

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM, FAN VA  
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH  
VAZIRLIGI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Abdullajanov Baxrom Rustamjanovich  
Otaqo'ziyev Axmadillo Zokirovich

# JIGAR XIRURGIK KASALLIKLARI

O'QUV QO'LLANMA

Andijon, 2024-yil

**UO‘K 616.38-08**

**KBK 54.5**

**A 13**

**Tuzuvchi:**

*Abdullajanov Baxrom Rustamjanovich - Andijon davlat tibbiyot instituti Jarrohlik kasalliklari kafedrası professori, t.f.d.*

*Otaqo‘ziyev Axmadillo Zokirovich - Andijon davlat tibbiyot instituti Jarrohlik kasalliklari kafedrası dotsenti., t.f.n.*

**Taqrizchilar:**

*O.T. Sattarov – TMA 1-Fakultet va gospital jarroxlik kafedrası dotsenti t.f.d.*

*A.L. Qosimov – Andijon davlat tibbiyot instituti Umumiy jarroxlik transplantologiya kafedrası professori t.f.d.*

**Abdullajanov B.R., Otaqo‘ziyev A.Z.**

**JIGAR XIRURGIK KASALLIKLARI: O‘quv qo‘llanma / Abdullajanov B.R., Otaqo‘ziyev A.Z.: -Andijon: «JAHONA NASHR» nashriyoti, 2024-104 b.**

**ISBN 978-9910-9307-6-8**

*Qo‘llanmada Jigar xirurgik kasalliklari patogenezi, tasnifi, diagnostikasi, jarrohlik taktikasi va operatsiyadan keyingi davrni boshqarish bo‘yicha joriy ma‘lumotlar keltirilgan. O‘z-o‘zini tayyorlash uchun dolzarblik, maqsadlar, o‘quv va maqsadli vazifalar, testlar, vaziyatli topshiriqlar mavjud bo‘lib, uslubiy shaklda taqdim etilgan, bu esa ushbu materialni talaba tomonidan o‘zlashtirilishini nazorat qilish imkonini beradi. Shuningdek, diagnostika va davolashning zamonaviy usullari, Jigar xirurgik kasalligi va uning asoratlari bilan og‘rigan bemorlarni davolash sxemasi va diagnostika algoritmi aks ettirilgan.*

*O‘zbekiston Respublikasi Oliy ta‘lim, fan va innovatsiyalar vazirligi Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2024-yil “31” yanvardagi “01/08/643-T”-sonli buyrug‘iga asosan nashr etishga ruxsat berildi*

**UO‘K 616.38-08**

**KBK 54.5**

**ISBN 978-9910-9307-6-8**



© Abdullajanov B.R., Otaqo‘ziyev A.Z., 2024

© « JAHONA NASHR » nashriyoti, 2024

# O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi,  
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2024 yil "31" yanvardagi  
"01/08/198-T"–sonli buyrug'iga asosan

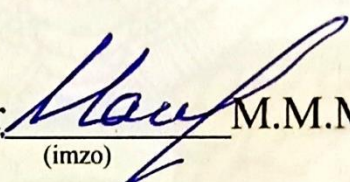
**B.R.Abdullajonov, A.Z.Otaqo'ziyev**  
(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

**Davolash ishi-60910200**  
(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

\_\_\_\_\_ ning  
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***Jigar xirurgik kasalliklari nomli o'quv qo'llanmasi***  
(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

\_\_\_\_\_ ga  
O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan  
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat  
berildi.

Rektor  M.M.Madazimov  
(imzo)



Ro'yxatga  
olish raqami:

7



## MUNDARIJA

№	Mavzular	sahifa
1.	Kirish	5
2.	Jigar xirurgik kasalliklari	6
3.	Jigar jaroxatlari, etiologoyasi, sinflanishi, diagnostikasi va xirurgik davolash	6
4.	Jigar kistalari, etiologoyasi, sinflanishi, diagnostikasi va xirurgik davolash	23
5.	Jigar abssezlari, etiologoyasi, diagnostikasi va xirurgik davolash	36
6.	Jigar exinokokkozi, etiologiyasi, klinik kechishi, diagnostikasi va xirurgik davolash	43
7.	Jigar alveokokkozi, etiologiyasi, klinik kechishi, diagnostikasi va xirurgik davolash	80
8.	Foydalanilgan adabiyotlar	97

## **KIRISH**

Zamonaviy jarrohlik gepatologiyaning muvaffaqiyatlariga qaramay, jigarning bir qator xavfli bo'lmagan joy egallagan o'smalarini (gemangioma, konjenital soliter kistalar, polikistik kasallik, echinokokkoz, alveokokkoz, adenoma va boshqalar) diagnostikasi va jarrohlik yo'li bilan davolashda juda ko'p. murakkab va hal qilingan muammolardan yiroq. Ushbu kasalliklarning asemptomatik va sekin rivojlanishi, diagnostik qidiruv natijalarining murakkabligi va noaniqligi, shuningdek, mavjud differentsial diagnostika mezonlarining etarli emasligi ushbu muammoni hal qilishni qiyinlashtiradi.

Skrining tekshiruvi vaqtida jigarning o'choqli zararlanishlar chastotasi 1,38 - 1,86%; Bundan tashqari, 33,3% hollarda turli xil kelib chiqadigan kistalar, 25,6% da yaxshi o'smalar mavjud.

Bir kamerali echinokokkoz (gidatidli echinokokkoz) - bu og'ir surunkali parazitar kasallik, Echinococcus granulosus zanjirining lichinka bosqichi natijasida kelib chiqqan gelmintoz, jigarda, kamdan-kam hollarda o'pkada, shuningdek boshqa organlar va to'qimalarda parazitar kistalarning rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

Alveokokk tabiiy fokal kasallik, patogenlar alveokokk Echinococcus multilocularis zanjirining lichinka bosqichi va parazitar to'qimalarning infiltrativ o'sishi bilan ajralib turadigan, ko'pincha miya va o'pka metastazlari va boshqa ko'plab organlarni zararlashi, shuningdek og'ir surunkali kechishi bilan tavsiflanadi.

Markaziy Yevropa, Alyaska, Shimoliy Kanada endemik hududlardir. Rossiyada yuqori kasallanish G'arbiy Sibirda, uzoq Sharqda, Kirov viloyatida, MDH mamlakatlarida - O'rta Osiyo va Kavkaz respublikalarida qayd etilgan. Ba'zan kasallik o'limga olib keladi, 10 yillik kasallanish darajasi atigi 10-20% ni tashkil qiladi.

Markaziy Osiyo mintaqasida, ayniqsa O'zbekiston Respublikasida ushbu patologiya juda kam uchraydi, ammo yaqinda alveokokkozli bemorlar sonining

ko'payishi tendentsiyasi mavjud. Ko'pincha alveokokkoz (75% hollarda) jigarga ta'sir qiladi (ko'pincha 4, 5, 7, 8-segmentlar, kamdan-kam hollarda 1 va 2-segmentlar), 15% hollarda - o'pka, 10% da - boshqa organlar.

Invaziv bo'lmagan instrumental diagnostika usullarining takomillashtirilishi, ultratovushning keng qo'llanilishi, KT va MRTning mavjudligi jigar o'smalarini aniqlashni sezilarli darajada oshirdi. Biroq, klinik amaliyotda vena ichiga kontrastli KT va MRT kabi yuqori texnologiyali tibbiy tasvirlash usullari keng qo'llanilishiga qaramay, jigar kasalliklarini o'z vaqtida va aniq tashxislash hali ham zamonaviy diagnostikasining dolzarb muammosi bolib saqlanib qolmoqda.

## **1. JIGAR XIRURGIK KASALLIKLARI**

### **Jigar jarohatlari**

*Jigar jarohati* - hayot uchun xavfli bo'lgan holat hisoblanib, ichki qon ketish bilan kechadi. Maxsus ixtisoslashgan davosiz ko'p hollarda qon ketish tufayli o'lim holati yuzaga kelishi mumkin. Ayrim hollarda oz miqdorda qon ketishda yoki jigar-o't yo'llari zararlanishida safro oqishi tufayli bir necha vaqtdan so'ng peritonit rivojlanishi mumkin. Jigar jarohatiga shubha bo'lishi bilan bemorda chuqur tekshiruv o'tkazish maqsadida va jigar jarohati aniqlanganda tezkor tashrix o'tkazish uchun ixtisoslashgan shifoxonaga yuborish ko'rsatma bo'ladi.

