

БАРИТАРИК ХИРУРГИЯДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР ВА КЛИНИК САМАРАДОРЛИКГА ЭРИШИШНИНГ МУҲИМ ЖИХАТЛАРИ



Хакимов Муруод Шавкатович, Саттаров Ойбек Тохирович, Файзиев Сарвар Исмоилович, Тухтаев Дилшод Абдухамидович, Якубов Ойбек Эргашевич, Хакимов Искандар Абдукодирович
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И КРИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОСТИЖЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ В БАРИТАРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Хакимов Муруод Шавкатович, Саттаров Ойбек Тохирович, Файзиев Сарвар Исмоилович, Тухтаев Дилшод Абдухамидович, Якубов Ойбек Эргашевич, Хакимов Искандар Абдукодирович
Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

MODERN APPROACHES AND CRITICAL ASPECTS OF ACHIEVING CLINICAL EFFICIENCY IN BARITARIC SURGERY

Khakimov Murood Shavkatovich, Sattarov Oybek Tokhiroviich, Fayziev Sarvar Ismoilovich, Tukhtaev Dilshod Abdukhamidovich, Yakubov Oybek Ergashevich, Khakimov Iskandar Abdukodirovich
Tashkent Medical Academy, Republic Of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@tta.uz

Резюме. Тадқиқот мақсади – бариатрик жарроҳлик натижаларини яхшилаш ва асоратлар ривожланишини камайтириш. Барча беморлар операцияга тайёргарлик жараёнида комплекс текширувлардан ўтказилган. Олинган натижалар бариатрик жарроҳликнинг самарадорлигини ва унинг метаболик касалликларни бартараф этишдаги аҳамиятини тасдиқлайди. Тадқиқот доирасида операциядан кейинги даврда беморларнинг ҳолати, вазн йўқотиш динамикаси, метаболик кўрсаткичларнинг ўзгариши ва асоратлар учраш эҳтимоли ўрганилди. Операциядан сўнг биринчи 6 ой ичида беморларнинг ўртача вазн йўқотиши 28-35% ни таъкил этди, бу эса семизлик билан боғлиқ касалликларнинг белгиларини сезиларли даражада камайтиришга ёрдам берди. Хусусан, артериал гипертензияга эга беморларнинг 70% да қон босими меъерийлашган, дислипидемия кўрсаткичлари 65% ҳолатда яхшилانган, глюкозага толерантлик бузилиши 80% беморда бартараф этилган. Операциядан кейинги даврда асоратлар кам учраган. Беморларнинг 7,6% да енгил асоратлар қузатилган бўлиб, улар консерватив даво билан бартараф этилган. Жиддий асоратлар (3,8%) кам ҳолатларда қайд этилган ва улар жарроҳлик йўли билан ҳал қилинган. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, бариатрик жарроҳлик нафақат семизликни бартараф этиш, балки метаболик касалликларни даволашда ҳам самарали усул ҳисобланади. Шунингдек, операциядан кейинги даврда беморларнинг ҳаёт сифати сезиларли равишда яхшиланади. Семизликнинг жиддий асоратларини олдини олиш ва даволаш учун бариатрик жарроҳлик усуллари кенг қўллаш тавсия этилади.

Калим сўзлар: Бариатрик жарроҳлик, семизлик, метаболик синдром, операциядан кейинги асоратлар.

Abstract. The aim of the study was to improve the results of bariatric surgery and reduce the risk of complications. All patients underwent a comprehensive examination during preoperative preparation. The results confirmed the effectiveness of bariatric surgery and its importance in eliminating metabolic disorders. The study examined the condition of patients in the postoperative period, the dynamics of weight loss, changes in metabolic parameters and the likelihood of complications. During the first 6 months after surgery, the average body weight loss was 28-35%, which contributed to a significant decrease in the symptoms of diseases associated with obesity. In particular, 70% of patients with arterial hypertension showed normalization of blood pressure, dyslipidemia indicators improved in 65% of cases, and glucose tolerance disorders were eliminated in 80% of patients. Postoperative complications were rare. Mild complications were observed in 7.6% of patients and were successfully eliminated by conservative methods. Severe complications (3.8%) were recorded in isolated cases and required surgical correction. The results of the study demonstrate that bariatric surgery is not only an effective method of combating obesity, but also an effective way to treat metabolic diseases. In addition, the quality of life of patients is significantly improved in the postoperative period. Wide use of bariatric surgery methods is recommended to prevent and treat serious complications of obesity.

Key words: bariatric surgery, obesity, metabolic syndrome, postoperative complications.

Мавзунинг долзарблиги. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг (World Health Organization) 2024-йилги маълумотларига кўра, 2022-йилда 18 ва ундан катта ёшдаги 2,5 миллиард катталар ортиқча вазнга эга бўлган ва улардан 890 миллиондан ортиғи семизлик билан касалланган. Бу шуни англатадики, 18

ёш ва ундан катта ёшдаги катталарнинг 43% ортиқча вазнга эга (43 % эркаклар ва 44 % аёллар) [1]. Жаҳон семизлик федерациясининг 2022-йил маълумотида кўра 2030-йилга келиб сайёрамизнинг тахминан 1 миллиардан ортиғи семизликдан азият чекиши инкор этилмайдиган ҳақиқатга кучли ишора қилади. Ҳар 7

эракнинг 1тасида, аёлларнинг 5тадан бирида семизлик учрайди. Яқин вақтгача семириш эпидемияси фақат юқори даромадли мамлакатларга хос деб ҳисобланган. Бироқ, ҳозирги вақтда ушбу касаллик даражаси паст ва ўрта даромадли мамлакатларда, асосан шаҳар аҳолиси орасида ошди [2].

