

ЖИГАР КИСТОЗ ҲОСИЛАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ДИАПЕВТИК УСУЛЛАРИНИНГ ИМКОНИЯТЛАРИ



Умаркулов Забур Зафаржонович¹, Хамидов Обид Абдурахманович¹, Давлатов Салим Сулаймонович², Рахманов Қосим Эрданович¹

1 – Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Умаркулов Забур Зафаржонович¹, Хамидов Обид Абдурахманович¹, Давлатов Салим Сулаймонович², Рахманов Қосим Эрданович¹

1 – Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

POSSIBILITIES OF DIAPEUTIC TREATMENT METHODS FOR CYSTIC LIVER FORMATIONS

Umarkulov Zabor Zafarjonovich¹, Khamidov Obid Abdurakhmanovich¹, Davlatov Salim Sulaymonovich², Rakhmanov Kosim Erdanovich¹

1 – Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси жарроҳлик бўлимида 2016-2023-йилларда жигар кистаси билан оғриган 117 нафар беморни клиник-лаборатор текширувдан ўтказиши асосида ўтказилган тадқиқотда диапевтик аралашувнинг афзалликлари аниқланди. Ушбу муолажалар беморларни операциядан кейинги эрта реабилитация қилишга ёрдам беради, шунингдек, лапароскопик ва анъанавий очик операцияларга хос бўлган турли хил асоратларни камайтиради ёки олдини олади. Бундан ташқари, диапевтик усуллардан фойдаланиши беморларнинг касалхонада қолиши вақтини қисқартириши мумкин. Ушбу натижалар жарроҳликда диапевтик ёндашувларни ривожлантиришининг аҳамияти ва истиқболларини тасдиқлайди, айниқса жигар кистоз ҳосиласи бўлган беморлар гуруҳида.

Калим сўзлар: жигар кистоз ҳосилалари, жарроҳлик даволаш, диапевтик аралашувлар.

Abstract. A study conducted at the surgical department of the multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University in the period from 2016 to 2023, based on a clinical and laboratory examination of 117 patients with cystic liver formations, revealed the advantages of diapeutic interventions. These procedures contribute to early postoperative rehabilitation of patients, and also reduce or prevent various complications characteristic of laparoscopic and traditional open operations. In addition, the use of diapeutic methods can reduce the time patients stay in the hospital. These results confirm the importance and prospects for the development of diapeutic approaches in surgery, especially in the context of the treatment of cystic liver formations.

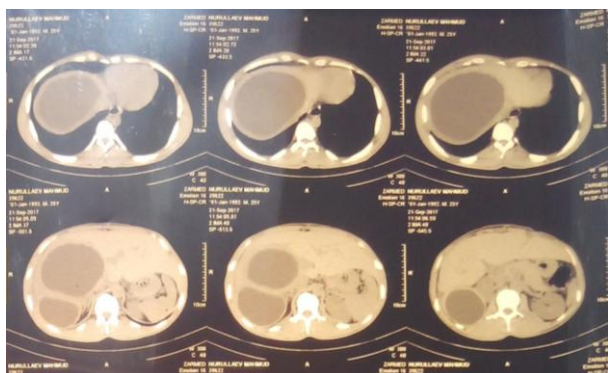
Key words: cystic liver formations, surgical treatment, diapeutic interventions.

Долзарблик. Ҳозирги вақтда адабиётда нопаразитар жигар кисталарини даволашнинг аниқ концепцияси мавжуд эмас. Баъзи мақолаларда ташхис қўйилгандан сўнг дарҳол жарроҳлик аралашувлар ҳақида хабар берилди [3, 5, 8], бошқа муаллифларнинг тавсияларига кўра, жарроҳлик даволаш фақат клиник белгилар мавжуд бўлганда амалга оширилади [1, 4, 6].

Бироқ, асимптоматик кисталарни даволаш ёки динамик кузатиш масаласи ҳалигача ҳал қилинмаган. Жарроҳликнинг замонавий тенденциялари жигарнинг паразитар ва паразит бўлмаган кисталарини даволаш учун миниинвазив усулларни қўллаш частотасининг кўпайишига ва кўрсатмаларнинг кенгайишига олиб келади.

