

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



№3 (Том 3)

2022

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**ТОМ 3, НОМЕР 3**

**JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH**

**VOLUME 3, ISSUE 3**





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал  
Издается с 2020 года  
Выходит 1 раз в квартал

**Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский университет,  
tadqiqot.uz

**Главный редактор:**

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

**Заместитель главного редактора:**

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

**Ответственный секретарь**

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

**Редакционная коллегия:**

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;  
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;  
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;  
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;  
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;  
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

**Редакционный совет:**

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)  
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)  
Н.В. Болотова (Саратов)  
Н. Н. Володин (Москва)  
С.С. Давлатов (Бухара)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
Э.С. Мамутова (Самарканд)  
Э.И. Мусабоев (Ташкент)  
А.Н. Орипов (Ташкент)  
Н.О. Тураева (Самарканд)  
Ф. Улмасов (Самарканд)  
А. Фейзоглу (Стамбул)  
Б.Т. Холматова (Ташкент)  
А.М. Шамсиев (Самарканд)  
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.  
Тел.: +998662333034, +998915497971  
E-mail: [hepato\\_gastroenterology@mail.ru](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

<b>1. Khusainova Shirin Kamiljonovna, Ahmedova Dilbar Yusufjonovna</b> IMPROVING TREATMENT OF COMMUNITY- ACQUE PNEUMONIA WITH ATYPICAL ETIOLOGY.....	5
<b>2. Лим Максим Вячеславович, Куйлиева Сохиба Уктам кизи, Махмудова Парвина Насридиновна, Тошпулотов Санжар Фазлиддин угли</b> ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	8
<b>3. Лим Максим Вячеславович, Сафарова Ширинбону Санджаровна, Рахматов Адхамбек Азизбек угли, Туракулов Иброхим Шавкатович</b> ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО.....	12
<b>4. Мамутова Эвелина Сергеевна, Шадиева Халима Нуридиновна</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИАСТЕНИИ ГРАВИС.....	16
<b>5. Murtazaev Zafar Isrofulovich, Baysariev Shovkat Usmonovich</b> O‘RKA VA JIGAR QO‘SHMA EXINOKOKKOZIDA JARROHLIK TAKTIKASI.....	20
<b>6. Murtazaev Zafar Isrofulovich, Baysariev Shovkat Usmonovich</b> O‘RKA EXINOKOKKOZIDA XIRURGIK TAKTIKA.....	26
<b>7. Раббимова Дилфуза Тоштемировна, Юсупов Фазлиддин Тожиевич</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ И НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	30
<b>8. Раббимова Дилфуза Тоштемировна, Юсупов Фазлиддин Тожиевич</b> РОЛЬ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	35
<b>9. Kholikova Gulnoz Asatovna, Kodirova Markhabo Miyassarovna</b> FREQUENCY OF FUNCTIONAL CONSTIPATION IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES.....	38
<b>10. Xolmuradova Zilola Ergashevna, Garifulina Lilya Maratovna</b> SEMIZLIGI BOR O‘SMIRLARDA YURAK-QON TOMIR TIZIMINING HOLATI.....	41
<b>11. Шавази Нурали Мамедович, Ибрагимова Марина Фёдоровна</b> УЛУЧШЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	45
<b>12. Шавази Нурали Мухаммад угли, Рустамов Мардонкул Рустамович, Агаева Мухиба Сайфиевна</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОБАВИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ.....	49
<b>13. Шадиева Халима Нуридиновна, Мамутова Эвелина Сергеевна</b> НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19).....	52
<b>14. Шарипов Рустам Хаитович, Расулова Надира Алишеровна</b> НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ.....	55
<b>15. Шарипов Рустам Хаитович, Расулова Надира Алишеровна, Расулов Алишер Собирович</b> ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОКСИБРАЛ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ АКТИВНОСТИ ЛИПИДНОЙ ПЕРОКСИДАЦИИ.....	58

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Murtazaev Zafar Isrofulovich**


Umumiy xirurgiya kafedrası, tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,  
Samarqand, O'zbekiston.

**Baysariyev Shovkat Usmonovich**

Umumiy xirurgiya kafedrası, assistent  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,  
Samarqand, O'zbekiston.