Юқумли бўлмаган касалликлар туфайли ҳар йили 41 миллион катталар ўлимнинг 5 миллиони юқори тана вазни (≥ 25 кг / м²) билан боғлиқ. Уларнинг 4 миллионга яқини фақат қандли диабет, инсулт, юрак-қон томир касалликлари ва саратон касалликларидандир. Юқумли бўлмаган касалликлар орасида ушбу тўртта етакчи касалликларда ҳар йили 120 миллиондан ортиғи юқори тана вазни билан чамбарчас боғлиқдир. Катталардаги бу ҳолатни ва бўлиши мумкин бўлган ўлимни олдини олиш ҳолатларининг тўртдан уч қисми ўртача даромадли мамлакатларда содир бўлади. Оддий қилиб айтганда, юқумли бўлмаган касалликлар билан касалланган ва ўлаётган одамларнинг кўпчилиги юқори тана вазни индексига эга ва бу ўлимларининг аксарияти ресурслари пастроқ шароитларда ва ривожланаётган мамлакатларда одамлар орасида содир бўлади. Юқори ТВИ глобал даражалари бўйича ҳисоб-китоблар шуни кўрсатадики, 2020 йилда 2,2 миллиард инсон ортиқча тана вазни билан касалланган бўлса, 2035-йилга келиб қарийб 3,3 миллиард катталар юқори ТВИдан азият чекиши мумкин. Бу 2020-йилда катталар сонининг 42 %ида учраган бўлса, 2035 йилга келиб 54% дан ошганини кўрсатади. 5 ёшдан 19 ёшгача бўлган ёшлар учун бу юқори ТВИ кўрсаткич (430 миллион) 22%дан 2035-йилга келиб 39 % гача (770 миллион) ошади [2].

Леунг ва бошқаларга кўра, семизлик ҳаётни 3,3-18,7 йилга қисқартиради [63]. Бошқа маълумотларга кўра, 2-даражали семиз бўлган беморларнинг ўртача умр кўриш давомийлиги 2-4 йилга, морбид семизлик билан оғриган беморларнинг ўртача умри 8-10 йилга қисқаради [112]. Жинс, ёш, жисмоний фаоллик даражаси, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва 160 000 ўлимни баҳолашни ҳисобга олган ҳолда жами 1,46 миллион дунё аҳолисини қамраб олган 19 та истиқболли тадқиқотнинг тизимли таҳлили шуни кўрсатадики, ТВИ 5 кг / м² га ошгани ҳолда, хавф ўлим 31% га ошади [25].

Кўриниб турибдики, ортиқча вазн муаммоси, замонавий долзарб мавзуга айланиб бормоқда.

Бариатрик хирургия ҳозирда кўпроқ иккита катта ёъналишда ишлар олиб бормоқда, ошқозон ҳаждаки кичрайтирувчи ва ҳазм тизимида сўрилишни камайтирувчи жаррохлик амалиётларидир. Ошқозон лапароскопик сливрезекция (ЛСР) бу ошқозон ҳаждаки бўйламасига кичрайтириш бўлиб, унда 60-70% ошқозоннинг умумий ҳажми олиб ташланади. Шу ёъл билан организмга овқат махсулотларини кириш ҳаждаки камайтириш билан оздиришга эришилади. Минигастрошунтлаш (МГШ) эса, ошқозон кўндаланг резекцияси билан кичик ошқозон шаклига келтирилади ва оч ичакга трейс бойламидан 150-180 см узоқдикда

гастроентероанастомоз кўйиш ёъли билан қабул қилинган овқат таркибини ингичка ичакда сўрилишини камайтиради. ЛСРда озиш самарадорлиги 75-80% ни, МГШда эса 80-85 % ни ташкил қилади [3,8,11]. Олимларнинг фикрига кўра, ЛСРда семиришга қайта мойиллик 5 йилдан сўнг 30% ни ташкил қилса, МГШ дан кейин бу кўрсаткич 20% ни ташкил қилар экан [3,4,13]. Қандли диабет учун беморларда қанд миқдорини нормал кўрсаткичга тушиши ЛСР дан кейин эрта муддатларда 77% гача, МГШ дан кейин 80% дан юқорини ташкил қилади [2,3,5,12].

Мақсад. Шунга кўра биз клиникамизда бажарилган бариатрик жаррохлик амалиётларини натижаларини яхшилашда юзага келиши мумкин бўлган асоратларни камайтиришни мақсад қилиб олдик.

Материал ва текширув усуллари. Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси, 1-сонли факултет ва госпитал хирургия кафедрасининг клиник баъзасида, 2023-йилда 105 беморга бариатрик жаррохлик амалиётлари бажарилди. Жаррохлик амалиётлари 18 ёшдан 67 ёшгача бўлган беморларга бажарилди. Жинси бўйича аёллар 84 (80%)ни, эркеклар 21 (20%)ни ташкил этди. ТВИ 32,5 кг\м² юқори бўлган беморлар жаррохлик амалиётларига олинди, шунда ТВИ 32-35 кг\м² 15(14,3%), 36-40 кг\м² 36 (34,3%), 40 кг\м² дан юқори 54(51,4%) беморга амалиёт бажарилди (1-жадвал).

