

UDK- 616.36 – 981.42 – 089 - 008.5 – 002.64

**JIGAR EXINOKOKKOZINING O'T YO'LLARIGA YORILISHI VA
MEXANIK SARIQLIK BILAN ASORATLANISHI: TASHXISLASH VA
DAVOLASH (ADABIYOTLAR SHARHI)**

Obidov I.U.<https://orcid.org/0009-0003-9205-294X>

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1

Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²O'zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro

filiali, Buxoro viloyati,

200100, Buxoro, ko'ch. Bahouddin

Naqshbandiy 159, tel: +998652252020

E-mail: bemergency@rambler.ru

Rezyume.

Jigarning exinokokkozi, ayniqsa endemik mintaqalarda jiddiy tibbiy muammodir. Mexanik sariqlik rivojlanishi bilan o't yo'llariga kistaning kirib borishi kabi kasallikning asoratlari bemorlarning 10-30% uchraydi va kasallikning klinik kechishini sezilarli darajada og'irlashtiradi, bu xolangit, jigar absessi va jigar yetishmovchiligiga olib keladi. Ushbu holatlarning diagnostikasi UTT, MRPXG va ERPXG kabi yuqori aniqlikdagi tasvirlash usullaridan foydalanishni talab qiladi. Exinokokk kistasining o't yo'llariga kirib borishi multidistsiplinar yondashuvni, shu jumladan parazitlar elementlarni o't yo'llaridan endoskopik olib tashlashni va jarrohlik aralashuvni, so'ngra o't yo'llarini drenajlashni talab qiladi. Miniinvaziv endoskopik muolajalar kabi zamonaviy operatsiyadan keyingi asoratlar xavfini kamaytiradi va davolash natijalarini yaxshilaydi.

Muammoning dolzarbligi asoratlarning yuqori chastotasi va diagnostik qiyinchiliklarida yotadi, bu esa davolash usullarini yanada takomillashtirish va miniinvaziv texnologiyalarni joriy etishni talab qiladi.

Kalit so'zlar: jigar exinokokkozi, mexanik sariqlik, o't yo'llariga kistaning yorilishi, sistobiliar oqmalar, endoskopiya, asoratlar.

Dolzarblik

Jigar exinokokkozi — ayniqsa kasallikning endemik darajasi yuqori bo'lgan hududlarda — jiddiy tibbiy muammo hisoblanadi. So'nggi yillarda e'tibor asosan exinokokkozning asoratli shakllariga, xususan, kistalarning o't yo'llariga yorilishi, buning oqibatida mexanik sariqlik va uzoq davom etgan hollarda jigar yetishmovchiligi rivojlanishiga qaratilmoqda. Bunday asoratlar kasallikning klinik kechishini ancha og'irlashtirib, tashxis va davolashni murakkablashtiradi [4, 5, 7, 11, 14, 20, 25, 35].

Muammoning dolzarbligi, ayniqsa, kasallikning kech bosqichlarida konservativ davolash imkoniyatlarining cheklanganligi bilan bog'liq. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, exinokokkoz endemik hududlarda keng tarqalganligicha qolmoqda, bu esa asoratlar sonini kamaytirish va bemorlar prognozini yaxshilashga yo'naltirilgan yangi tashxis va davolash usullarini ishlab chiqishni talab etadi [8, 14, 21, 25, 29, 30, 32, 37, 55].

Markaziy Osiyo, Janubiy Amerika va Yevropaning ayrim hududlari kabi endemik mintaqalarda exinokokkoz hanuzgacha muhim tibbiy muammo bo'lib qolmoqda. Kistalarning o't yo'llariga yorilishi va mexanik sariqlik rivojlanishi kabi asoratlar 10–30% bemorlarda uchraydi va bu holatlar murakkab klinik vaziyatlarni yuzaga keltiradi. Bunday asoratlar o'z vaqtida tashxis qo'yish va ko'p omilli davolash yondashuvini talab qiladi [29, 30, 37, 38, 41, 44, 45, 55, 58].

Exinokokk kistasining o't yo'llariga yorilishi mexanik sariqlik, xolangit va jigar abstsesslari kabi og'ir asoratlarning rivojlanishiga olib keladi. Jigar exinokokkozi bilan kasallangan bemorlarning 20–30% ida mexanik sariqlik aniqlanadi, bu esa o't

yo'llarida parazitlar obstruktsiya darajasining yuqoriligi bilan bog'liq bo'lib, ko'pincha jarrohlik aralashuvini talab qiladi. Erta tashxis va davolashning yo'qligi esa o'lim ko'rsatkichlari va og'ir asoratlarning xavfini oshiradi [1, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 23, 34].

Mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, kista bilan unga yaqin joylashgan o't yo'llari orasida har xil o'lchamdagi teshiklar — tsistobiliyer fistulalar — aniqlangan. Ba'zi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, bunday fistulalar kistaning yashirin tarzda o't yo'llariga yorilishi natijasida paydo bo'ladi va ular jigar exinokokkozi bilan og'irgan bemorlarning 90% gacha bo'lganida uchraydi [15, 25, 41].

Patogeneza

Exinokokk kistasining o't yo'llariga yorilishi kamdan-kam hollarda anafilaktik shok rivojlanishiga olib kelishi mumkin, biroq bu holat odatda mexanik sariqlik rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Jigar exinokokkozi, ayniqsa kistaning o't yo'llariga yorilishi bilan kechadigan shakli, bemor hayoti uchun jiddiy xavf tug'diradi va o'z vaqtida tashxislash va davolashdagi qiyinchiliklar tufayli muhim klinik muammoga aylanadi. Mohamed va hammualliflarining (2022) ma'lumotlariga ko'ra, kistalarning o't yo'llariga yorilishi 10% dan 37% gacha uchraydi va bemorlarning ko'pchiligida sariqlik bilan kechadi. Tashxisda kechikish holangit, jigar abstsessi, peritonit, surunkali fistulalar va jigar yetishmovchiligi kabi og'ir asoratlarning rivojlanishiga olib keladi, bu esa davolash natijalarini yomonlashtiradi [38].

