

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №9

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

<i>Муротов Т.М.Н., Аваков В.Е., Ибрагимов Н.К., Ирнazarov Ш.О., Игамкулов Б.З. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МАННИТОЛА НА ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ЦЕРЕБРАЛЬНОЕ ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ, СИСТЕМНУЮ И ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ</i>	<i>Murotov T.M.N., Avakov V.E., Ibragimov N.K., Irnazarov Sh.O., Igamkulov B.Z. ASSESSMENT OF THE EFFECT OF MANNITOL ON INTRACRANIAL PRESSURE, CEREBRAL PERFUSION PRESSURE, SYSTEMIC AND CENTRAL HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH ISOLATED TRAUMATIC BRAIN INJURY</i>	127
<i>Мухамедова Н.Х., Собирова М.Р. ОЦЕНКА МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛУБОЧКОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ПЕРИОДЕ</i>	<i>Mukhamedova N.Kh., Sobirova M.R. EVALUATION OF MARKERS OF GLOMERULAR DAMAGE IN METABOLIC SYNDROME IN POSTMENOPAUSAL WOMEN</i>	133
<i>Охуннов А.О., Касимов У.К., Атаков С.С., Бабабеков А.Р. ПРОБЛЕМЫ И СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ</i>	<i>Okhunov A.O., Kasimov U.K., Atakov S.S., Bababekov A.R. PROBLEMS AND STATE OF SURGICAL INFECTION OF SOFT TISSUES IN UZBEKISTAN</i>	137
<i>Примов Ф.Ш., Акилова Г.Х., Юлдашев Т.А. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ</i>	<i>Primov F.Sh., Akilova G.Kh., Yuldashev T.A. OPTIMIZATION OF THE TACTICS OF LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS FOR MEKKELE'S DIVERTICULUM IN CHILDREN</i>	143
<i>Расулова М.М., Фазылов А.А., Бабаханова Д.С. ВОЗМОЖНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОМПОНЕНТА СКРИНИНГА В МАММОЛОГИИ</i>	<i>Rasulova M.M., Fazylov A.A., Babakhanova D.S. THE POSSIBILITY OF ULTRASOUND SCREENING COMPONENT IN MAMMOLOGY</i>	148
<i>Сайинаев Ф.К., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ</i>	<i>Sayinaev F.K., Kurbaniyazov Z.B., Davlatov S.S. OPTIMIZATION OF LAPAROSCOPIC PROSTHETIC HERNIOPLASTY FOR VENTAL HERNIAS</i>	153
<i>Турсунов Х.З., Омонов Ш.Р., Аллаберганов Д.Ш. COVID -19 ИНФЕКЦИЯ СИДА ЎПКА ВА БУЙРАК АРТЕРИЯЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИДАГИ КЛИНИК МОРФОЛОГИК ПАРАЛЕЛЛАРИ</i>	<i>Tursunov Kh.Z., Omonov Sh.R., Allaberganov D.Sh. COVID -19 INFECTION OF THE LUNG AND RENAL ARTERIES DURING COVID -19 INFECTION</i>	157
<i>Ulug'bekova G.J., Adhamov Sh.A. ANDIJON SHAHRI VA IZBOSKAN TUMANIDA YASHOVCHI KICHIK MAKTAB YOSH DAGI BOLALARDA BOSHNING GORIZONTAL AYLANASI O'SISH KO'RSATKICHINING QIYOSIY TAHLILI</i>	<i>Ulugbekova G.J., Adkhamov Sh.A. COMPARATIVE ANALYSIS OF THE GROWTH INDEX OF THE HORIZONTAL CIRCUMFERENCE OF THE HEAD OF CHILDREN OF JUNIOR SCHOOL AGE LIVING IN ANDIJAN CITY AND IZBASKAN DISTRICT</i>	162
<i>Khazratkulova M.I., Dilmuradova K.R., Kizatova S.T. THE INFLUENCE OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION ON THE INFANTS' KIDNEYS FUNCTIONS</i>	<i>Xazratkulova M.I., Dilmurodova K.R., Kizatova S.T. SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASI CHAQUALOQLAR BUYRAKLARNING FAOLIYATIGA TA'SIRI</i>	165
<i>Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т., Файзиев С.И., Якубов О.Э. БАРИАТРИК ХИРУРГИЯДА БИЗНИНГ НАТИЖАЛАР, ТАКОМИЛЛАШГАН УСУЛЛАР ВА УЛАРНИНГ ТАХЛИЛЛАРИ</i>	<i>Khakimov M.Sh., Sattarov O.T., Fayziyev S.I., Yakubov O.E. OUR RESULTS IN BARIATRIC SURGERY, ADVANCED METHODS AND THEIR ANALYSIS</i>	170
<i>Шадманова Н.А., Асатова Н.Б., Набиева У.П., Курбанова С.Ю., Алишерова З.Т. СТАРН. AUREUS-НИНГ НАЗОФАРЕНГИАЛ ИЗОЛЯТЛАРИНИНГ АМБУЛАТОР БЕМОРЛАРИ МИСОЛИДА БИОЛОГИК ПРОФИЛИ</i>	<i>Shadmanova N.A., Asatova N.B., Nabieva U.P., Kurbanova S.Yu., Alisherova Z.T. BIOLOGICAL PROFILE OF STAPH. AUREUS NASOPHARYNGEAL ISOLATES IN OUTPATIENTS</i>	176
<i>Шарипова В.Х., Бокиев К.Ш. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ ПРОТОКОЛА УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТ ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ПЕРИТОНИТА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ</i>	<i>Sharipova V. Kh., Bokiev K. Sh. COMPARATIVE ANALYSIS OF THE STATISTICAL DEPENDENCE OF SOME COMPONENTS OF THE PROTOCOL OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY WITH THE OUTCOMES OF TREATMENT IN PATIENTS AFTER EMERGENCY SURGICAL INTERVENTIONS FOR PERITONITIS OF VARIOUS ETIOLOGIES</i>	180

