

**ГИНЕКОЛОГИК ВА ЖАРРОҲЛИК КАСАЛЛИКЛАРИДА СИМУЛЬТАНТ  
ОПЕРАЦИЯЛАР ХУСУСИЯТЛАРИ****Ф. И. Ганиев, Б. Б. Негмаджанов**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** гинекологик ва жарроҳлик касалликлар, симультант жарроҳлик аралашувлар.**Key words:** gynecological and surgical pathology, simultaneous operation.**Ключевые слова:** гинекологическая и хирургическая патология, симультантные операции.

Сўнгги йиллардаги кўплаб илмий изланишлар симультант жарроҳлик аралашувлари нафақат қорин бўшлиғи аъзолари касалликларида кенг қўлланилишидан, балким унинг қоникарсиз даво натижалари тўғрисида ҳам далолат бермоқда. Бундан ташқари, қорин бўшлиғи аъзоларининг икки ёки учта касаллиги бўлган беморларни бир босқичда жарроҳлик даволаш мураккаб ва тўлиқ ҳал қилинмаган муаммолардан бўлиб қолмоқда.

**FEATURES OF SIMULTANEOUS OPERATIONS IN GYNECOLOGICAL AND SURGICAL DISEASES****F. I. Ganiev, B. B. Negmadjanov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Numerous studies in recent years indicate not only the wide dissemination of simultaneous abdominal diseases, but unsatisfactory results of treatment of these diseases. In addition, a one-time surgical treatment of patients with two or three abdominal diseases is complex and not completely solved the problem.

**ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И  
ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ****Ф. И. Ганиев, Б. Б. Негмаджанов**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют не только о широком распространении симультантных заболеваний органов брюшной полости, но и неудовлетворительных результатах лечения их. Кроме этого, одномоментное оперативное лечение больных с двумя или тремя заболеваниями органов брюшной полости представляет собой сложную и до конца не решенную проблему.

Сўнгги йиллардаги кўплаб илмий изланишлар симультант жарроҳлик аралашувлари нафақат қорин бўшлиғи аъзолари касалликларида кенг қўлланилишидан, балки қоникарсиз даво натижалари тўғрисида ҳам маълумот бермоқда. Бундан ташқари, қорин бўшлиғи аъзоларининг икки ёки учта касаллиги бўлган беморларни бир босқичда жарроҳлик даволаш мураккаб ва тўлиқ ҳал қилинмаган муаммолардан бўлиб қолмоқда [1,2,3].

Ҳозирги кунда эндоскопик жарроҳликнинг кенг тарқалганлиги иккита ихтисослик – гинекология ва жарроҳлик чегараларини қайта аниқлаш учун ноёб имкониятни тақдим этмоқда, чунки лапароскопик жарроҳлик анъанавий жарроҳликка нафақат эквивалент, балким ундан ҳам афзалроқдир [5,6]. Кўплаб гинекологлар ва жарроҳлар ушбу жарроҳлик аралашувларига зарурият борлигини алоҳида таъкидласалар ҳам, адабиётларда бу ҳақда маълумотлар жуда кам учрамоқда.

**Тадқиқотнинг мақсади** – чанок ва қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳамроҳ касалликларида жарроҳлик даволаш усуллари тақомиллаштириш.

**Тадқиқот материаллари ва услублари.** Тадқиқот қорин бўшлиғи аъзоларининг турли ҳамроҳ касалликлари билан оғриган ва симультант жарроҳлик амалиётини ўтказган 200 нафар беморни даволаш натижаларини таҳлилига асосланган.

Беморлар икки гуруҳга бўлинди: биринчи гуруҳга лапароскопик ва анъанавий симультант жарроҳлик аралашувларини ўтказган 107 бемор (асосий гуруҳ), иккинчи гуруҳга – алоҳида битта жарроҳлик аралашувларини ўтказган 93 бемор киритилди (1-расм).

Асосий гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши –  $38,6 \pm 6,6$  ни ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич –  $41,3 \pm 5,9$  ёшни ташкил этди. Шунини таъкидлаш керакки, барча беморлар меҳнатга лаёқатли ёшда эди.

