

Murtazaev Zafar Israfulovich¹ <https://orcid.org/0000-0002-6342-5212>
Baysariev Shovkat Usmonovich² <https://orcid.org/0000-0002-2776-3003>

1. Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston
2. Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

O'PKA EXINOKOKKOZI JARROHLIGIDA ENDOVIZUAL TEXNOLOGIYALARNING IMKONIYATLARI

Annotatsiya

O'pka exinokokkozi endemik mintaqalarda muhim klinik va ijtimoiy muammo bo'lib qolmoqda. Ushbu tadqiqotda o'pka exinokokkozi bilan davolangan 114 bemorning qiyosiy tahlili keltirilgan: 55 holatda an'anaviy keng torakotomiya va 59 holatda videotorakoskopik jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan. Baholash natijalari intraoperatsion ko'rsatkichlar, operatsiyadan keyingi og'riq, asoratlar, kasalxonada bo'lish davomiyligi va kasallikning qaytalanishini o'z ichiga olgan. Natijalar shuni ko'rsatdiki, videotorakoskopik operatsiyalar sezilarli darajada kam asoratlar, kamroq og'riq va tezroq tiklanish bilan tavsiflandi. Ushbu xulosalar kam invaziv usullarni kengroq joriy etish o'pka exinokokk kasalligini jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini yaxshilashini tasdiqlaydi.

Kalit so'zlar: o'pka exinokokkozi, videotorakoskopik operatsiya, torakotomiya, minimal invaziv jarrohlik.

Муртазаев Зафар Ибрафулович¹
Байсариев Шовкат Усмонвич²

1. Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан
2. Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНDOVIZУАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ЛЕГОЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА

Аннотация

Эхинококкоз легких остается важной клинической и общественной проблемой в эндемических регионах. В данном исследовании представлен сравнительный анализ 114 пациентов, пролеченных по поводу эхинококкоза легких: в 55 случаях проведена традиционная широкая торакотомия и 59 случаях видеоторакоскопическая операция. Оцененные исходы включали интраоперационные параметры, послеоперационную боль, осложнения, продолжительность пребывания в стационаре и рецидив заболевания. Результаты показали, что видеоторакоскопическая операция характеризуется с значительно меньшим количеством осложнений, меньшей болью и более быстрым выздоровлением. Эти выводы подтверждают, что более широкое внедрение малоинвазивных методов улучшает исходы хирургического лечения эхинококковой болезни легких.

Ключевые слова: Эхинококкоз легких, видеоторакоскопическая операция, торакотомия, минимально инвазивная хирургия.

Murtazayev Zafar Israfulovich¹

Baisariyev Shovkat Usmonovich²

1. Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

2. Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan

POSSIBILITIES OF ENDOVISUAL TECHNOLOGIES IN LUNG SURGERY ECHINOCOCCOSIS

Abstract

Pulmonary echinococcosis remains an important clinical and social problem in endemic regions. This study presents a comparative analysis of 114 patients treated for pulmonary echinococcosis: 55 cases of traditional broad thoracotomy and 59 cases of videothoroscopic surgery. The assessed outcomes included intraoperative parameters, postoperative pain, complications, hospital stay duration, and disease recurrence. The results showed that videothoroscopic surgery is characterized by significantly fewer complications, less pain, and faster recovery. These conclusions confirm that the widespread introduction of minimally invasive methods improves the results of surgical treatment of pulmonary echinococcosis.

Keywords: Pulmonary echinococcosis, videothoroscopic surgery, thoracotomy, minimally invasive surgery.

Kirish

O'pka exinokokkozi (shuningdek, o'pkaning gidatid kasalligi deb ham ataladi) jiddiy zoonoz kasallik hisoblanadi. Bu kasallik exinokokk tasmaimon chuvalchanglarining lichinka bosqichi tomonidan keltirib chiqariladi. Onkosferalar dastlab jigar orqali o'tganligi sababli, taxminan 50-70% hollarda jigarni, so'ngra 20-30% hollarda esa o'pkani zararlaydi. Shunday qilib, o'pka kistoz exinokokkozning ikkinchi eng ko'p tarqalgan joyi hisoblanadi. O'pkaning gidatid kistalari ko'pincha sekin o'sishi tufayli ko'p yillar davomida belgilarisiz kechadi. Ko'pchilik bemorlarda kasallikning boshlang'ich davrida kasallik belgilari bo'lmaydi va kistalar kattalashgandan yoki asoratlangandan keyingina klinik belgilar rivojlanadi.

