

VARIKOTSELENI KAM INVAZIV VIDEOLAPAROSKOPIK USULDA DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH

Berdiyev Ergash Abdullaevich

<https://orcid.org/0000-0002-9717-6154>

Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Respublika Bolalar kam invaziv va endoskopik xirurgiya

ilmiy-amaliy markazi, Toshkent, O'zbekiston

E-mail: ergashdh@mail.ru

Ochilov Rustam Ochilovich

Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Respublika Bolalar kam invaziv va endoskopik xirurgiya

ilmiy-amaliy markazi, Toshkent, O'zbekiston

Annotatsiya

O'smirlar urologiyasida varikotseleni davolashning videolaparoskopik usulini takomillashtirish kam shikastli usullarini baholashga ahamiyat beriladi. Varikotseleni kam shikastli davolashning turli jarrohlik usullari ham taqqoslanadi. Har bir holatda jarrohlik davolash usulini tanlash to'g'risida qaror qabul qilishda differensial yondashuv talab etiladi. Agar bemorlarda ikki tomonlama varikotsele bo'lsa, bunda bir vaqtning o'zida videolaparoskopik jarrohlik amaliyotlari amalga oshiriladi. Varikotseleni davolashda videolaparoskopik operatsiyalar operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirishga va davolash natijalarini oshirishga imkon beradi. O'smir yoshlarda uchraydigan varikotsele kasalligini jarrohlik aralashuvni tanlash nafaqat uning klinik ta'siri, balki iqtisodiy samaradorligi bilan ham belgilanishi kerak.

Kalit so'zlar: varikotsele, videolaparoskopiya, jarrohlik usullari

Аннотация

Совершенствование видеолaparоскопического метода лечения варикоцеле в подростковой урологии придает важное значение оценке малоинвазивных методов. Также сравниваются различные хирургические методы малоинвазивного лечения варикоцеле. В каждом случае необходим дифференцированный подход при решении вопроса о выборе хирургического лечения. При двустороннем варикоцеле одновременно проводят видеолaparоскопическую операцию. Видеолaparоскопические операции при лечении варикоцеле позволяют уменьшить количество послеоперационных осложнений и повысить результаты лечения. Выбор хирургического вмешательства при варикоцеле у подростков должен определяться не только его клиническим эффектом, но и экономической эффективностью.

Ключевые слова: варикоцеле, видеолaparоскопия, хирургические методы

Abstract

Improvement of the videolaparoscopic method of treatment of varicocele in adolescent urology is given importance to evaluation of minimally invasive methods. Different surgical methods of minimally invasive varicocele treatment are also compared. In each case, a differential approach is required when deciding on the choice of surgical treatment. If patients have bilateral varicocele, videolaparoscopic surgery is performed at the same time. Videolaparoscopic operations in the treatment of varicocele allow to reduce the number of postoperative complications and increase the results of treatment. The choice of surgical intervention for varicocele in adolescents should be determined not only by its clinical effect, but also by economic efficiency.

Key words: varicocele, videolaparoscopy, surgical methods

Kirish. Varikotsele – bu retrograd venoz reflyuks sababli yuzaga kelgan urug‘don venalarining patologik kengayishi hisolanadi. Varikotsele ko‘pincha chap tomonlarga rivojlanadi, lekin ikkala tomonda ham kuzatilishi mumkin, hamda kamdan kam holatlarda faqatgina o‘ng tomonlarga bo‘ladi. Erkaklar bepushtligining eng ko‘p tarqalgan sababi bo‘lganligi tufayli ushbu kasallik juda ham muhim bo‘lgan muammolardan biri hisoblanadi. Balog‘atga yetishish yoshidagi (11 yoshdan katta) erkaklarning taxminan 15% ida varikotselle aniqlanadi. Varikotselening eng ko‘p tarqalishi (69,9%) 14-16 yoshdagi bemorlarda kuzatilib, varikotsele bilan kasallangan o‘smirlarning katta qismida spermatogenezning buzilishi aniqlanganligi sababli kasallik tashvishga soladi.

Urug‘ tizimchasi venalari varikoz kengayishi patogenezida qonning teskari qaytishining ahamiyati bor, testikulyar venada klapanlar tug‘ma bo‘lmashligidan buyrak venalari bosimi natijasida venoz gipertenziyada kelib chiqadi (birlamchi varikotsele). Ba‘zan chap buyrak venasi yo‘li torayishidan ham kelib chiqishi mumkin (ikkilamchi varikotsele), yoki arterio-venoz oqmalar va shuningdek qorin parda orti sohasi fibrozidan ham kelib chiqishi mumkin [1].

