



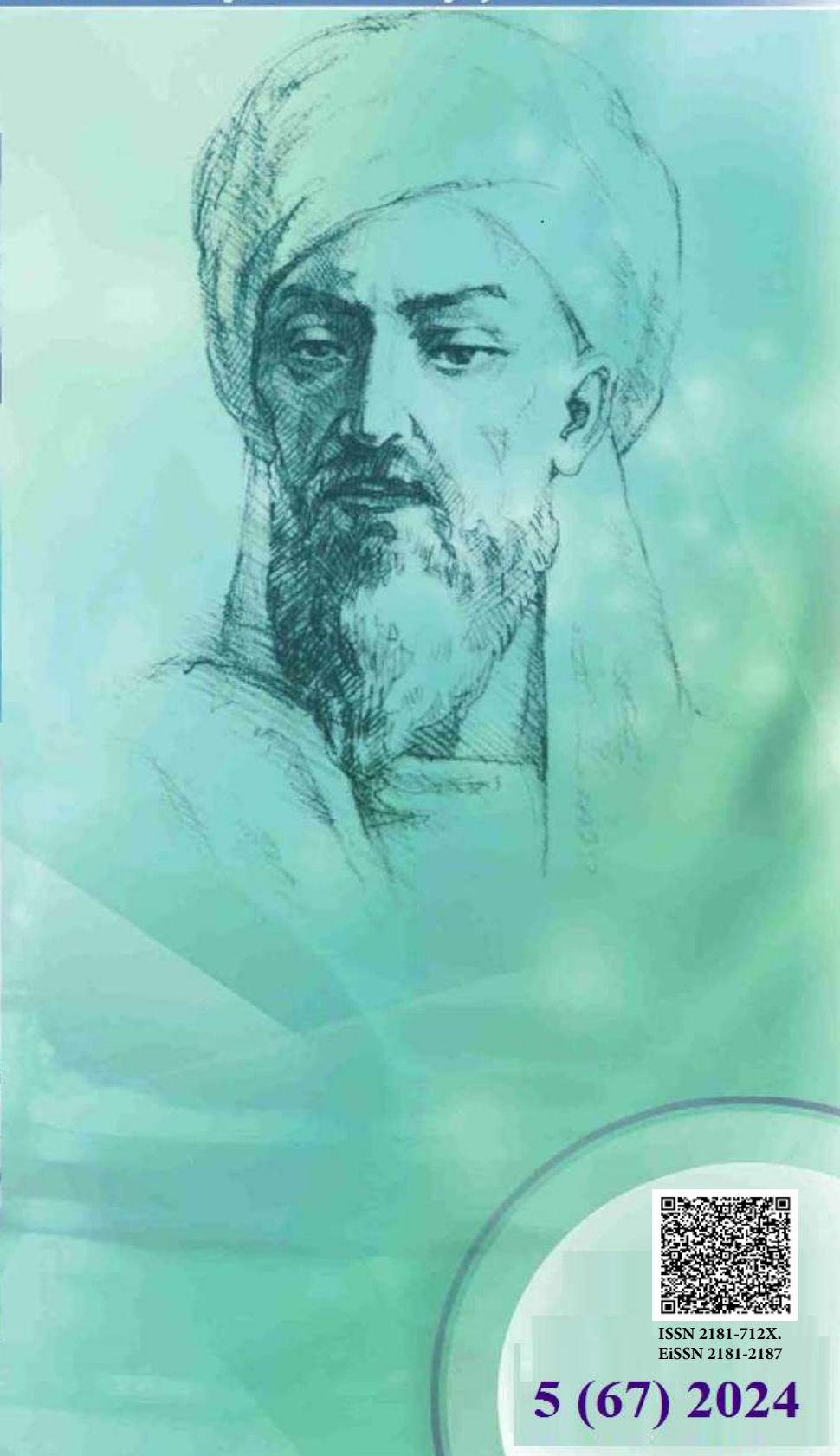
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