Hozirgacha kistani jarrohlik yo'li bilan olib tashlash, aksariyat hollarda o'pka exinokokkozini davolashining asosiy usuli bo'lib qolmoqda. Parazitlarga qarshi preparatlar (masalan, albendazol) esa qo'shimcha terapiya sifatida yoki operatsiya qilib bo'lmaydigan kichik kistalarda effektivdir. An'anaviy ochiq torakotomiya, sistektomiya va qoldiq bo'shliq kapitonaji standart jarrohlik yondashuvi hisoblanadi. Biroq, ochiq operatsiya bu - katta kesim, operatsiyadan keyingi og'riq sindromi va uzoq tiklanish davrini o'z ichiga oladi. So'nggi yillarda o'pka exinokokkozini davolash uchun videotorakoskopik jarrohlik (VATS) kabi kam invaziv usullarga qiziqish ortib bormoqda. VATS kichikroq kesmalar qilish, og'riqni kamaytirish, jarohatni tezroq bitishi bilan birga kistani to'liq olib tashlash imkonini beradi. Ushbu tadqiqotda an'anaviy ochiq jarrohlik va kam invaziv aralashuvlar natijalarini taqqoslash orqali ushbu yutuqlarning dolzarbligi ko'rib chiqiladi.

Tadqiqot maqsadi. Ushbu tadqiqotning maqsadi an'anaviy ochiq jarrohlik texnikasi bilan solishtirganda o'pka exinokokkoziga minimal invaziv jarrohlik yondashuvining samaradorligi va xavfsizligini baholashdan iborat.

Materiallar va usullar

Klinikamizda davolangan o'pka exinokokkozi bilan kasallangan 114 nafar bemor ishtirokida qiyosiy kogort tadqiqoti o'tkazildi. Bemorlar qo'llanilgan jarrohlik operatsiyasiga qarab ikki guruhga bo'lingan. Taqqoslash guruhida (n=55) kistani olib tashlash bilan ochiq torakotomiya o'tkazildi, asosiy guruhda esa (n=59) kistani olib tashlash uchun videotorakoskopik operatsiya (VATS) o'tkazildi. Barcha bemorlarda o'pka exinokokkozi diagnozi tasdiqlangan.

Taqqoslash guruhidagi bemorlarga o'pkaga kirish uchun yon tomonlama torakotomik kesma o'tkazildi. Gidatid kistani olib tashlashning standart jarrohlik amaliyoti (sistotomiya va kapitonaj) bajarildi: kista 80% glitserinda ho'llangan salfetkalar bilan izolyatsiya qilindi, so'ngra kista ochildi. Kista tarkibi (suyuqlik va germinativ qobiq) evakuatsiya qilindi. Qoldiq bo'shliqga skolitsid vosita sifatida isitilgan glitserin bilan ishlov berildi. Qoldiq bo'shliqni obliteratsiya qilish uchun kapitonaj bajarildi, kistalar juda yuzaki bo'lgan holatlar bundan mustasno bo'ldi. Tabiiy bronxial drenaj yaratish uchun bo'shliqdagi mayda bronxial oqmalar tikilmadi. O'pka bo'lakgining katta qismi zararlanishi mavjud 3 nafar bemorda lobektomiya o'tkazildi.

Asosiy guruhdagi bemorlarga minimal invaziv yondashuv (VATS) qo'llanildi. Videoassistent yordamidagi torakoskopik operatsiya odatda 2-3 ta torakoport va qo'shimcha qovurg'alararo mini kesma (~4 sm) yordamida amalga oshirildi. Videotorakoskopik exinokokkektomiya operatsiyasida kistalarni olib tashlashning bosqichlari ochiq jarrohlik operatsiyalari bilan bir xil bo'lib, ba'zi o'zgartirishlar kiritildi. Kista aniqlandi va ehtiyotkorlik bilan izolyatsiya qilindi, ba'zida torakoskopik vizualizatsiyada kistani dekompressiya qilish uchun aspiratsion igna ishlatildi. Nazorat ostidagi sistotomiya qilishdan oldin kistaga isitilgan glitserin kiritildi. Kista suyuqligi olib tashlandi va plevra bo'shlig'iga tushishining oldini olish uchun endoskopik qop yordamida olib tashlandi. Qoldiq bo'shliqning ichki qismi torakoskop yordamida sinchkovlik bilan tekshirildi va yaxshilab yuvildi. Mini kesma orqali fibroz bo'shliqni kapitonaji V.V.Vohidov usulida amalga oshirildi. Har qanday bronxial oqmalar tabiiy drenaj hosil qilish maqsadida ochiq qoldirildi. Ikkala operatsiyaning (ochiq va VATS) oxirida o'pkaning kengayishi, suyuqlik va havoning chiqishini ta'minlash uchun plevra bo'shlig'iga drenaj naychasi qoldirildi.

