

УДК: 616-002.951.21-089

ЎПКА ВА ЖИГАРНИНГ ҚЎШМА ЭХИНОКОККОЗИДА КОНСЕРВАТИВ ХИРУРГИК ТАКТИКА

Муртазаев Зафар Ибрафулович, Шербек Улугбек Ахрарович, Байсариев Шовкат Усмонович,
Рустамов Иноятулла Мурадullaевич, Анарбоев Санжар Алишерович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

Муртазаев Зафар Ибрафулович, Шербек Улугбек Ахрарович, Байсариев Шовкат Усмонович,
Рустамов Иноятулла Мурадullaевич, Анарбоев Санжар Алишерович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

CONSERVATIVE SURGICAL MANAGEMENT IN COMBINED LUNG AND LIVER ECHINOCOCCOSIS

Murtazaev Zafar Israfulovich, Sherbekov Ulugbek Akhrarovich, Baysariev Shovkat Usmonovich,
Rustamov Inoyatulla Muradullaevich, Anarboev Sanjar Alisherovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу ишимиз ўпка ва жигарнинг қўшма эхинококкози билан касалланган 112 нафар беморни жарроҳлик даволаш натижаларини ўз ичига олади. Клиник материал уч гуруҳга бўлинди: биринчи гуруҳдаги (назорат) 36 (32,14%) бемор алоҳида кенг кесимлар орқали операция қилинган. Шундан 34 (94,44%) беморда операциялар 4-6 ҳафталик интервал билан босқичма - босқич, 2 (5,56%) беморда ўпка ва жигардан эхинококкэктомия бир вақтнинг ўзид алоҳида кесимлар орқали амалга оширилди. Иккинчи гуруҳдаги 29 (25,89%) беморда бир вақтнинг ўзид торакофренолапаротомик кесим орқали ўнг ўпка ва жигардан кисталар олиб ташланди. Учунчи гуруҳдаги 47 (41,97%) беморда ўпка ва жигардан кисталарни олиш босқичма-босқич амалга оширилди. Шундан 35 (74,47%) ҳолатда, эхинококкэктомиянинг маълум босқичларида биз томонидан ишлаб чиқилган мини кесимлар орқали видеоассистент ёрдамида бажарилди ва 12 (25,53%) ҳолатда мини кесмалар, 7 беморда бир вақтнинг ўзид алоҳида мини-кесма орқали ва 5 беморда эса тўрт ҳафталик интервал билан босқичма-босқич ўпка ва жигардан кисталар олиб ташланди. Видеоассистентли операцияларни қўллаш эрта асоратларни икки марта камайтиришга ёрдам берди.

Калит сўзлар: жигар эхинококкози, ўпка эхинококкози, лапароскопик эхинококкэктомия, минилапаротом эхинококкэктомия, лапаротом эхинококкэктомия.

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.

Key words: liver echinococcosis, lung echinococcosis, laparoscopic echinococcectomy, minilaparotomy echinococcectomy, laparotomic echinococcectomy.

Долзарблиги. Бугунги кунга қадар жарроҳлик операциялари эхинококкозни даволашнинг асосий усули бўлиб қолмоқда. Альбендазол ва вермоксин буюриш орқали эхинококкознинг муқобил консерватив давосига оид кўплаб ишлар мавжуд бўлсада, эхинококкозни консерватив даволаш усули клиник амалиётда унчалик самарали эмас [2, 4, 8, 9].

Баъзи муаллифлар кистанинг ўзига нисбатан радикал тактикага амал қилишиб, перицистэктомия, орган резекцияси каби операция усулларини ишлатишадилар, ва бунда эхинококк кистаси фиброз капсуласи билан бирга олиб ташланиши, эхинококкознинг рецидивланишининг профилактикаси деб ҳисоблайдилар. Бундай ҳолатларда кистани очиш ва унинг ичидаги суюқлиги билан олиб ташлаш заруриятини йўқга чиқаради, ва шу сабабли паразитни герминатив элементларининг жароҳат ва қорин бўшлиғига тарқалиши содир бўлмайди. Бу эса операциядан кейинги асоратлар ва ўлим сонини сезиларли даражада камайтиради [1, 6, 10].