БАРИАТРИК ХИРУРГИЯДА БИЗНИНГ НАТИЖАЛАР, ТАКОМИЛЛАШГАН УСУЛЛАР ВА УЛАРНИНГ ТАҲЛИЛЛАРИ

Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т., Файзиёв С.И., Якубов О.Э.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ МЕТОДЫ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ, НАШИ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ АНАЛИЗ

Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т., Файзиёв С.И., Якубов О.Э.

OUR RESULTS IN BARIATRIC SURGERY, ADVANCED METHODS AND THEIR ANALYSIS

Khakimov M.Sh., Sattarov O.T., Fayziyev S.I., Yakubov O.E.

Тошкент тиббиёт академияси

Цель: анализ результатов бариатрических операций, факторов риска и профилактики возможных осложнений. **Материал и методы:** в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии факультета №1 и на клинической базе кафедры госпитальной хирургии в 2021-2023 гг. было проведено бариатрическое хирургическое вмешательство 120 пациентам. **Результаты:** использование высоких технологий при выполнении лапароскопической слив-резекции создает широкие возможности для профилактики ее интраоперационных осложнений. Заблаговременное прогнозирование развития стенозов и выбор адекватной лечебной тактики позволяют избежать развития некорректируемых осложнений в послеоперационном периоде. **Выводы:** количество ранних и поздних осложнений значительно уменьшились после использования усовершенствованных методов.

Ключевые слова: бариатрическая хирургия, рукавная гастрэктомия, минигастрошунтирование, связка Трейтца, диспепсические состояния, стеноз, метаболический ацидоз.

Objective: To analyze the results of bariatric surgery, risk factors and prevention of possible complications. **Material and methods:** In the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy of Faculty No. 1 and at the clinical base of the Department of Hospital Surgery in 2021-2023. Bariatric surgery was performed on 120 patients. **Results:** The use of high technologies in laparoscopic fusion-resection creates ample opportunities for the prevention of its intraoperative complications. Early prediction of the development of stenoses and the choice of adequate treatment tactics make it possible to avoid the development of uncorrectable complications in the postoperative period. **Conclusions:** The number of early and late complications decreased significantly after the use of improved methods.

Key words: bariatric surgery, sleeve gastrectomy, minigastric bypass, Treitz's ligament, dyspeptic conditions, stenosis, metabolic acidosis.

Ортиқча вазн ортиб бориш билан бир қаторда инсон организмда муҳим вазифа бажарувчи аъзолар тизими ишдан чиқиб бориши ҳеч кимга сир эмас. Статистик маълумотларга кўра, тана вазн индексининг (ТВИ) 25-30 кг/м² бўлганлар жамиятнинг 20% ни ташкил қилса, 30-40 кг/м² ни ташкил қилувчилар 21% дан юқори эканлигини таъкидламоқдалар [4,7,10]. Тана вазн индекси 40 кг/м² ва ундан юқори кишилар, яъни ортиқча вазн касаллик чақиршига мойиллик қилувчилар эса катта ёшдаги умумий популяциянинг 34% ни ташкил этишини профессор Яшков Ю.И., берган маълумотларда кўришимиз мумкин [1]. Кўриниб турибдики, ортиқча вазн муаммоси, замонавий долзарб мавзуга айланиб бормоқда.

Бариатрик хирургия ҳозирда кўпроқ иккита катта йўналишда ишлар олиб бормоқда, ошқозон ҳажмини кичрайтирувчи ва ҳазм тизимида сўрилишни камайтирувчи жарроҳлик амалиётларидир. Ошқозон лапароскопик сливрезекция (ЛСР) бу ошқозон ҳажмини бўйламасига кичрайтириш бўлиб, унда тахминан 60-70% ошқозонинг умумий ҳажми олиб ташланади. Шу йўл билан организмга овқат махсулотларини кириш ҳажми камайтириш билан оздиришга эришилади. Минигастрошунтлаш (МГШ) эса, ошқозон кўндаланг резекцияси билан кичик ошқозон шаклига келтирилади ва оч ичакга

трейц бойлаидан 150-180 см узокдикда гастроэнтероанастомоз қўйиш йўли билан қабул қилинган овқат таркибини ингичка ичакда сўрилишини камайтиради. ЛСРда озиш самарадорлиги 75-80% ни, МГШда эса 80-85 % ни ташкил қилади [3,8]. Олимларнинг фикрига кўра, ЛСРда семиришга қайта мойиллик 5 йилдан сўнг 30% ни ташкил қилса, МГШ дан кейин бу кўрсаткич 20% ни ташкил қилар экан [3,4]. Қандли диабет учун беморларда қанд миқдорини нормал кўрсаткичга тушиши ЛСР дан кейин эрта муддатларда 77% гача, МГШ дан кейин 80% дан юқорини ташкил қилади [2,5].

