URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, 6 - SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК: 616.366-003.7-06-089.86

Симультан ЛХЭК+ТАРР операциясидан кейинги оғриқ синдроми ва эрта реабилитациянинг ўзаро боғлиқлиги



Ўроқов Шуҳрат Тўхтаевич uroqov.shuhrat@bsmi.uz
https://orcid.org/0009-0006-9977-1324



Абидов Ўткир Октамович abidov.otkir@bsmi.uz
https://orcid.org/0000-0003-4872-0982



Бақоев Даврон Хайдарович davronxaydarovich@gmail.com
https://orcid.org/0009-0002-3099-0626
Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
Qiziltepa tuman tibbiyot birlashmasi, O‘zbekiston, Qiziltepa tumani Bo‘ston mahalla Shifokorlar ko‘chasi 1 uy, Tel: +998 (65) 795551956 e-mail: qiziltepattb@mail.ru

Резюме. *Мақолада ўт тош касаллиги ва чов чуррaси бир вақтда аниқланган беморларда симультан хирургик даволашдан кейинги оғриқ синдроми ҳамда эрта функционал реабилитация кўрсаткичлари қиёсий таҳлил қилинди. Эрта реабилитация беморнинг ётоқда ўтириши, ёрдам билан туриб олиши, палата ичида ҳаракатланиши ва коридор бўйлаб мустақил юришигача бўлган вақт асосида таҳлил қилинди. Асосий гуруҳда VAS*

URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, 6 - SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

кўрсаткичлари 6 соатда 3,12±0,29, 24 соатда 1,75±0,33 ва 48 соатда 1,2±0,25 баллни ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида мос равишда 7,50±0,6; 5,2±0,5 ва 3,5±0,7 балл қайд этилди. Асосий гуруҳ беморлари ётоқда ўртача 6,8±1,2 соатда ўтирган, 7,2±1,3 соатда туриб олган ва 18,4±1,7 соатда коридор бўйлаб мустақил юра бошлаган; назорат гуруҳида ушбу кўрсаткичлар мос равишда 8,2±1,4; 10,8±1,2 ва 26,7±1,6 соатни ташкил қилди. Олинган натижалар оғриқ синдромининг паст даражаси эрта функционал фаолланиш билан параллел кечишини кўрсатди.

Калит сўзлар: *ўт тош касаллиги, чов чурраси, лапароскопик холецистэктомия, TAPP, симультан операция, VAS, операциядан реабилитация.*

Долзарблиги

Замонавий хирургияда операциянинг радикаллиги билан бир қаторда унинг бемор организмига етказадиган травмасини камайтириш, операциядан кейинги оғриқни назорат қилиш ва эрта функционал тикланишни таъминлаш муҳим мезонлардан бири ҳисобланади. Миниинвазив технологияларнинг ривожланиши ушбу тамойилларни амалиётга кенг жорий этиш имконини берди.

Ўт тош касаллиг (ЎТК) аҳоли орасида кенг тарқалган патология бўлиб, симптоматик шаклларда лапароскопик холецистэктомия асосий хирургик усул сифатида қабул қилинган [1-3]. Чов чурралари (ЧЧ) лари ҳам умумий хирургик амалиётда кенг учрайди ва уларни даволашда очиқ Лихтенштейн пластикаси билан бир қаторда лапароэндоскопик TAPP усуллари кенг қўлланилмоқда [4,5].

ЎТК ва ЧЧ синиг бир беморда бир вақтда учрашида икки касалликни симультан операция орқали бартараф этиш беморни такрорий госпитализация, иккинчи анестезия ва қайта реабилитациядан озод қилиш имконини беради. Бироқ симультан операциянинг клиник самарадорлигини фақат операция муваффақияти билан эмас, балки беморнинг операциядан кейинги ҳолати билан ҳам баҳолаш лозим.