Сўнги пайтларда эндовизуал ва минимал инвазив технологиялардан фойдаланган ҳолда эхинококкозни даволашга бағишланган ишлар кўп учрамоқда: лапароскопик ва торакоскопик эхинококкэктомия, ультратовуш ва компьютерли томограф назорати остида пункцион усулда даволашлар кабилар [3,6,7,10] мисол бўлади, ва шу жумладан, ушбу технологияларни эффектив ва хавфсиз шаклда, мақсадли қўлланиши кўпинча қарама-қарши ва оз сонли кузатишларга асосланганидир. Эхинококкозни оператив даволашда юқори натижаларга эришиш учун очиқ хирургияда жуда кўп ва турли хил усуллар қўлланилади. Бироқ, улар хирургларни тўлиқ қониқтирмайди, чунки операциядан кейинги асоратларнинг частотаси ҳамон юқорилигича қолмоқда ва баъзи ҳолларда 40% гача етади [4, 5, 8].

Кистанинг локализацияси, унинг чуқурлиги, паразитнинг ривожланиш босқичи, ҳажми ва бошқаларига қараб, эхинококкозда бажариладиган айрим жарроҳлик аралашувларнинг номларини ва уларга кўрсатмаларни аниқлашда ҳали ҳам кўплаб саволлар мавжуд.

Материал ва методлар. Бу ишимиз Самарқанд давлат тиббиёт университети умумий хирургия клиникасида ўпка ва жигарнинг қўшма эхинококкози билан касалланган, ёшлари 5 ёшдан 76 ёшгача бўлган 112 нафар беморнинг жарроҳлик даволаш натижаларини ўз ичига олади. Беморларни ёшлари бўйича гуруҳларга тақсимлаш шуни кўрсатдики, 91 (81,25%) аксарият беморлар меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахслардир. Беморларнинг 25 нафари (22,32 %) шаҳар аҳолиси, 87 нафари (77,67 %) эса қишлоқ аҳолиси эканлиги маълум бўлди.

Клиник текширувлардан ташқари, кўкрак қафаси рентгенографияси ва компьютер томографиясини асосий диагностика усуллари деб ҳисобланди. Атипик клиник ва рентгенологик белгилари бор беморларга диагноз қўйиш учун фибробронхоскопия (эндобронхиал оқ-сариқ ёки оқиш пардани аниқлаш) ишлатилди. Кўкрак қафасининг компьютер томографияси (КТ) ёрдамида ўпкада овал ёки шарсимон хираликлар аниқланди. Жигар кисталарини аниқлаш учун қорин бўшлиғининг компьютер томографияси ва ультратовуш текшируви ўтказилди.

Клиник материал уч гуруҳга бўлинди: биринчи гуруҳда (назорат) 36 (32,14%) нафар беморга алоҳида кенг кесмалар орқали ўпка ва жигардан эхинококкэктомия операцияси қилинган. Шу билан бирга, 34 (94,44%) нафар беморда операциялар 4-6 ҳафталик интервал билан босқичма босқич амалга оширилди, 2 (5,56%) беморда ўпка ва жигардан эхинококкэктомия бир вақтнинг ўзида алоҳида кесмалар билан амалга оширилди. Иккинчи гуруҳда 29 нафар (25,89%) беморга бир вақтнинг ўзида торакофренолапаротомия кесмаси орқали ўнг ўпка ва жигардан эхинококк кисталари олиб ташланди. Учинчи гуруҳдаги 47 (41,97%) нафар беморда босқичма-босқич ўпка ва жигардан кисталар олиб ташланди.

Шу билан бирга, 35 (74,47%) ҳолатда, эхинококкэктомиянинг маълум босқичларида биз томонидан ишлаб чиқилган мини кесмалар видеоассистент ёрдами билан биргаликда қўлланилди ва 12 (25,53%) ҳолатда барча кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғига кириш учун фақат мини кесмалардан фойдаланилди. 7 нафар беморда бир вақтнинг ўзида алоҳида мини-кесма орқали ўпка ва жигардан эхинококкэктомия операцияси амалга оширилди, 5 нафар беморда эса тўрт ҳафталик интервал билан босқичма-босқич ўпка ва жигардан кисталар олиб ташланди.