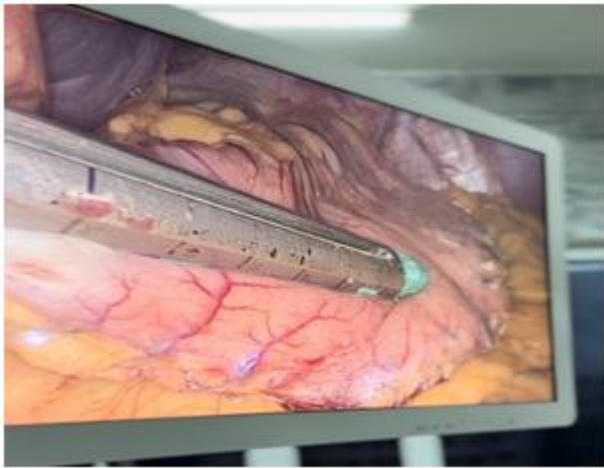
Тадқиқот ўтказилган беморларда кўп учрайдиган ёндош касалликлардан ўт-тош касалликлари 22та (21%), қорин олд девори чурралари 12та (11,4%), Таянч-аппарат системаси касалликлари 42та (40%) беморда аниқланган. Клиник ҳолат ва симптомлардан беморларнинг 87 (82,8%)беморда артериал гипертензия, 84(80%)беморда дислипидемия, 41(39%)беморда глюкозага толерантликнинг бузилиши ва 65 (61,9%) беморда сурункали лимфовеноз етишмовчилик кузатишган бўлиб буларнинг асосида метаболизмнинг бузилиши, тана массасининг ошиши билан боғлиқ юқоридаги асоратлар кўп ҳолларда кузатилади. Беморлар барча ёндош касалликлар бўйича амалиётдан аввалги даврда спетсифик даво муолажаларини олган.

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

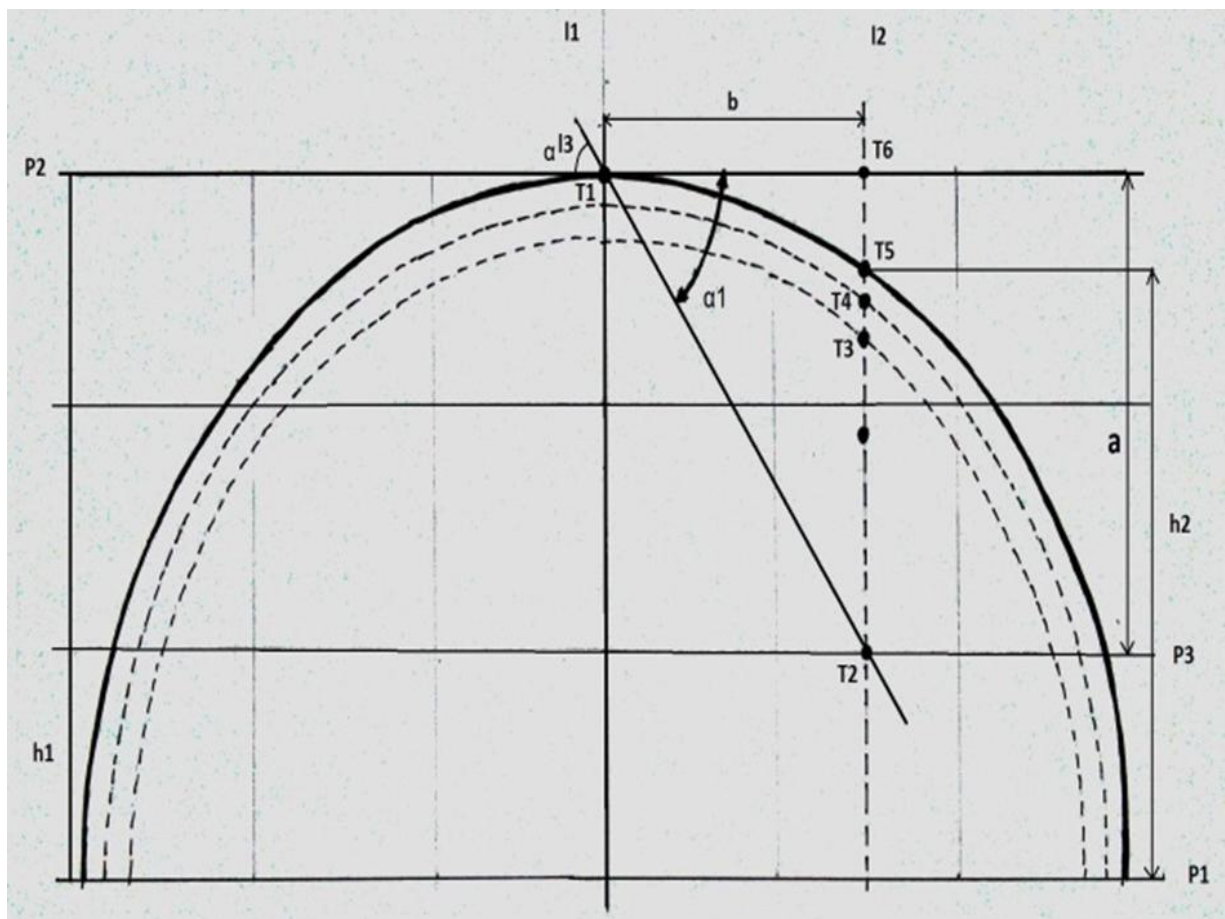
Клиник ва лаборатор таҳлиллар стандарт усулларда бажарилди. Лаборатор таҳлиллардан асосий этибор биокимёвий текширувларга қаратилди, бунда баъзи кўрсаткичлари юқори чегарани ташкил қилиб АЛТ ва АСТ 47 (39,2%) беморда 38±6,3 МЕ/л ва 35±5,8МЕ/л, 63 (52,5%) беморда холестерин миқдори 5,2±0,3мм\л ни ташкил этди.