### О'ПКА EXINOKOKKOZIDA XIRURGIK TAKTIKA

**For citation:** Murtazaev Zafar Isrofulovich, Baisariyev Shovkat Usmonovich/Surgical tactics in pulmonary echinococcosis. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.26-29

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6777918>

#### ANNOTATSIYA

Biz o'pka exinokokkozi bilan 182 nafar bemorning (shulardan, 126 nafari asoratlanmagan va 56 nafari asoratlangan o'pka exinokokkozi bilan kasallangan) jarrohlik davolash natijalari tahlilini taqdim etamiz. Belgilangan 25 bemordan faqat 23 nafarida sof torakoskopik usulda exinokokkektomiya qilish imkoniyati bo'ldi. 134 ta holatda mini-kirish yo'li orqali videotorakoskopik exinokokkektomiya amalga oshirildi. O'pkada kistalarning ikki tomonlama lokalizatsiyasi bilan 7 bemorda bosqichma-bosqich operatsiyalar o'tkazildi, 3 ta (36,36%) holatda esa bir bosqichli exinokokkektomiya bajarildi. 25 bemorda o'pkadan exinokokkektomiya keng torakotomik kesim orqali amalga oshirildi. Barcha bemorlarga oldingi-yon torakotomiya qilindi. Asosiy (97,67%) holatlarda o'pkada organ saqlovchi operatsiyalar bajarilish bilan birga fibroz qoldiq bo'shliq turli modifikatsiyada bartaraf etildi. Kistalarning o'pkaning chekka qismida joylashuvida va pnevmotsirrozda 2 nafar bemorda o'pka to'qimasini exinokokk kistasi bilan birga rezeksiya qilindi. 10 nafar bemorda o'pka va jigarning qo'shma exinokokkozi bilan operatsiya qilindi. 6 bemorda bir vaqtning o'zida alohida kesmalar orqali o'pka va jigarda jarrohlik aralashuvlar amalga oshirildi. O'pka exinokokkozida bemorlarning 2/3 qismidan ko'prog'ida minimal invaziv usullardan foydalanish mumkin.

**Kalit so'zlar:** o'pka exinokokkozi, videotorakoskopik exinokokkektomiya.

**Муртазаев Зафар Исрофулович**

кафедра общей хирургии, кандидат медицинских наук, доцент  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

**Байсариев Шовкат Усмонович**

Кафедра общей хирургии, ассистент  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

### ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

#### АННОТАЦИЯ

Приводим анализ результатов хирургического лечения 182 больных эхинококкозом легких (126 больных с неосложненным и 56 – с осложненным эхинококкозом легких). Из них только у 23 пациентов из 25 намеченных оказалось возможным провести эхинококкэктомию чисто торакоскопически через троакарные проколы. В 134 случаях выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. При двухсторонней локализации кист у 7 больных произведены поэтапные операции, а в 3 (36,36%) случаях – одномоментная эхинококкэктомия из легкого произведена из широкого торакотомного доступа. У всех больных применена переднебоковая торакотомия. В основном у (97,67%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 больных при краевом расположении и пневмоциррозом произведена краевая резекция легкого с эхинококковой кистой. С сочетанным эхинококкозом легких и печени были оперированы 10 больных. 6 больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через раздельные доступы одномоментно. Применение малоинвазивных методик при эхинококкозе легких возможно более чем у 2/3 больных.

**Ключевые слова:** эхинококкоз легких, видеоторакоскопическая эхинококкэктомия.



**Murtazaev Zafar Isrofulovich**Department of General Surgery,  
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan**Baisariyev Shovkat Usmonovich**Department of General Surgery, Assistant  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan**SURGICAL TACTICS IN PULMONARY ECHINOCOCCOSIS****ANNOTATION**

We present an analysis of the results of surgical treatment of 182 patients with pulmonary echinococcosis (126 patients with uncomplicated and 56 with complicated pulmonary echinococcosis). Of these, only in 23 patients out of 25 planned, it was possible to carry out echinococcectomy purely thoracoscopically through trocar punctures. In 134 cases, videothoroscopic echinococcectomy was performed using a mini-access. In case of bilateral localization of cysts, stage-by-stage operations were performed in 7 patients, and in 3 (36.36%) cases - single-stage echinococcectomy. Echinococcectomy from the lung was performed in 25 patients using a wide thoracotomy approach. In 134 cases, videothoroscopic echinococcectomy was performed using a mini-access. In case of bilateral localization of cysts, stage-by-stage operations were performed in 7 patients, and in 3 (36.36%) cases - single-stage echinococcectomy. Echinococcectomy from the lung was performed in 25 patients using a wide thoracotomy approach. All patients underwent anterolateral thoracotomy. Basically (97.67%) performed organ-preserving operations with the elimination of the residual cavity in the light suture plastics in various modifications. In 2 patients with marginal location and pneumocirrhosis, marginal resection of the lung with an echinococcal cyst was performed. With combined echinococcosis of the lungs and liver, 10 patients were operated on. 6 patients underwent surgical interventions on the lungs and liver through separate approaches at the same time. The use of minimally invasive techniques for pulmonary echinococcosis is possible in more than 2/3 of patients.