Ўпкадаги қолдиқ бўшлиқни бартараф қилиш учун қуйидаги усуллар қўлланилди: 126 ҳолатда Бобров усули, 33 ҳолатда Дельбе усули, 10 ҳолатда Воҳидов усули, 3 ҳолатда Вишневский усули ва 4 ҳолатда ўпканинг қисман атипик резекцияси бажарилди. Жигардаги қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш учун қуйидаги усуллар қўлланилди: 185 ҳолатда Дельбе усули ва 19 ҳолатда Аскерханов бўйича оментопластика бажарилди.

Статистик таҳлил. Тадқиқотга комбинацияланган эхинококкоз диагнози қўйилган ва операция қилинган барча беморлар ($n = 112$) иштирок этди ва натижалар Pentium-IV шахсий компьютерида Microsoft Office Excel-2016 дастурий пакети ёрдамида статистик қайта ишланди, ва шу жумладан ўрнатилган функциялардан фойдаланилиб, статистик маълумотлар қайта ишланди. Муҳимлик даражаси $P < 0,05$ статистик жиҳатдан муҳим ўзгаришлар сифатида қабул қилинди.

Натижалар. Биринчи гуруҳдаги 36 беморга ўпкadan эхинококкэктомияни ўтказиш учун анъанавий кесма, яъни 5 ва 6 қовурғалар оралиғидан кенг қовурғалараро торакотомия қўлланилди. Бундан ташқари, уларнинг 10 нафарида (27,77%) иккала томондан торакотомия қилинган. Шу билан бирга, беморларнинг асосий гуруҳида кенг торакотомик кесма орқали ўпкadan кисталарни олиб ташлаш зарурати 2 (2,73%) нафар беморда ҳам пайдо бўлди.

Операцион кесмани узунлиги ўртача $23,2 \pm 2,7$ см бўлди. Операцион кесма ўртача $25 \pm 5,3$ минутда бажарилди. Операция давомида умумий қон йўқотиш ўртача $125,11 \pm 24,1$ млни ташкил этди.

Кенг торакотом йўл билан бажарилган эхинококкэктомиядан сўнг 5 (13,88%) нафар беморда асоратлар кузатилди: 2 нафар беморда операциядан кейинги пневмония, 1 нафар беморда экссудатив плеврит ва яна 2 нафар беморда жароҳатнинг йиринглаши кузатилди. Ўпкadan эхинококкэктомия операциясидан сўнг беморларнинг касалхонада бўлиш муддати ўртача $14,2 \pm 2,4$ кунни ташкил этди.

Биринчи гуруҳдаги беморларнинг жигаридан эхинококкэктомия операциясини бажаришда анъанавий лапаротомия усуллари қўлланилган, яъни 23 (63,88%) нафар беморда юқори ўрта лапаротомия қўлланилган, 8 (22,22%) беморда ўнг қовурға ёйи ости кесмаси орқали (Федоров кесмаси) ва яна 5 (13,88%) нафар беморда торакофренолапаротомик кесма орқали жигардан эхинококк кисталари олиб ташланди.

Асосий гуруҳда кенг лапаротомик кесма орқали жигардан эхинококк кисталарини олиб ташлаш зарурияти 33 (43,42%) беморда кузатилди: шундан, 18 (23,68%) нафар беморда юқори ўрта лапаротомия ва 15 (19,74%) нафар беморда, фақат жигардан кисталарни олиб ташлаш учун ўнг томондан торакофренолапаротомия бажарилди. Шу билан бирга, лапаротомик кесмани узунлиги ўртача $23,2 \pm 2,7$ смни ва кесмани бажариш учун кетган вақт эса $20 \pm 4,5$ дақиқани ташкил этди. Лапаротомияни бажаришда умумий қон йўқотиш $125,11 \pm 24,1$ мл ни ташкил этди. Операцияни давомийлиги $120,36 \pm 20,20$ минут бўлди. Беморларнинг лапаротомиядан кейин касалхонада қолиш муддати $12,2 \pm 1,6$ кунни ташкил этди.

Жигардан лапаротомик кесма орқали эхинококкэктомия операцияси ўтказилгандан сўнг 3 (9,09%) беморда асоратлар кузатилди: 1 нафар беморда диафрагма ости абсцесси ва яна 2 нафар беморда жароҳатнинг йиринглаши кузатилди.