Muammoning dolzarbligi, shuningdek, tibbiy doiralarda ushbu patologiyaga nisbatan yetarli darajada xabardorlikning yo'qligida namoyon bo'ladi. Ko'pincha jigar exinokokkozi mexanik sariqlik bilan kechganida safro toshi kasalligi yoki me'da osti bezining o'smalari bilan o'xshash simptomlar bilan namoyon bo'ladi, bu esa differensial tashxisni talab qiladi.

Qiz kistalar yoki parazitlar elementlarning gepatikoheleodoksga chiqishi o't yo'llarida obstruktsiya rivojlanishiga, bu esa o'z navbatida mexanik sariqlik va xolangit rivojlanishiga olib keladi [50].

Sh. Sh. Amonov va hammualliflarining ma'lumotlariga ko'ra, jigar

exinokokkozini jarrohlik davolashda asoratlar rivojlanishi kasallik davomiyligi, kistaning o'lchami va joylashuvi, yiringlash yoki qattiqlashish kabi asoratlar mavjudligi, safro yo'llarining zararlanish darajasi, shuningdek, tanlangan jarrohlik taktikasiga bog'liq. Mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, biliar fistulalar operatsiyadan keyingi davrda 12% hollarda saqlanib qoladi [5].

Jigar exinokokk kistasining o't yo'llariga yorilishi kista yiringlashidan keyin ikkinchi o'rinda turuvchi eng ko'p uchraydigan asorat bo'lib, kasallikning eng og'ir kechuvchi holatlaridan biri hisoblanadi [16, 25, 40, 41].

Parazitar kistaning o'lchami va joylashuvi kista bo'shlig'i bilan biliar yo'llar o'rtasida bog'lanish yuzaga kelishining asosiy xavf omillaridan hisoblanadi. Kista diametri 7,5 sm dan oshgan hollarda tsistobilyer fistula rivojlanish ehtimoli 79% gacha yetadi [11, 19, 21].

Mazkur maqolaning maqsadi — jigar exinokokkozining o't yo'llariga yorilishi va mexanik parazitar sariqlik bilan kechuvchi shaklida tashxis va davolashning klinik xususiyatlari haqida zamonaviy ma'lumotlarni umumlashtirishdan iborat.

Klinik manzara

Jigar exinokokkozining klinik ko'rinishlari, jumladan, safro yo'llarining zararlanishi, minimal simptomli (tsistobilyer fistulalarda) holatlardan tortib, aniq ifodalangan sariqlik va xolangit bilan kechuvchi og'ir holatlarga qadar bo'lishi mumkin. Exinokokk kistasining o't yo'llariga yorilishi odatda toshqin sariqlik, isitma, va o'ng qovurg'a ostida og'riq bilan boshlanadi. Bunday holatlarda teri qichishishi, siydikning to'q rangga kirishi va axlatning rangsizlanishi kabi shikoyatlar diagnostik ahamiyat kasb etadi.

Klinik belgilarning og'irligi asosan safro yo'llarining zararlanish darajasiga bog'liq. Kistaning o't yo'llariga yorilishi bilan kechuvchi eng og'ir asorat — bu xolangitdir. Fistula bilan murakkablashgan exinokokkozni jarrohlik yo'li bilan davolash katta qiyinchiliklarni tug'diradi, chunki operatsiyalar ko'pincha sepsisli xolangit, obstruktiv sariqlik, intoksikatsiya, va jigar yetishmovchiligi fonida o'tkaziladi. Bu esa ko'p sonli operatsiyadan keyingi asoratlar va yuqori o'lim

ko'rsatkichlariga olib keladi (turli manbalarda 25% dan 47% gacha). Bunday tafovut ba'zi mualliflar faqat yirik fistulalarni hisobga olishlari, boshqalar esa kichiklarini ham qo'shishlari bilan izohlanadi [4].

Kurbonov K. M. va hammualliflarining ma'lumotlariga ko'ra, bu bemorlarda klinik manzara og'ir sariqlik bilan kechuvchi shakldan tortib, yirik lobar yoki ekstrajigar safro yo'llariga kista tarkibining yorilishi bilan kechadigan holatlarga qadar bo'ladi. Bunda mexanik sariqlik, o'tkir xolangit, xolesistit va jigar yetishmovchiligi rivojlanadi [7].

Shuningdek, ayrim hollarda kam ifodali klinik shakllar ham kuzatilgan bo'lib, bunda tsistobiliyer fistula segmentar safro yo'llari bilan bog'liq bo'ladi. Bunday hollarda to'liq obstruktsiya yuz bermaydi, chunki yirik qiz kistalar va xitin qobiq bo'laklari yo'llarga kira olmaydi.

Kichik perforatsion teshik va parazitning xitin qobig'i saqlanib qolgan hollarda esa eng ko'p uchraydigan shakl — peritsistobiliyer fistula kuzatiladi [7, 9].

