

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

LITERATURE REVIEW

DOI: 10.38095/2181-466X-20261232-133-137

УДК 616.381-089.85

JARROHLIK GINEKOLOGIYADA OPERATIV LAPAROSKOPIYANING A'ZO
SAQLOVCHI SALOHİYATI

L. R. Agababyan, S. Ch. Isayeva

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Tayanch so'zlar: Operativ laparoskopiya, organi saqlab qoluvchi operatsiyalar, ginekologiya, reproduktiv salohiyat, bachadon miomasi, tuxumdon kistalari, fertillik, kam invaziv jarrohlik.

Ключевые слова: Оперативная лапароскопия, органосохраняющие операции, гинекология, репродуктивный потенциал, миома матки, кисты яичников, фертильность, малоинвазивная хирургия.

Key words: operative laparoscopy, organ-preserving surgery, gynecology, reproductive potential, uterine fibroids, ovarian cysts, fertility, minimally invasive surgery.

Лечение повреждений костей вертлужной впадины является одной из наиболее актуальных проблем с точки зрения увеличения в последние годы доли больных с травмами при высоко энергетических дорожно-транспортных травмах. Сложные повреждения обуславливают необходимость применения различных комбинированных методов остеосинтеза, операций первичного восстановительного эндопротезирования. Несмотря на постоянное совершенствование методов лечения и внедрение новых технологических методов в практику, лечение и реабилитация пациентов является одной из первостепенных задач. Материалы и методы. Изучены научные источники из различных баз данных (Scopus) и использованы термины травмы вертлужной впадины, последствия травмы вертлужной впадины, остеосинтез вертлужной впадины, эндопротезирование тазобедренного сустава.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОТЕНЦИАЛ ОПЕРАТИВНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Л. Р. Агабабян, С. Ч. Исаева

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Статья посвящена анализу возможностей и преимуществ оперативной лапароскопии как основного метода органосохраняющего лечения в современной гинекологии. Рассматривается роль малоинвазивного доступа при выполнении операций по поводу миомы матки, доброкачественных образований яичников и распространенных форм эндометриоза. Особое внимание уделено техническим аспектам, позволяющим минимизировать травматизацию здоровых тканей и сохранить овариальный резерв и фертильность пациенток. Авторы анализируют клиническую эффективность лапароскопии в контексте снижения послеоперационных осложнений и сокращения сроков реабилитации. Результаты работы подтверждают, что использование лапароскопических технологий расширяет границы органосохраняющей хирургии, обеспечивая высокое качество жизни и восстановление репродуктивной функции женщин.

ORGAN-PRESERVING POTENTIAL OF OPERATIVE LAPAROSCOPY IN SURGICAL GYNECOLOGY

L. R. Agababyan, S. Ch. Isayeva

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The article is devoted to the analysis of the capabilities and advantages of operative laparoscopy as a primary method for organ-preserving treatment in modern gynecology. The role of minimally invasive access in performing surgeries for uterine fibroids, benign ovarian tumors, and advanced forms of endometriosis is considered. Special attention is paid to technical aspects that minimize trauma to healthy tissues and preserve the ovarian reserve and fertility of patients. The authors analyze the clinical efficacy of laparoscopy in the context of reducing postoperative complications and shortening rehabilitation period. The study results confirm that the use of laparoscopic technologies expands the boundaries of organ-preserving surgery, ensuring high quality of life and the restoration of reproductive function in women.

Maqola zamonaviy ginekologiyada organi saqlab qoluvchi davolashning asosiy usuli sifatida operativ laparoskopiyaning imkoniyatlari va afzalliklari tahliliga bag'ishlangan. Bachadon miomasi, tuxumdonlarning xavfsiz o'smalari va endometriozi keng tarqalgan shakllari bo'yicha operatsiyalarni bajarishda kam invaziv kirish usulining o'rnini ko'rib chiqiladi. Sog'lom to'qimalarning shikastlanishini minimallashtirish hamda bemorlarning ovarial rezervi va fertilligini saqlab qolish imkonini beruvchi texnik jihatlar alohida e'tibor qaratilgan. Mualliflar operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirish va reabilitatsiya muddatlarini qisqartirish kontekstida laparoskopiyaning klinik samaradorligini tahlil qiladilar. Ish natijalari shuni tasdiqlaydiki, laparoskopik texnologiyalardan foydalanish organi saqlab qoluvchi jarrohlik chegaralarini kengaytirib, ayollarning hayot sifatini oshirishni va reproduktiv funksiyasini tiklashni ta'minlaydi.