Жадвал 1. ТВИга қараб беморларнинг семизлик даражаси бўйича тақсимланиши

ТВИ кг\м ²	Беморлар сони (n=105)	%
32,5-35	15	14,3
35-40	36	34,3
40≤	54	51,4



Расм 1. ЛМСРда ошқозонни пилорик қисмдан ажратиб олишда тикувчи усқунани қўйиш ва шаклланган кичик ошқозон



Расм 2. Диаграмма кўринишида лапароскопик қорин бўшлиғининг анатомияси

ЛСР жаррохлик амалиётини куйидагича амалга оширилди. Умумий интубатсион наркоз остида эпигастрал сохадан 15см пастда ва қорин оқ чизигидан 3 см чапда 1-кесма орқали Вериш нинаси ёрдамида пневмоперитонеум бажарилди ва 10 мм ли троакар ҳамда лапароскоп қорин бўшлиғига киритилди. Лапароскопияда қорин бўшлиғи азолари тафтиш қилинади. Қолган яна 4та ишчи троакарлар “Семизликда лапароскопик меъда Sleeve резекциясида антропометрик кўрсаткичларга кўра троакарларни ўрнатишнинг оптимал нуқталарини аниқлаш” дастури орқали аниқланган нуқатлардан киритилади. Тескари Тределенбург ҳолати ва беморнинг позитсияси “Беморнинг сатурация коърсаткичига коъра лапароскопик меъда Sleeve резекциясида бемор

позитсиясини аниқлаш” дастурида ҳисобланган кўрсаткичларига мосланади. "LigaSure" ёрдамида ошқозоннинг катта эгрилиги бўйлаб мобилизатсияси бажарилади. Мобилизатсия, 12 бармоқ ичак бошланғич қисмидан бошлаб фундал қисмгача ажратилди, ошқозон диафрагма, ошқозон талоқ боғламлари диссекция қилинди. Махсус Уч баллонли 36 Фр 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 шаклантириш мақсадида ошқозоннинг бўйлама резекцияси амалга оширилади.

Бунда 12 бармоқ ичакнинг бошланиш қисмидан 2-3 см узоқликдан 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 (расм 1).

Натижалар ва тахлиллар. Лапароскопик жаррохлик амалиётларининг кам инвазивлик хусусияти устунлиги туфайли, амалиёт ҳажми юқори бўлишига қарамадан аксарият беморлар ЛСР кейин биринчи кундан фаол ҳаракатга келдилар.

ЛСРнинг техник қийинчиликлари бирламчи ба-жарувчиларда яққол сезилади. Троакарлар нуктасини тўғри танлаш ҳар бир бемор учун индивидуал амалга оширилиши керак. Тана констистенсиясини инобатга олган ҳолда ва оптика троакарига нисбатан узоқлик диаметрини танлаб олиш мақсадга мувофиқдир. Биз ишлаб чиққан дастур - “Семизликда лапароскопик меъда Sleeve резекциясида антропометрик кўрсаткичларга кўра троакарларни ўрнатишнинг оптимал нукталарини аниқлаш” электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастур орқали аниқланади.

Математик ҳисоб-китобларни ва уларни кейин-чалик компютерда қайта ишлашни амалга ошириш учун диаграмма кўринишида лапароскопик қорин бўшлиғининг анатомияси ишлаб чиқилган (2-расм).

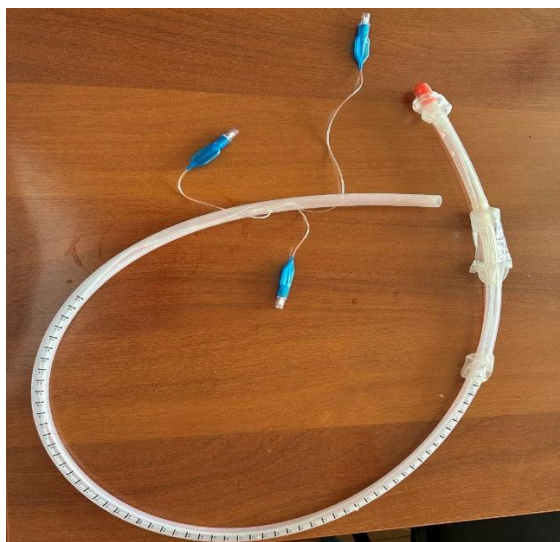
Лапароскопик меъда “Sleeve” резекцияси жаррохлик амалиётида бемор чалқанча ётган ҳолатда