**Key words:** pulmonary echinococcosis, videothoroscopic echinococcectomy.

**Kirish.** JSST ma'lumotlariga ko'ra, endemik hududlarda odamlarning exinokokkoz bilan kasallanish darajasi yiliga har 100 000 kishiga 50 ta holatni tashkil etadi va ba'zi joylarda tarqalish darajasi 5-10% gacha yetishi mumkin. Dunyoning bir qator endemik mintaqada davlatlarining xirurglari va infeksiionistlari ushbu kasallikka alohida qiziqish bildirmoqda. Parazitlar tananing turli a'zolarini zararlashi mumkin bo'lsada, exinokokkoz odatda jigar va o'pkani ko'prok zararlaydi. Katta yoshli odamlarda o'pka (18-35%) exinokokkozi jigardan (50-70%) keyingi ikkinchi eng keng tarqalgan joyidir. Exinokokkozda o'lim ko'rsatkichi 2,5-7% gacha yetadi.(1,5).

Exinokokkozni davolashning yagona radikal usuli hali ham xirurgik usul bo'lib qolmoqda. Endoxirurgik texnologiyani joriy etish an'anaviy qorin bo'shlig'i xirurgiyasining eng muhim kamchiliklaridan birini - travmatik kirish va organing o'zidagi miniinvaziv yondashuv o'rtasidagi nomuvofiqlikni bartaraf etdi va minimal invaziv xirurgiya o'pka exinokokkozini davolashda mumkin bo'lgan yondashuvga aylandi. Operativ endoskopiyaning keng miqyosda rivojlanishi, jarohatlanish va asoratlarning pastligi, tejamkorligi va bemorlarni reabilitatsiya qilish vaqtining qisqarishi, bizga exinokokkozning barcha lokalizatsiyalarida davolash tamoyillarini qayta ko'rib chiqish imkonini berdi (2, 3, 4).

Ximioterapiya kichik hajmdagi kistalar (< 3 sm) uchun mos deb hisoblanib, operatsiyaga qarshi ko'rsatmalari bo'lgan bemorlarga qo'llaniladi. Albendazolni organizmda yaxshi so'rilganligi va samarali ta'siri tufayli hozirda eng ko'p tanlangan dori hisoblanadi. O'pka exinokokkozi uchun albendazol farmakoterapiyasining optimal davomiyligi noma'lum bo'lsada, odatda 3-6 oy davomida buyuriladi. Yaqinda siklik terapiyaga nisbatan uzluksiz terapiyani qo'llash, dorini nojo'ya ta'sirlarini kuchaytirmasdan, samaraliroq ta'sirga ega ekanligi demonstratsiya qilindi. Aksariyat o'pka kistalari davolanishdan keyin 5-14 oy o'tgach yo'qoladi. Operatsiyadan oldingi sharoitda albendazol bilan davolash, qon zardobida va kista suyuqligida albendazolning konsentratsiyasi yuqori bo'lishiga qaramay, kista hayotiylikining saqlanib qolishi demonstratsiya qilindi. Protoskolikslar o'lik kistalarda xam hayotiylikini saqlab qoladi. Operatsiyadan keyingi antigelmintik terapiyasiz yuqori retsedivlanish darajasi qayd etilishi aniqlandi (5,6,7).

**Materiallar va usullar.** Klinikamizda 2005 yildan 2020 yilgacha bo'lgan davrda o'pka exinokokkozi bilan og'rigan 182 nafar bemorning (126 nafari asoratlanmagan va 56 nafari asoratlangan o'pka exinokokkoz bilan kasallangan bemorlar) xirurgik davolash natijalari bo'yicha ma'lumotlarni tahlil qildik. Bemorlarning yoshi 5 yoshdan 83 yoshgacha o'zgarib turdi. Erkaklar - 77 (42,30%), ayollar - 105 (57,70%) tashkil etdi.

O'pkada jami 223 ta kistalar borligi aniqlandi. Shundan, 81 ta (36,32%) kistalar yuqori bo'laklarda, 24 ta (10,76%) kistalar - o'rta bo'laklarda va 118 ta (52,92%) kista - o'pkaning pastki bo'lagida joylashgan. O'ng o'pkada 132 ta (59,19%), chapda 91 ta (40,81%) kista aniqlandi. O'pkadagi kistalarning kattaligi diametri 3 sm dan 15 sm gacha o'zgarib turdi. O'pkada 56 (30,76%) nafar bemorda exinokokkozning asoratli kechishi kuzatildi. Ulardan 34 tasida (60,72%) kistani bronxga yorilishi, 15 tasida (26,79%) kistaning yiringlashi, 7 tasida (12,50%) kistaning plevra bo'shlig'iga yorilishi aniqlandi.