Торакофренолапаротомик кесма 29 беморда бажарилди, шундан ўнг ўпка ва жигар эхинококкози мавжуд 26 беморга ва иккала ўпка ва жигар эхинококкози билан касалланган 3 нафар беморга қўлланилди, чап ўпкасида эхинококк кисталари бор беморларга миниторакотомик кесма орқали кисталар олиб ташланди.

Кесмалар бажарилишида кесма бўйлаб тери, тери ости ёғ клечаткаси ва юзаки фасция кесилди. Кесма узунлиги 25-30 смни ташкил қилди. Кенг мушакни латерал тутами ва қовурғалараро мушаклар толалар йўналишига қарама-қарши, қориннинг ташқи қийшиқ мушаги ва кўндаланг мушаги, ҳамда шу номдаги фасция билан бирга эса толалар йўналиши бўйича кесиб борилди. Ички қийшиқ мушак толалар йўналишига қарама қарши кесилди. Кесма бўйлаб париетал плевра, қорин парда ва қовурға ёйи ва жумладан диафрагма кесиб борилди. Плевра ва қорин бўшлиғи очилди. Ўпка ва жигардан эхинококк кисталарини олиб ташлаш этаплари анъанавийдан фарқ қилмади. Кўпинча, биринчи этапда ўзида жигардан эхинококк кистаси олиб ташланди.

Торакофренолапаротомик кесма учун қовурғалар орасини танлаш ўнг ўпка ва жигардаги эхинококк кисталарнинг локализациясига боғлиқ бўлди. 29 та беморнинг 5 тасида (17,24%) эхинококк кисталари ўнг ўпканинг юқори бўлагида ва жигарнинг VII-VIII сегментларида, 7 нафар беморда (24,13%) кисталар ўнг ўпкани ўрта бўлагида ва жигарнинг ўнг бўлагида (VI-VII-VIII сегментлари) жойлашганлиги маълум бўлди. Ўнг ўпканинг пастки бўлаги ва жигарнинг ўнг бўлаги (VII-VIII сегментлари) қўшма келиши 11 (37,93%) нафар беморда, жигарнинг иккала бўлаги ва ўнг ўпканинг ўрта ва пастки бўлагининг кўплаб зарарланиши 5 (17,24%) беморда аниқланди, ўнг ўпканинг юқори, ўрта бўлақлари ва жигарнинг иккала бўлагини зарарланиши 1 (3,44%) нафар беморда кузатилди.

Ўнг ўпканинг юқори, ўрта бўлақлари ва жигарнинг ўнг бўлагида (n = 13) кисталар локализация қилинганда, орқа қўлтиқ ости линиясидан бошлаб то қорин тўғри мушагининг латерал қирғоғига қадар 7-чи қовурғалар оралиғи бўйлаб оператив кесма амалга оширилди. Агар кисталар ўнг ўпканинг пастки бўлақларида ва жигарнинг ўнг бўлагида (n=11) жойлашган бўлса, кесма VIII қовурғалар оралиғи бўйлаб, ўрта қўлтиқ ости чизиғидан бошлаб қориннинг тўғри мушагини латерал четига қадар кесма бажарилди. Эхинококк кисталари ўнг ўпканинг ўрта, пастки бўлақларида ва жигарнинг иккала бўлагини (n = 5) қамраб олганда, кесма орқа қўлтиқ ости чизиғидан бошланиб то қориннинг оқ чизиғига қадар 7-қовурғалар ораси бўйлаб бажарилди.