UDC 616.36-0012-931.2

BOLALARDA ASORLANGAN JIGAR EXINOKOKKOZINING TASHXISI VA DAVOSI

Jonqobilov X.N, Otamurodov F.A, Vohidov A.Sh, Samatov E.V.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali
Surxondaryo viloyati Termiz shahri, I.Karimov ko'chasi 64-uy Tel: +998 (76) 223-47-20 E-mail:
info@ttatf.uz

✓ Rezyume

Ish natijalari jigarning asoratlangan exinokokkozi (yiringlash, exinokokk kista teshilishi) bilan kasallangan 87 nafar bemor bolalarni tekshirish va davolash tahliliga asoslangan. 23 (26,4%) bemorda laparoskopik exinokokkektomiya, qolgan 64 (73,6%) holatda an'anaviy laparotomiyali exinokokkektomiya amalga oshirildi. Operatsiyaning o'rtacha davomiyligi $75,1 \pm 9,4$ minut (45 dan 135 minutgacha), kasalxonada bo'lish davomiyligi $8,5 \pm 1,5$ kun (6 dan 12 kungacha).

Laparotomiya exinokokkektomiyadan so'ng bemorning kasalxonada o'rtacha bo'lish muddati $13,3 \pm 2,2$ yotoq kunini tashkil etdi. Barcha bemorlar operatsiyadan keyingi 6 oydan 10 yilgacha biz tomonimizdan kuzatildi. Exinokokkozning takrorlanishi 8 nafar bemorda (9,2%) aniqlangan: bir bemorda - laparoskopik (4,3%), 7 ta (10,9%) - laparotomiyali exinokokkektomiyadan keyin.

Laparoskopik exinokokkektomiya paytida jarrohlik jarohatini minimallashtirish asoratlar sonini kamaytirish, operatsiyadan keyingi davrni sezilarli darajada yengillashtirish, kasalxonada davolanish, rehabilitatsiya qilish vaqtini qisqartirish va jigarning asoratlangan exinokokkozli bemorlarning hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

Kalit so'zlar: asoratlangan jigar exinokokkozi, jarrohlik yondashuvlar, laparoskopik echinokokkektomiya, bolalar.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMPLICATED LIVER ECHINOCOCCOSIS IN CHILDREN

Jonqobilov H.N, Otamurodov F.A, Vahidov A.Sh, Samatov E.V.

Termiz Branch of Tashkent Medical Academy
64 I.Karimov Street, Termiz City, Surkhandarya Region Tel: +998 (76) 223-47-20
E-mail: info@ttatf.uz

✓ Resume

The results of the work are based on the analysis of examination and treatment of 87 children with complicated echinococcosis of the liver (suppuration, echinococcal cyst perforation). Laparoscopic echinococcectomy was performed in 23 (26.4%) patients, and conventional echinococcectomy with laparotomy was performed in the remaining 64 (73.6%) cases. The average duration of the operation is 75.1 ± 9.4 minutes (from 45 to 135 minutes), the length of stay in the hospital is 8.5 ± 1.5 k/day (from 6 to 12 k/day).

The average length of stay of the patient in the hospital after laparotomy echinococcectomy was 13.3 ± 2.2 bed days. All patients were followed up by us from 6 months to 10 years after surgery. Recurrence of echinococcosis was found in 8 patients (9.2%): one patient - laparoscopic (4.3%), 7 (10.9%) - after laparotomy echinococcectomy.

Minimization of surgical trauma during laparoscopic echinococcectomy allows to reduce the number of complications, significantly ease the postoperative period, reduce hospital treatment, rehabilitation time, and improve the quality of life of patients with complicated echinococcosis of the liver.

