

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**  
**«YOSH OLIMLAR TIBBIYOT JURNALI»**

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY**  
**«MEDICAL JOURNAL OF YOUNG SCIENTISTS»**

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**  
**«МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ»**

**IXTISOSLASHUVI: «TIBBIYOT SOHASI»**

**ISSN 2181-3485**

**Mazkur hujjat Vazirlar Mahkamasining 2017 yil 15 sentabrdagi 728-son qarori bilan tasdiqlangan O'zbekiston Respublikasi Yagona interaktiv davlat xizmatlari portali to'g'risidagi nizomga muvofiq shakllantirilgan elektron hujjatning nusxasi hisoblanadi.**

**№ 5 (01), 2023**

*Jurnaldagi nashrlar O'zbekistonda va xorijda ilmiy darajalar uchun dissertatsiyalar himoya qilinganda chop etilgan ishlar deb hisoblanadi.*

*Ilgari hech qayerda chop etilmagan va boshqa nashrlarda chop etish uchun taqdim etilmagan maqolalar nashrga qabul qilinadi. Tahririyatga kelgan maqolalar ko'rib chiqiladi. Nashr mualliflari maqolalarda keltirilgan ma'lumotlarning to'g'riligi uchun javobgardirlar. Materiallardan foydalanganda jurnalga va maqola mualliflariga havola bo'lishi shart.*

*Materiallar mualliflik nashrida chop etiladi.*

*Публикации в журнале учитываются как опубликованные работы при защите диссертаций на соискание ученых степеней Узбекистана и зарубежья.*

*К публикации принимаются статьи, ранее нигде не опубликованные и не представленные к печати в других изданиях. Статьи, поступившие в редакцию, рецензируются. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы публикаций. При использовании материалов ссылка на журнал и авторов статей обязательна.*

*Материалы публикуются в авторской редакции.*

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Шадманов Алишер Каюмович

## ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Шайхова Гули Исламовна

## ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Алимухамедов Дилшод Шавкатович

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

т.ф.д., доцент Азизова Ф.Л.  
профессор Камиллов Х.П.  
т.ф.д. Набиева Д.А.  
профессор Тешаев О.Р.  
профессор Хасанов У.С.

профессор Азизова Ф.Х.  
профессор Каримжонов И.А.  
профессор Наджмутдинова Д.К.  
профессор Хайдаров Н.К.  
т.ф.д. Худойкулова Г.К.

профессор Аллаева М.Ж.  
профессор Каримова М.Х.  
т.ф.д. Нуриллаева Н.М.  
профессор Хакимов М.Ш.  
профессор Эрматов Н.Ж.

## ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Аглиулин Д.Р.  
Ачилов Д.Д.  
Ганиев А.А.  
Искандарова Г.Т.  
Матназарова Г.С.  
Мирзоева М.Р.  
Муртазаев С.С.  
Нарзикулова К.И.  
Носиров М.М.  
Орипов Ф.С.  
Рахимов Б.Б.  
Рустамова М.Т.  
Абдумаликова Ф.Б.

к.м.н. (Россия)  
PhD (Термез)  
д.м.н. (Тошкент)  
профессор (Тошкент)  
д.м.н. (Тошкент)  
д.м.н. (Бухоро)  
д.м.н. (Тошкент)  
д.м.н. (Тошкент)  
PhD (Андижон)  
д.м.н. (Самарканд)  
д.м.н. (Жанубий Корея)  
профессор (Тошкент)  
PhD, доцент (Тошкент)

Саломова Ф.И.  
Санаева М.Ж.  
Сидиков А.А.  
Собиров У.Ю.  
Тажиева З.Б.  
Ташкенбаева У.А.  
Турсунов Ж.Х.  
Хасанова Д.А.  
Хасанова М.А.  
Хван О.И.  
Холматова Б.Т.  
Чон Хи Ким

д.м.н. (Тошкент)  
д.м.н. (Тошкент)  
д.м.н. (Фарғона)  
профессор (Тошкент)  
PhD (Ургенч)  
д.м.н. (Тошкент)  
PhD (Тошкент)  
д.м.н. (Бухоро)  
к.м.н. (Тошкент)  
д.м.н. (Тошкент)  
профессор (Тошкент)  
PhD (Жанубий Корея)