тескари Тределенбург ҳолатида яъни бемор бош қисми юқорига кўтарилган ҳолатда бўлади. Беморнинг танаси ҳолати яъни қанча бурчак остида жойлашиши оптимал бўлиши маълум эмас. Бизнинг “Беморнинг сатурация коърсаткичига коъра лапароскопик меъда Sleeve резекциясида бемор позитсиясини аниқлаш” (DGU № 4361) электрон ҳисоблаш машиналари учун яратилган дастур орқали беморларнинг сатурация кўрсаткичи беморнинг чалқанча ётгандаги қайси ҳолатида юқорилиги ва столнинг ўнг томонга қайрилиш градуси аниқлаб олинади.

Бу усулнинг моҳияти беморда қорин бўшлиғи аъзоларининг пастга ва ўнг томонга сурилиши қорин ички босимининг қорин бўшлиғи чап гипохондреал, эпигастрал ва чап ёнбош квадрантларида паст бўлишига асосланган бўлиб, амалиёт вақтида амалиёт бажариладиган соҳада ишлаш майдонининг кенглигини ҳосил қилишга ёрдам беради. Диафрагмага қорин бўшлиғи томонидан босимнинг камайиши ўпканинг кенгроқ ёйилишига имкон беради ва шу вазиятда сатурация кўтарилиши юзага келади.

Тўртинчи троакар жойлашуви жуда муҳим бўлиб ҳисобланади, чунки айнан шу троакар орқали ошқозонни резекция қилувчи ва тикувчи “Есчелон” 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:



Расм 3. ЛМСРда қўлланиладиган уч баллонли бариатрик зонд

Жадвал 2. Беморларда ЛМСР жаррохлик амалиётининг давомийликлари

Семизлик даражаси	Вақт, дақиқа, ўртача	Вақт, дақиқа, асосий	t-student
I даража	61 ±9,5	48,6±7,3	1,035
II даража	72 ±11,3	58±8,1	1,007
III даража	94 ±12	74±10,7	1,431

Жадвал 3. Жаррохликдан бой ва 1 йил ўтгач тана вазини ёъкотиш қиёсий таҳлили

Амалиётдан кейинги давр	Беморларнинг операциядан аввалги ўртача вазни, кг	Беморларнинг операциядан кейинги ўртача вазни, кг	Беморларнинг операциядан аввалги ТВИ, кг/м ²	Беморларнинг операциядан кейинги ТВИ, кг/м ²	Вазн камайиши	
					кг	% EWL
6 ой	139,4±18,6	102,6±6,6	49,9±4,6	36,8±2,2	36,7±7,2	51,7±3,8
1 йил	139,4±18,6	87,1±4,2	49,9±4,6	29,8±2,2	52,3±7,4	72,7±4,6

Жадвал 4. Беморларда интраоперацион асоратлар кўрсаткичлари

Қон кетиш ҳажмлари	I даражали семиз беморларда, n=15	II даражали семиз беморларда, n=36	III даражали семиз беморларда, n=54	Жами, n=105
50 мл гача	15 (100%)	34 (94,4%)	47 (87%)	96 (91,4%)
50-100 мл	-	2 (5,6%)	7 (13%)	9 (8,6%)
100 мл дан кўп	-	-	-	0
Троакарларни қайта ўрнатиш	-	-	-	0

-ЛСРда чизикли степлер кассеталар қўйиш техниксининг такомиллашган усули. Биз ишлатадиган тикувчи Эсчелон Флех аппарат кассетаси узунлиги бсм бўлиб, қўйиладиган I-кассета меъданинг пилорик қисмига параллел ва тугаш қисми инсисура ангуларис 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.

-Биз ишлаб чиққан уч баллонли бариатрик орогастрал зонд силикондан қилинган бўлиб узунлиги 150см. Баллонлар ва зонд бўшлиғи бир-бири билан алоқаси ёқ алоҳида ёллар орқали ташқарига очилади.

Ушбу зонднинг вазифалари ошқозон деворини шикастлантормасдан зондни мустаҳкам фиксациялаш ва қолдирилган ошқозон табиий шакли ва ҳажмининг бир хиллигини сақлаш орқали стеноз ва амалиётдан кейинг даврдаги рефлюксни олдини олишдир (3-расм).

ЛМСР амалиётини бажаришда юқоридаги такомиллаштирилган услуллардан фойдаланилди ва амалиётга кетган вақт сезиларли даражада камайди.

Бу кўрсаткича айниқса Семизликнинг III-даражаси билан оғриган беморларда бажарилган амалиётларда яққол сезилади. Одатда амалиёт учун ўртача 94 ±12 дақиқа сафланса бу кўрсаткич асосий гуруҳ беморларида 74±10,7дақиқа етарли бўлди.

ТВИ 50кг/м² дан қори бўлганларда, инструментларни ишлаш бурчаги радиуси камаяди, аммо ишлаб чиқилган дастур орқали бу кийинчиликлар бартараф этилди.