Ikkala guruh bemorlari ham operatsiyadan keyingi yordamning o'xshash protokollarini oldi. Operatsiyadan keyin bemorlar adekvat analgeziya bilan kuzatuvga olindi. Barcha bemorlarga operatsiyadan keyingi davrda parazitlarga qarshi ximioterapiya, albendazol (10-15 mg/kg/sut ikkiga bo'lingan dozada) buyurildi, odatda operatsiyadan 2 hafta o'tgach jigar funksiyasi tekshirildi va 3 oy davomida davom ettirildi. O'pkadagi asoratlarini oldini olish uchun ko'krak qafasi fizioterapiyasi va erta mobilizatsiya tavsiya etildi. Bemorlarga vaqti vaqti bilan davriy kuzatib turish uchun kerakli tavsiyalar berilib, kasalxonadan javob berildi.

Barcha bemorlarni intraoperatsion va operatsiyadan keyingi ma'lumotlari batafsil yozib olindi. Asosiy natijalar quyidagilarni o'z ichiga oldi: operatsiya vaqti (daqiqalar), intraoperatsion qon yo'qotish, ko'krak qafasi drenajining turish davomiyligi (kunlar), operatsiyadan keyingi og'riq (10 balli vizual-analog shkala bo'yicha baholandi, operatsiyadan keyingi asoratlar, kasalxonada bo'lish

davomiyligi (kunlar), kuzatuv davrida gidatidning residivlanishi. Operatsiyadan keyingi asoratlar operatsiyadan keyingi davrni normal kechishidan har qanday og'ish bo'lganda hisoblanib, shu jumladan operatsion jarohatga infeksiyani qo'shilishi, uzoq muddatli havo chiqib turishi (>5 kundan ziyod ko'krak qafasiga qo'yilgan drenaj naychasi orqali havoni chiqib turishi), atelettaz, pnevmoniya, empiema yoki har qanday boshqa asoratlar tizimli aniqlandi. Asoratlarning og'irligi Klavien-Dindo tasnifi bo'yicha baholanib, II va undan yuqori darajadagi har qanday asorat deb qayd etildi. Keyingi tashriflar operatsiyadan 1 oy, 6 oy va 1 yil o'tgach, ko'krak qafasi rentgenogrammasi yoki 1 yildan keyin KT bilan kistalarning qaytalanishi yoki yangi shakllanishini tekshirish uchun rejalashtirildi. Kasallikning residivlanishi kuzatuv davomida o'pkada yangi gidatid kistaning paydo bo'lishi sifatida baholandi.

Ma'lumotlar tahlili SPSS statistik dasturiy ta'minoti yordamida amalga oshirildi. Uzlüksiz o'zgaruvchilar (masalan, yosh, kista o'lchami, kasallik kunlari) o'rtacha $\pm$ standart og'ish sifatida taqdim etildi va Studentning t-mezoni (yoki normal bo'lmagan taqsimotlar uchun Mann-Uitni mezon) yordamida guruhlar o'rtasida taqqoslandi. Toifaviy o'zgaruvchilar (asoratlarning paydo bo'lishi, gender taqsimoti kabi) Xi-kvadrat mezon yoki Fisherning aniq mezon yordamida taqqoslandi. $p < 0,05$ qiymat statistik ahamiyatga ega deb hisoblandi.

Natijalar va muhokamalar

O'pka exinokokkozi bilan jami 114 bemor (60 erkak va 54 ayol) natijalari tahlil qilingan. Torakotomiya (taqqoslash) guruhiga 55 bemor va VATS (asosiy) guruhiga 59 bemor kiritilgan. Ikkala guruh ham asosiy xususiyatlar bo'yicha yaxshi mos keldi (1-jadval). Bemorlarning o'rtacha yoshi ikkala guruhda ham taxminan 31 yoshni tashkil etdi, yosh bolalardan (eng kichigi - 8 yosh) keksalargacha (eng kattasi - 65 yosh) bo'lgan diapazonda olingan. Barcha bemorlarda o'pkada bitta yoki bir nechta kistoz hosilalar bo'lgan; ko'pchilik bemorlarda bitta kista, kamrog'ida esa o'pkada ko'plab kistalar aniqlangan. Xususan, taqqoslash guruhidagi bemorlarning 21,8% va asosiy guruhidagi bemorlarning 25,4% ko'plab kistalar aniqlangan bo'lib, har bir guruhdagi bemorlarning taxminan 15-17% o'pkaning ikki tomonlama zararlanishi (ya'ni ikkala o'pkada kistalar mavjud) kuzatilgan. Ushbu farqlar statistik ahamiyatga ega bo'lmadi ($p > 0,5$), bu esa kasallik yuklamasi guruhlar o'rtasida o'xshash bo'lganligini ko'rsatadi. Kistalarning o'rtacha diametri ham har bir guruhda taxminan 6 sm (2 sm dan gigant holatlarda esa 15 sm gacha) bo'lgan (1-jadval). Kistalar o'lchamlarining taqsimlanishi yoki kistalarning bo'laklarda joylashuvida sezilarli farq yo'q edi - ikkala guruhda ham kistalarning taxminan 60% o'ng o'pkada (asosan o'ng pastki bo'lakda) joylashgan bo'lib, ma'lum moyilliklarga mos keladi. Asosiy klinik ko'rinish ham shunga o'xshash edi: taxminan 80% bemorlar yo'taldan va ~50% ko'krak og'rig'idan aziyat chekdi, ba'zi bemorlarda esa ma'lum klinik qonuniyatlarga muvofiq qon tupurish yoki boshqa alomatlar kuzatildi. Operatsiyadan oldingi serologik tekshirishlar taqqoslash guruhidagi bemorlarning 58 foizida va asosiy guruhda 55 foizida ijobiy bo'lgan. Ushbu asosiy taqqoslashlar ikki guruhning taqqoslanadigan ekanligini tasdiqlaydi, bu esa jarrohlik amaliyotiga oid farqlarni adolatli baholash imkonini beradi.