Ўз навбатида ҳар бир жарроҳлик амалиётларида хавф омиллари ва асоратлар ривожланиш эҳтимоли бор. "Journal of Visceral Surgery" да берилган маълумот бўйича, ЛСР дан кейин ўтқазгич қисм стенози МГШ га қараганда юқорироқ бўлиб 5% ни ташкил қилса, МГШдан кейин кальций етишмочилиги ва энтероколит ривожланиш даражаси 15% ни ташкил қилар экан [1].

Тадқиқот мақсади

Шунга кўра биз клиникамизда бажарилган бариатрик жарроҳлик амалиётларини натижаларини, хавф омилларини, юзага келиши мумкин бўлган асоратларни олдини олишни таҳлил қилишни мақсад қилиб олдик.

Материал ва усуллар

Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси, 1-сонли факултет ва госпитал хирургия кафедрасининг клиник базасида, 2021-2023 йиллар мобайнида 120 беморга бариатрик жарроҳлик амалиётлари бажарилди. Жарроҳлик амалиётлари 18 ёшдан 60 ёшгача бўлган беморларга бажарилди. Жинси бўйича аёллар 77 (64,2%)ни, эркеклар 43 (35,8%)ни ташкил этди. ТВИ 32 кг/м² юқори бўлган беморлар жарроҳлик амалиётларига олинди, шунда ТВИ 32-35 кг/м² 22 (18,3%), 36-40 кг/м² 33 (27,5%), 41-45 кг/м² 46 (38,3%) ва 47 кг/м² ва ундан юқори 19 (15,9%) беморга амалиёт бажарилди (1-жадвал). 96 (80%) беморга ЛСР ва 24 (20%) беморга МГШ бажарилди.

1-жадвал

ТВИ кўра беморларнинг кўрсаткичлари (n=120)

ТВИ кг/м ²	Беморлар сони	%
32-35	22	18,3
35-40	33	27,5
41-45	46	38,3
46≤	19	15,9

Кўшимча касалликлардан: Юрак ишемик касалликлари 38 (31,7%) беморда, қандли диабет 2 даража 26 (21,7%), ёғли гепатоз 96 (80%), Ковиддан кейинги сон бошчаси асептик некрози 13(10,8%) беморда кузатилди. Ундан ташқари, жарроҳлик амалиётини талаб этувчи кўшимча касалликлардан сурункали тошли холецистит 56 (46,7%), амалиётдан кейинги чурра 14 (11,7%), чов чурраси 9 (7,5%), диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси 9 (7,5%) осилган қорин 37 (30,8%), қорин бўшлиғида жарроҳлик амалиётидан кейинги чандиқлар билан 18 (15%) беморга симултан жарроҳлик амалиётлари ўтқазилди.

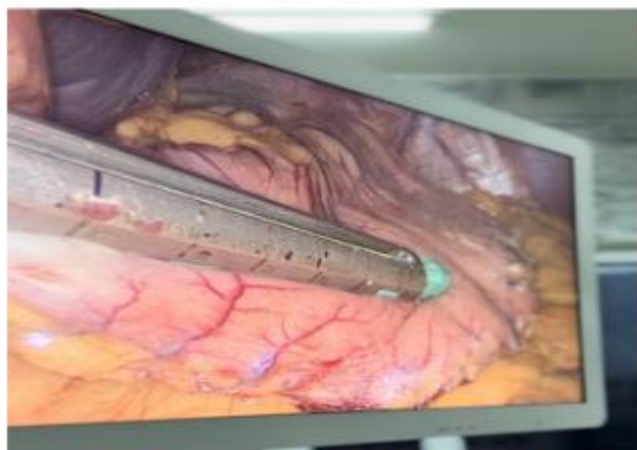
Ҳар бир бемор эндокринолог, кардиолог, анестезиолог мутахассислар назоратидан ўтқазилди. Ошқозон ва 12 бармоқ ичак ўткир яралари, эндокринологик касалликлар оқибатида семириш, коагулопатия ва бошқа соматик касалликларнинг декомпенсация босқичи жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланди.

Клиник ва лаборатор тахлиллар стандарт усулларда бажарилди. Лаборатор тахлиллардан асосий эти-

бор биокимёвий текширувларга қаратилди, бунда баъзи кўрсаткичлари юқори чегарани ташкил қилиб АЛТ ва АСТ 47 (39,2%) беморда 40±3 МЕ/л ва 49±2МЕ/л, умумий билирубин миқдори 23 (19,2%) беморда 19-20 мкмоль/л ни ташкил этди. 63 (52,5%) беморда холестерин миқдори 5±0,3мг/л ни ташкил этди.

Қонда инсулин, гликозирилланган гемоглобин ва С пептид миқдорига қараб беморларни қандли диабет 2 турига мойиллиги аниқланди. Агар беморда қонда қанд миқдори 8,0-10 ммоль/л дан юқори бўлса инсулин, гликозирилланган гемоглобин ва С пептид мос равишда юқори чиқса, ёки бемор узоқ муддатдан бери қандли диабетнинг 2 тури билан касалланган бўлса ва унга қарши буюрилган консерватив даво муолажаси самарасиз бўлса, бундай беморларга МГШ бажарилди. Қолган барча ҳолатларда ЛСР бажарилди.