Беморларнинг узоқ муддатли натижаларига келадиган бўлса бу албатта уларнинг тана вазнининг ёқотиш динамикаси ва натижалари муҳим аҳамиятга эга. Беморларининг ўртача тана вазни нисбатан баланд, яъни 139,4±18,6 кг бўлган. Тана вазнининг камайиши ва тана вазни индекси беморларда камайган. Беморларда дастлабки 6 ойда 36,7±7,2кг вазн ёқотган бўлса, 1 йилда бу кўрсаткич 52,3±7,4кгни ташкил қилган. Беморларнинг ортиқча тана вазнининг ёқолиши улуши деярли 73%ни ташкил этган.

Қондаги қанд миқдори, гликозириланган гемоглабин каби қандли диабетга мойиллик, глюкозага толерантликнинг бузилиш каби ҳолатларнинг кўрсатадиган кўрсаткичларнинг ўртача қондаги миқдори амалиётдан аввалги вақтда юқори, 1ой ва 1 йилдан кейинг натижалари эса қуйидагича бўлди. Қондаги қанд миқдори мос равишда 5,7±0,3 ва 4,5±0,3 г/л бўлди, гликозириланган гемоглабин кўрсаткичлари 5,4±0,2 ва 5,0±0,2%ни ташкил қилди.

Шунингдек биокимёвий қон таҳлилларидан АЛТ ва АСТ ферментлар миқдори ўрганилди. Уларнинг фаоллиги дастлабки даврда ошганлигини,

1йилдан сўнг эса улар миқдорининг нормал ҳолатга тушганлигини кўраимиз. Беморларида улар дастлаб ўртача 39,2±4,9 Эд/л ва 38,4±6,1 Эд/л бўлган бўлиб, 1ойдан сўнг 45,3±7,3Ед/л ва 42,2±7,4Ед/лгача кўтарилган, амалиётдан 1йилдан сўнг эса мос равишда 25,5±4,8Ед/л ва 29±5,3 Эд/лгача тушган.

Лапароскопик меъда Sleeve резекциясига олинган 92та(87%) беморларда дислипидемия ҳолати кузатилган бўлса, амалиётдан кейинги даврда 1-ойда бу ҳолат 58та ҳолатда кузатилди. Амалиётдан 1йил ўтгандан сўнгги лабаратор текширувларда эса беморларда бу ҳолат умуман кузатилмади.

Семизликнинг I даражасида амалиёт бажарилган беморларнинг барчасида умумий қон кетиши 50мл дан ошмади. II даражали семизлик билан касалланган беморларда 2та (5,6%)ида 50-100млгача қон кетиши кузатилган бўлиб, қолган беморларда(94,4%) эса бу миқдор 50млдан кам бўлди. Семизликнинг III даражаси билан оғриган беморларда бажарилган амалиётларда беморларнинг 47тасида (87%) 50 млгача, 7тасида(13%) 50-100мл, интраоперацион қон кетиш кузатилган. Ҳеч қайси беморда 100млдан кўп қон кетмаган. Амалиётдан аввал троакарларни ўнатиш нуқталари дастур орқали аниқлаб олинганлиги сабабли троакарларни қайта ўрнатиш ҳолати кузатилмади.

Аксарият беморларда яъни 91,4%ида операция вақтида қон ёқотиш ҳажми 50 мл дан ошмади. Беморларининг бирортасида ҳам очик усулга ўтиладиган конверсияни талаб қиладиган интраоператив асоратлар кузатилмаган.

Кўнгил айниши ва қусиш ҳолатлари беморларнинг 8тасида (7,6%) амалиётдан кейинги 1-кун давомида кузатилди. Бу ҳолат марказий таъсир қилувчи прокинетикларни, антисекретор воситалар қўллашнинг ўзи орқали 6 ҳолатда 1кун ичида бартараф этилди. Ушбу даво амалиётдан кейинги 2-кунда ҳам давом этди ва 3-кунда қолган беморларда ҳам симптомлар ёқолди. Амалиётдан 10 кундан кейин 4та беморда кўнгил айниши, қусиш ва умумий кучли холсизлик кузатилди. Ушбу беморларда ошқозоннинг рентген контрастли рентгеноскопияси амалга оширилди, текширувда стеноз аниқланмайди, ўтказувчанлик сақланган. Беморларда консерватив даво ва овқатланиш тартибини тўғрилаш орқали симптомлар 3кун ичида бартараф бўлди. Беморларда кўнгил айниши ва қусиш ҳолатларининг кескин камайтиришда асосий восита амалиёт вақтида ишлатилган махсус уч баллонли бариатрик зондни қўллаш ва герметиклик тестидан сўнг суюқликни тўлик аспирацияси ва интраоперацион прокинетик ва антисекретор воситаларини қўллаш бўлди.

Беморларнинг бирортасида стеноз ҳолатлари кузатилмади. Бунга яратилган зонд орқали амалиёт бажарилиши билан эришилди.

