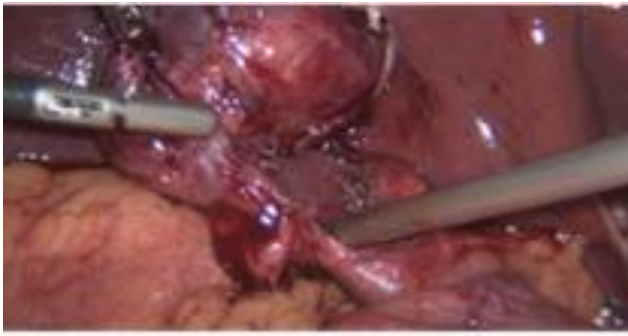
Ўт пуфаги йўли ва артерияни ажратиш учун қорин парда висцерал пардаси ажратилади. Ўт пуфагининг бўйни соҳасида диссектор ёки электрожарроҳлик илгачи ёрдамида ажратилган. Шундан сўнг, ўт пуфаги йўли диссектор ва электрожарроҳлик илгачи ёрдамида амалга оширилди (3.3-расм.).

Бундан ташқари, қайчи ёрдамида танланган ўт пуфаги йўли клипса қўйилади (3.4-расм) ва қайчи ёрдамида кесилади (3.4-расм).



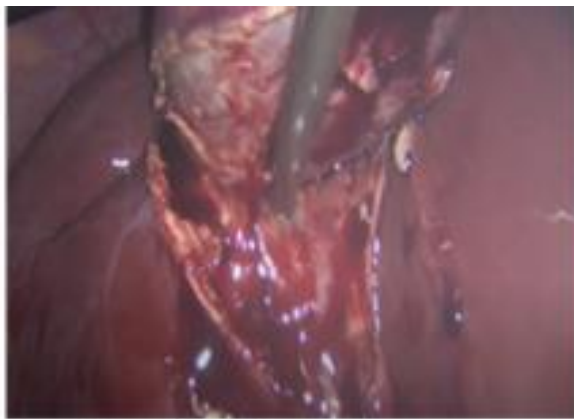
3.4-расм. А. Ўт пуфаги йўли ва артериясига клипсалар қўйиш. Б. Қайчи ёрдамида кесиш

Изоляция қилинган ўт пуфаги артериясига клипса қўйилади ва илгач ёки қайчи ёрдами билан кесилади (3.5-расм).



Расм. 3.5. А. Ўт пуфаги йўли ажратилиши. Б. Ўт пуфаги артерисага клипса қўйиш ва электроилгак ёрдамида кесиш

Ўт пуфагини тўшакдан ажратиш электрокоагуляция илгаки ёки диссектор ёрдамида тўқима диссекцияси режимида амалга оширилди, ўт



Расм. 3.6. А. Ўт пуфаги тана қисмини ажратиш. Б. Ўт пуфагини қорин бўшлиғидан чиқариш

пуфагининг тўшагини коагуляцион монополяр электрод ёрдамида бажарилади (3.6-расм). Ажратилган ўт пуфаги қорин бўшлиғидан эвакуатор ёрдамида чиқариб олинади.

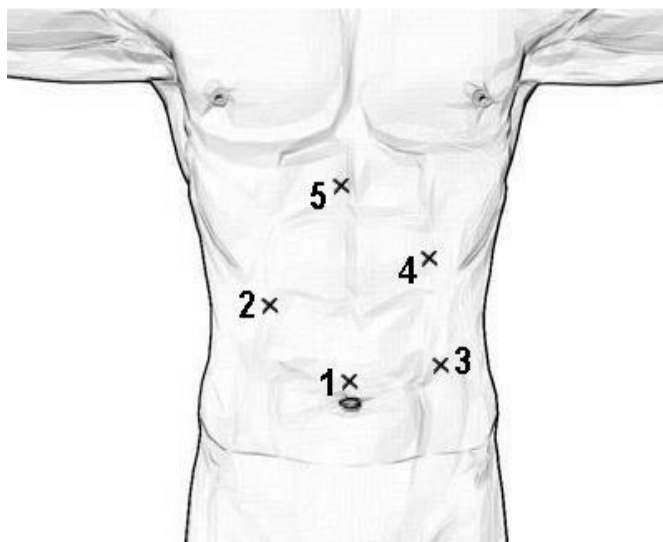
Бундан ташқари, ЛХЭ бажарилгандан сўнг, асбобларни тўлиқ алмаштириш амалга оширилади. Операциянинг антирефлюкс босқичида ультратовуш диссекциясига асосланган асбобларидан фойдаланган ҳолда бажарилади.

§3.1.2. Ниссен бўйича ва А. Ф. Черноусов модификациясида лапароскопик антирефлюкс операциясини ўтказиш техникаси.

Операция интубацион наркоз остида миорелаксантлар воситалари ёрдамида амалга оширилди. Операциянинг антирефлюкс босқичида бемор

бош учи 20-30° га кўтарилган ҳолатда жойлаштирилди ва оёқлари орасига жарроҳ жойлашади (Фовлер ҳолати). Жарроҳ беморнинг оёқлари орасида жойлашади. Биринчи ёрдамчи ва операция ҳамшираси ўнг томонда, иккинчи ёрдамчи эса жарроҳнинг чап томонида жойлашади. Лапароскопик ускуна ҳам жарроҳнинг чап томонига ўрнатилди. Операциянинг инструментал ускунасига видеолапароскопик ускуна ва стандарт асбоблар тўплами:

1. Лапароскоп оптикаси.
2. Троакарлар (учта - 10-мм, иккита - 5мм).
3. Коагуляцион монополяр электрод илгак шаклида (5-мм).
4. Шар шаклида коагуляцион монополяр электрод (5-мм).
5. Клиппатор (10-мм).
6. Бэбкокка қисқичлари (10-мм).
7. Атривматичные қисқичлар (5-мм).
8. жигар Ретрактори (10-мм или 5-мм).
9. Игна ушлагичлари (два - 5-мм).
- 10.Мукималарни бирлаштирувчи қурилма Endo Stitch (10-мм).
- 11.Айланадиган механизмли диссектор (5-мм).
- 12.Қийшиқ Қайчи (5-мм).
- 13.Чок қўйиш учун тикув иплари (атравматик, сўрилмайдиган, монофиламент, 0 ёки 00).
- 14.Ирригатор - аспиратор (5-мм).
- 15.Органларни ажратувчи ва қон томирларини боғловчи асбоблар Liga-Sure (5-мм или 10-мм).
- 16.Ультратовушли диссекто Қайчи (10-мм).
- 17.Ультратовушли диссекто Қайчи (10-мм).



18. Ультрасоник илгак (5-мм).

Юқорида номи келтирилган инструментлардан фойдаланган ҳолда операциянинг антирефлюкс босқичи бошланади.

Кейин визуал назорат остида қолган трокарлар қорин бўшлиғига киритилди: иккинчи 10 ммли троакар қорин деворининг ўрта чизиғи бўйлаб



3.7-расм.. ДҚТЧ тешиги майдонини, унинг оёқлари, унинг таркиби, чурра бўшлиғи.

ханжарсимон ўсикдан 2 см пастрокдан Бэбкок қисқичи учун, 3 чи 10 ммли троакар олдинги қўлтиқ ости чизиғи бўйлаб параумбуликал соҳадан чандан клиппатор, игнатўткич ва Endo Stitch учун порт киритилади. Liga-Sure учун 1 та 5 ммли ва 10 ммли портлар ўрта ўмров чизиғи бўйлаб ўнг қовурға равоғи остига ва қорин деворининг чап юқори квадрантасига ўрта ўмров чизиғи бўйлаб қайчи ва диссекторни киритиш учун портлар қўйилади.

Беморга "юқоридан кўриниш" турига кўра оптиканинг жойлашуви билан «Фовлер» позицияси берилди. Жигар ретрактори ёрдамида, жигарнинг чап бўлаги тепага кўтарилади. Ушбу босқичда ошқозоннинг ҳолатини, диафрагманинг қизилўнгач тешиги майдонини, унинг оёқлари диастазининг мавжудлиги ва даражасини, чурра турини, унинг таркибини, чурра бўшлиғида чандиқлар жараённинг мавжудлигини баҳолаш амалга оширилди (3.7-расм).



3.7-расм. Бойламларни ультратовуш диссектори ёрдамида ажратиш этаплари

Антирефлюкс операциясининг биринчи босқичи қизилўнгач-ошқозон, жигар-ошқозон, ошқозон - диафрагма, диафрагма - қизилўнгач бойламлари ажратилади (3.7-расм. А.Б.С.Д).

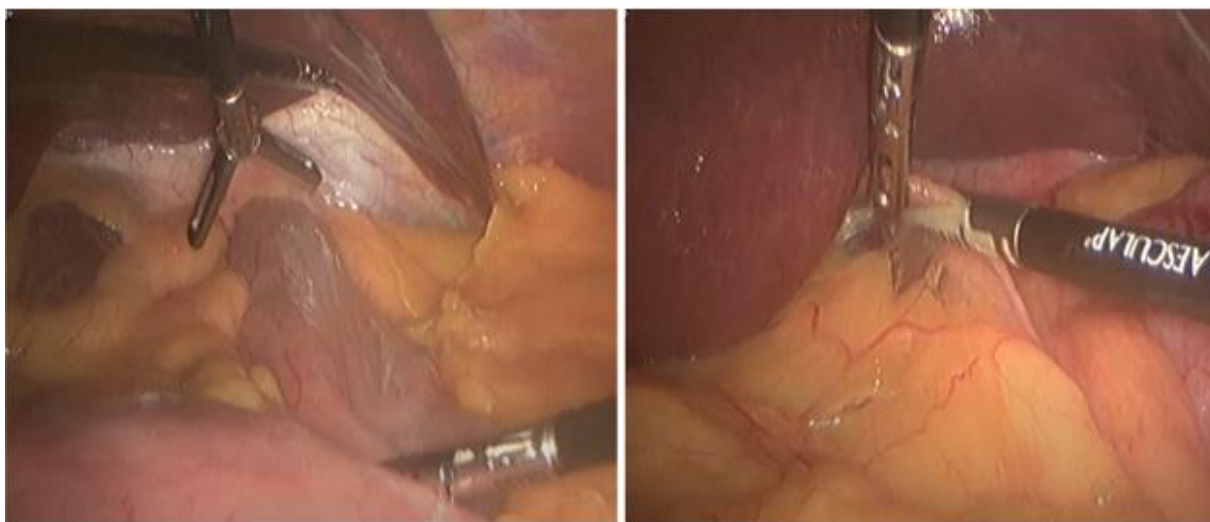
Троакар орқали Бебкокк қисқичини киритамиз. Ошқозоннинг туби ва олд деворини пастга ва ён томон чапга тортиш учун.

Тўқималарни диссекция қилиш ва ажратиш учун одатда Гармоник ультратовушли деструктор ишлатилди ёки биполяр коагуляция Liga-Sure, асбобларидан ҳам фойдаланиш мумкин (3.8-расм).

Кичкина чарви диафрагманинг қизилўнгач тешигига қадар ажратилди. Чап ошқозон артериясидан жигарнинг чап булагига қўшимча томирлар йўналган бўлса, диссекция пайтида томир бутунлиги сақланади.

Бундан ташқари, диафрагма оёқчалари ажратиш пайтида, чурра копчаси уларнинг контури бўйлаб кесилиб ажратиб олинади. Қизилўнгачнинг олд девори ажратилади ва бу ерда олдинги адашган нерви бутунлиги сақланади.

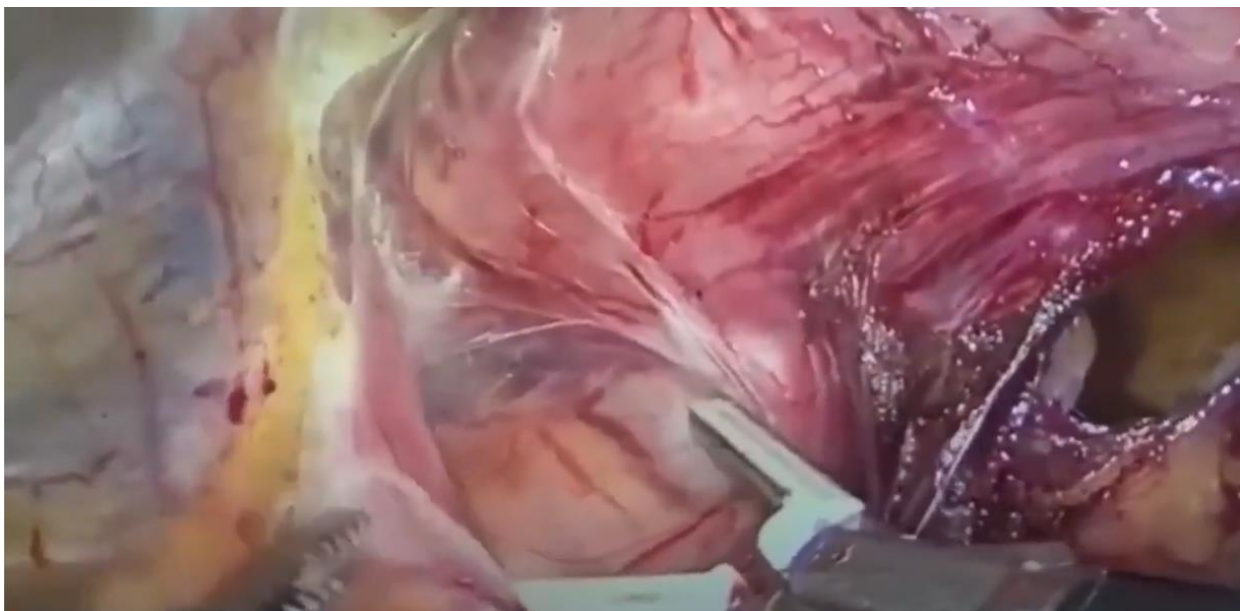
Қизилўнгач юқорига кўтарилди, орқа адашган нерви аниқланади. Шундан сўнг, кардия соҳаси контомирсиз жойидан тўқималар "тўмтоқ" йўл билан ажратилди ва чарви халтасига, ошқозоннинг орқа деворининг пастки қисмидан кирилади. Шундан сўнг диафрагма - фундал бойлам талоқнинг юқори қутбига кесиб ўтилди.



Расм.3.8. Диссектор ердамида туқималарни ажратиш

Аралашув соҳасина ажратиб олингандан сўнг, фундопликация манжеткасини шакллантиришдан олдин қорин бўшлиғига интракорпорал чокларни қўллаш мақсадида диссектор, атравматик игналар (капрон 2/0) ва игна ушлагичи киритилди. Агар керак бўлса, ДҚТЧ ни тикиш мақсадида, қизилўнгачни қисмасдан орқа крурорафия бажарилади.

Узунлиги камида 30 ммдан кам бўлмаган фундопликацион манжетка шакллантирилади.



3.9-расм. Кардия соҳаси қонтомирсиз жойидан тўқималар "тўмтоқ" йўл билан ажратилди

Қоида тариқасида диафрагма остига ўнг жигар бўлаги ости билан дренаж трубка ўрнатилди. Асбоблар ва троакарлар визуал назорат остида олиб ташланди, апоневроз жароҳатига, териға чоклар қўйилди.

Лапароскопик холецистэктомия ва антирефлюкс операцияларининг давомийлиги ўртача 145 ± 10 дақиқани ташкил этди. Ётоқ кунларининг ўртача узунлиги 5-7 кун эди.

Операциядан кейин 1 ва 3 ой ўтгач, иккала гуруҳнинг беморлари ФГДС, ошқозон рентгенограммасини ўз ичига олган мунтазам текширувдан ўтказилди.

§ 3.2. ЎТХ ҳолатида ДҚТЧ ва ГЭРК билан касалланган беморларда симултан операцияларни бажариш хусусиятлари

Ўткир холецистит билан касалланган беморларда бир вақтнинг ўзида жарроҳлик аралашувларни (симултан) амалга оширишда биринчи босқичда ЛХЭК ўтказилди, чунки бу ўткир жараён ва уни бартараф қилмасдан биз антирефлюкс жарроҳлигини техник жиҳатдан бажаришимиз қийин деб ҳисоблаймиз. Биринчи гуруҳ беморларда анъанавий холецистэктомия

қилинган беморларда, қорин бўшлиғининг юқори этажида чандиқли жараен бўлганлиги сабабли уларда фундопликация операцияси анъанавий кесим билан бажарилда. Бу 11 та бемордан 9 тасида. Асептика ва инфекцияни олдини олиш тамойилларига асосланиб, ЛХЭКда ишлатиладиган барча асбоблар бошқа асбоблар билан алмаштирилди. Операциянинг иккинчи босқичида ультратовуш асбоблари (диссекторлар) ишлатилди. Шундай қилиб, биринчи босқич холецистэктомия амалга оширилади, иккинчи босқич-фундопликация.