ЛСР жарроҳлик амалиётини қуйидагича амалга оширилди. Умумий интубацион наркоз остида эпигастрал соҳадан 15см пастда ва ўрта чизикдан 3 см чапда 1-кесма орқали Вериш нинаси ёрдамида пневмоперитонеум ўрнатилди. Киндикнинг пастки чизиги бўйлаб 10 мм ли троакар ҳамда лапароскоп қорин бўшлиғига киритилди. Лапароскопияда қорин бўшлиғи аъзолари тафтиш қилинади. Қолган яна 4та ишчи троакарлар стандарт нуқатлардан киритилди. Ультратовушли диссектор «Соносижн» ва «LigaSure» ёрдамида ошқозоннинг катта эгрилиги бўйлаб мобилизацияси бажарилади. Мобилизация, 12 бармоқ ичак бошлинғич қисмидан бошлаб фундал қисмгача ажратилди, ошқозон диафрагма, ошқозон талоқ боғламлари диссекция қилинди. Махсус 36 Fg бариатрик орагастрал зонд ошқозондан ўтқазилиб 12 бармоқ ичакнинг ўтқазгич қисмигача юборилди ва мустаҳкамланди. Эшелон 60 мм чизикли степлер ёрдамида, ўрнатилган орагастрал зондга параллел равишда, диаметри 2-3 см бўлган найсимон ошқозонни шакллантириш мақсадида ошқозоннинг бўйлама резекцияси амалга оширилади (1-расм). Бунда 12 бармоқ ичакнинг бошланиш қисмидан 2-3 см узоқдликдан пилорик қисмдан бошланди, ва Гисс бурчагини сақлаган ҳолда фундал қисмга қадар резекция қилинди. Викрил 2-0 ёрдамида узлуксиз серо-сероз чоклари қўйилади. Ошқозоннинг герметиклиги текширилади. Меъданинг кесилган қисми олиб ташланади. Қорин бўшлиғини дренажланади. Тешикларга чоклар қўйилади.

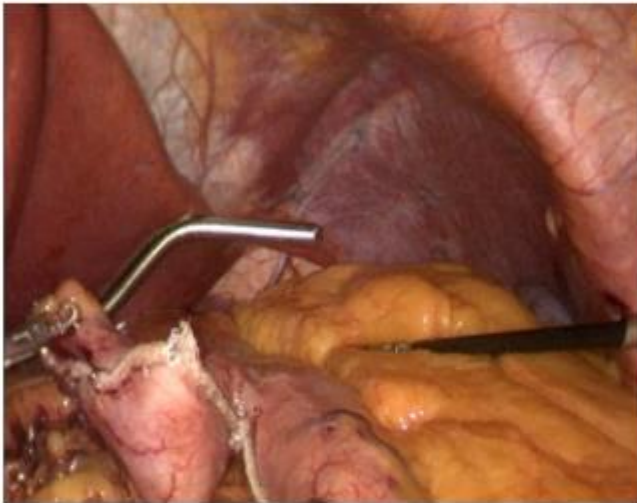


1-расм. ЛСРда ошқозонни пилорик қисмдан ажратиб олишда тикувчи ускунани қўйиш бурчаги.

МГШ жарроҳлик амалиётини қуйидагича амалга оширилди. Умумий интубацион наркоз остида киндикдан 2 см юқоридан Хассан усулида оптика киритилади. Лапароскопияда қорин бўшлиғи аъзолари тафтиш қилинади. Ишчи троакарлар стандарт нукталардан киритилди.

Ультратовушли "LigaSure" ёрдамида ошқозоннинг кичик эгрилик бурчагидан ошқозон тутқичи коагуляция қилиб дарча очилади. Бу дарча орқали ошқозонга Эшелон 60 мм чизиқли степлер ёрдамида 60ммли кўндаланг кесиб ажратилади. Махсус 36Fr бариатрик орагстрал зонд ошқозонга киритилади. Диаметри 2-5 см бўлган найсимон ошқозонни шакл-

лантириш мақсадида кўндаланг кесманинг охириги бурчагидан кейинги степлер ёрдамида юқорига қараб ошқозоннинг бўйлама резекцияси амалга оширилади. Ингичка ичакнинг Трейц боғламиндан 160-180см масофасида ўлчаб олинади ва ҳосил қилинган кичик меъданинг пастки орқа чўлтоғи ўртасида кўндаланг чамбар ичак олдидан ўтқазиб Эшелон 60 мм чизиқли степлер ёрдамида "ён-ён" гастрэнтероанастамоз қўйилади. Чизиқли степлер киритилган дарча Викрил 2-0 ёрдамида узлуксиз чоклар билан тикиб ёпилади. Ошқозоннинг ва анастомоз герметиклиги текширилади. Тешикларга чоклар қўйилади (2-расм).



2-расм. МГШда гастрэнтероанастомозни ўрнатиш босқичи.

Симултан жарроҳлик амалиётлари эса бирламчи бариатрик амалиётлар бажарилганидан сўнг стандарт усулларда амалга оширилди.

Натижалар ва муҳокама

Лапароскопик жарроҳлик амалиётларининг кам инвазивлик хусусияти устунлиги туфайли, амалиёт ҳажми юқори бўлишига қарамасдан аксарият беморлар ЛСР ва МГШдан кейин биринчи кундан фаол ҳаракатга келдилар.

