

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

UMARKULOV ZABUR ZAFARJONOVICH

**JIGARNING PARAZITAR VA NOPARAZITAR KISTLARINI TASHXIS
VA DAVOLASHDA DIAPEVTIK USULLARNING IMKONIYATLARI**

MONOGRAFIYA

Samarqand – 2024 yil

В современной медицине ультразвук является "золотым стандартом" в диагностике паразитарных и непаразитарных кист печени. Этот метод отличается относительно удобством и эффективностью от других методов исследования.

Данные монографии могут быть широко использованы врачами лучевой диагностики, работниками отдела функциональной диагностики, хирургами в своей практической деятельности для своевременного выявления начальных признаков заболеваний паразитарных и непаразитарных кист печени и планирования лечебных мероприятий.

Zamonaviy tibbiyotda jigar parazitlar va noparazitlar kistalari kasalliklarini tashxislashda ultratovush "oltin standart" hisoblanadi. Bu usul nisbatan qulay va samaradorligi bilan boshqa tekshiruv usullaridan oʻstunligi bilan farq qiladi.

Ushbu monografiyalardan nur tashxisot shifokorlari, funksional diagnostika boʻlimi xodimlari, xirurglar oʻz amaliy faoliyatlarida jigarining parazitlar va noparazitlar kistalari kasalliklarining dastlabki belgilarini oʻz vaqtida aniqlash va davolash chora-tadbirlarini rejalashtirish uchun keng foydalanishlari mumkin.

In modern medicine, ultrasound is considered the "gold standard" for diagnosing parasitic and non-parasitic liver cysts. This method differs from other research methods in its relative convenience and effectiveness.

These monographs can be widely used by radiologists, functional diagnostic staff, and surgeons in their practical activities for the timely detection of early signs of parasitic and non-parasitic liver cyst diseases and for planning treatment measures.

Taqrizchilar:

Samarqand tibbiyot universiteti diplomdan keyingi talim fakulteti tibbiy radiologiya kafedrasida prof. **Axmedov Ya.A.**

Toshkent davlat stomatologiya instituti onkologiya va tibbiy radiologiya kafedrasida professori, tibbiyot fanlari doktori **Xodjibekova Yu.M.**

MUNDARIJA

KONVENSSIONAL QISQARTIRISHLAR RO‘YXATI.....	5
JIGAR KISTALARINI DIAGNOSTIKA VA XIRURGIK DAVOLASHNING ZAMONAVIY JIHATLARI.....	11
FOYDALANILGAN MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARINI KLINIK XUSUSIYATLARI.....	33
JIGARNING PARAZIT VA PARAZIT BO‘LMAGAN KISTALARINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH.....	48
PARAZIT BO‘LMAGAN JIGAR KISTALARINI PERKUTAN PUNKSION BILAN DAVOLASH.....	56
TAQQOSLASH GURUHIDAGI BEMORLARDA JIGAR KISTALARINI JARROHLIK DAVOLASH USULLARI.....	72
JIGAR KISTASI BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH NATIJALARI.....	75
XULOSA.....	95
XULOSALAR.....	108
AMALIY TAVSIYALAR.....	110
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....	111

KONVENSSIONAL QISQARTIRISHLAR RO‘YXATI

BBA	Biliobiliar anastomoz
ERA	Endobiliar rentgenologik aralashuvlar
ERXG	Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya
FXG	Fistoloxolangiografiya
GepDA	Gepatikoduodenoanastomoz
GepEA	Gepatikoyeyunostomiya
GX	Gepatikoxoledox
IXG	Intraoperatsion xolangiografiya
JTO‘Y	Jigardan tashqari o't yo'llari
KT	Kompyuter tomografiyasi
LX	Laparoskopik xoletsistektomiya
MLXE	Minilaparotom xoletsistektomiya
MO‘Y	Magistral o't yo'llari
MRPXG	Magnit-rezonans pankreatoxolangiografiya
MRT	Magnit-rezonans tomografiya
PTXG	Perkutan transhepatik xolangiografiya
PTXS	Perkutan transhepatik xolangiostomiya
THKD	Transhepatik karkasli drenaj
UJY	Umumiy jigar yo'li
UO‘Y	Umumiy o't yo'li
UTT	Ultra-tovushli tekshiruvi
XE	Xoletsistektomiya

Jahon sogʻliqni saqlash tashkiloti maʼlumotlariga koʻra, noparazitar jigar kistalari aholining 1-2 foizida aniqlanadi, garchi kasallik rivojlanishi bilan bemorlarning atigi 10-16 foizida klinik jihatdan namoyon boʻladi. Bundan tashqari, ayollarda bu kasallik 3-5 marta tez-tez uchraydi. Shu bilan birga, ushbu tashkilot maʼlumotlariga koʻra, "dunyoda 1 milliondan ortiq odam exinokokkoz bilan kasallangan shu bilan birga turli organlar va toʻqimalar orasida 44-84% hollarda jarayon jigarda lokalizatsiya qiladi". Markaziy joylashgan katta kistalar va massiv kistozli shikastlanishlar portal gipertenziya va obstruktiv sariqlik belgilari rivojlanishi bilan jigarning tomir-sekretor elementlarining siqilishiga olib kelishi mumkin. Noparazitar jigar kistalarining kelib chiqishi boʻyicha yagona konsensus mavjud emas. Baʼzi mualliflarning fikricha, kistalar embriogenez davrida oʻt yoʻllarining yalligʻlanish giperplaziyasi va ularning keyingi obstruktsiyasi natijasida hosil boʻladi. Gormonal dorilarni qoʻllash (estrogenlar, peroral kontratseptivlar) ham jigar kistalarining paydo bulishiga sabab boʻla oladi. Zamonaviy tibbiyotda embrion rivojlanish davrida oʻt yoʻllari tizimiga kirmaydigan aberrant segmentar va segmentlararo oʻt yoʻllaridan jigar kistalarining paydo boʻlishini tushuntiruvchi nazariya asosiy oʻrinni egallaydi. Ushbu yopiq boʻshliqlarning epiteliyasidan sekretiya suyuqlikning toʻplanishiga va ularning jigar kistasiga aylanishiga olib keladi. Bu gipoteza kista sekretiyyasida safro yoʻqligi va hosila boʻshligʻi oʻt yoʻllari bilan bogʻliq emasligi bilan tasdiqlanagan. Jigar kistalarining klinik koʻrinishida bemorlarda oʻng qovurgʻa yoyi ostida hamda epigastral sohada ogʻirlik va ogʻriq hissi, ovqatdan keyin qorin boʻshligʻida noqulaylik hissi, jigʻildon qaynashi, kekirish, ishtahaning yoʻqolishi, koʻngil aynishi kabi simptomlar qayd etiladi. Jigarning noparazitar kistalari, asosan 30-50 yoshda rivojlansa, jigar exinokokkoz esa har qanday yoshda uchrayveradi.

Jahon amaliyotida kasallikning ogʻirligini baholashning morfo-funksional mezonlarini oʻrganishga qaratilgan bir qator maqsadli ilmiy tadqiqotlar, jumladan: jigar kistalarining gepatotsitlardagi morfo-funksional oʻzgarishlarga taʼsirini hamda ularning ahamiyatsiz buzilishlardan to jigar sirrozigacha boʻlgan darajasi oʻrganishlar olib borilmoqda. Leykotsitlar faoliyatini oʻzgartirish yoki molekulyar

mimikriya fenomenini qo'llab, parazit immunomodulyatsion molekulalarni ishlab chiqarish orqali immunitet tizimining ta'sirini kamaytiradigan, shu bilan kompleks tizimining faoliyatiga aralashadigan, immun reaksiyani o'zgartirishga va ularning yo'q qilinishini oldini olishga qaratilgan metotsidlarning kompleks himoya reaksiyasini o'rganish bo'yicha tadqiqotlar davom etmoqda. Epizootik jarayonlarning turli darajadagi intensivligiga ega bo'lgan zoonoz o'choqlarini shakllantirish bo'yicha iqlim, geografik, ijtimoiy va iqtisodiy sharoitlarni o'rganish masalalari alohida ustuvor ahamiyatga ega, chunki odamlarda exinokokk kasalligi ushbu xavf omillariga to'g'ridan-to'g'ri proportsionaldir.

Mamlakatimizda sog'liqni saqlash tizimida aholiga ko'rsatilayotgan jarrohlik yordami sifatini tubdan yaxshilash va ko'lamini sezilarli darajada kengaytirish bo'yicha keng ko'lamli maqsadli chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda. Bu yo'nalishda, xususan, jigar kistalarini jarrohlik yo'li bilan davolash sifatini oshirishda ijobiy natijalarga erishildi. Shu munosabat bilan, 2022-2026 yillarda mamlakat rivojlanishi strategiyasida «...aholi salomatligini muhofaza qilish, tibbiyot xodimlarining salohiyatini oshirish va 2022-2026 yillarda sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish dasturini tadbiriq etishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuini amalga oshirish...» . kabi vazifalar belgilangan.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020 yil 12 noyabrdagi PF-6110-son "Birlamchi sog'liqni saqlash muassasalari faoliyatiga printsipial yangi mexanizmlarni joriy etish chora-tadbirlari to'g'risida"gi farmoni, O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020 yil 10 noyabrdagi PQ-4887-son "Sog'liqni saqlash sohasida davlat boshqaruvi tizimini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida", 2020 yil 12 noyabrdagi PQ-4891-son "Fuqarolar salomatligini ta'minlashda doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida"gi qarorlari, hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa me'yoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishga ushbu dissertatsiya tadqiqoti muayyan darajada xizmat qiladi.

Hozirgi vaqtda adabiyotda noparazitar jigar kistalarini davolashning aniq kontseptsiyasi mavjud emas. Ba'zi maqolalarda tashxis qo'yilgandan so'ng darhol

jarrohlik aralashuvlar haqida xabar beriladi (Poźniczek M. et al, 2020), boshqa mualliflarning tavsiyalariga ko`ra, jarrohlik davolash faqat klinik belgilar mavjud bo`lganda amalga oshiriladi (Chuang Yang et al, 2019). Biroq, asimptomatik kistalarni davolash yoki dinamik kuzatish masalasi haligacha hal qilinmagan. Jarrohlikning zamonaviy tendentsiyalari jigarining parazitlar va parazit bo`lmagan kistalarini davolash uchun miniinvaziv usullarni qo`llash chastotasining ko`payishiga va ko`rsatmalarning kengayishiga olib keladi.

Zamonaviy adabiyotlar tahlili shuni ko`rsatadiki, jigar kistalarini davolashda bir nechta yo`nalishlar mavjud: an`anaviy jarrohlik aralashuvlar, endovideojarrohlik usullari va parazitlar jigar kistalari uchun operatsiyadan oldingi va keyingi kimyoterapiya bilan ultratovush yoki KT nazorati ostida kistalarni perkutan punktsion-drenaj bilan davolash. PAIR (punktsion, aspiratsiya, in`ektsiya va qayta aspiratsiya) texnikasi JSST tomonidan keng qo`llaniladi va tasdiqlangan. Shunga qaramay, davolanish natijalarini yaxshilash uchun teri orqali usullarni o`zgartirishga urinishlar to`xtamaydi. Shunday qilib, exinokokkoz uchun minimal invaziv aralashuvlarning yangi turlari paydo bo`ldi – PEVAC, PAI, Örmeci, MoCaT. PEVAC (Perkutan evakuatsiya) punktsion kanalining zaralanishi xavfini oshiradigan Seldinger drenajini almashtirishni nazarda tutadi. PAI va Örmeci germitsidni bo`shliqda qoldirishni o`z ichiga oladi, bu esa qolgan bo`shliqni kichrayishga yordam bermaydi va yiringlash xavfini oshiradi. MoCaT (modifikatsiyalangan kateterizatsiya texnikasi) usuliga ko`ra, kista darhol qalin drenaj bilan teshiladi, bu xitin membrananing ajralishi va kistaning yorilishi tufayli xavflidir. Ushbu usullarning mualliflari ularning samaradorligi va xavfsizligini e`lon qilishlariga qaramay, bemorlar sonining kamligi va operatsiyadan keyingi kuzatuvning qisqa muddati ob`ektiv xulosalar chiqarishga imkon bermaydi. Shunday qilib, jarrohlik aralashuvining optimal usulini va uni amalga oshirish usulini tanlash bo`yicha qaror dolzarb bo`lib qolmoqda.

Adabiyotlar tahlili shuni ko`rsatadiki, hozirgi vaqtda jigar kistalarini tashxislash va davolash usullari zamonaviy sog`liqni saqlashning dolzarb va hal

etilmagan muammolaridan biridir. Shu munosabat bilan, operatsiyadan oldingi bosqichda kasallikning xususiyatlarini baholashga imkon beradigan, invaziv bo'lmagan tibbiy tasvirlash usullarining axborot mazmuniga qarab, jigar kistalarini tashxislash va davolashda diapevtik usullarning imkoniyatlarini o'rganish zarurati tug'iladi va kistaning tuzilishi va agressiv kasallikning belgilarini aniqlashga imkon yaratadi.

terapevtik va diagnostik tadbirlar majmuasi ishlab chiqilgan bo'lib, turli etiologiyali jigar kistalarini jarrohlikda diapevtik usullarning o'rni aniqlangan bo'lib, o'ziga xos klinik vaziyatga qarab eng oqilona taktikalar taklif etilgan;

punktsion usuli yordamida kistektomiyani amalga oshirish texnikasi optimallashtirilgan, intraoperativ asoratlar xavfini kamaytirishga imkon bergan;

jigar kistalari bilan og'rikan bemorlarni jarrohlik davolashning bevosita va uzoq muddatli natijalarini o'rganish ahamiyati aniqlandi, ushbu toifadagi bemorlarda diapevtik usullarning klinik samaradorligining qiyosiy bahosi aniqlangan;

operatsiyadan keyingi davrga ta'sir etuvchi omillarni tekshirish va kasallikning qaytalanish ehtimolini hisobga olgan holda, jigar kistektomiyasini o'tkazgan bemorlarning hayot sifatini baholash uchun maxsus shkala takomillashtirilgan.

Parazitar va noparazitar jigar kistalari uchun diapevtik usullarni qo'llash uchun ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar hajmi, joylashuvi va miqdoriga qarab ishlab chiqilgan, bu esa turli bemorlarni tanlashni imkonini beradi va ularni davolashning eng samarali usuli deb teri orqali punktsion kistektomiya hisoblanadi.

kista tarkibini evakuatsiya qilish usuli tavsiya etilgan drenaj moslamasidan foydalangan holda o'zgartirildi, bu safro oqishi va qorin bo'shlig'i ifloslanishi xavfisiz punktsion teshikni yopishga yordam beradi;

diapevtik davolash usullarini klinik amaliyotga joriy etish jigar kistalari bilan og'rikan bemorlarni davolashning jarrohlik usullari arsenalini kengaytirdi;

bemorlarning jismoniy, aqliy va ijtimoiy kundalik faoliyatiga ta'sir qiluvchi asosiy omillarni hisobga olgan holda, jigar kistektomiyasini boshidan o'tkazgan bemorlarning hayot sifatini baholash uchun shkala takomillashtirildi.

Dissertatsiyada muhokama qilingan muammolarni hal qilish usullari jigar kistalari bilan ogʻrigan bemorlarni diagnostika qilish va jarrohlik davolashda zamonaviy-ilmiy va amaliy tushunchalar va yondashuvlarga asoslanganligida. Ishdagi xulosalar matematik statistikaning zamonaviy usullari, masalan, jadvallar va ishonch intervallari va ishonch ehtimolliklarini hisoblash bilan variatsion tahlildan foydalangan holda qayta ishlangan natijalar asosida amalga oshiriladi.

Tadqiqot natijalarining ilmiy ahamiyati shundan iboratki, olingan xulosa va takliflar oʻziga xos nazariy ahamiyatga ega boʻlib, jigar kistasi bilan ogʻrigan bemorlarni davolashning zamonaviy yondashuvlarini ishlab chiqishga katta hissa qoʻshmoqda. Terapevtik va diagnostik tadbirlar majmuasi ishlab chiqildi va turli etiologiyali jigar kistalarini jarrohlikda diapevtik usullarning oʻrni aniqlandi. Shunga asoslanib, oʻziga xos klinik vaziyatga qarab eng oqilona taktikalar taklif etiladi. Punktsiya usulidan foydalangan holda kistektomiya qilish texnikasi optimallashtirildi, bu intraoperativ asoratlar xavfini kamaytirishga imkon beradi. Jigar kistalari bilan ogʻrigan bemorlarni jarrohlik davolashning bevosita va uzoq muddatli natijalarini oʻrganish natijalariga koʻra, ushbu toifadagi bemorlarda diapevtik usullarning klinik samaradorligining ahamiyati va qiyosiy bahosi aniqlandi. Operatsiyadan keyingi davrga taʼsir etuvchi omillarni tekshirish va kasallikning qaytalanish ehtimolini hisobga olgan holda, jigar kistektomiyasini oʻtkazgan bemorlarning hayot sifatini baholash uchun maxsus shkala optimallashtirildi.

Ishning amaliy ahamiyati shundaki, ishda keltirilgan asosiy xulosa va tavsiyalar turli darajadagi tibbiyot muassasalarida jigar kistalari bilan kasallangan bemorlarni tashxislash va davolashda foydalanish mumkin. Parazitar va noparazitar jigar kistalari uchun diapevtik usullarni qoʻllash uchun koʻrsatmalar va kontrendikatsiyalar hajmi, joylashuvi va miqdoriga qarab ishlab chiqilgan, bu esa turli bemorlarni tanlashni imkonini beradi va ularni davolashning eng samarali usuli deb teri orqali punktsion kistektomiya hisoblanadi. Kista tarkibini evakuatsiya qilishning takomillashtirilgan usuli tavsiya etilgan drenaj moslamasidan foydalangan holda oʻzgartirildi, bu safro oqishi va qorin boʻshligʻining ifloslanishi

xavfisiz punktsion teshigini yopishga yordam beradi. Diapevtik davolash usullarini klinik amaliyotga joriy etish jigar kistalari bilan og`rigan bemorlarni davolashning jarrohlik usullari arsenalini kengaytirdi. Bemorlarning jismoniy, aqliy va ijtimoiy kundalik faoliyatiga ta`sir qiluvchi asosiy omillarni hisobga olgan holda, jigar kistektomiyasini boshidan o`tkazgan bemorlarning hayot sifatini baholash uchun shkala takomillashtirildi.

Jigar kistalarini diagnostika va xirurgik davolashning zamonaviy jihatlari.

Jigar kistalarining etiopatogenezi va tasnifi

Tibbiyotning jadal rivojlanishiga qaramay, yangi tibbiy texnologiyalar va zamonaviy asbob-uskunalar ishlab chiqilishi va klinikaga joriy qilinishi tufayli jigar kistalarini parazitlar bo`lmagan hollarda ham diagnostika qilish va jarrohlik amaliyoti bilan davolashning eng zamonaviy usullarini muammolari haligacha dolzarb va hal etilmaganligicha qolmoqda [34,57,64,93].

Uzoq vaqt davomida parazitlar bo`lmagan jigar kistalari operatsiya yoki bo`lim stolidan topilma bo`lib qoldi. Klinik amaliyotga ultratovush va KT ning kiritilishi ushbu patologiyani paydo bo`lish ko`pligidan dalolat beradi [9,43,67].

Zamonaviy diagnostik ma`lumotlariga ko`ra, ushbu nozologiyani paydo bo`lish jigar kasalligining hamma turlaridan tuzilishi 0,15-1,86% ni tashkil qiladi, bu kistalarning paydo bo`lishi, ularning hajmi, joylashishi, soni, tomirlar va yo`llari bilan aloqasi haqida tasavvurga ega. jigar, qo`shni organlar va to`qimalar bilan aloqasi [47,88].

Jigar kistalari parazitli bo`lmaganda ularni jarrohlik yo`li bilan davolash haqidagi ma'lumotlar adabiyotda. 1913 yilda paydo bo`lgan; 34 ta operatsiya tasvirlangan. hamda 923 yilda jigar kistalari uchun operatsiyalar soni hozirgi kunda 104 (85) edi [44,59,99].

Biroq, muammo haligacha yaxshi tushunilmagan va barcha operatsiyalar asosan favqulodda xarakterga ega bo`lib, kech tashxis qo`yilgan [74,83,92].

Klinik materialning to'planishi va klinik ma'lumotlarning tahlili kasallikni yanada chuqur o'rganishga, JK ni parazitar bo'lmaganda tashxislash va davolashda, ko'pgina masalalarning yangicha yondashuvini izlashga yordam berdi va ko'plab tasniflar paydo bo'ldi [5,77,110].

Hatto Gippokratning asarlarida ham parazitar xarakterdagi kistali jigar kasalligi haqida dalillar mavjud [4,8,112], ammo shuni inobatga olish kerakki, umumiy qon tahlilida leykositlarning chapga siljishi bu organizmda chegaralangan yallig'lanish jarayoni ketayotganligining umumiy belgisidir [71,79,86]. Qonning biokimyoviy tahlili ma'lumotlariga ko'ra xolestaz: giperbilirubinemiya, giperfosfatemiya, giperxolesterinomiya mavjudligini ko'rsatadi. O'YO yuzaga kelganda qon tahlilida transaminazalarning faolligi oshishini ko'rishimiz mumki [54,79, 82, 92].

Rivojlangan mamlakatlardagi yetakchi klinikalar ushbu muammo bilan shug'ullangan. JK lari kasalligi bo'lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi dastlabki davrda asoratlarning yuzaga kelishini turli xil usulldagi xoletsistektomiya qilingan bemorlarda baholadilar [12,61,87,108]. MO'Y safro oqib chiqishining sabablari o't yo'lida bosimning tez va sezilarli darajada oshishi, hamda UO'Y ning terminal qismi o'tkazuvchanliginik buzilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Katta so'rg'ichda patologik jarayon bo'lmasa ham, Oddi sfinkterining o'ziga xosligi tufayli safro o'n ikki barmoqli ichak bo'shlig'iga qaraganda o't yo'llaridan tashqarida osonroq oqishiga olib keladi [8,16,71].

Keksa yoshdagi bemorlarda kuchli yallig'lanish tibbiy ko'rinishlarning atipikligi va namoyon bo'lishining pasayishi bilan tavsiflanadi. Ushbu xarakterli xususiyatlar vaziyatning 15-20 foizida sezilarli diagnostik va noto'g'ri hisob-kitoblarga olib keladi [27,54,62,80]. Xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda o't yo'llari patologiyasini tibbiy tashxislash bemorlarda safro yo'llarining saqlanib qolgan o'tkazuvchanligi bilan birga qiyinlashadi, chunki o't pufagining yallig'lanish belgilari ustunlik qiladi. Safro yo'llarining toshlari 20-50% hollarda klinik jihatdan o'zini namoyon qilmaydi. O'tkir xoletsistit bilan og'rigan bemorlarning kech

kasalxonaga murojaat qilishi e'tiborni tortadi: o'tkir xuruj boshlanganidan keyin 12 soat ichida bemorlarning 12 % gacha yotqiziladi, 50 foizi bir kun yoki undan keyin kasalxonaga yotqiziladi [49,67,75,93,114].

Yallig'langan o't yo'llariga o'rnatilgan noto'g'ri klipsalar operatsiyadan keyingi davrda qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin. Operatsiyadan keyin o't yo'llarida bosimning o'zgarishiga hamda safro oqishi mexanizmida sfinkter apparatining ishlashi juda katta yordam beradi [4,7,44,53].

B.E.Linberg [82] parazit bo'lmagan jigar kistalarining quyidagi turlarini aniqlaydi:

- 1) To'g'ri:
 - A) dermoid;
 - b) perihepatik;
 - V) qon tomir (gemangioma, limfangioma);
- 2) Yolg'on.

S.Henson va boshqalar [57] tasnifiga ko'ra, jigar kistalari kutilayotgan etiologiyaga ko'ra farqlanadi:

- 1) tug'ma (yakka, polikistik);
- 2) travmatik;
- 3) yallig'lanish;
- 4) neoplastik.

J.Pessia, S.Shneider [82] NPCLarni tug'ma hamda orttirilgan kistalar deb hisoblaydi.

B. Stalfamp [47] tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra, jigar va o't yo'llarining kistalari ikkiga bo'linadi bu:

- 1) chin kistalar.
- 2) orttirilgan kistalar.

Olim JK ni parazitar bo'lmaganlarini tug'ma haqiqiy kistalar deb ataydi, ular o'z navbatida soliter, ko'p va polikistik jigarga bo'linadi [34,87,142].

U kistadenomalar va kistadenokarsinomalarni haqiqiy orttirilgan kistalar, shuningdek safro turg'unligi natijasida hosil bo'lgan o't yo'llari kistalari deb tasniflaydi [61,72,117,119,128].

Ba'zi mualliflar jigar exinokokkozini davolashda punktsion usullni qo'llash natijasida exinokokk suyuqligi qorin bo'shlig'iga tushishi natijasida og'ir anafilaktik shok rivojlanishini tasvirlab bergan [15,64,66,87]. Shuning uchun, har doim teri orqali jigar biopsiyasi qilinganda parazitar kistaning punksi vaqtida shoshilinch jarrohlik amaliyoti amalga oshirildi [61, 77, 89].

Soxta orttirilgan kistalar - travmadan keyingi degenerativ o'sma va yallig'lanishli kist shakllanishi.

JK ning parazit bo'lmagan eng keng tarqalgan tasnifi B.V.Petirofvskiyning tasnifi hisoblanadi [90,131,137]:

1) ko'p kamerali JK kasalligi:

- A) faqat jigarning strukturasining buzilishi bilan;
- b) boshqa organlarn va sistemalar buzilishi bilan;

2) chin JK:

- A) oddiy soliterJK;
- b) JK lar adenomasi;
- V) dermoid JK;
- G) tutilish JK;

3) soxta jigar kistalari:

- A) buzilishi bilan kechuvchi;
- b) yallig'lanish;

4) perihepatik kistalar;

5) jigar ligamentlari kistalari.

JK ning haqiqiy parazitar bo'lmagan turning etiologiyasi va patogenezi turli xil bo'lib, u to'liq tushunilmagan [117]. Juda ko'plab qabul qilingan nazariyalar mavjud bo'lib ulardan:

- 1. Disembrioplastik nazariya
- 2. Shish nazariyasi

3. Degenerativ nazariya

Disembriogenetik nazariyaga ko'ra, "Meenburg komplekslari" hosil bo'lishi bilan birlamchi o't yo'llari va yo'llarining primordiyalarining qo'shilish jarayoni buzilganida, epiteliy qoplamiga ega bo'lgan haqiqiy jigar kistasi hosil bo'ladi [57,69,119]. Hozirgi vaqtda radiatsiyaviy tekshirishning invaziv bo'lmagan usullarini ishlab chiqish bilan, o't yo'llarini diagnostika qilish va dekompressiyalash uchun endoskopik usullardan foydalanish ikkinchi o'ringa o'tdi, chunki ularni amalga oshirish o'tkir pankreatit va qon ketish kabi asoratlarni rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Hozirgi vaqtda magnit-rezonans xolangiografiyani keng joriy etishga alohida ahamiyat berilmoqda, uning natijalari diagnostika va davolashning keyingi taktikasini belgilashi kerak [17,82,94,103,125].

Obstruksiyanı keltirib chıqaruvchi omıllar, jıgar kistalari o't yo'llarining shıllıq devoirga yopishgan holda paydo bo'lishi natijasida hosil bo'ladi [49,113].

JK ning polikistik turning etiologiyasi va patogenezi hali to'liq o'rganilmagan. Olimlarning ko'p yillik tajribasi shunu ko'rsatdiki tug'ma va irsiy xarakterdagi kistalar uzoq vaqtdan beri ma'lum [78,92,129]:

- polikistik jigar kasalligining boshqa organlardagi polikistik o'zgarishlar bilan tez-tez kombinatsiyasi (buyraklar, o'pka, oshqozon osti bezi va boshqalar);
- konjenital qon tomir anomaliyalari;
- bir oila a'zolarining tez-tez ishtirok etishi.

Yaqında genetikaning rivojlanishi bilan merosning autosomal dominant turi aniqlandi [6,40,94].

JK ning devorini xilpillovchi epiteliy bilan qoplanganligi gistologik tuzilishi, o't yo'llariga qaraganda bronxlarnikiga ko'proq o'xshaydi. Bu shuni ko'rsatadiki, yolg'iz parazit bo'lmagan jigar kistasi birlamchi ichakdan kelib chiqadi [9,48,89,128].

Ba'zi mualliflar kista va gemangioma o'rtasidagi etiologik bog'liqlikni ta'kidlaydilar, chunki gemangioma bilan og'rigan bemorlarning deyarli 10 foizida haqiqiy jigar kistasi aniqlanadi [67,82,137].

V.S.Zemskov [27] shuni ko'rsatadiki, o't yo'llarining adenomalari ko'pincha, distopik joylaridan shakllanadi, ular suyuqlikni ajratib, JK ga aylanadi.

O'tkir xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda asosiy kasallikning og'irligi qo'shma patologiyaning mavjudligini oshiradi. Bunday holda, kasallikning keskin bosqichidagi davri asosiy va qo'shma kasalliklarning o'zaro og'irligi natijasidir. 75 yoshga kelib, qo'shma kasalliklar o'tkir xoletsistit bilan og'rigan bemorlarning deyarli yuz foizida uchraydi [27,52,97,110]. Komorbid kasalliklar orasida yurak-qon tomir sistemasidagi buzilishlari asosiy rol o'ynaydi. 48% dan yuz foizigacha bemorlarning nafas yo'llari kasalliklari uchraydi. Qandli diabet kasalligi bemorlarning 41-56 foizida kuzatiladi. 28-62 foizida esa semizlikning 3-4 darajali o'tkir xoletsistit bilan birga kechadi [11, 23,58,77].

Xoletsistostomiyaning yakunlanishi bilan, kasallikning qaytalanishini istisno qilganda, o't pufagining bo'shligini obliteratsiya qilish bilan uni chandiqli xosilaga aylantirishi mumkin [6,57]. Adabiyotlardada o't pufagiga teri orqali kirib mukoklaziya qilish bilan uni shilliq qavatini obliteratsiya qilish haqida ko'rsatmalar mavjud [68,92,108,142].

Jigar soxta kistalari shikast yoki yallig'lanish kelib chiqishi mumkin [53,94]. Yakka parazitar bo'lmagan jigar kistalari, qoida tariqasida, o'ng bo'lakning tepa yuzasida, chap bo'lakda esa 2 baravar kamroq joylashadi [17,54].

Travmatik kist odatda bitta bo'lib, safro bilan to'ldiriladi. Jigarning markaziy yoki subkapsulyar gematomasidan kelib chiqadi [10,24,37,65].

JKning yallig'lanishi exiinokokkektomiya, abssetsotomiya va boshqa operativ aralashuvlardan keyin, qoldiq bo'shliqdan, hamda keyingi tolali-degenerativ jarayonlar bilan yallig'lanish natijasida, JK ning nekrozi natijasida kelib chiqadi [32,57,103].

A.A.Ponomarev [52] uning chap bo'lagida jigar kistalarining eng ko'p aniqlangan joylashinuvini o'z tadqiqot natijalariga aytib o'tgan. Jigar ligament

kistalari va pedunkulyar jigar kistalari mavjud. JK ning yakka joylashinuvi parazit bo'lmagan taqdirda taxminan 10% uchraydi [37].

JK ning tarkibiy qismi ko'pincha suyuqlik sariq ragda, neytral yoki gidroksidimuxitda, unda albumin, xolesterin, qon shakily elementlari hamda ba'zan safro uchrab turadi [44,67,82,96].

Jigar kistalari bilan og'rikan bemorlarning yoshi go'daklikdan qarigacha bo'lishi mumkin. Ushbu patologiya ayollarda (70%) tez-tez uchraydi. Adabiyotga ko'ra [7,43,51,88], jigar kistasi bo'lgan ayollar va erkaklar o'rtasidagi o'rtacha nisbat 3: 1 ni tashkil qiladi. Bolalarda, hatto chaqaloqlarda jigar kistalarini aniqlashning dalillari mavjud. Bekvit-Veydeman sindromi (gipergloziya, hemigipertrofiya va gipoglikemiya) bilan birgalikda gigant parazit bo'lmagan jigar kistasini hayotning 50-kunlik chaqaloqda aniqlash holati tasvirlangan. Shuni ta'kidlash kerakki, dermoid va soxta, travmatik kistalar ko'pincha bolalarda uchraydi [110]. Bolalikda aniqlangan kistalar kata yoshda klinik ko'rinishni boshlagan holatlar tasvirlangan [127].

Jigar kistalarining klinik ko'rinishining keyingi rivojlanishi ko'plab omillarga, xususan, kista o'sishining intensivligiga va qo'shni anatomik tuzilmalar bilan bog'liqligiga bog'liq. Kistning jigar yuzasiga nisbatan joylashishi katta ahamiyatga ega [46,74,119].

Aksariyat mualliflarning fikriga ko'ra, JK ning parazitli bo'lmagan turi , klinikasid simptomsiz kechadi va uzoq vaqt aniqlanmaydi. Organ va sistemalarning ichida joylashganligi hisobidan ular bemorni uzoq vaqt davomida bezovta qilmaydi. Unga sekin o'sishi tufayli uni erta davrda kichik o'lchamda bo'lganida aniqlab bo'lmaydi [40,89,107].

Ko'p hollarda JK larining klinik ko'rinishi kista o'sishi bilan bog'liq. Bunday holda og'riq, paypaslanadigan shish, gepatomegaliya, qorinning yuqori qismida og'irlik va to'liqlik hissi, zaiflik, vazn yuqotish [115], ishtahani yo'qolishi, ko'ngil aynishi, meteorizm, sariqlik, qusish, diareya kabi shikoyatlar bo'lishi mumkin.

Hozirgi kunda hammualliflarning fikriga ko'ra [44], JK simptomlarining triadasi bu: qorin bo'shlig'idagi og'riq, jigar hajmining kattalanishi va palpatsiya

qilinadigan yumaloq o'simtaning paydo bo'lgani. JK sining hajmining oshishi bilan ko'plab asoratlarni rivojlanish xavfi ortadi [37,50,74].

Uzoq asemptomatik kurs tufayli jigarning kist shakllanishi kamdan-kam hollarda aniqlanadi, odatda boshqa kasallik uchun jarrohlik paytida yoki kesma paytida [129]. R.N.Szuchmacher va boshqalar [134] ma'lumotlariga ko'ra, 6141 ta otopsiyadan 11 holatda kasallik hayot davomida aniqlangan.

JKning parazitli bo'lmagan turida simptomlarning paydo bo'lishi shikastlanish bilan qo'zg'alishi mumkin [154]. Shikastli va yallig'lanishli kistalar uchun titroq [57], isitma, diareya, terlashning kuchayishi va terining rangi oqarib, ko'pincha ikterik rang, ba'zan esa qattiq sariqlik ko'proq xosdir. Polikistik jigar va buyrak kasalligi bo'lgan ba'zi bemorlarda etakchi alomatlar ta'sirlangan buyraklardir.

Klinik kursga ko'ra, V.S.Shapkin [116] NCPni asemptomatik, asoratlanmagan, ammo klinik ko'rinishga ega va murakkab shakllarga ajratadi.

Muallif quyidagilarni murakkab shakllar deb hisoblaydi [117]:

- 1) JK ning yorilishi yoki teshilishi,
- 2) JK ning bo'shlig'iga yoki kapsulasiga gematoma hosil bo'lishi,
- 3) JK yallig'lanishi,
- 4) JK burishishi,
- 5) O'smaga aylanishi,
- 6) jigardistrofiyasi,
- 7) boshqa organlarni bosilishi,
- 8) b.q. asoratlar.

JK larining parazit bo'lmagan turi yorilishi natijasida , ular katta hajmda bo'lsa va o'z-o'zidan paydo bo'lishi mumkin yoki qorin bo'shlig'i shikastlanishi, ba'zan kichik kuchlar natijasida paydo bo'lishi mumkin.

Kasallikning klinik ko'rinishi odatda jilgarni paypaslanganda o'smaningkichrayganligi, o'tkir qorin belgilari, ko'ngil aynishi, qusish hamda ichki organlarning teshilishi bilan kechadigan boshqa simptomatika bilan tavsiflanadi [78,92].

A.N.Geller va B.G.Markman [33,40,98] JK kasalligi bilan ogʻrigan bemorda yaligʻlangan kistalarning birini yorilganida keyin diffuz yiringli peritonit kelib chiqishini tasvirlaydi [45]. Shu bilan birga, aniqlanmagan klinik koʻrinish bilan infeksiyalanmagan va kichik hajmli kistalarning yorilishi paydo boʻlishi mumkin [67].

Adabiyotda NLC ning malign degeneratsiyasining yagona kuzatuvini tasvirlangan: J. Americas [74] bu kuzatuvni birinchi boʻlib, deb hisoblab, yolgʻiz parazit boʻlmagan jigar kistasining xavfli holatini tasvirlab berdi. A. Gresham va boshqalar, [37,54]36 yil davomida oʻtkazilgan 20 ming otopsiyadan parazit boʻlmagan jigar kistasidan rivojlangan faqat bitta karsinoma holatini aniqladi [77,82,115].

