



POSSIBILITIES OF VIDEOLAPAROSCOPY FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS

Baysariev Shovkat Usmonovich

Murtazaev Zafar Israfulovich

Samarkand State Medical University

(department of general surgery)

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14001434>

ARTICLE INFO

Received: 22th October 2024

Accepted: 27th October 2024

Online: 28th October 2024

KEYWORDS

Videolaparoscopy, echinococcosis of the liver, surgery, minimally invasive methods, parasitic diseases, echinococctomy from the liver, liver cysts, laparoscopic surgery.

ABSTRACT

269 patients were operated on for liver echinococcosis. The main group consisted of 165 patients, who were conditionally divided into 3 groups: the first - 23 (13.94%) patients operated on laparoscopically, the second - 78 (47.27%) patients operated on by minilaparotomy and the third - 64 (38.79%) patients operated by laparotomy access. Five types of operations were used: cyst extirpation (pericystectomy), closed echinococctomy, semi-closed echinococctomy, open echinococctomy, omentoplasty according to Askerkhanov. In 34 (20.61%) patients with multiple liver echinococcosis, 2-3 types of these operations were simultaneously used, which was dictated by differences in the characteristics of the cysts.

JIGAR EXINOKOKKKOZIDA VIDEOLAPARASKOPIYA IMKONIYATLARI

Baysariev Shovkat Usmonovich

Murtazaev Zafar Israfulovich

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

(umumiy xirurgiya kafedrası)

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14001434>

ARTICLE INFO

Received: 22th October 2024

Accepted: 27th October 2024

Online: 28th October 2024

KEYWORDS

Videolaparoskopiya, jigar exinokokkozi, xirurgiya, minimal invaziv usullar, parazitlar kasalliklar, jigardan exinokokktomiya, jigar kistalari, laparoskopik xirurgiya.

ABSTRACT

Jigar exinokokkozi diagnozi bilan 269 nafar bemor operatsiya qilindi. Shulardan, asosiy guruh 165 nafar bemordan iborat bo'lib, ular shartli ravishda 3 guruhga bo'lingan: birinchi guruxga - 23 (13,94%) ta laparoskopik usulda operatsiya qilingan bemorlar, ikkinchi guruxga - 78 (47,27%) nafar bemor minilaparotomiya yo'li bilan operatsiya qilingan va uchinchi guruxga - 64 (38,79%) nafar bemor kirib, ushbu bemorlar laparotom kirish orqali operatsiya qilingan. Bemorlarga operatsiyalarni 5 turi qo'llanildi: kista ekstirpatsiyasi (peritsistektomiya), yopiq exinokokkektomiya, yarim yopiq exinokokkektomiya, ochiq exinokokkektomiya, Askerxanov bo'yicha



omentoplombirovka. Jigar ko'p sonli exinokokkozi bor 34 (20,61%) nafar bemorda bilan bir vaqtning o'zida yuqorida ko'rsatilgan operatsiyalarni 2-3 turi ishlatildi. Ushbu operatsiyalar kistalarning xususiyatlaridan kelib chiqib bajarildi.

Kirish. Hozirgi yuqori xirurgik texnologiyalarini rivojlanish zamonida jigar kistalariga operativ yo'l bilan kirish aniq rejalashtirilgan bo'lishi kerak. Jigarga operativ kirishlarning travmatikligi xirurgik operatsiyani o'zini og'irligidan oshib ketmasligi kerak. Oxirgi o'n yilliklar davomida xirurgiyadagi yangiliklar sababli, sohada ko'plab kasalliklarni operativ yo'l bilan davolash prinsiplarida sezilarli darajada o'zgarishlar sodir bo'ldi, endoskopik xirurgiya texnologiyasi rivojlandi. Jigar exinokokkozi uchun minimal invaziv aralashuvlar, masalan, laparoskopik va mini-laparotomiya orqali kirishlar bir biridan minimal darajada travmatikligi bilan farqlanadi. Laparoskopik texnologiyaning barcha inkor etilmaydigan afzalliklari bilan birga uning ma'lum darajada kamchiliklari bor, bu esa jigardan exinokokktomiya amalga oshirishda raqobatdosh an'anaviy usullarni siqib chiqarishga imkon bermaydi. Hozirda jigar exinokokkozi kasalligida xirurgik yordashuvlar bo'yicha faol ilmiy munozaralar ketmoqda.