Шундай қилиб, торакофренолапаротомик кесма 18 (62,09%) нафар беморда 7-чи қовурғалар ораси бўйлаб ва қолган 11 (37,93%) беморда эса 8-чи қовурғалар ораси бўйлаб амалга оширилди. Шу билан бирга, кесмаларни узунлиги $30 \pm 4,5$ смни, кесмаларни бажариш учун кетган вақтни $30 \pm 5,3$ минутни ва операция давомида умумий қон йўқотиш $220,25 \pm 75,7$ млнн ташкил этди. Операциянинг ўртача давомийлиги $230,32 \pm 30,6$ дақиқани ташкил этди. Беморлар операциядан кейинги биринчи суткада наркотик анальгетиклар 1-2 марта, кейинги 3-4 суткаларда эса ненаркотик анальгетикларни қабул қилди. Торакофренолапаротомик кесма орқали ўнг ўпка ва жигардан бир вақтнинг ўзида эхинококкэктомия операцияси ўтказилгандан сўнг, 3 (10,34%) нафар беморда асоратлар қайд этилди: 1 беморда операциядан кейинги пневмония, 1 беморда экссудатив плеврит ва 1 беморда жароҳатнинг йиринглаши кузатилди. Ўнг ўпка ва жигардан бир этапли эхинококкэктомиядан сўнг беморларнинг касалхонада қолиш муддати ўртача $12,2 \pm 2,6$ кунни ташкил этди.

Биз ушбу кесмаларнинг камчилигини унинг травматиклиги деб ҳисоблаймиз, бундай беморларни операция бўлган томонида қўлларда оғриқни борлиги ва ҳаракатнинг чекланиши, беморларнинг операциядан кейин 3-4 кунлари фаоллаштириш, яъни кеч фаоллашиши ва парвариш қилувчиларга зарурят борлиги, операциядан кейин узоқ муддат давомида (5-6 кун) оғриқ қолдирувчи воситалардан фойдаланиши билан тушунтирилади.

Кесмаларнинг афзаллиги жигарнинг ўнг бўлагида ва (VII-VIII сегментлари) ўнг ўпканинг барча бўлақларида ишлаш имкониятидир, яъни ушбу кесма орқали юқоридаги органлардан бир босқичда эхинококкэктомия операциясини бажариш имконини беради.

47 нафар беморда эхинококкэктомия миниторакотомик кесма орқали амалга оширилди, шулардан 4 нафар беморда ҳам иккала ўпка ва жигарда кисталар бўлгани учун ушбу усул икки марта қўлланилди, шунинг учун атиги 51 ҳолатда миниторакотомия қўлланди.

Операцион кесманинг узунлиги 5 см оралиғида ўзгариб турди. Миниторакотом кесмани қилиш учун ўртача $11 \pm 3,6$ минут вақт кетди. Операция давомида умумий қон йўқотиш $52,63 \pm 5,26$ млнн ташкил этди. Кесмани кам травматиклиги сабабли пациентларга операциядан кейинги даврда наркотик анальгетикларни қўллашни истисно қилишга имкон берди. Операциядан кейинги даврда 1 (2,38%) беморда пневмония кузатилди. Беморларнинг касалхонада бўлишини умумий давомийлиги ўртача $5,5 \pm 1,2$ кунни ташкил қилди.

Асосий гуруҳнинг 11 (23,40%) нафар беморида жигардан эхинококкэктомия видеоассистент ёрдами билан биргалиқда минилапаротомик кесма орқали амалга оширилди. Бунинг учун 4 беморда параректал, 7 беморда эса ўнг қовурға ёйидан қийшиқ-кўндаланг минилапаротомия бажарилди.

Кесмани узунлиги ўртача 5 см гача бўлди. Ушбу кесмани бажариш учун ўртача $10 \pm 4,8$ дақиқа вақт кетди. Операция давомида умумий қон йўқотиш $48,36 \pm 5,27$ мл, операция давомийлиги эса $84,2 \pm 18,5$ минутга тенг бўлди. Операциядан кейинги даврда беморлар 8-12 соатдан кейин фаоллаштирилди ва парвариш қилувчиларга мухтож бўлмади. Беморларнинг касалхонада бўлиш муддати ўртача $5,6 \pm 1,3$ кунни ташкил этди.

Ўпка ва жигарда кисталарнинг ностандарт локализациясини, уларнинг ҳажмини, шунингдек, органларнинг қўшма зарарланишини ҳисобга олиб, биринчи гуруҳни, яъни кенг кесмалар орқали операция қилинган беморларни натижаларни қиёсий таҳлил қилиш учун биз 3 та кичик гуруҳга ажратишга қарор қилдик:

1а кичик гуруҳи – ушбу гуруҳга биз ҳозирда торакофренолапаротомик кесма орқали ҳам ўнг ўпкадан, ҳам жигардан кисталарни олиб ташланган беморлар (n=10) киритилди;

1б кичик гуруҳи - ушбу гуруҳга биз ҳозирда ўпка ва жигардан кисталарни олиб ташлашнинг алоҳида босқичларида видеоассистент ёрдами билан биргаликда минимал инвазив усуллардан фойдаланилган беморлар (n=21) киритилди.