Операциядан кейинги оғриқ синдроми беморнинг эрта функционал тикланишини белгилайдиган асосий омиллардан бири ҳисобланади. Оғриқ юқори даражада бўлганида бемор чуқур нафас олишдан, йўталишдан ва ҳаракатланишдан сақланади, натижада гиподинамия, веноз стаз, ўпка асоратлари ва госпитализация муддатининг узайиши учун шарт-шароит пайдо бўлиши мумкин.

VAS шкаласи операциядан кейинги оғриқни миқдорий баҳолашда энг кўп қўлланиладиган воситалардан бири бўлиб, унинг соддалиги ва бемор ҳис қилаётган оғриқ интенсивлигини динамикада баҳолаш имконияти муҳим афзаллик ҳисобланади [6].

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) концепциясида оғриқни самарали назорат қилиш ва беморни имкони борича эрта мобилизация қилиш бир-бири билан узвий боғлиқ компонентлар сифатида қаралади [7]. Шу нуқтаи назардан, чов соҳасида қўшимча очиқ кесма талаб қилмайдиган ЛХЭК+TAPP комбинацияси операциядан кейинги оғриқни камайтириш ва беморларни эрта фаоллаштириш нуқтаи назаридан алоҳида қизиқиш уйғотади.

Халқаро HerniaSurge тавсияларида ҳам лапароскопик герниопластикадан кейинги эрта оғриқ ва сурункали оғриқ синдромини камайтириш масаласи замонавий герниологиянинг муҳим натижавий кўрсаткичлари сифатида баҳоланади [4,8].

Шу муносабат билан симультан ЛХЭК+TAPP операциясидан кейин оғриқ динамикаси ва беморларнинг эрта функционал фаолланиши ўртасидаги клиник боғлиқликни баҳолаш муҳим илмий-амалий аҳамият касб этади.

Тадқиқот мақсади. ЎТК ва ЧЧ си бир вақтда мавжуд бўлган беморларда симультан ЛХЭК+TAPP операциясидан кейинги оғриқ синдроми динамикасини баҳолаш ҳамда унинг

URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, 6 - SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

беморларнинг эрта функционал фаолланиши билан боғлиқлигини ЛХЭК+Лихтенштейн усули натижалари билан қиёсий таҳлил қилиш.

Материал ва усуллари. Тадқиқотга ЎТК ва ЧЧ бир вақтда мавжуд бўлган жами 95 нафар бемор киритилди.

Беморлар бажарилган симультан хирургик аралашув турига қараб икки гуруҳга ажратилди.

Назорат гуруҳи 50 нафар бемордан иборат бўлиб, уларда лапароскопик холецистэктомия ва Лихтенштейн усулида очиқ тўрли герниопластика бир анестезия доирасида бажарилди.

Асосий гуруҳ 45 нафар беморни ташкил этиб, уларда лапароскопик холецистэктомия TAPP усулидаги трансабдоминал преперитонеал герниопластика билан симультан равишда амалга оширилди.

Асосий гуруҳда ҳар иккала хирургик босқич лапароскопик йўл билан бажарилганлиги сабабли чов соҳасида қўшимча очиқ кесма талаб қилинмади.

Операциядан кейинги оғриқ синдромининг интенсивлиги **VAS (Visual Analogue Scale - визуал аналог шкаласи)** ёрдамида баҳоланди. Шкалада 0 балл оғриқ йўқлигини, 10 балл эса бемор тасаввур қила оладиган максимал оғриқни ифодалайди. Баҳолаш операциядан кейин: 6 соат; 24 соат; 48 соат ўтгач амалга оширилди (Расм 1.).



ича. 0 –
ıор шу
етрлар

ддатли

Расм. 2.8. Операциядан кейинги даврда оғриқ интенсивлигини баҳолаш шкаласи

сучли оғриқ.

Ҳозирги оғриқ даражангизни белгиланг.”

3. Белгиланган нуқта сантиметрларда баҳоланади ва протоколга ёзилади.

Халқаро таърифга (IASP, 2020) асосан: "Операциядан кейинги оғриқ - бу операциядан кейин тўғридан-тўғри тўқималар шикастланиши билан боғлиқ бўлган ва жарроҳликдан сўнг 3–7 кун давомида намоён бўладиган оғриқ бўлиб, у аниқ анатомик соҳада локализацияланган бўлади".