Zamonaviy ginekologik xirurgiya paradigmalar almashinuvi davrini boshidan kechirmoqda,

bunda an'anaviy radikalizm o'rnini «reproduktiv konservativizm» konsepsiyasi egallamoqchi. Onalikni kechroq yoshga qoldirish bo'yicha umumjahon tendensiyasi sharoitida, bachadon va tuxumdonlarni funksional faol organlar sifatida saqlab qolish nafaqat tibbiy, balki ustuvor ijtimoiy-demografik vazifaga aylanmoqda. Ushbu kontekstda operativ laparoskopiya shunchaki muqobil xirurgik kirish usuli emas, balki organni saqlab qolish strategiyalarini amalga oshirish uchun yuqori texnologiyali platforma sifatida qaralmoqda.

Kichik chanoq a'zolarining xavfsiz yangi hosilalari (o'smalari) keng tarqalganligi muammoning dolzarbligini yanada oshiradi. Bachadon miomasi, endometriozi va tuxumdon kistalari reproduktiv yoshdagi ayollarning 30–50 foizida tashxislanadi. Bundan bor-yo'g'i o'n yil avval ushbu patologiyalarning salmoqli qismi keng ko'lamli rezektsiyalar yoki gisterektomiya natijasida fertillikning (nasl ko'rish qobiliyatining) yo'qolishiga olib kelar edi. Bugungi kunda endovideoskopiya yordamida foydalanish patologik o'choqni radikal tarzda olib tashlash bilan birga, anatomik tuzilmalar butunligini va chanoq tubi innervatsiyasini saqlab qolish imkonini bermoqda.

Laparoskopiyaning organni saqlab qolish salohiyati bir qator asosiy afzalliklarga taynadi:

Pretsizion (aniq) disseksiya: Ko'p karra optik kattalashtirish o'sma va sog'lom to'qima o'rtasidagi chegaralarni aniq farqlash (masalan, mioma tugunlarini yoki kista kapsulasini ajratib olishda) imkonini beradi, bu esa tuxumdon stromasi va miometriy jarohatlanishini minimallashtiradi.

Mikroxirurgik yondashuv: Ultratovushli skalpellar va zamonaviy bipolyar tizimlardan foydalanish «quruq» operatsiya maydonini va nuqtali gemostazni ta'minlaydi, bu esa tuxumdonlarning follikulyar apparati termik shikastlanishining oldini oladi.

Bitishmalar (spayka) hosil bo'lishi profilaktikasi: Seroz pardalar jarohatlanishining kamayishi, qo'lqop talqi va doka salftokalar bilan aloqaning yo'qligi hamda qorin bo'shlig'ini sinchiklab yuvish (sanatsiya) bilan birgalikda, operatsiyadan keyingi bitishmalar rivojlanish xavfini sezilarli darajada kamaytiradi. Ma'lumki, bitishmalar trubno-peritoneal bepustlikning asosiy sababidir.

Shunga qaramay, organni saqlab qoluvchi aralashuvlarning keng joriy etilishi professional hamjamiyat oldiga yangi savollarni qo'yimoqda. Kelajakdagi homiladorlik davrida bachadon devori yetishmovchiligining oldini olish uchun uning butunligini tiklash usullarini aniq standartlashtirish, shuningdek, keng ko'lamli drilling yoki koagulyatsiya paytida ovarial rezervni himoya qilish yo'llarini izlash talab etiladi. Asbob-uskunalar evolyutsiyasi va klinik tajribaning to'planishi mavjud protokollarni har bir bemorga individual yondashgan holda qayta ko'rib chiqishni taqozo etmoqda.

Ginekologiyada jarrohlik amaliyotlari rivojlanishining hozirgi bosqichi nafaqat jarrohlik va texnik jihozlar sifati, balki jarrohlik uchun ortib borayotgan talablar bilan ham tavsiflanadi. Bundan tashqari, optik kattalashtirish qon ketishini to'liqroq gemostaz qilish va atrofdagi to'qimalarga kamroq shikast yetkazish imkonini beradi. Ushbu faktlar tufayli laparoskopik jarrohlik tibbiyotining deyarli barcha sohalarida faol joriy etilmoqda va ba'zi operatsiyalarda «oltin standarti» maqomiga erishdi.