1-jadval. Taqqoslash va asosiy guruhlardagi bemorlarning dastlabki tavsifi.

Xarakteristika	Taqqoslash guruhi (n=55)	Asosiy guruh (n=59)	P-qiymat
O'rtacha yosh (yosh)	32,4 $\pm$ 11,8	30,9 $\pm$ 10,5	0,40
Erkak: Ayol (n)	30: 25	33: 26	0,85

Ko'p sonli o'pka kistalari, n (%)	12 (21,8%)	15 (25,4%)	0,67
O'pkaning ikki tomonlama zararlanishi, n (%)	8 (14,5%)	10 (16,9%)	0,78
Kistaning o'rtacha diametri (sm)	6.5 ± 2.2	6,1 ± 2,0	0,32

114 nafar bemorning barchasida hech qanday og'ir intraoperatsion asoratlarsiz kistani jarrohlik yo'li bilan olib tashlashga erishildi. Torakotomiya guruhida jarrohlar chuqur kistalarni aniqlash uchun o'pkani to'g'ridan-to'g'ri paypaslash afzalligiga ega edilar, Videotorakoskopik operatsiyalar bajarilgan guruhda esa ba'zi kichik yoki chuqur joylashgan kistalarni paypaslab ko'rish imkoni bo'lmadi. Uchta holatda videoassistent yordamidagi torakoskopik operatsiya vaqtida juda katta kistaga aniqlanda va kirish qiyinligi sababli mini-torakotomiyaga o'tkazilishi lozim bo'ldi. Operatsiyaning o'rtacha davomiyligi keng torakotomiya guruhida (taxminan 105 ± 20 daqiqa) , videotorakoskopik operatsiyalar guruhiga (96 ± 22 daqiqa) nisbatan biroz uzoqroq bo'ldi, ammo bu farq statistik jihatdan ahamiyatli emas edi ($r \approx 0,08$). Ikkala guruhda ham qon yo'qotish past bo'ldi (o'rtacha ~ 100 ml). Shunisi e'tiborga loyiqki, asosiy guruhda videotorakoskopiya nazorat ostida kista aspiratsiyasi va rezeksiyasi uchun ustuvor vizualizatsiya imkonini berdi. Barcha rezeksiya qilib olingan kista namunalari patogistologik tekshiruvda gidatid kistalar mavjudligini tasdiqladi. Shunday qilib, jarrohlik texnikasi nuqtai nazaridan, ikkala operativ yondashuvlar ham kistalarni to'liq olib tashlashga erishishda samarali bo'ldi, garchi VATSda operatsiyaning davomiyligi qisqaroq bo'lishi va bemorlarga nisbatan kamroq jarrohlik travmasini yetkazish bilan o'z ustuvorligini aks ettiradi.

