

O'PKA VA JIGAR QO'SHMA EXINOKOKKOZI JARROHLIGI

Murtazaev Zafar Israfulovich

Umumiy xirurgiya kafedrası, tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Baysariev Shovkat Usmonovich

Umumiy xirurgiya kafedrası, assistent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston.

Shodiyarova Xilola Janonovna

Xirurgiya va reanimatsiya kafedrası, o'qituvchi

Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi, Samarqand, O'zbekiston

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10031241>

Annotatsiya: Dolzarbli. O'pka va jigar exinokokkozi davosida hozirgacha xirurgik usul asosiy bo'lib qolmoqda. Muqobil konservativ davo esa uncha samarali emas. Ushbu tadqiqotimizning asosiy maqsadi exinokokkozning o'pka va jigar kistalarini davolashda minimal invaziv xirurgik aralashuvlarni baholashdan iborat.

Material va metodlar. Ushbu ishimiz Samarqand Davlat tibbiyot universitetining umumiy xirurgiya kafedrası klinikasida o'pka va jigarning qo'shma exinokokkoziga chalingan 112 nafar bemorni xirurgik yo'l bilan davolash natijalarini o'z ichiga oladi.

Klinik material uch guruhga bo'lingan: birinchi guruhda (nazorat guruhi) 36 (32,14%) bemor bo'lib, o'pka va jigardagi kistalar alohida keng kesmalar orqali operatsiya qilingan. Shu qatorda, 34 (94,44%) bemorda o'tkazilgan operatsiyalar 4-6 haftalik interval bilan etapma-etap amalga oshirildi, 2 (5,56%) nafar bemorda esa, exinokokkektomiya amaliyoti bir momentli, ya'ni o'pka va jigardan bir vaqtning o'zida alohida kesmalar orqali amalga oshirildi; Ikkinchi guruhdagi 29 nafar (25,89%) bemorga bir vaqtning o'zida torakofrenolaparotomiya yo'li bilan o'ng o'pka va jigardan exinokokk kistalari olib tashlandi; Uchinchi guruhdagi 47 (41,97%) bemorda o'pka va jigardagi kistalarni olib tashlash bosqichma-bosqich amalga oshirildi. Shundan 35 (74,47%) holatda, exinokokkektomiyaning ma'lum bosqichlarida o'zimiz tomondan ishlab chiqilgan videoassistentlashtirilgan minikesimlardan foydalandik, va 12 (25,53%) holatda - barcha torakal va qorin bo'shlig'iga kirishlar faqat mini-kesmalar yordamida amalga oshirildi. 7 nafar bemorda o'pka va jigardagi kistalar uchun bir vaqtning o'zida bir momentli alohida mini-kirish orqali xirurgik aralashuvlar amalga oshirildi, 5 nafar bemorda esa to'rt haftalik interval bilan bosqichma-bosqich o'pka va jigardan kistalar olib tashlandi.

Minimal invaziv yondashuvlar va bir vaqtning o'zida bajarilgan operatsiyalarni qo'llash operatsiyadan keyingi erta asoratlarni 13,89% dan (nazorat guruhi) 9,21% gacha, (asosiy guruh) ya'ni deyarli 2 marta kamaytirishga yordam berdi.

Xulosa: ushbu tadqiqotimiz shuni ko'rsatdiki, endovizual texnologiyadan foydalanish o'pkada va jigar kistalarining qo'shma lokalizatsiyasida ham minimal invaziv kirish orqali operatsiyalarni o'tkazishga imkon beradi va an'anaviy torakotomiya va laparotomiya usullari bilan bajarilgan operatsiyalarga nisbatan operatsiyadan keyingi asoratlarni sonining ko'payishiga olib kelmaydi.

Kalit so'zlar: jigar exinokokkozi, o'pka exinokokkozi, qo'shma exinokokkoz, laparoskopik exinokokkektomiya, minilaparotom exinokokkektomiya, laparotom exinokokkektomiya.

ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

Аннотация: Актуальность. Хирургическое вмешательство остается основным методом лечения эхинококкоза как легочной так и печеночной локализации. Альтернативная консервативная терапия не обладает высокой эффективностью. Целью данного исследования было оценка малоинвазивных хирургических вмешательств при лечении эхинококковых кист печени и легких.

Материал и методы. В работу включены результаты хирургического лечения 112 больных сочетанным эхинококкозом легких и печени, оперированных в общей хирургии Самаркандского медицинского университета.

Клинический материал разделен на три группы: в первой группе(контрольная), 36 (32,14%) больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через отдельные широкие доступы. При этом 34 (94,44%) больным – операции проведены поэтапно с интервалом 4-6 недель, 2 (5,56%) – эхинококкэктомия из легких и печени выполнена одномоментно отдельными доступами; Во второй группе, 29 (25,89%) больным удаление эхинококковых кист из правого легкого и печени произведено одномоментно через торакофренолапаротомический доступ; В третьей группе у 47 (41,97%) больных удаление кист из легких и печени проведено поэтапно. При этом в 35 (74,47%) случаях на отдельных этапах эхинококкэктомии применены разработанные нами мини-доступы в сочетании с видеоассистированием, а у 12 (25,53%) - все торакальные и абдоминальные доступы проведены с использованием только мини-разрезов. 7 больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через отдельные мини-доступы одномоментно, а 5 пациентам удаление кист из легких и печени проведено поэтапно с интервалом четыре недели.

Использование малоинвазивных доступов и одномоментных операций способствовало сокращению ранних послеоперационных осложнений с 13,89% (контрольная группа) до 9,21% (основная группа), т.е. в 2 раза.