Key words: complicated hepatic echinococcosis, surgical approaches, laparoscopic echinococcectomy, children.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Жонкобилов Х.Н., Отамуродов Ф.А., Вахидов А.Ш., Саматов Е.В.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии
Сурхандарьинская область, г. Термез, ул. И.Каримова, 64 Тел.: +998 (76) 223-47-20
E-mail: info@ttatf.uz

✓ Резюме

Результаты работы основаны на анализе обследования и лечения 87 больных детей с осложненным эхинококкозом печени (нагноение, перфорация эхинококковой кисты). У 23 больных (26,4%) выполнены лапароскопические эхинококкэктомии, в остальных 64 (73,6%) - случаях традиционная лапаротомная эхинококкэктомия. Средняя продолжительность операции составила $75,1 \pm 9,4$ минуты (от 45 до 135 минут), продолжительность пребывания на стационарном лечении составила $8,5 \pm 1,5$ к/дней (от 6 до 12 к/дней). После лапаротомных эхинококкэктомий средняя продолжительность пребывания больного в стационаре составила $13,3 \pm 2,2$ койко-дня. Послеоперационный период все пациенты наблюдались нами на протяжении от 6 месяцев до 10 лет. Рецидив эхинококкоза диагностирован у 8 больных (9,2%): у одного пациента - после лапароскопической (4,3%), у 7 (10,9%) - после лапаротомной эхинококкэктомии. Минимизация операционной травмы при лапароскопической эхинококкэктомии позволяет уменьшить количество осложнений, значительно облегчить течение послеоперационного периода, сократить время стационарного лечения, реабилитации и улучшить качество жизни больных с осложненным эхинококкозом печени.

Ключевые слова: осложненный эхинококкоз печени, оперативные доступы, лапароскопические эхинококкэктомии, дети.

Doljarbligi

Jigar exinokokkozini davolash va oldini olishda erishilgan muvaffaqiyatlarga qaramay, kasallikning asoratlardan holatlari sonining sezilarli darajada o'sishi kuzatilmoqda, shu bilan birga bemorlarning ushbu toifasi uchun jarrohlik davolash taktikasini tanlashda ko'plab murakkab va hal qilinmagan muammolar mavjud. [1-8].

Shuni ta'kidlash kerakki, har doim ham jigar exinokokkozining murakkab shakllari tadqiqotchilarda alohida qiziqish uyg'otgan. Ushbu bosqich kasallikning eng aniq klinik ko'rinishi davridir, shuning uchun kasalxonaga yotqizilgan bemorlar orasida kasallikning murakkab bosqichi bo'lgan bemorlar ustunlik qiladi [3, 4, 6, 9].

Zamonaviy yuqori informatsion instrumental tadqiqot usullarining (ultratovush, KT va MRT) klinik amaliyotga keng joriy etilishi jigar exinokokkozi va uning asoratlarini erta tashxislashni sezilarli darajada yaxshiladi [6, 7, 9]. Murakkab exinokokkoz diagnostikasi samaradorligini oshirish muammosi dolzarbligicha qolmoqda [6, 7, 9]. Keng qamrovli radiatsiya tekshiruvidan so'ng to'g'ri tashxis faqat bemorlarning 46 foizida qo'yiladi. Bemorlarning 37 dan 86% gacha kasalxonaga parazitarni kasallikning klinik asoratlari bosqichida yotqiziladi [1, 6-9, 10].

Hozirgi vaqtda jigarining murakkab exinokokkozini davolashning jarrohlik usuli ko'p hollarda alternativni yo'q. Biroq, jarrohlik bir qator sabablar bilan belgilanadigan xavf omilidir: bemorning ahvoli, parazitarni o'choqlarning joylashishi, oldingi operatsiyalar soni [3-5, 13]. Operatsiya natijalari ko'p hollarda parazitarni kistani olib tashlaganidan keyin qoldiq bo'shliq (EK) mavjudligi bilan bog'liq jiddiy asoratlar (yiringlash, qon ketish, tashqi safro va yiringli oqmalarning shakllanishi) ta'sir qiladi.