Klinik tekshiruvdan tashqari, ko'krak qafasi rentgenogrammasi va kompyuter tomografiyasi asosiy diagnostika usullari deb hisoblandi. Klinikamizda exinokokk uchun serologik tahlil o'tkazilmadi. Atipik klinika va rentgenologik belgilar mavjud bo'lgan bemorlarda diagnoz qo'yish uchun fibrobronkoscopiya (endobronxial oq-sariq yoki oqish xira pardani aniqlash) ishlatildi. Ko'krak qafasining kompyuter tomografiyasi (KT) o'pkada oval yoki sharsimon soyalanishlarni aniqladi. Jigar kistalarini aniqlash uchun kompyuter tomografiyasi va qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi o'tkazildi, 23 holatda jigarning kistozli zararlaniishi aniqlandi.

O'pka exinokokkozi bilan operatsiya qilingan 182 nafar bemordan 23 nafariga (12,64%) torakoskopik exinokokkektomiya (ko'krak devorini troakar bilan teshish orqali) bajarildi. 134 (73,62%) bemorda o'pkadan exinokokkektomiya videoassistentlashtirilgan minitorakotomiya orqali amalga oshirildi. 25 (13,74%) nafar bemorda o'pkadan exinokokkektomiya keng torakotomik kesma orqali amalga oshirildi.

Torakoskopik operatsiyalarni bajarish uchun endoskopik ustun "Karl Storz" va "Auto Suture" instrumentlar to'plami ishlatildi. Operatsion brigada 3 nafar xirurg, operatsion hamshira va kichik operatsion hamshiradan iborat bo'ldi.

O'pkada kistalarning nostandart lokalizatsiyasini hisobga olgan holda, pnevmotoraks uchun va troakarlarni kiritish nuqtalari har bir holatda alohida tanlandi. Operatsiya tugagandan so'ng plevra bo'shlig'ini drenajlash uchun ushbu teshiklardan foydalanishni hisobga olgan holda orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab 7-8-chi qovurg'alar orasidan, old qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab 3-qovurg'alar orasida joylashgan nuqtalarga etibor berildi, shu bilan birga, torakotomiyaga o'tish imkoniyatini hisobga olgan holda 5 yoki 6 qovurg'alar orasi bo'ylab joylashdi. Pnevmtoraks bajarildi va torakoskop uchun troakar kista joylashgan zonadan iloji boricha uzoqroq joydan kiritildi. Plevra bo'shlig'ini to'liq reviziyasi amalga oshirildi va yuqoridagi nuqtalardan biriga instrumentlar uchun 5 mm troakar kiritildi. Kistaning aniq joylashgan joyi aniqlagandan so'ng, exinokokk kistasini punktsiya qilish

uchun to'g'ridan-to'g'ri uning ustidan troakar kiritildi. O'pka exinokokkozida kistani punksiya qilish torakoskopik operatsiyaning birinchi bosqichidir. Ekinokokk kistasining ichidagi suyuqlikni plevra bo'shlig'iga tushishiga yo'l qo'ymaslik uchun parazitik operatsiya mezoniga rioya qilish, punksiya qilish texnikasi va unga tegishli ishlatiladigan instrumentlar katta ahamiyatga ega. Kistani punksiya qilish uchun biz tomonidan ishlab chiqilgan maxsus "igna-so'rg'ich" ishlatildi (1812-sonli ratsionalizatorlik taklifi). Ushbu ignaning afzalligi uning konstruktiv xususiyatidir: igna vakuumga ulangan so'rg'ich naychasida joylashgan. Punksiyadan oldin ignani aspiratsiya rejimidagi akvapuratorga ulash shart; naychani so'rish funksiyasi uning uchining kistani yuzasiga mahkam o'rnatilganligiga va vakuumli elektrso'rg'ichga yaxshi ulanishi tufayli ta'minlangan (20-30 mm sm.ust bosimi ostida). Punksiya ignasi so'rg'ich naychasining ichi orqali o'tkazildi. Exinokokk kistasi punksiya qilinib, ichidagi suyuqligi so'rib olingandan kistani fibroz kapsulasi puchchayib qoldi. Kista ichidagi suyuqligi so'rib olingandan keyin va fibroz kapsulani ochishdan oldin darhol kista bo'shlig'iga 100%li glitserin yuborildi. Torakoskopik operatsiya paytida bu parazitning kutikulyar qobig'ini qoldiq bo'shliqdan endokonteynerga xavfsiz tarzda o'tkazishga imkon berdi. Punksiya qilingandan so'ng, kista ichidagi suyuqligi so'rib olinib bo'shlig'iga antiparazitlar ishlov berilgandan keyin xitin qobig'i olib tashlandi. Buning uchun kistaning eng bo'rtib chiqqan qismidan elektroxirurgik qaychi bilan fibroz kapsula ochilib, avvaldan keltirilgan, keng ochilgan endokonteynerga solindi. Qoldiq bo'shliqlarni reviziya qilish maqsadida, kutikulyar qobiqni to'liq olib tashlash va bronxial oqmalarni aniqlash uchun barcha hollarda qoldiq bo'shliqning endovideoskopiyasi o'tkazildi. Xitin qobig'i yoki parazitning qoldiqlari borligi aniqlanganda himoya salftakalari qo'yilib, operatsiya oxirida 10 mm troakarlardan biri orqali chiqarib olindi, va agar kerak bo'lsa jarohatni biroz kengaytirilib olib chiqarildi va endokonteynerga joylashtirildi. Qoldiq bo'shliqni bartaraf qilish xirurgik aralashuvning yakuniy bosqichi bo'ldi. Fibroz kapsulaning erkin qismlari elektrokoagulyator yordamida kesib olindi. Kistaning ichki yuzasi ham kichik bronxial oqmalarni bartaraf etish maqsadida qo'shimcha ravishda koagulyatsiya qilindi. Qolgan bo'shliq likopcha shakli ko'rinishini oldi.