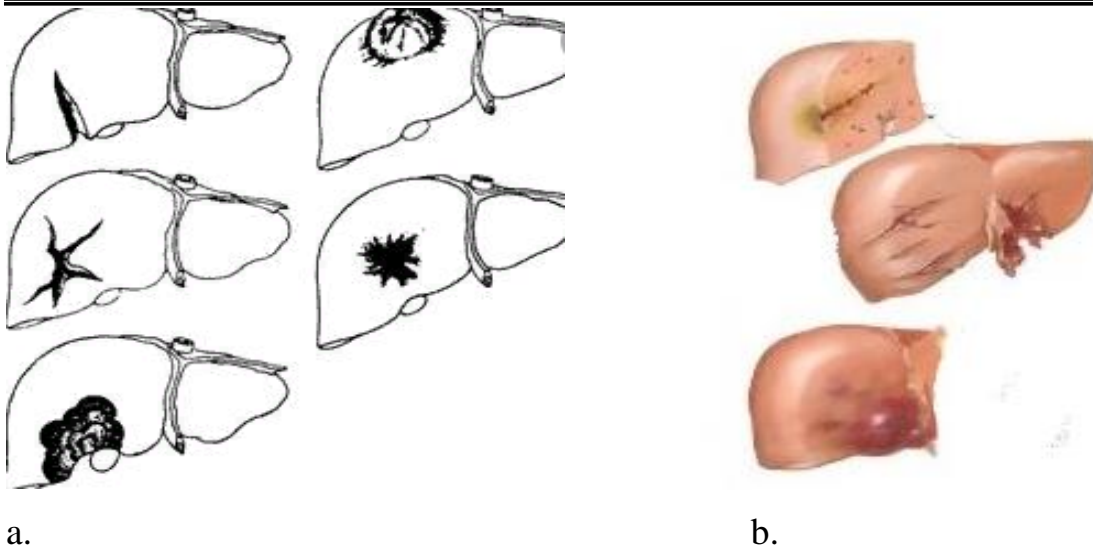
Jigarni yopiq shikastlanishlari ko'proq turli yoshdagi erkaklarda, ayniqsa, mehnatga layoqatli kishilarda ko'proq uchraydi. To'satdan ta'sir qiluvchi tashqi kuch ta'sirida jigarning shikastlanishiga olib keluvchi omillar:

*Jigar og'irligi va hajmining kattaligi;*

jigarning qovurg'alar yoyiga to'g'ri keluvchi yuzasining kattaligi;

organ chidamliligidan ko'ra boylam apparati chidamliligining ortiqqligi.

*Etiologiyasi.* Jarohatlanish mexanizmi bo'yicha: Tekis erda yiqilish va qattiq jismga urilish - 6,9 foiz; qoringa o'tkir yoki to'mtoq predmet bilan urish - 66,5 foiz; yo'l transport vositalari jarohati - 5,7 foiz; yuqoridan yiqilish - 0,9 foiz; yot jismlarni yutish (suitsid va o'z joniga qasd qilish maqsadida ham) - 7,4 foiz; o'q otar qurol vositasida - 6,1 foiz tashkil qiladi (1 a,b-rasm).



1-rasm. Jigar jarohatlari. a, b.

*Sinflanishi.* Mutaxassislar jigar jarohatlarini jarohatlar turiga qarab ochiq va yopiq jarohatlarga bo'linadi.

*Jarohat mexanizmiga qarab:* qoringa bevosita zarba tufayli, yo'l halokatida, yuqoridan yiqilish tufayli va og'ir jism bilan ezilish tufayli.

*Jarohat xarakteriga ko'ra:* kapsula orqali yoriqlar (kapsula butunligi buzilishi bilan kechadigan jarohatlar), subkapsulyar yoriqlar (kapsula osti jarohatlari), jigar gematomalari yoki markaziy yoriqlar, jigar qon-tomirlari va jigar-o't yo'llari zararlanishlari.

*Jarohat darajasiga ko'ra:* 2 sm. qadar yoriqlar va yuzaki yoriqlar, jigar hajmini yarmidan ortiq qalinlikdagi yoriqlari, jigarni alohida qismlarga bo'linishi bilan ko'plab yoriqlari va jigarni ezilib parchalanishi.

Jigar ichki o't yo'llari va qon-tomirlari zararlanishlari: jigar ichki o't yo'llari jarohati bilan yoki jarohatisiz, jigar ichki va tashqi qon -tomirlari jarohati bilan.

*Jigarning shikastlanish turi shikastlanish mexanizmiga bog'liq.*

G.F.Nikolayev jigarni yopiq shikastlanishlarini quyidagicha sinflanishini keltiradi:

1. Kapsula butunligi buzilmasdan turib jigar shikastlanishi:  
subkapsulyar gematomalar;  
chuqur yoki markaziy gematomalar

2. Kapsula butunligi buzilishi bilan kechadigan jigar shikastlanishi;

## O'quv qo'llanma

yakka yoki ko'plab yoriqlar;  
chegaralangan yorilish va yoriqlar bilan birga yorilishi;  
jigarning ezilishi yoki alohida qismlarga ajralishi;  
jigar yorilishi va yorig'i o't pufagi va yirik o't yo'llari shikastlanishi bilan birga kechishi;  
chegaralangan o't pufagi va jigardan tashqari yirik o't yo'llarining shikastlanishi.

Xorijiy adabiyotlarda American Association for the Surgery of Trauma (AAST) tomonidan yaratilgan Organ Injury Scaling tasnifi ko'proq qo'llaniladi. Biz uning jigar shikastlanishiga oid bo'limini to'liq keltirishni zarur deb hisoblaymiz (1 - jadval).

### 1 - Jadval

#### Organ Injury Scaling tasnifi

Darajasi	Shikastlanish turi	Shikastlanish tavsifi
I	Гематома Yoriq	Kapsua osti, Kapsulalar yoki parenxima chuqurligi < 1 sm
II	Гематома Yoriq	Kapsua osti sirt maydonining 10 dan 50% gacha, markaziy < 10 sm Chuqurligi 1 dan 3 sm gacha, uzunligi < 10 sm
III	Гематома Yoriq	Kapsua osti > 50% sirt maydoni, kapsua osti yoki markaziy yorilish bilan, markaziy > 10 sm diametrd Chuqurligi >3 cm
IV	Yorilishi	Jigar bo'lagining 25 dan 75% gacha yoki Couinaud bo'yicha bir bo'lak ichida 1-3 segmentni egallaydi
V	Yorilishi Qon tomir shikastlanishi	Jigar bo'lagining >75% yoki Couinaud bo'yicha bir bo'lak ichida >3 segmentini egallash Yukstagepatik tomirlarning yorilishi, masalan pastki kovak vena venasining retrogepatik qismi
VI	Qon tomir shikastlanishi	Jigarni qon tomir oyoqhsidan uzilib ketishi ajratish



*Jigar jarohatlari diagnostikasi*

*Bemor ko'rigi:* anamnezi, shikoyati, ob'ektiv ko'rik, lokal status, fizikal tekshiruvlar, klinikasi.

Laborator tekshiruvlar (AQB, Puls, Hb, Ht, L).

Asbob-uskunalar yordamida (R, UTT, KT).

*Klinikasi.* E'tiborga loyiq jihatlar

jarohatlanishdagi sharoitlar;

og'riq (jarohatga xos o'ng kurakka irradiatsiya);

qon ketish va shok belgilari;

peritonit belgilari;

parenximatoz a'zolar jarohati belgilari;

Jigar shikastlanishining klinik ko'rinishi o'ziga xos emas. Ayniqsa og'ir ahvolda bo'lgan jabrlanuvchini diqqat bilan klinik tekshirish muhim ahamiyatga ega. Qon yo'qotishning klinik belgilarining kombinatsiyasi va qorin bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligi qorin bo'shlig'idan qon ketishisini yuqori ehtimolga olib keladi.

Qorin bo'shlig'idan qon ketishi qanchalik kuchli bo'lsa, klinik ko'rinish shunchalik aniq bo'ladi. Jigar proektsiyasida shikastlanish izlarining mavjudligi (ishqalanish, gematomalar), o'ngda IV-XII qovurg'alarining sinishi, yoki mos keladigan shikastlanish mexanizmi (masalan, balandlikdan o'ng tomonga tushish) qorin bo'shlig'idan qon ketish manbai sifatida jigar yorilishini ko'rsatadi, ammo bu tashxisni qo'yish uchun zarur va etarli shart emas.

