

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН
ВА ИННОВАЦИЯЛАР ВАЗИРЛИГИ**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

А.З. ОТАҚЎЗИЕВ

ҚАЙТАЛАНГАН ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ

МОНОГРАФИЯ

АНДИЖОН-2026

УЎК 616.36-002.951.21-089

КБК 54.13

О 86

ISBN ...

Монографияда қайталанган жигар эхинококкозини ташхислаш ва даволашнинг назарий ҳамда амалий асослари баён этилган. Монография жарроҳлар, тиббий паразитология соҳасидаги мутахассислар, шунингдек, ички тиббиёт соҳасида фаолият юритаётган барча мутахассисликдаги шифокорлар учун мўлжалланган.

Тузувчи:

Отақўзиев Ахмадилло Зокирович – Андижон давлат тиббиёт институти, PhD, Жарроҳлик касалликлари кафедраси доценти.

Такризчилар:

Қ.Ж.Матмуротов – Тошкент давлат тиббиёт университети Умумий хирургия кафедраси профессори, т.ф.д.

А.Л.Касимов – Андижон давлат тиббиёт институти, Умумий жарроҳлик ва трансплантология кафедраси профессори, т.ф.д.

А.З. Отақўзиев

ҚАЙТАЛАНГАН ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ: Монография / А.З. Отақўзиев.: Андижон: ««JAHONA NASHR»» нашриёти, 2026 – 144 Б.

Монография Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Илмий-техник кенгашининг 20____-йил ____-....даги даги ____/Т-____-сонли баённомаси асосида нашрга тавсия этилган.

© А.З. Отақўзиев, 2026

МУНДАРИЖА

Қўлланилган қисқартмалар рўйхати	5
Сўзбоши	6
I БОБ. Қайталанган жигар эхинококкози муаммосининг ҳозирги ҳолати (адабиётлар таҳлили)	9
§1.1. Қайталанган жигар эхинококкозининг тарқалиши ва келиб чиқиш сабаблари	9
§1.2. Жигар эхинококкозида касалликнинг қайта юзага чиқиши таснифи ва терминологияси масалалари	14
§1.3. Жигар эхинококкози қайта юзага чиқишини аниқлашнинг замонавий усуллари ва ўзига хос хусусиятлари	17
§1.4. Жигар эхинококкозининг қайталанишини олдини олиш усуллари ва воситалари	20
§1.5. Қайталанган жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашнинг кириш усуллари ва услублари	23
§1.6. Жигар эхинококкозида қайта ўтказилган операциялардан сўнг қолдиқ бўшлиқ ва асоратларни бартараф этиш масалалари	29
II БОБ. Қайталанган жигар эхинококкозининг клиник, диагностик хусусиятлари ва жарроҳлик аралашувлари тавсифи	33
§2.1. Беморларнинг умумий тавсифи ва даволаш услублари	33
§2.2. Қайталанган жигар эхинококкозини комплекс ташхислаш	41
§2.3. Жарроҳлик амалиётларининг тавсифи	45
§2.4. Даволаш самарадорлигини баҳолаш мезонлари ва клиник маълумотларни статистик таҳлил қилиш усуллари	51
III БОБ	
Қайталанган жигар эхинококкозининг прогнози ва жарроҳлик даволаш сифатига таъсир этувчи омилларни текшириш	54

§3.1.	Назорат гуруҳида қайталанган жигар эхинококкозини жарроҳлик усули билан даволаш натижалари	55
§3.2.	Қайталанган жигар эхинококкозининг кечиш хусусиятлари ва жарроҳлик даволаш натижаларига таъсир этувчи хавф омилларини тасдиқлаш	57
IV БОБ		
Қайталанган жигар эхинококкозида эхинококкэктомиядан сўнг қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш ва даволаш усулларини такомиллаштириш		71
§4.1.	Қайталанган жигар эхинококкозида қолдиқ бўшлиқни кўп таркибли интраоператсион антипаразитар ишлов бериш хусусиятлари	71
§4.2.	Жигардан эхинококкэктомиядан сўнг қолдиқ бўшлиқни жигарнинг юмалоқ бойлами ёрдамида тампонлаш усули	76
§4.3.	Қайталанган жигар эхинококкозида қолдиқ бўшлиқни дренажлаш учун қўлланиладиган пункцион-аспирацион усулларнинг ўзига хос хусусиятлари	81
§4.4.	Қайталанган жигар эхинококкозининг даволашда қўлланиладиган жарроҳлик усули алгоритми	86
V БОБ Қайталанган жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейинги ҳаёт сифати кўрсаткичларини баҳолаш билан натижаларнинг қиёсий таҳлили		91
§5.1	Таққослаш гуруҳларида қайталанган жигар эхинококкозини жарроҳлик усули билан даволашдан кейинги асоратларнинг учраш даражаси	91
§5.2.	Таққослаш гуруҳларида ҳаёт сифати кўрсаткичларини баҳолаган ҳолда, қайталанган жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларининг умумий баҳоси	99
ХОТИМА		105
АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ		114

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ

ЎТК - ўт-тош касаллиги
ЭЭ - эмбрионал элементлар
ЮИК - юрак ишемик касаллиги
ИОУТТ - интраоперацион ультратовуш текшируви
ИФА - иммунофермент таҳлил
ИЭЭ - идеал эхинококкэктомия
ЖЮБ - жигарнинг юмалоқ бойлами
КТ - компьютер томографияси
ЙҚБ - йиринглаган қолдиқ бўшлиқ
ЙЖҚБ - йиринглаган жигар қолдиқ бўшлиғи
ҚБ - қолдиқ бўшлиқ
ҚЖЭ - қайталанган жигар эхинококкози
ПКТ - профилактик кимётерапия
ИФАР - иммунофермент таҳлили реакцияси
ЛАР - латекс-агглютинация реакцияси
БГИР - билвосита гемагглютинация реакцияси
УТТ - ультратовуш текшируви
ФК - фиброз капсула
ХҚ - хитин қобик
КТ - кимётерапия
ТПНС - тери орқали пункцион нефростомия
ЭК - эхинококк кистаси
ЖЭК - жигар эхинококк кистаси
ЖЭ - жигар эхинококкози
ЭЭ – эхинококкэктомия

Сўзбоши

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, "бугунги кунда инсон эхинококкози оғир паразитар касаллик бўлиб қолмоқда ва у билан 1 миллиондан ортиқ одам хасталанган." Даволашдаги маълум ютуқларга қарамай, "эхинококкоз муаммоси ҳамон долзарблигича қолмоқда. Бу, аввало, дунёнинг кўплаб мамлакатларида, айниқса эндемик ҳудудларда эхинококкоз билан касалланиш ҳолатлари ортиб бораётгани билан боғлиқ." Кеч ташхис қўйилиши оқибатида жигар ва қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш камида 70-80% ҳолларда асоратлар юзага келгандан сўнг амалга оширилади. Шу сабабли, операциядан кейинги ўлим даражаси 10-15% гача етиши мумкин. Касалликнинг янги ҳолатлари кўпайиши билан бир қаторда, эхинококкознинг қайта юзага келиш ҳолатлари ҳам юқори фоизни ташкил этмоқда. Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, бу кўрсаткич кенг ораликда (3,3-54%) ўзгариб туради. Бунинг сабаби мавжуд терминологик чалкашликлардир. Қўлланилаётган операцияларнинг радикал бўлишига қарамай, касалликнинг қайта юзага келиш ҳолатлари етарлича юқори эканлиги, бу ҳолат операциянинг тактик ва техник жиҳатлари билан тўғридан-тўғри боғлиқ эмаслигини кўрсатмоқда.

Дунёда эхинококкозни ташхислаш, даволаш ва олдини олишни такомиллаштириш мақсадида бир қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Булар қаторига касалликни эрта аниқлаш ва ўз вақтида даволаш-профилактика ёрдами кўрсатиш учун скрининг ўтказиш, эхинококкэктомия ва қолдиқ бўшлиқни бартараф этишнинг турли усуллари ишлаб чиқиш, шунингдек, эндожарроҳлик аралашувларини амалга оширишнинг тактик жиҳатларини ўз ичига олади. Ҳозирги кунда касалликнинг оғирлик даражаси, жараённинг жойлашуви, жигар ва бошқа аъзоларда эхинококкознинг тарқалиш хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда оптимал даволаш тактикасини танлашга ёндашувларни такомиллаштириш учун катта эътибор берилмоқда. Бу жараёнда ўтказилган жарроҳлик аралашувлар ҳажмига қараб касалликнинг қайта юзага чиқиши, асоратларнинг келиб чиқиш сабабларини ўрганиш ва кимётерапия

тадбирларининг самарадорлигини баҳолаш билан комплекс ташхис қўйишга алоҳида аҳамият қаратилмоқда. Шу муносабат билан, бугунги кунда қолдиқ бўшлиқларни (ҚБ) бартараф этиш ва уларга ишлов беришнинг техник усулларини такомиллаштириш орқали даволашнинг дифференциал тактикасини ишлаб чиқиш долзарб масала бўлиб қолмоқда.

Турли олимларнинг фикрича, паразитар касаллик сифатида экинококкознинг ўзига хос хусусияти унинг бир неча бор қайта юзага чиқиш эҳтимоли ҳисобланади. Шунингдек, касаллик эндемик ҳудудлардан ташқарида ҳам тобора кўпроқ қайд этилмоқда. Бу эса аҳоли миграцияси даражасининг ошиши билан боғлиқ (Вафин А.З., Ли Й.). Агар ўтган асрнинг 90 йилларида йилига 1-1,5 мингта операция 2,5-7% ва ундан юқори ўлим кўрсаткичи билан ўтказилган бўлса, 2000 йилларга келиб бу рақам йилига 4,5 мингтага етди (Хушвақтов У.Ш., Шевченко Ю.Л.). Таъкидлаш жоизки, беморларнинг 2/3 қисми экинококкознинг сурункали асоратлари фонида операция қилинади. Уларнинг энг кўп учрайдиган турлари қуйидагилар: кистанинг йиринглаши - 18,4-49,0%, фиброз капсуланинг оҳакланиши - 4,8-18,1% ва эрта нобуд бўлган она экинококк кистаси (ЭК) - 5,6-9,9% (Назиров Ф.Г., Ху Л).

Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, ўтказилган эхинококкэктомиядан (ЭЭ) кейин экинококкознинг қайта юзага чиқиши ҳам касалликнинг энг оғир асоратларидан бири ҳисобланади. Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, бу кўрсаткич 3 фоиздан 54 фоизгача етиши мумкин; ўртача 10-12 фоизни ташкил этади. Бу ҳолат паразитнинг биологик хусусиятларига, касаллик асоратларининг табиатига, шунингдек, илгари ўтказилган жарроҳлик даволаш усуллари ва шифокорнинг малакасига боғлиқ (Маҳмудов У.М., Вафин А.З., Мандал С). Касалликнинг қайта юзага чиқишига олиб келувчи омилларга қуйидагилар киради: замонавий асбоб-ускуналар ёрдамида аниқлаш қийин бўлган майда қолдиқ экинококк кисталарининг (ЭК) бемор организмда сақланиб қолиши; фиброз капсула (ФК) ва киста атрофидаги тўқималарда кисталарга айланиши мумкин бўлган эмбрионал элементларнинг мавжудлиги; операция пайтида эмбрионал элементлар билан тўқималарнинг ифлосланиши (Абдоков А.Д., Хилленбранд А.).

Касалликнинг қайталаниши ва операциядан кейинги асоратларнинг олдини олишда қолдиқ бўшлиққа ишлов бериш усулини танлаш муҳим роль ўйнайди, аммо бу омил бўйича адабиёт маълумотларини баҳолаш усулларнинг фарқи ва уларнинг самарадорлигининг объектив мезонлари йўқлиги сабабли қийинчилик туғдиради (Киртанасов Я.П., Зибази М).

Юқорида келтирилган барча маълумотлар эхинококкоз инсоннинг энг хавфли паразитар касалликларидан бири бўлиб қолаётганини кўрсатади. Бунда асосий долзарб ва ҳал қилувчи муаммолар қуйидагилардан иборат: шикастланиш хусусияти ва даволаш натижасига таъсир этувчи бошқа омилларга қараб касалликнинг қайта юзага чиққан шакллариини даволаш тактикасини танлаш, ФК бўшлиғини даволаш ва бартараф этишнинг янги усулларини ишлаб чиқиш, операциядан кейинги реабилитация ва асоратларнинг олдини олиш.

I БОБ.

ҚАЙТАЛАНГАН ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ МУАММОСИНИНГ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ

Жигар эхинококкози (ЖЭ) – *Echinococcus granulosus* тасмасимон чувалчанглари личинкаларининг жигарга кириб ривожланиши натижасида кисталар ҳосил қиладиган оғир паразитар касалликдир. Эхинококк кисталари ёрилиб, тарқалиб кетиши ва касалликнинг қайта юзага чиқиши билан асоратланиши мумкин. Жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш ғояси дастлаб икки минг йилдан ортиқ вақт олдин Гиппократ томонидан илгари сурилган. У бу касалликни "сув билан тўлган жигар" деб таърифлаб, қорин деворини қиздирилган темир билан куйдириш орқали кистани бўшатишни тавсия этган [2, 12, 13, 105, 109, 138].

Жигар эхинококкози жарроҳлигининг ривожланиш тарихи мамлакатимизда ҳам, чет элларда ҳам ушбу касалликни жарроҳлик йўли билан даволашнинг турли усуллари ишлаб чиқишда фаол иштирок этган машҳур жарроҳлар номлари билан бойитилган.

1.1-§. Қайталанган жигар эхинококкозининг тарқалиши ва келиб чиқиш сабаблари

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, *Echinococcus granulosus* Ўрта ер денгизи мамлакатлари, Туркия, Марказий Осиё, Шимолий Африка, Австралия, Янги Зеландия, Жанубий Америка, Филиппин, Шимолий Хитой ва Ҳиндистон ярим оролида кенг тарқалган бўлиб, бу ҳудудларда одамларнинг касалланиш даражаси йилига ҳар 100 000 кишига 50 тагача етади. Шу сабабли, бугунги кунда жуда кам мамлакатлар Э. гранулозусдан бутунлай холи ҳисобланади. Жанубий Америка, Африка ва Осиёнинг айрим ҳудудларида аҳолининг муайян гуруҳларининг 20 фоиздан 95 фоизигача ушбу касалликка чалинган [109, 142, 210].

Эхинококкоз бўйича статистик маълумотлар шунини кўрсатадики, жигар эхинококкози (ЖЭ) барча ҳолатларнинг 75 фоизини ташкил этади. ЖЭ билан касалланганларнинг 2/3

қисмини 20 ёшдан 60 ёшгача бўлган меҳнатга лаёқатли катталар ташкил қилади.

Адабиётлар таҳлили ва жорий клиник амалиёт ЖЭ билан касалланиш кўпайиб бораётганини, эндемик ҳудудлар чегаралари кенгаяётганини ва эндемик бўлмаган жойларда ҳам касалланиш ҳолатлари ортиб бораётганини кўрсатмоқда [143, 207]. Ижтимоий аҳамиятга эга бўлган эхинококкоз муаммоси нафақат МДХ давлатлари, балки узоқ хориждаги жигар жарроҳлари орасида ҳам кенг муҳокама қилинмоқда [12, 51, 66, 127, 131, 138, 173, 184].

ЖЭ нинг жарроҳлик ҳолатлари сони эндемик ҳудудлардаги ҳақиқий тарқалишнинг фақат бир қисмини акс эттиради. Дунёнинг кўплаб минтақаларида учрайдиган ЖЭ ҳозирда 1 миллиондан ортиқ одамга таъсир қилмоқда ва камайиш тенденцияси кузатилмаяпти. Эхинококкознинг инсон аҳолисига айниқса салбий таъсирини ривожланаётган мамлакатларда кўриш мумкин, чунки бу ерларда даволаш ҳар доим ҳам жисмоний ёки молиявий жиҳатдан имконсиз [138; 156].

Маҳаллий патология сифатида эхинококкоз Марказий Осиё минтақасидаги жигар жарроҳлари олдидаги асосий муаммолардан бири ҳисобланади [8, 12, 63, 68, 79, 99, 102, 138].

Даволашдаги маълум ютуқларга қарамай, эхинококкоз муаммоси ҳамон долзарблигича қолмоқда. Бу, аввало, дунёнинг кўплаб мамлакатларида, жумладан Ўзбекистон каби эндемик ҳудудларда, эхинококкоз билан касалланиш нафақат камаймасдан, балки ўсишда давом этаётгани билан боғлиқ. Эхинококкоздан келиб чиқадиган иқтисодий йўқотишлар беморларнинг узоқ муддатли меҳнатга лаёқатсизлиги ва ногиронлиги туфайли бу муаммони ижтимоий даражага кўтармоқда. Республикада тиббий ёрдамга мурожаат қилиш орқали аниқланадиган эхинококкознинг тарқалиши ҳар 100 000 аҳолига 5,82 ни ташкил этади ва барқарор ўсиш тенденциясига эга (Ф.Г. Назиров ва ҳаммуаллиф. 2001). Ўзбекистонда эхинококкоз бўйича ўтказиладиган операциялар сони йилига 1-1,5 мингтага етмоқда [66, 67, 96, 99, 138].

Сўнгги 20 йил ичида ЖЭнинг асоратланган шакллари сони кўпайиши кузатилмоқда, уларнинг частотаси 84,6% га етмоқда. Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, касалликнинг қайталаниши операция қилинган беморларнинг 22-54 фоизида

кузатилади [61, 144, 185, 202, 203]. ЖЭдан ўлим даражаси ҳамон етарлича юқори (12-25%) бўлиб қолмоқда [7, 13, 14, 32, 105, 157].

Касалликнинг қайталаниш шакллари ЖЭни даволашда асосий муаммо бўлиб қолмоқда. У.Ш. Хушвақтов (2012) эхинококкознинг 10 ва 45 йилдан ортиқ кечки рецидивларини ўрганиб, касаллик прогрессив кечиши билан ажралиб туришини, операциядан кейинги асоратларнинг юқори частотаси, юқори ўлим даражаси ва тез-тез такрорий рецидивлар туфайли уни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари қониқарсиз бўлиб қолаётганини таъкидлаган [131].

Эхинококкэктомиядан (ЭЭ) кейин ЖЭнинг қайталаниш частотаси, 500 ва 600 дан ортиқ операцияларни ўз ичига олган турли кузатувлар маълумотларига кўра, 3 дан 54% гача ўзгариб туради ва паразитнинг биологик хусусиятларига, касаллик асоратларининг характериға, шунингдек, илгари ўтказилган жарроҳлик даволаш усуллари ва малакасига боғлиқ [6, 15, 20, 35, 38, 40, 41, 48, 72, 81, 86, 97, 121, 206].

Кўрсаткичларнинг бундай кенг диапазони ушбу тадқиқотларда ЖЭни жарроҳлик йўли билан даволашнинг бир нечта усулларидан фойдаланилганлиги ва тадқиқотларнинг турли давомийлиги билан изоҳланади. Шунга қарамай, эҳтимол, ЖЭ қайталаниши тўғрисидаги барча маълумотлар, шу жумладан энг юқори кўрсаткичлар ҳам, ҳақиқий касалланишни тўлиқ акс эттирмайди [143, 148, 155, 157, 164, 188, 192, 207]. Шу билан бирга, муаллифларнинг таъкидлашича, ЖЭ қайталаниши 3 ойдан сўнг, баъзи ҳолларда эса операциядан кейин 20 йилгача бўлган муддатда, ўртача 2 йилдан 10 йилгача бўлган даврда аниқланиши мумкин [143, 149].

Virginia Velasco-Tirado ва бошқаларнинг (2017) тадқиқотларида жарроҳлик аралашувларидан кейин ЖЭ билан оғриган беморлар икки йил давомида проспектив равишда кузатилган [207]. Натижада, беморларнинг ярмидан кўпи рецидив ташхиси қўйилган пайтда симптомсиз бўлган. Шу сабабли, операциядан кейинги кузатув даври 3 йилдан кам бўлмаслиги ва уни иложи борича узоқроқ давом эттириш кераклиги таклиф қилинган, чунки кўпинча аломатларсиз қайталаниш ва операциядан 3-4 йил ўтгач симптомлар пайдо бўлиши кузатилади.

Статистик маълумотларга кўра, жигар эхинококкоз билан кўп сонли ва кўшма шаклларда зарарланиши частотаси 10-18 фоизни ташкил этади. Жарроҳлик амалиётларидан сўнг, айнан зарарланишнинг шундай шакллари бўйича кўпчилик ҳолларда касаллик қайтарилиши кузатилади. Бу эса бирламчи ва қайта юзага келган эхинококкозни ташхислаш ва даволашни ўзига хос фарқларни инобатга олган ҳолда яхлит тарзда кўриб чиқиш имконини беради [14, 61, 86, 97, 124, 153, 170, 171, 185].

Таъкидлаш жоизки, беморларнинг учдан икки қисми эхинококкознинг сурункали асоратлари фонида операция қилинади. Уларнинг энг кўп учрайдиган турлари қуйидагилар: кистанинг йиринглаши - 18,4-49,0%, фиброз капсуланинг оҳакланиши - 4,8-18,1% ва эрта ўлимдан кейинги ўзгаришлар босқичида нобуд бўлган она эхинококк кистаси (ЭК) - 5,6-9,9% [11, 44, 56, 61, 96].

Эхинококкознинг қорин бўшлиғига ёрилиш каби ўткир асоратларининг частотаси 2,7 фоиздан 13,6 фоизгача ўзгариб туради. Бундай ҳолатларда радикал операцияларни фақат 25-30 фоиз беморлардагина ўтказиш мумкин, операциядан кейинги ўлим даражаси эса 7-18 фоизга етади [50, 63, 78, 96, 103, 140, 168, 169].

Ҳозирги кунда жарроҳлик даволашдан сўнг беморда пайдо бўлган ЭК табиатини ишончли тарзда аниқлаш деярли имконсиз [1, 10, 14, 27, 61, 86, 121]. Кўплаб тадқиқотлар шуни кўрсатадики, касалликнинг қайтарилишига олиб келадиган омилларга қуйидагилар киради: бемор организмида эхинококк эмбрион элементларининг сақланиб қолиши, протосколекслари бўлган уруғ капсулалари, паразит лавроцисталарининг герминатив қобиқларининг парчалари ва майда лавроцисталар; сколексларнинг перикистоз тўқималарга кўчиш қобилияти; имплантацион битишиш имконияти, турли кисталарнинг нотекис ривожланиши ва жараённинг тарқалиши [27, 61, 63, 81, 86, 104, 121, 146].

М.Ю. Гилевич ва ҳаммуаллифлар (1990) тадқиқотлари шуни кўрсатадики, рецидивларнинг асосий сабаби гидатидларнинг нотекис ўсиш тезлиги туфайли турли аъзоларнинг бирламчи кўп сонли ва кўшма зарарланишидир. Камроқ ҳолларда рецидивлар паразитар жараённинг операция вақтидаги ва ўз-ўзидан

тарқалиши натижасида юзага келади [32, 41, 133]. И.Г. Ахмедов ва А.О. Османов (2002) рецидив деганда жарроҳлик даволашдан кейинги ҳар қандай муддатда ва ҳар қандай жойлашувдаги ЭК ривожланиши билан боғлиқ касалликни назарда тутди [20].

Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, резидуал эхинококкоз деганда, операциядан олдинги ультратовуш ва компьютер томографиясида аниқланган бўлсада, турли сабабларга кўра операция пайтида ЭКни атайлаб қолдириш ёки уларни аниқлай олмаслик тушунилади [32, 40, 89, 121]. Резидуал эхинококкоз сабаблари орасида такрорий операциялар орасидаги қисқа вақт оралиғида операциядан олдинги текширув (УТТ), ЭК ўлчамлари ва жойлашувини аниқлашдаги хатолар бўлиши мумкин [97, 104, 174].

Ўтказилган тадқиқотлар натижасида баъзи муаллифлар эхинококк лавроцисталарининг ташқи куртакланиши ва алвеококк туридаги протосколекс "оёқчаси"нинг герминатив ҳужайраларидан микроскопик ацефалоцисталарнинг оммавий шаклланишини аниқладилар [27, 58, 71, 81, 115, 121, 123]. Рецидивнинг табиатини аниқлаш қийин, чунки баъзи муаллифлар битта белгидан, бошқалари эса уларнинг йиғиндисидан фойдаланадилар [22, 123, 127]. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, нисбатан аниқ мезон сифатида биринчи ва иккинчи операция орасидаги вақт оралиғи хизмат қилиши мумкин. М.М. Камолов (2006) жарроҳлик аралашувидан кейин 3-5 йилгача бўлган муддатда такрорий касалланиш ҳолатларини рецидивларга киритади ва кечроқ юзага келган ҳолатларни эхинококк қайта юқиши деб баҳолайди [65]. М.Ю. Гилевич (1990) операциядан кейинги дастлабки 5 йил ичида касалликнинг ўзига хос аломатлар мажмуасининг қайталанишини қайталаниш деб атайди [41].

Эхинококкозни жарроҳлик йўли билан даволашга бағишланган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, қайталанувчи эхинококкоз тушунчаси турлича талқин қилинмоқда [31, 38, 46, 113, 115, 120, 121]. Бироқ, кўпчилик муаллифлар эхинококкознинг қайталаниши эмбрионал элементларнинг тарқалиши ёки биринчи операциядан олдин ва операция пайтида аниқланмаган кисталарнинг қолиши оқибати деган фикрни қўллаб-қувватламоқдалар [6, 19, 33, 39, 122, 123, 172].

1.2-§. Қайталанган жигар эхинококкозини таснифлаш ва терминология масалалари

Ҳар қандай жарроҳлик касаллигини, шу жумладан ЖЭни таснифлашнинг асосий мақсади шундаки, у жарроҳга ташхис қўйиш ва даволашнинг кўпинча мураккаб масалаларини ечишни осонлаштириши лозим. Бинобарин, таснифда ташхис усуллари танлашни белгилайдиган касалликнинг барча белгилари акс эттирилиши керак. Шу билан бирга, жарроҳлик тактикасини белгилайдиган ва даволаш натижаларига таъсир кўрсатадиган эхинококкоз белгиларини аниқлаштириш зарурати туғилади.

Ҳозирги кунга келиб адабиётларда бирламчи ва қайталанган ЖЭ таснифлари анчагина мавжуд [13, 40, 77, 87, 95, 138]. Аммо кўплаб таклифларга қарамай, умумий қабул қилинган тасниф ҳали ишлаб чиқилмаган.

А.В. Мелниковнинг таснифи энг кенг тарқалган бўлиб, у эхинококкознинг кечишида қуйидаги босқичларни ажратиб кўрсатади: - симптомсиз босқич; - паразитнинг прогрессив ўсиш босқичи; - асоратлар босқичи. О.Б. Милонов (1972) ҳам жараённинг кечишини уч босқичга бўлади, аммо симптомсиз босқични бошланғич босқич деб атайди, иккинчи босқични эса инвазиянинг клиник кўринишларини батафсил санаб ўтган ҳолда тавсифлайди.

М.Ю. Гилевич (1987) касалликнинг кечишини гидатида ҳолатига қараб бир неча даврга бўлади:

а) тирик паразит - гидатида тиниқ суюқликка эга, кутикулар қобиғи яхши ривожланган, унинг тузилиши ўзгармаган, қиз пуфакчалари йўқ;

б) она кистасининг ўлими, гидатидда қиз пуфакчаларнинг мавжудлиги. Бунда кутикула ўз тузилишини сақлаб қолади, ундаги суюқлик тиниқ бўлади, кейинчалик унда кутикула қобиғи ва қиз пуфакчалари, фиброз капсуланинг аутолизи кузатилади. Суюқлик қўйиқ массага айланади;

в) асоратланган эхинококкоз - гидатиданинг йиринглаб, плевра бўшлиғига ёки бронхларга ёрилиши;

г) жараённинг турли босқичларида нобуд бўлган киста (фиброз, пардаларнинг оҳакланиши, "сохта ўсма" ва ҳоказо).

Кистанинг ҳаётийлигини аниқлаш даволашнинг пункцион усули, кимётерапия ва бошқа баъзи усулларни қўллаш имконияти ҳақидаги қарорга катта таъсир кўрсатади.

Нур ташхиси усулларида фойдаланганда аниқланадиган белгиларга асосланган ва тўрт турни ўз ичига олган ЭК таснифини R.Polat ва ҳаммуаллифлар (2003) таклиф этишган [191].

I тур - ички архитектоникаси бўлмаган оддий кисталар.

II тур - қиз кисталар ва матриксли кисталар:

II A тури - она кистасининг четида жойлашган юмалоқ қиз кисталари;

II Б тури - она кистасининг деярли бутун ҳажмини эгаллайдиган катта, нотўғри шаклдаги қиз кисталари;

II С тури - ўчоқли кальцинатлар ва кам учрайдиган қиз кисталар.

III тур - кальцинацияланган кисталар (тўлиқ оҳакланиш билан нобуд бўлган кисталар).

IV тури - асоратланган кисталар (ёрилиш ёки йиринглаш).

Дастлаб 1981 йилда Gharbi ва ҳаммуаллифлари томонидан ишлаб чиқилган ушбу тизим ЖССТнинг эхинококкоз бўйича норасмий ишчи гуруҳи томонидан қайта кўриб чиқилиб, баъзи ўзгартиришлар киритилди. У ўзининг якуний кўринишини 2003 йилда олди [156, 209]. Тасниф Э.garanulosisнинг ривожланиш босқичига қараб паразитар кисталарнинг бешта гуруҳини ва эхинококк деб тахмин қилинадиган, бироқ бошқа этиологияга эга бўлиши мумкин бўлган оддий дифференциацияланмаган кисталарни ўз ичига олади (улар "кистоз шикастланиш" деб белгиланади ва кейинги диагностик фарқлашни талаб этади).

Биринчи клиник гуруҳ 1 ва 2 турдаги кисталар билан бошланади - одатда тирик протосколексларни ўз ичига олган фаол кисталар. 2-турда она киста ичида қиз кисталар мавжуд бўлади. 3-турга ўтиш босқичидаги кисталар киради, бунда киста яхлитлиги хўжайин организмнинг реакцияси ёки дори терапияси таъсири остида бузилади. 4 ва 5-турдаги кисталар турли даражадаги дегенерация ва асоратлар билан нобуд бўлган гидатидлардир [138, 156, 203].

Кўпчилик муаллифлар ҳақиқий ва сохта рецидивларни ажратадилар [31, 26, 40, 58, 94, 115]. Ҳақиқий рецидивларга операцион жароҳатнинг ифлосланиши натижасида ёки фиброз

капсула бўшлиғида қолдирилган эмбрионал элементлар туфайли юзага келган рецидивлар, сохта рецидивларга эса биринчи операция пайтида сезилмай қолган кисталар киради [10, 20, 75, 87, 133].

Б.В. Петровский (1985) ва Ю.С. Гилевич ва ҳаммуаллифларининг (1984) фикрича, ҳақиқий ва сохта рецидивларга ажратиш алоҳида назарий ва амалий аҳамиятга эга эмас [40, 115]. Шунингдек, адабиётларда "бирламчи", "иккиламчи", "кўп сонли" ва "қўшма" эхинококкоз, ҳамда касалликнинг асоратлари ҳақида маълумотлар учрайди [95].

"Резидуал (қолдиқ)" эхинококкоз муаммоси алоҳида муҳокамани талаб қилади. Рецидив ва резидуал киста ўртасидаги аниқ чегарани ҳар доим ҳам белгилаш мумкин эмас. Бу турли муаллифларнинг эхинококкозни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари бўйича қарама-қарши маълумотларни келтириб чиқаради. Шу билан бирга, резидуал эхинококкоз деганда операциядан олдин аниқланмаган ёки жарроҳлар томонидан операция пайтида мажбуран қолдирилган кисталар, ёхуд операциядан олдинги текширувнинг сифатсизлиги ва операция пайтида уларнинг етарли даражада текширилмаганлиги сабабли аниқланмай қолган кисталарни тушуниш қабул қилинган.

Кисталарни қайта аниқлашнинг вақтинчалик мезонларидан фойдаланиш ишончсиз, чунки юктириш ва клиник намоён бўлиш орасида 1 йил, 10 йилдан ортиқ ёки 20 йил ўтиши мумкин (энг узоқ муддат 40 йил деб қайд этилган) [131]. Муваффақиятли жарроҳлик даволашдан сўнг эхинококкоз билан қайта касалланиш эҳтимоли жуда паст бўлиб, кўплаб клиницистлар ва ЖЭидемиологларнинг маълумотларига кўра, 0,5% дан ошмайди [97, 121, 123].

Бизнинг фикримизча, резидуал эхинококкозни аниқлашнинг асосий муаммоси диагностиканинг етарли маълумот бермайдиган усулларида фойдаланиш ва беморни текширишнинг замонавий стандартларига риоя қилмасликдир.

Хулоса қилиб айтганда, бизнингча, бугунги кунда эхинококкоз билан оғриган беморларни даволашда катта тажрибага эга бўлган Ф.Г. Назиров ва Ф.А. Илхамовларнинг (2005) батафсил клиник ва морфологик таснифи энг асосли ҳисобланади. Ушбу тасниф, биров мураккаб бўлишига қарамай,

эхинококкозда жигарда кечадиган асосий патологик жараёнларни етарлича тўлиқ акс эттиради. Ўлчамлар бўйича аниқ мезонни белгилаш: кичик (5 см гача), ўрта (10 см гача) ва катта (10 см дан ортиқ) жарроҳлик тактикаси ва операция турига таъсир кўрсатади. Масалан, кичик жигар кисталари учун ҳозирги кунда кимётерапия ва динамик кузатув қўлланилиши мумкин [47, 61, 86, 98, 130].

Этиопатогенетик белгисига кўра, жигар эхинококкозини бирламчи ва қайталанган жигар, резидуал, имплантацион турларга ажратиш ҳам мақсадга мувофиқ, чунки бирламчи эхинококкозда операциялар одатда осонроқ кечади ва уларнинг натижалари кўпроқ башорат қилинади [98].

1.3-§. Қайталанган жигар эхинококкозини ташхислашнинг замонавий усуллари ва ўзига хос хусусиятлари

ЖЭ рецидивларини () ташхислаш кўпинча катта қийинчиликларни келтириб чиқаради ва бирламчи ҳолатдан фарқли ўлароқ, бир қатор ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб, улар асосан содир бўлган рецидивлар сони ва касалликнинг асоратлари билан боғлиқ [14, 86, 121, 123, 131]. Бу ўтказилган жарроҳлик амалиётлари, ўзига хос аломатларнинг камлиги, шунингдек, лаборатория ва инструментал маълумотларнинг етарлича таҳлил қилинмаганлиги билан боғлиқ [13, 80, 81, 108]. Кўпинча беморлар паразитар киста сезиларли ўлчамларга етганда ёки унинг асоратлари пайдо бўлганда тиббий ёрдамга мурожаат қилишади.

Рецидив (қайталаниш) ҳолатида, ҳатто битта киста аниқланганда ҳам, кўп тармоқли шифохона шароитида лаборатория ва инструментал текширув усулларида фойдаланган ҳолда беморни тўлиқ текшириш талаб этилади, чунки бир вақтнинг ўзида бир нечта аъзонинг зарарланиши эҳтимоли мавжуд [3, 5, 52, 58, 72, 79].

Диагностик қийинчиликлар, айниқса касалликнинг дастлабки босқичларида, бирламчи эхинококкозда самарали бўлган текширувлар рецидивларда кам натижа бериши билан изоҳланади [58, 61, 81, 115, 121, 123, 124, 147, 151, 163].

Эхинококкознинг қайталанган шаклларида лаборатория текширув усуллари носпецифик бўлиб, фақат ёрдамчи

маълумотларни олиш имконини беради. Билвосита белгилардан бири эозинофилия ҳисобланади ва у эхинококкоз билан касалланган беморларнинг 18-28 фоизида аниқланади [86, 123, 130, 134]. Бироқ, эозинофилия ЖЭнинг ишончли ва доимий белгиси эмас, эозинофиллар миқдорининг ошиши бошқа гижжа касалликларида ҳам кузатилади, айниқса нобуд бўлган ЭКда эозинофилия умуман бўлмаслиги мумкин. Асоратланган шаклларда ЭЧТ кўтарилиши кузатилиши мумкин [65, 86, 79, 138, 162, 185].

60 йил давомида қўлланилган Кацони реакцияси (КР) бугунги кунда анафилактик реакцияларнинг ривожланиш хавфи ва паст спецификлик туфайли қўлланилмайди [20, 81, 85, 121, 138, 130].

Кўпгина муаллифлар эхинококк паразити (ЭП) да иммунитетнинг ўзига хос қисмидаги бузилишлар ва унинг қайталаниши сабабларини аниқлаш мақсадида носпецифик иммунологик ҳимоя кўрсаткичлари ҳамда серологик усулларни - билвосита гемагглютинация реакцияси (БГАР) ва иммунофермент таҳлилини (ИФТ) тадқиқ этишган [1, 3, 16, 22, 55, 59, 61, 72, 121]. Адабиёт маълумотлари ишончли тарзда кўрсатадики, турли хил серологик реакциялар орасида кенг қўлланилган латекс-агглютинация реакцияси (ЛАР) эхинококкозни аниқлашда энг самарали ва ўзига хос дифференциал-диагностик тест сифатида ўзини оқлаган [50, 58, 69, 80]. Бир нечта усулни биргаликда қўллаш эхинококк касаллигини ташхислаш самарадорлигини 98% гача оширади [69, 72, 80, 81, 121].

Кўпчилик тадқиқотчилар таъкидлашича, паразитар касалликларда, айниқса эхинококк касаллигида ҳужайра ва гуморал иммунитетнинг бир қатор бузилишлари юзага келади ва ривожланади [3, 17, 46, 56, 81, 85, 91, 127].

Умаров Ш.Р. (2009) фикрича, юқумли асоратлар хавфи беморларнинг операциядан олдинги иммунитет ҳолатининг дастлабки бузилиши ва жарроҳлик амалиётидан кейин унинг янада сусайиши билан боғлиқ, чунки барча муаллифлар ЖЭ билан оғриган беморларда иммунитет танқислиги мавжудлиги ҳақида бир фикрда [127]. Кўпчилик муаллифлар операциядан олдинги ва кейинги йирингли асоратларнинг келиб чиқишида мавжуд иммунитет танқислиги муҳим аҳамиятга эга, деб ҳисоблайдилар. Шу сабабли, айрим муаллифлар иммуностимуляторларни

қўллашни, операциядан олдин ва кейин лазер терапиясини ўтказишни, иммунитет бузилишларини меъёрлаштирувчи оксил ва электролит бузилишларини бартараф этишни тавсия этадилар [4, 45, 58, 59, 61, 64, 127].

Келтирилган маълумотлар таҳлили шуни кўрсатадики, киста олиб ташлангандан сўнг антитана титрлари кўп йиллар давомида сақланиб қолиши мумкин бўлсада, эхинококкозда серологик реакциялар муайян диагностик аҳамиятга эга.

Инструментал текширув усуллари орасида энг кенг тарқалгани ультратовуш диагностикаси (УТТ) ва қорин бўшлиғининг мултиспирал компьютер томографияси (МСКТ) ҳисобланади.

Ушбу усуллар эхинококкозни паразитар кисталар кичик ўлчамларга (10-30 мм атрофида) эга бўлган босқичда 98% гача аниқлик билан ташхислаш имконини беради. Бу эса аъзо сақловчи (миниинвазив) жарроҳлик амалиётларини кўпроқ бажариш имкониятини яратади [72, 85, 116, 121, 136, 175]. Турли тадқиқотлар натижаларига кўра, эхинококкозни аниқлашда ультратовуш диагностика усулининг сезгирлиги 88-98% ни, ўзига хослиги эса 95-100% ни ташкил этади [17, 26, 58, 69, 72, 114, 134, 136, 165].

КТ ва МРТ ультратовуш текширувига нисбатан юқори сезувчанлик, тасвирнинг кенг қамровлилиги, айрим жойлашувларда эса аниқ топик ва қиёсий ташхис қўйиш хусусиятлари билан ажралиб туради. КТ ва МРТ ёрдамида диаметри 0,5 см гача бўлган кисталарни аниқлаш, эхинококкознинг кичик ёки нобуд бўлган "сохта қаттиқ" шакллариини ўсмалардан самарали фарқлаш мумкин. Адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра, эхинококкозда КТ/МРТ ташхисининг умумий аниқлиги 95% дан юқори [16, 17, 26, 56, 58, 61, 116, 161, 185, 193].

Жигар эхинококкозининг қайта юзага келган шакллари бўйича операция вақтида жигар юзасининг шакл ўзгариши ва чандиқланиши, қорин бўшлиғида битишма жараёнининг кучлилиги туфайли кисталарни аниқлаш қийинлашади. Ультратовуш текширувининг самарадорлигини ошириш учун операция пайтида ўтказиладиган ультратовуш текшируви усули таклиф этилган бўлиб, бу мақсадли пункцион биопсияни ҳам

таъминлайди. Кичик (40 мм гача) диаметрли кўплаб кисталарда операция пайтидаги ультратовуш текшируви жарроҳлик амалиётининг тўлиқлигини назорат қилиш воситаси сифатида хизмат қилади [94, 95, 97, 99, 121, 131].

Рентгенологик диагностика усули ёрдамчи ҳисобланиб, асосан, асорат берган жигар эхинококкозининг билвосита белгиларини кўрсатиши мумкин. Фақат 8-20% ҳоллардагина тўғридан-тўғри зарарланиш белгиси - киста фиброз қобиғининг оҳакланиш жойлари мавжудлиги аниқланади [56, 58, 72, 81, 136].

1.4-§. Қайталанган жигар эхинококкозини профилактикаси усуллари ва воситалари

Юқорида айтиб ўтилганидек, касалликнинг қайталанишида эхинококкнинг эмбрионал элементлари, протосколексли ўсиш капсулалари, паразит ларвотсисталарининг герминатив қобик парчалари ва майда ларвотсисталар асосий роль ўйнайди. ЭКга антипаразитар ишлов бериш кераклиги узок вақтдан бери маълум. Жарроҳлик даволашнинг муваффақияти ва операциядан кейинги қайталанишларнинг олдини олиш кўп жиҳатдан қолдиқ бўшлиқларни (ҚБ) операция вақтида ишончли антипаразитар ишлов беришга боғлиқ [4, 6, 13, 21, 33, 61, 87, 117, 208]. Бунда тажриба тадқиқотлари орқали объектив равишда исботланганки, эхинококкнинг эмбрионал элементлари ташқи таъсирларга жуда чидамли бўлиб, ҳатто 3-5% ли формалин эритмасида икки соатлик ишловдан кейин ҳам ўз ҳаётий қобилятини сақлаб қолади [5, 14, 23, 71, 137, 208].