Шуни таъкидлаш керакки, симултан операциялар фақат ўт пуфагининг (ЎП) чекланган яллиғланиш жараёнлари бўлгандагина амалга оширилади. Агар ЎП ва унинг атрофида яллиғланиш жараёни кескин ривожланганида (ЎП гангрена, ЎП атрофи абсцесси, маҳаллий ва тарқалган йирингли перитонит, ЎП тешилиши) симултан операциялар бажарилмайди.

§ 3.3. Жарроҳлик даволашнинг натижалари.

§ 3.3.1 Анъанавий (лапаротомия) усулда операция қилинган I- гуруҳ беморларини жарроҳлик даволашнинг дарҳол натижалари.

3.1 - жадвал

I-гуруҳ беморларда бажарилган операциялар (n=35)

I - гуруҳ беморларида бажариладиган Жарроҳлик тури ва уларнинг комбинациялари	I - гуруҳ (n=35) беморлар сони	
	Лапароскопик	Анъанавий
Холецистэктомия олдин қилинган (n=35)	24(68,5%)	11(31,5%)
Фундопликация (n=35)	22 (63%)	13(37%)

I - гуруҳга ўткир тошли холецистит билан турли вақтда операция қилинган (холецистэктомия) лекин диспептик шикоятлари бор беморлар киритилди (n=35). Бу беморлар операциядан кейинги даврда турли диспептик симптомлари бор ҳолда шикоят қилиб келди: зарда қайнаш, қорин дам бўлиши, оғиз аччиқ бўлиши, овқат қабул қилгандан кейин туш остида оғрик, кекириш. Ушбу гуруҳ беморлар орасидан юқорида кўрсатилган инструментал текшириш усуллари ўтказилганда диафрагманинг қизилўнгач чурраси (ДҚТЧ) ва турли даражада ривожланган рефлюкс-эзофагит ва ГЭРК аниқланди. Бу беморларда клиник белгиларга асосан ретроспектив касаллик тарихлари юзасидан ва ҳозирги ҳолати юзасидан текширишлар олиб борилди.

I - гуруҳ беморларига юқорида айтганимиздек, анамнезидан ЎТХ сабабли холецистэктомия ўтказган беморлардан 35 бемор киритилган. Уларнинг 24(68,5%) тасида ЛХЭК ва 11(31,5%) ТХЭК операциялари ўтказилган.

Касаллик тарихининг давомийлигига ва касаллик тарихи кўчирмасига асосан, беморлар ХЭЖ операциясини бошидан кечирганлик муддатлари куйидагича тақсимланди: бир йилгача – 22(63%); 1 йилдан 3 йилгача – 12 (34%); 3 йилдан - 5 йилгача – 1 (3%) бемор. (диаграмма 3.1)

Бу гуруҳ беморларда ҳар иккала операциялар ҳам симултан бажарилган бўлсада, 1/3 қисмида юқори беморларда традицион (аъанавий, лапаротом) усулда бажарилган.

Барча беморларда дарҳол яхши функционал натижаларга эришилди. Гастроэзофагиал рефлюкс ва рефлюкс эзофагитининг клиник кўринишлари йўқ қилинди. Ўлим йўқ эди. Бундан ташқари, интраоперацион асоратлар йўқ эди. Шу билан бирга, аъанавий бажарилган беморларда жароҳатлар яллигланиши билан боғлиқ асоратлар ривожланган (3.2- жадвал).

Барча жарроҳлик аралашувлар қорин бўшлиғини дренаж найчалари билан дренажлаш билан якунланди. Жигарости бўшлиқ ва чап латерал канал канал дренажланган. Қоида тариқасида, дренажлар 2 кун давомида олиб ташланди.

Операциядан кейинги 3-4 кун ичида барча беморлар, ичишга рухсат беришдан олдин, қизилўнгач ва ошқозоннинг рентгенологик текшируви сувда эрувчан контраст модда (урографин) ёрдамида амалга оширилди. Шу билан бирга, қизилўнгач, кардия, қизилўнгач ва ошқозондан эвакуация қилиш баҳоланди. Тадқиқот давомида ҳеч бир беморда ютиш бузилиши ва контраст модданинг қизилўнгач орқали ўтиши кўрсатилмаган, барча беморларда ошқозондан эвакуация ўз вақтида амалга оширилган. Полипозицион текширув пайтида, шу жумладан Тренделенбург ҳолатида контраст модданинг гастроэзофагиал рефлюкси аниқланмади.

Ушбу беморларда операциядан кейинги асоратларнинг ривожланиши операциядан кейинги даврда 6(46,5%) беморда қайд этилган. Операциядан кейинги асоратларнинг табиати ва сони 3.2.- жадвалда келтирилган.

Анъанавий (лапаратом) усулда I-гурух беморларида ўтказилган операциялардан кейинги асоратларнинг табиати ва частотаси (n=13).

Асоратларнинг табиати	Беморлар сони
Операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши	2(15,4%)
Гастропарез	1(7,7%)
Эрта дисфагия	1(7,7%)
Панкреатит	1(7,7%)
Дренаж трубкадан қон кетиш	1(7,7%)
Жами	6(46,5%)

Анъанавий йўл билан фундопликация бажарилган I гуруҳ беморларидаги асоратлардан қуйидаги асоратлар қайд этилди. Булардан 2(15,4%) ҳолатда операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши қайд этилди, бу аниқ ЎПнинг ўзида яллиғланиш жараёнлар билан боғлиқ. Иккала ҳолатда ҳам қўшимча жарроҳлик манипуляцияларисиз, қўшимча бойлам алмаштириш ва антисептиклар ишлатиш йўли билан, қисман иккиламчи битиш билан жароҳат битди. Гастропарез 1 (7,7%) ҳолатда ривожланди ва бу ҳолат консерватив тарзда даволанди. Операциядан кейинги эрта дисфагия 1(7,7%) ҳолатда ривожланди, бу ҳолатнинг сабаби жуда зич шакллантирилган фундопликацион манжетка сабаб бўлиши мумкин. Операциядан кейинги эрта дисфагиянинг даволашнинг биринчи босқичи торайиш зонасини эндоскопик бужлаш деб тан олинган. Эндоскопик манипуляциялардан сўнг бу беморда ҳам симптомлар бартараф этилди. Бир ҳолда, эпигастрал соҳада оғриқ бўлди. Бу ҳолат операциядан кейинги панкреатит хуружи деб баҳоланди. Сабаби қон ва сийдикда амилаза концентрациясининг ошиши кузатилди. Консерватив чоралар мажмуасини ўтказгандан сўнг, панкреатит хуружи 2 кун ичида бартараф қилинди.

Бир беморда қолдирилган дренаж трубкадан интенсив бўлмаган қон кетиш аломати кузатилди. Бу асорат ҳам гемостатик терапия натижасида бартараф қилинди.

Умуман олганда, А.Ф. Черноусовнинг модификациясида қизилўнгачнинг узунасига қисқариши I даражали бўлган беморларда ва II даражали қизилўнгач қисқариши бўлган беморларда фундопликация барча беморларда яхши натижаларни кўрсатди. Амалга оширилган антирефлюкс операциялари қизилўнгачнинг узунасига қисқариши, ДҚТЧ ва рефлюкс эзофагити бўлган беморларда танланган операциялар тўғри бажарилган деб айтиш мумкин.

Ушбу гуруҳ беморларида касалхонаги ётоқ кунларнинг умумий давомийлиги ўртача $8,2 \pm 1,3$ кунни ташкил этди. Кўпгина беморларда ётоқ кунлари муддатига таъсир қилувчи омиллар бу: операциядан кейинги жароҳатдаги оғриқлар борлиги, жароҳат яллиқланиши, операциядан олдин ва кейин даврда операциядан олдинги тайёргарлик (сув-электролитлар мувозанатини тиклашга қаратилган комплекс инфузион терапия, антибактериал терапия, оғриқ қолдирувчи, яллиғланишга қарши, антисекретор терапия) таъсир кўрсатди.

§ 3.3.2. Лапароскопик усулда операция қилинган I-гуруҳ беморларини жарроҳлик даволашнинг натижалари.

Биринчи гуруҳ беморларига юқорида айтганимиздек, анамнезидан ЎТХ сабабли холецистэктомия ўтказган беморлардан 35 бемор киритилган. Уларнинг анамнезидан 24(68,5%) тасида ЛХЭК ва 11(31,5%) ХЭК анъанавий усулда бажарилган. Шу сабабли ушбу беморларда ДҚТЧ ва ГЭРК белгилари рефлюкс-эзофагитнинг турли даражада ривожланган рефлюкс-эзофагитлар борлиги ва консерватив терапия эффе́ктивлиги қисқа вақт бўлганлиги сабабли ушбу беморларга антирефлюкс операциялари таклиф қилинди ва бажарилди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг 22(63%) тасида антирефлюкс операциялар лапароскопик усулда ультратовушли

диссекторлар ёрдамида бажарилди ва 13(37%) беморда анъанавий усулда бажарилди.

Беморларни операциядан кейинги даврда олиб бориш, анъанавий жарроҳлик аралашуви бажарилган беморлардан фарқ қилмади, фақатгина қорин бўшлиғини дренажлаш, шунингдек, операциядан кейинги даврларда антирефлюкс операция эффективлигини аниқлаш мақсадида, беморларга сувда эрийдиган контраст модда 2-3 кун барвақт берилди, шунингдек, кам травматик аралашув бўлганлиги сабабли, беморларни фаоллантириш ва овқатлантириш жараёни олдинроқ бошланди.

Лапароскопик киришдан I-гуруҳ беморларида ўтказилган операциялардан кейинги асоратларнинг табиати ва частотаси (n=22).

3.3-жадвал

Асоратларнинг табиати	Беморлар сони
Эрта дисфагия	1(4,5%)

Шуни таъкидлаш керакки, ушбу гуруҳдаги аралашувлар миниинвазив ва кам травматиклиги сабабли, лапароскопик усулда операция қилинган беморлар гуруҳида операциядан кейинги яранинг йиринглаши, панкреатит ва гастростаз эпизодлари кузатилмади. Фақатгина 1 ҳолатда аммо антирефлюкс операцияларининг характерли асоратларининг 1(4,5%) ҳолатда манжетнинг гиперфункцияси сабабли дисфагия ривожланди. Рентген ускуна назорати остида бажарилган 2 эндоскопия сеанисидан кейин дисфагиянинг клиник ва рентгенологик кўринишларини бартараф этишга имкон берди.

Ушбу гуруҳ беморларида касалхонага ётқизишнинг умумий давомийлиги $5,3 \pm 1,2$ кунни ташкил этди.

§ 3.3.3. Анъанавий усулидан операция қилинган II-гурух беморларини жарроҳлик даволашнинг натижалари.

II- асосий гурухга ЎТХ ва ДҚТЧ, ГЭРК, рефлюкс – эзофагити бор бўлган 49 та бемор киритилган. Симултан операциялар фақат 9(15%) ҳолатда анъанавий усулда бажарилди. Беморларнинг 9 дан 2(4%) ҳолатда конверсия сабабли анъанавий лапаратом усулга ўтказилди.

Асосий II-гурухга ўт пуфагининг ва атрофдаги тўқималар ривожланган деструктив жараёнлари (гангрена, ўт пуфаги абсцесси), перитонит, қорин бўшлиғининг юқори қаватида аниқ ривожланган чандик жараёни бўлган беморлар киритилмади.

Анъанавий операция ўтказиш техникаси, I-гурухда бажарилган стандарт холецистэктомия усулида бажарилди. Қўшимча равишда қизилўнгачнинг ДҚТЧ операцияси Ниссен операциясининг А.Ф. Черноусов модификациясида бажарилди. Ушбу беморларда жарроҳлик тактикаси ўт пуфаги деструкцияси ва асоратларининг борлигига, қизилўнгачнинг узунасига қисқариш (Баррет қизилўнгачи) даражасига, ДҚТЧ турига боғлиқ бўлди.

Ушбу гурухдаги беморларда операциядан кейинги даврдаги асоратлар, беморларнинг операциядан кейинги эрта ва кечки даврдаги шикоятларида, I гурух беморлар шикоятларига нисбаттан кескин ўзгаришлар қайд этилди. Ушбу шикоятлардаги бўлган фарф алоҳида IV бобда келтирилади.

Анъанавий усулда бажарилган операциядан кейин 2(22,2%) беморда операциядан кейинги жароҳатнинг яллиғланиши (йиринглаши) ривожланди. Шунини таъкидлаш керакки, операциядан кейинги жароҳат яллиғланиши (йиринглаши), анъанавий усулда операция қилинган I ва II-гурух беморларида юзага келди. Ҳеч қандай қўшимча жарроҳлик манипуляцияси ёрдамсиз жароҳат иккиламчи тортишиш билан битди (3.4 жадвал).

II-гурух беморларининг анъанавий усулда симултан бажарилган 1(11,1%) беморда операциядан кейинги панкреатит ва шу беморнинг ўзида операциядан кейин гастростаз ривожланди. Беморлар консерватив терапия фонидида 2 кун давомида панкреатит ва гастростаз ҳолатлари бартараф қилинди. Беморларнинг ҳаётига хавф туғдирмайдиган ҳолатлар бўлмасида, жами 3та беморда асоратлар ривожланди. Бир беморда 2 та асорат гастростаз ва панкреатит.

3.4-жадвал

Анъанавий усулдан II-гурух беморларида ўтказилган операциялардан кейинги асоратларнинг табиати ва частотаси (n=9*).

Асоратларнинг табиати	Беморлар сони
Операциядан кейинги яранинг йиринглаши	2(22,2%)
Гастростаз*	1(11,1%)
Панкреатит*	1(11,1%)
Жами асоратлар	4(44,4%)

** шу жумладан, бир нечта асоратлар комбинацияси бўлган беморлар*

Ушбу гурух беморларида касалхонага ётқизишнинг умумий давомийлиги $8,2 \pm 1,3$ кунни ташкил этди.

§ 3.3.4. Лапароскопик усулда операция қилинган II- гурух беморларини жарроҳлик даволашнинг натижалари.

Иккинчи гурухга ЎТХ сабабли мурожаат қилган ва ДҚТЧ, рефлюкс-эзофагит бор беморлардан 49 бемор киритилган. Симултан лапароскопик операциялар ХЭК ва Ниссен операциясининг А.Ф. Черноусов модификациясида фундопликация операцияси беморларнинг да 42(85%) тасида лапароскопик усулда бажарилди.

Шуни таъкидлаш керакки, беморларнинг ушбу гурухи, фундопликацияни лапароскопик усулида бажарилиши жарроҳларнинг бир мунча тажриба тўпланганидан кейин бажарилган. Асоратларнинг ва уларнинг 3.5-жадвалда келтирилган.

Лапароскопик усулда II - гуруҳ беморларида ўтказилган операциялардан кейин асоратларнинг табиати ва частотаси (n=42).

3.5-жадвал

Асоратларнинг табиати	Беморлар сони
Конверсия	2(4,7%)
Эрта дисфагия	1(2,3%)
Жами	3(7,1%)

Икки ҳолатда (4,7%) биз лапароскопик усулдан конверсияга ўтишга тўғри келди. Иккала ҳолатда ҳам Кало учбурчагидаги тузилмаларни аниқлашдаги техник қийинчиликлар билан боғлиқ бўлди. Яллиғланиш жараёни ЎПнинг бўйинча соҳасида ривожланганлиги билан боғлиқ бўлди. Шунингдек, фундопликация босқичи конверсия туфайли лапаротомик жароҳатдан амалга оширилди.

Бир беморда 2,3% операциядан кейинги эрта даврда дисфаги ва манжет гиперфункцияси аниқланди, бу иккала ҳолатда ҳам қониқарли ҳолда эндоскопик кенгайтиришни талаб қилди ва қониқарли даражада бажарилди. Жами асоратлар бу гуруҳда бемор ҳаётига хавф туғдирмайдиган 3(7,1%) ҳолатда юзага келди ва бартараф қилинди.