Shuni ta’kidlash muhimki, erkak kishilar bepushtligi sabablari orasida varikotsele 39% dan 50% gacha kuzatiladi [2,6], shuningdek sub- va infertillik profilaktikasida, varikotseleni aniqlash va davolash sotsial nuqtai nazardan muhim hisoblanadi. Bundan tashqari, varikotsele bilan og‘rigan bemorlarning 20-90 foizida spermatogenez buzilishi kuzatiladi [6, 7]. Ikki tomonlarga varikotsele spermogrammada azospermiyagacha bo‘lgan katta salbiy o‘zgarishlarga olib keladi va erkaklarda bepushtlikning rivojlanishi nuqtai nazaridan noqulay prognostik omillardan biri hisoblanadi. [1, 5, 7].

Tadqiqotning maqsadi: Bolalarda varikotsele kasalligini zamonaviy davolash taktikasini takomillashtirib, endovideolaparoskopik jarrohlik amaliyotlarni qo‘llash.

Material va tekshiruv usullari: Respublika Bolalar kam invaziv va endovizual ilmiy-amaliy markazida 2012-2023 yillarda mobaynida 195 nafar bemor bolalarda jarrohlik davolash usullari tahlil qilindi. Varikotsele darajalarini aniqlashda Yu.F.Isakov va A.P.Eroxin klassifikatsiyalaridan foydalanildi.

Varikotseleni tashxislashda asosan an'anaviy tekshiruvlarni o'z ichiga oldi. (Ob'ektiv ko'rik, shikoyati, yorg'oqni palpatsiya qilib ko'rish, funksional testlar, eyakulyatsiya tahlillari va dopplerografiya, venografiya, kontaktli termografiya va kompyuter tomografiyasi usullar qo'llaniladi). Buning natijasida zamonaviy tadqiqot usullaridan foydalanish tufayli varikotseleni aniqlash darajasi 30% gacha oshdi. Ko'pincha varikotsele kasalligi o'smirlarda 10 yoshdan 17 yoshgacha uchraydi. Kasallikning chastotasi o'smirlar bolalar yoshga qarab o'zgarib boradi: maktabgacha yoshda u 0,12% dan oshmaydi, maktab yoshidagi o'g'il bolalarda u 2,2% dan 10% gacha, muddatli harbiy xizmatga chaqiriluvchilar orasida esa 2,3% dan 25% gacha uchraydi.

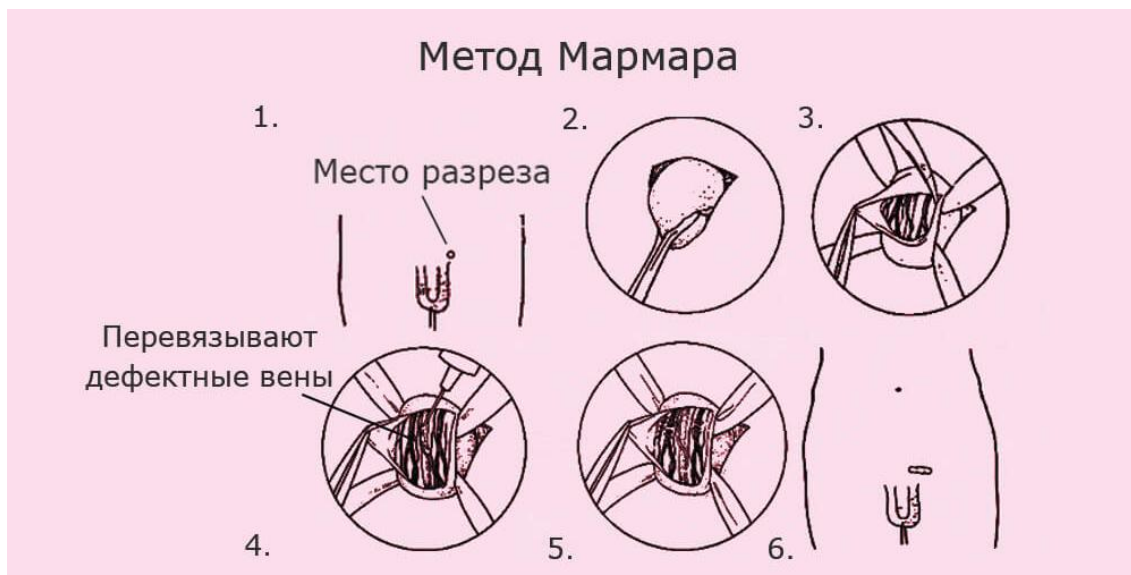
Jadval№1

Bemorlarning yoshi va darajalariga qarab bo'yicha taqsimlanishi (n-195).