ЛСРнинг техник қийинчиликлари бирламчи бажарувчиларда яққол сезилади. Троакарлар нуқтасини тўғри танлаш ҳар бир бемор учун индивидуал амалга оширилиши керак. Тана констистенциясини инобатга олган ҳолда ва оптика троакарига нисбатан узоқлик диаметрини танлаб олиш мақсадга мувофиқдир. Биз беморларда оптикага нисбатан иккинчи троакар нуқтасини 10 см узоқликда ўрнатдик, учинчи троакар эса доим иккинчи троакардан 10 см узоқликда ва 5 см юқорида жойлашди. Тўртинчи троакар эса ўрта чизиқдан ўнг тарафда тўғри мушак латериал қиррасида киндикдан 4-5 см юқорида жойлашди. Тўртинчи троакар жойлашуви жуда муҳим бўлиб ҳисобланади, чунки айнан шу троакар орқали ошқозонни резекция қилувчи ва тикувчи "Eschelon" ускунаси киритилди. Шу ўринда, ошқозон пастки триангуляр қисмида, резекция вақтида, ички юзани кам қолдириб кесмаслик учун бариатрик зондни ўрнатиш ва кесма бурчагини тўғри танлашда биз ишлаб чиққан усулни қўлладик. Яъни:

ЛСРда чизиқли степлер кассеталар қўйиш техникасининг такомиллашган усули. Биз ишлатадиган тикувчи Eschelon Flex аппарат кассетаси узунлиги 6см бўлиб, қўйиладиган 1-кассета меъданинг пилорик қисмига параллел ва тугаш қисми *insicura angularis* соҳасидан кассетага қараб перпендикуляр 45° бурчак остида ўрнатилади. Кейинги кассеталар эса кичик эгриликка параллел равишда олиб борилади. Бу орқали ҳосил қилинган кичик ошқозон бутун узунлиги бўйича бир хил диаметрда бўлади ва диспептик ҳолатлар кескин камайди.

ЛСРда назогастрал зонд қўллаш усули. Усул қуйидагича амалга оширилади. Биз ишлатадиган назогастрал зонд 36Fr бўлиб диаметри 1.2см. Назогастрал зонд меъда ичига киритилиб жарроҳлик амалиёти ўтказилади. Ҳосил қилинган кичик меъданинг герметиклигини текширгандан сўнг суюқликни аспириятсия қилиш вақтида зонд ичига диаметри кичик бўлган назогастарал зонд 16Fr киритилади, суюқлик аспириятсияси бажарилади. Бу орқали меъда шиллик қаватининг травмаси олди олинади.

ЛСРда чизиқли степлер кассеталар қўйишда ёрдамчи ускуналар қўллаш техникасининг такомиллашган усули.

Тикувчи аппаратнинг проксимал қисми меъдани тўлиқ сиқмайди. Аммо аппарат орқали тикаётган вақтда охириги 1см қисми ҳам қисилади. Айнан шу вақтда кассета тикилаётган вақтда ёрдамчи ошқозон қисқичи орқали ошқозон тортилиб турилади.

Бу орқали степлер чизигини тўғри ва букилмаслиги таъдақланади. Кейинги кассеталар эса кичик эгриликка параллел равишда олиб борилади.

ЛСР нинг давомийлиги ортикча вазн қанча юқори бўлса, қандли диабет 2 даража билан оғриган бўлса узоқроқ давом этди.

ТВИ 35-40 кг/м² бўлганларда ҚД 2 тур бўлмаса 60±5 дақ., ҚД2 бўлса 80±5 дақ.. ТВИ 40-50 кг/

м² ҚД бўлмаса 90±5 дақ., ҚД2 тур бўлса 100±5 дақ. ТВИ 50 кг/м² юқори бўлганларда ҚД2 тур бўлмаса 100±5, ҚД 2 тур бўлса 110±5 дақиқани ташкил қилди (2-жадвал).

ТВИ 40кг/м² гача бўлган 36 (37,5%) беморда ЛСР 60±5 дақиқада бажарилди. ҚД 2 турда ва ТВИ 50кг/м² дан қори бўлганларда, инструментларни ишлаш бурчаги радиуси камаяди.

2-жадвал

Жарроҳлик амалиётларнинг давомийлиги

ТВИ, кг/ м ²	ҚД 2 тури бўлмаган беморларда амалиёт вақти (дақиқа)	ҚД 2 тури бўлган беморларда амалиёт вақти (дақиқа)
35-40	60±5	80±5
40-50	90±5	100±5
50	100±5	110±5

Ундан ташқари ошқозон орқа юзаси ва ошқозон ости беши ўртасида чандиқли жараёнлар вужудга келганлиги аниқланади. Бундай чандиқларни лапароскопик диссекция қилишга кетган вақт ҳисобидан ҳам ЛСР давомийлиги бир мунча кўп вақтни эгалла-

ди ва 33 (34,3%) беморда ўртача 110±5 дақиқани ташкил қилди. Мос равишда симултан жарроҳлик амалиётлари учун қўшимча 60-70±5 дақиқа вақт қўшилиб борди.