Jigarining murakkab echinokokkozini davolash jigar rezeksiyasi ko'rinishidagi jigar bo'limi bilan bir qatorda exinokokk kistalarni (EK) radikal tarzda olib tashlashga yoki kasallikning qaytalanishini oldini oladigan manipulyatsiyalar bilan to'ldirilgan exinokokkektomiyaga qaratilgan bo'lishi kerak [11, 12, 15].

Ushbu yutuqlarga qaramay, ba'zi tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, yiringlash bilan murakkablashgan, gigant, ko'p, shuningdek, subfrenik lokalizatsiya (I - VII - VIII segmentlar) yoki chuqur joylashgan har qanday o'lchamdagi EK, shuningdek, CE4-CE5 tipidagi kistalar, ya'ni, yiringli,

teshish bilan asoratlangan EK lar laparoskopik exinokokkektomiyaga mutloq qarshi ko'rsatma hisoblanadi [3, 6, 10]. Jigarning ko'p va murakkab EKsini jarrohlik davolashning optimal bir bosqichli endovizual variantlarini, shuningdek, boshqa qorin bo'shlig'i organlarining shikastlanishi bilan kombinatsiyasini asoslash va ishlab chiqish kerak.

Tadqiqotning maqsadi bolalarda murakkab jigar exinokokkozini jarrohlik davolash natijalarini yaxshilash.

Materiallar va usullar

Surxondaryo viloyat ko'p tarmoqli bolalar markazida 2010-2024 yillarda hamda "Valijon" xususiy jarrohlik klinikasida (TMA fakulteti o'quv bazasi) 6 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 87 nafar bemorga jigarning asoratlangan exinokokk kasalligi bo'yicha exinokokkektomiya operatsiyasi o'tkazildi. 53 (60,9) o'g'il va 34 (38,1%) qiz.

Tashxisni aniqlashtirish maqsadida barcha bemorlar umumiy klinik tekshiruvlar, rentgenografiya va qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasi organlarining ultratovush tekshiruvidan o'tkazildi, 16 (18,4%) bemorga qo'shimcha ravishda qorin bo'shlig'i organlari va retroperitoneal bo'shliqning kompyuter tomografiyasi yoki magnit-rezonans tomografiyasi o'tkazildi;

Natijalar va tahlillar

Jigarning o'ng bo'lagining shikastlanishi 54 (62,1%), chap bo'lak - 25 (28,7%), o'ng va chap - 8 (9,2%) bemorda aniqlangan. 48 (55,2%) bemorda solitar parazit kista, 22 (25,3%) bemorda ikkita kista, 17 (19,5%) bemorda uchta va undan ortiq kista aniqlangan. Jigar exinokokkozining asoratlari tabiatini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 5 (5,7%) bemorlarda qorin bo'shlig'iga exinokokk kistaning (EK) yorilishi bilan murakkab jigar exinokokkozi tashxisi qo'yilgan, bu bemorlarda peritonit rivojlanishidan oldin; anamnezda qorin bo'shlig'ining shikastlanishi bo'lgan. Klinik tekshiruv davomida og'ir holat va xarakterli peritoneal simptomlardan tashqari, yuz, magistral va ekstremitalarda polimorf toshmalar paydo bo'lishiga e'tibor qaratildi. 4,6% bemorlar, qolgan 78 (89,6%) hollarda yiringli EK, shuningdek, perforatsiyadan oldingi bosqichdagi yirik va gigant kistalar (A.T. Po'latov 2004). 23 (26,4%) bemorda laparoskopik exinokokkektomiya, qolgan 64 nafarida (73,6%) an'anaviy laparotomiyali exinokokkektomiya amalga oshirildi.