Maxsus tekshiruv usullaridan laparoskopik usul va laparotsentez usuli kiradi.

Ko'proq jigarning o'ng bo'lagi va kamroq hollarda chap bo'lagi shikastlanadi, klinik belgilari esa jigar parenximasining shikastlanish xarakteriga bog'liq.

*Ob'ektiv ko'ruv.* Belgilarga ko'ra jarohat ko'rinishi:

1. Jarohat lokalizatsiyasi.
2. Jarohat o'lchamlari (sm).
3. Jarohat konfiguratsiyasi.
4. Jarohat yo'nalishi.
5. Jarohat qirg'oqlari yo'nalishi.
6. Jarohat atrofida teri holati.
7. *Qon ketish belgilari.*

*Shikoyatlari.* Asosiy shikoyati og'riqni turli lokalizatsiyasi, intensivligi va irradiatsiyasi, o'ng qovurg'a yoyi ostida, tana harakatida og'riqning kuchayishi.

Subkapsulyar gematoma va kapsula butunligini buzilishi bilan kechuvchi unchalik katta bo'lmagan yoriqlarda bemorni umumiy holati nisbatan qoniqarli bo'ladi. Jigarning kattaroq yoki ko'plab yoriqlarida, ezilish va jigarning alohida qismlarga ajralishida (uzilishida) bemorning umumiy ahvoli og'ir bo'lib, bunga ikkita sindrom xarakterlidir: qorin bo'shlig'i ichiga qon ketishi va travmatik shok. Jarohat olingan vaqtning o'zida abdominal travmatik shok manzarasi ustun tursa, keyinroq ichki qon ketish belgilari namoyon bo'ladi. Lekin bu ikki sindrom ko'pgina umumiy belgilarga ega: teri qoplamlarini oqarishi, sovuq ter bosishi, gipotoniya.

*Diagnostik qiyinchiliklar shokning II-III darajasida, ichki qon ketishda kelib chiqadi.*

Jigar shikastlanganda shokning erektel fazasi uchun xarakterli bo'lib bemorning bezovtalanishi, qo'zg'alishi, yuzaki va tez nafas olishi, arterial qon bosimi normal yoki ko'tarilgan bo'lishi, teri va shilliq qavatlarini oqarishi hisoblanadi. Bemorlar majburiy holatda bo'ladi, holatining o'zgarishi og'riqni kuchayishiga sabab bo'ladi (taloq yorilgandagi «vanka-vstanki» simptomiga o'xshab). Qon ketishini davom etishi natijasida shokning torpid fazasi boshlanadi. Bemorlar bo'shshagan, atrof muhitga befarq, chaynaladi, suv ichishni so'raydi, nafas tezlashgan va yanayam yuzaki, taxikardiya va oqarish kuchayib borib, arterial qon bosimi pasayadi.

Jigarning yopiq shikastlanishida eng asosiy simptomlardan biri og'riq bo'lib, u o'ng qovurg'a yoyi osti sohasida seziladi va o'ng elka va kurakka irradiatsiyalanadi, ba'zi hollarda butun qorin bo'shlig'ini egallaydi. Og'riqning intensivligi va xarakteri jigarning qay darajada shikastlanganligiga, shokning darajasiga va ichki qon ketishga bog'liq.

Jigarning yopiq shikastlanishlarini tashxislash juda qiyin – ayniqsa qon ketishi va travmatik shok rivojlanishiga olib keladigan boshqa, ko'proq sezilarli shikastlanishlar mavjud bo'lganda.

Tashxisni murakkablashtiradigan yana bir omil – bu og'ir shok, katta qon yo'qotish, travmatik miya shikastlanishi yoki spirtli ichimliklar bilan zaharlanish natijasida yuzaga kelgan ongning buzilishi xisoblanadi.

Shikastlanishning xususiyatlari shikastlanish mexanizmiga bog'liq bolib, to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qilish bilan jigarining pastki yuzasi yoki birglikda pastki va yuqori yuzalarning yorilishi tez-tez sodir bo'ladi. Siqilish va qarshi ta'sir sodir bo'lganda, jigarining yuqori yuzasi ko'pincha zararlanadi. Shu bilan birga, ezilishda nafaqat bir nechta chiziqli yoriqlar, balki ezilib maydalangan o'choqlar bilan ham tavsiflanadi.

O'ng ko'krak qafasining pastki qovurg'alarning sinishida jigarining bir qismi uning ichiga kirib qolgan qovurga bo'lagi tomonidan yorilishi yoki parchalanishi mumkin. Katta balandlikdan tushish jigarining bog'lam apparatidan uzilishiga olib kelishi mumkin. Markaziy va subkapsulyar gematomalar, asosan, tananing keskin egilishi yoki keskin burilishi mavjud bo'lganda hosil bo'ladi.

Bunday yopiq shikastlanishlarda bemorning ahvoli og'ir va tez yomonlashib, travmatik shok va ichki qon ketish belgilari ham kuzatiladi. Ko'krak qafasidagi nafas olish, terini rangi oqarishi, bo'shashish, sovuq ter, qon bosimining pasayishi va taxikardiya kuzatiladi. Bunday holda taxikardiyaning tez o'sishi prognostik jihatdan noqulay belgidir. Bemor o'ng qovurg'a yoyi ostida og'riq kuchayib borayotganiga va o'ng o'mrov sohasiga irradiatsiga shikoyat qiladi.

Shoshilinch tibbiy yordam bo'lmasa, bemor odatda jigar shikastlanishidan keyingi birinchi soatlarda yoki kunlarda qon ketishidan o'ladi. Kichkina jarohatlar bilan bemor omon qolishi mumkin, ammo 2-3-kunda bunday hollarda qorin bo'shlig'iga safro yoki qon quyilishi natijasida peritonit rivojlanadi.

Jigarining yakka shikastlanishlarida ko'pincha o'ng qovurg'a ostida qorin old devori mushaklarining tarangligi kuzatiladi. Kamdan-kam hollarda esa qorinda tarqoq holda taranglik ortadi. Jigar va qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma shikastlanishlarida kuzatiladi. Jigar shikastlangandan 1-2 soat o'tganda so'ng qonda gemogloblin, eritrotsitlarni progressiv kamayishi va bir vaqtning o'zida

leykotsitlarning 15-20\*10<sup>9</sup>/l gacha ortishi aniqlanadi, bu ichki qon ketayotganligidan dalolat beradi.

Jarohatdan keyingi dastlabki soatlarda keskin ifodalangan og'riq sindromi jigar yakka shikastlanishlari uchun xos emas - uning mavjudligi bir vaqtning o'zida ichi kovak a'zoning ham butunligini buzishnini ko'rsatishi mumkin.

Qorin bo'shlig'ida yig'ilgan qon va safro hisobiga qorinning yon sohalarida perkutor tovush bo'g'iqlashadi. Bu davrda qorin pardani ta'sirlanish belgilari namoyon bo'la boshlaydi: yuz ifodasi o'tkirlashadi, tili quriydi, Shyotkin-Blyumberg simptomi musbat bo'ladi, oshqozon-ichaklar parezi, qorinning shishishi hisobiga auskultatsiyada peristaltikaning yo'qligi aniqlanadi.

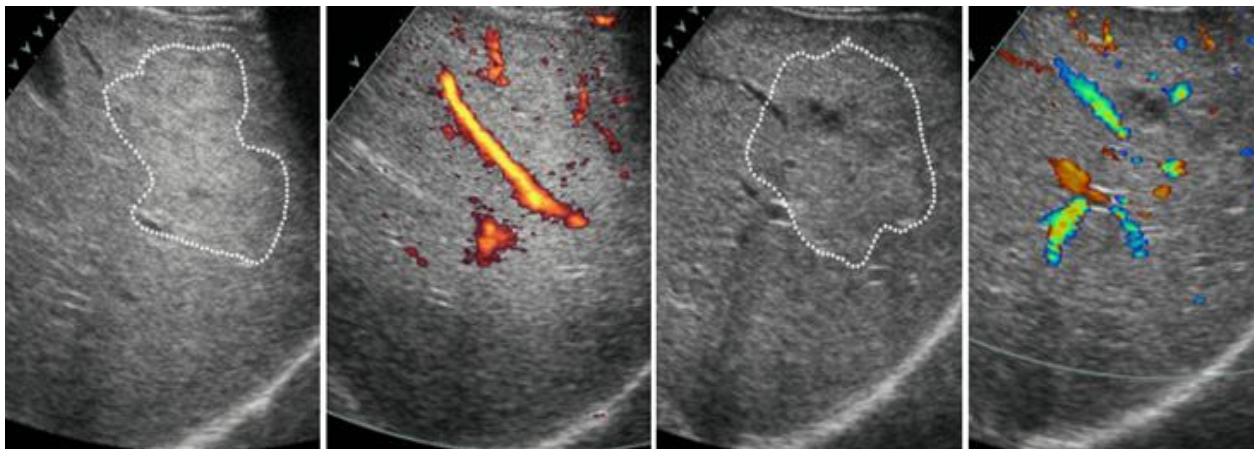
Jigarning yopiq shikastlanishi uchun xos bo'lgan nospetsifik simptomlarga teri qoplamlarining oqarishi, boshlanishida pulsning kamayishi, keyin tezlashishi, qayt qilish, ich va el kelmasligi kiradi.