1в кичик гуруҳи - ушбу гуруҳга биз, ҳозирги вақтда эхинококкэктомиянинг барча босқичларида видеоассистент ёрдами билан биргаликда минимал инвазив кириш усулларида фойдаланилган беморлар (n=5) киритилди.

Ўнг ўпка ва жигардан бир вақтнинг ўзида эхинококкэктомия қилинган беморларнинг (n = 29) даволаш натижаларини, биз ўнг ўпка ва жигардан ҳозирги пайтда торакофренолапаротомик кесма орқали кисталарни олиб ташлашимиз мумкин булган мос гуруҳда (n = 10) бўлган беморлар ўртасидаги қиёсий таҳлилни ўтказишда қуйидагиларни таъкидладик:

Торакофренолапаротом кесма ўпка ва жигарда ўтказиладиган хирургик амалиёт объектларида кесманинг травматиклигини камайтирмайди, лекин алоҳида қилинган кенг торакотомия ва лапаротомиядан кейин юмшоқ тўқималарнинг кесма узунлиги ўртача $12,2 \pm 2,3$ см га кўпроқ.

Торакофренолапаротом кесим орқали бир босқичли эхинококкэктомияни амалга оширишда оператив кириш вақти ва операциянинг умумий давомийлиги аъъанавий лапаротомия ва торакотомия усулларига қараганда ўртача 7-10 дақиқага қисқарган. Операциянинг умумий давомийлиги босқичли аъъанавий усуллардан фойдаланганда $263,80 \pm 45,38$ дақиқадан торакофренолапаротомик кесим орқали бир босқичли эхинококкэктомияни амалга оширишда $230,32 \pm 30,6$ дақиқачага қисқарди.

Операция пайтидаги умумий қон йўқотиш сезиларли фарқларга эга эмаслиги маълум бўлди. Шу билан бирга, торакофренолапаротом кесим ёрдамида бажарилган операцияларда умумий қон йўқотиш $220,25 \pm 75,7$ мл ни ташкил этган бўлса, бир хил кичик гуруҳдаги қон йўқотиш $250,22 \pm 48,2$ млн ташкил этди.

Бир босқичли хирургик операцияларни амалга оширишда оғриқ қолдирувчи воситалардан давомли фойдаланиш муддати босқичма босқич бажарилган операцияларга нисбатан икки бараварга камайди. Иккала кичик гуруҳдаги беморларнинг активлаштиришни бошланиши деярли бир хил бўлди.

Операциядан кейинги асоратлар назорат гуруҳида асосий гуруҳга нисбатан 40% дан 10,34% гача камайди. Бир вақтнинг ўзида бажариладиган эхинококкэктомиядан фойдаланиш кичик гуруҳдаги беморларнинг стационарда қолиш муддатини 26,6 кундан (иккита операция йиғиндисидан) асосий гуруҳга нисбатан 13,6 кунгача қисқартириш имконини берди.

Ўпка ва жигардан эхинококкэктомиянинг маълум босқичларида минимал инвазив ёндашувлар бажарилган (n=35) ва ҳозирда ўпка ва жигардан кисталарни олиб ташлашнинг маълум босқичларида биз минимал инвазив аралашув қўллашимиз мумкин бўлган беморларнинг бир хил кичик гуруҳи (n = 21) билан қиёсий таҳлилда кўкрак ва қорин олд деворининг юмшоқ тўқималарини кесиш узунлиги 5 см гача, операциялар пайтида қон йўқотиш эса $250,22 \pm 48,2$ мл дан $173,47 \pm 29,37$ мл гача камайди.