### Адрес редакции:

Ташкентская медицинская академия 100109, г.  
Ташкент, Узбекистан, Алмазарский район, ул. Фараби 2,  
тел.: +99878-150-7825, факс: +998 78 1507828,  
электронная почта: mjys.tma@gmail.com

**Toshkent tibbiyot  
akademiyasi  
«Yosh olimlar tibbiyot  
jurnali»**



**Tashkent Medical  
Academy  
«Medical Journal of  
Young Scientists»**

• № 5 (01) 2023 •

## ОГЛАВЛЕНИЕ

### ОБЗОРЫ

<b>Абдуллаева Д.Г., Асрорзода З.У.</b> / Профилактика ожирения и пропаганда здорового образа жизни.....	6
<b>Jumaniyozov K.Yo., Olimova M.M.</b> / 2016-2020 yillarda xorazm viloyatida avtohalokatlarning o`ziga xos xususiyatlari.....	12
<b>Ильясов А.С., Бабажанов Т.Ж.</b> / Эпидемиология влияний энергетических напитков на пищеварительную систему человека и животных.....	20
<b>Маденбаева Г.И., Матназарова Г.С., Брянцева Е.В., Саидкасимова Н.С.</b> / Распространение рака пищевода среди населения Республики Каракалпакстан.....	29
<b>Матназарова Г.С., Калниязова И.Б., Рахманова Ж.А.</b> / Хавфли гурухларда ОИВ – инфекцияси тарқалишининг эпидемиологик хусусиятлари ва олдини олиш чора тадбирлари.....	36
<b>Matyakubova D.Sh., Xidirova M.N., Masharipov S.M.</b> / Poliakrilonitril asosida sintez qilingan poliamfolita mis (II) ionining sorbsiyasi.....	43
<b>Отажонов И.О., Ахадов А.О.</b> / Сурункали буйрак касаллиги бўлган беморларда ёндош касалликларни таҳлили.....	47
<b>Таирова М.И., Хайитбоева М.Р., Болунц Е.А.</b> / Значение магнитно-резонансной томографии при диагностике рака яичников.....	53
<b>Tashkenbayeva U.A., Abbasxonova F.X.</b> / Alopetsiya va koronavirus infektsiyasi.....	60
<b>Tashpulatova D.X., Burxonova M.O.</b> / Learning disabilities and foreign language learning.....	63
<b>Шайхова Г.И., Муратов С.А.</b> / Соғлом турмуш тарзи – саломатлик гарови.....	67

### НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

<b>Norbekova N.M., Mirkhamidova S.M.</b> / Oliy ta'lim muassassalarida superkontraktning ahamiyati.....	76
---	----

<b>Xiloldinova M.Sh., Mirkhamidova S.M.</b> / Oliy ta'lim muassasalarining talabalar turar joylariga ehtiyoj va qamrov, ulardagi afzallik va kamchiliklar .....	80
<b>Usmonov S.A.</b> / Tibbiyot mutaxassislarini tayyorlashda fizika fanini integratsiyasi .....	86

### **КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

<b>Kobiljonova Sh.R., Jalolov N.N.</b> / Reproductive and perinatal outcomes born by caesarean section.....	92
<b>Курбанбаев Р.И., Асраров У.А.</b> / Тактика хирургического лечения больных с тромбозами артерий нижних конечностей.....	98
<b>Муртозаев Д. М., Сахибоев Д.П.</b> / Ички уйку артериялари окклюдияси бўлган беморларда жаррохлик даво натижалари .....	102
<b>Носиржонов Б.Т., Сахибоев Д.П.</b> / Симптоматик артериал гипертензияни жаррохлик усулида даволаш .....	107
<b>Пулатова Б.Ж., Нурматов У.Б., Абдуллажонова Ш.Ж., Нурматова Н.Ф.</b> / Взаимосвязь врожденной расщелины верхней губы и нёба у детей с психоневрологическими нарушениями .....	112
<b>Рахматалиев С.Х., Хайтов Б.Э., Адаев А.В., Ирнazarov A.A.</b> / Вертебро-базилляр етишмовчиликни жаррохлик усуллари билан даволаш .....	120
<b>Салаева М.С., Рустамова М.Т., Турсунова М.У., Хайруллаева С.С.</b> / Ўпкани сурункали обструктив касаллиги бор беморларда клиник-функционал ўзгаришларнинг касаллик оғирлик даражасига боғлиқлиги.....	126
<b>Шамшиддинов Ш.Ш., Асатуллаев Ж.Р., Хакимов М.Ш.</b> / Роль и место длительной внутриартериальной катетерной терапии в лечении деструктивных форм острого панкреатита .....	131
<b>Yakubov O.E., Sahiboev D.P.</b> / Buyrak arteriyalari stenotik zararlanishlari diagnostikasida kompyuter tomografik angiografiyaning ahamiyati .....	138