Жигар ЭЭдан кейин ҚБни даволаш бўйича адабиёт маълумотларини баҳолаш усулларнинг турличалиги ва уларнинг самарадорлигининг объектив мезонлари йўқлиги сабабли қийинчилик туғдиради [118, 122, 124, 138, 194].

Анъанавий антипаразитар препаратлардан фойдаланиш узок вақтдан бери давом этмоқда: формалиннинг 2-5% ли эритмаси, хлоргексидиннинг 0,5-1,0% ли спиртли эритмаси, 3% ли водород пероксиди ва фурациллиннинг иссиқ (60-70°) эритмаси [3, 21, 46, 54, 61, 167]. Адабиётларда, шунингдек, фебендазол, бетадин, калий перманганат эритмаси, ёднинг натрий тиосульфат билан эритмаси, албендазолнинг 2% ли эритмаси, саримсоқпиез суюқ

экстракти, ҳамда глицерин, 3% ли формалин, 5% ли ёд настойкаси ва 30% ли натрий тиосульфат эритмасининг комплекс қўлланилиши ва 0,05% ли УРЕ-султан эритмаси ҳақида маълумотлар келтирилган. УРЕ-султан эритмаси киста ва ҚБ бўшлиғидаги протосколекслар ва атсефалотсистларни 5 дақиқа давомида зарарсизлантиришни таъминлайди [4, 43, 54, 72, 117, 118, 126].

Бироқ, ушбу воситаларни қўллаш тажрибаси бир қатор камчиликларни аниқлади. Буларга уларнинг киста бўшлиғида узоқ муддатли таъсир қилиши зарурати киради, бу эса уларнинг концентрациясининг пасайишига олиб келади. Натижада операцияларнинг паразитга қарши таъсири камаяди, самарадорлиги пасаяди, заҳарлилик, қорин пардасининг таъсирланиши, аллергия реакциялар ва бошқа салбий оқибатлар кузатилади [22, 25].

Спирт (70-96%), кумуш нитрат эритмаси (0,5 ёки 5%), сетримид эритмаси (0,1 ёки 0,5%) ва 1% ёдфиксонал эритмасининг жиддий камчиликларига жигар учун заҳарли ва маҳаллий тўқималарни шикастловчи таъсир киради [42, 141].

Операциядан кейинги асоратлар ва касаллик қайталанишининг олдини олишда плазма технологияларини қўллаш қизиқарли ҳисобланади. Плазма скальпели қон ивитиш ва қон тўхтатишдан ташқари, яққол регенерация қилувчи, иммунитетни кучайтирувчи ва "буғлантирувчи" таъсирга эга [58, 61, 121]. Бироқ, юқори технологияли ускуналар (паст частотали ультратовуш кавитацияси, плазма коагуляцияси ва бошқалар) қўлланиладиган усулларни қимматлиги ёки ускуналар йўқлиги сабабли шаҳар шифохоналарида, айниқса туман марказий касалхоналарида қўллаб бўлмайди.

С.Г. Штофин ва ҳамкасблар (2015) дағал морфологик ва чандиқли ўзгаришларнинг олдини олиш учун жигар эхинэктомиясидан кейин очиқ юзани майда донатор титан никелиди билан ишлов беришни таклиф қилганлар. Бу усул тешикларнинг грануляцион тўқима билан ўсишига ва унинг тез битишига олиб келган [139].

Я.П. Киртанасов ва ҳамкасблар (2015) таъкидлашича, натрий гипохлорит сувли эритмасининг таъсирида протосколекслар ва эхинококк кисталарининг қобиклари тўлиқ эрийди [71].

Ўтказилган фундаментал экспериментал ва клиник тадқиқотлар шуни исботладики, гермицидлар орасида Э.granulosis га ҳалокатли таъсир кўрсатишда фақат 80-100% ли глицерин сувли эритмаси ва 30% ли натрий хлорид эритмаси самарали ҳисобланади. Ушбу гермитсидлар нафақат ташқи таъсирга ўта сезгир бўлган ва шу сабабли тез нобуд бўладиган протосколексларга, балки кўпинча касалликнинг қайталанишига сабаб бўладиган атсефалотсистларга ҳам ҳалокатли таъсир кўрсатади [4, 62, 81, 92, 104, 138].

Бироқ, Т.С. Комилов (2009) ўз тадқиқотларида таъкидлашича, кекса беморларда жигар эхинококкэктомиясида операцион майдонни 80-100% глицерин билан ишлов бериш жигар учун захарли таъсир кўрсатади ва жигар етишмовчилиги, эхинококкэктомиянинг ўзига хос асоратлари ҳамда бошқа операциядан кейинги асоратлар ривожланиш хавфини юқори даражага олиб келади, уларнинг частотаси сезиларли даражада ошади (40,8% гача). Муаллиф маълумотларига кўра, операцион майдонни албендазол эритмаси билан ишлов берилганда, операциядан кейинги асоратлар ва касалликнинг қайталаниш даражаси сезиларли камаяди [71].

1970 йилларнинг бошларида Heath ва Chevis аввал лабораторияда, сўнгра хайвонларда ўтказилган тадқиқотлар асосида мебендазолнинг гидатид эхинококк личинкасига жуда самарали таъсир кўрсатишини аниқладилар (Lacey E. 1990). Кейинчалик, кенг таъсир доирасига эга антигельминтлар ҳисобланган бензимидазол карбаматлар гуруҳидаги бошқа дори воситалари ҳам синовдан ўтказилди [15, 47, 73, 86, 110, 113, 117, 130, 154, 156, 158, 160, 200, 203], [15, 16, 47, 86, 166, 167, 178, 183, 202, 205].

Бензимидазол карбаматлари орасида албендазол энг яхши фармакокинетик хусусиятларга эга [73, 86, 110, 138, 154, 166]. Оғиз орқали 400 мг албендазол қабул қилингандан сўнг, унинг қон плазмасидаги энг юқори концентрацияси 2 мг/мл га етади, бу эса мебендазол концентрациясидан 10-50 баравар юқори [86, 135, 156, 166].

Касалликнинг қайталанишини олдини олиш учун албендазол билан кимётерапия ўтказиш тартиби кўпчилик тадқиқотчилар томонидан қуйидагича белгиланган: операциядан 2-4 ҳафта олдин

бошлаш, 15 кунлик танаффус билан 4 курс давом эттириш, тери орқали аспирация ёки дренажлашдан сўнг 3-4 ой давомида қўллаш [28, 84, 103, 113].

П.С. Харнас (2008) кимётерапияни жарроҳлик даволашдан кейин 1 ойдан кечиктирмай, ишлаб чиқарувчи фирма тавсиясига кўра ўтказди: кунига 10 мг/кг миқдорида 21-28 кун давомида, курслар орасида икки ҳафталик танаффус билан [130].

Бугунги кунда ЖССТ тавсияларига кўра, иккиламчи эхинококкознинг олдини олиш ва касаллик қайта юзага чиқиш хавфини камайтириш мақсадида, эхинококк паразити билан оғриган барча беморларга паразитларга қарши кимётерапия тайинланмоқда [142, 187].

Шундай қилиб, самарали гермицидларни қўллаш, жарроҳлик амалиёти пайтида апаразитарлик қоидаларига риоя қилиш ва замонавий асбоб-ускуналардан фойдаланиш касалликнинг қайта юзага чиқиш эҳтимолини тўлиқ бартараф эта олмайди. Даволаш натижаларига операциядан кейинги гельминтларга қарши терапия катта таъсир кўрсатади. Бу терапия, шунингдек, замонавий ташхис усуллари билан ҳали аниқлаб бўлмайдиган майда ўлчамдаги эхинококк қолдиқлари билан курашиш учун ҳам зарурдир.

1.5-§. Қайталанган жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари ва жарроҳлик кириш йўллари

Қайталанган жигар эхинококкоз учун аъзолар ва тизимларнинг оғир морфофункционал бузилишлари, касалликнинг зўрайиб бориши, органларни текширишни қийинлаштирадиган чандиқли жараёнлар ҳосилдир. Шу сабабли, такрорий жарроҳлик амалиётлари беморларнинг соғлиғи ва ҳаётига шубҳасиз хавф туғдиради [21, 32, 35, 48, 81, 115, 150].

Эхинококкозда жарроҳлик амалиётининг вазифалари қуйидагилардан иборат: паразитар кистани тўлиқ олиб ташлаш, қолдиқ бўшлиқни даволаш, йўқотиш ёки ҳажмини камайтириш. Эхинококк касаллигида бу вазифаларни бажариш эхинококк кисталарининг ўлчамлари, жойлашуви, сони, уларнинг ривожланиш босқичи ва асоратлар мавжудлигига боғлиқ [1, 3, 4, 15, 16, 24, 31, 32, 37, 61, 106, 126].

Жигарнинг асоратланган эхинококкозида жарроҳлик амалиётларини шартли равишда бир неча босқичларга бўлиш мумкин: биринчи босқич - паразитар кистаси бор жигарга кириш йўли, иккинчиси - пункция, киста ичидагини очиш ва чиқариб ташлаш, учинчи босқич - бўшлиқ деворларига ишлов бериш, тўртинчиси - паразитар бўшлиқни йўқотиш ва уни дренажлаш.

Ҳозирги кунда эхинококкозни даволашда турли хил усуллар таклиф этилган бўлиб, жарроҳларнинг операция давомидаги ҳаракатларини ягона тарзда тушуниш учун уларни таснифлаш зарур [61, 98]. 2000 йилда А.З. Вафин томонидан таклиф этилган жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллариининг сўнгги таснифи жарроҳлар томонидан ижобий баҳоланмади.

Бугунги кунда Ф.Г. Назиров (2005) томонидан таклиф этилган жарроҳлик амалиётлари таснифи энг мақбул ҳисобланади ва у куйидагича кўринишга эга [98]:

Эхинококк кистасига кириш усули бўйича:

- анъанавий лапаротомия;
- пунксион-аспирацион усул;
- лапароскопик усул;
- минилапаротомия.

Фиброз капсулага муносабат бўйича:

- жигар резектсияси (анатомик; ноанатомик; шу жумладан чекка қисми);
- перикистектомия (тўлиқ; субтотал; қисман);
- фиброз капсулани олиб ташламасдан эхинококкэктомия;
- идеал эхинококкэктомия (фиброз капсулани очиб ёки очмасдан);.

Киста деворларига антипаразитар ишлов бериш усуллари бўйича:

- кимёвий моддалар билан зарарсизлантириш;
- физикавий усуллар билан зарарсизлантириш;
- лазер коагуляцияси;
- плазма коагуляцияси;
- ультратовуш кавитацияси;
- криотерапия;
- юқори ҳарорат таъсири.

Киста бўшлиғини йўқ қилиш усули бўйича:

- ёпиқ эхиноккокектомия (капитонаж; киста четларини ичкарига буриш; эркин деворни киста тубига тикиш);
- ярим ёпиқ эхиноккокэктомия (оддий ёки тўлиқ дренажлаш билан);
- очик эхиноккокэктомия (ташқарига дренажлаш; марсупиализация);
- операцион майдонни абдоминализация қилиш (оментогепатопексия билан ёки усиз);
- бўшлиқни чарви билан тўлдириш;
- кисто-кистодигестив анастомоз.

Қайталанган жигар эхинококкоз учун хос бўлган кучли битишма жараёнлари, жигарнинг оғир морфофункционал бузилишлари ва иммунитет тизимидаги ўзгаришлар бир қатор мураккабликларни келтириб чиқаради. Шу сабабли, бу тоифадаги беморларни бошқариш ва жарроҳлик йўли билан даволашда комплекс чора-тадбирлар талаб этилади.

Қайталанган жигар эхинококкозида жарроҳлик аралашувларини муваффақиятли бажаришнинг асосий шартларидан бири - энг кам шикастланиш ва максимал қулайликни таъминлайдиган оптимал жарроҳлик ёндашувини танлашдир [3, 35, 40, 51, 58, 81, 86, 95, 115, 137].

Жигар эхинококкозида кўплаб жарроҳлик усуллари таклиф этилган: трансабдоминал, трансплеврал, комбинацияланган ва ташқи. Кенг тарқалган трансабдоминал кесмалар қийшиқ, ёйсимон, ўрта чизик бўйлаб, тўғри мушак орқали ва тўғри мушак ёнидан ўтказилади. Юқори ўрта лапаротомия кўпроқ жигарнинг чап қисми зарарланганда қўлланилади [3, 22, 52, 61, 63, 81, 164]. Баъзи жарроҳлар кўндаланг лапаротомияни афзал кўрадилар. Трансплеврал кириш йўлларида олдинги-ён, орқа-ён ва ён торакотомия мақсадга мувофиқдир. Жигарга аралаш усуллар билан кириш йўллари торакоабдоминал, абдомино-торакал ва абдомино-стерно-медиастинал бўлиши мумкин. Жигарнинг олд ва олд-пастки юзаларида жойлашган кисталарда қатъий кўрсатмаларга кўра минилапаротомия қўлланилиши мумкин [105, 112].

Диафрагма остида жойлашганда - торакал ёки торакоабдоминал кириш йўли қўлланилади [3, 16, 148].

Б.У. Собиров ва З.Б. Курбаниёзов (2002) эхинококкоз кистаси VI, VII, VIII сегментларда ва диафрагма остида жойлашган ҳолларда, Сигал кенгайтиргичидан фойдаланган ҳолда юқори ўрта лапаротомияни тавсия этадилар. Бу усул жигарнинг барча сегментларига етарли даражада кириш имконини беради.

Г.Й. Юлдашев (2006) симултан операцияларни бажаришда ўрта лапаротомияни, жигар эхинококкозининг асоратланган шаклларида эса ўнг қовурға ости қийшиқ кесимини таклиф қилади. Эхинококкоз кистаси орқа қисмларда ва жигар гумбази соҳасида жойлашганда ўнг томонлама трансторакал, трансдиафрагмал кириш йўллари қўлланилади [3, 16, 148].

Жигар эхинококкозида жарроҳлик аралашувлари шартли равишда паллиатив ва радикал турларга бўлинади [22, 38, 55, 70, 134, 157, 159]. Баъзи муаллифлар жигар резекцияси ва перитсистектомияга устунлик бериб, янада радикал ёндашувни тавсия этадилар. Улар жарроҳлик даволашнинг консерватив усуллари (ташқи дренажлаш, марсупиализатсия, оментопластика) касалликнинг қайта юзага келишига олиб келади ва бундай ҳоллар 25,0 - 30,4% гача етиши мумкин деб ҳисоблашади [75, 93, 134, 137]. Бундан ташқари, жаҳон тажрибаси шуни кўрсатадики, радикал ҳажмдаги операциялар фиброз пардани олиб ташламасдан эхинококкэктомия ўтказиш билан солиштирганда операциядан кейинги асоратлар частотасини сезиларли даражада камайтиради [144, 145, 148, 154, 202].

Бироқ, қайталанган жигар эхинококкози бўйича радикал операциялар, одатда, битишма ва яллиғланиш жараёнларининг мураккаб шароитларида, ўзгарган анатомия фонида, кўпинча беморнинг аҳволини оғирлаштирувчи йирингли-септик асоратлар мавжуд бўлганда амалга оширилади. Бу қонуний равишда операция вақтидаги қон йўқотишнинг кўпайишига олиб келади [169, 177, 197]. Бундай ҳолларда қон кетиши паренхиматоз характерга эга бўлиб, жигар тўқимасининг мўртлиги ва унда кўп миқдорда юпқа деворли артерия ҳамда веналарнинг мавжудлиги билан боғлиқ [61, 93, 114, 116].

"Радикал" операцияларнинг мураккаблиги ва хавфини бошқа операция турларидан кейин эхинококкознинг қайта юзага чиқиш эҳтимоли, мураккаблиги ва хавфи билан таққослаганда, кўпчилик жарроҳлар нима учун эхинококкозда жигар резекцияси ва

перицистектомияга кўрсатмаларни кенгайтиришни қўлламаслиги ва асосан аъзо сақловчи усуллардан фойдаланиши, жарроҳлик даволашни криодеструксия, плазма коагуляцияси ва бошқа физик таъсир усуллари билан тўлдириши тушунарлироқ бўлади [1, 54, 56, 61, 70, 75, 123, 131].

Кўпинча, такрорий эхинококкозда жарроҳлик аралашувлари бир нечта кисталарга комбинацияланган усулларни қўллаган ҳолда ўтказилади. Бунда қорин бўшлиғига киришни ва тўлиқ текширувни қийинлаштирадиган кўплаб битишмалар алоҳида муаммо туғдиради [6, 14, 15, 32, 35, 48, 81, 86]. Россия ва МДХ мамлакатларида лапароскопик операциялар, шу жумладан фиброз капсулани олиб ташлаш билан радикал операциялар, 90 йиллардан бошлаб қўлланила бошланди [54, 67, 83].

Кўпчилик жарроҳлар фиброз капсулани сақлаб қолган ҳолда операция қилишни маъқул кўришади [78, 188], қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш учун эса оментопластика ёки кистани абдоминизатсия қилиш амалга оширилади. Баъзи муаллифлар лапароскопик аралашувларни жигарнинг III, IV, V ва II, VI сегментларида жойлашган 5-7 см дан ошмаган кисталарда қўллайдилар. Бу усул жигарнинг VII, VIII сегментларидаги 7-9 см дан катта кисталарда, илгари қорин бўшлиғида ўтказилган операцияларда ва асоратланган эхинококкозда қўлланилмайди [103, 141, 195].

Khoury G. ва бошқалар (2000), С.И. Емелянов ва ҳаммуаллиф. (2000) эхинококк паразитининг тарқалиш хавфи туфайли ЖЭни лапароскопик даволаш усуллари ўта хавфли деб ҳисоблайдилар [54, 180].

Жигарнинг ёрдамчи лапароскопик эхинококкэтомия (ЭЭ) усули эътиборга молик [67]. Бунда умумий лапароскопия пайтида жигар текширилади ва аниқланган киста проекциясида анъанавий ЭЭ учун 6 см узунликдаги лапаротомия кесими амалга оширилади. Муаллифлар фикрича, ушбу усул "соф" лапароскопик ЭЭга нисбатан паразитнинг тарқалишини ишончлироқ олдини олади. Анъанавий жарроҳлик амалиёти билан таққослаганда, жарроҳлик шикастланиши сезиларли даражада камаяди ва беморларнинг даволаш муассасасида бўлиш муддати қисқаради.

Касалликнинг қайталаниш даражаси юқори бўлгани сабабли, лапароскопик систперитсистектомия ва пункцион-дренажлаш

каби каминвазив даволаш усуллари оммалаштиришга эҳтиёткорлик билан ёндашиш лозим. Бунда асосий чекловчи омиллар ЭКнинг жойлашуви, ўлчами ва она кистаси ичида қиз пуфакчаларнинг мавжудлиги ҳисобланади [30, 54, 74].

Эхинококкоз жарроҳлигининг замонавий ривожланишида минимал травматик аралашув усулларида фойдаланишга интилиш кузатилмоқда. Буларга тери орқали пункциялар ва ультратовуш назорати остида ЭКни дренажлаш киради [54, 67, 83, 90, 100, 107, 111, 113, 125, 129, 140, 144, 145, 152, 159].

1985 йилда Ҳ. Meiller томонидан Seldinger усули бўйича рентген назорати остида ретсидивли жигар ЭКни биринчи марта тери орқали муваффақиятли дренажлаш амалга оширилди.

Пункцион-аспирацион усул, хорижий адабиётларда PAIR (puncture, aspiration, injection, reaspiration) атамаси билан юритилади ва 1986 йилда Тунис шифокорлари гуруҳи томонидан кенг қўллаш учун таклиф этилган [29, 189]. Ультратовуш назорати остида ўпка паренхимасини кам инвазив пункцион-дренажли даволашга қизиқиш бежиз эмас. Бу усул нисбатан содда, беморлар томонидан яхши қабул қилинади, умумий оғриқсизлантиришни талаб қилмайди, камроқ иқтисодий харажатлар билан яхши натижаларга эришиш имконини беради ва кўп ҳолларда такрорий жарроҳлик аралашувлардан қочиш имконини яратади. Бир гуруҳ олимлар томонидан усулнинг самарадорлигига ҳаққоний баҳо берилган, салбий томонлари кўрсатилган, ҳамда пункцион усулни қўллашга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар аниқ белгиланган [19, 39, 100, 101, 176].

Сўнгги пайтларда кўплаб тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра, тери орқали пункцион даволаш усуллари албатта дори воситалари билан антипаразитар терапия билан биргаликда қўллаш тавсия этилмоқда. Пункцион даволаниши лозим бўлган жигар эхинококк кисталарининг мезонлари турлича. Шу сабабли, кисталарни тери орқали пункция қилишга кўрсатмаларни турли муаллифлар ҳар хил белгилайдилар [82, 76, 113]. Бунда Вафин А.З. ва ҳаммуаллиф., (2015) фикрича, пункцион (PAIR) ва пункцион-дренаж (PEVAC) усуллари аралашувларнинг паразитарсизлигини ва пункция қилинган ёки дренажланган бўшлиқда антипаразитар муолажаларнинг самарадорлигини кафолатлай олмайди [36].

Ф.Г. Назиров ва ҳаммуаллиф., (2015) таъкидлашчи, фиброз капсула ва хитин қобиқнинг ҳар қандай бузилиши эхинококк кистаси таркибининг анатомик соҳаларга тарқалиш эҳтимоли билан оқиб чиқиши хавфини туғдиради. Шу боис, пункцион усуллар 2001 йилда ЖССТ томонидан тавсия этилган пункцион-дренажловчи аралашувларга қатъий амал қилган ҳолда бажарилиши керак [100, 101].

С.А. Дадвани ва ҳаммуаллиф. (1998) 35 мм гача бўлган кисталарда пункцион даволаш тактикасига амал қилишса, 35 мм дан катта кисталарда эса пункция, хитин қобиғини олиб ташлаш ва дренажлашни таклиф этадилар.

О. Кемал ва бошқ., (2000) киста ўлчамлари 6 см гача бўлганда пункцион даволашни, 6 см дан катта бўлганда эса "pigtail" типигаги катетер билан кистани дренажлашни амалга оширадилар [173]. Тери орқали аралашувлардан фарқли ўлароқ, М.З. Нестеров (2005) ультратовуш назорати остида кичик кисталарни операция вақтида капсула орқали пункцион даволашни қўллаган [104].

Таъкидлаш жоизки, тери орқали аралашувлар операция пайтида ва ундан кейинги даврда асоратлар ривожланиши билан боғлиқ. Даволашнинг пункцион усулини қўллашда қон кетиши, бошқа аъзоларнинг механик шикастланиши энг кўп учрайдиган асоратлар ҳисобланади, улар айрим ҳолларда бронхоспазм ва анафилактик шок (12% гача) билан кечиши мумкин [182, 190, 193, 199].

1.6-§. Эхинококкозда такрорий операциялардан кейинги қолдиқ бўшлиқ ва асоратларни бартараф этиш масалалари

Эхинококкоз билан оғриган беморларнинг ногиронлигига нафақат касалликнинг қайталаниши, балки паразитар киста олиб ташлангандан сўнг қолдиқ бўшлиқ мавжудлиги билан боғлиқ бошқа жиддий асоратлар (йиринглаш, қон кетиш, ташқи ўт ва йирингли оқмалар ҳосил бўлиши, йирингли ва чок оқмалари) ҳам сабаб бўлади [2, 7, 31, 34, 46, 89, 99, 126, 127, 130, 132].

Шундай қилиб, эхинококкэктомиядан кейин жарроҳ олдида эхинококкоз жарроҳлигида долзарб муаммо бўлган қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш масаласи кўндаланг туради. Ушбу

мақсадда кўплаб усуллар таклиф этилган бўлиб, улардан энг кенг тарқалгани Delbet-Provenzale бўйича бурама чоклар, чарви ёғидан фойдаланган ёки фойдаланмаган ҳолда инвагинатсион чоклардир. Эхинококкэктомиядан кейин қолдиқ бўшлиқни йўқ қилиш учун таклиф қилинган усулларнинг кўплигига қарамай, қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши 20% га етади, бу эса қўлланиладиган операцияларнинг барча турлари ҳали мукамалликдан йироқ эканлигини ва замонавий талабларга жавоб бермаслигини кўрсатади [18, 57, 59, 82, 106, 119, 120, 128].

М. Ю. Гилевич ва ҳаммуал., (1990) эхинококкоз билан оғриган 3 минг нафар беморни жарроҳлик йўли билан даволаш тажрибасига асосланиб, қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш операциянинг энг масъулиятли ва мураккаб босқичи бўлиб, гидатиданинг ҳаёт фаолияти даври, унинг ўлчами ва аъзода жойлашиш хусусиятларига боғлиқ деган хулосага келишган [41].

Ф.Г. Назиров ва ҳаммуал., (2005) қолдиқ бўшлиқни капитонаж қилиш ва дренажлашни самарали деб ҳисоблайдилар. Dziri С. ва ҳаммуал., (2004) маълумотларига кўра, Уткан Н.З. ва ҳаммуал. (2001), шунингдек, Reza Mousavi ва ҳаммуал., (2005) паллиатив операцияларда оментопластикани қўллаш ташқи дренажлашга қараганда асоратлар сонининг сезиларли даражада камайишига олиб келади, қолдиқ бўшлиқнинг яхши тўлдирилишига эришилади ва жароҳат юзасининг битиши яхшиланади [3, 18, 22, 128, 162, 204].

Д.Г. Саидхўжаева ва ҳаммуаллифлар (2005) қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш учун жигарнинг глиссон капсуласига маҳкамлаб, ағдарилувчи чоклар қўйишни таклиф қилади [119]. Ф.А. Илҳомов эса қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш учун юқори деворни тешиб ўтказилган П-симон кетгут чокларини киста бўшлиғидан ташқарида тугунлаб боғлашни таклиф этади [61].

Эхинококк кистаси йиринглаган ёки катта ўлчамли бўлганда, айрим муаллифлар дренаж найчасини қолдириб қисман тикишни, бошқалари эса оддий ташқи дренажлашни таклиф этадилар [31, 57, 78]. Масалан, А.В. Девятов ва ҳаммуаллифлар (2005) жигарда марказий жойлашган эхинококк кистасининг қолдиқ бўшлиғини абдоминализация ёки оддий ташқи дренажлаш усули билан бартараф этади. Қолдиқ бўшлиқни ёпишнинг турли усуллари

қиёсий таҳлил қилинганда, ташқи дренажлаш энг кам самарали эканлиги аниқланган [50, 72, 137].

XX асрда маълум бўлган жигар қолдиқ бўшлиғини бартараф этишнинг елимли усуллари (капитонаж-елимли, оменто-елимли) ёт жисмни рад этиш реакцияси ва операциядан кейинги биринчи кунни елим бирикмасининг герметиклиги бузилиши туфайли қўлланилмайди.

Адабиётларда, шунингдек, шаклланган қолдиқ бўшлиққа операциядан кейинги даврда лазер нури билан ишлов бериш усуллариининг тавсифлари ҳам мавжуд [58, 59, 61].

Цистобилиар оқма мавжуд бўлганда вазият янада мураккаблашади, бу ҳолат 6-23% ҳолларда кузатилади [37, 50, 78]. Қолдиқ бўшлиққа ишлов бериш усули ҳар қандай бўлиши мумкин, аммо киста жойлашган соҳага одатда қорин бўшлиғига дренаж қўйилади, чунки барча оқмалар тикилганига тўлиқ ишонч ҳосил қилиб бўлмайди. Операциядан кейин оқмалар ех васуо механизми бўйича очилиши мумкин. Кўпгина кузатувларда бир неча кундан бир неча ҳафтагача дренажлаш ўт перитонитининг олдини олишга имкон беради ва оқманинг ёпилишига олиб келади [55, 65, 72].

Р.П. Аскерхонов (1984) қолдиқ бўшлиқ томонидан асоратларни олдини олиш мақсадида уни оёқчали катта чарви билан тампонада қилишни таклиф этган.

Бундай операция, чарви некрози ва секвестерланиш хавфига қарамай, мамлакатимизда ва чет элларда кенг қўлланилмоқда [3, 18, 128, 163, 198].

Бошқа муаллифларнинг маълумотларига кўра, фиброз капсула четларини қолдиқ бўшлиғига кетма-кет ташқаридан ичкарига бир неча қатор чок билан инвагинация қилиш усули хавфсизроқ ва самаралироқ ҳисобланади [46, 65, 99, 137].

Жигарнинг оҳакланиб қолган эхинококк кисталарида қолдиқ бўшлиғини бартараф этиш усули ҳозирги кунгача ҳал этилмаган масала бўлиб қолмоқда. Бунинг сабаби шундаки, деворлари оҳакланиб, баъзан тошдай қаттиқ бўлиб қолган киста бўшлиғини анъанавий усуллар билан йўқ қилиш имконсиз. Одатдаги ташқи дренажлаш эса муқаррар равишда йиринглашга моил бўлган қолдиқ бўшлиқларнинг шаклланишига олиб келади.

Шундай қилиб, ҳозирги босқичда мавжуд адабиёт маълумотлари касалликнинг қайталаниши ва унинг келиб чиқиш сабаблари тўғрисида ягона фикр йўқлигини кўрсатмоқда.

Қайталанган жигар эхинококкози билан боғлиқ операцияларда кисталарнинг жойлашуви, ўлчами ва асоратлар хусусиятига қараб оптимал жарроҳлик йўли ҳақида маълумотлар мавжуд эмас.

Асосан, бирламчи эхинококкозни жарроҳлик йўли билан даволашнинг бориши ва тактикаси аллақачон маълум, аммо қорин бўшлиғида чандиқланиш жараёнлари билан кечадиган қайталанган жигар эхинококкозининг турли шакллари даволаш босқичлари ҳақидаги саволлар очиқлигича қолмоқда. Шунингдек, кистани даволаш усуллари ва қолдиқ бўшлиғини дренажлаш ёки бартараф этиш зарурати мунозарали бўлиб қолмоқда.

Жигар эхинококкэктомиясидан кейин қолдиқ бўшлиқлар шаклланишининг сабаблари ва механизмларининг хилма-хиллиги, уларнинг одатий жойлашуви ва ички тузилиши ҳақидаги қарама-қарши маълумотлар аъзони сақлаб қолувчи операцияларни афзал кўриш тенденцияси туфайли катта ва кўп сонли қолдиқ бўшлиқларни бартараф этишнинг оптимал усулини танлашни қийинлаштирмоқда.

Вазиятни ҳар томонлама баҳолаш натижасида, қайталанган эхинококкоз плевритни хирургик даволашнинг замонавий оптималлаштирилган усуллари ва алгоритмларини излаш зарурати пайдо бўлмоқда. Бунда илгари ўтказилган операцияларнинг ҳажми ва хусусияти, операциядан кейинги асоратлар, беморларнинг ёши, ҳамроҳ касалликларнинг ифодаланиши ҳамда қайталанган эхинококкознинг асоратлар оғирлиги инобатга олинishi лозим.

II БОБ.

ҚАЙТАЛАНГАН ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИНГ КЛИНИК, ДИАГНОСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИНГ ТАВСИФИ

2.1-§. Беморларнинг умумий тавсифи ва даволаш усуллари

Ўзбекистон Республикаси аҳолининг тиббий ёрдамга мурожаат қилиши асосида аниқланадиган эхинококкоз бўйича эндемик ҳудудлар қаторига киради. Бу кўрсаткич ҳар 100 минг аҳолига 5,82 ни ташкил этади, республикада эхинококкоз бўйича ўтказиладиган операциялар сони эса йилига 1-1,5 мингтага етади. Фарғона водийси ҳам республиканинг эндемик ўчоқларидан бири ҳисобланади. Водий аҳолисининг эхинококкоз билан касалланиш кўрсаткичи Республиканинг бошқа эндемик ҳудудлари кўрсаткичларидан фарқ қилмайди, бу ҳудудларда касалланиш сезиларли даражада ошганлиги қайд этилган [66, 67, 96, 99, 138].

АндДавТИ клиникасининг хирургия кафедраси негизидаги хирургия бўлими 2000-2014 йилларда турли жойлашувдаги эхинококкоз билан оғриган 1184 нафар беморни жарроҳлик йўли билан даволаш тажрибасига эга.

Ушбу иш 2001 йилдан 2014 йилгача бўлган даврда АндДавТИ хирургия, урология ва анестезиология-реаниматология кафедраси клиникаси негизида жигар эхинококкози рецидиви (ЖЭР) билан оғриган 148 нафар беморни текшириш ва жарроҳлик йўли билан даволаш таҳлилига асосланган. Улардан фақат 11 (7,5%) нафар бемор илгари бизнинг клиникамизда операция қилинган, қолган 137 (92,5%) нафар бемор эса дастлабки операцияни Фарғона водийсининг бошқа даволаш муассасаларида ўтказган.

Тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ беморлар 2 гуруҳга ажратилди.

Назорат гуруҳини 2000-2006 йилларда стандарт даволаш ва ташхислаш усуллари қўлланилган 77 (52,0%) бемор ташкил этди.

Асосий гуруҳга эса 2007 йилдан 2014 йилгача бўлган даврда жигар эхинококкози рецидивини даволашнинг такомиллаштирилган усуллари қўлланилган 71 (48,0%) нафар бемор киритилди.

Беморлар ЖССТ таснифига кўра жинси ва ёши бўйича тақсимланган (Киев, 1963). Бизнинг кузатувларимизда кекса ёшдаги ва узоқ умр кўрувчи беморлар учрамади. Таққосланган гуруҳларда аёллар биров кўпроқ эди (64,9% ва 52,1%). Назорат ва асосий гуруҳларда 19-44 ёшдаги беморлар сезиларли даражада кўп эди: мос равишда 60 (77,9%) ва 51 (71,8%). 45-59 ёшдаги беморлар улуши мос равишда 8 (10,4%) ва 15 (21,1%), кекса ёшдагилар эса - 9 (11,7%) ва 5 (7,1%) ни ташкил этди. Асосий қисмни меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахслар ташкил этди, бу эса муаммонинг ҳам тиббий, ҳам ижтимоий жиҳатдан муҳимлигини кўрсатиб берди (2.1-жадвал).

2.1-жадвал

Беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимооти

Гуруҳлар	Жинс	Ёш (йилларда)							
		19-44		45-59		60 ва ундан юқори		Жами	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Назорат (n=77)	Эркаклар	23	29,9	3	3,9	1	1,3	27	35,1
	Аёллар	37	48,0	5	6,5	8	10,4	50	64,9
	Жами	60	77,9	8	10,4	9	11,7	77	100
Асосий (n=71)	Эркаклар	27	38,0	6	8,5	1	1,4	34	47,9
	Аёллар	24	33,8	9	12,7	4	5,7	37	52,1
	Жами	51	71,8	15	21,1	5	7,1	71	100

Келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики, жинсга кўра касалланиш частотасини таҳлил қилганда, назорат гуруҳида аёллар (64,9%) эркакларга (35,1%) нисбатан кўпроқ касалланиши қайд этилган. Асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич мос равишда аёллар учун 52,1% ва эркаклар учун 47,9% ни ташкил этган.

Қишлоқ жойларида ЖЭ билан касалланиш даражаси юқорилигини ҳисобга олган ҳолда, биз яшаш жойига қараб қайталанувчи ЖЭ билан оғриган беморларни қиёсий жиҳатдан таҳлил қилдик (2.2-жадвал).

2.2-жадвал

Беморларнинг яшаш жойи бўйича тақсимланиши

Беморлар	Гуруҳлар			
	Назорат (n=77)		Асосий (n=71)	
	абс	%	абс	%
Қишлоқ	60	77,9	48	67,6
Шаҳар	17	22,1	23	32,4
Жами	77	100	71	100

Жадвалдан кўриниб турибдики, беморларнинг иккала гуруҳида ҳам шаҳар аҳолисига нисбатан қишлоқ аҳолиси кўпроқ учрайди. Хусусан, назорат гуруҳида қишлоқ аҳолиси орасида қайталанувчи эхинококкоз 77,9% ни, шаҳар аҳолиси орасида эса 22,1% ни ташкил этди. Асосий гуруҳда бу кўрсаткич мос равишда 67,6% ва 32,4% ни ташкил этди.

Жарроҳлик йўлини, операция усулини ва очик паразитлиқни бартараф этишни аниқлашда жигарнинг у ёки бу бўлаги ва қорин бўшлиғининг бошқа аъзоларидаги эхинококк кисталарининг сони, диаметри ва жойлашуви энг муҳим аҳамиятга эга.

Иккала гуруҳда ҳам жигарда якка рецидивли ЖЭнинг устунлиги кузатилди. Жигарни битта ЭК билан зарарланган беморлар назорат гуруҳида 50,6% ни (39 бемор), асосий гуруҳда эса 40,8% ни (29 бемор) ташкил этди. Жигарнинг кўп сонли рецидивли зарарланиши сифатида баҳоланган иккита ва ундан ортиқ ЭК назорат гуруҳида 49,4% ни (38 бемор), асосий гуруҳда эса 59,2% ни (71 бемор) ташкил этди. Шу билан бирга, миқдорий жиҳатдан назорат гуруҳида иккита ЭК билан оғриган беморлар сони кўпроқ эди - 19 та (24,7%), асосий гуруҳда эса тўртта ва ундан ортиқ ЭК билан оғриган беморлар сони устунлик қилди - 23 та (32,4%).

Жигар зарарланишининг клиник тавсифи, кисталарнинг жойлашуви, ўлчамлари ва сони 2.3-жадвалда келтирилган.

Рецидивланувчи зарарланишнинг жойлашуви ва хусусияти бўйича жигар ўнг бўлагининг эхинококк билан зарарланиши сезиларли даражада устунлик қилади. Хусусан, назорат гуруҳида ўнг томонлама рецидив эхинококк зарарланиши 64 (83,1%) беморда, асосий гуруҳда эса 57 (80,3%) беморда қайд этилган. Жигар чап бўлагининг изоляцияланган шикастланиши назорат гуруҳида 9,1% (7 бемор) ва асосий гуруҳда 9,9% (7 бемор) ҳолларда аниқланди.

Иккала гуруҳда ҳам жигарда якка рецидив ЭКнинг устунлиги кузатилди. Жигарда битта ЭК билан зарарланган беморлар назорат гуруҳида 50,6% ни (39 бемор), асосий гуруҳда эса 40,8% ни (29 бемор) ташкил этди. Жигарнинг кўп сонли рецидив зарарланиши деб баҳоланган иккита ва ундан ортиқ ЭК назорат гуруҳида 49,4% (38 бемор), асосий гуруҳда эса 59,2% (71 бемор) ни ташкил этди. Бунда, миқдорий жиҳатдан назорат гуруҳида иккита ЭК билан зарарланган беморлар сони - 19 та (24,7%) ни ташкил қилган бўлса, асосий гуруҳда тўртта ва ундан ортиқ ЭК билан оғриган беморлар сони 23 та (32,4%) эди.

2.3-жадвал

Қайталанган жигар эхинококкознинг тавсифи

Эхинококк кистасининг жойлашуви ва хусусияти	Назорат гуруҳи (n=77)		Асосий гуруҳ (n=71)	
	абс	%	абс	%
Кисталарнинг жигар бўлаклари бўйича жойлашуви				
Ўнг бўлак	64	83,1	57	80,3
Чап бўлак	7	9,1	7	9,9
Иккала бўлак	6	7,8	7	9,9
Эхинококк кисталари сони				
1 та киста	39	50,6	29	40,8
2 та киста	19	24,7	14	19,7
3 та киста	4	5,2	5	7,0
4 та ва ундан ортиқ киста	15	19,5	23	32,4
Эхинококк кисталарининг ўлчамлари				
5 см	25	32,5	24	33,8
10 см6-10 см	40	51,9	36	50,7
20 см11 см ва ундан катта	12	15,6	11	15,5
Бошқа аъзоларнинг қўшма зарарланиши				
Жигарнинг алоҳида зарарланиши	52	67,5	47	66,2
Бошқа аъзоларнинг қўшма зарарланиши	25	32,5	24	33,8
Асоратларнинг мавжудлиги				
Асоратсиз	51	66,2	43	60,6
Асоратли	26	33,8	28	39,4

Рецидив ЭК диаметри 5 смдан 20 смгача ўзгариб турди. Бунда беморларнинг энг кўп қисми иккала гуруҳда ҳам ЭК ўлчами 6-10 см оралиғида бўлган, яъни назорат гуруҳида 40 (51,9%) ва асосий гуруҳда 36 (50,7%) беморда кузатилди.

ЭК иккала текширилган гуруҳда ҳам кўпинча жигарда жойлашган. Бунда жигарнинг изолятсияланган рецидив зарарланиши назорат гуруҳидаги 52 (67,5%) беморда ва асосий гуруҳдаги 47 (66,2%) беморда аниқланди. Назорат гуруҳидаги 25 (32,5%) беморда ва асосий гуруҳдаги 24 (33,8%) беморда жигар билан бир қаторда қорин бўшлиғининг турли аъзоларида ҳам ЭК ташхиси қўйилди. Асоратли рецидив ЖЭ назорат гуруҳида 33,8% (26 бемор) ва асосий гуруҳда 39,4% (28 бемор) ҳолларда қайд этилди.

Жарроҳлик тактикасини танлаш ва даволаш натижалари касалликнинг қайталаниш сонига боғлиқ (2.4-жадвал).

2.4-жадвал

Такрорий жигар эхинококкози билан оғриган беморларнинг такрорийлик сони бўйича тақсимланиши

Гуруҳлар	Рецидивлар сони									
	биринчи		иккинчи		учинчи		тўртинчи		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Назорат (n=77)	59	76,6	14	18,2	4	5,2	0	0	77	100,0
Асосий (n=71)	48	67,6	14	19,7	7	9,9	2	2,8	71	100,0

Жадвалдан кўриниб турибдики, жигардан ЭЭ ўтказилганидан сўнг назорат гуруҳида касалликнинг биринчи рецидиви 59 та (76,6%) беморда, иккинчи рецидив 14 та (18,2%) беморда, учинчи рецидив эса атиги 4 та (5,2%) беморда аниқланган. Асосий гуруҳда эса касалликнинг биринчи рецидиви 48 та (67,6%) беморда, иккинчиси 14 та (19,7%), учинчиси 7 та (9,9%) ва тўртинчиси 2 та (2,8%) беморда кузатилган.