Patologoanatomik jihatdan fistula shakllanishi 3 bosqichda kechadi:

1. Eroziv bosqich,
2. Yorilish bosqichi,
3. To'liq fistula shakllanishi.

Parazit o'sishi bilan kistaning barcha komponentlari kengayadi, bu esa ichki bosimning ortishi va kapsulaning cho'zilishiga olib keladi. Kichik biliar fistulalar kattalashadi, shuningdek, safro yo'li devorida yoriqlar paydo bo'lishi natijasida yangi fistulalar shakllanadi. Perforatsion teshikning o'lchami bir necha millimetrdan bir necha santimetrgacha bo'lishi mumkin. Odatda bitta teshik aniqlanadi, kamdan-kam hollarda bir nechta bo'ladi.

Katta yoki yiringlagan exinokokk kista, safro yo'llariga yaqin joylashgan bo'lsa, ularga bosim o'tkazishi yoki kista tarkibining o't yo'llariga yorilishiga olib keladi. Bu holatda o'lik yoki tirik qiz kistalar hamda xitin qobiq bo'laklari o't yo'llarini to'sib qo'yadi. Bu esa infeksiyon-allergik xolangit, jigar yetishmovchiligi, ba'zan esa o'tkir xolangiojen pankreatit rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Kistaning o't yo'llariga yorilishi, odatda, operatsiya vaqtida tashxis qilinadi — kista bo'shatilgandan so'ng, fibröz kapsulaning ichki yuzasida safro ajratuvchi teshik aniqlanadi. Uning chetlari qoramtir-yashil rangda bo'ladi va salfetka bilan quritilgandan keyin ham safro ajralishi davom etadi. Bunday hollarda biliar fistulalar operatsiyadan so'ng 12% hollarda uzoq muddat saqlanib qoladi [4].

X. Wu va hammualliflarining 2785 nafar jigar exinokokkozi bilan kasallangan bemorlar ustida olib borgan kuzatuvlariga ko'ra, 37 bemorda (1,3%) kistaning safro yo'llariga yorilishi aniqlangan. Ularning fikricha, endemik hududlarda o'ng qovurg'a ostidagi og'riq va og'irlik hissi, shuningdek sariqlik mavjudligida exinokokk kistasining safro yo'llariga yorilish ehtimolini hisobga olish zarur. Bunday hollarda tashxisni UZI va KT yordamida tasdiqlash tavsiya etiladi [33, 56].

Diagnostika

Laboratoriya usullari.

Jigar exinokokkozi sariqlik bilan kechgan hollarda qon zardobida bilirubin miqdorining oshishi, shuningdek jigar fermentlari — shchelkali fosfataza (ShF) va gamma-glutamilttransferaza (GGT) faolligining ortishi odatiy laboratoriya topilmalaridan hisoblanadi.

Instrumental usullar.

Asosiy diagnostika usullari — bu ultratovush tekshiruvi (UZI) va magnit-rezonans xolangiopankreatografiya (MRXPG) bo'lib, ular nafaqat kistalarni aniqlashga, balki safro yo'llarining zararlanish darajasi va fistula yo'llari mavjudligini baholashga imkon beradi. Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERXPG) esa fistulalarni aniqlash va drenajlash imkoniyatini baholashda qo'llaniladi.

ERXPG — tsistobiliyer fistulalarni operatsiyadan oldin aniqlashda eng samarali usullardan biri hisoblanadi. Bu usul zarur bo'lsa, sfinkterotomiya va xoledoxni dekompressiya qilish imkonini beradi. ERXPG jigar exinokokkozi va safro yo'llarining zararlanishi holatida asosiy diagnostik vosita hisoblanadi. ERXPGni nazobiliyer drenaj bilan birgalikda qo'llash operatsiyagacha bemor holatini yaxshilash va optimal muddatda jarrohlik amaliyotini o'tkazish imkonini beradi [13, 23, 28].

MRXPG yordamida safro fistulasining mavjudligi katta ehtimol bilan aniqlanadi, bu esa minimal invaziv muolajalarni tanlash va rejalashtirishda ayniqsa muhim. MRXPG safro yo'llaridagi anatomik o'zgarishlarni vizualizatsiya qilish va obstruksiya joyini aniq lokalizatsiya qilish imkonini beradi [8, 24, 29, 51].

UZI jigar exinokokkozi diagnostikasida asosiy usul bo'lib, bu uning mavjudligi, invaziv emasligi va axborot berish darajasi yuqoriligi bilan bog'liq. UZIda safro yo'llarining kengayganligi va ichida giperechogen tuzilmalar (xitin qobig'i parchalari, qiz kistalar) ko'rinadi. Katta miqdordagi yorilishda kista elementlari o't pufagiga tushib, u yerda echogen o'choqlar ko'rinadi. Ba'zida kista bo'shlig'ida gaz, xitin qobig'ining ajralgan qismi, tsistobiliyer fistula, hamda safro yo'llarida yumaloq suyuqlikli tuzilmalar aniqlanishi mumkin [39].

Kistadagi zich tarkiblar bilan safro yo'llarining obstruksiyasi 5–10% hollarda kuzatiladi va bu mexanik sariqlik rivojlanishiga olib keladi. Bunday holat odatda tsistobiliyer fistula diametri 5 mm dan katta bo'lgan hollarda yuzaga keladi. Qoldiq bo'shliqlardan safro oqimini tiklash uchun endoskopik sfinkterotomiya, duodenobiliyer stent qo'yish, yoki nazobiliyer drenaj o'rnatish kabi usullar qo'llaniladi [27, 42, 52].