Заключение: это исследование показывает, что применение эндовизуальной технологии позволяет проведению операций через минимально инвазивные доступы как в легких так и прилежащих локализаций кист печени и не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений в сравнении с операциями, выполненными традиционными торакотомными и лапаротомными доступами.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, эхинококкоз легких, лапароскопическая эхинококкэктомия, минилапаротомная эхинококкэктомия, лапаротомная эхинококкэктомия.

SURGICAL TACTICS IN COMBINED LUNG AND LIVER ECHINOCOCCOSIS

Annotation: Relevance. Surgical intervention remains the main method of treatment of echinococcosis of both pulmonary and hepatic localization. Alternative conservative therapy is not highly effective. The aim of this study was to evaluate minimally invasive surgical interventions in the treatment of echinococcal cysts of the liver and lungs.

Material and methods. This work includes the results of surgical treatment of 112 patients with combined echinococcosis of the lungs and liver, operated in general surgery of the Samarkand Medical University.

The clinical material was divided into three groups: in the first group (control), 36 (32.14%) patients underwent surgery on the lungs and liver through separate wide accesses. At the same

time, 34 (94.44%) patients - operations performed in stages with an interval of 4-6 weeks, 2 (5.56%) - echinococcectomy from the lungs and liver performed simultaneously with separated accesses; In the second group, 29 (25.89%) patients underwent removal of echinococcal cysts from the right lung and liver at the same time through thoracophrenolaparotomy; In the third group, in 47 (41.97%) patients, the removal of cysts from the lungs and liver carried out in stages. At the same time, in 35 (74.47%) cases, at certain stages of echinococcectomy, mini-approaches developed by us were use in combination with video assistance, and in 12 (25.53%) cases, all thoracic and abdominal approaches performed using only mini-incisions. In 7 patients, surgical interventions on the lungs and liver were performed through separate mini-accesses at the same time, and in 5 patients, cysts were removed from the lungs and liver in stages with an interval of four weeks.

The use of minimally invasive approaches and simultaneous operations contributed to the reduction of early postoperative complications from 13.89% (control group) to 9.21% (main group), i.e. 2 times.

Conclusion: this study shows that the use of endovisual technology allows operations through minimally invasive accesses both in the lungs and adjacent localizations of liver cysts and does not lead to an increase in the number of postoperative complications compared with operations performed by traditional thoracotomy and laparotomy approaches.

Keywords: liver echinococcosis, pulmonary echinococcosis, laparoscopic echinococcectomy, minilaparotomic echinococcectomy, laparotomic echinococcectomy.

KIRISH

Dolzarbli. Bugungi kunga qadar xirurgik aralashuv exinokokkoz davosining asosiy usuli bo‘lib qolmoqda. Albendazol va vermoksni buyurish orqali exinokokkozning muqobil konservativ terapiyasiga oid ko‘plab ishlar mavjud bo‘lsada, konservativ davo unchalik samarador emasligini klinik amaliyot ko‘rsatib bermokda [2, 4, 8, 13, 20].

Ba‘zi mualliflar organdagi exinokokk kistasiga nisbatan radikal taktika, ya‘ni to‘lik peritsistektomiya yoki organ rezeksiyasini ma‘qul ko‘rishadi va exinokokk kistasining fibroz kapsula bilan birga olib tashlanishi exinokokkoz residivi profilaktikasi sifatida izohlanadi. Bu yondashuvda kistani ochish, uning ichidagi suyuqligini olib tashlash zarurati yo‘qqa chiqadi va shu sababli parazitning ichidagi germinativ elementlarning jarohatga va qorin bo‘shlig‘iga tarqalishi kuzatilmaydi. Bu esa operatsiyadan keyingi asoratlari va o‘lim sonini sezilarli darajada kamaytiradi [1, 5, 10].

So‘nggi paytlarda endovizual va minimal invaziv texnologiyalar yordamida exinokokkozni davolashga bag‘ishlangan ishlar ko‘p uchray boshladi: shulardan, laparoskopik va torakoskopik exinokokkektomiya, ultratovush va kompyuter tomografiya nazorati ostida punktsion usulda davolash [3, 6, 7, 18, 21]. Shunga qaramasdan, ushbu texnologiyalarni maqsadli, effektiv va xavfsiz qo‘llash ko‘p qarama-qarshiliklar mavjudligiga va kam sonli kuzatishlarga asoslangandir. Exinokokkozni operativ davolashda yuqori natijalarga erishish uchun ochiq xirurgik usul amaliyotda juda ko‘p va turli xil usullarda qo‘llaniladi. Biroq, ular xirurglarni to‘liq qoniqtirmaydi, chunki operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi hamon yuqoriligicha qolmoqda va 40% gacha yetmoqda [12, 14, 17].

Kistaning lokalizatsiyasi, uning chuqurligi, parazitning rivojlanish bosqichi, o‘lchami va boshqalarga qarab, exinokokkozda o‘tkazilgan ayrim xirurgik aralashuvlarning nomlarini va ayrim jarrohlik aralashuvlarga ko‘rsatmalarni aniqlashda hali ham ko‘plab savollar mavjud.

MATERIAL VA METODLAR

Ushbu ish Samarqand Davlat tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya kafedrasida klinikasida yoshlari 5 dan 76 yoshgacha bo'lgan, o'pka va jigarning qo'shma exinokokkoziga chalingan 112 nafar bemorni xirurgik yo'l bilan davolash natijalarini o'z ichiga oladi.

Bemrlarning yosh bo'yicha guruhlariga taqsimlanishi 91 (81,25%) nafar bemor mehnatga layoqatli yoshda ekanligini ko'rsatdi. Bemrlarning 25 nafari (22,32%) shahar aholisi, 87 nafari (77,67%) qishloq aholisi ekanligi aniqlandi.

