

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ВА МУРАККАБ ШАКЛЛАРИДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ



Маманов Муҳаммад Чориевич

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ И СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Маманов Муҳаммад Чориевич

Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

DIFFERENTIATED SURGICAL TACTICS FOR COMPLICATED AND COMPLEX FORMS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Mamanov Muhammad Chorievich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқотнинг мақсади. Жигар эхинококкозини ва унинг асоратларини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини минимал инвазив технологиялардан устувор фойдаланиш билан дифференциал тактикаларни ишлаб чиқиш орқали яхшилаш. Тадқиқот материаллари. Ўтказилган операциялар ва текширувлар тури ва сонига қараб, беморлар икки гуруҳга бўлинган. Асосий гуруҳдаги 118 нафар беморда (2021-2023-йилларда) замонавий диагностика усуллари ва минимал инвазив технологиялар ёрдамида хирургик даволаш қўлланилди. Таққослаш гуруҳига анъанавий диагностика усуллари ва очиқ жарроҳлик аралашувлардан ўтган 106 бемор кирди. Тадқиқот натижалари. Жигар эхинококкози ва унинг асоратларини минимал инвазив технологияларни қўллаш орқали жарроҳлик йўли билан даволаш операциядан кейинги асоратларни 21,7% дан 9,3% гача камайтириши, ўлим ҳолатларини йўқотиши ва рецидивларни 14,8% дан 5,4% гача камайтириши орқали даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаш имконини берди.

Калит сўзлар: Жигар эхинококкози, асоратлар, даволаш, рецидив.

Abstract. Objective of the study. To improve the results of surgical treatment of liver echinococcosis and its complications by developing differentiated tactics with priority use of minimally invasive technologies. Study materials. Depending on the type and number of operations and examinations, patients were divided into two groups. 118 patients of the main group (in 2021-2023) underwent surgical treatment using modern diagnostic methods and minimally invasive technologies. The comparison group included 106 patients who underwent traditional diagnostic methods and open surgeries. Study results. Surgical treatment of liver echinococcosis and its complications using minimally invasive technologies significantly improves treatment outcomes by reducing postoperative complications from 21.7% to 9.3%, eliminating deaths and reducing relapses from 14.8% to 5.4%.

Keywords: Liver echinococcosis, complications, treatment, relapse.

Замонавий диагностика технологияларининг хирургик гепатологияга жорий этилиши жигар эхинококкози ва унинг асоратларини ташхислаш сифатини сезиларли даражада оширди. Бирок касалликнинг қайталаниши ва асоратларининг ривожланиш механизмлари билан боғлиқ кўплаб масалалар тўлиқ аниқланмаган бу эса уларни ҳар томонлама ўрганишни талаб қилади [2, 5, 8]. Ҳозирги кунга қадар касалликнинг қайталаниши этиологияси муаммоси (метастатик, имплантацион, резидуал, реинвазив) бўйича ягона тўхтама келинмаган [1].

Жигар эхинококкози (ЖЭ) муаммосининг долзарблиги, шунингдек, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиришга

қаратилган жарроҳлик аралашуви усули ва ҳажмини танлаш каби муҳим масалада ҳозиргача аниқ алгоритм ишлаб чиқилмаганлиги билан ҳам боғлиқдир [3, 4, 6, 7]. Жигар эхинококкозини даволаш учун минимал инвазив усуллардан фойдаланиш ҳозирда турли муаллифлар орасида кенг қизиқиш уйғотмоқда, баъзилар эса корин бўшлиғида ифлосланиш хавфи мавжудлиги ва касалликнинг рецидивланиши эҳтимоли борлиги туфайли бундай аралашувларга ҳали ҳам шубҳа билан қарашмоқда, шу сабабли ушбу аралашувларни амалга ошириш учун маълум кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар ишлаб чиқилди [5, 7, 8].

Мавжуд вазият операциядан кейинги асоратлар ва касалликнинг қайталанишини минималлаштириш учун ЖЭ ва унинг асоратларини даволашнинг патогенетик асосланган усулларини ишлаб чиқишни талаб қилади.