Jigarning ochiq shikastlanishlari ko'pincha boshqa a'zolarning (o'pka, oshqozon va ko'ndalang yo'g'on ichak) shikastlanishi bilan birga kechishadi. Sanchilgan va kesilgan jarohatlar kuchli tashqi qon ketishi bilan, o'q otar qurol bilan etkazilgan jarohatlar esa sezilarli darajada jigarning yorilishi va kontuziyasi bilan tavsiflanadi.

Jigarning ochiq shikastlanishidagi qon ketish odatda yopiq shikastlanishlarga qaraganda kuchliroqdir. Prognoz noqulay, ayniqsa keng ko'lamli shikastlanishda, kechiktirilgan ixtisoslashtirilgan yordam va bir vaqtning o'zida o'pkaning shikastlanishida.

Ultratovush tekshruvda jarohatdan keyingi dastlabki bosqichlarda jigar shikastlanishi ehogenligi kuchaygan noto'g'ri shaklli chegaralangan o'choq aniqlanadi. Rangli rejimda doppler tekshiruvi bu sohada qon tomir sur'atini sezilarli darajada kamayishi yoki yo'qolishini aniqlaydi. Shikastlanishdan keyingi dastlabki bosqichlarda parenxima defektini aniqlash qiyinroq bo'ladi (rasm) nuqson bo'lmasligi mumkin va "giperekoik naqsh" bosqichida jigar shikastlanishining turini (kontuziya yoki yorilish) aniq tavsiflash mumkin emas.

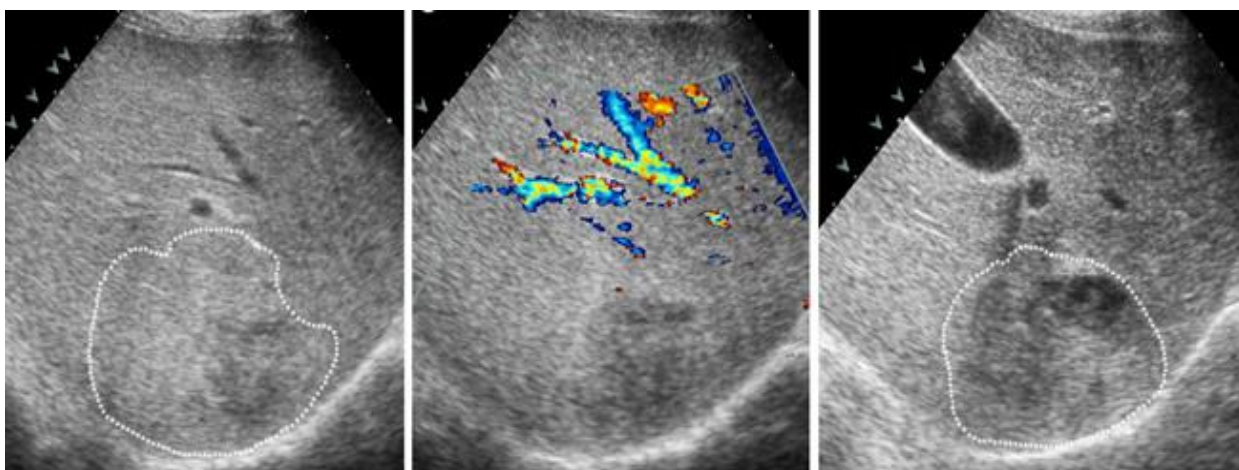
Bir necha kun davomida dinamik kuzatuvda ehogenligi oshgan sohada gipoehogen zona hosil bo'ladi - aslida parenximaning butunligi (defekti) buzilishi (2 - rasm).



2 – rasm. Jigar shikastlanishdan so'ngi erta davrda yorilishining giperehogen ko'rinishi.

Ayrim holatlarda, jarohatdan keyingi dastlabki bosqichlarda (birinchi kun) giperehogen hudud strukturasi, ehogenligi pasaygan zonalar aniqlanadi, ular keyinchalik hajmi kattalashib, parenxima defektini hosil qiladi (3-rasm).

Biroq, bu holatga gipoehogen zonaning notekis va noaniq konturlar xarakterlidir. Ushbu xolat ko'p yoki kamroq massiv shikastlanishlar uchun odatiy hisoblanadi, aksariyat hollarda - og'ir klinik ko'rinish va og'ir gemorragik shok bilan ifodalanadi.



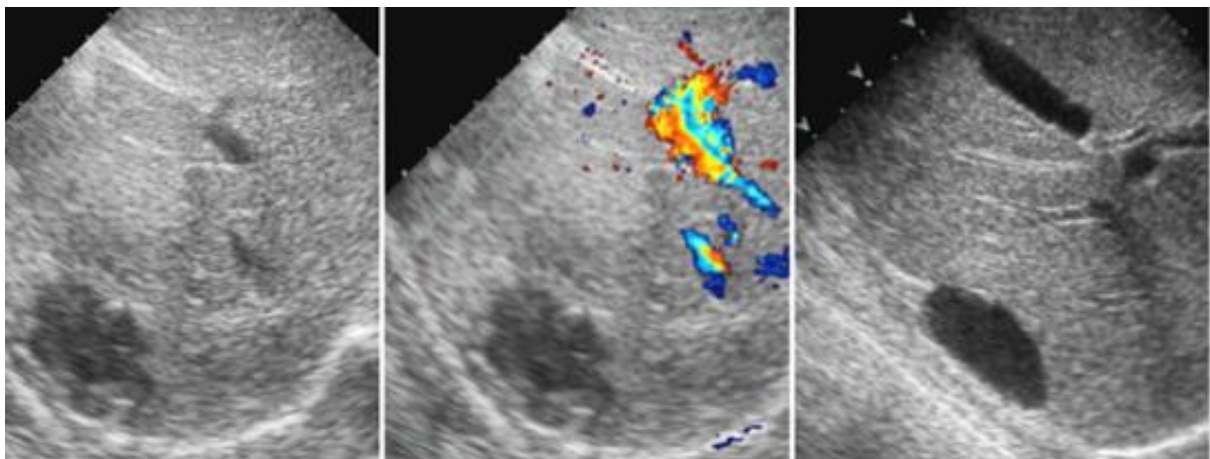
3 – rasm. Parenximatoz o'choqning jarohatdan keyingi dastlabki bosqichlardagi UTT varianti (8 soat so'ng va 6 kundan keyin).

## *O'quv qo'llanma*

Jigar parenximasidagi suyuqlik qo'shimchasi konturlarining aniqligi ahamiyatga ega, perifokal giperehogen zonaning yo'qligi parenximaning travmatik defektiga xos emas.

Xuddi shunday diagnostik qiyinchiliklari bemorlar kechikib kelganda yuzaga keladi. Bunday holda, defekt notekisligi va noaniq konturlari ishonchli tarzda aniqlanadi, uning tarkibining tabiati suyuqlik emas, balki hipoanehogenligi bilan ajralib turadi.

Parenxima defektining travmatik genezli shikastlanishiga perifokal zona ehogenligi oshoshi va jigar parenximasi strukturasi buzishning perifokal hisoblanadi (4-rasm).