JK larining burilishi faqat kistaning oyoqchalarda boʻlgan holatda paydo boʻlishi mumkin, lekin bu holat juda kam uchraydigan asoratlardan biridir. Semptomlar esa har qanday kistning buralganligiga oʻxshaydi [71,83]. Shu bilan birga, erta bosqichlarda oʻz vaqtida jarrohlik aralashuvi nekrotik kistalarning infeksiyasiga, hamda ayanchli oqibatlariga olib keladigan peritonitni rivojlanishiga olib keladi [34,97].

Jigar funksiyasi JK da odatda sezilarli darajada kattalashgan boʻlsa ham saqlanibturadi; taloq kattalashmaydi. Bir guruh olimlar, klinik tadqiqotlarga asoslanib, kistalar hajmi 5 sm va undan koʻp boʻlsa, jigar disfunktsiyasining birinchi belgilari paydo boʻlishini aniqladilar [54,86]. Sariqlik, jigar sirrozi va portal gipertenziya belgilari kamdan-kam hollarda ogʻir xolangit va porta gepatidagi bosim bilan namoyon boʻladi [100].

Zamonaviy tadqiqot usullari, klinik amaliyotga kiritilgunga qadar, uzoq muddat, JK ni parazitli boʻlmagan turida kistalarini aniqlash faqat anʼanaviy tadqiqot usullari instrumentlarni ishlatilgan, shu jumladan turli xil rentgen diagnostikasi, jigarni skanerlash, shuningdek, laparoskopiya va angiografiya. Yoʻldosh polikistik buyrak kasalligiga shubha qilinganida tomir ichiga pelografiya qoʻllaniladi [107,109].

Ammo, JK da diagnostic usullardan foydalangan holda, olingan ma'lumotlar yakuniy tashxis qo'yish uchun juda samarali bo'lib, jigarning sekretor tizimi va jigar darvozasini o'rnatishga imkon berdi. Jigarni tekshirish paytida olingan ma'lumotlar, nafaqat kistalrning mavjudligida, balki o'smalarda, keyingi qoldiq bo'shliqlarda va boshqalarda ham paydo bo'lishini ko'rish imkonini berdi [122].

O'rta va katta o'lchamdagi kistalarda tomirlarning bo'lmaganligi, o'sha zonalar tufayli shikaslangan joyning ko'rinishida angiografiya bilan aniqlangan jigar tomirlarining o'zgarishi JK lari uchun xos emas [22,57].

Xoledoxning terminal qismi va KDS kanalining izolyatsion yoki O'TK bilan birgalikda stenozi EPST uchun absolyut ko'rsatma bo'ladi [61]. MO'Y da ko'plab mayda toshlar, o'tkir biliar pankreatit, surunkali pankreatit, Oddi sfinkterining spazmi EPST ning ko'rsatkichlaridan biri hisoblanadi [27]. Shu bilan birga, o't pufagini olib tashlashdan oldin yoki keyin o'tkazilgan EPST katta o'n ikki barmoqli ichak papillasining anatomik xususiyatlari va uning divertikulda joylashishi, papillit va adenomasi, shish va o'n ikki barmoqli ichakning deformatsiyasi tufayli qiyin [22]. Shu munosabat bilan o't yo'llarida ochiq operatsiyalar, jumladan, transduodenal papillotomiya va xoledoxoduodenoanastomoz talab qilinadi [14,54,117,123].

Laparoskopiyadan foydalanish NPC va polikistalarni aniqlab to'g'ri diagnoz qo'yishga imkon berdi, ularning tarqalishi va ekstraparenximal joylashuvi bo'lsa, atrofdagi organlar bilan bog'liqligini aniqlashga imkon beradi. Biroq, intraparenximal lokalizatsiyalarda samarasiz va kistalar jigarning diafragma yuzasida joylashganida qiyin [8,94].

Hozirgi vaqtda radiatsiyaviy tekshirishning invaziv bo'lmagan usullarini ishlab chiqish bilan, o't yo'llarini diagnostika qilish va dekompressiyalash uchun endoskopik usullardan foydalanish ikkinchi o'ringa o'tdi [57,93], chunki ularni amalga oshirish o'tkir pankreatit va qon ketish kabi asoratlarni rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Hozirgi vaqtda magnit-rezonans xolangiografiyani keng joriy etishga alohida ahamiyat berilmoqda, uning natijalari diagnostika va davolashning keyingi taktikasini belgilashi kerak [17,82,94,103,125].

So‘nggi o‘n yillikda invaziv bo‘lmagan tadqiqot usullari, birinchi navbatda, ultratovush, KT va MPT, jigar va perihepatik zonaning o‘choqli kasalliklarini tashxislashda yetakchi o‘rinni egalladi [40,64]. JK lari va boshqa o‘simtalarni ultratovush diagnostikasi, ko‘pgina tadqiqotchilarning fikriga ko‘ra, deyarli yuz foiz hollarda aniqlanadi [57].

UTT JK ni exo-manfiy shakllanish shaklida, aks-sado signallariz, yumaloq shaklda, aniq konturli bo‘lib ko‘pincha aniq devorlariga (1-2 mm) ega. JK lari orqali o‘tadigan UTT past koeffitsientga ega bo‘lgan susaytiruvchi nurdan iborat, shuning uchun kistalar orqasida joylashgan to‘siqlardan kelib chiqadigan barcha nurlar yuqori aks-sadolar amplitudaga ega bo‘ladi [54,63,92]. JK ning kapsulasini aks ettiruvchi nurlar mavjudligi yoki yo‘qligini inobatga olgan holda, JK ning qobog‘i tasvirini hosil qiladi yoki soyalanmaydigan kapsulalarga bo‘linadi. Ba’zi tekshiruvlarda kapsulaning devoklarida kalsifikatsiyalangan joylari bo‘lsa bu joylar akustik soya bilan ko‘rinadi [30].

NPC va JK larining boshqa bo‘shliq shakllarini diagnostik differentsatsiya qilib tashxis qo‘yish, osonlashtiradigan qo‘shimcha diagnostika kistani tabiatini aniqlashimizga yordam beradi. UTT bizlarga kistaning hajmi, uning devorlarining qalinligini hamda uning bo‘shlig‘ida devorlarining mavjudligini aniqlashda juda katta yordam beradi [27,83,113]. Asoratlarning rivojlanishi diagnostic nuqtainazarda UTT qilishni ancha qiyinlashtiradi [31,54,67,69,100].

Zamonaviy UTT yuqori aniqlikda diagnostika qilib berish qobiliyatiga ega bo‘lib, so‘nggi yillarda bu apparatlarning ko‘plab turlari paydo bo‘ldi. Ko‘pgina apparatlarda qo‘shimcha Doppler va rangli skanerlash bilan jihozlangan. Muhim to‘g‘rilik tufayli, o‘rganish ma’lumotlarining darajasi oshadi sezilarli chastota natijasi ovozli miltillashlar (7 MGts) va eng yangi raqamli texnologik jarayonlar ovoz o‘lchagichlari. Bu gepatobiliar mintaqaning tarkibiy qismlarini batafsil o‘rganishga imkon beradi, bu o‘z navbatida o‘ziga xos tashxisni soddalashtiradi [77,83,85,95,136].

Safro chiqishi uchun obstruksiya bo‘lmasa, MO‘Y lari KTda aniqlanmaydi va JTO‘Y faqat bemorlarning uchdan bir qismida ko‘rinadi [34,49,67,82].

Ko'pgina tadqiqotchilar ma'lumotlariga ko'ra, o't yo'llari kasalliklarida KT ishonchli tadqiqot usuli hisoblanadi. Tekshiruv ostiga olingan bemorlarning birinchi guruhida 41% obstruktiv sariqlik bilan og'rgan bemorlarda kompyuter tomografiyasi o'tkazildi, 38% da o't yo'llarning kengayishi, 18% bemorda KTda intragepatik yo'llarning kengayishi aniqlanmadi [54,63,113].

Nurli diagnostika turiga ko'ra to'qimalarning zichligi hamda patologik jarayonning joylashuviga qarab kompyuter tomografik usul JK larini differensial diagnostika qilishda eng maqbul usul deb aytiladi [1,29].

Ko'pgina mualliflar JK ning parazit bo'lmagan turida differensial diagnostikasida qilish uchun KT aniq qiluvchi ahamiyatga ega. UTT va KTning kombinatsiyasi eng to'g'ri ekanligiga ishonishadi va deyarli yuz foiz sezgirlik va o'ziga xoslikka ega [4,57,94,104].

Shuni aytish kerakki, kompyuter tomografiya, ma'lumot to'plash va qayta ishlash uchun alohida funktsiyalarga ega multiprotsessorli tizim. Sariqliklarni keltirib chiqaruvchi omillarni aniqlashda, tashqi safro oqishi mavjudligi aniqlashda va biliar gipertenziyada KT ishonchli tadqiqot usuli hisoblanadi O't yo'llari obstruktsiyasi darajasini va sababini aniqlashda, kompyuterli tomografiya diagnostik usulli aniq shikastlangan joyini ko'rsatib beradi [46,67,89].

Ko'pgina tadqiqotchilar ma'lumotlariga ko'ra, o't yo'llari kasalliklarida KT ishonchli tadqiqot usuli hisoblanadi. Tekshiruv ostiga olingan bemorlarning birinchi guruhida 41% obstruktiv sariqlik bilan og'rgan bemorlarda kompyuter tomografiyasi o'tkazildi, 38% da o't yo'llarning kengayishi, 18% bemorda KTda intragepatik yo'llarning kengayishi aniqlanmadi [54,63,113].

O'Y dagi o'zgarishlarni o'rganishda KT aniq diagnoz qo'yishda yordam beradi, boshqa usullaridan farqi shundaki to'g'ridan-to'g'ri vizualizatsiya qilish, o't yo'llarini kengaytirish, gipertenziya hosil qilishni talab qilmaydi. KTda safro tabiiy kontrast modda bo'lib kengaygan o't yo'llarini ko'rishga imkon beradi [6,13,47,62]. Doimiy UTT nazorati ostida qorin bo'shlig'idan biopad morfologik material olish texnikasi oxirigi yillarda keng qamrovda ishlatilgan [39,40,64,87].

JK lari parazit bo'lmagan turning rivojlanishining etiologiyasi va patogenezi, aniq nazariyasi yo'qligi, JK larini jarrohlik yo'li bilan davolashda hal qiluvchima'lumot hisoblanadi. JK larini davolashda kistaning turiga, hajmiga, lokalizatsiyasi, uning parenxima bilan joylashuviga, tarkibga, asoratlarning borligi yoki kamligi va kasallikning kechishigiga qarab turli xil jarrohlik amaliyoti qo'llaniladi. Bemorning somatik holati. Uzoq vaqt davomida an'anaviy jarrohlik aralashuvlar jigar kistalarini davolashning yagona usuli bo'lib qoldi [54,87].

Bir guruh tadqiqotchilar ma'lumotlariga ko'ra, tekshiruvdan o'tgan bemordan og'ir portal gipertenziya belgilarini aniqlab aniq ma'lumot beradi, bu esa jigar yo'llarining antegrad kontrasti bilan tekshirish usulini qo'llashdan vos kechishimizni anglatadi [67,92,117]. Operatsiyadan oldingi tekshiruv bosqichida MRTdan foydalanish o't yo'llari gipertenziyasining og'irligini invaziv bo'lmagan holda baholash, o't yo'llari daraxti anatomiyasining xususiyatlarini aniqlash va zarar darajasini baholash imkonini berdi. [34,39].

BC Shapkin [55] tasnifi bo'yicha JK lari parazit bo'lmagan turi uchun an'anaviy jarrohlik amaliyotini bir necha turga bo'ladi:

1. Tamponlash va drenajlash bilan kistning marsupializatsiyasi;
2. Kistni ochish va bo'shatish, keyin drenajlash;
3. Qoldiq bo'shlig'ini tikish yoki drenajlash bilan kist devorlarining qisman kesilishi;
4. Omental tamponada bilan kist devorlarining qisman kesilishi;
5. sistoentero- yoki sistogastrostomiya;
6. Kistning ekstirpatsiyasi, enukleatsiyasi;
7. Jigarning zararlangan qismini rezeksiya qilish.

Odatda travmatik kistalarni davolashimizda, kistani ochish va ichini tozalash hamda uni drenajlash kistani yiringlanishiga va asoratlanishiga olib keladi, bu usul kistalarning qaytalangan va asoratlanmagan JK lari uchun yaxshi natija bermaydi [97,98].

Kistadan keyin qolgan bo'shliqni tikish, kistaning devorlarini qisman kesib olinishi va uning bir qismi o'sha bo'shliqda qolib ketishi uzoq muddat davolab bo'lmaydigan oqmalarning paydo bo'lishiga olib keldi. Nazorat drenajlaridan uzoq vaqt va mo'l-ko'l oqindi drenajlarning joylashishi vaqtini uzaytirdi, bu, shubhasiz, bemorlarning hayot sifatiga ta'sir qildi va ba'zi hollarda jigarda qoldiq bo'shliq tarkibining infeksiyasiga olib keldi. Shu munosabat bilan, har bir holatda, ular drenajlarni erta olib tashlashga intilishdi, ammo ular tushirish deyarli to'liq to'xtaganidan keyin olib tashlandi [13,74].

Ichki o't yo'llari bilan aloqa qilishda doimiy drenaj variantlari qo'llanilgan [46,79] 1941 yilda N.Eriguchi [81] birinchi bo'lib jigar kistalarini doimiy drenajlash uchun sistodigestiv anastomozni qo'llagan. Usulning radikal bo'lmaganligi va tez-tez uchraydigan xolangitning paydo bo'lishi usulning keng tarqalishiga imkon bermadi [15]. E.I.Galperin, Yu.M.Dederer [19] istisno hollarda shunga o'xshash Roux-en-Y anastomozini o'tkazish mumkin deb hisoblaydilar va ichak tarkibidagi refluksiyani kamaytirish uchun ichak halqasining uzunligi kamida 80 sm bo'lishi kerak. kista ichiga[104].

Shifokorlarning aksariyati organlarni saqlash bo'yicha harakatlar strategiyasiga amal qilishadi: sistektomiya yoki to'liq bo'lmagan devor kesimi [31,33,59,128]. Yaratuvchilarning fikriga ko'ra, bunday protseduralar o'rtacha va katta hajmdagi jigar kistalari mavjudligini oqilona amalga oshiradi. Kistalar shunchaki tozalanadi parenximalar va shuningdek, jigar moddasida jiddiy nuqson bo'lmagan taqdirda olib tashlanadi. Jigar ichidagi parenximal kistalarni olib tashlash ko'p qon ketishi va safro chiqishi bilan birga bo'lishi mumkin[34, 55, 80, 91, 96, 114, 115]. Ushbu harakatlar davrida yo'qolib borayotgan kistaning chuqurlashishini oyoqdagi moy muhri bilan o'rash tavsiya etiladi [119,137].

N.I.Blinov (1965), N.Tule (1968) va b.q., kista devorining qisman kesilganidan so'ng, kistadan keyin qolgan bo'shliqni spirt yoki yod eritmasi bilan artdilar. Agar kistning pastki qismi tekis bo'lsa, u omentum bilan qoplangan, ikkinchisini butun uzunligi bo'ylab qoldiq bo'shliqqa tikib qo'ygan. Mualliflarning fikricha, bu operatsiya yaxshi natijalarga ega [10,17,58,63,80].

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra [150,156], bog'lam implantatsiya qilishda kistadan qolgan bo'shliqning davolanish muddati 2-3 martaga kamayishi mumkin, muallif buni bog'lamning yuqori singdirish funksiyasi borligi bilan izohlaydi, bu ham juda yaxshi plastik material bo'lib, operativ jarayonning qo'shimcha turi bo'lib xizmat qiladi [43, 52, 142, 144, 145]. Ammo, omentoplastika jigarda boylamini fiksatsiyasini o'z ichiga oladi, bu esa yo'g'on ichakning tepa qismini motor-evakuatsiya funksiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin [51, 55, 94]. Kasallikning qaytalanishi mumkinligining sabablaridan biri bu qolgan devorlarda to'qimaning davom etishi tufayli, ular shiliq ishlab chiqarishni davom ettirishi mumkin [110, 114, 115].

V. A. Vishnevskiy, R. 3. Ikromov, P. 3. Movsesyan tomirlar yonida joylashgan devorlarini qisman kesishgan bo'lib unung sababi jigar parenximasida chuqur jaylashgan katta kistalar, radikal jarrohlik - sistektomiya qon tomirlari yoki kanallarga zarar etkazish ehtimoli tufayli xavf tug'dirganda. Qolgan kist devorining chuqur epitelizatsiyasi turli usullar bilan amalga oshirildi: pnevmotermokoagulyatsiya, ultratovushli kavitatsiya va argon koagulyatsiyasi. Ba'zi hollarda qoldiq bo'shliq Rabrom-Pax bioyopishtiruvchisi yordamida katta omentumning ipi bilan tiqilib qolgan. 1984 yildan beri ultratovushli jarrohlik skalpel va intraoperativ ultratovush yordamida yangi aralashuv texnikasi ishlab chiqildi, bu katta tomirlar va kanallarning shikastlanishini oldini oladi [54,87,93].

G. I. Veronskiy va boshqalar. (1986) qisman kesilgandan so'ng qolgan kista devorining epiteliysi seroz suyuqlik hosil qilishda davom etishi mumkinligi sababli, kistaning olib tashlanmagan qismiga kriyoterapiya o'tkazildi [55].

M. A. Naitarlakov va boshqalar. (1995) organlarning saqlanishiga ko'ra, ekspert jarrohlikni ushbu NCP uchun tanlash usuli sifatida tahlil qiladi - lazer epitelizatsiyasini qo'llab-quvvatlash bilan birga kist qatlamini aniqlash, shuningdek, yo'qolib borayotgan kist bo'shlig'ini begona ishlatilgan materiallar bilan almashtirish "alloplant" va "Bioplant" [57,63].

JK larine operatsiya vaqtida qisman rezeksiya qilish uchun ko'rsatmalar, bu jigarning bir bo'lagini to'liq egallagan gigant yoki ko'p kamerali kistalar mavjud

bo'lganda yoki ular chekkada joylashgan bo'lsa, kistni olib tashlash uchun chekka yoki yon shaklidagi rezeksiya yetarli bo'lganda olinadi [26,74].

A. A. Shalimov va boshqalar. [54] jigarining diafragma tekisligiga muvofiq asossiz kistalar fenestratsiyasidan so'ng, 30-40 kvadrat metr tekislikda kengligi 0,5 sm gacha bo'lgan parenximal plastinkani yirtib tashlash bilan birga planar olib tashlash amalga oshirildi. qarang. 8 nafar bemor tasvirlangan texnik bemorlardan foydalangan holda operatsiya qilindi, 7 nafar bemorda ushbu bemorning mavjudligi uzoq muddatli natijalar bilan kuzatildi [47,62].

Jigarning parazit bo'lmagan kistalarini davolash uchun perkutan punktsion usullari

Benjamin Brodi (1846) birinchi marta yosh ayolda jigar kistasini punktsion yo'li bilan bo'shatdi (I. Fagarasan, 1976) (26). MO'Y ning "yangi" jarohatlari bo'lgan bemorni davolaganligi haqida ma'lumot berdi, chikka qismi shikastlanishdan farqli o'laroq, kanallarni to'liq kesilgan bemorlar rekonstruktiv operatsiyalardan so'ng yomon natijalarga erishgan degan xulosaga keldi [6, 13,40, 110, 115, 116, 125, 129, 130].

J. Saini (1983) va boshqalar operatsiyalar uchun ahamiyatli ko'rsatmalardan biri bu jarohatning tabiati ekanligini ta'kidladi. Jarrohlar yangi davolash usulini tadbir etdilar va ommaga natijalarini taqdim etdilar. Bunga ko'ra o't yo'llarini bir biriga turdagi anastomoz bilan tiklash orqali amalga oshirdilar, natijalarga ko'ra bunday usulda anastomoz joyida chandiq hosil bo'lish ehtimoli uchdan bir qism bemorlarda kuzatilgan [24,34,56].

Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, keyingi skleroterapiyasiz kist tarkibining faqat bitta aspiratsiyasi deyarli 100% hollarda [26, 40, 110, 116, 130] relapsga olib keladi. Glyukoza, yod damlamasi, pantopak, formalin, fenol, va kabi sklerozlashtiruvchi dorilardan foydalanish hamma vaqt ham samara bermaydi [129].

D. F. Blagovidov va b.q., kistani to'liq tozalagandan so'ng, 96% etil spirti bilan yoki yetiotrastni kistadan keyin qolgan bo'shliqqa kiritishni taklif qildilar bu usull kamroq zararli va parazit bo'lmagan kistalarni tozalagandan keyin qolgan bo'shlig'ini epitelizatsiyasini kuchaytiradi va bitishini tezlatadi [23].

N.M. Kuzin va boshqalar. [28] tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, kistani bo'shlig'iga 96% etanol kiritilgandan so'ng, ba'zi bemorlar engil alkogolli zaharlanishni va elkaga nurlanish bilan o'ng hipokondriumda yonish hissiyatini boshdan kechirdilar.

Biroq, WP Longmire va boshqalar. mualliflar davolashning eng yaxshi uzoq muddatli natijalari o't yo'llarining to'liq rekonstruktsiyasi bo'lgan bemorlarda ekanligini kuzatdilar[6, 13, 116, 123] , ularda operatsiya stolida yatrogen o't yo'llarining shikastlanishi aniqlangandan so'ng darhol o't yo'llarining rekonstruktsiyasi amalga oshirildi. Operatsiyadan keyingi davrda aniqlanganlar kesishmasida o't yo'llarida rekonstruktiv operatsiyalar jarohatlardan so'ng, safro peritonit va boshqa yiringli asoratlarning hodisalarini bartaraf etgandan so'ng, imkon qadar tezroq amalga oshirilishi kerak, ya'ni ikki bosqichli davolashni qo'llash kerak [18].

M.S Kappell va boshqalar. Jarrohlik amaliyoti xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda, kistani olib tashlashda jigardan tashqari o't yo'llarining siqilishi natijasida yuzaga keladigan obstruktiv sariqlikni kamaytirish uchun kistani teri orqali aspiratsiya qilishni maqullaydilar [20, 71, 76, 86, 111]

D. M. Lyulinskiy [6,13] JK larini jarohlik amaliyotida, kasallikning qaytalanishini istisno qilish, o't pufagining obliteratedsiyasini yo'q qilish, uni chandiq strikturaga aylantirish bo'lishi mumkinligidir. Adabiyotlarda o't pufagining teriorqali shilliq qavatining keyingi obliteratedsiyasi bilan urinishlar haqida ko'rsatmalar mavjud [66,69,85].

M. A. Aliev va boshqalar. [18,105] an'anaviy xolesistektomiya paytida JTO'Y ning shikastlanish chastotasi 0,06%, laparoskopik bilan - 0,6% [19] yuqoridagi ma'lumotlarni keltirdilar.

P. Watanapa (154), haqiqiy NPC bo'lgan 20 bemorda, shu jumladan polikistik jigar kasalligi bilan og'rigan 10 bemorda ultratovush tekshiruvi ostida teri orqali punktsion va perkutan drenajni davolash natijalari haqida xabar beradi. 2 bemorda qoldiq bo'shliqning infeksiyasi ko'rinishidagi asoratlar va 1 - reaktiv plevrit.

I. A. Safin va boshqalar. [6] 16 bemorda ultratovush tekshiruvi ostida kista bo'shlig'ini punksiya qilish, skleroterapiya bilan tarkibini aspiratsiya qilish amalga oshirildi, shundan so'ng qoldiq bo'shliq jelga o'xshash konsistensiyaning 1/2 qismidagi allograft bilan to'ldiriladi. olib tashlangan suyuqlik. Kistlarning o'lchami 4-14 sm.3 oydan 12 oygacha bo'lgan ultratovush tekshiruvda kistalarning qaytalanishi aniqlanmadi. O'rnatilgan allograft 6-12 oydan so'ng to'liq so'riladi, ultratovush yordamida uni kiritish joyini aniqlash mumkin emas edi [54].

Taqdim etilgan ma'lumotlardan kelib chiqadiki, ultratovush nazorati ostida haqiqiy NPClarni davolashning teri orqali transhepatik punksiya yoki drenajlash usullari eng kam shikastli aralashuv turlari bo'lib ko'rinadi va ko'p hollarda parazit bo'lmagan jigari bo'lgan bemorlarni davolash chegaralarini kengaytirishga imkon beradi. Kistalar.

Jigar echinokokkoz uchun punksiya-drenaj aralashuvi

1985 yilda, H. Mailer va uning xodimlari jamiyatda birinchi marta muvaffaqiyatli ish olib borishdi drenaj takroriy gidratlangan jigar kistalarining terisi orqali [54,87,93,154].

Oxirgi davrgacha teri orqali terapevtik va diagnostik punksiyonlar jigar echinokokkozining mavjudligi kontrendikedir [64]. V. N. iboralarga ko'ra. Chernyshevning fikriga ko'ra, ixtisoslashtirilgan qurilmalarning paydo bo'lishi, shuningdek, texnik teri osti punksiyonini takomillashtirish, asoratlarning oldini olish va aparazitizm asoslarini amalga oshirish diagnostika va keyingi davolash maqsadida teri osti hujumini ommaviy ravishda amaliyotga joriy etish imkonini berdi. jigar echinokokkozi bilan og'rigan bemorlar [81].

Xorijiy olimlarning tadqiqot natijalariga ko'ra, mingdan ortiq bemorlarning kasallik tarixini tahlil qilib shu fikrga kelishdiki, jigar echinokokkozini davolashda jarohllik amaliyoti vaqtida kistani tolal kapsulasi bilan birga olib tashlamasdan oddiy echinokokkektomiya qilish jigar rezeksiyasi bilan bir xil bo'ladi degan xulosa berishadi, bu aralashuvlar jiddiy jarrohlik stressiga sabab bo'ladi [95; 97; 105; 107].

Agar bunday usull qo'llanilsa kista olib tashlangan joydagi bo'shliqda mikroblarga qarshi davolash ishlari olib borilishi shart va zarur, chunki bu kasallikning qaytalanishining rivojlanishini kamaytiradi va kista tarkibidagi gelmintlarni o'limiga va xitinoz membranasini eritishiga olib keladi [58; 59].

Ko'p yillik tajriba shuni ko'rsatdiki, exinokokkozli kistaning kameralarida xitinoz qobig'ining antigelmint dori vositalar bilan davolashdan keyin qoldirish juda yaxshi natijalarni beryapti. Shu munosabat bilan, kichik kistalarni operatsiya vaqtida bo'shlig'ini kengaytirishga hojat yo'q [159].

N.Yu. Oxundov (1968) JK larning perkutan punktsion operatsiyasi uzoq vaqt davomida jarohllik amaliyotida bu usullni qo'llash mumkin emas deb hisoblangan sababi qorin bo'shlig'ini parazitlarning kolonizatsiyasi xavfi juda yuqori bo'lgani uchun. [101; 104].

Ba'zi mualliflar jigar exinokokkozini davolashda punktsion usullni qo'llash natijasida exinokokk suyuqligi qorin bo'shlig'iga tushishi natijasida og'ir anafilaktik shok rivojlanishini tasvirlab bergan [15,64,66,87]. Shuning uchun, har doim teri orqali jigar biopsiyasi qilinganda parazitlar kistaning punksi vaqtida shoshilinch jarrohlik amaliyoti amalga oshirildi [61, 77, 89].

Minimal jarohllik usullarini amaliyotda qo'llash ustuvor vazifalarni oldiga qo'yish exinokokkga qarshi tamoyillarga qat'iy rioya qilishdir. Bu natijalarga erishish uchun faqat operatsiyalarni bajarish texnologiyasiga aniq rioya qilish hamda kistalardan keyin qolgan bo'shliqni gelmintlarga qarshi dori vositalar bilan majburiy sanatsiya qilib davolash ijobiy natijaga erishish mumkin [91, 106].

Jamiyatda teri orqali aralashuvlarning katta mahorati to'plangan jigar exinokokkozining mavjudligi va eng ko'p 2500 ta bemorda tadqiqot o'tkazildi. Dermatologik ponksiyonlarning soddaligiga qaramay, mahorat etishmasligi va maxsus jihozlarning mavjudligi operatsiyadan keyingi va ichki asoratlarning paydo bo'lishi uchun barcha imkoniyatlarga ega. Adabiyotda og'ir anafilaktik o'zaro ta'sirlar epizodlari va halokatli yakun tasvirlangan echinokokk kistalarining ponksiyonining mavjudligi. Yaratuvchilarning ta'kidlashicha, bu asorat va o'lim epizodlari aralashuvning texnik bajarilmasligi bilan birlashtirilgan [41].

A. Giorgio va b.q. lar kichik hajmdagi kistalarga skleroterapiya usullini qo'llash taklifini berdi, unga ko'ra kistani teshib uning suyuqligini aspiratsiyasi qilib so'ng, 95% etil spirti bilan bo'shlig'ini to'ldirgandan so'ng kista bo'shlig'I spirt ta'sirida sklerozga uchraydi deb ta'kidladi. Muallifning fikriga ko'ra uch kundan keyin bu usull takrorlandi, bundan keyingi davolash ishlari drenajsiz amalga oshirildi [111].

Olimlarning tadqiqotlariga ma'lumotlariga ko'ra, ultratovush yordamida barcha bemorlar tekshiriladi, maqsad qorin bo'shlig'ini reviziya qilish va erkin suyuqlik bor yo'qligini ko'rish [47,62]. Bundan tashqari, tadqiqotning mavjudligi asosiy yechim kanallarining diametrini 1 deb baholadi, safroning pasayishi patologiyasi haqida muhim ma'lumotlar [57,69,127]. Qorin bo'shlig'ida suyuqliklarning to'planishi tabiati bo'yicha qo'shimcha ma'lumotlarni olish uchun 6 bemorga nazorat ostida perkutan ponksiyon o'tkazildi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, safroning izolyatsiyalangan kontsentratsiyasi asoratni davolashning yakuniy usuli hisoblanadi [21,62].

E. Deger. va b.q.lar, eksperimental tadqiqotlar natijalarini ma'lum qildi va unga ko'ra o'n ta zararlangan qo'ylarda jigar exinokokk kistalarini punktsion usuli bilan davolash ishlari qo'llagan. Ma'lumotlarga ko'ra birinchi guruhdagi yettita qo'yga albendazol sulfoksidi kista bo'shlig'iga yuborilgan va ikkinchi nazorat guruhidagi uchta qo'yga toza suv yuborilgan [47,114]. Kistani tozalash amalga oshirilmagan. Olti oy davomida UTT nazoratida tekshirilib turilgan. Ikkinchi guruhdagi qo'ylarda kistalarning progressiv o'sishini kuzatilgan va birinchi guruhda gelmintlarning nobut bo'lishini ko'rishgan. Kista sanatsiya qilingandan keyin morfologik tekshiruv o'tkazilib tahlil qilinganda kimyoterapiyaga uchragan exinokokkli kistalar devorlarida yallig'lanish jarayoni hamda aseptik nekroz rivojlanishini ko'rishgan [120].

G.X. Musaeva o'z tadqiqot natijalarida jigar exinokokkozini davolashning punktsion-aspiratsiya usulini qo'llashning eng maqbul yechimni beradi [119]. Muallif kasallikning qaytalinishida hal qiluvchi rolni punktsiondan keyin kista devorida qolgan xitin membranasi emas, balki kista bo'shlig'ini antigelmint

dorilarni pala partish yuborish ta'sir mexanizmiga rioya qilmaslik hamda ablastik bilan o'ynashini ko'rsatdi. operatsiyaning tabiati. Muallifning so'zlariga ko'ra, punktsion davolash uchun ko'rsatmalar intraparenximal va diametri 35 mm gacha bo'lgan bir nechta asoratlanmagan kistalardir. Kattaroq kistalar drenajlanadi. Murakkab, o'lik va kalsifikatsiyalangan kistalar uchun usul kontrendikedir [122; 124].

So'nggi yillarda JKlarini punktsion-aspiratsiya usulda davolashda xitin qobig'ni va kista tarkibidagi gelmintlarni yo'qotgan holda muvaffaqiyatli davolash taktikasiga erishish mumkinligi haqida ko'pgina tadqiqotlar natijalari bizga ma'lumot beriyapti [81, 92, 138].

Jarrohlik amaliyotining keng qamrovda rivojlanishi JK larini muoffaqiyatli davolashda perkutan usull juda ijobiy natijalarga erishilganiga qaramay , bir qator mualliflar ushbu usullardan foydalanishga hali ham ehtiyotkorona munosabatda bildirishadi [53, 58, 60, 77].

Xorijiy adabiyotlarga ko'ra, punktsion davolash usulini tanlash bu radikal metodlako'riladi [87; 90].

Shuni inobatga olish kerakki, agar parazit bo'lmagan va parazitlarga qarshi tegishli qoidalarga rioya qilingan bo'lsa, bu yo'nalishdagi usull samarali deb hisoblashimiz mumkin.

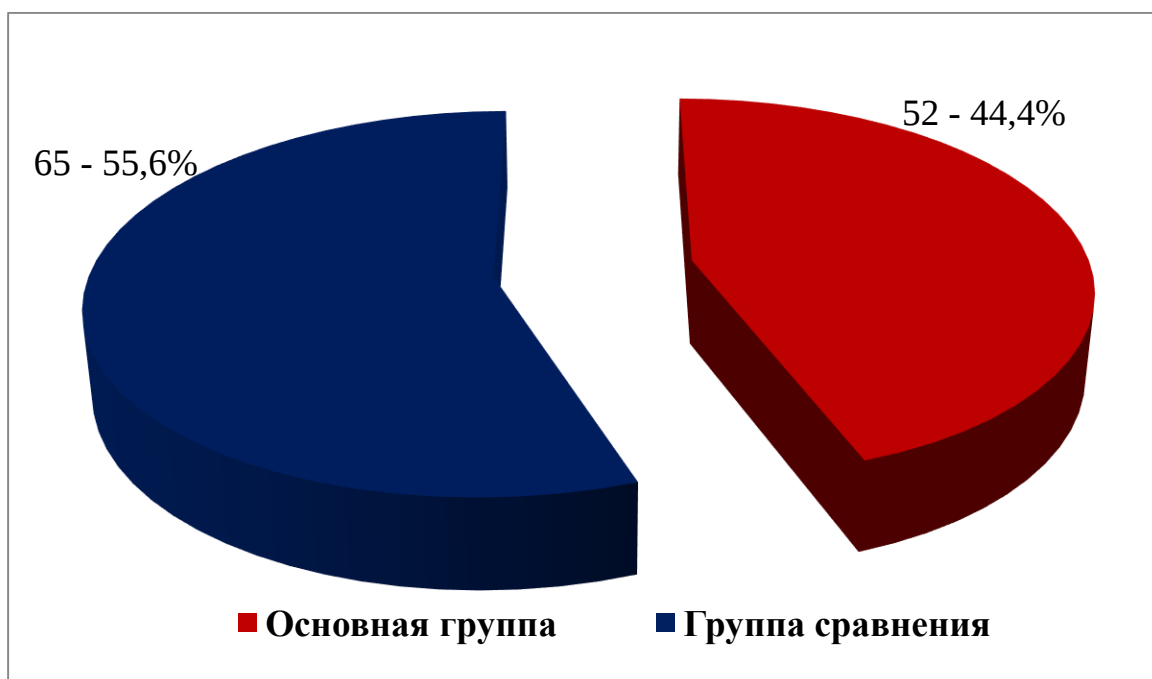
Ko'p yillar davomida jigar exinokokkozining jarrohligida jigar hidatid kistalarini teri orqali punktsion qilish tavsiya etilmaydi, deb hisoblangan. Yangi diagnostika va davolash imkoniyatlari, yangi texnik jihozlar paydo bo'lishi munosabati bilan bugungi kunda ushbu qoida qayta ko'rib chiqilishi kerak [73; 102; 104]. UTT ostidagi punktsion amaliyotlarini o'tkazish jarrohlik paytida turli xil asoratlarni oldini olishga ko'maklashadi [84; 129]. Ammo, jarrohlik amaliyotidan keyin exinokokkozni qaytalanish xavfini minimallashtirishga samarali antigelmintik preparatlar yordam beradi [101, 128].

Hozirgi kunda zamonaviy jarrohlikning jivojlanishi jigar exinokokkozini davolash uchun minimal invaziv usullarni qo'llash chastotasining oshishiga va

ko'rsatmalarning kengayishiga olib keladi. Biroq, adabiyotlarni tahlil qilish teri osti texnikasidan foydalanishda bir qator munozarali masalalar mavjudligini ko'rsatdi.

FOYDALANILGAN MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARINI KLINIK XUSUSIYATLARI.