Тадқиқотнинг мақсади. Жигар эхинококкозини ва унинг асоратларини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини минимал инвазив технологиялардан устувор фойдаланиш билан дифференциал тактикаларни ишлаб чиқиш орқали яхшилаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси хирургия бўлимига ётқизилган 224 нафар жигар эхинококкози (ЖЭ) билан касалланган беморларни комплекс текшириш ва даволаш натижалари асосида клиник материал таҳлил қилинган.

Ўтказилган операциялар ва текширувлар тури ва сонига қараб, беморлар икки гуруҳга бўлинган. Асосий гуруҳдаги 118 нафар беморда (2021-2023-йилларда) замонавий диагностика усуллари ва минимал инвазив технологиялар ёрдамида хирургик даволаш қўлланилди. Таққослаш гуруҳига анъанавий диагностика усуллари ва очик жарроҳлик аралашувлардан ўтган 106 бемор кирди.

Ўрганилган беморлар 106 нафар (47,4%) эркалар ва 117 нафар (52,6%) аёллардан иборат эди.

Тадқиқот гуруҳидаги 118 беморда 160 та эхинококк кисталари, назорат гуруҳидаги беморларда эса 146 та эхинококк кисталари аниқланган. Касалликнинг асоратлари ва рецидивини камайтириш учун қайси операцияларни ўтказиш ва қанча кимётерапия ўтказишни ҳал қилишда бу факт жуда муҳимдир.

Асосий гуруҳдаги 35 бемор (30,5%) ва назорат гуруҳидаги 39 бемор (37,6%) да 76 та ҳолатда (34,1%) асоратланмаган жигар эхинококкози аниқланган.

Жигарнинг эхинококк кисталарининг йиринглаши 63 та ҳолатда қайд этилган, бу умумий кўрсаткичнинг 28,5 фоизига тенгдир: асосий гуруҳдаги 33 беморда - 28,8 фоиз ва назорат гуруҳидаги 29 беморда - 28,8 фоиз. Жигар эхинококкозининг оғир асорати бўлган паразитар механик сариклик 51 та ҳолатда (22,9%), жумладан, асосий гуруҳдан 33 беморда (28,8%) ва назорат гуруҳидан 18 беморда (17,1%) аниқланди.

Асосий гуруҳда 17 (8,8%) беморда ва назорат гуруҳида 20 (15,9%) беморда такрорий эхинококкоз аниқланган (1-жадвал).

Беморлар эхинококк кисталари ҳажмига ва жигар эхинококкозининг мумкин бўлган асоратларига қараб гуруҳларга бўлинган.

ЖССТ таснифига кўра, CL типидagi эхинококк паразити (ЭП) анехоген хусусиятларга эга кисталарнинг мавжудлиги, аниқ, одатда текис, баъзан ўртача нотекис контур ва бутун периметр бўйлаб давом этган зич ва қалин девор билан тавсифланади (1-расм). 61% ҳолларда кузатилган "балиқ тангаси" симптоми эхинококк паразити (ЭП) ва унинг асоратларининг информации белгиларидан бири ҳисобланади (2-расм). Ультратовуш текширувида киз кисталари бири-бирига жуда яқин ўрнашган гетероген думалок ҳосилалар сифатида намоён бўлади.

Кўп сонли киз кисталарининг мавжудлиги, одатда киста суюқлигининг анехогенлиги ва ички қобикнинг ажралганлиги SE3 типидagi эхинококк кисталарининг хусусиятлари ҳисобланади (3-расм).

Эхинококк паразитининг мавжудлиги ва унинг асоратлари компютер томографияси (КТ) ёрдамида 74 беморнинг 73 тасида (98,1%) тасдиқланган (4-расм).

Жигар эхинококкози ва унинг асоратлари бўлган 47 беморда (21,2%) охириги тадқиқот усули сифатида магнит-резонанс томография (МРТ) дан фойдаланилди (5-расм).