Жадвал 5. Беморларда амалиётдан кейинги даврда кузатилган эрта асоратлар

Асоратлар	Амалиётдан кейинги 1-кун, n=105	Амалиётдан кейинги 3-кун, n=105	Амалиётдан кейинги 3-10 кун, n=105	Амалиётдан 10 10 кундан кейин, n=105	Жами, n=105
Қон кетиш	1 (1%)	0	0	0	1 (1%)
Чоклар етишмаслиги	0(%)	0	0	0	0
Жароҳат йиринглаши	0(%)	0	0(%)	0	0(%)
Қорин олд девори гематомаси	0(%)	0	0	0	0 (%)
Кўнгил айниш ва кусиш	8 (7,6 %)	2 (1,9%)	0	4 (3,8%)	14 (13,3%)
Стеноз		0	0	0	0
Қон туфлаш	0	0	0	0	0
Тана ҳароратининг кўтарилиши <37,0 ⁰ С	5 (4,76%)	0	0	0	6 (5,71%)
<37,5 ⁰ С	1 (1%)	0	0	0	

Тана ҳароратининг кўтарилиши жами бта беморда кузатилди ва бу кўрсаткич 37.5С дан ошмади. Тана ҳарорати гипотермик воситаларни қўллаш орқали бартараф этилди. Шунингдек парасетамол инъекциясини интраоператсион қўлланилиши амалиётдан кейинг дастлабки даврдаги тана ҳароратининг кўтарилишини олди олинди.

Амалиётдан кейинги даврда 1та (1%) беморда қон кетиш кузатилди. Беморда амалиётдан кейинг 2-кун дастлаб АҚБ тушиши кузатилган сўнгра тахикардия кузатилганлиги сабабли УТТ текшируви бажарилган. УТТ да жигар чап чап бўлаги остида анехоген соҳа аниқланади. Бемор консерватив ва плазматрансфузиядан сўнг қон кетиш тўхтади. Динамикада УТТда унинг ҳажми кўпаймади. Гематома сўрилди ва беморда жарроҳлик амалиётисиз соғайди.

ЛСР амалиётларидан кейин беморларнинг ўтача статсионар даво кунлари 3±1 кунни ташкил этди.

Бизнинг натижаларимиз шуни кўрсатдики бариатрик амалиётлар бажарилган беморларнинг 98 (93,3%) тасида ижобий натижалар намоён бўлди ва беморларда амалиётдан кейинги даврда ҳеч қандай асоратлар кузатилмади. Беморларнинг ортиқча тана вазнининг ёъқолиши улуши деярли 73%ни ташкил этган. Беморларда чоклар етишмаслиги, жароҳат йиринглаши, қорин олддевори гематомаси, ўпка артерияларининг тромбоемболияси, гектик темпратура, пневмония, ўлим ҳолатлари кузатилмади.

Статистик малумотларга кўра ЛСРдан кейин диспептик ҳолатлар учраш фоизи 24% ни ташкил қилади, бу ҳам кўпчилик ҳолатда жарроҳлик амалиётининг бажариш техникасига боғлиқ бўлар экан [1,4,5]. Биз бир нечта техник такомиллашган усулларнинг қўллаганимиздан кейин натижаларимизда диспептик белгиларни паст кўрсаткичларга тушишини кузатиш мумкин.

Европа бариатрик хирурглар ассосатсиясининг 2022 йил берган маълумотларига кўра, ЛСРнинг хавфли асоратларидан бири бу кечки стенозлардир [16]. Кўпинча стенозларда кейинги реконструктив жарроҳлик амалиётлари таклиф этилади. Эрта стенозларинг ривожланиши кўпинча жарроҳлик

амалиётларининг техник жихатларига 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 [3,13,14].

Хозирги кунда семизликнинг бир нечта сабаблари мавжуд бўлиб, бариатрик жарроҳлик асосан алиментар семизликдагина фойдали бўлиши такидланади. Бироқ, клиник таҳлиллар шуни кўрсатадики, бўқоқ касаллигининг гипеториоз шаклида аралаш кўринишдаги семизлик яни 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 қисдаки ижобий натижалар ташкил қилди. Шунга қарамасдан бу жарроҳлик амалиёти техник ва тактик индвидуал танловларни ишлаб чиқишни талаб қилади.

Хулосалар:

1. Интраоператсион визуализатсиянинг етарли эмаслиги сабабли техник қийинчиликлар кузатилиши ва интраоператсион қон кетишларга сабаб бўлади. Бу қийинчиликларга қорин ички босимининг олдиндан баландлиги, ишчи майдоннинг ҳажми камлиги сабаб бўлиб, қорин ичига юбориладиган стандарт босим ва тескари Тределенбург ҳолатининг ўзи етарли эмаслиги маълум бўлди.

2. Беморларда уч баллонли бариатрик орогастрал зондни қўллаб бажарилган амалиётлардан сўнг Рефлюкс эзофагит И ва ИИ даражаси билан касалланган беморлар 55,7% дан 21,9%гача тушди. Стеноз ҳолатларининг тўлиқ 100% бартараф этилишига сабаб бўлди. Беморлар ортиқча тана вазнининг ўртача халос бўлиши 73%га кўтарилди.

3. Беморларда олдиндан индивидуал ҳисоблаб чиқилган бемор амалиёт столидаги ҳолати, антропометрик кўрсаткичларни ҳисобга олиб троакарларни индивидуал параметрлар орқали ўнатиш билан интраоператсион қон кетиш 100мдан ошмади. Троакарлар жойлашуви ҳеч бир амалиётда ўзгартирилмади. 50-100мл қон кетиш 8,6%гача қисқаришига имкон берди.

