

## ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИ ТАРҚОҚ СИЛИНИНГ АМОРАТЛИ КЕЧИШИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШ

У. Ж. Пардаева<sup>1</sup>, С. Ч. Исаева<sup>2</sup>, Ш. А. Фозилов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд,

<sup>2</sup>Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси, Самарқанд,

<sup>3</sup>Самарқанд вилояти Фтизиатрия ва Пульмонология маркази, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** ўпкадан ташқари туберкулёзи (ЎТТ), аёллар жинсий аъзолари туберкулёзи (АЖТ), лапароскопия.  
**Ключевые слова:** внелегочный туберкулез (ВЛТ), туберкулез женских половых органов (ТЖПО), лапароскопия.

**Key words:** extrapulmonary tuberculosis, female genital tuberculosis, laparoscopy.

Ушбу ходисада, беморни қорин бўшлиғи аъзоларида тарқалган туберкулёзнинг сурункали кечиши, кўпинча бемор ҳаётига хавф солувчи жиддий асоратлар ҳолати тасвирланган. Умумий амалиёт шифокори ва тор доирадаги мутахассисларнинг туберкулёзга етарлича эътибор бермаслиги ва туберкулёзнинг ўзига хос бўлмаган клиник кўриниш, самарасиз терапия касалликни ўз вақтида аниқлашга олиб келади. Қорин бўшлиғи аъзоларининг кенг тарқалган силини кўрсатадиган лапароскопик натижалар нормал кўринишдан тортиб, юзасидаги дўмбоқчалар, фимбриал блокада, перивариал битишмалар, гидросалпинкс, пиосалпинкс ва “қалқонли қорин” деб аталадиган кучли битишма жараёнигача бўлиши мумкин. Ўпкадан ташқари туберкулёзда, ташхис цитологик ва гистологик натижалар асосида тасдиқланади. Асоратли кечаётган қорин бўшлиғи тарқоқ силини мажмуавий даволашда, химиотерапия фонида жарроҳлик амалиётини куллаш яхши натижа беради. Бизнинг фикримизча, кичик чаноқ аъзоларидаги барча операциялар лапароскопик тарзда амалга оширилиши керак, бу эса беморларнинг шифохонада қолиш вақтини қисқартиради ва меҳнат қобилиятининг тикланишини тезлаштиради.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

У. Дж. Пардаева<sup>1</sup>, С. Ч. Исаева<sup>2</sup>, Ш. А. Фозилов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,

<sup>2</sup>Самаркандское городское медицинское объединение, Самарканд,

<sup>3</sup>Самаркандский областной центр фтизиатрии и пульмонологии, Самарканд, Узбекистан

В данном случае описывается хроническое течение туберкулеза, распространяющегося на органы брюшной полости пациента, состояние серьезных осложнений, часто угрожающих жизни пациента. Недостаточное внимание врачей общей практики и узкого круга специалистов к туберкулезу и неспецифические клинические проявления туберкулеза, неэффективная терапия приводят к несвоевременному выявлению заболевания. Лапароскопические результаты, указывающие на распространенный туберкулез органов брюшной полости, могут варьировать от нормального вида до поверхностных бугорков, фибриальной блокады, перивариальных спаек, гидросальпинкса, пиосальпинкса до сильного спаечного процесса именуемой как -панцирный живот. При внелегочном туберкулезе диагноз подтверждается на основании цитологических и гистологических результатов. Применение хирургического вмешательства на фоне химиотерапии дает хорошие результаты в комплексном лечении осложненного диссеминированного туберкулеза брюшной полости. По нашему мнению, все операции на органах малого таза должны выполняться лапароскопически, что сократит время пребывания больных в стационаре и ускорит восстановление трудоспособности.

## SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED DISTRIBUTED TUBERCULOSIS OF THE ABDOMINAL CAVITY

U. J. Pardayeva<sup>1</sup>, S. Ch. Isayeva<sup>2</sup>, Sh. A. Fozilov<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Samarkand state medical university, Samarkand,

<sup>2</sup>Samarkand city medical association, Samarkand,

<sup>3</sup>Samarkand Regional Center of Phthisiology and Pulmonology, Samarkand, Uzbekistan

In this article, the surgical course of tuberculosis, spreading to the abdominal organs of the patient, the state of serious complications, often threatening the patient's life, are described. Insufficient attention of general practitioners and a narrow circle of specialists to tuberculosis and non-specific clinical manifestations of tuberculosis, ineffective therapy lead to untimely detection of the disease. Laparoscopic results indicating widespread abdominal tuberculosis can range from normal appearance to superficial bumps, fibrillar blockade, perivarietal adhesions, hydrosalpinx, and piosalpinx, to a strong adhesive process known as a "shell-like abdomen." In extrapulmonary tuberculosis, the diagnosis is confirmed, based on cytological and histological findings. The use of surgical intervention against the background of chemotherapy gives good results in the complex treatment of complicated disseminated abdominal tuberculosis. In our opinion, all operations on the pelvic organs should be performed laparoscopically, this technique reduces the patient's stay in the hospital and accelerate the restoration of working capacity.

Сил касаллиги (ТБ) дунё миқёсидаги жиддий соғлиқни сақлаш муаммоси бўлиб қолмокда ва бутун дунёда энг кўп ўлимга олиб келадиган инфекциялардан биридир [1,7].

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, 2020 йилда қайд этилган барча сил касаллиги ҳолатларининг 15 фоизи ВЛТБ ҳиссасига тўғри келган [1-4]. ЎТТБни аниқлаш частотаси географик, ижтимоий ва иқтисодий параметрлар қараб ўзгариб туради [2-3,8].

Фаллопий найлари ва эндометрийнинг зарарланиши жинсий аъзолар силининг деярли барча ҳолатларида зарарланади ва беморларда бирламчи ва иккиламчи бепуштликни келтириб чиқаради. Кўпгина беморларда бошқа гинекологик касалликларга тақлид қиладиган ғайритабiiй аломатларни кўрсатадилар. Бунда силга қарши махсус даволаш даволашнинг асоси бўлиб, асоратли ҳолатларда жарроҳлик аралашуви талаб қилиниши мумкин. Эндометрий 60-90% ҳолларда жинсий аъзолар сили билан зарарланади, бачадоннинг катталашиши эса бўтқасимон модда билан тўлиши билан боғлиқ бўлиши мумкин [4-6].

**Амалиётдан олинган ҳолатнинг тавсифини келтирамиз:** Бемор О., 23 ёшда, қориннинг пастки қисмида ва бел соҳасида тутқаноқсимон оғриқлар, тана ҳароратининг 39 даражагача кўтарилиши, кўнгил айнаши ва қусиш, умумий ҳолсизлик шикоятлари билан хусусий клиникага қабул қилинган.

**Анамнездан:** Бемор ўзини 1 йилдан бери касал деб ҳисоблайди. Беморда доимий равишда қориннинг пастки қисмида оғриқлар, кўнгил айнаши кузатилган. Сўнгги 1 ой ичида қориннинг пастки қисмидаги оғриқлар кучайиб, қорин дам бўлиши, тана ҳароратининг 39-40 даражагача кўтарилиши кузатилган. Айнан 2 кун олдин беморда чап бачадон ўсимталари соҳасида оғриқлар пайдо бўлган, яшаш жойидаги гинеколог ва жарроҳ томонидан кўриқдан ўтказилган, такрорий МРТда чап тухумдон кистаси ва кичик чаноқда (50-100 мл) суюқлик аниқланган сабабли, бемор жарроҳлик даволашга йўлланма олган.

**Объектив:** Умумий аҳволи ўртача оғирликда. Астеник тана тузилишга эга. Тери ва кўринадиган шиллик қаватлар оч пушти рангда. Тери ости ег клечаткаси мееридан кам ривожланган. А/Б 100/70 мм сим. уст. Пульси-110 зарба бир дақиқада, ритмик, тўлалиги ва кучланиш қониқарли. Ўпкада везикуляр нафас, хириллашлар йўқ. Овозлар бўғиқ, шовқин йўқ. Тили нам, оқ қарашма билан қопланган. Қорин симметрик, бироз таранглашган, қориннинг пастки қисми оғрикли. Беморнинг кон тахлили: Гб-86,0 г/л; эрит-3,4; Л-6,7; таёқча ядроли-14; сегмент ядроли-76; лимфоцитлар-15; моноцитлар-5; ЭЧТ-33 мм/с. ЭКГ: синусли тахикардия. Рентгеноскопия: бронхит белгилари. Бошқа лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари томонидан узишлар аниқланмади. Акушер-гинеколог кўригидан: Чап ва унг ортиқлар соҳасида товук тухумидек катталиқда ҳосилалар аниқланади, кескин оғрикли. Кин гумбази чуқур, конли ажралмалар кузатилади.