Жадвал 1. ЖЭ билан оғриган беморларни асоратларнинг табиатига кўра тақсимлаш (n=224)

Асоратлар	Асосий гуруҳ, (n=118)		Назорат гуруҳи, (n=106)	
	абс	%	абс	%
Асоратсиз	35	30,5	39	37,6
Эхинококк кистасининг йиринглаши	33	28,9	29	28,2
Механик сариклик:	33	28,9	18	17,1ъ
ЭКнинг ўт йўлларига ёрилиши	27	22,9	12	11,8ъ
Ўт йўллари босиб қолган эхинококк кисталари мавжудлиги	6	5,9	6	5,3
Рецидив эхинококкоз	17	8,8	20	15,9ъ
Жами	118	100,0	106	100,0

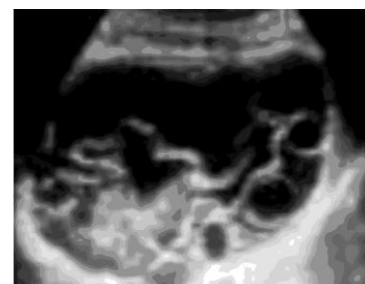
Изоҳ: асосий гуруҳдаги кўрсаткичлар билан солиштирганда * p +0,05 (x2 мезонига кўра)



Расм 1. Ультрасонограмма. Жигар эхинококк кистаси (4 см) CL типидagi



Расм 2. Ультрасонограмма. Жигарнинг кўп сонли эхинококк кисталари. SE2 типидagi



Расм 3. Ультрасонограмма. SE3 типидagi эхинококк кисталари



Расм 4. КТ. Жигар рецидив эхинококкози. Охакланган фиброз капсула



Расм 5. МРТ. Жигарның үнг бұлагыда ЖЭК. Хитин қобикдан гипоинтенсив сигнал, түсікли структуралар, капсуланың икки қаватлилығы

Жадвал 3. ЖЭ ва уның асоратлари бұлган асосий гурух беморларида минимал инвазив аралашувларның табиати (n = 118)

Минимал инвазив аралашувларның табиати	Сони	%
Очиқ минилапаротом эхинококкэктомия	31	26,2
Перкутан трансгепатик пункцион дренажловчи аралашувлар	10	8,4
Лапароскопик эхинококкэктомия	19	16,1
Лапароскопик идеал эхинококкэктомия	7	5,9
ЭПСТ. Эхинококк кистаси элементларини транспапиллар эндоскопик йўл билан олиб ташлаш ва НБД + анъанавий очик эхинококкэктомия	5	4,2
Анъанавий очик эхинококкэктомия +қолдиқ бұшлиқ видеоэндоскопияси	5	2,9
Жами	77	65,2

Барча 118 ҳолатда (100%) ЖЭ ва уның асоратлари мавжудлиги комплекс ва комбинацияланган УТТ ва КТ текширувлари ёрдамида тасдиқланган.

77 та ҳолатда (72,4%) эхинококк кисталарини олиб ташлаш анъанавий, органларни сақлаш усули ёрдамида амалга оширилди. 88 та беморда (82,9%) операция учун коворға ёйи остида қийшиқ кесма ёндашуви қўллаган, 18 беморда (17,1%) эса ўрта чизикли лапаротомия усули қўлланилган.

Жигар эхинококкозини ва уның асоратларини даволашда 29 та ҳолатда (27,6%) радикал ёки шартли радикал операциялар қўлланилган. Улардан 21,7% ҳолларда тотал перицистэктомия (11 та ҳолат) ва субтотал перицистэктомия (13 та ҳолат) амалга оширилган. Бундан ташқари, 6 ҳолатда (5,8%) қонли жигар резекцияси амалга оширилди.

Клиникада ишлаб чиқилган объектив мезонлар ЖЭ ва уның асоратларини миниинвазив даволаш учун патогенетик асосланган техникани танлаш асосида ҳар бир аниқ ҳолатда дифференциал жарроҳлик тактикасини танлаш имконини берди.

31 (26,2%) ҳолатда очик эхинококкэктомия турли хил мини-ёндашувлар ёрдамида амалга оширилди.

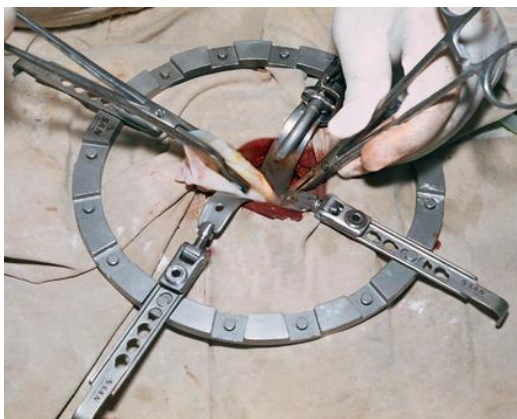
10 нафар (8,5%) беморда бир босқичли перкутан трансгепатик пункцион ва дренажловчи аралашувлар амалга оширилди. 26 (22,0%) ҳолатда лапароскопик эхинококкэктомия амалга оширилди, улардан 7 тасида лапароскопик идеал эхинококкэктомия, 19 тасида эса лапароскопик умумий ва субтотал перицистэктомия амалга оширилди. 5 та (4,2%) ҳолатда МПЖ бўлганлиги сабабли, биринчи босқичда эндоскопик транспапиллар аралашувлар умумий ўт йўлининг