Tadqiqotolib borilgan joy SamDTU ko'p tarmoqli klinikasi jarrohlik bo'limida 2016 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda diapetivik va jarrohlik aralashuvlar o'tkazgan 117 nafar JK bilan og'rigan bemorlarni klinik, laborator-instrumental tekshiruvdan o'tkazishga asoslangan. Bemorlar uchun barcha muolajalar rejalashtirilgan tarzda amalga oshirildi. Davolash taktikasini tanlashga qarab, bemorlar ikki guruhga bo'lingan. Birinchi guruh, taqqoslash guruhi, parazitar va parazitar bo'lmagan kistalari laparoskopik va ochiq usullar bilan olib tashlangan 65 bemordan iborat edi. Ikkinchi guruh, asosiy guruh, teri orqali transhepatik sistektomiya qilingan 52 bemordan iborat



Rasm. 2.1. Bemorlarning tadqiqot guruhlariga taqsimlanishi (n=117)

Guruhlarda bemorlarni taqqoslash, asosiy klinik belgilarga ko'ra taqsimlanishi.

Bemorlarni taqqoslash guruhlari bo'yicha taqsimlash

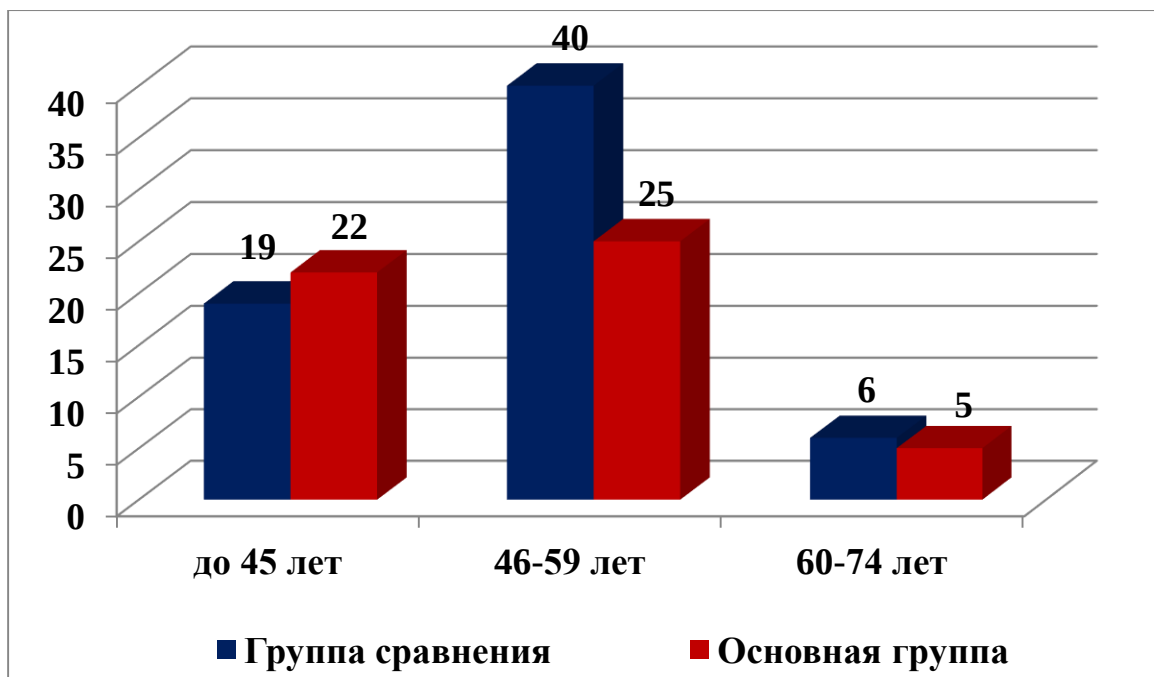
Farq omili	Taqqoslash guruhi (n=65)		Asosiy guruh (n=52)	
	abs.	%	abs.	%
Perkutan transhepatik sistektomiya	0	0	52	100,0
Laparoskopik jigar sistektomiyasi	32	49.2	0	0
Ochiq jigar sistektomiyasi	33	50.8	0	0
Jigar sistektomiyasidan keyin qoldiq bo'shliqni drenajlash uchun yaxshilangan drenaj trubkasidan foydalanish	12	18.5	7	13.5
Ochiq jarrohlik uchun yaxshilangan punktsion ignasidan foydalanish	24	36.9	0	0
Jigar sistektomiyasi kursi uchun ishlab chiqilgan taktik algoritmni qo'llash	65	100,0	52	100,0
Operatsiyadan keying uchun dasturni qo'llash	53	81.5	44	84.6

117 nafar bemorning 35 nafari (29,9%) erkaklar, 82 nafari (70,1%) ayollar (2.2-jadval).

Bemorlarning jinsi bo'yicha taqsimlanishi

Bemorlar guruhi	Bemorlarning jinsi					
	Erkaklar		Ayollar		Jami	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Taqqoslash guruhi	20	30.8	45	69.2	65	55.6
Asosiy guruh	15	28.8	37	71.1	52	44.4
Jami	35	29.9	82	70.1	117	100,0

Yosh taqsimoti: 45 yoshgacha - 41 (35,0%), 46-59 yosh - 65 (55,5%), 60-74 yosh - 11 (9,4%)



Bemorlarning yoshi bo'yicha taqsimlanishi

Yakka va kamerali kistalari bo'lgan bemorlarni umumiy etiologiyasi bir guruhga birlashtirildi, bu materialni qayta ishlash va ularni tahlil qilishni osonlashtirdi.

Bizning tadqiqotimiz E. Veterinorum modifikatsiyasida parazit kistalari bo'lgan bemorlarni, ya'ni. kistaning lümeninde qiz pufakchalari bo'lmagan 1 yoki 2 ta xitinoz membranalar mavjud edi. Shuningdek, bizning tadqiqotimizda takroriy parazitlar kistalar bo'lgan bemorlar yo'q edi.

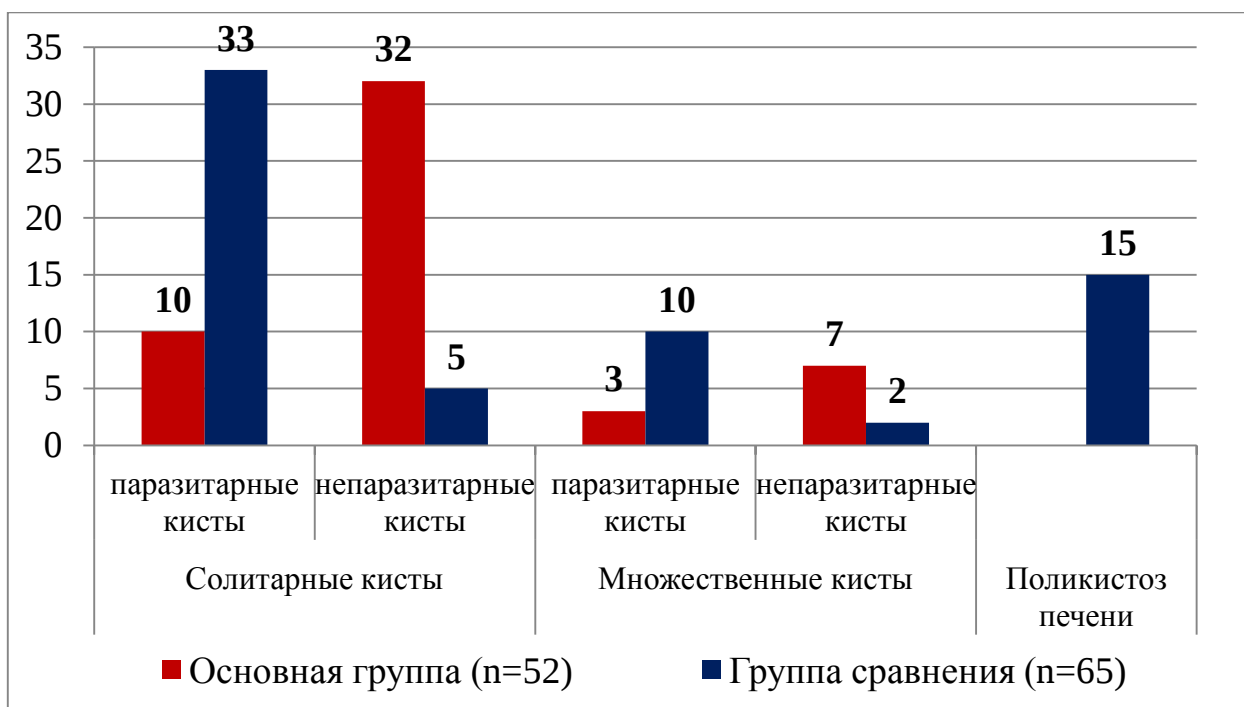
JK larning diametrlari 2 dan 20 sm gacha farqlab turadi va bir necha millilitrdan 1 litrgacha suyuqlikni o'z ichiga oladi; asosiy qismi (67,5%) 5 dan 10 sm gacha kistalari bo'lgan bemorlardir. Ekinokokk kistalarining o'lchami diametri 10 sm gacha o'zgarib turadi. Tabiatan 82 holatda suyuqlik tiniq yoki rangsiz, 29 tada sariq rangda, 6 holatda yiringli bo'lgan (2.3-jadval).

Kistlar soniga qarab, bemorlar A.A. tasnifiga ko'ra tasniflanadi. Shalimova (1993). Ushbu tasnifga ko'ra, 80 (68,4%) bemorda bitta yoki soliter kistalar aniqlangan, bir nechta kistlar, ya'ni. 22 (18,8%) bemorda 2 yoki 3 ta kista aniqlangan. Jigarining polikistik kasalligi (parazitlar bo'lmagan kistalar) 15 (12,8%) bemorda faqat taqqoslash guruhida qayd etilgan

Bemorlarning jigar kistalari hajmi bo'yicha taqsimlanishi

Kist o'lchamlari *	O'quv guruhlari										Jami (n=117)	
	Taqqoslash guruhi (n=65)						Asosiy guruh (n=52)					
	Soliter kistalar		Ko'p kistalar		Jigarning polikistik kasalligi		Soliter kistalar		Ko'p kistalar			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
5 sm gacha	4	10.5	1	8.3	3	20.0	15	35.7	6	60,0	29	24.8
5-10 sm	32	84.2	8	66.7	o'n bir	73.3	25	59.5	3	30.0	79	67.5
o'n bir -20 sm	2	5.3	3	25.0	1	6.7	2	4.8	1	10.0	9	7.7
Jami	38	100	12	100	15	100	42	100	10	100	117	100

Eslatma* bir nechta kistalar uchun eng katta kistaning o'lchami hisobga olinadi



Tadqiqot guruhlaridagi bemorlarning kistalarning kelib chiqishi va soni bo'yicha taqsimlanishi

35 ta ko'p kamerali kistalar (29,9%). Jigarning kist shakllanishining asoratlari yiringlash, kistaning bo'shlig'iga qon quyilishi va o't pufagidan oqmalarning shakllanishi sifatida tasnifladik

Xamma tekshirilganlar ichida kuzatilgan asoratlar o't pufagining shikastlanishi ko'proq uchradi - 25 (71,4%) bemorda.

Yiringli JK lar 6 (17,1%) ta bemorda kuzatildi. Jigarning yirik kistasi bilan o't yo'llarining tashqi siqilishi natijasida kelib chiqqan obstruktiv sariqlikning klinik holatini kuzatmadik. Parazit bo'lmagan jigar kistalari bo'lgan 4 (11,4%) bemorlarda kistaning lümenine qon ketishi kuzatildi.

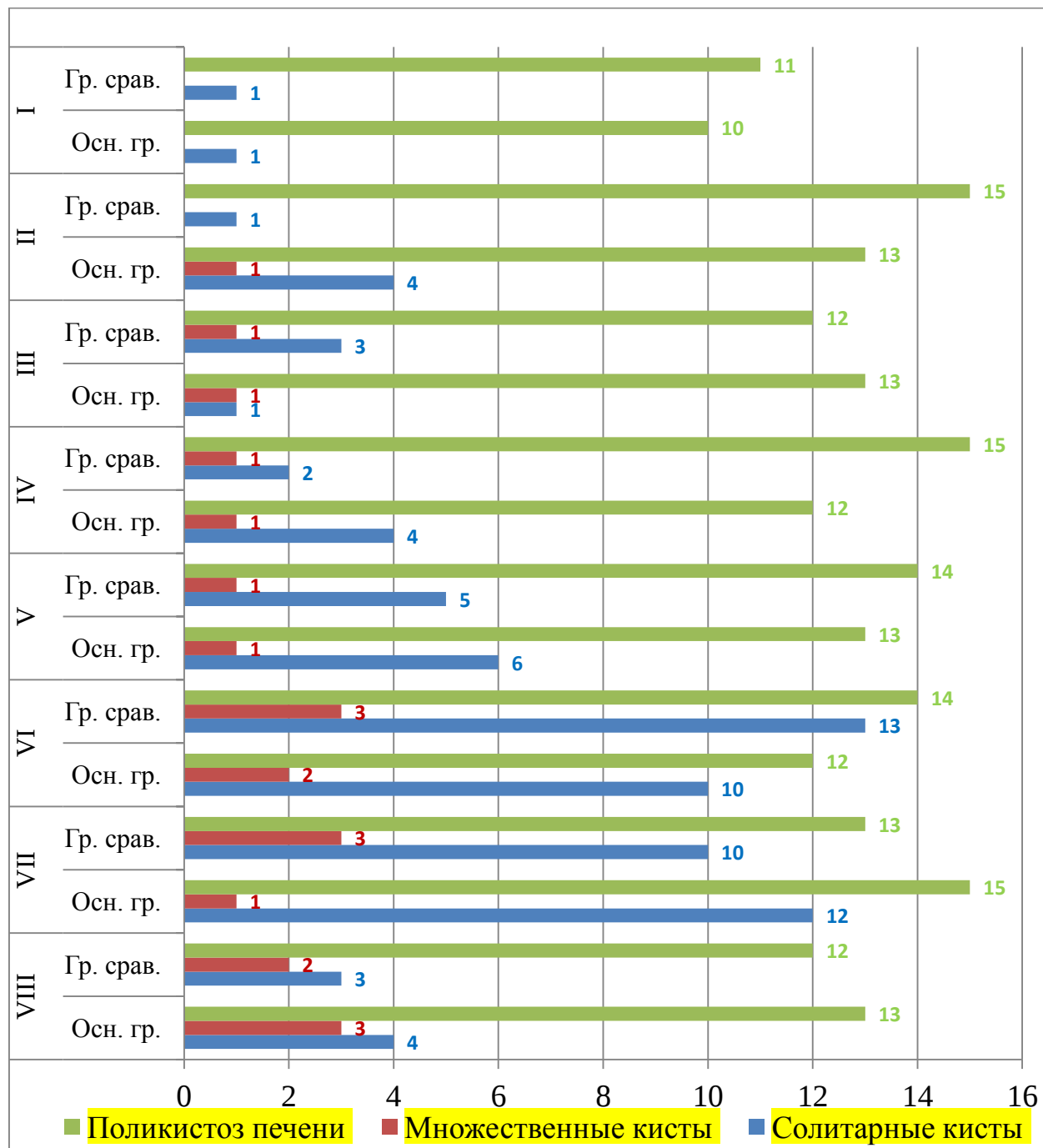
Polikistik kasalligi bilan og'rigan bemorlarning 95,4 foizida ikkala lobda kistalar aniqlangan. Ko'p kistalari bo'lgan bemorlarda ikki tomonlama lokalizatsiya 6 bemorda topilgan (ko'p kistali 18 bemorning 33,3%). 12 (66,7%) bemorda kistalar bir lobda joylashgan. 63 tasida (yakka kistasi bo'lgan 80 bemorning 78,7%) o'ng lobda kistalar, qolgan 17 (21,3%) holatda chapda aniqlangan.

Jigarning kist shakllanishi bilan og'rigan bemorlarni asoratlar turi bo'yicha taqsimlash

Klinik kurs	O'quv guruhlari										Jami (n=117)	
	Taqqoslash guruhi (n=65)						Asosiy guruh (n=52)					
	Soliter kistalar (n=38)		Ko'p kistalar (n=12)		Jigar polikistik kasalligi (n=15)		Soliter kistalar (n=42)		Ko'p kistalar (n=10)			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Asoratlanmagan echinokokkoz	18	47.4	7	58.3	15	100	35	83.3	7	70,0	82	70.1
Murakkab echinokokkoz	20	52.6	5	41.7	0	0,0	7	16.7	3	30.0	35	29.9
Kisto-biliar oqmalar	15	75,0	4	80,0	0	0,0	4	57.1	2	66.7	25	71.4
Yiringlash	2	10.0	1	20.0	0	0,0	2	28.6	1	33.3	6	17.1
Kistning lümenine qon ketishi	3	15.0	0	0,0	0	0,0	1	14.3	0	0,0	4	11.4

Polikistik kasallik guruhida jigar segmentiga qarab kistalar soni minimal chegaralarda I segmentda 11 dan VII segmentda 15 gacha o'zgargan. Ikkala guruhdagi bemorlarda kistalarni hisoblaganda, soliter kistalar I segmentda (2 ta holatda) eng kam uchraydi va ko'pincha jigarning VI va VII segmentlarida (mos ravishda 23 va 22 ta holatda) topilganligi ma'lum bo'ldi. Ko'p kistalar jigarda ham xuddi shunday aniqlanish tendensiyasini ko'rsatdi: ular I II da topilmadi, lekin minimal darajada III, IV va V segmentlarda topilgan (6 ta holat), VI va VIII segmentlarda maksimal tez-tez uchraydi - 10 holatlar (2.4-rasm).

Kasallikning tashxis qo'yilgandan to kasalxonaga yotqizilishigacha bo'lgan o'rtacha davomiyligi $63,7 \pm 75,4$ oyni (1 oydan 265 oygacha) tashkil etdi. Shu bilan birga, 103 nafar bemorda turli belgilarning mavjudligi operatsiya qilinganlarning 88,0 foizida qayd etilgan



Jigar segmentiga va kasallikning nozologik shakliga qarab kistalarning taqsimlanishi

Yakka va ko'p jigar kistalari bo'lgan bemorlarda klinik belgilar 73 bemor tomonidan qayd etilgan: 57 (71,2%) bemor og'riq, o'ng qovurg'a yoyi yoki to'sh

suyagi sohasida noqulaylik hissi, faqat 2 bemor (2,5%) chap tomonda og‘riqdan shikoyat qilgan. gipoxondriya. 10 (12,5%) bemorda jigar kistalari hajmining ko‘payishi tufayli qorin bo‘shlig‘ining kattalashishi qayd etilgan, 32 (40,0%) bemor dispepsiyani ko‘rsatgan. 26 (32,5%) holatda asemptomatik kurs mavjud edi. Jigar polikistik kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda og‘irlik va to‘liqlik hissi qayd etilgan va og‘riq 11 (73,3%) holatda qayd etilgan, ular ko‘pincha o‘ng hipokondriumda lokalize qilingan. Ushbu bemorlarda qorinning kengayishi 26,7% hollarda sodir bo‘lgan va 5 (33,3%) bemorda dispeptik alomatlar qayd etilgan. 10 sm dan kata JK lari 81,2% hollarda uchrasa, diametri 15 sm dan kata bo‘lgani esa 88,9% da namoyon bo‘lgan belgilar bilan birga kelgan.

Alohida holatlarda bemorlar zaiflik va vazn yo‘qotishdan shikoyat qiladilar. To‘rt bemorda kist infeksiyasi belgilari qayd etilgan.

JK bilan og‘rigan bemorlarda turli xil yo‘ldosh kasalliklar aniqlandi (2.6-jadval), bu esa keyingi muallajalarning tabiati va hajmiga ta'sir ko‘rsatdi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda 13 (12,7%) bemorda o‘t yo‘llarining operatsiya vaqtidagi shikastlanishi obstruktiv sariqlikning kuchayishi klinikasi sifatida namoyon bo‘ldi, o‘t peritoniti bilan og‘rigan 30 (29,4%) bemorlarda, 48 (47,1%) bemorlarda qorin bo‘shlig‘idan drenaj orqali o‘t oqishi va ikki yoki undan ortiq asoratlari bo‘lgan 11 (10,8%) bemorlarda ko‘p miqdorda o‘t bor

Kistik jigar shakllanishi bo‘lgan bemorlarda simptomlarning mavjudligi

Alomatlar	O‘quv guruhlari										Jami (n=117)	
	Taqqoslash guruhi (n=65)						Asosiy guruh (n=52)					
	Soliter kistalar (n=38)		Ko‘p kistalar (n=12)		Jigar polikistik kasalligi (n=15)		Soliter kistalar (n=42)		Ko‘p kistalar (n=10)			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Og‘riq, n (%)	27	71,0	9	75,0	o‘n bir	73.3	o‘tti z	71.4	7	70,0	84	71.8
Dispepsiya, n (%)	12	31.6	4	33.3	5	33.3	13	30.9	3	30.0	37	31.6
Qorinning kattalashishi, n (%)	4	10.5	1	8.3	4	26.7	4	9.5	1	10.0	14	11.9
O‘ng gipoxondriy	25	65.8	8	66.7	9	60,0	28	66.7	6	60,0	76	64.9

adagi og'riq, n (%)												
Chap gipoxondriy adagi og'riq, n (%)	1	2.6	0	0,0	0	0,0	1	2.4	0	0,0	2	1.7
Epigastral og'riq, n (%)	2	5.3	0	0,0	0	0,0	1	2.4	0	0,0	3	2.6
Aseptomatik, n (%)	10	26.3	3	25.0	3	20.0	o'n bir	26.2	2	20.0	29	24.8

Ikkinchi eng keng tarqalgan kasallik IHD bo'lib, u asosiy guruh bemorlarida 11 (21,1%) holatda, ikkinchi guruhda - 20 (30,8%) holatda aniqlangan. Bundan tashqari, taqqoslash guruhidagi bemorlarda buyrak kistalari 36 (55,4%) holatda, asosiy guruhdagi bemorlarda esa faqat 1 (1,9%) holatda buyrak kistalari aniqlangan. Bu polikistik jigar kasalligi bilan og'riq ko'plab bemorlar ham autosomal dominant polikistik buyrak kasalligidan aziyat chekadigan bilimlarni tasdiqlaydi.

Kistik jigar shakllanishi bo'lgan bemorlarda simptomlarning mavjudligi

Yordamchi kasalliklar	Asosiy guruh (n=52)	Taqqoslash guruhi (n=65)
Yurak-qon tomir tizimi		
Gipertonik kasallik	31 (59,6%)	48 (73,8%)
Ishemik kasallik	11 (21,1%)	20 (30,8%)
Surunkali yurak etishmovchiligi	9 (17,3%)	3 (4,6%)
Miyokard distrofiyasi	1 (1,9%)	1 (1,5%)
Aorta stenozi	0	1 (1,5%)
Nafas olish tizimi		
Surunkali bronxit	6 (11,5%)	2 (3,1%)
Bronxial astma	1 (1,9%)	3 (4,6%)
Oshqozon-ichak trakti		
ZhKB	9 (17,3%)	8 (12,3%)
Jigar sirrozi	5 (9,6%)	4 (6,1%)
Surunkali xolesistit	4 (7,7%)	7 (10,8%)
Surunkali pankreatit	4 (7,7%)	5 (7,7%)
O'n ikki barmoqli ichakning oshqozon yarasi	4 (7,7%)	7 (10,8%)
Surunkali gastrit	3 (5,8%)	3 (4,6%)
Gepatit	1 (1,9%)	6 (9,2%)
Pankreatik kistalar	1 (1,9%)	1 (1,5%)
Gastroduodenit	0	3 (4,6%)
Atonik kolit	0	1 (1,5%)
Oshqozon yarasi	0	1 (1,5%)
Gematopoetik tizim		
Anemiya	3 (5,8%)	2 (3,1%)
Taloq kistalari	0	1 (1,5%)
Siydik chiqarish tizimi		
Buyrak kistalari	1 (1,9%)	36 (55,4%)
Urolitiyoz kasalligi	0	3 (4,6%)
Benign prostata giperplaziyasi	0	1 (1,5%)
Muskul-skelet tizimi		
Osteoxondroz	0	3 (4,6%)
Endokrin tizimi		
Eutiroid guatri	1 (1,9%)	0
2-toifa qandli diabet	0	1 (1,5%)
Semirib ketish	6 (11,5%)	7 (10,8%)

JK lari bilan kasallangan bemorlarni davolashda, qo'llaniladigan usullarning samaradorligi operatsiyadan keyingi asoratlari soni va kelib chiqishi, qaytalanishi va bemorlarning o'sha bo'limda qolish muddati bilan baholandi.

Ikkala guruhdagi bemorlarda qon tahlilining o'zgarishi, hamda ta'kidlab o'tganimizdek 6 ta holatda, ESRning oshishi aniqlandi, bu, jarayon birga keladigan kasalliklar kistalarning tarkibining infeksiyasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Ikkinchi guruhidagi 7 bemorda jigar fermentlarini aniqlaganimizda ko'rsatkichlar me'yordan yuqori bo'lgan: AsT - 2 bemorda, ALT - 3 bemorda, bu esa jigar funksiyasining buzilishi bilan birga keladigan patologiyaning mavjudligi haqida dalolat beradi.

TXE dan so'ng, bizning kuzatishlarimizda 4 nafar bemorda zarar aniqlangan, ularning barchasi o'tkir kalkulyoz xolesistit bilan bog'liq. O'tkir xolesistitda shikastlanishlar sonining ko'payishi sababi o't pufagi sohasida infiltrat mavjudligi, Gartman cho'ntagining UJY ga mahkam o'rnashib gepatoduodenal ligamentga o'tganligi edi.

Yo'ldosh patologiyalar tarkibida 43 nafar bemorda nafas olish tizimining surunkali kasalliklari aniqlangan va yosh oshishi bilan kasalliklar sonining ko'payishi tendensiyasi kuchaygan. Bizning kuzatishlarimizga ko'ra, bu o'sish 60 yoshdan oshgan bemorlar guruhida ikki baravar ko'p bo'lgan. Kasallikning tuzilishi quyidagicha: surunkali pnevmoniya va bronxit – 14 ta bemorda, pnevmoskleroz - 32 ta bemorda, bronxoektaziya - 1 ta bemorda, bronxial astma – 3 ta bemorda. Kuzatuv davomida 6 nafar bemorda yotoq rejim tufayli pnevmoniya rivojlangan.

Amaldagi tadqiqot usullarining xususiyatlari

JK tashxisi bilan qabul qilingan barcha bemorlar klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqotlar majmuasidan o'tkazildi.

Amaldagi diagnostika usullari o't yo'llarining shikastlanishini va o't chiqishi manbalarini aniqlash, differentsial va topikal tavsiflashga qaratilgan. Istisnosiz, barcha bemorlar kasallikning tibbiy yo'nalishi bo'yicha ma'lumotlarni baholashni o'z ichiga olgan yagona tadqiqotdan o'tdilar, bundan tashqari, umumiy tan olingan laboratoriya va asbob-uskunalarni tekshirish usullari. Turli xil ixtisoslashtirilgan

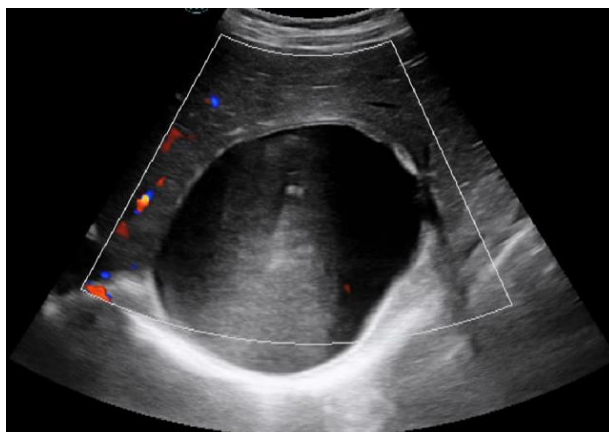
o'rganish usullari qo'llanilgan. Invaziv bo'lmagan: tadqiqotlar, kompyuter tomografiyasi (KT), magnit-rezonans tomografiya (MRI). Invaziv: ICQ, PCG, asp, videolaparoskopiya va relaparoskopiya shu jumladan.

O'pkaning boshqa o'choqli kistalarni istisno qilish uchun barcha bemorlarga oddiy ko'krak qafasi rentgenogrammasi o'tkazildi. Shu bilan birga, diafragmaning ko'krak qafasidagi o'ng gumbazining balandligi baholandi, jigar bo'shlig'ini egallagan kistalarning belgilari aniqlandi.



Ko'krak qafasining oddiy rentgenografiyasi. Jigar massasining bilvosita belgilari, o'ng tomonda diafragma gumbazi ko'tariladi.

Ultratovush yordamida barcha bemorlar tekshirildi, maqsad qorin bo'shlig'ini reviziya qilish va erkin suyuqlik bor yo'qligini ko'rish. Bundan tashqari, tadqiqotning mavjudligi asosiy echid kanallarining diametrini 1 deb baholadi, safroning pasayishi patologiyasi haqida muhim ma'lumotlar. Qorin bo'shlig'ida suvning to'planishi tabiati bo'yicha qo'shimcha ma'lumotlarni olish uchun 6 bemorga nazorat ostida perkutan ponksiyon o'tkazildi. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, safroning izolyatsiyalangan kontsentratsiyasi asoratni davolashning yakuniy usuli hisoblanadi. Ultratovush tekshiruvi 50 nafar bemorda "Hitachi EUB 6500", "Siemens G 60S Sono Line" raqamli skanerlari yordamida amalga oshirildi.



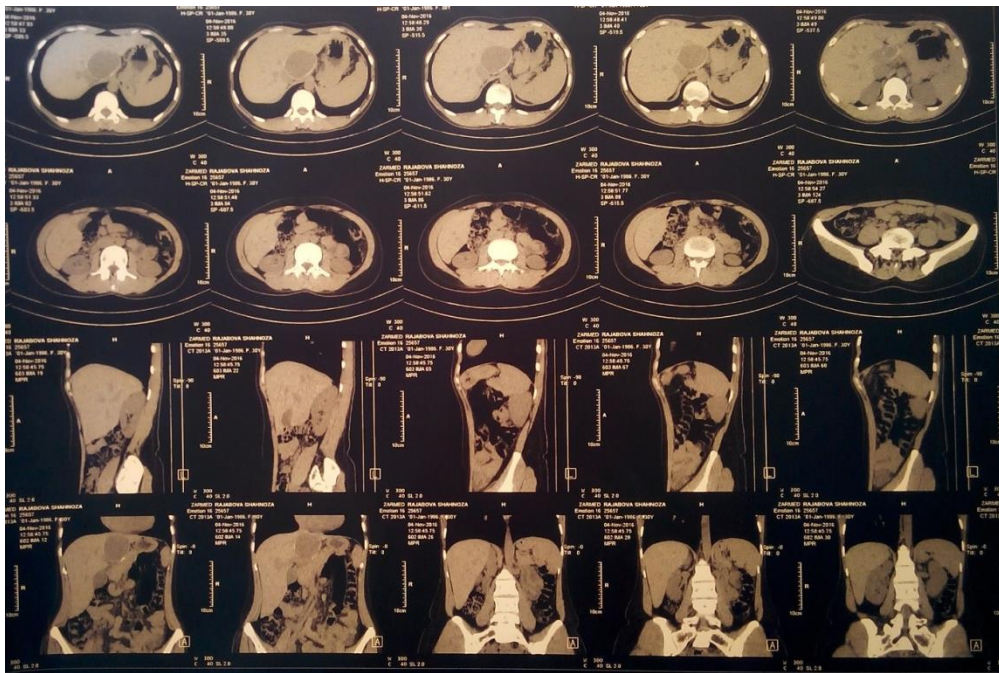
Jigarning ultratovush tekshiruvi. Jigarning o‘ng bo‘lagining echinokokk kistasi doppler bilan.



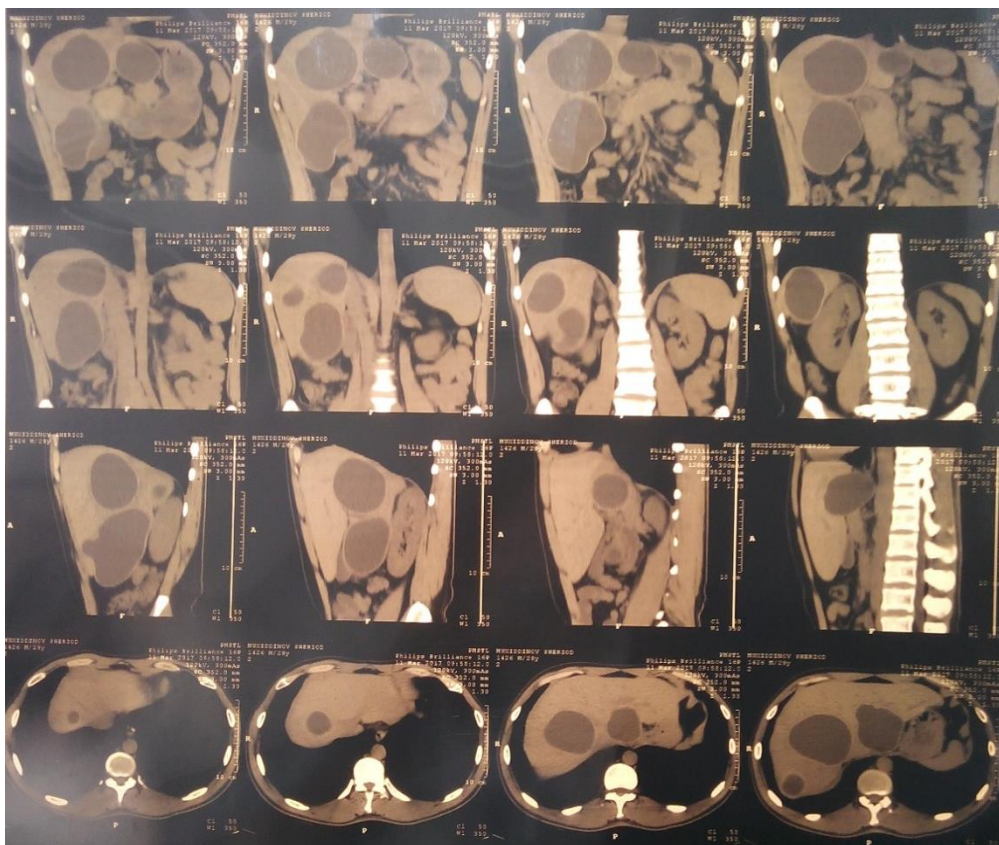
Jigarning ultratovush tekshiruvi. Ekinokokkektomiyadan keyin jigarning o‘ng bo‘lagining qoldiq bo‘shlig‘i.

Operatsiyadan keyingi davrda UTT kuzatish va profilaktika maqsadida qilinadi va agar operatsiyadan keyingi asoratlarga shubha qilinsa buni bartaraf etish yo‘llari ko‘riladi.

Kompyuter tomografiyasi (KT) Jigar va qorin bo‘shlig‘ining 103 (88,0%) bemorda HITACHi W- 450 kompyuter tomografi yordamida amalga oshirildi (2.8-rasm).



Jigarning MSCT. Jigarning o'ng bo'lagi kistasi.



Jigarning MSCT. Jigarning o'ng va chap bo'laklarining bir nechta kistalari (vertikal holat)

KT exinokokkoz rivojlanishining dastlabki bosqichlarida parazitlar bo'lmagan JK lari bilan differensial diagnostika o'tkazish , jigar o'smalari, ko'p a'zolarining

birlamchi shikastlanishi mavjudligini istisno qilish, shuningdek, taktik muammolarni hal qilish uchun o'tkazildi. O't yo'llari obstruksiyasi darajasini va sababini aniqlashda, kompyuterli tomografiya diagnostik usulli aniq shikastlangan joyini ko'rsatib beradi. Safro chiqishi uchun obstruksiya bo'lmasa, intragepatik kanallar KTda aniqlanmaydi va jigardan tashqari kanallar faqat bemorlarning 30 foizida ko'rinadi. Bemorlarning birinchi guruhida 33 nafarida tadqiqot o'tkazildi. Obstruktiv sariqlik bilan og'rgan bemorlarda 10 ta kompyuter tomografiyasi o'tkazildi, 15 nafar bemorda yo'llarning kengayishi, bilirubin miqdori past bo'lgan va tashqi o't oqishi aniqlangan, 8 nafar bemorda KTda intragepatik yo'llarning kengayishi aniqlanmadi.

Materiallarga statistik ishlov berish

O'rganish jarayonida olingan ma'lumotlar Microsoft Office Excel-2016 dasturiy ta'minotini qo'llab-quvvatlash bilan birga, Pentium-IV shaxsiy kompyuterida statistik ishlov berish funksiyalaridan foydalangan holda amalga oshirildi. Variatsion parametrik va parametrik bo'lmagan statistik usullarni qo'llab-quvvatlash bilan birgalikda o'rtacha raqamli o'rganilayotgan belgi (M), o'rtacha kvadratik farq (tegishli), oddiy o'rtacha gunoh (m) va shartli ma'nolarni (%chastota) hisoblash amalga oshiriladi. Olingan o'lchovlarni taqqoslash orqali olingan natijalarning statistik ahamiyatini tahlil qilish va o'rtacha ko'rsatkichlar mavjud edi ehtimollik xatosi hisob-kitoblari (R) talaba (T) aspektini nazorat qilish mavjudligi, shuningdek standart tarqalish (tortib olish aspektiga ko'ra). Xususiyatlar, haqiqat darajasi bilan birga $r < 0.05$ statistik jihatdan muhim o'zgarish sifatida tan olingan.