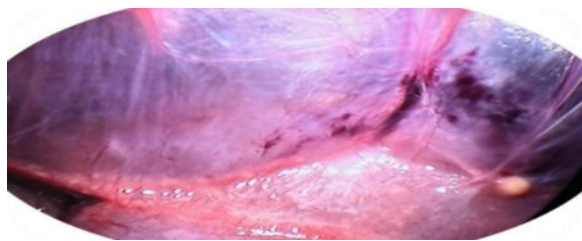
**Ташхис:** Икки томонлама тухумдонлар кистаси. Пелвиоперитонит?

**Йўлдош:** Ўртача оғирликдаги камқонлик. Шчеткин-Блюмберг симптоми мусбат.

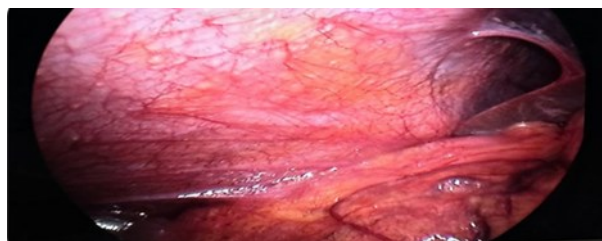
**Хулоса:** Қорин бўшлиғида киста ва суюқлик (50-100 мл) мавжудлиги, бемор ва онасининг розилиги билан лапароскопик ташхис қўйишга ва бир вақтнинг ўзида операция ҳажмини ҳал қилишга қарор қилинди. Бемор ҳам анестезиолог кўригидан ўтказилди - операцияга қарши кўрсатмалар йўқ. Операцион-анестезиологик хавфнинг I-II даражаси. Қорин бўшлиғида суюқлик борлигини ҳисобга олиб, пелвиоперитонитга шубҳа қилинди ва бемор зудлик билан оператив даволанишга тайёрланди. 2024 йил 3 август куни интубацион наркоз остида киндик ҳалқасининг пастки чети бўйлаб 1 см узунликда лапаротомия амалга оширилди. Қорин бўшлиғига 10 мм троакар киритилди ва босим 15 мм симоб устунига етказилган карбонат ангидрид гази билан пневмоперитонеум қўйилди, сўнгра лапароскоп киритилди. Кўриқда: Қорин бўшлиғида - диафрагма остида, жигар юзасида ипсимон битишмалар, шунингдек, қорин бўшлиғи висцерал юзасининг барча қисмларида тариксимон тошмалар, ифлос кулранг суюқлик, ошқозон, талоқ, йўғон ва ингичка ичак юзасида ҳам тариксимон тошмалар, шунингдек, қорин парданинг висцерал юзаси ва катта чарви ўртасида шаффоф плёнқасимон битишмалар мавжуд, яни қалқонсимон қорин ҳолати аниқланди (1-2 расмлар).

Кичик чаноқ аъзоларини кўздан кечиришда бачадон нормал ўлчамда, ўнг ва чап бачадон ортиқлари бачадоннинг орқа деворига епишган.

Ўнг ёнбош соҳада 5 мм гача иккита қўшимча тешиқлар амалга оширилди, улар орқали қорин бўшлиғига ёрдамчи манипуляторлар киритилди. Битишмаларни лапароскопик кесиш (адгезиолизис) амалга оширилди. Чап бачадон ортиқлари синчковлик билан текширилганда,



1 расм. Жигардаги шаффоф битишмалар.



2 расм. Қорин пардасида тариқсимон тошмалар.

чап бачадон найи баллонсимон кенгайган. Чап бачадон ортиқлари ва йўғон ичакнинг сигмасимон қисми бир-бирига ёпишиб, ягона конгломерат ҳосил қилган. Тўқималар йирингли суюқлик билан тулган. Чап найнинг битишмалари ажратилганда ундан оқ рангли йирингли суюқлик ва казеоз масса ажралиб чиқди. Электр сўргич ёрдамида суюқлик ва масса эвакуация қилинди, йўғон ичакнинг сигмасимон қисми тўмтоқ йўл билан чап ўсимталардан ажратилди.