Оғриқ яхши бошқарилмаса, сурункали оғриқ синдромига айланиши мумкин. Оғриқни самарали назорати ёки унинг интенсивлигининг пастлиги ва тез бартарф қилиниши беморнинг тезроқ тикланиши, ҳаракатланиши ва асоратларни камайтириш учун жуда муҳимдир.

URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, 6 - SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Эрта функционал реабилитациянинг асосий мезонлари сифатида қуйидаги кўрсаткичлар ўрганилди: беморнинг ётоқда мустақил ўтириш вақти; ёрдам билан туриб олиш вақти; ёрдам билан палата ичида юриш вақти; коридор бўйлаб мустақил юриш вақти.

Оғриқ - бу субъектив ҳиссиёт ҳисобланади. Операциядан кейинги оғриқ - бу тўқималарнинг механик шикастланиши ва нерв толаларининг аргорецепторларнинг қўзғалиши натижасида юзага келадиган, операциядан кейин кузатиладиган оғриқ синдромидир. Тўқималарнинг кесилиши ва манипуляцияси натижасида аргорецепторлар фаоллашади. Яллиғланиш медиаторлари (простагландинлар, брадикинин, интерлейкинлар) оғриқни кучайтиради.

Шунингдек, операциядан кейинги умумий тикланишни баҳолаш мақсадида жароҳат билан боғлиқ асоратлар ва стационарда ётиш муддати ҳам қиёсий таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари.

Операциядан кейинги оғриқ синдромининг динамикаси

Ҳар икки гуруҳда ҳам операциядан кейин вақт ўтиши билан VAS кўрсаткичининг изчил камайиши қайд этилди. Бироқ асосий гуруҳда оғриқ интенсивлиги барча кузатув даврларида назорат гуруҳига нисбатан паст бўлди.

1-жадвал.

Операциядан кейинги VAS кўрсаткичлари

Операциядан кейинги вақт	Асосий гуруҳ ЛХЭК+ТАРР (n=45)	Назорат гуруҳи ЛХЭК+Лихтенштейн (n=50)
6 - соатдан кейин	3,12±0,29	7,50±0,6
24 - соатдан кейин	1,75±0,33	5,2±0,5
48 - соатдан кейин	1,2±0,25	3,5±0,7

Операциядан кейинги дастлабки 6 соатда VAS кўрсаткичи назорат гуруҳида 7,50±0,6 баллни ташкил этган бўлса, асосий гуруҳда 3,12±0,29 балл бўлди. Мутлақ фарқ 4,38 баллни ташкил қилди.

Беморларда 24 соатдан кейин назорат гуруҳида оғриқ интенсивлиги 5,2±0,5 баллгача пасайди, асосий гуруҳда эса 1,75±0,33 баллни ташкил этди.

Беморларда 48 соатдан кейин оғриқ синдроми яна камайиб, асосий гуруҳда 1,2±0,25, назорат гуруҳида 3,5±0,7 балл қайд этилди.

Қиёсий ҳисобда асосий гуруҳда VAS кўрсаткичи назорат гуруҳига нисбатан 6 соатда тахминан 58,4%, 24 соатда 66,3%, 48 соатда эса 65,7% паст бўлди.

Бу натижалар тўлиқ лапароскопик усулда чов соҳасидаги қўшимча тўқима травмаси камлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Беморларнинг эрта фаолланиш динамикаси

Оғриқ синдромидаги фарқлар беморларнинг операциядан кейинги функционал фаолланиши динамикаси билан параллел кечди.

2-жадвал.

