

## DIAFRAGMA QIZILO'NGACH TESHIGI CHURRALARINI DAVOLASHNING ZAMONAVIY ASOSLARI.

**Mualliflar: prof. Sadikov R.A., k.m.n. Sadikov N.S., Turg'unov I.F.,  
Muhammedov M.S.**

Akademik V.Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy – amaliy  
xirurgiya markazi Toshkent Uzbekiston

**Tadqiqotning maqsadi** protez xiatoplastika, minimal invaziv texnologiyalarni joriy qilgan holda qilingan amaliyotlar bilan an'anaviy usulda qilingan amaliyotlarni taqqoslash, tahlil qilish, avfzalliklari va kamchiliklarini o'rganish.

Diafragma qizilo'ngach teshigi churralari (DQTCh) bilan bog'liq bo'lgan gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERK) uchun tanlov operatsiyasi eng keng tarqalgan qizilo'ngach plastikasi (QP) va Nissen fundoplikatsiyasi bo'lib, samaradorligi 86-95% ni tashkil qiladi. Diafragma qizilo'ngach teshigi plastikasi ikki usulda amalga oshirilishi mumkin: krurorafiya yoki to'rli transplantat yordamida. [Chernousov F.A. va boshqalar 2009; Ohnmacht G.A. va boshqalar al. 2006; Serafini P.M. va boshqalar al. 2001]

Jarrohlik davolashning asosiy maqsadi pastki qizilo'ngach sfinkterining normal faoliyatini tiklashdir. Bugungi kunga kelib, ko'plab mutaxassislarning fikriga ko'ra, konservativ terapiyaning muvaffaqiyatsiz kurslari, davolanishni to'xtatgandan keyin kasallikning tez takrorlanishi operatsiya uchun ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Qizilo'ngachning strikturasi, oshqozon yarasi va Barrett qizilo'ngachining past darajasi bo'lgan va og'ir reflyuksli ezofagit bilan asoratlangan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash zarur. [J.Romagnuola va boshqalar al. 2002]. Qorin bo'shlig'i a'zolarining boshqa kasalliklari bilan birgalikda kelganda ham jarrohlik aralashuv talab etiladi [Galvani C. tt. bosh. 2003].

So'nggi paytlarda reflyuks ezofagitga qarshi operatsiyalarga ixtisoslashgan ko'pgina klinikalarda quyidagi taktika qo'llaniladi: churra defekti diametri 5 sm gacha bo'lsa krurofiyaga amalga oshiriladi, agar churra nuqsoni diametri 5 sm va undan ko'p bo'lsa, to'r transplanti bilan plastika qilinadi [Granderath F.A., va boshqalar al. 2002; Schauer P.R. va boshqalar al. 1998]. Shunday qilib, adabiyotlarga ko'ra, ixtisoslashtirilgan markazlarda



gigant DQTCh ni to'rli transplantat bilan plastika qilinganda DQTCh larining qaytalanish chastotasi 5% dan oshmaydi. [Granderath F.A., va boshqalar al. 2002; Draaism V.A. va boshqalar al. 2005; Mattar S.G. va boshqalar al. 2005]. Bunday holda, transplantatni mahkamlashning quyidagi variantlari eng ko'p qo'llaniladi: to'rni krurorafiyadan keyin diafragmaning oyoqchalari ustidan mahkamlash va to'rning chetlarini diafragmaning krurorafiyasiz qismiga mahkamlashi [Grubnik V.V. va boshq. 2007; Grubnik V.V. va boshqalar. 2008; buyuklik F.A., va boshqalar al. 2002].

**Kalit so'zlar:** diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi; xiato plastika; лапароскопическая герниопластика.

**Material va uslublar:** Akademik V.Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy – amaliy xirurgiya markazi oshqozon va qizilo'ngach jarrohlik bo'limi 2019 yildan 2022 yilgacha 45 ta churra bo'yicha ochiq jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Bemorlar 2 guruhga bo'lingan. Birinchisi - protez materiallaridan foydalangan holda xiato plastika - 16, ikkinchisi - an'anaviy operatsiyalar - 29. Erkaklar 17, ayollar 28 ta. Yoshi 37 dan 74 yoshgacha bo'lib, o'rtacha  $52,7 \pm 2,0$  yoshni tashkil etdi. Kasallik anamnezi o'rtacha 40,1+7,6 oy.