Операциядан сўнг бемор фтизиатр томонидан кўриқдан ўтказилиб, қуйидаги ташхис қўйилди: Силнинг тарқалган шакли. Тухумдонлар сили. Асорати: чегараланган перитонит.

Операциядан кейинги даврда беморда 3-куни дренаж найчасидан ахлат ажралиши пайдо бўлди, иситма кузатилмади. УТТда кичик чанокда 200 мл атрофида суюқлик борлиги аниқланди. Шошилиш равишида диагностик ралапороскопия ўтказишга қарор қилинди. 7.08.2024 й. беморда жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Операциянинг бориши: Қайта реллапороскопияда қорин бўшлиғининг юқори қисмларида суюқлик бўлмаган, кичик чанокда ичак деворлари орасида кўплаб битишмалар аниқланган, ичак деворлари имбибитсияланган, шишган, бу битишмалар кесиб кўрилганда кичик чанокда 150 мл микдорида ифлос жигар ранг суюқлик бўлган. Синчиклаб текширилганда сигмасимон ичакнинг олдинги деворида 0,5x1 см ўлчамдаги нуқсон аниқланди, у 4/0 викрил ип билан тикилган. Ингичка ичакнинг ҳаракатчанлиги ва ингичка ичак деворида патологик ўзгаришларнинг йўқлигини ҳисобга олган ҳолда, икки стволли илеостомияни олиб ташлашга қарор қилинди. Илеотсекал бурчакдан 40 см масофада ингичка ичак юмшоқ қисқичлар билан олиниб, қориннинг чап деворига олиб келинди, у ерда ташқи томондан терида кесма қилинди ва ингичка ичак чиқарилиб, икки стволли илеостома шакллантирилди.

19.12.2023. 1851/55-сонли макропрепарат: Творогсимон некроз ҳосил бўлиши билан пролифератив тўқима реакцияси босқичидаги сил сальпингити.

Бемор нисбатан қониқарли ҳолатда ихтисослаштирилган тиббиёт муассасасига вилоят Фтизиатрия ва пульмонологиянинг, жонлаштириш булимига ўтказилган. Беморга 4 ой давомида комплекс антибактериал химиотерапия ўтказилган. Операциядан 4 ой ўтгач, жарроҳлик аралашувисиз беморда илеостома ўз-ўзидан ёпилди.

**Хулоса.** Келтирилган ҳолат шундан далолат берадики, замонавий эндоскопик ускуналарнинг мавжудлиги, жарроҳлар ва гинекологларнинг биргаликдаги иши битта беморда операция пайтида қорин бўшлиғининг турли қисмларида икки ёки ундан ортиқ жарроҳлик аралашувларини ўтказишга ёрдам беради. Жараен узига хос яллигланишида этиологик даво чораси яхши натижа беради. Бизнинг фикримизча, кичик чанок аъзоларидаги барча операциялар лапароскопик тарзда амалга оширилиши керак, бу эса беморларнинг шифохонада қолиш вақтини қисқартиради ва меҳнат қобилятининг тикланишини тезлаштиради.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Global tuberculosis report 2020. [Electronic resource]. Geneva: World Health Organization 2020. Licence: CC BY -NC-SA 3.0 IGO. [date of access 2021 June 28]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>
2. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: An overview. Am Fam Physician. 2005;72:1761-8. [PubMed] [GoogleScholar]
3. Kang W, Yu J, Du J, Yang S, Chen H, Liu J, et al. The epidemiology of extrapulmonary tuberculosis in China: A large-scale multi-center observational study. PLoS One. 2020;15(8):e0237753. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237753>
4. Pang Y, An J, Shu W, Huo F, Chu N, Gao M, et al. Epidemiology of Extrapulmonary Tuberculosis among Inpatients, China, 2008–2017. Emerg Infect Dis. 2019;25(3):457-464. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid2503.180572>
5. Pardayeva U. D. Analysis of risk factors for hypoxic damages of newborn's central nervous system vol. 4 no. 4 (2024): modern education and development: <https://ilmiyxabarlar.uz/index.php/journal/issue/view/29>
6. Pardayeva U. D. Modern views on the course of tuberculous meningitis / Science and Education 3 (11), 205-212