Biroq, laparoskopik operatsiyalarning afzalliklaridan tashqari, ba'zi kamchiliklarni ham topishingiz mumkin. Minimal invaziv operatsiyalarning kamchiliklaridan biri operatsiya vaqtidir. Bunday operatsiyalar ancha uzoq davom etadi [3,4,5] Ular maxsus malaka va ish tajribasini talab qiladi, bu esa ushbu turdagi operatsiyalarni amalga oshirish uchun mumkin bo'lgan nomzodlar doirasini sezilarli darajada kamaytiradi. Biroq, ba'zi kamchiliklarga (qo'llash mumkin bo'lmagan holatlarga) qaramay, laparoskopiya uning rivojlanishi uchun katta istiqbolga ega, bunda hal qiluvchi omil jarrohning bemorlarning estetik ehtiyojlarini qondirish istagi bo'ladi. Shuning uchun yangi yondashuv va usullarni ishlab chiqish va takomillashtirish, ayniqsa, laparoskopik ginekologiyada dolzarbdur [3,4,6,8]

Ko'p sonli tadqiqotlarga qaramay, zamonaviy xalqaro adabiyotlarda minimal invaziv jarrohlik va konservativ miomektomiyaning samaradorligi va xavfsizligi to'g'risida qarama-qarshi ma'lumotlar mavjud. [2,3,5].

Laparoskopik yondashuvdan foydalanish davridan oldin ginekologik operatsiyalar laparotomiya yordamida amalga oshirildi. Hozirgi vaqtda laparoskopik operatsiyalarning keng qo'llanilishi kuzatilmoqda. Laparoskopik kirish uchun ko'rsatmalar: bepustlikni tashxislash va jarrohlik davo-

lash, shu jumladan bachadon naylarining o'tkazuvchanligini tiklash, yopishqoqlikni ajratish, tuxumdonlar disfunktsiyasining ayrim shakllari, EKUGa tayyorgarlik, bachadon va tuxumdonlarning yaxshi sifatli o'smalari, endometrioz, kichik chanoq a'zolarining og'rig'i, sterilizatsiya, progressiv ektopik homiladorlik, jinsiy a'zolarining prolapsi va prolapsini jarrohlik yo'li bilan tuzatish, konservativ miomektomiya, gisterektomiya [1,8]. So'nggi yillarda bachadon va tuxumdonlarning onkologik kasalliklarini davolashda laparoskopik operatsiyalardan foydalanishga bag'ishlangan ko'plab tadqiqotlar mavjud [15]. Laparoskopik operatsiyalarni tizimlashtirish jarrohlikning maqsadi va vaqtini ta'minlaydi. Maqsadiga ko'ra, laparoskopiya diagnostika, jarrohlik davolanishga bo'linadi. Diagnostik laparoskopiya va gisteroskopiya – qorin bo'shlig'i va bachadon bo'shlig'i organlarini vizual tekshirish [4]. Ba'zi hollarda diagnostik laparoskopik operatsiya xonasiga o'tadi. Operativ laparoskopiya paytida ginekologik operatsiyalarning deyarli butun hajmi, shu jumladan bachadonning ekstirpatsiyasi amalga oshiriladi. Operativ endoskopik ginekologiya – endoskopik jarrohlikning mustaqil bo'limi bo'lib, laparoskopik va gisteroskopik kirish orqali ayolning kichik chanoq a'zolaridagi operatsiyalarni o'z ichiga oladi. Hozirgi vaqtda ginekologiyada endoskopik davolash usullarining rivojlanishi ko'rsatkichlarni kengaytirish va jarrohlik davolash natijalarini yaxshilash imkonini berdi. So'nggi yillarda operativ laparoskopiyaning jadal rivojlanishi yangi, oqilona rekonstruktiv plastik va organlarni saqlash operatsiyalarini ishlab chiqishga yordam berdi.