*a*

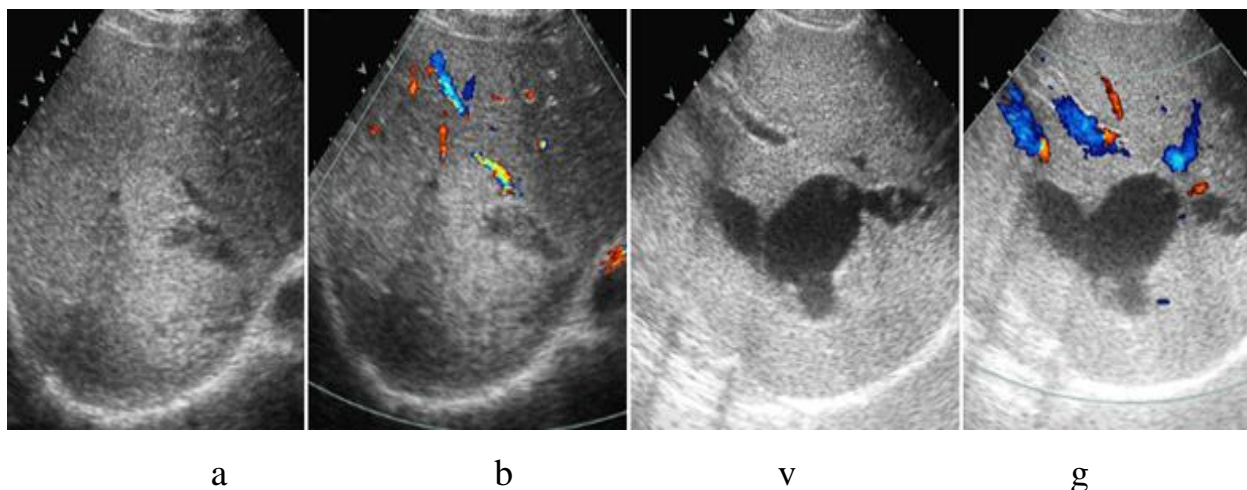
*b*

*v*

4 – rasm. a, b - 8-segment proektsiyasida notekis, noaniq konturli jigar parenximasining noaniq chegaralangan gipo-anehogen avaskulyar defekt aniqlanadi; v - 8 - segment proektsiyasida silliq, aniq konturli oval shaklidagi anehogen avaskulyar qo'shimca aniqlanadi, bu dastlabki tekshirishda jigar parenximasidagi travmatik defekt deb xato qilingan.

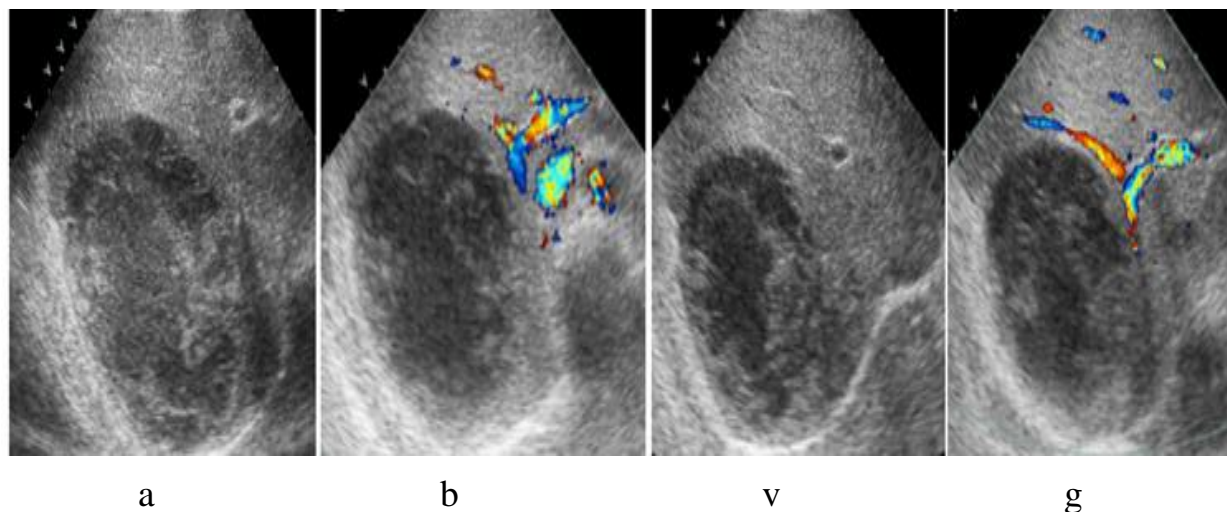
Kapsula osti yorilishlarida jigarda strukturaviy o'zgarishlar alohida ko'rinishi bilan ajralib turadi.

Shikastlanishdan keyingi dastlabki bosqichlar ga hemoperitoneum shaklida katta qon yo'qotishning yo'qligi xos. Shu bilan birga, keyin davrda jigar ichki parenximasida katta nuqsonlar hosil bo'lib, ular etarlicha uzoq vaqt davomida yo'qolishi mumkin (5-rasm).



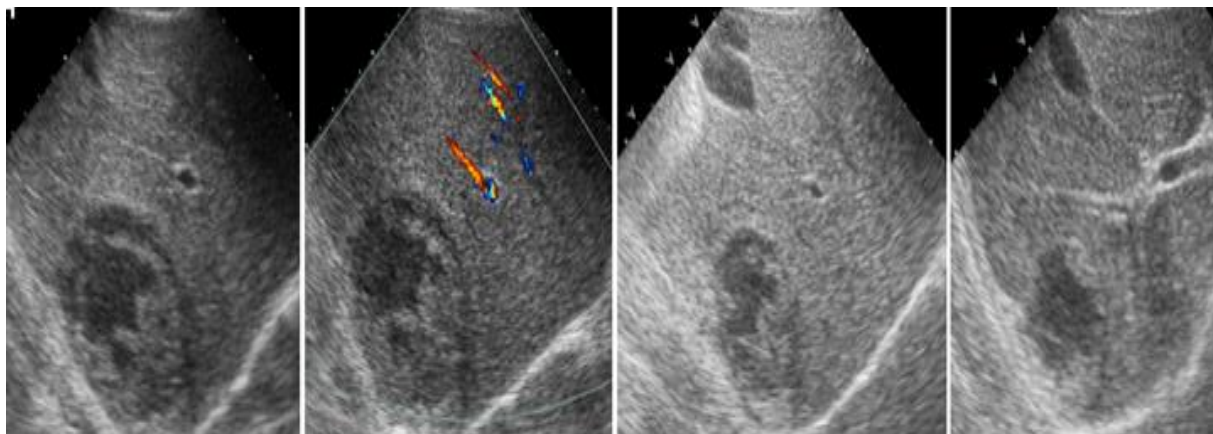
5 - rasm. Jigarning kapsula osti yorilishi: a, b - shikastlanishdan 18 soat o'tgach. v, g - 12 kundan so'ng,.

Shikastlanishdan keyingi dastlabki bosqichlarda gematoma asosan anehogen xarakterga ega. U asta-sekin hajmini kamaytiradi va ichki tuzilishini geterogenga o'zgartiradi, ushbu davrda o't yo'llari tizimida patologik o'zgarishlar qayd etilmaydi (6 – 7 rasm).



6 – rasm. 24 yoshli bemor ultratovush tekshiruvi.

Shikastlanish mexanizmi: qorni bilan stol chetiga urilgan: a, b - jarohatdan 14 kun o'tgach, dastlabki tekshiruv vaqtida jigarning o'ng bo'lagida taxminan 14x12 sm o'lchamdagi jigar ichi gematomaszi aniqlanadi; v, g - 3 oydan so'ng, taxminan 11x8 sm o'lchamdagi gematoma.



*d*

*e*

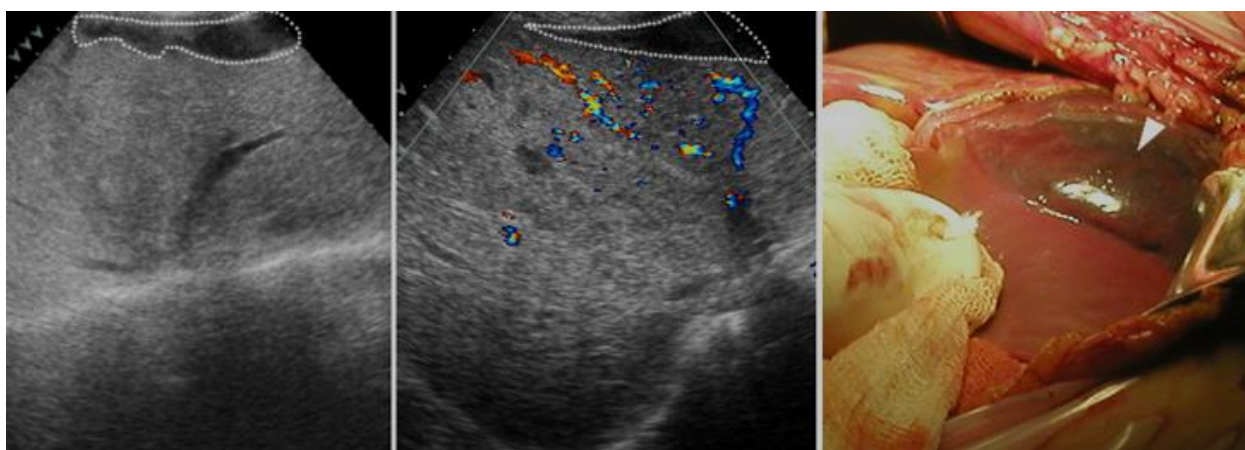
*j*

*z*

7 – rasm. 24 yoshli bemor ultratovush tekshiruvi.