Klinik tekshiruvdan tashqari, ko'krak qafasi rentgenogrammasi va kompyuter tomografiyasi asosiy diagnostik usullar deb hisoblandi. Atipik klinik va rentgenologik belgilar ega bemorlarga diagnoz qo'yish uchun fibrobronkoscopiya (oq-sariq yoki oqimtir pardani endobronxial aniqlash) ishlatilgan. Ko'krak qafasining kompyuter tomografiyasida (KT) o'pkada oval yoki sharsimon soyalanishlar aniqlandi. Jigardagi kistalarni aniqlash uchun qorin bo'shlig'ining kompyuter tomografiyasi va ultratovush tekshiruvi o'tkazildi.

Klinik material uch guruhga bo'lindi: birinchi guruhda (nazorat guruxi) 36 (32,14%) nafar bemor bo'lib, o'pka va jigardagi kistalar alohida keng kesmalar orqali operatsiya qilingan. Shu katorada, 34 (94,44%) bemorda o'tkazilgan operatsiyalar 4-6 haftalik interval bilan etapma-etap amalga oshirildi, 2 (5,56%) nafar bemorda esa, exinokokkektomiya amaliyoti bir momentli, ya'ni o'pka va jigardan bir vaqtning o'zida alohida kesmalar orqali amalga oshirildi; Ikkinchi guruhdagi 29 nafar (25,89%) bemorga bir vaqtning o'zida torakofrenolaparotomiya yo'li bilan o'ng o'pka va jigardan exinokokk kistalari olib tashlandi; Uchinchi guruhdagi 47 (41,97%) nafar bemorda o'pka va jigardagi kistalarni olib tashlash bosqichma-bosqich amalga oshirildi. Shundan 35 (74,47%) holatda, exinokokkektomiyaning ma'lum bosqichlarida o'zimiz tomondan ishlab chiqilgan videoassistentlashtirilgan minikesimlardan foydalandik, va 12 (25,53%) holatda - barcha torakal va qorin bo'shlig'iga kirishlar faqat mini-kesmalar yordamida amalga oshirildi. 7 nafar bemorda o'pka va jigardagi kistalar uchun bir vaqtning o'zida bir momentli alohida mini-kirish orqali xirurgik aralashuvlar amalga oshirildi, 5 nafar bemorda esa to'rt haftalik interval bilan bosqichma-bosqich o'pka va jigardan kistalar olib tashlandi.

O'pkadagi qoldiq fibroz bo'shliqni bartaraf qilish uchun quyidagi usullar qo'llanildi: 126 holatda Bobrov usuli, 33 xolatda Delbe usuli, 10 tasida Vohidov usuli va 4 tasida o'pkaning qisman atipik rezeksiyasi, 3 ta holatda Vishnevskiy bo'yicha likvidatsiya qilindi. Jigardagi qoldiq bo'shliqni bartaraf qilish uchun esa: 185 holatda Delbe usuli va 19 holatda Askerxanov bo'yicha omentoplastika bajarildi.

NATIJARLAR

Birinchi guruhda 36 nafar bemorga an'anaviy usulda, ya'ni 5 va 6 qovurg'alar orasidan keng torakotomiya bajarilib o'pkadan exinokokkektomiya qilindi. Bundan tashqari, ularning 10 tasida (27,77%) ikkala tomonlama torakotomiya bajarildi. Shu bilan birga, bemrlarning asosiy guruhida keng torakotomiya usuli orqali o'pkadan kistalarni olib tashlash zarurati 2 (2,73%) nafar bemorda ham paydo bo'ldi.

Operatsion kesmaning o'rtacha uzunligi $23,2 \pm 2,7$ smni, operatsion kesmani bajarish uchun ketgan vaqt esa o'rtacha $25 \pm 5,3$ daqiqani va amaliyot davomida umumiy qon yo'qotish $125,11 \pm 24,1$ ml ni tashkil etdi.

Keng torakotomik kesma orqali bajarilgan exinokokkektomiyadan so'ng 5 (13,88%) nafar bemorda asoratlar kuzatildi: 2 bemorda operatsiyadan keyingi pnevmoniya, 1 nafar bemorda ekssudativ plevrit va 2 ta bemorda yaraning yiringlashi kuzatildi.

O'pkadan exinokokkektomiya operatsiyasidan so'ng bemorlarning kasalxonada o'tkazgan muddati o'rtacha $14,2 \pm 2,4$ kunni tashkil etdi.

Birinchi guruhdagi bemorlarga jigardan exinokokkektomiya operatsiyasini o'tkazishda an'anaviy laparotomiya usullari qo'llanildi – ya'ni 23 (63,88%) nafar bemorda yuqori o'rta laparotomiya bajarildi, 8 (22,22%) nafar bemorda o'ng qovurg'a yoyi ostidan kesma (Fedorov kesmasi) va yana 5 (13,88%) nafar bemorda jigardan kistalar torakofrenolaparotomik kesma orqali olib tashlandi.

Asosiy guruhdagi bemorlarning jigaridan exinokokk kistalarini olib tashlash uchun keng laparotomik yo'l orqali bajarish zarurati 33 (43,42%) nafar bemorda kuzatildi: shulardan - 18 (23,68%) bemorda yuqori o'rta laparotomiya, 15 (19,74%) nafar bemorda - faqat jigardan kistalarni olib tashlash uchun o'ng tomonlama torakofrenolaparotomiya bajarildi. Shu bilan birga, laparotom kesmaning uzunligi o'rtacha $23,2 \pm 2,7$ smni, kesmani bajarish uchun ketgan vaqt esa $20 \pm 4,5$ minut tashkil etdi. Laparotomiyadan keyin umumiy qon yo'qotish $125,11 \pm 24,1$ ml ni tashkil etdi. Operatsiya davomiyligiga o'rtacha $120,36 \pm 20,20$ minut ketdi. Bemorlarning laparotomiyadan keyin kasalxonada qolish muddati $12,2 \pm 1,6$ kunga teng bo'ldi.