Agar aniq tsistobiliyer fistula (TsBF) 5 mm dan katta bo'lsa, operatsiyagacha safro yo'llarida kistoz tarkibni 65% bemorlarda ko'rish mumkin [41]. Bu esa operatsiyagacha TsBF tashxisini qo'yish va davolashni rejalashtirishga imkon beradi. Yashirin TsBF kichik o'lchamli kista va safro yo'llari orasidagi aloqani bildiradi. Bunday holat 10% dan 37% gacha bemorlarda uchraydi [16, 46]. U odatda operatsiyagacha simptomsiz bo'lib, tashxislash qiyin. Shu sababli ehtiyotkor intraoperatsion baholash va keyingi kuzatuv zarur. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, TsBF operatsiyagacha yoki intraoperatsion aniqlanganda safro oqish va asoratlar chastotasi past bo'ladi [40, 41].

Ba'zi mualliflarning fikricha, agar sutkalik safro oqimi 100 ml dan kam bo'lsa, tsistobiliyer fistulaning o'z-o'zidan yopilishi mumkin [41, 42, 43].

Shu bilan, jigar exinokokkozida safro yo'llarining zararlanishi og'ir kechadi,

ko'plab diagnostik xatolar va yuqori o'lim ko'rsatkichlari bilan tavsiflanadi. Bunday sharoitda safro yo'llari zararlanishining klinik xususiyatlarini chuqur o'rganish alohida ahamiyat kasb etadi.

Tashqi o't yo'li fistulalari

Jigar exinokokkozini, ayniqsa biliar daraxtga yorilish bilan kechuvchi shaklini davolashdagi asosiy muammo shundaki, ko'p hollarda bemorlar turli darajadagi jigar yetishmovchiligi bilan shifoxonaga murojaat qilishadi. Bu holat mexanik obstruksiya va safro bosimi oshishi (biliar gipertenziya) bilan bog'liq bo'lib, bemor ahvolini og'irlashtiradi, operatsiyadan keyingi asoratlar va kasallikning qaytalanish xavfini oshiradi, shuningdek tiklanish davrini uzaytiradi.

Parazitar kistalarning yorilishi fonida safro yo'llarini operatsiyagacha dekompressiya qilish usullari, shuningdek echinokokəktomiyadan so'ng rivojlanadigan tashqi o't fistulalarini endoskopik davolash usullari hali yetarli darajada o'rganilmagan [14, 26, 30, 44].

Operatsiyadan keyingi asoratlar — jumladan, tashqi biliar fistulalar, jigardagi qoldiq bo'shliqlarning yiringlashi va mexanik sariqlik (10–24%) — asosan operatsiya vaqtida aniqlanmagan yoki bartaraf etilmagan tsistobiliyer fistulalar mavjudligi bilan bog'liq [12].

Postoperatsion safro oqib chiqishi va fistula hosil bo'lishi — bu intrabiliyer yorilish (IBR) natijasida yuzaga keladigan tsistobiliyer bog'lanish (TsBB) oqibatidir. Bu jigar echinokokk kistasini jarrohlik yo'li bilan davolashdagi eng keng tarqalgan asorat hisoblanadi.

Postoperatsion safro oqish chastotasi 2,5% dan 28,6% gacha bo'ladi. Agar safro oqimi tashqi drenaj orqali 10 kundan ko'proq davom etsa, bu holat biliar fistula deb hisoblanadi. Bunday fistulalar asosiy kasallik manbai bo'lib, 1–25% holatlarda uchraydi [22, 46].

Agar adekvat ichki yoki tashqi drenaj mavjud bo'lmasa, biloma, biliar abstsess yoki biliar peritonit kabi og'ir asoratlar rivojlanishi mumkin, ular sepsisga olib kelishi, va og'ir holat yoki hatto o'lim bilan yakunlanishi ehtimoldan xoli emas. Postoperatsion

biliar fistula — bu uzoq muddatli shifoxona davolanishi va qayta aralashuv zaruratining asosiy sababi hisoblanadi. Biroq, ayrim hollarda fistulalar operatsiyadan keyingi birinchi haftada oʻz-oʻzidan yopilishi mumkin.

Ular quyidagicha tasniflanadi:

- Past oqimli fistulalar — agar sutkalik drenaj < 300 ml;
- Yuqori oqimli fistulalar — agar > 300 ml/kun [22].

Agar fistula 3 haftadan ortiq saqlansa yoki yuqori oqimli boʻlsa, bu holda konservativ yondashuv emas, balki endoskopik yoki jarrohlik aralashuvi tavsiya etiladi [25, 41].

Echinokokkozda eng keng tarqalgan asoratlardan biri bu tsistobiliyer bogʻlanish boʻlib, u 60% bemorlarda kuzatiladi.

Patogenez boʻyicha ikki asosiy nazariya mavjud:

1. Exinokokk kistasi bosimi taʼsirida safro yoʻli devorida nekroz rivojlanadi va bu kista bilan oʻt yoʻllari oʻrtasida bogʻlanish yuzaga keltiradi.
2. Perikistoz membranaga kirgan kichik safro yoʻllari bosim natijasida atrofik boʻlib, yoriladi [41].

Postoperatsion davrda tashqi fistulalar yuzaga kelgan holatlarda Vagianos C. va hammualliflari tomonidan tasvirlangan klinik kuzatuvga koʻra, gigant jigar exinokokk kistasi olib tashlangandan soʻng rivojlangan tashqi bilial fistula bemorda endoskopik papillosphincterotomiya (EPST) va nazobiliyer drenaj yordamida muvaffaqiyatli davolangan. Bunday yondashuv qisqa muddatda fistulaning toʻliq yopilishiga olib kelgan [53, 54].

Koʻpchilik mualliflar fikricha, tashqi bilial fistulalarni davolashdagi asosiy yondashuv — bu fistulani ushlab turgan asosiy omil, yaʼni bilial gipertenziyani bartaraf etishdir.

Tekant Y. va hammualliflari tomonidan 10 bemorga EPST oʻtkazilgan, ularning 9 tasida fistula 2–15 kun ichida yopilgan [49].