Замонавий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, жигар кисталарини даволашда бир нечта йўналишлар мавжуд: анъанавий жарроҳлик аралашувлар, эндовидеожарроҳлик усуллари ва паразитар жигар кисталари учун операциядан олдинги ва кейинги кимётерапия билан ультратовуш ёки КТ назорати остида кисталарни перкутан пункцион-дренаж билан даволаш. PAIR (пункцион, аспирация, инъекция ва қайта аспирация) техникаси ЖССТ томонидан кенг қўлланилади ва тасдиқланган. Шунга қарамай, даволаниш натижаларини яхшилаш учун тери орқали усулларни ўзгартиришга уринишлар тўхтамайди. Шундай қилиб, эхинококкоз учун минимал инвазив аралашувларнинг янги турлари пайдо бўлди – PEVAC, PAI, Өгмесі, МоСаТ. PEVAC (Перкутан эвакуация) пункцион каналининг зараланиши хавфини оширадиган Селдингер дренажини алмаштиришни назарда тутди. PAI ва Өгмесі гермицидни бўшлиқда қолдиришни ўз ичига олади, бу эса қолган бўшлиқни кичрайишига ёрдам бермайди ва йиринглаш хавфини оширади. МоСаТ (модификацияланган катетеризация техникаси) усулига кўра, киста дархол қалин дренаж билан тешилади, бу хитин мембрананинг ажралиши ва кистанинг ёрилиши туфайли хавфлидир. Ушбу усулларнинг муаллифлари уларнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини эълон қилишларига қарамай, беморлар сонининг камлиги ва операциядан кейинги қузатувнинг қисқа муддати объектив хулосалар чиқаришга имкон бермайди. Шундай қилиб, жарроҳлик аралашувининг оптимал усулини ва уни амалга ошириш усулини танлаш бўйича қарор долзарб бўлиб қолмоқда [2, 7, 9, 10].

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда жигар кисталарини ташхислаш ва даволаш усуллари замонавий соғлиқни сақлашнинг долзарб ва ҳал этилмаган муаммоларидан биридир. Шу муносабат билан, операциядан олдинги босқичда касалликнинг хусусиятла-



Расм 1. Бемор Б. жигарининг МСКТси, 43 ёш. Жигарнинг IV, V ва IV сегментларининг кўп кисталари

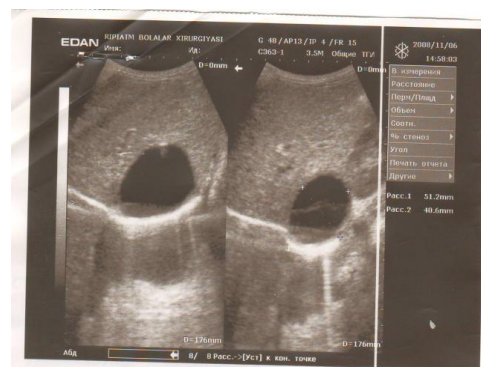
рини баҳолашга имкон берадиган, инвазив бўлмаган тиббий тасвирлаш усулларининг ахборот мазмунига қараб, жигар кисталарини ташхислаш ва даволашда диапевтик усулларнинг имкониятларини ўрганиш зарурати туғилади ва кистанинг тузилиши ва агрессив касалликнинг белгиларини аниқлашга имкон яратади.

Тадқиқот мақсади - диапевтик усулларни қўллаш асосида паразитар ва нопаразитар жигар кисталари билан касалланган беморларни диагностика қилиш ва жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси жарроҳлик бўлимида 2016 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда диапевтик ва жарроҳлик аралашувлар ўтказилган паразитар ва нопаразитар жигар кисталари билан оғриган беморларни текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Барча беморларга режалаштирилган муолажалар ўтказилди. Даволаш тактикасини танлашга қараб, беморлар икки гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳ, таққослаш гуруҳи лапароскопик ва очиқ жарроҳлик аралашувини ўтказган 65 нафар бемордан иборат бўлган. Иккинчи гуруҳ, асосий гуруҳ, тери ва жигар орқали кистэктомия қилинган 52 нафар бемордан иборат.