Рецидив жараёни сабабларини аниқлашда илгари ўтказилган операциялардан кейин касалликни аниқлаш муддатлари муҳим аҳамиятга эга бўлди (2.5-жадвал).

1 йилгача бўлган муддатда назорат гуруҳида 9 та (11,7%) бемор, асосий гуруҳда эса 10 та (14,1%) бемор қайта операция қилинди. 1 йилдан 3 йилгача бўлган муддатда қайталанган ЖЭ билан назорат гуруҳининг 20 та (26%) ва асосий гуруҳнинг 24 та (33,8%) бемори қайта операция қилинди. 4-6 йил оралиғида назорат гуруҳида 25 та (32,4%) бемор, асосий гуруҳда 12 та (16,9%) бемор қайта операция қилинди. 7 йилдан 10 йилгача бўлган муддатда назорат гуруҳида 20 та (26%) бемор, асосий

гуруҳда 16 та (22,5%) бемор қайта операция қилинди. Назорат гуруҳида 3 та (3,9%) бемор ва асосий гуруҳда 9 та (12,7%) бемор анамнезида 10 ва ундан ортиқ йил аввал ЖЭ бўйича операция қилинган.

2.5-жадвал

Қайталанишни аниқлаш муддатларига қараб беморларни тақсимлаш

Муддатлар	Гуруҳлар			
	Назорат (n=77)		Асосий (n=71)	
	абс	%	абс	%
1 йилгача	9	11,7	10	14,1
1-3 йил	20	26,0	24	33,8
4-6 йил	25	32,5	12	16,9
7-10 йил	20	26,0	16	22,5
10 йилдан ортиқ	3	3,9	9	12,7
Жами:	77	100,0	71	100,0

Жарроҳлик тактикасини белгилашда клиник симптоматика муҳим аҳамиятга эга. Кўп ҳолларда беморларнинг 143 тасида (96,6%) ҳолсизлик ва дармонсизлик кузатилган (2.6-жадвал).

2.6-жадвал

Қайталанган жигар эхинококкозида клиник симптомлар

Клиник симптоматика	абс	%
Ҳолсизлик ва беҳоллик	143	96,6
Оғриқ ва оғирлик ҳисси	131	88,5
Тана ҳароратининг кўтарилиши	21	14,1
Гепатомегалия	48	32,4
Сариқлик	2	1,3

Қорин бўшлиғидаги оғриқ синдроми ва оғирлик ҳисси текширилган беморларнинг умумий сонидан 131 (88,5%) нафарида ультратовуш текширувидан ўтишга ундаган ягона омил сифатида қайд этилган.

21 (14,1%) ҳолатда кузатилган тана ҳароратининг кўтарилиши, инструментал текширув маълумотлари билан биргаликда, кистанинг йиринглашига шубҳа уйғотди. Умумий клиник белгилардан сариқлик 2 (1,3%) беморда кузатилди.

Эхинококкоз паразити (ЖЭ) қайта юзага келганда, маҳаллий симптомлар мажмуаси эхинококк кистаси (ЭК) жойлашуви ва ўлчамига боғлиқ бўлди. Жумладан, гепатомегалия 48 (32,4%) беморда аниқланди.

Қайталанган ЭКнинг топографик жойлашуви тавсифи Куино бўйича жигарнинг сегментар тузилиши таснифидан фойдаланган ҳолда умумқабул қилинган схема асосида қайд этилди (2.7-жадвал).

2.7-жадвал

Қайталанган жигар эхинококкозида эхинококк кистанинг сегментар жойлашуви

Жигар сегментлари	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	абс	%	абс	%
II	1	1,3	2	2,8
III	3	3,9	6	8,5
IV	3	3,9	2	2,8
V	4	5,2	1	1,4
VI	3	3,9	0	0,0
VII	4	5,2	3	4,2
VIII	11	14,3	9	12,7
II-IV	0	0	1	1,4
III-VIII	0	0	1	1,4
IV-VIII	0	0	3	4,2
IV-V	3	3,9	1	1,4
V-VI	9	11,7	5	7,0
V- VI-VII	11	14,3	10	14,1
VII-VIII	12	15,6	11	15,5
VI-VII-VIII	8	10,4	8	11,3
барча сегментлар	5	6,5	8	11,3
Жами	77	100,0	71	100,0

Келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики, иккала гуруҳда ҳам икки-уч сегментнинг қўшма шикастланиши энг кўп учрайди. Жигарнинг ўнг бўлагига эхинококк билан зарарланиш сезиларли даражада устунлик қилиши қайд этилган. Бунда ЭК кўпинча жигар ўнг бўлагининг VIII сегментида, VII-VIII ва V-VI-VII сегментлари бирикмасида жойлашган.

Жигар ва қорин бўшлиғи аъзоларида ЭК жойлашуви 2.8-жадвалда келтирилган.

2.8-жадвал

ЭКнинг жигар ва қорин бўшлиғи аъзоларидаги жойлашуви

Зарарланган аъзолар	Назорат гуруҳи (n=77)		Асосий гуруҳ (n=71)	
	абс	%	абс	%
Жигар	52	67,5	47	66,2
Жигар+қорин бўшлиғи аъзолари	7	9,1	5	7,0
Жигар+катта чарви+кичик чанок	2	2,6	3	4,2
Жигар+катта чарви+талок+кичик чанок	3	3,9	2	2,8
Жигар+катта чарви	7	9,1	6	8,5
Жигар+катта чарви+талок	2	2,6	1	1,4
Жигар+талок	2	2,6	4	5,6
Жигар+қорин парда орти бўшлиғи	1	1,3	1	1,4
Жигар+кичик чанок	1	1,3	2	2,8
Жами	77	100,0	71	100,0

Жадвал ва юқоридаги маълумотлардан кўриниб турибдики, ЭК энг кўп ҳолатларда жигарда жойлашган. Назорат гуруҳида 7 та (9,1%) ҳолатда ва асосий гуруҳда 5 та (7,0%) ва 6 та (8,5%) ҳолатларда жигарнинг такрорий ЭК қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари ва катта чарви шикастланиши билан биргаликда кузатилган.

Ҳамроҳ терапевтик ва қўшма жарроҳлик патологиясининг мавжудлиги асосий касалликнинг кечишини оғирлаштирган, шунингдек, даволаш тактикасини белгилашда қийинчиликлар туғдирган (2.9-жадвал).

Ҳамроҳ терапевтик патология назорат гуруҳидаги 51 та (66,2%) беморда ва асосий гуруҳдаги 49 та (69%) беморда аниқланган: юрак-қон томир тизими касалликлари - ЮИК назорат гуруҳида 8 та (10,4%) беморда ва асосий гуруҳда 5 та (7%) беморда кузатилган. Нафас олиш тизимининг сурункали бронхит кўринишидаги касалликлари назорат гуруҳида 11 та (14,3%) беморда ва асосий гуруҳда 9 та (12,7%) беморда қайд этилган. Гепатобилиар тизим касалликлари - 11,7% ва 18,3% ҳолатларда учраген. Асосий гуруҳдаги беморларда биз тегишли йўналишдаги мутахассислар билан ҳамкорликда ҳамроҳ терапевтик патологияни даволашни амалга оширдик.

2.9-жадвал

Қайталанган жигар эхинококкозида ҳамроҳ патология

Ёндош патология	Назорат гуруҳи (n=77)		Асосий гуруҳ (n=71)	
	абс	%	абс	%
ЮИК	8	10,4	5	7,0
Гипертония касаллиги	6	7,8	5	7,0
Сурункали бронхит	11	14,3	9	12,7
Сурункали пиелонефрит	4	5,2	5	7,0
Сурункали гепатит	9	11,7	13	18,3
Камқонлик	6	7,8	5	7,0
ЎТ-тош касаллиги	3	3,9	4	5,6
Тухумдон кистомаси	1	1,3	1	1,4
Чурра	3	3,9	2	2,8
Жами	51	66,2	49	69,0

Комбинацияланган хирургик патологиялар, яъни симултан операциялар 15 (10,1%) беморда ташхисланган, бунда кўпинча симултан операция сифатида 7 (46,6%) беморда анъанавий холестистектомия ва 5 (33,3%) беморда герниопластика бажарилган.

2.2-§ Қайталанган жигар эхинококкозини комплекс диагностикаси

Иш бажарилишида биотиббӣёт этикасининг асосий тамойилларига риоя қилинган, шунингдек, далилларга асосланган тиббӣёт талаблари тўлиқ ҳисобга олинган. Диссертацияда таҳлил қилинган маълумотлар 2-иловада келтирилган умумклиник, иммунологик ва махсус тадқиқот усуллариини ўтказиш натижасида олинган.

Қайталанган ЖЭ диагностикасининг турли усулларииндан самарали фойдаланиш мақсадида лаборатория ва инструментал усуллар ёрдамида комплекс диагностика ўтказилди. Алоҳида олинган диагностика усулининг ишончлиликл мезонлари операцияларда тасдиқланган ташхис билан асосий гуруҳдаги жами 71 нафар беморни ўрганиш натижасида олинган ва ўртача статистик қийматни ифодалайди. Диагностика комплексида қанча кўп усул киритилса, диагностика ишончлилиги шунча юқори бўлади.

Қайталанган ЖЭ клиникаси бирламчи ЖЭдан фарқли равишда бир қатор ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб, улар асосан содир бўлган қайталанишлар сони ва касалликнинг асоратлари билан боғлиқ. Агар бирламчи эхинококкоз клиникасида учта босқични ажратиш мумкин бўлса: яширин, паразитнинг жойлашувига боғлиқ бўлган носпецифик клиник кўринишлар ва асоратлар босқичи, такрорий эхинококкоз клиникаси кўпинча (64,7% ҳолларда) бирламчи эхинококкоз асоратларининг янада кучайиши билан тавсифланади.

Бир марталик қайталанишларда 48 (44,8%) беморда касаллик клиникаси бирламчи ЖЭдан деярли фарқ қилмади - ўтказилган операциядан сўнг тузалиш бошланди ва бир неча йил давомида жараён яширин кечди. Илгари ўтказилган касаллик билан кўп умумийликка эга бўлган аломатларнинг такрорланиши беморларни участка шифокорига ёки жарроҳга мурожаат қилишга мажбур қилган. Кўпинча беморларнинг шикоятлари ноаниқ бўлиб, ўтказилган жарроҳлик амалиётининг оқибати сифатида баҳоланган. Бундай беморлар текшириш учун клиниканинг патология хусусиятига мос келадиган бўлимларига ётқизилган.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг кўп сонли эхинококкозидида клиник кўринишлар жуда хилма-хил бўлади, чунки улар турли омилларга боғлиқ: эхинококк кисталарининг сони ва ўлчами, улар томонидан алоҳида аъзоларнинг зарарланиш даражаси ва ривожланган асоратларнинг хусусияти. Бир нечта кичик асоратланмаган эхинококк кисталари мавжуд бўлганда касаллик белгиларсиз кечиши мумкин.

Умумий қон таҳлилларида гипохром камқонлик қайталанган жигар эхинококкози билан оғриган 11 та (7,4%) беморда кузатилди. Беморлардаги лейкоцитоз паразитар суюқликнинг кучли сўрилиши туфайли организмнинг сезиларли заҳарланиш ва сезгирлик белгилари билан ифодаланган. Бунда беморлар қорин оғриғи, қусиш, тери қичиши, субфебрил ва фебрил ҳарорат ҳамда ЭЧТнинг 26 мм/соатгача кўтарилишидан шикоят қилишган. Асосий гуруҳда эозинофиллар миқдорининг ошиши сифат жиҳатидан аҳамиятли эмас эди, чунки бу ҳолат организмга ҳар қандай турдаги паразитлар кирганда ва бошқа яллиғланиш касалликларида ҳам кузатилади.

Қайталанган ЖЭ ташхислашнинг рентгенологик усуллари. Барча беморларга рентгеноскопия ёки кўкрак қафаси рентгенографияси ўтказилди. Рентгеноскопия ўпка эхинококкозини истисно этиш ва диафрагманинг ўнг гумбази юқори туриши сабабини аниқлаш мақсадида амалга оширилди. Одатда, бу белги жигарнинг орқа-юқори (VII-VIII) сегментларида эхинококк кистаси (ЭК) мавжудлигини кўрсатарди. Яқин вақтларгача турли жойлашувдаги бирламчи ва қайталанувчи эхинококкозни ташхислашда рентгенологик усуллар асосий ҳисобланган. Ҳозирги вақтда бу текшириш усули ўпка эхинококкозини аниқлашда асосий ҳисобланади. Текширилганларнинг 8 нафарида жигар сояси фонида киста капсуласининг оҳакланиш соҳалари, 15 нафарида диафрагманинг юқори туриши ва унинг ҳаракатчанлигининг чекланиши, 4 нафарида жигар сояси ўлчамларининг катталаниши, 3 нафарида илгари олиб ташланган кисталар ўрнида турли зичликдаги оҳакланиш соҳалари аниқланди. Текширилган 11 нафар беморда жигар патологиясининг рентгенологик белгилари топилмади.

Қайталанган ЖЭ ҳолатида ультратовуш текшируви (УТТ) бемор касалхонага ётқизилганда ва операциядан 3-4 кун ўтгач ўтказилди. Динамик ультратовуш назорати 1, 3, 6 ойдан сўнг амалга оширилди. Тадқиқотлар Харио ССА-660А "Тошиба" (Япония), ССД-500, ССД-1400 "Алока" (Япония) ультратовуш қурилмаларида реал вақт режимида бажарилди. Жигарни текшириш учун 3,5-5 МГц частотали конвекс датчиклар қўлланилди. Қорин бўшлиғи аъзолари патологиясини аниқлаш учун анъанавий кўп проекцияли ва кўп позицияли текширувлар ўтказилди. Олинган маълумотлар жарроҳлик йўлини танлаш, жарроҳлик аралашуви ҳажми ва олиб ташлаш керак бўлган эхинококк кисталар (ЭК) сонини аниқлашда ҳисобга олинди. Операция давомидаги маълумотлар қайд этилди, бу эса операциядан олдинги сонографик текширув маълумотлари ва эхинококкэктомия (ЭЭ) вақтида ЭК жойлашувини таққослаш имконини берди.

Жигарнинг ультратовуш текширувида барча ҳолатларда ЭКнинг жигар сегментларида жойлашуви, уларнинг диафрагма ёки қорин олд деворига нисбати аниқланди. Бу оқилона жарроҳлик ёндашувини танлаш учун жуда муҳим эди. Ушбу

белгилар бўлмаганда, ЭКни жигарнинг бошқа ҳосилалари билан қиёсий ташхислаш зарурати туғилди. Бундай ҳолларда биз компьютер томографияси (КТ) ва магнит-резонанс томографияси (МРТ) усулларини қўлладик.

Қайталанган ЖЭ диагностикасида компьютер томография (КТ) ва МРТ. Тадқиқотлар "Phillips Tomoskan CXQ" қурилмасида 5 мм қалинликдаги томографик кесимлар билан қадамли усулда ва "GE Light Speed 16" русумли 16 кесимли спираль компьютер томографида ўтказилди. Томограммаларда эхинококк кисталарининг ўлчами, шакли, сони ва денситометрик зичлиги баҳоланди.

Асосий гуруҳда ультратовуш текширувидан сўнг жигар ва қорин бўшлиғида қайталанган ЖЭ аниқланган 19 нафар бемор КТ, 8 нафар бемор эса МРТ ёрдамида текширилди. Тадқиқот натижаларининг таҳлили шуни кўрсатдики, КТ ва МРТ патологиянинг хусусиятини аниқлашга, жигар сегментларида ЭКнинг аниқ жойлашувини ва биринчи эхинококкэктомиядан сўнг паренхимада қолган тузилмавий ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Қайталанган ЖЭда биокимёвий текширувлар.

Жигар функционал бузилишларининг чуқурлигини баҳолаш мақсадида қондаги кўрсаткич ферментлар (АСТ ва АЛТ) миқдори аниқланди. Жигар тўқимасида кузатиладиган гепатотситлар атрофияси, уларнинг гидропик дистрофияси, цитолизи, яъни апоптознинг тезлашган ривожланиши, жигар паренхимаси массасининг камайиши каби сезиларли тузилмавий ўзгаришлар, эҳтимол, гепатотситлар функциясининг бузилишига олиб келади (2.10-жадвал).

Периферик қондаги АСТ ва АЛТ концентрацияси кўрсаткичлари эхинококкозда жигарнинг функционал бузилишлари касаллиқнинг дастлабки босқичлариданоқ, жараённинг давомийлигидан қатъи назар ривожланишини кўрсатди.

2.10-жадвал

Қайталанган ЖЭ билан касалланган беморларда қон биокимёвий кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Меъёр	Операциядан олдин	Операциядан кейин	p
Мочевина азоти, ммол/л	20,8±6,2	48,5±8,0	20,3±3,8	<0,01
АЛБТ, мкмол/мл	0,67±0,08	0,8±0,02	0,68±0,06	<0,001
АСТ мкмол/мл	0,45±0,04	1,0±12,0	0,45±0,03	<0,001
Фибриноген г/л	2,2±1,3	3,4±0,28	2,3±1,1	
Протромбин индекси	88,4±6,7	76,3±9,2	86,1±8,3	
Умумий билирубин (мкмол/л)	15,9±2,2	15,6±6,2	16,2±2,1	°

2.3-§. Жарроҳлик аралашувларининг тавсифи

Жарроҳлик аралашувлари умумий эндотрахеал наркоз остида замонавий апаразитарлик ва антипаразитарлик тамойилларига (Вафин А.З., 1993) риоя қилган ҳолда амалга оширилди. Одатда, операция усули ҳар бир аниқ ҳолат учун мақбул бўлган турли усулларни (инвагинация, аплатизатсия, оментопластика, дренажлаш ва ҳоказо) қўллаш орқали операцион бўшлиқни йўқ қилиш ёки сезиларли даражада камайтириш билан эхинококкэктомиядан иборат эди. Радикал аралашувлар (органи киста билан резекция қилиш, перикистектомия, тўлиқ перикистектомия) ҳолатларнинг 4 фоизидан ортиқ қисмини ташкил этмайди.

Жарроҳлик амалиётларини тавсифлаш учун Ф.Г. Назиров (2005) томонидан таклиф этилган эхинококк паразитидаги жарроҳлик аралашувлари таснифи қўлланилган бўлиб, у қуйидагича тақсимланган:

Эхинококк кистасига кириш усули бўйича:

анъанавий лапаротомия; пункцион-аспирацион усул; лапароскопик усул; минилапаротомия;

Фиброз капсулага муносабат бўйича:

Жигар резекцияси (анатомик; ноанатомик; шу жумладан чекка); Перикистектомия (тўлиқ; субтотал; қисман); Фиброз капсулани олиб ташламасдан эхинококкэктомия;

Идеал эхинококкэктомия (фиброз капсулани очиб ёки очмасдан);

Киста деворларига антипаразитар ишлов бериш усуллари бўйича:

Кимёвий моддалар билан зарарсизлантириш; Физик усуллар билан зарарсизлантириш; Лазер коагуляцияси; Плазма коагуляцияси; Ультратовуш кавитацияси; Криотасир; Юқори ҳароратли таъсир;

Киста бўшлиғини бартараф этиш усули бўйича:

Ёпиқ эхинококкэктомия (капитонаж; киста четларини ичкарига буриш; эркин деворни киста тубига тикиш);

Ярим ёпиқ эхинококкэктомия (оддий ёки тешиб ўтувчи дренаж билан);

Очиқ эхинококкэктомия (ташқарига дренажлаш; марсупиализация);

Қолдиқ бўшлиқни абдоминализация қилиш (оментогепатопексия билан ёки усиз);

Бўшлиқни чарви билан тампонлаш;

Кистодигестив анастомоз.

Келтирилган таснифга кўра, назорат гуруҳида энг кўп қийшиқ кесим - 40 (51,9%), асосий гуруҳда эса юқори ўрта лапаротомия 48 (67,6%) қўлланилган. Жигар сегментлари ва кичик чанок аъзолари зарарланишида, 2 ҳолатда жароҳатланишни камайтириш мақсадида алоҳида кесим (юқори-пастки-ўрта - киндик ва унинг юқори ва пастки қисмидаги тўқималарнинг бутунлигини сақлаган ҳолда, 5 см узунликда ҳамда қийшиқ ўнг қовурға ости + пастки-ўрта) қўлланилган.

Назорат гуруҳида 19 (24,7%) беморда ёпиқ ЭЭ, 13 (16,9%) беморда ярим ёпиқ ЭЭ, 25 (32,5%) беморда ОП дренажи билан очиқ ЭЭ ўтказилди. Жигардан ЭЭнинг комбинацияланган усуллари 20 (26%) ҳолатда бажарилди. Бунда, деярли барча юқорида санаб ўтилган ЭЭ усуллари ЭК ўлчамига қараб, кисталар диаметри 6 дан 10 см гача бўлган ораликда устунлик қилди. Хусусан, диаметри 6-10 см бўлган ЭКда - ярим ёпиқ ЭЭ 10,4% ҳолларда, очиқ операция усули - 18,2% (14 бемор) ва комбинацияланган усуллар - 13 (16,9%) беморда қўлланилди (2.11-жадвал).

2.11-жадвал

Назорат гуруҳидаги қайта юзага келган эхинококкозда киста ўлчамига кўра қўлланиладиган операция усуллари

Операция усули	Киста диаметри (см)						Жами (n=77)	
	5 см		6-10 см		11-20 см			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Ёпиқ эхинококкэктомия								
Капитонаж	7	9,1	3	3,9	0	0	10	13,0
ФК инвагинацияси	4	5,2	2	2,6	3	3,9	9	11,7
Жами	11	14,3	5	6,5	3	3,9	19	24,7
Ярим ёпиқ эхинококкэктомия								
ФК четларини 2 та дренаж билан буриш	0	0	1	1,3	3	3,9	4	5,2
ФК четларини 1 та дренаж билан буриш	1	1,3	2	2,6	0	0	3	3,9
ФК ни дренаж билан инвагинацияси	0	0	2	2,6	0	0	2	2,6
Дренажли капитонаж	0	0	2	2,6	0	0	2	2,6
Дренажли салник билан тампонада	1	1,3	1	1,3	0	0	2	2,6
Жами:	2	2,6	8	10,4	3	3,9	13	16,9
Очиқ эхинококкэктомия								
1 та дренаж билан дренажлаш	5	6,5	8	10,4	1	1,3	14	18,2
2 та дренаж билан дренажлаш	4	5,2	6	7,8	1	1,3	11	14,3
Жами	9	11,7	14	18,2	2	2,6	25	32,5
Комбинацияланган усуллар								
Капитонаж + дренаж	0	0	1	1,3	0	0	1	1,3
Капитонаж + дренаж + ИЭЕ	0	0	2	2,6	0	0	2	2,6
Капитонаж + 2 та дренаж билан дренажлаш	0	0	2	2,6	1	1,3	3	3,9
ФК инвагинацияси + 2 та дренаж билан дренажлаш	0	0	0	0	1	1,3	1	1,3
ИЭЭ + дренаж	0	0	4	5,2	1	1,3	5	6,5
ФК инвагинацияси + ИЭЭ	3	3,9	4	5,2	1	1,3	8	10,4
Жами	3	3,9	13	16,9	4	5,2	20	26,0

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида 17 нафар (23,9%) беморда жигардан ёпиқ эхинококкэктомия, 15 нафар (21,1%) беморда ярим

ёпиқ эхинококкэктомия ва 27 (38%) ҳолатда комбинацияланган эхинококкэктомия усуллари амалга оширилди (2.12-жадвал).

2.12-жадвал

Асосий гуруҳдаги қайта юзага келган эхинококкозда киста диаметрига кўра қўлланиладиган операция усуллари

Операция усули	Кисталар диаметри (см да)						Жами (n=77)	
	5 см		6-10 см		11-20 см			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Ёпиқ эхинококкэктомия								
Капитонаж	0	0	3	4,2	1	1,4	4	5,6
ФК инвагинацияси	1	1,4	1	1,4	1	1,4	3	4,2
ФК ни тўлиқ кесиб олиш	2	2,8	0	0	0	0	2	2,8
ИЭЭ	4	5,6	4	5,6	0	0	8	11,3
Жами	7	9,9	8	11,3	2	2,8	17	23,9
Ярим ёпиқ эхинококкэктомия								
Дренажли капитонаж	0	0	1	1,4	0	0	1	1,4
ФК ни 2 та дренаж билан инвагинацияси	0	0	1	1,4	0	0	1	1,4
ФК ни қисман кесиб олиш ва 2 та дренаж билан дренажлаш	2	2,8	1	1,4	1	1,4	4	5,6
Дренажли КСП тампонадаси	4	5,6	2	2,8	0	0	6	8,5
Аскерханов бўйича қўш дренажли салник билан ОП тампонадаси	0	0	2	2,8	1	1,4	3	4,2
Жами:	6	8,5	7	9,9	2	2,8	15	21,1
Очиқ эхинококкэктомия								
2 та дренаж билан дренажлаш	1	1,4	8	11,3	3	4,2	12	16,9
Комбинацияланган усуллар								
Капитонаж + дренаж + ИЭЭ	0	0	2	2,8	1	1,4	3	4,2
Капитонаж + 2 та дренаж билан дренажлаш	0	0	2	2,8	0	0	2	2,8
Дренажли КСП тампонадаси + ФК инвагинацияси	8	11,3	3	4,2	0	0	11	15,5
ФК инвагинацияси + 2 та дренаж билан дренажлаш	0	0	2	2,8	1	1,4	3	4,2
ИЭЭ + дренаж	1	1,4	3	4,2	2	2,8	6	8,5
Чап томонлама гемигепатэктомия + ҚБ дренажлаш	1	1,4	1	1,4	0	0	2	2,8
Жами	10	14,1	13	18,3	4	5,6	27	38,0

Тадқиқотнинг назорат гуруҳидаги каби, ЭК ўлчамига қараб, диаметри 6 дан 10 см гача бўлган беморлар гуруҳи устунлик қилди. Асосий гуруҳда диаметри 6-10 см бўлган ЭК учун қуйидаги амалиётлар бажарилди: 8 (11,3%) беморда ёпиқ ЭЭ, 7 (9,9%) беморда ярим ёпиқ ЭЭ, 8 (11,3%) беморда очик ЭЭ ва 13 (18,3%) ҳолатда жигардаги ЭК ўлчамларининг ушбу оралиғида комбинацияланган операция усуллари қўлланилди.

Бажарилган жарроҳлик амалиёти турига кўра беморларнинг умумий тақсимооти 2.13-жадвалда келтирилган.

Тақдим этилган жадвалдан кўриниб турибдики, тадқиқотнинг иккала гуруҳида ҳам диаметри 6 дан 10 см гача бўлган ЭК ўлчамли беморлар сони устунлик қилган. Шундай қилиб, назорат гуруҳидаги 40 (51,9%) беморда ва асосий гуруҳдаги 36 (50,7%) беморда юқорида санаб ўтилган операция усуллариининг энг кўп қисми ЭК ўлчами 6-10 см бўлган беморлар гуруҳларида қайд этилган. ЭК четки жойлашганда, унинг диаметридан қатъи назар, 8 (11,3%) ҳолатда идеал ЭЭ амалга оширилган; асосий гуруҳдаги 2 беморда эса чап томонлама гемигепатектомия бажарилган.

2.13-жадвал

Беморларнинг бажарилган операция турига кўра умумий тақсимооти

Операция тури	5 см		6-10 см		11-20 см		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Назорат гуруҳи								
ҚБ ни тикиш	14	18,2	9	11,7	4	5,2	27	35,1
ҚБ ни дренажлаш билан тикиш	1	1,3	12	15,6	5	6,5	18	23,4
ИЭЭ	0	0	0	0	0	0	0	0
КБ ни дренажлаш	9	11,7	18	23,4	3	3,9	30	39,0
ЖЮБ ни дренаж билан тампонлаш		0		0		0	0	0
ҚБ ни чарви билан тампонлаш	1	1,3	1	1,3	0	0	2	2,6
Чап томонлама гемигепатектомия + КБ ни дренажлаш	0	0	0	0	0	0	0	0
Жами	25	32,5	40	51,9	12	15,6	77	100,0

Жадвал давоми								
Асосий гуруҳ								
Қ ни тикиш	3	4,2	4	5,6	2	2,8	9	12,7
ҚБ ни дренажлаш билан тикиш	3	4,2	12	16,9	5	7,0	20	28,2
ИЭЭ	4	5,6	4	5,6	0	0	8	11,3
ҚБ ни дренажлаш	1	1,4	8	11,3	3	4,2	12	16,9
ЖЮБ ни дренаж билан тампонлаш	12	16,9	5	7,0	0	0	17	23,9
ҚБ ни чарви билан тампонлаш	0	0,0	2	2,8	1	1,4	3	4,2
Чап томонлама гемигепатэктомия + ҚБ ни дренажлаш	1	1,4	1	1,4	0	0	2	2,8
Жами	24	33,8	36	50,7	11	15,5	71	100,0

ЭК қолдиқ бўшлиғини бартараф этиш усули бўйича операцияларнинг умумий тақсимооти 2.14-жадвалда келтирилган.

Асосий гуруҳда ёпиқ ЭЭ 17 (23,9%) ҳолатда, ярим ёпиқ ЭЭ эса 15 (21,1%) беморда бажарилган (2.14).

2.14-жадвал

ҚБ бартараф қилиш усули бўйича операцияларнинг умумий тақсимооти

Операция характери	Назорат гуруҳи (n=77)		Асосий гуруҳ (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Ёпиқ эхинококкэктомия	19	24,7	17	23,9
Ярим ёпиқ эхинококкэктомия	13	16,9	15	21,1
Очиқ эхинококкэктомия	25	32,5	12	16,9
Комбинацияланган усуллар	20	26,0	27	38,0
Жами	77	100,0	71	100,0

Шуни таъкидлаш жоизки, 6 нафар беморда ярим ёпиқ эхинококкэктомия (ЭЭ) қолдиқ бўшлиқни жигарнинг юмалоқ бойлами билан тампонлаш орқали бажарилди. Катта ўлчамли кисталарда эса ярим ёпиқ ЭЭ оқим тизими тури бўйича дренажлаш билан бирга амалга оширилди. Бу эса асоратларни 26% дан 11,3% гача камайтиришга имкон берди. Асосий гуруҳдаги 12 (16,9%) беморда очиқ ЭЭ ўтказилди. Бунда барча ҳолатларда қолдиқ бўшлиқ оқим тизими кўринишида дренажланди. Бу эса операциядан кейинги даврда қолдиқ

бўшлиқнинг йиринглаши ва абсцесси каби хавфли асоратларнинг олдини олиш нуқтаи назаридан даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилади.

Кисталарнинг бўлакли ва сегментар жойлашувининг кўп сонли зарарланиши туфайли биз эхинококк кисталарини бартараф этишнинг турли усулларини биргаликда қўладик. Яъни, беморларнинг назорат гуруҳида 20 (26%) ва асосий гуруҳда 27 (38%) ҳолатларда комбинацияланган жарроҳлик усуллари қўлланилди. Таъкидлаш лозимки, асосий гуруҳдаги 12 (16,9%) ҳолатда комбинацияланган операциялар идеал ЭЭ билан бирлаштирилди.

§2.4. Даволаш самарадорлигини баҳолаш мезонлари ва клиник маълумотларни статистик таҳлил қилиш усуллари

Даволаш самарадорлиги операциядан кейин 3, 6, 12 ой ўтгач ўтказилган кенг қамровли текширув натижаларига кўра баҳоланди, узок муддатли натижалар эса 1-5 йил давомида кузатиб борилди.

ЖССТ ўтказилган даволашнинг самарадорлигини баҳолаш мезони сифатида даволашнинг мувофиқлигини, яъни бемор учун мақбул "ҳаёт сифати" (ХС) даражасига эришиш зарурлигини таҳлил қилишни таклиф этди.

Шу нуқтаи назардан биз қуйидаги вазифани шакллантирдик: узок муддатли даврда турли хил кўринишларда қайталанган ЖЭ бўйича жарроҳлик амалиётларини бошдан кечирган беморларда ХС даражасини аниқлаш, соғлом шахслар билан солиштирганда еҳинососсоз ва унинг асоратларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг узок муддатли натижаларини баҳолаш мезони сифатида ХС даражасини аниқлаш самарадорлигини ўрганиш. Беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш учун биз 40 та саволдан иборат сўровномадан фойдаландик. Сўровнома ва беморларни текшириш клиника шароитида ўтказилди. Барча гуруҳларда олинган ХС кўрсаткичлари соғлом шахсларнинг, шунингдек, операциядан олдинги ва кейинги ХС кўрсаткичлари билан таққосланди.

Даволаш натижалари Visick А (1948) таснифи асосида баҳоланди [206]. Биз уни биров ўзгартириб, беморларни 4 та

асосий гуруҳга ажратдик (2012 йил 19 майдаги 943-сонли рационализаторлик таклифи):

I гуруҳ - аъло натижа: операциядан сўнг касаллик қайта юзага келиш аломатлари бутунлай йўқ; бемор амалда соғлом, парҳезга риоя қилмайди, аввалги ишини бажаради.

II гуруҳ - яхши натижа: бемор операция натижасидан мамнун, бироқ ўнг қовурға ости ва тўш ости соҳасида қисқа муддатли оғирлик ҳис қилади; объектив текширувда сезиларли ўзгаришлар аниқланмайди; бемор амалда соғлом, вазни ошган, меҳнат қобилияти тўлиқ тикланган.

III гуруҳ - қониқарли натижа: бемор вақти-вақти билан санаторий-курортда даволанишга ва амбулатор текширувларга муҳтож; шикоятлари бўлган даврда парҳезга риоя қилади; тана вазни барқарор ёки пасайиш тенденциясига эга, у ТМЕК томонидан белгиланган чекловлар доирасида аввалги ишини бажариши мумкин.

IV гуруҳ А - ёмон натижа - бемор операция натижасидан қониқмаган. Текширилганда қорин бўшлиғида суюқлик тўпланиши (қон, ўт), қорин бўшлиғининг йиринглаши ёки жигар абсцесси аниқланади. Бу ҳолатлар алоҳида ёки бир-бири билан биргаликда кузатилиши мумкин. Бемор ихтисослаштирилган жарроҳлик бўлимида даволанишга муҳтож. Такрорий операция масаласи фақат антипаразитар кимётерапия ва консерватив даволаш натижа бермагандагина кўриб чиқилиши мумкин.

IV гуруҳ Б - ёмон натижа - такрорий жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган эхинококкоз қайталанишининг клиник кўриниши пайдо бўлади.

ЖССТ ўтказилган даволашнинг самарадорлигини баҳолаш мезони сифатида даволашнинг адекват эканлигини, яъни бемор учун мақбул "ҳаёт сифати" (ХС) даражасига эришиш зарурлигини таҳлил қилишни таклиф этди.

Шу нуқтаи назардан биз қуйидаги вазифани шакллантирдик: узоқ муддатли даврда турли хил вариантларда қайталанувчи эхинококкоз (ЖЭ) бўйича жарроҳлик амалиётларини бошдан кечирган беморларда ХС даражасини аниқлаш, соғлом шахслар билан солиштирганда ЖЭ ва унинг асоратларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг узоқ муддатли натижаларини баҳолаш мезони сифатида ХС даражасини аниқлашнинг самарадорлигини

ўрганиш. Беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш учун биз 40 та саволдан иборат сўровномадан фойдаландик. Анкета сўрови ва беморларни текшириш клиника шароитида ўтказилди. Барча гуруҳларда олинган ХС кўрсаткичлари соғлом шахсларнинг, шунингдек, операциядан олдинги ва кейинги HS кўрсаткичлари билан таққосланди.

Тадқиқот маълумотлари Pentium-IV шахсий компьютерида Microsoft Office Excel-2003 дастурий пакети ёрдамида статистик қайта ишланди. Ўрганилаётган кўрсаткичнинг ўртача арифметик қиймати (M), ўртача квадратик оғиши (σ), ўртача қийматнинг стандарт хатоси (m), нисбий қийматлар (p) ҳисобланган ҳолда вариацион параметрик ва нопараметрик статистика усулларидан фойдаланилди.

Ўртача қийматларни таққослашда олинган ўлчовларнинг статистик аҳамияти Студент (t) мезони бўйича тақсимотнинг нормаллигини (экссесс мезони бўйича) ва бош дисперсияларнинг тенглигини (F - Фишер мезони) текширишда хатолик эҳтимолини (P) ҳисоблаш орқали аниқланди. Сифат кўрсаткичлари учун статистик аҳамиятлилиқ χ^2 мезони (хи-квадрат) ва з-мезон ёрдамида ҳисоблаб чиқилди [42]. $p < 0,05$ ишончилиқ даражаси статистик жиҳатдан аҳамиятли ўзгаришлар сифатида қабул қилинди.

III БОБ.

ҚАЙТАЛАНГАН ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ СИФАТИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАРНИ ТЕКШИРИШ ВА ПРОГНОЗЛАШ

Жигар эхинококкозининг қайталаниши бўйича операциялар одатда мураккаб шароитларда - чандиқланиш ва яллиғланиш жараёнлари, ўзгарган анатомия, кўпинча беморнинг аҳволини оғирлаштирувчи йирингли-септик асоратлар фонида амалга оширилади. Бунда қайталанган жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш бирламчи даволашдан кўпроқ шикастловчи хусусиятга эга. Бу сезиларли даражада кўп қон йўқотиш, амалиётнинг узок давом этиши, такрорий операцияларда ичак шикастланиши хавфи билан кечувчи чандиқланиш жараёнининг кучлилиги билан тасдиқланади.

Қайталанган жигар эхинококкозида операция пайтидаги қон йўқотишнинг кўпайиши ҳам амалиётларнинг такрорий хусусияти, ҳам кучли яллиғланиш ва чандиқланиш жараёни шароитида эхинококк кистаси ва унинг фиброз капсуласи билан янада шикастловчи муолажалар ўтказиш зарурати билан боғлиқ. Фиброз капсуланинг яллиғланиш ва дистрофик ўзгаришларининг устунлиги, кўпинча унинг оҳакланиши, умуман амалиёт ҳажмини кенгайтиришни талаб қилади, шунингдек, қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш ёки перикистектомиянинг турли усулларида маълум қийинчиликларни келтириб чиқаради.

Қайталанган жигар эхинококкозида жарроҳлик амалиёти шикастловчи таъсирининг ортишига сабаб бўлувчи яна бир фарқ - қийин етиб бориладиган жойлашув (VII-VIII, I-II сегментлар) бўйича эхинококк кисталарининг кўплиги бўлиб, бу ҳолат амалиёт ўтказиладиган соҳада кучли чандиқланиш жараёни ёки уларнинг жигардан ташқари қорин бўшлиғида жойлашуви билан биргаликда кузатилади (Вишневский В.А. ва ҳаммуалл., 2008; Илхомов Ф.А., 2005; Маҳмудов У.М., 2005).

Шунингдек, бизнинг фикримизча, ЖЭ учун етарлича ўзига хос бўлган бевосита ва узок муддатли натижаларнинг тавсифи қолдиқ бўшлиқда (ҚБ) патологик жараённинг кечиш хусусиятидир. Одатда, операциядан кейинги даврнинг салбий кечишида узок вақт битмайдиган ўт ва йирингли оқмалар,

холангитлар, дренажланмаган ҚБ нинг йиринглаши ва шу кабилар шаклланиши кузатилади.

Яқин ва узоқ муддатли натижалар прогнози нуктаи назаридан қайталанган ЖЭ нинг даволаш натижалари прогнози ва жарроҳлик даволаш сифатига таъсир этувчи омилларни тасдиқлаш мақсадида 2001-2014 йилларда Андижон давлат тиббиёт институти (АДТИ) жарроҳлик клиникасида операция қилинган беморларнинг касаллик тарихи таҳлил қилинди. Шу муносабат билан, биз қайталанган ЖЭ ни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларига таъсир қилувчи умумий ва махсус омилларга боғлиқ ҳолда, операциядан кейинги турли хил асоратлар ривожланиш частотасининг сабаб-оқибат боғлиқлигини ўрганиб чиқдик. Бу эса операция тури ва ОП ни дренажлаш усулини танлашни оптималлаштириш йўналишларини аниқлаш имконини берди.

3.1-§. Назорат гуруҳида қайталанган ЖЭни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари

Яқин натижаларни баҳолаш учун операциядан кейинги асоратлари бўлган беморлар икки кичик гуруҳга бўлинди, бу эса операция натижаларини холисона таҳлил қилиш имконини берди.

1. Операциядан кейинги умумий асоратлар: юрак-қон томир тизими, бронх-ўпка тизими (бронхит, пневмония) ва бошқалар.

2. Қайталанган ЖЭ ва қорин бўшлиғи аъзоларида операция билан бевосита боғлиқ бўлган операциядан кейинги асоратлар (ҚБда суюқлик тўпланиши, ташқи ўт йўллари оқмаларининг ҳосил бўлиши, қон кетиши, ҚБнинг йиринглаши, операцион жароҳат асоратлари).

Олдинги бобда таъкидланганидек, 2001-2006 йилларда стандарт жарроҳлик даволаш усуллари қўлланилган такрорий ЖЭ бўлган 77 нафар беморда (назорат гуруҳи) операциядан кейинги даврнинг кечиши тўғрисидаги маълумотлар таҳлил қилинди. Операциядан кейинги асоратларнинг яқин даврдаги частотаси 3.1-жадвалда келтирилган.

3.1-жадвал

Операциядан кейинги дастлабки даврдаги асоратларнинг учраш даражаси

Асорат	Назорат гуруҳи (n=77)	
	абс	%
КБ нинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	7	9,1
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	11	14,3
Жигар паренхимасидан қон кетиши	2	2,6
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	1	1,3
Жами асоратлар	21	27,3
Асоратлари бўлган беморлар	15	19,5
Асоратлар бўйича эрта қайта операция	2	2,6
Яқин даврдаги ўлим	2	2,6

Ушбу гуруҳдаги беморларнинг 19,5 фоизи (15 бемор)да 27,3 фоиз ҳолатларда операциядан кейинги турли хил асоратлар кузатилди. Яъни, бир беморда операциядан кейинги дастлабки даврда иккита асорат биргаликда намоён бўлди. 2 нафар (2,6%) беморда эрта релапаротомия ўтказилди. Бунда бир ҳолатда такрорий операциянинг сабаби жигардан паренхиматоз қон кетиши бўлса, бошқа ҳолатда тикилмаган ўт йўли оқмаси туфайли ривожланган перитонит эди. Операциядан кейинги дастлабки даврда ўлим кўрсаткичи 2,6 фоизни (2 бемор) ташкил этди (3.2-жадвал).