Material va metodlar. Jigar exinokokkozi diagnozi bilan 269 nafar bemor operatsiya qilindi. Asosiy guruhni 165 nafar bemor tashkil qildi va ular shartli ravishda 3 guruhga bo'lindi: birinchi guruxga - 23 (13,94%) nafar bemor kiritildi va bu bemorlar laparoskopik usulda operatsiya qilindi, ikkinchi gurux - 78 (47,27%) bemorni tashkil qilib, ushbu bemorlar minilaparotomiya yo'li orqali operatsiya qilingan va uchinchi gurux - 64 (38,79%) bemor kiritilib, bu bemorlar laparotomik kirish orqali operatsiya qilingan. Nazorat guruhini 104 bemor tashkil etdi, ularga hozirda minimal invaziv xirurgik yondashuvlar qo'llanilishi mumkin edi. 64 bemorga jigardan exinokokkektomiya operatsiyasi keng laparotomik kirish orqali amalga oshirildi. Shu jumladan, asosiy guruhdagi ushbu bemorlarga faqat yuqori o'rta laparotomiya bajarildi. Laparoskopik xirurgiyaning eng muhim afzalliklaridan biri shundaki, bunda laparoskop kista bo'shlig'iga kirishi va batafsil tekshiruvdan o'tkazishi mumkin.

Asoratlanmagan solitar gidatid jigar kistalari mavjud bo'lgan 25 bemorda aparazitlik tamoyillariga muvofiq holda laparoskopik exinokokkektomiya operatsiyasi bajarildi. Bizning taktikamizning muhim bosqichi bu qorin bo'shlig'ini laparoskopik reviziyasi, kistani aniq joyini aniqlash va kistaning holatini baholashdan so'ng keyingi taktikani qo'llashdan iborat bo'ldi. Kista ichidagi suyuqlikni so'rib olish va keyin kista bo'shlig'iga antiparazitar eritmalarni yuborishga qaratilgan barcha manipulyatsiyalar punktsion ignaga biriktirilgan ikki yo'lli krannik orqali amalga oshirildi. Kista bo'shlig'iga antiparazitar ishlov berish 100% glitserin bilan amalga oshirildi. Kista punktsiya qilingandan keyin ichidagi suyuqlik so'rib olinib xitin qobig'i olib tashlandi va bo'shliqqa antiparazitar ishlov berildi. Qoldiq bo'shliqlarni reviziyasi, kutikulyar qobiqni to'liq olib tashlash va biliar oqmalarni aniqlash barcha holatlarda jigar qoldiq bo'shlig'ining endovideoskopiyasi orqali amalga oshirildi. Jigardagi qoldiq bo'shliqni bartaraf etish jigardan exinokokkektomiya operatsiyasini yakuniy bosqichi hisoblandi. Bo'shliqni likvidatsiya qilishda qoldiq bo'shliqni abdominizatsiyasi omentoplombirovka bilan usuli eng ko'p ishlatildi.



Jigar exinokokkozi bilan og'rigan 78 nafar bemorda operatsiyalar minilaparotom kirish orqali bajarildi. Ushbu operatsiyalarni bajarish uchun ko'rsatmalar bo'lib jigarining II,III,IV,V,VI,VII segmentlarida joylashgan, diametri 15 sm bo'lgan yagona kistalar bo'ldi. Shu bilan birga, ushbu operatsiyalarning barchasi qoldiq bo'shliqning kapitonaji bilan yakunlandi.