Барча беморларга инструментал текширув усуллари ўтказилди. Жумладан жигарни ультратовуш текшируви мультиспирал компьютер томография текшириш натижалари билан солиштирилиб, кистоз ҳосиланинг топик диагностикаси аниқлаштирилди. Шунга асосланиб беморларга оптимал даволаш усули танланди (расм 1, 2).

Жигарнинг кистоз шаклланишини жарроҳлик даволашнинг учта асосий усули қўлланилган (1-жадвал).



Расм 2. Бемор Б. жигарининг ультратовуш текшируви, 43 ёш. Жигарнинг IV ва V сегментларининг кўп кисталари

Жадвал 1. Жигарнинг кистоз шаклланишини жаррохлик даволаш усуллари

Операцияга кўрсатма	Текширув гуруҳи								Жами (n=117)		
	Таққослаш гуруҳи (n=65)				Асосий гуруҳ (n=52)						
	Солидар кисталар (n=38)	Кўп сонли кисталар (n=12)	Жигар поликистоз (n=15)	Солидар кисталар (n=42)	Кўп сонли кисталар (n=10)						
Тери орқали пункция ва киста бўшлиғини склерозлаш							32		7	39	33,3
Тери жигар орқали эхинококкэктомия						10		3		13	11,1
Эпителія қопламасини олиш орқали кисталарни лапароскопик фенестрацияси		5*	2	6						13	11,1
Жигардан лапароскопик эхинококкэктомия	12		7							19	16,2
Лапаротомия Киста фенестрацияси				6						6	5,1
Лапаротомная жигардан эхинококкэктомия	21		3							24	20,5
Сегментэктомия ёки атипик жигар резекцияси				3						3	2,6

Изоҳ: *фарқ сезиларли ($p < 0,05$)

Жадвал 2. Паразит бўлмаган жигар кисталарини даволашнинг пункцион усуллари

Пункцион даволаш усуллари	Беморлар сони (%)
Киста таркибининг тешилиши ва аспирацияси	4 (10,2%)
Пункцион, таркибнинг аспирацияси ва кистанинг склерози	31 (79,5%)
Пункцион, таркибни аспирацияси, склеротерапия ва кистани дренажлаш	4 (10,2%)
Жами:	39 (100%)

Беморларнинг асосий гуруҳида барча беморлар диapedтик даволаш усуллари олган: 39 (52 тадан 75,0%) нопаразитар жигар кисталари бўлган беморларга перкутан пункцион ва кисталарнинг склерози ўтказилган; жигарнинг паразитар кисталари билан оғриган 13 нафар (25,0%) беморга тери орқали транстепатик эхинококкэктомия ўтказилган. Таққослаш гуруҳида барча беморларга лапароскопик очик жаррохлик аралашувлар ўтказилган. Улардан нопаразитар жигар кисталари билан оғриган 13 нафар (20,0%) беморда кисталарнинг эпителий қопламани ишлов бериш билан лапароскопик фенестрация, 19 нафар (29,2%) жигар эхинококкози билан оғриган беморларга лапароскопик эхинококкэктомия операцияси ўтказилган.

Паразитар ва нопаразитар жигар кисталари билан мос равишда 6 (9,2%) ва 24 (36,9%) беморда лапаротомия, кисталарнинг эпителий қопламани даволаш билан фенестрацияси ва жигарнинг лапаротомияли эхинококкэктомияси амалга оширилди.

2016 йилдан бошлаб цистэктомиянинг пункцион-дренаж усуллари, яъни PAIR (Punction-

Aspiration-Injection-Reaspiration тери орқали пункцион даволаш усули) ва PEVAC (Percutaneous-Evacuation of cyst contents тери орқали пункция қилиб бўшлиқни дренажлаш ва эвакуация қилиш усули) ишлатилган. 39 нафар беморга ультратовуш текшируви остида нопаразитар жигар кисталарининг тери орқали пункция ва склеротерапияси ўтказилди.