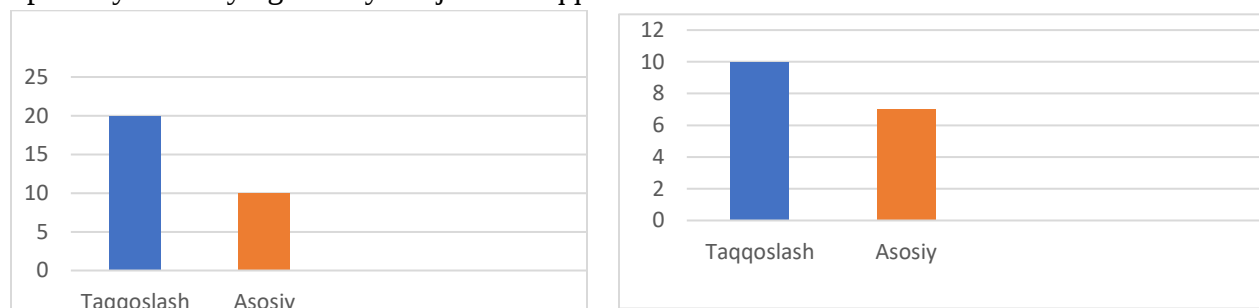
Bemorlarni operatsiyadan keyingi davrda erta tiklanish ko'rsatkichlari mini invaziv operatsiyalarda namoyon bo'ldi. VATS guruhidagi bemorlar torakotomiya guruhiga nisbatan operatsiyadan keyingi og'riqni sezilarli darajada kamroq his qilishdi. Operatsiyadan keyingi kun (POD) 1, og'riqning o'rtacha balli (VAS 0-10) ochiq jarrohlik guruhida 7,5, VATS guruhida 4,2 ($p < 0,001$) ni tashkil etdi. Og'riq darajasidagi bu farq (POD) 3 orqali aniq bo'lib qoldi, shundan so'ng bemorlarning aksariyati yengillik his qildi. Og'riqning pasayishi kichikroq kesmalar va torakoskopik texnikada qovurg'alar orasidan keng kesma bajarishni istisno qilish bilan bog'liq. Shunday qilib, asosiy guruhdagi bemorlar operatsiyadan keyingi erta davrda nafas olish mashqlarini qulayroq bajarishga muvaffaq bo'lishdi, bu atelegtazning oldini olish uchun juda muhimdir. Dastlabki 48 soat ichida analgetiklarga (morfiniga nisbatan ekvivalent dozalarda) bo'lgan talablar ham ahamiyatsiz bo'ldi. Ushbu xulosalar ancha yuqori ko'rsatkichlarni qayd etgan boshqa hisobotlar bilan mos keladi.

Barcha bemorlarga plevra bo'shlig'iga drenaj naychasi qo'yildi, u odatda o'pka to'liq kengaytirilgandan so'ng olib tashlandi. Drenaj naychasini turish davomiyligi VATS guruhida (o'rtacha $\sim 3,8$ kun) torakotomiya guruhiga (o'rtacha $\sim 4,2$ kun) nisbatan biroz qisqaroq bo'ldi, ammo bu farq statistik ahamiyatga ega bo'lmagan (2-jadval; $r = 0,08$). Ikkala guruhda ham uzoq vaqt (>4 kun) drenajlashning eng keng tarqalgan sababi kista bo'shlig'i yoki bronxial teshikdan havoning chiqib ketishi bo'lgan. Bunday uzoq muddatli havoni chiqib turishi bir nechta bemorlarda kuzatildi: VATS guruhidagi 2 bemorda (3,4%) va ochiq guruhdagi 4 bemorda (7,3%) 5 kundan ortiq davom etgan havo chiqib turishi kuzatildi, bu qo'shimcha ravishda drenaj naychani yana bir necha kunlar turishini talab qildi (bu farqni ahamiyati bo'lmadi, $p = 0,56$). Ushbu natijalar shuni ko'rsatadiki, kam invaziv

yondashuv ochiq operatsiya kabi o'pkaning kamida teng darajada tiklanishiga erishishi mumkin. Amalda, torakoskopik jarrohlik ko'krak qafasi devori va plevra tezroq tiklanishi bilan bir qatorda, drenajni ertaroq olib tashlash tendensiyasini namoyon etdi. Bu esa, torakoskopik usulning afzalliklarini yanada yaqqolroq ko'rsatadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, operatsiyadan keyingi asoratlarning umumiy chastotasi asosiy guruhda (VATS) nazorat guruhiga nisbatan past bo'ldi. Ochiq operatsiya guruhida operatsiyadan keyingi asoratlari 55 bemordan 12 tasida (21,8%), VATS guruhida esa 59 bemordan 6 tasida (10,2%) kuzatilgan. (2-jadval). VATS guruhida asoratlari chastotasining taxminan 50% ga pasayishi statistik jihatdan ahamiyatli bo'ldi. Torakotomiya bajarilgan bemorlar guruhida kuzatilgan asoratlari bronxoskopik sanatsiyani talab qiladigan atelektazni uchta holati, bazal pnevmoniyaning ikkita holati, torakotomik kesim sohasidagi ikkita jarohat infeksiyasi, plevra bo'shlig'ini uzoq vaqt drenajlash va antibiotiklarni talab qiladigan bitta plevra empiemasini o'z ichiga olgan. VATS guruhidagi asoratlari umuman olganda yengilroq bo'ldi: operatsiyadan keyingi pnevmoniya yoki empiema va jarohat infeksiyalari holatlari kuzatilmadi, chunki kesmalar kichik edi. Torakoskopik operatsiyadagi asoratlarning past chastotasi paydo bo'layotgan adabiyotlarga mos keladi. Bizning natijalarimiz ushbu tendensiyalarni aks ettirib, kam invaziv yondashuvlar o'pka exinokokkozida operatsiyadan keyingi asoratlari xavfini sezilarli darajada kamaytirishi mumkinligini ta'kidlaydi.