Antirefluks operatsiyalari paytida sintetik materiallar bilan protezli xiato plastika amalga oshirildi. Barcha bemorlarda tashxis rentgen va endoskopik usullar bilan tasdiqlangan. Shunday qilib, rentgen kontrastli tadqiqotga ko'ra, qizilo'ngach harakatchanligining buzilishi (kontrastli klirens 10 daqiqadan ortiq) 2 bemorda, fiksatsiyalangan churra 8 bemorda, qizilo'ngachning I darajali qisqarishi 4 bemorda aniqlangan.

I tipdagi diafragma qizilo'ngach churralari 13 bemorda, II tip 2 ta va III tip 1 ta bemorda kuzatildi. Ushbu guruhdan 1 bemorda oldingi antirefluks operatsiyasidan so'ng diafragma qizilo'ngach churrasining qaytalanishi kuzatildi.

Endoskopik tekshiruv 13 bemorda distal qizilo'ngachning reflyuks ezofagitini (RE) aniqladi. Shulardan Savari-Miller (1978) tasnifiga ko'ra: 7 tasida I daraja, 3 tasida II daraja, 2 tasida III daraja va 1 tasida IV daraja aniqlandi.

Operatsiya paytida qizilo'ngach ochilishining kengayishi barcha bemorlarda aniqlandi: .3 bemorda I daraja (3 sm gacha), 10 bemorda II daraja (3 dan 5 sm gacha) va 3 bemorda III daraja (5 dan 8 sm gacha).

Operatsiyadan oldingi tekshiruv vaqtida 4 bemorda qo'shimcha kasalliklar aniqlandi: surunkali kalkulyoz xoletsistit (2), shu jumladan kindik churrasi bilan birgalikda(1), o'n ikki barmoqli ichak yarasi (1).

11 nafar bemorda tortilgan plastika qilish, 5 nafar bemorda diafragma oyoqchalarini tikish bilan birgalikda kombinatsiyalashgan plastika qilish amalga oshirildi. Shunday qilib, DQT III daraja kengayishi ( $n = 4$ ) va diafragma oyoqchalarining og'ir atrofiyasi ( $n = 2$ ) bo'lsa, ular qizilo'ngach orqa qismidan tikilgan (orqa krurorafiya). DQT kengayish darajasiga qarab, 2 tadan 5 tagacha choklar qo'llaniladi.

An'anaviy yo'l bilan operatsiya qilingan bemorlar Akerlund tasnifiga ko'ra (1926 ) quyidagicha taqsimlangan: I tip – aksiyal - 25, II tip - paraezofagial - 4.

Birinchi turdagi churrada kardiyal turi 15 ta, kardiofundal turi 9 ta, subtotal turi 1 ta holatda kuzatilgan. Ikkinchi turdagi churrada 4 tasida me'da turi aniqlangan. Nissen fundoplikatsiyasi I turdagi churrasi bo'lgan 20 bemorda va II turdagi churra bilan 2 bemorda amalga oshirildi. I turdagi churralar uchun mos ravishda Toupet (2) va Dor (2) va Hill operatsiyasi (1) bo'yicha fundoplikatsiya qilindi.

I-toifa churra bilan og'rigan 2 bemorda va II turdagi churra bilan og'rigan 1 bemorda diafragma oyoqchasining buzilishi va atrofiyasi tufayli an'anaviy operatsiya krurorafiya bilan to'ldirildi.

Operatsiya qilingan bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlari va o'lim holatlari kuzatilmagan.

**Natijalar va muhokama.** Jarrohlik davolash turini to'g'ri tanlash uchun diafragma oyoqchasining atrofiyasi darajasi va qizilo'ngach ochilishining o'lchami baholanadi. Diafragmaning oyoqchalaridan bittasi yoki ogirroq atrofik o'zgarishlar bo'lganda yoki diafragma qizilo'ngach teshigining kengayishi 5 sm.dan kattaroq bo'lsa protez bilan plastika qilish amalga oshirildi.



Politetrafloroetilen (PTFE) proteziga qolgan protez materiallardan ustunroq hisoblanadi, chunki bu sintetik material eng kam yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqaradi, qorin bo'shlig'i a'zolari yumshoq to'qimalari va visseral qorin parda bilan bitishma hosil bo'lishiga olib kelmaydi.

8x10 sm o'lchamdagi to'ring o'rtasida diametri 2 sm. gacha bo'lgan soat 2 strelka bo'yicha radial yo'nalishda kesilgan oval shaklidagi teshik mavjud. Implant qizilo'ngach atrofiga o'rnatilgandan so'ng, ikkala diafragma oyoqchalariga va diafragma tugunli choklar bilan mahkamlanadi. Radial kesmaning qirralari chekkalari bir biriga yoki dublikat shaklida tikiladi.