3-жадвал

ЛСРдан кейинги эрта ва кечки асоратлар (n=96)

Асоратлар	Эрта даврда	2 ойдан сўнг
Диспептик ҳолатлар	11 (11,4%)	2 (2,1%)
Стеноз	3 (3,1%)	1 (1,05%)
Метаболик ацидоз	0	5 (5,2%)
Жами	14 (14,5%)	8 (8,3%)

ЛСР амалиётларидан кейин беморларнинг ўтача стационар даво кунлари 3±1 кунни ташкил этди. Амалиётдан кейини эрта муддатда 48 (50%) беморда ҳеч қандай шикоятлар бўлмади. 18 (39,6%) беморда биринчи кундан диспептик белгилар бўлди ва уларга допадақ рецепторларни блокловчи гуруҳига мансуб дорилар буюрилди ва шундан кейин диспептик белгилар йўқолди. 2 (2,1%) беморда эса консерватив дорилар буюрилишига қарамасдан диспептик белгилар 1 ойгача сақланиб қолди. Интраоперацион тахлиллар Гисс бурчагини кенг сақлаб қолинмаслиги ва ошқозонни кесиш чизиги степлерини бир чизикда бўлмасдан, олдинги ва орқа деворларни қийшайтириб резекция бажариш ошқозон синхрон перистальтикасини бузилишига олиб келиш мумкинлигини кўрсатди. Шунга кўра, кейинги амалиётларда биз беморларда интраоперацион Гисс бурчагини ўткир бурчак остида узун чўлтоқли шаклда сақлаб қолишга, яъни, резекция вақтида ошқозон гумбазининг диафрагма оёқчалари олдинга юзасидан 4 см масофа қолдирган ҳолда бажаришни ва степлер кесиш чизигини пилорик қисмдан фунда қисмгача бир хил жойлашувни таъдақладик. Жарроҳлик амалиётларидан кейинги эрта даврда жаъми бўлиб 11 (9,16%) беморда диспептик белгилар кузатилди. Узоқ муддатларда эса диспептик белгилар кузатилмади.

ЛСР иккинчи ойда 5 (5,2%) бемор метаболик ацидоз белгилари билан бизга мурожаат қилди. Беморлардан 3 (3,1%) тасида ацидоз ривожланиш сабабларини ўрганиш шуни кўрсатдики, айна шу беморларда амалиётдан олдинги қон биокимёвий таҳлиллари бўйича АЛТ, АСТ, қондаги қанд миқдори, гликозириланган гемоглобин ва С пептид кўрсаткичларининг норманинг юқори чегарасида бўлганлиги ҳамда аниқланмаган сабабларга кўра тез муддатда ўртача 20±5 кг вазн ташлаганлари билан боғлиқ бўлган бўлиши мумкинлиги аниқланди. Қолган 2 (2%) беморда эса бу кўрсаткичлар ўрта чегарада эканлиги аниқланди, вазн ташлаш 10±2 кг ни ташкил этган. Барча беморларда метаболик ацидоз консерватив даво муолажаларидан сўнг бартараф бўлди.

ЛСРдан кейин 3 (3,1%) та беморларда эрта ва 1 (1,05%) та кечки ошқозон қисман стенозлар кузатилди. Гастродуоденоскопия текшируви шартли равишда амалиётдан кейинги 30 кунда бажарилди ва айна шу беморларга ошқозон ичак трактини барийли контрастлаш текшируви ўтказилди. Натижаларга кўра амалиётдан кейинги даврда 2 (2,1%) беморда ошқозон тана қисмида 1 (1%) беморда эса пилорик қисмдан 3 см юқори масофада ички юзанинг 2 см дан торайиши аниқланди. Беморларга консерватив чора тадбирлар, шишга қарши ва секрецияни камайтирувчи, спазмолитик дори воситалари ҳамда

амплипульс физиоуолоажаси бажарилди. Шундан кейин 2 (2,1%) беморда стеноз белгилари бартараф бўлди, 1 (1,05%) беморда сақланди қолганлиги туфайли эндоскопик балон дилатацияси 2 сеансда бажарилди ва стеноз белгилари бартараф этилди.

МГШ амалиётларидан кейин беморларда эрта муддатларда ҳеч қандай ноҳўя ўзгаришлар кузатилмади. Беморларнинг ўртача стационар даво кунлари 4 ± 1 кунни ташкил қилди. МГШдан биринчи кундан бошлаб 13 (54,16%) беморда қондаги қанд миқдори ўртача 5 ± 2 ммоль/л ташкил қилди. 2 (8,33%) беморда эса қондаги қанд миқдори 9 ± 2 ммоль/л ташкил қилди ва бу беморларга эндокринолог хулосасига кўра инсулин буюрилди. Барча беморларда вазн ташлаш синхрон давом этди. Кечки даврда 4 (16,7%) беморларда тез-тез ич суяқ келиши билан энтерит белгилари намоён бўлди. Беморларга кўшимча фермент таркибли ҳамда диареяга қарши дори востилари буюрилди. 3 (12,5%) беморда эса соч тўкилиши, тирноқларни синиб қолиши, тишларни тўкилиши, невроз белгилари кузатилди. Қондаги кальций миқдорининг ўртача 2,25 ммоль/л дан паст эканлиги аниқланди. Беморларга кальций препаратлари ва витамин комплекси буюрилди ва юқоридаги белгилар бартараф бўлди. 1 (4,16%) беморда умумий оқсил миқдорининг 40 ммоль/л дан паст кўрсаткичга тушганлиги кузатилди ва айни бу беморда гастроэнтероанастомоз узоқлик масофаси трейс бойламадан 180 см ни ташкил қилган эди.