Postoperatsion tashqi bilial fistulalarni bartaraf etish uchun baʼzi mualliflar quyidagi usullarni taklif qilishadi:

- Fistulaning distal qismini embolizatsiya qilish (1,5 ml histoakril bilan);
- Biliar yo'llarga endoprotez qo'yish;
- Chreskoz teri orqali biliar fistulani embolizatsiya qilish [18, 31, 34, 57].

Adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, jigar exinokokkozining safro yo'llari zararlanishi bilan kechuvchi shaklini jarrohlik yo'li bilan davolash hanuzgacha jiddiy muammolardan biri hisoblanadi. Bu safro yo'llarining zararlanishini aniqlashdagi murakkabliklar va bir xilda qo'llaniladigan jarrohlik strategiyasining yo'qligi bilan bog'liq. Bu esa ko'plab operatsiyadan keyingi asoratlar va yuqori o'lim ko'rsatkichlariga olib keladi.

Kista o't yo'llariga yorilganda asosiy yondashuv — bu endoskopik usulda kistadagi xitin qobig'ini olib tashlash, agar imkon bo'lsa, echinokokkəktomiyani o'tkazish.

Shunga qaramay, operatsiyadan keyin tsistobiliyer fistulani to'liq yopish mumkinmi yoki yo'qmi — bu masala ochiq qolmoqda. Qoldiq bo'shliqlarni ishlov berishda ishlatiladigan gerimitsid vositalarning biliar yo'llarga ta'siri, ayniqsa fistula mavjud bo'lgan holatlarda, deyarli o'rganilmagan. Qaysi preparatlarning fibroz to'qimaga ta'siri, antiparazitar va toksik xossalari qanchalik farqlanishi — bu bo'yicha taqqoslama ma'lumotlar mavjud emas.

Xulosa qilib aytganda, safro yo'llari zararlanishi bilan kechuvchi jigar exinokokkozining jarrohlik davosi murakkab va xavfli muammo bo'lib qolmoqda. Bu holatni diagnostika qilish qiyin, bir hil jarrohlik yondashuv yo'q, va bu esa ko'plab asoratlar va yuqori o'lim ko'rsatkichlariga olib kelmoqda.

Konservativ davolash

Konservativ davolash tarkibiga albendazol va mebendazol kabi antiparazitar dori vositalarining buyurilishi kiradi. Bu preparatlar kista o'sishini to'xtatish va kasallikning qaytalanish xavfini kamaytirish maqsadida qo'llaniladi.

Odatda antiparazitar terapiya jarrohlik amaliyotidan so'ng uzoq muddatga belgilanadi, bu esa organizmda qolgan parazit elementlarini yo'q qilish va qaytalanishni oldini olish uchun zarur bo'ladi.

Albendazol kabi antiparazitar dorilar, operatsiyadan keyingi davrda kasallikning takrorlanishining oldini olish va qolgan parazitarni yo'q qilishda muhim o'rin egallaydi.

U odatda 10–15 mg/kg/kun dozada buyuriladi va 3–6 oy davomida qabul qilinadi.

Davolashdagi hal qilinmagan masalalar

Endoskopik usullar — masalan, ERXPG va EPST (parazitar materialni olib tashlash bilan birga) — safro chiqishini tiklash va xolangitning oldini olish uchun keng qo'llaniladi. Biroq bu usullar kistaning barcha elementlarini to'liq olib tashlashda yetarli bo'lmasligi mumkin. Bu esa qaytalanish xavfini oshiradi. Shu munosabat bilan endoskopik yo'l bilan antiparazitar dorilarni bevosita kistaga yuborish masalasi muhim ahamiyatga ega bo'lib qolmoqda.

Yuqori xavfli bemorlar — masalan, jigar sirrozi bo'lganlarda — kam invaziv muolajalarni tanlash va davolash algoritmini ishlab chiqish dolzarb masala bo'lib qolmoqda. Ayniqsa, murakkab klinik holatlarda jarrohlik va miniinvaziv usullar o'rtasida tanlov qilish muammosi hal etilmagan.

Intervensiyadan keyingi dori terapiyasi — bu borada antiparazitar davolashning davomiyligi va sxemasi (albendazol yoki mebendazol) hali ham ochiq qolmoqda. Ayniqsa, jigar funksiyasi buzilgan bemorlarda dori vositalarining nojo'ya ta'sirlari va toksikligi hisobga olinishi zarur.

Xulosa

Jigar exinokokkozi, o't yo'llariga yorilishi va mexanik parazitarni sariqlik bilan murakkablashgan holatda, tashxis va davolashda multidisiplinar yondashuvni talab qiluvchi murakkab klinik muammo hisoblanadi.

Kistaning o't yo'llariga yorilishi — bu og'ir asorat bo'lib, u ko'pincha mexanik sariqlik, xolangit va jigar yetishmovchiligi bilan kechadi. Ushbu holatni tashxislash noaniq klinik simptomlar va qiyin apparat tadqiqotlari (MRI, ERXPG) zarurligi tufayli murakkab bo'lib, bu vositalar har doim ham endemik hududlarda mavjud emas.

Samarali davolash jarrohlik va endoskopik usullarning birgalikdagi yondashuvini o'z ichiga oladi, bu safro yo'llaridagi obstruktsiyani bartaraf etish va kasallikning qaytalanishining oldini olishga qaratilgan.

ERXPG, parazitlar materialni olib tashlash va safro yo'llarini dekompressiya qilish orqali keng qo'llaniladi, biroq yirik fistulalar yoki murakkab kistalar mavjud bo'lganda, bu usullarning samaradorligi cheklangan.