3.2-жадвал

Узоқ муддатли даврда операциядан кейинги асоратларнинг учраш даражаси

Асорат	Назорат гуруҳи (n=77)	
	абс	%
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	8	10,4
Узоқ вақт давомида ўт йўли оқмаси	6	7,8
Касалликнинг қайтарилиши	5	6,5
Жами асоратлар	19	24,7
Узоқ муддатли қайта операция	4	5,2
Қолдиқ бўшлиқни пункцион дренажлаш	2	2,6
Дренажнинг қолдиқ бўшлиқдан тушиб кетиши ёки нотўғри дренажлаш	11	14,3
Қолдиқ бўшлиқни узоқ вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	23	29,9

Келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики, операциядан кейинги кечки асоратлар 19 (24,7%) беморда кузатилган. Бунда ҚБнинг йиринглаши 10,4% (8 бемор), окмадан узоқ муддатли ўт суюқлиги оқиши 7,8% (6 бемор) ва ЖЭнинг қайталаниши 5 (6,5%) беморда қайд этилган. Тадқиқот гуруҳидаги асоратлар туфайли 4 (5,2%) беморда такрорий бўшлиқ операцияси ўтказилган, 2 (2,6%) беморда эса жигардаги йиринглаган ЎПни пункцион дренажлаш кўринишидаги тери орқали муолажалар амалга оширилган. Узоқ муддатли дренаж ташиш (1 ойдан ортиқ) 23 (29,9%) беморда кузатилган ва 11 (14,3%) ҳолатда ҚБдан дренажнинг тушиб кетиши қайд этилган.

Қайталанган ЖЭ билан оғриган беморларда стандарт жарроҳлик даволашда 44,2% ҳолларда жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ турли хил асоратлар кузатилган. Бунда энг кўп учрайдиган асорат ЎПнинг йиринглаши ёки дренажланмайдиган суюқлик тўпланиши бўлиб, улар 15 (19,5%) беморда аниқланган.

3.2-§. Қайталанган ЖЭ кечишининг ўзига хос хусусиятлари ва жарроҳлик даволаш натижаларига таъсир этувчи хавф омилларини аниқлаш

Қайталанган ЖЭ бўйича жарроҳлик амалиётидан сўнг асоратлар ривожланиш эҳтимоли - жарроҳлик тактикасини танлашда алоҳида эътибор талаб қиладиган жиддий омил ҳисобланади.

Қайталанган ЖЭни жарроҳлик йўли билан даволаш натижасига таъсир кўрсатувчи омиллар орасида қуйидагиларни ажратиб кўрсатдик: фиброз капсуланинг оҳакланиши, асоратланган эхинококкоз, ҳамроҳ касалликлар, интрапаренхиматоз қайта юзага келиш жараёнининг кўплиги, катта ва жуда катта ўлчамдаги такрорий ЭК, касалликнинг такрорланиш даражаси, ЭЭдан кейин 3 йилгача бўлган муддатда ЖЭнинг қайта юзага келишини аниқлаш, қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари билан жигарнинг қайта зарарланишининг кўп сонлиги (3.3-жадвал).

3.3-жадвал

Қайталанган ЖЭни жарроҳлик йўли билан даволаш натижасига таъсир қилувчи омилларнинг тақсимланиши

Даволаш натижасини мураккаблаштирувчи омил	Назорат гуруҳи (n=77)			
	бор		йўқ	
	абс	%	абс	%
Кальцификацияланган фиброз капсула	17	22,1	60	77,9
Асоратланган ЖЭ	26	33,8	51	66,2
Хамроҳ касалликлар	51	66,2	26	33,8
Кўп сонли интрапаренхиматоз қайталанган ЖЭ	16	20,8	61	79,2
Гигант қайталанган ЖЭ	12	15,6	65	84,4
Икки ёки ундан ортиқ касаллик қайталанишининг мавжудлиги	18	23,4	59	76,6
Операциядан кейин 3 йилгача бўлган муддатда ЖЭ қайталанишини аниқлаш	29	37,7	48	62,3
Жигар ва бошқа аъзолардаги кўп сонли қайталанган эхинококкоз	25	32,5	52	67,5

Жадвалдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳида даволаш натижасини мураккаблаштирадиган юқоридаги омиллар орасида ёндош патологияли беморлар энг юқори кўрсаткичга эга бўлган - 51 (66,2%) бемор. Оператив аралашувдан кейин 3 йилгача бўлган муддатда такрорий эхинококк кисталари - 29 (37,7%) беморда; асоратланган эхинококкоз жараёни - 26 (33,8%); жигар ва қорин бўшлиғининг бошқа аъзоларида кўп сонли такрорий зарарланиш - 25 (32,5%) беморда муҳим омиллар сифатида намоён бўлди. Шунингдек, жарроҳлик даволаш натижасига таъсир этувчи омиллар сифатида қуйидаги кўрсаткичлар кўриб чиқилди: 17 (22,1%) беморда кальцификацияланган фиброз капсула мавжудлиги, 16 (20,8%) беморда жигарда кўп сонли интрапаренхиматоз рецидив эхинококкоз, 18 (23,4%) беморда касалликнинг такрорланиш даражаси ва 12 (15,6%) беморда 15 см дан ортиқ ўлчамли такрорий эхинококк кисталари.

Кальцинацияланган фиброз капсулани рецидив эхинококкоз жараёни билан оғриган беморларда операциядан кейинги асоратлар частотаси ва реабилитация хусусиятлари 3.4-жадвалда келтирилган.

3.4-жадвал

Кальцинацияланган фиброз капсулалар қайталанган ЖЭ билан беморларда операциядан кейинги асоратлар частотаси ва реабилитация хусусиятлари

Кўрсаткич	Хавф омили мавжуд		Йўқ	
	абс	%	абс	%
Жами беморлар	17	22,1	60	77,9
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	8	47,1	7	11,7
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	3	17,6	8	13,3
Жигар паренхимасидан қон кетиши	0	0	2	3,3
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	0	0	1	1,7
Узоқ муддат давом этувчи ўт йўли оқмаси	1	5,9	5	8,3
Касалликнинг қайталаниши	1	5,9	4	6,7
Асоратлари бўлган беморлар	12	70,6	22	36,7
Асоратлар учун қайта операция ёки пункцион дренажлаш	3	17,6	5	8,3
Дренажнинг қолдиқ бўшлиқдан чиқиб кетиши ёки нотўғри дренажлаш	2	11,8	9	15,0
Қолдиқ бўшлиқни узоқ вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	11	64,7	12	20,0
Ўлим кўрсаткичи	0	0	2	3,3
Фарқлар ишончлилиги (χ^2 мезони)	8.123; Df =5; P=0.046			

Примечание: Df – вапвапв, P - аврпарап

Шундай қилиб, операциядан кейинги даврда ЭКнинг кальцинацияланган фиброз капсуласи мавжуд бўлганда, маҳаллий асоратлар ривожланиш хавфи юзага келади. Бу хавф ўз навбатида ҚБни даволаш ва бартараф этиш усулига тўғридан-тўғри боғлиқ бўлиб, операциядан кейинги реабилитация муддатига таъсир кўрсатади.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг умумий сонидан (n=77) 17 (22,1%) беморда маҳаллий операциядан кейинги асоратлар ривожланишининг хавф омилларидан бири сифатида кальцинацияланган фиброз капсула мавжудлиги аниқланди.

Бунда 12 (70,6%) беморда операциядан кейинги турли хил асоратлар қайд этилди. Жумладан, 11 (64,7%) ҳолатда бу операциядан кейинги даврда узоқ муддатли (1 ойдан ортиқ) дренаж қўйилишига олиб келди ва 8 (47,1%) беморда жигардаги ЎПнинг йиринглаши кузатилди.

Назорат гуруҳидан (n=77) асоратланган қайталанувчи ЖЭ билан оғриган беморлар 26 (33,8%) нафарни ташкил этди, уларнинг 12 (46,2%) нафарида турли хил асоратлар кузатилди (3.5-жадвал).

3.5-жадвал

Қайталанган асоратланган ЖЭ билан оғриган беморларда операциядан кейинги асоратлар частотаси ва реабилитация хусусиятлари

Кўрсаткич	Хавф омили мавжуд		Йўқ	
	абс	%	абс	%
Жами беморлар	26	33,8	51	66,2
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	8	30,8	5	9,8
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	4	15,4	7	13,7
Жигар паренхимасидан қон кетиши	0	0	2	3,9
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	0	0	1	2,0
Узоқ муддат давом этувчи ўт йўли оқмаси	1	3,8	5	9,8
Касалликнинг қайта юзага чиқиши	1	3,8	4	7,8
Асоратли беморлар	12	46,2	20	39,2
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пункцион дренажлаш	3	11,5	5	9,8
Қолдиқ бўшлиқдан дренажнинг тушиб кетиши ёки нотўғри дренажлаш	4	15,4	7	13,7
Қолдиқ бўшлиқни узоқ муддатли дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	12	46,2	11	21,6
Ўлим кўрсаткичи	0	0	2	3,9
Фарқлар ишончилиги (χ^2 мезони)	3,929; Df=5; P=0,362			

ҚБ йиринглаши ёки суюқликнинг чекланган тўпланиши 8 (30,8%) беморда кузатилди. Умумий операциядан кейинги асоратлар 4 (15,4%) ҳолатда қайд этилди. Операциядан кейинги

даврда 3 (11,5%) беморда такрорий операция ёки пункцион дренажлаш зарур бўлди. ҚБдан дренажнинг тушиб кетиши ёки етарли бўлмаган дренажлаш 4 (15,4%) беморда кузатилди. ҚБнинг узок муддатли (1 ойдан ортик) дренажланиши 12 (46,2%) беморда қайд этилди. Асоратланган қайталанувчи ЖЭда ҚБга йиринглашда ишлов бериш усулига қараб маҳаллий ва умумий асоратлар ривожланиш эҳтимоли юқори бўлиб, паразитнинг нобуд бўлиши ва хитин қобиғининг парчаланиши, фиброз капсуланинг ички қобиғи ажралиши, ҚБни дренажлаш вариантлари, ҚБдан дренажнинг тушиб кетиш эҳтимоли кузатилади.

Операциядан кейинги асоратлар частотаси ва ёндош патологияси мавжуд назорат гуруҳидаги беморларни реабилитация қилиш хусусиятлари 3.6-жадвалда келтирилган.

Назорат гуруҳида ёндош патологияси бўлган беморлар сони 51 (66,2%) ни ташкил этди. Улардан 27 (52,9%) беморда операциядан кейинги даврда турли хил асоратлар қайд этилди. ҚБ йиринглаши 12 (23,5%) беморда кузатилди. Умумий характердаги асоратлар 9 (17,6%) ҳолатда ривожланди ва 3 (5,9%) беморда касалликнинг қайталаниши аниқланди. Асоратлар туфайли 6 (11,8%) ҳолатда такрорий жарроҳлик аралашуви ёки пункцион-дренаж усули қўлланилди. ҚБдан дренажнинг тушиб кетиши 9 (17,6%) ҳолатда қайд этилди. ҚБда узок муддатли дренаж ўтказувчанлик 19 (37,3%) беморда кузатилди. Ушбу гуруҳдаги асоратли беморларда ўлим кўрсаткичи мос равишда 2,0% ва 3,8% ни ташкил этди.

Назорат гуруҳидаги 16 (20,8%) беморда жигарнинг кўп сонли қайта юзага келган экинококк кистаси бўлиб, уларнинг 12 тасида (75%) интрапаренхиматоз жойлашуви кузатилган. Операциядан кейинги даврда қуйидаги асоратлар қайд этилди: 5 (31,3%) беморда операцион майдоннинг йиринглаши; 3 (18,8%) ҳолатда умумий асоратлар; 2 (12,5%) беморда паренхиматоз қон кетиш; 1 (6,3%) ҳолатда ўт перитонити ва 2 (12,5%) беморда узок муддат давом этган ўт оқмаси кузатилди. Паразитар зарарланишнинг ушбу турида экинококкектомиядан кейинги узок даврда касалликнинг қайталаниши 2 (12,5%) беморда аниқланди (3.7-жадвал).

Операциядан кейинги даврда асоратлари бўлган 3 (18,8%) беморда такрорий операция ёки пункцион дренажлаш ўтказилди.

ҚБ (операция пайти)дан дренажнинг чиқиб кетиши 5 та (31,3%) ҳолатда кузатилган, 8 та (50%) ҳолатда эса ЎПнинг узок вақт давомида дренажланиши қайд этилган. Ушбу гуруҳда ўлим кўрсаткичи 2 та (12,5%) ҳолатни ташкил этди. Амалда барча кўрсатилган параметрлар бўйича кўрсаткичларнинг ишончли ($p<0,05$) фарқи аниқланди.

3.6-жадвал

Қайталанган ЖЭ ва ёндош касалликлари мавжуд бўлган беморларда операциядан кейинги асоратлар частотаси ҳамда уларни реабилитация қилишнинг ўзига хос хусусиятлари

Курсаткич	Хавф омили мавжуд		Йук	
	абс	%	абс	%
Жами беморлар	51	66,2	26	33,8
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	12	23,5	3	11,5
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	9	17,6	2	7,7
Жигар паренхимасидан қон кетиши	1	2,0	1	3,8
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	1	2,0	0	0
Узоқ муддатли ўт йўли оқмаси	5	9,8	1	3,8
Касалликнинг қайта юзага чиқиши	3	5,9	2	7,7
Асоратли беморлар	27	52,9	7	26,9
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пункцион дренажлаш	6	11,8	2	7,7
Қолдиқ бўшлиқдан дренажнинг тушиб кетиши ёки нотўғри дренажлаш	9	17,6	2	7,7
Қолдиқ бўшлиқни узок муддатли дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	19	37,3	4	15,4
Ўлим кўрсаткичи	1	2,0	1	3,8
Фарқлар ишончлилиги (χ^2 мезони)	4,551; Df =5; P=0,278			

Назорат гуруҳидаги 12 та (15,6%) беморда жигарнинг улкан қайталанган асоратланган эхинококкози аниқланди. Операциядан кейинги даврда қуйидаги асоратлар кузатилди: 6 та (50%) беморда операцион майдоннинг йиринглаши юз берди; 2 та (16,7%)

ҳолатда умумий асоратлар ривожланди; 1 та (8,3%) беморда паренхиматоз қон кетиш кузатилди ва яна 1 та (8,3%) беморда узоқ вақт давомида фаолият кўрсатувчи ўт йўли оқмаси қайд этилди.

3.7-жадвал

Кўп сонли интрапаренхиматоз қайталанган ЖЭ билан беморларда операциядан кейинги асоратлар частотаси ва реабилитация хусусиятлари

Кўрсаткич	Хавф омили мавжуд		Йўқ	
	абс	%	абс	%
Жами беморлар	16	20,8	61	79,2
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	5	31,3	10	16,4
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	3	18,8	8	13,1
Жигар паренхимасидан қон кетиши	2	12,5	0	0
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	1	6,3	0	0
Узоқ муддатли ўт йўли оқмаси	2	12,5	4	6,6
Касалликнинг қайта юзага чиқиши	2	12,5	3	4,9
Асоратли беморлар	12	75,0	22	36,1
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пункцион дренажлаш	3	18,8	5	8,2
Дренажнинг қолдиқ бўшлиқдан тушиб кетиши ёки нотўғри дренажланиш	5	31,3	6	9,8
Қолдиқ бўшлиқни узоқ муддат дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	8	50,0	15	24,6
Ўлим кўрсаткичи	2	12,5	0	0
Фарқлар ишончилиги (χ^2 мезони)	10,008; Df =5; P=0,024			

Паразитар зарарланишнинг ушбу турида эхинококкэктомиядан (ЭЭ) кейинги узоқ даврда касалликнинг қайталаниши 1 (8,3%) беморда ҳам аниқланган (3.8-жадвал). Ушбу гуруҳдаги 12 беморнинг 9 тасида (75%) операциядан кейинги даврда турли хил асоратлар кузатилган. Шундан, операциядан кейинги даврда асоратлари бўлган 3 (25%) беморда такрорий операция ёки пункцион дренажлаш ўтказилган. Қолдиқ бўшлиқдан (ҚБ) дренажнинг тушиб қолиши 4 (33,3%) ҳолатда кузатилган, 9 (75%) ҳолатда эса ҚБнинг узоқ вақт давомида дренажланиши қайд этилган. Амалда барча кўрсатилган

параметрлар бўйича кўрсаткичларнинг ишончли ($p < 0.05$) фарқи аниқланган.

3.8-жадвал

Операциядан кейинги асоратлар частотаси ва катта қайталанган асоратли эхинококкоз паренхимаси билан оғриган беморларни реабилитация қилиш хусусиятлари

Кўрсаткич	Хавф омили мавжуд		Йўқ	
	абс	%	абс	%
Жами беморлар	12	15,6	65	84,4
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	6	50,0	9	13,8
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	2	16,7	9	13,8
Жигар паренхимасидан қон кетиши	1	8,3	1	1,5
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	0	0	1	1,5
Узоқ муддатли ўт йўли оқмаси	1	8,3	5	7,7
Касалликнинг қайталаниши	1	8,3	4	6,2
Асоратлари бўлган беморлар	9	75,0	25	38,5
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пункцион дренажлаш	3	25,0	5	7,7
Дренажнинг қолдиқ бўшлиқдан чиқиб кетиши ёки нотўғри дренажлаш	4	33,3	7	10,8
Қолдиқ бўшлиқни узоқ вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	9	75,0	14	21,5
Ўлим кўрсаткичи	0	0	2	3,1
Фарқлар ишончилиги (χ^2 мезони)	8.372; Df=5; P=0.050			

ЭЭдан кейинги асоратлар частотаси ва касалликнинг кўп марта қайталаниши бўлган беморларни реабилитация қилиш хусусиятлари 3.9-жадвалда келтирилган.

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, назорат гуруҳидаги ($n=77$) 18 (23,4%) нафар беморда жигра эхинококкининг кўп марта қайталаниши (ЖЭКҚ) ташхиси қўйилган.

Операциядан кейинги даврда 18 беморнинг 14 тасида (77,8%) турли хил асоратлар кузатилди. Шундан 8 нафар (44,4%) беморда операциядан сўнг очик паренхиманинг йиринглаши қайд этилди.

4 та (22,2%) беморда операциядан кейин умумий асоратлар ривожланди. Жигар паренхимасидан қон кетиши 1 та (5,6%) беморда кузатилди. Беморларнинг ушбу гуруҳида ўт йўли оқмаси ва перитонит ривожланиши ҳам 1 та (5,6%) ҳолатда қайд этилди. Касалликнинг қайталаниши 2 та (11,1%) беморда аниқланди. Шунингдек, 4 та (22,2%) ҳолатда релапаротомия ёки пункцион дренажлаш кўринишидаги такрорий операция ўтказилди. Очик паренхимадан дренажнинг тушиб қолиши 6 та (33,3%) беморда кузатилди. Очик паренхимани узоқ муддат (1 ойдан ортиқ) дренажлаш 13 та (72,2%) беморда қайд этилди. Ўлим 1 та (5,6%) ҳолатда юз берди.

3.9-жадвал

Операциядан кейинги асоратларнинг учраш даражаси ва касалликнинг икки ёки ундан ортиқ марта қайталанган ЖЭ билан беморларда реабилитация хусусиятлари

Кўрсаткич	Хавф омили мавжуд		Йўқ	
	абс	%	абс	%
Жами беморлар	18	23,4	59	76,6
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	8	44,4	7	11,9
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	4	22,2	7	11,9
Жигар паренхимасидан қон кетиши	1	5,6	1	1,7
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	1	5,6	0	0
Узоқ муддатли ўт йўли оқмаси	2	11,1	4	6,8
Касалликнинг қайталаниши	2	11,1	3	5,1
Асоратлари бўлган беморлар	14	77,8	20	33,9
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пункцион дренажлаш	4	22,2	4	6,8
Дренажнинг қолдиқ бўшлиқдан чиқиб кетиши ёки нотўғри дренажлаш	6	33,3	5	8,5
Қолдиқ бўшлиқни узоқ вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	13	72,2	10	16,9
Ўлим кўрсаткичи	1	5,6	1	1,7
Фарқлар ишончлилиги (χ^2 мезони)	12.397; Df=5; P=0.050			

Шу билан бирга, 8 та (44,4%) беморда операциядан кейинги даврда ҚБ йиринглаши кузатилди. 4 та (22,2%) беморда операциядан кейин умумий асоратлар юзага келди.

ЭЭдан кейинги 3 йилгача бўлган муддатда ЖЭ қайта юзага келиши аниқланган беморларда операциядан кейинги асоратлар частотаси ва уларни реабилитация қилиш хусусиятлари 3.10-жадвалда келтирилган.

Келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики, тадқиқотнинг назорат гуруҳидаги (n=77) 29 та (37,7%) беморда ЭЭдан кейинги 3 йилгача бўлган муддатда қайта юзага келган ЖЭ таъхиси қўйилган. 5 та (17,2%) беморда операциядан кейин умумий асоратлар ривожланди.

3.10-жадвал

Операциядан кейинги асоратларнинг частотаси ва операциядан сўнг 3 йилгача бўлган муддатда ЖЭ рецидиви аниқланган беморларни реабилитация қилиш хусусиятлари

Кўрсаткич	Хавф омили мавжуд		Йўқ	
	абс	%	абс	%
Жами беморлар	29	37,7	48	62,3
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	7	24,1	8	16,7
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	5	17,2	6	12,5
Жигар паренхимасидан қон кетиши	1	3,4	1	2,1
Перитонит ривожланиши билан ўт оқмаси	1	3,4	0	0
Узоқ вақт давом этувчи ўт оқмаси	3	10,3	3	6,3
Касалликнинг қайта юзага чиқиши	2	6,9	3	6,3
Асоратли беморлар	17	58,6	17	35,4
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пункцион дренажлаш	5	17,2	3	6,3
Қолдиқ бўшлиқдан дренажнинг тушиб қолиши ёки нотўғри дренажлаш	8	27,6	3	6,3
Қолдиқ бўшлиқни узоқ вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	15	51,7	8	16,7
Ўлим кўрсаткичи	2	6,9	0	0
Фарқлар ишончлилиги (χ^2 мезони)	11.538; Df =5; P=0.050			

Келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики, 7 та (24,1%) беморда операциядан кейинги даврда ЎПнинг йиринглаши кузатилган. Жигар паренхимасидан қон кетиши 1 та (3,4%) беморда қайд этилган. Беморларнинг ушбу гуруҳида перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси ҳам 1 та (3,4%)

ҳолатда кузатилган. Узоқ муддат давомида фаол бўлган ўт йўли оқмаси 3 та (10,3%) беморда аниқланган. Касалликнинг қайта қўзғалиши 2 та (6,9%) беморда ташхисланган. 29 нафар беморнинг 17 тасида (58,6%) операциядан кейинги даврда турли асоратлар юзага келган. Шундан 5 та (17,2%) ҳолатда релапаротомия ёки пункцион дренажлаш кўринишидаги такрорий операция ўтказилган. ҚБдан дренаж найчасининг тушиб кетиши 8 та (27,6%) беморда кузатилган. ҚБни узоқ вақт (1 ойдан ортиқ) дренажлаш 15 та (51,7%) беморда амалга оширилган. Ўлим ҳолати 2 та (6,9%) кузатувда қайд этилган.

Жигар ва бошқа аъзоларнинг кўп марта қайталанувчи эхинококкози бўлган беморларда операциядан кейинги асоратлар таҳлили ва реабилитация хусусиятлари 3.11-жадвалда келтирилган.

3.11-жадвал

Кўп марта қайталанган жигар эхинококкози ва бошқа аъзолар эхинококкози бўлган беморларда операциядан кейинги асоратлар частотаси ва реабилитация хусусиятлари

Кўрсаткич	Хавф омили мавжуд		Йўқ	
	абс	%	абс	%
Жами беморлар	25	32,5%	52	67,5%
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	9	36,0%	6	11,5%
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	6	24,0%	5	9,6%
Жигар паренхимасидан қон кетиши	1	4,0%	1	1,9%
Перитонит ривожланиши билан ўт оқмаси	1	4,0%	0	0,0%
Узоқ вақт давом этувчи ўт оқмаси	3	12,0%	3	5,8%
Касалликнинг қайта юзага чиқиши	3	12,0%	2	3,8%
Асоратли беморлар	18	72,0%	16	30,8%
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пункцион дренажлаш	5	20,0%	3	5,8%
Қолдиқ бўшлиқдан дренажнинг тушиб қолиши ёки нотўғри дренажлаш	8	32,0%	3	5,8%
Қолдиқ бўшлиқни узоқ вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	14	56,0%	9	17,3%
Ўлим кўрсаткичи	1	4,0%	1	1,9%
Фарқлар ишончлилиги (χ^2 мезони)	12.442; Дф=5; П=0.050			

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, тадқиқотнинг назорат гуруҳидаги ($n=77$) 25 та (32,5%) беморда кўп марта қайталанадиган эхинококкоз ва қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари касалликлари аниқланган. Шундан 9 та (36%) беморда операциядан кейинги даврда операция майдонининг йиринглаши кузатилган. Операциядан кейинги умумий асоратлар 6 та (24%) беморда юзага келган.

Жигар тўқимасидан қон кетиши ва ўт йўлидан ўт суюқлиги оқиши натижасида перитонит ривожланиши 1 та (4,0%) беморда қайд этилган. Беморларнинг ушбу гуруҳида узок вақт давомида фаол бўлган ўт оқмаси 3 та (12%) ҳолатда кузатилган. Касалликнинг узок муддатдан сўнг қайталаиши ҳам 3 та (12%) беморда аниқланган. Операциядан кейинги даврда 18 та (72%) беморда турли хил асоратлар юзага келган.

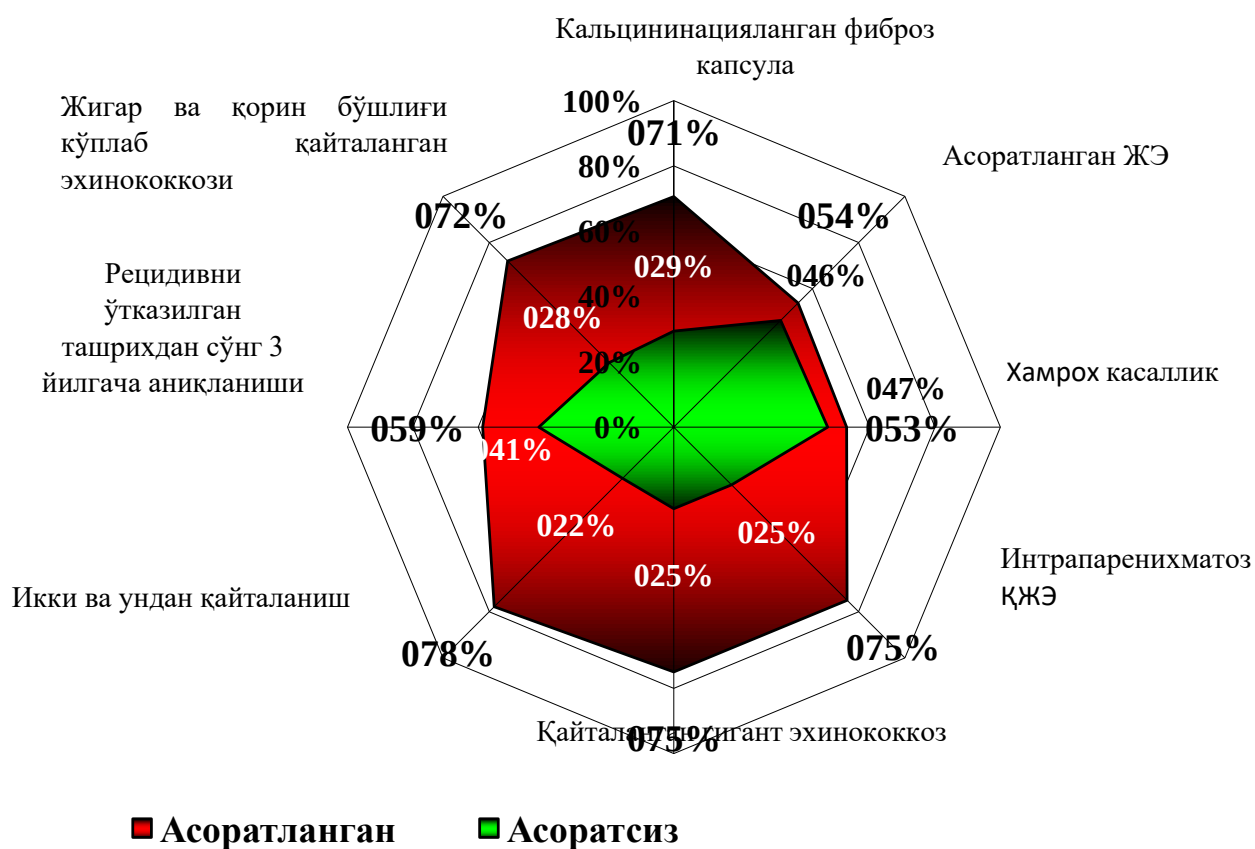
Шу билан бирга, 5 та (20%) ҳолатда релапаротомия ёки пункцион дренажлаш кўринишидаги қайта операция ўтказилди.

Ўпка плеврасидан дренажнинг тушиб қолиши 8 та (32%) беморда кузатилди. Қолиқ бўшлиқни узок муддат (1 ойдан ортиқ) дренажлаш 14 та (56%) беморда амалга оширилди. Ўлим 1 та (4,0%) ҳолатда юз берди. Амалда барча кўрсатилган параметрлар бўйича кўрсаткичларнинг ишончли ($p<0.05$) фарқи аниқланди.

Тадқиқотнинг назорат гуруҳидаги беморларни жарроҳлик даволаш натижасига таъсир этувчи омилларга кўра тақсимлашда операциядан кейинги даврнинг асоратли кечиши бўлган беморлар сони кўпроқ эканлиги қайд этилди. Жумладан, кальцинацияланган фиброз капсулалари 17 беморнинг 70,6% (12 бемор)ида операциядан кейинги асоратлар ривожланди.

Асоратланган эхинококкоз билан оғриган беморлар гуруҳида (26 бемор) 12 (46,2%) беморда операциядан кейин турли хил асоратлар кузатилди. Хамроҳ касалликлари бор қайталанувчи эхинококкоз билан оғриган беморларда ($n=51$) операциядан кейинги даврда асоратлар ривожланиши (52,9%) аниқланди. Паренхима ичида жойлашган кўп сонли қайталанувчи эхинококкозда 16 нафар бемордан 75% (12 нафар бемор)да операциядан кейинги асоратлар қайд этилди. Гигант қайталанувчи эхинококкоз билан оғриган 12 нафар бемордан 9 нафарида (75%) операциядан кейинги даврда асоратлар ривожланди.

Операциядан кейинги асоратларнинг энг юқори частотаси (77,8%) касаллик кўп марта қайталанган беморлар гуруҳида (18 бемор) қайд этилди. Операциядан кейинги асоратларнинг шунга ўхшаш юқори кўрсаткичлари (72%) кўп сонли қайталанувчи эхинококкоз ва қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари касалликлари бўлган беморлар гуруҳида кузатилди. Эхинококкэктомиядан кейин 3 йилгача бўлган муддатда аниқланган эхинококкоз қайталаниши бўлган 29 бемор орасида 17 (58,6%) беморда операциядан кейинги даврда турли хил асоратлар ривожланди (3.1-расм).



Расм 3.1. Ташрихдан кейинги даврнинг асоратли кечиши билан қайталанган жигар эхинококкозига чалинган беморларнинг турли хавф омилларига кўра тақсимланиши.

Таҳлил қилинган омилларни инобатга олган ҳолда, қуйидаги асоратларнинг ривожланиш эҳтимоллиги ва даволаш натижасига таъсири аниқланди:

- Кальцинацияланган фиброз капсуланинг мавжудлиги - қолдиқ бўшлиқни даволаш ва бартараф этиш усулига қараб маҳаллий асоратлар ривожланиш хавфини оширади, операциядан кейинги реабилитация муддатини узайтиради;

- Қайталанган асоратланган ЖЭ - йиринглашда қолдик бўшлиққа ишлов бериш усулига қараб маҳаллий ва умумий асоратлар ривожланиш хавфини оширади, хитин қобиғининг парчаланиши билан паразитнинг ҳалок бўлишига, фиброз капсуланинг ички қобиғининг ажралишига олиб келади, қолдик бўшлиқни дренажлаш вариантларига таъсир қилади, қолдик бўшлиқдан дренажнинг тушиб қолиш эҳтимолини оширади;

- Гигант қайталанган ЖЭ - қолдик бўшлиқни даволаш ва бартараф этиш усулига қараб маҳаллий асоратлар ривожланиш хавфи, операциядан кейинги реабилитация муддати;

- Қайталанган ЖЭда иммун тизими ҳолати - маҳаллий ва умумий йирингли-яллиғланиш жараёнлари ривожланиш хавфи;

- Кўп сонли интрапаренхиматоз қайталанган ЖЭ - дренажлаш усулига қараб маҳаллий асоратлар ривожланиш хавфи, қолдик бўшлиқдан дренаж тушиб қолиш эҳтимоли, операциядан кейинги реабилитация давомийлиги;

Шундай қилиб, жигар эхинококкози (ЖЭ)нинг қайта юзага келган шакллари жарроҳлик йўли билан даволаш натижасига таъсир этувчи омиллар таркибида касаллик кечишининг умумий хусусиятлари (жарроҳлик амалиётидан сўнг 3 йил ичида касалликнинг қайтиши, икки ва ундан ортиқ марта қайтиши, ҳамроҳ касалликлар мавжудлиги) ҳамда қайта юзага келган зарарланишнинг хусусиятлари (асоратланган ЖЭ, кальцинацияланган фиброз капсула, кўп сонли интрапаренхиматоз қайталанган ЖЭ, улкан ўлчамдаги қайталанган ЖЭ, кўп сонли қайталанган ЖЭ ва бошқа аъзолардаги ЖЭ муҳим аҳамиятга эга. Буларнинг прогностик аҳамияти операциядан кейинги асоратларнинг ривожланиш частотаси ва реабилитация давомийлиги билан сезиларли даражада фарқ қилади ($p=0,007$). Юқорида кўрсатилган омиллар мавжуд бўлганда, ЖЭни анъанавий усулда даволаш 52,9-77,8% ҳолларда асоратларнинг ривожланиши ва (ёки) қолдик бўшлиқларнинг битиш хусусиятлари фонида операциядан кейинги реабилитациянинг узок давом этиши билан тавсифланади.

IV БОБ.

ҚАЙТАЛАНГАН ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗДА ЭХИНОКОККЭКТОМИЯДАН СЎНГ ҚОЛДИҚ БЎШЛИҚГА ҚАЙТА ИШЛОВ БЕРИШ ВА БАРТАРАФ ЭТИШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Маҳаллий ва хорижий адабиётларда жигарнинг қайта юзага келган эхинококк кисталарини жарроҳлик кириш йўлини танлаш, операциянинг кўлами ва хусусияти, кистани қайта ишлаш усули, қолдиқ бўшлиқни дренажлаш ёки йўқ қилиш зарурати ҳамон мунозарали масалалар бўлиб қолмоқда. Шу муносабат билан, ушбу боб жарроҳлик даволаш натижаларига, операциядан кейинги яқин даврда асоратлар ривожланиши ва уларнинг хусусиятларига, шунингдек узок муддатли даврда беморларнинг ҳаёт сифати, реабилитацияси ва меҳнат қобилиятига таъсир кўрсатувчи асосий муаммолар бўйича олиб борган ишланмаларимизга бағишланган.

4.1-§. Қайталанган жигар эхинококкозда операция пайтида ҚБга кўп компонентли антипаразитар ишлов бериш хусусиятлари

Эхинококкэктомиядан кейинги инфекцион-яллиғланиш асоратларини олдини олишнинг самарали ва хавфсиз усулларини топишга қаратилган клиник тадқиқотлар шуни кўрсатдики, турли даврларда жигардан эхинококкэктомиядан кейин қолдиқ бўшлиғига (ҚБ) ишлов бериш учун хилма-хил кимёвий, физик ва биологик антипаразитар воситалар қўлланилган.

Шундай қилиб, бизнинг ихтироимизнинг мақсади жигардан эхинококкэктомиядан кейин ҚБ антисептик ишлов бериш усулини ишлаб чиқишдан иборат бўлди. Бу усул оддий ва қулай бўлиши билан бирга, юқори антисептик таъсирга эга бўлиши ҳамда жигарга энг кам шикаст етказадиган ва заҳарли таъсир кўрсатмайдиган бўлиши керак эди.

Жигардан эхинококкэктомия (ЭЭ) пайтида кўп компонентли интраоперацион антипаразитар операцион майдонга (ОМ) ишлатиладиган эритмаларнинг токсик таъсирини экспериментал ўрганиш натижалари 1-иловада келтирилган.

Қўйилган мақсадни амалга ошириш учун АндДавТИ клиникаси амалиётида фармакологияда маълум бўлган ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан қўллашга рухсат этилган антисептик воситалар комбинациясидан фойдаланган ҳолда ЭЭдан сўнг жигар ОМга интраоперацион антипаразитар ишлов беришнинг содда ва қулай усули ишлаб чиқилган ва жорий этилган (Патент № IAP 2014 0498).

Клиникамизда ишлаб чиқилган усул қуйидагича амалга оширилади: лапаротомия, киста пункцияси, таркибни аспирация қилиш, электрокоагулятор ёрдамида фиброз капсулани кесиш ва хитин қобигини олиб ташлаш бажарилади. Фиброз капсуланинг ички юзасига кетма-кет 20% натрий хлорид эритмаси, 70-75° С ҳароратгача иситилган фурациллин эритмаси, 96% спирт ва 5% ёд настойкаси билан ишлов берилади. Ҳар бир восита мос равишда 2, 3, 3, 3 дақиқа давомида қўлланилади. Шундан сўнг фиброз капсуланинг олдинги ярим айланаси кесилади, фиброз капсула чети ва ички юзаси электрокоагуляция қилинади. Бўшлиққа назорат учун дренаж найчаси жойлаштирилади ва маҳкамланади.

ЭКга антипаразитар ишлов бериш самарадорлигини қиёсий таҳлил қилиш мақсадида ҚБга ишлов берилгандан сўнг, 5-10 мл миқдордаги эхинококк суюқлиги озуқа муҳитига, масалан, гликохолатга солинади ва термостатда 37°С ҳароратда 10 дақиқа давомида инкубация қилинади.

Сўнгра инкубация қилинган протосколекслар суспензиясининг бир томчиси буюм ойнасига томизилади ва микроскопнинг кичик катталаштиришида текширилади.

Сколекслар ўлганлигининг белгилари уларнинг ҳаракатсизлиги ҳамда 37-39°С ҳароратдаги илиқ физиологик эритмада эхинококк суюқлиги центрифугатини микроскопда кўргандан сўнг сколекслар таркибининг ташқарига чиқиши ҳисобланади. Антипаразитар ишловдан олдин сколекслар ҳаракатчан, овал шаклда бўлиб, паренхимасида икки қатор илмоқлар кўринади. Ишлов берилгандан сўнг киста бўшлиғидан ажралган суюқликда сколексларнинг емирилган қобиклари ва шакли йўқолган масса аниқланади.

Мисол тариқасида қуйидаги клиник кузатувни келтирамиз:

1-мисол.

Бемор М., 30 ёшида, касаллик тарихи №8837/438. 2009 йил 26 апрелда АндДавТИ клиникасининг 3-жарроҳлик бўлимига қуйидаги таъхис билан ётқизилган: Жигар ўнг бўлагининг қайталанган жигар эхинококкози.

Қабул қилинганда ўнг қовурға остида оғриқ ва оғирлик сезиш, вақти-вақти билан кўнгил айланиш ва умумий ҳолсизликдан шикоят қилган.

У ўзини 2009 йил январь ойидан бери касал деб ҳисоблайди, ўшанда умумий ҳолсизлик пайдо бўлиб, юқоридаги шикоятлар қўшилган.

Анамнездан маълум бўлишича, бемор 3 йил олдин жигар эхинококкози бўйича операция қилинган.

Беморнинг касалхонага келгандаги умумий аҳволи оғир, бироқ ҳуши жойида, саволларга ўринли жавоб бермоқда. Териси ва кўринадиган шиллиқ пардалари одатий рангда. Кўкрак қафаси конуссимон, шакл бузилишларсиз. Перкуссияда симметрик соҳаларда ўпка товуши эшитилади. Аускультацияда ўнг ва чап томондан везикуляр нафас эшитилмоқда. Нафас олиш тезлиги дақиқасига 16-18 марта. Юрак: тонлари бўғиқ, ритмик, қон босими 110/70 мм сим. уст. Юрак уриши дақиқасига 88 марта. Қорин шакли тўғри, нафас олишда бир текис иштирок этмоқда. Ўнг қовурға ости соҳасида операциядан кейинги эски чандиқ мавжуд. Пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурға ости соҳасида оғриқ сезилмоқда.

Умумий қон таҳлили: гемоглобин - 106 г/л; эритроцитлар - $3,40 \times 10^{12}$; ранг кўрсаткичи - 0,9; лейкоцитлар - $7,3 \times 10^9$; эозинофиллар - 4; ЭЧТ - 15 мм/соат. Эозинофиллар-4;

Биокимёвий таҳлил: умумий билирубин - 3,4; тўғри билирубин - аниқланмади; билвосита билирубин - 3,4; умумий оқсил - 63,2; кальций - 1,09; амилаза - 13,3.

Умумий сийдик таҳлили: ранги - оч сариқ; бироз лойқа; оқсил - излари бор; ЖЭителий - 0-0-1; лейкоцитлар - 6-4-5.

Кўкрак қафаси рентгеноскопияси: ўпка чегаралари тоза, синуслар бўш, диафрагманинг ўнг гумбази гадир-будур, кўтарилган. Диафрагманинг чап гумбази аниқ, ҳаракатчан, юрак ва аорта меъёрида. Юрак ва аортада ўзгаришлар йўқ.

ЭКГ: Синусли ритм тўғри. Юрак электр ўқининг ҳолати нормал.