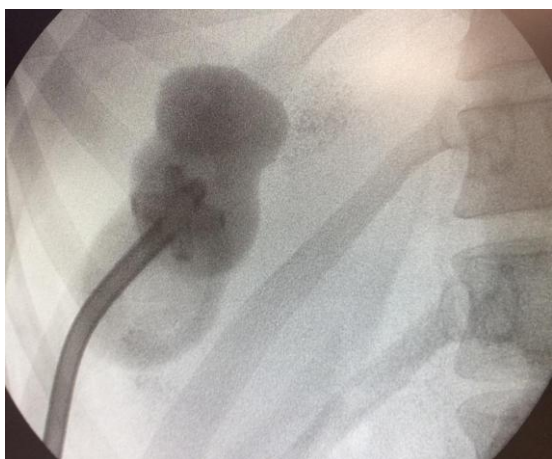
Жараён юқори технологиялар, жумладан ALOCA SSD-630 (Япония) ультратовуш ускунаси билан жиҳозланган операция хонасида амалга оширилди. Кистанинг жойлашишига қараб, игна плевра синусидан ўтишига йўл қўймаслик ва қорин бўшлиғининг ичи бўш органларига зарар бермасдан қулай манипуляция қилиш учун бемор махсус ҳолатга келтирилади. Агар киста жигарнинг ўнг бўлағида локализация қилинган бўлса, бемор орқа томонига ёстиқ қўйилган ҳолда чап томонида ётади (5-расм). Агар киста жигарнинг II, III ва IV сегментларида локализация қилинган бўлса, бемор ёстиқ қўйилган ҳолда орқа томонида ётади.



Расм 3. Мандрелни олиб ташлаш пайтида дренажни буриш



Расм 4. Глицерин инъецияси туфайлт хитин қобигининг ажралиши



Расм 5. Киста бўшлиғида «Malecot» дренажи



Расм 6. Эхинококк кистасининг фистулографияси. Ўқ орқали контраст модданинг кистадан ташқарига оқишини кўрсатилган – цистобиллиар оқма

4 (10,2%) беморда фақат киста таркибининг аспирацияси амалга оширилди (2-жадвал).

Эхинококк кисталар учун пункцион аралашуви учун кўрсатмалар:

- солитар кисталар;
- интрапаренхимал жойлашган гидатик эхинококк кисталари;
- такрорий ва қолдиқ солитар гидатик эхинококк кисталари.

Қуйидагилар қарши кўрсатма деб ҳисобланади:

- она кистасининг бўшлиғида қиз кисталари бўлган солитар гидатид кисталар;
- кўп камерали гидатик эхинококк кисталари;
- деворларнинг калцинатланган гидатик эхинококк кисталари;
- ўт йўллариға, қорин бўшлиғиға ёки плевра бўшлиғиға ёрилиб кетган гидатик эхинококк кисталари.

Биз ушбу усулни асосий гуруҳдаги 13 (25,0%) беморға қўлладик. Барча аралашувлар стандарт операция ускуналари, шунингдек,

ультратовуш аппарати ва рентгенологик текширув билан жиҳозланган махсус операция хонасида амалга оширилди. Операция вена ичига беҳушлик остида, бемор чалқанча ётган ҳолда амалга оширилди. Операциядан олдин беморға хавфсиз кириш траекториясини аниқлаш учун полипозицион ультратовуш текшируви ўтказилди.

Эпигастрал соҳадан кириш хавфи:

- ичи бўш органға (ошқозонға) зарар етказиш хавфи;
- жигар чап бўлагининг кўпроқ ҳаракатчанлиги туфайли кистанинг ёрилиши хавфи.

Субкостал ёндашув билан катта томирлар ва ўт йўллариға зарар етказиш хавфи юқори.

Интеркостал кириш қуйидаги хавфларни келтириб чиқаради:

- интеркостал томирларнинг шикастланиши
- асбобларнинг плевра синуси орқали ўтиши.