Ушбу гуруҳ беморларида касалхонага ётқизишнинг умумий давомийлиги $6,1 \pm 1,5$ кунни ташкил этди.

Шундай қилиб, ЎТХ, ДҚТЧ ва рефлюкс эзофагитли билан беморларда, ХЭК ва фундопликация операциясини лапароскопик симултан бажаришда

операция давомийлигига таъсир қилади, деб ишонч билан айтиш мумкин, аммо асоратлар сони назорат гуруҳидаги беморларга қараганда анча паст. Бундан ташқари ГЭРК ва рефлюкс-эзофагитга боғлиқ белгилари операциядан кейинги эрта ва кечки даврларда ҳам ижобий натижалар олинди.

КЛИНИК МИСОЛЛАР

Бемор: К.М. 1954йилда туғилган. Касаллик тарихи №12723

Операция номи: Симултан лапароскопик холецистэктомия, Ниссен операцияси А. Ф. Черноусов модификациясида фундопликация бажариш.

Протокол: Миорелаксантлардан фойдаланган ҳолда, эндотрахеал оксигенизацияси остида киндик устидан кесма қилиниб пенвмаперитониум қўлланилди. Қорин бўшлиғи органларини қайта кўриб чиқиш пайтида жигар ости соҳасида таранглашган ва катта чарви билан қисман ўралган ўт пуфағи аниқланди, ўт пуфағи катталашган, таранглашган ва яллиғланиш инфильтрати мавжуд.

Ингичка ичакнинг ковузлоклари пучайган, перисталтикани кузатиш мумкин. Қорин бўшлиғига одатдаги нуқталар орқали асбоблар билан иккита 5 мм ва битта 10 мм трокарлар киритилади. Ўт пуфағидан катта чарви диссектор ва L симон илгак ёрдамида ажратилди. Ўт пуфағи 13,5 x 5,0 см гача катталашади, таранглашади, деворлари шишган, инфильтрацияланган, бўйин соҳасида чандиқ-яллиғланиш инфильтрати мавжуд.

Техник қийинчиликлар билан диаметри 0,5 см гача бўлган ўт пуфағи йўли ажратилди. Умумий ўт йўли 0,5 см гача, катталашмаган, ўт йўли бўшлиғида тошлар аниқланмайди. Ўт пуфағи йўлига дистал иккита клипсалар ва проксимал бирта клипса қўйилди ва ўртасидан кесилди. Ўт пуфағи артериясига диста клипса қўйилди ва кесилди. Ўт пуфағи ётоғи гемостаз қилинди ва ажратилди. Ўт пуфағи эпигастрал кесмадан чиқариб олинди.

Барча инструментлар алмаштирилиб, ультратовуш диссекторларидан кейинги этапларларда фойдаланилди.

Кейин визуал назорат остида қолган трокарлар қорин бўшлиғига киритилди: иккинчи 10 ммли троакар қорин деворининг ўрта чизиги бўйлаб ханжарсимон ўсиқдан 2 см пастроқдан Бэбкок қисқичи учун, 3 чи 10 ммли троакар олдинги қўлтиқ ости чизиги бўйлаб параумбуликал соҳадан чандан клиппатор, игнатуткич ва Endo Stitch учун порт киритилади. Liga-Sure учун 1 та 5 ммли ва 10 ммли портлар ўрта ўмров чизиги бўйлаб ўнг қовурга равоғи остига ва қорин деворининг чап юқори квадрантасига ўрта ўмров чизиги бўйлаб қайчи ва диссекторни киритиш учун портлар қўйилади.

Беморга "юқоридан кўриниш"турига кўра оптиканинг жойлашуви билан «Фовлер» позицияси берилди. Жигар ретрактори ёрдамида, жигарнинг чап бўлаги тепага кўтарилади. Ушбу босқичда ошқозоннинг ҳолатини, диафрагманинг қизилўнгач тешиги майдонини, унинг оёқлари диастазининг мавжудлиги ва даражасини, чурра тури баҳоланди. Антирефлюкс операциясининг биринчи босқичи қизилўнгач-ошқозон, жигар-ошқозон, ошқозон - диафрагма, диафрагма - қизилўнгач бойламлари ажратилади.

Троакар орқали Бэбкок қисқичини киритамиз. Турникет ёрдамида ошқозоннинг туби ва олд деворини пастга ва ён томон чапга тортиш учун.

Тўқималарни диссекция қилиш ва ажратиш учун одатда Гармоник ультратовушли деструктор ишлатилди ёки биполяр коагуляция Liga-Sure, асбобларидан ҳам фойдаланиш мумкин.

Аралашув соҳасина ажратиб олингандан сўнг, фундопликация манжеткасини шакллантиришдан олдин қорин бўшлиғига интракорпорал чокларни қўллаш мақсадида диссектор, атравматик игналар (капрон 2/0) ва игна ушлагичи киритилди.

Узунлиги камида 30 ммдан кам бўлмаган фундопликацион манжетка шакллантирилади.

Ниссен фундопликацияси бажарили учун, 3-тугун чоклари билан амалга оширилди. Қорин бўшлиғи дренажланади. Троакарлар десуффляциядан кейин олинди. Жароҳат қаватма қават тикилди. Асс.бойлам.

IV БОБ. ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИ ДИАФРАГМАНИНГ КИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИНИНГ ЧУРРАСИ ВА ГАСТРОЕЗОФАГИАЛ РЕФЛЮКС БИЛАН БИРГАЛИКДА КЕЛГАНДА ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Биринчи лапароскопик фундопликация қилиш бошланганидан буён, минглаб кузатувларни ўз ичига олган антирефлюкс операциялари бўйича муҳим тажриба тўпланди. Кўпгина тадқиқотчилар ташхисот масалаларини кенг муҳокама қиладилар, ДҚТЧ ва рефлюкс эзофагит билан касалланган беморларни даволаш натижаларини умумлаштирадилар, шунингдек, уларнинг эрта ва кечки асоратларнинг олдини олишни ўрганадилар. Операцияларнинг бевосита эрта ва кечки натижалари ўрганилмокда, лапароскопик ва анъанавий жарроҳлик даволаш усулларининг қиёсий таҳлили ўтказилмокда.

Сурункали холецистит ва ДҚТЧ, ГЭРК ва турли даражада ривожланган рефлюкс-эзофагити бор беморларни даволашда симултан операцияларни бажаришга доир илмий ишлар мавжуд. Аммо ўткир холецистит ва ДҚТЧ, ГЭРК ва рефлюкс-эзофагити бор беморларни даволашда симултан операцияларни бажаришга доир илмий ишлар йўқ. Шу масалага ойдинлик киритиш мақсадида клиникамизда даволанган 84 беморнинг натижаларини таҳлил қилдик.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти “Хирургик касалликлар ва реанимация” кафедраси клиник базаси ҳисобланган I - II шошилинч жарроҳлик бўлимларида 2017 йилдан 2023 лар давомида олиб борилган илмий иш натижалари ўрганилди.

Барча жарроҳлик усулида даволанганлар орасида эркаклар 36(42,9%) ва аёллар 48(57,1%). Жинсий фарқ бўйича аёллар (36 эркак ва 48 аёллар) устунлик қилди. Беморларнинг ёшига қараб ва жинси бўйича тақсимланиши 1-жадвалда келтирилган. Аксарият беморлар 45-59 ёш оралиғида.

I-гурухга ўткир тошли холецистит билан турли вақтда операция қилинган (холецистэктомия) лекин диспептик шикоятлари бор беморлар киритилди (n=35).(Ретроспектив ва клиник текширишлар).

II-асосий гуруҳ беморлар (n=49) ЎТХ билан мурожаат қилиб келган ва инструментал текшириш усуллари ўтказилган ҳолда турли даражада ривожланган ДҚТЧ ва рефлюкс-эзофагит бор беморлар ажратиб олинди.

ЎТХ билан касалланган ва ДҚТЧ, ГЭРК бор беморларни жарроҳлик усулида даволашда, жарроҳлик жараёнидаги асоратлар, ножўя ҳолатлар ва операциядан кейинги эрта даврда даволаш амарадорлигига объектив ва субъектив белгиларга қараб баҳо берилди.

Эндоскопик текширишлар натижасида беморларнинг асосий қисмида рефлюкс эзофагитнинг M.Savary и G.Miller таснифи бўйича ривожланиш даражасига қараб, асосан 2 даражали эзофагит I-гурухда 25(71,4%), II – гуруҳда 37(75,5%) ташкил қилган бўлса, 1 даражали эзофагитлар I-гурухда 5(14,3%), II – гуруҳда 9 (18,4%) ташкил қилди.

Беморларда I-гурухда ДҚТЧ кардиал тури 25(71,5%) беморда, II-гурухда эса 39(79,6%) ташкил қилди.

Биринчи гуруҳ беморларига юқорида айтганимиздек, анамнезидан ЎТХ сабабли холецистэктомия ўтказган беморлардан 35 бемор киритилган. Уларнинг 24(68,5%) тасида ЛХЭК ва 11(31,5%) ТХЭК операциялари ўтказилган.

Иккинчи гуруҳ беморларига ЎТХ сабабли мурожаат қилган ва йўлдош касаллик сифатида ДҚТЧ, ГЭРК бор беморлардан 49 нафари киритилган. Уларнинг 42(85%) тасида ЛХЭК ва 9(15%) ТХЭК операциялари ўтказилган.

Назорат гуруҳида - Ниссен бўйича А. Ф. Черноусов модификациясида антирефлюкс операциялари лапароскопик ускуналар ёрдамида, шунингдек анъанавий шаклда амалга оширилди.

Асосий гуруҳида - барча беморларнинг лапароскопик ва анъанавий жарроҳлик аралашувлар пайтида биринчи босқич стандарт лапароскопик асбоблар ёрдамида холецистэктомия қилинди. Кейин, иккинчи босқичда

антирефлюкс операцияси ўтказилди, унда асбобларни тўлиқ алмаштириш амалга оширилди. Шундан сўнг, операция ультратовушли диссекторлар ва ёрдамчи асбоблар ёрдамида давом эттирилди.

Шуни айтиб ўтиш керакки, асосий гуруҳда лапароскопик ва анъанавий усулда бажарилган ХЭЖ томонидан биронта асорат ва ўлим ҳолатлари кузатилгани йўқ.

Назорат гуруҳидаги беморларда анамнезида холецистэктомия қилинганлигини ҳисобга олиб, уларда фақат фундопликация операцияси бажарилди. Фундопликация операцияси 22(63%) лапароскопик усулда ва 13(37%) таси анъанавий усулда бажарилди.

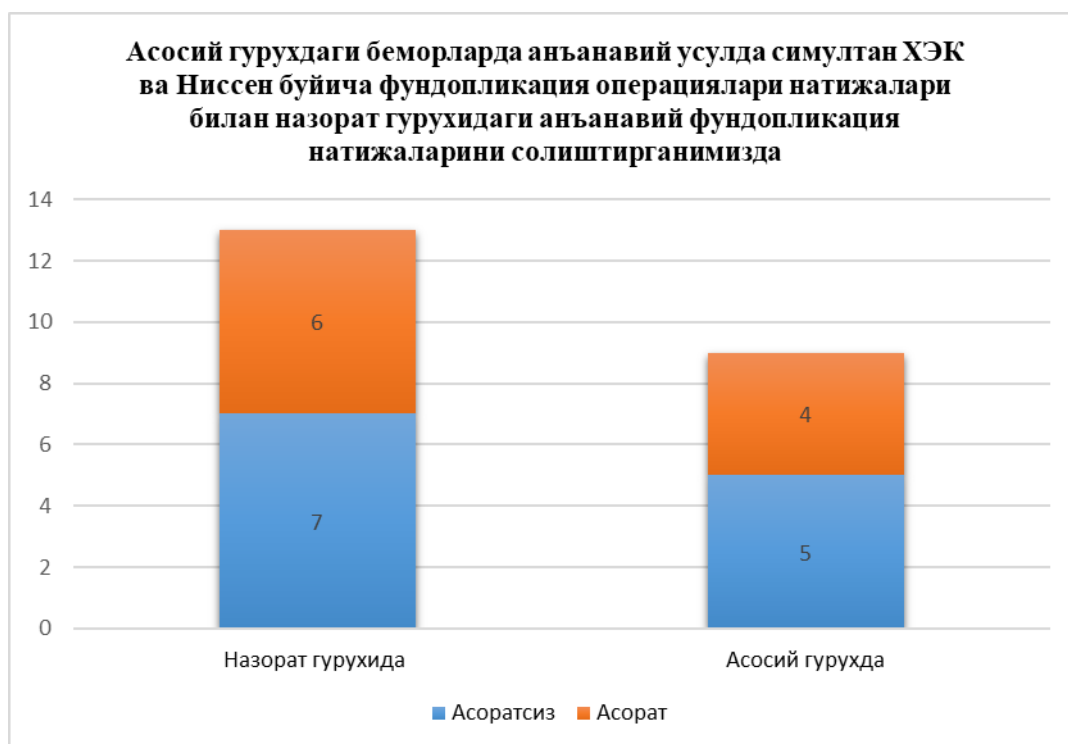
Назорат гуруҳида анъанавий (лапаратом) усулида ўтказилган операциялардан кейинги асоратлар юзага келди. Булар 2(15,4%) ҳолатда жароҳатнинг яллиғланиши (йиринглаш), гастропарез 1(7,7%), эрта дисфагия 1(7,7%), операциядан кейинги панкреатит 1(7,7%), дренаж трубкадан қон кетиш 1(7,7%). Жами 13 та беморда 6(46,5%) хилдаги ҳаётига хавф солмайдиган асоратлар ривожланди.

Операциядан кейинги эрта даврнинг юқоридаги барча асоратлари вақтинчалик бўлиб, фақатгина қўшимча бойлам алмаштириш, эндоскопик делятацияларни талаб қилди ва беморнинг узок муддатли функционал ҳолатига таъсир қилмади.

Назорат гуруҳида лапароскопик усулда операция 22(63%) беморда фундопликация операцияси бажарилгандан кейинги даврда асоратлар сони камайганлиги билан характерланади. Фақатгина 1(3,8%) ҳолатда манжетканинг гиперфункцияси сабабли эрта дисфункция ривожланди. Бу ҳолат назорат гуруҳидаги анъанавий бажарилган операциялар ва улардан кейинги ривожланган асоратларга нисбаттан анча кам бўлди.



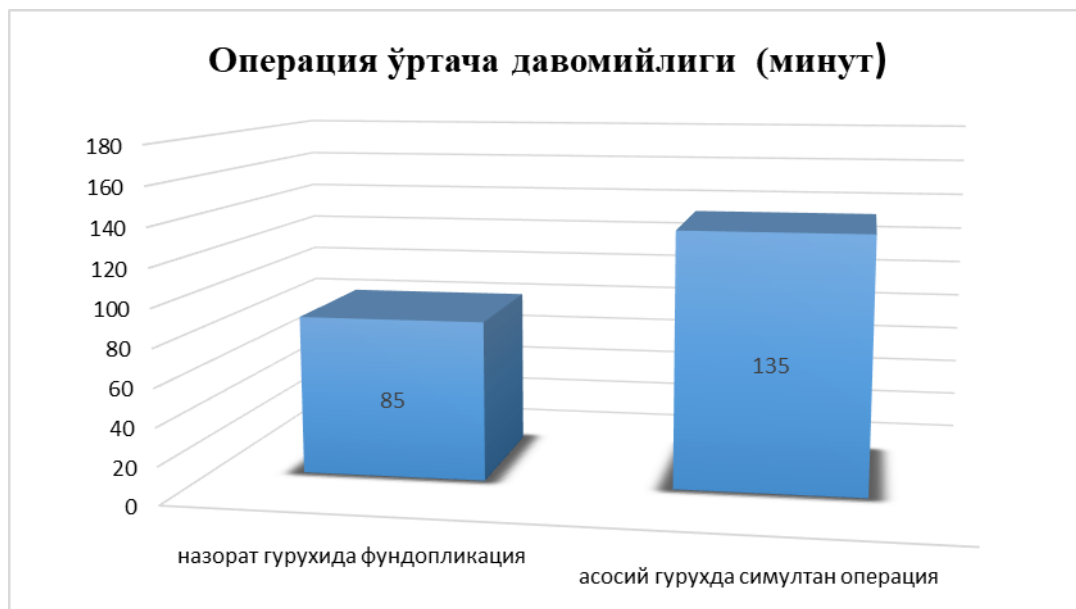
Асосий гуруҳдаги беморларда анъанавий усулда симултан ХЭК ва Ниссен бўйича фундопликация операциялари натижалари билан назорат гуруҳидаги анъанавий фундопликация натижаларини солиштирганимизда қуйидаги натижаларни кўришимиз мумкин. Кузатилган асоратлар беморнинг ҳаётига хавф солмайдиган асоратлар ҳисобланди. Назорат гуруҳида фақатгина бирта, фундопликация операцияси бажарилишига қарамасдан, асоратлар хавфли бўлмасада, 6(46,5%) ни ташкил қилди. Асосий гуруҳда анъанавий усулда симултан операциялар бажарилишига қарамай асоратлар умумий ҳолда 4(44,4%) ни ташкил қилди. Булар 2(22,2%) ҳолатда лапаратом жароҳатининг йиринглаши, 1(11,1%) гастростаз, 1(11,1%) панкреатит.