УТТда: Жигар контурлари текис ва аниқ. Ўнг бўлакда VII ва VIII сегментлар проекциясида 90x67x59 мм ўлчамли, юмалоқ шаклдаги бўшлиқли ҳосила аниқланди. Унинг чегаралари текис, аниқ, қалинлиги 5 мм гача бўлган кальцинацияланган капсулага эга. Ички эхоструктураси бир хил эмас, биров юқори эхогенлик фонида 13x13 мм ўлчамли суюқлик ва тўсиқли бўшлиқни ўз ичига олади.

Хулоса: Жигар ўнг бўлагининг эхинококк кистаси.

Таъхис: Жигарнинг қайталанган эхинококкози.

Операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг, 2009 йил 29 апрелда беморга эндотрахеал наркоз остида жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Ўнг қовурға остидаги операциядан кейинги чандиқ кесиб олинди. Федоров усулида ўнг қовурға остида лапаротомия қилинди. Битишма жараёни яққол ифодаланган бўлиб, битишмалар ўткир ва ўтмас усулда ажратилди. Текшириш пайтида жигарнинг ўнг бўлагиди (VII-VIII сегмент) 8x10 см ўлчамли эхинококк кистаси аниқланди. Касалликнинг қайтарилишини олдини олиш учун атрофдаги тўқималар ва аъзолар 20% ли натрий хлорид эритмаси билан намланган дока салфетка ёрдамида ишончли ҳимояланди. Киста пункция қилинди, унинг таркиби сўриб олинди, сўнгра эхинококк кистасининг фиброз капсуласи кесиб очилди ҳамда паразитнинг қиз кисталари ва хитин қобиги олиб ташланди. Операцион майдон кетма-кет равишда 20% ли натрий хлорид эритмаси билан 2 дақиқа, иссиқ фурациллин (70⁰-75⁰С) билан, 96% ли спирт билан, 5% ли йод настойкаси билан 3 дақиқадан ишлов берилди. Фиброз капсула иложи бориचा кесиб олиб ташланди. Кесиб олинган фиброз капсула четлари куйдирилиб беркитилди. Назорат учун бўшлиққа иккита дренаж найчаси киритилди ва маҳкамланди. Операция жароҳати қават-қават қилиб зич тикиб қўйилди.

Бемор соғайиб, касалхонадан чиқарилди. 3 ойдан сўнг ҳайдовчилик бўйича аввалги ишини бажаришни бошлади. 8 кг вазн қўшди, ҳеч қандай шикоятни йўқ. Назорат ультратовуш текширувида қолдиқ бўшлиқ ва рецидив киста аниқланмади. Узоқ муддатли натижа (1, 2 ва 5 йилдан сўнг) аъло даражада баҳоланди.

Таклиф этилган кўп компонентли интраоперацион антипаразитар ишлов бериш усули рецидивланувчи экинококкознинг асоратланган шакллари жарроҳлик йўли билан даволаш шароитида қўлланилганда, операциядан кейинги эрта даврда қолдиқ бўшлиқнинг адекват санациясига эришиш ва турли асоратлар ривожланган беморлар улушини 46,2% дан 10,7% гача камайтириш имконини берди. Амалда, барча кўрсатилган параметрлар бўйича асосий гуруҳдаги кўрсаткичлар назорат гуруҳидан сезиларли даражада ($p < 0.05$) фарқ қилди (4.1-жадвал).

4.1-жадвал

Рецидивланувчи ЖЭнинг асоратланган шаклларида ҚБга ишлов берилган ЭЭ натижалари

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ (n=28)		Назорат гуруҳи (n=26)	
	абс	%	абс	%
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	1	3,6%	8	30,8%
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	1	3,6%	4	15,4%
Жигар паренхимасидан қон кетиши	0	0,0%	0	0,0%
Перитонит ривожланиши билан ўт оқмаси	0	0,0%	0	0,0%
Узоқ вақт давом этувчи ўт оқмаси	1	3,6%	2	7,7%
Асоратли беморлар	3	10,7%	12	46,2%
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пункцион дренажлаш	1	3,6%	6	23,1%
КБдан дренажнинг тушиб қолиши ёки нотўғри дренажлаш	2	7,1%	6	23,1%
КБ ни узоқ вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	4	14,3%	12	46,2%
Фарқлар ишончлилиги (χ^2 мезони)	9.853; Df=4; P=0.043			

Шундай қилиб, бизнинг тажрибамиз ва ўтказган тадқиқотларимиз шуни исботладики, жигар ЭЭдан сўнг ОПга комплекс интраоператсион антипаразитар ишлов беришнинг таклиф этилган усули юқори антисептик таъсирга эга бўлиб, энг кам шикастловчи ва жигар учун заҳарли таъсир кўрсатади, шунингдек, қўллаш учун қулай ва содда ҳисобланади.

4.2-§. Жигардан эхинококкэктомиядан сўнг қолдиқ бўшлиқни жигарнинг юмалоқ бойлами билан тампонлаш усули

I бобда биз ЭКнинг ҳаёт фаолияти даври, унинг ўлчами ва аъзода жойлашиш хусусиятларига боғлиқ бўлган операциянинг энг масъулиятли ва қийин босқичи сифатида жигар ЭЭдан кейин ЎПни бартараф этишнинг адабиётларда таклиф этилган турли усуллари кўриб чиқишга тўхталган эдик.

Таъкидланганидек, қолдиқ бўшлиқни бартараф этишнинг барча мавжуд усуллари ўзига хос камчиликларга эга: капитонаж жараёнида йирик қон томирлари шикастланиши мумкин, катта қаттиқ эхинококк кисталарида, қорин бўшлиғида яққол битишма жараёни бўлганда ҳар доим ҳам қолган бўшлиқни тўлиқ тикиб бўлмайди, йиринглаган бўшлиқни тикиш оқмалар пайдо бўлишига ва йирингли жараённинг қайта бошланишига олиб келиши мумкин, бўшлиқнинг капитонажи жигар тўқимасининг бужмайишига ва жигарнинг бир қисмининг функционал ишдан чиқишига сабаб бўлади.

Шу муносабат билан, тадқиқотимизнинг вазифаларидан бири операцияни соддалаштириш, унинг шикастланишини камайтириш, операция вақтидаги ва ундан кейинги асоратларнинг олдини олиш, қайталанган жигар эхинококкозида очик ЭЭда аъзоларни сақлаб қолувчи операцияларни ўтказиш имкониятини таъминлайдиган қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш усулини ишлаб чиқишдан иборат бўлди.

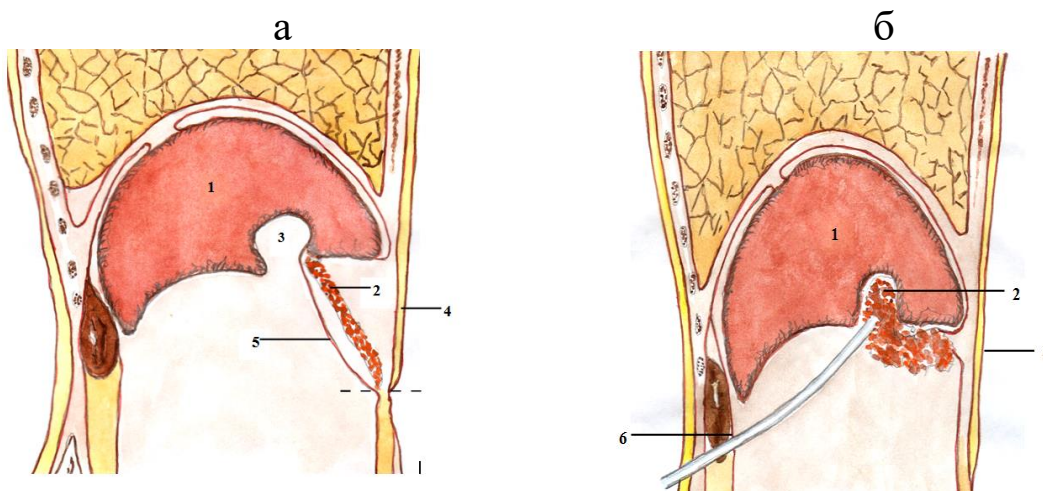
Адабиётларда юқори жойлашган ошқозон яраси туфайли ошқозоннинг зинапоясимон резекциясида бир қаторли чокни перитонизатсия қилиш учун, шунингдек ошқозон ости беги бошчаси ёки жигар дарвозасига ўтиб кетган яралари бўлган беморларда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғига ишлов беришда жигарнинг юмалоқ бойламидан муваффақиятли фойдаланиш тўғрисида маълумотлар мавжуд.

Биз жигардан эхинококк эхинококкэктомиядан (ЭЭ) кейинги қолган бўшлиқни (ҚБ) бартараф этиш мақсадида мобилизация қилинган жигарнинг юмалоқ бойламини (ЖЮБ) тампонада қилишни назарда тутувчи усулни ишлаб чиқдик ва амалиётга жорий этдик (ЎЗР Патент №ИАП 04368). Ушбу усул эхинококк

кистаси (ЭК) жигар дарвозаси яқинидаги I-IV сегментларда жойлашганда, жигар ичи қон томирлари, ўт йўллари, оҳакланиб қолган фиброз капсула шикастланиши эҳтимоли туфайли ва чарви етишмовчилиги сабабли ҚБни капитонаж қилиш хавфли бўлганда қўлланилади.

Усулнинг моҳияти қуйидагича: ЭК пункция қилинади, унинг таркиби сўриб олинади, электрокоагулятор ёрдамида фиброз капсула кесилади, хитин қобиғи олиб ташланади; сўнгра фиброз капсуланинг ички юзасига комплекс ишлов берилади. Киндикдан бошлаб жароҳатнинг юқори бурчагигача киндик венасини боғлаган ҳолда париетал қорин пардаси билан бирга ЖЮБ мобилизация қилинади. Кейин узунлиги 12-14 см ва эни 2-5 см бўлган ЖЮБ париетал қорин парда ва ёғ тўқимаси билан бирга шакллантирилади, 8-10 см узунликдаги ўроқсимон бойлам кесилади, шундан сўнг юмалоқ бойлам янада ҳаракатчан бўлиб қолади. Имкон қадар фиброз капсула четлари кесилади, коагуляция қилинади ва кистанинг пастки чеккаси бўйлаб бўшлиққа ЖЮБ киритилади ва у билан ҚБ тампонланади. ЖЮБ бойлам ёнидаги ипак чоклар билан фиброз капсула четига маҳкамланади (4.1-расм).

Бўшлиққа қўшимча равишда операциядан кейинги даврда манфий босим ҳосил қилиш учун ён тешиклари бўлган хлорвинил дренаж найчаси киритилади. Жигарнинг I-IV сегментларида диаметри 5-7 см бўлган ЭК жойлашганда "тампонада учун табиий материал" яратиш орқали мобилизация қилинган ЖЮБ билан ҚБни тампонлашнинг ишлаб чиқилган усулини қўллаш натижасида жигар ЭЭдан кейин ҚБни бартараф этиш техникаси соддалашади, операциянинг шикастлантирувчи таъсири камаяди ҳамда операциядан кейинги йирингли-яллиғланиш асоратлари ва касалликнинг қайта юзага келиш ҳолатлари сони камаяди.



4.1-расм. ЭЭдан сўнг жигарнинг юмалоқ бойлами билан ҚБ тампонадаси

1-жигар; 2- ЖЮБ (а) ва ҚБга тампонланган ЖЮБ (б); 3 - ҚБ; 4 - қорин олд девори, 5 - қорин пардаси олди ёғ тўқимаси; 6- дренаж найчаси.

Қуйидаги клиник кузатувни келтирамиз.

1-мисол. 36 ёшли М. исмли бемор. Касаллик тарихи № 8837/438970. АндДавТИ клиникасининг жарроҳлик бўлимига 2013 йил 26 октябрда қабул қилинган.

Клиникада беморга жигарнинг қайталанувчи эхинококкози таъхиси қўйилган.

Қабул қилинганда бемор ўнг қовурга остидаги вақти-вақти билан орқага тарқаладиган оғриқлар, кўнгил айланиши ва оғзидаги аччиқлик ҳиссидан шикоят қилган.

Анамнезидан маълум бўлишича, бемор 2009 йилда жигар эхинококкэктомияси операциясини ўтказган.

Қабул қилинганда: бемор аҳволи қониқарли, тана тузилиши нормал. Тери қопламлари ва кўриниб турувчи шиллиқ пардалар тоза, биров оқши рангда. Тери ости ёғ қавати яхши ривожланмаган. Ўпкада нафас олиши везикуляр, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари ритмик, юрак уриши дақиқасига 86 марта, қон босими 110/70 мм сим. уст. Қорин кўздан кечирилганда тўғри шаклда, шишмаган, иккала томони нафас олишида бир хил иштирок этади, пайпаслаганда барча қисмларида юмшоқ. Чуқур пайпаслаганда ўнг қовурга остида оғриқ сезилади. Ўт пуфагининг туби пайпасланмайди, қорин бўшлиғида бошқа қўшимча ҳосилалар аниқланмайди. Перитонеал белгилар йўқ. Қон ва сийдик таҳлилларида клиник аҳамиятга эга ўзгаришлар топилмаган.

Инструментал текширувда УТТ маълумотларига кўра: ички ва ташқи ўт йўллари кенгаймаган. Жигарнинг III-IV сегментлари чегарасида, субкапсуляр жойлашган, ўлчамлари 62x53x48 мм бўлган, аниқ, нотекис чегарали, суюқлик ва тузилмали қисмлардан иборат нотўғри шаклдаги бўшлиқли ҳосила аниқланган.

Ҳосила капсуласи 2-3 мм қалинликда, зич. Рангли доплер хариталаида: ҳосилалар қалинлигида қон оқими кузатилмайди, улар атрофидаги томирлар силжиган, аммо ўтказувчан, жигарнинг бошқа қисмларида томирлар архитектоникаси сақланиб қолган. Ўт пуфаги ушбу ҳосила таъсирида медиал томонга силжиган. Рангли доплер хариталаида ушбу ҳосила ичида қон оқими қайд этилмаган.

Хулоса: Жигар эхинококк кистаси.

2013 йил 26 октябрда эндотрахеал наркоз остида операциядан кейинги эски чандиқ кесиб олинди. Юқори ўрта лапаротомия (№268) амалга оширилди. Текширув пайтида жигарнинг чап бўлагиди (III-IV сегмент) 6x8 см ўлчамдаги эхинококк кистаси аниқланди. Киста пункция қилинди, сўнгра очилиб, паразитнинг хитин қобиғи олиб ташланди. Қолдиқ бўшлиқ 20% натрий хлорид эритмаси билан ишлов берилди, кейин 70°C гача иситилган фурациллин эритмаси, 96% спирт ва 5% ёд эритмаси билан тозаланди. Фиброз капсула яраси четиди гемостаз таъминланди. Шундан сўнг киндикдан жароҳатнинг юқори бурчагигача киндик венаси киндикдан жигар дарвозасигача боғланиб, париетал қорин парди билан биргаликда жигарнинг юмалоқ бойлами мобилизация қилинди. Сўнгра ўроқсимон бойлам кесилди. Париетал қорин парди ва клетчатка билан биргаликда узунлиги 12 см ва кенлиги 4-5 см бўлган жигарнинг юмалоқ бойлами шаклланди.

Кистанинг пастки чеккаси бўйлаб бўшлиққа жигарнинг юмалоқ бойлами киритилди ва у билан қолдиқ бўшлиқ тўлдирилди ҳамда фиброз капсуланинг чеккасига маҳкамланди. Бўшлиққа қўшимча равишда операциядан кейинги даврда қолдиқ бўшлиқда манфий босим ҳосил қилиш учун дистал учиди ён тешиклари бўлган хлорвинил дренаж найчаси киритилди.

Бемор 2013 йил 2 ноябрда (операциядан кейинги 7-кун) соғайиб, шифохонадан чиқарилди. Операциядан 1 ой ўтгач ўтказилган назорат ультратовуш текширувида қорин бўшлиғи

аъзолари томонидан ва олиб ташланган эхинококк кистаси ўрнида қўшимча бўйлиқ ҳосилалари аниқланмади.

Операциядан 3 йил ўтгач узоқ муддатли натижа аъло даражада баҳоланди.

Умуман олганда, асосий гуруҳда ФК калсификатсияси ривожланиши билан қайталанувчи ЖЭда ЖЮБни тампонлаш орқали ҚБни бартараф этишнинг таклиф этилган усулини қўллаш ҚБнинг йиринглаши кўрсаткичини 26,3% дан 5,9% гача камайтиришга, шунингдек, умумий ва ўзига хос асоратлар частотасини 36,8% дан 11,8% гача қисқартиришга, такрорий анъанавий ёки пункцион аралашувларга бўлган эҳтиёжни ва ҚБнинг узоқ муддатли тикланиш эҳтимолини камайтиришга имкон берди (4.2-жадвал).

Биз ишлаб чиққан жигар операцион препаратини эхинококкэктомиядан (ЭЭ) сўнг компрессияли-сорбцион тузилмалар билан тампонлаш услуги бошқа маълум техник ечимлар билан таққослаганда қуйидаги афзалликларга эга: жарроҳлик амалиётини соддалаштириш ва ишончлилигини ошириш, унинг шикастланишини камайтириш, операция вақтидаги ва ундан кейинги асоратларнинг олдини олиш, очик ЭЭ пайтида аъзоларни сақлаб қолувчи операцияларни ўтказиш имкониятини таъминлаш.

4.2-жадвал.

Эхинококкэктомиядан сунги колдик бушликни жигар юмалок бойлами билан тампонлаш бўйича

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ (n=17)		Назорат гуруҳи (n=19)	
	абс	%	абс	%
КБ нинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	1	5,9	5	26,3
Умумий асоратларнинг ривожланиши	1	5,9	3	15,8
Жигар паренхимасидан қон кетиши	0	0	0	0
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	0	0	0	0
Узоқ муддат давом этадиган ўт йўли оқмаси	0	0	2	10,5
Жадвал давоми				
Асоратлари бўлган беморлар	2	11,8	7	36,8

Асоратлар туфайли қайта операция ёки пунксион дренажлаш	0	0	3	15,8
КБ дан дренажнинг тушиб қолиши ёки нотўғри дренажлаш	0	0	5	26,3
КБ ни узок вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	0	0	6	31,6
Фарқлар ишончилиги (χ^2 мезони)	10.780; Df=4; P=0.030			

Эришилган аъло ва яхши узок муддатли натижалар бу усулни клиник амалиётда кенг қўллаш имконини бермоқда.

4.3-§. Қайталанган жигар эхинококкозида (ЖЭ) операциядан кейинги бўшлиқни (ОКБ) дренажлашнинг пунксион-аспирацион усуллариининг ўзига хос хусусиятлари.

Ультратовуш назорати остида тери орқали пункция ва эхинококк кистасини (ЭК) дренажлаш қайталанувчи ЖЭда минимал жароҳатли аралашув усулларига киради. Ультратовуш назорати остида ОКБни пунксион-дренажли даволашга қизиқиш асосан қуйидаги сабабларга кўра ортган: бу усул нисбатан содда, беморлар яхши қабул қилади, умумий наркоз талаб этилмайди, камроқ харажат билан яхши натижаларга эришиш мумкин, шунингдек кўп ҳолларда такрорий жарроҳлик аралашувлардан қочиш имконини беради.

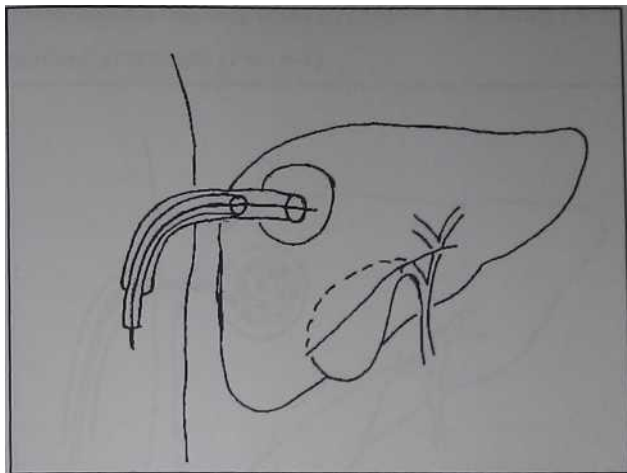
ОКБни пунксион-аспирацион дренажлаш учун биз қуйидаги кўрсатмаларни белгиладик:

1. Ўлчами 3 см дан катта бўлган суюқлик ёки қуюқ масса мавжудлиги;
2. ОКБнинг жигар тўқимаси ичида жойлашуви;
3. Ёндош касалликлари бор кекса ва қари ёшдаги беморларда такрорий операция юқори хавф туғдирганда.

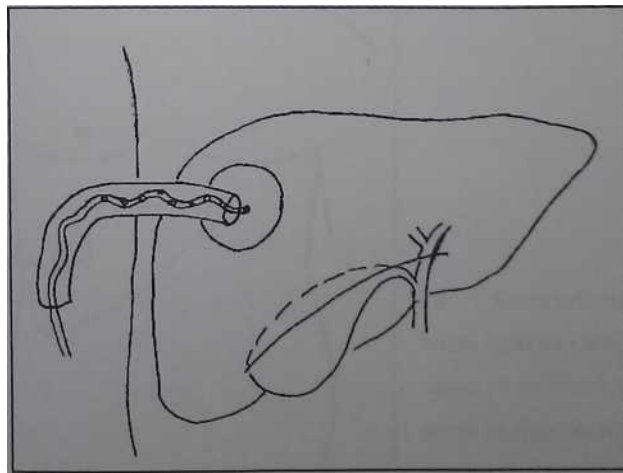
Тери орқали пункция муолажалари Алока ССД 260 (Япония) ультратовуш қурилмаси ва "FISCHERIMAGING corporation" (Германия) рентген-телевизион ускунаси билан жиҳозланган операция хонасида ўтказилди. PAIR-PD (puncture, aspiration, injection, reaspiration, percutaneous drainage) техникаси қўлланилди.

Барча ҳолатларда наркотик бўлмаган оғриқсизлантирувчи дорилар билан премедикациядан сўнг маҳаллий оғриқсизлантириш қўлланилди.

ҚБ пункцияси тугагач, мандрен олиб ташланди ва игна орқали суюқликнинг максимал аспирацияси бажарилди. Суюқлик



4.2-расм. Қолдик бўшлиққа дилататор киритиш.

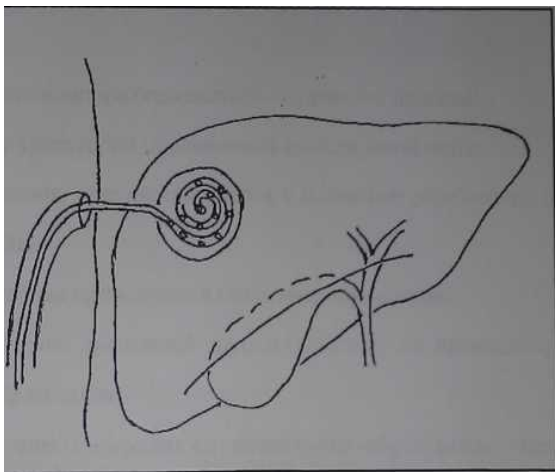


4.3-расм. Қолдик бўшлиққа "pig-tail" дренаж найчасини киритиш.

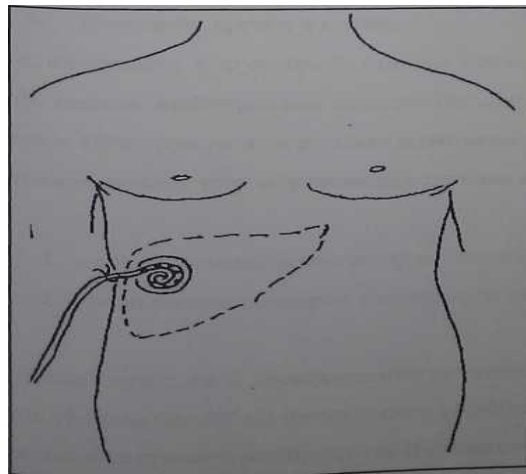
миқдори ҚБнинг ҳажми ва ўлчамига боғлиқ эди.

Кейинги муолажалар рентген-телевидение назорати остида амалга оширилди. Игна орқали 5-7 мл контраст модда юборилди ва унинг бўшлиғига диаметри 0,97 мм, 1,1 мм, 1,2 мм, узунлиги 70-120 см бўлган эгилувчан, жароҳатланишга қарши учли металл ўтказгич жойлаштирилди. Игна чиқариб олинди ва ўтказгич бўйлаб тери орқали канал керакли диаметрча (3 мм дан 9 мм гача) диллятаторлар ёрдамида аста-секин кенгайтирилди. Сўнгра, диаметри 8 мм бўлган чўчка думи шаклидаги (pig-tail) дренаж билан ҚБдренажланди (4.2 ва 4.3-расмларга қаранг).

Сўнгра металл ўтказгич олиб ташланди ва дренаж ипак чоклар ёрдамида терига маҳкамланди (4.4 ва 4.5-расмлар). Бунда дренажнинг диаметри охириги кенгайтиргич (диллятатор) диаметрига тенг бўлиши лозим.



4.4-расм. ҚБ дан дилататор ва йўналтирувчи симни олиб ташлаш



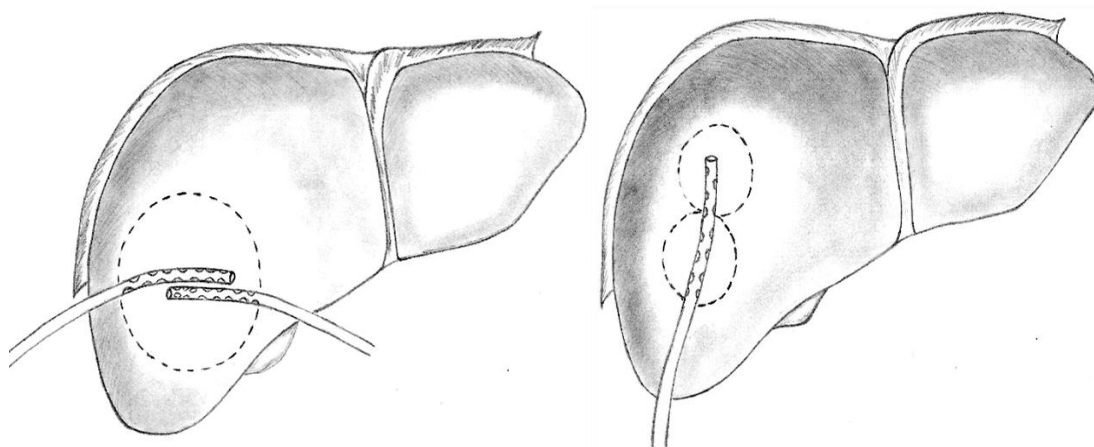
4.5-расм. ҚБ пункцияси ва дренажланишидан кейинги якуний кўриниш

Дренажланган бўшлиқ ҳажми ва ўлчамлари динамикасини мунтазам назорат қилиш УТТ ва фистулография ёрдамида амалга оширилди. Қолдиқ бўшлиқни (ҚБ) пункцион-дренажли даволашдан сўнг дастлабки 3-4 кун давомида кунига 2-3 марта, кейинчалик эса 1-2 марта ювиш ўтказилди. Бўшлиқ тўлиқ тозалангандан сўнг 6-7 кун ўтгач, барча беморларга бириктирувчи тўқима ўсишини рағбатлантирувчи ва ҚБ ҳажмини камайтирувчи склеротерапия ўтказилди.

Бўшлиқ ёпилиши билан киритилаётган антисептик эритма ҳажми 4-суткага келиб камайтирилди. 13-суткада ортиқча инстилляция суюқликнинг тескари оқими намоён бўлди.

Дренаж назорат ультратовуш текширувидан сўнг 20-22 суткада олиб ташланди. Дренажни олиб ташлаш учун кўрсатма ҚБнинг патологик суюқлик қолдиқларидан халос бўлиши, ажралманинг тўхташи ва ҚБ инволюцияси ҳисобланарди.

Ёпиқ эхинококкэктомиянинг имкони бўлмаганда, мобилизацияси қон кетишига олиб келадиган операция соҳасидаги кенг кўламли битишмаларда, улкан ва кўп сонли интрапаренхиматоз эхинококк кисталарида биз "оқимли тизим" туридаги ҚБ дренажини қўлладик (Рационализаторлик таклифи №45, 18.05.2009 й.); қолдиқ бўшлиқ ва операция соҳасини бир вақтнинг ўзида дренажлаш; дренажни "бурма" тамойили бўйича маҳкамлаш (4.6, 4.7-расмлар).



4.6 ва 4.7-расмлар. Қолдиқ бўшлиқни "оқимли тизим" туридаги дренажлаш ва қолдиқ бўшлиқни "ўтказма дренажлаш"

Операция майдонидаги дренаж найчаси, уни зич ўраб турувчи "бурма" ҳосил бўлиши учун тугунли чоклар ёрдамида маҳкамланди. Дренаж найчасини маҳкамлаш учун девор олди қорин пардаси ва фиброз капсула четлари ишлатилди, бу эса дренажни кейинчалик хавфсиз ва эркин олиб ташлаш имконини беради.

Умуман олганда, қайталанган жигар эхинококкозининг турли шаклларида дренажлашнинг таклиф этилган усуллари операциядан кейинги қолдиқ бўшлиққа оид ўзига хос асоратлар частотасини 25-28% дан 4,3-5,9% гача, ноадекват дренажлаш хавфини 20-37,5% дан 4,3-5,9% гача ва қолдиқ бўшлиқнинг узок муддатли битиш эҳтимолини 40-43,8% дан 5,9-8,7% гача камайтиришга имкон берди (4.3, 4.4-жадваллар).

4.3-жадвал

Иккита силикон қопчадан фойдаланиб, «оқим тизими» усулида ҚБни дренажлаш бўйича ЭЭ натижалари

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ (n=23)		Назорат гуруҳи (n=25)	
	абс	%	абс	%
КБ нинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	1	4,3	7	28,0
Операциядан кейин умумий асоратларнинг ривожланиши	2	8,7	4	16,0
Жигар паренхимасидан қон кетиши	0	0	1	4,0
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	0	0	0	0

Жадвал давоми				
Узоқ муддат давом этадиган ўт йўли оқмаси	0	0	2	8,0
Асоратлари бўлган беморлар	3	13,0	15	60,0
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пункцион дренажлаш	0	0	4	16,0
ҚБ дан дренажнинг тушиб қолиши ёки нотўғри дренажлаш	1	4,3	5	20,0
ҚБ ни узоқ вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	2	8,7	10	40,0
Фарқлар ишончлилиги (χ^2 мезони)	11.152; Df=4; P=0.025			

4.4-жадвал

ҚБнинг тешиб ўтувчи дренажлашда ЭЭ натижалари

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ (n=17)		Назорат гуруҳи (n=16)	
	мутлақ	%	мутлақ	%
ЎП нинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	1	5,9	4	25,0
Операциядан кейин умумий асоратларнинг ривожланиши	1	5,9	3	18,8
Жигар паренхимасидан қон кетиши	1	5,9	1	6,3
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	0	0	1	6,3
Узоқ муддат давомида фаол ўт йўли оқмаси	1	5,9	2	12,5
Асоратли беморлар	3	17,6	10	62,5
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пункцион дренажлаш	0	0	3	18,8
Қолдиқ бўшлиқдан дренажнинг тушиб кетиши ёки нотўғри дренажлаш	1	5,9	6	37,5
Қолдиқ бўшлиқни узоқ вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	1	5,9	7	43,8
Фарқлар ишончлилиги (χ^2 мезони)	9.554; Df=4; P=0.049			

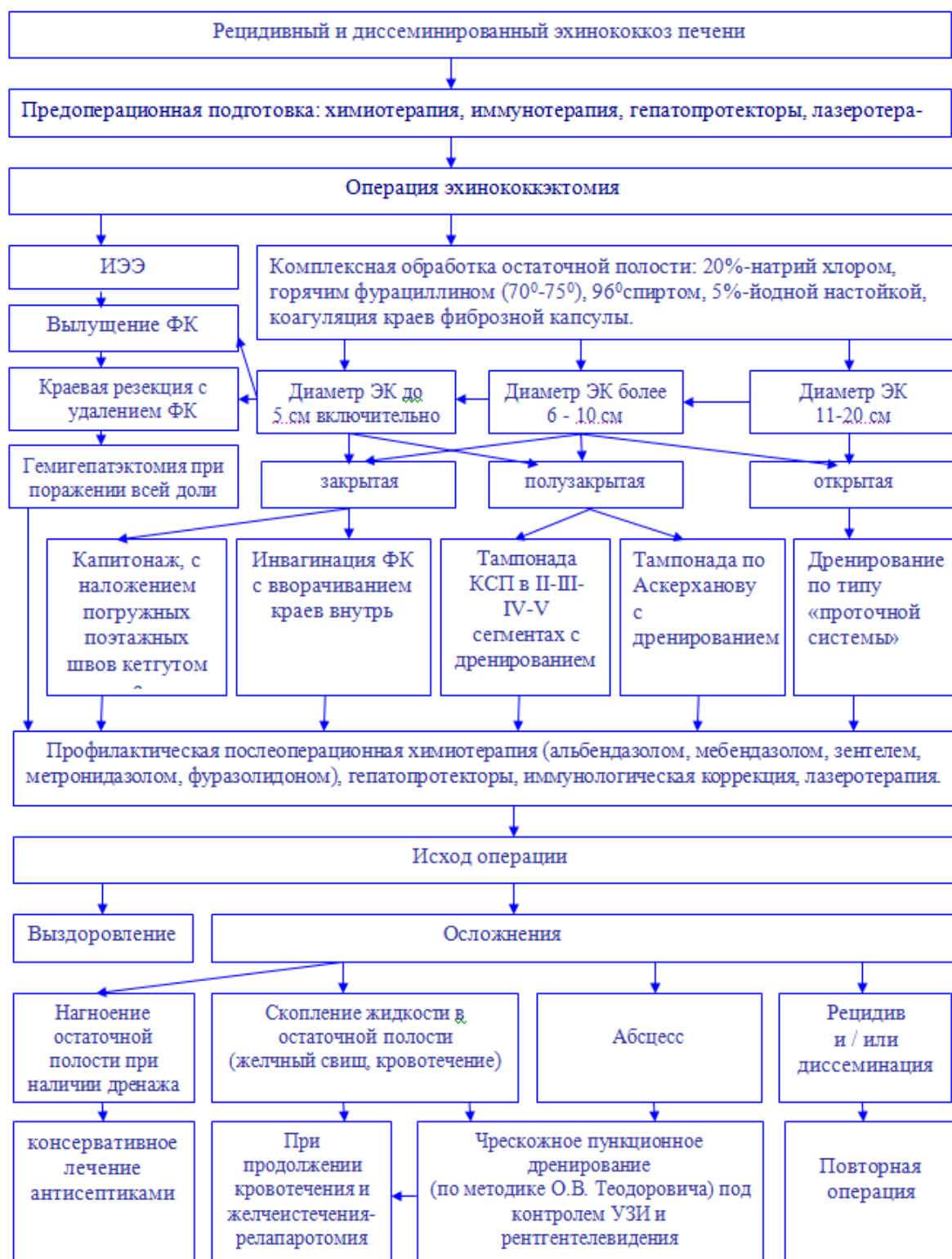
4.4-§. Қайталанган жигар эхинококкозини (ҚЖЭ) даволашнинг жарроҳлик тактикаси алгоритми

Биз қайталанган ЖЭда жарроҳлик тактикаси алгоритмини ишлаб чиқдик, унга кўра барча ҳолатларда операциядан олдинги тайёргарлик кимётерапия, иммунотерапия, гепатопротекторлар ва лазеротерапияни ўз ичига олган (Ўзбекистон Республикаси Патент идорасининг ЭХМ учун дастурни расмий рўйхатдан ўтказиш тўғрисидаги гувоҳнома № DGU 02461).

Жараён жигарнинг II-III-IV сегментларида жойлашганда, жигарнинг юмалоқ ва ўроқсимон бойламларини кесиш билан юқори ўрта кесим амалга оширилади. Жигарнинг олдинги пастки юзасига яқин жойлашган V-VI сегментлардаги кисталарни аниқлашда ўнг қорин тўғри мушагининг бутунлигини сақлаган ҳолда қия қовурға ости ёндашуви қулай ҳисобланади. Қовурға ёйининг ўткир бурчаги бўлган беморларда (астеникларда) жигарнинг орқа юзасига етарли кириш учун юқори ўрта кесим юмалоқ ва ўроқсимон бойламларни кесиш билан тўлдирилади. Жигар ва талоқ сегментлари бир вақтнинг ўзида зарарланганда, Сигал ретракторидан фойдаланиб юқори ўрта кесим бажариш лозим (4.8., 4.9-расмлар).

Жигар сегментлари ва кичик чанок аъзолари шикастланганда алоҳида кириш (юқори-пастки ўрта, киндик устида ва пастида қорин деворидан 5 см қолдириб) ёки алоҳида кириш (қийшиқ ўнг қовурға ости + пастки ўрта) амалга оширилди. Диаметри 5-7 см бўлган асоратланмаган ЭКда ёпиқ ЭЭ ва жигарнинг юмалоқ боғлами билан ҚБни тампонлаш афзал ҳисобланади; катта ва асоратланган ЭКда эса "оқим тизими" тури бўйича ташқи дренажлаш қўлланилади. ЭК диаметри 6 дан 20 см гача бўлганда, ҚБни "оқим тизими" типига дренажлаш билан очик ЭЭ ўтказилди.

Баъзи ҳолларда ЭК диаметри 6-10 см бўлганда, очик ЭЭ билан бир қаторда Аскерханов [17] усули бўйича ҚБ тампонадаси ва қўшимча дренажлаш билан ярим ёпиқ ЭЭ амалга оширилди. Баъзи ҳолларда, ЭК диаметри 5-10 см бўлганда, ёпиқ ЭЭ ва қирраларни ичкарига буриш билан ФК инвагинацияси ҳамда чўктирилган қават чокларини қўйиш орқали капитонаж бажарилди. ЭКнинг чекка жойлашувида, унинг диаметридан қатъи назар, ФКни олиб ташлаш кўринишидаги мукамал ЭЭ амалга оширилди; жигарнинг бутун ёки деярли бутун бўлаги зарарланганда эса ФКни олиб ташлаш билан чекка резекция ва гемигепатектомия ўтказилди. ҚБ ишлаб чиқилган кўп компонентли методика бўйича қайта ишланди.



4.8-расм. Жигардаги қайталанган эхинококкоз учун жарроҳлик тактикаси алгоритми

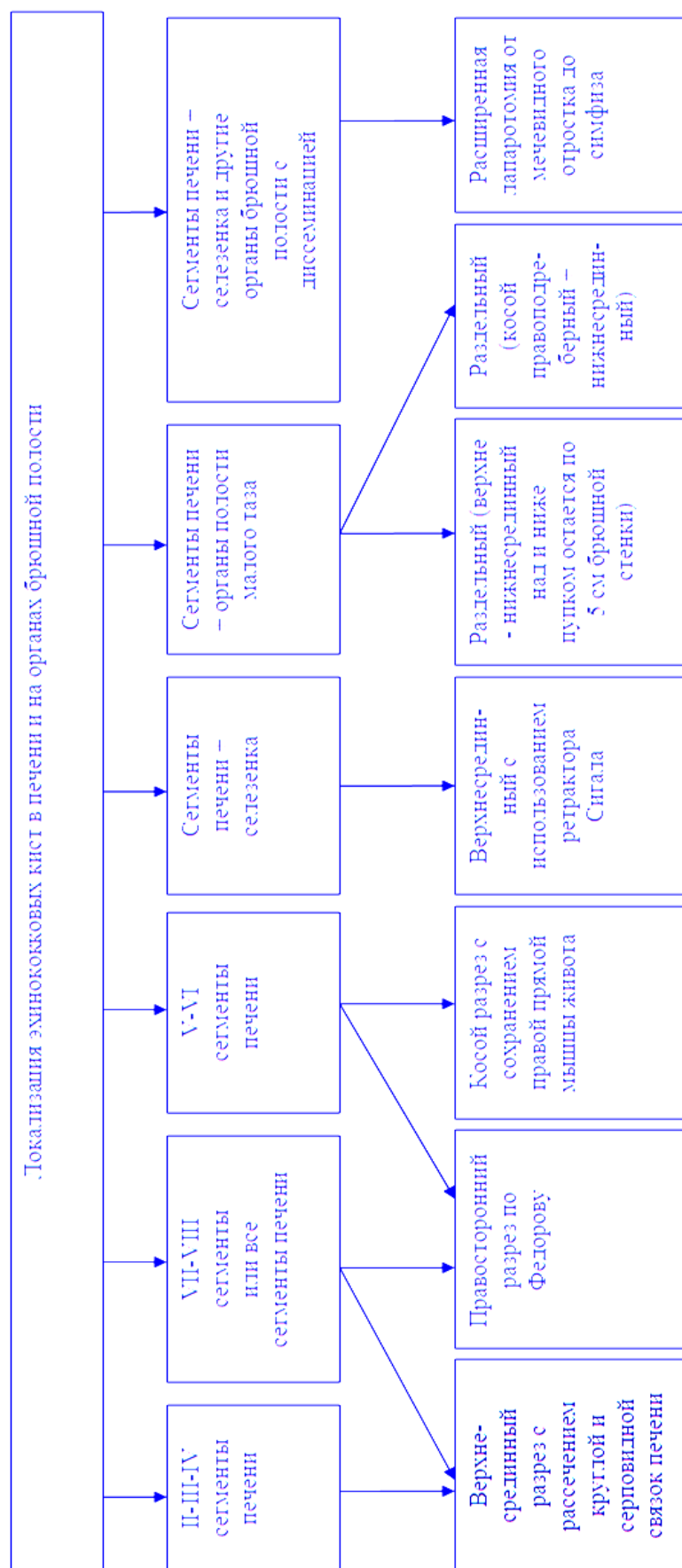


Рис. 4.9. название

Жарроҳлик аралашувидан сўнг барча ҳолатларда гепатопротекторлар ва иммунологик коррекция билан биргаликда профилактик кимётерапия (қоннинг биокимёвий таҳлиллари назорати остида албендазол ҳосилалари) ўтказилди.