Torakoskopik operatsiyalar paytida qoldiq fibroz bo'shliqning kapitonaji ayniqsa qiyin. Endoskopik qisqichlar bilan bo'shliqni ichini tikishda odatda tugunlar to'liq tortilmaydi. Ushbu kamchilikni bartaraf etish uchun biz bo'shliq ichini tikish uchun uskuna ishlab chiqdiki (1814-sonli ratsionalizatorlik taklifi).

Xitin qobig'ini olib tashlash va apazitarlik mezoniga rioya qilish bilan bog'liq bo'lgan torakoskopik exinokokkektomiya o'tkazishdagi texnik qiyinchiliklar, o'pkada videoassistentlashtirilgan minitorakotomiya orqali exinokokkektomiya operatsiyasini rivojlanishiga olib keldi.

**Bajarish texnikasi:** Exinokokk kistasining o'lchamiga qarab, operativ yondashuv (ob'ektga kirish) ikkita usul yordamida boshlandi:

Diametri 5 dan 10 sm gacha bo'lgan kistalarda operativ yondashuv pnevmotoraks qo'yish bilan boshlandi. Kistalar o'pkani old-yuqori sohasida joylashganda, Veresh ignasi orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab VII-VIII –qovurg'alar oralig'idan, va agar kistalar o'pkaning orqa-pastki qismida joylashganida esa old qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab III –qovurg'alar oralig'idan kiritildi.

Insufflyator sensorlarining ko'rsatkichlariga ko'ra, pnevmotoraksni erkin qo'yish nazorat qilindi. Xuddi shu nuqtadan pnevmotoraks qo'yilgandan keyin, plevra bo'shlig'iga troakar va optika kiritildi. Plevra bo'shlig'i reviziya qilinib kistaning aniq lokalizatsiyasi aniqlandi va uning proeksiyasi bo'yicha minitorakotomiya - uzunligi 5 sm gacha bo'lgan kesma amalga oshirildi. Kistaning lokalizatsiyasiga qarab, minitorakotomiya oldingi va orqa aksilyar chiziqlari orasidagi zonada joylashgan IV-VI qovurg'alar oralig'idan amalga oshirildi.

Diametri 10 sm dan katta kistalar bo'lganda, shuningdek plevra bo'shlig'idagi bitishma jarayonlarida pnevmotoraks qo'yish bilan bog'liq qiyinchiliklar yuzaga kelgan holatlarda, rentgenologik tekshiruv ma'lumotlariga asoslanib xirurgik operatsiyalar oldindan mo'ljallanib minitorakotomiya bilan boshlandi. Bunday hollarda, kistalarning lokalizatsiyasi hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ldi: exinokokk kistasi yuqori bo'lakda joylashganda 4-5 qovurg'alar oralig'i bo'ylab mini-

kirish amalga oshirildi va segmental lokalizatsiyasiga qarab oldingi yoki orqa aksilyar chizig'i bo'ylab kesma o'tkazildi.

Kistalar pastki bo'lakda joylashganda kesma 6-7 qovurg'alar orasidan bajarildi. Vizual nazorat ostida optika uchun 10 mm troakar oldingi qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab III qovurg'alar oralig'idan yoki orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab VII-VIII qovurg'alar oralig'idan kiritildi.

Jarohatga jaroxat kengaytirgich o'rnatildi va kista plevra bo'shlig'idan glitserin bilan namlangan salftak bilan izolyatsiya qilindi. Ekinokokk kistasini olib tashlash bosqichlari keng tarqalgan oddiy usullardan farq qilmadi, ya'ni: - kistani punksiya qilish va ichidagi suyuqlikni evakuatsiya qilish; - kistotomiya va xitin qobig'ini olib tashlash; - fibroz bo'shliqqa skoleksotsid (100% li glitserin) bilan ishlov berish; - o'pka to'qimasidan bo'rtib chiqqan fibroz kapsulaning bir qismini kesish; - yirik bronxial oqmalarni tikish, kichiklarini koagulyatsiya qilish; - qoldiq bo'shliqni ligaturali plastika orqali bartaraf etish.