Хулоса килиш мумкинки, назорат гуруҳида анъанавий усулда фундопликация ва асосий гуруҳда анъанавий усулда симултан (холецистэктомия ва фундопликация) бажарилишига қарамай асоратлар фоизи жуда яқин кўрсаткичларни эгаллади 6 (46,5%) га 4 (44,4%) қарши. Асосан бу лапаратом жароҳатнинг яллиғланиши билан боғлиқ ҳолатлар. Назорат гуруҳидаги анаъанавий бажарилган беморларда ётоқ кунлар $8,2 \pm 1,3$ кунни, асосий гуруҳда анъанавий бажарилган симултан операциялардан кейин $8,3 \pm 1,4$ кунни ташкил қилди. Операция давомийлиги назорат гуруҳида 85

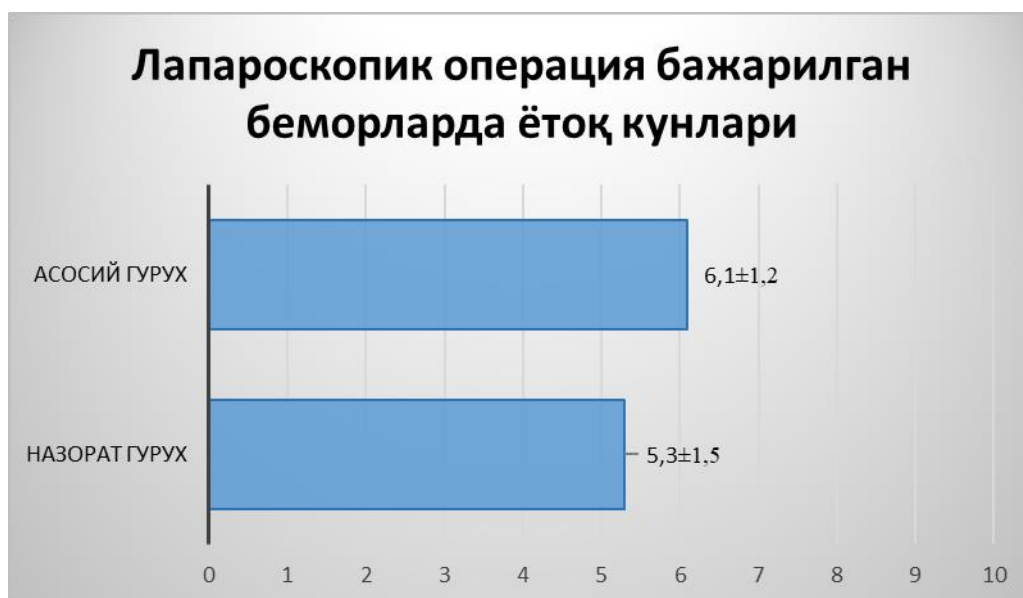


минут, асосий гуруҳда уртача 135 минутни ташкил қилди.



Назорат гуруҳида лапароскопик усулда фақат фундопликация операцияси бажарилган бўлсада, асосий гуруҳда эса симултан ЛХЭК ва фундопликация операцияси бажарилган. Ушбу беморларда жарроҳлик даволашнинг натижаларини таҳлил қилганимизда қуйидагилар аниқланди. Назорат гуруҳида лапароскопик операциядан кейинги даврда фақат 1(4,5%) беморда эрта дисфаги симптомлари кузатилди. Асосий гуруҳда ҳам лапароскопик симултан бажарилган ХЭК ва фундопликация операциялари бажарилган беморларда 1(2,3%) беморда эрта дисфагия аломатлари, техник қийинчилиги сабабли 2(4,7%) беморда конверсия бажарилди.

Хулоса қилиш мумкинки, назорат гуруҳида лапароскопик усулда 1та операция фақат фундопликация ва асосий гуруҳда лапароскопик усулда симултан (холецистэктомия ва фундопликация) бажарилишига қарамай асоратлар фоизи жуда яқин кўрсаткичларни эгаллади 1(4,5%) га 3(7,1%) қарши, деярли бир хил ҳолатда бўлди, чунки конверсия қилинган беморлар натижалари кейинчалик анъанавий беморлар гуруҳидан жой олди. Асосан бу лапаратом жароҳатнинг яллиғланиши билан боғлиқ ҳолатлар. Назорат гуруҳидаги лапароскопик бажарилган беморларда ётоқ кунлари $5,3 \pm 1,2$ кунни, асосий гуруҳда $6,1 \pm 1,5$ кунни ташкил қилди.



Шу масалада бир қатор олимларнинг фикрини келтирсакда. Бирга келган касалликларни даволаш учун бир вақтнинг ўзида симултан операцияларни бажармасликнинг асосий сабаблари, бу беморларни операциядан олдин тўлиқ текширилмаганлиги, операция пайтида қорин бўшлиғи органларининг етарли даражада баҳоланмаганлиги, қўшма операциялар имконияти тўғрисида қарор қабул қилишда операцион хавфлар борлигини ортиқча юқори баҳолашдир. Симултан операцияларни ўтказиш ўрнида, кўп босқичли жарроҳлик даволашларни бажариш сабаби, жарроҳларнинг асоратлар юзага келишидан асоссиз безовталиги, жарроҳлик кўламини кенгайтириш учун жарроҳлар ва анестезиологларнинг психологик тайёр эмаслиги сабаб бўлади (Ванцян Э.Н. и др., 2005; Пучков К.В., Баков В.С. и др., 2005; Земляной А.Г. и др., 1986).

А.Ф. Черноусов модификациясида Ниссен фундопликацияси лапароскопик усулда бажарилиши, операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларсиз амалга оширилиши мумкин.

А.Ф. Черноусов модификациясида Ниссен фундопликацияси унинг анъанавий усулига нисбаттан камжароҳатлидир, бу наркотик анальгетикларнидан воз кечиш, беморларни эрта фаоллаштириш ва операциядан бир кун ўтгач уни овқатланишига имкон беради. ДҚТЧ ва рефлюкс эзофагитида А.Ф. Черноусов модификациясида Ниссен

фундопликациясининг самарадорлиги, анъанавий усулдан қолишмайди ва балким яхшироқ натижаларга эга.

Шундай қилиб, бизнинг маълумотларимизга кўра, ЎТХ ва ДҚТЧ, рефлюк-эзофагити бор беморларни симултан миниинвазив аралашувларнинг бажарилиши, анъанавий бўлганлар билан солиштирганда фақатгина операция вақти бўйича узок давом этади, лекин операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларнинг келиб чиқишига кўра яхши натижа кўрсатишди. I-гуруҳ беморларда бир турдаги операция, II-гуруҳдаги беморларда икки турдаги операция бажарилишига қарамасдан, операциядан кейинги кузатиладиган асоратлар миқдор жиҳаттан фарқ қилмади.

Лапароскопик операциялар бажарилган беморларда операциядан кейинги давр янада ижобий давом этди, жарроҳлик жароҳатининг кичиклиги туфайли эрта фаоллашув кузатилди ва буларнинг барчаси натижасида ётоқ кунларга ижобий таъсир кўрсатди.

§ 4.1. Жарроҳлик даволашдан кейинги ойлардаги шикоятлар ва уларнинг бартараф қилиниши натижалари

Жарроҳлик аралашувининг узок муддатли натижалари тадқиқотда иштирок этган деярли барча беморлар учун 1 ойдан 3 ойгача ёки ундан кўпроқ вақт давомида таҳлил қилинди (тегишли жадвалга қаранг 4.1-4.2).

Биринчи гуруҳ беморларда анамнезидан холецистэктомия операцияси бажарилган бўлсада, уларда операциядан кейинги даврларда - тўш остидаги оғриқлар синдроми 15(43%) ташкил қилган бўлса, иккинчи гуруҳда 18(37%) ташкил қилди. Кўпинча оғриқ овқатланиш вақтида 15(43%), шунингдек, тана ҳолатидаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган. Энг характерлиси оғриқлар тўш ортида ва эпигастрал соҳасида ва куйдурувчи ёки тўмтоқ (босувчи) табиатга эга бўлган.

Биринчи гуруҳ беморларда бажарилган холецистэктомиялар (ХЭК) 25(71,4%)та беморда лапароскопик ва 10(28,6) тасида анъанавий усулда бажарилган. Операцияларни бажарилганлик муддати 3 ойдан 5 йилгача.

Операциядан кейин ушбу беморларнинг барчасида безовталиқ ва юқорида айтилган шикоятларнинг борлиги сабабли антисекретор терапия тавсия этилган. Инструментал текширишлар олиб борилганига қарамасдан ДҚТЧ аниқланмаган. Барча беморларда рефлюкс эзофагитнинг консерватив терапияси вақтинчалиқ таъсир кўрсатди. Терапия тўхтатилгандан сўнг симптомлар қайтган.

Шуни таъкидлаш керакки, биринчи гуруҳнинг 6(17%) беморида холецистэктомия қилишдан олдин ҳам ДҚТЧ борлиги касаллик тарихидаги кўчирмадан маълум бўлган, 29(83%) да иккинчи маротаба бизга мурожаат қилган пайтда ва мақсадли текширилган пайтда ДҚТЧ аниқланди.

Биринчи гуруҳ беморларида ЎТХ сабабли ХЭК операцияси бажарилгандан кейин ЎП соҳасидаги оғриқлар бартараф қилинган бўлсада, беморларда зарда қайнаш, оғиз аччиқ бўлиши, тўш остидаги ва эпигастрал соҳадаги оғриқлар сақланди. Ушбу беморларда холецистэктомиядан олдин ҳам, кейин ҳам юқорида тавсифланган оғриқдан шикоят қилишган. Фақатгина беморлар ушбу шикоятлар билан УТТ ўтганида ўт пуфагидаги тошлар аниқланган ва беморларга ХЭК операцияси таклиф қилинган. Бу беморларнинг аксариятида операциядан кейин ҳам ушбу шикоятлар сақланган.

I-гуруҳ беморлар касалхонага мурожаат қилгандаги шикоятлари 4.1. жадвалда кўрсатилган. Ушбу беморларда режали равишда бажарилган А.Ф. Черноусов модификациясидаги Ниссен бўйича фундопликация операциясидан сўнг диспептик шикоятлар йўқолди.

Фақатгина 2 (2,8%) беморда эрта дисфагия, кўнгил айниш қусиш симптоми ва 1 та беморда анъанавий усулда фундопликация қилинган беморда эпигастрал соҳасида оғриқ ва қонда амилаза миқдорининг ошиши кузатилди. Эрта дисфагия эндоскопик дилатациядан сўнг бартараф қилинди, операциядан кейинги панкреатит аломатлари консерватив йўл билан бартараф қилинди.

I гуруҳ беморлар операциядан кейин ҳам назорат остига олинди ва 1-3

ойлар давомида шикоятлари, эндоскопик ва рентгенологик текширишлардан ўтказилди.

Ушбу гуруҳ беморларида 1 ой давомида 2(5,7%) беморда кўнгил айланиш ҳолати, 2(5,7%) беморда зарда қайнаш, 5(14,3%) кекириш, 2(5,7%) беморда оғиз аччиқ бўлиши ҳолатлари кузатилди.

4.1. - жадвал

I-гуруҳ беморларда операциядан кейинги даврда диспептик симптомлар сақланиши учраши (n=35)

№	Диспептик симптомлар	I-гуруҳ Фундопликациядан олдин	I-гуруҳ Фундопликациядан кейин	I-гуруҳ Фундопликациядан кейин-1 ой	I-гуруҳ Фундопликациядан кейин-3 ой
1.	Ўнг қовурға равоғи ва эпигастрал соҳада оғриқ	-	1(2,8%)	-	-
2.	Зарда қайнаш	35 (100%)	-	2(5,7%)	3(8,5%)
3.	Кекириш	31(88%)	-	5(14,3%)	8(23%)
4.	Оғиз аччиқ бўлиши	28(80%)	-	2(5,7%)	6(17%)
5.	Тўш остидаги оғриқлар	15(43%)	-	-	-
6.	Кўнгил айланиш, қусиш	12(34%)	1(2,8%)	2(5,7%)	1(2,8%)
7.	Дисфагия	3(8,5%)	1(2,8%)	-	-

Ушбу гуруҳ беморларида 3 ой давомида 3(8,5%) зарда қайнаш, 8(23%) кекириш, 6(17%) беморда оғиз аччиқ бўлиши, 1(2,8%) кўнгил айланиш симптомлари қайталанди.

II - гуруҳ беморлар касалхонага мурожаат қилгандаги шикоятлари 4.2. жадвалда кўрсатилган. Ушбу беморларда шошилиш равишида бажарилган ХЭК ва А.Ф. Черноусов модификациясидаги Ниссен бўйича фундопликация

операцияси бажарилди. Операциядан сўнг ўнг қовурға равоғи остидаги оғриқлар билан бир қаторда диспептик белгилар ҳам йўқолди.

Фақатгина 1(2%) беморда эрта дисфагия, 2(4%) беморда кўнгил айланиш симптоми ва 1 та беморда анъанавий усулда симултан операция бажарилгандан кейин эпигастрал соҳасида оғриқ юзага келди ва консерватив йўл билан бартараф қилинди.

II гуруҳ беморлари ҳам операциядан кейин назорат остига олинди ва 1-3 ойлар давомида шикоятлари, эндоскопик ва рентгенологик текширишлардан ўтказилди.

Ушбу гуруҳ беморларида 1 ой давомида 1(2%) беморда кўнгил айланиш ҳолати, 3(6%) беморда зарда қайнаш, 4(8,2%) кекириш, 3(6%) беморда оғиз аччиқ бўлиши ҳолатлари кузатилди.

Беморлар 3 ойда текширилганида 3(6%) зарда қайнаш, 6(12,2%) кекириш, 5(10,2%) беморда оғиз аччиқ бўлиши, 1(2%) кўнгил айланиш симптомлари қайталанган.

Юқорида келтирилган шикоятларнинг кўрсаткичларига кўра, турли кузатув давларида асосий гуруҳ ва назорат гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар бўлмади.

4.2 - жадвал

II-гуруҳ беморларда операциядан кейинги даврда диспептик симптомлар сақланиши учраши (n=49)

№	Диспептик симптомлар	II-гуруҳ ХЭК+Фундо пликациядан олдин	II-гуруҳ ХЭК+Фундо пликациядан кейин	II-гуруҳ ХЭК+Фундопли кациядан кейин-1 ой	II-гуруҳ ХЭК+ Фундопликац иядан кейин-3 ой
1.	Ўнг қовурға равоғи ва эпигастрал соҳада оғриқ	49(100%)	1(2%)	-	-

2.	Зарда қайнаш	49(100%)	-	3(6%)	3(6%)
3.	Кекириш	39(80%)	-	4(8,2%)	6(12,2%)
4.	Оғиз аччиқ бўлиши	41(84%)	-	3(6%)	5(10,2%)
5.	Тўш остидаги оғриқлар	18(37%)	-	-	-
6.	Кўнгил айнаш, қусиш	15(31%)	2(4%)	1(2%)	1(2%)
7.	Дисфагия	5(11%)	1(2%)	-	-

Хулоса қилиш мумкинки, таққослаш гуруҳларида турли хил шикоятлари бўлган беморларнинг нисбати фарқ қилмади, аммо операциядан кейинги даврда вақт ўтган сари шикоятлар пайдо бўлди ва уларнинг улуши ва тури деярли тенг эди.