Оптимал траекторияни танлагандан сўнг, мўлжалланган инъекция жойида скалпел билан бир неча миллиметрли кесма қилинган ва юмшоқ тўқималар “москит” қисқичи ёрдамида қорин пардага ажратилган. Кейинчалик, игна йўналишини белгилайдиган ультратовуш сенсорига махсус бириктура кўйилди. Кўкракка диаметри 7-8,5Fr бўлган игна-катетер мажмуаси ўрнатилди. Камдан-кам ҳолларда, тўғридан-тўғри хавфсиз кириш имкони бўлмаганда, биз асбоблар йўлини ўзгартириш ва асбоблар йўли бўйлаб турли тузилмаларни четлаб ўтиш имконини берувчи “эркин кўл” техникасидан фойдаландик. Биз ушбу техникани 3 нафар беморда (23,1%) қўлладик.

Доимий ультратовуш назорати остида комплекс найзага ўхшаш ҳаракат ёрдамида кистага киритилди. Кейин стилетли mandrel мажмуадан олиб ташланди ва дренаж киста бўшлиғига “чўчка думи” (pig-tail) шаклида ўрнатилди (3-расм).

Барча таркибни аспирация қилгандан сўнг, киста бўшлиғига етарли миқдорда микробларга қарши препарат киритилди. Биз 100% глицерин эритмасини самарали гермицидлардан бири сифатида афзал кўрдик. Биз камида 6-7 дақиқа таъсир қиладиган 100% глицерин эритмасидан фойдаландик. Биз глицеринга рентген контрастли воситани қўшдик, бу кистанинг жойлашиши ва шаклини, унинг сафро йўллари, қўшни тузилмалар ва эркин қорин бўшлиғи билан боғлиқлигини баҳолашга имкон берди. Барча кейинги амалиётлар рентген назорати остида амалга оширилди. Таъсир қилиш пайтида монитор экранида киста бўшлиғида “ғижимланган қоғоз”га ўхшаш хитиноз мембрананинг ажралишини кузатиш мумкин эди (4-расм).

Хитин қобиғини олиб ташлаш муаммосини ҳал қилиш учун улар дренажни қалинроқ билан алмаштиришди. Паразитнинг ҳаётий элементларининг ўлимини ҳисобга олган ҳолда, Селдингер усули бўйича кейинги манипуляцияларни бажариш жоиздир.

Дренаж орқали киста бўшлиғига J-шаклидаги ўтказгич киритилди. Дренаж олиб ташланди ва 16Fr диаметри коаксил бужлар ёрдамида йўналтирувчи симда пункцион каналининг кетма-кет бужлаш амалга оширилди. Кейинчалик эса, ректификатордаги йўналтирувчи сим бўйлаб киста бўшлиғига диаметри 16 Fr бўлган «Malecot» типига дренаж киритилди. Ушбу дренажнинг киста бўшлиғининг дислокацияси ҳолатида ўзига хос хусусияти унинг охирида қўзикорин шаклидаги “сават” нинг мавжудлиги, биринчидан, киста таркибини, хусусан, хитиноз мембранани яхшироқ эвакуация қилишга ёрдам беради, иккинчидан, дренажнинг тушишини олдини олади. Шундан сўнг, ректификатор ва ўтказгич дренаждан олиб ташланди,

бу эса дренажнинг “саватининг очилишига” олиб келди (5-расм).

Қолдиқ бўшлиғини контрастлашнинг энг муҳим вазифаси – цистобилиар фистулалар мавжудлигини ва уларнинг калибрини аниқлаш. Цистобилиар оқма экранда киста бўшлиғидан ташқарида контраст модданинг лентага ўхшаш оқими сифатида пайдо бўлди, сўнгра ўт йўллари нинг дарахтини визуализация қилди. Бироқ, биз ҳар доим ҳам оқма борлигини рентгенологик жиҳатдан тасдиқлай олмадик. Бу кистанинг бўшлиғига очилган ўт йўлининг кичик калибрига боғлиқ. Оқманинг мавжудлиги фақат дренаж орқали сафро оқими билан кўрсатилган. Бизнинг тадқиқотимизда цистобилиар оқмалар 4 беморда (30,8%) содир бўлган. Уларнинг 3 тасида (75,0%) оқма борлиги рентгенографик жиҳатдан тасдиқланган (6-расм).