бўшлиғидан эхинококк кистаси элементларини олиб ташлаш билан амалга оширилди, иккинчи босқичда очик ёндашув ёрдамида эхинококкэктомия бажарилди.

Шундай қилиб, ЖЭ ва уның асоратлари бўлган 77 нафар (65,2%) беморларда миниинвазив технологиялардан фойдаланган ҳолда қатъий дифференциаллаштирилган жарроҳлик тактикаларига риоя қилинди, 41 нафар (34,7%) беморларда анъанавий очик аралашувлар амалга оширилди.

ЖЭ ва уның асоратларини даволаш учун 31нафар (26,5%) беморларга "Мини-Ассистент" асбоблар тўпламидан фойдаланган ҳолда минилапаротом очик эхинококкэктомия ўтказилди (расм 6). 17 нафар (54,8%) беморда жигарнинг II, III ва IV сегментларидан эхинококкэктомия юқори ўрта мини-лапаратомия усулидан фойдаланган ҳолда амалга оширилди (расм 7). Ҳўнг томонлама трансректал ва субкостал минилапаротомия орқали кириш 14 нафар (45,2%) беморда, эхинококк кисталари жигарнинг I, IV, V ва VI сегментларида жойлашган ҳолатларда эхинококкэктомия қилиш учун ишлатилган. 18 та ҳолатда цистобилиар оқмани ташхислаш ва уның электрокоагуляцияси учун қолдиқ бўшлиқни текшириш мақсадида видео эндоскопиядан фойдаланилган. Киста бўшлиғига ва фиброз капсуланың деворларига антипаразитар ишлов бериш учун куйидаги контактли гермицидлар қўлланилади: 80% глицерин эритмаси ва 75% этил спирти. Миниинвазив эхинококкэктомия пайтида асоратлар кузатилмади.

Тадқиқот натижалари. Операциядан кейинги даврда 1 та ҳолатда 14-кунда сафро оқиши кўринишида асорат қайд этилган ва ўз-ўзидан тўхтаб қолган.



Расм 6. Минилапаротомия орқали кистотомия ва хитин қобикни олиб ташлаш



Расм 7. Интраоперацион фото. Минилапаротом эхинококкэктомия



Расм 8. ЛЭЭ. Киста пункцияси



Расм 9. ЛЭЭ. Хитинни эндоконтэйнерга эвакуация қилиш



Расм 10. ЛЭЭ. Субтотал перицистэктомия



Расм 11. РХПГЭ. Гепатикохоледохнинг бўшлиғида юмалоқ ҳосила мавжуд. эхинококк кистаси бўлақларини олиб ташлаш билан ЭПСТ ўтказиш



а.



б.

Расм 12. Жигар орқали пункция пайтида УТТ (а) ва пункция тугагандан кейин (б). Кичик ҳажмдаги суюқлик ва буқилган хитин қобикли пучайган киста

26 нафар беморда (22,0%) лапароскопик эхинококкэктомия амалга оширилди, улардан 19 нафарига тотал ва субтотал перицистэктомия, 7 нафарига лапароскопик идеал эхинококкэктомия қилинди. Лапароскопик эхинококкэктомияни

бажаришда Karl Shtorz (Германия) фирмасининг асбоблар тўпламлари ишлатилди. Жигарнинг лапароскопик эхинококкэктомияси учун куйидаги протокол қўлланилган. 10-14 мм сим уст. босим остида карбоксиперитонеум ҳосил қилинганидан сўнг,