Shikastlanish mexanizmi: qorni bilan stol chetiga urilgan: d, e - 14 oydan keyin 8x6 sm o'lchamdagi gematoma; j, z - 21 oydan so'ng, taxminan 5x3 sm o'lchamdagi gematoma.

Yangi kapsula osti qon quyilishlari bemor tanasining holati o'zgartirilganda harakat qilmaydigan jigarda fiksatsiyalashgan suyuqlik tarkibi sifatida aniqlanadi (8-rasm). Kapsula osti gematomalarni baholash ularning lokalizatsiyasi va kichik qalinligi tufayli juda murakkab: ular jigarning har qanday yuzasida, shu jumladan qovurg'a yuzasida joylashgan bo'lishi mumkin, bu to'liq ehografik vizualizatsiya uchun qiyinlik tug'diradi.



*a*

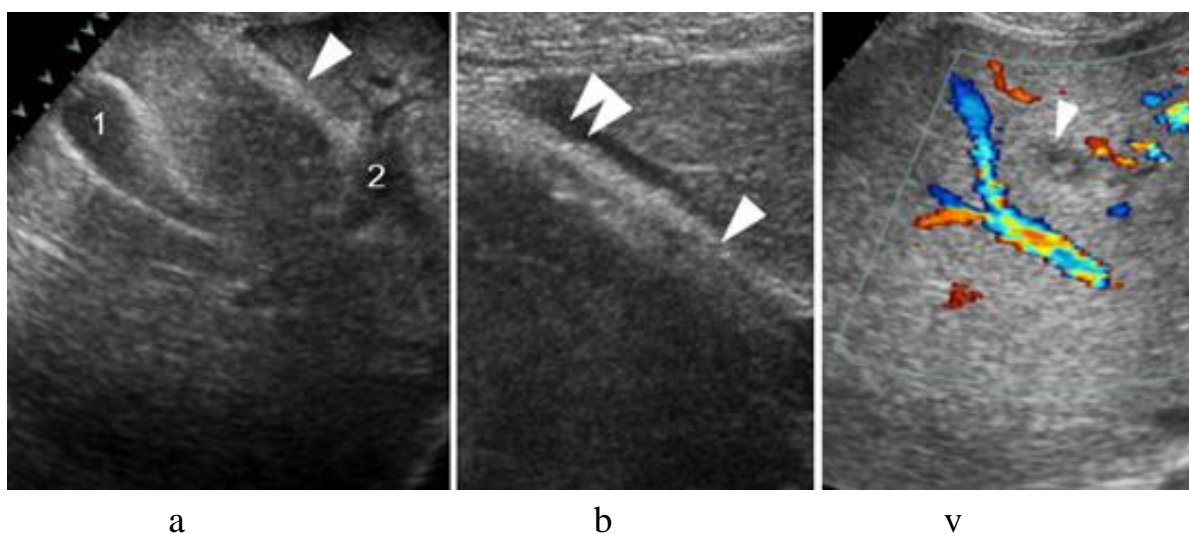
*b*

*v*

8 – rasm. Jigar yorilishida kapsula osti gematomasi. (a, b, punktir chiziq) va intraoperativ (v).



Jigarning bog'lam apparati shikastlananda ehografik diagnostika juda qiyin. Ushbu turdagi shikastlanish uchun ultratovush diagnostikasi amalda mavjud emas va ehografiyada faqat gemoperitoneumni aniqlash mumkin. Jigarning yumaloq boylamiga zarar etkazishning bilvosita ehografik belgilari, uning qalinlashishi, ehogeniligi oshishi va uning atrofidagi minimal miqdorli suyuqlik aniqlanishi mumkin (9-rasm).



9 – rasm. Jigarning yumaloq boylamining travmatik shikastlanishi: 1 - o't pufagi, 2 - darvoza venasining chap shoxchasining resessusi. a – jigarning yumaloq boylami keskin qalinlashgan, uning ehogeniligi oshgan, uning yonida suyuq komponent (strelka bilan ko'rsatilgan) chizig'i bor; b – jigar yumaloq boylam qalinlashgan, heterogen (strelka bilan ko'rsatilgan), uning atrofida minimal miqdordagi suyuqlik aniqlanadi (ikkita strelka bilan ko'rsatilgan); v - 12 kundan so'ng, yumaloq boylam yonida, jigar V - segmenti proektsiyasida parenxima kichik defekti (strelka bilan ko'rsatilgan).

*Davolash standartlari:*

Qorindagi jarohatga umumiy qoidalarga asoslangan holda birlamchi jarrohlik ishlovi beriladi.

Agar reviziya vaqtida jarohat teshib o'tuvchi bo'lsa jarrohlik taktikasi o'zgartiriladi.

Qorindagi jarohatni aniqlab, avvalo, nafas aktining buzilishi va ichki qon ketish hajmiini aniqlash.

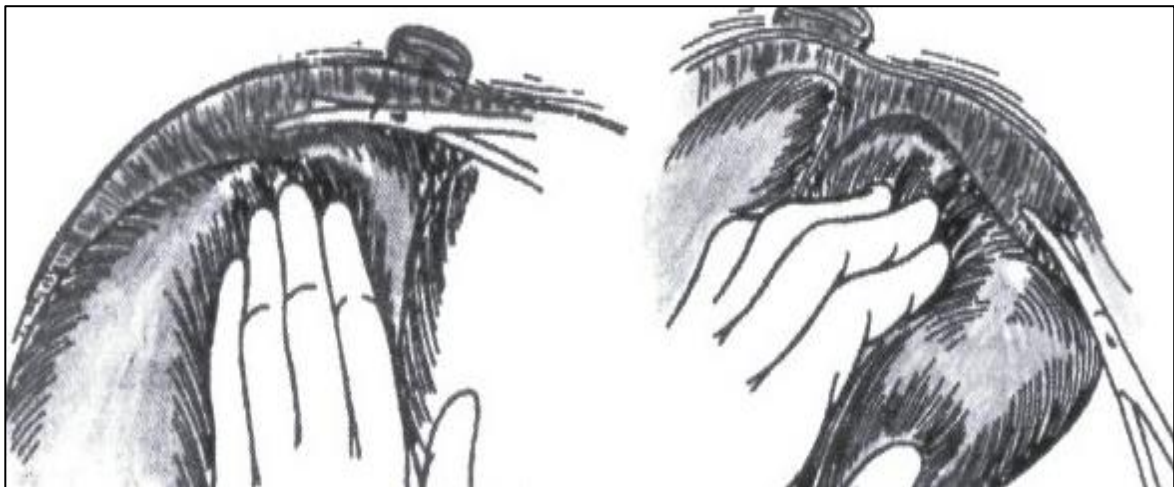
Gemodinamik holatni buzilishi keyingi amaliyotni anesteziolog - reanimatlog hamkorligida tashrix xonasida davom ettiriladi.

Jigar jaroxatlarida jarrohlik aralashuvning asosiy maqsadi qon ketishini to'xtatish, hayotga yaroqli bo'lmagan to'qimalarni olib tashlash, safro oqimini to'xtatish va jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan maydonni etarli darajada drenajlashdir.

Jigar shikastlanishi uchun bir qator jarrohlik yondashuvlar taklif qilingan. Ko'pgina hollarda qorin bo'shlig'i va qorin parda orti bo'shliqni ko'rib chiqish uchun yuqori-o'rta laparotomiya afzalroqdir. Chunki kerak bo'lsa, ushbu kesmani istalgan yo'nalishda kengaytirilishi mumkin.

Jigar jarohatiga qarab jigar yumaloq boylamini kesish, shu bilan birgalikda o'roqsmon boylam ham kesiladi. Bular jigarning pastki yuzasiga hamda orqa yuzasidagi amaliyotni engillashtiradi (10-rasm).