Jigar exinokokkozida organlarni saqlovchi operatsiyalarni bajarish jigar to'qimalarining ytengil shikastlanishi bilan birga keladi. Kirish jarohati operatsiya qilingan organning shikastlanishidan oshib ketgan hollarda, bizning fikrimizcha, bu laparoskopik exinokokkektomiyadan foydalanishning asosiy ko'rsatkichidir. Jigar exinokokkozi hollarda, jarrohlik aralashuvlar video endoskopik texnologiya yordamida amalga oshirilishi mumkin. Muvaffaqiyatli laparoskopik exinokokkektomiya aralashuvining asosiy sharti kistning yuzaki lokalizatsiyasi hisoblanadi. Shunday qilib, laparoskopik exinokokkektomiya uchun ko'rsatmalar jigarning visseral yoki diafragma yuzasida yuzaki parazit kistalar, jigar chap bo'lagining kistalari edi. Parazit kista topografiyasining aniq rasmini olish uchun biz polipozitsion ultratovush yoki kompyuter tomografiyasidan foydalandik. Kista organning yuzasiga tushgan hollarda, operatsiya vaqtida uning vizualizatsiyasi muammo tug'dirmaydi. Boshqa hollarda laparoskopik exinokokkektomiyaga tanlab yondashish yoki laparoskopik usuldan voz kechish kerak.

Operatsiyaning birinchi bosqichi juda muhim va mas'uliyatli. Qorin bo'shlig'ida ishlash uchun bu maqsadda pnevmoperitoneumni yaratish kerak, laparosentezni amalga oshirish kerak; Ushbu manipulyatsiya uchun Veress ignasi ishlatiladi, uning yordamida qorin old devori kindikning yuqori qirrasi bo'ylab kesma orqali teshiladi.

Birinchi troakar kiritilgandan so'ng, qorin bo'shlig'i bosimi 10-12 mmHg darajasida saqlanadi. Keyin tadqiqot laparoskopiyasi o'tkazildi, EK ning topografik joylashuvi va darajasi aniqlandi.

EK ga nisbatan topografik jihatdan qulay bo'lgan nuqtalarda qorin bo'shlig'iga bitta 11 mm troakar va ikkita 5 mm troakar kiritildi, ular orqali punktsion ignalari, ish asboblari (qisqichlar, qaychi va boshqalar), elektr atsos naychalari va endokonteynerlar ham kiritildi. .

Ma'lumki, kistaning punktsiyasi LEEP jigarning laparoskopik exinokokkektomiyasining birinchi bosqichidir. Teshish texnikasi va kista tarqalishini oldini olish choralari apazitik ishlash tamoyillariga rioya qilish uchun muhim ahamiyatga ega - EK tarkibini qorin bo'shlig'iga kirishiga yo'l qo'ymaslik. Shu maqsadda punktsiya oldidan kistaga suyuqlikni evakuatsiya qilish uchun xavfsiz laparoskopik aspirator olib kelindi va operatsiya joyi nam gazli salftetkalar va 100% glitserin eritmasi bilan qoplandi.

Punksion igna kistaning joylashishiga qarab 5 mm troakar orqali yoki teri orqali kiritildi. Jigarning tolali kapsulasini teshib, kista bo'shlig'iga kirgandan so'ng, exinokokk suyuqligi elektr so'rg'ich bilan evakuatsiya qilinadi. Ignani olib tashlamasdan, 60 gradusgacha qizdirilgan 100% glitserin eritmasi 10 daqiqali ta'sir qilish bilan OPga yuborildi, shundan so'ng sarflangan glitserin olib tashlandi.

Keyin, har ikki tomondan, ponksiyon joyidan 1-1,5 sm masofada, tolali kapsulani endoskopik qisqichlar bilan ushladi va ko'tardi. Keyinchalik, tolali kapsula elektrojarrohlik qaychi (qisman persistektomiya) bilan ochildi va qoldiq tarkibini evakuatsiya qilish va xitinoz membranani vakuum bilan ekstraktsiya qilish uchun kista bo'shlig'iga endosurgik assimilyatsiya kiritildi.