Операциядан кейин беморларнинг фаолланиш вақти

Фаолланиш характери	Назорат гуруҳи ЛХЭК+Лихтенштейн (n=50)	Асосий гуруҳ ЛХЭК+ТАРР (n=45)
Ётоқда ўтиради	8,2±1,4 соат	6,8±1,2 соат

Ёрдам билан туриб олади	10,8±1,2 соат	7,2±1,3 соат
Палата ичида ёрдам билан юради	18,6±2,1 соат	14,5±1,5 соат
Коридор бўйлаб мустақил юради	26,7±1,6 соат	18,4±1,7 соат

Асосий гуруҳ беморлари назорат гуруҳига нисбатан ўртача 1,4 соат эртароқ ётоқда ўтира бошлаган.

Ёрдам билан туриб олиш вақти асосий гуруҳда 7,2±1,3 соатни ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида 10,8±1,2 соат бўлиб, фарқ 3,6 соатни ташкил қилди.

Палата ичида юриш асосий гуруҳда ўртача 4,1 соат эртароқ қайд этилди.

Энг катта фарқ беморларнинг коридор бўйлаб мустақил юра бошлашида кузатилди. Асосий гуруҳда ушбу босқичга 18,4±1,7 соатда эришилган бўлса, назорат гуруҳида 26,7±1,6 соат талаб қилинди. Фарқ 8,3 соатни ташкил қилди.

Шундай қилиб, ЛХЭК+ТАРРдан кейин беморларнинг эрта функционал тикланиши барча баҳоланган мезонлар бўйича тезроқ кечган.

Оғриқ синдроми ва эрта реабилитация ўртасидаги боғлиқлик. Тадқиқот натижаларининг асосий хусусияти оғриқ интенсивлигининг камайиши ва бемор функционал имкониятларининг тезроқ тикланиши бир вақтнинг ўзида кузатилганидир.

Операциядан кейинги дастлабки соатларда оғриқ ҳаракатланишга психологик ва жисмоний тўсиқ бўлади. Айниқса, чов соҳасидаги очиқ кесмада мушак-апоневротик тўқималар, тери ва тери ости тўқималарининг манипуляция (тикиш, кесиш, электрокоагуляция) қилиниши оғриқ импульсларини ошириши мумкин.

ТАРР да эса чурра соҳасига кириш қорин бўшлиғидан преперитонеал йўл орқали амалга оширилади. Шунинг учун чов соҳасида катта очиқ кесма ва анъанавий хирургик жарохат шаклланмайди.

Мазкур тадқиқотда VAS даражаси энг катта фарқни операциядан кейинги биринчи суткада намоён қилди. Худди шу даврда беморларнинг туриши ва ҳаракатланишида ҳам асосий гуруҳ фойдасига аниқ клиник тенденция кузатилди.

Бундай параллел динамика операциядан кейинги оғриқни самарали камайтириш эрта мобилизация учун муҳим шартлардан бири эканини кўрсатади.

Натижалар муҳокамаси. Операциядан кейинги оғриқ замонавий герниологияда даволаш натижаларини баҳолашнинг асосий мезонларидан бири ҳисобланади. Айниқса, ЧҲ лари хирургиясида фақат рецидивларни камайтириш эмас, балки беморнинг оғриқсиз ҳаракатланиши ва ҳаёт сифати ҳам муҳим аҳамиятга эга [4, 8].

Халқаро HerniaSurge тавсияларида лапароскопик ТАРР усули малакали хирурглар томонидан бажарилганда операциядан кейинги оғриқ ва сурункали чов оғриғи нуқтаи назаридан очиқ олдинги герниопластикага нисбатан айрим афзалликларга эга бўлиши мумкинлиги кўрсатилган [4, 8].

Бунда 48 соат ичида оғриқ ҳар икки гуруҳда ҳам камайган, аммо ЛХЭК+ТАРР гуруҳида у минимал даражага яқинлашган. Бу эса беморнинг мустақил ҳаракатланиши учун қулай шароит яратган бўлиши мумкин.

ERAS концепциясида ҳам эрта мобилизация беморни операциядан кейинги ортиқча ётоқ режими оқибатларидан ҳимоя қилишда муҳим аҳамиятга эга. Эрта ҳаракатланиш мушак функцияларининг сақланиши, ўпка вентиляциясининг яхшиланиши ва веноз қон айланишининг фаоллашишига ёрдам беради [7].