Дренаж найчаси мавжуд бўлганда, ҚБ фуратсиллин эритмалари, натрий хлориднинг гипертоник эритмаси (20%) билан 7-10 дақиқа давомида ва диоксидин (1%) билан ювилди. ҚБда суюқлик тўпланганда (ўт оқмаси, қон кетиш) ва абсцесс ҳолатида УТТ ва рентгентелевидение назорати остида тери орқали пункцион дренажлаш ўтказилди. Давом этаётган қон кетиш ва ўт оқиши фонида дренажлаш самарасиз бўлган ҳолларда релапаротомия амалга оширилди. Касалликнинг қайта юзага келиши такрорий операцияга кўрсатма деб ҳисобланди.

Қорин бўшлиғида битишма жараёни ва кальцинацияланган фиброз капсула ривожланиши шароитида экинококкознинг рецидив шакллари бўйича экинококкэктомияни бажаришда, операция пайтида қолдиқ бўшлиққа кўп компонентли антипаразитар ишлов беришнинг ва жигар юмалоқ болъямини мобилизация қилиш ҳамда тампонлаш усулининг биз томонидан таклиф этилган усуллари операциядан кейинги эрта даврда қолдиқ бўшлиқнинг адекват санациясига эришиш, турли асоратлар ривожланиши билан беморлар улушини камайтириш, такрорий анъанавий ёки пункцион аралашувларга бўлган эҳтиёжни ва қолдиқ бўшлиқнинг узоқ муддатли битиш эҳтимолини пасайтириш имконини беради.

Рецидивланувчи экинококкознинг турли шаклларида қолдиқ бўшлиқни даволаш ва бартараф этишнинг ишлаб чиқилган усуллари жорий этиш операциядан кейинги реабилитация даврини қисқартириш, аъло ва яхши узоқ муддатли натижалар частотасини 34,9% дан 65,6% гача кўпайтириш ва қониқарсиз натижалар улушини 47,6% дан 21,9% гача камайтириш имконини берди ($P < 0,05$).

Ультратовуш текшируви ва рентгенотелевидение назорати остида экинококкэктомиядан кейин асоратланган қолдиқ бўшлиқни даволашнинг пункцион-дренаж усули, шунингдек, қолдиқ бўшлиқни лазерли нурлантириш усули аралашувларнинг кам шикастланишини, операция қилинган беморларни эрта фаоллаштиришни таъминлайди ва такрорий релапаротомиялардан қочиш имконини беради. Ушбу усулларни

қўллаш операциядан кейинги умумий ва ўзига хос асоратлар частотасини камайтиришга олиб келди.

Қайталанган жигар экинококкози кечишининг хусусиятлари ва зарарланиш характерига асосланган жарроҳлик тактикасини танлашнинг ишлаб чиқилган алгоритми операциядан кейинги реабилитация мажмуаси билан қолдиқ бўшлиққа ишлов бериш ва бартараф этиш усулини оптималлаштириш, шунингдек, операция натижаларини яхшилаш имконини беради.

V БОБ.

ҚАЙТАЛАНГАН ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИДА ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ БИЛАН НАТИЖАЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Қайталанган жигар эхинококкозини (ЖЭ) даволаш ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб, бу бўлажак аралашув соҳасидаги чандикланиш жараёни, қон томир тузилмалари ва ўт йўллариининг шакл ўзгариши ҳамда жойлашувининг ўзгариши билан боғлиқ. Бундан ташқари, касаллик қайта юзага келганда, шикастланишнинг хусусияти эхинококк кисталарининг кўплиги, уларнинг кенг тарқалганлиги, шу жумладан жигарда ҳам, умуман қорин бўшлиғида ҳам кириш қийин бўлган турли соҳаларда жойлашганлиги билан фарқланади. Буларнинг барчаси қайталанган ЖЭни жарроҳлик йўли билан даволашнинг сезиларли мураккаблигини, нисбатан кўп сонли асоратларни ва қониқарсиз яқин ҳамда узоқ муддатли натижаларни келтириб чиқаради.

Қайталанган ЖЭни жарроҳлик йўли билан даволаш натижасига таъсир қилувчи умумий ва ўзига хос омиллар тузилишини ўрганиш ва уларнинг операциядан кейинги асоратлар ривожланиш хавфи ҳамда тўлиқ тикланиш давомийлигига нисбатан башорат қилиш аҳамиятини аниқлаш жарроҳликдаги долзарб масалалардан бири ҳисобланади.

5.1-§. Таққослаш гуруҳларида қайталанган ЖЭни жарроҳлик йўли билан даволашдан кейинги операциядан кейинги асоратлар частотаси

Қайталанган ЖЭни хирургик даволаш тактикасини танлашни такомиллаштириш ушбу тоифадаги беморларни даволашнинг бевосита натижаларига таъсир кўрсатмасдан қолмади. Шундай қилиб, назорат гуруҳи билан солиштирганда, асосий гуруҳда операциядан кейинги эрта асоратлар частотаси деярли 2,6 баравар камайди - 27,3 фоиздан 11,3 фоизгача (назорат гуруҳидаги 21 беморда ва асосий гуруҳдаги 8 беморда).

ҚБнинг йиринглаши - 9,1 дан 2,8% гача, операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши - 14,3 дан 7,0% гача сезиларли даражада камайди.

Операциядан кейинги дастлабки даврдаги асоратларнинг қиёсий частотаси 5.1-жадвалда келтирилган.

5.1-жадвал

Операциядан кейинги дастлабки даврдаги асоратларнинг тақсимланиши

Asorat	Назорат гуруҳи (n =77)		Асосий гуруҳ (n =71)	
	абс	%	абс	%
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	7	9,1	2	2,8
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	11	14,3	5	7,0
Жигар паренхимасидан қон кетиши	2	2,6	1	1,4
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	1	1,3	0	0
Жами	21	27,3	8	11,3
Асоратли беморлар	15	19,5	6	8,5
Асоратлар бўйича эрта қайта операция	2	2,6	1	1,4
Яқин даврдаги ўлим ҳолати	2	2,6	1	1,4

Келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики, асоратлари бўлган беморлар сони назорат гуруҳида устунлик қилди - 15 (19,5%), асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич 6 (8,5%) беморни ташкил этди.

Операциядан кейинги дастлабки даврда эрта релапаротомиялар сони ва ўлим ҳолатлари икки баробар камайиши қайд этилди.

Операциядан кейинги узоқ даврда асосий гуруҳда ЎПнинг йиринглаши 2 (2,8%) беморда кузатилган бўлса, назорат гуруҳида бу асорат 8 (10,4%) беморда қайд этилган.

Асосий гуруҳда оқма орқали узоқ муддатли ўт оқиши 2 (2,8%) беморда ва назорат гуруҳида 6 (7,8%) беморда кузатилди.

Касалликнинг қайталаниш частотаси 6,5 фоиздан 2,8 фоизгача ва асоратлари бўлган беморларнинг умумий сони назорат гуруҳига нисбатан камайганлиги қайд этилди.

Таққослаш гуруҳларида операциядан кейинги узок даврда асоратларнинг тақсимланиши 5.2-жадвалда келтирилган. Операциядан кейинги узок даврда турли хил асоратларни қиёсий таҳлил қилганда, барча кўрсатилган параметрлар бўйича кўрсаткичларда сезиларли ($p < 0.05$) фарқ аниқланди.

5.2-жадвал

Операциядан кейинги узок муддатли даврда асоратларнинг тақсимланиши

Асорат	Назорат гуруҳи (n =77)		Асосий гуруҳ (n =71)	
	абс	%	абс	%
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	8	10,4	2	2,8
Узок муддат давомида фаол ўт йўли оқмаси	6	7,8	2	2,8
Касалликнинг қайталаниши	5	6,5	2	2,8
Жами (асоратли беморлар)	19	24,7	6	8,5
Узок муддатли қайта операция	4	5,2	0	0
Қолдиқ бўшлиқни пункцион дренажлаш	2	2,6	2	2,8
Дренажнинг қолдиқ бўшлиқдан чиқиб кетиши ёки нотўғри дренажлаш	11	14,3	2	2,8
Қолдиқ бўшлиқни узок вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	23	29,9	9	12,7
Фарқлар ишончилиги (χ^2 мезони)	11.491; Df =4; P=0.022			

Келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики, асосий гуруҳда узок муддатли даврда такрорий операциялар ўтказилмаган. Асосий гуруҳда операцион бўшлиқнинг узок вақт дренажланиши 12,7% ҳолатда кузатилган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 29,9% ни (23 бемор) ташкил этди.

Маълумки, жигардан эхинококкэктомия бажаришда операцион бўшлиқни бартараф этиш усули операциядан кейинги турли асоратларнинг ривожланишида муҳим аҳамиятга эга.

Назорат гуруҳида операцион бўшлиқни бартараф этиш усулига кўра асоратларнинг тақсимланиши 5.3-жадвалда акс эттирилган.

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, барча умумий ва ўзига хос асоратларнинг энг юқори кўрсаткичлари

операцион бўшлиқни бартараф этишнинг комбинацияланган усуллари қўлланилган беморлар гуруҳида - 13 (16,9%) беморда қайд этилган. Ярим ёпик ва очик эхинококкэктомия бажарилган ҳолатларда эса бу кўрсаткич иккала усулда ҳам 13% ни ташкил этди.

5.3-жадвал

Назорат гуруҳидаги қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш усулига кўра асоратларнинг тақсимланиши

Асоратлар тури	Ёпик		Ярим ёпик		Очиқ		Комбинацияланган		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Умумий асоратлар										
Бронх-ўпка	3	3,9	0	0	1	1,3	1	1,3	5	6,5
Ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги	0	0	0	0	2	2,6	1	1,3	3	3,9
Жигар-буйрак етишмовчилиги	0	0	1	1,3	1	1,3	1	1,3	3	3,9
Специфик асоратлар										
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	4	5,2	5	6,5	2	2,6	4	5,2	15	19,5
Жигар паренхимасидан қон кетиши	0	0	0	0	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	0	0	0	0	0	0	1	1,3	1	1,3
Узоқ вақт давомида фаолият кўрсатаётган ўт йўли оқмаси	0	0	2	2,6	2	2,6	2	2,6	6	7,8
Касалликни қайталаниши	0	0	2	2,6	1	1,3	2	2,6	5	6,5
Жами	7	9,1	10	13,0	10	13,0	13	16,9	40	51,9

Операциядан кейинги умумий асоратлар орасида бронх-ўпка асоратлари 6,5% ҳолларда устунлик қилди, махсус асоратлардан эса ҚБ йиринглаши 15 (19,5%) беморда кузатилди. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, асоратларнинг деярли барча кўрсаткичлари бўйича операциядан кейинги асоратларнинг нисбатан паст даражаси қайд этилган, бунда энг юқори

кўрсаткичлар ҚБни бартараф этишнинг комбинацияланган усуллари қўлланилган беморлар гуруҳида - 7 (9,9%) беморда кузатилди. Асосий гуруҳдаги асоратларнинг умумий сони 14 (19,7%) ҳолатни ташкил этди (5.4-жадвал).

Операциядан кейинги яқин ва узоқ даврдаги асоратларнинг умумий частотаси 5.5-жадвалда акс эттирилган.

5.4-жадвал

Асосий гуруҳдаги қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш усулига қараб асоратларнинг тақсимланиши

Асоратлар тури	Ёпиқ		Ярим ёпиқ		Очиқ		Комбинацияланган		Жами	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Умумий										
Бронх-ўпка	0	0	1	1,4	0	0	1	1,4	2	2,8
Ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги	0	0	0	0	0	0	1	1,4	1	1,4
Жигар-буйрак етишмовчилиги	1	1,4	0	0	1	1,4	0	0	2	2,8
Специфик										
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	0	0	1	1,4	1	1,4	2	2,8	4	5,6
Жигар паренхимасидан қон кетиши	0	0	0	0	0	0	1	1,4	1	1,4
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Узоқ вақт давомида фаолият кўрсатаётган ўт йўли оқмаси	0	0	0	0	1	1,4	1	1,4	2	2,8
Касалликнинг қайта юзага чиқиши	0	0	1	1,4	0	0	1	1,4	2	2,8
Жами	1	1,4	3	4,2	3	4,2	7	9,9	14	19,7

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан операциядан кейинги асоратлар сони камайган. Хусусан, операцион майдоннинг йиринглаши асосий гуруҳдаги 4 та (5,6%) беморда кузатилган бўлса, назорат гуруҳида бу асорат 15 та (19,5%) ҳолатда қайд этилган.

Эхинококкэктомиядан кейин умумий асоратлар асосий гуруҳдаги 5 та (7,0%) беморда, назорат гуруҳида эса 11 та (14,3%) беморда ривожланган. Узоқ вақт давомида фаолият кўрсатган оқма назорат гуруҳида 6 та (7,8%) ҳолатда кузатилган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич атиги 2 та (2,8%) беморда қайд этилган.

5.5-жадвал

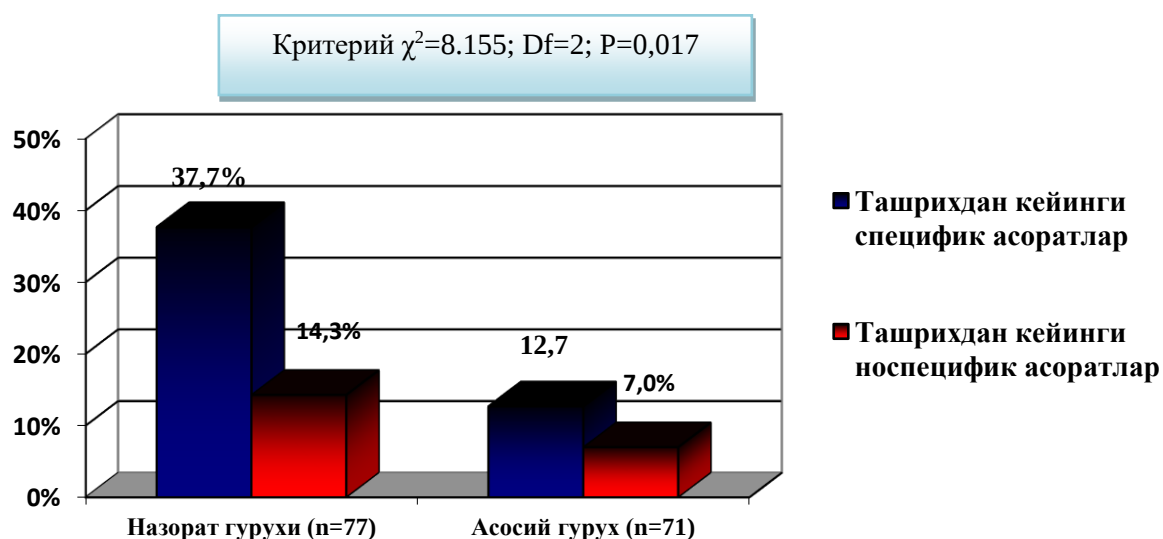
Операциядан кейинги асоратларнинг умумлаштирилган частотаси

Асорат	Назорат гуруҳи (n=77)		Асосий гуруҳ (n=71)	
	абс.	%	абс.	%
Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ёки суюқлик тўпланиши	15	19,5	4	5,6
Операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши	11	14,3	5	7,0
Жигар паренхимасидан қон кетиши	2	2,6	1	1,4
Перитонит ривожланиши билан ўт йўли оқмаси	1	1,3	0	0
Узоқ вақт давомида фаолият кўрсатаётган ўт йўли оқмаси	6	7,8	2	2,8
Касалликнинг қайта юзага чиқиши	5	6,5	2	2,8
Асоратлари бўлган беморлар (χ^2 мезони бўйича фарқларнинг ишончилиги)	34	44,2	12	16,9
	6,002; Df=1; P=0,014			
Асоратлар туфайли қайта операция ёки пунксион дренажлаш	8	10,4	3	4,2
Дренажнинг қолдиқ бўшлиқдан чиқиб кетиши ёки нотўғри дренажлаш	11	14,3	2	2,8
Қолдиқ бўшлиқни узоқ вақт дренажлаш (1 ойдан ортиқ)	23	29,9	9	12,7
Ўлим даражаси	2	2,6	1	1,4
Фарқлар ишончилиги (χ^2 мезони)	13,574; Df =5; P=0,004			

Таққослаш гуруҳларида асоратли беморларнинг умумий сони сезиларли даражада фарқ қилди (асосий гуруҳда 12 (16,9%), назорат гуруҳида 34 (44,2%) мос равишда) (P=0.014).

Асосий гуруҳда 3 (4,2%) ҳолатда операция қайта ўтказилган ёки қолдиқ бўшлиқ (ҚБ) тери орқали дренажланган бўлса, назорат гуруҳида 8 (10,4%) беморда такрорий операция амалга оширилди.

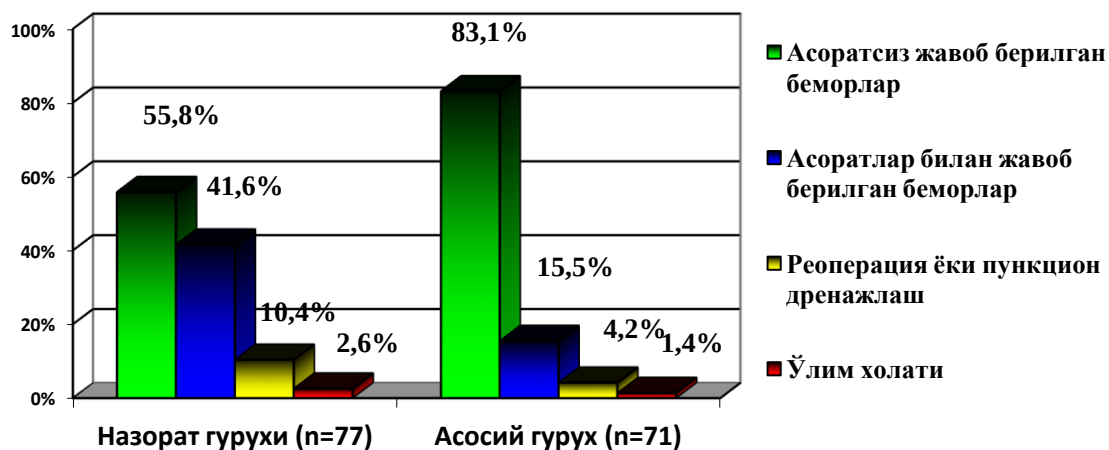
Асосий гуруҳда ҚБдан дренажнинг тушиб қолиши 2 (2,8%) беморда кузатилган бўлса, назорат гуруҳида бу асорат 11 (14,3%) беморда қайд этилди. Асосий гуруҳда ҚБни узок муддатли дренажлаш 9 (12,7%) беморда кузатилган бўлса, назорат гуруҳида эса 23 (29,9%) беморда узок муддатли дренаж зарурияти аниқланди (5.5-жадвал) (5.1-расм).



5.1-расм. Такқослаш гуруҳларида операциядан кейинги асоратлар частотасининг тақсимланиши

Такдим этилган расмдан кўриниб турибдики, биз таклиф этган тактика ва қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш ҳамда унга ишлов бериш бўйича ишлаб чиқилган чора-тадбирлар мажмуаси қўлланилган гуруҳда энг яхши натижа кузатилган. Бунда асосий гуруҳдаги операциядан кейинги махсус ва номахсус асоратлар частотаси назорат гуруҳидагидан сезиларли даражада фарқ қилди (Мезон $\chi^2=8,155$; Df=2; P=0,017).

Тадқиқотнинг иккала гуруҳида ҳам қайталанувчи эмпиэмани жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини янада яққолроқ кўрсатиш учун 5.2-расмга эътибор қаратинг.



5.2-расм. Қайталанган жигар эхинококкозиди жарроҳлик усули билан даволаш натижалари

Келтирилган расмдан кўриниб турибдики, тадқиқотнинг асосий гуруҳида яхши натижалар қайд этилган. Шундай қилиб, 71 бемордан 59 таси (83,1%) асоратсиз касалхонадан чиқарилган ва кузатилган бўлса, назорат гуруҳида (n=77) бу кўрсаткич 43 беморда (55,8%) кузатилган. Назорат гуруҳида касалхонадан чиқарилган ва кузатилган асоратли беморлар сони 32 тани (41,6%) ташкил этган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 11 та (15,5%) ҳолат билан чекланган (Мезон $\chi^2=14.719$; Df=4; P=0,005).

Турли хавф омилларига боғлиқ ҳолда қайта юзага келган эзофагопластика билан оғриган беморларда операциядан кейинги даврнинг асоратли кечиш частотасининг қиёсий таҳлили 5.3-расмда келтирилган.

Қолдиқ бўшлиқни даволаш ва бартараф этиш бўйича танланган тактика ва ишлаб чиқилган чора-тадбирлар такрорий ЖЭни даволашнинг стандарт усуллари қўлланилган беморлар гуруҳига нисбатан операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтиришга имкон берди: кальцинацияланган фиброз капсулада (15,8% га нисбатан 70,6%); асоратланган ЖЭда (17,9% га нисбатан 46,2%); йўлдош патологияда (18,4% га нисбатан 52,9%); кўп сонли интрапаренхиматоз такрорий ЖЭда (22,7% га нисбатан 75%); гигант такрорий ЖЭда (27,3% га нисбатан 75%); такрорий рецидивлар мавжудлигида (17,4% га нисбатан 77,8%); ЭЭдан кейин 3 йилгача бўлган муддатда рецидив аниқланганда (17,6% га нисбатан 58,6%); кўп сонли такрорий ЖЭ ва бошқа аъзоларда (20,8% га нисбатан 72%) (Мезон $\chi^2=19,043$; Df=8; P<0,001).

Шундай қилиб, зарарланиш хусусиятига қараб такрорий ЖЭ ни комплекс жарроҳлик йўли билан даволаш тактикасини танлашнинг таклиф этилган алгоритми операциядан кейинги эрта ва узоқ даврларда асоратсиз беморлар улушини 55,8% дан 83,1% гача ошириш, ўлим даражасини 2,6% дан 1,4% гача пасайтириш ва такрорий анъанавий ёки кам инвазив аралашувларга бўлган эҳтиёжни 10,4% дан 4,2% гача қисқартириш имконини берди ($P=0,005$).

5.2-§. Такқослаш гуруҳларида ҳаёт сифати кўрсаткичларини баҳолаш билан қайталанган жигар эхинококкозида жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларининг умумий баҳоси

Тажриба шуни кўрсатадики, ҳар бир беморни операциядан кейин 3, 6, 12 ой ва ундан кейинги муддатларда текшириш учун чақириш жуда мушкул. Бу сезиларли зарар келтириши ҳақида гапирмаса ҳам бўлади, операция қилинган беморларни тўлиқ кузатиш ҳам мутлақо имконсиз, чунки текширувга камдан-кам беморлар мунтазам равишда кела олади. Шунинг учун биз ҳам бошқа тадқиқотчилар каби сўровнома усулидан фойдаландик. Сўровнома маълумотларига кўра, биз узоқ муддатли натижаларни баҳолашимиз ва зарур бўлганда амбулатория ёки стационар шароитда текшириш учун чақиришимиз мумкин.

Операциядан кейинги узоқ муддатли даврда назорат текшируви ультратовуш текшируви, кўрсатмалар бўйича қорин бўшлиғи аъзоларининг компьютер томографияси, инструментал ва лаборатория таҳхис усуллариини ўз ичига олган. Ультратовуш текшируви аралашувдан кейин 3-6 ой ва 1-3 йил ўтгач ўтказилди. Асоратлар ёки беҳоллик пайдо бўлганда, беморлар жарроҳлик аралашувини амалга оширган жарроҳга мурожаат қилишган.

Қайталанган жигар эхинококкозини (ЖЭ) жарроҳлик йўли билан даволашнинг узоқ муддатли натижалари операциядан кейин 3 йилгача бўлган даврда операция қилинган 148 беморнинг 127 тасида кузатилди. Биринчи йил давомида 86 киши кўрикдан ўтказилди, аммо кейинчалик мурожаатлар сони камайди. Шундан 63 нафар бемор назорат гуруҳидан, 64 нафари асосий гуруҳдан эди.

Қайталанган ЖЭ бўйича турли операциялардан кейинги узок муддатли натижаларни баҳолаш 5.6-жадвалда келтирилган.

5.6-жадвал

Қайталанган ЖЭда турли операцияларнинг узок муддатли натижалари

Натижа	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	абс	%	абс	%
Аъло	10	15,9	23	35,9
Яхши	12	19,0	19	29,7
Қониқарли	11	17,5	8	12,5
Ёмон А	18	28,6	9	14,1
Ёмон Б	12	19,0	5	7,8
Jamī	63	100,0	64	100,0
Фарлар иошнчилиги (χ^2 мезони)	13.051; Df=5; P<0,05			

Келтирилган жадвалдан кўриниб турибдики, рецидивланувчи жигар эхинококкозининг турли шаклларида қолдиқ бўшлиқни даволаш ва бартараф этишнинг ишлаб чиқилган усуллари қўллаш операциядан кейинги тикланиш даврини қисқартириш, аъло ва яхши натижалар улушини 34,9% дан 65,6% гача ошириш ҳамда қониқарсиз натижалар улушини 47,6% дан 21,9% гача камайтириш имконини берди ($p<0,05$).

Асосий гуруҳдаги 23 (35,9%) беморда ва назорат гуруҳидаги 16 (25,3%) беморда аъло натижалар кузатилди, бунда операциядан кейин касалликнинг қайталаниш белгилари бутунлай йўқолди. Беморлар деярли соғлом бўлиб, парҳезга риоя қилмасдан аввалги ишларини бажара олдилар.

Шикоятлари бўлмаган ва ўзларини мутлақо соғлом деб ҳисоблаган беморларни яхши натижалар гуруҳига бирлаштирдик. Яхши натижалар асосий гуруҳдаги 19 (29,7%) беморда ва назорат гуруҳидаги 12 (19%) беморда кузатилди. Асосий гуруҳдаги 8 (12,5%) ва назорат гуруҳидаги 11 (17,5%) беморда қониқарли натижалар қайд этилди: ўнг қовурға остида вақти-вақти билан тўмтоқ оғриқлар, операциядан кейинги чандиқ атрофида оғриқ, меҳнат қобилиятининг пасайиши кузатилди. Ультратовуш текширувида чандиқли-склеротик ўзгаришлар ва турли ўлчамдаги қолдиқ бўшлиқлар аниқланди. Объектив текширувда келоид чандиқ борлиги маълум бўлди. Аниқланган ўзгаришлар консерватив чоралар билан бартараф этилди.

Асосий гуруҳдаги 14 (21,8%) ва назорат гуруҳидаги 30 (41,7%) беморда ёмон натижа қайд этилди, уларда текширув пайтида эхинококк касаллигининг қайталаниши аниқланди. Ушбу беморлар ихтисослаштирилган бўлимларда жарроҳлик йўли билан даволанишга мухтож бўлиб, II ва III гуруҳ ногиронлари деб топилди. Қоникарсиз узоқ муддатли натижалар кузатилганда такрорий операция қилиш масаласи кўриб чиқилди.

Кенг маънода ҳаёт сифати (ХС) шахснинг жисмоний, психологик, ҳиссий ва ижтимоий фаолиятининг яхлит тавсифидир.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти даволаш самарадорлигини баҳолаш мезони сифатида даволаш мувофиқлигини, яъни бемор учун мақбул бўлган "ҳаёт сифати" даражасига эришиш зарурлигини таҳлил қилишни таклиф этган. Шу нуқтаи назардан биз қуйидаги вазифани шакллантирдик: соғлом кишилар билан таққослаганда, жигарнинг қайта пайдо бўлган эхинококкози бўйича жарроҳлик амалиётини ўтказган беморларда ХС даражасини аниқлаш.

Беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш учун биз ишлаб чиққан сўровномадан фойдаландик. Уни почта орқали юбордик ва кўп ҳолларда жавобни 2-3 ҳафтадан сўнг олдик.

Ушбу сўровнома бизнинг шароитимизга мослаштирилган бўлиб, 40 та саволдан иборат эди. Сўровнома ва беморларни текшириш клиника шароитида ўтказилди. Барча гуруҳларда олинган ХС кўрсаткичлари соғлом кишиларнинг, шунингдек, операциядан олдинги ва кейинги ХС кўрсаткичлари билан таққосланди. Клиник текширув билан бир қаторда барча беморларда овқат ҳазм қилиш тизимининг юқори қисмлари ультратовуш ва рентген усулида текширилди, жигарнинг функционал ҳолати ўрганилди.

Олинган маълумотлар сўровнома билан таққосланди ва умумлаштирилган ҳолда беморлар гуруҳларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг узоқ муддатли натижаларига баҳо берилди. Сўровнома блокли тизимга эга.

Биринчи блок беморнинг ижтимоий ҳолатини аниқловчи саволлардан иборат. Иккинчи блок - бошқа касалликлар билан оғриган беморлар учун умумий бўлган ҳаёт сифатини баҳолашга мўлжалланган умумқабул қилинган саволларни ўз ичига олади.

Учинчи блок эса ўзига хос бўлиб, у асосий касалликнинг, хусусан жигар эхинококкозининг бемор ҳаётига таъсири, шунингдек, жарроҳлик усулидан қатъи назар, жарроҳлик даволашининг оқибатлари билан бевосита боғлиқ бўлган саволларни қамраб олади.

Сўровномани таҳлил қилишда балларнинг умумий баҳоси ҳисобланиб, бу рақам ҳар бир аниқ ҳолатда ҳаёт сифати даражасини белгиларди.

Саволлар ишлаш қулайлиги учун тайёр жавоблар билан тузилган бўлиб, ҳар бир блок беморнинг ҳаёт фаолиятининг маълум бир соҳасини қамраб олади.

Сўровнома 37 та саволдан иборат, ҳар бир саволда 5 та жавоб варианты мавжуд, баҳолаш 5 баллик тизимда (1 дан 5 гача) амалга оширилди (5.7-жадвал).

5.7-жадвал

Сўровноманинг ҳаёт сифатининг асосий йўналишлари бўйича тузилиши

№	Ҳаёт сифати тоифалари	Саволлар сони	Солиштирма огирлик
1	Жисмоний фаолиятни баҳолаш	7	18,9
2	Ижтимоий ҳолатни баҳолаш	4	10,8
3	Жинсий функцияни баҳолаш	1	2,7
4	Сўров пайтидаги иқтисодий ҳолат	2	5,4
5	Интеллектуал фаолиятни баҳолаш	3	8,2
6	Ҳиссий функцияни баҳолаш	5	13,5
7	Бемор томонидан соғлиқ ҳолатини баҳолаш	2	5,4
8	Касалликнинг клиник кўринишлари	11	29,7
9	Ўтказилган даволаш шакллари баҳолаш	2	5,4
	Жами:	37	100,0

Жавоб вариантлари беморнинг ҳаёт фаолиятининг у ёки бу соҳасидаги ўзгаришлар хусусиятини аниқлаб берди. Балларнинг умумий баҳоси ҳаёт сифати индексини (ҲСИ) белгилади. Бунда биз фақат ҲС аниқлаш тоифаларига асосланиб, муаллифлар тавсия этган миқдорий тавсифларни қўлладик.

Ҳар бир тоифадаги саволларни маҳаллий шароит, ижтимоий даража ва миллий менталитетни ҳисобга олган ҳолда мустақил равишда шакллантирдик. Масалан, ижтимоий масалалар

бўлимида, бизнинг шароитимизда маҳалла, қишлоқ ва бошқаларнинг муҳим ролини инобатга олиб, беморнинг айнан шу ижтимоий аҳамиятли соҳадаги фаоллигига оид саволларни ажратиб кўрсатдик. Беморнинг жинсий функциясига оид бўлимда, кўпчилик аҳолининг миллий тарбияси хусусиятларини ҳисобга олиб, фақат умумий йўналишдаги битта савол билан чекландик.

Касалликнинг клиник кўриниши билан боғлиқ саволларни аниқлашда ЖЭ ва унинг маҳаллий шароитлардаги асоратларининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олдик. Биз жарроҳлик амалиётидан кейинги даволаш шакллари каби муҳим тоифани кўшдик. Фикримизча, ушбу тоифадаги саволлар, айниқса беморнинг операциядан кейинги реабилитацияси нуқтаи назаридан, ХС хусусиятларини тўлиқроқ қамраб олишга имкон беради.

Касалликнинг кечиш хусусияти ва турли хил операцияларнинг самарадорлигига қараб беморларнинг ҳаёт сифатини таққослаш учун бир нечта гуруҳлар тасодифий танлаб олинди:

1-гуруҳни 22 ёшдан 56 ёшгача бўлган ЖЭ билан оғриган 50 нафар бемор ташкил этди. Ушбу гуруҳ бирламчи ЖЭ билан оғриган 25 нафар бемор (касаллик тарихи 1 ойгача, асоратлар йўқ) ҳамда такрорий ЖЭ билан оғриган 25 нафар бемордан иборат эди.

2-гуруҳга 20 ёшдан 46 ёшгача бўлган 40 нафар бемор (18 нафар эркак ва 22 нафар аёл) қайталанган ЖЭ билан киритилди (касаллик тарихи 5 йилгача, камдан-кам хуружлар, даволанишдан кейин узок ремиссиялар). Рецидив клиник белгиларининг намоён бўлиш давомийлиги 1 йилдан 5 йилгача.

3-гуруҳда режали тартибда жарроҳлик амалиёти ўтказилган 31 нафар қайталанган ЖЭ билан оғриган бемор бўлди. Беморларнинг ёши 26 дан 50 ёшгача эди. Ушбу гуруҳдаги 4 нафар беморга идеал ЭЭ, 4 нафар беморга очик ЭЭ, 21 нафар беморга комбинацияланган ЭЭ (ЭКни олиб ташлашнинг турли усуллари бирлашмаси) бажарилди.

4-гуруҳга 25 ёшдан 40 ёшгача бўлган 40 нафар (20 нафар эркак ва 20 нафар аёл) амалда соғлом шахслар киритилди.

Ишлаб чиқилган комплекс ёндашувнинг такрорий ЖЭ ни жарроҳлик йўли билан даволашда назорат гуруҳи ва соғлом

шахслар гуруҳига нисбатан ХС кўрсаткичларига таъсирини куйидаги диаграмма яққолроқ кўрсатади (5.4-расм).

Бунда асосий тадқиқот гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан ҳаёт сифатининг барча кўрсаткичлари бўйича ишончли яхшиланиш кузатилганлиги кўринади ($p < 0.05$). Хусусан, асосий гуруҳда ҳаёт сифати индекси 79,9% ни ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 61,9% га тенг бўлди. Назорат гуруҳидаги жисмоний ҳолат 64,1% даражасида баҳоланди, таклиф этилган комплекс даволаш эса бу кўрсаткични 74,6% гача яхшилади. Ижтимоий функция параметри асосий гуруҳда 88% даражасига етди, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич 74% ни ташкил этди. Иқтисодий ҳолат ҳам муҳим кўрсаткич бўлиб, унда гуруҳлараро фарқ 51,9% дан 73,1% гача яхшиланди.

Назорат гуруҳида эмоционал функция 67,9% ни ташкил этган бўлса, асосий гуруҳда бу параметр 84,2% даражасида баҳоланди.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг саломатликни идрок этиши кўрсаткичининг 81,9% гача яхшиланишини кўрсатди, назорат гуруҳида эса бу параметр сўровда қатнашган беморларнинг 57,8% ини ташкил этди. Даволаш асосий гуруҳдаги беморларнинг 71,9% ида ижобий таъсир кўрсатди ва касаллик белгиларининг пасайиши 67,7% ида қайд этилди, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич сўралганларнинг атиги 57,1% ида кузатилди.

Шундай қилиб, ҳаёт сифати кўрсаткичлари ва унинг асосий таркибий қисмларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, қолдиқ бўшлиқларни даволаш ва бартараф этишнинг таклиф этилган усуллари қўллаш ҳамда операциядан кейинги даврда консерватив реабилитация чораларини ўтказишга асосланган такрорий эзофагопластикани жарроҳлик йўли билан даволашга ишлаб чиқилган комплекс ёндашув ушбу параметрларни сезиларли даражада яхшилаш, шунингдек, соғлом шахслар гуруҳига нисбатан коэффицентни 51,9-74,0% дан 67,7-88,8% гача ошириш имконини берди ($p < 0,05$).

ХОТИМА

Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, эхинококкознинг паразитар касаллик сифатидаги ўзига хос хусусияти унинг бир неча бор қайтарилиш имкониятидир, шу

жумладан жарроҳлик даволашдан кейин ҳам. Бунинг устига, касаллик эндемик ўчоқлардан ташқарида тобора кўпроқ қайд этилмоқда, бу эса аҳоли миграцияси даражасининг ошиши билан боғлиқ (Вафин А.З. ва ҳаммуаллифлар, 2011; Ли Й. ва бошқалар, 2011). Агар ўтган асрнинг 90 йилларида йилига 1-1,5 минг операция 2,5-7% ва ундан юқори ўлим кўрсаткичи билан амалга оширилган бўлса, 2000 йилларда бу кўрсаткич йилига 4,5 минггача кўтарилди (Хушвақтов У.Ш., 2012; Шевченко Ю.Л. ва ҳаммуаллифлар, 2016). Таъкидлаш жоизки, беморларнинг 2/3 қисми эхинококкознинг сурункали асоратлари фонида операция қилинади. Уларнинг энг кўп учрайдиганлари: кистанинг йиринглаши - 18,4-49,0%, фиброз капсуланинг оҳакланиши - 4,8-18,1% ва эрта ўлимдан кейинги ўзгаришлар босқичидаги нобуд бўлган она эхинококк кистаси - 5,6-9,9% (Назирова Ф.Г. ва ҳаммуаллифлар, 2011; Ху Л ва бошқалар, 2017).

Шу билан бирга, эхинококкэктомиядан кейинги эхинококкоз қайталаниши ҳам касалликнинг энг оғир асоратларидан бири ҳисобланади. Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, бу кўрсаткич 3 фоиздан 54 фоизгача етади; ўртача 10-12 фоизни ташкил этади ва паразитнинг биологик хусусиятларига, касаллик асоратларининг характериға, шунингдек илгари ўтказилган жарроҳлик даволашнинг усуллари ва сифатиға боғлиқ (Махмудов У.М., 2005; Вафин А.З. ва ҳаммуаллифлар, 2015; Мандал С. ва бошқалар, 2012).

Адабиёт маълумотларининг таҳлили шуни кўрсатадики, эхинококкоз инсоннинг энг хавфли паразитар касалликларидан бири бўлиб қолмоқда, бунда асосий долзарб ва ҳал қилувчи муаммолар шикастланиш хусусияти ва даволаш натижасига таъсир қилувчи бошқа омилларға қараб касалликнинг рецидив шакллари даволаш тактикасини танлаш, фиброз капсула бўшлиғини даволаш ва бартараф этишнинг янги усуллари ишлаб чиқиш, операциядан кейинги реабилитация ва асоратларнинг олдини олиш бўлиб қолмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади ретсидивли жигар эхинококкозини хирургик даволаш натижаларини қолдиқ бўшлиқларни даволаш ва бартараф этиш бўйича комплекс чора-тадбирлар ишлаб чиқиш ва тактикани танлашни оптималлаштириш орқали яхшилашдан иборат.

Диссертация иши 2001 йилдан 2014 йилгача бўлган даврда АндДавТИ хирургия, урология ва анестезиология-реаниматология кафедраси клиникаси базасида такрорий ЖЭ билан 148 нафар беморни текшириш ва жарроҳлик йўли билан даволаш таҳлилига асосланган.

Тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ беморлар 2 гуруҳга бўлинди. Назорат гуруҳини 2000-2006 йилларда стандарт даволаш ва диагностика усуллари қўлланилган 77 (52,0%) бемор ташкил этди. Асосий гуруҳни 2007 йилдан 2014 йилгача бўлган даврда қайталанган ЖЭни даволашнинг такомиллаштирилган усуллари қўлланилган 71 (48,0%) нафар бемор ташкил этди.

Рецидивланувчи зарарланишнинг локализацияси ва характери бўйича жигар ўнг бўлагининг эхинококкли зарарланиши сезиларли даражада устунлиги қайд этилди. Шундай қилиб, назорат гуруҳида ўнг томонлама рецидив эхинококк зарарланишининг топик кўриниши 64 (83,1%) беморда, асосий гуруҳда эса 57 (80,3%) беморда қайд этилган. Жигар чап бўлагининг изолятсияланган шикастланиши билан ЭК назорат гуруҳида 9,1% (7 бемор) ва асосий гуруҳда 9,9% (7 бемор) аниқланди.

Иккала гуруҳда ҳам жигарда солитар рецидивли ЭКнинг устунлиги кузатилди. Шундай қилиб, битта ЭК билан жигар шикастланиши бўлган беморлар сони назорат гуруҳида 50,6% (39 бемор) ва асосий гуруҳда 40,8% (29 бемор) ни ташкил этди.

Иккита ва ундан ортиқ ЭК жигарнинг кўп сонли ретсидивли шикастланиши сифатида баҳоланганда, назорат гуруҳида 49,4% (38 бемор) ва асосий гуруҳда 59,2% (71 бемор) ни ташкил этди. Бунда назорат гуруҳида иккита ЭК билан оғриган беморлар сони устунлик қилиб, 19 (24,7%) нафарни, асосий гуруҳда эса тўртта ва ундан ортиқ ЭК билан оғриган беморлар сони 23 (32,4%) нафарни ташкил этди. Рецидивланган ЭК диаметри 5 дан 20 см гача ўзгариб турди. Иккала гуруҳда ҳам ЭК ўлчами 6-10 см оралиғида бўлган беморлар энг кўп учраб, назорат гуруҳида 40 (51,9%) ва асосий гуруҳда 36 (50,7%) беморни ташкил этди. ЭК иккала ўрганилган гуруҳда ҳам асосан жигарда жойлашган. Бунда жигарнинг изолятсияланган ретсидивли шикастланиши назорат гуруҳидаги 52 (67,5%) беморда ва асосий гуруҳдаги 47 (66,2%) беморда аниқланди. Назорат гуруҳидаги 25 (32,5%) беморда ва

асосий гуруҳдаги 24 (33,8%) беморда жигар билан бирга қорин бўшлиғининг турли аъзоларида ЭК ташхиси қўйилди. Асоратланган қайталанувчи ЖЭ назорат гуруҳида 33,8% (26 бемор) ва асосий гуруҳда 39,4% (28 бемор) қайд этилди.

Жигардан ЭЭ ўтказилгандан сўнг, назорат гуруҳида касалликнинг биринчи рецидив 59 (76,6%) беморда, иккинчи рецидив 14 (18,2%) беморда, учинчи рецидив эса фақат 4 (5,2%) беморда аниқланди. Асосий гуруҳда эса касалликнинг биринчи рецидив 48 (67,6%) беморда, иккинчиси 14 (19,7%), учинчиси 7 (9,9%) ва тўртинчиси 2 (2,8%) беморда ташхисланди.