Miqdorlarning yuqori sifatli statistik ahamiyati aspektini qo'llash bilan birga tarkibga qarab hisoblanadi X^2 (chi-kvadrat) va Z-mezon:

$$z = (p_1 - p_2) \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{p(1-p) \cdot (n_1 + n_2)}}$$

Bunda $\pi_1 = \mu_1 / n_1$ va $\pi_2 = \mu_2 / n_2$ - taqqoslanadigan eksperimental chastotalar,
 $\pi = (\mu_1 + \mu_2) / (n_1 + n_2)$ esa - ikkala guruhda belgining o'rtacha chastotasi.

.

Jigarning parazit va parazit bo'lmagan kistalarini jarrohlik yo'li bilan davolash.

Jigarning kist shakllanishini jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlash

2015-2022 yillar Samarqand davlat tibbiyot universiteti klinikasining jarrohlik bo'limlarida O'TKning asoratlangan shakli bilan og'rigan 117 nafar bemor operatsiya qilindi.

Taqqoslash guruhi 2015-2018 yillarda shoshilinch va shoshilinch ko'rsatmalar uchun JK ni operatsiya qilingan 65 nafar bemordan iborat bo'ldi;

3.1chi jadvalda keltirilgan jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlash uchun bir necha parametrdan foydalandik, ko'pincha diametri 5 sm gacha bo'lgan asoratlanmagan JK bo'lgan bemorlar, dinamik kuzatuv ostida bo'lishlari taxmin qilingan. Rangli Doppler rejimida UTT dan foydalanganimizdan asoratlanmagan kistalarni aniqlashda bizga katta yordam berdi. Adabiyotlarga ko'ra, bunday kistalar kistani o'rab turgan jigar parenximasida atrofik o'zgarishlarga olib kelmaydi va organning funksional holatiga ta'sir qilmaydi.

Xorijiy olimlarning tadqiqot natijalariga ko'ra, mingdan ortiq bemorlarning kasallik tarixini tahlil qilib shu fikrga kelishdiki, jigar exinokkozini davolashda jarrohlik amaliyoti vaqtida kistani tolal kapsulasi bilan birga olib tashlamasdan oddiy exinokokkektomiya qilish jigar rezeksiyasi bilan bir xil bo'ladi degan xulosa berishadi, bu aralashuvlar jiddiy jarrohlik stressiga sabab bo'ladi. Agar bunday usull qo'llanilsa kista olib tashlangan joydagi bo'shliqda mikroblarga qarshi davolash ishlari olib borilishi shart va zarur, chunki bu kasallikning qaytalanishining rivojlanishini kamaytiradi va kista tarkibidagi gelmintlarni o'limiga va xitinoz membranasini eritishiga olib keladi.

Asosiy shikoyatlar og'riq, o'ng qovurg'alar yoyi yoki epigastriumdagi sohasida noqulaylik va qorin kattalashishi . Polikistik kasalligi bo'lgan bemorlarda o'ng hipokondrium va epigastriumda og'irlik, og'riq va dam bo'lish shikoyatlari ustunlik qiladi.

O‘TK o‘tkir xolesistit yoki o‘tkir xolangitning klinik ko‘rinishiga qarab bemorlarda o‘lim va operatsiyadan keyingi asoratlarni tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, qoniqarsiz natijalarning eng yuqori foizi o‘tkir xolesistit bilan kechadigan obstruktiv xolangit bo‘yicha operatsiyalardan so‘ng kuzatilgan: - o‘lim 5,8%, o‘t yo‘llari va septik asoratlar chastotasi 18,8%, qorin bo‘shlig‘idan tashqari asoratlar 21,7%. Obstruktiv xolangitning klinik belgilarisiz "o‘tkir destruktiv xolesistit" tashxisi qo‘yilgan bemorlarda jarrohlik aralashuvlardan so‘ng o‘lim 2%, o‘t yo‘llari va septik operatsiyadan keyingi asoratlar 6%, qorin bo‘shlig‘idan tashqari asoratlar 9% ni tashkil etdi.

Hammasi bo‘lib, 102 bemorda yolg‘iz va ko‘p parazitlar bo‘lmagan jigar kistalarini jarrohlik davolash uchun ko‘rsatmalar aniqlangan, jigar polikistik kasalligi uchun 15 bemorda jarrohlik aralashuv ko‘rsatilgan.

Jigarning kist shakllanishi bilan og‘rigan bemorlarda jarrohlik davolash uchun ko‘rsatmalar

Jarrohlik uchun ko‘rsatmalar	O‘quv guruhlar										Jami (n=117)	
	Taqqoslash guruhi (n=65)						Asosiy guruh (n=52)					
	Soliter kistalar (n=38)		Ko‘p kistalar (n=12)		Jigar polikistik kasalligi (n=15)		Soliter kistalar (n=42)		Ko‘p kistalar (n=10)			
	abs .	%	abs .	%	abs .	%	abs .	%	abs .	%	abs .	%
Og‘ir klinik belgilar	32	84.2	10	83.3	14	93.3	35	83.3	8	80,0	99	84.6
Dinamik kuzatuv paytida kist(lar) diametrinin g oshishi	4*	10.5	2	16.7	-	-	6	14.3	1	10.0	13	11.1
Asosiy kasallik tufayli gepatomegali	3	7.9	1	8.3	6	40,0	2	4.8	-	-	12	10.2

Asosiy kasallikning asorati	20	52.6	5	41.7	0	0,0	7	16.7	3	30.0	35	29.9
Jami	59		18		20		50		12		159	

Eslatma: * farq sezilarli ($p < 0,05$)

Bemorlar soni va jarrohlik davolash uchun belgilangan ko'rsatkichlar soni o'rtasidagi tafovut klinik alomatlar va jarrohlik davolash uchun ob'ektiv ko'rsatmalar ikkalasini ham bir biriga, bizning tadqiqotimizda eng ko'p uchraydigan og'ir klinik belgilar 56 (86,1) da qayd etilgan. %) va 43 (82,7%) bemorlarni taqqoslash guruhida va asosiy guruhda.

Operatsiyadan keyingi erta bosqichda xolestsistektomiyadan so'ng tashqi yoki intraperitoneal safro oqishi shakllangan xolelitiyozli bemorlarni jarrohlik davolash natijalarini yaxshilash maqsadida biz yuqori texnologiyali minimal invaziv jarrohlik usullari - relaparoskopiyadan foydalanish bo'yicha ma'lumotni optimallashtirdik. , transduodenal endoskopik aralashuvlar, nazorat ostida tadqiqot bilan ponksiyon usullari .

Jigarning kist shakllanishini jarrohlik davolash usullari

Ba'zi mualliflar jigar exinokokkozini davolashda punktsion usullni qo'llash natijasida exinokokk suyuqligi qorin bo'shlig'iga tushishi natijasida og'ir anafilaktik shok rivojlanishini tasvirlab bergan. Shuning uchun, har doim teri orqali jigar biopsiyasi qilinganda parazitar kistaning punksi vaqtida shoshilinch jarrohlik amaliyoti amalga oshirildi .

Jigarning kist shakllanishini jarrohlik davolashning uchta asosiy usuli qo'llanilgan (3.2-jadval). Bemorlarning asosiy guruhida barcha bemorlar diapetvik davolash usullarini oldilar: parazit bo'lmagan jigar kistalari bo'lgan 39 (52 tadan 75,0%) bemorlarga perkutan punktsion va kistalarning sklerozi o'tkazildi; 13 (25,0%) parazitar jigar kistalari bilan og'irigan bemorlar **-teri orqali transhepatik echinokokkektomiya. Taqqoslash guruhida barcha bemorlarga laparoskopik ochiq jarrohlik aralashuvlar o'tkazildi. Ulardan 13 nafar (20,0%) parazitar**

bo‘lmagan jigar kistalari bilan kistalarning epiteliy qoplamini davolash bilan laparoskopik fenestratsiya, jigar echinokokkozli 19 (29,2%) bemorga laparoskopik fenestratsiya qilingan. jigarining laparoskopik echinokokkektomiyasi. Noparazitar va parazitar jigar kistalari bilan mos ravishda 6 (9,2%) va 24 (36,9%) bemorlarda laparotomiya, kistalarning epiteliy qoplamini davolash bilan fenestratsiyasi va jigarining laparotomiyali echinokokkektomiyasi amalga oshirildi.

Jigarning kist shakllanishini jarrohlik davolash usullari

Jarrohlik uchun koʻrsatmalar	Oʻquv guruhlari									Jami (n=17)	
	Taqqoslash guruhi (n=65)					Asosiy guruh (n=52)					
	Soliter kistalar (n=38)		Koʻp kistalar (n=12)		Jigar poli kisti kasa lligi (n=15)	Soliter kistalar (n=42)		Koʻp kistalar (n=10)			
	paragraflar.	parazit boʻlmagan	paragraflar.	parazit boʻlmagan		paragraflar.	parazit boʻlmagan	paragraflar.	parazit boʻlmagan		
Perkutan punktsion va kistalarning sklerozi							32		7	39	33.3
Perkutan transhepatik echinokokkektomiya						10		3		13	11.1
Kistlarning laparoskopik fenestratsiyasi, ularning epiteliy qoplamini davolash		5*		2	6					13	11.1
Jigarning laparoskopik echinokokkektomiyasi	12		7							19	16.2
Kistlarning epiteliy qoplamini davolash bilan laparotomi					6					6	5.1

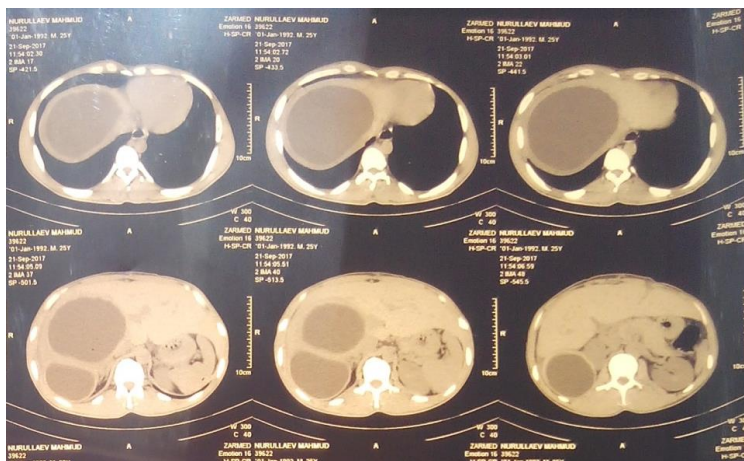
ya fenestratsiya											
Jigarning laparotomiya echinokokk ektomiyasi	21		3							24	20.5
Segmentektomiya yoki atipik jigar rezeksiyasi					3					3	2.6

Eslatma: * farq sezilarli ($P < 0,05$)

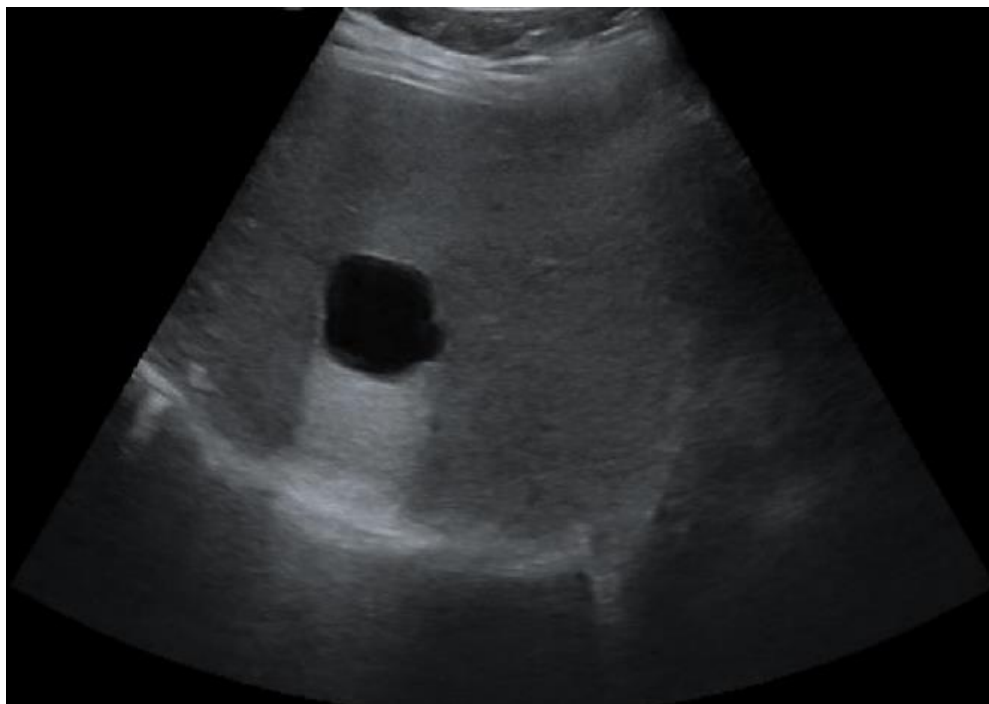
Jigarning polikistik kasalligi bo'lgan 1 (1,5%) va 2 (3,1%) bemorda segmentektomiya va atipik jigar rezeksiyasi amalga oshirildi.

Qorin old devorining an'anaviy keng kesmalari jarrohga operatsiyaning asosiy bosqichini bajarishni osonlashtiradi, ammo baribir bir qator jiddiy va taniqli kamchiliklarga ega - aralashuvning yuqori invazivligi, operatsiyadan keyingi yara asoratlari xavfining oshishi, qoniqarsiz. kosmetik natijalar, erta reabilitatsiyaning uzoq muddati va boshqalar. Bu holatlar bizni qorin bo'shlig'ining barcha sohalariga, shuningdek, qorin bo'shlig'ining zararlangan sektorlariga nisbatan yumshoqroq, kamroq shikast va shu bilan birga operator uchun qulayroq bo'lgan jarrohlik yo'li bilan izlashga undadi. jigar. Laparoskopik usul yordamida sistektomiya kamroq shikastlidir, ammo videoendoskopik aralashuvlarga to'sqinlik qiladigan bir qator birgalikda patologiyalar mavjud.

Natijada, 2016 yildan boshlab, jigar kistlari shakllanishi bilan og'rigan bemorlarni davolash usulini tanlashda, laparoskopik usullar va qorin devorining keng kesilishidan tashqari, biz jigar sistektomiyasining diapetvik usullaridan keng foydalana boshladik. har bir bemorning individual xususiyatlari. Biz kistlarning operatsiyadan oldingi topikal diagnostikasi natijalariga amal qildik. Qorin bo'shlig'ining multislice kompyuter tomografiyasi ultratovush ma'lumotlari bilan birlashtirildi.



Bemor B. jigarining MSCT, 43 yosh. Jigarining IV, V va IV segmentlarining ko‘p kistalari



jigarining ultratovush tekshiruvi, 43 yosh. Jigarining VII-VIII segmentlarining kistasi.

ПРОГРАММА ДЛЯ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

ПРОГРАММА ДЛЯ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Факторы влияющие на выбор операции

Локализация кисты

☒ В свободной брюшной полости

☐ В печени

☐ В селезенке

☐ Сочетанная локализация в печени и брюшной полости

☐ Сочетанная локализация в печени и селезенке

Вес (индекс массы тела)

☒ только туберкулоинтерстициальный нефрит

☐ туберкулоинтерстициальный нефрит + цистит

☐ расширение чашечно-лоханочной системы

Телосложение

☒ Нормостеник

☐ Астеник

☐ Гиперстеник

Проекция печени на переднюю грудную и брюшную стенки

☒ вентропечальное (anteroplexio)

☐ дорсопечальное (retroflexio)

Характер паразитов

☒ Однокамерная

☐ Многокамерная

По количеству кист в печени

☒ Одиночная

☐ Множественная с поражением одной доли

☐ Множественная с поражением обеих долей

По диаметру кисты

☒ Малые (до 5см)

☐ Средние (6-10 см)

☐ Большие (11-20 см)

☐ Гигантские (больше 20 см)

По локализации кисты в печени

☒ Краевая локализация

☐ Киста дивергентной поверхности печени

☐ Киста висцеральной поверхности печени

☐ Внутривисцеральная киста

☐ Киста в области ворот печени

☐ Киста занимающая всю долю

По наличию осложнений

☒ По наличию осложнений

☐ Есть осложнения обызвествление

☐ Есть осложнения нагноение кисты

☐ Есть осложнения сдавление желчных путей

☐ Есть осложнения портальная гипертензия

☐ Есть осложнения прорыв в билиарный тракт

☐ Есть осложнения прорыв в полость

☐ Есть осложнения сочетанные осложнения

По происхождению

☒ Первичный эхинококкоз

☐ Решетчатый эхинококкоз спаяк нет

☐ Решетчатый эхинококкоз выраженные спайки

Результат оценки:

Jigarning kist shakllanishini jarrohlik davolash usulini tanlash uchun dastur interfeysi

Kistlarning lokalizatsiyasi va turi, ularning hajmi, hamda asoratlarning kelibchiqishi va turi hisobga olindi. Davolash natijalariga ta'sir o'tkazuvchi ushbu belgilar ball shkalasi yordamida baholadik (O'zbekiston Respublikasi Intellektual mulk agentligining DGU 25388-sonli kompyuter dasturini rasmiy ro'yxatdan o'tkazish to'g'risidagi guvohnoma. Jigarning kist shakllanishi bilan og'riqan bemorlarni jarrohlik davolashning diapevtik usullarini tanlash») (3.4-rasm).

JK lari hosilasi bo'lgan bemorlarda jarrohlik usulini tanlashga ta'sir qiluvchi belgilar baholash bo'yicha yuritilgan dastur tananing individual fiziologiyasu va davolash natijalarini umumlashtirishni hisobga olgan holda optimal jarrohlik usulini tanlash imkonini berdi.

Umumiy balli 10 gacha bo'lgan 54 bemorda jigardan perkutan sistektomiya rejalashtirilgan, ammo 2 holatda jigar exinokokkozli bemorlarda diapevtik aralashuv paytida bir holatda ko'p qon ketishi va boshqa holatda to'g'ridan-to'g'ri punktsion tufayli ko'p miqdorda o't oqishi tufayli. kista bo'shlig'idan o't pufagining chiqishi ochiq operatsiyani davom ettirish bilan shoshilinch laparotomiyani talab qildi. Asosiy guruhga diapevtik aralashuvdan o'tgan 52 bemor kiritilgan.

Umumiy balli 10 dan 15 gacha bo'lgan 32 nafar bemor tavsiya etilgan dasturga muvofiq laparoskopik jigar sistektomiyasidan o'tkazildi. Jigardan

laparoskopik sistektomiyaga ko'rsatma yuzaki joylashgan 10 sm gacha bo'lgan kistalar, E. Veterinorum modifikatsiyasidagi echinokokk kistalari, III, IV, V va V segmentlarining diafragma va visseral yuzalarida kistalarning lokalizatsiyasi hisoblanadi. jigar. Biz quyidagilarni laparoskopik sistektomiyaga qarshi ko'rsatmalar deb hisoblaymiz: 10 sm dan katta kistalar; endovizual tekshirish va manipulyatsiya qilish uchun erishish qiyin bo'lgan joylarda lokalizatsiya (jigarning visseral va diafragma yuzasining I, II, VII va VIII segmentlari); kistaning intraparenximal joylashuvi (jigar parenximasi ichida); bir nechta kistalar; echinokokkozning murakkab va tarqalgan shakllari; qorin bo'shlig'ining yuqori qavatlarida oldingi operatsiyalardan keyin aniq yopishqoq jarayon. E. Hominis modifikatsiyasining gidatid kistalari holatlari nisbiy kontrendikatsiya sifatida qabul qilindi.

Shunday qilib, laparoskopik jigar sistektomiyasi dastlab taqqoslash guruhidagi 33 (50,8%) bemor uchun rejalashtirilgan edi. Shulardan 1 (3,0%) holatda parazit kista erishish qiyin bo'lgan diafragma osti sohasida joylashgan. Jigarning qiyin joyida kista lokalizatsiya qilinganiga qaramay, jarroh operatsiyaning asosiy bosqichlarini endovideojarrohlik usulidan foydalangan holda yakunlashga harakat qildi, ammo buning oldini olish uchun sistobiliar fistulaning pastki qismida topilgan. qoldiq bo'shliq. Operatsiyadan keyingi dastlabki davrda safro oqishi ehtimolini hisobga olgan holda, ta'sir qilish yaxshilangan keng yondashuvga o'tish amalga oshirildi. Taqqoslash guruhiga laparoskopik jigar sistektomiyasi qilingan bemorlar kiritilgan.

Taqqoslash guruhidagi umumiy balli 15 dan yuqori bo'lgan 33 nafar bemorga laparotomiya yo'li bilan sistektomiya o'tkazildi. Ulardan 3 ta holatda diaprevtik va laparoskopik usullarni konvertatsiya qilishdan keyin mos ravishda 2 va 1 holatda.

Shunday qilib, ishlab chiqilgan dasturdan foydalanish kistali jigar shakllanishini jarrohlik yo'li bilan davolash bemorlarning aksariyatida o'lim va og'ir asoratlar bo'lmaganda yaxshi va qoniqarli natijalarga erishishga imkon berdi.

Parazit bo'lmagan jigar kistalarini perkutan punktsion bilan davolash

2016-yildan boshlab biz PAIRP (Punction-Aspiration-Injection-Reaspiration percutaneous punkture davolash usuli) va PEVAC (Percutaneos-Evacuation of kist contents percutaneous punkture evakuatsiya va evakuatsiya usuli) deb nomlanuvchi sistektomiyaning punktsion-drenaj usullaridan foydalanishni boshladik. 39 nafar bemorga ultratovush tekshiruvi ostida parazit bo'lmagan jigar kistalarining teri orqali punktsioni va skleroterapiyasi o'tkazildi. Diametri 4 dan 15 sm gacha bo'lgan seroz jigar kistalari bilan jami 6 nafar (15,4 foiz) erkak va 33 nafar (84,6 foiz) ayol operatsiya qilindi. Aksariyat hollarda jigarning o'ng bo'lagida lokalizatsiya qilingan soliter kistalar 4 (10,2%) erkak va 17 (43,6%) ayollarda, 2 (5,1%) erkaklarda va 25 (25) ko'p kistalarda tashxis qo'yilgan. mos ravishda).64,1% bemorlar.

Asosiy guruhda o'tkir destruktiv xolesistitning tarqalishi bilan 39 bemor kasallikning og'ir klinik kechishi va operatsiyadan keyingi asoratlarni rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan guruhga tayinlangan. Ularning 11 tasida safro peritoniti tashxisi qo'yilgan (5 tasida tarqalgan, 6 tasida shakllangan biloma ko'rinishida cheklangan).

Perkutan punktsion, shuningdek, laparotomiya orqali operatsiya qilish uchun kontrendikedir bo'lgan og'ir patologiyasi bo'lgan bemorlarda ham amalga oshirildi.

Jarayon yuqori texnologiyalar, jumladan ALOCA SSD-630 ultratovush apparati (Yaponiya) bilan jihozlangan operatsiya xonasida amalga oshirildi. Kistning joylashishiga qarab, igna plevra sinusidan o'tishiga yo'l qo'ymaslik va qorin bo'shlig'ining ichi bo'sh organlariga zarar bermasdan qulay manipulyatsiya qilish uchun bemor maxsus holatga keltirildi. Agar kist jigarning o'ng bo'lagida lokalizatsiya qilingan bo'lsa, bemor orqa tomoniga yostiq qo'yilgan holda chap tomonida yotadi Agar kist jigarning II, III va IV segmentlarida lokalizatsiya qilingan bo'lsa, bemor yostiq qo'yilgan holda orqa tomonida yotadi



Jigarning VI segmentining diafragma yuzasida lokalizatsiya qilingan kistaning perkutan punktsioni (bemorning chap tomonida, bemorning ostiga yostiq qo'yilgan)



rasm. 3.6. Jigarning uchinchi segmentining diafragma yuzasida lokalizatsiya qilingan kistaning perkutan punktsioni (bemorning orqa tomoniga yostiq qo'yilgan holda)

4 (10,2%) bemorda faqat kist tarkibini aspiratsiya qilish amalga oshirildi (3.3-jadval).

Parazit bo'lmagan jigar kistalarini davolashning punktsion usullari

Punksion davolash usullari	Bemorlar soni (%)
Kistalar tarkibining tekshirish	4 (10,2%)
Punksiyon, tarkibning aspiratsiyasi va kistning sklerozi	31 (79,5%)
Punksiyon, tarkibning aspiratsiyasi, skleroz va kistning drenajlanishi	4 (10,2%)
Jami	39 (100%)

Kist epiteliy qoplamini davolash usulini ishlab chiqish va amaliy qo'llashda biz ikkita asosiy qoidaga amal qildik:

1-qoida. etil spirti foizining pasayishi skleroterapiya o'tkazish samarasiz bo'lib qoladi shuning uchun skleroz terapiyasidan oldin kistani ichini to'liq tozalash kerak. Aks holda, qabul qilingan keyinchalik jigar kistlarining qaytalanishiga olib kelishi mumkin.

2- qoida. Musaeva o'z tadqiqot natijalarida aytib o'tganiday jigar exinokokkozini davolashning punktsion-aspiratsiya usulini qo'llashning eng maqbul yechimni beradi [119]. Muallif kasallikning qaytalinishida hal qiluvchi rol ni punktsiondan keyin kista devorida qolgan xitin membranasi emas, balki kista bo'shlig'ini antigelmint dorilarni pala partish yuborish ta'sir mexanizmiga rioya qilmaslik hamda ablastik bilan o'ynashini ko'rsatdi. operatsiyaning tabiati. Muallifning so'zlariga ko'ra, punktsion davolash uchun ko'rsatmalar intraparenximal va diametri 35 mm gacha bo'lgan bir nechta asoratlanmagan kistalardir. Kattaroq kistalar drenajlanadi. Murakkab, o'lik va kalsifikatsiyalangan kistalar uchun usul kontrendikedir. So'nggi yillarda JKlarini punktsion-aspiratsiya usulda davolashda xitin qobig'ni va kista tarkibidagi gelmintlarni yo'qotgan holda muvaffaqiyatli davolash taktikasiga erishish mumkinligi haqida ko'pgina tadqiqotlar natijalari bizga ma'lumot beriyapti.

3-qoida. Kistlarni tarkibini majburiy bakteriologik tekshirish va bakteriologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, antibiotiko- terapiyasini o'tkazish bilan birga keng doirali antibiotikni kista ichiga yuborish.

Taqqoslash guruhida 3 (5,9%) bemorda o'rganilgan o'lim sababi xolangiogen jigar abscesslari va biliar sepsisi edi. Yana bir kuzatuvda peritonitning davom etishi letal oqibatlariga olib keldi. Taqqoslash guruhida umumiy o'lim darajasi 7,8% ni tashkil etdi, operatsiyadan keyingi davrda yiringli-septik asoratlar 17 bemorda (33,3%) kuzatildi.

Jigarning echinokokk kistalarini perkutan punktsion bilan davolash

Jigarning hidatid echinokokkoz muammosiga nisbatan biz punktsion aralashuvining laparotomiyaga nisbatan ma'lum afzalliklarini ko'rib chiqdik.

Operatsiyalarning laparoskopik usuli singari, punktsion-drenaj aralashuvi ham qarshilik ko'rsatmadi va laparotomiyaga alternativa sifatida ko'rib chiqilmadi. Hidatik echinokokk jigar shikastlanishining klinik xilma-xilligiga asoslanib, biz dastlab ushbu turdagi aralashuvni qo'llash uchun ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalarni o'rnatdik.

Operatsiya qilish uchun ko'rsatmalar bu:

- soliter kistalar;
- intraparenximal kistalar;
- takroriy va qoldiq echinokokk kistalari.

Quyidagilar kontrendikatsiyalar deb hisoblanadi:

- ona kistasining bo'shlig'ida qiz kistalari bo'lgan soliter hidatik echinokokk kistalari;
- ko'p qirrali hidatid echinokokk kistalari;
- devorlarning aniq ohaklanishi bilan hidatid kist;
- o't yo'llariga, qorin bo'shlig'iga yoki plevra bo'shlig'iga yorilib ketgan hidatid echinokokk kistalari.

Biz ushbu usulni asosiy guruhdagi 13 (25,0%) bemorga qo'lladik. Barcha aralashuvlar standart operatsiya uskunalari, shuningdek, ultratovush apparati va

rentgen teleskopik qurilmasi bilan jihozlangan maxsus operatsiya xonasida amalga oshirildi. Butun operatsiya xonasi va behushlik guruhi radiatsiyaviy himoya sifatida rentgen nurlaridan himoya qiluvchi apron va yoqalar ishlatgan.

Epigastral hududga kirish xavfi:

- ichi bo'sh organga (oshqozonga) zarar etkazish xavfi;
- chap lobning ko'proq harakatchanligi tufayli kistning yorilishi xavfi.

Subkostal yondashuv bilan katta tomirlar va o't yo'llariga zarar etkazish xavfi yuqori.

Interkostal kirish quyidagi xavflarni o'z ichiga oladi:

- interkostal tomirlarning shikastlanishi
- asboblarning pleural sinus orqali o'tishi

Optimal traektoriyani tanlagandan so'ng, mo'ljallangan in'eksiya joyida skalpel bilan bir necha millimetrli kesma qilingan va yumshoq to'qimalar chivin qisqichi yordamida qorin pardaga ajratilgan. Shuni ta'kidlash kerakki, nafasni ushlab turuvchi dasturlar tekshirish tezligini oshirishga imkon beradi. Shu bilan birga, nafas olish triggerini qo'llash og'ir bemorlarda, shuningdek, jigar hajmi va uning parenximasidan signal intensivligi, portal tomir tizimining tomirlari, regionar va retroperitoneal limfatugunlar holatida ko'rsatiladi. Gepatikoxoledoxning kengayishi 60 yoshgacha bo'lgan bemorlarda diametri 8 mm dan ortiq va 60 yoshdan oshgan bemorlarda mos ravishda 9 va 12 mm dan ortiq deb hisoblangan.. Olingan ma'lumotlarga asoslanib, umumiy o't yo'lining obstruktsiyasining holati oldindan aniqlanadi.

Doimiy UTT nazorati ostida kompleks nayzalarga o'xshash harakat yordamida kistaga kirib borildi. Keyin stiletli mandrel kompleksdan olib tashlandi va drenaj kistani bo'shlig'iga o'rnatildi (3.5-rasm).



Mandrani olib tashlashda drenajni burish

Asbob gidatik kistga kirishi eng muhim va xavfli vaqtlardan biridir. Hozirgi vaqtda echinokokk kistasining yorilishi va uning tarkibini qorin bo'shlig'iga to'kish xavfi juda yuqori. Oqsilli membrananing ajralishi ham xavfli emas, bu xitinoz membrana va tolali kapsula orasidagi bo'shliqqa igna-kateter kompleksining kirib borishiga olib kelishi mumkin, bu esa kistani etarli darajada mikroblarga qarshi davolashni sezilarli darajada murakkablashtiradi. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, asoratlarni oldini olish uchun quyidagi shartlarga rioya qilish kerak:

- sensorni qorin old devoriga qattiq mahkamlang, manipulyatsiya paytida uning joyidan chiqib ketishining oldini oling;
- kistaga kirish o'tkir, oniy, nayza shaklida bo'lishi kerak;
- Seldinger texnikasidan voz keching, uning hidatid kistalariga nisbatan qo'llanilishi shubhasiz dahshatli va qorin bo'shlig'ining ifloslanishiga olib keladi;
- kistadagi asboblarning o'zaro harakatiga yo'l qo'ymang.

Mandrin va stiletni olib tashlaganimizdan va kista bo'shlig'iga drenajni kiritganimizdan keyin, ichini to'liq tozalab olish amalga oshirildi. Olingan suyuqliklarni ko'rinishi, rangi, shaffofligi, donadlari mavjudligi va hajmi baholandi.

Tirik ecxinokokk kistasi aralashmalarsiz toza, shaffof bo'lib chiqadi. Biz ushbu turdagi suyuqlikni 10 ta bemorda (76,9%) qayd etdik. Bu kuzatishlar uchdan birida, deb atalmish mavjudligi kistaning sezilarli hosildorligini ko'rsatadigan nasl kapsulalari. Bulutli, shaffof bo'lmagan tarkib parazit o'lishni boshlaganini ko'rsatdi. Aspiratning yashil-sariq rangi safro oqma mavjudligini ko'rsatdi. 1 (7,7%) kuzatuvda aspirat tabiatda yiringli edi. Ushbu bemordan olingan jarrohlik materiali bakteriologik ekish va antibiotiklarga sezuvchanlik madaniyatiga yuborildi.

3 nafar bemorda qo'llanilgan, 2 holatda protsedura ultratovush nazorati ostida amalga oshirilgan. PTXG uchun asosiy ko'rsatkichlar obstruktiv sariqlik bilan og'rigan bemorlarda biliar gipertenziya holatlari edi. Bu ERXP usulidan, ishonchli bo'lmagan ma'lumotlardan keyin amalga oshirildi. Biz o'zni o'zi fiksatsiya qiluvchi Melecot va pig-tai rentgenkontrastli kateterlardan foydalanamiz. Ishning borishi quyidagicha amalga oshiriladi: aseptika qoidalariga rioya qilgan holda mahalliy anesteziya bilan tanlab olingan KT yoki UTT o'tkazib 1 uzunlikdagi teri kesmasi amalga oshirildi va u orqali oldindan belgilangan chuqurlikka stilet kateteri kiritildi. So'ng stilet olib tashlandi. Kateter teriga o'rnatildi. PTXS og'ir o't yo'llarida gipertenziasini bo'lgan obstruktiv sariqlik bilan og'rigan bemorlarda o't yo'llarining shoshilinch dekompressiyaga zarurat tug'ilganda tashqi o'tni yo'qotish uchun ishlatilgan. Obstruktiv sariqlik bilan og'rigan bemorlarda operatsiyadan oldin PTXS dan foydalanish, jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlar va o'lim sonini kamaytirishi mumkin.

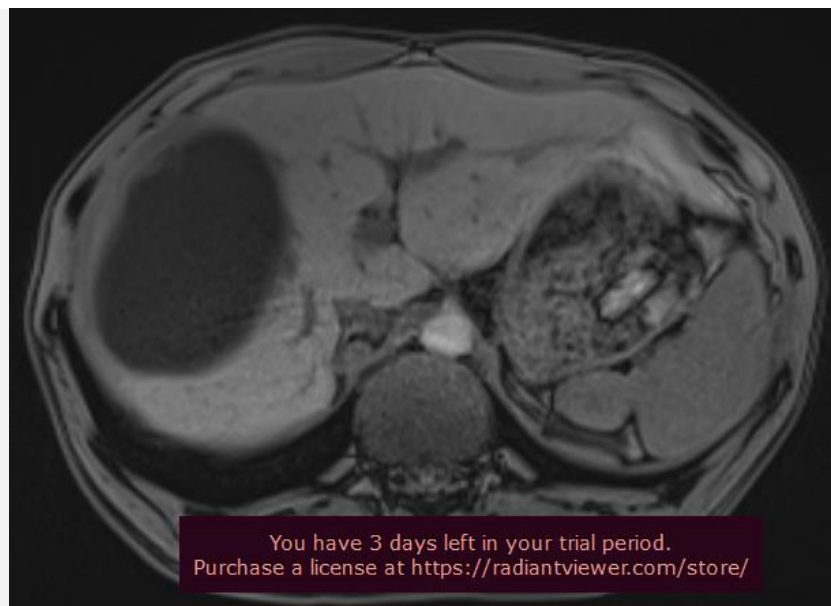


Glitserinning kiritilishi tufayli xitinoz membrananing ajralishi

Adabiyotlar ma'lumotlariga qaraganda, xitinoz membrana kista bo'shlig'ida qolganda yiringlash jarayoni xavfini sezilarli darajada ko'paytiradi. Bizning ma'lumotlarimiz ham bu holatni tasdiqlaydi.