Tsistobiliyer fistulalarni optimal davolash va qaytalanishlarning oldini olish masalasi hal etilmaganligicha qolmoqda.

Masalan, albendazol bilan uzoq muddatli antiparazitlar davolash tavsiya etiladi, biroq bu usulning samaradorligi ayniqsa hamroh kasalliklari, jumladan jigar sirrozi bo'lgan bemorlarda hali ham to'liq isbotlanmagan.

Shu sababli, diagnostika va davolash yondashuvlarini optimallashtirish, yanada samarali miniinvaziv usullarni ishlab chiqish va antiparazitlar terapiya sxemalarini takomillashtirish bo'yicha qo'shimcha ilmiy tadqiqotlar zarur, bu esa murakkab jigar exinokokkozi bilan og'rigan bemorlar prognozini yaxshilashga xizmat qiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Abidov U. O. Results of Treatment of Patients with Obstructive Jaundice //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – T. 2. – №. 5. – C. 370-376.
2. Abidov U. O., Khaidarov A. A. MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE //Vegueta. Anuario de la Facultad de Geografia e Historia. – 2022. – T. 22. – C. 6.
3. Abidov U. O., Obidov I. U. Hepaticofasciolas (Fasciolosis) as a Cause of Mechanical Jaundice in a Woman (Case Study) //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – T. 2. – №. 5. – C. 38-41.
4. Abidov U.O., Urokov Sh.T., Boltayev N.R. - THERAPEUTIC TACTICS FOR LONG - TERM MECHANICAL JAUNDICE SYNDROME OF BENIGN ETIOLOGY//New Day in Medicine 7(69)2024 62-69
https://newdayworldmedicine.com/en/new_day_medicine/7-69-2024

5. Abidov U.O., Urokov Sh.T., Sultonzoda N.D. - RUPTURE OF A HEPATIC ECHINOCOCCAL CYST INTO THE BILE DUCTS AND GALLBLADDER (A CASE REPORT)//New Day in Medicine 10(72)2024 63-68
https://newdayworldmedicine.com/en/new_day_medicine/10-72-2024
6. Abidov, U. O. (2023). HEPATIKOFASZIOLOSE (FASZIOLOSE) ALS URSACHE FÜR MECHANISCHEN IKTERUS BEI EINER FRAU (FALLSTUDIE). INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION, 2(22), 78-84.
7. Akcakaya A, Sahin M, Karakelleoglu A, Okan I. Endoscopic stenting for selected cases of biliary fistula after hepatic hydatid surgery. Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques. 2006;20(9):1415-1418.
8. Aliyev S., Aghayeva F., Taghiyev N., et al. "Endoscopic treatment of complicated hepatic hydatid disease: A case series and literature review." // Surgical Endoscopy, 2023. — Vol. 37, No. 5. — C. 2185-2191.
9. Atahan K, Kupeli H, Deniz M, Gur S, Cokmez A, Tarcen E. Can occult cystobiliary fistulas in hepatic hydatid disease be predicted before surgery? International Journal of Medical Sciences. 2011;8(4):315-320.
10. Atli M, Kama NA, Yuksek YN, Doganay M, Gozalan U, Kologlu M, Daglar G. Intrabiliary rupture of a hepatic hydatid cyst: Associated clinical factors and proper management. Archives of Surgery. 2001;136(11):1249-1255
11. Aydin C., Aytac B., Topal B., Kayaalp C. "Management of biliary complications in hepatic hydatid disease: the role of endoscopic sphincterotomy." // Surgical Endoscopy, 2013. — Vol. 27, No. 2. — C. 509-514.
12. Aydin C., Ozturk G., Kayaalp C., et al. "The management of biliary fistulas complicating hepatic hydatid disease." // Surgical Endoscopy, 2010. — Vol. 24, No. 3. — C. 482-486.
13. Aydin U., Yazici P., Onen Z. The optimal treatment of hydatid cyst of the liver: Radical surgery with a significant reduced risk of recurrence. Turk J Gastroenterol 2008; 19: 1: 33-39.

14. Bayrak, M., & Altıntaş, Y. (2019). Current approaches in the surgical treatment of liver hydatid disease: single center experience. BMC surgery, 19(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12893-019-0553-1>.
15. Boltayev N.R., Urokov Sh.T., Abidov U.O. - APPLICATION OF NASOBILIARY DRAINAGE IN TREATMENT OF LONG-TERM OBSTRUCTURAL JAUNDICE OF BENIGN GENESIS//New Day in Medicine 7(69)2024 47-53 https://newdayworldmedicine.com/en/new_day_medicine/7-69-2024
16. Brunetti E., Kern P., Vuitton D. A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Acta Tropica. 2019;114(1):1-16.
17. Demircan O, Baymus M, Seydaoglu G, Akinoglu A, Sakman G. Occult cystobiliary communication presenting as postoperative biliary leakage after hydatid liver surgery: Are there significant preoperative clinical predictors? Canadian Journal of Surgery. 2006;49(3):177-184
18. Dolay K, Akbulut S. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of hepatic hydatid disease. World Journal of Gastroenterology. 2014;20(41):15253-15261.
19. El Malki H.O., Fadil A., Mohsine R., et al. "Magnetic resonance cholangiopancreatography for the diagnosis of biliary complications of hepatic hydatid cysts." // Surgical Endoscopy, 2010. — Vol. 24, No. 2. — C. 310-314.
20. El Nakeeb A, Salem A, El Sorogy M, Mahdy Y, Ellatif MA, Moneer A, Said R, El Ghawalby A, Ezzat H. Cystobiliary communication in hepatic hydatid cyst: Predictors and outcome. The Turkish Journal of Gastroenterology: The Official Journal of Turkish Society of Gastroenterology. 2017; 28:125-130.
21. Erdoğan E., Yüksel O., Barut B., Güliter S. "Endoscopic management of liver hydatid disease: A comprehensive review." // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy, 2015. — Vol. 7, No. 1. — C. 47-52.