Jigardagi qon ketishni vaqtincha to'xtatish usullaridan gepatoduodenal boylamni 5 yoki 7 daqiqaga ezib turish mumkin.



10 – rasm. Jigar diafragma yuzasi reviziyasi.

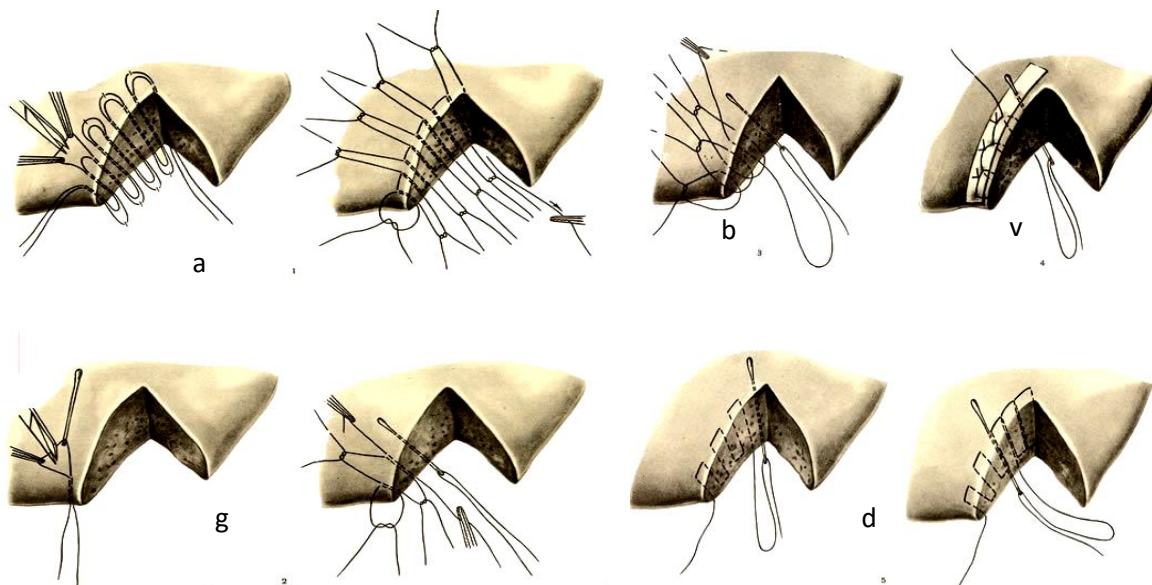
Jigarga qo'yilgan choklar gemostazni ta'minlab berishi kerak. Bu talablarga asosan ikki qator yoki P simon choklar yaxshi effekt beradi.

Gemostatik maqsadda lazer yoki plazmali skalpel, gemostatik trubka va maxsus gemostatik plyonkalar yaxshi effekt beradi.

Amaliyotdan so'ng qorin bo'shlig'ini albatta drenajlash zarur bo'ladi.

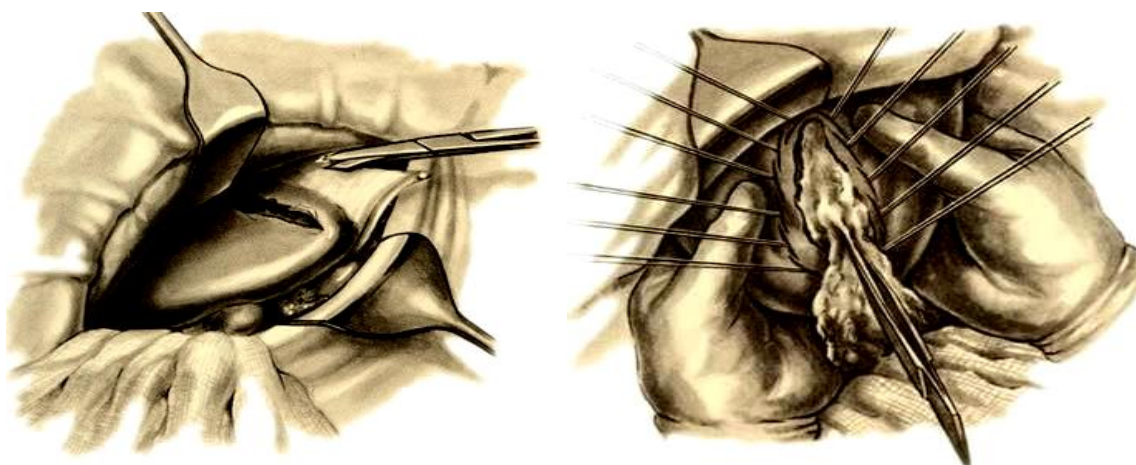
Jigar yopiq shikastlanishlarida faqat operativ davo ko'rsatma bo'ladi, tashrix qancha erta bajarilsa, shuncha oqibati yaxshi bo'ladi.

Jigar jarohatlarini tikishda odatdagi tugunli choklar bilan tikish maqsadga muvofiq emas, chunki bunda jigar parenximasi tezda yirtilib ketadi. Unchalik katta bo'lmagan jigar jarohatlarida P simon yoki boshqa choklardan foydalanish mumkin (11-rasm).



11 - rasm. Jigar jarohatiga choklar qo'yish. a - M.M.Kuznetsov va Yu.R. Penskiy choki; b - Djordano choki; v - V.A.Oppel zanjirsimon choki; g - matratsli chok; d - N.A.Rubanov choki.

Jigar jarohatini bartaraf etish uchun charvidan keng foydalaniladi, shuningdek, tamponada uchun oziqlantiruvchi oyoqchasi qoldirib qirg'oqlari jarohat qirg'og'iga tikiladi. Jigar rezeksiya qilingan paytida ham charvi bilan jigar jarohati berkitiladi (12-rasm).



12-rasm. Jigar jarohatini charvi bilan tamponada qilish.

Agar jigar rezeksiya chizig'i o't pufagiga yaqin joylashsa uni mobilizatsiya qilib charvi bilan birgalikda jarohat yuzasini berkitish uchun foydalaniladi.

Agarda jigar jarohati botiqsimon shaklga ega bo'lsa, gepatizatsiya qilinadi, uning qirg'oqlari osonlik bilan bir-biriga yaqinlashtirilib g'altaksimon yoki oddiy tugunli ketgut choklar qo'yiladi (13-rasm).



13 - rasm. Jigar jarohatini g'altaksimon chok bilan tikish.

Jigar jarohatini V.S.Shapkin uslubi bo'yicha o'roqsimon boylam yoki glisson kapsulasi bilan ham berkitish mumkin.

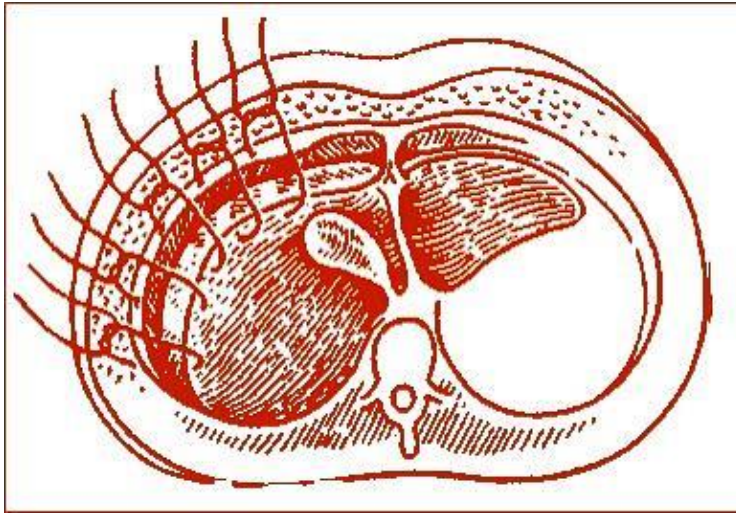
Jigarning yopiq shikastlanishida o't pufagining alohida shikastlanishi kamdan-kam holatlarda uchraydi. Bunday shikastlanishlarda birinchi o'rinda o'ng qovurg'a yoyi ostida og'riq, og'riqni o'ng kurakka va elkaga berilishi kuzatiladi.

O't pufagining jigardan tashqari o't yo'llari shikastlanmay yorilishida xoletsistektomiya tashrixi bajariladi.

Katta tomirlarga zarar etmagan katta va chuqur jigar yoriqlarda yopiq izolyatsiya qilingan soha yaratish uchun Chiari-Alferov-Nikolayev gepatopeksiyasidan foydalanish mumkin.