Natija va muhokamalar. Ishning boshidanoq bemorlarni tanlashga katta ahamiyat berildi. Fikrimizcha, kistalarni punksiya qilish va ichidagi suyuqlikni evakuatsiya qilish nuqtai nazaridan kistalarning o'lchami (10 sm gacha) va ularning qulay lokalizatsiyasi (jigar segmentlari III, IV, V, VI, qisman VII) muhim hisoblandi. Gidatik kistalar bu - parazitning hayotiy faoliyati davri hisoblanadi. Laparoskopik usuldagi operatsiyalar uchun jigar exinokokkozida hayotiy faoliyatini birinchi davri kechayotgan, tirik paraziti mavjud bemorlar tanlandi.

Laparoskopik exinokokkektomiya uchun ko'rsatmalar:

- qiz pufakchalar ko'rinishida, ichida kiritmalari mavjud bo'lmagan, asoratlanmagan exinokokk kistalari;
- diametri 10 sm gacha bo'lgan exinokokk kistalari;
- jigarining III, IV, V, VI segmentlarida joylashgan kistalar.

Qarshi ko'rsatmalar:

- qorin bo'shlig'ining yuqori qavatida oldin o'tkazilgan operatsiyalar;
- diametri 10 sm dan ortiq bo'lgan kistalar;
- kista ichida qiz pufakchalari mavjudligi;
- jigarining I, VIII segmentlarida joylashgan kistalar;

Jigar exinokokkozi bilan operatsiya qilingan 165 nafar bemorga exinokokkektomiyani turli xil variantlari qo'llanildi. Operatsiyaning 5 turi qo'llanildi: kistani ekstirpatsiya qilish (peritsistektomiya), yopiq exinokokkektomiya, yarim yopiq exinokokkektomiya, ochiq exinokokkektomiya, Askerxanov bo'yicha omentoplombirovka. Jigarining ko'p sonli exinokokkozi bor bo'lgan 34 (20,61%) bemorda kistalarning xususiyatlaridan kelib chiqqan holda bir vaqtning o'zida yuqorida qo'rsatilgan operatsiyalarni 2-3 turi qo'llanildi.

Yopiq exinokokkektomiya operatsiyasi yallig'lanish belgilari bo'lmagan va fibroz kapsulasi egiluvchan bo'lgan kistalarda bajarildi. Ushbu operatsiyalar 70 (42,42%) nafar bemorda amalga oshirildi. Ko'pincha yopiq exinokokkektomiyada qoldiq bo'shliq choklar yordamida plastika qilinib bartaraf etildi. Kichik va o'rta o'lchamli kistalari mavjud bo'lgan 28 (40%) bemorda fibroz bo'shliqlar Delbe usulida bartaraf etildi.

Yu.S. Gilevich bo'yicha qoldiq bo'shliqni qaytuvchi choklar bilan invaginatsiya qilib likvidatsiya qilish, rigid fibroz kapsula mavjudligida va katta tomirlar, o't yo'llari yaqinida joylashgan exinokokk kistalarida ko'rsatma bo'ldi va ushbu operatsiya 26 (37,14%) nafar bemorda bajarildi. 16 (22,86%) nafar bemorda biz taklif etgan usul bo'yicha kapitonaj amalga oshirildi (1508-sonli ratsionalizatorlik taklifi).

Qoldiq bo'shliqni yopishning juda samarali va oddiy usuli bu oziqlantiruvchi oyoqchaga ega katta charvi bilan to'ldirish bo'lib, bu 35 (21,21%) nafar bemorda amalga oshirildi.

Jigarining exinokokkozini sistobiliar oqmalar va kistalarning yiringlashi bilan asoratlangan holatlarida, ko'pincha yarim yopiq exinokokkektomiya amalga oshirildi. Ushbu turdagi operatsiya 25 (15,15%) nafar bemorda amalga oshirildi. Operatsiyaning mohiyati



jigarining tikib yopilgan qoldiq bo'shlig'iga drenaj naylar qoldirish edi. Agar zaruriyat bo'lsa, operatsiyadan keyingi davrda ushbu drenaj naylar vakuumli so'rg'ichga ulandi.

