



CONSERVATIVE SURGICAL MANAGEMENT IN COMBINED LUNG AND LIVER ECHINOCOCCOSIS

Baysariev Shovkat Usmonovich

Samarkand State Medical University

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14001477>

ARTICLE INFO

Received: 22th October 2024

Accepted: 27th October 2024

Online: 28th October 2024

KEYWORDS

Liver echinococcosis, lung echinococcosis, laparoscopic echinococcectomy, minilaparotomy echinococcectomy, laparotomic echinococcectomy.

ABSTRACT

Work includes the results of surgical treatment of 112 patients with combined echinococcosis of the lungs and liver. The clinical material was divided into three groups: 36 (32.14%) patients in the first group (control) were operated through separate wide incisions. 34 (94.44%) patients were operated in staGES with an interval of 4-6 weeks, and in 2 (5.56%) patients, echinococcectomy from the lung and liver was performed simultaneously through separate sections; In 29 (25.89%) patients cysts were removed from the right lung and liver through a thoracophrenolaparotomy section at the same time; In the third group, 47 (41.97%) patients underwent staged removal of cysts from the lungs and liver. In 35 (74.47%) cases, echinococcectomy was performed using a video assistant through mini-incisions developed by us, in 12 (25.53%) cases, mini-incisions were performed simultaneously in 7 patients through a separate mini-incision, 5 patients cysts were removed from the lungs and liver step by step with an interval of four weeks.

The use of video-assisted operations helped to reduce early complications by two times.

O'PKA VA JIGARNING QO'SHMA EXINOKOKKOZIDA KONSERVATIV XIRURGIK TAKTIKA

Baysariev Shovkat Usmonovich

Samarqand Davlat meditsina universiteti

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14001477>

ARTICLE INFO

Received: 22th October 2024

Accepted: 27th October 2024

Online: 28th October 2024

KEYWORDS

Jigar exinokokkozi, o'pka exinokokkozi, laparoskopik

ABSTRACT

Ushbu ishimiz o'pka va jigarning qo'shma exinokokkozi bilan kasallangan 112 nafar bemorni jarrohlik davolash natijalarini o'z ichiga oladi. Klinik material uch guruhga bo'lindi: birinchi guruhdagi (nazorat) 36 (32,14%) bemor alohida keng kesimlar orqali operatsiya qilingan. Shundan



*exinokokkektomiya,
minilaparotom
exinokokkektomiya,
laparotom
exinokokkektomiya.*

34 (94,44%) bemorda operatsiyalar 4-6 haftalik interval bilan bosqichma - bosqich, 2 (5,56%) bemorda o'pka va jigardan exinokokkektomiya bir vaqtning o'zida alohida kesimlar orqali amalga oshirildi. Ikkinchi guruhdagi 29 (25,89%) bemorda bir vaqtning o'zida torakofrenolaparotomik kesim orqali o'ng o'pka va jigardan kistalar olib tashlandi. Uchinchi guruhdagi 47 (41,97%) bemorda o'pka va jigardan kistalarni olish bosqichma-bosqich amalga oshirildi. Shundan 35 (74,47%) holatda, exinokokkektomiyaning ma'lum bosqichlarida biz tomonidan ishlab chiqilgan mini kesimlar orqali videoassistent yordamida bajarildi va 12 (25,53%) holatda mini kesmalar, 7 bemorda bir vaqtning o'zida alohida mini-kesma orqali va 5 bemorda esa to'rt haftalik interval bilan bosqichma-bosqich o'pka va jigardan kistalar olib tashlandi. Videoassistentli operatsiyalarni qo'llash erta asoratlarni ikki marta kamaytirishga yordam berdi.

Kirish. Bugungi kunga qadar jarrohlik operatsiyalari exinokokkozni davolashning asosiy usuli bo'lib qolmoqda. Albendazol va vermoksni buyurish orqali exinokokkozning muqobil konservativ davosiga oid ko'plab ishlar mavjud bo'lsada, exinokokkozni konservativ davolash usuli klinik amaliyotda unchalik samarali emas [2, 4, 8, 9].