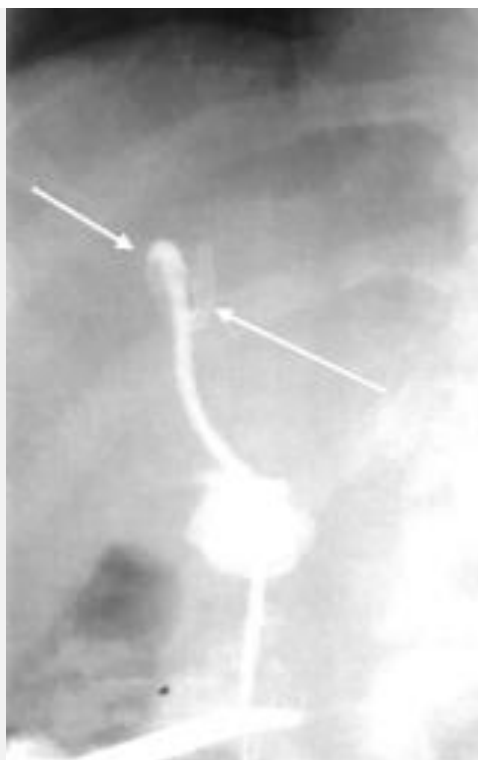
rasm. 3.7. Bemor Z. jigarining ultratovush tekshiruvi, 64 yosh, (3923/202-son)



Bemor Z.ning qorin bo'shlig'ining MSCT,64 yosh, (3923/202-son)



3.9-rasm. Bemorning jigar ultratovush tekshiruvi VA.,64 yoshda. Ekinokokkning punksiyonu va drenajidan 1 oy o'tgach qoldiq bo'shliq. Qoldiq bo'shliqdagi drenajdan ultratovushli "soya" o'q bilan ko'rsatilgan.



Bemorning fistulogrammasi VA., 64 yoshda qisqartirilgan qoldiq bo'shliq
(strelkalar bilan ko'rsatilgan)

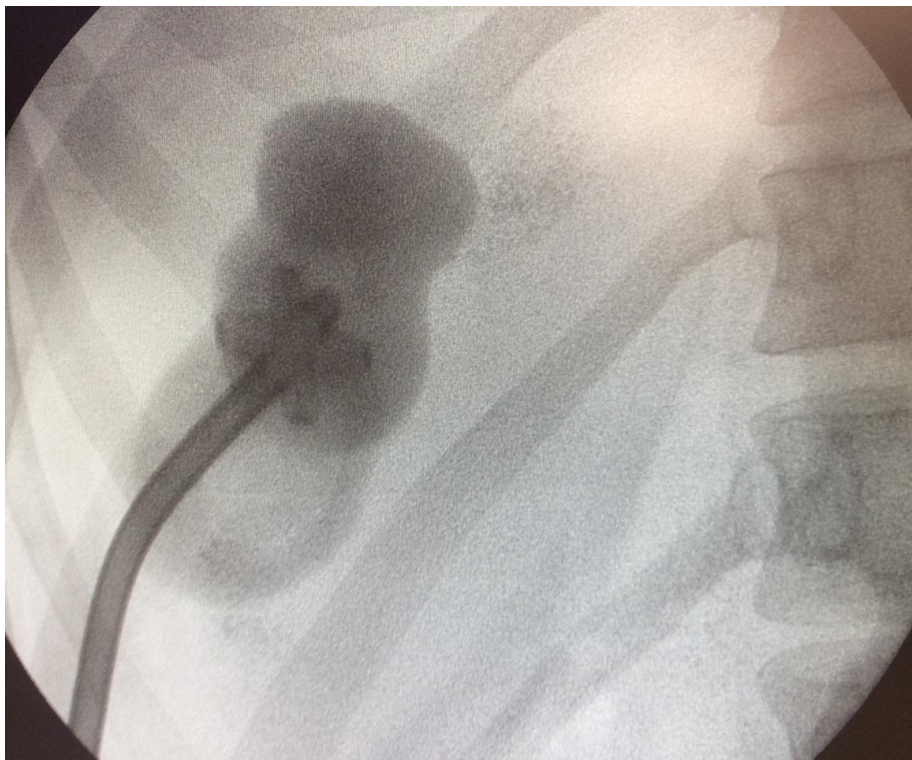
Berilgan klinik misol davolash oqibatlarini tanqidiy baholash zarurligini aniq ko'rsatib turibdi. Qoldiq bo'shliqning qisqarishi va kasallikning qaytalanishi rivojlanishiga gidatid echinokokk kistalarining kattaligi ta'sir ko'rsatdi.

Davolashga va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarga salbiy ta'sir ko'rsatadigan yana bir omil xitinli qobiqni ushlab turish edi. 5 sm dan katta kistalar uchun xitinoz membranani olib tashlash texnik qiyinchiliklarga olib keldi va ko'p hollarda u bo'shliqda qoldi, bundan keyin yuqorida aytib o'tilgan asoratlari.

Bizlar xitinli qobiqni tozalab olib tashlash zarur deb hisoblaymiz, chunki bu amaliyotni bajarish uchun ishlatiladigan 8,5F diametri drenaj bilan ishlash ko'pgina qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Qiyinchiliklar sababi bu xitin qobig'ining zichligi, yopishqoq, shilimshiq bo'lganligi hamda juda qiyin parchalanishidir. Natijada, uni yupqa drenaj orqali olib tashlash deyarli ilojisiz. Ushbu muammoni hal qilish uchun biz drenajni qalinrog'ini ishlatdik. Bu esa bizga exinakoknibo'lib bo'lib chiqarishimizga yordam berdi.

Drenaj orqali kistaning bo'shlig'iga J shaklidagi o'tkazgich kiritildi va drenaj olib tashlandi, 16Fr diametrli koaksiyal bujilar yordamida yo'naltiruvchi simda punktsion kanalining ketma-ket bougienaji amalga oshirildi. Keyinchalik, rektifikatordagi yo'naltiruvchi sim bo'ylab kist bo'shlig'iga diametri 16Fr bo'lgan "Malekot" tipidagi drenaj kiritildi.

Rentgen nazorati ostida drenaj holati tuzatildi, keyin xitin qatlamini yo'q qilish boshlandi. Oxirini yo'q qilish kist bo'shlig'ini jismoniy moddalar bilan takroriy majburiy yuvish chizig'i bilan amalga oshirildi, bu ma'lum bir tajribaning mavjudligi tufayli qatlamni mutlaq olib tashlashga olib keldi. Yuklangan daqiqalar. Qobiqni mutlaq olib tashlash uchun dalillar shprints pistonining kelajakda erkin harakatlanishi va orqaga qaytishi, qarshilikning etishmasligi va aspiratorda qobiq qismlarining etishmasligi edi.



Kist bo'shlig'ida malekot drenaji

JIO'Y qisman shikastlanishi bo'lsa, 8 nafar bemorda o't pufagi yo'li shikastlangan va shikaslangan devorga choklar Kera drenaji bo'ylab qo'yilgan. Ulardan 5 nafar bemorda umumiy o't yo'lining diametri 5 mm dan oshmaydigan

kichik parietal o't yo'li bor edi. Nuqson ko'ndalang yo'nalishda tikilib, UO'Y bir qismidagi T shaklidagi nayni qoldirish uchun jarohat joyi ostidagi safro yo'lida qo'shimcha teshik hosil qildi.

2 nafar bemorda o't yo'llari nuqsonining diametri 10 mm gacha yetdi. Kamchilik Heinecke-Mikulice piloroplastika texnikasiga muvofiq, ko'ndalang yo'nalishda tikilgan. Chok chizig'ining kuchlanishini oldini olish uchun, Vautrin-Kocher ko'ra, o'n ikki barmoqli ichak oldindan safarbar qilingan. Operatsiya T-naychani o't yo'lining lumenida qoldirish bilan yakunlandi.

Yo'qolib ketish xavfi ostida bo'lgan joyni qarama-qarshi qo'yishning eng muhim muammosi sistobiliar oqmalar va ularning kalibrlari mavjudligini aniqlashdir. Sistobiliar teshik ekranda kist bo'shlig'ining chegaralari tufayli diametral qarama-qarshi elementning lenta oqimi variantida ko'rsatildi, chunki ekid kanallarining ko'rinishi saqlanib qoldi. Ammo men doimo fistula borligini rentgenologik isbotlash imkoniyatiga ega bo'lmaganman. Bu kichik kalibr bilan birlashtirilgan echidal kanal, bu kistaning chuqurlashishiga ochiladi. The fistula borligi faqat aytadi safro kamayishi tomonidan drenaj tizimi. Bizning tadqiqotimizda sistobiliar oqmalar 4 bemorda (o'ttiz,8%) sodir bo'lgan. Fistulalarning 3 C da (75,0%) mavjudligi rentgenologik jihatdan isbotlangan



Echinokokk kistasining fistulografiyasi. O‘q kontrast moddaning kistadan tashqariga oqishini ko‘rsatadi - sistobiliar oqma

Perkutan aralashuvlar paytida kistobiliar oqmalar muammosi ko‘plab jarrohlarning ushbu texnika haqida salbiy fikrga ega bo‘lishiga olib keladi. Biroq, adabiyotga ko‘ra, ularning perkutan aralashuvlar bilan chastotasi ochiq bo‘lganlar bilan bir xil.

Biz sistobiliar oqmalarni operatsiyaning asorati deb hisoblamaymiz, chunki ularning mavjudligi operatsiyaga hech qanday aloqasi yo‘q va uni bajarish texnikasi va sifatiga bog‘liq emas.

Nazorat sistografiyasi va drenaj holatini tuzatgandan so‘ng, u teriga tikiladi va qoplanadi. Operatsiya shu yerda tugadi. Bemorlar drenaj yopiq drenaj tizimiga ulangan xonaga o‘tkazildi.

Laparoskopik jigar sistektomiyasi

Qiyoslash guruhidagi 32 (49,2%) bemorda parazitlar bo‘lmagan jigar kistasining epiteliy qoplamini laparoskopik fenestratsiya va davolash, shuningdek, ultratovush tekshiruvi ostida jigarning laparoskopik echinokokkektomiyasi

o'tkazildi, ulardan 5 nafari (15,6%). erkaklar va 27 (84,4%) ayollar. . Yakka va ko'p jigar kistalari uchun endovideojarrohlik aralashuvi diametri 4 dan 22 sm gacha bo'lgan haqiqiy jigar kistalari bo'lgan 26 (32 kishining 81,2%) bemorda, 4 erkak va 22 ayolda amalga oshirildi. Jigarning o'ng bo'lagida joylashgan soliter kistalar 3 (11,5%) erkak va 14 (53,8%) ayollarda, 1 (3,8%) bemorda va 8 (8) bemorda ko'p kistalar aniqlangan.) bemorlar, mos ravishda.30,8% bemorlar.

Jigar polikistik kasalligiga kelsak, epiteliy qoplamini davolash bilan laparoskopik fenestratsiya 6 (32 ta bemorning 18,7%), 1 (16,7%) erkak va 5 (83,3%) ayolda amalga oshirildi. Ushbu toifadagi bemorlarda operatsiyadan maksimal samaraga erishish uchun maksimal mumkin bo'lgan (jismoniy erishish mumkin bo'lgan) kistalar soni davolandi.

Biz minimal invaziv aralashuvlarni keng qo'llash uchun muhim bo'lgan ma'lumotlarni taqdim etamiz va jigarning kist shakllanishi bilan og'rigan bemorlarni davolashning vaqt kursini tavsiflaymiz. Shuni ta'kidlash joizki, minimal invaziv operatsiyalar nafaqat bemorning yotoqda yotish muddatining qisqarishi, balki bunday davolash usullarining arzonligini ko'rsatadigan boshqa ko'rsatkichlar bilan, balki, eng muhimi, kamroq travma va xavf bilan ajralib turadi. Kasallikning asosiy sababini davolashning solishtirma radikalligi bilan bemor uchun asoratlar.

JK lari bor bemorlarning laparoskopik operatsiya o'tkazishga qarshi ko'rsatmalar:

1.	Jigarning orqa yuzasida kistlarning lokalizatsiyasi;
2.	Kistlarning intrahepatik joylashuvi;
3.	Kist yiringlashining klinik va ultratovushli belgilari;
4.	Evakuatsiyani biokimyoviy o'rganish yoki original ekspress
5.	diagnostika texnikasi yordamida punktsion tekshiruvi paytida aniqlangan kista bo'shlig'i va o't yo'llari tizimi o'rtasida aloqa mavjudligi

6.	Jigar parenximasi atrofiyasi bilan gigant o'ldamdagı kistalar;
7.	Gigot tasnifi bo'yicha III polikistik tip.

Bemorlarning og'irligi tufayli 17 nafar bemorga 1-bosqich perkutan transgepatik mikroxolesistotomiya o'tkazildi, ulardan 6 nafarida jigar osti soxasidagi chegaralangan JK lar punksiya va sanatsiya kilingan. Davolashning 2-bosqichi, 7-14-kunlarda 14 bemorda xolesistektomiya o'tkazildi, ulardan LXE 6, minilaparotomiya XE usulidan 8 o'tkazildi. 3 nafar bemor, ishlayotgan bilan qoldirilgan va uyiga javob berilgan.

Kuzatuv tadqiqotlari 52 bemorda ambulatoriya sharoitida va 36 bemorning shaxsiy ma'lumotlarini o'rganish orqali o'tkazildi. Bemorlarning aksariyati (87%) operatsiyadan keyingi birinchi yil davomida bir necha marta, keyin esa yiliga bir marta tekshiruvdan o'tkazildi. Natijalarni tahlil qilganda, operatsiyaning tabiati va bemorlarning shikoyatlari bilan bevosita bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan shikoyatlarning tabiati. mehnat qobiliyati aniqlandi. Jarrohlik davolash natijalarini baholash uchun sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlarni o'rganishdan tashqari, jigarda qoldiq bo'shliqlarni, ulardagi suyuqlikning mumkin bo'lgan to'planishini va kasallikning qaytalanishini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvi o'tkazildi.

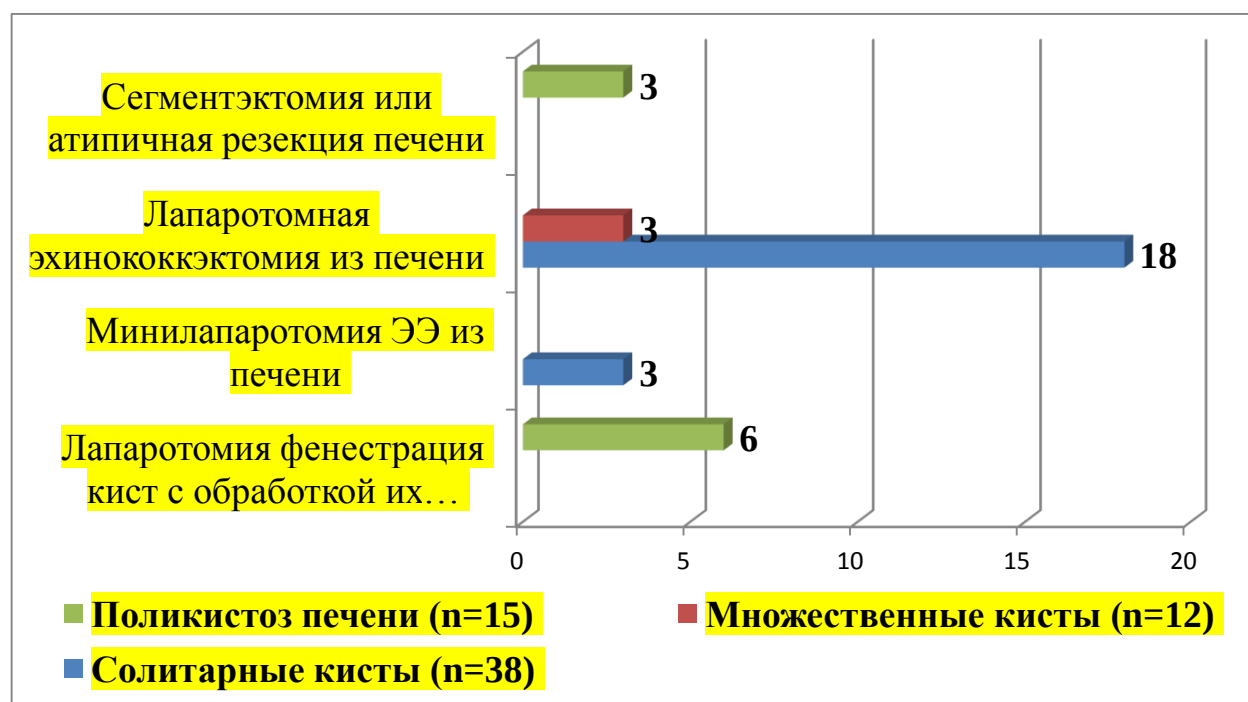
O't pufak yo'li bo'lak qismining kanallarni ajratish orqali qo'shilish zonasini to'liq olib tashlash bilan operatsiyaning radikal tabiati printsipini saqlab qolish istagi yangi muammoga olib keldi –qaysiki jigar kanallarining qo'shilish joyini sun'iy ravishda shakllantirish zarurati kabi. Ingichka ichak bilan yagona anastomoz hosil qilish uchun platforma UO'Yning bo'lakli qismi yo'llarining qoldiqlarini medial devorlari bo'ylab parallel ravishda tikib, ular orasidagi bo'lib turuvchi devorini kesib o'tish orqali yaratilgan (Cattell usuli). Ulangandan so'ng, ikkala qismi kanallarning ham qo'shimcha ravishda ajratildi, bu esa oqma diametrini sezilarli darajada oshirdi taminlab beradi

Qoida tariqasida (80% hollarda) drenaj operatsiyadan 2-3 kun o'tgach, ekssudatning chiqishi to'xtatilgandan so'ng olib tashlandi.

Birgalikda xolelitiyoz bilan og'rikan 2 (6,2%) bemorda bir vaqtning o'zida laparoskopik operatsiyalar o'tkazildi - yakka jigar kistalari - laparoskopik xolesistektomiya + kistaning endotelial qoplamini davolash bilan laparoskopik fenestratsiyasi.

Jigar kistalarini jarrohlik davolashning ochiq usullari

33 bemorda laparotomiya orqali jigar kistalari uchun turli xil jarrohlik aralashuvlar o'tkazildi. Minimal invaziv punktsion aralashuvini ochiq laparotomiya operatsiyalari bilan solishtirish uchun ushbu bemorlarning barchasi taqqoslash guruhiga kiritilgan. 33 nafar bemorning 9 nafarida (27,3%) jigar polikistik kasalligi bo'lgan, ularda 3 ta holatda segmentektomiya va atipik jigar rezeksiyasi o'tkazilgan. 3 (9,1%) bemorda bir nechta parazitlar jigar kistalari bo'lgan va laparotomiya orqali echinokokktomiya qilingan. 21 (63,6%) bemorlarda soliter kistalar bo'lgan, 3 ta holatda minilaparotomiya usulida echinokokkektomiya qilingan. 18 bemorga laparotomiya orqali kistektomiya qilindi (3.9-rasm).



Taqqoslash guruhidagi bemorlarda jigar kistalarini jarrohlik davolash usullari

Disembriogenetik nazariyaga ko'ra, "Meenburg komplekslari" hosil bo'lishi bilan birlamchi o't yo'llari va yo'llarining primordiyalarining qo'shilish jarayoni buzilganida, epiteliy qoplamiga ega bo'lgan haqiqiy jigar kistasi hosil bo'ladi. Hozirgi vaqtda radiatsiyaviy tekshirishning invaziv bo'lmagan usullarini ishlab chiqish bilan, o't yo'llarini diagnostika qilish va dekompressiyalash uchun endoskopik usullardan foydalanish ikkinchi o'ringa o'tdi, chunki ularni amalga oshirish o'tkir pankreatit va qon ketish kabi asoratlarni rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Hozirgi vaqtda magnit-rezonans xolangiografiyani keng joriy etishga alohida ahamiyat berilmoqda, uning natijalari diagnostika va davolashning keyingi taktikasini belgilashi kerak [17,82,94,103,125].

O'tgan joy jigar rezektsiyasi yoki segmentektomiya uchun dalil hisoblanadi, ular perikistektomiya va ortotopik jigar transplantatsiyasi bilan birgalikda jigar kistalarini jarrohlik yo'li bilan davolashning yanada konstruktiv usullarini tahlil qilish mumkin. Ushbu tadqiqotda peristektomiya hech qanday tarzda amalga oshirilmagan bitta va ko'plab jigar kistalari mavjudligi, bundan tashqari ortotopik jigar transplantatsiyasi tizimlashtirishga muvofiq III turdagi polikistik kasallikning mavjudligi hujayra.

O'z fikriga ko'ra, kist enuklatsiyasi yoki perikistektomiya hech qanday tarzda jigar rezektsiyasidan oldin ijobiy tomonlarga ega emas, shu bilan birga kistni ishlash joyidan tortib olish, ammo texnik jihatdan ancha qiyin. Jigar kistalarini ochiq jarrohlik davolash usullari odatda ularning hajmi va joylashishiga, shuningdek gepatobiliar yoki boshqa birga keladigan patologiyaning tabiatiga bog'liq. Laparotomik kirishdan jigar kistalari uchun jarrohlik aralashuvlar o'tkazildi:

- intrahepatik kistalar bilan;
- katta tomirlar yaqinidagi kistli shakllanishlarni lokalizatsiya qilish;
- operatsiyadan oldin lezyonning parazitar xususiyatini istisno qilishning mumkin emasligi;
- kistaning yiringlash belgilari;
- punktsion paytida kist tarkibida safro mavjudligi;
- safro yo'llari va o't pufagining birgalikdagi patologiyasi;
- endovideojarrohlik operatsiyalarini bajarish uchun maxsus va umumiy kontrendikatsiyalar mavjudligi;
- yolg'iz yoki ko'p kistalar bilan jigarning bo'lagi yoki segmentiga to'liq zarar etkazish;
- jigar lobida yoki butun organda polikistik o'zgarishlar.

Ma'lumotlarga ko'ra birinchi guruhdagi yettita bemorda albendazol sulfoksidi kista bo'shlig'iga yuborilgan va ikkinchi nazorat guruhidagi uchta bemorda toza suv yuborilgan. Kistani tozalash amalga oshirilmagan. Olti oy davomida UTT nazoratida tekshirilib turilgan. Ikkinchi guruhdagi qo'ylarda kistlarning progressiv o'sishini kuzatilgan va birinchi guruhda gelmintlarning nobut bo'lishini ko'rishgan. Kista sanatsiya qilingandan keyin morfologik tekshiruv o'tkazilib tahlil qilinganda kimyoterapiyaga uchragan exinokokkli kistalar devorlarida yallig'lanish jarayoni hamda aseptik nekroz rivojlanishini ko'rishgan

Yangi diagnostika va davolash imkoniyatlari, yangi texnik jihozlar paydo bo'lishi munosabati bilan bugungi kunda ushbu qoida qayta ko'rib chiqilishi kerak. UTT ostidagi punktsion amaliyotlarini o'tkazish jarrohlik paytida turli xil asoratlarni oldini olishga ko'maklashadi. Ammo, jarohllik amaliyotidan keyin exinokokkozni qaytalanish xavfini minimallashtirishga samarali antigelmintik preparatlar yordam beradi. Shuni inobatga olish kerakki, agar parazit bo'lmagan va parazitlarga qarshi tegishli qoidalarga rioya qilingan bo'lsa, bu yo'nalishdagi usull samarali deb hisoblashimiz mumkin. Ko'p yillar davomida jigar exinokokkozining jarrohligida jigar hidatid kistalarini teri orqali punktsion qilish tavsiya etilmaydi, deb hisoblangan.

Hozirgi kunda zamonaviy jarohlikning jivojlanishi jigar exinokokkozini davolash uchun minimal invaziv usullarni qo'llash chastotasining oshishiga va ko'rsatmalarning kengayishiga olib keladi. Biroq, adabiyotlarni tahlil qilish teri osti texnikasidan foydalanishda bir qator munozarali masalalar mavjudligini ko'rsatdi.

Ishlab chiqilgan tadqiqot dasturining asosiy nuqtasi laparotomiya orqali ochiq aralashuvlar uchun ko'rsatmalarni keskin cheklash bo'lishiga qaramay, ushbu turdagi operatsiyalar 33 bemorda, bemorlarning deyarli uchdan birida amalga oshirildi. Bu jigar kistalarini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun laparoskopik usullardan foydalanishni cheklaydigan kasallikning ilg'or bosqichlarining ustunligi, shuningdek, jigar kistalarini majburiy jarrohlik davolashda minimal invaziv usullarga nisbatan juda ko'p kontrendikatsiyalar mavjudligi bilan bog'liq edi. jigar etishmovchiligi va (yoki) boshqa halokatli asoratlarni rivojlanish xavfi tufayli zarur.

JIGAR KISTASI BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI JARROHLIK YO‘LI BILAN DAVOLASH NATIJALARI

Operatsiyadan keyingi erta davrda jarrohlik davolash natijalari

Operatsiyadan keyingi erta davrda punktsion-drenaj usuli yordamida jigar kistalarini davolash natijalari

Jigarning kist shakllanishi uchun perkutan aralashuvlarning bevosita natijalari operatsiyadan keyingi dastlabki davrda intraoperativ asoratlar va qoniqarsiz natijalar mavjudligi bilan baholandi.

Operatsiya ichidagi asoratlar quyidagi ko‘rsatkichlar bo‘yicha baholanadi:

- qon ketish
- o‘t yo‘llarining shikastlanishi va safro oqishi
- plevral sinusning punktsioni
- ichi bo‘sh organlarning shikastlanishi
- allergik asoratlar.

Operatsiyadan keyingi erta davrda qoniqarsiz natijalar quyidagi ko‘rsatkichlar bo‘yicha baholandi:

- qorin bo‘shlig‘ining ifloslanishi
- qoldiq bo‘shliqning infeksiyasi
- biliar peritonit
- subfrenik xo‘ppoz
- plevrit.

Jigar echinokokkozi bilan og‘rigan 3 nafar bemorda intraoperativ asoratlar qayd etilgan. Dissertatsiyaning 3-bobida qayd etilganidek² holatda jigar echinokokkozli bemorlarda diapevtik aralashuv paytida bir holatda ko‘p qon ketishi va boshqa holatda o‘t pufagi bo‘shlig‘ining kista bo‘shlig‘i orqali to‘g‘ridan-to‘g‘ri punktsionu tufayli ko‘p miqdorda safro oqishi, shoshilinch laparotomiyani davom ettirish kerak edi. ochiq usulda ishlash. O‘t pufagi devorining teshilishi intraoperativ sonografiyaga ko‘ra baholandi, bu taranglik pufagining keskin qisqarishini aniqladi.

V. A. Vishnevskiy, R. 3. Ikromov, P. 3. Movsesyan tomirlar yonida joylashgan devorlarini qisman kesishgan bo'lib unung sababi jigar parenximasida chuqur joylashgan katta kistalar, radikal jarrohlik - sistektomiya qon tomirlari yoki kanallarga zarar etkazish ehtimoli tufayli xavf tug'dirganda. Qolgan kist devorining chuqur epitelizatsiyasi turli usullar bilan amalga oshirildi: pnevmotermokoagulyatsiya, ultratovushli kavitatsiya va argon koagulyatsiyasi. Ba'zi hollarda qoldiq bo'shliq Rabrom-Pax bioyopishtiruvchisi yordamida katta omentumning ipi bilan tiqilib qolgan. 1984 yildan beri ultratovushli jarrohlik skalpel va intraoperativ ultratovush yordamida yangi aralashuv texnikasi ishlab chiqildi, bu katta tomirlar va kanallarning shikastlanishini oldini oladi.

1 ta bemorda diapevtik aralashuv vaqtida allergik reaksiya simptomakompleksi vujudga keldi, ertiker, ifodalanmagan taxikardiya shaklida. Antigistamin dorilari va GKK qo'llash bilan operatsiyavaqtida qilindi. Operatsiyadan keyingi davrda bunday reaksiyalar bemorda kuzatilmadi. Boshqa hollarda, biron bir bemorda, sezilarli allergik reaksiyalar kuzatilmadi. Aniq allergik reaksiyalarning yo'qligida, alohida, barcha bemorlar jarrohlik davrigacha ambulatoriya sharoitida desensitizatsiya terapiyasidan o'tganligi bo'ldi. Operatsiyadan oldin 10 kun davomida antigistaminlar, so'ngra operatsiyadan uch kun oldin glyukokortikosteroidlar boshlandi.

Operatsiya paytida plevra sinusining punktsioni yoki ichi bo'sh a'zolarning shikastlanishini sezmadik, ammo operatsiyadan keyingi erta davrda 1 bemorda o'ng tomonda ekssudativ plevrit qayd etildi. Ehtimol, jigarning VII segmentining diafragma yuzasida lokalizatsiya qilingan parazit bo'lmagan kistaning perkutan punktsioni paytida plevral sinusning punktsionu bo'lgan. 2 holatda, kistani kateterizatsiya qilishdan 3-4 kun o'tgach, qoldiq bo'shliqning yiringlashi sodir bo'ldi. Ulardan 1 ta holatda parazit bo'lmagan kistani kateterizatsiya qilish va drenajlashdan keyin bemorni shoshilinch kasalxonaga yotqizish va takroriy punktsion drenajini talab qiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, asoratlarning juda past darajasi mavjud bo'lib, ulardan faqat 1 nafari (39 bemorning 2,6 foizi) protsedura

tufayli yoki aniqrog‘i yuqoridagi qoidalarining uchdan biriga rioya qilmaslik bilan bog‘liq deb hisoblash mumkin.

Jigarning kist shakllanishini jarrohlik davolash usullari

Murakkabliklar	Soliter kistalar (n=43)		Ko‘p kistalar (n=11)		Jami (n=54)
	Teri orqali transhepatik EE (n=11)	Perkutan punktsion va kistlarning sklerozi (n=32)	Teri orqali transhepatik EE (n=4)	Perkutan punktsion va kistlarning sklerozi (n=7)	
Operatsiya ichidagi asoratlar					
Qon ketishi	1 (9,1%)	-	-	-	1 (1,8%)
Safro oqishi	-	-	1 (25,0%)	-	1 (1,8%)
Allergik reaksiya	1 (9,1%)	-	-	-	1 (1,8%)
Plevral sinus punktsionu	-	1 (3,1%)	-	-	1 (1,8%)
Operatsiyadan keyingi erta davrda asoratlar					
Plevrit	-	1 (3,1%)	-	-	1 (1,8%)
Qoldiq bo‘shliqni yiringlash	1 (9,1%)		-	1 (14,3%)	2 (3,7%)
Jami asoratlar	3 (27,3%)	2 (6,2%)	1 (25,0%)	1 (14,3%)	7 (12,9%)
Jami bemorlar	2 (18,2%)	1 (3,1%)	1 (25,0%)	1 (14,3%)	5 (9,2%)

4.1-jadvalda ko‘rsatilganidek, diapervtik aralashuvlardan so‘ng qorin bo‘shlig‘ining ifloslanishi, safro peritoniti, diafragma ostidagi xo‘ppoz va qorin bo‘shlig‘ining ichi bo‘sh organlarining shikastlanishi kabi mumkin bo‘lgan asoratlari qayd etilmagan.

Nazorat drenajlaridan uzoq vaqt va mo‘l-ko‘l oqindi drenajlarning joylashishi vaqtini uzaytirdi, bu, shubhasiz, bemorlarning hayot sifatiga ta'sir qildi va ba'zi hollarda jigarda qoldiq bo‘shliq tarkibining infeksiyasiga olib keldi. Shu munosabat bilan, har bir holatda, ular drenajlarni erta olib tashlashga intilishdi, ammo ular tushirish deyarli to‘liq to‘xtaganidan keyin olib tashlandi.

Shuningdek, biz jigar kistalari bilan og‘rigan bemorlarni davolashning vaqt parametrlarini tavsiflovchi muhim ma'lumotlarni taqdim etamiz, bu bilvosita zarur moliyaviy xarajatlarni ko‘rsatadi

**Jigar kistalarini perkutan punktsion bilan davolashdan foydalanish uchun
vaqtinchalik parametrlar**

Vaqt parametrlari	Soliter kistalar (n=43)		Ko‘p kistalar (n=11)	
	JUFTLASH (n=25)	PEVAC (n=18)	JUFTLASH (n=7)	PEVAC (n=4)
Kasalxonada qolishning umumiy davomiyligi (soat)	8.3±3,2	16.2±4,4	8.1±2,8	13.1±5,2
Operatsion davomiyligi (min)	20,1±8,3	30,6±7,8	22,4±7,2	38,4±6,2
Operatsiyadan keyin kasalxonada qolish muddati (soat)	5.3±1,2	6.2±2,4	5.1±1,8	6.8±1,2

Bemorlarning kasalxonada bo'lish umumiy davomiyligi, operatsiya davomiyligi va operatsiyadan keyingi statsionar davolanish davri an'anaviy davolash usullari bilan og'riq bemorlarga qaraganda sezilarli darajada kamaydi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda laparoskopik usul yordamida jigar kistalarini davolash natijalari

Jigardan laparoskopik sistektomiya (LCE) ning bevosita natijalarini tahlil qilganda, 15 (46,9%) bemorda 2-3 kun ichida past darajaga gipertermiya, 11 (34,4%) bemorda og'riq borligi qayd etildi. Narkotik bo'lmagan analjeziklar yordamida gipertermiya va og'riqni yo'qotish mumkin edi. Operatsiyadan keyingi jarohatlarning holati barcha bemorlarda qoniqarli, birlamchi niyat bilan davolangan deb baholandi.

Kistlarning laparoskopik fenestratsiyasi va jigardan echinokokkektomiyadan so'ng turli xil intraoperativ asoratlar va qoniqarsiz natijalar rivojlandi. 5 (15,6%) bemorlar (4.3-jadval). Operatsiyadagi asoratlar orasida 1 bemorda kista tarkibining qorin bo'shlig'iga ifloslanishi qayd etilgan. Xuddi shu bemorda tarkibni qorin parda tomonidan tez so'rilishi sababli, tanada toshma shaklida allergik reaksiya qayd etilgan, bu glyukokortikoidlar va desensibilizatsiya qiluvchi dorilar bilan bartaraf etilgan.

Operatsiyadan keyingi erta davrda ikkita bemorda bronxopulmoner shakldagi umumiy asoratlar mavjud 1 (14,3%) va yurak-qon tomir 1 (16,7%) mos ravishda laparoskopik echinokokkektomiya va polikistik jigar kasalligi fenestratsiyasidan keyingi asoratlar.

3 (9,4%) holatda o'ziga xos asoratlar qayd etilgan. U1 (20,0%) Bemorda kuniga 20-30 ml gacha kista fenestratsiyasidan so'ng drenaj orqali o't oqishi aniqlangan, bu operatsiyadan keyingi 12-kuni o'z-o'zidan to'xtagan. IN2 (16,7%) Bunday hollarda qoldiq bo'shliqning yiringlashi qayd etildi, bu nazorat drenaji va subfebril tana harorati orqali yiringli oqindi bilan namoyon bo'ldi.

**Operatsiyadan keyingi erta davrda laparoskopik jigar sistektomiyasi
natijalari**

Murakkabliklar	Soliter kistalar		Ko‘p kistalar		Jigar polikistik kasalligi LLE (n=6)	Jami (n=32)
	LEE (n=12)	LCE (n=5)	LEE (n=7)	LCE (n=2)		
Operatsiya ichidagi asoratlar						
Qorin bo‘shlig‘ining kolonizatsiyasi	1 (8,3%)					1 (3,1%)
Allergik reaksiya	1 (8,3%)					1 (3,1%)
Operatsiyadan keyingi erta davrda asoratlar						
Umumiy:						
Bronxopulmoner asoratlar			1 (14,3%)			1 (3,1%)
Yurak-qon tomir asoratlari					1 (16,7%)	1 (3,1%)
Maxsus:						
Drenaj orqali safro oqishi		1 (20,0%)				1 (3,1%)
Qoldiq bo‘shliqni yiringlash	2 (16,7%)					2 (6,2%)
Umumiy asoratlar:	4 (33,3%)	1 (20,0%)	1 (14,3%)		1 (16,7%)	7 (21,9%)
Jami bemorlar:	2 (16,7%)	1 (20,0%)	1 (14,3%)		1 (16,7%)	5 (15,6%)

Biz minimal invaziv aralashuvlarni keng qo'llash uchun muhim bo'lgan ma'lumotlarni taqdim etamiz va jigarining kist shakllanishi bilan og'rigan bemorlarni davolashning vaqt kursini tavsiflaymiz. Shuni ta'kidlash joizki, minimal invaziv operatsiyalar nafaqat bemorning yotoqda yotish muddatining qisqarishi, balki bunday davolash usullarining arzonligini ko'rsatadigan boshqa ko'rsatkichlar bilan, balki, eng muhimi, kamroq travma va xavf bilan ajralib turadi. Kasallikning asosiy sababini davolashning solishtirma radikalligi bilan bemor uchun asoratlari

Laparoskopik jigar sistektomiyasining vaqtinchalik parametrlari

Vaqt parametrlari	Soliter kistalar		Ko'p kistalar		Jigar polikistik kasalligi LLE (n=6)
	LEE (n=12)	LCE (n=5)	LEE (n=7)	LCE (n=2)	
Kasalxonada qolishning umumiy davomiyligi (soat)	70,4±12,6	48,2±18,8	72,6±10,4	48,6±20,2	47,8±16,4
Operatsion davomiyligi (min)	51,4±22,6	43,4±12,8	62,8±20,4	46,2±14,4	52,4±22,6
Operatsiyadan keyin kasalxonada qolish muddati (soat)	24,4±8,2	12,4±5,8	22,6±6,4	12,6±4,2	18,4±6,2

4.4-jadvaldan ko'rinib turibdiki, operatsiyadan keyingi davrda laparoskopik operatsiyalardan so'ng ham erta reabilitatsiya kuzatilgan va ko'pchilik bemorlar operatsiyadan 2-3 kun o'tib qoniqarli holatda bo'shatilgan.