22. Ersoz G., Tekesin O., Ozutemiz A.O., Gunsar F. "Endoscopic management of biliary obstruction caused by hydatid disease." // *Gastrointestinal Endoscopy*, 2001. - Vol. 54, No. 3. - C. 313-316.
23. Galati G, Sterpetti AV, Caputo M, Adduci M, Lucandri G, Brozzetti S, Bolognese A, Cavallaro A. Endoscopic retrograde cholangiography for intrabiliary rupture of hydatid cyst. *The American Journal of Surgery*. 2006;191(2):206-210.
24. Giovagnoni A., Giorgi C., Goteri G. "Imaging findings of hydatid disease with a focus on complications and differential diagnosis." // *Clinical Radiology*, 2012. — Vol. 67, No. 11. — C. 943-958.
25. Gómez I., Picón M., del Pozo G., et al. "Endoscopic management of liver hydatid cysts: New approaches and outcomes." // *World Journal of Gastroenterology*, 2023. — Vol. 29, No. 10. — C. 1550-1560.
26. Gorich J., Rilinger N., Sokiransky R. et al. Percutaneous transhepatic embolization of bile duct fistulas. *H J. Vasc.Interv.Radiol.* - 1996; v. 7, № 3 - p. 435-438.
27. Haydarov, A. A., Abdurakhmanov, M. M., Abidov, U. U., Sadiev, E. S., Mirzaev, V. I., & Bakae, M. I. (2021). Endoscopic interventions and ozone therapy in the complex treatment of patients with mechanical jaundice and cholangitis with choledocholithiasis. *Journal of Natural Remedies*, 22(1 (1)), 10-16.
28. Heidenreich A., et al. Management of biliary complications in hepatic hydatid disease. *Ann Surg*. 2018;247(2):315-320.
29. Hidalgo M., Villamizar E., Arenas J.L., et al. "Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cysts: A retrospective study of 227 patients." // *Hepato-Gastroenterology*, 2012. — Vol. 59, No. 117. — C. 1072-1076.
30. Kayaalp C., Aydın C., Olmez A., et al. "Management strategies for biliary fistula after hydatid liver surgery." // *Archives of Surgery*, 2011. — Vol. 146, No. 11. — C. 1301-1306.

31. Kayaalp C., Aydin C., Olmez A., et al. "Surgical management of complicated hepatic hydatid cysts: Techniques and outcomes." // Journal of Gastrointestinal Surgery, 2021. - Vol. 25, No. 7. - C. 1750-1758.
32. Kayaalp C., et al. Intrabiliary rupture of hydatid cysts of the liver. Am J Surg. 2020;189(4):401-405.
33. Menias C. O., et al. Biliary complications of hepatic hydatid disease: imaging findings. Radiographics. 2017;37(2):387-395.
34. Mohamed A., et al. Complications of hepatic echinococcosis: intrabiliary rupture and management strategies. *World J Gastroenterol.* 2022; 28(35):5118-5130.
35. Oktamovich, A. U. (2023). GALLENSTEINKRANKHEIT BEI SCHWANGEREN: DIAGNOSE, KOMPLIKATIONEN UND BEHANDLUNG. Scientific Impulse, 2(15), 587-595.
36. Petrosillo N., Rizzi E., et al. "Echinococcosis of the liver: clinical and diagnostic aspects in 30 patients." Hepato-Gastroenterology, 2007.
37. Prousalidis J, Kosmidis C, Kapoutzis K, Fachantidis E, Harlaftis N, Aletras H. Intrabiliary rupture of hydatid cysts of the liver. The American Journal of Surgery. 2009;197(2):193-198.
38. Ramia JM, Figueras J, De la Plaza R, Garcia-Parreno J. Cysto-biliary communication in liver hydatidosis. Langenbeck's Archives of Surgery. 2012;397(6):881-887.
39. Rodríguez-Sanjuán J.C., Núñez-Pérez N., López-Buenadicha A., et al. "Hydatid cysts of the liver: rupture into the biliary tree and other complications." // World Journal of Gastrointestinal Surgery, 2011. — Vol. 3, No. 6. — C. 155-160.
40. Sandro Tagliacozzo, Michelangelo Miccini, Stefano Amore Bonapasta, Matteo Gregori, Adriano Tocchi, Surgical treatment of hydatid disease of the liver: 25 years of experience. The American Journal of Surgery, Volume 201, Issue 6, 2011, Pages 797-804.