киндикдан бир оз юкорида, камерали лапароскопни киритиш учун 10 ммли порт ўрнатилган. Бундан ташқари, ўнг коворга ёйи остида ва чап томонда linea axillaris anterior бўйлаб диаметри 5 мм бўлган иккита порт ўрнатилди. Кейинги кадам адгезиолизис ва ревизия бўлди. Кейин жигар юзасида киста аниқланди. Белгиланган пункция жойига антисколекс эритмаси билан намланган дока салфеткалар қўйилди. Шундан сўнг, пункция режалаштирилган жойдан қорин бўшлиғига пункцион игна киритилди. Бунда биз кистанинг пункцияси, бўшлиғини очиш ва суюқлигини олиб ташлаш учун энг юкори нуқтани танладик (8,9-расмлар). Гидатид суюқлик максимал даражада эвакуация қилинди. Кейин қорин бўшлиғи босими 10-14 мм сим устунига қўтарилди ва киста бўшлиғига сўриб олинган суюқликнинг 50-70% ҳажмида 80% глицерин эритмаси юборилди. Ўн дақиқадан сўнг кистадаги суюқлик сўриб олиб ташланди ва электрожаррохлик усулларида фойдаланган ҳолда цистостомия ўтказилди. Шундан сўнг, хитинли қобикни махсус контейнерга эвакуация қилиш учун процедура ўтказилди. Қолган киста махсулотини олиб ташланди ва потенциал цистобилиар оқмалар мавжудлигини текширилди. Шундан сўнг киста бўшлиқларига 96% спиртга намланган дока шарлари билан бир неча марта қайта ишлов берилди. Кейинги кадам қолдиқ киста бўшлиғини дренажлаш ёки фиброз капсуланинг эркин қирраларини олиб ташлаш бўлди (10-расм). Кейинги босқичда қолдиқ бўшлиқ йўқ қилинди ёки дренажланди. Бешта ҳолатда цистобилиар оқмани лапароскопик боғлаш, олтита ҳолатда эса холецистэктомия амалга оширилди. Жаррохлик аралашувининг ўртача давомийлиги $116,2 \pm 36,8$ дақиқани ташкил этди. Ушбу кўрсаткич кўп жиҳатдан операция ҳажмига ва йўлдош хирургик ёки бошқа паталогияларнинг мавжудлигига боғлиқ. Қон йўқотишнинг умумий ҳажми 50 дан 350 мл гача, ўртача қиймати $155,76 \pm 37,503$ мл ни ташкил этди.

Бешта ҳолатда оғир йўлдош касалликлар билан оғриган беморларда ўткир паразитар сариқлик ва холангит билан асоратланган жигар эхинококкозида РХПГ ўтказилганидан сўнг эхинококк кистаси бўлақларини олиб ташлаш мақсадида ЭПСТ бажарилди (11-расм). Шундан сўнг, ўт йўллари сколецид препарат билан санация қилинди ҳамда умумий ўт йўллари ва қолдиқ бўшлиқ транспиллар дренажланди. Полихлорвинил зонднинг проксимал қисми ўн икки бармоқли ичак, ошқозон ва қизилўнғач орқали ташқарига чиқарилди, яъни. назобилиар дренаж амалга оширилди. Гипербилирубинемия ва жигар тестларининг функционал параметрлари

нормаллашгандан сўнг, режалаштирилган тарзда радикал жаррохлик аралашувлар ўтказилди.

Асосий гуруҳдаги 10 (8,4%) беморда тери орқали трансгепатик пункцион ва дренажловчи аралашувлар ўтказилди. Шу билан бирга, 8 та ҳолатда ЖЭК кузатилди. Жигарнинг йирингли эхинококк кистасини тери орқали пункция қилиш учун бир ва икки босқичли усуллар қўлланилади. Иккала ҳолатда ҳам пункция диаметри 20-22 Сг бўлган Чиза игнаси ёрдамида амалга оширилди. Бунда, кистага игна орқали ёки тўғридан-тўғри учи буралган " pigtail " (чўчка думи) бўлган катетер (масалан, Huisman, «Putorix», DLAW) ёки диаметри 6-9 сантиметр бўлган текис " Argyle " катетери киритилди. Паразитар ҳосиланинг катталиги ва пункцион каналининг тахмин қилинган йўлига кўра катетер танланди. Кейинги кадам киста бўшлиғидаги суюқликни олиб ташлаш учун вакуумли сўргичдан фойдаланиш бўлди. Бу кистоз ҳосила деворларининг тезда бузилишига олиб келди (12-расм). Жигарнинг йирингли эхинококк кисталари бўлган беморларда ултратовуш текшируви остида тери орқали пункция ўтказилгандан сўнг, эндотоксемия даражаси пасайиши ҳисобига умумий ҳолат сезиларли даражада яхшиланган.