Operatsiyadan keyingi erta davrda jigar kistalarini laparotomiya bilan davolash natijalari

Jigardan laparotomiya sistektomiyasidan so‘ng barcha bemorlarda dastlabki ikki-uch kun ichida tana harorati, febril darajadagi 6 (18,2%) bemorda kuzatildi.

Bemorlarning og‘irligi tufayli 17 nafar bemorga 1-bosqich perkutan transgepatik mikroholesistotomiya o‘tkazildi, ulardan 6 nafarida jigar osti soxasidagi chegaralangan JK lar punksiya va sanatsiya kilingan. Davolashning 2-bosqichi, 7-14-kunlarda 14 bemorda xolesistektomiya o‘tkazildi, ulardan LXE 6, minilaparotomiya XE usulidan 8 o‘tkazildi. 3 nafar bemor, ishlayotgan bilan qoldirilgan va uyiga javob berilgan.

6 ta holatda operatsiyadan keyingi davrda qoldiq bo‘shliqdan safro oqishi kuzatildi. 4 ta holatda, laparoskopik jigar sistektomiyasida bo‘lgani kabi, operatsiya davomida, qoldiq bo‘shliqni qayta ko‘rib chiqishda, safro oqmalari aniqlanmagan (4.5-jadval).

Biz laparotomiya orqali operatsiya qilingan JK lari bo‘lgan bemorlarning kasalxonada yotish muddatini baholovchi ma'lumotlarni shu 4.5 jadvalda berib o‘tdik

Bemorlarning kasalxonada qolishi, operatsiyadan keying muddatda har xil asoratlari, bemorlarning umumiy ahvoli hamda operatsiyadan keyingi davrning kechishi va asoratlarning qay darajada rivojlanganligi, yoki bo‘lmasligi. Erta javob bo‘lganlar 7-9 kunlarda qayta ko‘rikka kelib tekshiruv o‘tkazadi. Aksariyat bemorlar operatsiyadan 7-12 kun o‘tgachahvoli yaxshi bo‘lganligi uchun uyiga javob beriladi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda laparotomiya jigar sistektomiyasi natijalari

Murakkabliklar	Soliter kistalar	Ko‘p kistalar	Jigarning polikistik kasalligi		Jami (n=33)
	EE (n=21)	EE (n=3)	Kistlarning fenestratsiyasi (n=6)	Jigar rezektsiyasi (n=3)	
Umumiy:					
Reaktiv plevrit	1 (4,8%)				1 (3,0%)

O'tkir bronxit	1 (4,8%)		1 (16,7%)		2 (6,1%)
IHD				1 (33,3%)	1 (3,0%)
O'tkir pielonefrit		1 (33,3%)			1 (3,0%)
Maxsus:					
Drenaj orqali safro oqishi	5 (23,8%)	1 (33,3%)			6 (18,2%)
Qoldiq bo'shliqni yiringlash	2 (9,5%)	1 (33,3%)			3 (9,1%)
Yiringli xolangit			1 (16,7%)		1 (3,0%)
Operatsiyadan keyingi yarani yiringlash	1 (4,8%)		1 (16,7%)		2 (6,1%)
Dinamik ichak tutilishi				1 (33,3%)	1 (3,0%)
Jami asoratlar	10 (47,6%)	3 (100,0%)	3 (50,0%)	2 (66,7%)	18 (54,5%)
Jami bemorlar	7 (33,3%)	1 (33,3%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	11 (33,3%)

Operatsiyadan keyingi davrning o'rtacha davomiyligi $14,5 \pm 1,5$ kunni tashkil etdi.

Jigardan laparotomiya sistektomiyasining vaqtinchalik parametrlari

Vaqt parametrlari	Soliter kistalar	Ko'p kistalar	Jigarning polikistik kasalligi	
	EE (n=21)	EE (n=3)	Kistlarning fenestratsiyasi (n=6)	Jigar rezeksiyasi (n=3)

Kasalxonada qolishning umumiy davomiyligi (kun)	12,4±2,6	13,2±4,8	12,6±3,4	14,6±6,2
Operatsion davomiyligi (min)	81,4±22,6	93,4±12,8	72,8±20,4	106,2±14,4
Operatsiyadan keyin kasalxonada qolish muddati (kunlar)	8,4±1,2	7,4±1,8	7,6±1,4	8,6±1,2

Operatsiya davomiyligini, jarrohlik muolajasidan keyin kasalxonada qolish vaqtini va bir tomondan jigarni rezeksiya yoki segmentektomiyadan soʻng oʻtkazilgan yotoq kunlarining umumiy sonini va jigar kistalarini ochiq jarrohlik davolashning boshqa usullarini tavsiflovchi vaqt parametrlarini taqqoslaganda. ikkinchisi, ularning barchasi oʻrtasidagi farqlar ishonchsiz koʻrsatkichlar degan xulosaga kelishimiz kerakki , bundan sezilarli darajada ($p<0,05$) koʻp boʻlgan JK kasallikgi uchun jigar rezeksiyasi hamda segmentektomiya uchun bundan mustasno.

Uzoq muddatdagi JK larini jarrohlik davolash natijalari

1 yildan 7 yilgacha boʻlgan davrda jigar kistalarini jarrohlik yoʻli bilan davolashning uzoq muddatli natijalari oʻrganildi - 88 (75,2%) bemor, ulardan 45 (86,5%) bemor diapetvik aralashuvdan keyin (asosiy guruh), 22 (68,7%) bemor. laparoskopik jigar sistektomiyasidan keyin (taqqoslash guruhi) va laparotomiya aralashuvidan keyin 21 (63,6%) bemor (taqqoslash guruhi).

Kuzatuv tadqiqotlari 52 bemorda ambulatoriya sharoitida va 36 bemorning shaxsiy maʼlumotlarini oʻrganish orqali oʻtkazildi. Bemorlarning aksariyati (87%)

operatsiyadan keyingi birinchi yil davomida bir necha marta, keyin esa yiliga bir marta tekshiruvdan o'tkazildi. Natijalarni tahlil qilganda, operatsiyaning tabiati va bemorlarning shikoyatlari bilan bevosita bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan shikoyatlarning tabiati, mehnat qobiliyati aniqlandi. Jarrohlik davolash natijalarini baholash uchun sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlarni o'rganishdan tashqari, jigarda qoldiq bo'shliqlarni, ulardagi suyuqlikning mumkin bo'lgan to'planishini va kasallikning qaytalanishini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvi o'tkazildi.

Barcha 56 holatda, parazitlar kistalar bilan og'riq bemorlar uchun operatsiyadan keyingi kimyoterapiya kursidan so'ng, 5 yilgacha bo'lgan kuzatuv davrida kasallikning qaytalanishi kuzatilmadi.

**Jigar sistektomiyasi o'tkaziladigan bemorlarning hayot sifatini aniqlashning
ob'ektiv mezonlari**

Yo'q.	Mezonlar	Xarakterli mezon	Ballar
1.	Drenaj trubasining qoldiq bo'shlig'ida qolish muddati	3 oy va boshqalar	0
		1-3 oy	3
		10-30 kun	7
		Drenaj trubkasi yo'q	10
2.	Drenaj trubkasidan suyuqlikning tabiati	Yiringli oqindi	0
		Safro	3
		Seroz suyuqlik	7
		Drenaj trubkasi yo'q	10
3.	Instrumental tekshiruv (ultratovush, MSCT) bo'yicha qoldiq bo'shliq hajmining dinamikasi	Qisqartmalar yo'q	0
		1/3 ga qisqartirildi	3
		2/3 ga qisqartirildi	7
		Qoldiq bo'shlig'i yo'q	10
4.	Instrumental tekshiruvga ko'ra qoldiq kist (ultratovush, MSCT)	5 sm dan ortiq	0
		3-5 sm	3
		1-3 sm	7
		Kist yo'q	10
5.	Qorin old devorini ob'ektiv tekshirish	Yiringli yoki biliar oqma	0
		Operatsiyadan keyingi chandiq bo'ylab churraning chiqishi	3
		Operatsiyadan keyingi qo'pol chandiq	7
		Operatsiyadan keyingi nozik chandiq	10

4.6-jadval

Ekinokokkektomiya qilingan bemorlarning hayot sifatini aniqlashning sub'ektiv mezonlari

Yo'q.	Savollar	Savollarga javoblar	Ballar
1.	Umumiy sog'lig'ingizni qanday baholaysiz?	Yomon	0
		Qoniqarli	3
		Yaxshi	7
		Ajoyib	10
2.	Operatsiyaning kosmetik natijasi sizni qoniqtirdimi?	Yomon	0
		Qoniqarli	3
		Yaxshi	7
		Ajoyib	10
3.	Operatsiya natijasini umuman qanday baholaysiz?	Yomon	0
		Qoniqarli	3
		Yaxshi	7
		Ajoyib	10
4.	Jismoniy faolligingizni qanday baholaysiz?	Yomon	0
		Qoniqarli	3
		Yaxshi	7
		Ajoyib	10
5.	Kimyoterapiya bilan qanday kurashdingiz?	Kimyoterapiya olmagan	0
		Yomon	3
		Yaxshi	7
		Ajoyib	10

Jigar echinokokkozli bemorlar guruhida kasallikning qaytalanishini oldini olish uchun davolash kompleksiga profilaktik kimyoterapiya kiritildi. Ikkala guruhda ham (asosiy guruh va taqqoslash guruhi) albendazol JSST (1981, 1983) tomonidan tavsiya etilgan sutkalik tana vazniga 10-12 mg/kg dozada ishlatilgan.

Dori-darmonlar vaqti-vaqti bilan buyurilgan (1 oylik davolanish va 15 kunlik dam olish).

JK ni jarrohlik yo'li bilan davolashdan keying davrda, uzoq muddatli natijalarini o'rganishda biz davolagan bemorlardan 93 foizida operatsiyadan keying asoratlar bilan bog'liq shikoyatlarga duch kelmadik va operatsiyadan 1-7 yil o'tgach, dinamik ultratovush tekshiruvi echinokokkozning qaytalanishi yo'qligini ko'rsatdi. qoldiq bo'shliqlarning yo'qolishi. Tekshirilgan bemorlarning asosiy qismida (67,8%) ultratovush tekshiruvi kuzatuvning birinchi yilida diametri 3 sm dan oshmaydigan, ularda suyuqlik borligi belgilarisiz qoldiq bo'shliq joylarini aniqladi.

Shuni inobatga olish kerakki, agar parazit bo'lmagan va parazitlarga qarshi tegishli qoidalarga rioya qilingan bo'lsa, bu yo'nalishdagi usull samarali deb hisoblashimiz mumkin. Hozirgi kunda zamonaviy jarohlikning jivojlanishi jigar exinokokkozini davolash uchun minimal invaziv usullarni qo'llash chastotasining oshishiga va ko'rsatmalarning kengayishiga olib keladi. Biroq, adabiyotlarni tahlil qilish teri osti texnikasidan foydalanishda bir qator munozarali masalalar mavjudligini ko'rsatdi.

ПРОГРАММА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЮ ПЕЧЕНИ	
Объективные критерии: Срок нахождения дренажной трубки в остаточной полости: ☐ 3 мес. и более ☐ 10 - 30 дней ☐ 1-3 мес. ☒ Дренажная трубка отсутствует Характер жидкости из дренажной трубки: ☐ Гнойное выделение ☐ Серозная жидкость ☐ Желчь ☒ Дренажная трубка отсутствует Динамика размеров остаточной полости по данным УЗИ, МСКТ: ☐ Сокращений нет ☐ Сократилась на 2/3 ☐ Сократилась на 1/3 ☒ Нет остаточной полости Резидуальная киста по данным УЗИ, МСКТ: ☐ Более 5см ☐ 1-3 см ☐ 3-5 см ☒ Нет кисты Объективный осмотр передней брюшной стенки: ☐ Гнойный или желчный свищ ☐ Грубый послеоперационный рубец ☐ Грыжевое выпячивание по рубцу ☒ Нежный послеоперационный рубец	Субъективные критерии: Как вы оцениваете общее состояние своего здоровья? ☐ Плохо ☐ Хорошо ☐ Удовлетворительно ☒ Отлично Устраивает ли вас косметический результат операции? ☐ Плохо ☐ Хорошо ☐ Удовлетворительно ☒ Отлично Как вы в целом оцениваете результат операции? ☐ Плохо ☐ Хорошо ☐ Удовлетворительно ☒ Отлично Как вы оцениваете свою физическую активность? ☐ Плохо ☐ Хорошо ☐ Удовлетворительно ☒ Отлично Как вы перенесли химиотерапию? ☐ Химиотерапию не принимал(а) ☐ Хорошо ☐ Плохо ☒ Отлично
Баллы: 85 Оценка качества жизни: Отлично	Оценка Очистить Выход

Ekinokokkektomiya qilingan bemorlarning hayot sifatini aniqlash dasturi

Har bir bemorning hayot sifati operatsiyadan keyingi davrda ob'ektiv va sub'ektiv belgilar bo'yicha so'rovnomadan olingan ballar asosida baholandi. 81 dan 100 ballgacha "a'lo", 61 balldan 80 ballgacha "yaxshi", 41 balldan 60 ballgacha "qoniqarli", 40 balldan past ball to'plagan bemorlar "qoniqarsiz" deb baholandi.

Ishlab chiqilgan dasturga ko‘ra, jigar sistektomiyasi o‘tkazilgan bemorlarning hayot sifati baholandi - operatsiyadan keyingi davrda kuzatilgan 88 (75,2%) bemor

Operatsiyadan keyingi davrda hayot sifatini baholashga qarab bemorlarni taqsimlash

O‘quv guruhlar	Baho							
	Ajoyib		Yaxshi		Udov.		Qoniqarsiz	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Taqqoslash guruhi (n=43)	8	18.6	27	62.8	6	13.9	2	4.6
Asosiy guruh (n=45)	37	82.2	6	13.3	2	4.4	0	0,0
Mezonch2 guruhlar orasida	Df=3; ch2 = 43,087; p<0,001							
Jami (n=88)	45	51.1	33	37.5	8	9.1	2	2.3

Berilgan ma’lumotlardan shuni aytilish mumkinki, birinchi guruhidagi bemorlardan farqli o‘laroq, ikkinchi guruhdagi bemorlarning hayot sifati yaxshilangan. Shunday qilib, ikkinchi guruhda juda yaxshi natijalar 95,5% ni 45 bemordan 43 tasida, birinchi guruhida esa bu ko‘rsatkich 81,4% 43 bemordan 35 tasida tashkil etdi. Umuman olganda, jami barcha natijalar bo‘yicha u erda. asosiy guruhda eng yaxshi qiymatga erishildi (guruhlar o‘rtasidagi mezon $\chi^2 = 43,087$; Df = 3; $P < 0,001$).

JK lari bo‘lgan bemorlarni jarrohlik davolashni optimallashtirish

Jarrohlik davolashning turli usullarini qo‘llash, natijalarining qiyosiy tahlili o‘tkazildi, JK lari bilan og‘rigan bemorlarni jarrohlik davolashni optimallashtirish maqsadida,

Jigarning kist shakllanishi bilan og‘rigan 117 bemorda turli xil operatsiyalar o‘tkazildi, barcha aralashuvlar 6 asosiy turga bo‘lingan:

- **Perkutan punktsion va kistalarning sklerozi** - 39 (33,3%) bemorlarda soliter va ko‘p parazitar bo‘lmagan jigar kistalari bilan o‘tkazildi;

- **Perkutan transhepatik echinokokkektomiya**- 13 (11,1%) bemorlarda soliter va ko‘p parazitar jigar kistalari bilan o‘tkazilgan;

•**Kistlarning laparoskopik fenestratsiyasi, ularning epiteliy qoplamini davolash-** 7 (5,9%) bemorlarda soliter va ko‘p parazitlar bo‘lmagan jigar kistalari va polikistik jigar kasalligi - 6 (5,1%) bilan;

•**Jigarning laparoskopik echinokokkektomiyasi** -yakka va ko‘p parazitlar jigar kistalari bo‘lgan 19 (16,2%) bemorlarda bajarilgan;

•**Kistlarning epiteliy qoplamini davolash bilan laparotomiya fenestratsiyasi**– 6 (5,1%) polikistik jigar kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda amalga oshirildi;

•**Jigardan laparotomiya echinokokkektomiya** -yakka va ko‘p parazitlar jigar kistalari bo‘lgan 24 (20,5%) bemorlarda bajarilgan;

•Jigarning polikistik kasalligi bo‘lgan 3 (2,6%) bemorda segmentektomiya yoki atipik jigar rezeksiyasi amalga oshirildi.

Shuni ta'kidlash kerakki, o'rganilgan eksperimental loyihalarning asosiy nuqtasi laparotomiya yordamida yopiq bo'lmagan aralashuvlar uchun dalillarni to'satdan cheklash edi, chunki ularning yuqori travmatik tabiati va operatsiyadan keyingi bemorlarning operatsiyadan keyingi yo'nalishi etarli emas edi.

UTT nazorati va rentgen-televizion mexanizm orqali diapauzal aralashuvni amalga oshirish bitta va ko'p sonli haqiqiy parazit bo'lmagan jigar kistalari diametri 5 sm va undan ko'p, bundan tashqari E. Veterinorum diametri 7 sm gacha Laparoskopik harakatlarni amalga oshirishga qarshi ko'rsatmalar mavjudligi.

Laparoskopik operatsiyalar uchun ko'rsatmalar bu: parazitlar va parazitlar bo'lmagan kistalar , asoratlanmagan bo'lishi , bitta va ko'p JK lari o'n santimetr gacha , hamda diafragma va tashqariga oqishi, kistlarning bo'shanishi va jigar qismining rezeksiyasi kabi endovideojarrohliklar uchun yaxshi ko'rilgan va oson kirish mumkin bo'lgan jigarning oldingi pastki yuzalari.

Agar bunday usull qo'llanilsa kista olib tashlangan joydagi bo'shliqda mikroblarga qarshi davolash ishlari olib borilishi shart va zarur, chunki bu kasallikning qaytalanishining rivojlanishini kamaytiradi va kista tarkibidagi gelmintlarni o'limiga va xitinoz membranasini eritishiga olib keladi.

Ko'p yillik tajriba shuni ko'rsatdiki, exinokokkozli kistaning kameralarida xitinoz qobig'ining antigelmint dori vositalar bilan davolashdan keyin qoldirish juda yaxshi natijalarni beryapti. Shu munosabat bilan, kichik kistalarni operatsiya vaqtida bo'shlig'ini kengaytirishga hojat yo'q.

N.Yu. Oxundov (1968) JK larning perkutan punktsion operatsiyasi uzoq vaqt davomida jarohllik amaliyotida bu usullni qo'llash mumkin emas deb hisoblangan sababi qorin bo'shlig'ini parazitlarning kolonizatsiyasi xavfi juda yuqori bo'lgani uchun.

4.8 jadvalda JK larining davolashdan keying asoratlari berilgan bo'lib, jarrohlik davolash usuliga qarab ularning sifat va miqdoriy tarkibini tahlil qildik. Eng ko'p uchraydigan asoratlardan biri bu qoldiq bo'shliqning yiringlashi, bu holat laparotomiyadan keyin sezilarli darajada ($p < 0,05$) kuzatildi. Atipik jigar rezeksiyalari va an'anaviy ochiq kirish bilan amalga oshirilgan boshqa operatsiyalardan so'ng sezilarli darajada ($p < 0,05$) yuqori bo'ldi. Asoratlarni umumiy soni olsak - 32 (27,3%) laparotomiya echinokokkektomiya bilan, kista fenestratsiyasi,.

Kasalxonada qolishning maksimal davomiyligi laparotomiya orqali jigar polikistik kasalligi uchun jarrohlik aralashuvlardan so'ng bemorlarda kuzatildi. Deyarli bir xil vaqtda laparotomkechinokokkektomiyadan so'ng bemorlarni davolash, yakka va ko'p kamerali jigar kistalari uchun boshqa aralashuvlarga sarflandi.

Jigar kistalarini jarrohlik davolashning asoratlari

Davolash natijalari	Bemorlar guruhi		
	Perkutan punktsion (n=52)	Laparoskopiya (n=32)	Laparotomiya (n=33)
Operatsiya ichidagi asoratlar			
Qon ketishi	1 (1,9%)		
Safro oqishi	1 (1,9%)		
Allergik reaksiya	1 (1,9%)	1 (3,1%)	

Plevral sinus punksiyonu	1 (1,9%)		
Qorin bo'shlig'ining kolonizatsiyasi		1 (3,1%)	
Operatsiyadan keyingi erta davrda asoratlari			
Umumiy:			
Plevrit	2 (1,9%)		1 (3,0%)
O'pka asoratlari		2 (3,1%)	3 (6,1%)
YQTS asoratlari		5 (3,1%)	5(3,0%)
O'BY			6 (3,0%)
Maxsus:			
Qoldiq bo'shliqni yiringlash	3 (3,8%)	9 (6,2%)	9 (9,1%)
Drenaj orqali safro oqishi		5 (3,1%)	8 (18,2%)
Yiringli xolangit			6 (3,0%)
Yiringli asorat			6 (8,1%)
Dinamik ichak tutilishi			1 (3,0%)
Umumiy asoratlari:	7 (13,5%)	7 (21,9%)	18 (54,5%)*
Jami bemorlar:	5 (9,6%)	5 (15,6%)	11 (33,3%)

Eslatma: *farq sezilarli ($P<0,05$)

Minimal invaziv jarrohlik usullarini qo'llagan bemorlarning kasalxonada qolish muddati sezilarli darajada qisqaroq ($P<0,05$).

Shunga o'xshash jarayonlar, jarrohlik davolashning laparatomik usullaridan so'ng, operatsiyadan keyingi shifoxonada reabilitatsiya muddatini solishtirganda aniqlandi, bu minimal invaziv usullardan keyin sezilarli darajada ($p<0,05$) uzoqroqdir.

Operatsiya davomiyligi polikistik kasallik uchun atipik jigar rezeksiyalari uchun maksimal bo'lgan; laparotomiya orqali amalga oshirilgan boshqa aralashuvlar taxminan 1,5 soat davom etgan. Perkutan punksiyon 28-40 daqiqada, laparoskopik aralashuvlar - 61-66 daqiqada amalga oshirildi.

Ushbu tadqiqot davomida jigar kistalarini jarrohlik davolashning barcha usullarining vaqt parametrlari o'rganildi.

**Davolashning davomiyligi, jarrohlik va jarrohlik davolashning turli usullari
uchun operatsiyadan keyingi shifoxonada qolish**

Parametr	Jarrohlik yondashuvi				
	Perkutan punktsion (n=52)	Laparoskopiya (n=32)		Laparotomiya (n=33)	
		Solit. va ko'plik kistalar	Polikistik	Solit. va ko'plik kistalar	Polikistik
Kasalxonada qolish muddati (soat)	16,2±4,4	72,6±10,4	47,8±16,4	312,2±96,8 *	336,6±144,2 *
Operatsion davomiyligi (min)	38,4±6,2	62,8±20,4 *	52,4±22,6 *	93,4±12,8*	106,2±14,4*
Operatsiyada n keyin kasalxonada qolish muddati (soat)	6,8±1,2	22,6±6,4	18,4±6,2	192,4±24,2 *	192,6±24,2*

Eslatma: *farq sezilarli ($p < 0,05$)

jarrohlik yo'li bilan davolashda parazit bo'lmagan JK larini turli usullar qo'llash natijasida o'rganib chiqildi (4.10-jadval).

**Jigar kistalarini davolash uchun turli xil jarrohlik usullarining bevosita
natijalari**

Davolash natijalari	Bemorlar guruhi		
	Perkutan punksiya (n=52)	Laparoskopiya (n=32)	Laparotomiya (n=33)
Yaxshi	38 (73,1%)	23 (71,9%)	3 (9,1%)*
Qoniqarli	13 (25,0%)	9 (28,1%)	25 (75,7%)*
Qoniqarsiz	1 (1,9%)	-	5 (15,1%)*

Eslatma: *farq sezilarli ($p<0,05$)

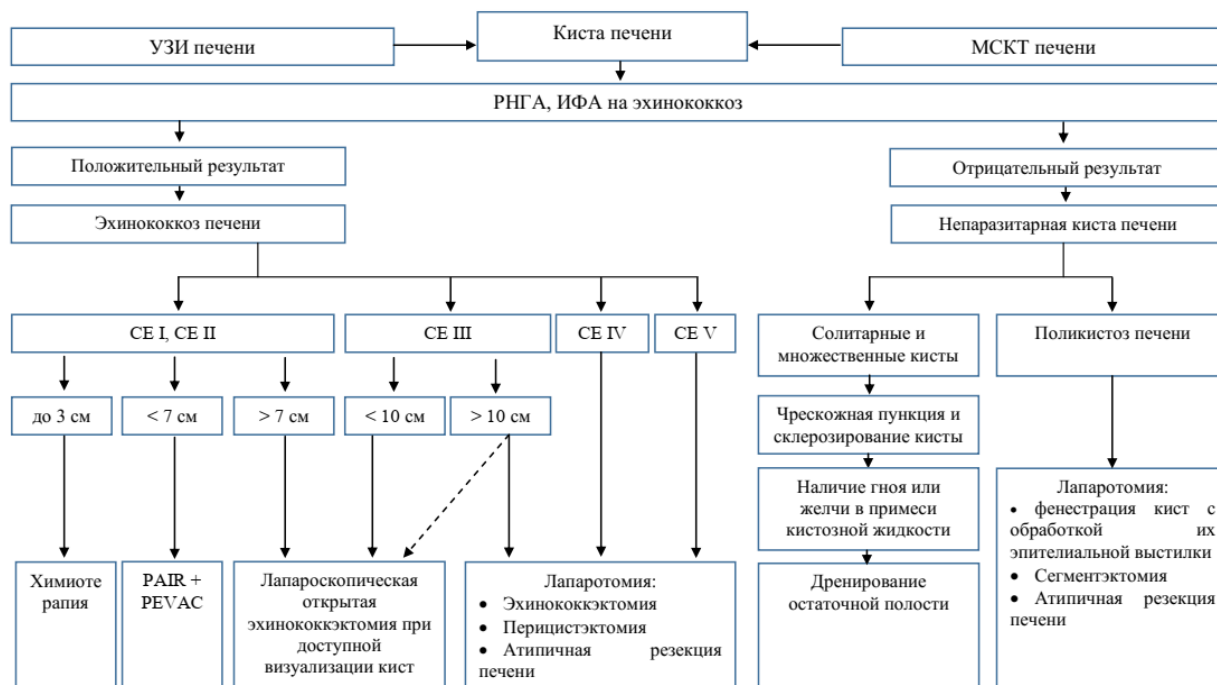
Ko‘rinib turibdiki, perkutan punksiya va laparoskopik sistektomiyaning barcha aniq samaradorligiga qaramay, jigar kistalari bilan og‘rigan bemorlarning katta guruhi mavjud bo‘lib, ular uchun bu usullar kontrendikedir va jarrohlik davolash ba‘zan hayotni saqlab qolish uchun zarurdir. Bundan tashqari, minimal invaziv usullarning intraoperativ asoratlari bo‘lsa, bemorga faqat laparotomiya yordam berishi mumkin.

JK lari bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun jarrohlik usulini tanlash algoritmi

Tadqiqot natijalari guruhlarda punksiya-drenaj va an'anaviy usullar yordamida JK lari bilan og‘rigan bemorlarni davolash natijalarini retrospektiv tahlil qilish shuni ko‘rsatdik. Shuni inobatga olish kerakki, agar parazit bo‘lmagan va parazitlarga qarshi tegishli qoidalarga rioya qilingan bo‘lsa, bu yo‘nalishdagi usullar samarali deb hisoblashimiz mumkin. Hozirgi kunda zamonaviy jarrohlikning jivojlanishi jigar exinokokkozini davolash uchun minimal invaziv usullarni qo‘llash chastotasining oshishiga va ko‘rsatmalarning kengayishiga olib keladi. Biroq, adabiyotlarni tahlil qilish teri osti texnikasidan foydalanishda bir qator munozarali masalalar mavjudligini ko‘rsatdi.

10 nafar bemor bir bosqichda operatsiya qilindi. EJK bilan og‘rigan 17 nafar bemorga MLXE o‘tkazildi, ulardan 3 tasida gangrenoz o‘t pufagi devorining yemirilishi tufayli, perivezikal absces ochildi. Diffuz safroli peritonitining klinik

ko‘rinishi bo‘lgan 5 nafar bemorga laparotomiya usulida qorin bo‘shlig‘ini sanatsiya qilish bilan xolesistektomiya o‘tkazildi.



Jigarning kistli o‘smalari bo‘lgan bemorlarni davolash va diagnostika algoritmi

XULOSA

Shunday qilib, kistli jigar shakllanishi bilan ogʻrigan bemorlarni tashxislash va davolash jarrohlik gepatologiyaning dolzarb muammosi boʻlib qolmoqda, bu esa keyingi rivojlanishni talab qiladi. Jarrohlikdan oldin jigarning kist shakllanishining etiologiyasi, uning hajmi va joylashuvi, intraoperatif asoratlarni ehtimoli haqida ma'lumotlarning mavjudligi jarrohga har bir bemor uchun jarrohlik usulini tanlashga individual yondashish imkonini beradi. Taklif etilgan tekshiruv texnikasi jigar sistektomiyasining perkutan punktsion usuliga barcha mumkin boʻlgan kontrendikatsiyalarni aniqlashga yordam beradi, bu minimal invaziv operatsiyaning maksimal xavfsizligini ta'minlaydi.

Punksion sistektomiya usuliga asoslangan terapevtik va diagnostika taktikasini qoʻllash operatsiyaning shikastlanishini kamaytirishga, operatsiyadan keyingi asoratlarni (qoldiq boʻshliqni yiringlash, operatsiyadan keyingi yarani yiringlash, operatsiyadan keyingi churra) rivojlanish ehtimolini yoʻq qilishga imkon berdi. kasalxona muddatini qisqartirish orqali davolanish qiymati va minimal invaziv jarrohlikning kosmetik afzalliklaridan foydalaning.

Rivojlangan mamlakatlardagi yetakchi klinikalar ushbu muammo bilan shug'ullangan. Oʻt tosh kasalligi boʻlgan bemorlarda operatsiyadan keyingi dastlabki davrda asoratlarning yuzaga kelishini turli xil usuldagi xoletsistektomiya qilingan bemorlarda baholadilar. MOʻY safro oqib chiqishining sabablari oʻt yoʻlida bosimning tez va sezilarli darajada oshishi, hamda UOʻY ning terminal qismi oʻtkazuvchanliginik buzilishi bilan bogʻliq boʻlishi mumkin. Katta soʻrgʻichda patologik jarayon boʻlmasa ham, Oddi sfinkterining oʻziga xosligi tufayli safro oʻn ikki barmoqli ichak boʻshligʻiga qaraganda oʻt yoʻllaridan tashqarida osonroq oqishiga olib keladi.

Keksa yoshdagi bemorlarda kuchli yalligʻlanish tibbiy koʻrinishlarning atipikligi va namoyon boʻlishining pasayishi bilan tavsiflanadi. Ushbu xarakterli xususiyatlar vaziyatning 15-20 foizida sezilarli diagnostik va notoʻgʻri hisob-kitoblarga olib keladi . Xoletsistit bilan ogʻrigan bemorlarda oʻt yoʻllari

patologiyasini tibbiy tashxislash bemorlarda safro yo'llarining saqlanib qolgan o'tkazuvchanligi bilan birga qiyinlashadi, chunki o't pufagining yallig'lanish belgilari ustunlik qiladi. Safro yo'llarining toshlari 20-50% hollarda klinik jihatdan o'zini namoyon qilmaydi. O'tkir xolelitsistit bilan og'rigan bemorlarning kech kasalxonaga murojaat qilishi e'tiborni tortadi: o'tkir xuruj boshlanganidan keyin 12 soat ichida bemorlarning 12 % gacha yotqiziladi, 50 foizi bir kun yoki undan keyin kasalxonaga yotqiziladi.

Yallig'langan o't yo'llariga o'rnatilgan noto'g'ri klipsalar operatsiyadan keyingi davrda qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin. Operatsiyadan keyin o't yo'llarida bosimning o'zgarishiga hamda safro oqishi mexanizmida sfinkter apparatining ishlashi juda katta yordam beradi.

Tibbiyotning jadal rivojlanishiga qaramay, yangi tibbiy texnologiyalar va zamonaviy asbob-uskunalar ishlab chiqilishi va klinikaga joriy qilinishi tufayli jigar kistalarini parazitlar bo'lmagan hollarda ham diagnostika qilish va jarrohlik amaliyoti bilan davolashning eng zamon.

Hatto Gippokratning asarlarida ham parazitlar xarakterdagi kistali jigar kasalligi haqida dalillar mavjud, ammo shuni inobatga olish kerakki, umumiy qon tahlilida leykositlarning chapga siljishi bu organizmda chegaralangan yallig'lanish jarayoni ketayotganligining umumiy belgisidir. Qonning biokimyoviy tahlili ma'lumotlariga ko'ra xolestaz: giperbilirubinemiya, giperfosfatemiya, giperxolesterinomiya mavjudligini ko'rsatadi. O'YO yuzaga kelganda qon tahlilida transaminazalarning faolligi oshishini ko'rishimiz mumki .

E. Deger. va b.q.lar, eksperimental tadqiqotlar natijalarini ma'lum qildi va unga ko'ra o'n ta zararlangan qo'ylarda jigar exinokokk kistalarini punktsion usuli bilan davolash ishlari qo'llagan. Ma'lumotlarga ko'ra birinchi guruhdagi yettita qo'yga albendazol sulfoksidi kista bo'shlig'iga yuborilgan va ikkinchi nazorat guruhidagi uchta qo'yga toza suv yuborilgan. Kistani tozalash amalga oshirilmagan. Olti oy davomida UTT nazoratida tekshirilib turilgan. Ikkinchi guruhdagi qo'ylarda kistalarning progressiv o'sishini kuzatilgan va birinchi guruhda gelmintlarning nobut bo'lishini ko'rishgan. Kista sanatsiya qilingandan keyin morfologik tekshiruv

o'tkazilib tahlil qilinganda kimyoterapiyaga uchragan exinokokkli kistalar devorlarida yallig'lanish jarayoni hamda aseptik nekroz rivojlanishini ko'rishgan.

Uzoq vaqt davomida parazitlar bo'lmagan jigar kistalari operatsiya yoki bo'lim stolida topilma bo'lib qoldi. Klinik amaliyotga ultratovush va KT ning kiritilishi ushbu patologiyani paydo bo'lish ko'pligidan dalolat beradi.

Zamonaviy diagnostik ma'lumotlariga ko'ra, ushbu nozologiyani paydo bo'lish jigar kasalligining hamma turlaridan tuzilishi 0,15-1,86% ni tashkil qiladi, bu kistalarning paydo bo'lishi, ularning hajmi, joylashishi, soni, tomirlar va yo'llari bilan aloqasi haqida tasavvurga ega. jigar, qo'shni organlar va to'qimalar bilan aloqasi .

Tadqiqotolib borilgan joy SamDTU ko'p tarmoqli klinikasi jarrohlik bo'limida 2016 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda diaphevtik va jarrohlik aralashuvlar o'tkazgan 117 nafar JK bilan og'riq bemorlarni klinik, laborator-instrumental tekshiruvdan o'tkazishga asoslangan. Bemorlar uchun barcha muolajalar rejalashtirilgan tarzda amalga oshirildi. Davolash taktikasini tanlashga qarab, bemorlar ikki guruhga bo'lingan. Birinchi guruh, taqqoslash guruhi, parazitlar va parazitlar bo'lmagan kistalari laparoskopik va ochiq usullar bilan olib tashlangan 65 bemordan iborat edi. Ikkinchi guruh, asosiy guruh, teri orqali transhepatik sistektomiya qilingan 52 bemordan iborat.

Kistalar soniga qarab, bemorlar A.A. tasnifiga ko'ra tasniflanadi. Shalimova (1993). Ushbu tasnifga ko'ra, 80 (68,4%) bemorda bitta yoki soliter kistalar aniqlangan, bir nechta kistalar, ya'ni. 22 (18,8%) bemorda 2 yoki 3 ta kista aniqlangan. Jigarning polikistik kasalligi (parazitlar bo'lmagan kistalar) 15 (12,8%) bemorda faqat taqqoslash guruhida qayd etilgan.

Ba'zi mualliflar jigar exinokokkozini davolashda punktsion usullarni qo'llash natijasida exinokokk suyuqligi qorin bo'shlig'iga tushishi natijasida og'ir anafilaktik shok rivojlanishini tasvirlab bergan [15,64,66,87]. Shuning uchun, har doim teri orqali jigar biopsiyasi qilinganda parazitlar kistaning punktsiya vaqtida shoshilinch jarrohlik amaliyoti amalga oshirildi [61, 77, 89].