### **ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

<b>Саломова Ф.И., Шеркузиева Г.Ф., Садуллаева Х.А., Султанов Э., Облокулов А.</b> / Загрязнение атмосферного воздуха города Алмалык .....	142
<b>Xomidova G.F., Abdukaxarova M.F.</b> / Bolalar xirurgiya sohasi kasalxona ichi infeksiyalari epidemiologiya va profilaktikasi.....	146
<b>Исраилова Г.М.</b> / Обоснование к применению системы НАССР в производстве мясной продукции .....	152
<b>Закирходжаев Ш.Я., Жалолов Н.Н, Абдукадилова Л.К., Мирсагатова М.Р.</b> / Значение питания при хронических гепатитах.....	157

<b>Саломова Ф.И., Садуллаева Х.А., Миррахимова М.Х., Кобилжонова Ш.Р., Абатова Н.П. / Загрязнение окружающей среды и состояние здоровья населения .....</b>	<b>163</b>
<b>Хасанов Ш.М., Кадирбергандов Х.Б., Абдуллаев И.К. / Соғлом турмуш тарзига қатъий риоя қилиш - саломатликни саклаш ва уни мустақамлашнинг энг самарали мезони .....</b>	<b>167</b>
<b>Тураев Ф.Ш., Шайхова Г.И. / Пищевая и биологическая ценность изолята соевого белка «ALFA SOY 001» .....</b>	<b>174</b>
<b>Sherkuzieva G.F., Salomova F.I., Fayziboev S. / Determination of the immunological activity of the food additive .....</b>	<b>182</b>
<b>Шерқўзиева Г.Ф., Саломова Ф.И., Икромова Н.А. / Сузиш ва унинг саломатлик учун аҳамияти.....</b>	<b>185</b>
<b>Эрматов Н.Ж., Насирдинов М.З. / Темир танқислик камқонлиги билан хасталанган ўқувчиларни жисмоний ривожланишига маҳаллий ўсимлик оқсиллари таъсири гигиеник баҳолаш .....</b>	<b>191</b>

УДК: 612.2-008.331.1-02:616.45-006-07-089

## СИМПТОМАТИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ

**Носиржонов Б.Т., Сахибоев Д.П.**

*Тошкент Тиббиёт Академияси. Тошкент, Ўзбекистон*

**Аннотация.** Мақолада АГ билан оғриган 284 нафар беморни жарроҳлик усулида даволаш тажрибаси таҳлил қилинмоқда. Амалдаги аралашувга қараб, беморлар 3 гуруҳга бўлинган. 1 гуруҳга очик усулда, 2 гуруҳга эндоваскуляр усулда ва 3 гуруҳга видеоэндоскопик усулда амалиётлар бажарилган. Буйрак усти безига боғлиқ булган АГни жарроҳлик даволашнинг турли усуллари қиёсий таҳлил қилишдан кўриниб турибдики, бугунги кунда адреналэктомия қон босимининг барқарор пасайишига эришиш, АГ кризисни бартараф қилиш имконини берадиган операция ҳисобланади. Биз уни амалга оширишнинг афзал усулини минимал инвазив - видеоэндоскопик адреналэктомия деб ҳисоблаймиз.