Операция қилинган беморларнинг аксариятини безовта қилган зарда қайнаш, оғиз аччиқ бўлиши, кекириш ва операциядан олдин иккала гуруҳдаги беморларда бўлган шикоятлар, ДҚТЧ операция қилингандан сўнг биринчи ой давомида бутунлай безовта қилишни тўхтатди. Вақт ўтган сари баъзи беморларимизда иккала гуруҳда ҳам деярли тенг улушларда кам ривожланган ҳолда пайдо бўлди (4.1-4.2-жадвал).

Шундай қилиб, ЎТХ ва ДҚТЧ бор беморларда операциялар 2 этапда бажарилган беморлар (назорат) ва симултан бир вақтнинг ўзида 2 операция бажарилган беморлардаги (асосий) статистик натижалар бир биридан фарқ қилмайди.

Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики ЎТХ ва ДҚТЧ ва рефлюкс-эзофагити бор беморларда симултан бажарилган операциялар интраоперацион ва операциядан кейинги даврда асоратлар фоизи жиҳатдан назорат гуруҳидан фарқ қилмайди. Баъзи диспептик симптомларнинг операциядан кейинги кечки даврда қайталаниши, назорат гуруҳидаги беморлардан камроқ.

Операция қилинган иккала гуруҳ беморларда, эрта операциядан кейинги давр, анъанавий усулда бажарилган беморларга нисбаттан яхшироқ кечди. Бунинг сабаби усулнинг миниинвазивлиги, кам травматиклиги ва беморларни эрта фаоланишига боғлиқ бўлди.

Операциядан кейинги кузатувнинг турли вақтларида ДҚТЧ билан касалланган беморларда эндоскопик текширув натижалари Savary-Miller бўйича баҳолаш натижалари жадвалда келтирилган 4.3-жадвалда акс эттирилган бўлиб, ундан антирефлюкс операциясидан сўнг дарҳол патологик ўзгаришлар аниқ ижобий динамика мавжудлигини кўриш мумкин.

Эзофагит белгилари барча беморларда 3 ойдан кейин фақат 1 беморда асосий гуруҳда ва 2 бемор назорат гуруҳида кузатилди.

Шундай қилиб, эндоскопик тадқиқотлар натижалари ДҚТЧ ва рефлюкс-зофагитни жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг қизилўнгач ва ошқозон-қизилунгач ўтмасида патологик ўзгаришларнинг деярли тўлиқ йўқлигини кўрсатади.

Даволашнинг узоқ муддатли натижаларини объектив баҳолаш учун беморларни касалхонадан чиққандан кейин 1 ва 3 ой ўтгач режалаштирилган инструментал текширувлардан ўтказилди. Иккала гуруҳдаги беморларга қизилўнгач шиллиқ қаватининг ҳолатини ўрганиш учун ФГДС ўтказилди.

4.3. -жадвал

Даволанишдан кейин ФГДС тадқиқотининг натижалари

Кўрсаткичлар	Операциядан кейин 1-ой.		Операциядан кейин 3-ой.	
	Асосий гуруҳ (n=49)	Назорат гуруҳи (n=35)	Асосий гуруҳ (n=49)	Назорат гуруҳи (n=35)
Қизилўнгач шиллиқ қавати шикастланиши йўқ	49	34	48	33
I - даража	-	1	1	2
II - даража	-	-	-	-

III - даража	-	-	-	-
IV - даража	-	-	-	-

Қорин бўшлиғининг ультратовуш текширувини ўтказишда жигардан патологик ўзгаришлар, ЎП нинг тўшаги, жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўлларида патология ҳар иккала гуруҳ беморларида аниқланмади.

Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, ДҚТЧ ва ГЭРК (асосий гуруҳда) бажарилган эндовидеожарроҳлик билан симултан ҳолда бир вақтнинг ўзида операцияларни амалга оширишдаги даволаш натижалари назорат гуруҳидаги даволаш натижалари билан эквивалентдир деган хулосага келишимизга имкон беради.

Операциядан кейинги даврда, операция қилинган беморларнинг ҳаёт сифати ўрганилди. Шу мақсадда касалхонада назорат текшируви пайтида тўғридан-тўғри сўровнома ўтказилди.

Субъектив суровда, I-гуруҳ беморларида операциядан кейинги 3 ой муддатли даврда ўзларининг соғлиқ ҳолатларини қуйидагича баҳоладилар (Расм. 4.1): қониқарли - 4(11,4%), яхши -20(57,1%), жуда яхши (аъло) – 11 (31,5%).



- Қониқарли

- Яхши
- Жуда яхши (аъло)

4.1-расм. I - гуруҳ беморларида операциядан кейинги 3 ойдаги ўзларининг соғлиқ ҳолатларини субъектив баҳолаш.

II-гуруҳда беморлар қуйидагича баҳоланди (4.2-расм): қониқарли - 3(6,1%), яхши- 32(65,3%), жуда яхши (аъло) - 14(28,6%).

Тадқиқот натижасида ЎТХ ва ДҚТЧ комбинацияси билан касалланган беморларнинг соғлиқдаги ўзгаришларнинг объектив ҳолатини кўриш ва ушбу гуруҳдаги беморларни даволашнинг танланган тактикасини нафақат инструментал тадқиқот усуллари кўрсаткичларига қараб, балки уларни субъектив шикоятларига асосланган ҳолда баҳолаш имконини берди.



Қониқарли

- Яхши
- Жуда яхши (аъло)

4.2-расм. II-гуруҳ беморларида операциядан кейинги 3 ойдаги ўзларининг соғлиқ ҳолатларини субъектив баҳолаш.

Шундай қилиб, иккала гуруҳнинг аксарият беморларида ЎТХ ва ДҚТЧ билан касалланган беморларни, асосий касалликнинг (ЎТК) қўзиш

даврида жарроҳлик даволашда симултан усул ишлатилганига қарамасдан ижобий натижаларга эришилди.

Ўрганилган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш барча кўрсаткичлар бўйича клиник гуруҳларда статистик жиҳатдан сезиларли фарқларнинг йўқлигини аниқлади. Шундай қилиб, операциядан кейинги узок муддатли даврнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, ЎТХ ва ДҚТЧ жарроҳлик даволаш учун симултан лапароскопик усулни танлаш, операциядан кейинги даврда беморларнинг ҳаёт салбий таъсир кўрсатмай балки ижобий таъсир кўрсатди.

ХОТИМА

ЎТК ва ДҚТЧсини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоси, ярим асрдан кўпроқ вақт давомида мавжудлигига қарамай, ўз аҳамиятини йўқотмади. Сўнгги пайтларда маҳаллий ва хорижий адабиётларда бу беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг қониқарсиз натижалари ҳақида кўпроқ нашрлар пайдо бўла бошлади. Бироқ, бундай беморларда ушбу касалликларни бартараф қилишда симултан операцияларга етарлича эътибор берилмаганидир.

Илгари кам маълум касалликлардан бўлган, ДҚТЧ ва рефлюкс эзофагит, ҳозирги вақтда мутахассислар учун ҳал қилинмаган асосий муаммолардан бири ҳисобланади. Буни кун сайин ошиб бораётган маҳаллий ва хорижий адабиётларда доимий ўсиши тасдиқлайди. ДҚТЧ, ГРЭК, рефлюкс-эзофагит барча яхши сифатли патологиялар орасида етакчи ўринни эгаллайди ва ошқозон-ичак трактининг асосий касалликлари таркибида сурункали холецистит ва ошқозон, ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги билан бир қаторда туради.

Ҳозирги вақтда ДҚТЧ ва ЎТХ бор беморларни операциядан олдин текшириш учун умумий қабул қилинган алгоритм мавжуд эмас, шунингдек, бир вақтнинг ўзида жарроҳлик учун кўрсатмалар ишлаб чиқилмаган. Агар ЎТХ жарроҳлик йўли билан даволаш зарурати шубҳа туғдирмаса, ДҚТЧ билан бирга келган ўткир ҳолатларда операциянинг мақсадга мувофиқлиги ва уни амалга ошириш усули кўплаб баҳс-мунозараларга сабаб бўлади.

Ўтказилган тадқиқотларга кўра, беморларнинг 25 фоизи ошқозоннинг кислоталиги фаоллигини пасайтириш билан доимий ёрдамга мухтож. Маълумки, Гиснинг ўткир бурчагини тўғрилаш шаклида ДҚТЧ билан кардио-эзофагиал бирикма соҳасидаги ривожланаётган ўзгаришлар ва натижада анатомик нуқсонни дори воситалари билан бартараф этиб бўлмайди. Шу сабабдан ДҚТЧнинг жарроҳлик даволаш масаласининг

долзарблиги шубҳасиздир.

ДҚТЧни даволашда энг кенг тарқалган усули бу Ниссен томонидан эркин фундопликация шаклида таклиф қилинган усул бўлиб, унда ошқозон туби қизилўнгач атрофида қисқа ва эркин ётган манжетка шакллантириш орқали бажарилади. 1991 йилда, биринчи марта Ниссен фундопликациясидан 35 йил ўтгач, лапароскопик усулда операцияси ўтказилди. Аммо, очик ва эндовидеожарроҳлик аралашувидан сўнг, операциядан кейинги даврда энг кенг тарқалган асорат дисфагия бўлиб қолди, унинг частотаси 6 дан 42% гача ўзгариб турди ва ушбу операциядан кейин касалликнинг қайталаниши (рецидив) 3-15% ҳолларда кузатилди. Тоуп томонидан қисман фундопликация техникаси ҳам машҳур эмас. Pub Med, Medline, Embase, Cochrane Library и Springerlink ёрдамида ўтказилган мета-таҳлил энг кўп ишлатиладиган фундопликация техникасини таққослайдиган рандомизацияланган клиник таҳлиллар ва синовлар асосида ушбу усулларнинг самарадорлиги ўртасида бир хил миқдордаги яхши натижалар аниқланди билан сезиларли фарқ топилмади.

Анъанавий усулда ҳам, лапароскопик усулда ҳам холецистэктомияни амалга ошириш техникаси кичик деталларгача ишлаб чиқилганига ва тажрибали жарроҳ учун қийинчилик туғдирмаслигига қарамай, операция вақтидаги ва операциядан кейинги эрта асоратларнинг частотаси натижалар ва ҳаёт сифати даражасини яхшилашни талаб қилади. Операция қилинган беморларнинг 30% гача турли хил диспептик шикоятлардан азият чекади. ХЭК бажарилганлигига қарамасдан, қониқарсиз натижаларнинг аксарияти беморларда ДҚТЧ, рефлюкс-эзофагит мавжудлиги билан боғлиқлиги исботланган ва барча беморларнинг тахминан учдан бир қисмини такрорий жарроҳлик аралашувлари бажарилади.

Агар беморда ҳам ЎТХ ҳам ДҚТЧ патология бўлса ташхис қўйишда маълум қийинчиликлар келиб чиқади. Бир-бирини тўлдирадиган ва ниқоблайдиган ушбу икки касалликнинг клиник кўринишлари ташхисотни

сезиларли даражада мураккаблаштириши мумкин. Агар инструментал тадқиқот усуллари нуқтаи назаридан ўт тош касаллиги ташхиси деярли ҳар бир жарроҳлик шифохонасида мавжуд бўлган қорин бўшлиғини ультратовуш текширувини ўтказишда аниқ бўлса, ДҚТЧ мавжудлигини тасдиқлаш муаммоли ҳисобланади. Бунга кўпинча клиник кўринишларнинг оғирлиги, рентген ва эндоскопик курилиш ўртасидаги номувофиқлик ёрдам беради. Тез-тез зарда қайнаш, кекириш, дисфагия, тўш ости соҳасидаги оғриқларни ДҚТЧ ва рефлюкс-эзофагит билан касалланган беморларда ташхис қўйилиши мумкин.

Антирефлюкс операцияларининг мураккаблиги, хавфи ва хилма-хиллиги ҳақида хабардор бўлган жарроҳлар кўпинча ДҚТЧ инструментал ташхис қўйгандан кейин ҳам, фақат ХЭК операциясини амалга оширадида ва беморларга кучли антисекретор терапияни буюрадилар ёки кейинги даволаниш учун гастроэнтерологга юборадилар. Бу ҳолат эса йиллар ўтган сари оғир асоратларга олиб келиши мумкин .

Юқорида айтиб ўтилган ва ҳалигача ҳал қилинмаган ва мунозарали масалалар бу илмий иш учун асос бўлди.

Биринчи марта бизда ЎТХ, ДҚТЧ, ГЭРК билан касалланган беморларда бир вақтнинг ўзида шошилишч операцияларни ўтказишга ҳаракат қилдик.

Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти “Хирургик касалликлар ва реанимация” кафедраси клиник базаси ҳисобланган I-II шошилишч жарроҳлик бўлимларида 2017 йилдан 2023 лар давомида олиб борилган илмий иш натижалари ўрганилган.

Эркак 36(42,9%) ва аёллар 48(57,1%) нисбати аёллари устунлик қилди. Аксарият беморлар 45-59 ёш оралиғида.

I-гуруҳга ЎТХ билан турли вақтда операция қилинган (ХЭК) лекин диспептик шикоятлари бор (ДҚТЧ, ГЭРК) беморлар (n=35) киритилган.

II-асосий гуруҳ беморлар (n=49) ЎТХ билан мурожаат қилиб келган ва инструментал текшириш усуллари ўтказилган ҳолда турли даражада ривожланган ДҚТЧ ва ГЭРК бор беморлар ажратиб олинди.

ЎТХ билан касалланган ва ДҚТЧ, ГЭРК бор беморларни жарроҳлик усулида даволашда, жарроҳлик жараёнидаги асоратлар, ножўя ҳолатлар ва операциядан кейинги эрта даврда даволаш самарадорлигига объектив ва субъектив белгиларга қараб баҳо берилди.

Эндоскопик текширишлар натижасида беморларнинг асосий қисмида рефлюкс эзофагитнинг M.Savary и G.Miller таснифи бўйича ривожланиш даражасига қараб, асосан 2 даражали эзофагит I-гуруҳда 25(71,4%), II – гуруҳда 37(75,5%) ташкил қилган бўлса, қолганлари 1 даражали эзофагитлар.

Беморларда ДҚТЧнинг кардиал тури ташкил қилди: I-гуруҳда 25(71,5%) беморда, II-гуруҳда эса 39(79,6%) ташкил қилди.

Назорат гуруҳида - Ниссен бўйича А. Ф. Черноусов модификациясида антирефлюкс (фундопликация) операциялари лапароскопик усуллар ёрдамида 22(63%), шунингдек анъанавий шаклда 13(37%) беморда амалга оширилди.

Шуни айтиб ўтиш керакки, асосий гуруҳда лапароскопик ва анъанавий усулда бажарилган ХЭК томонидан биронта асорат ва ўлим ҳолатлари кузатилгани йўқ.

Назорат гуруҳида анъанавий (лапаратом) усулида ўтказилган операциялардан кейинги асоратлар юзага келди. Жами 13 та беморда 6(46,5%) хилдаги ҳаётига хавф солмайдиган асоратлар ривожланди.

Назорат гуруҳида лапароскопик усулда операция 22(63%) беморда фундопликация операцияси бажарилгандан кейинги даврда асоратлар фақатгина 1(3,8%) ҳолатда манжетканинг гиперфункцияси сабабли эрта дисфункция ривожланди. Бу ҳолат назорат гуруҳидаги анъанавий бажарилган операциялар ва улардан кейинги ривожланган асоратларга нисбаттан анча кам бўлди.

Асосий гуруҳида - барча беморларнинг лапароскопик ва анъанавий жарроҳлик аралашувлар пайтида биринчи босқич стандарт лапароскопик асбоблар ёрдамида холецистэктомия қилинди. Кейин, иккинчи босқичда антирефлюкс операцияси ўтказилди, унда асбобларни тўлиқ алмаштириш амалга оширилди. Шундан сўнг, операция ультратовушли диссекторлар ва ёрдамчи асбоблар ёрдамида давом эттирилди.