Bizning tadqiqotimiz E. Veterinorum modifikatsiyasida parazit kistalari bo'lgan bemorlarni, ya'ni. kistaning lümeninde qiz pufakchalari bo'lmagan 1 yoki 2 ta xitinoz membranalar mavjud edi. Shuningdek, bizning tadqiqotimizda takroriy parazitlar kistalar bo'lgan bemorlar yo'q edi.

Kistlar soniga qarab, bemorlar A.A. tasnifiga ko'ra tasniflanadi. Shalimova (1993). Ushbu tasnifga ko'ra, 80 (68,4%) bemorda bitta yoki soliter kistalar aniqlangan, bir nechta kistlar, ya'ni. 22 (18,8%) bemorda 2 yoki 3 ta kista aniqlangan. Jigarning polikistik kasalligi (parazitlar bo'lmagan kistalar) faqat taqqoslash guruhidagi 15 (12,8%) bemorda qayd etilgan.

35 ta murakkab kistalar (29,9%) bor edi. Jigarning kist shakllanishining asoratlarini yiringlash, kista bo'shlig'iga qon quyilishi va kistobiliar oqmalarning shakllanishi deb tasnifladik.

Agar bunday usull qo'llanilsa kista olib tashlangan joydagi bo'shliqda mikroblarga qarshi davolash ishlari olib borilishi shart va zarur, chunki bu kasallikning qaytalanishining rivojlanishini kamaytiradi va kista tarkibidagi gelmintlarni o'limiga va xitinoz membranasi eritishiga olib keladi.

Ko'p yillik tajriba shuni ko'rsatdiki, exinokokkozli kistaning kameralarida xitinoz qobig'ining antigelmint dori vositalari bilan davolashdan keyin qoldirish juda yaxshi natijalarni beryapti. Shu munosabat bilan, kichik kistalarni operatsiya vaqtida bo'shlig'ini kengaytirishga hojat yo'q.

N.Yu. Oxundov (1968) JK larning perkutan punktsion operatsiyasi uzoq vaqt davomida jarohlik amaliyotida bu usullni qo'llash mumkin emas deb hisoblangan sababi qorin bo'shlig'ini parazitlarning kolonizatsiyasi xavfi juda yuqori bo'lgani uchun.

Ro'yxatga olingan asoratlar tarkibida sistobiliar oqmalar ustunlik qildi - 25 (71,4%) bemorda. Kist tarkibining yiringlashi 6 (17,1%) bemorda kuzatilgan. Jigarning yirik kistasi bilan o't yo'llarining tashqi siqilishi natijasida kelib chiqqan obstruktiv sariqlikning klinik holatini kuzatmadik. Parazit bo'lmagan jigar kistalari bo'lgan 4 (11,4%) bemorlarda kistaning lümenine qon ketishi kuzatildi.

Polikistik kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarning 95,4 foizida ikkala lobda kistalar aniqlangan. Koʻp kistalari boʻlgan bemorlarda ikki tomonlama lokalizatsiya 6 bemorda topilgan (koʻp kistali 18 bemorning 33,3%). 12 (66,7%) bemorda kistalar bir lobda joylashgan. 63 tasida (yakka kistasi boʻlgan 80 bemorning 78,7%) oʻng lobda kistalar, qolgan 17 (21,3%) holatda chapda aniqlangan.

Polikistik kasallik guruhida jigar segmentiga qarab kistalar soni minimal chegaralarda I segmentda 11 dan VII segmentda 15 gacha oʻzgargan. Ikkala guruhdagi bemorlarda kistalarni hisoblaganda, soliter kistalar I segmentda (2 ta holatda) eng kam uchraydi va koʻpincha jigarning VI va VII segmentlarida (mos ravishda 23 va 22 ta holatda) topilganligi maʼlum boʻldi. Koʻp kistalar jigarda ham xuddi shunday aniqlanish tendensiyasini koʻrsatdi: ular I II da topilmadi, lekin minimal darajada III, IV va V segmentlarda topilgan (6 ta holat), VI va VIII segmentlarda maksimal paydo boʻlish chastotasi - 10 holatlar.

Kasallikning tashxis qoʻyilgandan to kasalxonaga yotqizilishigacha boʻlgan oʻrtacha davomiyligi $63,7 \pm 75,4$ tashkil etdi. Shu bilan birga, 103 nafar bemorda turli alomatlar mavjudligi, operatsiya qilinganlarning 88,0 foizi qayd etilgan.

Yakka va koʻp jigar kistalari boʻlgan bemorlarda klinik belgilar 73 bemor tomonidan qayd etilgan: 57 (71,2%) bemor ogʻriq, oʻng hipokondrium yoki epigastriumda noqulaylik hissi, faqat 2 bemor (2,5%) chap tomonda ogʻriqdan shikoyat qilgan. gipoxondriya. 10 (12,5%) bemorda jigar kistalari hajmining koʻpayishi tufayli qorin boʻshligʻining kattalashishi qayd etilgan, 32 (40,0%) bemor dispepsiyani koʻrsatgan. 26 (32,5%) holatda asemptomatik kurs mavjud edi. Jigar polikistik kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda ogʻirlik va toʻliqlik hissi qayd etilgan va ogʻriq 11 (73,3%) holatda qayd etilgan, ular koʻpincha oʻng hipokondriumda lokalize qilingan. Ushbu bemorlarda qorinning kengayishi 26,7% hollarda sodir boʻlgan va 5 (33,3%) bemorda dispeptik alomatlar qayd etilgan. 10 sm dan ortiq kistalar 81,2% hollarda, diametri 15 sm dan ortiq boʻlgan kistalar esa 88,9% da tegishli belgilar bilan birga kelgan.

Alohida holatlarda bemorlar zaiflik va vazn yoʻqotishdan shikoyat qiladilar. Toʻrt bemorda kist infeksiyasi belgilari qayd etilgan.

Jigarning kist shakllanishi bilan ogʻrigan bemorlarda keyingi jarrohlik aralashuvlarning tabiati va darajasiga ta'sir koʻrsatadigan turli xil kasalliklar aniqlandi.

Oʻpkaning bir vaqtning oʻzida fokal lezyonlarini istisno qilish uchun barcha bemorlar oddiy koʻkrak qafasining rentgenogrammasini oʻtkazdilar. Shu bilan birga, diafragmaning oʻng gumbazining balandligi baholandi, jigar boʻshligʻini egallagan lezyonlarning bilvosita belgilari aniqlandi.

ALOCA SD 1400 va ALOCA SSD 500 ultratovush apparatlari yordamida barcha bemorlarda kulrang shkalada ultratovush tekshiruvi (ultratovush) oʻtkazildi. Koʻp qiz pufakchalari boʻlgan kistalar uchun echogramma katta rol oʻynashi mumkin boʻlgan "baliq tarozilari" ni eslatuvchi, ona kistasi ichida bir-biriga mahkam yopishgan, oʻlchamlari 10 dan 35 mm gacha boʻlgan heterojen dumaloq qoʻshimchalarning mavjudligi bilan tavsiflanadi. jigar echinokokkozining morfologik modifikatsiyalarini aniqlashda. Bunday echografik rasmni 78 (21,0%) bemorda kuzatdik.

Operatsiyadan keyingi davrda nazorat ultratovush tekshiruvi qoldiq boʻshliqni koʻrish va agar operatsiyadan keyingi asoratlarga shubha qilingan boʻlsa, operatsiya samaradorligini baholash mezonlaridan biri boʻlgan.

Jigar va qorin boʻshligʻining kompyuter tomografiyasi (KT) HITACHI W-450 kompyuter tomografidan foydalangan holda 103 (88,0%) bemorda oʻtkazildi.

Jigarning kist shakllanishini jarrohlik davolashning uchta asosiy usuli qoʻllanilgan. Bemorlarning asosiy guruhida barcha bemorlar diapevtik davolash usullarini oldilar: parazit boʻlmagan jigar kistalari boʻlgan 39 (52 tadan 75,0%) bemorlarga perkutan punktsion va kistalarning sklerozi oʻtkazildi; Jigarning parazitlar kistalari bilan ogʻrigan 13 (25,0%) bemorga teri orqali transhepatik exinokokktomiya oʻtkazildi. Taqqoslash guruhida barcha bemorlarga laparoskopik ochiq jarrohlik aralashuvlar oʻtkazildi. Ulardan 13 nafar (20,0%) parazitlar boʻlmagan jigar kistalari bilan kistalarning epiteliy qoplamini davolash bilan laparoskopik fenestratsiya, jigar echinokokkozli 19 (29,2%) bemorga laparoskopik fenestratsiya qilingan. jigarning laparoskopik echinokokkektomiyasi. Noparazitlar

va parazitlar jigar kistalari bilan mos ravishda 6 (9,2%) va 24 (36,9%) bemorlarda laparotomiya, kistalarning epiteliy qoplamini davolash bilan fenestratsiya va jigarning laparotomiyali exinokokkektomiyasi amalga oshirildi.

Jigarning polikistik kasalligi bo'lgan 1 (1,5%) va 2 (3,1%) bemorda segmentektomiya va atipik jigar rezeksiyasi amalga oshirildi.

Natijada, 2016 yildan boshlab, jigar kistalari shakllanishi bilan og'riq bemorlarni davolash usulini tanlashda, laparoskopik usullar va qorin devorining keng kesilishidan tashqari, biz jigar sistektomiyasining diapevtik usullaridan keng foydalana boshladik. har bir bemorning individual xususiyatlari. Biz kistalarning operatsiyadan oldingi topikal diagnostikasi natijalariga amal qildik. Qorin bo'shlig'ining multislice kompyuter tomografiyasi ultratovush ma'lumotlari bilan birlashtirildi.

Umumiy balli 10 gacha bo'lgan 54 bemorda jigardan perkutan sistektomiya rejalashtirilgan, ammo 2 holatda jigar exinokokkozli bemorlarda diapevtik aralashuv paytida bir holatda ko'p qon ketishi va boshqa holatda to'g'ridan-to'g'ri punktsion tufayli ko'p miqdorda o't oqishi tufayli. kista bo'shlig'idan o't pufagining chiqishi ochiq operatsiyani davom ettirish bilan shoshilinch laparotomiyani talab qildi. Asosiy guruhga diapevtik aralashuvdan o'tgan 52 bemor kiritilgan.

Umumiy balli 10 dan 15 gacha bo'lgan 32 nafar bemor tavsiya etilgan dasturga muvofiq laparoskopik jigar sistektomiyasidan o'tkazildi. Jigardan laparoskopik sistektomiyaga ko'rsatma yuzaki joylashgan 10 sm gacha bo'lgan kistalar, E. Veterinorum modifikatsiyasidagi echinokokk kistalari, III, IV, V va V segmentlarining diafragma va visseral yuzalarida kistalarning lokalizatsiyasi hisoblanadi. jigar. Biz quyidagilarni laparoskopik sistektomiyaga qarshi ko'rsatmalar deb hisoblaymiz: 10 sm dan katta kistalar; endovizual tekshirish va manipulyatsiya qilish uchun erishish qiyin bo'lgan joylarda lokalizatsiya (jigarning visseral va diafragma yuzasining I, II, VII va VIII segmentlari); kistaning intraparenximal joylashuvi (jigar parenximasi ichida); bir nechta kistalar; echinokokkozning murakkab va tarqalgan shakllari; qorin bo'shlig'ining yuqori qavatlarida oldingi operatsiyalardan keyin aniq yopishqoq jarayon. E. Hominis

modifikatsiyasining gidatid kistalari holatlari nisbiy kontrendikatsiya sifatida qabul qilindi.

3 nafar bemorda qo'llanilgan, 2 holatda protsedura ultratovush nazorati ostida amalga oshirilgan. PTXG uchun asosiy ko'rsatkichlar obstruktiv sariqlik bilan og'rikan bemorlarda biliar gipertenziya holatlari edi. Bu ERXP usulidan, ishonchli bo'lmagan ma'lumotlardan keyin amalga oshirildi. Biz o'zni o'zi fiksatsiya qiluvchi Melecot va pig-tai rentgenkontrastli kateterlardan foydalanamiz. Ishning borishi quyidagicha amalga oshiriladi: aseptika qoidalariga rioya qilgan holda mahalliy anesteziya bilan tanlab olingan KT yoki UTT o'tkazib 1 uzunlikdagi teri kesmasi amalga oshirildi va u orqali oldindan belgilangan chuqurlikka stilet kateteri kiritildi. So'ng stilet olib tashlandi. Kateter teriga o'rnatildi. PTXS og'ir o't yo'llarida gipertenziyasi bo'lgan obstruktiv sariqlik bilan og'rikan bemorlarda o't yo'llarining shoshilinch dekompressiyaga zarurat tug'ilganda tashqi o'tni yo'qotish uchun ishlatilgan. Obstruktiv sariqlik bilan og'rikan bemorlarda operatsiyadan oldin PTXS dan foydalanish, jarrohlik amaliyotidan keyingi asoratlar va o'lim sonini kamaytirishi mumkin.

Shunday qilib, laparoskopik jigar sistektomiyasi dastlab taqqoslash guruhidagi 33 (50,8%) bemor uchun rejalashtirilgan edi. Shulardan 1 (3,0%) holatda parazitlar kista erishish qiyin bo'lgan diafragma osti sohasida joylashgan. Jigarning qiyin joyida kista lokalizatsiya qilinganiga qaramay, jarroh operatsiyaning asosiy bosqichlarini endovideojarrohlik usulidan foydalangan holda yakunlashga harakat qildi, ammo buning oldini olish uchun sistobiliar fistulaning pastki qismida topilgan. qoldiq bo'shliq. Operatsiyadan keyingi dastlabki davrda safro oqishi ehtimolini hisobga olgan holda, ta'sir qilish yaxshilangan keng yondashuvga o'tish amalga oshirildi. Taqqoslash guruhiga laparoskopik jigar sistektomiyasi qilingan bemorlar kiritilgan.

Taqqoslash guruhidagi umumiy balli 15 dan yuqori bo'lgan 33 nafar bemorga laparotomiya yo'li bilan sistektomiya o'tkazildi. Ulardan 3 ta holatda diapaevtik va laparoskopik usullarni konvertatsiya qilishdan keyin mos ravishda 2 va 1 holatda.

1 yildan 7 yilgacha bo'lgan davrda jigar kistalarini jarrohlik yo'li bilan davolashning uzoq muddatli natijalari o'rganildi - 88 (75,2%) bemor, ulardan 45 (86,5%) bemor diapevtik aralashuvdan keyin (asosiy guruh), 22 (68,7%) bemor. laparoskopik jigar sistektomiyasidan keyin (taqqoslash guruhi) va laparotomiya aralashuvidan keyin 21 (63,6%) bemor (taqqoslash guruhi).

Kuzatuv tadqiqotlari 52 bemorda ambulatoriya sharoitida va 36 bemorning shaxsiy ma'lumotlarini o'rganish orqali o'tkazildi. Bemorlarning aksariyati (87%) operatsiyadan keyingi birinchi yil davomida bir necha marta, keyin esa yiliga bir marta tekshiruvdan o'tkazildi. Natijalarni tahlil qilganda, operatsiyaning tabiati va bemorlarning shikoyatlari bilan bevosita bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan shikoyatlarning tabiati. mehnat qobiliyati aniqlandi. Jarrohlik davolash natijalarini baholash uchun sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlarni o'rganishdan tashqari, jigarda qoldiq bo'shliqlarni, ulardagi suyuqlikning mumkin bo'lgan to'planishini va kasallikning qaytalanishini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvi o'tkazildi.

Barcha 56 holatda, parazitlar kistalar bilan og'rikan bemorlar uchun operatsiyadan keyingi kimyoterapiya kursidan so'ng, 5 yilgacha bo'lgan kuzatuv davrida kasallikning qaytalanishi kuzatilmadi.

Shunday qilib, ishlab chiqilgan dasturdan foydalanish kistali jigar shakllanishini jarrohlik yo'li bilan davolash bemorlarning aksariyatida o'lim va og'ir asoratlardan bo'lmaganda yaxshi va qoniqarli natijalarga erishishga imkon berdi.

Ishlab chiqilgan tadqiqot dasturining asosiy nuqtasi laparotomiya orqali ochiq aralashuvlar uchun ko'rsatmalarni keskin cheklash bo'lishiga qaramay, ushbu turdagi operatsiyalar 33 bemorda, bemorlarning deyarli uchdan birida amalga oshirildi. Bu jigar kistalarini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun laparoskopik usullardan foydalanishni cheklaydigan kasallikning ilg'or bosqichlarining ustunligi, shuningdek, jigar kistalarini majburiy jarrohlik davolashda minimal invaziv usullarga nisbatan juda ko'p kontrendikatsiyalar mavjudligi bilan bog'liq edi. jigar etishmovchiligi va (yoki) boshqa halokatli asoratlarni rivojlanish xavfi tufayli zarur.

Ko'rsatilgan ko'rsatkichlar bo'yicha yuqoridagi tadbirlarni amalga oshirgandan so'ng, bir qator asoratlar tashxisi qo'yildi. Jarrohlik davolash usuliga qarab ularning sifat va miqdoriy tarkibini tahlil qildik.

Eng ko'p uchraydigan asorat qoldiq bo'shliqning yiringlashi bo'lib, u laparotomiya yo'li bilan o'tkazilgan jigar exinokokkoz operatsiyalaridan so'ng sezilarli darajada ($p<0,05$) kuzatildi. Asoratlarning umumiy soni - 32 (27,3%) laparotomiya echinokokkektomiya, kista fenestratsiyasi, atipik jigar rezeksiyalari va an'anaviy ochiq kirish bilan amalga oshirilgan boshqa operatsiyalardan so'ng sezilarli darajada ($p<0,05$) yuqori bo'ldi.

Ushbu tadqiqot davomida jigar kistalarini jarrohlik davolashning barcha usullarining vaqt parametrlari o'rganildi.

Kasalxonada qolishning maksimal davomiyligi laparotomiya orqali jigar polikistik kasalligi uchun jarrohlik aralashuvlardan so'ng bemorlarda kuzatildi. Deyarli bir xil vaqt ochiq echinokokkektomiyadan so'ng bemorlarni davolashga va yakka va ko'p jigar kistalari uchun boshqa aralashuvlarga sarflandi. Minimal invaziv jarrohlik usullarini qo'llagan bemorlarning kasalxonada qolish muddati sezilarli darajada qisqaroq ($p<0,05$). Shunga o'xshash rasm jarrohlik davolashning ochiq usullaridan so'ng operatsiyadan keyingi shifoxonada davolanish muddatini solishtirganda kuzatiladi, bu minimal invaziv usullardan keyin sezilarli darajada ($p<0,05$) uzoqroqdir.

Operatsiya davomiyligi polikistik kasallik uchun atipik jigar rezeksiyalari uchun maksimal bo'lgan; laparotomiya orqali amalga oshirilgan boshqa aralashuvlar taxminan 1,5 soat davom etgan. Perkutan punktsion 28-40 daqiqada, laparoskopik aralashuvlar - 61-66 daqiqada amalga oshirildi.

Parazit bo'lmagan jigar kistalarini jarrohlik yo'li bilan davolashning turli usullarini qo'llashning bevosita natijalarini o'rganib chiqdik.

Ko‘rinib turibdiki, perkutan punktsion va laparoskopik sistektomiyaning barcha aniq samaradorligiga qaramay, jigar kistalari bilan og‘rigan bemorlarning katta guruhi mavjud bo‘lib, ular uchun bu usullar kontrendikedir va jarrohlik davolash ba‘zan hayotni saqlab qolish uchun zarurdir. Bundan tashqari, minimal invaziv usullarning intraoperativ asoratlari bo‘lsa, bemorga faqat laparotomiya yordam berishi mumkin.

4.8 jadvalda JK larining davolashdan keying asoratlari berilgan bo‘lib, jarrohlik davolash usuliga qarab ularning sifat va miqdoriy tarkibini tahlil qildik. Eng ko‘p uchraydigan asoratlardan biri bu qoldiq bo‘shliqning yiringlashi, bu holat laparotomiyadan keyin sezilarli darajada ($p<0,05$) kuzatildi. Atipik jigar rezeksiyalari va an'anaviy ochiq kirish bilan amalga oshirilgan boshqa operatsiyalardan so‘ng sezilarli darajada ($p<0,05$) yuqori bo‘ldi. Asoratlarni umumiy soni olsak - 32 (27,3%) laparotomiya echinokokkektomiya bilan, kista fenestratsiyasi,.

Kasalxonada qolishning maksimal davomiyligi laparotomiya orqali jigar polikistik kasalligi uchun jarrohlik aralashuvlardan so‘ng bemorlarda kuzatildi. Deyarli bir xil vaqtda laparotomkechinokokkektomiyadan so‘ng bemorlarni davolash, yakka va ko‘p kamerali jigar kistalari uchun boshqa aralashuvlarga sarflandi.

Tadqiqot guruhlarida punktsion-drenaj va an'anaviy usullar (laparoskopik va laparotomiya) yordamida jigar kistalari bilan og‘rigan bemorlarni davolash natijalarini retrospektiv tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, har bir usuldan foydalanishda ijobiy va salbiy ta'sirlar mavjud, ularni hisobga olish kerak edi. Amaldagi davolash taktikasi bilan qoniqarsiz natijalarning sezilarli foizi jigar kistasi shakllanishining anatomik va topografik xususiyatlarini, kasallik tarixini (oldingi operatsiyalar) va bemorning hayot bosqichini hisobga olgan holda davolash usulini tanlashni qayta ko‘rib chiqish zarurligiga olib keldi. parazitlar kist.

Bu jigar kistalari uchun jarrohlik usulini tanlash uchun optimal algoritmnini ishlab chiqish uchun zaruriy shart edi. Bundan tashqari, mavjud texnik ehtiyojlarni hisobga olgan holda, ushbu patologiya bilan ogʻrigan bemorlarda punktsion va drenaj aralashuvi uchun maxsus drenaj ishlab chiqilgan.

4.8 jadvalda JK larining davolashdan keying asoratlari berilgan boʻlib, jarrohlik davolash usuliga qarab ularning sifat va miqdoriy tarkibini tahlil qildik. Eng koʻp uchraydigan asoratlardan biri bu qoldiq boʻshliqning yiringlashi, bu holat laparotomiyadan keyin sezilarli darajada ($p<0,05$) kuzatildi. Atipik jigar rezeksiyalari va anʼanaviy ochiq kirish bilan amalga oshirilgan boshqa operatsiyalardan soʻng sezilarli darajada ($p<0,05$) yuqori boʻldi. Asoratlarni umumiy soni olsak - 32 (27,3%) laparotomiya echinokokkektomiya bilan, kista fenestratsiyasi.

Kasalxonada qolishning maksimal davomiyligi laparotomiya orqali jigar polikistik kasalligi uchun jarrohlik aralashuvlardan soʻng bemorlarda kuzatildi. Deyarli bir xil vaqtda laparotomkechinokokkektomiyadan soʻng bemorlarni davolash, yakka va koʻp kamerali jigar kistalari uchun boshqa aralashuvlarga sarflandi.

Har bir bemorning hayot sifati operatsiyadan keyingi davrda obʼektiv va subʼektiv belgilar boʻyicha soʻrovnomadan olingan ballar asosida baholandi. 81 dan 100 ballgacha “aʼlo”, 61 balldan 80 ballgacha “yaxshi”, 41 balldan 60 ballgacha “qoniqarli”, 40 balldan past ball toʻplagan bemorlar “qoniqarsiz” deb baholandi.

Ishlab chiqilgan dasturga koʻra, jigar sistektomiyasi oʻtkazilgan bemorlarning hayot sifati baholandi - operatsiyadan keyingi davrda kuzatilgan 88 (75,2%) bemor.

Taqqoslash guruhidagi bemorlardan farqli oʻlaroq, asosiy guruhdagi bemorlarning hayot sifati yaxshilandi. Shunday qilib, asosiy guruhda aʼlo va yaxshi natijalar 95,5% ni tashkil etdi (45 bemordan 43 tasida, taqqoslash guruhida esa bu koʻrsatkich 81,4% (43 bemordan 35 tasida)). Umuman olganda, jami barcha natijalar

bo'yicha u erda. asosiy guruhda eng yaxshi qiymatga erishildi (guruhlar o'rtasidagi mezon $\chi^2 = 43,087$; $Df = 3$; $p < 0,001$).

XULOSALAR

1. Jarrohlik operatsiyalarining perkutan punktsion usullarini tahlil qilish jigar kistalari bilan og‘rigan bemorlarni davolash va diagnostika taktikasi uchun keng imkoniyatlarni ochib berdi, bu ko‘p hollarda bemor uchun qulayroq sharoitlarda jarrohlik aralashuvini amalga oshirishga imkon beradi. Parazitar bo‘lmagan soliter kistalari yoki diametri 5 sm gacha bo‘lgan polikistik kasallikdagi dominant kistasi bo‘lgan bemorlar dinamik monitoringni talab qiladi. Punktsion sistektomiyalar uchun ko‘rsatmalar parazitar bo‘lmagan soliter va 5 sm yoki undan ortiq o‘lchamdagi ko‘p jigar kistalaridir. Biz jigarining orqa yuzasida kistalarning lokalizatsiyasini, shuningdek, intraparenximal joylashuvni kontrendikatsiyalar deb hisoblaymiz. Punktsion echinokokkektomiya uchun ko‘rsatmalar JSST tasnifiga ko‘ra (2003) CE1 bosqichida, maqbul zonalarda joylashgan diametri 7 sm dan oshmaydigan yakka va ko‘p kistalardir. Ushbu texnikani qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar echinokokkozning tarqalgan va murakkab shakllaridir.

2. Tavsiya etilgan drenaj moslamasidan foydalanish orqali kista tarkibini evakuatsiya qilishning o‘zgartirilgan usuli qon ketish, safro oqishi, allergik reaksiya va qorin bo‘shlig‘ining ifloslanishi kabi qoniqarsiz natijalar xavfisiz punktsion teshigini muhrlashga yordam berdi. Bizning tadqiqotimizda punktsion usuli yordamida echinokokkektomiyadan so‘ng 4 bemorda (30,8%) sistobiliar oqmalar paydo bo‘ldi. Katta kalibrli kistobiliar oqmalarni yo‘q qilish imkoniyatlari yo‘qligi punktsion usulining kamchiliklari deb hisoblaymiz.

3. Jigar kistalari bilan og‘rigan bemorlarni punktsion-drenaj va an'anaviy usullar (laparoskopik va laparotomiyaviy aralashuvlar) yordamida davolash natijalarini retrospektiv tahlil qilish asosida ushbu toifadagi bemorlarni boshqarishning optimal algoritmi ishlab chiqildi.

4. Perkutan punktsion sistektomiyasi jigarining parazitar va parazitar bo‘lmagan kistalarini jarrohlik yo‘li bilan davolashning zamonaviy minimal invaziv usuli bo‘lib, laparoskopik va an'anaviy usullarga nisbatan muhim ijtimoiy ahamiyatga ega va iqtisodiy samaradorlikka ega bo‘lgan katta klinik samaradorlikka ega. Aralashuvning afzalliklari bemorlarni operatsiyadan keyingi erta reabilitatsiya

qilish, laparoskopik va ochiq an'anaviy operatsiyalarga xos bo'lgan turli xil asoratlarni kamaytirish (38,5% dan 13,5% gacha) yoki oldini olish, shuningdek, kasalxonada qolishni $312,2 \pm 96,8$ dan kamaytirishni o'z ichiga oladi. $16,2 \pm 4,4$ soatgacha.

5. Jigar kistalari bo'yicha diapervtik aralashuvlarning uzoq muddatli natijalarini tahlil qilish usulning radikalligini ko'rsatdi, parazitar bo'lmagan jigar kistalari bo'lgan bemorlarda ko'proq afzalroq bo'lishi mumkin va tanlov operatsiyasi bo'lishi mumkin, bu esa bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi. va 95,5% gacha yaxshi natijalar, laparoskopik va an'anaviy ochiq aralashuvlardan so'ng bu ko'rsatkich 81,4% ni tashkil etdi. Umuman olganda, birgalikda olingan barcha natijalar uchun asosiy guruhda sezilarli darajada yaxshiroq qiymatga erishildi (guruhlar mezoni $\chi^2 = 43,087$; $Df=3$; $p<0,001$).

AMALIY TAVSIYALAR

1. Perkutan punksiya usuli yordamida jigardan sistektomiya qilish imkoniyatini aniqlash uchun jarayonning lokalizatsiyasini topikal tekshirish bilan kasallikning og'irligi uchun tavsiya etilgan balldan foydalanish tavsiya etiladi.

2. Jigardan perkutan punksiya sistektomiyasi yuqori texnologik operatsiya bo'lib, shuning uchun uning asosiy bosqichlari qoidalariga va ketma-ketligiga qat'iy rioya qilgan holda amalga oshirilishi kerak.

3. Aralashuvni amalga oshirish uchun ishda ishlab chiqilgan va tavsiflangan vositalar va usullardan foydalanish kerak. O'z ichiga olgan maxsus texnik qurilmalardan foydalanishga - 16Fr diametrli kateter tavsiya etilgan drenaj moslamasi, bu punksiya teshigini asoratlar xavfisiz muhrlashga yordam beradi.

4. Ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini oshirish maqsadida jigarning parazitar va parazitar bo'lmagan kistalarini jarrohlik yo'li bilan davolash taktikasini tanlashning ishlab chiqilgan algoritmidan foydalanish va sistektomiya qilingan bemorlarning hayot sifatini aniqlash tavsiya etiladi. bemorlarning jismoniy, aqliy va ijtimoiy kundalik faoliyatiga ta'sir qiluvchi asosiy omillarni hisobga oladigan takomillashtirilgan shkaladan foydalanish.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Abdokov A. D. Klinicheskaya otsenka principov aparazitarnosti i antiparazitarnosti v xirurgii exinokokkoza pecheni : dis. – Stavropolskaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya, 2012.
2. Aleksandrov, T. L. Vliyaniye tsitomegalovirusnoy infektsii na techeniye yazvennogo Kolita Sredney i tyazelay stepeni / T.L. Aleksandrov, B.A. Nanaeva, T.A. Baranova // Koloproktologiya. — 2021. — T. 20, № 3 (77). — S. 2834. — DOI: 10.33878/2073-7556-2021-20-3-28-34. — EDN SISMHO.
3. Analiz demograficheskix i klinicheskix osobennostey pasientov s yazvennim kolitom i vibor taktiki xirurgicheskogo lecheniya yazvennogo Kolita / A.E. Rustamov, D.V. Eshmurodova, F.M. Ismailov [i dr.] // Ot fundamentalnix znaniy "k tonkomu vladeniyu skalpelem", posvyatshennaya pamyati professora V.F. Voyno-Yasenskogo : Sbornik nauchnix trudov po materialam II Mejdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. — Kursk : Kurskiy Gosudarstvenniy medisinskiy universitet, 2021. — S. 48-49.
4. Analiz laboratornix pokazateley aktivnosti yazvennogo Kolita u bolnix / A.V. Tkachev, L.S. Mkrtchyan, K.E. Mazovka [i dr.] // Koloproktologiya. — 2020. — T. 19, № 1 (73). — S. 40. — EDN CVZXRY.
5. Arxipova, O.V. Endoskopicheskaya diagnostika displazii slizistoy obolochki Tolstoy kishki u pasientov s yazvennim kolitom / o.V. Arxipova // Dokazatel'naya gastroenterologiya. — 2020. — № 1. — S. 68-76.
6. Achkasov, S.I. Rezervuariti posle formirovaniya tazovix tonkokishechnix rezervuarov u bolnix yazvennim kolitom / S.I. Achkasov, O.I. Sushkov, A.E. Kulikov // Koloproktologiya. — 2018. — № 2 (64). — S. 48. — EDN XWTKQP.
7. Baevskiy, R.M. Variabelnost serdechnogo ritma: teoreticheskie aspekti i vozmojnosti klinicheskogo primeneniya / R.M. Baevskiy, G.G. Ivanov // Ultrazvukovaya i Funktsional'naya diagnostika. — 2001. — № 3. — S. 108—127. — EDN VWTHLT.

8. Belousova, E.A. Yazvenniy kolit i bolezni krona / E.A. Belousova. — Tver : Triada, 2002. — 128 s.
9. Bolotova, E.V. Sovremennye predstavleniya o mexanizmax razvitiya i prediktorax tyazhesti yazvennogo Kolita / E.V. Bolotova, K.A. Yumukyan, A.V. Dudnikova // Doktor.Ru. — 2019. — № 2. — S. 34-39.
10. Borisova, R.P. Izmeneniye pokazateley krovi pri nespesificheskom yazvennom kolite / R.P. Borisova // Meridian. — 2020. — № 13. — S. 105-107.
11. BorOTA, A.A. Opredeleniye pokazaniy k rekonstruktivno-vosstanovitel'nomu xirurgicheskomu lecheniyu oslojnenix form yazvennogo Kolita (obzor literaturi) / A.A. BorOTA // Arxiv klinicheskoy i eksperimentalnoy meditsiny. — 2021. — T. 30, № 4. — S. 381-387. — EDN WXXUYP.
12. Budanov, K.E. Mikrobiologicheskoye issledovaniye biopiatov stenki Tolstoy kishki u bolnix s yazvennim kolitom / K.E. Budanov, Yu.D. Borisenko // Studencheskaya Nauka i meditsina XXI veka: Traditsii, innovatsii i prioritety: Sbornik materialov. — Samara : OOO "ofort", 2018. — S. 68.
13. Variant formirovaniya rezervuarnogo ileorektalnogo anastomoza pri xirurgicheskom lechenii yazvennogo Kolita / A.V. BorOTA, A. A. BorOTA, A.P. Kuxto, N.K. Baziyan-Kuxto // Koloproktologiya. — 2019. — № 3. — S. 79.
14. Vaxrushev, Ya.M. Kompleksnaya kliniko-Funktsionalnaya Otsenka tonkoy kishki pri metabolicheskom sindrome / ya.M. Vaxrushev, M.V. Lyapina // Arxiv'vnutrenney meditsiny. — 2015. — № 3. — S. 3-9.
15. Veselkova, E.A. Sravnitel'niy analiz psixologicheskix osobennostey lichnosti pri yazvennom kolite i serdechno-sosudistix zabolevaniyax / E.A. Veselkova, E.A. Kojevnikova // Aktualnye Nauchnye issledovaniya v sovremennom mire. — 2021. — № 1-7 (69). — S. 87-90. — EDN WFCBFL.
16. Vliyaniye alimentarnogo faktora na razvitiye yazvennogo Kolita / g.R. Bikbavova, M.A. Livzan [i dr.] // Eksperimentalnaya i Klinicheskaya gastroenterologiya. — 2019. — № 2. — S. 24-27.

17. Vliyanie mielopeptidov na generatsiyu aktivnix form kisloroda i produktsiyu IL-1b i TNF-a kletkami perifericheskoy krovi / V. A. Chereshev, L. S. Mazunina, S. — 2012. — T. 56, № 1. — S. 19-22. — EDN PUZJEV.
18. Vliyanie osobennostey sovremennogo obraza jizni na vzniknovenie yazvennogo Kolita / g.R. Bikbavova, M.A. Livzan, V.I. Sovalkin [i dr.] // Arxiv'vnutrenney medisiny. — 2019. — T. 9, № 3 (47). — S. 188-193. — DOI 10.20514/2226-6704-2019-9-3-188-193. — EDN MTWJCV.
19. Vliyanie Pola pasientov, podlejatshix operativnomu lecheniyu, na techenie yazvennogo Kolita / o.G. Dibov, A.V. Vorobey, I. A. Xadji Ismail, A.M. Starostin // Zdravooxranenie (Minsk). — 2022. — № 6 (903). — S. 5963. — EDN LMUUFX.
20. Vliyanie polimorfizma Gena vaskuloendotelialnogo faktora rosta VEGFA — 6340/S (rs 2010963) na progressirovanie yazvennogo Kolita / yu.I. Tretyakova, I.A. Bulatova, A.P. Tshkotova, A.A. Krivosov // Eksperimentalnaya i Klinicheskaya gastroenterologiya. — 2018. — № 8. — S. 78-83.
21. Voprosi ranney morfologicheskoy diagnostiki kolorektalnogo raka na fone yazvennogo Kolita / A.A. Madaliev, S.N. Navruzov, D.A. Nishanov [i dr.] // Klinicheskaya i Eksperimentalnaya onkologiya. — 2020. — № 3. — S. 23-27. — BBK OBUKM.
22. Vospalitelnye zabolevaniya kishchnika v praktike terapevta i xirurga / I.E. Xatkov, A.I. Parfenov, O.V. Knyazev [i dr.]. — Moskva : Vita-press, 2017. — 120 s.
23. Gennie seti / N.A. Kolchanov, E.V. Ignateva, O.A. Podkolodnaya [i dr.] // Vavilovskiy jurnal genetiki i selektsii. — 2013. — T. 17, № 4-2. — S. 833-850. — BBK K^SH!
24. Gipoteza istotsheniya bioma i yazvenniy kolit — est li svyaz? / G.R. Bikbavova, M.A. Livzan, D.V. Turchaninov, T.V. Tretyakova // Profilakticheskaya medicina. — 2020. — T. 23, № 6-2. — S. 52-56. — BO1: 10.17116/rgo1sheyo20202306252. — BBK FBWYIK.