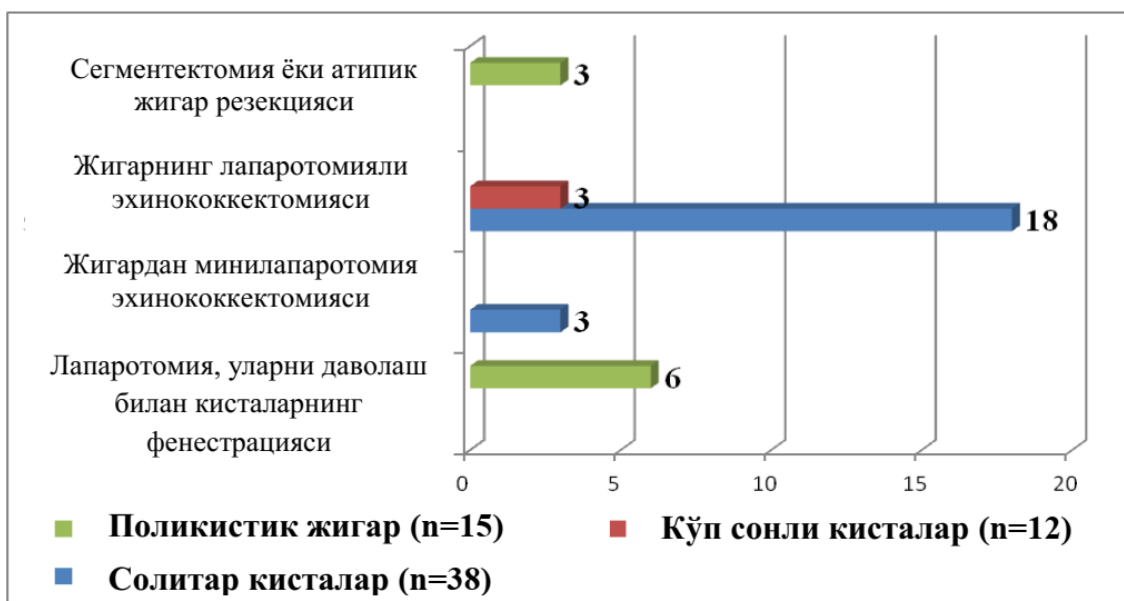
Перкутан аралашувлар пайтида цистобилиар оқмалар муаммоси кўплаб жарроҳларнинг ушбу техника ҳақида салбий фикрга эга бўлишига олиб келади. Бироқ, адабиёт маълумотларига кўра, уларнинг перкутан аралашувлар билан касалланиш даражаси очик бўлганлар билан бир хил.

Биз цистобилиар оқмаларни операциянинг асорати деб ҳисобламаймиз, чунки уларнинг мавжудлиги операцияга ҳеч қандай алоқаси йўқ ва уни бажариш техникаси ва сифатига боғлиқ эмас.

Назорат цистографияси ва дренаж ҳолатини тузатгандан сўнг, у терига тикилади ва қопланади. Операция шу ерда тугади. Беморларни палатага ўтказиб, уларнинг дренажи ёпиқ дренаж тизимига уланди.

Таққослаш гуруҳидаги 32 (49,2%) беморда лапароскопик фенестрация ва нопаразитар жигар кистасининг эпителий қопламани даволаш, шунингдек ультратовуш текшируви остида жигарнинг лапароскопик эхинококкэктомияси амалга оширилди.