Бизнинг натижаларимиз шуни кўрсатдики бариатрик амалиётлар бажарилган беморларнинг 98 (81,67%) тасида ижобий натижалар намоён бўлди, ва беморларда амалиётдан кейинги даврда ҳеч қандай асоратлар кузатилмади. Тана вазн индекси эса ўртача 40 ± 5 % га камайди. 22 (18,3%) беморларимизда эса эрта ва кечки муддатларда шикоятлар сақланиб қолди ва мос равишда консерватив чора тадбирлар билан бартараф этилди.

Статистик маълумотларга кўра ЛСРдан кейин диспептик ҳолатлар учраш фоизи 24% ни ташкил қилади, бу ҳам кўпчилик ҳолатда жарроҳлик амалиётининг бажариш техникасига боғлиқ бўлар экан [1,4,8]. Биз бир нечта техник такомиллашган усулларнинг қўллаганимиздан кейин натижаларимизда диспептик белгиларни паст кўрсаткичларга тушишини кузатиш мумкин, лекин 12% беморларимизда 1 ойгача сақланиб қолиши кузатилмоқда.

Метаболик ацидоз бир нечта патологик ҳолатларни натижаси ўлароқ организмда намоён бўлади. Кўпинча жигар фаолиятидаги тезкор ўзгаришлар, ёғли гепатознинг оғир даражалари, буйрак етишмовчилиги каби касалликларнинг клиник кўринишидир [3,4,9,10]. Бизда ЛСР дан кейин метаболик ацидоз асосан вазн тез муддатда тушиб кетиши ва биохимиявий таҳлилларга боғлиқ равишда амалиётдан олдинги даврда юқори нормал кўрсаткичлар туфайли юзага келди. Шунга қарамасдан баъзи ҳолатларда нормал биохимиявий кўрсаткич ва секин йўқотиб борилган вазнда ҳам уни ривожланиши метаболик ацидозни айнан кимларда ривожланишини олдиндан прогнослаш зарурлигини кўрсатади.

Европа бариатрик хирурглар ассоциациясининг 2022 йил берган маълумотларига кўра, ЛСРнинг хавфли асоратларидан бири бу кечки стенозлардир [10]. Кўпинча стенозларда кейинги реконструктив жарроҳлик амалёитлари таклиф этилади. Эрта стенозларнинг ривожланиши кўпинча жарроҳлик амалиётларининг техник жиҳатларига боғлиқ бўлса, кечки стенозлар организмда чандикланиш жараёнларидаги шиллик қават фиброзланишининг узоқ ва дағал давом этишига боғлиқ бўлади. Жарроҳлик амалиётларидан олин айнан кимлар бунга мойиллик қилиши мумкинлигини аниқлаш ва стенозлар ривожланишини олдини олишга қаратилган, ишлаб чиқилган, чора тадбирлар бундай асоратларни олдин олади [3,5].

Қандли диабетнинг 2 турини даволаш ҳозирда жуда долзарб мавзуга айланди. Проф. Scott Shikоганинг маълумотларига кўра, бу касалликнинг даволашда радикал ечим бу бариатрик амалиётлардир. ЛСРдан кейин қондаги қанд миқдори ўртача 77% ҳолатда нормага тушса, МГШ дан кейин эса 88% яхши натижага эришилади [4]. Бироқ МГШ дан кейинги кечки муддатлардаги ривожлануиб борувчи, энтерит, авитадақоз, кальций ва оқсил етишмовчилиги МГШнинг индивидуал танлаб бажариш кераклигини кўрсатади.

Ҳозирги кунда семизликнинг бир нечта сабаблари мавжуд бўлиб, бариатрик жарроҳлик асосан алиментар семизликдагина фойдали бўлиши таъкидланади. Бироқ, клиник таҳлиллар шуни кўрсатадики, бўқоқ касаллигининг гипеториоз шаклида аралаш кўринишдаги семизлик яъни алиментар омил мавжудлиги кузатилади. Айнан шунга кўра, бундай ҳолатда бариатрик жарроҳлик амалиётларни қанчалик ўринли эканлиги мунозарали вазият сифатида қолиб келмоқда.

Шундай қилиб, биз бажарган бариатрик жарроҳлик амалиётларимизда олинган натижаларнинг катта қисдақи ижобий натижалар ташкил қилди. Шунга қарамасдан бу жарроҳлик амалиёти техник ва тактик индивидуал танловларни ишлаб чиқишни талаб қилади. Тахилларимиз шуни кўрсатдики, нисбий жиҳатдан қандли диабет 2 тур учун кўпроқ МГШ натижавий бўлса семизлик учун ЛСР самаралироқ, бироқ ЛСР ва МГШ бажаришни танлашда аниқ чегара мавжуд эмас, чунки иккала амалиётлар ҳам камчиликлардан ҳоли эмас.

Хулосалар

1. ЛСРни амалга оширишда биринчи навбатда юқори технолгияларни қўлланилиши унинг интраоперацион асоратларини олдини олиш учун кенг имконият яратади. ЛСРда тикувчи ускуна киритилгандан кейин ошқозон пилорик қисмида бурчакни тўғри танлаш, степлер чизиғини бир хил текисликда ушлаш ва амалёит якунида ошқозон герметиклигини текшириш учун бариатрик зондни 16Fr зонлга алмаштириш, биринчидан интраоперацион ишлаш майдони радиусини кенгайтиради, иккинчидан амалиётдан кейинги асоратларни олдини олади.