Ba'zi mualliflar kistaning o'ziga nisbatan radikal taktikaga amal qilishib, peritsistektomiya, organ rezeksiyasi kabi operatsiya usullarini ishlatishadilar, va bunda exinokokk kistasi fibroz kapsulasi bilan birga olib tashlanishi, exinokokkozning residivlanishining profilaktikasi deb hisoblaydilar. Bunday holatlarda kistani ochish va uning ichidagi suyuqligi bilan olib tashlash zaruriyatini yo'qqa chiqaradi, va shu sababli parazitni germinativ elementlarining jarohat va qorin bo'shlig'iga tarqalishi sodir bo'lmaydi. Bu esa operatsiyadan keyingi asoratlarni va o'lim sonini sezilarli darajada kamaytiradi [1, 6, 10].

So'nggi paytlarda endovizual va minimal invaziv texnologiyalardan foydalangan holda exinokokkozni davolashga bag'ishlangan ishlar ko'p uchramoqda: laparoskopik va torakoskopik exinokokkektomiya, ultratovush va kompyuterli tomograf nazorati ostida punksiyon usulda davolashlar kabilar [3,6,7,10] misol bo'ladi, va shu jumladan, ushbu texnologiyalarni effektiv va xavfsiz shaklda, maqsadli qo'llanishi ko'pincha qarama-qarshi va oz sonli kuzatishlarga asoslanganidir. Exinokokkozni operativ davolashda yuqori natijalarga erishish uchun ochiq xirurgiyada juda ko'p va turli xil usullar qo'llaniladi. Biroq, ular xirurglarni to'liq qoniqtirmaydi, chunki operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi hamon yuqoriligi qolmoqda va ba'zi hollarda 40% gacha yetadi [4, 5, 8].

Kistaning lokalizatsiyasi, uning chuqurligi, parazitning rivojlanish bosqichi, hajmi va boshqalariga qarab, exinokokkozda bajariladigan ayrim jarrohlik aralashuvlarning nomlarini va ularga ko'rsatmalarni aniqlashda hali ham ko'plab savollar mavjud.

Material va metodlar. Bu ishimiz Samarqand davlat tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya klinikasida o'pka va jigarning qo'shma exinokokkozi bilan kasallangan, yoshlari 5



yoshdan 76 yoshgacha bo'lgan 112 nafar bemorning jarrohlik davolash natijalarini o'z ichiga oladi. Bemorlarni yoshlari bo'yicha guruhlariga taqsimlash shuni ko'rsatdiki, 91 (81,25%) aksariyat bemorlar mehnatga layoqatli yoshdagi shaxslardir. Bemorlarning 25 nafari (22,32 %) shahar aholisi, 87 nafari (77,67 %) esa qishloq aholisi ekanligi ma'lum bo'ldi.

Klinik tekshiruvlardan tashqari, ko'krak qafasi rentgenografiyasi va kompyuter tomografiyasini asosiy diagnostika usullari deb xisoblandi. Atipik klinik va rentgenologik belgilari bor bemorlarga diagnoz qo'yish uchun fibrobronkoscopiya (endobronxial oq-sariq yoki oqish pardani aniqlash) ishlatildi. Ko'krak qafasining kompyuter tomografiyasi (KT) yordamida o'pkada oval yoki sharsimon xiraliklar aniqlandi. Jigar kistalarini aniqlash uchun qorin bo'shlig'ining kompyuter tomografiyasi va ultratovush tekshiruvi o'tkazildi.

Klinik material uch guruhga bo'lindi: birinchi guruhda (nazorat) 36 (32,14%) nafar bemorga alohida keng kesmalar orqali o'pka va jigardan exinokokkektomiya operatsiyasi qilingan. Shu bilan birga, 34 (94,44%) nafar bemorda operatsiyalar 4-6 haftalik interval bilan bosqichma bosqich amalga oshirildi, 2 (5,56%) bemorda o'pka va jigardan exinokokkektomiya bir vaqtning o'zida alohida kesmalar bilan amalga oshirildi. Ikkinchi guruhda 29 nafar (25,89%) bemorga bir vaqtning o'zida torakofrenolaparotomiya kesmasi orqali o'ng o'pka va jigardan exinokokk kistalari olib tashlandi. Uchinchi guruhdagi 47 (41,97%) nafar bemorda bosqichma-bosqich o'pka va jigardan kistalar olib tashlandi.