Назорат гуруҳидаги (n=106) 23 нафар (21,7%) беморлар операциядан кейинги асоратларни бошдан кечирган. 2 та (1,9%) ҳолатда ушбу асоратларни бартараф этиш учун иккинчи марта операция ўтказишга тўғри келди. Кузатувда 1 та (0,9%) ҳолатда ўткир жигар буйрак етишмовчилиги натижасида ўлим кузатилди. Асосий гуруҳнинг 11 нафар (9,3%) беморида релапаротомияни талаб қилмайдиган операциядан кейинги асоратлар аниқланди. Ривожланган асоратларни тузатиш учун такрорий жаррохлик аралашувлари талаб қилинмади.

Шундай қилиб жигар эхинококкозини ва унинг асоратларини хирургик йўл билан даволашда минимал инвазив усулларни дифференциал қўллаш ўлим ва операциядан кейинги асоратларни камайтирди. Узоқ муддатли натижалар ҳам операция қўламига боғлиқ эди. Операциядан кейинги даврда албендазол ёрдамида кимётерапия ўтказиш ҳам операциядан кейин эхинококкознинг қайталаниш эҳтимолини камайтиришда муҳим кадамдир.

Бир йилдан беш йилгача бўлган даврда асосий (n=110) ва назорат (n=101) гуруҳларидаги беморларда узоқ муддатли даволаниш натижаларини ўрганиш ўтказилди. 21 нафар (9,3%) бемор, шу жумладан асосий гуруҳдан 6 нафар (5,4%) ва назорат гуруҳидан 15 нафар (14,8%) беморда жигар эхинококкозининг қайталаниши кузатилди.

Жадвал 4. Асосий гуруҳдаги беморларда ЖЭ ва унинг асоратларида анъанавий жаррохлик аралашувларнинг табиати (n=118)

Жаррохлик аралашувининг табиати	Сони	%
Анъанавий орган сақловчи эхинококкэктомия	30	25,4
Ёпиқ эхинококкэктомия	26	22,0
Очиқ эхинококкэктомия	4	3,3
Радикал ва шартли равишда радикал оператив аралашувлар:	11	9,3
Умумий перисистэктомия	3	2,5
Субтотал перисистэктомия	5	4,2
Жигар резексияси	3	2,5
Жами	41	34,7

Сурункали жигар эхинококкозига учраган асосий гуруҳдаги олти нафар беморнинг учтасида касалликнинг қайталаниши сабабли жарроҳлик амалиёти ўтказилганлигини та'кидлаш керак. Назорат гуруҳида жигар эхинококкозининг такрорланган 15 ҳолатидан 9 нафар бемор операция қилинди. Беморларнинг иккала гуруҳида касалликнинг қайталаниш вақти ҳар хил бўлган.

Эхинококкэктомиядан кейинги дастлабки уч йил давомида асосий гуруҳнинг учта беморида ва назорат гуруҳининг етти нафар беморида жигар эхинококкозининг рецидивлари аниқланган. Эрта рецидивлар резидуал деб тахмин қилинади, кеч рецидивлар эса имплантация, метастаз ёки реинвазия натижаси бўлиши мумкин. Бу қолдиқ кисталарнинг бошқа кисталарга қараганда тезроқ ўсиши билан боғлиқ. Кисталар йилига ўртача 0,5-1 см га ўсди.

Жигар эхинококкозининг рецидивлари бўлган 21 нафар беморнинг кузатувларини таҳлил қилинганда, асосий гуруҳдаги учта беморда ва назорат гуруҳидаги саккиз нафар беморда кеч рецидивлар аниқланди.