Nazorat laparoskopiyasi – ilgari o'tkazilgan jarrohlik davolash samaradorligini nazorat qilish uchun amalga oshiriladi. Amalga oshirish vaqtiga ko'ra, laparoskopiya rejali va rejasiz shoshilinchga bo'linadi. Rejalashtirilgan laparoskopik ginekologik aralashuvlarga quyidagilar kiradi: diagnostik laparoskopiya yordamida biopsiya olish; sterilizatsiya; tubal va peritoneal bepushtlik bo'yicha operatsiyalar; tuxumdonlarning o'smalari va kistalari, polikistik tuxumdon sindromi bo'yicha operatsiyalar; endometriozni jarrohlik yo'li bilan davolash; bachadon miomatoz tugunlarining enukleatsiyasi; gisterektomiya; limfadenektomiya bilan bachadonni ekstirpatsiya qilish; ichki jinsiy a'zolarining malformatsiyasi uchun rekonstruktiv plastik operatsiyalar; kolpopeksiya.

Shoshilinch ko'rsatmalarga ko'ra, laparoskopik operatsiyalar quyidagi hollarda amalga oshiriladi: bachadondan tashqari homiladorlik, tuxumdon apopleksiyasi; tuxumdon kistasining yorilishi; bachadon ortiqlari burilishi; subseroz miomatoz tugunni burilishi; bachadonning o'tkir yallig'lanish kasalliklari (yiringli salpingit, piosalpins, yiringli tuboovaral o'zgarishlar); o'tkir jarrohlik va ginekologik patologiyalar o'rtasida differentsial tashxis qo'yish zarurati. Laparoskopiya mustaqil operatsiya bo'lishi yoki gisteroskopiya yoki vaginal operatsiyalar bilan birlashtirilishi mumkin. So'nggi yillarda simultant operatsiyalaridan foydalanish bir vaqtning o'zida turli organlarga jarrohlik aralashuvni amalga oshirish imkonini beradi [3]. Hozirgi vaqtda laparoskopik operatsiyalar imkoniyatlari kengaymoqda va oldingi laparotomik aralashuvlardan keyin laparoskopik operatsiyalar chastotasi ortib bormoqda [2].

Ko'rsatmalardan tashqari, laparoskopik aralashuvga qarshi ko'rsatmalar ham mavjud. Mualliflar mutlaq va nisbiy qarshi ko'rsatmalarga bo'lishadi [2]. Laparoskopik operatsiyalar uchun mutlaq qarshi ko'rsatmalar o'tkir miokard infarkti, o'tkir serebrovaskulyar qon aylanishining buzilishi, tuzatib bo'lmaydigan koagulopatiya va gipovolemik shokdir. Mualliflarning fikriga ko'ra, jarrohlik laparoskopiya uchun mutlaq qarshi ko'rsatmalar laparotomik kirish bilan bir xil, ya'ni bemorlarning bu holatlari har qanday jarrohlik aralashuvga qarshi ko'rsatmadir [3]. Biroq, laparoskopik operatsiyalarga nisbatan qarshi ko'rsatmalar laparotomik kirishga qarshi ko'rsatmalar emas. Operativ laparoskopiya uchun nisbiy qarshi ko'rsatmalar – umumiy og'riqsizlantirishga iloji bo'lmagan holatlar, tarqalgan peritonit, aralashuv ob'ekti hududida oldingi operatsiyalar, qon ketish tendentsiyasi, homiladorlik so'nggi haftalari, III-IV darajali semirish. Endoskopik aralashuvning samaradorligi, xususan, ginekologiyada laparoskopiya patologiyaning tabiatiga bog'liq va 15 dan 70% gacha o'zgarib turadi. Ginekologiyada laparoskopiyaga nisbatan qarshi ko'rsatmalar shifokor qabulida aniqlanadi va asosan jarrohning malakasiga va klinikaning jihozlanish darajasiga bog'liq. Quyida biz laparoskopik operatsiyalar turlarini tasvirlaymiz.