**Клинт сўзлари:** артериал гипертензия, адреналэктомия, қон босими.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Носиржонов Б.Т., Сахибоев Д.П.**

*Ташкентская Медицинская Академия. Ташкент, Узбекистан*

**Аннотация.** В статье проанализирован опыт хирургического лечения 284 больных АГ. В зависимости от применяемого вмешательства больные были разделены на 3 группы. Операции выполнены в 1 группе открытым методом, в 2 группах эндоваскулярным методом и в 3 группах видеоэндоскопическим методом. Сравнительный анализ различных методов хирургического лечения АГ, связанной с надпочечниками, показывает, что на сегодняшний день адреналэктомия является операцией, позволяющей добиться стойкого снижения АД, преодолеть криз АГ. Предпочтительным методом ее выполнения мы считаем малоинвазивную - видеоэндоскопическую адреналэктомию.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, адреналэктомия, артериальное давление.

## SURGICAL TREATMENT OF SYMPTOMATIC ARTERIAL HYPERTENSION

**Nosirjonov B.T., Sahiboev D.P.**

*Tashkent Medical Academy. Tashkent, Uzbekistan*

**Annotation.** The article analyzes the experience of surgical treatment of 284 patients with AH. Depending on the intervention used, the patients were divided into 3 groups. Operations were performed in 1 group by the open method, in 2 groups by the endovascular method, and in 3 groups by the video endoscopic method. A comparative analysis of various methods of surgical treatment of AH associated with the adrenal glands shows that today adrenalectomy is an operation that allows achieving a stable reduction in blood pressure and overcoming the AH crisis. We consider the minimally invasive video-endoscopic adrenalectomy to be the preferred method of its implementation.

**Keywords:** arterial hypertension, adrenalectomy, blood pressure.



**Долзарблиги.** Турли тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, аҳоли орасида артериал гипертензия (АГ) учраш курсаткичи барча касалликларни 30% ини, буйрак усти безлари га боғлиқ булган АГ еса 8-14% ни ташкил қилади[1]. Буйрак усти безларидаги хажмли ҳосилаларга боғлиқ булган АГ ларни даволашни асосий усули бу жарроҳлик методи ҳисобланади[2].

Буйрак усти беши жарроҳлиги 19-аср охири - 20-аср бошидан бери ривожланаётган тиббиётнинг нисбатан ёш бўлимидир. Буйрак усти безларининг ретроперитонеал соҳада жойлашиши уларни қидириш ва олиб ташлашда сезиларли қийинчиликларни тугдиради. Бу қийинчиликлар кўп сонли асоратларнинг асосий сабаблари бўлиб, бу ўз навбатида жарроҳликнинг ушбу соҳасини ривожланишига тўсқинлик қилди[2,4].

Жарроҳлик аралашувининг шикастланишини камайтиришга уринишлардан бири бу буйрак усти безларини рентген эндоваскуляр деструкцияси (РЭД) усулини клиник амалиётга жорий этишдир. Бироқ, буйрак усти безлари патологиясида уни қўллаш тажрибасига эга бўлган бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, унда хажмли жараёнлар мавжуд бўлганда у самарасиз ҳисобланади[3,5].

1992 йилда Гагнер томонидан биринчи марта амалга оширилган лапароскопик адреналэктомия (ЛАЭ) нинг жорий этилиши анъанавий адреналэктомия қийинчиликларидан қутулиш имконини берди ва бундай операциялар сони тобора ортиб борди[6,7].

**Материаллар ва усуллар.** Ушбу илмий ишда 1993 йилдан 2018 йилгача Тошкент тиббиёт академияси ИИ клиникасига ётқизилган буйрак усти безлари (ОН) ўсмалари билан оғриган 284 нафар беморни даволаш тажрибаси таҳлил қилинган.

Беморларнинг ёши 16 дан 73 ёшгача (ўртача  $40,2 \pm 3,2$  йил). Беморларнинг аксарияти - 185 нафари (65,1%) 19-44 ёшдагилардир. Беморларнинг асосий қисмини (94,7%) меҳнатга лаёқатли ёшдаги (60 ёшгача) ташкил этади, бу еса, шубҳасиз, ўрганилаётган муаммонинг ижтимоий аҳамиятини таъкидлайди.