25. Golovenko, O.V. Sovremennye printsiipy konservativnogo lecheniya legkoy i srednetyazhelyoy form yazvennogo Kolita / o.V. Golovenko // Lechatshiy vrach. — 2022. — T. 25, № 11. — S. 82-89. — DOI: 10.51793/0B.2022.25.11.014. — BKB /voaok.
26. Davidova, O.E. Yazvenniy kolit — osobennosti diagnostiki i lecheniya / o.E. Davidova, P.S. Andreev, S.E. Katorkin // Gastroenterologiya Sankt-Peterburga. — 2017. — № 1. — S. 76-76.
27. Diagnostika vospalitelnykh zabolevaniy kishechnika i IX oslojneniy s ispolzovaniem sovremennykh endoskopicheskikh metodov issledovaniya: uchebno-Metodicheskoe posobie / A.A. Titaeva, S.G. Teretshenko, E.A. Belousova [i dr.]. — Moskva : GBUZ mo MONIKI im. M.F. Vladimirovskogo, 2022. — S. 24. — EDN OQMAYQ.
28. Dinamika provospalitelnykh tsitokinov u bolnykh yazvennim kolitom na fone biologicheskoy terapii vedolizumabom i infliksimabom / o.V. Knyazev, A.V. Kagramanova, A.A. Litshinskaya [i dr.] // Koloproktologiya. — 2020. — T. 19, № 1 (73). — S. 36. — EDN AAKEEX.
29. Dostizhenie gistologicheskoy remissii yazvennogo Kolita pri kombinirovannoy antisitokinovoy i kletochnoy terapii / o.V. Knyazev [i dr.] // Terapevticheskiy arxiv. — 2021. — № 12. — S. 1435-1442.
30. Zavertyaeva, D.S. Trudniy diagnoz: ot yazvennogo Kolita k bolezni krona. Aktualnye Voprosy pediatrii: materialy kraevoy nauchno-prakticheskoy konferentsii / D.S. Zavertyaeva, O.P. Yakovleva. — [Perm](#) : Permskiy Gosudarstvenniy meditsinskiy universitet im. akad. E.A. Vagnera, 2020. — S. 79-82.
31. Zelenova, L.Yu. Rol obrazovaniya v postkrisisnom razviti: Nauchnye issledovaniya i psixologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie / L.Yu. Zelenova // teoreticheskiy analiz issledovaniy psixologicheskikh osobennostey u pasientov s nespesificheskim yazvennim kolitom: Sbornik nauchnykh statey. — [Chelyabinsk](#) : OOO "pechatniy dvor", 2022. — S. 75-79.

32. Znachenie fekalnogo kalprotektina v monitoringe aktivnosti vospalitelnix zabolevaniy kishechnika / o.V. Knyazev, A.V. Kagramanova, I.A. Korneeva [i dr.] // *Terapevticheskiy arxiv*. — 2019. — №91(4) — S. 7579. — URL: DOI: 10.26442/00403660.2019.04.000229 (Data obratsheniya: 15.01.2023).
33. Zyubenko, M.A. Yazvenniy kolit s uveitom u komorbidnogo Bolnogo / M.A. Zyubenko, I.N. Kupriyanova, V.I. Flyagina // *Sovremennie texnologii v oftalmologii*. — 2019. — № 4. — S. 112-115.
34. Ivashkin, V.T. Klinicheskie rekomendasii Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assosiasii i assosiasii koloproktologov Rossii po diagnostike i lecheniyu yazvennogo Kolita / V.T. Ivashkin, Yu.A. Sheligin. — *Koloprok-tologiya*. — 2017. — № 1. — S. 6-30.
35. Izmenenie kishechnogo mikrobioma pasientov s yazvennim kolitom posle transplantasii kishechnoy mirobioti / A.Yu. Tikunov, V.V. Morozov, A.N. Shvalov [i dr.] // *Biotexnologiya — medisine budutshego: materialy Vserossiyskoy multikonferentsii s mejdunarodnim uchastiem, Novosibirsk, 29 iyunya 2019 g.* — Novosibirsk: OOO "ofset-TM", 2019. — S. 112. — EDN EGHUBD.
36. Ishutina, I.N. Terapevticheskie aspekty nespesificheskogo yazvennogo Kolita / I. N. Ishutina // *byulleten meditsinskix Internet-konferentsiy*. — 2015. — № 5. — S. 391.
37. Katorkin, S.E. Ispolzovanie tonkokishechnix rezervuarov v lechenii rezistentnogo yazvennogo Kolita / S.E. Katorkin, A.V. Juravlev, A. A. Chernov // *Koloproktologiya*. — 2017. — № 3. — S. 79.
38. Klimov, V.A. Diagnostika i lechenie yazvennogo Kolita / V.A. Klimov // *spravochnik vracha obtshey praktiki*. — 2019. — № 4. — S. 4-22. — EDN ZDGBDN.
39. Kliniko-bioximicheskiy status pasientov s yazvennim kolitom / yu.A. Xa-litova, yu.V. Myakisheva, S.E. Katorkin [i dr.] // *Vestnik meditsinskogo instituta "REAVIZ": reabilitasiya, vrach i zdorove* — 2022. — № 5 (59). — S. 66-73. — DOI: 10.20340/vmi-rvz.2022.5.CLIN.7. — EDN OG TNZV.

...

40. Klinicheskie rekomendatsii natsionalnoy assositsii spetsialistov po kontrolyu infektsiy, svyazannykh s okazaniem meditsinskoy pomoshchi, i obshcherossiyskoy obshchestvennoy nekommercheskoy organizatsii "assotsiatsiya koloproktologov Rossii" po diagnostike, lecheniyu i profilaktike *Clostridium difficile*-assotsiirovannoy diarei (cdi) / yu.A. Sheligin, V. A. Alyoshkin, M.A. Suxina [i dr.] // Koloproktologiya. — 2018. — № 3. — S. 7-23. — URL: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-3-7-23> (Data obratsheniya: 15.01.2023).
41. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu vzroslykh bolnykh yazvennim kolitom / V.I. Ivashkin, Yu.A. Sheligin [i dr.]. — Moskva: Rossiyskaya gastroenterologicheskaya assotsiatsiya; assotsiatsiya koloproktologov Rossii, 2022. — 1-55 s.
42. *Clostridium difficile* pri vospalitelnykh zabolevaniyakh kishechnika / o.V. Knyazev, A.V. Kagramanova, M.E. Chernova [i dr.] // Terapevticheskiy arxiv. — 2018. — № 11. — S. 32-36. — DOI: 10.26442/terarkh201890114-36. — EDN YNRTNR.
43. Klinicheskie rekomendatsii po koloproktologii / yu.A. Sheligin [i dr.]. — Moskva: assotsiatsiya koloproktologov Rossii, 2017. — 1-51 s.
44. Komorbidnaya patologiya pacientov yazvennim kolitom / T.E. Chernishova, E.Yu. Varenik, A.A. Valinurov, S.N. Styajkina // Vestnik meditsinskogo instituta "Reaviz": rehabilitatsiya, vrach i zdorove. — 2020. — № 3. — S. 92-98. — URL: <https://clck.ru/UkQ8g> (Data obratsheniya: 2020).
45. Kurbaeva, M.M. Osobennosti morfologicheskoy diagnostiki yazvennogo Kolita i bolezni krona / M.M. Kurbaeva, A.F. Mamleeva // Studencheskaya Nauka i meditsina XXI veka: Traditsii, innovatsii i prioritety: Sbornik materialov. — Samara: OOO "ofort", 2018. — S. 221-222. — EDN UWDBCK.
46. Laparoskopicheskaya khirurgiya yazvennogo Kolita / M.V. Timerbulatov, A.A. Ibatullin, F.M. Gaynutdinov [i dr.] // Koloproktologiya. — 2015. — № 1 (51). — S. 107-108. — EDN TVXYEN.

47. Lechenie pasientov s oslojnnim yazvennim kolitom [na](#) sovremennom etape / o.G. Dibov, A.V. Vorobey, I. A. Xadji Ismail, A.M. Starostin // Zdravooxranenie (Minsk). — 2020. — № 12. — S. 52-60.
48. Livzan, M.A. Yazvenniy kolit: opisanie, genetika, realizasiya (semeyniy sluchay yazvennogo Kolita) / M.A. Livzan, M.A. Bikbavova, M. Yu. Lozinskaya // Consilium Medicum. — 2020. — № 9. — S. 85-95.
49. Livzan, M.A. Vospalitelnie zabolevaniya kishechnika: Sovremennye aspekty diagnostiki i lecheniya / M.A. Livzan, M.A. Makeykina // Gastroenterologiya. Prilozhenie k jurnal'noy Consilium Medicum. — 2010. — S. 60-65.
50. Markery sistemnogo vospaleniya i mikroalbuminuriya pri vospalitel'nykh zabolevaniyax kishechnika / E.A. Stepina, K.A. Koposova, O.V. Xlinova [i dr.] // Eksperimental'naya i Klinicheskaya gastroenterologiya. — 2016. — № 3 (127). — S. 15-19. — EDN VVIRWP.
51. Mingazov, A.F. Vozmozhnosti khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh yazvennim kolitom: tonkokishechnyy j-rezervuar / A.F. Mingazov, L.R. Xabibullina //
52. Studencheskaya Nauka i meditsina XXI veka: Traditsii, innovatsii i prioritety: Sbornik materialov. — [Samara](#): OOO "ofort", 2018. — S.274-275.
53. Michurina, M.A. Ekologicheskie i professionalnye prediktory vozniknoveniya yazvennogo Kolita i bolezni krona / M.A. Michurina, G.I. Gazizova, S.N. Styajkina // Modern Science. — 2021. — № 4. — S. 130-132.
54. Mkrtchyan, L.S. Osobennosti nastupleniya remissii u bol'nykh s levostoronnim i totalnim yazvennim kolitom / L.S. Mkrtchyan, A.V. Tkachev, K.E. Mazovka // Gastroenterologiya Sankt-Peterburga. — 2019. — № 2. — S. 30-31 — EDN HWDPQW.
55. Neeffektivnost' tazovix tonkokishechnykh rezervuarov u bol'nykh yazvennim kolitom / S.I. Achkasov, A.E. Kulikov, A.F. Mingazov [i dr.] // Kolo-proktologiya. — 2022. — T. 21, № 3 (81). — S. 10-18. — DOI: 10.33878/2073-7556-2022-21-3-10-18. — EDN WLRWQH.
56. Obratstov, I.V. Prognozirovaniye otveta [na](#) biologicheskuyu terapiyu yazvennogo Kolita na osnovanii otsenki urovnya tsitokinov / I.V. Obratstov //

- materiali nauchno-prakticheskix konferentsiy v ramkax V Rossiyskogo kongressa laboratornoy medisini (RKLM 2019): Sbornik tezisov. — Moskva : IPO "u Nikitskix vorot", 2019. — S. 29.
57. Osobennosti diagnostiki i lecheniya nespesificheskogo yazvennogo Kolita / Lugovkina, L.O. Rudakova, N.A. Kryukova [i dr.] // Eksperimentalnaya i Klinicheskaya gastroenterologiya. — 2019. — № 4 (164). — S. 10-16. — DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-164-4-10-16. — EDN EHSQSU.
58. Osobennosti techeniya yazvennogo Kolita v zavisimosti ot dlitelnosti zabolevaniya / M.V. Lyapina, D.V. Nekrasov, A. A. Piskulina [i dr.] // Kongress "Chelovek i lekarstvo. Ural — 2019": Sbornik materialov (tezisi dokladov). — Tyumen : reklamno-Izdatelskiy tsentr "Ayveks", 2019. — S. 54.
59. Otdalennye rezultaty konservativnogo lecheniya bolnix s tyazelim obostreniem yazvennogo Kolita / I.L. Xalif, B.A. Nanaeva, A.O. Golovenko, O.V. Golovenko // Terapevticheskiy arxiv. — 2015. — № 2. — S. 34-37. — URL: <https://doi.org/10.17116/terarkh201587234-38> (Data obratsheniya: 15.01.2023).
60. Otsenka dinamiki rosta assotsirovannykh s yazvennim kolitom i bolezn'yu krona razlichnykh vidov opuxoley Tolstoy kishki / A. V. BorOTA, I. E. Sedakov, G.E. Polunin [i dr.] // Sbornik nauchnykh rabot III Peterburgskogo Mejdunarodnogo onkologicheskogo Forumy "Belie nochi 2017". — Spb.: FGBU "NII onkologii im. P. A. Heryngmana", 2017. — S. 100-102.
61. Pankratova, E.S. Dinamika smertnosti i vozrastnykh pokazateley zabolevaemosti nespesificheskim yazvennim kolitom v Kirovskoy oblasti za 2015-2019 gg. / E.S. Pankratova, D.S. Zyuzeva, D.E. Milchakov // Avisenna. — 2020. — № 66. — S. 4-9. — EDN BGVZRA.
62. Ploskokletochnaya metaplaziya slizistoy obolochki pryamoy kishki u pasientov s dlitel'nim anamnezom yazvennogo Kolita (seriya klinicheskix sluchaev) / o.V. Arxipova, T.A. Vasilevix, V.V. Veselov, O.A. Maynovskaya // Kolo-proktologiya. — 2021. — № 3. — S. 72-76.
63. Polimorfizm Genov ITGA4, ITGB7, TNFa, IL10 u pasientov s yazvennim kolitom buryatskoy etnicheskoy gruppi / I.V. Jilin, E.Yu. Chashkova, A.A.

- Jilina, A.Ch. Tsirempilova // almanax klinicheskoy medisini. — 2021. — № 7. — S. 469-474.
- 64.Problemi diagnostiki gistologicheskoy remissii u bolnix s vospalitelnimi zabolevaniyami kishechnika / A.S. Tertichniy, X.M. Axrieva, I.V. Maev [i dr.] // Arxiv patologii. — 2017. — № 3(79). — S. 3-9.
- 65.Proekt klinicheskix rekomendasiy po diagnostike i lecheniyu yazvennogo Kolita / V.T. Ivashkin, Yu.A. Sheligin, E.A. Belousova [i dr.] // Koloproktologiya. — 2019. — № 4 — S. 7-36.
- 66.Psixologicheskii stress — faktor riska razvitiya yazvennogo Kolita / g.R. Bikbavova, M.A. Livzan, V.I. Sovalkin [i dr.] // Dokazatelnaya gastroenterologiya. — 2019. — № 2. — S. 37-42.
- 67.Razenak, I. Vospalitelnie zabolevaniya kishechnika: Prakticheskoe rukovodstvo / I. Razenak, S.I. Sitkin. — 7-e izd., pererab. i dop. — Moskva : Forte Print, 2014. — 108 s.
- 68.Risk zlokachestvennix prosessov v tolstom kishechnike pri yazvennom kolite / S.N. Styajkina, M.N. Klimentov, O.A. Neganova [i dr.] // Modern Science. — 2019. — № 5-2. — S. 52-55. — EDN ICDWSD.
- 69.Sosialno-demograficheskaya xarakteristika, osobennosti techeniya i varianti lecheniya vospalitelnix zabolevaniy kishechnika v Rossii. Rezultati dvux mnogosentrovix issledovaniy / E.A. Belousova, D.I. Abdulganieva, O.P. Alekseeva [i dr.] // Almanax klinicheskoy medisini. — 2018. — № 46 (5). — S. 445-463. — URL: <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2018-465-445-463> (Data obratsheniya: 15.01.2023).
- 70.Sravnitel'naya Otsenka kachestva jizni pasientov, operirovannix po povodu yazvennogo Kolita. Xirurgiya / S.I. Achkasov, A.V. Vardanyan, Sh.A. Bin-natli [i dr.] // Jurnal im. N.I. Pirogova. — 2020. — № 7. — S. 18-24.
- 71.Sravnitel'naya Otsenka effektivnosti monoterapii yazvennogo Kolita Mesalazinom MMX i kombinirovannoy terapii neprolongirovannimi mesalazinami v rektal'nix formax / o.V. Knyazev, A.V. Kagramanova, A.A. Litshin-skaya [i

- dr.] // Meditsinskiy sovet. — 2022. — T. 16, № 14. — S. 96-106. — DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-14-96-106. — EDN MKBADB.
72. Stashkevich, D.S. Polimorfizm Genov provospalitel'nykh tsitokinov IL-1B, IL-6, TNF A u bol'nykh nespesificheskimi yazvennymi kolitami russkoy populatsii Chelyabinskoy oblasti / D.S. Stashkevich, A.L. Burmistrova, A.A. Kobelyanskaya // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. — 2016. — № 4. — S. 121. — EDN WIQCSD.
73. Stepina, E.A. Diagnosticheskaya i prognosticheskaya znachimost markyrovannykh endotelial'noy disfunktsii u pacientov s yazvennymi kolitami / E. A. Stepina, O.V. Xlinova, A.V. Tuev // Kazanskiy meditsinskiy jurnal. — 2016. — T. 97, № 2. — S. 187-191. — DOI: 10.17750/KMJ2016-187. — EDN VRCQIP.
74. Styajkina, S.N. Nespesificheskiy yazvenniy kolit: zabolevanie neizvestnoy etiologii / S.N. Styajkina, D.N. Muradova, V.N. Nikolaeva // sinergiya nauk. — 2019. — № 34. — S. 533-537.
75. Styajkina, S.N. Etiologicheskie i patogeneticheskie aspekty bolezni kronicheskogo yazvennogo kolita / S.N. Styajkina, O.G. Kanbekova, A.S. Lezina // Avisenna. — 2018. — № 18. — S. 36-38. — EDN XPPYVF.
76. Tarasova, E.N. Analiz assortimenta lekarstvennykh sredstv dlya lecheniya yazvennogo kolita legkoy i Sredney stepeni tyazhesti / E.N. Tarasova // Vestnik farmatsii. — 2021. — № 3. — S. 21-31.
77. Terapevticheskie podkhody k korektsii morfologicheskikh i immunologicheskikh smeshaniy pri yazvennom kolite (eksperimental'noye issledovanie) / T.I. Xomyakova, N.A. Zolotova [i dr.] // Eksperimental'naya i Klinicheskaya gastroenterologiya. — 2015. — № 5. — S. 118.
78. Tulashev, X.A. Otsenka effektivnosti khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh nespesificheskimi yazvennymi kolitami / X.A. Tulashev, S.T. Nurmatov, B.S. Navruzov // Forcipe. — 2019. — № 2. — S. 34. — EDN NSBOUV.
79. Uluchsheniye rezul'tatov lecheniya pacientov s yazvennymi kolitami s ispol'zovaniem individual'nykh sxem eradikatsionnoy terapii uslovno-patogennoy mikroflory, osnovannykh na mikrobiologicheskoy monitoringe / o.E. Davidova,

- S.E. Katorkin, A.V. Lyamin, P.S. Andreev // vrach - aspirant. — 2016. — № 4. — S. 49-55.
80. Fenotipicheskaya aktivnost i Molekulyarno-geneticheskie faktori patogen-nosti shtammov *Escherichia coli*, izolirovannix ot pasientov s yazvennim kolitom / yu.V. Myakisheva, E.E. Kruglov, Yu.A. Xalitova, R. A. Ikonnikova // OlymPlus. Gumanitarnaya versiya. — 2020. — № 2 (11). — S. 94-97. — EDN NMHDCR.
81. Xaritidis, A.M. Sovremenniy Vzgl'yad na Vedenie pasientov s yazvennim kolitom legkoy i Sredney stepeni tyazhesti v Ambulatornoy praktike / A.M. Xaritidis, O.B. Tshukina // Lechatshiy vrach. — 2022. — № 2. — S. 25-31.
82. Xirurgicheskoe lechenie yazvennogo Kolita. Stranisi istorii / o.V. Knyazev, T.V. Shkurko, A.V. Vardanyan, R.I. Romanov // Problemi socialnoy gigieni, zdravooxraneniya i istorii medisini. — 2021. — № 2. — S. 1358-1367.
83. Xomutova, E.Yu. Differentsialniy diagnost pri zabolevaniyax kishechnika: Uchebnoe posobie / E.Yu. Xomutova, G.R. Bikbavova, A.V. Pavlov. — Omsk : Izdatelstvo Omgmu, 2015. — S. 1 -7
84. Tsimmerman, Ya.S. Yazvenniy kolit i bolezni krona: Sovremennye predstavleniya. Chast 1: definitsiya, terminologiya, rasprostranennost, etiologiya i patogenez, klinika, oslojneniya, klassifikatsiya / ya. S. Tsimmerman, I. Ya. Tsimmerman, Yu.I. Tretyakova // Klinicheskaya meditsina. — 2013. — № 11. — S. 27-33.
85. Tsitokinoviy Profil i immunologicheskiy status u pasientov s yazvennim kolitom / S.V. Kononova, T.Ya. Vaxitov, I.V. Kudryavtsev [i dr.] // Voprosi prakticheskoy pediatrii. — 2021. — T. 16, № 6. — S. 52-62. — B01: 10.20953/1817-7646-2021-6-52-62. — EBK 1SEUR7.
86. Chernov, A.A. Xirurgicheskoe lechenie rezistentnogo yazvennogo Kolita s formirovaniem tonkokishechnix tazovix rezervuarov / A.A. Chernov, A.V. Juravlev, S.E. Katorkin // Koloproktologiya. — 2020. — T. 19, № 1 (73). — S. 42. — EBK KXEST1.

87. Shapina, M.V. Mesalazin v induktsii kliniko-endoskopicheskoy remissii legkix i srednetyajelix form yazvennogo Kolita / M.V. Shapina // medisinskiy sovet. — 2022. — T. 16, № 15. — S. 90-97. — DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-15-90-97. — EDN RZWXWA.
88. Shapina, M.V. Effektivnost i bezopasnost ozanimoda v lechenii yazvennogo Kolita / M.V. Shapina, A.V. Poletova, T. A. Baranova // Koloproktolo-giya. — 2022. — № 3. — S. 119-129.
89. Tshukina, O.B. Kortiment (budesonid MMX) v Algoritme lecheniya yazvennogo Kolita nizkoy i umerennoy stepeni tyajesti / O.B. Tshukina, A.G. Xaritonov // Eksperimentalnaya i Klinicheskaya gastroenterologiya. — 2018. — № 7 (155). — S. 62-66. — EDN QRPCAH.
90. Yazvenniy kolit i bolezni krona (etiologiya, diagnostika, klinika, lechenie): monografiya / S.N. Styajkina, M.N. Klimentov, T.E. Chernishova [i dr.]. — Ijevsk: Izd-vo FGBOU vo "IGMA", 2018. — 160 s.
91. Yazvenniy kolit i bolezni krona. Sovremennoe sostoyanie problemi etiologii, ranney diagnostiki i lecheniya (obzor literaturi) / P.V. Glavnov, N.N. Lebedeva, V. A. Katshenko, S. A. Varzin // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Medisina. — 2015. — № 4. — S. 48-72. — URL: <https://clck.ru/UkQ5u>
92. Yazvenniy kolit — ot predispolagayutshix faktorov do diagnoza / g.R. Bikbavova, M.A. Livzan, D.V. Turchaninov, A. A. Zastavnaya // Dokazatelnaya gastroenterologiya. — 2019. — № 4-5. — S. 5-10.
93. Yakubov, A.Yu. Faktori prognoza nespesificheskogo yazvennogo Kolita / A.Yu. Yakubov // natsionalnoe zdorove. — 2018. — № 3. — S. 102-106. — EDN YNJGUX.
94. A comprehensive review and update on Crohn's disease / M. Gajendran, P. Loganathan, A.P. Catinella, J.G. Hashash // Dis Mon. — 2018. — № 64. — P. 20-57.
95. A review of mortality and surgery in ulcerative colitis: milestones of the seriousness of the disease / C.N. Bernstein, S.C. Ng, P.L. Lakatos [et al.] // Inflamm Bowel Dis. — 2013. — № 19. — P. 2001-2010.

96. A systematic review and meta-analysis of laparoscopic vs open restorative procto-colectomy / P. Singh, A. Bhangu, R.J. Nicholls, P. Tekkis // *Colorectal Disease*. — 2013. — Vol. 15, № 7. — P. 340-351.
97. A systematic review of the measurement of endoscopic healing in ulcerative colitis clinical trials: Recommendations and implications for future research / M.A. Samaan, M.H. Mosli, W.J. Sandborn [et al.] // *Inflamm Bowel Dis*. — 2014. — № 20. — P. 1465-1471.
98. ACG Clinical Guideline / D.T. Rubin, A.N. Ananthakrishnan, C.A. Siegel [et al.] // *The American Journal of Gastroenterology*. — 2019. — Vol. 114, № 3. — P. 384-413.
99. American College of Gastroenterology IBD Task Force. An evidence-based systematic review on medical therapies for inflammatory bowel disease / N.J. Talley, M.T. Abreu, J.P. Achkar [et al.] // *Am J Gastroenterol*. — 2011. — № 106 (Suppl 1). — P. 2-25.
100. Ananthakrishnan, A.N. Treatment of ulcerative colitis in the elderly / A.N. Ananthakrishnan, D.G. Binion // *Digestive Diseases*. — 2009. — Vol. 27, № 3. — P. 327-334.
101. Baumgart, D.C. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies / D.C. Baumgart, W.J. Sandborn // *Lancet*. — 2007. — № 369. — P. 1641-1657.
102. Beyer-Berjot, L. Toward technology-supported surgical training: the potential of virtual simulators in laparoscopic surgery / L. Beyer-Berjot, R. Aggarwal // *Scandinavian Journal of Surgery*. — 2013. — Vol. 102, № 4. — P. 221-226.
103. Burisch, J. Inflammatory bowel disease epidemiology / J. Burisch, P. Munkholm // *Curr Opin Gastroenterol*. — 2013. — № 29. — P. 357-362.
104. Burisch, J. The epidemiology of inflammatory bowel disease / J. Burisch, P. Munkholm // *Scand J Gastroenterol*. — 2015. — № 50 (8). — P. 942-951.
105. Cancer risk in inflammatory bowel disease according to patient phenotype and treatment: A danish population-based cohort study / T. Jess, E. Horváth-

- Puhó, J. Fallingborg [et al.] // The American journal of gastroenterology. — 2013. — Vol. 108, № 12. — P. 1869-1876. — DOI: 10.1038/ajg.2013.249.
106. Castaño-Milla, C. Systematic review with meta-analysis: the declining risk of colorectal cancer in ulcerative colitis / C. Castaño-Milla, M. Chaparro, J.P. Gisbert // Aliment Pharmacol Ther. — 2014. — № 39. — P. 645-659.
 107. Cause-Specific Mortality and 30-year Relative Survival of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis / C.P. Selinger, J. Andrews, O.F. Dent [et al.] // Inflammatory Bowel Diseases. — 2013. — № 1. — P. 1880-1888.
 108. Cima, R.R. Timing and indications in chronic ulcerative colitis: surgical consideration / R.R. Cima // Dig Dis. — 2010. — № 28. — P. 501-507.
 109. Crohn's disease and ulcerative colitis are associated with elevated standardized mortality ratios / M. Bewtra, L.M. Kaiser, T. TenHave, J.D. Lewis // Inflammatory Bowel Diseases. — 2013. — Vol. 19, № 3. — P. 599-613.
 110. Danese, S. Mechanisms of action of infliximab in inflammatory bowel disease: an anti-inflammatory multitasker / S. Danese // Dig. Liver Dis. — 2008. — № 40 (Suppl 2). — P. 225-228.
 111. Deerfield, I.L. Takeda Pharmaceuticals America Inc. Vedolizumab [prescribing information] / I.L. Deerfield. — 2018. — P. 1-19.
 112. Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications / J. Randall, B. Singh, B.F. Warren [et al.] // Br J Surg. — 2010. — № 97. — P. 404-409.
 113. Delphi consensus statement: Quality indicators for Inflammatory Bowel Disease Comprehensive Care Units / X. Calvet, J. Panés, N. Alfaro [et al.] // Journal of Crohn's and Colitis. — 2014. — Vol. 8, № 3. — P. 240-251. — DOI: 10.1016/j.crohns.2013.10.010.
 114. Denese, S. Ulcerative colitis / S. Denese, C. Fiocchi // New Engl J Med. — 2011. — № 365. — P. 1713-1725.
 115. Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organisation

-
- Rev / J.K. Ya-mamoto-Furusho, F. Bosques-Padilla [et al.] // Gastroenterol Mex. — 2017. — Vol. 82, № 1. — P. 46-84.
116. Domenech, E. [An](#) overview of inflammatory bowel disease / E. Domenech, M. Manosa, E. Cabre // Dig Dis. — 2014. — Vol. 32, № 4. — P. 320-327.
117. Early mucosal healing with infliximab is associated with improved long-term clinical outcomes in ulcerative colitis / J.F. Colombel, P. Rutgeerts, W. Reinisch [et al.] // Gastroenterology. — 2011. — № 141 (4). — P. 1194-1201.
118. Early mucosal healing with infliximab is associated with improved long-term clinical outcomes in ulcerative colitis / J.F. Colombel, P. Rutgeerts, W. Reinisch [et al.] // Gastroenterology. — 2011. — № 141. — P.1194-1201.
119. Early surgical intervention for acute ulcerative colitis is associated with improved postoperative outcomes / I.L. Leed, B. Truta, A.M. Parian [et al.] // J Gastrointestinal Surg. — 2017. — № 21. — P. 1675-1682.
120. Efficacy and safety of vedolizumab subcutaneous formulation in a randomized trial of patients with ulcerative colitis / W.J. Sandborn, F. Baert, S. Danese [et al.] // Gastroenterology. — 2020. — Vol. 158, № 3. — P. 562-572.
121. Efficacy of 5-aminosalicylates in ulcerative colitis: systematic review and metaanalysis / A.C. Ford, J-P. Achkar, K.J. Khan [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 2011. — № 106. — P. 601-616.
122. Environment and the inflammatory bowel diseases / A. Frolkis, L.A. Dielerman, H. Barkema [et al.] // Can J Gastroenterol. — 2013. — № 27. — P. 18-24.
123. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases / J. Cosnes, C. Gower-Rousseau, P. Seksik, A. Cortot // Gastroenterology. — 2011. — № 140. — P. 1785-1794.
124. Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease / C.P. Braegger, P. Ballabeni, D. Rogler [et al.] // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. — 2011. — Vol. 53, № 2. — P. 141-144.

125. European crohn's and colitis organisation. European evidence-based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease / V. Annese, M. Daperno, M.D. Rutter [et al.] // J Crohns Colitis. — 2013. — № 7. — P. 982-1018.
126. Garcia, S. Role of imaging in the diagnosis of chronic pancreatitis / S. Garcia, F. Cordon // Radiologia. - 2019. - Vol. 61, № 3. - P. 247-258.
127. Handra-Luca A. Luschka Ducts of the Gallbladder in Adults: Case Series Report and Review of the Medical Literature / A. Handra-Luca, H. M. Ben Romdhane, S.-M. Hong. - DOI 10.1177/1066896920901334 // International Journal of Surgical Pathology. - 2020. - Vol. 28, № 5. - P. 482-489.
128. Heger, U. Induction chemotherapy in pancreatic cancer: CA 19-9 may predict resectability and survival / U. Heger, H.Sun, U. Hinz et al. // HPB. - 2019. - [pii](#): S1365-182X(19)30599-4.
129. Index admission laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis restores Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) score / H. Yu, E. Chan, P. Lingam, J. Lee. - DOI10.14701/ahbps.2018.22.1.58 // Annals of hepatobiliary-pancreatic surgery. - 2018. - Vol. 22, № 1. - P. 58-65.
130. Is Percutaneous Cholecystostomy a Good Alternative Treatment for Acute Cholecystitis in High-Risk Patients? / D. Papis, E. Khalifa, R. Bhogal (et al.) // [The American Surgeon](#). - 2017. - Vol. 83, № 6. - P. 623-627.
131. Ke, C.-W. Comparison of Emergency Cholecystectomy with Delayed Cholecystectomy [After](#) Percutaneous Transhepatic Gallbladder Drainage in Patients with Moderate Acute Cholecystitis / C.-W. Ke, S.-D. Wu. -DOI 10.1089/lap.2017.0502 // Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. - 2018. - Vol. 28 (6). - P. 705-712.
132. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: an analysis of early versus delayed cholecystectomy and predictive factors for conversion / J. C. Goh, J. K Tan, J. W Lim (et al.). - DOI 10.23736/S0026-4733.17.07412-0 // Minerva chirurgica. - 2017. - Vol. 72, № 6. - P. 455-463.
133. Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in [high risk](#) patients (CHOCOLATE): multicentre

- randomized clinical trial. / C. S. Loozen, H. C van Santvoort, P. van Duijvendijk (et al.). -DOI 10.1136/bmj.k3965 // BMJ (Clinical research ed.). - 2018. - Vol. 363. - P. k3965.
134. Laparoscopic Choledochotomy in a Solitary Common Duct Stone: A Prospective Study / K. Deo, S. Adhikary, S. Khaniya (et al.). -DOI 10.1155/2018/8080625 // Minim Invasive Surg. - 2018. - Vol. 2018. - P. 8080625.
135. Laparoscopic Single-Port Versus Traditional Multi-Port Laparoscopic Cholecystectomy / M. Casaccia, D. Palombo, A. Razzore (et al.). -DOI 10.4293/JSLS.2018.00102 // JSLS. - 2019. - Vol. 23, № 3. - e2018.00102.
136. Larghi, A. Interobserver agreement among expert pathologist on through-the-needle microforceps biopsy samples for evaluation of pancreatic cystic lesions / A. Larghi, E. Manfrin, C. Fabbri et al. // Gastrointest Endosc. - 2019. - Pii: S0016-5107(19)32059-0.
137. Lee R. Percutaneous transhepatic gallbladder drainage followed by elective laparoscopic cholecystectomy for patients with moderate to severe acute cholecystitis / R. Lee, H. Ha, Y. S. Han. - DOI 10.1097/MD.00000000000008533 // Medicine. - 2017. - Vol. 96 (44). - P. e8533.
138. Li, D. Impact of tumor size on survival of patients with resected pancreatic ductal adenocarcinoma: a systematic review and meta-analysis /D. Li, B. Hu, Y. Zhou et al. // BMC Cancer. - 2018. - Vol. 18, № 1. - P. 985.
139. Li, Y.-P. Robotic versus conventional laparoscopic cholecystectomy: A comparative study of medical resource utilization and clinical outcomes / Y.-P. Li, S.-N. Wang, K.-T. Lee. - DOI 10.1016/j.kjms.2017.01.010 // The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. - 2017. - Vol. 33, № 4. - P. 201-206.
140. Mattilla, A. Cost-analysis and effectiveness of one-stage laparoscopic versus two-stage endolaparoscopic management of cholecystocholedocholithiasis: a retrospective cohort study / A. Mattilla, M. Iohanna, K. Ilmeo. - DOI 10.1186/s12893-017-0274-2 // BMC Surgery. - 2017.

141. Meeralam, Y. Diagnostic accuracy of EUS compared with MRCP in detecting choledocholithiasis: a meta-analysis of diagnostic test accuracy in head-to-head studies / Y. Meeralam, K. Al-Shammari, M. Yaghoobi. - DOI 10.1016/j.gie.2017.06.009 // *Gastrointestinal Endoscopy*. - 2017. - Vol. 86, № 6. P. 986-993.
142. Nassar, Y. Management of complicated gallstones in the elderly: comparing surgical and non-surgical treatment options / Y. Nassar, S. Richter. -DOI 10.1093/gastro/goy046 // *Gastroenterology Report*. - 2019. - № 7 (3). - P. 205-211.
143. Open Cholecystectomy Under Local Anesthesia for Acute Cholecystitis in the Elderly and High-Risk Surgical Patients / E. M. Slama, M. Hosseini, R. M. Staszak, V. R. Setya. - DOI 10.1177/00031348211050593 // *Am Surg*. - 2022. - Vol. 88 (3). - P. 434-438.
144. Optimal treatment strategy for acute cholecystitis based on predictive factors: Japan-Taiwan multicenter cohort study / I. Endo, T. Takada, T.-L. Hwang (et al.). - DOI 10.1002/jhbp.456 // *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. - 2017. - Vol. 24 (6). - P. 346-361.
145. Outcome comparison between percutaneous cholecystostomy and cholecystectomy: a 10-year population-based analysis / P. Lu, C.-L. Chan, N.-P. Yang (et al.). - DOI 10.1186/s12893-017-0327-6 // *BMC surgery*. - 2017. - Vol. 17, № 1. - P. 130.
146. Outcome trends and safety measures after 30 years of laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and pooled data analysis / P. H. Pucher, L M. Brunt, N. Davies (et al.). - DOI 10.1007/s00464-017-5974-2 // *Surgical endoscopy*. - 2018. - Vol. 32, № 5. - P. 2175-2183.
147. Outcomes of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis performed at a single institution / A. Kohga, K. Suzuki, T. Okumura (et al.) // *Asian J Endosc Surg*. - 2019. - Vol. 12 (1). - P. 74-80.