Асосий гуруҳдаги беморларда анъанавий усулда симултан ХЭЖ ва Ниссен бўйича фундопликация операциялари натижалари билан назорат гуруҳидаги анъанавий фундопликация натижаларини солиштирганимизда қуйидаги натижаларни кўришимиз мумкин. Назорат гуруҳида фақатгина бирта, фундопликация операцияси бажарилишига қарамасдан, асоратлар хавfli бўлмасада, 6(46,5%) ни асосий гуруҳда анъанавий усулда симултан операциялар бажарилишига қарамай асоратлар умумий ҳолда 4(44,4%) ни ташкил қилди.

Хулоса қилиш мумкинки, назорат гуруҳида анъанавий усулда фундопликация ва асосий гуруҳда анъанавий усулда симултан бажарилишига қарамай асоратлар фоизи жуда яқин кўрсаткичларни эгаллади 6 (46,5%) га 4 (44,4%) қарши. Назорат гуруҳидаги анъанавий бажарилган беморларда ётоқ кунлар $8,2 \pm 1,3$ кунни, асосий гуруҳда анъанавий бажарилган симултан операциялардан кейин $8,3 \pm 1,4$ кунни ташкил қилди. Операция давомийлиги назорат гуруҳида 85 минут, асосий гуруҳда ўртача 135 минутни ташкил қилди.

Назорат гуруҳида лапароскопик усулда фақат фундопликация операцияси бажарилган бўлсада, асосий гуруҳда эса симултан ЛХЭЖ ва фундопликация операцияси бажарилган. Назорат гуруҳида 1(4,5%) беморда эрта дисфаги, асосий гуруҳда ҳам 1(2,3%) беморда эрта дисфагия аломатлари, 2(4,7%) беморда конверсия бажарилди.

Хулоса қилиш мумкинки, назорат гуруҳида лапароскопик усулда 1та операция фақат фундопликация ва асосий гуруҳда лапароскопик усулда симултан бажарилишига қарамай асоратлар фоизи жуда яқин кўрсаткичларни

эгаллади 1(4,5%) га 3(7,1%) қарши, деярли бир хил ҳолатда бўлди, чунки конверсия қилинган беморлар натижалари кейинчали аъъанавий беморлар гуруҳидан жой олди. Назорат гуруҳидаги лапароскопик бажарилган беморларда ётоқ кунлари $5,3 \pm 1,2$ кунни, асосий гуруҳда $6,1 \pm 1,5$ кунни ташкил қилди.

Шундай қилиб, бизнинг маълумотларимизга кўра симултан миниинвазив аралашувларнинг бажарилиши, аъъанавий бўлганлар билан солиштирганда фақатгина операция вақти бўйича узоқ давом этади, лекин операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларнинг келиб чиқишига кўра яхши натижа кўрсатишди. I-гуруҳ ва II-гуруҳдаги беморларда операциядан кейинги кузатиладиган асоратлар миқдор жиҳатдан фарқ қилмади.

Лапароскопик операциялар бажарилган беморларда операциядан кейинги давр янада ижобий давом этди, жарроҳлик жароҳатининг кичиклиги туфайли эрта фаоллашув кузатилди ва буларнинг барчаси натижасида ётоқ кунларга ижобий таъсир кўрсатди.

Шуни таъкидлаш керакки, симултан операциялар фақат ўт пуфагининг (ЎП) чекланган яллиғланиш жараёнлари бўлгандагина амалга оширилади. Агар ЎП ва унинг атрофида яллиғланиш жараёни кескин ривожланганида (ЎП гангренази, ЎП атрофи абсцесси, маҳаллий ва тарқалган йирингли перитонит, ЎП тешилиши) симултан операциялар мақсадга мувофиқ эмас деган хилосага келдик.

Жарроҳлик аралашувининг узоқ муддатли натижалари тадқиқотда иштирок этган деярли барча беморлар учун 1 ойдан 3 ойгача ёки ундан кўпроқ вақт давомида таҳлил қилинди.

Назорат гуруҳидаги беморлар операциядан кейин ушбу беморларнинг барчасида безовталиқ ва юқорида айтилган шикоятларнинг борлиги сабабли антисекретор терапия тавсия этилган. Инструментал текширишлар олиб борилганига қарамасдан ДҚТЧ аниқланмаган. Барча беморларда рефлюкс эзофагитнинг консерватив терапияси вақтинчалиқ таъсир кўрсатди. Терапия

тўхтатилгандан сўнг симптомлар қайтган.

Шуни таъкидлаш керакки, биринчи гуруҳнинг 6(17%) беморида холецистэктомия қилишдан олдин ҳам ДҚТЧ борлиги касаллик тарихидаги кўчирмадан маълум булган, 29(83%) да иккинчи маротаба бизга мурожаат қилган пайтда аниқланди.

I-гуруҳ беморларида ЎТХ сабабли ХЭК операцияси бажарилгандан кейин ЎП соҳасидаги оғриқлар бартараф қилинган бўлсада, беморларда зарда қайнаш, оғиз аччиқ бўлиши, тўш остидаги ва эпигастрал соҳадаги оғриқлар сақланди. Ушбу беморларда холецистэктомиядан олдин ҳам, кейин ҳам юқорида тавсифланган оғриқдан шикоят қилишган. Фақатгина беморлар ушбу шикоятлар билан УТТ ўтганида ўт пуфагидаги тошлар аниқланган ва беморларга ХЭК операцияси таклиф қилинган. Бу беморларнинг аксариятида операциядан кейин ҳам ушбу шикоятлар сақланган.

I - гуруҳ беморлар операциядан кейин ҳам назорат остига олинди ва 1-3 ойлар давомида шикоятлари, эндоскопик ва рентгенологик текширишлардан ўтказилди.

Ушбу гуруҳ беморларида 1 ой давомида 2(5,7%) беморда кўнгил айниш ҳолати, 2(5,7%) беморда зарда қайнаш, 5(14,3%) кекириш, 2(5,7%) беморда оғиз аччиқ бўлиши ҳолатлари кузатилди.

Ушбу гуруҳ беморларида 3 ой давомида 3(8,5%) зарда қайнаш, 8(23%) кекириш, 6(17%) беморда оғиз аччиқ бўлиши, 1(2,8%) кўнгил айниш симптомлари қайталанди.

II - гуруҳ беморларда операциядан сўнг ўнг қовурға равоғи остидаги оғриқлар билан бир қаторда диспептик белгилар ҳам йўқолди. Фақатгина 1(2%) беморда эрта дисфагия, 2(4%) беморда кўнгил айниш симптоми ва 1 та беморда анъанавий усулда симултан операция бажарилгандан кейин эпигастрал соҳасида оғриқ юзага келди ва консерватив йўл билан бартараф қилинди.

II гуруҳ беморлари ҳам операциядан кейин назорат остига олинди ва 1-3 ойлар давомида шикоятлари, эндоскопик ва рентгенологик текширишлардан

ўтказилди.

Ушбу гуруҳ беморларида 1 ой давомида 1(2%) беморда кўнгил айнаш ҳолати, 3(6%) беморда зарда қайнаш, 4(8,2%) кекириш, 3(6%) беморда оғиз аччиқ бўлиши ҳолатлари кузатилди.

Беморлар 3 ойда текширилганида 3(6%) зарда қайнаш, 6(12,2%) кекириш, 5(10,2%) беморда оғиз аччиқ бўлиши, 1(2%) кўнгил айнаш симптомлари қайталанган.

Юқорида келтирилган шикоятларнинг кўрсаткичларига кўра, турли кузатув давларида асосий гуруҳ ва назорат гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар бўлмади.

Хулоса қилиш мумкинки, таққослаш гуруҳларида турли хил шикоятлари бўлган беморларнинг нисбати фарқ қилмади, аммо операциядан кейинги даврда вақт ўтган сари шикоятлар пайдо бўлди ва уларнинг улуши ва тури деярли тенг эди.

Шундай қилиб, ЎТХ ва ДҚТЧ бор беморларда операциялар 2 этапда бажарилган беморлар (назорат) ва симултан бир вақтнинг ўзида 2 операция бажарилган беморлардаги (асосий) статистик натижалар бир-биридан фарқ қилмайди.

Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики ЎТХ ва ДҚТЧ ва рефлюкс-эзофагити бор беморларда симултан бажарилган операциялар интраоперацион ва операциядан кейинги даврда асоратлар фоизи жиҳатдан назорат гуруҳидан фарқ қилмайди. Баъзи диспептик симптомларнинг операциядан кейинги кечки даврда қайталаниши, назорат гуруҳидаги беморлардан камроқ.

Операция қилинган иккала гуруҳ беморларда, эрта операциядан кейинги давр, анъанавий усулда бажарилган беморларга нисбатан яхшироқ кечди.

Эзофагит белгиларининг намоён бўлиши, эндоскопик йўл билан барча беморларда 3 ойдан кейин фақат 1 беморда асосий гуруҳда ва 2 бемор назорат гуруҳида кузатилди.

Шундай қилиб, эндоскопик тадқиқотлар натижалари ДҚТЧ ва рефлюкс-

зофагитни жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг қизилўнгач ва ошқозон-қизилўнгач ўтмасида патологик ўзгаришларнинг деярли тўлиқ йўқлигини кўрсатади.

Операциядан кейинги даврда, операция қилинган беморларнинг ҳаёт сифати ўрганилди. Шу мақсадда касалхонада назорат текшируви пайтида тўғридан-тўғри сўровнома ўтказилди.

Субъектив сўровда, I-гурӯх беморларида операциядан кейинги 3ой муддатли даврда ўзларининг соғлиқ ҳолатларини қуйидагича баҳоладилар (Расм. 4.1): қониқарли - 4(11,4%), яхши -20(57,1%), жуда яхши (аъло) – 11 (31,5%).

II-гурӯхда беморлар қуйидагича баҳоланди : қониқарли - 3(6,1%), яхши-32(65,3%), жуда яхши (аъло) - 14(28,6%).

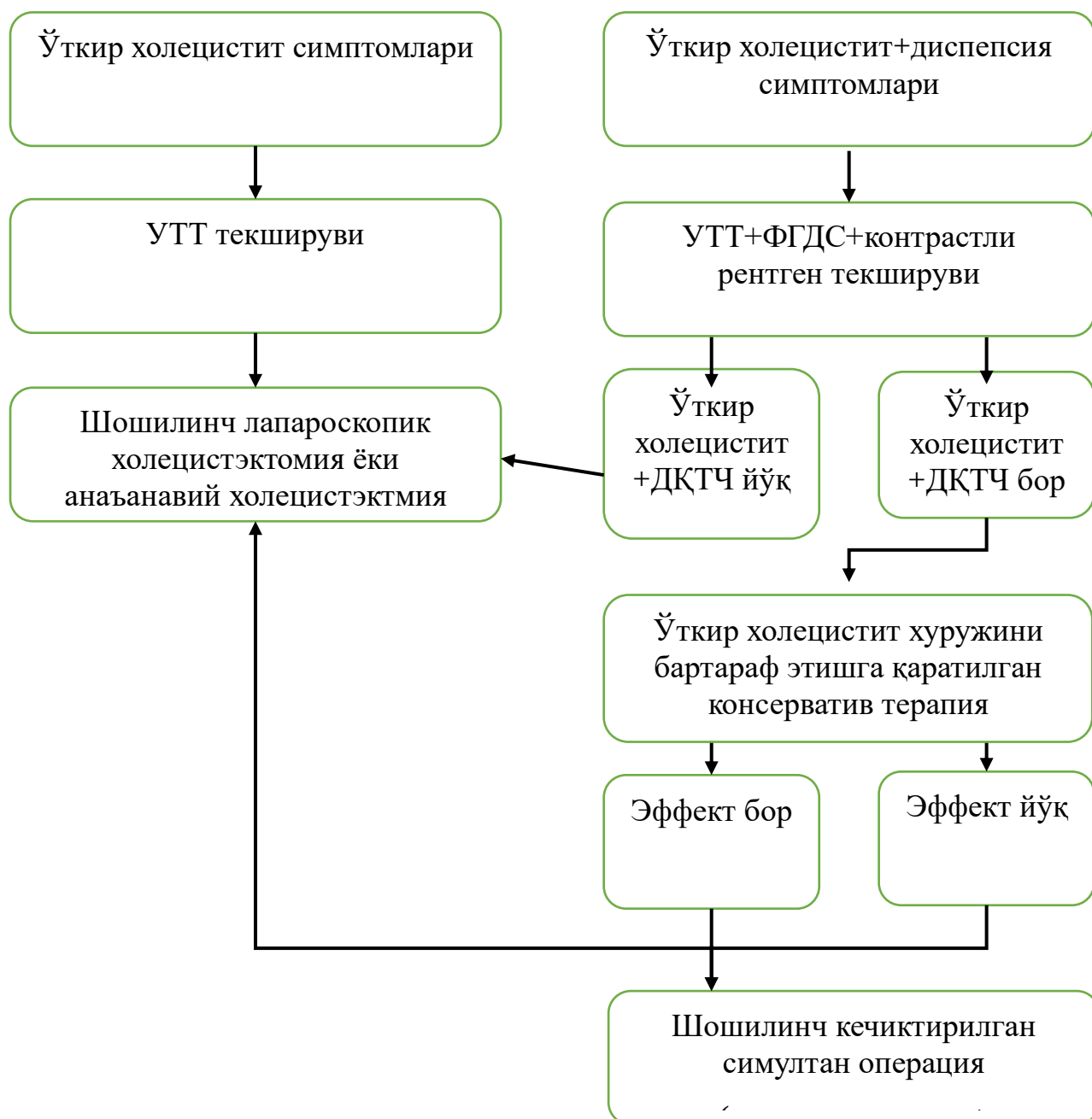
Тадқиқот натижасида ЎТХ ва ДҚТЧ комбинацияси билан касалланган беморларнинг соғлиқдаги ўзгаришларнинг объектив ҳолатини кўриш ва ушбу гуруҳдаги беморларни даволашнинг танланган тактикасини нафақат инструментал тадқиқот усуллари кўрсаткичларига қараб, балки уларни субъектив шикоятларига асосланган ҳолда баҳолаш имконини берди.

Шундай қилиб, иккала гуруҳнинг аксарият беморларида ЎТХ ва ДҚТЧ билан касалланган беморларни, асосий касалликнинг (ЎТК) қўзиш даврида жарроҳлик даволашда симултан усул ишлатилганига қарамасдан ижобий натижаларга эришилди.

Ўрганилган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш барча кўрсаткичлар бўйича клиник гуруҳларда статистик жиҳатдан сезиларли фарқларнинг йўқлигини аниқлади. Шундай қилиб, операциядан кейинги узок муддатли даврнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, ЎТХ ва ДҚТЧ жарроҳлик даволаш учун симултан лапароскопик усулни танлаш, операциядан кейинги даврда беморларнинг ҳаётига салбий таъсир курсатмай, балки ижобий таъсир кўрсатиши ушбу усулларни амалиётда кенгроқ қўллаш мумкинлигини кўрсатди.

Тадқиқодларимиз натижасида биз томондан ўткир холецистит билан диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари бирга касалланган беморларда қўшимча ҳамда асосий касалликни ташхислаш ва даволашда муҳим бўлган диагностика ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилди.

Ўткир холецистит билан диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурралари бирга келган ҳолатларда диагностика ва даволаш алгоритми



ХУЛОСАЛАР

1. ЎТХ билан мурожаат қилган беморларда узоқ вақт давомида СТХ ва ДҚТЧ касалликларига хос умумий диспептик симптомлардан иборат симптомокомплекс мавжуд. Операциядан олдинги даврда ДҚТЧ, ГЭРКга шубҳа бўлганда қўшимча инструментал текширишлар ўтказиш керак.

2. ЎТХ билан бирга ДҚТЧ, ГЭРК мурожаат қилган беморларда операциялар кетма-кетлиги сакланиши лозим. Биринчи навбатда холецистэктомия, иккинчи этапда инструментларни ультратовуш анжомларига алмаштирган ҳолда фундопликация операциясини бажариш лозим.

3. ЎТХ ва ДҚТЧ бор беморларда симултан операцияларини бажариш, уларни алоҳида-алоҳида бажаришга нисбаттан солиштирганда, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайти ва операциялардан кейинги асоратларнинг частотасига таъсир қилмайти.