Барча беморларда операциядан олдинги текшириш учун ягона алгоритм қўлланилди, бу гормонал фаолликни аниқлаш, УТТ, КТ ёки МСКТни ўрганишни ўз ичига олади.

Қўлланиладиган даволаш усулларига мувофиқ беморлар шартли равишда уч гуруҳга бўлинади.

Биринчи гуруҳни "очик" адреналэктомия бажарилган 92 (32,4%) бемор ташкил этади. Жарроҳлик аралашувининг ушбу йули кўпчилик мутахассислар фикрига кура хавфсиз усмаларда (катта улчамли) ва орган шикастланиши билан кечган хавфли усмаларда энг адекват усул ҳисобланади.

Иккинчи гуруҳга буйрак усти беши хажмли ҳосиласи мавжуд ва АГ билан оғриган 48 (16,9%) бемор қиради, уларга чап буйрак усти беши марказий венаси рентгенэндоваскуляр деструкцияси амалиёти утказилган. Ушбу усул видеоэндоскопик адреналэктомия бажарилишидан олдин минимал инвазив усул сифатида кенг фойдаланилган.

Видеоэндоскопик адреналэктомия (ВЭАЭ) қилинган буйрак усти беши хажмли ҳосиласи ва АГ билан касалланган учинчи гуруҳга 144 (50,7%) бемор қиради. Барча гуруҳларда беморларга жарроҳлик амалиётидан олдин бир хил қурилишдаги текширувлар ўтказилди.

Тадқиқод гуруҳларида 224 (78,9%) беморда кортикостеромалар ва альдостерома аниқланган.

284 нафар беморнинг 263 нафарида (92,6%) қон босимининг кўтарилиши, тез-тез бош оғриғи, бош айланиши, тиришишлар, юракда оғриқ, холсизлик ва дармонсизлик, бел соҳасидаги оғриқлар, полиурия ва нукурия, хотирани йўқотиш ва чарчок каби турли шикаоятлар бўлган.

263 (92,6%) беморда артериал гипертензия бўлиб, унинг давомийлиги 1 йилдан 20 йилгача бўлган, ўртача  $7,3 \pm 0,6$  йил. 15 йилдан ортиқ давом етган АГ давомийлиги 20 (7,6%) беморда, 1 йилдан 5 йилгача - 115 (43,7%).

Текширилган ва операция қилинган беморларда систолик қон босими кўрсаткичлари 170 дан 280 мм симоб устуни (ўртача -  $219,4 \pm 23,1$  мм симоб устуни), диа-

столик - 100 дан 160 мм симоб устунигача бўлган. (ўртача -  $118,1 \pm 8,9$  мм см. ус.).

Артериал гипертензия кечишига кўра: 236 (89,7%) беморда стабилл кечиш билан, 27 (10,3%) беморда гипертония криз характерга эга.

81 (28,5%) беморда бирламчи лаборатория текширувларида қондаги гормонлар концентрацияси нормал ёки меъёрдан пастлиги аниқланди, гормонлар даражасини аниқлаш билан боғлиқ ҳолда, 46 (46,2%) беморда дексаметазон тести ўтказилди, 22 (7,7%) - натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан синов ва 13 (4,6%) кузатишда - клонидин билан тест синамаси ўтказилди.

Текширувлардан сўнг, фақат 28 (34,6%) беморда гиперкортицизм ва гиперальдостеронизм белгилари, шунингдек, феохромоцитома белгилари пайдо бўлди ва шунинг учун улар нозологиялар бўйича тегишли гуруҳларга киритилди.

Клиник белгилари, шунингдек, махсус текширувлар натижаларига кўра, 31 (10,9%) беморда феохромоцитома, 103 нафар (36,3%) беморда альдостерома, 121 нафар (42,6%) беморда кортикостерома ташхиси қўйилган. 8 (2,8%) беморда гирсутизм (тестестерома) белгилари кузатилган. Шундай қилиб, 263 (92,6%) беморларда гормонал фаол ўсмалар, 21 (7,4%) беморларда гормонал фаоллиги йўқ усмалар аниқланди.