Эхинококкэктомиянинг барча босқичларида эндовидеожарроҳлик технологиясидан фойдаланган беморларни (n=12) даволаш натижаларини бир хил кичик гуруҳи (n=5) билан қиёсий таҳлил қилинганда, ҳозирда эхинококкэктомиянинг барча босқичларида биз минимал инвазив кесмаларни видеоассистент ёрдами билан биргаликда ишлатдик, биз объектга кесим травматизмининг камайишини қайд этдик. Кесмаларнинг узунлиги $46,4 \pm 5,4$ см дан 10 см гача, яъни 4 мартадан кўпроқга камайди. Операцион кесмани амалга ошириш учун сарфланган вақт ўртача 2 баробарга камайди. Икки этапли операциялар йиғиндисидан умумий қон йўқотиш ўртача 2,5 баробар камайди ва беморларнинг асосий кичик гуруҳида ҳар бир операциядан кейин оғриқ қолдирувчиларни қўллаш назорат кичик гуруҳида 5 кун ўрнига 2 кунгача камайди. Ўпка ва жигарнинг қўшма эхинококкози билан оғриган беморларни хирургик даволаш натижаларини асосий ва назорат гуруҳларида таққослаш шуни кўрсатдики, миниинвазив кесмалар ва бир вақтнинг ўзида бажариладиган операциялардан фойдаланиш операциядан кейинги эрта асоратларни 13,89% дан (назорат гуруҳи) 9,21% гача (асосий гуруҳ) яъни деярли 2 мартагача камайтиришга ёрдам берди. Операциядан кейинги олис даврда назорат гуруҳидаги 5 йилгача бўлган беморларни текширганда 3 та ҳолатда лигатурали оқмалар, 2 беморда операциядан кейинги чурра, 7 нафар беморда операциядан кейинги қўпол деформацияловчи чандиқлар ва шулардан 3 тасида қорин бўшлиғининг битишма касаллиги аниқланган. Бу асоратлар фақат 12 (33,33%) беморда кузатилган. Асосий гуруҳда фақат 1 (1,32%) нафар беморда операциядан кейинги олис даврда ўнг қовурға ёйининг остеомиелити ва хондрити кузатилган. Операциядан кейинги даврда барча 112 нафар беморга 30 кун давомида кунига 12 мг/кг дозадан альбендазол билан 3-5 курс муддатда кимётерапия ўтказилди. Ушбу препаратнинг ижобий хусусиятларидан бири унинг паст токсиклиги ва ножўя таъсири камлиги бўлиб, уни жуда узоқ курсларда ишлатишга имкон беради.

Муҳокама. Диагностик нуқтаи назардан, жигардаги кисталарини аниқлаш учун ультратовуш текшируви, ўпкада кисталарнинг локализациясини аниқлаш учун эса полипозицион рентгенографияга алоҳида эътибор берилди. Бироқ, алоҳида ҳолатларда, кистанинг жойлашишини яхшироқ визуализация қилиш ва жойлашган жойини аниқ билиш учун операциядан олдин МСКТ тавсия этилади [3, 10]. Ўпка ва жигарнинг қўшма эхинококкозида бўшлиқларга кириш учун

хирургик кесмани танлашда кистанинг жойлашишига қараб, торакофренолапаротомия, трансторакал френотомия, алоҳида кенг кесмалар, шунингдек, алоҳида миниторакотом ва лапаротом кесмалар қўлланилди [5, 6, 7, 9]. Бизнинг маълумотларга кўра, агар иложи бўлса, босқичма-босқич алоҳида мини-кесма ёки кенг лапаротомияларнинг комбинациясини амалга ошириш керак. Кисталарнинг ўпкадаги жойлашувининг деярли барча ҳолларида, миникесмалар орқали операция қилишга ҳаракат қилдик. Босқичма- босқич операция қилиш кисталарнинг катталигига ва асоратларнинг мавжудлигига қараб белгиланди. Эхинококк кистасининг ўзига ва жойлашган органига нисбатан, органи сақловчи ёки радикал операцияни бажариш ҳақида адабиётда қарама-қарши фикрлар мавжуд. Кимдир радикал тактикага амал қилса ва кимлардир консерватив жарроҳлик тактикаси тарафдорларидир [1,2,3,7,8]. Бизнинг фикримизча, эхинококкозда "радикаллик" тушунчаси шартли бўлиб, органининг бир қисмини резекция қилиш ёки кистани экстирпация қилиш органининг бошқа қисмларида майда кисталар мавжудлигини истисно қилмайди. Юқорида айтилганларга асосланиб, биз ўз тадқиқотларимизда органларни сақловчи операцияларни бажаришга ҳаракат қилдик, чунки у хавфсиз, содда ва самарали бўлиб, эхинококкозни жарроҳлик даволашининг барча мезонларига жавоб беради ва соғлом тўқималарни сақлаб қолади [3, 7]. Тадқиқотимизнинг кейинги мақсади рецидивланиш ва иккиламчи эхинококкозни бартараф этиш эди. Операциядан кейинги даврда барча беморларга кимётерапия буюрилди. Альбендазол рецидивлар частотасини камайтиради [4, 6, 9], шунинг учун операциядан бир ой ўтгач 28-30 кун давом этадиган химиотерапияни буюрдик. Даволаш курси 3-5 курсни ўз ичига олди. Операциядан олдинги даврда кимётерапияни қўллашни ноўрин деб ҳисоблаймиз, чунки операциядан олдинги давр учун етарли вақт йўқ ва бошқа томондан, бир ойлик кимётерапия жараёни тўлиқ ингибиция қилмайди [4,10].