4. Лапароскопик жарроҳлик усуллари аънавий усуллардан фойдаланишнинг афзалликлари травматизациянинг камлиги, шунингдек лапаротомик яралар учун ўзига хос асоратларни ривожланиш эҳтимолининг (йиринглаш, операциядан кейинги чурралар шаклланиши) пастлиги билан характерланади. Шунингдек, ушбу тоифадаги беморларда бир вақтнинг ўзида операцияларни бажариш тиббий ва иқтисодий нуқтаи назардан кўпроқ мос келади.

5. ЎТХ ва ДҚТЧ бор беморларда симултан операциялар фақат ўт пуфагининг (ЎП) чекланган яллиғланиш жараёнлари бўлгандагина амалга оширилади. Агар ЎП ва унинг атрофида яллиғланиш жараёни кескин ривожланганида (ЎП гангрени, ЎП атрофи абсцесс, маҳаллий ва тарқалган йирингли перитонит, ЎП тешилиши) симултан операциялар бажарилмайти.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. ЎТХ билан мурожаат қилган беморларда узок вақт давомида диспептик симптомакомплекс мавжудлигида, операциядан олдинги даврда кизилўнгач-ошқозон ўтиш қисми патологиясини истисно қилиш мақсадида, ДҚТЧ, ГЭРКга шубҳа бўлса, албатта ФГДС ва контраст рентгенография текширишларини ўтказишлари шарт.

2. ЎТХ ва ДҚТЧ билан мурожаат қилган беморларда симултан операцияларни бажариш мақсадга мувофиқ. Симултан операцияларни бажариш ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайти ва операциялардан кейинги асоратларнинг частотасига таъсир қилмайди.

3. Симултан операцияларни бажаришда биринчи навбатда холецистэктомия, иккинчи этапда инструментларни ультратовуш анжомларига алмаштирган ҳолда, фундопликация операциясини бажариш мақсадга мувофиқ. Инструментларни алмаштириш антирефлюкс аралашув зонасида инфекцион асоратларни олдини олишга имконият беради.

4. ЎТХ ва ДҚТЧ билан мурожаат қилган беморларда симултан операцияларни қилишда, операция босқичларни кетма-кетлигини сақланган ҳолда, беморларни лапароскопик усулда операция қилиш мақсадга мувофиқ.

5. ЎП гангрена, ЎП атрофи абсцесс, маҳаллий ва тарқалган йирингли перитонит, ЎП тешилиши ҳолатларда, беморда ДҚТЧ бўлганда операциянинг иккинчи этапи режали равишда бажарилади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абдулхакимов А.А. Эндовидеохирургические методы в лечении острого аппендицита, осложненного перитонитом // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М.: МГМСУ. – 2011. – С.100.
2. Адамян А.И. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: дис. канд. мед. наук: 14.00.27 – Хирургия / НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. – М. - 1997. - С. 267.
3. Алиев С.А., Омаров О.И., Омаров И.М. Экспериментальное обоснование нового способа лечения аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20. – №1. - С. 65-67
4. Алижанов А. А. У., Исхаков Б. Р., Исхаков Н. Б. Место эндовидеохирургии в диагностике и лечении больных с экстренной патологией и травмами органов брюшной полости: 20-летний опыт наманганского филиала РНЦЭМП // Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – № 6. – С. 31-35.
5. Арзиев И. А. Хирургическое лечение желчного перитонита как осложнение острого деструктивного холецистита // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2024. – Т. 5. – № 1. – С. 161-167.
6. Бабажанов А. С. Совершенствование методов герниоабдоминопластики при симультанных хирургических заболеваниях // Наука и мир. – 2020. – Т. 2. – № 4. – С. 65-67.
7. Баулин А. А. Клинический случай рецидивирующего болевого синдрома при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, протекающего под маской острого панкреатита // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2024. – Т. 14. – № 1. – С. 116-123.
8. Баулин А.А., Аверьянова Л.А., Баулин В.А., Баулина О.А. Важность диагностического алгоритма на этапах маршрутизации пациентов с острым панкреатитом // Вестник СурГУ. Медицина. – 2022. №4(54).- С.36-40.
9. Бекмансуров М. Н. Клинико-эпидемиологические аспекты панкреонекрозов //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – №3. – С. 87-88.
10. Белобородов В.А., Олифирова О.С., Шевченко С.П. Симультанные операции в хирургической практике // Сибирское медицинское обозрение. - Красноярск . - 2007. - С.19 - 25
11. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – М.: Медицина. - 1978. – С. 224.

12. Гадирова А. С. Симультантные с холецистэктомией лапароскопические операции // Здоровоохранение (Минск). – 2010. – № 12. – С. 67-68.
13. Галинская Н. С., Гостевич И. С., Становенко В. В. Хирургическое лечение пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Современные медицинские исследования. – 2017. – С. 5-6.
14. Галлямов Э. А. Проблема совершенствования и внедрения высоких технологий эндохирургических вмешательств в клиническую практику: дис. докт. мед. наук // Москва. – 2008. - С.98.
15. Галлямов Э. А. Одномоментные лапароскопические операции // Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2014. – № 3 (5). – С. 70-77.
16. Ганцев Ш. Х., Ганцев К. Ш. Хирургическое лечение сочетанных заболеваний органов брюшной полости // Казанский медицинский журнал. – 2005. – Т. 86. – № 1. – С. 12-16.
17. Гербали О. Ю. Динамика и прогностическая значимость маркеров эндотелиальной дисфункции в развитии кардиоваскулярных осложнений при симультантных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости // Modern Science. – 2021. – № 6-1. – С. 323-330.
18. Гостевич И. С., Галинская Н. С. Оперативное лечение пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Смоленский медицинский альманах. – 2017. – № 1. – С. 91-94.
19. Гулов М. К. Персонализированный подход в хирургическом лечении острого панкреатита // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова. – 2024. – Т. 19. – № 1. - С.234.
20. Давлатов С. С., Жураева Ф. Ф., Юсупалиева К. Б. К. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Academy. – 2017. – № 7 (22). – С. 92-94.
21. Давыдкин В. И. Особенности диагностики и лечения синдрома МАЛЛОРИ-ВЕЙССА // Материалы XXII научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов Национального исследовательского Мордовского государственного университета им. НП Огарёва. – 2019. – С. 352-359.
22. Дадвани С.А., Ветшев П.С, Шулутко А.М. Желчнокаменная болезнь. - М.: Видар-М. - 2015. – С.176.
23. Джулай Г.С., Зябрева И.А., Джулай Т.Е Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: проблема выбора эффективной тактики ведения пациентов // Эффективная фармакотерапия. - 2018. - № 32. - С. 58-61.
24. Дибиров М.Д., Семенякин И.В., Ерин С.А., Фомин В.С., Чупалов М.О. Редкое осложнение антирефлюксной хирургии: сочетание рецидивной

- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с атоническим гастростазом.
// *Анналы хирургии*. – 2017. - № 22 (3). - С.163–9.
25. Евтихова Е.Ю. Возможности симультанных операций при послеоперационных вентральных грыжах // *Альманах клинической медицины*. – 2008. – Т. 17. – С. 120-121.
26. Ерин С.А. Современные технологии в оперативном лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Диссертация на соискание учёной степени к.м.н. 14.01.17 – хирургия. РНЦХ им. ак. Б.В.Петровского. – Москва. - 2021 г. - С.90.
27. Ермолаев В.А., Савельев В.В. Болезни поджелудочной железы как одна из ведущих проблем абдоминальной хирургии. Аспирантские чтения-2021: сборник материалов научно-практической конференции аспирантов СВФУ. – Якутск. - 2021. - С.66-70.
28. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А. Видеолапароскопия в диагностике и лечении ущемленных паховых грыж // *Эндоскопическая хирургия*. – 2012. – № 4. – С. 3–7.
29. Жумаева М. М. Эффективность Ультразвуковой Диагностики При Холециститах // *Research Journal of Trauma and Disability Studies*. – 2024. – Т. 3. – № 1. – С. 5-9.
30. Зябрева И.А., Джулай Г.С. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: анатомические характеристики и патогенетические механизмы реализации рефлюксного синдрома // *Верхневолжский медицинский журнал*. - 2018. - Т. 17. - № 4. - С. 9-14.
31. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Лапина Т.Л., Баранская Е.К., Осипенко М.Ф. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по ведению пациентов с абдоминальной болью // *Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол.* – 2016. - №25(4). - С.71-80.
32. Ильченко А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. - М.: Анахарсис. - 2006. – С.448.
33. Имаева А.К., Мустафин Т.И., Половинкина С.Р. Показатели заболеваемости и смертности при остром панкреатите как индикатор состояния медицинской помощи на региональном уровне // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2020. - №28(6). - С.1298-1303.
34. Кенжаев Л. Р., Мусоев Т. Я., Уроков Ш. Т. О сочетанном течении острого холецистита и грыж пищеводного отверстия диафрагмы // *Вестник магистратуры*. – 2016. – № 2-1 (53). – С. 22-24.
35. Кирсанов И.И., Гуляев А.А., Пахомова Г.В. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки // *Эндоскопическая хирургия*. – 2010. – № 1. – С. 8–12.

36. Клименко М.С. Эффективность эндовидеохирургических вмешательств при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы: Автореф. Дис... канд. Мед. наук.-М. - 2021. - С.26.
37. Короткий В. И. Эндовидеохирургическое лечение кардиофундальных и субтотальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы: Автореф. Дис.канд. Мед. наук. - М. - 2019. - С.27.
38. Кочуков В.П., Юдин В.А., Мостыка С.В. Клиническая картина ГПОД. Аксиальная грыжа // Хирургическая практика. - 2012. - С.26-29.
39. Красильников Д. М. Причины развития неудовлетворительных результатов в ургентной хирургии // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13. – № 3. – С. 81-85.
40. Кукош М. В., Федоров В. Э., Логвина О. А. Симультанные операции, их значимость и целесообразность выполнения // Московский хирургический журнал. – 2019. – № 3. – С. 81-89.
41. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. - М.: ГЕОТАР-Мед. - 2001. – С. 264.
42. Лин В. В. Малосимптомные формы острого холецистита: особенности диагностики. – 2014. - С.678.
43. Лубянский В.Г., Аргучинский И.В., Казаков А.В., Сафонов Е.В. Актуальные вопросы хирургического лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. - 2018. - № 1. - С. 677-678.
44. Мануковский В.А., Барсукова И.М., Дубикайтис П.А. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2021 год. Санкт-Петербург. - 2022. - С.987.
45. Махмудов С. Б., Сафарова Х. Б., Бабажанов А. С. Современный подход к лечению больных с послеоперационными вентральными грыжами // Scientific approach to the modern education system. – 2023. – Т. 2. – № 14. – С. 161-174.
46. Мороз В. А., Гринцов Е. Ф., Сахарова Т. С. Патофизиологические основы побочных реакций антацидных препаратов //Український біофармацевтичний журнал. – 2013. – № 4. – С. 44-44.
47. Норов А. Х. Лапароскопическая холецистэктомия острого калькулёзного холецистита в пожилом и старческом возрасте // Доклады академии наук республики Таджикистан. – 2012. – Т. 55. – № 1. – С. 86-91.
48. Павлунин А.В., Чернова Р.И., Фурзиков Д.Л. Хирургическое лечение при парастернальных диафрагмальных грыжах // Вестник хирургии. – 2000. – №7. - С.678.

49. Панюшкин А. П. Результаты оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Дальневосточный медицинский журнал. – 1997. – №. 1. – С. 62-64.
50. Папенко Р.Ю. Сравнительная информативность рентгеноскопии желудка и гастроскопии при грыже пищеводного отверстия диафрагмы // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2015. – Т. 5. - № 12.- С. 1635.
51. Подченко П.И. Об этиологии и условиях возникновения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2012. – Т. 11. – №2. – С.72–73
52. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. М.: Медпрактика. - 2003. –С. 172.
53. Рахматуллаев А. Р., Артыков К. П., Рахматуллаев Р. Р. Лапароскопические симультанные операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Вестник Авиценны. – 2016. – Т. 1. – С. 21-4.
54. Ревিশвили А.Ш., Федоров А.В., Сажин В.П., Оловянный В.Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2019. - №3. - С.88-97.
55. Родин А.Г., Базаев А.В., Никитенко А.И. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы у больных пожилого возраста // Медицинский альманах. – 2014. – №3 (33). – С. 117–120
56. Савин Д.В., Демин Д.Б., Железнов Л.М. Острый тяжелый панкреатит как хирургическая проблема на современном этапе // Медицинская наука и образование Урала. – 2022. - №1(109). - С.132-135.
57. Семенихина Т.М., Корочанская Н.В., Шабанова Н.Е. Расширение возможностей в диагностике скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Вестник современной клинической медицины. – 2010. – Т. 3. Приложение 1. – С. 161-162.
58. Семенякин И.В. Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Шестаков А.Л. Сравнительный анализ лапароскопической и робот-ассистированной фундопликации при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // Московский хирургический журнал. – 2019. – №4. – С.54–59
59. Семенякин И.В., Дибиров М.Д., Ерин С.А., Фомин В.С. Клинико-инструментальные особенности диагностики грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Московский хирургический журнал. – 2017. – №2 (54). – С. 30–33

60. Сигал Е.И., Бурмистров М.В. Результаты лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // Анналы хирургии. – 2004. – №2. – С. 62-65
61. Сигал Е.И., Шарапов Т.Л., Бурмистров М.В., Морошек А.А. Современный способ профилактики осложнений в лапароскопической антирефлюксной хирургии. // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. - №6. – С. 875-879
62. Синайская Е.И., Ротар С.Р. Дифференциальная диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Бюллетень интернет конференций. – 2014. – Т. 4. – С. 285.
63. Синайская Е.И., Ротар С.Р., Клименко Г.А. Возможности рентгеноскопии в диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации». - 2013. – Т. 3. – №11. – С. 1312
64. Слобожанин М. И. Симультанные операции в комбинированном лечении пациентов с желчнокаменной болезнью //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2018. – № 2. – С. 46-48.
65. Смирнов А. В. Симультанные операции в бариатрической хирургии // Клиническая практика. – 2020. – Т. 11. – № 4. – С. 55-63.
66. Стародубцев В.А., Баулин В.А., Куприянов М.П. Ближайшие и отдаленные эндоскопические результаты хирургического лечения ГЭРБ и ГПОД // Альманах института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2012. – Т.7. - №1. – С.125-126.
67. Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Шмидт Е.В. Симультанные эндовидеохирургические операции у больных хроническим калькулезным холециститом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2008. - С.41-3.
68. Стяжкина С.Н., Галяутдинова А.И., Маннанова Д.Р. Современные методы диагностики острого панкреатита //ModernScience. – 202. - № 9-2. - С. 208-215.
69. Стяжкина С.Н., Туктарова З.С., Башурова А.А. Диафрагмальные грыжи: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (клинический случай) //Аллея науки. - 2018. - Т. 2. - № 11 (27). - С. 162-166.
70. Татарчук П. А., Касаева Г. Р. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы //StudNet. – 2021. – Т. 4. – № 1. - С.654.
71. Тимощенко М.В., Янышев А.А., Тимощенко Е.А., Матвеев И.С. Частота встречаемости ГПОД, осложненной ГЭРБ у больных, первично обратившихся по поводу ЖКБ. VOLGAMEDSCIENCE. Сборник