Жигар эхинококкозининг рецидивлари бўлган 21 беморнинг кузатув маълумотлари касалликнинг бошланиш вақтини ва кистанинг дастлабки локализациясини ҳисобга олган ҳолда таҳлил қилинди. Рецидив билан оғриган беморларнинг 81,5 фоизиди бир ёки бир нечта асосий жигар кисталари борлиги маълум бўлди. Беморларнинг 18,5 фоизиди қўшма эхинококкоз бор эди. Натижалар шуни кўрсатдики, бирламчи киста жигарда жойлашган бўлса, рецидивлар кўпроқ жигарда ривожланади. Бундан ташқари, қиёсий таҳлил шуни кўрсатдики, комбинатсияланган бирламчи эхинококкоз ҳолатларида рецидивлар кўпроқ айниқса операциядан кейинги эрта даврларда жигарда кузатилди (28,6% га 3,6%), ва бу фарқ статистик аҳамиятга эга бўлмаган фарқлар эди.

Хулоса.

1. Замонавий нурли диагностика усулларидан (УТТ, КТ, МРТ, РХПГ) босқичма бошқич фойдаланиш билан жигар эхинококкозини ва унинг асоратларини диагностика қилиш алгоритми киста турини ва унинг долзарб хусусиятларини, шунингдек, асоратларнинг мавжудлигини ахборот мазмунинг 100% гача аниқлиги билан текшириш имконини беради, бу эса хирургик тактикани танлашда ёрдам беради.

2. Жигар эхинококкози ва унинг асоратлари учун хирургик аралашув усулини танлашнинг ишлаб чиқилган мезонлари 65,3% ҳолларда эндовидеожарроҳлик ёки навигацион-пункцион усуллар ёрдамида минимал инвазив жарроҳлик аралашувларни амалга оширишга имкони беради.

3. Эхинококк кисталарининг турига, уларнинг жойлашишига, сони ва асоратларнинг мавжудлигига қараб дифференциаллаштирилган жарроҳлик тактикасини танлаш даволашнинг яқуний усули сифатида ёки кисталарнинг йиринглаши ва ўт йўлларида кириб бориши туфайли эндоген интоксикацияда йирингли ўчоқни дастлабки санация қилиш босқичи сифатида кам шикаст етказувчи усуллардан устувор фойдаланиш имконини беради.

4. Жигар эхинококкози ва унинг асоратларини минимал инвазив технологияларни қўллаш орқали жарроҳлик йўли билан даволаш операциядан кейинги асоратларни 21,7% дан 9,3% гача камайтириш, ўлим

ҳолатларини йўқотиш ва рецидивларни 14,8% дан 5,4% гача камайтириш орқали даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаш имконини беради.

Адабиётлар:

1. Назыров Ф. Г., Ильхамов Ф. А. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1999. – Т. 4. – №. 1. – С. 11-16.
2. Рахманов К., Абдурахмонов Д., Анарбоев С. Тактико-технические аспекты лечения больных эхинококкозом печени // *Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований*. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 121-125.
3. Рахманов К. и др. Хирургическая тактика у больных эхинококкозом печени // *Журнал биомедицины и практики*. – 2021. – Т. 1. – №. 4. – С. 130-136.
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. Babajanovich K. Z., Aliyevich A. I., Chorievich M. M. Дифференцированная хирургическая тактика и химиотерапия при осложненных формах эхинококкоза печени // *Journal of biomedicine and practice*. – 2023. – Т. 8. – №. 5.
7. Babajanovich K. Z. et al. Адьювантная терапия при хирургическом лечении эхинококкоза печени // *Journal of biomedicine and practice*. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
8. Babajanovich K. Z. et al. Экспериментально-морфологическое и клиническое обоснование химиотерапии в профилактике рецидивного эхинококкоза печени // *Journal of biomedicine and practice*. – 2022. – Т. 7. – №. 3.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ И СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Маманов М. Ч.

Резюме. Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений путем разработки дифференцированной тактики с приоритетным использованием малоинвазивных технологий. Материалы исследования. В зависимости от вида и количества операций и обследований больные были разделены на две группы. 118 больных основной группы (в 2021-2023 гг.) подверглись хирургическому лечению с использованием современных методов диагностики и малоинвазивных технологий. В группу сравнения вошли 106 пациентов, перенесших традиционные методы диагностики и открытые хирургические вмешательства. Результаты исследования. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений с использованием малоинвазивных технологий существенно улучшает результаты лечения за счет снижения послеоперационных осложнений с 21,7% до 9,3%, исключения летальных исходов и снижения рецидивов с 14,8% до 5,4%.

Ключевые слова: Эхинококкоз печени, осложнения, лечение, рецидив.