Laparotom kesma orqali jigardan exinokokkektomiya operatsiyasidan keyin 3 (9,09%) nafar bemorda asoratlar kuzatildi: 1 bemorda diafragma osti absessi va 2 nafar bemorda jarohatning yiringlashi kuzatildi.

Torakofrenolaparotomik kesma 29 nafar bemorda qo'llanilgan, shu jumladan, o'ng o'pka va jigar exinokokkozi bilan 26 nafar bemorda va ikkala o'pka va jigar exinokokkozi bilan og'rigan 3 nafar bemorda qo'llanildi, ularning chap o'pkasidagi kistalar mitorakotomik kesmalar orqali olib tashlandi.

Kesma yo'li bo'ylab teri, teri osti yog' klechatkasi va yuzaki fassiya kesib ajratilib borildi. Kesma uzunligi 25–30 sm tashkil qildi. Keng mushakning lateral tolalari va qovurg'alararo muskul tolalar yo'nalishiga qarama-qarshi, qorinning tashqi qiyshiq va ko'ndalang mushaklari shu nomdagi fassiyasi bilan esa tolalar yo'nalishi bo'yicha kesilib borildi. Ichki qiyshiq mushaklar esa tolalar yo'nalishi bo'ylab kesildi. Kesma bo'ylab parietal plevra, qorin parda va qovurg'a yoyi, shuningdek diafragma kesilib ochib borildi. Plevra va qorin bo'shlig'i ochildi. O'pka va jigarda joylashgan exinokokk kistalarini olib tashlash bosqichlari an'anaviydan farq qilmadi. Ko'pgina holatlarda, birinchi etapda jigardan exinokokk kistasini olib tashlash bo'ldi.

Torakofrenolaparotomik kesma uchun qovurg'alar orasini tanlash o'ng o'pka va jigarda exinokokk kistalarining lokalizatsiyasiga bog'liq bo'ldi. 29 bemorning 5 tasida (17,24%) exinokokk kistalari o'ng o'pkaning yuqori bo'lagida va jigarning VII-VIII segmentlarida, 7 tasida (24,13%) kistalar o'ng o'pkaning o'rta bo'lagida va jigarning o'ng bo'lagida (VII-VIII segmentlarida) joylashgan. O'ng o'pkaning pastki bo'lagi va jigarning o'ng bo'lagi (VII-VIII segmentlarida) kistalarning birgalikda uchrashi 11 (37,93%) nafar bemorda kuzatildi, jigarning ikkala bo'lagi va o'ng o'pkaning o'rta, pastki bo'lagining ko'plab exinokokk kistalari bilan zararlanishlari 5 (17,24%) nafar bemorda kuzatildi, o'ng o'pkaning yuqori, o'rta bo'laklari va jigarning ikkala bo'lagini qamrab olgan kistalar 1 (3,44%) nafar bemorda kuzatildi.

O'ng o'pkaning yuqori va o'rta bo'laklarida va jigarning o'ng bo'lagida ($n = 13$) joylashgan kistalarda operatsion kesma 7-chi qovurg'alar oralig'idan bajarilib, kesmalar orqa aksilyar chiziqdan boshlab to qorinning to'g'ri mushagining lateral chetiga qadar o'tkazildi. Agar kistalar o'ng o'pkaning pastki bo'laklarida va jigarning o'ng bo'lagida ($n=11$) joylashgan bo'lsa, kesma VIII qovurg'alar oralig'idan bajarilib, kesma o'rta qo'ltiq osti chizig'idan boshlab to

qorinning to'g'ri mushagining lateral chetiga qadar qilindi. Exinokokk kistalari o'ng o'pkaning o'rta va pastki qismlarini va jigarning ikkala bo'lagini ($n = 5$) zararlagan bo'lsa, unday xolatlarida kesma orqa qo'ltiq osti chizig'idan boshlanib, qorinning oq chizig'iga qadar 7-qovurg'alar orasi bo'ylab amalga oshirildi.

Shunday qilib, 18 (62,09%) nafar bemorda VII -chi qovuralararo bo'ylab torakofrenolaparotomiya amalga oshirildi, qolgan 11 (37,93%) nafar bemorda esa VIII-chi qovurg'alar orasidan kirish amalga oshirildi. Ushbu kesmani bajarish uchun vaqt $30 \pm 5,3$ minutni tashkil etdi va jami operatsiya davomida qon yo'qotish $220,25 \pm 75,7$ ml teng bo'ldi. Operatsiyaning o'rtacha davomiyligi $230,32 \pm 30,6$ minutni tashkil etdi. Operatsiya birinchi sutkasida narkotik analgetiklar kuniga 1-2 martadan, keyingi 3-4 sutkalarda esa nonarkotik analgetiklar 3-4 marta og'riq qoldiruvchi sifatida qo'llanildi. Torakofrenolaparotom kesma orqali o'ng o'pka va jigardan bir vaqtning o'zida bajarilgan exinokokkektomiyadan keyin 3 (10,34%) nafar bemorda asoratlar qayd etildi: ya'ni, 1 bemorda operatsiyadan keyingi pnevmoniya, 1 bemorda ekssudativ plevrit va yana 1 nafar bemorda yaraning yiringlashi kuzatildi. O'ng o'pka va jigardan bir bosqichli exinokokkektomiya operatsiyasidan keyin bemorlarning kasalxonada qolish muddati o'rtacha $12,2 \pm 2,6$ kunni tashkil etdi.