Умумий ҳолатда 106 (37,3%) беморда ёндош патология аниқланган бўлса, 12 (4,2%) беморда икки ёки ундан ортик бирга келадиган патологиялар аниқланган.

Неоплазманинг жойлашишини, ҳажмини аниқлаш, даволаш ва даволаш натижаларини баҳолаш учун клиник ва лаборатория, инструментал, инвазив бўлмаган усуллар (УТТ ва КТ, МСКТ кўрсатмаларига кўра), шунингдек инвазив усуллар (РКАГ ва адренал флебография) ишлатилган. Аксарият ҳолларда (64,4%) буйрак усти безларининг чап томонлама шикастланиши кузатилган. Иккинчи гуруҳда фақат чап буйрак усти безининг марказий венаси РЭД си амалга оширилди. Барча гуруҳларда ўсимтанинг ўлчами 0,5 см дан 18 см гача бўлган. Биринчи ва учинчи гуруҳларда

ўсимта ҳажми бўйича алоҳида фарқлар кузатилмаган, бу гуруҳларда кўпчилик беморларда ўсимта ўлчами 1 -6 см гача (ўртача  $3,2 \pm 0,8$  см), 11 (3,9%) беморда йирик шишлар аниқланган. Шу билан бирга, 3-гуруҳда 10 см дан катта ўсмалар фақат кистлар билан ифодаланган.

Иккинчи гуруҳда ўсимта ўлчами 0,5 см дан 2,7 см гача (ўртача  $0,8 \pm 0,2$  см), 12 беморда ўсимта ҳажми 11 см дан ортик эди.

Биринчи гуруҳда, 63 (68,5%) бемор, ўсимтанинг нисбатан кичик ҳажмига қарамай, ВЭАЭ жорий этилишидан олдин очик адреналэктомия бажарилган.

Биринчи гуруҳда барча беморларга бир томонлама адреналэктомия амалиёти бажарилди ва олиб ташланган буйрак усти безининг гистологик текшируви ўтказилди, чап томонлама амалиёт 61 (66,3%) ва ўнг томонлама 31 (33,7%) беморда амалга оширилди. Кесма узунлиги беморнинг жисмоний ҳолатига қараб 15 дан 35 см гача (ўртача  $22,2 \pm 2,4$  см) бўлган.

Клиникамизда видеоендоскопик адреналэктомия биринчи марта 2009 йилда амалга оширилган. Ҳозирги вақтда уни амалга ошириш учун қуйидаги жарроҳлик ёндашувлар қўлланилади: латерал трансабдоминал ёндашув (ЛТЁ), олдинги трансабдоминал ёндашув (ОТЁ), орқа ретроперитонеал ёндашув (ОРЁ) ва латерал ретроперитонеал ёндашув (ЛРЁ). 144 ВЭАЭ орасида: латерал ёндашувдан ЛАЭ 93 (64,6%) беморда, "ханд-ассист ЛАЭ" - 6 (4,2%) ва РПАЭ 45 (31,3%) беморларда амалга оширилган. Ўнг томонлама ва чап томонлама ЛАЕ сонининг нисбати деярли тенг еди.

**Натижалар ва муҳокама.** Жарроҳлик аралашувлар кўрсаткичларини таҳлил қилганда, албатта, 1-гуруҳдаги беморларда салбий томонлар энг юқори кўрсаткични ташкил қилди. Тўқималар катта улчамда кесилди, иккита бўшлиқ очилди. Ушбу гуруҳдаги беморларда амалиётдан кейинги даврда огрик синдромини бартароф этиш мақсадида аналгетик восита сифатида наркотик аналгетиклардан фойдаланилди. Беморларнинг активизация қилиш жарроҳлик амалиётининг 2-кунда амалга оширилди.



3-гурухдаги беморларда кесманинг уртача улчами 3-4 см га тенг бўлди. Беморлар операциядан кейинги 1-куни активизация қилинди. 2-куни оғриқ синдроми деярли минимал бўлиб, 3-куни тўлиқ йўқ бўлди.