Хулоса. Шундай қилиб, эндовизуал технология ўпкада ва жигардаги кисталарнинг қўшма локализациясида ҳам минимал инвазив кесмалар орқали операцияларни бажаришга имкон беради ва аънавий торакотомия ва лапаротомия усуллари билан амалга ошириладиган операцияларга нисбатан операциядан кейинги асоратлар сонининг кўпайишига олиб келмайди.

Адабиётлар:

1. Ахмедов И.Г. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза: методологические аспекты. *Анналы хирургической гепатологии.* 2016; 21 (4): 113–118.
2. Бенян А.С., Иванов С.А., Медведчиков-Ардия М.А., Панфилов К.А., Кенарская М.В. Симултанное лечение эхинококкоза легкого и печени. // *Вестник медитсинского института РЕАВИЗ №1(37),* 2019; С 149-154.
3. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Фатянова А.С. Эхинококкоз: основы диагностики и рол мининвазивных технологий (обзор литературы). *Анналы хирургической гепатологии.* 2015; 20 (3): 47–53.
4. Назыров Ф.Г. [и др.] // *Химиотерапия и проблемы ресидивного эхинококкоза печени* *Анналы хирургической гепатологии.* - 2011. Т.16, № 4.- С.19 - 24.
5. Черноусов А. Ф., Мусаев Г. Х., Абаршавина М. В. Современные методы хирургического лечения сочетанного эхинококкоза лёгких и печени // *Хирургия.* 2012. № 7. С. 12–17.
6. Шевченко Ю. Л., Назыров Ф. Г. *Хирургия эхинококкоза.* М.: Династия, 2016. 288 с.
7. Эшмуратов Т.Ш., Сундетов М.М., Ширтаев Б.К. Усовершенствование лечебной тактики сочетанного эхинококкоза правого лёгкого и печени. *Вестник хирургии Казахстана.* 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.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

Муртазаев З.И., Шербекоев У.А., Байсариев Ш.У., Рустамов И.М., Анарбоев С.А.

Резюме. В нашу работу включены результаты хирургического лечения 112 больных с сочетанным эхинококкозом легких и печени. Клинический материал был разделен на три группы: 36 (32,14%) больных первой группы (контрольной) оперированы через отдельные широкие разрезы. Из них 34 (94,44%) больных оперированы этапно с интервалом 4-6 нед, а у 2 (5,56%) больных эхинококкэктомия из легкого и печени выполнена через раздельные разрезы одновременно. У 29 (25,89%) больных второй группы кисты правого легкого и печени были удалены через торакофренолапаротомный разрез. У 47 (41,97%) больных третьей группы удаление кист из легких и печени проводили поэтапно. Из них в 35 (74,47%) случаях эхинококкэктомия выполнена с помощью видеоассистента через разработанные нами мини-разрезы, а в 12 (25,53%) случаях - мини-разрезы, у 7 больных - через отдельные мини-разрезы одномоментно, а у 5 больных поэтапно удалены четыре кисты из легких и печени с недельными интервалами. Применение видеоассистированных операций позволило вдвое снизить ранние осложнения.

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