Operatsiyaning keyingi bosqichlarida antirefluks jarrohlik variantlaridan biri bilan to'ldirildi: Turet bo'yicha fundoplikatsiya - 9, Nissen bo'yicha - 3, Dor bo'yicha - 2, Allison operatsiyasi - 1, Hill operatsiyasi - 1 bemor.

Birgalikda patologiya mavjud bo'lganda, bir vaqtning o'zida aralashuvlar o'tkazildi: xoletsistektomiya - 3, shu jumladan churrani tuzatish bilan birgalikda - 1, oshqozonning 2/3 qismini rezektsiya qilish - 1.

Operatsiyadan keyingi davrda protezli xiatoplastikadan so'ng bemorlar guruhida disfagiya (3), ko'ngil aynishi (1) shikoyatlari ustunlik qildi.

An'anaviy usulda operatsiya qilinganlarning barchasida operatsiyadan keyingi davr yara asoratlari muammosiz o'tdi. Yotoqda qolish o'rtacha  $17,4 \pm 1,54$  kunni tashkil etdi.

Kasalxonadan chiqishdan oldin operatsiya qilingan barcha bemorlar majburiy rentgen kontrasti tekshiruvidan o'tkazildi. Bir holatda, manjetning giperfunktsiyasi bor edi, bu endoskopiya orqali ikki seans davomida bujlash orqali yo'q qilindi.

operatsiya davomida III darajagacha (5 dan 8 cm) gacha bo'lgan kattalashgan DQT va diafragma oyoqchalarining og'ir atrofiyasi aniqlansa, biz buni diafragmaning qizilo'ngach teshigini orqa krurorafiya bilan birgalikda protezlash uchun bevosita ko'rsatma deb hisoblaymiz.

Kichik DQT churralari bo'lsa, Nissen fundoplikatsiyasini amalga oshirish orqali yaxshi natijaga erishiladi.



## Adabiyotlar ro'yxati

1. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Грубник А.В., Малиновский А.В. (2007) Методы лапароскопической фундопликации в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Клиническая хирургия. 5-6: 24
2. Грубник В.В., Малиновский А.В. (2008) Способы пластики пищевода отверстия диафрагмы при лапароскопических антирефлюксных операциях в зависимости от размеров грыжевого дефекта. Український журнал хірургії. 1: 54Q58
3. Грубник В.В., Малиновский А.В. (2007) Технические особенности лапароскопических антирефлюксных операций. Пластична та реконструктивна хірургія. 2: 54-58
4. Черноусов Ф.А., Шестаков А.Л., Егорова Л.К. Результаты фундопликаций при лечении рефлюкс-эзофагита // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2009. - № 4. - С. 64-69.
5. Ohnmacht G.A., Deschamps C, Cassivi S.D. et al. Failed antireflux surgery: results after reoperation // Ann. Thorac. Surg. 2006. V. 81. P. 2050-2053.
6. Serafini P.M., Bloomston M., Zervos E. et al. Laparoscopic revision of failed antireflux operations // Surg. Res. Jan. 2001. V. 95(1). P. 13-18.
7. Galvani C, Fisichella P.M., Gordonner M.V. et al. Symptoms are a poor indicator of reflux status after fundoplication for GERD: role of esophageal function tests // Arch. Surg. 2003. V. 138. P. 514-519.
8. Granderath F.A., Kamolz T., Schweiger U.M., et al. Long-term results of laparoscopic antireflux surgery: surgical outcome
9. and analysis of failure after 500 laparoscopic antireflux procedures. Surg. Endosc. 2002. 16: 753Q757
10. Draaisma W.A., Gooszen H.G., Tournoij E. et al. Controversies in paraesophageal hernia repair: a review of literature. Surg. Endosc. 2005. 19: 1300Q1308
11. Endosc. 2005. 19: 1300Q1308

12. Mattar S.G., Bowers S.P. Galloway K.D., et al. Long-term outcome of laparoscopic repair of paraesophageal hernia. Surg. Endosc. 2002. 16: 745Q749
13. Schauer P.R., Ikramuddin S., McLaughlin R.H., et al. Comparison of laparoscopic versus open repair of paraesophageal hernia. Am. J. Surg. 1998. 176: 659-665
14. Targarona E.M., Bendahan G., Balague C., et al. A mesh in the hiatus: a controversial issue. Archives of surgery. . 2004 17: 372-374
15. Romagnuolo J., Meier M.A., Sadowski D.C. Medical or surgical therapy for erosive reflux esophagitis: costutility analysis using a Markov model//Ann. Surg. 2002. V. 236. P. 191-202.