Agar kistalar jigar darvozasida joylashganda yoki jigar ichi yo'llarini jarohatlash ehtimoli katta bo'lgan vaqtda ochiq exinokokkektomiya majburiy operatsiya usuli bo'lib hisoblandi va 22 (13,33%) nafar bemorda bajarildi.

Peritsistektomiya (kistani ekstirpatsiyasi) operatsiyasi – exinokokk kistasini fibroz kapsulasi bilan birga olib tashlash bo'lib, kistalarning chekka joylashuvida va ularning kalsinatsiyasida amalga oshirildi. Operatsiya fibroz kapsulani to'liq kesib olib tashlashdan iborat bo'lib, u 13 (7,88%) nafar bemorda amalga oshirildi.

34 nafar (20,61%) bemorda operatsiyalar murakkablas'ngan jigar echinokokkozi. 25 (15,15%) kista yiringli bemorlar yarim yopiq operatsiyadan o'tkazildi exinokokkektomiya. Sanitariya antiseptik eritmani kiritis'h bilan drenaj orqali amalga oshirildi (1% dioksidin eritmasi). Operatsiyadan keyingi davrda drenajlarni faol joriy etis'h yarim yopiq echinokokkektomiyadan so'ng sonini sezilarli darajada kamaytiris'hga imkon berdi operatsiyadan keyingi asoratlar.

Asoratlangan jigar echinokokkozi bo'yicha operatsiyalar 34 (20,61%) nafar bemorda amalga oshirildi. 25 (15,15%) nafar bemorda kistani yiringlashi sabab yarim yopiq usuldagi exinokokkektomiya operatsiyasi amalga oshirildi. Qoldiq bo'shliqni drenaj nay orqali antiseptik eritma (1% dioksidin eritmasi) bilan sanatsiya qilib turildi. Yarim yopiq usulidagi exinokokkektomiya operatsiyasidan keyingi davrda faol drenajlarni joriy etish operatsiyadan keyingi asoratlar sonini sezilarli darajada kamaytirish imkonini berdi.

9 nafar (5,45%) bemor jigar echinokokkozi, asorati kistaning o't yo'llariga yorilishi bilan operatsiya qilindi. Kistalarning o't yo'llariga perforatsiyasi 2 xil klinik ko'rinishda namoyon bo'ldi: mexanik sariqlik va xolangitning klinik ko'rinishi bilan kechgan og'ir shakli va bilinar-bilinmas boshlangan, kam belgilarga ega bo'lgan shakli.

Kasallikning kam belgili shakli 6 bemorda kuzatildi. Bemorlarning ushbu guruhida sistobiliar oqmaning klinik belgilari kam yoki umuman yo'q edi. Bemorlardagi o'ng qovurg'a ostidagi og'riq hurujlari tez o'tdi va ba'zi hollarda yengil subikteriklik kuzatildi. Ba'zi bemorlarda esa sistobiliar oqma faqat operatsiya vaqtida aniqlandi.

Kasallikning og'ir formasi 3 bemorda kuzatilib klinik ko'rinishi kuchli rivojlangan simptomatika va og'ir kechishi bilan ifodalandi. Barcha bemorlarda exinokokk kistasining o't yo'llariga yorilishi va ichidagi ajralmalarining o't yo'llariga obturatsiyasi natijasida rivojlangan mexanik sariqlik kuzatildi. Infeksiyani qo'shilishi natijasida bemorlarda xolangit klinikasi namoyon bo'ldi. Bemorlarda kuchli rivojlangan og'riq sindromi, intoksikatsiya belgilari, tana haroratining 39^odarajaga ko'tarilishi kuzatildi. O't yo'llariga exinokokk kistasini yorilishida o'tkazilgan operatsiyalarning taktikasi va hajmi o't yo'llarining zararlanish darajasiga bog'liq bo'ldi.