Энг кам агрессия 2-гурухдаги беморларда кузатилди. Оғриқ синдроми бартираф этиш мақсадида амалиётдан кейин 1-куни нонаркотик аналгетиклардан фойдаланилди.

Очик АЭ операциясининг ўртача давомийлиги  $143,8 \pm 8,3$  минутни ташкил этган булса, ВЭАЭ давомийлиги  $114 \pm 15,8$  минутни ташкил қилди. Чап буйрак усти бези марказий венаси РЭД учун ўртача  $65 \pm 10,5$  дақиқа сарфланди.

Анъанавий адреналэктомия пайтида амалиёт вақтида қон йўқотиш 300 дан 600 мл гача (ўртача  $380 \pm 25$  мл), ВЭАЭ да - 30 дан 200 мл гача (ўртача  $75 \pm 35$  мл). РЭД пайтида қон йўқотиш минимал булди.

Анъанавий адреналэктомияни ўтказишда битта мумкин бўлган асорат қайд етилди - "қийин" адреналэктомияни амалга оширишда пастки қава венадан қон кетиш кузатилди (қон кетиш венани тикиш орқали тўхтатилди). ВЭАЭ вақтида куйидаги интраоператив асоратлар қайд етилган: 1 ҳолатда талокнинг шикастланиши (спленэктомия билан яқунланди); 1 та ҳолатда ўнг буйрак усти бези паренхиматоз қон кетиш хисобига амалиёт очик усулга утилди. Охириги 50 ЛАЕ давомида ҳеч қандай интраоператив асоратлар кузатилмади.

Чап томонда буйрак усти марказий венаси РЭД ўтказишда 1 ҳолатда контраст модданинг экстравазацияси қайд етилди, қон тухташи кузатилмагач беморга анъанавий адреналэктомия ўтказилди.

Операциядан кейинги ерта даврда 1-жадвалда акс этирилган куйидаги асоратлар қайд етилган.

#### 1-жадвал

#### Амалиётдан кейинги эрта даврда кузатилган асоратлар

Асорат тури	1 гурух	2 гурух	3 гурух
Панкреатит	-		1 (0,7%)
Қорин парда орти соҳаси, пункция соҳаси гематомаси	-	1 (2,1%)	1 (0,7%)
Плеврит	2 (2,2%)	-	-
Пневмония	1 (1,1%)	-	-
Жарохат йиринглаши	3 (3,3%)	-	-
Ўткир миокард инфаркти	1 (1,1%)	-	-
Жами	7(7,7%)	1 (2,1%)	1 (1,4%)

Шундай қилиб, 1-гурухдаги беморларда операциядан кейинги эрта даврда асоратлар 7 (7,7%) ҳолатда қайд етилган. 3 (3,3%) ҳолатда яранинг йиринглаши қайд етилган. 4 та ҳолатда юрак-ўпка етишмовчилиги ривожланиб, бир беморда ўлимга олиб келди.

2-гурухдаги беморларда 1 та ҳолатда пункция соҳасида гематома бўлиб, консерватив йўл билан бартираф етилган.

3-гурухдаги беморларда операциядан кейинги асоратлар 2 ҳолатда кузатилган: операциядан кейинги панкреатит - 1 ҳолатда (аралашув пайтида ошқозон ости безининг шикастланиши натижасида ривожланган), ретроперитонеал гематома - 1 хо-

латда (бошланғич босқичда кузатилган). Иккала асорат ҳам консерватив тарзда ҳал қилинди. Ушбу гуруҳда ўлим ҳолатлари кузатилмади.

1-гурухдаги беморларнинг касалхонада ўртача ётиш вақти  $13 \pm 1,8$  ётоқ-кун, 2-гурухда -  $2,2 \pm 0,6$  ётоқ-кун, 3-гурухда -  $3,1 \pm 0,8$  ётоқ-кунни ташкил қилди.

**Хулоса.** Буйрак усти безига боглик булган АГни жарроҳлик даволашнинг турли усулларини қиёсий таҳлил қилишдан кўриниб турибдики, бугунги кунда адреналэктомия - бу қон босимининг барқарор пасайишига эришиш, унинг кризли кечишини истисно қилиш имконини берадиган операция хисобланади. Биз уни амалга

оширишнинг афзал усулини минимал инвазив - лапароскопик усул деб ҳисоблаймиз.