Biz ushbu operatsiyalarda bajarilgan kesmalarni kamchilik tomonini uning travmatikligi deb hisoblaymiz, bu harakatning cheklanishi va operatsiya tomonida qo'llarda og'riqni borligi, bemorlarning 3-4 kun kech aktivlashishi, parvarish qiluvchilarga muxtojligi va uzoq muddatli (5-6 kun davomida) og'riq qoldiruvchi vositalardan foydalanishi bilan ko'rsatiladi.

Kesmalarni afzallik tomonlari jigarning o'ng bo'lagi (VII-VIII segmentlari), shuningdek, o'ng o'pkaning barcha bo'laklarida ishlash uchun yetarli ekspozitsiya hosil qilish bo'ldi. Kesmalar yuqorida keltirilgan organlarda bir bosqichli exinokokkektomiya operatsiyasini o'tkazish imkonini berdi.

47 nafar bemorda minitorakotom kesma orqali operatsiya amalga oshirildi, ikkala o'pkasi va jigari zararlangan 4 nafar bemorda bu kesma 2 marta qo'llanildi, shu sababli atigi 51 holatda minitorakotomiya usuli qo'llanildi.

Operatsion kesmani uzunligi 5 sm chegarasida o'zgarib turdi. Minitorakotom kesmani qilishga o'rtacha $11 \pm 3,6$ minut vaqt ketdi. Operatsiya davomida umumiy qon yo'qotish $52,63 \pm 5,26$ mlni tashkil etdi. Kesmaning kam travmatikligi sababli operatsiyadan keyingi davrda narkotik analgetiklarni qo'llashni istisno qilishga imkon berdi. Operatsiyadan keyingi davrda 1 (2,38%) nafar bemorda pnevmoniya kuzatildi.

Bemorlar kasalxonada bo'lishini umumiy davomiyligi o'rtacha $5,5 \pm 1,2$ kunga teng bo'ldi.

Asosiy guruhning 11 (23,40%) bemorida jigardan exinokokkektomiya videoassistentlashtirilgan yordam bilan birgalikda minilaparotomiya yordamida amalga oshirildi. Buning uchun 4 bemorda pararektal minilaparotomiya qo'llanildi, 7 nafar bemorda o'ng qovurg'a yoyi bo'ylab qiyshiq ko'ndalang kesmadan foydalanildi.

Kesmani uzunligi 5 sm gacha bo'ldi. Ushbu kesmani bajarish uchun ketgan vaqt o'rtacha $10 \pm 4,8$ minutni tashkil etdi. Operatsiya davomida umumiy qon yo'qotish $48,36 \pm 5,27$ ml, operatsiyani davomiyligi $84,2 \pm 18,5$ minutga teng bo'ldi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar 8-12 soatdan keyin faollashtirildi va keyinchalik ularni parvarish qilish uchun qarovchi shart bo'lmadi.

Bemorlarning kasalxonada yotish muddati o'rtacha $5,6 \pm 1,3$ kunni tashkil etdi.

O'pka va jigarda kistalarning nostandart joylashuvi, ulaning hajmi, shuningdek, organlarning qo'shma zararlanishini hisobga olgan holda, natijalarni qiyosiy tahlil qilish uchun biz birinchi guruhni ajratishga qaror qildik, bularga asosan keng kesmalar orqali bajarilgan operatsiyalar kiritildi va 3 ta kichik guruhga bo'lindi:

1a kichik guruhi – hozirda biz torakofrenolaparotomik kesma orqali bir vaqtning o'zida o'ng o'pkadan ham, jigardan ham kistalarni olib tashlashimiz mumkin bo'lgan bemorlar (n=10) kiritildi;

1b kichik guruhi – ushbu bemorlarda (n=21) hozirgi vaqtda o'pka va jigardan kistalarni olib tashlashning aloxida etaplarida biz videoassistentlashtirilgan yordami bilan birgalikda minimal invaziv usullardan foydalanish mumkin bo'lganlarni kiritdik;

1v kichik guruhi – ushbu gurux bemorlariga (n=5), biz hozirgi vaqtda exinokokkektomiyaning barcha etaplarida videoassistentlashtirilgan yordam bilan minimal invaziv usullar qo'llanildi.

Bir vaqtning o'zida o'ng o'pka va jigardan exinokokkektomiya qilingan (n = 29) va biz hozirda bir vaqtning o'zida o'ng o'pkadan va jigardan torakofrenolaparotomiya orqali kistalarni olib tashlashimiz mumkin bo'lgan mos kichik guruhlarda (n = 10) bo'lgan bemorlarning davolash natijalari qiyosiy tahlili kilinganda quyidagilar ma'lum bo'ldi:

Torakofrenolaparotomik kesma xirurgik yondashuv ob'ektlariga – ya'ni o'pka va jigarga kirish kesmasi travmasini kamaytirmaydi. Ammo, umuman olganda keng torakotomiya va laparotomiyadan keyin yumshoq to'qimalarning kesma uzunligi o'rtacha $12,2 \pm 2,3$ sm ga ko'proq.

Torakofrenolaparotomik kesma orqali bir etapli exinokokkektomiya operatsiyasi amalga oshirilganda, an'anaviy laparotomiya va torakotomiya usullarini birgalikda bajarishga qaraganda operativ kirish vaqti va operatsiyaning umumiy davomiyligi o'rtacha 7-10 daqiqaga qisqardi. Operatsiyaning umumiy davomiyligi bosqichma – bosqich amalga oshirilgan an'anaviy usullardan foydalanganda $263,80 \pm 45,38$ minutdan, torakofrenolaparotomik kesma orqali bir etapli exinokokkektomiyaning amalga oshirishda $230,32 \pm 30,6$ minutgacha kamaydi.