Shu bilan birga, 35 (74,47%) holatda, exinokokkektomiyaning ma'lum bosqichlarida biz tomonidan ishlab chiqilgan mini kesmalar videoassistent yordami bilan birgalikda qo'llanildi va 12 (25,53%) holatda barcha ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'iga kirish uchun faqat mini kesmalardan foydalanildi. 7 nafar bemorda bir vaqtning o'zida alohida mini-kesma orqali o'pka va jigardan exinokokkektomiya operatsiyasi amalga oshirildi, 5 nafar bemorda esa to'rt haftalik interval bilan bosqichma-bosqich o'pka va jigardan kistalar olib tashlandi.

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

Natijalar. Birinchi guruhdagi 36 bemorga o'pkadan exinokokkektomiyaning o'tkazish uchun an'anaviy kesma, ya'ni 5 va 6 qovurg'alar oralig'idan keng qovurg'alararo torakotomiya qo'llanildi. Bundan tashqari, ularning 10 nafarida (27,77%) ikkala tomondan torakotomiya qilingan. Shu bilan birga, bemorlarning asosiy guruhida keng torakotomik kesma orqali o'pkadan kistalarni olib tashlash zarurati 2 (2,73%) nafar bemorda ham paydo bo'ldi.

Operatsion kesmani uzunligi o'rtacha $23,2 \pm 2,7$ sm bo'ldi. Operatsion kesma o'rtacha $25 \pm 5,3$ minutda bajarildi. Operatsiya davomida umumiy qon yo'qotish o'rtacha $125,11 \pm 24,1$ mlni tashkil etdi.

Keng torakotom yo'l bilan bajarilgan exinokokkektomiyadan so'ng 5 (13,88%) nafar bemorda asoratlarni kuzatildi: 2 nafar bemorda operatsiyadan keyingi pnevmoniya, 1 nafar bemorda eksudativ plevrit va yana 2 nafar bemorda jarohatning yiringlashi kuzatildi. O'pkadan exinokokkektomiya operatsiyasidan so'ng bemorlarning kasalxonada bo'lish muddati o'rtacha $14,2 \pm 2,4$ kunni tashkil etdi.



Birinchi guruhdagi bemorlarning jigaridan exinokokkektomiya operatsiyasini bajarishda an'anaviy laparotomiya usullari qo'llanilgan, ya'ni 23 (63,88%) nafar bemorda yuqori o'rta laparotomiya qo'llanilgan, 8 (22,22%) bemorda o'ng qovurg'a yoyi osti kesmasi orqali (Fedorov kesmasi) va yana 5 (13,88%) nafar bemorda torakofrenolaparotomik kesma orqali jigardan exinokokk kistalari olib tashlandi.

Asosiy guruhda keng laparotomik kesma orqali jigardan exinokokk kistalarini olib tashlash zaruriyati 33 (43,42%) bemorda kuzatildi: shundan, 18 (23,68%) nafar bemorda yuqori o'rta laparotomiya va 15 (19,74%) nafar bemorda, faqat jigardan kistalarni olib tashlash uchun o'ng tomondan torakofrenolaparotomiya bajarildi. Shu bilan birga, laparotomik kesmani uzunligi o'rtacha $23,2 \pm 2,7$ smni va kesmani bajarish uchun ketgan vaqt esa $20 \pm 4,5$ daqiqani tashkil etdi. Laparotomiyani bajarishda umumiy qon yo'qotish $125,11 \pm 24,1$ ml ni tashkil etdi. Operatsiyani davomiyligi $120,36 \pm 20,20$ minut bo'ldi. Bemorlarning laparotomiyadan keyin kasalxonada qolish muddati $12,2 \pm 1,6$ kunni tashkil etdi.

Jigardan laparotomik kesma orqali exinokokkektomiya operatsiyasi o'tkazilgandan so'ng 3 (9,09%) bemorda asoratlar kuzatildi: 1 nafar bemorda diafragma osti absessi va yana 2 nafar bemorda jarohatning yiringlashi kuzatildi.