Kistada qiz pufakchalari mavjudligida minimal invaziv aralashuvlarni amalga oshirish qiyinlik tug'diradi. Bunday hollarda biz tomonidan ishlab chiqilgan "troakar-ekstraktor" dan foydalandik (1815-sonli ratsionalizatorlik taklifi).

Plevra bo'shlig'i o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab III qovurg'alar oralig'idan va orqa qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab VII yoki VIII qovurg'alar oralig'idan drenajlandi. Minitorakotom jarohat kavatma – qavat tikildi. Drenajlar bosimi katta bo'lmagan faol aspiratsiya tizimiga ulandi.

Operatsiyaning aloxida xususiyatlari yorqin yoritish va plevra bo'shlig'i tomondan operatsiyani vizual nazorat qilish, jarohatning chuqur joyida manipulyatsiyalarni bajarish uchun uzun branshali instrumentlardan foydalanish edi.

**Natija va muhokamalar.** Asoratlanmagan o'pka exinokokkozida rejalashtirilgan 25 bemordan atigi 23 nafarida troakar bilan teshish orqali sof torakoskopik usulda exinokokkektomiya qilish imkoniyati bo'ldi. 2 holatda introparativ texnik qiyinchiliklar sababli minitorakotomiyaga o'tish talab qilindi. Kistalarning kattaligi 5 dan 8 sm gacha o'zgarib turdi. 5 ta holatda torakotsistoskopiyadan so'ng qisman peritsistektomiya va bronxial oqmalar yo'qligi sababli Vishnevskiy bo'yicha kapitonaj qilindi. 7 ta holatda qoldiq bo'shliq Vohidov bo'yicha bartaraf qilindi. Qolgan 11 ta holatda esa fibroz bo'shliq Bobrov bo'yicha likvidatsiya qilindi. Operatsiyadan keyingi asorat (o'pkada qoldiq bo'shliq) 2 (8,69%) nafar bemorda kuzatildi.

2 ta holatda troakar yordamida torakoskopik exinokokkektomiya o'tkazishda texnik qiyinchiliklar tufayli minitorakotomiyaga o'tish zarur bo'lib, qo'l bilan reviziya qilingandan so'ng exinokokkektomiya bajarildi.

134 ta holatda mini-kirishni qo'llash orqali videotorakoskopik exinokotektomiya operatsiyasi amalga oshirildi. Kistalarning kattaligi 10 dan 17 sm gacha o'zgarib turdi. 7 (5,22%) holatda 3 ta, 12 (8,95%) holatda 2 ta kista olib tashlandi. 12 (8,95%) nafar bemorda yuqori bo'lakda joylashgan kistalar 4 qovurg'a oralig'idan, 38 (28,36%) nafar bemorda 5 qovurg'a oralig'idan, o'rta va pastki bo'lakda joylashgan kistalari bor bemorlarni faqat 23 (17,16%) tasida 7 qovurg'a oralig'idan va 61 (45,53%) ta bemorda 6 ta qovurg'a oralig'idan minitorakotomiya bajarilgan. Yirik kistalar mavjud 42 (31,34%) holatda torakotsentez va torakoskopiya vaqtida kistaning shikastlanishini oldini olish maqsadida oldindan torakoskopiyasiz minitorakotomiya qilindi. Qoldiq bo'shliqning kapitonaji kistaning konfiguratsiyasi va hajmiga qarab amalga oshirildi. Dumaloq kistalar mavjud bo'lgan 70 nafar bemorda qoldiq boshliq Vohidov usulida bartaraf qilindi. Chuqur yarim oval kistalar mavjud bo'lgan 34 nafar bemorda kapitonaj vertikal yarim kesimli choklar yordamida amalga oshirildi. 18 nafar bemorda bo'shliqni likvidatsiya qilish Bobrov-Spasokukoskiy metodikasida bajarildi. 12 ta holatda bo'shliq Vishnevskiy usulda bartaraf etildi. Kistalarning ikki tomonlama joylashuvi bilan 12 bemorda bosqichma-bosqich operatsiyalar, 5 holatda esa bir bosqichli exinokokkektomiya o'tkazildi.