Operatsiya paytidagi umumiy qon yo'qotishlar sezilarli farqlarga ega bo'lmadi. Shu bilan birga, torakofrenolaparotomik kesma yordamidagi operatsiyalarda umumiy qon yo'qotish $220,25 \pm 75,7$ ml ni tashkil etgan bo'lsa, mos kichik guruhda qon yo'qotish $250,22 \pm 48,2$ ml ni tashkil etdi.

Bosqichma-bosqich bajariladigan operatsiyalarga qaraganda, bir bosqichli xirurgik operatsiyalarni amalga oshirishda og'riq qoldiruvchi vositalarni qo'llash muddati ham 2 barobarga qisqardi. Ikkala kichik guruhdagi bemorlar bir xil vaqtda aktivlashtirildi.

Operatsiyadan keyingi asoratlar nazorat kichik guruhida 40% dan asosiy kichik guruhda 10,34% gacha kamaydi. Bir vaqtning o'zida bajarilgan exinokokkektomiya operatsiyasidan foydalanish bemorlarning shifoxonada qolish muddatini kichik guruhda 26,6 kundan (ikkita operatsiya yig'indisida) asosiy guruhda 13,6 kungacha qisqartirish imkonini berdi.

O'pka va jigardan exinokokkektomiyaning ma'lum bosqichlarida minimal invaziv yondashuvlar bajarilgan (n=35) va hozirda o'pka va jigardan kistalarni olib tashlashning ma'lum bosqichlarida biz minimal invaziv aralashuvlarni qo'llashimiz mumkin bo'lgan bir xil kichik guruhi (n = 21) bemorlarini davolash natijalarining qiyosiy tahlilini o'tkazilganda, ko'krak va qorin old devorining yumshoq to'qimalarini kesish uzunligi 5 sm gacha, operatsiyalar paytida qon yo'qotish $250,22 \pm 48,2$ mldan $173,47 \pm 29,37$ ml gacha kamaydi.

Exinokokkektomiyaning barcha bosqichlarida endovideojarrohlik texnologiyasidan foydalanilgan bemorlarning (n=12) va hozirgi vaqtda exinokokkektomiyaning barcha bosqichlarida biz videoassistentlashtirilgan yordam bilan minimal invaziv kirishlarda bajarilishi mumkin bo'lgan mos kichik guruhi (n=5) bilan davolash natijalari qiyosiy tahlil qilinganda, ob'ektga nisbatan kesmaning travmatik ta'siri kamayganligini qayd etdik.

Kesmalarning uzunligi $46,4 \pm 5,4$ sm dan 10 sm gacha, ya'ni 4 baravardan ziyodga kamaydi. Operatsion kesmani amalga oshirish uchun sarflangan vaqt o'rtacha 2 baravarga kamaydi. Ikki bosqichli operatsiyalar yig'indisida umumiy qon yo'qotish o'rtacha 2,5 baravar kamaydi va bemorlarning asosiy kichik guruhida har bir operatsiyadan keyin analgetiklarni qo'llash nazorat kichik guruhida 5 kun o'rniga 2 kungacha kamaydi.

Asosiy va nazorat guruhlarida o'pka va jigarning qo'shma exinokokkoziga chalingan bemorlarni jarrohlik davolash natijalarini taqqoslash shuni ko'rsatdiki, minimal invaziv yondashuvlar va bir vaqtning o'zida bajarilgan operatsiyalardan foydalanish operatsiyadan keyingi erta asoratlarni 13,89% dan (nazorat guruhi) 9,21% (asosiy guruh) gacha, ya'ni deyarli 2 marta kamaytirishga yordam berdi.

Operatsiyadan keyingi olis davrda, nazorat guruhidagi turgan va operatsiya bo'lganligiga kamida 5 yil bo'lgan bemorlarni tekshirilganda 3 ta bemorda ligaturali oqmalar, 2 ta holatda operatsiyadan keyingi churralar, 7 ta holatda operatsiyadan keyingi qo'pol, deformatsiya qiluvchi chandiqlar va 3 ta holatda qorin bo'shlig'ining chandiqli kasalligi aniqlandi. Bu asoratlar faqat 12 (33,33%) nafar bemorda aniqlangan. Asosiy guruhdagi faqat 1 (1,32%) nafar bemorda operatsiyadan keyingi olis davrda o'ng qovurg'a yoyining osteomieliiti, xondriti kuzatilgan.

Operatsiyadan keyingi davrda barcha 112 nafar bemorga 3-5 kursdan, 30 kun davomida kuniga 12 mg/kg dozada albendazol bilan kimyoterapiya o'tkazildi. Ushbu preparatning ijobiy xususiyatlaridan biri uning kam zaxarliligii va nojo'ya ta'sirini rivojlanish xavfi pastligi bo'lib, uni juda uzoq kurslar davomida ishlatishga imkon beradi.

MUXOKAMA

Ekinokokkozning erta diagnostika qilish uning klinik simptomlarining kamligi yoki umuman yo'qligi sababli birmuncha qiyinchilik tug'diradigan vazifa hisoblanadi. Exinokokkozning spesifik, klinik va laborator ko'rinishlarining yo'qligi bois diagnoz qo'yishda instrumental tekshirish usullarini birinchi o'ringa chiqaradi. Diagnostik nuqtai nazardan, jigar kistalarini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvini va o'pkadagi kistalarni lokalizatsiyasini aniqlash uchun polipozitsion rentgenografiyaga alohida e'tibor berildi. Ultratovush tekshiruvini kista shakllanishini aniqlashga, kistaning tabiati va holatini aniqlashga imkon berdi, ammo kistaning pozitsion lokalizatsiyasini to'liq aniqlay olmaydi, bu esa xirurg uchun qulay xirurgik kesim orqali kista soxasiga kirib borish juda muhimdir. Shuning uchun, alohida holatlarda kistaning joylashishini yaxshiroq vizualizatsiya qilish va aniq joylashgan joyini aniqlash uchun biz operatsiyadan oldingi MSKT ma'lumotlariga asoslandik [4, 22].