Exinokokk kistalarini o't yo'llariga yorilishi, ammo kam belgili klinikaga ega 6 nafar bemorda operatsiya vaqtida va kistotomiyadan so'ng kistalar ichidagi suyuqlik safro bilan bo'yalganligi aniqlandi. Fibroz kapsulalar reviziya qilinganda sistobiliar oqma borligi aniqlandi. Oqmalar so'rilmaydigan ip bilan atravmatik igna bilan tikildi va barcha holatlarda yarim yopiq usulda exinokokkektomiya qilindi.



Mexanik sariqlik va xolangit bilan asoratlangan jigar exinokokkozi mavjud 3 nafar bemorga yarim yopiq exinokokktomiya bilan birga sistobiliar oqmani og'zini tikish, xolesistektomiya, xoledoxotomiya va o't yo'llarini sanatsiya qilish operatsiyasi o'tkazildi. Operatsiyalar xoledoxni tashqi drenajlash bilan yakunlandi.

Kistaning o't yo'llariga yorilishi bilan kechgan jigar exinokokkozida mexanik sariqlik, xolangit va xoledoxni terminal qismining torayishi belgilari bor 2 nafar bemorni operatsiyasi transgepatik drenaj qo'yish bilan yakunlandi.

Askerxanov bo'yicha omentoplastika fibroz bo'shliqdagi qoldiq suyuqlikni absorbsiyalaydi va operatsion sohaga makrofaglar migratsiyasini rag'batlantiradi [9,10]. Ko'pchilik bemorlarga omentoplastika qilindi. Laparoskopik jarrohlik eng muhim afzalliklardan biri bu - laparoskop kista bo'shlig'iga kirishi va batafsil tekshiruvdan o'tkazishi mumkin.

Xulosa. Laparoskopik exinokokkektomiya operatsiyasi boshqalardan o'zini minimal travmatikligi bilan tavsiflanadi. Biroq, xitin qobiqni va kista ichidagi boshqa kiritmalarni olib tashlash bilan bog'liq texnik qiyinchiliklar ushbu operatsiyadan keng foydalanishga to'sqinlik qildi.

References:

1. Ахмедов И.Г. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза: методологические аспекты. *Анналы хирургической гепатологии*. 2016; 21 (4): 113–118. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.20164113-118>.
2. Ахмадалиев С.М., Кадиров Ш.Н. Принципы и современные методы обработки полости эхинококковой кисты. *Re-health Journal*. 2020; 3-2(7): 163-165. doi: 10.24411/21810443/2020-10141.
3. Бабакулов К.К., Алиев М.Ж., Каниетов А.К. Химиопрофилактика рецидива эхинококкоза. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева* – 2014. - №4. – С. 162-165.
4. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы). *Анналы ирургической гепатологии*. 2015; 20 (3): 47–53. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2015347-53>.
5. Кузнецов Н.А. “Новая хирургическая технология - малоинвазивная хирургия” - Эндоскопическая хирургия.- № 2. - 1995., стр.75-76.
6. Назыров Ф.Г. [и др.] // Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени. *Анналы хирургической гепатологии* . - 2011. Т.16, № 4.- С.19 - 24.
7. Шевченко Ю. Л., Назыров Ф. Г. Хирургия эхинококкоза. М. : Династия, 2016. 288с.
8. Dalvi A.N; Deshpande A.A; Prabhu R. et al. Laparoscopic management of hydatid cyst of liver. // *Indian J Gastroenterol* 2000 Apr-Jun; 19 (2): 81
9. Tuxun T, Zhang JH, Zhao JM, Tai QW, Abudurexti M, Ma HZ, et al. World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis--914 patients. *Int J Infect Dis*. 2014;24:43–50. doi: 10.1016/j.ijid.2014.01.012.
10. Dziri C, Paquet JC, Hay JM, Fingerhut A, Msika S, Zeitoun G, et al. Omentoplasty in the prevention of deep abdominal complications after surgery for hydatid disease of the liver: a multicenter, prospective, randomized trial. *French Associations for Surgical Research J Am Coll Surg*. 1999;188(3):281–289.