25 nafar bemorda o'pkadan exinokokkektomiya operatsiyasi keng torakotomik kesma orqali amalga oshirildi. Barcha bemorlarga oldingi – yon torakotomiyasi qilindi. Shuni e'tirof etish kerakki, ko'pincha torakotomik kesma orqali o'pkadan exinokokkektomiya faqat exinokokkozning qiyin holatlarida amalga oshirildi. 12 (48%) holatda residiv exinokokkozda, 9 tasida (36%) - kistalarni tarqalgan ko'p sonli

exinokokkozida, 4 (16%) holatda gigant kistalar aniqlanganda. Ko'pgina hollarda - 9 ta (81,82%) xolatda organ saqlovchi operatsiyalar bajarilib, o'pkadagi qoldiq bo'shliq turli xil modifikatsiyalarda ligaturali plastika qilish orqali bartaraf etildi. 2 (18,18%) nafar bemorda Vishnevskiy usuli bo'yicha, 3 (27,27%) nafar bemorda Bobrov-Spasokukoskiy usuli bo'yicha, 4 (36,36%) ta bemorda vertikal yarim kisetli choklar qo'yildi. Va 2 (18,18%) nafar bemorda o'pkani qirg'oq qismini rezeksiyasi amalga oshirildi.

Asosan, turli xil modifikatsiyada ligaturali plastika orqali o'pkada qoldiq bo'shliqni bartaraf qilish bilan birga organlarni saqlash operatsiyalar amalga oshirildi. Kistalarni o'pkani qirg'oq qisimida joylashuvi va pnevmotsirrozi bo'lgan 2 bemorda o'pkaning exinokokk kistasi bilan birga qirg'oq qismini rezeksiyasi amalga oshirildi.

Hozirgi vaqtda exinokokk kistalarini yiringlash xolatlarida torakoskopiya yoki rentgenoskopiya nazorati ostida kistalarni transtorakal drenajlash ishlari olib borilmoqda. Drenajlashni ushbu usuli 12 bemorda qo'llanilib: 7 holatda torakoskop nazorati ostida va 5 holatda drenajlash rentgenoskopiya nazorati ostida amalga oshirildi. Yakka kista o'ng o'pkada 8 nafar bemorda, chap o'pkada esa 4 nafar bemorda uchradi.

12 holatdan bir nafar bemorda asorat kuzatilib, chegaralangan plevra empiyasi ko'rinishida namoyon bo'ldi. Yiringli jarayon drenajlanib, konservativ davolash choralaridan keyin jarayon bartaraf qilindi. Bir holatda, kista bo'shlig'i obliteratsiyaga uchramadi va quruq qoldiq bo'shliq saqlanib qoldi. Bunday holat kista diametri 12 smdan oshganda kuzatildi.

Yiringlash belgilari yaqqol bo'lmagan 34 nafar bemorni bronxga kista yorilishi bilan operatsiya qilindi. 18 bemorda kistalar o'ng o'pkada, 9 nafar bemorda esa chap o'pkada joylashdi. 7 holatda esa ikki o'pkada xam kistalar qayd etildi. 2 nafar bemorning bir o'pkasida 3 ta kista, 5 nafarida esa 2 ta kista aniqlandi.

Barcha bemorlarga jarrohlik aralashuvi o'tkazildi. 32 nafar bemorda operatsiyalar mini-torakotomiya yo'li bilan amalga oshirildi. Ushbu kategoriyada yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlardan tufayli mini-kirish oldindan torakoskopiya amalga oshirildi. Polipozitsion rentgenoskopiya dan so'ng, metodologiyamizga muvofiq, 2 holatda IV qovurg'a oralig'idan, 12 holatda - V qovurg'a oralig'idan, 14 holatda - VI qovurg'a oralig'idan va 6 bemorda esa VII qovurg'a oralig'idan kirish amalga oshirildi. 2 ta holatda bitta bo'lakdan 3 ta kista, 4 ta bemorda esa ikkita bo'lakdan 2 ta kistalar mini-kirish joyidan olib tashlandi. 7 ta holatda kistalarning lokalizatsiyasi ikki tomonlama bo'ldi. 4 nafar bemorda birinchi bosqichda asoratlangan kista tomonidan operatsiyalar bajarildi. 3 nafar bemorda mini - kirish orqali bir bosqichli operatsiya o'tkazildi. Ushbu bemorlar operatsiya vaqtida yoki operatsiyadan keyingi davrda qarama-qarshi tomondagi o'pkaning kistalarini yorilish ehtimoli ko'proq edi. Kistaning plevra bo'shlig'iga yorilishi exinokokkozning og'ir asoratlaridan biri hisoblanadi.

Piopnevomotoraksning oldini olish uchun ushbu bemorlar o'z vaqtida operatsiya qilinishlari kerak edi.

Bemorlarimizning rentgen tekshiruvida 6 ta holatda gidropnevomotoraks aniqlandi. Plevra bo'shlig'iga exinokokk kistasining yorilishi aniqlangan barcha bemorlar dastlabki torakoskopik tekshirilgandan so'ng minitorakotomik kesma orqali operatsiya qilindi.

Ekhinokokk kistalari plevra bo'shlig'iga yorilib ketgan barcha 6 holatda plevra bo'shlig'i ozonlangan fiziologik eritma bilan sanatsiya qilindi, xitin qobig'i olib tashlandi va bronxial oqmalarni tikmasdan qoldiq bo'shliq kapitonaji amalga oshirildi.