O'pka va jigarning qo'shma exinokokkozida xirurgik kesma orqali ko'krak yoki qorin bo'shlig'iga kirish usulini tanlashda, kistaning joylashishiga qarab, torakofrenolaparotomiya, transtorakal frenotomiya, alohida keng kesmalar, shuningdek, alohida minitorakotomiya va laparotomiya usullari qo'llaniladi [9, 11, 15, 16, 19]. Bizning tajribamizga ko'ra, imkoniyat darajasida alohida mini kesmalar yoki bosqichma-bosqich amalga oshiriladigan keng kesmalar kombinatsiyasini qo'llagan holda amalga oshirilishi kerak.

Kistalarning o'pka lokalizatsiyasini deyarli barcha hollarida, biz mini-kesmalar orqali operatsiya qilishga harakat qildik. Bosqichma- bosqich operatsiya qilish kistalarning kattaligiga va asoratlarning mavjudligiga qarab belgilandi. Bizning fikrimizcha, torakoskopik va laparoskopik exinokokkektomiya yanada texnik jihatdan jixozlanishi va takomillashtirishni talab qiladi. Shunga nisbatan olganda, mini-kesmalar orqali exinokokkektomiya qilish osonroq va samaraliroqdir. Shu bilan birga, shuni tan olish kerakki, keng kesmalar orqali exinokokkektomiyani, ko'pincha ko'krak qafasining residiv exinokokkozida, jarayonning asoratlangan xolda kechishi va jigardagi kistaning qiyin lokalizatsiyasida qo'llash maqsadga muvofiqdir.

O'pkaning ikki tomonlama exinokokkozida yoki jigar bilan birgalikda qo'shib kelishida bir etapli mini kesmalar orqali kirish qulay operatsiya tanlovi bo'lib, yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarining funksional ko'rsatkichlari yaxshi bo'lgan bemorlarda bajarilishi mumkin.

Intraoperatsion xirurgik taktika masalalari ilmiy adabiyotlarda keng muhokama qilinadi va xozirgacha aniq yechimga ega emas. Bugungi kunda ko'pchilik xirurglar davolashning kamroq radikal xirurgik usullarini afzal ko'radilar, ya'ni ko'pincha yopiq yoki ochiq usuldagi exinokokkektomiya. Operatsiya vaqtida nafaqat parazitni, balki uning atrofidagi fibroz kapsula bilan olib tashlash jami operatsiyalarga nisbatan kichik ulushni - 3,8-30% ni tashkil qiladi. Ekinokokk kistasining o'ziga va organga nisbatan, organi saqlovchi yoki radikal operatsiyani bajarishda kimdir radikal taktikaga amal qiladi, shuningdek konservativ jarrohlik taktikasini qo'llab-quvvatlovchilar xam bor [1, 10, 12, 14]. Bizning fikrimizcha, exinokokkozda "radikallik" tushunchasi shartli bo'lib, organning bir qismini rezeksiya qilish yoki kistani ekstirpatsiya qilish organning boshqa qismlarida mayda kistalar mavjudligini istisno qilolmaydi. Boshqa tomondan, kistoz exinokokkoz yaxshi sifatli kasallikdir va shuning uchun uni xirurgik davolash kamroq radikal bo'lishi kerak.

Yuqorida aytilganlarga asoslanib, biz tadqiqotlarimizda organlarni saqlovchi operatsiyalarni bajarishga harakat qildik, chunki u xavfsiz, sodda va samarali bo'lib, exinokokkozni xirurgik davolashning barcha mezonlariga to'liq javob beradi va sog'lom to'qimalar saqlab qolinadi [10, 20]. Total peritsistektomiya bilan solishtirganda, qisman peritsistektomiyada to'qimalar saqlab qolinadi, chunki operatsiya vaqtida fibroz pardaning faqat kichik bir qismi kesiladi.

Tadqiqotimizning navbatdagi maqsadi residivlanishni va ikkilamchi exinokokkozning oldini olish edi. Antiparazitar kimyoterapevtik vositalardan foydalanish har doim ham muvaffaqiyatga olib kelmaydi va hatto konservativ davo natijasida parazitar kista nobud bo'lganda ham xirurgik davolashni talab qiladigan asoratlar paydo bo'lishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarga kimyoterapiya buyurildi. Albendazol residivlar chastotasini kamaytiradi [2, 13], shuning uchun operatsiyadan bir oy o'tgach buyurildi va davolash kursi 28-30 kun davom etdi. Davolash kursi 3-5 kursni o'z ichiga oldi. Operatsiyadan oldingi davrda kimyoterapiyani qo'llash maqsadga muvofiq emas deb hisoblaymiz, chunki operatsiyadan oldingi davrda tegishli davolash kursini o'tkazish uchun yetarli vaqt yo'q va boshqa tomondan, bir oylik kimyoterapiya jarayonni to'liq ingibitsiya qila olmaydi [20].

Asoratlanmagan exinokokk kistalarida organlarni saqlovchi xirurgik yo'l kamroq travma yetkazuvchi, sodda va xavfsizroqdir va operatsiyadan keyin buyuriladigan antigelmintik kimyoterapiya kasallikni radikal xirurgik davolash kabi effektivlidir [10].