Симультант лапароскопик жарроҳлик аралашувини ўтказган асосий гуруҳдаги 107 бе-

морнинг 47 (43,9%) нафарини тошли холецистит билан оғриган беморлар ташкил этди: уларнинг 40 (85,1%) нафарида сурункали тошли холецистит, 7 (14,9%) нафарида – ўткир тошли холецистит аниқланган. Сурункали тошли холецистит билан 40 (37,4%) нафар беморда холецистэктомия минилапаротомия усулида амалга оширилди. Бачадоннинг тўлиқ ва ногўлиқ тушишлари аниқланган 20 (18,7%) нафар беморда бачадонни қин орқали экстирпацияси бажарилди.

Лапароскопик жарроҳлик аралашувининг симультант босқичи 47 беморда бачадон миомаси сабабли амалга оширилди. Бундан ташқари, асосий гуруҳ мини-лапаротом ва анъанавий жарроҳлик аралашувларининг комбинацияси билан ҳам тавсифланади.

Шундай қилиб, тошли холециститларда анъанавий жарроҳлик аралашувининг симультант босқичи 40 нафар аёлларда турли жойлашувдаги бачадон миомалари сабабли бажарилган бўлса, бачадоннинг қин орқали экстирпациясининг симультант босқичи 20 беморда киндик чуррасини бартараф этиш сабабли амалга оширилди.

Назорат (таққослаш) гуруҳи гинекологик ва жарроҳлик касаллиги бўлган 93 нафар бемордан иборат бўлиб, уларнинг ҳар бири учун яхши сифатли ўсмаларда (бачадон миомаси, эндометриоз, қин деворларининг тушиши, сурункали холецистит ёки киндик чурраси) битта жарроҳлик аралашуви (бачадон экстирпацияси, вентропластика, холецистэктомия) амалга оширилди.

Барча беморлар амбулатор шароитда текширувдан ўтказилиб, операцияга тайёрланди. Беморларнинг клиник текшируви умумий қон ва сийдик таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили, ЭКГ, кўкрак қафаси рентгенограммаси, чанок аъзолари, жигар ва ўт пуфагининг ультратовуш текширувини ўз ичига олди. Ўт пуфаги ва жигарнинг ультратовуш текшируви ўт пуфагидаги тошлар, эхинококк кисталари ва жигардаги бошқа ҳосилаларни истисно қилиш мақсадида ўтказилди. Қиннинг тозалик даражасига алоҳида эътибор берилди, унинг тозаллиги I-II даражага тўғри келиши шарт.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. 2010-2015 йилларда 5120 та лапароскопик операциялар амалга оширилди, улардан 107 (2,1%) тасини симультант операциялар ташкил этди (2-расм).

Назорат гуруҳидаги барча беморларга фақат алоҳида биттадан жарроҳлик операциялари ўтказилди: 33 (42,3%) беморда – бачадон экстирпацияси, 21 (26,9%) беморда – бачадонни қин орқали экстирпацияси, 11 (14,1%) беморда – холецистэктомия ва 13 (16,7%) беморда – вентропластика, яъни, асосий гуруҳда бажарилган анъанавий жарроҳлик аралашувлари билан бир хилда, лекин ҳар бир бемор учун битта операция бажарилди.

Симультант жарроҳлик аралашувларни ўтказиш тўғрисида бир тўхтамга келиш даволовчи шифокорлар, кафедра мудирлари, шунингдек, шифокорлар малакасини ошириш факультети жарроҳлик кафедраси ва СамДавТУ педиатрия факультети акушерлик ва гинекология кафедраси профессорлари, доцентлари ва ассистентлари иштирокидаги консилиум асосида қабул қилинди.

47 беморда лапароскопик холецистэктомия+лапароскопик бачадон экстирпацияси амалга оширилди. Лапароскопик холецистэктомия стандарт услубига мувофиқ амалга оширилди: киндик орқали битта 10 мм троакар киритилди, шундан сўнг лапароскоп назорати остида ўнг қовурга остидан олд қўлтиқ ости, ўрта ўмров ва ўрта чизиклар бўйлаб иккита 5 мм ва битта 10 мм троакар киритилди. Монополяр коагулятор ёрдамида ўт пуфак йўли ва пуфак артерияси ажратилиб, биполяр коагулятор ёрдамида гемостаз амалга оширилди ва препарат қорин бўшлиғидан ўрта чизик орқали чиқарилди.

Холецистэктомия жарроҳлик аралашуви тугагандан сўнг, лапароскоп 180° га айлантилди, бемор Фовлер ҳолатидан Тренделенбург ҳолатига ўтказилди ва чанок аъзолари текширилди.