10 nafar bemorga o'pka va jigarning qo'shma exinokokkozi bilan operatsiya qilindi. 6 nafar bemorda o'pka va jigardagi xirurgik operatsiyalar bir vaqtning o'zida alohida mini-kesmalar orqali amalga oshirildi. 4 ta holatda o'pka va jigardan exinokokkektomiya alohida mini-kesma bilan bir vaqtda bajarildi va 2 holatda mini-torakotom kesma keng laparotomiya bilan aralash bajarildi. 4 nafar bemorda o'pka va jigardan kistalarni olib tashlash bosqichma-bosqich amalga oshirildi. Shu bilan birga, davolanishning barcha bosqichlari faqat mini-kirishlardan foydalangan holda amalga oshirildi.

Aksariyat hollarda organlarni saqlash operatsiyalari turli xil modifikatsiyadagi qoldiq bo'shliqning plastika qilish bilan amalga oshirildi. 2 bemorda lobektomiyaga ko'rsatmalar asoratlangan exinokokkoz holatlarida bo'lib, unda kistalar o'pkaning butun bo'lagini egallab, uning pnevmotsirroziga olib kelgan edi.

Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarga, bir oy o'tgach, 30 kun davomida kuniga 12 mg / kg dozada albendazol bilan kimyoterapiya buyurildi. Ushbu preparatning ijobiy xususiyatlaridan biri uning past toksikligi va nojo'ya ta'siri xavfini ancha past bo'lib, uni juda uzoq kurslar uchun ishlatishga imkon berdi.

**Xulosalar.** Shunday qilib, bemorlarning 2/3 dan ko'prog'ida minimal invaziv usullar orqali o'pkadan exinokokkektomiya qilish mumkin bo'ldi va endovizual texnologiyadan foydalanish operatsiyadan keyingi asoratlardan sonini 4% gacha, davolash vaqtini esa 14,2 dan 6,4 kungacha kamaytirish imkonini berdi.

Bizning fikrimizcha, torakoskopik exinokokkektomiya yanada texnik jihatdan takomillashtirishni talab qiladi. Shu munosabat bilan, minitorakotomik exinokokkektomiyani bajarish osonroq va natijalarga ko'ra samaraliroqdir. Shu bilan birga, shuni e'tirof etish kerakki, torakotom kesma orqali exinokokkektomiya ko'pincha ko'krak bo'shlig'ining residiv exinokokkozida va ba'zida kasallikning asoratli kechishida qo'llash maqsadga muvofiqdir.

O'pkaning ikki tomonlama exinokokkozida yoki jigar bilan birgalikda kelishida mini kirishlar orqali bir vaqtning o'zidagi operatsiyalarga tanlov bo'lib, yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarining funksional ko'rsatkichlari yaxshi bo'lgan bemorlarda bajarilishi mumkin.

## Список литературы/ Iqtiboslar/ References

1. Sh.I.Karimov, N.F.Krotov, Z.I.Murtazaev, A.E.Rasulov. Современный подход к хирургическому лечению exinokokkoza печени. *Xirurgiya Uzbekistana*. 2007.- №3. -S.48-49
2. Abbas N, Zaher Addeen S, Abbas F, Al Saadi T, Hanafi I, Alkhatib M, Turk T, Al Khaddour A. Video-assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) with mini-thoracotomy for the management of pulmonary hydatid cysts. *J Cardiothorac Surg*. 2018 May 2;13(1):35. doi: 10.1186/s13019-018-0716-7. PMID: 29716636 Free PMC article.
3. Alpay L, Lacin T, Ocakcioglu I, et al. Is Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Adequate in Treatment of Pulmonary Hydatidosis? *Ann Thorac Surg* 2015;100:258-62. 10.1016/j.athoracsur.2015.03.011 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Findikcioglu A, Karadayi S, Kilic D, et al. Video-assisted thoracoscopic surgery to treat hydatid disease of the thorax in adults: is it feasible? *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2012;22:882-5. 10.1089/lap.2012.0272 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Murtazaev Z.I., Sherbekov U.A., Baysariyev Sh.U., Sherqulov Q.U., Dusiyarov M.M. Our experience in the surgical treatment of liver echinococcosis. *Journal of critical reviews*. 2020. Vol 7. 2454-2458.
6. Nabi MS, Waseem T. Pulmonary hydatid disease: What is the optimal surgical strategy? *Int J Surg* 2010;8:612-6. 10.1016/j.ijsu.2010.08.002 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Usluer O, Kaya SO, Samancilar O, et al. The effect of preoperative albendazole treatment on the cuticular membranes of pulmonary hydatid cysts: should it be administered preoperatively? *Kardiochir Torakochirurgia Pol* 2014;11:26-9. 10.5114/kitp.2014.41926 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]



# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 3

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000