Tizimda 1-1,5 atmgacha bo'lgan salbiy bosim hosil bo'lganda, OP tarkibini xavfsizroq olib tashlash imkonini beruvchi xitin membranasining parchalanishi sodir bo'ladi - OPni qayta ko'rib chiqish vaqtida aniqlangan biliar fistulalar PDS № 4.0 ipi bilan koagulyatsiyalangan yoki tikilgan, yiringlash bilan murakkablashgan OPlar, tegishli antiparazit davolashdan so'ng, aniq bakteritsid va skoleksosidal ta'sirga ega ekanligi ma'lum bo'lgan betadinning 1% eritmasi (povidon-yod) bilan yaxshilab artib tashlangan. peritonni tirnash xususiyati va boshqa antiseptiklarni qo'llashdan ko'ra kamroq chastotali asoratlarga olib keladi, keyin OP 96 ° etil spirti bilan ikki marta davolandi, keyin bo'shliqning tashqi drenaji amalga oshirildi.

Agar polikistali exinokokkektomiya mavjud bo'lsa, u ikkinchi kistning joylashishiga qarab ketma-ket amalga oshiriladi. Troakarlarning bunday joylashishi kistalarni yuzaki joylashuvi sharoitida jigarning deyarli barcha qismlaridan olib tashlash imkonini beradi. Uchinchi va qo'shimcha troakarlarning joylashuvi qoldiq bo'shliqlarni keyinchalik drenajlash uchun ushbu nuqtalardan foydalanishni hisobga olgan holda tanlangan.

Jigarning exinokokk kistalarini laparoskopik olib tashlash barcha 23 bemorda muvaffaqiyatli bo'ldi. Operatsiyaning o'rtacha davomiyligi $75,1 \pm 9,4$ minut (45 dan 135 minutgacha) bemorning kasalxonada bo'lish muddati o'rtacha $8,5 \pm 1,5$ kun (6 kundan 12 kungacha). Laparotomiya exinokokkektomiyalaridan so'ng kasalxonada qolishning o'rtacha davomiyligi $13,3 \pm 2,2$ yotoq kunini tashkil etdi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda 3 (3,4%) bemorda OP yiringlashi ambulatoriya sharoitida drenajni mustaqil ravishda yuvishda antiseptik qoidalarini buzganligi sababli sodir bo'ldi. Ushbu guruhdagi bemorlarda katta parazitlar yoki kistalar qalin tolali kapsulaga ega eski, murakkab kistalar edi.

Operatsiyadan keyingi davrda barcha bemorlarga 4 hafta davomida kuniga 10 mg/kg tana vazniga (o'rtacha 1 tabletka, kuniga 400 mg) albendazol bilan parazitlarga qarshi terapiya buyurildi. Jigarning takroriy va tarqalgan exinokokkozi uchun 2 dan 4 gacha takroriy kurslar buyurildi.

14 (20,7%) bemorda 18 oygacha bo'lgan davrda nazorat ultratovush tekshiruvda diametri 3,5-4 sm gacha bo'lgan noto'g'ri shaklli o'sma tashxisi qo'yilgan, bu klinik belgilar bo'lmasa, hech qanday aralashuvni talab qilmaydi. yoki jarrohlik tuzatish.

Barcha bemorlar operatsiyadan keyin 4 oydan 10 yilgacha (o'rtacha 2 yil) biz tomonimizdan kuzatilgan. Dastlabki operatsiyadan keyin 2-7 yil ichida jigar echinokokkozining takrorlanishi 8 bemorda (9,2%) tashxis qo'yilgan: laparoskopik echinokokkektomiyadan keyin 1 (4,3%), an'anaviy laparotomiyadan keyin 7 (10,9%).

Xulosa

Jigarning murakkab exinokokkozini davolashning laparoskopik usulini asoslash va qo'llash bemorlarni davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilaydi. Ushbu operatsiyalarni bajarish tajribasi to'planganligi sababli, exinokokkozli bemorlarning soni ortib borayotgani uchun laparoskopik kirish jarrohlik aralashuvi uchun maqbul bo'ladi.