Бир йилгача бўлган муддатда назорат гуруҳида 9 (11,7%) бемор, асосий гуруҳда 10 (14,1%) бемор қайта операция қилинди. Қайталанган ЖЭ билан бир йилдан уч йилгача бўлган муддатда назорат гуруҳининг 20 (26%) ва асосий гуруҳнинг 24 (33,8%) бемори қайта операция қилинди. Тўрт-олти йил давомида назорат гуруҳида 25 (32,4%) бемор, асосий гуруҳда 12 (16,9%) бемор қайта операция қилинди. Етти йилдан ўн йилгача бўлган муддатда назорат гуруҳида 20 (26%) бемор, асосий гуруҳда 16 (22,5%) бемор қайта операция қилинди.

Назорат гуруҳида 3 (3,9%) бемор ва асосий гуруҳда 9 (12,7%) бемор анамнезида 10 ва ундан ортиқ йил олдин жигар эхинококкози (ЖЭ) билан операция қилинган.

Рецидивланувчи зарарланишда эхинококк кистаси (ЭК)нинг топографик жойлашуви тавсифи Куино бўйича жигарнинг сегментар тузилиши таснифидан фойдаланган ҳолда умумқабул қилинган схема асосида қайд этилди. Иккала гуруҳда ҳам икки-уч сегментнинг қўшма шикастланиши энг кўп кузатилди. Жигар ўнг бўлагининг эхинококк билан зарарланиши сезиларли даражада устунлик қилди. Бунда ЭК кўпинча жигар ўнг бўлагининг VIII, VII-VIII ва V-VI-VII сегментлари бирикмаларида жойлашган.

ЭК асосан жигарда жойлашган бўлиб, назорат гуруҳида 50 та (64,9%) ва асосий гуруҳда 44 та (62%) ҳолат қайд этилди. Назорат гуруҳида 7 та (9,1%) ҳолатда жигарнинг такрорий ЭК қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари билан, 7 та (9,1%) ҳолатда эса катта чарви билан бирга келган. Асосий гуруҳда эса мос равишда 5 та (7,0%) ва 6 та (8,5%) ҳолат кузатилди.

Беморларни текшириш комплексида лаборатория тадқиқот усуллари, жумладан иммунологик, инструментал тадқиқот

усуллари (УТТ, МСКТ, МРТ, рентгенография), экспериментал усуллар қўлланилди ҳамда ҳаёт сифати кўрсаткичлари аниқланди.

Жарроҳлик аралашувлари замонавий апаразитарлик ва антипаразитарлик тамойилларига риоя қилган ҳолда амалга оширилди. Жарроҳлик қўлланмаларини тавсифлаш учун биз Ф.Г. Назиров (2005) томонидан таклиф этилган ЖЭ да жарроҳлик аралашувлар таснифидан фойдаландик.

Статистик тадқиқотлар стандарт клиник тавсиялар асосида ўтказилди. Фарқларнинг ишончлилиги жуфт ва тоқ Студент t-мезони бўйича аниқланди. Фарқлар $p < 0,05$ бўлганда статистик жиҳатдан ишончли деб ҳисобланди.

Учинчи бобда 2001-2006 йилларда стандарт жарроҳлик даволаш усуллари қўлланилган қайталанган экинококкоз паразити (ЖЭ) билан оғриган 77 нафар беморда (назорат гуруҳи) операциядан кейинги даврнинг кечиши таҳлили келтирилган. Ушбу гуруҳдаги беморларнинг умумий сонидан 19,5% (15 бемор) да 27,3% ҳолатда операциядан кейинги турли хил асоратлар кузатилган. Яъни, битта беморда операциядан кейинги яқин даврда иккита асорат биргаликда намоён бўлган. Эрта релапаротомия 2 (2,6%) беморда ўтказилган. Операциядан кейинги яқин даврда ўлим кўрсаткичи 2,6% (2 бемор) ни ташкил этган.

Операциядан кейинги кечки асоратлар 19 (24,7%) беморда кузатилган. Шу жумладан, операция бўшлиғининг (ОБ) йиринглаши 10,4% (8 бемор), оқмадан узок муддатли ўт суюқлиги оқиши 7,8% (6 бемор) ва ЖЭнинг қайталаниши 5 (6,5%) беморда қайд этилган. Тадқиқот гуруҳидаги асоратлар туфайли такрорий бўшлиқ операцияси 4 (5,2%) беморда зарур бўлган. 2 (2,6%) беморда жигардаги йиринглаган ОБни пункцион дренажлаш кўринишидаги тери орқали аралашувлар бажарилган. Узок муддатли дренаж ташиш (1 ойдан ортик) 23 (29,9%) беморда кузатилган, 11 (14,3%) ҳолатда эса ОБдан дренажнинг тушиб қолиши қайд этилган.

Умуман олганда, қайталанган ЖЭ билан оғриган беморларда стандарт жарроҳлик даволашда 44,2% ҳолларда жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ турли хил асоратлар кузатилган. Бунда энг кўп учрайдиган асорат ОБнинг йиринглаши ёки дренажланмайдиган суюқлик тўпланиши бўлиб, у 15 (19,5%)

беморда қайд этилган. 10,4% кузатувларда (8 бемор) юқоридаги асорат такрорий жарроҳлик аралашувининг бевосита сабаби бўлган.

Қайталанган жигар эхинококкози (ЖЭ) бўйича жарроҳлик амалиётидан сўнг асоратлар ривожланиш эҳтимоли - жарроҳлик тактикасини танлашда алоҳида эътиборни талаб қиладиган жиддий омилдир.

Қайталанган ЖЭни жарроҳлик йўли билан даволаш натижасига таъсир этувчи омиллар орасида қуйидагиларни ажратиб кўрсатдик: фиброз капсуланинг оҳакланиши, асоратланган эхинококкоз, ёндош касалликлар, паренхима ичидаги кўп сонли қайталаниш жараёни, катта ва жуда катта ўлчамдаги такрорий эхинококк кисталар (ЭК), касалликнинг такрорланиш даражаси, эхинококкэктомиядан (ЭЭ) сўнг 3 йил ичида ЖЭнинг қайталанишини аниқлаш, жигар билан бирга қорин бўшлиғининг бошқа аъзоларида ҳам кўп сонли қайталанишлар мавжудлиги.

Тадқиқотнинг назорат гуруҳидаги беморларни жарроҳлик даволаш натижаларига таъсир этувчи омилларга кўра тақсимлашда, операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилган беморлар сони кўпроқ эканлиги аниқланди. Жумладан, оҳакланган фиброз капсуласи бўлган 17 беморнинг 70,6 фоизиди (12 бемор) операциядан кейинги асоратлар ривожланган. Асоратланган ЖЭ билан оғриган беморлар гуруҳида (26 бемор) 14 нафар (53,8%) беморда операциядан кейин турли хил асоратлар қайд этилган. Ёндош касалликлари бор қайталанувчи ЖЭ билан оғриган беморларда (n=51) операциядан кейинги даврда асоратлар ривожланиши (52,9%) аниқланди. ЭК паренхима ичида жойлашган кўп сонли қайталанувчи ЖЭ билан оғриган 16 нафар беморнинг 75 фоизиди (12 бемор) операциядан кейинги асоратлар кузатилган. Жуда катта ўлчамдаги қайталанган ЖЭ билан оғриган 12 нафар беморнинг 9 нафарида (75%) операциядан кейинги даврда асоратлар юзага келган.

Операциядан кейинги асоратларнинг энг юқори кўрсаткичи (77,8%) касаллик бир неча бор қайталанган беморлар гуруҳида (18 бемор) қайд этилган. Шунга ўхшаш юқори кўрсаткичлар (72%) кўп сонли қайталанган ЖЭ ва қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари зарарланиши билан оғриган беморлар гуруҳида ҳам кузатилди.

ЭЭдан кейин 3 йилгача бўлган муддатда аниқланган ЖЭ рецидивни бўлган 29 бемор орасида 17 (58,6%) беморнинг операциядан кейинги даврда турли хил асоратлар ривожланган.

Тўртинчи боб жарроҳлик даволаш натижаларига таъсир кўрсатувчи асосий муаммолар, операциядан кейинги яқин даврда асоратли кечиши ва унинг хусусиятлари, узоқ муддатли даврда ҳаёт сифати, реабилитация ва меҳнат қобилиятига таъсир этувчи муҳим масалалар бўйича таклиф этилган ишланмаларга бағишланган.

Қўйилган мақсадни амалга ошириш учун АндДавТИ клиникаси амалиётида фармакологияда маълум бўлган ва ЎзР ССВ томонидан қўллашга рухсат этилган антисептик воситалар комбинациясидан фойдаланган ҳолда ЭЭдан кейин жигар ҚБга интраоператсион антипаразитар ишлов беришнинг оддий ва қулай усули ишлаб чиқилган ва жорий этилган (ЎзР ИМА №ІАР 05325 рақамли патент). Кузатишларимиз шуни кўрсатдики, юқори бактерицид таъсирга эга бўлган антисептиклар - 20% натрий хлор, 96% эритмаси, 5% йод эритмаси - фақат маълум экспозицияда жигар паренхимасига гепатотоксик таъсир кўрсатади.

Таклиф этилган кўп компонентли интраоператсион антипаразитар ишлов бериш усули рецидивланувчи ЖЭнинг асоратланган шакллари жарроҳлик йўли билан даволаш шароитида операциядан кейинги эрта даврда ҚБнинг самарали санациясига эришиш, турли асоратлар ривожланган беморлар улушини 46,2% дан 10,7% гача камайтириш имконини берди.

Тадқиқотимизнинг вазифаларидан бири операцияни соддалаштириш, унинг шикастланишини камайтириш, интра- ва операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш, ЖЭнинг рецидив шакллари учун очиқ ЭЭда аъзоларни сақлаб қолувчи операцияларни ўтказиш имкониятини таъминлайдиган ЎПни бартараф этиш усулини ишлаб чиқишдан иборат бўлди.

Биз томонимиздан жигардан ЭЭ ўтказилгандан сўнг ҚБни бартараф этиш мақсадида мобилизацияланган ЖЮБни тампонада қилишни назарда тутувчи усул ишлаб чиқилди ва амалиётга жорий этилди (ЎзР ПВ ІАР 04368-сонли патенти). Ушбу усул ЭК І-ІV сегментларда жигар дарвозаси яқинида жойлашганда қўлланилади, чунки бундай ҳолатларда жигар ичи қон томирлари,

ўт йўллари шикастланиши эҳтимоли ва чарви етишмовчилиги туфайли ҚБни капитонаж қилиш хавфи ҳисобланади.

Умуман олганда, асосий гуруҳда ФК калсификатсияси ривожланган қайталанувчи ЖЭ билан оғриган беморларда ЖЮБни тампонлаш орқали ҚБни бартараф этишнинг таклиф этилган усулини қўллаш ҚБ йиринглаши кўрсаткичини 26,3% дан 5,9% гача, умумий ва ўзига хос асоратлар частотасини 36,8% дан 11,8% гача камайтиришга, шунингдек такрорий анъанавий ёки пункцион аралашувларга бўлган эҳтиёжни ва ЎПнинг узок муддатли битиш эҳтимолини бартараф этишга имкон берди.

ҚБга тери орқали пункция муолажалари Aloka ССД 260 (Япония) ультратовуш аппарати ва "FISCHERIMAGING corporation" (Германия) рентген-телевизион қурилмаси билан жиҳозланган операция хонасида амалга оширилди. PAIR-PD (puncture, aspiration, injection, reaspiration, percutaneous drainage) техникаси қўлланилди.

Қайталанган ЖЭнинг турли шакллари сабабли ЭЭ пайтида қўлланилган дренажлаш усуллари ҚБ томонидан операциядан кейинги ўзига хос асоратлар частотасини 25-28% дан 4,3-5,9% гача, нотўғри дренажлаш хавфини 20-37,5% дан 4,3-5,9% гача ва ҚБнинг узок муддатли битиш эҳтимолини 40-43,8% дан 5,9-8,7% гача камайтиришга имкон берди.

Қайталанган ЖЭ кечишининг ўзига хос хусусиятлари ва зарарланиш характериға асосланган жарроҳлик тактикасини танлашнинг ишлаб чиқилган алгоритми операциядан кейинги реабилитация мажмуаси билан ҚБга ишлов бериш ва уни бартараф этиш усулини оптималлаштириш, шунингдек, операция натижаларини яхшилаш имконини берди.

Бешинчи бобда қайталанган жигар эхинококкозини (ЖЭ) жарроҳлик йўли билан даволашдан кейинги ҳаёт сифати кўрсаткичларини баҳолаш орқали натижаларнинг қийсий таҳлили ўтказилди.

Қайталанган ЖЭни жарроҳлик йўли билан даволаш тактикасини танлашни такомиллаштириш бу тоифадаги беморларни олиб боришнинг бевосита натижаларига таъсир кўрсатмасдан қолмади. Шундай қилиб, назорат гуруҳи билан таққослаганда, асосий гуруҳда операциядан кейинги эрта асоратлар частотаси деярли 2,6 баравар камайди - 27,3% дан 11,3%

гача (назорат гуруҳидаги 21 беморда ва асосий гуруҳидаги 8 беморда). Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши 9,1% дан 2,8% гача, операциядан кейинги умумий асоратларнинг ривожланиши 14,3% дан 7,0% гача сезиларли даражада камайди. Эрта асоратлари бўлган беморлар сони назорат гуруҳида кўпроқ эди - 15 (19,5%), асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич 6 (8,5%) беморни ташкил этди.

Операциядан кейинги яқин даврда эрта релапаротомиялар сони ва ўлим ҳолатлари икки бараварга камайди. Асосий гуруҳда қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши 2 (2,8%) беморда қайд этилган бўлса, назорат гуруҳида бу асорат 8 (10,4%) беморда кузатилди. Асосий гуруҳда оқма орқали узок муддатли ўт суюқлиги оқиши 2 (2,8%) беморда ва назорат гуруҳида 6 (7,8%) беморда кузатилди.

Операциядан кейинги узок даврда таққослаш гуруҳларида касалликнинг қайталаниш частотаси назорат гуруҳига нисбатан 6,5% дан 2,8% гача ва асоратлари бўлган беморларнинг умумий сони пасайди. Асосий гуруҳда қолдиқ бўшлиқнинг узок вақт дренажланиши 12,7% ҳолатда кузатилган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 29,9% (23 бемор) ни ташкил этди. Асосий гуруҳда қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши 4 (5,6%) беморда ривожланган бўлса, назорат гуруҳида бу асорат 15 (19,5%) ҳолатда қайд этилди. Асосий гуруҳда эхинококкэктомиядан кейин умумий асоратларнинг ривожланиши 5 (7,0%) беморда, назорат гуруҳида эса 11 (14,3%) беморда кузатилди.

Узок муддат давомида фаолият кўрсатган оқма назорат гуруҳида 6 та (7,8%) ҳолатда ва асосий гуруҳда атиги 2 та (2,8%) беморда кузатилди. Асоратлар билан оғриган беморларнинг умумий сони таққослаш гуруҳларида сезиларли даражада фарқ қилди (асосий гуруҳ - назорат гуруҳи: мос равишда 12 (16,9%) - 34 (44,2%)) ($P=0.014$).

Асосий гуруҳда 3 та (4,2%) ҳолатда ҚБ қайта операция қилинган ёки тери орқали дренажланган, назорат гуруҳида эса 8 та (10,4%) беморда такрорий операция ўтказилган. Асосий гуруҳда ҚБдан дренажнинг тушиши 2 (2,8%) беморда қайд этилган бўлса, назорат гуруҳида бу асорат 11 (14,3%) беморда кузатилган. Шу билан бирга, асосий гуруҳда операциядан кейинги махсус ва номахсус асоратлар частотаси назорат гуруҳидан сезиларли даражада фарқ қилди ($Mezon \chi^2=8.155$; $Df=2$; $P=0,017$).

Шу билан бирга, танланган тактика ва қолдиқ бўшлиқни даволаш ҳамда бартараф этиш бўйича ишлаб чиқилган чоратадбирлар мажмуаси рецидивланувчи эхинококкоз паразитини (ЭП) даволашнинг стандарт усуллари қўлланилган беморлар гуруҳига нисбатан операциядан кейинги асоратлар частотасини сезиларли даражада камайтиришга имкон берди: кальцинацияланган фиброз капсулада (15,8% га нисбатан 70,6%); асоратланган ЭПда (17,9% га нисбатан 53,8%); ёндош патологияда (18,4% га нисбатан 52,9%); кўп сонли интрапаренхиматоз рецидивланувчи ЭПда (22,7% га нисбатан 75%); гигант рецидивланувчи ЭПда (27,3% га нисбатан 75%); кўп мартали рецидивлар мавжудлигида (17,4% га нисбатан 77,8%); эхинококкэктомиядан кейин 3 йилгача бўлган муддатда аниқланган рецидивда (17,6% га нисбатан 58,6%); кўп сонли рецидивланувчи ЭП ва бошқа аъзоларда (20,8% га нисбатан 72%) (Mezon $\chi^2=19,043$; Df=8; $p<0,001$).

Операциядан кейинги узоқ даврда рецидивланувчи эхинококк паразитининг турли шаклларида қолдиқ бўшлиқни даволаш ва бартараф этишнинг ишлаб чиқилган усуллари қўллаш натижасида операциядан кейинги тикланиш даври қисқарди, аъло ва яхши натижалар сони 34,9% дан 65,6% гача кўпайди ҳамда қониқарсиз натижалар улуши 47,6% дан 21,9% гача камайди ($p<0,05$).

Ҳаёт сифати кўрсаткичлари ва унинг асосий таркибий қисмларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, операциядан кейинги даврда қолдиқ бўшлиқларни даволаш ва бартараф этишнинг таклиф этилган усуллари қўллаш ҳамда консерватив реабилитация чораларини ўз ичига олган ретсидивли эхинококк паразитини жарроҳлик йўли билан даволашга ишлаб чиқилган комплекс ёндашув ушбу кўрсаткичларни сезиларли даражада яхшилади, шунингдек, соғлом шахслар гуруҳига нисбатан коэффицентни 51,9-74,0% дан 67,7-88,8% гача оширди ($p<0,05$).

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абдоков А.Д. Жигар эхинококкози жарроҳлигида апаразитарлик ва антипаразитарлик тамойилларининг клиник баҳоси: Тиббиёт фанлари номзоди ... дисс. автореферати. - Ставропол, 2012. - 21 б.

2. Абдиев Т. А., Зубитская М. А., Коваленко А. Ф. ва бошқ. Ўзбекистон ССРда ичак гельминтозларидан етказилган иқтисодий зарарни баҳолаш // Тиббий паразитология ва паразитар касалликлар. - 1990. - № 2. - 37-39-б.

3. Айтназаров М. С. Диафрагма ости жойлашувли жигар эхинококкозининг клиникаси, ташхиси ва оператив даволаш хусусиятлари: Тиббиёт фанлари номзоди ... дисс. автореферати. - Бишкек, 2008. - 21 б.

4. Акилов Х. А., Байбеков И. М., Хайитов А. К. Жигардан эхинококкэктомиядан сўнг қолдиқ бўшлиқни калий перманганат билан ишлов беришнинг қиёсий самарадорлиги // Ўзбекистон хирургияси. - 2002. - №1. - 6-8-б.

5. Акилов Х. А., Ортиқов Б. Я., Акбаров И. М. Нодир жойлашувли эхинококкозни ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволаш // Ўзбекистон хирургияси. - 2008. - №3. - 7-б.

6. Аллаберганов А. Т. ва бошқ. Болаларда жигар эхинококкози қайталанишининг олдини олиш // Хирургик гепатология анналари. - 2000. - 5-жилд, №2. - 298-б.

7. Аллаберганов А. Т., Алиев М. М., Ғафуров А. А. Болаларда эхинококкэктомиядан кейинги асоратланган қолдиқ бўшлиқларни кам инвазив усулда даволаш // Болалар хирургияси. - 2002. - №1. - 23-25-б.

8. Александров М.Т., Евстигнєв А.Р. 0,63 ва 0,89 мкм тўлқин узунлигидаги лазер нурланишини биргаликда қўллашнинг экспериментал-назарий асослари // Лазер хирургиясидаги янгиликлар: Халқаро илмий конференция. Маърузалар тезислари. Москва. - 1990. - 2-жилд, 18-20-б.

9. Алперович Б.И., Сорокин Р.В., Толкаева М.В., Будков С.Р. Жигарнинг такрорий эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш. // Жарроҳлик гепатологияси анналари. 2006; 11 (1): 7-10.

10. Алиев М. А., Баймаханов Б. Б., Федотовских Г. В. ва бошқалар. Жигар фиброз капсуласида эхинокок эмбрионал элементларини морфологик аниқлаш ва жигарнинг қолдиқ бўшлиғини комбинацияланган усул билан даволаш самарадорлигини баҳолаш // Ўзбекистон хирургияси. - 2006. - №3. - Б. 11.

11. Алиев М.А., Меджидов Р.Т., Гамзатов Р.М., Меджидов Ш.Р. Қорин бўшлиғи эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2007. - № 1. - Б.43-48.

12. Алишева Н.О. Эхинококкоз мисолида паразитар инвазияларни эпидемиологик назорат қилиш: Тиббиёт фанлари номзоди диссертацияси автореферати. - Олмота, 2010. - 21 б.

13. Алперович Б. И., Жигар эхинококкозида оператив аралашувлар ва уларнинг таснифи // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 1999. 4-жилд, - №1 - Б. 104-106.

14. Алперович Б. И., Мерзликин Н. В., Сало В. Н. Эхинококкозда жарроҳлик аралашувлари ва касаллик қайта юзага чиқишининг олдини олиш йўллари // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. 10-жилд, - №2 - Б. 98.

15. Алперович Б. И., Сорокин Р. В. Жигарнинг такрорий эхинококкози ва алвеококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, - №2. - Б. 98.

16. Аминов Р.С. Кардиоперикардиял эхинококкознинг клиникаси, диагностикаси ва жарроҳлик йўли билан даволаш: Тиббиёт фанлари номзоди диссертацияси автореферати. - Душанбе, 2010. - 22 б.

17. Артиқов Ж.Б. Замонавий диагностика технологияларидан фойдаланган ҳолда талоқ эхинококкозида жарроҳлик тактикасини танлаш ва оптималлаштириш: Тиббиёт фанлари номзоди диссертацияси автореферати. - Тошкент, 2011. - 24 б.

18. Аскерханов Р. П. Жигар қолдиқ бўшлиқларининг оментопластикаси // Н. И. Пирогов номидаги Жарроҳлик. - 1984. - №7. - Б. 67-71.

19. Аталиев А. Э., Шукуров А. А., Қурбонов Ф. Т. ва бошқ. Катта ва улкан жигар эхинококк кисталарида антипаразитар дори-

дармон терапияси билан бирга қўлланиладиган пунксион-дренаж эхинококкэктомияси // Ўзбекистон жарроҳлик журнали. - 2008. - №3 - Б. 11.

20. Ахмедов И. Г. "Эхинококк касаллигининг қайта юзага келиши" тушунчасини аниқлашнинг патогенетик асослари // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2004. - 2-жилд, №2. - Б. 73.

21. Ахмедов Р. М., Мирходжаев И. А., Комилов С. О., Хамдамов Б. З. Қайта юзага келган эхинококкоз ва унинг олдини олиш йўллари // Ўзбекистон жарроҳлик журнали. - 2008. - №1. - Б. 12.

22. Ахметов Д. Г. Жигар гидатидоз эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашда радикал операциялар: Тиббиёт фанлари номзоди ... дисс. автореферати. - Бишкек, 2009. - 22 б.

23. Ахтамов Ж.А., Қарабоев Х.К., Хайдаров Г.А., Турсунов Б.С., Мизамов Ф.О. Жигар эхинококкозида қолдиқ бўшлиқни қайта ишлаш усулининг ўзгартирилиши // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, №2. - Б. 101.

24. Бобожонов Б. Р., Эшчанов А. Р., Қурёзов Б. Н. ва бошқ. Жигар гидатидоз эхинококкозини даволашда СО₂-лазернинг қўлланилиши // Н. И. Пирогов номидаги Жарроҳлик. - 2002. - №4. - Б. 10-15.

25. Бобожонов Б. Р., Ёқубов Ф. Р. Жигар эхинококкэктомиясидан кейин қолдиқ бўшлиқни қайта ишлаш усуллариининг қиёсий баҳоланиши // Ўзбекистон жарроҳлик журнали. - 2004. - №1. - Б. 20-21.

26. Бабажонов Б. Р., Ёқубов Ф. Р., Бабажонов М. Б. Жигар эхинококкозини ташхислашда янги технологиялар // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, №2. - Б. 101-102.

27. Байбеков И. М., Леонов М. Ф. Эхинококк эмбрионал элементлари ва микроорганизмларнинг фиброз капсулада жойлашуви феномени ҳамда унинг аҳамияти ва касаллик қайтарилишининг олдини олиш // Эхинококкоз жарроҳлигиси: Халқаро симпозиум. - Урганч, 1994. - Б. 6.

28. Байбеков И. М., Махмудов У. М., Комилов Т. С., Мухитдинов Ш. Ш. Эхинококкозни комплекс жарроҳлик даволашда кимётерапия қўллашнинг морфологик асослари // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, №2. - Б. 102.

29. Белеков Ж. О., Исмоилов К. С., Осумбеков Б. З., Байғозақов А. Т., Маманов Н. А. Ультратовуш текшируви ёрдамида жигардан дренаж-аспирацион эхинококкэктомия ўтказиш кўрсатмалари // Жарроҳлик гепатологияси анналлари. - 2005. - 10-жилд, №2. - Б. 103-104.

30. Бўлтаев Д. Э., Йўлдошев Г. Й. Жигар эхинококкозида такрорий операциялар сабаблари // Ўзбекистон жарроҳлигиси. - 2008. - №3. - Б. 22.

31. Ваққосов М. Х., Ишоқов Б. Р., Содиқов О. Ж., Зоҳидов Қ. С. Жигар ва қорин бўшлиғи эхинококкозининг асоратланган шаклларида даволашда жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш // Ўзбекистон жарроҳлигиси. - 2007. - №3. - Б. 13.

32. Вафин А. З. Қайта юзага келган ва қолдиқ эхинококкозни жарроҳлик йўли билан даволаш: Тиббиёт фанлари доктори дисс. автореферати. - Москва; И. М. Сеченов номидаги тиббиёт академияси, 1993. - 38 б.

33. Вафин А. З., Айдемиров А. Н., Попов А. В., Шушанов П. А., Маланка М. И., Абдоков А. Д., Дядков А. В., Хушвақтов У. Ш. Эхинококкоз жарроҳлигида апаразитарлик ва антипаразитарлик тамойилларини қўллашнинг клиник баҳоланиши // Жарроҳлик гепатологияси анналлари. - 2008. - 13-жилд, №3. - Б. 217.

34. Вафин А.З., Попов А.В., Мнатсаканян Э.Г., Шушанов П.А., Хушвақтов У.Ш., Маланка М.И., Дядков А.В., Абдоков А.Д. Жигар эхинококкози жарроҳлигида операциядан кейинги асоратларнинг олдини олишнинг янги самарали усули // Жарроҳлик гепатологияси анналлари. - 2008. - 13-жилд, 3-сон. - 42-бет.

35. Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Попов А.В., Маланка М.И., Абдоков А.Д., Хушвақтов У.Ш. Эхинококкоз қайта юзага келганда жигарда такрорий операцияларнинг хусусиятлари // МДХ давлатлари жарроҳ-гепатологларининг ХВИИИ халқаро конгресси материаллари "Жарроҳлик гепатологиясининг долзарб муаммолари" (А.В. Вишневский номидаги Жарроҳлик институти алманахи). - Москва, 2011. - 6-жилд, 2-сон. - 94-95-бетлар.

36. Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Маланка М.И., Машурова Е.В., Абдоков А.Д., Ованисян Д.Р. Тери орқали технологияларни қўлламасдан жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан

даволаш // МДХ давлатларининг ХХИИ халқаро конгресси материаллари "Гепатопанкреатобилиар жарроҳликнинг долзарб муаммолари". Тошкент. - 2015. - 112-бет.

37. Воҳидов А.В., Илҳомов Ф.А., Струсский Л.П. ва бошқалар. Систобилиар оқма билан асоратланган жигар эхинококкозини ташхислаш ва даволаш // Н.И. Пирогов номидаги Жарроҳлик. - 1998. - 5-сон. - 15-17-бетлар.

38. Вишневский В.А., Кахаров М.А., Камолов М.М. Жигар эхинококкозида радикал операциялар // Жарроҳлик гепатологияси анналлари. - 2005. - 10-жилд, 2-сон. - 106-бет.

39. Гаврилин А.В., Кунсевич Г.И., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Журенкова Т.В., Бурсева Е.А., Саввина Т.В., Агафонов В.А. Ультратовуш текшируви назорати остида жигар эхинококк кисталарини даволашнинг пунксион усули // Н.И. Пирогов номидаги Жарроҳлик. - 2002. - 8-сон. - 39-46-бетлар.

40. Гилевич Ю. С., Вафин А. З., Гилевич М. Ю. "Эхинококкоз қайтарилиши" тушунчасини аниқлашга доир // Н. И. Пирогов номидаги Жарроҳлик. - 1984. - №4. - Б. 71-73.

41. Гилевич М. Ю., Гилевич Ю. С., Порфисенко В. Н. ва бошқалар. Қайтарилган ва қолдиқ эхинококкоз // Н. И. Пирогов номидаги Жарроҳлик. - 1990. - №12. - В. 64-66.

42. Глантс С. Тиббий-биологик статистика // Инглиз тилидан таржима. - Москва. - Практика, 1998. - 459 б.

43. Ғулмуродов Т.Г., Паллаев М.Г., Саидов Р.Х. Паст частотали ультратовуш ва УРЕ-Султон препаратини жигар йирингли эхинококкозини даволашда қўллаш // Жарроҳлик гепатологияси анналлари. - 2003. - 8-жилд, №2. - В. 286.

44. Ғулмуродов Т. Г., Саидов Р. Х., Паллаев М. Г. Жигар эхинококкозининг аллергик асоратлари // Жарроҳлик гепатологияси анналлари. - 2003. - 8-жилд, №2. - В. 285-286.

45. Дадаев Ш.А., Ким В.П., Нажмиддинов Л.Т., Тиллаев А.Н., Ким С.В. Жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашда лазерларни қўллаш // Ўзбекистон Жарроҳлик журнали. - 2001. - №3. - Б. 34-35.

46. Давлатов С.Б. Болаларда қўшма ва асоратли эхинококкоз: Тиббиёт фанлари доктори ... дисс. автореферати. - Уфа, 2012. - 38 б.

47. Девятов А. В., Икромов А. И., Махмудов У. М. Жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш босқичларида кимётерапия // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, №2. - Б. 107-108.

48. Девятов А. В., Махмудов У. М. Жигар ва қорин бўшлиғи қайтарилган эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларининг таҳлили // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, №2. - Б. 108.

49. Девятов А. В., Махмудов У. М., Бобожонов А.Х. Жигар ва қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари эхинококкози // Ўзбекистон Жарроҳлик журнали. - 2009. - №1. - Б. 54-56.

50. Джабрайлов Д. А. Жигар эхинококкозида систобилиар оқмалар билан оғриган беморларни олиб бориш тактикаси: Тиббиёт фанлари номзоди диссертацияси автореферати. - Москва. - 2009. - 22 б.

51. Жалилова С. А. Шаҳар ўчоқларида гидатидоз эхинококкознинг эпидемиологик назорати ва профилактикаси тизими: Тиббиёт фанлари номзоди диссертацияси автореферати. - Боку, 1992. - 23 б.

52. Дядков А. В. Қўшма эхинококкозни ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволаш: Тиббиёт фанлари номзоди диссертацияси автореферати. - Ставропол, 2010. - 23 б.

53. Журавлев В. А., Черемисинов О. В. Жигар эхинококкози жарроҳлигида анъанавий ва мунозарали масалалар // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, 2-сон. - 109-б.

54. Емелянов С. И., Хамидов М. А., Феденко В. В., Панфилов С. А. Жигарнинг лапароскопик эхинококкэктомиясида апаразитарлик тамойили // Эндоскопик жарроҳлик. - 2000. - 4-сон. - 26-29 б.

55. Иброҳимов Н. К. Эхинококкозда жигар резекцияси техникасини такомиллаштириш: Тиббиёт фанлари номзоди диссертацияси автореферати. - Душанбе, 2007. - 22 б.

56. Иванов С. А. Жигар гидатидоз эхинококкозини ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволаш усулларини такомиллаштириш: Тиббиёт фанлари доктори диссертацияси автореферати. - Самара; Ҳарбий тиббиёт академияси, 2002. - 35 б.

57. Изатуллаев И. Р., Рустамов Х. Ш., Нишанов Ф. Н., Таджибаев Ш. А. Эхинококкэктомияда қолдиқ бўшлиқни

дренажлаш усуллари ҳақида // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, 2-сон. - 109-110 б.

58. Икромов А.И. Ўпка ва жигар эхинококкозини комплекс нурли ташхислаш ва жарроҳлик даволаш усулини танлаш: Тиббиёт фанлари доктори диссертацияси автореферати. - Тошкент, 2003. - 32 б.

59. Илхамов Ф. А. Жигардан эхинококкэктомиядан кейин инфекцияланган қолдиқ бўшлиқларни бартараф этишнинг янги усули // Узоқ кузатув босқичларида беморларни ташхислаш, даволаш ва реабилитация қилишни такомиллаштириш масалалари. - Тошкент, 1999. - Б. 81-83.

60. Илхамов Ф. А., Воҳидов А. В. Эхинококкэктомиядан кейин жигардаги йиринглаган қолдиқ бўшлиқларда кичик инвазив тери орқали аралашувлар // Жарроҳлик. - 1998. - №12. - Б. 30-31.

61. Илхамов Ф. А. Жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашнинг анъанавий усулларини такомиллаштириш ва янги усулларини ишлаб чиқиш: Тиббиёт фанлари доктори ... дисс. автореферати. - Тошкент, 2005. - 43 б.

62. Исмаилов Д. А., Байбеков И. М., Алимов М. М., Мирзааҳмедов Б. М., Турсунов Н. Т., Ғафуров З. К. Қорин ва плевра бўшлиғи аъзолари эхинококкозини моделлаштириш усули // Ўзбекистон хирургияси. - 2008. - №2. - Б. 84-87.

63. Йўлдошев Г. Й. Жигарнинг асоратланган эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш // Ўзбекистон жарроҳлиги. - 2006. - №4. - Б. 72.

64. Калиш Ю.И. ва бошқ. Қорин бўшлиғи жарроҳлигида лазерлар. // Реконструктив ва тикловчи жарроҳлик масалалари: Респ. илмий конф. маърузалари тезислари. Тошкент. - 1994. - Б. 206-207.

65. Камолов М.М. Жигар эхинококкозининг турли модификацияларини ташхислаш ва клиник аҳамияти: Тиббиёт фанлари номзоди ... дисс. автореферати. - Санкт-Петербург, 2006. - 23 б.

66. Каримов Ш. И., Нишанов Х. Т., Эшанов А. Т., Дурманов Б. Д. Эхинококкознинг эпидемиологик жиҳатлари // Ўзбекистон тиббиёт журнали. - 1997. - №3. - Б. 59-62.

67. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Мамадражабов С.Э. Жигар эхинококкози жарроҳлигида лапароскопик ва

видеоассистентсияланган аралашувлар // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2007. - Т. 12, №4. - Б. 91-96.

68. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Ким В.Л., Беркинов У.Б., Ҳакимов М.Ш. Эхинококкоз жарроҳлигида кичик инвазив аралашувларнинг ўрни //Эндоскопик жарроҳлик. - 2008. - №4. - Б.6-8.

69. Қосиев Н. Б. Қайталанган эхинококкоз ташхиси // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, №2. - В. 112.

70. Қаҳаров М. А., Кубишкин В. А., Вишневский В. А., Икромов Р. З., Истратов Б. Г., Муҳиддинов Н. Д. Жигардан эхинококкэктомия қилишда фиброзли капсулани олиб ташлашнинг асослари // Жарроҳлик. - 2003. - №1. - Б. 31-35.

71. Киртанасов Я.П., Домашенко Н.Н., Ермакова Л.А., Матвиенко А.А. Натрий хлориднинг сувли эритмасининг эхинококк кистаси протосколекслари ва қобикларига таъсири // МДҲ давлатлари XXII халқаро конгресси "Гепатопанкреатобилиар жарроҳликнинг долзарб муаммолари" материаллари. Тошкент. - 2015. - Б.115.

72. Комилов Т. С. Кекса ва қари ёшдаги одамларда жигар эхинококкозини ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволаш усулларини такомиллаштириш: Тиббиёт фанлари номзоди... автореф. - Тошкент, 2009. - 22 б.

73. Кротов Н. Ф., Ғаниев Ш. А., Рихсиев И. И. Инсон эхинококкозининг паразитга қарши даволаш имкониятлари // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, №2. - В. 114-115.

74. Кротов Н. Ф., Расулов А. Э., Шаумаров З. Ф. Ўпканинг видеоторакоскопик эхинококкэктомияси // Эндоскопик жарроҳлик. - 1999. - №1. - Б. 18-21.

75. Кубишкин В. А., Вишневский В. А., Қаҳаров М. А., Икромов Р. З., Гаврилин А. В. Жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллариининг ривожланиши // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2002. - 7-жилд, №1. - Б. 18-22.

76. Қурбонбердиев К. К., Комеков Н. Х., Пашчиков А. П. Эхография ва компьютер томографияси назорати остида жигарнинг постехинококкэктомик қолдиқ бўшлиғини пункксион

даволаш // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2000. - 5-жилд, №2. - Б. 308-309.

77. Курбанбердиев К. К. Жигар эхинококкозининг таснифи // Хирургик гепатология йилномаси. - 2004. - 9-жилд, 2-сон. - 26-бет.

78. Курбанбердиев К. К. Ички цистобилиар оқма билан асоратланган жигар эхинококкози беморларда ўт йўлларини ташқи дренажлаш // Хирургик гепатология йилномаси. - 2005. - 10-жилд, 2-сон. - 116-бет.

79. Курбанбердиев К.К. Кўп сонли жигар эхинококкозини ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг ўзига хос хусусиятлари // Хирургик гепатология йилномаси. - 2005. - 10-жилд, 2-сон. - 115-116-бетлар.

80. Қурбонов К.М., Маҳмадов Ф.И., Ғулаҳмадов А.Д., Давлатов Д.Ж., Собиров А.Д. Жигар эхинококк кисталарининг йиринглашини эрта ташхислаш усули // МДХ давлатларининг XXII халқаро конгресси "Гепатопанкреатобилиар жарроҳликнинг долзарб муаммолари" материаллари. Тошкент. - 2015. - 118-бет.

81. Лапина Т. В. Кўп сонли ва қўшма жойлашган ўпка ва жигар эхинококкозининг қайта юзага келишини ташхислаш ва даволаш: Тиббиёт фанлари номзоди ... дисс. - Душанбе, 2004. - 229 бет.

82. Мадартов К. М., Дусбаев А. ва бошқалар. Эхография назорати остида қолдиқ бўшлиқни дренажлаш // Хирургик гепатология йилномаси. - 2005. - 10-жилд, 2-сон. - 118-бет.

83. Мамедов М., Сейсенбаев М. Жигар эхинококкозида лапароскопик эхинококкэктомияни қўллашнинг самарадорлиги // Хирургик гепатология йилномаси. - 2005. - 5-сон. - 30-33-бетлар.

84. Мамаражабов С. Э., Қурбаниёзов З. Б. Қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкозининг турли шакллари даволаш комплексида кимётерапия // "Ихтисослаштирилган жарроҳликнинг долзарб масалалари" илмий-амалий конференция материаллари. - Тошкент, 2007. - 63-бет.

85. Мамаражабов С. Э., Қўшмуродов М. Е. Жигар эхинококкози ташхисида комплекс текширув усуллари // Ўзбекистон хирургияси. - 2008. - №3. - Б. 38.

86. Махмудов У. М. Жигар ва қорин бўшлиғи эхинококкозининг қайта юзага келган шакллари олдини олиш ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактик жиҳатлари:

Тиббиёт фанлари номзоди ... дисс. автореферати. - Тошкент, 2005. - 23 б.

87. Милонов О. Б., Османов А. О. Жигар эхинококкози жарроҳлик даволаш // Н. И. Пирогов номидаги хирургия. - 1985. - №1. - Б. 37-41.

88. Мирхўжаев И. А., Сафоев Б. Б., Шарипов У. Б. Жигарнинг операциядан кейинги паразитар абсцессларини даволашда кичик инвазив жарроҳлик аралашувлар // Жарроҳлик гепатологияси анналлари. - 2005. - 10-жилд, №2. - Б. 120.

89. Мовчун А. А., Ағаев Р. М. Ўт йўллари шикастланган жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари // Жарроҳлик гепатологияси анналлари. - 2003. - 8-жилд, №2. - Б. 324-325.

90. Морозов А. В., Варенсов Г. И. Юқори сийдик йўллари пункцион нефростомия ва осма катетеризатсия билан дренажлаш // Урология ва нефрология. - 1981. - №1. - Б. 56-58.

91. Мусаев Г. Х. Гидатидоз эхинококкоз: таъхис ва комплекс даволаш: Тиббиёт фанлари доктори ... дисс. автореферати. - М., 2000. - 38 б.

92. Мусаев Г. Х., Коваленко Ф. П., Лотов А. Н. Глицерин эхинококкка қарши контакт гермитсид сифатида // Жарроҳлик гепатологияси анналлари. - 2001. - 6-жилд, №2. - Б. 134-135.

93. Мусаев А. И., Усубалиев М. Б., Баширов Р. М., Қўчқонбоев Ж. К. Жигар эхинококкозини оператив даволашда перисистектомия // Жарроҳлик гепатологияси анналлари. - 2005. - 10-жилд, №2. - Б. 120-121.

94. Наврўзов С. Н., Йўлдошев Г. И., Ниёзметов А. Н., Ёқубова Ф. У. Қайта юзага келган эхинококкоз // "Эхинококкоз жарроҳлик даволаш" халқаро симпозиум материаллари. - Хива (Урганч), 1994. - Б. 68-69.