Ginekologiyada laparoskopiya yuqori ma'lumotga ega bo'lganligi sababli bepushtlikni tekshirish standartiga kiritilgan bo'lib, bu ginekologik ko'rsatkichlarga, past shikastlanishga va bemorlarni tez rehabilitatsiya qilishga ta'sir qiladi [12]. Ko'pincha laparoskopiyani gisteroskopiya bilan birlashtirish tavsiya etiladi, bu ayolning reproduktiv tizimining holatini har tomonlama tashxislash va tuzatish imkonini beradi [2,6]. Endoskopik usullar homiladorlik uchun yaxshi sharoit yaratish uchun EKUGa tayyorgarlik bosqichi sifatida ham qo'llaniladi [9]. Laparoskopik

mikrojarrohlik aralashuvlari quyidagi sabablarga ko'ra bepustligi bor bemorlarga ko'rsatma hisoblanadi: kichik chanoq bo'shlig'ida bitishma kasalligi; saktosalpinks; fallop naychalarining fimbrial qismlarining fimozi; endometriozi [3].

Kichik chanoq a'zolarining sil kasalligi uchun laparoskopik operatsiyalar samarasiz yoki hatto qarshi ko'rsatmadir; diametri 30 mm dan ortiq bo'lgan gidrosalpinks; kichik chanoq bo'shlig'ida aniq bitishma jarayoni, bachadon naylari va tuxumdonlar atrofida ichak halqalarini jalb qilgan holda birikmalarining mavjudligi; ortiqlar sohasida faol yallig'lanish jarayoni [7]. 35 yoshdan oshgan ayollarda bepustlikni uzoq muddatli va samarasiz davolash bilan laparoskopik aralashuvlarning samaradorligi sezilarli darajada kamayishi ko'rsatilgan [8]. Bepustlik bilan og'rigan bemorni jarrohlik yo'li bilan davolash to'g'risidagi qaror ayolning o'zi va uning turmush o'rtog'i bepustlik sababini yakuniy tekshirish uchun to'liq tekshiruvdan so'ng qabul qilinadi. Funktsional diagnostika testlari o'tkazilishi, gonadotrop va jinsiy gormonlar tarkibi aniqlanishi, postkoital test, spermogramma, kichik chanoq a'zolarining ultratovush tekshiruvi, gisterosalpingografiya va vaginal ajralmalar bakteriologik tekshiruvi o'tkazilishi kerak. Agar kerak bo'lsa, laparoskopik operatsiyadan oldin yallig'lanishga qarshi terapiya o'tkaziladi [2]. Tubo-peritoneal bepustligi uchun salpingovaroliz kabi laparoskopik mikrojarrohlik operatsiyalari amalga oshiriladi; fimbrioliz va fimbrioplastika; salpingostomiya; salpingoneostomiya; tuba-tuba anastomozlarini qo'llaniladi. Tubar yoki peritoneal bepustlik bo'yicha har qanday operatsiyani bajarish intraoperativ vaqtda xromogidrotubatsiyadan foydalanishni talab qiladi [8]. Buning uchun operatsiyadan oldin tashqi jinsiy a'zolar va qin ehtiyotkorlik bilan davolanadi. Bachadon bo'yni qisqichlar bilan ushlanadi. Bachadon kanulasi tashqi bachadon bo'g'izi orqali kiritiladi. O'q qisqichlari va kanula bir-biriga mahkamlanadi. Xromogidrotubatsiya bachadon naychasining obstruktsiya darajasini aniqlash uchun operatsiya boshida amalga oshiriladi. Fallop naylarida laparoskopik aralashuv tugagandan so'ng, xromogidrotubatsiya bajarilgan operatsiyaning samaradorligini tasdiqlaydi. Fallop nayining obstruktsiya darajasini suyuqlik bilan to'ldirish orqali aniqlash mumkin. Fallop nayini suyuqlik bilan to'ldirmaslik uning istmik qismida o'tib bo'lmasligini ko'rsatadi. Xromogidrotubatsiyani amalga oshirish uchun metilen ko'k bilan bo'yalgan natriy xloridning izotonik eritmasi ishlatiladi. Jarrohlik usulini tanlash obstruktsiya darajasiga va kichik chanoq bo'shlig'idagi bitishma jarayonning og'irligiga bog'liq. Salpingovarioliz fallop naylari va tuxumdonlar atrofidagi bitishmalarini kesishni o'z ichiga oladi, buning natijasida tuxumdonlar va fallop naylari o'rtasida normal anatomik munosabatlarga erishiladi. Salpingovariolizning samaradorligi 60-65% ni tashkil qiladi [3]. Bachadon naychalarining fimbrial qismining fimozi tubal bepustlikning keng tarqalgan sababidir va bu patologiyada laparoskopik operatsiyalar (fimbrioliz) juda samaralidir. Salpingostomiya fallop naychasining ampulyar qismini kesish, fimbriyalarni burish va kesma chetini koagulyatsiya qilish yoki laparoskopik tikuvlarni qo'llashni o'z ichiga oladi. Salpingostomiyaning samaradorligi, ko'pchilik ginekologlarning fikriga ko'ra, 20 dan 37% gacha [5].