33 беморда лапаротомия орқали жигар кисталари учун турли хил жарроҳлик аралашувлар ўтказилди. Минимал инвазив пункцион аралашувини ва очик лапаротомия операциялари билан солиштириш учун ушбу беморларнинг барчаси таққослаш гуруҳига киритилган. 33 нафар беморнинг 9 нафариди (27,3%) жигар поликистоз касаллиги бўлган, бунда 3 та ҳолатда сегментэктомия ва атипик жигар резекцияси ўтказилган. 3 (9,1%) беморда бир неча паразитар жигар кисталари бўлган ва лапаротомия орқали эхинококктомия қилинган. 21 (63,6%) беморларда солитар кисталар, 3 та ҳолатда минилапаротомия усулида эхинококкэктомия амалга оширилди. 18 беморга лапаротомия орқали кистэктомия қилинган (7-расм).



Расм 7. Таққослаш гуруҳидаги беморларда жигар кисталарини жарроҳлик даволаш усуллари

Жадвал 3. Жигар кисталарини жарроҳлик даволашнинг асоратлари

Даволаш натижалари	Беморлар гуруҳи		
	Тери орқали пункция (n=52)	Лапароскопия (n=32)	Лапаротомия (n=33)
Интраоператив асоратлар			
Қон кетиши	1 (1,9%)		
Сафро чиқиши	1 (1,9%)		
Аллергик реакция	1 (1,9%)	1 (3,1%)	
Плевра синусининг пункцияси	1 (1,9%)		
Қорин бўшлиғига тарқалиши		1 (3,1%)	
Операциядан кейинги эрта даврдаги асоратлар			
Плеврит	1 (1,9%)		1 (3,0%)
Бронхопулмонар асоратлар		1 (3,1%)	2 (6,1%)
Юрак-қон томир асоратлари		1 (3,1%)	1 (3,0%)
Ўткир пиелонефрит			1 (3,0%)
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши	2 (3,8%)	2 (6,2%)	3 (9,1%)
Дренаж орқали сафро оқиши		1 (3,1%)	6 (18,2%)
Йирингли холангит			1 (3,0%)
Операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши			2 (6,1%)
Динамик ичак тутилиши			1 (3,0%)
Жами асоратлар:	7 (13,5%)	7 (21,9%)	18 (54,5%)*
Жами беморлар:	5 (9,6%)	5 (15,6%)	11 (33,3%)

Изоҳ: * фарқ сезиларли ($p < 0,05$)

Тадқиқот натижалари. Жигар эхинококкози билан оғриган 3 нафар беморда интраоператив асоратлар қайд этилган. Диссертациянинг 3-бобида таъкидланганидек, диапевтик аралашув вақтида жигар эхинококкози билан оғриган беморларнинг 2 та ҳолатда, бир ҳолатда кўп қон кетиши, иккинчи ҳолатда эса киста бўшлиғи орқали ўт пуфағи бўшлиғининг тўғридан-тўғри пункцияси натижасида кўп миқдорда ўт оқиши ҳолатида операцияни очик усулда давом эттириш билан шошилишч лапаротомия талаб қилинган.

Ўт пуфағи деворининг тешилиши интраоператив сонографияга кўра баҳоланди, бунда таранглик пуфағининг кескин қисқаришини аниқланди. 1 нафар беморда диапевтик аралашув пайтида тери гиперемияси, эшак эми ва енгил тахикардия шаклида аллергия реакция қайд этилган.

Ушбу симптомлар десенсибилизацияловчи дорилар ва глюкокортикостероидларни қўллаш биланоқ операция столида йўқолди. Операциядан кейинги даврда бундай реакцияларни кузатилмади. Бошқа ҳолларда, бирон бир беморда

сезиларли аллергия реакция хаттоки анафилактик шок ҳолати ҳам кузатилмади.

Аниқ аллергия реакцияларнинг йўқлигида барча беморлар жарроҳлик давригача амбулатория шароитида десенсибилизация терапиясидан ўтганлиги сабаб бўлди. Операциядан олдин 10 кун давомида антигистаминлар, сўнгра операциядан уч кун олдин глюкокортикостероидлар бошланди (3-жадвал).