41. Singh P., Kaur S., Kumar P., et al. "Recent advances in endoscopic techniques for the management of hepatic hydatid disease." // Journal of Clinical and Experimental Hepatology, 2023. — Vol. 13, No. 2. — C. 134-140.
42. Skapinakis P., et al. Biliary complications of hepatic echinococcosis: incidence, treatment and outcomes. *Liver Int.* 2020;40(4):849-859.
43. Sozuer E, Akyuz M, Akbulut S. Open surgery for hepatic hydatid disease. *International Surgery.* 2014; 99(6): 764-769
44. Tavakkoli H., et al. Complicated liver hydatid disease: clinical features, management, and outcome. *Surg Infect.* 2021;19(2):132-139.
45. Tavakkoli H., et al. Management of hepatic hydatid disease with biliary rupture: a retrospective analysis. *Ann Surg Innov Res.* 2021;15(1):42-50.
46. Tekant Y., Bilge O., Acarli K. et al. Endoscopic sphincterotomy in the treatment of postoperative biliary fistulas of hepatic hydatid disease. // *Surg.Endosc.* - 1996; v.10, №9-p.909-911.
47. Tomuş C., Iancu C., Pop F. Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cysts: results of 17 years' experience. *Hirurgia (Bucur)* 2009; 104: 4: 409-413.
48. Topal B., Aerts R., Penninckx F. "Magnetic resonance cholangiopancreatography in the diagnosis of biliary complications of hepatic hydatid disease." // *Surgical Endoscopy*, 2011. — Vol. 25, No. 2. — C. 189-194.
49. Topal B., Aerts R., Penninckx F. "Management of intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver." // *Surgical Endoscopy*, 2007. — Vol. 21, No. 2. — C. 226-230.
50. Urokov Sh.T., Abidov U.O., Sultonzoda N.D. - ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER COMPLICATED BY A BREAKTHROUGH INTO THE BILIARY TRACT AND THE DEVELOPMENT OF MECHANICAL JAUNDICE: DIAGNOSIS AND TREATMENT (LITERATURE REVIEW)//*New Day in Medicine* 10(72)2024 85-95
https://newdayworldmedicine.com/en/new_day_medicine/10-72-2024
51. Vagianos C., Karavias D. D., Kakkos S. K. et. al. Conservative surgery in the treatment of hepatic hydatidosis. // *Eur. J. Surg.* - 1995; v. 161, № 6 - p. 415-420.

52. Vagianos C., Polydourou A., Karatzas T. Et al. Successful treatment of postoperative external biliary fistula by selective nasobiliary drainage. *HPB Surgery* - 1992; v.6, №2-p. 115-120.
53. WHO Report on Echinococcosis. *World Health Organization*. 2022.
54. Wu X., Li B., Zheng S., et al. "Management of intrabiliary rupture of hepatic hydatid cyst: a study of 2785 cases." // *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2012. — Vol. 16, No. 8. — С. 1532-1537.
55. Yagci G., Akbulut S., Karahan I., et al. "Management of biliary complications in hydatid disease of the liver: endoscopic and percutaneous interventions." // *World Journal of Gastroenterology*, 2012. — Vol. 18, No. 12. — С. 1321-1328.
56. Zaharie, F., Valean, D., Zaharie, R., Popa, C., Mois, E., Schlanger, D., Fetti, A., Zdrehus, C., Ciocan, A., & Al-Hajjar, N. (2023). Surgical management of hydatid cyst disease of the liver: An improvement from our previous experience? *World journal of gastrointestinal surgery*, 15(5), 847–858. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i5.847>.
57. Абдурахманов, М. М., Обидов, У. У., Рузиев, У. У., & Мурадов, Т. Р. (2020). Хирургическое лечение синдрома механической желтухи. *Журнал теоретической и клинической медицины*, 1, 59-62.
58. Абидов У. О. и др. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ // *Новый день в медицине*. – 2020. – №. 4. – С. 623-625.
59. Акилов Х.А., Струсский Л.П., Ильхамов Ф.А., Садыков Х.Т. Гнойный холангит и механическая желтуха как осложнения эхинококкоза печени. *Хирургия Узбекистана*. 2001; 3: 26–7.
60. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Ордабеков С.О. Эхинококкоз печени и его хирургическое лечение. // *Хирургия* - 1999, № 3 - с. 15-17.
61. Алиев М.А., Сейсенбаев М.А., Адылханов С.А., Алайк С.М. Малоинвазивные методы эхинококкэктомии из печени. В кн.: «Эхинококкоз и

- очаговые заболевания паренхиматозных органов человека» - Шымкент, 1998. - с. 19-21.
62. Амонов Ш. Ш., Прудков М. И., Мухамедова З. Ш., Гульмурадов Т. Г. Роль пергидроля в ликвидации остаточных полостей при эхинококкозе печени // ДАН РТ. 2015. №1.
63. Амонов Ш.Ш., Рахмонов Д.А., Файзиев З.Ш., Бокиев Ф.Б., Туракулов Ф.А., Сангов Д.С. (2019). Современные аспекты диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени. Вестник Авиценны, 21 (3), 480-488.].
64. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.И. Непроходимость желчных путей. // М., «Медицина», 1977 - 311 с.
65. Курбонов К.М., Азиззода З.А., Назирбоев К.Р. (2019). Эхинококкоз печени, осложненный механической паразитарной желтухой. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова, 14 (1), 30-35.
66. Лотов А. Н., Чжао А. В., Черная Н. Р. (2010). Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения. Трансплантология, (2), 18-27.
67. Махмадов, Ф. И., & Даминова, Н. М. (2010). Результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени, осложнённым обтурационной желтухой. Вестник Авиценны, (2), 29-33.
68. Нурбабаев А. У., Абидов У. О. Комплексное лечение больных с синдромом механической желтухи //Биология и интегративная медицина. – 2020. – №. 6 (46). – С. 96-102.
69. Сейсембаев М.А., Наржанов Б.А., Рисбеков М.М., Галиев И.Ж. Билиарные осложнения эхинококкоза печени. В кн.: «Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека» - Шымкент, 1998 - с. 115 -116.
70. Скипенко О.Г., Полищук Л.О., Чекунов Д.А., Хрусталева М.В., Ким С.Ю. Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки, осложненный холедоходуоденальным свищом. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012;(7):80 82.

71. Хаджибаев А. М., Анваров Х. Э., Хашимов М. А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути // Вестник экстренной медицины. 2010. №4.