Tashqi genital endometriozi tashxislash uchun laparoskopiyadan foydalanish uni, ayniqsa kichik shakllarni aniqlash chastotasining oshishiga olib keldi. Genital endometriozi I-II bosqichi bo'lgan bemorlarda termadestruksiya orqali yo'q qilinishi, III bosqich – bo'lgan bemorlarda kistalarni olib tashlash, bitishmalarini ajratish va endometrioid infiltratni rezektsiya qilish amalga oshiriladi [2,9]. Endometriozi jarrohlik invaziv davolash qorin pardaning joylarini majburiy koagulyatsiya qilish yoki kesish bilan juda murakkab manipulyatsiyadir. Ushbu manipulyatsiyalarni bajarish uchun jarroh kichik chanoq bo'shlig'ining retroperitoneal shakllanishlarini lokalizatsiya qilishda yaxshi harakat qilishi kerak: siydik yo'llari, yo'g'on ichakning rektosigmoid qismi, katta tomirlar. Tuxumdon endometriozi laparoskopik davolash kist shakllanishining diametri 3 sm dan oshmaydigan hollarda amalga oshiriladi. Tuxumdon endometriomalarining hajmini kamaytirish uchun danazol bilan operatsiyadan oldingi davolash ko'rsatiladi [2,9]. Kistik shakllanish teshilgan, barcha tarkib ablastik aspiratsiya qilinadi va bo'shliq irrigant bilan yuviladi. Kistaning yuqori oval qismi gistologik tekshirish uchun kesiladi va endometriomaning butun ichki yuzasi 20 Vt quvvatga ega karbonat angidrid lazeri nurlari bilan sirt bug'lanadi. Endometrioma to'shagi ochiq qoldiriladi yoki ikki qatorli tikuv iplari bilan tikiladi: birinchi qator – alohida tikuvlarda, ikkinchi qator (kapsula) uzluksiz tikuv bilan tikiladi. Katta endometrioid kistalar uchun ularning tarkibi oldindan ablastik tarzda chiqariladi va ichki yuzasi fotokoagulyatsiya qilinadi, agar katta nuqsonlar bo'lsa, – tikiladi. Lazerlar yordamida laparoskopik operatsiyalar gormonal terapiyaga muqobildir, ayniqsa

uni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar yoki jiddiy yon ta'sirlar mavjud bo'lsa. Laparoskopik davolash, laparotomiya va dori-darmonlarni davolashda tashqi endometriozni davolash natijalarini qiyosiy baholash lazer yordamida endoskopik terapiya eng yaxshi usul ekanligini ko'rsatdi [1]. IV bosqichdagi tuxumdon endometriozi jarrohlik davolashda lazer texnologiyasidan foydalanish aralashuv davomiyligini qisqartirdi, jarrohlik qon yo'qotishini kamaytirdi, shuningdek, operatsiyadan keyingi davrning yanada qulay kechishiga yordam berdi [10]. Endometriozi laparoskopik jarrohlik davolashning afzalliklari quyidagilardan iborat: bitta aralashuv, diagnostika va davolash paytida amalga oshirish qobiliyati, ambulator jarrohlik imkoniyati, laparotomiya bilan solishtirganda jarrohlik xarajatlarini kamaytirish, tiklanish davrini qisqartirish, og'riqni samarali bartaraf etish, tug'ilishni tiklashning yuqori foizi [3]. Biroq, jarayonning haqiqiy tarqalishini va organlarning shikastlanish darajasini aniqlash faqat jarrohlik paytida mumkin bo'lganligi sababli, endometriozi kombinatsiyalangan shakllari bo'lgan bemorlar operatsiyadan oldin to'liq tekshiruvni talab qiladi [1,4]. Ichak jarayoniga jalb qilingan kichik chanoq a'zolarining keng endometrioid shikastlanishi bilan kichik chanoq a'zolarida anatomik o'zgarishlarga olib keladi va operatsiyaning atipikligini va intraoperativ asoratlarning ko'payishini keltirib chiqaradi [2]. Ichak jarayonida va og'ir shakllarga xos bo'lgan bitishmali jarayonda ishtirok etganda endometriozi laparoskopik-vaginal jarrohlik texnikasidan foydalanish mumkin [11, 13]. Adabiyotda IV bosqich endometriozi bo'lgan bemorlarda laparoskopik operatsiyalarda robot yordamidan foydalanish bo'yicha ishlar mavjud [2,7]. Kichik chanoq a'zolarining endometriozi bilan keng tarqalgan shikastlanishi uchun laparotomik kirishga ustunlik berish kerak [2]. Endometriozi qaytalanishi bo'lgan ayollarda takroriy laparoskopik lazer bilan davolashdan keyin homiladorlik darajasi pasaytiradi. [3,7].