95. Назаревский Н. Г. Эхинококк касаллигининг қайталаниши: Тиббиёт фанлари номзоди ... дисс. автореферати. - Симферопол, 1958. - 18 б.

96. Назиров Ф. Г., Акилов Х. А., Икрамов А. И., Жўраева Н. М., Илхомов Ф. А., Ағзамхўжаев С. С. Жигар эхинококкозининг йирингли асоратлари даволашда минимал инвазив аралашувлар // Хирургик гепатология анналлари. - 2002. - 7-жилд, 2-сон. - Б. 18-21.

97. Назиров Ф. Г., Акилов Х. А., Девятков А. В., Зокиров К. Н., Махмудов У. М. Жигар ва қорин бўшлиғи эхинококкозининг қайталаниш ва қолдиқ ҳолатлари частотаси ва сабаблари // Ўзбекистон хирургияси. - 2003. - 1-сон. - Б. 24.

98. Назиров Ф. Г., Илхомов Ф. А. Жигар эхинококкози ва унинг хирургик даволаш усуллариининг таснифи // Хирургик гепатология анналари. - 2005. - 10-жилд, 1-сон. - Б. 8.

99. Назиров Ф. Г., Девятков А.В., Махмудов У.М. Қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкози қайталанган беморларда такрорий операциялар вақтидаги критик вазиятлар // МДХ давлатлари хирург-гепатологларининг XVIII халқаро конгресси материаллари "Хирургик гепатологиянинг долзарб муаммолари" (А.В. Вишневский номидаги Хирургия институти алманахи). - 2011. - 6-жилд, 2-сон. - Б. 108.

100. Назиров Ф. Г., Девятков А.В., Хашимов Ш.Х, Махмудов У.М. Жигар эхинококкозини даволашнинг пунктсион усули - тарафдор ва қарши фикрлар // МДХ давлатларининг XXII халқаро конгресси материаллари "Гепатопанкреатобилиар хирургиянинг долзарб муаммолари". Тошкент. - 2015. - Б.125-126.

101. Назиров Ф. Г., Икромов А.И., Девятков А.В., Хашимов Ш.Х, Махмудов У.М. Жигар эхинококкозини даволашнинг пунктсион усулининг салбий оқибатлари // МДХ давлатларининг XXIII халқаро конгресси материаллари "Гепатопанкреатобилиар хирургиянинг долзарб муаммолари". Тошкент. - 2015. - Б.124-125.

102. Назиров Ф.Н., Арипова Н.У., Назаров Э.Э., Жамолов С.И., Пўлатов М.М. Жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштириш усуллари // Ўзбекистон жарроҳлиги. - 2001. - №3. - 49-50-б.

103. Насиров М.Я., Панахов Д.М., Мамедхонов Г.С. // Жигар асоратли эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2001. - 6-жилд, №2. - 54-56-б.

104. Нестеров М.З.И. Қорин бўшлиғи ва қорин орқа бўшлиғи аъзоларининг қолдиқ эхинококкозини олдини олиш: Тиббиёт фанлари номзоди... дисс. автореферати. - Маҳачкала, 2005. - 22 б.

105. Нишонов Ф.Н., Тожибоев Ш.А., Раҳмонов Б.Ж., Нўмонбеков А.У. Инсон эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш // Ўзбекистон жарроҳлиги. - 2001. - №3. - 54-55-б.

106. Нишонов Ф.Н., Тожибоев Ш.А., Изатуллаев И.Р., Рустамов Х.Ш. Эхинококкэктомияда қолдиқ бўшлиқни йўқотиш муаммосига доир // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, №2. - 122-123-б.

107. Нишонов Х.Т., Яриев А.Р., Қўнишев Ш.У. Жигар бўшлиқ ҳосиллаларини пунксион-дренаж усулида даволаш // Ўзбекистон жарроҳлиги. - 2008. - №3. - 46-б.

108. Нишонов Х.Т., Яриев А.Р., Расулов Ш.А. Жигар эхинококкэктомияси усулини танлашга доир // Ўзбекистон жарроҳлиги. - 2008. - №3. - 46-б.

109. Ногойбоева К.А., Мергенов А.Э., Тойгомбаева В.С., Усубалиева Ж.М. Қирғизистон Республикасида паразитар касалликларнинг эпидемиологик жиҳатлари // Тиббий паразитология ва паразитар касалликлар. - 2009. - № 2. - 27-30-б.

110. Оллоберганов О.Т., Алиев М.М., Курбонов Ф.А. Болаларда эхинококк касаллигининг олдини олишда Зентел препарати // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, №2. - 123-124-б.

111. Омаров Р. А. Жигар эхинококкозини даволашнинг пунксион усули // Хирургик гепатология анналари. - 2001. - 6-жилд, 2-сон. - 138-139-б.

112. Очилов У. Б. Жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш йўллари: Тиббиёт фанлари номзоди ... дис. автореферати. - Тошкент, 2005. - 22 б.

113. Павлюк Г.В., Бужор П.В., Дану М.И., Вержил П. Эхинококк кисталарини пунксион-аспирацион усулда даволаш // МДХ мамлакатларининг XXII халқаро конгресси "Гепатопанкреатобилиар жарроҳликнинг долзарб муаммолари" материаллари. Тошкент. - 2015. - 129-б.

114. Пахомова А. В. Жигар эхинококкози жарроҳлигида комплекс ультратовуш текшируви: Тиббиёт фанлари номзоди ... дис. автореферати. - Москва, 2007. - 22 б.

115. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Деэничин П. Г. Эхинококкоз жарроҳияси. - Москва; Тиббиёт, 1985. - 216 б.

116. Равшанов С.А. Жигар эхинококкозини операциядан олдинги ташхислашда эхографиянинг ўрни: Тиббиёт фанлари номзоди ... дис. автореферати. - Тошкент, 2011. - 21 б.

117. Саидов С., Назаров Ф., Махмадов Ч. Фебендазол препаратининг антипаразитар самарадорлигини баҳолаш // Хирургик гепатология анналлари. - 2000. - 5-жилд, 2-сон. - 314-б.

118. Саидов С. К., Назаров Ш. К., Махмадов Ф. И. ва бошқалар. Эхинококкозда Уре-султон препаратининг антипаразитар самарадорлиги // Хирургик гепатология анналлари. - 2000. - 5-жилд, 3-сон. - 314-б.

119. Саидхўжаева Д. Г., Ҳакимов В. А., Салоҳиддинов К. З. ва бошқалар. Жигарнинг улкан кисталари бўйича эхинококкэктомиядан сўнг қолдиқ бўшлиқни йўқ қилиш // Хирургик гепатология анналлари. - 2005. - 10-жилд, 2-сон. - 128-б.

120. Саламов А. С. Жигар қолдиқ бўшлиқларининг тақдири ва уларнинг эхинококкэктомия усулларига боғлиқлиги // Хирургик гепатология анналлари. - 2005. - 10-жилд, №2. - Б. 128-129.

121. Слетков Н. А. Қайта юзага келган эхинококкозни башорат қилиш, ташхислаш ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг ўзига хос хусусиятлари: Тиббиёт фанлари номзоди ... автореф. дис. - Налчик, 2006. - 24 б.

122. Соболевская О. А. Жигар кисталарини жарроҳлик йўли билан даволашга замонавий ёндашувлар // Хирургик гепатология анналлари. - 2003. - 8-жилд, №2. - Б. 352.

123. Сорокин Р. В. Жигардаги қайта юзага келган эхинококкоз ва алвеококкозни жарроҳлик ва криожарроҳлик йўли билан даволаш // Тиббиёт фанлари номзоди ... автореф. дис. - Томск, 2006. - 19 б.

124. Таиров А. С., Саламов А. С., Абдуллаев С. Жигар эхинококкозида очик операция усуллариининг натижалари // Ўзбекистон хирургияси. - 2008. - №3. - Б. 56.

125. Теодорович О.В. Рентгенологик ва ультратовуш назорати остида тери орқали пункцион нефростомия, нефро- ва уретролитотомия: Тиббиёт фанлари доктори ... дис. - Москва, 1990. - 205 б.

126. Тешаев О.Р., Олимов Н.К., Алимов С.У. Жигар эхинококкэктомиясидан кейин қолдиқ бўшлиқни қайта ишлашнинг янги усули // МДХ давлатлари ХХІІ халқаро

конгрессининг "Гепатопанкреатобилиар хирургиянинг долзарб муаммолари" материаллари. Тошкент. - 2015. - Б. 135.

127. Умаров Ш. Р. Эхинококкоз касаллигида антипаразитар ҳимоянинг клиник-иммунологик омилларининг аҳамияти: Тиббиёт фанлари номзоди ... автореф. дис. - Душанбе, 2009. - 26 б.

128. Усманов Н. У., Батаров А. К., Рашидов Ф. Ш., Олимов Д. М. Жигар эхинококкэктомиясидан кейин қолдиқ бўшлиқларни тампонада қилиш учун катта чарвини қўллаш // Хирургик гепатология анналари - 1999. - 7-жилд, № 2. - Б. 281.

129. Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Раҳманов С.У., Ҳасанов В.Р., Жаффаров С.М., Эрматов Б.Р. Жигар эхинококкозини тери орқали жигар пункцион-дренаж усулида даволаш // МДҲ давлатлари XXII халқаро конгрессининг "Гепатопанкреатобилиар жарроҳликнинг долзарб муаммолари" материаллари. Тошкент. - 2015. - 137-138-б.

130. Харнас С.С. Жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин касалликнинг қайта юзага чиқишини олдини олиш: Тиббиёт фанлари номзоди ... автореф. дис. - Москва. - 2008. - 25 б.

131. Хушвақтов У.Ш. Эхинококкознинг кеч қайта юзага чиқишини аниқлаш ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг ўзига хос хусусиятлари: Тиббиёт фанлари номзоди ... автореф. дис. - Ставропол. - 2012. - 21 б.

132. Сибирне К.А., Андон Л., Андон Е., Павлюк Г. Жигар эхинококк касаллигида такрорий операциялар сабаблари // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, 2-сон. - 134-б.

133. Червинский А.А., Жумалидов Ш.Д., Садирбеков Д.С., Романов А.С. Қорин бўшлиғи аъзоларининг такрорий ва қолдиқ эхинококкози // Н.И. Пирогов номидаги жарроҳлик. - 1990. - 7-сон. - 105-107-б.

134. Черемисинов О.В., Журавлев В.А., Русинов В.Н., Воробёв Д.Н., Шербакова Н.А. Қорин бўшлиғи эхинококкози: ташхис ва даволаш усуллари танлаш // Жарроҳлик гепатологияси анналари. - 2005. - 10-жилд, 1-сон. - 67-б.

135. Чернишев В.Н., Панфилов К.А., Богданов В.Е. Жигарнинг гидатид эхинококкозини даволаш // Н.И. Пирогов номидаги жарроҳлик. - 2005. - 9-сон. - 39-44-б.

136. Шарипов У.Б. Жигар эхинококкози билан оғриган беморларни ультратовуш диагностикаси ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг ўзига хос хусусиятлари: Тиббиёт фанлари номзоди ... автореф. дис. - Тошкент, 2011. - 22 б.

137. Шевченко Ю. Л., Харнас С. С., Самохвалов А. В., Лотов А. Н. Жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллариининг эволюцияси // Н. И. Пирогов номидаги Жарроҳлик. - 2004. - №7. - 49-55-б.

138. Шевченко Ю.Л., Назиров Ф.Г. Эхинококкоз жарроҳлик амалиёти / М.: "Династия" нашриёти, - 2016. - 288 б.: расмли.

139. Штофин С.Г., Штофин Г.С. Эхинококкэктомиядан сўнг қолдиқ бўшлиқни қайта ишлаш усули // МДХ давлатлари ХХІІхалқаро конгресси материаллари "Гепатопанкреатобилиар жарроҳликнинг долзарб муаммолари". Тошкент. – 2015. – 139-140-б.

140. Исмоилов К. С. Ультрасонография назорати остида жигарда дренаж-аспирацион эхинококкэктомия: Тиббиёт фанлари номзоди... дисс. автореферати. – Бишкек, 2007. - 22 б.

141. Эшбеков М. Э., Ахмедов Х. Э., Йўлдошев М. Х. Асоратланган абдоминал эхинококкозни жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштириш йўллари // "Ихтисослаштирилган жарроҳликнинг долзарб масалалари" илмий-амалий конференция материаллари. - Тошкент, 2007. - 118-119-б.

142. "Echinococcosis Fact sheet N°377". World Health Organization. March 2014. Archived from the original on 21 February 2014. Retrieved 19 March 2014;

143. Atmatzidis K.S., Pavlidis T.E., Papaziogas B.T., Mirelis C., Papaziogas T.B. Recurrence and long-term outcome after open cystectomy with omentoplasty for hepatic hydatid disease in an endemic area. ActaChirBelg 2005; 105 (2): 198—202;

144. Akbulut S., et al. Radical vs conservative surgery for hydatid liver cysts: experience from single center. World J Gastroenterol 2010; 16 (8): 953—959.

145. Alonso Casado O, et al. Results of 22 years of experience in radical surgical treatment of hepatic hydatid cysts. *Hepatogastroenterology*. 2001;48:235–243.

146. Anadol D., Ozcelik U., Kiper N., Gocmen A. Treatment of hydatid disease // *Paediatr. Drugs*. - 2001. - Vol.3, №2. - P. 123-135.

147. Aslan M, Yıksel P, Polat E, Cakan H, Ergin S, Çner YA, Zengin K, Arəkan S, Saribas S, Torun MM, Kocazeybek B. The diagnostic value of Western blot method in patients with cystic echinococcosis // *New Microbiol.* - 2011. - Vol.34, №2. - P. 173-177.

148. Aydin U, et al. The optimal treatment of hydatid cyst of the liver: radical surgery with a significant reduced risk of recurrence. *Turk J Gastroenterol*. 2008;19:33–39.

149. Akyildiz HY, Akcan A, Karahan I, Kucuk C, Sızzber E, Esin H. Recurrent liver hydatid disease: when does it become symptomatic and how does one diagnose it? *Clin Imaging*. 2009;33:55–8;

150. Balik A. A., Basoglu V., Celebri F., Oren D., Polat K. Y., Atamanalp S. S., Akcay M. N. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: review of 304 cases // *Arch Surg*. - 1999. - Vol.134, №2. - P. 166-169.

151. Biava M. F., Dao A., Fortier B. Laboratory diagnosis of cystic hydatid disease // *World J. Surg*. - 2001. - Vol.25, №1. - P. 10-14.

152. Bickel A., Loberant N., Singer-Jordan J., Goldfeld M., Daud G., Eitom A. The laparoscopic approach to abdominal hydatid cysts: a prospective nonselective study using the isolated hypobaric technique // *Arch Surg*. - 2001. - Vol.136, №7. - P. 789-795.

153. Bedirli A., Sokrak O., Sozuer E. M., Kerek M., Ince O. Surgical management of spontaneous intrabiliary rupture of hydatid liver cysts // *Surg Today*. - 2002. - Vol.32, №7. - P. 594-597.

154. Bildik N, Cevik A, Altintae M, Ekinici H, Canberk M, Gylmen M. Efficacy of preoperative albendazole use according to months in hydatid cyst of the liver. *J Clin Gastroenterol*. 2007; 41:312–316.

155. Bedioui H, et al. Recurrence of hydatid cyst of liver: predictive factors: Tunisian experience. *Bulletin de la Sociйtй de pathologieexotique* (1990) 2012;105:265–9;

156. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA; Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of

cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop* 2010;114:1–16

157. Chautems R, et al. Surgical management and long-term outcome of complicated liver hydatid cysts caused by *Echinococcus granulosus*. *Surgery*. 2005;137:312-6;

158. Crețu CM, et al. Albendazole associated to surgery or minimally invasive procedures for hydatid disease-how much and how long // *Chirurgia (Bucur)*. 2012. - Vol.107, №1. - P. 15-21.

159. Dilsis A. Ultrasound-guided percutaneous drainage in the treatment of children with hepatic hydatid disease // *Pediatric Radiology*. - 1997. - Vol.27, №3. - P. 230-233.

160. Davis A., Dixon H., Pawlowskiz S., Multicenter clinical trials of benzimidazole - carbamates in human cystic echinococcosis (phase 2) // *Bull. WHO*. - 1989. - Vol.67, №5. - P. 503-508.

161. Doran H, Mihalache O, Prtraecu T. Hydatid cysts with hepatic and pelvic synchronous location-clinical case // *Chirurgia (Bucur)*. 2012. - Vol.107, №1. -P. 126-129.

162. Dziri C., Haouet K., Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence? *World J Surg* 2004; 28 (8): 731-736.

163. Dziri C., et al. Omentoplasty in the prevention of deep abdominal complications after surgery for hydatid disease of the liver: a multicenter, prospective, randomized trial. French association for surgical research // *J Am Coll Surg*. - 1999. - Vol.188, №3. - P. 281-289.

164. El Malki H.O.et al. Does primary surgical management of liver hydatid cyst influence recurrence? *J Gastrointest Surg*. 2010; 14 (7): 1121-1127.

165. El Kady N, Ramzy I, Hanan HA, Haleem A, El-Bahnasawy MM. Echoguided pair technique in diagnosis and treatment of abdominal hydatid cystic disease in Egyptian patients: clinical and ultrasonographic follow up // *J Egypt Soc. Parasitol*. - 2011. - Vol.41, №3. - P. 527-542.

166. Erzurumlu K., Hokelek M., Gonlusen L., Tas K., Amanvermez R. The effect of albendazole on the prevention of secondary hydatidosis // *Hepatogastroenterology*. - 2000. - Vol.47, №31. - P. 247-250.

167. Gavidia CM, et al. Evaluation of oxfendazole, praziquantel and albendazole against cystic echinococcosis: a randomized clinical trial in naturally infected sheep // *PLoS Negl. Trop. Dis.* - 2010. - Vol.4, №2. - P. 616.

168. Goksoy E., Duren M. Surgical therapy of *Echinococcus granulosus* (cysticus) // *Chirurg.* - 2000. - Vol.71, №1. - P. 21-29.

169. Gollackner B, et al. Radical surgical therapy of abdominal cystic hydatid disease: factors of recurrence. *World J Surg.* 2000;24:717-21.

170. Hofstetter C, Segovia E, Vara-Thorbeck R. Treatment of uncomplicated hydatid cyst of the liver by closed marsupialization and fibrin glue obliteration. *World J Surg.* 2004; 28:173–178.

171. Hesse AA, Nouri A, Hassan HS, Hashish AA. Parasitic infestations requiring surgical interventions // *Semin. Pediatr Surg.* - 2012. - Vol.21, №2. - P. 142-150.

172. Isitmangil T., Toker A., Sebit S. A novel terminology and dissemination theory for a subgroup of intrathoracic extrapulmonary hydatid cysts // *Med. Hypotheses.* - 2003. - Vol.61, №1. - P. 68-71.

173. Kemal O., Paksoy Y., Arslan A., Eran A., Mustafa Ahin. Sonographically guided percutaneous treatment of hepatic hydatid cysts: Long-term results// *J. of clinical ultrasound.* - 2000. - Vol.28, №9. - P. 469-478.

174. Kilani T., et al. Hydatid disease of the liver with thoracic involvement // *World J. Surg.* - 2001. - Vol.25, №1. - P. 40-45.

175. Kilinc M., Odev K., Gungor S., Karakose S., Ozeroglu M., Arslan A. Sonographic diagnosis of the ruptured hydatid cyst of the kidney // *Eur Radiol.* - 1997. - Vol.7, №3. - P. 392-394.

176. Kohlhauf M. Percutaneous ultrasound-guided fine needle puncture of parasitic liver cysts: risks and benefits // *Ultraschall Med.* - 1995. - Vol.16, №5. - P. 218-223.

177. Kouraklis G., Dosios T., Glinavou A., Kouvaraki M., Karatzas G. An alternative approach for the surgical management of hydatid disease of the liver // *Langenbecks Arch Surg.* - 2001. - Vol. 386, №1. - P. 62-64.

178. Konstantinova T.N., Vladimirova M. G., Lysenko A. Y. A., Avdyukhina T. I. Efficacy of albendazole in treatment of hydatidosis in man // *Abstract book of XX International Congress of hydatidology.* - Turkey, 2001. - 175 p.

179. Krige J. E., Millar A. J., Rode H., Knobel D. Fatal hypernatraemia after hypertonic saline irrigation of hepatic hydatid cysts // *Pediatr Surg Int.* - 2002. - Vol.18, №1. - P. 64-65.

180. Khoury G., Abiad F., Geagea T. Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver and spleen // *Surgery Endoscopic.* - 2000. - Vol.14, №3. - P. 243-245.

181. Kapan M., Kapan S., Goksoy E., Perek S., Kol E. Recurrence in hepatic hydatid disease. *J Gastrointest Surg* 2006; 10 (5): 734-739.

182. Khuroo M. S., Wani N. A., Javid G. Percutaneous drainage compared with surgery for hepatic hydatid cysts // *N. Engl. J. Med.* - 1997. - Vol.337, №13. - P. 881-887.

183. Legonkov U. A., Ozeretskoykaya N. N., Bronstein A. M. et al. Albendazole in hydatid disease as an after surgery relapse preventing, as surgery permitting and surgery replasing drug // Abstract book of XX International Congress of hydatidology. - Turkey, 2001. - 105 p.

184. Li Y, Zheng H, Cao X, Liu Z, Chen L. Demographic and clinical characteristics of patients with anaphylactic shock after surgery for cystic echinococcosis // *Am J Trop. Med. Hyg.* - 2011. Vol.85, №3 - P. 452-455.

185. Mandal S, Deb Mandal M. Human cystic echinococcosis: epidemiologic, zoonotic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects // *Asian Pac. J Trop. Med.* - 2012. - Vol.5, №4. - P. 253-260.

186. Malki El HO, Souadka A. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis: what are the predictive factors? *Can J Surg* 2013;56:E44-44.

187. Malki El HO et al. Does primary surgical management of liver hydatid cyst influence recurrence? *J Gastrointest Surg.* 2010;14:1121-7

188. Meimarakis G, Grigolia G, Loehe F, Jauch K-W, Schauer RJ. Surgical management of splenic echinococcal disease. *Eur. J. Med. Res.* 2009; 16(14):165-70.

189. Nasser-Moghaddam S., Abrishami A., Taefi A., Malekzadeh R. Percutaneous needle aspiration, injection, and re-aspiration with or without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic hydatid cysts. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 19 (1): CD003623.

190. Peleaz V., Kugler C., Correa D., Del-Carpio M., Guangioli M., Molina J., Marcos B., Lopez E. PAIR as percutaneous treatment of hydatid liver cysts // *Acta - Tropical*. - 2000. - Vol.75, №2. - P. 197-202.
191. Polat P., Kantarci M., Alper F., et al. Hydatid disease from head to toe. *RadioGraphics*. 2003;23(2): 475-94.
192. Shams-Ul-Bari, et al. Role of albendazol in the management of hydatid cyst liver. *Saudi JGastroenterol* 2011;
193. Sayek I, Onat D. Diagnosis and treatment of uncomplicated hydatid cyst of the liver. *World J Surg*. 2001;25:21-27.
194. Salinas J. C., Torcal J., Lozano R., Sousa R., Mjraudeira A., Cabezali R. Intracystic infection of liver hydatidosis // *Hepatogastroenterology*. - 2000. - Vol.47, №34. - P. 1052-1055.
195. Salinas-Sedo G., Velasquez H. C., Saavedra Tafur L. Laparoscopic treatment of hydatid liver disease // *Rev Gastroenterol Peru*. - 2001. - Vol.21, №4. - P. 306-311.
196. Safioleas M., et al. Surgical treatment of human echinococcosis // *Int Surg*. - 2000. - Vol.85, №4. - P. 358-365.
197. Sever M., Skapin S. Laparoscopic pericystectomy of liver hydatid cyst // *Surgical Endoscopy*. - 1995. - Vol. 9, №10. - P. 1125-1126.
198. Sielaff T.D., Taylor B., Langer B. Recurrence of Hydatid Disease. *WorldJSurg* 2001; 25: 83-86.
199. Soni HN, Nagpal AP, Zumkhawala BR, Haribhakti SP. Single-incision laparoscopic percutaneous hydatid cystectomy: a novel curative approach for segment 7 hydatid cyst of liver // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech*. - 2011. - Vol.21. - №5. - P. 253-255.
200. Stamatakis M, Sargedi C, StefanakiCh, Safioleas C, Matthaiopoulou I, Safioleas M. Antihelminthic treatment: an adjuvant therapeutic strategy against *Echinococcus granulosus* // *Parasitol Int*. - 2009. - Vol.58, №2. - P. 115-20.
201. Tappeh KH, Einshaei A, Mahmudloo R, Mohammadzadeh H, Tahermaram M, Mousavi SJ. Effect of different concentrations of hypertonic saline at different times on protoscoleces of hydatid cyst isolated from liver and lung // *Turkiye Parazitol. Derg*. - 2011. - Vol.35, №3. - P. 148-150.
202. Tagliocozzo S., Miccini M., Amore Bonapasta S., Gregori M., Tocchi A. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: 25 years of experience. *Am J Surg*. 2011; 201 (6): 797-804.
203. Tina Pakala, Marco Molina and George Y. Wu; Hepatic Echinococcal Cysts: A Review; *Journal of Clinical and Translational Hepatology* 2016 vol. 4; 39–46

204. Utkan N. Z., Canturk N. Z., Gonullu N., Yildirim C., Dulger M. Surgical experience of hydatid disease of the liver: ooplasty or capitonnage versus tube drainage // Hepatogastroenterology. - 2001. - Vol.48, №37. - P. 203-207.

205. Vennarecci G, Manfredelli S, Guglielmo N, Laurenzi A, Goletti D, Ettorre GM. Major liver resection for recurrent hydatid cyst of the liver after suboptimal treatment. // Updates Surg. 2016 Jun;68(2):179-84.

206. Virginia Velasco-Tirado, et al. Recurrence of cystic echinococcosis in an endemic area: a retrospective study. BMC Infectious Diseases (2017) 17:455

207. Yagci G., et al. Results of surgical, laparoscopic, and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients. WorldJSurg 2005; 29 (12): 1670-1679

208. Zibaei M, Sarlak A, Delfan B, Ezatpour B, Azargoon A. Scolicidal Effects of Olea europaea and Satureja khuzestanica Extracts on Protoscolices of Hydatid Cysts // Korean J Parasitol. - 2012. - Vol.50. - №1. - P. 6-53.

209. WHO Informal Working Group. International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings. 2003;85:253-261.

1-илова

Жигар эхинококкэктомиясида қўлланиладиган комплекс интраоперацион антипаразитар эритмаларнинг токсик таъсирини ўрганиш

Тадқиқотнинг мақсади эхинококк кисталарини олиб ташлангандан сўнг қолдиқ бўшлиққа комплекс интраоперацион антипаразитар ишлов бериш учун таклиф этилаётган эритмаларнинг токсик таъсирини ўрганишдан иборат эди. Қуйидаги эритмалар қўлланилди: 20% ли натрий хлорид, 70°C гача қиздирилган фурациллин, 90% ли спирт ва 5% ли ёд эритмаси.

Экспериментал тадқиқотлар тажрибалар ёки илмий мақсадларда фойдаланиладиган умуртқали ҳайвонларни ҳимоя қилиш тўғрисидаги Европа конвенциясига (123-сонли Европа шартномаси, Страсбург, 1986 йил 15 март) ва фармакологик воситаларнинг умумий токсик таъсирини ўрганиш бўйича услубий тавсияларга (Россия Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 1997 йил 25 декабрдаги 13-сонли буйруғи) мувофиқ ўтказилди.

Тадқиқот 30 та каламушда, 5 та гуруҳда, ҳар бирида 6 тадан Вистар зотли оқ каламушлар - 3 та урғочи ва 3 та эркак каламушда ўтказилди. Уларга 100 г тана вазнига 0,3 мл 5% ли гексенал эритмаси қорин бўшлиғига юборилган ҳолда наркоз берилди. Тажриба таклиф этилаётган усулга мувофиқ каламуш жигарини операция қилиш ва эритмалар билан навбатма-навбат ишлов беришдан иборат эди. Токсик таъсир ҳайвонларнинг операциядан кейинги фаоллик ҳолати ва операциядан кейинги турли муддатларда (3, 8 ва 16-кунларда) жигар қон намуналари кўрсаткичлари (АлАТ, АсАТ, умумий билирубин, ишқорий фосфатаза) бўйича баҳоланди. Қон олиш декапитатсия усули билан амалга оширилди.

Биринчи назорат гуруҳидаги интакт каламушларда операция қилинмаган ва жигарга текширилаётган эритмалар билан ишлов берилмаган ҳолда қон олиниб, ҳисобга олинадиган биокимёвий кўрсаткичлар аниқланди.

Иккинчи назорат гуруҳида жигар кўрсаткичларининг ўзгаришига жарроҳлик асоратининг таъсири ўрганилди. Қорин бўшлиғини очиш ва қорин деворини тикиш амалиётидан сўнг, жигарга текширилаётган эритмалар билан ишлов бермасдан, 3-

куни декапитатсия усули орқали қон олинди. Қонда биокимёвий кўрсаткичлар текширилди. 3-тажриба гуруҳидаги каламушларда жарроҳлик асоратининг таъсири ва ўрганилаётган эритмаларнинг захарли таъсири ўрганилди. Қорин бўшлиғи очилди, жигар юзаси текширилаётган эритмалар билан намланган тампонлар ёрдамида ишланди, қорин девори тикилди ва 3-куни декапитатсия усули орқали қон олинди. Қонда биокимёвий кўрсаткичлар текширилди.

4-тажриба гуруҳидаги каламушларда амалиётдан кейинги жарроҳлик асоратининг таъсири ва ўрганилаётган эритмаларнинг жигар кўрсаткичларининг ўзгаришига захарли таъсири ўрганилди. Қорин бўшлиғини очиш ва жигарга текширилаётган эритмалар билан ишлов бериш амалиётидан сўнг, қорин девори тикилди ва 8-куни декапитатсия усули орқали қон олинди. Қонда биокимёвий кўрсаткичлар текширилди.

5-тажриба гуруҳидаги каламушларда амалиётдан кейинги жарроҳлик асоратининг таъсири ва ўрганилаётган эритмаларнинг жигар кўрсаткичларининг ўзгаришига захарли таъсири ўрганилди. Қорин бўшлиғини очиш ва жигарга текширилаётган эритмалар билан ишлов бериш амалиётидан сўнг, қорин девори тикилди ва 16-куни декапитатсия усули орқали қон олинди. Қонда биокимёвий кўрсаткичлар аниқланди.

Интакт ҳайвонларнинг биринчи назорат гуруҳида жигар қон кўрсаткичларининг биокимёвий натижалари қуйидагича бўлди: АсАТ - $1,05 \pm 0,17$ Ммол/(соат*л), АлАТ - $0,44 \pm 0,08$ Ммол/(соат*л), Умумий билирубин - $1,85 \pm 0,22$ мкмол/л, Ишқорий фосфатаза - $1,04 \pm 0,16$ Ммол/(соат*л).

Ҳайвонларнинг 2-назорат гуруҳида ушбу кўрсаткичларнинг интакт ҳайвонларга нисбатан биров ошганлиги кузатилди. Улар қуйидагича эди: АсАТ - $1,25 \pm 0,12$ Ммол/(соат*л), бу интакт гуруҳга нисбатан 119% ни, АлАТ - $0,57 \pm 0,13$ Ммол/(соат*л) мос равишда 130% ни, умумий билирубин - $2,26 \pm 0,15$ мкмол/л ва 122% ни, ишқорий фосфатаза - $1,34 \pm 0,17$ Ммол/(соат*л) ва 129% ни ташкил этди. Жигар синамаларининг барча кўрсаткичлари биринчи гуруҳ интакт каламушларининг кўрсаткичларига нисбатан статистик жиҳатдан ишончли эмас эди.

Ҳайвонларнинг 3-тажриба гуруҳида бу кўрсаткичларнинг интакт ҳайвонларга нисбатан сезиларли даражада ошганлиги кузатилди. Улар қуйидагича эди: АсАТ - $1,58 \pm 0,26$ Ммол/(соат*л),

бу интакт гуруҳга нисбатан 150% ни ташкил этди, АлАТ - $0,71 \pm 0,11$ Ммол/(соат*л) мос равишда 161% ни, умумий билирубин - $2,87 \pm 0,30$ мкмол/л ва 155% ни, ишқорий фосфатаза - $1,92 \pm 0,20^*$ Ммол/(соат*л) ва 185% ни ташкил этди.

Биринчи гуруҳ интакт каламушлар кўрсаткичларидан фақат ишқорий фосфатаза кўрсаткичлари статистик жиҳатдан ишончли фарқ қилди, жигар синамаларининг бошқа барча кўрсаткичлари ишончсиз эди. Бироқ, ушбу гуруҳ ҳайвонларининг жигар намуналари кўрсаткичлари жарроҳлик шикастланишининг таъсири ўрганилган 2-гуруҳга нисбатан бироз юқори бўлса-да, фарқлар статистик жиҳатдан ишончсиз эди. Улар қуйидагича эди: АсАТ - 126%, АлАТ - 124%, умумий билирубин - 127%, ишқорий фосфатаза - 143%.

Ҳайвонларнинг 4-тажриба гуруҳида бу кўрсаткичларнинг интакт ҳайвонларга нисбатан аҳамиятсиз ва ишончсиз ўсиши қайд этилди. Улар қуйидагича эди: АсАТ - $1,13 \pm 0,18$ Ммол/(соат*л), бу интакт гуруҳга нисбатан 108% ни ташкил этди, АлАТ - $0,51 \pm 0,10$ Ммол/(соат*л) мос равишда 116% ни, умумий билирубин - $2,02 \pm 0,24$ мкмол/л ва 110% ни, ишқорий фосфатаза - $1,29 \pm 0,14$ Ммол/(соат*л) ва 124% ни ташкил этди.

Ҳайвонларнинг 5-тажриба гуруҳида интакт ҳайвонлар кўрсаткичларидан фарқ қилмайдиган натижалар кузатилди. Улар қуйидагича эди: АсАТ - $1,03 \pm 0,17$ Ммол/(соат*л), бу интакт гуруҳга нисбатан 98% ни ташкил этди; АлАТ - $0,45 \pm 0,09$ Ммол/(соат*л), бу 102% га тенг; умумий билирубин - $1,86 \pm 0,22$ Мкмол/л, бу 101% га тўғри келди; ишқорий фосфатаза - $1,13 \pm 0,12$ Ммол/(соат*л), бу эса 109% ни кўрсатди.

Олинган тадқиқот натижаларидан шундай хулоса чиқариш мумкинки, таклиф этилган усулга кўра жигар юзасига ушбу эритмалар билан ҳўлланган тампонлар ёрдамида ишлов берилганда, операциядан кейинги 3-куни соғлом ҳайвонларга нисбатан жигар кўрсаткичларининг сезиларли даражада ошгани, ҳамда операция пайтида жигарга ўрганилаётган эритмалар билан ишлов берилмаган ҳайвонларга нисбатан бироз кўтарилгани кузатилди.

1-жадвал

Кетма-кет қўлланилган эритмаларнинг заҳарли таъсирини ўрганишда каламушларда қон биокимёвий кўрсаткичларининг ўзгариши (гуруҳлар бўйича ўртача кўрсаткичлар ва 1-гуруҳга нисбатан фоиз ҳисобида)

Каламушлар гуруҳи № крес	Қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари			
	АлАТ Ммол/(соат* л)	АсАТ Ммол/(соат* л)	Умумий билирубин Мкмол/л	Ишқорий фосфатаза Ммол/(соат*л)
1. Интакт гуруҳ	0,44±0,08	1,05±0,17	1,85±0,22	1,04±0,16
2. Ишлов берилмаган 3-сутка	0,57±0,13 130%	1,25±0,12 119%	2,26±0,15 122%	1,34±0,17 129%
3. Ишлов берилган 3-сутка	0,71±0,11 161%	1,58±0,26 150%	2,87±0,30 155%	1,92±0,20* 185%
4. Ишлов берилган 8-сутка	0,51±0,10 116%	1,13±0,18 108%	2,02±0,24 110%	1,29±0,14 124%
5. Ишлов берилган 16-сутка	0,45±0,09 102%	1,03±0,17 98%	1,86±0,22 101%	1,13±0,12 109%

Бу эса 3-куни жигар кўрсаткичларининг сезиларли ўсиши асосан операция омили туфайли, ва биров ошиши эса жигарга ўрганилаётган эритмалар билан ишлов бериш натижасида юз берганини кўрсатади. 8 ва 16-кунларда жигар кўрсаткичлари соғлом ҳайвонларникидан деярли фарқ қилмади.

Шундай қилиб, хулоса қилиш мумкинки, жигар эхинококк кистаси олиб ташлангандан сўнг қорин бўшлиғи ички юзасига комплекс интраоперацион антипаразитар ишлов бериш учун таклиф этилаётган ўрганилаётган эритмалар заҳарли таъсирга эга эмас.

2-илова

Қайталанган ЖЭ билан оғриган беморларда иммунитет ҳолати

Ҳозирги кунда кўпчилик тадқиқотчилар эхинококк касаллиги патогенезида иммун тизимнинг аҳамиятини тан олмоқдалар. Шунга қарамай, ушбу касалликда иммунитет тизимининг функционал ҳолатини ўрганиш натижалари етарлича зиддиятли. Бироқ, айрим олимларнинг фикрича, иммунитет кўрсаткичларининг ўзгариши соғлом ёки носоғлом ҳолатнинг белгиси, шунингдек, ўтказилган даволаш самарадорлигининг мезони бўлиб хизмат қилиши мумкин [22, 55, 61, 72, 81, 121, 127].

Биз жигардан эхинококкэктомия амалиётидан олдин ва кейин беморларнинг иммунологик профилини ўргандик.

Иммунологик кўрсаткичлар таҳлилида қайталанган ЖЭ билан оғриган 40 нафар бемор иштирок этди. Назорат гуруҳини шикоятлари бўлмаган 100 нафар нисбатан соғлом шахс ташкил этди, улар жинс ва ёш хусусиятлари бўйича беморлар гуруҳи билан таққосланди.

Ҳужайравий иммунитетни ўрганиш моноклонал антитаналар ёрдамида СД типлаш усулида лимфотситлар популяциялари ва субпопуляциялари сонини аниқлаш, қон зардобдаги Ig A, M, G синфидаги иммуноглобулинлар микдорини радиал иммунодиффузия усулида, айланувчи иммун комплекслар (АИК) концентрациясини В. Гашкова ва ҳаммуаллиф-лар усули ҳамда иммунофермент таҳлил усулида ўтказилди.

Қайталанган ЖЭда периферик қон лимфотситларининг популятсион спектри 1-жадвалда келтирилган. Тақдим этилган жадвалдаги маълумотлар таҳлили қайталанувчи ЖЭ билан оғриган беморлар ва назорат гуруҳидаги периферик қон лимфотситлари популяциялари ва субпопуляцияларини таққослашда сезиларли фарқларни кўрсатади.

1-жадвал

Қайталанган ЖЭда периферик қондаги лимфоцитларнинг популяцион спектри

Ўрганилаётган ходисалар	Қайталанувчи ЖЭ		Соғлом шахслар		П
	н	М±м	н	М±м	
CD 3 (мутлақ)	40	0,75±0,08	100	1,03±0,04	< 0,01
CD 4 (мутлақ)	40	0,45±0,05	100	0,62±0,03	< 0,01
CD 8 (мутлақ)	40	0,29±0,07	100	0,38±0,01	< 0,05
CD 4/8	40	1,54±0,07	100	1,63±0,04	>0,05
CD 22 (мутлақ)	40	0,17±0,01	100	0,26±0,01	< 0,001

Қайталанган ЖЭ билан оғриган беморларда гуморал иммунитетни ўрганиш комплементнинг умумий гемолитик фаоллиги кўрсаткичларида асоратлар шаклланишида комплементнинг C1 компоненти ошиши ва сезиларли даражада пасайиши кўринишидаги сезиларли ўзгаришларни аниқлади (1-жадвал). Бу ўзгаришлар асоратлар шаклланишида комплементнинг C1 компоненти миқдорининг ошиши ва сезиларли даражада пасайиши кўринишида намоён бўлди (2-жадвал). Буни СИК шаклланиши учун комплементнинг C1 компоненти ҳаддан ташқари кўп сарфланиши ва натижада унинг танқислигига олиб келиши билан изоҳлаш мумкин.

2-жадвал

Қайталанган ЖЭ билан оғриган беморларда комплемент тизимининг ҳолати

Ўрганилаётган ходисалар	Қайталанувчи ЖЭ		Соғлом шахслар		П
	н	М±м	н	М±м	
СИК ш.б.	25	53,82±1,14	100	48,4±2,20	< 0,05
КХ 50 бирлик	25	67,14±1,09	100	64,2±0,67	< 0,05
C ₁	25	86,35±2,39	100	101,2±6,45	< 0,05
C ₂	25	48,4±2,35	100	83,4±4,37	< 0,001
C ₃	25	80,5±2,47	100	90,8±3,57	< 0,05
C ₄	25	72,82±2,18	100	78,7±1,74	< 0,05
C ₅	25	61,00±2,52	100	87,2±3,70	< 0,001

Ўз навбатида, комплемент тизимининг пасайиши нейтрофиллар ва макрофагларнинг фаготситар фаоллигининг сусайишига олиб келиши мумкин.

Қайталанган ЖЭ билан оғриган беморларда касалликнинг ривожланиши ва асоратларнинг шаклланиши билан Ig G концентрациясининг ошиш тенденцияси аниқланди (3-жадвал).

3-жадвал

Қайталанган ЖЭда қондаги иммуноглобулинларнинг ўзгариши

Ўрганилаётган кўрсаткичлар	Қайталанган ЖЭ		Соғлом шахслар		P
	n	M±m	n	M±m	
Ig A	40	3,9±0,7	100	2,35±0,04	< 0,05
Ig M	40	2,4±0,19	100	1,24±0,05	< 0,001
Ig G	40	12,3±0,32	100	11,4±0,05	< 0,01

Биз эхинококкоз касаллигида (ЭК) иммунологик бузилишларнинг шаклланиш ва ривожланиш механизмлари, шунингдек, сабаб-оқибат алоқаларини ўрганар эканмиз, фаготситар реакцияларнинг кечиши кўпроқ антиген стимулятсияси манбаининг ўзига хос биологик хусусиятларига боғлиқ эканлигидан келиб чиқдик.