ВЭАЭ нинг шубҳасиз афзалликлари паст жарохат, эрта тикланиш, косметик жихат ва беморларнинг касалхонада қолишини қисқартиришдир. Шу билан бирга, операция вақтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам асоратлар сони анъанавий адреналэктомияга нисбатан анча кам.

Табиийки, ўсимта қанчалик катта бўлса, адреналэктомиянинг техник қийинчиликлари шунчалик катта бўлади. Шунинг учун, 10 см дан катта ўсмалар билан биз очик аралашувларни афзал кўрдик. Бироқ, минимал инвазив адреналэктомиянинг афзалликларини ҳисобга олган ҳолда, 8 дан 10 см гача бўлган ҳосилаларда ханд-ассист технологиясидан фойдаланган ҳолда лапароскопик адреналэктомиyani муваффақиятли амалга ошириш мумкин.

1 см гача бўлган ўсмаларда буйрак усти безларини РЭД си қон босимининг доимий пасайиши, унинг АГ кризидан қутулиш имконини берди. Йирик ўсмаларда бу усул самарали эмас. Шуни таъкидлаш жоизки, минимал инвазив булишига қарамай, узок муддатли даврда беморларнинг 25 фоизида қон босимини қайта кутарилиши кузатилди, бу ҳолат асосан гипертензия анмнези юқори беморларда кузатилди. Шунинг учун, бизнинг фикримизча, 1 см гача бўлган ўсимта мавжуд бўлган, анестезиологик ва жарроҳлик хавфи юқори бўлган ҳолларда буйрак усти беzi марказий венаси РЭД си афзалроқдир.

Шундай қилиб, ВЭВЭ ҳозирда кўпчилик буйрак усти ўсмалари учун танлов операцияси ҳисобланади. Даволашнинг барча босқичларида беморларни етарли даражада бошқариш тамойилларига риоя қилиш операциянинг хавфсизлиги ва ишончилигига ҳисса қўшиб, асоратлар даражасини пайсайтеиради.

## Адабиётлар

1. Арабидзе Г.Г., Арабидзе Гр.Г. Диагностика артериальных гипертензий // Ангиология и сосудистая хирургия. – Москва, 1999. №3. -С.116-18.
2. Бельцевич Д.Г. и др. Предоперационная подготовка больных с феохромоцитомой // Проблемы эндокринологии. - 2013. - Т. 59, № 3. - С. 3-7.
3. Ветшев П.С., Шкроб Ф.С., Ипполитов Л.И. Диагностика и хирургическое лечение артериальных гипертензий надпочечникового генеза // Хирургия. - 2001. - № 1. - С. 33-40.
4. Емельянов С.И., Курганов И.А., Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л., Садовников С.В. Возможности лапароскопической адреналэктомии у пациентов с новообразованиями надпочечников больших размеров. Эндоскопическая хирургия. 2011;4:3-9.
5. Adrenal gland: New guidelines for adrenal incidentalomas. Quan-Yang Duh. Nature Reviews Endocrinology 12, 561-562. (2016).
6. Agha A, Iesalnieks I, Hornung M, Phillip W, Schreyer A, Jung M, Schlitt HJ. Laparoscopic trans- and retroperitoneal adrenal surgery for large tumors. J Minim Access Surg. 2014;10(2): P.57-61.
7. Cung-Min Lee. Clinical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentaloma. Cung-Min Lee, Mee Kyoung Kim, Seung-Hyun Ko, Jung-Min Koh, Bo-Yeon Kim, Sang Wan Kim, Soo-Kyung Kim, Hae Jin Kim, Ohk-Hyun Ryu, Juri Park, Jung Soo Lim, Seong Yeon Kim, Young Kee Shong, Soon Jib Yoo, and Korean Endocrine Society, Committee for Clinical Practice Guidelines. Endocrinol Metab (Seoul). 2017 Jun; 32(2): 200-218.