Адабиётлар:

1. Journal of Visceral Surgery Volume 159, Issue 4, August 2022, Pages 298-308 (Long-term complications after gastric bypass and sleeve gastrectomy: What information to give to patients and practitioners, and why? Author links open overlay panel M. Auge a, B. Menahem a b, V. Savey c, A. Lee Bion a, A. Alves
2. M. Milone, M.N. Di Minno, M. Leongito, P. Maietta, P. Bianco, C. Taffuri, et al. Bariatric surgery and diabetes remission: sleeve gastrectomy or mini-gastric bypass? World J. Gastroenterol., 19 (2013), pp. 6590-6597
3. Mahmoud Abdallah El-Husseiny a, Ashraf Abdel-Hameed Abdel-Moneim a, Mohammed Arafat Abdel-Maksoud a, Kamel Suliman Hammad The Role of Laparoscopic Mini-Gastric Bypass in Management of Metabolic Syndrome Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews Volume 12, Issue 4, July 2018, Pages 491-495
4. WHO, WHO. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>
5. D.E. Arterburn, D.A. Telem, R.F. Kushner, A.P. Courcoulas Benefits and Risks of Bariatric Surgery in Adults: A Review JAMA, 324 (9) (2020), pp. 879-887, 10.1001/jama.2020.12567
6. A. Castro, N. Cassinello, R. Alfonso, J. Ortega Pre-operative risk factors for early hemorrhagic complications in bariatric surgery: a case-control study Surg Endosc, 36 (1) (2022), pp. 430-434, 10.1007/s00464-021-08302-7
7. M.L. García-García, J.G. Martín-Lorenzo, R. Lirón-Ruiz, J.A. Torralba-Martínez, J.A. García-López, J.L. Aguayo-Albasini. Failure of the Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS) to Predict Postoperative Complications After Bariatric Surgery. A Single-Center Series and Systematic Review, Obes Surg, 27 (6) (2017), pp. 1423-1429, 10.1007/s11695-016-2506-4
8. B. Saravana-Bawan, M. Goplen, M. Alghamdi, R.G. Khadaroo The Relationship Between Visceral Obesity and Post-operative Complications: A Meta-Analysis J Surg Res, 267 (2021), pp. 71-81, 10.1016/j.jss.2021.04.03406:10
9. K.H. Wilkinson, M. Helm, K. Lak, R.M. Higgins, J.C. Gould, T.L. Kindel The Risk of Post-operative Complications in Super-Super Obesity Compared to Super Obesity in Accredited Bariatric Surgery Centers Obes Surg, 29 (9) (2019), pp. 2964-2971
10. Ji Mechanick, C Apovian, S Brethauer, WT Garvey, AM Joffe, J Kim, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures – 2019 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists. Surgery for Obesity and

Related Diseases., 16 (2) (2020), pp. 175-247, 10.1016/j.soard.2019.10.025

11. A. Csendes, O. Orellana, G. Martinez, A.M. Burgos, M. Figueroa, E. Lanzarini 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, 29 (12) (2019), pp. 3809-3817
12. A.E. Roth, C.J. Thornley, R.P. Blackstone Outcomes in bariatric and metabolic surgery: an updated 5-year review Curr Obes Rep, 9 (3) (2020), pp. 380-389
13. P.R. Schauer, D.L. Bhatt, S.R. Kashyap. Bariatric surgery or intensive medical therapy for diabetes after 5 years N Engl J Med, 376 (20) (2017), p. 1997
14. H. Yilmaz, I. Ece, M. Sahin. Revisional surgery after failed laparoscopic sleeve gastrectomy: retrospective analysis of causes, results, and technical considerations Obes Surg, 27 (11) (2017), pp. 2855-2860
15. https://vademec.ru/article/kak_vyrezayut_shuntiruyut_i_ushivayut_sakharnyy_diabet_Yashkov
16. <https://www.eac-bs.com/site/>

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И КРИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОСТИЖЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

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

Резюме. Цель исследования – улучшение результатов бариатрической хирургии и снижение риска развития осложнений. Все пациенты прошли комплексное обследование в ходе предоперационной подготовки. Полученные результаты подтвердили эффективность бариатрической хирургии и её значимость в устранении метаболических нарушений. В рамках исследования изучались состояние пациентов в послеоперационный период, динамика потери веса, изменения метаболических показателей и вероятность возникновения осложнений. В течение первых 6 месяцев после операции средняя потеря массы тела составила 28–35%, что способствовало значительному снижению симптомов заболеваний, ассоциированных с ожирением. В частности, у 70% пациентов с артериальной гипертензией наблюдалась нормализация артериального давления, показатели дислипидемии улучшились в 65% случаев, а нарушения толерантности к глюкозе были устранены у 80% пациентов. Послеоперационные осложнения встречались редко. Лёгкие осложнения наблюдались у 7,6% пациентов и успешно устранялись консервативными методами. Тяжёлые осложнения (3,8%) фиксировались в отдельных случаях и требовали хирургической коррекции. Результаты исследования демонстрируют, что бариатрическая хирургия является не только эффективным методом борьбы с ожирением, но и действенным способом лечения метаболических заболеваний. Кроме того, в послеоперационный период значительно улучшается качество жизни пациентов. Для предотвращения и лечения серьёзных осложнений ожирения рекомендуется широкое применение методов бариатрической хирургии.

Ключевые слова: бариатрическая хирургия, ожирение, метаболический синдром, послеоперационные осложнения.