Laparoskopik exinokokkektomiya paytida jarrohlik jarohatini minimallashtirish asoratlari sonini kamaytirish, operatsiyadan keyingi davrni sezilarli darajada yengillashtirish, kasalxonada davolanish, reabilitatsiya qilish vaqtini qisqartirish va jigarning asoratlangan exinokokkozli bemorlarning hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Azizzoda Z.A., Qurbonov K.M., Rizoev V.S. / Jigar exinokokkozi uchun minimal invaziv jarrohlik aralashuvlar. //Jurnal - Avitsenna byulleteni 2019, 21-jild. No 1 P.-116-120

2. Alperovich B.I., Sorokin R.V., Tolkaeva M.V., Budkov S.R. /Tikrorlanuvchi jigar exinokokkozini jarrohlik yo'li bilan davolash. //Xirurgik gepatologiya yilnomalari. 2006; 11 (1): 7-10-betlar.
3. Do'stmagambetov S.P., Kenjaliev G.B., Kenjegulov E.N. /Bolalarda peritonit bilan asoratlangan jigar exinokokkozini davolashda endovideoxirurgiya usullari. //Rossiya Fanlar akademiyasining Ural bo'limining Orenburg ilmiy markazining axborotnomasi (elektron jurnal "Klinik tibbiyot" ixtisosligi bo'yicha ilmiy maqola matni), 2014 yil, № 1 P.1-5
4. Medjidov R.T. va boshqalar qorin bo'shlig'i exinokokkozini jarrohlik yo'li bilan davolash. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2007; No 2: S.-43—8.161-3.
5. Mirxo'jaev I.A. va boshqalar jigar exinokokkozining takroriy shakllarini jarrohlik yo'li bilan davolash. Jarrohlik gepatologiya yilnomalari. 2008; 13(3): 63.
6. Nazyrov F.G., Oqilov X.A., A.I. Ikromov, N.M. Jo'raeva, F.A. Ilxomov, A'zamxo'jaev S.S. /Jigar exinokokkozining yiringli asoratlari tashxislash va davolashda radiatsion tadqiqot usullari. //Xirurgik gepatologiya yilnomalari. 2001; 6 (1): 47–50.
7. Nazarov Sh.K. /O't yo'llariga singan jigarning yiringli exinokokkozini jarrohlik yo'li bilan davolash. //Kitobda: Zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolari: ilmiy va amaliy materiallar. konferentsiyalar. M.; 2005: 37.
8. Po'latov A. T. // Bolalikda echinokokkoz. - M. Tibbiyot, 2004. – B. 224.
9. 9.. Salimov Sh., Abdusamatov B.Z., Vohidov A.Sh. /Bolalarda asoratlangan jigar exinokokkozini endoskopik davolash. // Bolalar jarrohligi. 2015; 19 (3): 9-14-betlar.
10. Shangareeva R.X., Bolalarda jigar va o'pka exinokokkozini diagnostikasi va jarrohlik yo'li bilan davolash. //Muallif. Doktorlik dissertatsiyasi 2013 yil S-46
11. Xarnas S.S., Lotov A.N., Musaev G.X. /Ultrasonik semiotika va jigar exinokokkozining tasnifi. //Tibbiy tasvir. 2006; 4: 46-51.
12. El-On J. Kistik exinokokkozni benzimidazol bilan davolash / J. El-On // Acta Trop. - 2003. - V.85, 2-son. - P.243-252.
13. Gloor B. Jigar kistasi jarrohligida laparoskopiyaning roli / B. Gloor, Q. Ly, D. Candinas // Dig Surg. - 2002. - V.19, No6. - P.494-499.
14. Saritas U. Jarrohlik aralashuvidan keyin murakkab jigar gidatidi kasalligida endoskopik davolash usullarining samaradorligi. Endoskopiya. 2001; 33(10): 856–63.
15. Baskaran V., Patneik P.K. /Jigarning gidatid kasalligini laparoskopik davolashning maqsadga muvofiqligi va xavfsizligi. //Soc. Kaparoendosc. Dalgalanish. 2004; 359-63.

Qabul qilingan sana 20.04.2024