Shunday qilib, endovideoskopik texnologiyalarning klinik amaliyotga joriy etilishi ginekologlarda patologik jarayonlarni tashxislash va davolashning klassik yondashuvlarini o'zgartirdi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Adelman MR. The morcellation debate: the history and the science. Clin Obstet Gynecol 2015; 58 (4): 710–7. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000150
2. Badeghiesh A, Suarathana E, et al. Risk of uterine rupture after myomectomy by laparoscopy or laparotomy. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2020;49(8):101843. DOI:10.1016/j.jogoh.2020.101843
3. [Allen E. Vaginal removal of the uterus by morcellation. Am J Obstet Gynecol 1949; 57: 692
4. Fanning J. Laparoscopic conversion rate for uterine cancer surgical staging. / J. Fanning, C. Hossler // Obstet Gynecol. – 2010. – Vol. 116(6). – P. 1354-1357.
5. Feasibility and clinical effects of laparoscopic abdominal cerclage: an observational study. / M. Riiskjaer, O.B. Petersen, N. Uldbjerg [et al.] // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2012. – Vol. 91(11).
6. Frick A.C. Laparoscopic management of incontinence and pelvic organ prolapse. / A.C. Frick, M.F. Paraiso // Clin. Obstet Gynecol. – 2009. – Vol. 52(3). – P. 390-400.
7. Godinjak Z. Laparoscopy after previous laparotomy. / Z. Godinjak, E. Idrizbegović, K. Begić // Bosn J. Basic Med Sci. – 2006. – Vol. 6(4). – P. 45-47.
8. Ikechebelu J.I. Experience with diagnostic laparoscopy for gynecological indications. / J.I. Ikechebelu // Niger J. Clin Pract. – 2013. – Vol. 16(2). – P. 155-158.
9. Kaloo P.D. A prospective multi-centre study of major complications experienced during excisional laparoscopic surgery for endometriosis. / P.D. Kaloo, M.J. Cooper, G. Reid // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2006. – Vol. 124(1). – P. 98-100.
10. Laparoscopic versus laparotomic radical en bloc hysterectomy and colorectal resection for endometriosis. / E. Daraï, M. Ballester, E. Chereau [et al.] // Surg Endosc. – 2010. – Vol. 24(12). – P. 3060-3067.
11. Laparoscopic surgery of deep endometriosis. About 118 cases. / P. Panel, C. Chis, S. Gaudin [et al.] // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2006. – Vol. 34(7-8). – P. 583-592.
12. Oehler M.K. Robot-assisted surgery in gynaecology. / M.K. Oehler // Aust N.Z. J. Obstet Gynaecol. – 2009. – Vol. 49(2). – P. 124-129.
13. Raffi F. National survey of the current management of endometriomas in women undergoing assisted reproductive treatment. / F. Raffi, R.W. Shaw, S.A. Amer // Hum Reprod. – 2012. – Vol. 27(9). – P. 2712-2719.
14. Pritts E.A. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence / E.A. Pritts, W.H. Parker, D.L. Olive // Fertil Steril. – 2009. – P. 1215-1223.
15. Ulker K. Comparison of Tubal Sterilization Procedures Performed by Keyless Abdominal Rope-Lifting Surgery and Conventional CO2 Laparoscopy: A Case Controlled Clinical Study / K. Ulker, U. Hüseyinoğlu // Scientific World Journal. – 2013. – Vol. 24. – P. 36