2. ЛСР жарроҳлик амалиёти ТВИ 32 кг/м² дан юқори бўлганларда бажариш мақсадга мувофиқ-

дир, бунинг учун албатта қонда инсулин, С-пептид ва гликозириланган гемоглобин кўрсаткичлари нормада бўлиши керак.

3. Эрта ва кечки асоратлар – метаболик ацидоз, стенозлар ривожланишини олдиндан башорат қилувчи янги илмий тадқиқот ишларини олиб борилиши ва даво тактикаларини ишлаб чиқиш амалиётдан кейинги даврда тўғирлаб бўлмайдиган асоратлардан холос этади.

4. МГШ бажариш учун инсулин, С-пептид ва гликозириланган гемоглобин миқдорининг юқорилигини ва бошқарилиб бўлмайдиган қондаги қанд миқдорини кўрсатма қилиб олиш мақсадга мувофиқ бўлади. Гастроэнтероанастомоз қўйиш масофасини индивидуал танлаш ва бу жарроҳлик амалиёти учун қатий талаблар ишлаб чиқиш зарур.

5. Аралаш турдаги семизликда бариатрик жарроҳлик амалиётларини ўрини аниқлаш ва кўрсатмалар ишлаб чиқиш зарур.

Адабиётлар

1. Яшков Ю.И., Седлецкий Ю.И., Василевский Д.И., Цветков Б.Ю., Кричмар А. Принципы выбора повторных бариатрических операций. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - 2020.-95-104с.

2. Auge M., Menahem B., Savey V., Lee A. Bion Long-term complications after gastric bypass and sleeve gastrectomy: What information to give to patients and practitioners, and why? A. Alves Journal of Visceral Surgery. -2022.- Vol. 159.- №4.- P. 298-308 .

3. Arterburn, D.A., Telem D.E., Kushner R.F., Courcoulas A.P. Benefits and Risks of Bariatric Surgery in Adults: A Review JAMA. - 2020.- №.324 (9).- P. 879-887.

4. Castro A., Cassinello N., Alfonso R., Ortega J. Preoperative risk factors for early hemorrhagic complications in bariatric surgery: a case-control study Surg Endosc. -2022.-№.36 (1).- P. 430-434.

5. Csendes A., Orellana O., Martinez G., Burgos A.M., Figueroa M., Lanzarini E. Clinical, endoscopic, and histologic findings at the distal esophagus and stomach before and late (10.5 years) after laparoscopic sleeve gastrectomy: results of a prospective study with 93% follow-up. Obes Surg, -2019.-№.29 (12) – P. 3809-3817.

6. García-García M.L., Martín-Lorenzo J.G., Lirón-Ruiz R., Torralba-Martínez J.A., García-López J.A. , Aguayo-Albasini J.L. Failure of the Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS) to Predict Postoperative Complications After Bariatric Sur-

gery. A Single-Center Series and Systematic Review, Obes Surg, -2017. №.27 (6).- P. 1423-1429.

7. Milone M., Di Minno M.N., Leongito M., Maietta P., Bianco P., Taffuri C., et al. Bariatric surgery and diabetes remission: sleeve gastrectomy or mini-gastric bypass? World J. Gastroenterol.-2013.- №.19 .- P. 6590-6597.

8. Saravana-Bawan B., Goplen M., Alghamdi M., Khadaroo R.G. The Relationship Between Visceral Obesity and Post-operative Complications: A Meta-Analysis J Surg Res.- 2021. -№.267. -71-81p.

9. Schauer P.R., Bhatt D.L., Kashyap S.R. Bariatric surgery or intensive medical therapy for diabetes after 5 years N Engl J Med.-2017.- №. 376 (20).-1997p.

10. Wilkinson K.H., Helm M., Lak K., Higgins R.M., Gould J.C., Kindel T.L. The Risk of Post-operative Complications in Super-Super Obesity Compared to Super Obesity in Accredited Bariatric Surgery Centers Obes Surg, -2019.-№.29 (9).- P.2964-2971.

БАРИАТРИК ХИРУРГИЯДА БИЗНИНГ НАТИЖАЛАР, ТАКОМИЛЛАШГАН УСУЛЛАР ВА УЛАРНИНГ ТАҲЛИЛЛАРИ

Ҳакимов М.Ш., Саттаров О.Т.,
Файзиёв С.И., Якубов О.Э.

Мақсад: бариатрик операциялар натижаларини таҳлил қилиш, хавф омиллари ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш. **Материал ва усуллар:** 120 та бемор 2021-2023 йилларда Тошкент тиббиёт академиясининг 1-сонли кўп тармоқли клиникасида ва госпитал жарроҳлик кафедраси клиник базасида бариатрик жарроҳлик амалиётидан ўтди. **Натижалар:** лапароскопик дренаж резекциясини амалга оширишда юқори технологиялардан фойдаланиш унинг интраоператив асоратларининг олдини олиш учун кенг имкониятлар яратади. Стенозларнинг ривожланишини эрта башорат қилиш ва етарли даволаш тактикасини танлаш операциядан кейинги даврда тузатиб бўлмайдиган асоратларни ривожланишига йўл қўймаслик имконини беради. **Хулоса:** такомиллаштирилган усуллардан фойдалангандан сўнг эрта ва кеч асоратлар сони сезиларли даражада камайди.

Калит сўзлар: бариатрик жарроҳлик, энг гастрэктомияси, минигастрошунтлаш, Трейц лигаменти, диспептик ҳолатлар, стеноз, метаболик ацидоз.