Torakofrenolaparotomik kesma 29 bemorda bajarildi, shundan o'ng o'pka va jigar exinokokkozi mavjud 26 bemorga va ikkala o'pka va jigar exinokokkozi bilan kasallangan 3 nafar bemorga qo'llanildi, chap o'pkasida exinokokk kistalari bor bemorlarga minitorakotomik kesma orqali kistalar olib tashlandi.

Kesmalar bajarilishida kesma bo'ylab teri, teri osti yog' klechatkasi va yuzaki fassiya kesildi. Kesma uzunligi 25-30 smni tashkil qildi. Keng mushakni lateral tutami va qovurg'alararo mushaklar tolalar yo'nalishiga qarama-qarshi, qorinning tashqi qiyshiq mushagi va ko'ndalang mushagi, hamda shu nomdagi fassiya bilan birga esa tolalar yo'nalishi bo'yicha kesib borildi. Ichki qiyshiq mushak tolalar yo'nalishiga qarama qarshi kesildi. Kesma bo'ylab parietal plevra, qorin parda va qovurg'a yoyi va jumladan diafragma kesib borildi. Plevra va qorin bo'shlig'i ochildi. O'pka va jigardan exinokokk kistalarini olib tashlash etaplari an'anaviydan farq qilmadi. Ko'pincha, birinchi etapda o'zida jigardan exinokokk kistasi olib tashlandi.

Torakofrenolaparotomik kesma uchun qovurg'alar orasini tanlash o'ng o'pka va jigardagi exinokokk kistalarning lokalizatsiyasiga bog'liq bo'ldi. 29 ta bemorning 5 tasida (17,24%) exinokokk kistalari o'ng o'pkaning yuqori bo'lagida va jigarning VII-VIII segmentlarida, 7 nafar bemorda (24,13%) kistalar o'ng o'pkani o'rta bo'lagida va jigarning o'ng bo'lagida (VI-VII-VIII segmentlari) joylashganligi ma'lum bo'ldi. O'ng o'pkaning pastki bo'lagi va jigarning o'ng bo'lagi (VII-VIII segmentlari) qo'shma kelishi 11 (37,93%) nafar bemorda, jigarning ikkala bo'lagi va o'ng o'pkaning o'rta va pastki bo'lagining ko'plab zararlanishi 5 (17,24%) bemorda aniqlandi, o'ng o'pkaning yuqori, o'rta bo'laklari va jigarning ikkala bo'lagini zararlanishi 1 (3,44%) nafar bemorda kuzatildi.

O'ng o'pkaning yuqori, o'rta bo'laklari va jigarning o'ng bo'lagida ($n = 13$) kistalar lokalizatsiya qilinganda, orqa qo'ltiq osti liniyasidan boshlab to qorin to'g'ri mushagining lateral qirg'og'iga qadar 7-chi qovurg'alar oralig'i bo'ylab operativ kesma amalga oshirildi. 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'i bo'ylab, o'rta qo'ltiq osti chizig'idan boshlab qorinning



to'g'ri mushagini lateral chetiga qadar kesma bajarildi. Exinokokk kistalari o'ng o'pkaning o'rta, pastki bo'laklarida va jigarning ikkala bo'lagini ($n = 5$) qamrab olganda, kesma orqa qo'ltiq osti chizig'idan boshlanib to qorinning oq chizig'iga qadar 7-qovurg'alar orasi bo'ylab bajarildi.

Shunday qilib, torakofrenolaparotomik kesma 18 (62,09%) nafar bemorda 7-chi qovurg'alar orasi bo'ylab va qolgan 11 (37,93%) bemorda esa 8-chi qovurg'alar orasi buylab amalga oshirildi. Shu bilan birga, kesmalarni uzunligi $30 \pm 4,5$ smni, kesmalarni bajarish uchun ketgan vaqtni $30 \pm 5,3$ minutni va operatsiya davomida umumiy qon yo'qotish $220,25 \pm 75,7$ mlni tashkil etdi. Operatsiyaning o'rtacha davomiyligi $230,32 \pm 30,6$ daqiqani tashkil etdi. Bemorlar operatsiyadan keyingi birinchi sutkada narkotik analgetiklar 1-2 marta, keyingi 3-4 sutkalarda esa nonarkotik analgetiklarni qabul qildi. Torakofrenolaparotomik kesma orqali o'ng o'pka va jigardan bir vaqtning o'zida exinokokkektomiya operatsiyasi o'tkazilgandan so'ng, 3 (10,34%) nafar bemorda asoratlari qayd etildi: 1 bemorda operatsiyadan keyingi pnevmoniya, 1 bemorda eksudativ plevrit va 1 bemorda jarohatning yiringlashi kuzatildi. O'ng o'pka va jigardan bir etapli exinokokkektomiyadan so'ng bemorlarning kasalxonada qolish muddati o'rtacha $12,2 \pm 2,6$ kunni tashkil etdi.