1-diagramma: Ochiq operatsiyalar guruhi (taqqoslash) va VATS guruhi (asosiy) o'rtasidagi operatsiyadan keyingi asosiy natijalarni taqqoslash.



Chap panelda har bir guruhda operatsiyadan keyingi asoratlarni boshdan kechirgan bemorlarning foizi, o'ng panelda esa kasalxonada bo'lishning o'rtacha davomiyligi ko'rsatilgan. Asosiy guruh taqqoslash guruhidagi asoratlarning taxminan yarmini boshdan kechirdi va kasalxonaga yotqizishning o'rtacha davomiyligi sezilarli darajada qisqardi. Ushbu farqlar kam invaziv davolash bilan bog'liq operatsiyadan keyingi davrning yaxshilanishini ta'kidlaydi. Kam invaziv muolajani boshdan kechirgan bemorlar ochiq torakotomiya bilan solishtirganda kasalxonada ancha qisqa vaqt qolishgan. VATS guruhida operatsiyadan keyin shifoxonada o'rtacha qolish $7,1 \pm 1,9$ kunni, torakotomiya guruhida $9,8 \pm 2,5$ kunni tashkil etdi (2-jadval). Bu farq deyarli 3 kun davomida yuqori ($p < 0,01$) va klinik ahamiyatli ekanligi qayd etildi. VATS guruhiga hospitalizatsiyaning qisqarishiga bir necha omillar ta'sir ko'rsatdi: operatsiyadan keyingi og'riq bo'sag'asining pasayishi va bemorlarni ertaroq o'rnidan turg'azish asoratlari chastotasining pasayishiga va erta tiklanishga imkon berdi. Ochiq jarrohlik guruhida bemorlar odatda og'riqni nazorat qilish va yaralarning to'g'ri bitishi va o'pkaning tiklanishini ta'minlash uchun uzoqroq qolishgan. Vaholanki, VATS bilan og'rigan ko'plab bemorlar operatsiyadan keyingi 4- yoki 5-kunga kelib kasalxonadan chiqishga tayyor edilar.

Bemorlarning 96% 1 yil davomida dinamik nazoratdan o'tkazildi. Torakotomiya guruhidagi faqat bitta bemorda (1,8%) takroriy tekshiruvda o'pkada takroriy gidatid kistasi aniqlandi; bu bemorda dastlab bir nechta kistalar mavjud edi va operatsiyadan keyin 10 oy o'tgach, ehtimol birlamchi ko'plab o'choqlar aniqlanmaganligi sababli, boshqa bo'lakda yangi kista paydo bo'ldi. VATS guruhida yil davomida residivlar aniqlanmadi. Raqamlar yakuniy statistik taqqoslash uchun juda kichik bo'lsada ($p = 0,30$, bu qaytalanish chastotasini belgilash uchun ahamiyatsiz), tendensiya shuni ko'rsatadiki, minimal invaziv yondashuv hech bo'lmaganda ochiq jarrohlik kabi samarali. Aksariyat bemorlarda residivning yo'qligi kimyoterapiya bilan birgalikda jarrohlik klirensining samaradorligini ko'rsatadi. Ikkala yondashuv ham o'limga olib kelmadi, bu o'pka exinokokkozida jarrohlik o'limi odatda juda past bo'lgan adabiyotlarga mos keladi.

2-jadval. Asosiy guruh bilan solishtirganda davolash natijalari va operatsiyadan keyingi kechishi

Natijaviy o'lchash	Taqqoslash guruhi (n=55)	Asosiy guruh (n=59)	P-qiymat
Drenaj naychasining ko'krak qafasidagi o'rtacha davomiyligi (kunlarda)	4.2 ± 1.5	3.8 ± 1.2	0,08
Operatsiyadan keyingi asorat ≥ 1 bo'lgan bemorlar, n (%)	12 (21,8%)	6 (10,2%)	0,04
O'rtacha shifoxonada qolish (kun)	9.8 ± 2.5	$7,1 \pm 1,9$	<0,01
1 yillik residiv, n (%)	1 (1,8%)	0 (0%)	0.30
Operatsiya davridagi o'lim, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	-