Симультан операцияларда мазкур масала янада муҳим, чунки бир вақтнинг ўзида икки хирургик патология бартараф этилади. Агар иккинчи операция қўшимча катта очиқ кесма орқали бажарилса, биринчи лапароскопик босқичнинг миниинвазив афзалликлари маълум даражада камайиши мумкин.

ЛХЭК+ТАРРда эса иккала операциянинг миниинвазив концепцияда амалга оширилиши бемор учун ягона лапароскопик реабилитация профилини таъминлайди.

Шу билан бирга, ЛХЭК+ТАРР афзалликларини баҳолашда операция давомийлиги, хирургнинг лапароскопик тажрибаси, чурра анатомияси ва беморнинг соматик ҳолатини ҳам инобатга олиш лозим.

Мазкур диссертация материалларида ЛХЭК+ТАРР операцияси ЛХЭК+Лихтенштейнга нисбатан узоқроқ давом этган. Шунга қарамасдан, кейинги тикланиш кўрсаткичларида асосий гуруҳ фойдасига ижобий динамика кузатилди. Бу хирургик усул самарадорлигини фақат операция вақти билан эмас, балки беморга йўналтирилган натижалар комплекси билан баҳолаш зарурлигини кўрсатади.

Амалий аҳамияти. Олинган натижалар ЎТК ва ЧЧ бир вақтда мавжуд бўлган беморларда симультан хирургик тактикани танлашда амалий аҳамиятга эга.

ЛХЭК+ТАРР қўлланганда: операциядан кейинги оғриқ интенсивлиги камайиши; беморнинг эртароқ ўтириши; туриш ва юришнинг тезлашиши; мустақил ҳаракатланишга эртароқ ўтиш; жароҳат асоратларининг камайиши; стационар даволаниш муддатининг қисқариши каби клиник афзалликлар кузатилиши мумкин.

Шундай қилиб, тўғри танланган беморларда симультан ЛХЭК+ТАРРдан кейин оғриқ синдромининг паст бўлиши эрта функционал реабилитация учун қулай шароит яратади. Бироқ, оғриқ интенсивлиги ва мобилизация вақти ўртасидаги мустақил статистик боғлиқликни тасдиқлаш учун келгусида бемор даражасидаги корреляцион ва кўп омилли таҳлиллар ўтказиш зарур.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Lammert F., Gurusamy K., Ko C.W., Miquel J.F., Méndez-Sánchez N., Portincasa P., et al. Gallstones. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016; 2:16024. DOI: 10.1038/nrdp.2016.24.
2. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *Journal of Hepatology*. 2016;65(1):146–181. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.03.005.
3. Pisano M., Allievi N., Gurusamy K., Borzellino G., Cimbanassi S., Boerna D., et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020; 15:61. DOI: 10.1186/s13017-020-00336-x.
4. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1–165. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x.
5. Fitzgibbons R.J. Jr., Forse R.A. Groin hernias in adults. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(8):756–763. DOI: 10.1056/NEJMcp1404068.
6. Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire, Short-Form McGill Pain Questionnaire, Chronic Pain Grade Scale, Short Form-36 Bodily Pain Scale, and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain. *Arthritis Care & Research*. 2011;63(S11):S240–S252. DOI: 10.1002/acr.20543.
7. Ljungqvist O., Scott M., Fearon K.C. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surgery*. 2017;152(3):292–298. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.4952.

8. Stabilini C., van Veenendaal N., Aasvang E., Agresta F., Aufenacker T., Berrevoet F., et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJS Open*. 2023;7(5): zrad080. DOI: 10.1093/bjsopen/zrad080.

9. Quezada N., León F., Contreras L., et al. Simultaneous laparoscopic inguinal hernia repair and cholecystectomy: does it cause mesh infection? *Hernia*. 2021; 25:941–946. DOI: 10.1007/s10029-020-02269-5.

10. Stinton L.M., Shaffer E.A. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut and Liver*. 2012;6(2):172–187. DOI: 10.5009/gnl.2012.6.2.172.