Biz ushbu kesmalarning kamchiligini uning travmatikligi deb hisoblaymiz, bunday bemorlarni operatsiya bo'lgan tomonida qo'llarda og'riqni borligi va harakatning cheklanishi, bemorlarning operatsiyadan keyin 3-4 kunlari faollashtirish, ya'ni kech faollashishi va parvarish qiluvchilarga zaruriyat borligi, operatsiyadan keyin uzoq muddat davomida (5-6 kun) og'riq qoldiruvchi vositalardan foydalanishi bilan tushuntiriladi.

Kesmalarning afzalligi jigarning o'ng bo'lagida va (VII-VIII segmentlari) o'ng o'pkaning barcha bo'laklarida ishlash imkoniyatidir, ya'ni ushbu kesma orqali yuqoridagi organlardan bir bosqichda exinokokkektomiya operatsiyasini bajarish imkonini beradi.

47 nafar bemorda exinokokkektomiya minitorakotomik kesma orqali amalga oshirildi, shulardan 4 nafar bemorda ham ikkala o'pka va jigarda kistalar bo'lgani uchun ushbu usul ikki marta qo'llanildi, shuning uchun atigi 51 holatda minitorakotomiya qo'llandi.

Operatsion kesmaning uzunligi 5 sm oralig'ida o'zgarib turdi. Minitorakotom kesmani qilish uchun o'rtacha $11 \pm 3,6$ minut vaqt ketdi. Operatsiya davomida umumiy qon yo'qotish $52,63 \pm 5,26$ mlni tashkil etdi. Kesmani kam travmatikligi sababli patsientlarga operatsiyadan keyingi davrda narkotik analgetiklarni qo'llashni istisno qilishga imkon berdi. Operatsiyadan keyingi davrda 1 (2,38%) bemorda pnevmoniya kuzatildi. Bemorlarning kasalxonada bo'lishini umumiy davomiyligi o'rtacha $5,5 \pm 1,2$ kunni tashkil qildi.

Asosiy guruhning 11 (23,40%) nafar bemorida jigardan exinokokkektomiya videoassistent yordami bilan birgalikda minilaparotomik kesma orqali amalga oshirildi. Buning uchun 4 bemorda pararektal, 7 bemorda esa o'ng qovurg'a yoyidan qiyshiq-ko'ndalang minilaparotomiya bajarildi.

Kesmani uzunligi o'rtacha 5 sm gacha bo'ldi. Ushbu kesmani bajarish uchun o'rtacha $10 \pm 4,8$ daqiqa vaqt ketdi. Operatsiya davomida umumiy qon yo'qotish $48,36 \pm 5,27$ ml, operatsiya davomiyligi esa $84,2 \pm 18,5$ minutga teng bo'ldi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar 8-12 soatdan keyin faollashtirildi va parvarish qiluvchilarga muxtoj bo'lmadi. Bemorlarning kasalxonada bo'lish muddati o'rtacha $5,6 \pm 1,3$ kunni tashkil etdi.



O'pka va jigarda kistalarning nostandart lokalizatsiyasini, ularning hajmini, shuningdek, organlarning qo'shma zararlanishini hisobga olib, birinchi guruhni, ya'ni keng kesmalar orqali operatsiya qilingan bemorlarni natijalarni qiyosiy tahlil qilish uchun biz 3 ta kichik guruhga ajratishga qaror qildik:

1a kichik guruhi – ushbu guruxga biz hozirda torakofrenolaparotomik kesma orqali ham o'ng o'pkadan, ham jigardan kistalarni olib tashlangan bemorlar (n=10) kiritildi;

1b kichik guruhi - ushbu guruxga biz hozirda o'pka va jigardan kistalarni olib tashlashning aloxida bosqichlarida videoassistent yordami bilan birgalikda minimal invaziv usullardan foydalanilgan bemorlar (n=21) kiritildi.