Ushbu tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, o'pka exinokokkozida miniinvaziv operatsiyalarni (VATS) qo'llash an'anaviy keng torakotomiya bilan bir xil natijalarga erishishi yoki undan ustun bo'lishi mumkin. Ikkala usul ham o'pkadan gidatid kistalarni to'liq olib tashlashda, kasallikni davolashda samarali bo'ldi (bu kasallikning qaytalanish chastotasining juda pastligidan dalolat beradi). VATSning eng muhim afzalliklaridan biri guruhda operatsiyadan keyingi asoratlarning kamayishi bo'ldi. Asoratlar chastotasining pastligi bir nechta omillarga bog'liq bo'lishi mumkin. Kichik kesmalar asoratlar xavfini kamaytiradi (infeksiya tushishi uchun katta kesmalar yo'q) va respirator disbalansni minimallashtiradi. Shuningdek, asoratlar turlari ham farqlangan: an'anaviy ochiq jarrohlik operatsiyalarida atelektaz va o'pka infeksiyasi holatlari ko'proq uchragan.

Ikkinchidan, torakoskop yordamida yaxshiroq ko'rish kista bo'shlig'i va uning atrofidagi to'qimalarni ehtiyotkorlik bilan davolash imkonini beradi, bu esa tasodifiy shikastlanishni kamaytirishi mumkin. Uchinchidan, VATS bilan og'rigan bemorlarda operatsiyadan keyingi og'riqning kamroq ifodalanishi, ehtimol, o'pkaning nafas olish funksiyasini yaxshilashga yordam berdi va shu bilan asoratlar xavfini kamaytirdi.

Yana bir muhim jihati, shifoxonada davolanish va sog'ayish muddatiga ta'sir qildi. Kasalxonada bo'lish muddatini o'rtacha ~3 kunga qisqartirish orqali VATS nafaqat bemorlar uchun foydali, balki sog'liqni saqlash uchun ketgan xarajatlarni ham kamaytirishi mumkin. Keng torakotomik kesma orqali bajarilgan operatsiyalardan keyin ko'plab bemorlar hafta davomida operatsion jarohat sohadagi og'riqlardan shikoyat qilishgan va uyda uzoqroq muddatda rekonvalessensiyaga muhtoj bo'lib qolgan.

Shuni ta'kidlash kerakki, bemorlarni tanlash muhim. O'pka gidatid kistasining barcha holatlarida ham, ayniqsa o'ta murakkab holatlarda, VATSga moil bo'lmasligi mumkin. Juda katta (>15 sm) ěki parenximada chuqur joylashgan kistalar VATSda qiyinchiliklarni keltirib chiqarishi mumkin (chunki qo'l bilan paypaslash cheklangan).

Diagnostic nuqtai nazardan, bizning natijalarimiz ěxinokokkozni ěrta aniqlash muhimligini tasdiqlaydi. IOqori xavf guruhlarida skriningni kuchaytirish ěxinokokkozni kichikroq o'lchamlarda ěki ěrta bosqichlarda aniqlashga ěrdam beradi. ěrta aralashuv kista ěrilishi ěki infeksiya rivojlanishining oldini olishi mumkin.

Xulosa qilib aytganda, bizning qiěsiy tahlilimiz shuni ko'rsatadiki, minimal invaziv jarrohlikga mos keladigan bemorlarda o'pka ěxinokokkozini davolashda ustivor ěndashuvdir. Ushbu natijalar o'pka ěxinokokkozida VATSni targ'ib qiluvchi boshqa paydo bo'layotgan tadqiqotlar va ěkspertlarning fikrlariga mos keladi.

Ushbu tadqiqot e'tiborga olinishi kerak bo'lgan ba'zi cheklovlariga ěga. Bu randomizatsiyalangan tadqiqot ěmas ědi - kontingentning ochiq jarrohlik yo'llari va VATSga taqsimlanishi vaqt davri va jarrohning ěkspertizasi bilan belgilandi, bu ěsa asosiy xususiyatlar taqqoslanadigan bo'lsa-da, tanlovda noxolislikka olib kelishi mumkin ědi. Yana bir cheklov - 1 yil davomida kuzatuv davomiyligi; kuzatuv takrorlanish chastotasini to'liq baholash uchun ideal bo'lar e'di, chunki gidatid kasalligi uzoqroq muddatdan keyin takrorlanishi mumkin. Interval ěki yangi kistalar parazitning takroriy ta'sirida ham paydo bo'lishi mumkin. Ushbu cheklovlariga qaramay, tadqiqotning kuchli tomonlari quyidagilardan iborat: bemorlarning aniq belgilangan guruhi, har bir guruhda ketma-ket jarrohlik texnikasi va tahlil.