Кузатувимиздаги бачадон миомаси билан 47 та ҳолатда ўтказилган бачадоннинг лапароскопик экстирпацияси лапароскопик холецистэктомиянинг симультант босқичи бўлди. Бундай операциялар учун беморларни танлаш синчковлик билан амалга оширилди (бачадон

ўлчами ҳомиладорликнинг 12 хафтасидан ошмаслиги; анамнезида асоратланмаган муддатли туғрукнинг мавжудлиги; ўтмишда лапаротомиянинг йўқлиги ва бунинг натижасида чандикли жараённинг аниқ ривожланмаганлиги; ўт пуфаги ва жинсий аъзоларда яллиғлашиш жараёнининг йўқлиги).

Бачадон бўйни фиксацияси ва бачадон бўйни каналини кенгайтириш Клермонт-Ферранд бачадон манипулятори ёрдамида бачадоннинг *anteversio* ҳолатини ва орқа вагинал камарнинг думғаза-бачадон бойламлари орасидаги маълум бир ҳолатини таъминлаш учун амалга оширилди.

Сийдик чиқариш найлари бачадон кенг бойламининг орқа варагининг ўрта қисмида иккала томондан транспариетал равишда ажратилди. Бачадон артериялари транспариетал тарзда ажратилди ва юқори частотали АВТОКОН 350 коагулятор ёрдамида монокоагуляция t3 коагуляция таъсирида (3-босқич) "аэрозол коагуляцияси" режимида коагуляция амалга оширилган. Бачадоннинг юмалоқ, гирдобсимон-чаноқ ва думғаза-бачадон бойламларини ҳам монокоагуляция ёрдамида кесиш амалга оширилди. *Plica vesico-uterina* ни кесиш ва тушириш кин аниқланмагунча ўткир ва тўмтоқ тарзда қайчи билан амалга оширилди. Бачадон бўйни қин бўшлиғидан кесиш Клермонт-Ферранд бачадон манипуляторининг "анатомик зонаси"да амалга оширилди.

Шундан сўнг, бачадон ва ортиклари билан қин орқали олиб ташланди ва тугунли викрил чоклари билан ташқи томондан тикилди. Перитонизация амалга оширилмади. Операция охирида қорин бўшлиғи санация қилинди, тўлик кўрикдан ўтказилди, жарроҳлик майдонини гемостаз ва дренажлаш амалга оширилди.

40 нафар беморда ҳомиладорликнинг 12 хафтасидан катта бачадон миомасида бачадоннинг лапаротомик экстирпацияси ва симультант босқич сифатида тошли холециститда минилапаротомик холецистэктомия амалга оширилди. Ушбу жарроҳлик аралашувида М.И.Прудков томонидан ишлаб чиқилган жарроҳлик асбоблари тўплами қўлланилди.

Минилапаротомик холецистэктомия параректал кесим орқали амалга оширилди, кесим узунлиги 6 см дан ошмади, бу гепатодуоденал бойлам соҳасида хавфсиз манипуляция учун етарли бўлди. Жарроҳлик аралашувининг давомийлиги лапароскопик усул билан солиштирганда  $20 \pm 1,2$  дақиқага ошди. Қон йўқотиш 120-150 мл оралиғида бўлди. Жарроҳлик аралашувидан кейинги даврда 1 (0,5%) беморда эрта даврда қин чўлтоғидан паренхимал қон кетиш кузатилди. Релапаротомия ўтказилиб, ички ёнбош артериялари боғланди. Жарроҳлик амалиётидан кейинги давр силлиқ ўтди. Ўлим ҳолати кузатилмади.

Бачадон ва киндик чуррасининг қин орқали экстирпацияси комбинацияси катта қизиқиш уйғотади. Ушбу патология 20 нафар беморда кузатилди. Ушбу жарроҳлик аралашувлари учун кўрсатма булиб, бачадоннинг тўлиқ тушиши, шунингдек, жисмоний зўриқишда сийдик тутаолмаслиги, қиннинг тушиши ва киндик чуррасининг мавжудлиги бўлди. Жарроҳлик муолажаси киндик чуррасини бартараф этиш билан бошланди, чунки киндик ярасида операциядан кейинги даврда инфекциянинг мавжудлиги чурранинг қайталанишига олиб келиши мумкин. Шундан сўнг, Штекел усулида бачадонни қин орқали экстирпациясига ўтказилди.