XULOSALAR

Shunday qilib, endovizual texnologiya o'pka va jigardagi kistalarining yonma-yon lokalizatsiyasida ham minimal invaziv kesmalar orqali operatsiyalarni amalga oshirishga imkon beradi va an'anaviy torakotomiya va laparotomiya usullari orqali amalga oshiriladigan operatsiyalarga nisbatan operatsiyadan keyingi asoratlar sonining ko'payishiga olib kelmaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Vishnevskiy, V.A., Ikramov, R.Z., Kaxarov, M.A. (2002). Radikalnoe xirurgicheskoe lechenie exinokokkoza pecheni. *Annaly xirurgicheskoy gepatologii*,- T.7.N1, 315-316.
2. Dadvani, S.A., Strelyaeva, A.V., Gostimov, V.K., Murtazaev, Z.I., Ilxamov, F.A., Musaev, G.X. i dr. (2000) Maloinvazivnye operativnye vmeshatelstva i ximioterapiya pri exinokokkoze. *Annaly xirurgii*, - № 4, 38 -46.
3. Yemelyanov, S.I., Xamidov, M. A.(2000). Laparoskopicheskoe udalenie exinokokkovyx kist pecheni. *Xirurgiya*, 11, 32-34.
4. Karimov, Sh.I., Krotov, N.F., Murtazaev, Z.I., Rasulov, A.E. (2007). Sovremennyy podxod k xirurgicheskomu lecheniyu exinokokkoza pecheni. *Xirurgiya Uzbekistana*, №3, 48-49
5. Kaxarov, M.A., Kubyshekin, V.A., Vishnevskiy, V.A. i dr (2003). Obosnovanie udaleniya fibroznoy kapsuly pri exinokokkektomii iz pecheni. *Xirurgiya*, № 1. S. 31—36.
6. Krotov, N.F., Rasulov, A.E., Shoumarov Z.F.(1999). Videotorakoskopicheskayaexinokokkektomiyalegkix . *Endoskopicheskaya xirurgiya*, № 1, 18 - 21.
7. Nazirov, F.G., Saydazimov, Ye.M.(2005) Endovideoxirurgiya exinokokkoza pecheni. *Annaly xirurgicheskoy gepatologii*, T. 10, № 2,121.
8. Sabirov, B.U., Kurbaniyazov, Z.B., Murtazaev, Z.I. i dr.(2002). Vozmojnosti endovizualnoy xirurgii exinokokkoza pecheni. *Annaly xirurgicheskoy gepatologii*, T.7, № 1, 330.
9. Xaitov, A.K., Dusbaev, A., Xujayarov, X.M.(2005). Minilaparotomiya v xirurgicheskome lechenii exinokokkoza pecheni. *Annaly xirurgicheskoy gepatologii*, T. 10, № 2, 131.
10. Abbas, M., Nafeh, A.L., Youssef, Y.F., Nasr, M.M., Radwan, H.S.(2006). Conservative versus radical surgery for treatment of uncomplicated hepatic hydatid cysts. *J Egypt SocParasitol*, 36(2), 559–76.
11. Aghajanzadeh, M., Safrapoor, F., Amani, H., Alavi, H. (2008). One stage procedure for lungs and liver Hydatid cyst. *Asian Cardio vascThorac Ann*, 16(5), 392–95.
12. Alexandra, K.T., Alexondros, C.P., Nikolaos, L., Michail, S.P., Anastasios, K., Konastinos, M. J.(2005). Hydatid disease of the abdomen and other location. *World Journal of Surgery*, 29(9),1161–65.
13. Arif, S.H., Shams, Bari – Ul, Wani, N.A., Zarquar, S.A., Wani, M.A., Tabassum, R.(2008). Albendazole as an adjuvant to the standard surgical management of hydatid cyst of the liver. *Int J Surg*. 6(6),448–51.
14. Buttenschoen, K., Carli, D.(2003). Echinococcusgranulosus infection: the challenge of surgical treatment. *Langenbecks Arch Surg*, 388(4), 218–30, Epub 2003 Jul 4.
15. Erdogan, A., Avten, A., Kabukcu, H., Demircan, A.(2003). One stage transthoracic approach for the treatment of right lung and liver. *World J Surg*, 29(12),1680–86.
16. Erdogan, A., Ayten, A., Kabukcu, H., Demircan, A. (2005). [One-stage transthoracic operation for the treatment of right lung and liver hydatid cysts](#). *World J Surg*, Dec,29(12), 1680-6, doi: 10.1007/s00268-005-0130-x.PMID: 16311867

17. Ghoshal, A.G., Sarkar, S., Saha, K., Sarkar, U., Kundu, S., Chatterjee, S.(2012). Hydatid lung disease: an analysis of five years cumulative data from Kolkata. J Assoc Physicians India, 60,12–6.
18. Göde, D.(2010). Laparoscopic management of hydatid cyst of liver. J Indian Med Assoc,108:672–676.
19. Kir, A., Baran, E. Simultaneous operation for Hydatid cyst of right lung and liver. (1995) Thorac Cardio vascSurg, 43(1), 62–64.
20. Murtazaev, Z.I., Sherbekov, U.A., Baysariev, Sh.U.,Sherqulov, Q.U., Dusiyarov, M.M.(2020). Our experience in the surgical treatment of liver echinococcosis. Journal of critical reviews, Vol 7, 2454-2458.
21. Sahin, E., Enon, S., Cangir, A.K., Kutlay, H., Kavukcu, S., Akay, H.(2003). Single stage transthoracic approach for right lung and liver Hydatid cyst. J Thorac Cardio vasc Surg,126(3),769–73.