1v kichik guruhi - ushbu guruxga biz, hozirgi vaqtda exinokokkektomiyaning barcha bosqichlarida videoassistent yordami bilan birgalikda minimal invaziv kirish usullaridan foydalanilgan bemorlar (n=5) kiritildi.

O'ng o'pka va jigardan bir vaqtning o'zida exinokokkektomiya qilingan bemorlarning (n = 29) davolash natijalarini, biz o'ng o'pka va jigardan xozirgi paytda torakofrenolaparotomik kesma orqali kistalarni olib tashlashimiz mumkin bulgan mos guruhda (n = 10) bo'lgan bemorlar o'rtasidagi qiyosiy tahlilini o'tkazishda quyidagilarni ta'kidladik:

Torakofrenolaparotom kesma o'pka va jigarda o'tkaziladigan xirurgik amaliyot ob'ektlarida kesmaning travmatikligini kamaytirmaydi, lekin alohida kilingan keng torakotomiya va laparotomiyadan keyin yumshoq to'qimalarning kesma uzunligi o'rtacha $12,2 \pm 2,3$ sm ga ko'proq.

Torakofrenolaparotom kesim orqali bir bosqichli exinokokkektomiyani amalga oshirishda operativ kirish vaqti va operatsiyaning umumiy davomiyligi an'anaviy laparotomiya va torakotomiya usullariga qaraganda o'rtacha 7-10 daqiqaga qisqargan. Operatsiyaning umumiy davomiyligi bosqichli a'anaviy usullardan foydalanganda $263,80 \pm 45,38$ daqiqadan torakofrenolaparotomik kesim orqali bir bosqichli exinokokkektomiyani amalga oshirishda $230,32 \pm 30,6$ daqiqagacha qisqardi.

Operatsiya paytidagi umumiy qon yo'qotish sezilarli farqlarga ega emasligi ma'lum bo'ldi. Shu bilan birga, torakofrenolaparotom kesim yordamida bajarilgan operatsiyalarda umumiy qon yo'qotish $220,25 \pm 75,7$ ml ni tashkil etgan bo'lsa, bir xil kichik guruhdagi qon yo'qotish $250,22 \pm 48,2$ ml ni tashkil etdi.

Bir bosqichli xirurgik operatsiyalarni amalga oshirishda og'riq qoldiruvchi vositalardan davomli foydalanish muddati bosqichma bosqich bajarilgan operatsiyalarga nisbatan ikki baravarga kamaydi. Ikkala kichik guruhdagi bemorlarning aktivlashtirishni boshlanishi deyarli bir xil bo'ldi.

Operatsiyadan keyingi asoratlar nazorat guruhida asosiy guruhga nisbatan 40% dan 10,34% gacha kamaydi. Bir vaqtning o'zida bajariladigan exinokokkektomiyadan foydalanish kichik guruhdagi bemorlarning statsionarda qolish muddatini 26,6 kundan (ikkita operatsiya yig'indisida) asosiy guruhga nisbatan 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 aralashuv qo'llashimiz mumkin bo'lgan bemorlarning bir xil kichik guruhi (n = 21) bilan qiyosiy tahlilida ko'krak va qorin old



devorining yumshoq to'qimalarini kesish uzunligi 5 sm gacha, operatsiyalar paytida qon yo'qotish esa $250,22 \pm 48,2$ ml dan $173,47 \pm 29,37$ ml gacha kamaydi.