Назорат гуруҳида барча беморларга фақат яқка тартибдаги жарроҳлик операциялари ўтказилди: 33 (35,4%) беморда бачадон экстирпацияси, 21 (22,5%) беморда – бачадонни қин орқали экстирпацияси, 15 (16,3%) беморда – олд кольпорафия ва орқа кольпоперинеопластика, 11 (11,8%) беморда – холецистэктомия ва 13 (13,9%) беморда – вентроластика, яъни асосий гуруҳдаги ва классик усуллар билан бир хилда бажарилган, лекин ҳар бир бемор учун яқка тартибда операция бажарилди.

Клиник ва лаборатория тадқиқот натижаларига кўра, симультант ва бир марталик жарроҳлик аралашувларини ўтказган беморларнинг статистик жиҳатдан таққосланадиган икки гуруҳни қиёсий ўрганиш беморнинг танасида, хусусан, симультант аралашувлар билан боғлиқ сезиларли ўзгаришлар йўқлигини кўрсатди.

Асосий ва назорат гуруҳларида қон йўқотиш даражасини аниқлаш шуни кўрсатдики,

асосий гуруҳда симультант жарроҳлик аралашувида қон йўқотиш  $94,4 \pm 11,7$  мл ни, назорат гуруҳида эса жарроҳлик аралашуви пайтида қон йўқотиш  $85,4 \pm 16,4$  мл ни ташкил этди.

Жарроҳлик кесими ўлчамларини таққослаганда, лапароскопик усуллардан фойдаланиш кесимнинг инвазивлигини камайтиришга имкон берди – аралашувнинг икки босқичини лапароскопик бажариш пайтида жарроҳлик кесим узунлиги 1 см ни ташкил этади. Асосий ва назорат гуруҳларида лапаротомия орқали симультант жарроҳлик аралашувларини бажаришда кесим узунлиги бир хил (10-12 см) бўлди.

Жарроҳлик аралашувнинг умумий давомийлиги асосий гуруҳда  $87,13 \pm 13,2$  дақиқа, назорат гуруҳида эса  $77,13 \pm 11,1$  дақиқани ташкил этди. Лапароскопик симультант жарроҳлик аралашувларни бажаришда эса бу кўрсаткич ўртача 21 дақиқага қисқарди.

**Хулоса:** Шундай қилиб, юқори касбий маҳорат ва жарроҳларнинг тўпланган тажрибаси, шунингдек, юқори малакали анестезиология-реаниматология ёрдами билан классик ва комбинацияланган ёндашувлар орқали гинекология ва жарроҳликда симультант жарроҳлик аралашувлари шифохона бўлимлари амалиётида муносиб ўрин эгаллаши мумкин, шунингдек, юқорида кўрсатилган шартларга қатъий риоя қилинса, беморлар учун катта хавф туғилмайди ва улар томонидан ижобий қабул қилинади.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Александров Л.С. Сочетанные операции в гинекологии / Л.С.Александров, А.И. Ищенко, Н.В. Ведерникова // Акуш. и гин. – 2003.– № 4. – С. 4-11
2. Ганиев Ф.И. Симультантные операции в гинекологии и хирургии / Ф.И. Ганиев, Б.Б. Негмаджанов, Х.Б. Нарзуллаев // Методические рекомендации. – 2011. – 250 с.
3. Ганиев Ф.И. Лапароскопия в гинекологии и хирургии / Ф.И. Ганиев, Б.Б. Негмаджанов, Х.Б. Нарзуллаев и др. // Материалы VII съезда акушеров- гинекологов Республики Узбекистан. – Ташкент, 2013. – С. 245-246.
4. Емельянов С.И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж / С.И. Емельянов, А.В. Протасов, Г.М. Рутенбург // СПб., 2008. – С. 86-92
5. Ш. К. Пардаев, И. Л. Шарипов Гинекологик симультан операцияларда комбинацияли спинал-эпидурал анестезияни қўллаш // Доктор ахборотномаси, № 1 (102), 2022. С.76-80. DOI: 10.38095/2181-466X-20221021-76-80
6. Пучков К.В. Симультантные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии / К.В. Пучков, В.С. Баков, В.В. Иванов // М., 2008. – 300 с.
7. А.У. Рахимов, Б.Б. Негмаджанов, Ж.Т. Юсупов, Ф.И. Ганиев, Б.Р. Акрамов Симультантные операции у женщин // Вестник врача, № 4, 2018. С.115-122.