- тезисов VII Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием: материалы конференции. Нижний Новгород. - 2021. - С.357-358.
72. Толеубаев Е. Эндовидеохирургические симультанные операций в хирургии органов брюшной полости.// JOURNAL OF SCIENCE. LYON. - С.21-26
73. Толеубаев Е. А. Симультанные операции в хирургии органов брюшной полости // Медицина и экология. – 2021. – № 1 (98). – С. 47-53.
74. Топольницкий Е. Б., Дроздов Е. С., Михед Р. А. Диафрагмальные грыжи: учебное пособие для студентов старших курсов и ординаторов, изучающих дисциплину " Госпитальная хирургия" и" Торакальная хирургия". – 2021. - С.90.
75. Тумаренко А.В., Скворцов В.В. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы в практике терапевта // Крымский терапевтический журнал. – 2015. - №4. – С. 80.
76. Усанова И.Ю., Козлова Н.М., Лях Г.П. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пациентов с избыточной массой тела и ее влияние на качество жизни // Забайкальский медицинский вестник. - 2014. - №1. - С.132-138.
77. Фадеев Г. Д., Гриднев А. Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: пищеводные, внепищеводные проявления и коморбидность // Киев: Библиотека «Здоровье Украины». - 2014. - С. 376.
78. Федоров В. Э. Симультанные операции при холецистолитиазе (обзор литературы) //Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2018. – № 5 (35). – С. 111-116.
79. Хамид З. М. Сочетанное лапароскопическое вмешательство по поводу синдрома компрессии чревного ствола и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Вестник хирургии имени ИИ Грекова. – 2020. – Т. 179. – № 2. – С. 47-50.
80. Хитарьян А. Г., Ковалев С. А. Профилактика развития рецидивов и осложнений после лапароскопических операций по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 1. – С. 107-111.
81. Хоробрых Т. В. Эндовидеохирургическое лечение кардиофундальных и субтотальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы. – 2019. - С.89.
82. Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Коваленко Ю.В. Результаты антирефлюксной хирургической коррекции грыж пищеводного отверстия диафрагмы у лиц пожилого и старческого возраста //

- Аспирантский вестник Поволжья № 1-2 (Хирургия и онкология). – 2016. - С. 167.
83. Хуболов А.М., Толстокоров А.С., Корваленко Ю.В. Результаты лапароскопической пластики гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы сетчатым эндопротезом // Бюллетень медицинских Интернет конференций – 2011. – Т.5 - № 12. – С. 1802 – 1804.
84. Хубутя М. Ш. Развитие лапароскопической хирургии в НИИ СП им. НВ Склифосовского // Журнал им. НВ Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2016. – № 4. – С. 48-55.
85. Черноусов А. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни, сочетанной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы // Врач. – 2012. – №10. – С. 2-7.
86. Чистяков Д.Б., Мовчан К.Н. Эндовидеохирургические технологии лечения больных грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, осложненной гастроэзофагеальным рефлюксом // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №4. – С. 2.
87. Шавкута Г. В. Желудок в грудной клетке, или что нам известно о гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы //Южно-Российский журнал терапевтической практики. – 2021. – Т. 2. – № 1. – С. 115-120.
88. Шарапов Т.Л. Профилактика осложнений при лапароскопических антирефлюксных операциях / Дис. канд. мед. наук. – К. - 2014. - С.90.
89. Шарапов Т.Л., Федоров В.И., Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Иванов А.И., Сигал Р.Е. Анализ повторных операций у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы // Практическая медицина. - 2015. – С. 63-65.
90. Шарикова О. В. Острый холецистит и кишечная инфекция // Сборник тезисов VIII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием, посвященной 95-летию СамГМУ. – 2014. – С. 459-461.
91. Шестаков А.Л., Ерин С.А., Гололобов Г.Ю., Бурмистров А.И. Результаты лапароскопических и робот-ассистированных антирефлюксных оперативных вмешательств при ГПОД и ГЭРБ / Клиническая хирургия. Журнал им. акад. Б.В. Петровского. - 2023. - Т.11. - №1. - С.92–103.
92. Яблонский П.К., Мовчан К.Н., Соколов Е.Г., Яковенко Т.В., Тарасов А.Д., Боголюбов М.В., Мамичева О.Ю. Основные статистические параметры оказания медицинской помощи больным острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в Санкт-Петербург // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2013. - №71. - С.64-70.

93. Япарова Е.Д., Пантелеймонова И.Л., Романюха И.В. Некоторые особенности рентгенологической картины скользящих (аксиальных) грыж пищеводного отверстия диафрагмы и их диагностика у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2012. – Т.47. – №1–2. – С.127–130
94. Abadía-Barnó P., Coll-Sastre M., Picón-Serrano C., Sanjuanbenito-Dehesa A., Cabañas-Montero J. Vólvulo de vesícula biliar: retos diagnósticos y quirúrgicos [Gallbladder volvulus: Diagnostic and surgical challenges] // Cir Cir. – 2017. - N85. - Suppl 1. - P.89-92.
95. Allgood P.C., Bachmann M. Medical or surgical treatment for chronic gastroesophageal reflux? A systematic review of published evidence of effectiveness // Eur J Surg. – 2010. – N 166. - P.713-721.
96. Antiporda M., Benjamin Veenstra, Chloe Jackson, Pujan Kandell, C. Daniel Smith, Steven P. Bowers, Laparoscopic repair of giant paraesophageal hernia: are there factors associated with anatomic recurrence? // Surgical Endoscopy. – 2017. - N 32(6). – P. 6.
97. Antoniou S.A., Koch O.O., Antoniou G.A. Meshreinforced hiatal hernia repair: a review on the effect on postoperative dysphagia and recurrence // Langenbecks Arch. Surg. – 2012. - N 397. – P. 19-27.
98. Ballian N., Luketich J.D., Levy R.M. A clinical prediction rule for perioperative mortality and major morbidity after laparoscopic giant paraesophageal hernia repair // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 2013. - V. 145. N 3. - P. 721-729.
99. Chandar A. K., Iyer P. G. Role of Obesity in the Pathogenesis and Progression of Barrett's Esophagus // Gastroenterol Clin North Am. – 2015. – Vol. 44. - N 2. – P. 249-264.
100. Dallemagne B., Kohnen L., Perretta S., Weerts J., Markiewicz S., Jehaes C. Laparoscopic repair of paraesophageal hernia. Long-term follow-up reveals good clinical outcome despite highradiological recurrence rate //Ann Surg 253(2). - 2011. - P.291–296
101. Denise W., Gee M. Michael T. Measuring the Effectiveness of Laparoscopic Antireflux Surgery Long-term Results // Arch. Surg. – 2008. - N143 (5). - P. 482-7.
102. Du X., Hu Zh.,Yan Ch., Zhang Ch. A meta-analysis of long follow-up outcomes of laparoscopic Nissen (total) versus Toupet (270) fundoplication for gastro-esophageal reflux disease based on randomized controlled trials in adults // BMC gastroenterology. – 2016. – V. 16. - N1. – P. 88.
103. Du X., Wu J.M., Hu Z.W., Wang F. Laparoscopic Nissen (total) versus anterior 180 fundoplication for gastro-esophageal reflux disease: A meta-analysis and systematic review // Medicine. – 2017. – V. 96, (37). – P. 8085

104. Elgandashvili D., Kiladze M. Laparoscopic surgery of hiatal hernia and gastroesophageal reflux disease // *Georgian Med News*. – 2014. – V. 6. - N231. – P. 17–20
105. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester Ch. C., Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review // *Gut*. – 2014. – V. 63. - N6. – P. 871–880
106. Ko'ckerlmg F., Trammer Y., Zarras K. What are the differences in the outcome of laparoscopic axial (I) versus paraesophageal (II-IV) hiatal hernia repair? // *Surg Endosc*. – 2017. - N3. - P.5327-5341.
107. Falk G. W. Role of barium esophagography in evaluating dysphagia. // *Cleveland Clinic journal of medicine*. – 2009. – V.76. - N2. – P. 105.
108. Fei L. del Genio G., Bruscianno L., Esposito V. Hiatal hernia recurrence: surgical complication or disease? Electron microscope findings of the diaphragmatic pillars. // *Journal of Gastrointestinal Surgery*. – 2009. – V. 13. - N3. – P. 459–464
109. Fe L., G. del Genio, Rossetti G. Hiatal hernia recurrence: surgical complication or disease? Electron microscope findings of the diaphragmatic pillars // *J. Gastrointest. Surg*. – 2009 Mar. – N 13 (3). – P. 459–464.
110. Feussner H., Wilhelm D. Antirefluxoperationen. // *Der Chirurg*. – 2013. – V. 84. - N4. – P. 339–350.
111. Frazzoni M. Piccoli M., Conigliaro R., Frazzoni L. Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. // *World journal of gastroenterology: WJG*. – 2014. – V. 20. - N39. – P. 14272.
112. Furnée E., Hazebroek E. Mesh in laparoscopic large hiatal hernia repair: a systematic review of the literature // *Surgical endoscopy*. – 2013. – V. 27. - N11. – P. 3998–4008.
113. Furnée E.J.B., Draaisma W.A., Broeders I.A.M.J. Surgical reintervention after failed antireflux surgery: a systematic review of the literature // *Journal of Gastrointestinal Surgery*. – 2009. – V. 13. - N8. – P. 1539–1549.
114. Gebhart A., Vu S., Armstrong Ch., Smith B.R. Initial outcomes of laparoscopic paraesophageal hiatal hernia repair with mesh // *The American Surgeon*. – 2013. – V.79. - N10. – P. 1017–1021
115. Ghulamullah Shahzad, Mahreema Jawairia. Hindawi, Case Report Hiatus Hernia: A Rare Cause of Acute Pancreatitis Shruti Patel, Publishing Corporation, Case Reports in Medicine. – 2016. - P.2.
116. Grubnik V.V., Malynovskyy A.V. Laparoscopic repair of hiatal hernias: new classification supported by long-term results // *Surg. Endosc*. 27. - 2013. - P.4337–4346
117. Hamet P., Tremblay J. Artificial intelligence in medicine. *Metabolism*. - 2017. - P.36–40.

118. Kamolz T., Granderath F.A., Bammer T. Failed antireflux surgery: surgical outcome of laparoscopic refundoplication in the elderly // *Hepato-Gastroenterology*. - 2002. - Vol. 49. - P. 865-868.
119. Katz M., Atar E., and Herskovitz P. Asymptomatic diaphragmatic hiatal herniation of the pancreas // *Journal of Computer Assisted Tomography*. - 2002. - Vol. 26. - N 4. - P. 524–525.
120. Kentaro Yatabe, Soji Ozawa, Eisuke Ito, Junya Oguma, Akihito Kazuno, Miho Nitta and Yamato Ninomiya.. Late esophageal wall injury after mesh repair for large esophageal hiatal hernia: a case report // *Surgical Case Reports*. - 2017. - N 3. - P.125
121. Kim D. Surgical Treatment of GERD: where have we been and where are we going? *Gastroenterol Clin North Am*. - 2014. - Vol. 43. - N 1. - P. 135–145.
122. Kohn G.P., Price R.R., DeMeester S.R., Zehetner J., Muensterer O.J., Awad Z., Mittal S.K., Richardson W.S., Stefanidis D., Fanelli RD; SAGES Guidelines Committee. Guidelines for the management of hiatal hernia. *Surg Endosc*. – 2013. - N27. - P.4409-28.
123. Kohn Q. P., Price R. R., Demeester S. R. Guidelines for the management of hiatal hernia // *Surgical Endoscopy*. – 2013. Dec. – N 27 (12). – P. 4409–4428.
124. Koop H., Fuchs K.H., Labnenz J. S2k-Leitlinie: Gastroesophageale Refluxkrankheit unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) // *Z Gastroenterol*. – 2014. – N 52 (11). – P. 1299–1346.
125. Kwiatek M. A., Roman S., Fareeduddin A. An alginate-antacid formulation (Gaviscon Double Action Liquid) can eliminate or displace the postprandial „acid pocket“ in symptomatic GERD patients // *Alimentary pharmacology and therapeutics*. – 2011. – N 34 (1). – P. 59–66.
126. Laine L., Curtis S. P., Cryer B. Assessment of upper gastrointestinal safety of etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a randomised comparison // *MEDAL Steering Committee*. – DOI 10.1016/S0140-6736(07)60234-7. – PMID: 17292766 // *Lancet*. – 2007. – N 369 (9560). – P. 465–473.
127. Lal P., Leekha N., Chander J. A prospective nonrandomized comparison of laparoscopic Nissen fundoplication and laparoscopic Toupet fundoplication in Indian population using detailed objective and subjective criteria // *J. Minim. Access Surg*. – 2012. – N 8 (2). - P. 39–44.
128. Makdisi G. Laparoscopic repair for failed antireflux procedures // *The Annals of thoracic surgery*. - 2014. - Vol. 98. - N4. - P. 1261-1266.

129. Mertens A.C., Tolboom R.C., Zavrtanik H., Draaisma W.A. Morbidity and mortality in complex robot-assisted hiatal hernia surgery: 7-year experience in a high-volume center // *Surgical endoscopy*. – 2019. – V. 33. - N7. – P. 2152-2161
130. Mintz Y., Brodie R. Introduction to artificial intelligence in medicine. *Minim Invasive Ther Allied Technol*. – 2019. - N28(2). - P.73–81.
131. Moore M., Afaneh Ch., Benhuri D., Antonacci C. Gastroesophageal reflux disease: a review of surgical decision making // *World journal of gastrointestinal surgery*. – 2016. – V. 8. - N1. – P. 77–83
132. Muenyi C.S., Zalamea N.N., Dhindsa P., Miller M.P., Foretia D.A. Gallbladder volvulus with gangrenous cholecystitis - A case report // *Int J Surg Case Rep*. – 2022. - N97. - P.107468
133. Murata S., Yamazaki M., Kosugi C. Hiatal hernia following total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction // *Hernia*. - 2014. - V. 18. - P. 889-891.
134. Rodríguez-Sanjuán J.C., Gómez-Ruiz M., Trugeda-Carrera S., Manuel-Palazuelos C. Laparoscopic and robot-assisted laparoscopic digestive surgery: present and future directions // *World journal of gastroenterology*. – 2016. – V. 22. - N6. – P. 1975
135. Sharp N.E., Alemayehu H., Desai A., Holcomb 3rd G.W. Fever after redo Nissen fundoplication with hiatal hernia repair // *Journal of surgical research*. – 2014. – V.190. - N2. – P. 594–597
136. Shaw J.M., Bornman P.C., Callanan M.D., Beckingham I.J., Metz D.C. Long-term outcome of laparoscopic Nissen and laparoscopic Toupet fundoplication for gastroesophageal reflux disease: a prospective, randomized trial // *Surgical endoscopy*. – 2010. – V.24. - N4. – P.924–932
137. Siegal S.R., Dolan J.P., Hunter J.G. Modern diagnosis and treatment of hiatal hernias // *Langenbecks Arch Surg*. – 2017. - N402(8). - P.1145-51.
138. Simorov A., Ranade A., Jones R., Tadaki C. Long-term patient outcomes after laparoscopic anti-reflux procedures // *Journal of Gastrointestinal Surgery*. – 2014. – V. 18. - N1. – P. 157–162
139. Sohda M., Kato H., Sakai M., Suzuki S. Combination of hiatal hernia with nonspecific esophageal motility disorder (NEMD) successfully treated with thoracic and abdominal surgery: report of a case // *International surgery*. – 2010. – V. 9. - N4. – P.309–314
140. Solís Daun JO, Rodríguez García R, Torres Trejo A, Alor Guzmán M. Mielolipoma adrenal vinculado a colecistitis litiásica, hernia hiatal y esofagitis [Adrenal myelolipoma associated with lithiasic cholecystitis, hiatal hernia and esophagitis]. *Rev Gastroenterol Mex*. – 1999. - N64(3).- P.143-5.

141. Sutherland V., Kuwada T., Gersin K. Impact of bariatric surgery on hiatal hernia repair outcomes //Am Surg. – 2016. - N82(8). - P.743-7
142. Santos Bruna do Nascimento, Marcos Belotto de Oliveira, Renata D'Alpino Peixotod Hiatal Hernia as a Total Gastrectomy Complication // Case. Rep. Oncol. - 2016. - V. 9 (1). - P. 100-105.
143. Scheffer R. C. Effect of proximal gastric volume on hiatal hernia // Neurogastroenterol Motil. – 2010. – Vol. 22. - N 5. – P. 552–56.
144. Yu C., Ni Y. Diagnosis and surgical treatment of intrathoracic omental herniation through the esophageal hiatus // Chinese medical journal. – 2013. – V. 126. - N1. – P.194–195
145. Yu H.X., Han C.S., Xue J.R. Esophageal hiatal hernia: risk, diagnosis and management // Expert Rev Gastroenterol Hepatol. – 2018. - N12(4). -P.319-29
146. Yu K.H., Beam A.L., Kohane I.S. Artificial intelligence in healthcare. Nat Biomed Eng. – 2018. - N2(10). - P.719–731.
147. Zavala-Solares M., Valdovinos-Díaz M.Á. Clinical Images in Gastrology: high resolution esophageal pressure topography in the diagnosis of hiatal hernia // Revista de gastroenterologia de Mexico. – 2012. – V.77. -N.4. – P.214-215.