Exinokokkektomiyaning barcha bosqichlarida endovideojarrohlik texnologiyasidan foydalangan bemorlarni ($n=12$) davolash natijalarini bir xil kichik guruhi ($n=5$) bilan qiyosiy tahlil qilinganda, hozirda exinokokkektomiyaning barcha bosqichlarida. biz minimal invaziv kesmalarni videoassistent yordami bilan birgalikda ishlatdik, biz ob'ektga kesim travmatizmining kamayishini qayd etdik. Kesmalarning uzunligi $46,4 \pm 5,4$ sm dan 10 sm gacha, ya'ni 4 martadan ko'proqqa kamaydi. Operatsion kesmani amalga oshirish uchun sarflangan vaqt o'rtacha 2 barobarga kamaydi. Ikki etapli operatsiyalar yig'indisida umumiy qon yo'qotish o'rtacha 2,5 barobar kamaydi va bemorlarning asosiy kichik guruhida har bir operatsiyadan keyin og'riq qoldiruvchilarni qo'llash nazorat kichik guruhida 5 kun o'rniga 2 kungacha kamaydi.

O'pka va jigarning qo'shma exinokokkozi bilan og'riqan bemorlarni xirurgik davolash natijalarini asosiy va nazorat guruhlarida taqqoslash shuni ko'rsatdiki, miniinvaziv kesmalar va bir vaqtning o'zida bajariladigan operatsiyalardan foydalanish operatsiyadan keyingi erta asoratlarni 13,89% dan (nazorat guruhi) 9,21% gacha (asosiy guruh) ya'ni deyarli 2 martagacha kamaytirishga yordam berdi.

Operatsiyadan keyingi olis davrda nazorat guruhidagi 5 yilgacha bo'lgan bemorlarni tekshirganda 3 ta holatda ligaturali oqmalar, 2 bemorda operatsiyadan keyingi churra, 7 nafar bemorda operatsiyadan keyingi qo'pol deformatsiyalovchi chandiqlar va shulardan 3 tasida qorin bo'shlig'ining bitishma kasalligi aniqlangan. Bu asoratlar faqat 12 (33,33%) bemorda kuzatilgan. Asosiy guruhda faqat 1 (1,32%) nafar bemorda operatsiyadan keyingi olis davrda o'ng qovurg'a yoyining osteomieli va xondriti kuzatilgan.

Operatsiyadan keyingi davrda barcha 112 nafar bemorga 30 kun davomida kuniga 12 mg/kg dozadan albendazol bilan 3-5 kurs muddatda kimyoterapiya o'tkazildi. Ushbu preparatning ijobiy xususiyatlaridan biri uning past toksikligi va nojo'ya ta'siri kamligi bo'lib, uni juda uzoq kurslarda ishlatishga imkon beradi.

Muhokama. Diagnostik nuqtai nazardan, jigardagi kistalarini aniqlash uchun ultratovush tekshiruv, o'pkada kistalarning lokalizatsiyasini aniqlash uchun esa polipozitsion rentgenografiyaga alohida e'tibor berildi. Biroq, alohida holatlarda, kistaning joylashishini yaxshiroq vizualizatsiya qilish va joylashgan joyini aniq bilish uchun operatsiyadan oldin MSKT tavsiya etiladi [3, 10].

O'pka va jigarning qo'shma exinokokkozida bo'shliqlarga kirish uchun xirurgik kesmani tanlashda kistaning joylashishiga qarab, torakofrenolaparotomiya, transtorakal frenotomiya, alohida keng kesmalar, shuningdek, alohida minitorakotom va laparotom kesmalar qo'llanildi [5, 6, 7, 9]. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, agar iloji bo'lsa, bosqichma-bosqich alohida minikesma yoki keng laparotomiyalarning kombinatsiyasini amalga oshirish kerak. Kistalarning o'pkadagi joylashuvining deyarli barcha hollarida, minikesmalar orqali operatsiya qilishga harakat qildik. Bosqichma- bosqich operatsiya qilish kistalarning kattaligiga va asoratlarning mavjudligiga qarab belgilandi.

Exinokokk kistasining o'ziga va joylashgan organiga nisbatan, organni saqlovchi yoki radikal operatsiyani bajarish haqida adabiyotda qarama-qarshi fikrlar mavjud. Kimdir radikal taktikaga amal qilsa va kimlardir konservativ jarrohlik taktikasi tarafdorlaridir [1,2,3,7,8].