Xulosa

1. O'pka ěxinokokkozi jiddiy muammo bo'lib, jiddiy asoratlarning oldini olish uchun samarali boshqaruv strategiyasini talab qiladi. Ushbu qiyosiy klinik tadqiqot shuni ko'rsatadiki, kam invaziv torakoskopik yondashuv an'anaviy ochiq usulga nisbatan sezilarli klinik afzalliklarga ěga. Torakoskopik texnika e'kvivalent davolash natijalariga (deyarli nol residiv bilan kistani to'liq olib tashlash) erishdi va operatsiyadan keyingi tiklanish profilini yaxshiladi - bemorlar kamroq og'riq, kamroq asoratlar va kasalxonada kamroq qolishdi.
2. Klinik nuqtai nazardan, ushbu xulosalar imkon qadar o'pka ěxinokokkozida afzal jarrohlik usuli sifatida ko'rib chiqilishi kerak bo'lgan videoassistent yordamidagi torakoskopik jarrohlik aralashuvi amalga oshirilishini ko'rsatadi. Bundan tashqari, jarrohlik usulidan qat'i nazar, parazitlarga qarshi dori vositalarini (masalan, albendazol) qo'shimcha ravishda qo'llash kasallikning qaytalanish xavfini kamaytirish uchun muhim bo'lib qolmoqda.
3. Xulosa qilib aytganda, ushbu tadqiqotning klinik oqibatlar shundan iboratki, ěxinokokkozda minimal invaziv jarrohlikni kiritish davolash natijalarini yaxshilashi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Aliev M. J., Kalibekov T. A., Niyazbekov K. I. Rasprostranennost ěxinokokkoza i prichiny yego rosta (obzor literatury) // Nauka, novye tehnologii i innovatsii Kyrghyzstana. - 2021. - №. 2. - S. 32-37.
2. Shevchenko Yu. Xirurgicheskoe lechenie ěxinokokkoza legkogo. Vestnik Natsionalnogo meditsinskogo i xirurgicheskogo sentra im. N.I. Pirogova. - 2016. - T. 11. - No 3. - S. 14-23.

3. Shevchenko Yu.L., Nazirov F.G. Xirurgiya exinokokkoza. - M.: Izdatelstvo "Dinastiya," 2016. - 288 s.
4. Abu Akar F., Dakwar E., Abu-Ghanem S., Saadi I., Albadawi M., Khoury T., Ghanem-Zoubi N., Boulos M. Video-assisted thoracoscopic surgery vs. thoracotomy in the treatment of pulmonary hydatid cysts: A single-institution experience. // Surgical Endoscopy. – 2014. – Vol. 28(12). – P. 3302–3307.
5. Alpay L, Lacin T, Ocakcioglu I, yet al. Is Video-Assisted Thoracoscopic Surgery Adequate in Treatment of Pulmonary Hydatidosis? Ann Thorac Surg 2015;100:258-62.
6. Anarboev S.A. Diagnosis and Surgical Treatment of Liver Echinococcosis // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024, 14(6): 1618-1623.
7. Findikcioglu A, Karadayi S, Kilic D, yet al. Video-assisted thoracoscopic surgery to treat hydatid disease of the thorax in adults: is it feasible? J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2012;22:882-5. 10.1089/lap.2012.0272
8. Dziri C., Haouet K., Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver: Where is the evidence? // World Journal of Surgery. – 2004. – Vol. 28(8). – P. 731–736.
9. Kapan M., Kapan S., Goksoy E., Karabicak I., Aydogan F. Postoperative recurrence in pulmonary hydatid disease: predictive factors and outcomes. // Journal of Cardiothoracic Surgery. – 2006. – Vol. 1. – P. 3–7.
10. Moro P., Schantz P.M. Echinococcosis: A review. // International Journal of Infectious Diseases. – 2009. – Vol. 13(2). – P. 125–133.
11. Murtazaev Z.I., Sherbekov U.A., Baysariev Sh.U., Sherqulov Q.U., Dusiyarov M.M. Our experience in the surgical treatment of liver echinococcosis. Journal of critical reviews. 2020.Vol 7. 2454-2458.
12. Sayir F., Cobanoglu U., Sehitogullari A., Cobanoglu A. Comparison of video-assisted thoracoscopic surgery and thoracotomy in the treatment of pulmonary hydatid disease. // Journal of Cardiothoracic Surgery. – 2013. – Vol. 8. – P. 1–5.
13. Tena T., Gomez Gonzalez J.L., Gonzalez G., Pujol E. Pulmonary echinococcosis: Surgical treatment and results. // European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. – 2001. – Vol. 19(6). – P. 906–910.

Muallif bilan bog‘lanish uchun e-mail	Author's contact email	Email для связи с автором
murtazayev.zafar1959@gmail.com		