Varikotsele darajalari	10-14yosh	15-17yosh	Jami
Chap tomonlama 1 darajasi	11 (5,6%)	52(26,7%)	63(32,3%)
Chap tomonlama darajasi	95,4 (96%)		
Chap tomonlama 3 darajasi	28(14,3%)	47(24,2%)	75(38,5%)
Ikki tomonlama 2-3 darajasi	2(1,0%)	7(3,6%)	9(4,6%)
Jami	58(29.6%)	137(70,4%)	195(100%)

UTT doplerografiyasi yordamida chap moyak venalarini varikoz kengayishi va uning darajalariga qarab tashxisga oydinlik kiritildi. 96% holatlarda varikotsele chap tomonlama uchraydi. UTT doplerografiyasi tekshiruvida 9(4,6%) nafar bemorlarda ikki tomonlama varikotsele borligi aniqlandi. Ularni o'rtacha yoshi $13,6 \pm 0,8$ ni tashkil etdi.

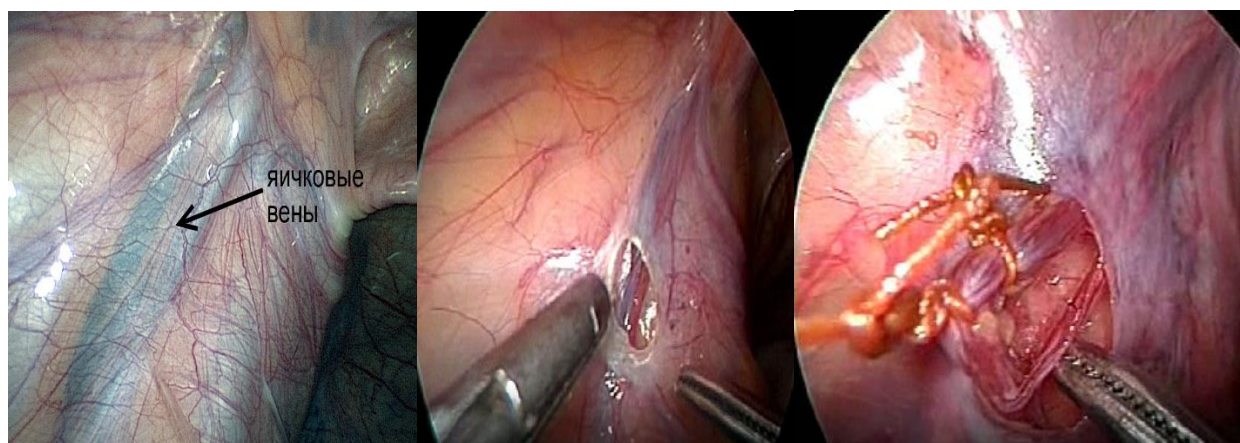
Bemorlar uch guruhga ajratildi. Birinchi guruhga 67 nafar bemorlar bo'lib, ularda an'anaviy Ivanissevich usulda, va 15 nafar bemorlarda Marmar usulida operatsiya amaliyotlari bajarildi.



Marmar usulida operatsiyani bajarilishi

Ikkinchi guruhda 113 nafar bemorlarda endovideolaparoskopik usulda xirurgik amaliyoti bajarildi. Bu amaliyotlarni bajarishda Karl Storz firmasini moslama uskunalaridan foydalanildi.

Natijalar: An'anaviy usullarda bajarilgan xirurgik amaliyotlar o'rtacha 25 ± 5 minutni, endovideolaparoskopik usulda bajarilgan xirurgik amaliyotlar o'rtacha 20 ± 4 minutni tashkil etdi. Endovideolaparoskopik xirurgik amaliyotlarda operatsiyadan oldingi va keyingi davrlarda asoratlar kuzatilmadi, faqat an'anaviy usulda bajarilgan.