Хулоса:

Перкутан пункцион кистэктомия жигарнинг паразитар ва нопаразитар кисталарини жарроҳлик йўли билан даволашнинг замонавий минимал инвазив усули бўлиб, лапароскопик ва анъанавий усуллар билан солиштирганда муҳим ижтимоий аҳамиятга ва иқтисодий самарага эга бўлиб, катта клиник самарадор ҳисобланади.

Аралашувнинг афзалликлари беморларни операциядан кейинги эрта реабилитация қилиш, лапароскопик ва очик анъанавий операцияларга хос бўлган турли хил асоратларни камайтириш (38,5% дан 13,5% гача) ёки олдини олиш, шунингдек, касалхонада қолишни 312,2±96,8 дан 16,2±4,4 соатгача камайтиришни ўз ичига олади.

Жигар кисталари бўйича диапневтик аралашувларнинг узок муддатли натижаларини таҳлил қилиш усулининг радикаллигини кўрсатди, нопаразитар жигар кисталари бўлган беморларда кўпроқ афзалроқ бўлиши мумкин ва танлов операцияси бўлиши мумкин, бу эса беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилади ва 95,5% гача яхши натижалар кўрсатди, лапароскопик ҳамда анъанавий очик аралашувлардан сўнг бу кўрсаткич 81,4%ни ташкил этди. Умуман олганда, биргаликда олинган барча натижаларга кўра, асосий гуруҳда сезиларли даражада яхшироқ кўрсаткичлар олинган (гуруҳлар мезони $\chi^2 = 43.087$; Df=3; p<0,001).

Адабиётлар:

1. Карпенко В. Н. Интервенционные вмешательства под контролем ультразвукового исследования в диагностике и лечении очаговых образований печени // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. – 2009. – Т. 1. – №. 9.
2. Назыров Ф. Г., Акилов Х. А., Икрамов А. И. Лучевые методы исследований в диагностике и лечении гнойных осложнений эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2001. – Т. 6. – №. 1. – С. 47-51
3. Рахманов К. Э. и др. Радикальная эхинококкэктомия из печени // Valeology: International Journal of Medical Anthropology and Bioethics (2995-4924). – 2024. – Т. 2. – №. 5. – С. 18-24.

4. Ризаев Ж. А. и др. Выбор хирургической тактики в зависимости от дооперационной топической диагностики эхинококкоза печени // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2021. – Т. 5. – №. 131. – С. 117-119.

5. Ризаев Ж. А. и др. Оптимизация диагностики различных морфологических форм эхинококкоза печени // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2021. – Т. 5. – №. 131. – С. 120-124.

6. Ризаев Ж. А., Мамараджабов С. Э. Серозно-эпидемиологическое обследование на эхинококкоз жителей Самаркандской области // Материалы II Международной научно-практической онлайн конференции «современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения. – 2020. – Т. 17. – С. 59-60.

7. Умаркулов З. З. и др. Роль диапневтических методов в хирургическом лечении кистозных образований печени // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 3.

8. Умаркулов З. З., Хамидов О. А., Давлатов С. С. Диапневтические методы в хирургическом лечении кистозных образований печени // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 6. – С. 108-112.

9. Zafarjonovich U. Z., Abdurakhmanovich K. O., Sulaymanovich D. S. Возможности диапневтических методов в хирургическом лечении кистозных образований печени // Journal of biomedicine and practice. – 2023. – Т. 8. – №. 6.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАПНЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Умаркулов З.З., Хамидов О.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э.

Резюме. Исследование, проведенное на базе хирургического отделения многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2016 по 2023 год, на основе клинико-лабораторного обследования 117 больных с кистозными образованиями печени, выявило преимущества диапневтических вмешательств. Эти процедуры способствуют ранней послеоперационной реабилитации пациентов, а также снижают или предотвращают различные осложнения, характерные для лапароскопических и открытых традиционных операций. Кроме того, использование диапневтических методов позволяет сократить время пребывания больных в стационаре. Эти результаты подтверждают важность и перспективы развития диапневтических подходов в хирургии, особенно в контексте лечения кистозных образований печени.

Ключевые слова: кистозные образования печени, хирургическое лечение, диапневтические вмешательства.