Bizning fikrimizcha, exinokokkozda "radikallik" tushunchasi shartli bo'lib, organning bir qismini rezeksiya qilish yoki kistani ekstirpatsiya qilish organning boshqa qismlarida mayda kistalar mavjudligini istisno qilmaydi. Yuqorida aytilganlarga asoslanib, biz o'z tadqiqotlarimizda organlarni saqlovchi operatsiyalarni bajarishga harakat qildik, chunki u xavfsiz, sodda va samarali bo'lib, exinokokkozni jarrohlik davolashining barcha mezonlariga javob beradi va sog'lom to'qimalarni saqlab qoladi [3, 7].

Tadqiqotimizning keyingi maqsadi residivlanish va ikkilamchi exinokokkozni bartaraf etish edi. Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarga kimyoterapiya buyurildi. Albendazol residivlar chastotasini kamaytiradi [4, 6, 9], shuning uchun operatsiyadan bir oy o'tgach 28-30 kun davom etadigan ximioterapiyani buyurdik. Davolash kursi 3-5 kursni o'z ichiga oldi. Operatsiyadan oldingi davrda kimyoterapiyani qo'llashni noo'rin deb hisoblaymiz, chunki operatsiyadan oldingi davr uchun yetarli vaqt yo'q va boshqa tomondan, bir oylik kimyoterapiya jarayonni to'liq ingibitsiya qilmaydi [4,10].

Xulosa. Shunday qilib, endovizual texnologiya o'pkada va jigardagi kistalarning qo'shma lokalizatsiyasida ham minimal invaziv kesmalar orqali operatsiyalarni bajarishga imkon beradi va an'anaviy torakotomiya va laparotomiya usullari bilan amalga oshiriladigan operatsiyalarga nisbatan operatsiyadan keyingi asoratlar sonining ko'payishiga olib kelmaydi.

References:

1. Axmedov I.G. Analiz otdalennyykh rezultatov xirurgicheskogo lecheniya exinokokkoza: metodologicheskie aspekty. Annaly xirurgicheskoy gepatologii. 2016; 21 (4): 113-118.
2. Benyan A.S., Ivanov S.A., Medvedchikov-Ardiya M.A., Panfilov K.A., Kenarskaya M.V. Simultannoe lechenie exinokokkoza legkogo i pecheni. // Vestnik meditsinskogo instituta REAVIZ №1(37), 2019; S 149-154.
3. Vetshev P.S., Musaev G.X., Fatyanova A.S. Exinokokkoz: osnovi diagnostiki i rol miniinvazivnykh texnologiy (obzor literatury). Annaly xirurgicheskoy gepatologii. 2015; 20 (3): 47-53.
4. Nazыrov F.G. [i dr.] // Ximioterapiya i problemy residivnogo exinokokkoza pecheni Annaly xirurgicheskoy gepatologii. - 2011. T.16, № 4.- S.19 - 24.
5. Chernousov A. F., Musaev G. X., Abarshavina M. V. Sovremennyye metody xirurgicheskogo lecheniya sochetannogo exinokokkoza lyogkix i pecheni // Xirurgiya. 2012. № 7. S. 12-17.
6. Shevchenko Yu. L., Nazыrov F. G. Xirurgiya exinokokkoza. M. : Dinastiya, 2016. 288 s.
7. Eshmuratov T.Sh., Sundetov M.M., Shirtaev B.K. Uovershenstvovanie lechebnoy taktiki sochetannogo exinokokkoza pravogo lyogkogo i pecheni. Vestnik xirurgii Kazaxstana. 2015; 2: 35-38.
8. Fattahi Masoom S.H., Lari S.M., Fattahi A.S., Ahmadnia N., Rajabi M., Naderi Kalat M. Albendazole therapy in human lung and liver hydatid cysts: a 13-year experience. Clin. Respir. J. 2018; 12 (3): 1076-1083.
9. Nazligul Y., Kucukazman M., Akbulut S. Role of chemotherapeutic agents in the management of cystic echinococcosis // Int. Surg. 2015. Vol. 100, № 1. P. 112-114.
10. Tamarozzi, F., Nicoletti, G.J., Neumayr, A., Brunetti, E.(2014). Acceptance of standardized ultrasound classification, use of albendazole, and long-term follow-up in clinical management



of cystic echinococcosis: a systematic review. *Current opinion in infectious diseases*, 27(5), 425–31. Epub 2014/08/08, pmid:25101556.