Laparoskopik varikotsellektomiya

1 nafar bemorda varikotseleni qaytalanishi kuzatildi, rejali operatsiyaga tayyorlanib, videolaparoskopik jarrohlik amaliyoti yordamida bartaraf etildi. Marmar usulida bajarilgan jarrohlik amaliyotidan so'ng, 3 oydan keyin tutashmagan moyak pardasi istisqosi bilan murojaat qildi. To'liq tekshiruvlardan so'ng an'anaviy usulda Vinkelman jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Operatsiyadan so'ng 3 sutkasida qoniqarli ahvoldv ambulator davolanish uchun chiqirildi. Bemorlardagi og'riq sindromlarini aniqlash maqsadida anketalar shakllantirilib, chiqaruv epikrizi oldidan bu anketalar

bemorlarga tarqatildi. Og'riq sindromlarini bemorlarda 3 chi va 7chi sutkalarida va operatsiyadan so'ng birinchi oylarida baholandi. Shu narsa aniq bo'ldiki, og'riq sindromlari 1 va 2 chi guruhdagi an'anaviy usullarda xirurgik amaliyot bajarilgan bemor bolalarda ko'proq kuzatildi, ikkinchi guruhdagi bemorlarda esa og'riq sindromlari kuzatilmadi. Bemorlarda videolaparoskopik jarrohlik amaliyotlari o'tkazilgan barchasida operatsiyadan keyingi kechish davri yengil kechdi, tezda aktivlashtirildi, 2-3 sutkasida ambulator davolanishga chiqarildi.

Xulosa: Bolalarda varikotsele kasalligi videolaparoskopik usulda bajarilganda, operatsiya shikastini kamaytiradi, operatsiyadan keyingi qo'pol chandiqlar hosil bo'lish xavfini pasaytiradi, operatsiya amaliyotiga ketadigan vaqt va bemorning fizik aktivligining tiklanishi hamda yotoq-kunlarini kamaytiradi, bemorning hayot faoliyati yaxshilanadi, bepushtlikni oldini oladi va yaxshi kosmetik samara qoldiradi.

Adabiyotlar:

1. Поляев Ю.А., Гераськин А.В., Гарбузов Р.В. Гемодинамические нарушения в тестикулярном венозном бассейне у детей. Диагностика и методы эндоваскулярной коррекции. М.: Династия; 2011. 37.
2. Володько Е.А., Чанаканов З.И., Годлевский Д.Н., Гарибанов З.М., Ашурбеков Б.С., Галаова Л.М., Исмаилов К.А., Окулов А.Б. Диагностика и лечение заболеваний предстательной железы у детей с варикоцеле. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2011; 56(6): 114–9. 42.
3. Бурков И.В., Страхов С.Н., Демидов А.А. Веноренальная гипертензия в синдроме варикоцеле у детей. В кн.: Современные технологии в оценке отдаленных результатов лечения урологической патологии у детей. Материалы научно-практической конференции детских урологов, посвященной 35-летию отдела урологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва. 13–15 марта 2001 г. С. 6.
4. Матар А.А., Алексеева Н.В., Страхов С.Н. Изменения метаболитов почек у больных варикоцеле по данным биохимического исследования мочи. В кн.: Современные технологии в оценке отдаленных результатов лечения урологической патологии у детей. Материалы научно-практической конференции детских урологов, посвященной 35-летию отдела урологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва. 13–15 марта 2001 г. С. 21–2.
5. Страхов С.Н., Спиридонов А.А., Продеус П.П., Бондар З.М., Козырева Н.Б., Сильверова Н.Б., Приядко С.И. Изменения почечных, яичковых вен при

левостороннем варикоцеле и выбор метода операциии у детей и подростков. Урология–нефрология. 1998; (4): 13–8.

6. Юдин Я.Б., Окулов А.Б., Зуев Ю.Е., Саховский А.Ф. Острые заболевания органов мошонки у детей. М.: Медицина; 1987.
7. Гарбузов Р.В., Поляев Ю.А., Петрушин А.В. Синдром May-Thurner как причина илиофemorального варикоцеле. Россия, Москва, 21–23 марта 2011 г.
8. Жуков О.Б., Верзин А.В., Пеньков П.Л. Регионарная почечная венная гипертензия и левостороннее варикоцеле. Андрология и генитальная хирургия 2013; (3): 29–37
9. Tekgül S., Riedmiller H., Dogan H.S., Hoebeke P., Kocvara R., Nijman R., Radmayr Chr., Stein R. Guidelines on Paediatric Urology. European Society for Paediatric Urology © European Association of Urology 2013, 126 p.
10. Jungwirth A., Diemer T., Dohle G.R., Giwercman A., Kopa Z., Tournaye H., Krausz C. Guidelines on Male Infertility. European Association of Urology, 2013