Gepatopeksiya jigarning diafragma yoki pastki dorsal yuzasida yaralar yoki yorilishlar mavjudligida ham ko'rsatiladi. Operatsiya jigarning tegishli bo'lagining erkin chetini yumaloq boylamdan uchburchak boylamgacha, diafragmaning ko'krak qafasi devoriga biriktirish chizig'i bo'ylab (jigarning diafragma yuzasining

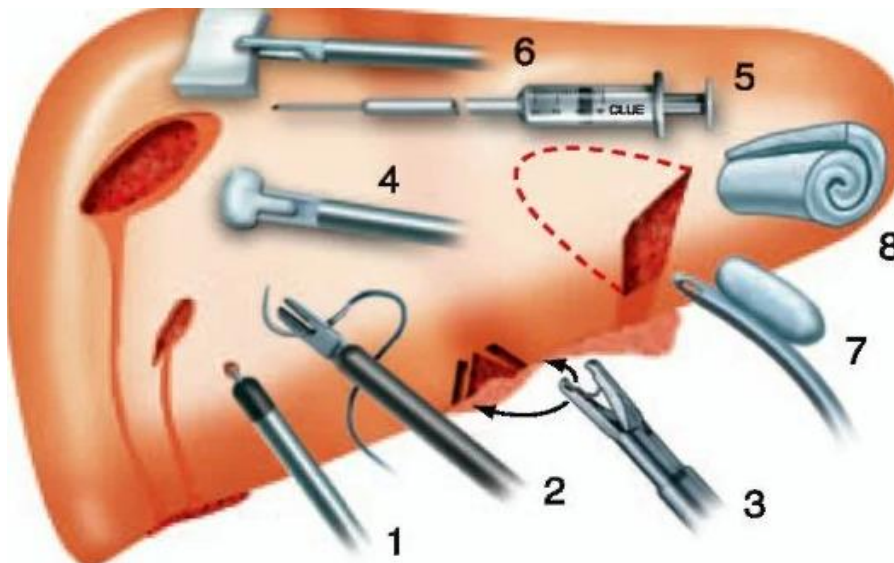
yorilishida) mahkamlashdan iborat yoki parietal qorin pardaning orqa qavatiga (jigarning pastki yuzasiga shikast etkazilganda) (14-rasm).



14 – rasm. Chiari-Alferov-Nikolayev gepatopeksiyasi.

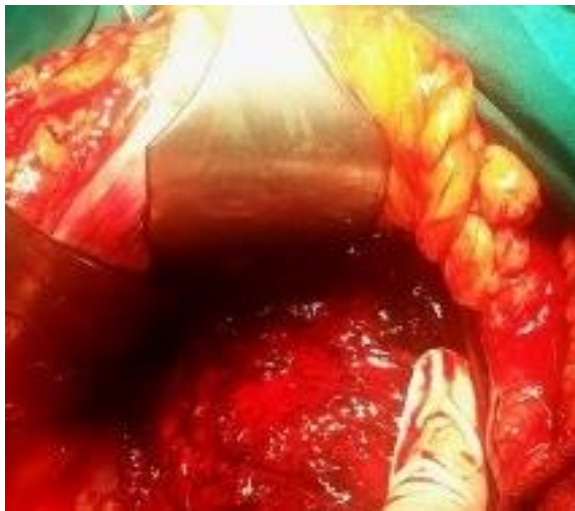
Operatsiyadan keyingi asoratlarga: qorin bo'shlig'iga qon ketishi, o't suyuqligining qorin bo'shlig'iga oqishi va o'tli peritonit rivojlanishi, mexanik sariqlik, xoliyemiya, jigar etishmovchiligi, qorin bo'shlig'i abscesslari, sepsis, nospetsifik asoratlar kiradi.

Tibbiyotda yana jigar jarohatlarini elektrokoogulyator hamda gemostatik gupkalar yordamida tamponadi qilish yoki yuza jarohatlarni sklerozlash yo'li bilan bartaraf qilsa bo'ladi (15-rasm).



15 - rasm. Jigar jarohatlari zamonaviy bartaraf etish usullari: 1 - elektrokoogulyator yordamida kuydirish; 2 - jarohatga chok qo'yish; 3 - klipsa qo'yish; 4, 6, 7, 8 - gemostatik gupkalarni qo'yish; 5- sklerozlash.

Jigar shikastlanishlarida ayrim xollarda fibrin gelidan xam foydalanilgan (16-rasm).



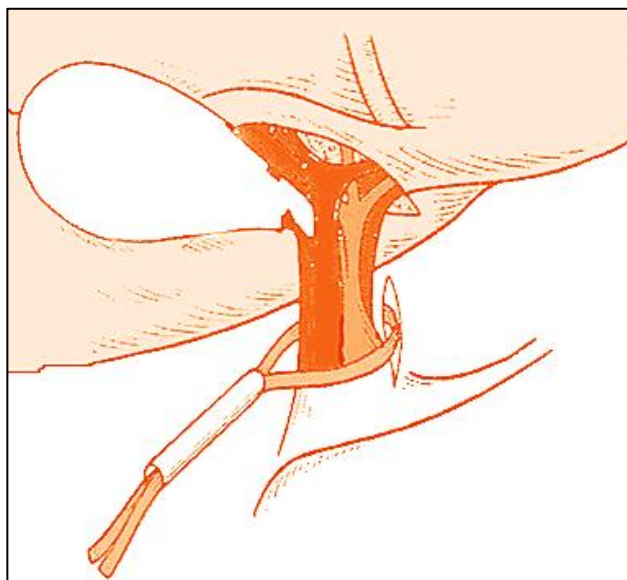
a



b

16 – rasm. Jigar shikastlanishi V - darajasi: a - jigar yorilishi; b - jigar jaroxatiga fibrin gelini qo'llash.

Jigar yorilishidagi massiv qon ketishlarda bilan vaqtincha gemostaz uchun Pringle usulini qo'lash mumkin: 10-30 daqiqa davomida gepatoduodenal boylamni umumiy jigar arteriyasi va u orqali o'tadigan portal vena bilan siqib turish (17-rasm).



17- rasm. Pringle usulini qo'lash.

Shunday qilib jigarning shikastlanishlarida bemorlarni muvaffaqiyatli davolash vaqtida va adekvat yondashgan xolda malakali tashrixlar o'tkazishga

bog'liq. Shu bilan birgalikda, jarrohlik aralashuvidan tashqari, hipotermiya, atsidoz va koagulopatiyani erta bartaraf etish uchun xam chora tadbirlar o'tkazish kerak.

Tashrixdan so'nggi davrda eng og'ir asoratlardan biri bu peritonit bo'lib qo'shma shikastlanishlarda uchraydi. Undan tashqari tashrixdan so'ng o't oqmalari ham kelib chiqishi mumkin.

Jigarning yopiq shikastlanishi va uni davolash shoshilinch jarrohlikning dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi.

Operatsiyadan keyingi davrda qon yo'qotilishini tezlik to'ldirish uchun oqsil va oqsil bo'lmagan (albumin, oqsil, poligyukin) kolloid eritmaları, xamda elektrolitlar eritmaları (natriy xloridning izotonik eritmasi, Ringer, Lokk, Laktazol eritmaları) kolloid eritmaları qo'llaniladi.

Donor qonini shok darajasiga qarab yuborish kerak: I darajada infuzion terapiyaning umumiy hajmining 27%, II darajada - 36%, III darajada - 42% gacha quyiladi. Chunki sovuq qonni massiv quyish uning tarkibidagi natriy sitrat tufayli zaharli bo'lishi mumkin. Gemoglobin darajasini yaxshiroq to'ldirish uchun donor qonini emas, balki eritricitar hujayralarini massasini quyish tavsiya etiladi.

Bunga parallel ravishda tomir va mushak ichiga og'riq qoldiruvchi vositalar, antigistaminlar buyuriladi va jigar etishmovchiligini oldini olish uchun chora tadbirlar o'tkaziladi.

## **JIGAR KISTALARI**

Jigar kistalari kelib chiqishiga ko'ra parazitar va noparazitalarga bo'linadi. Klinik amaliyotga ultrasonografiya va kompyuter tomografiyasining kirib kelishi mukammal tekshiruvlar natijasida bu kasallikni aniqlanish soni ortdi. Ayollarda noparazitar jigar kistalari (NJK) erkaklarga nisbatan 3-5 barobar ko'proq uchraydi. 17 foiz hollarda o't yo'llari kasalliklari birgalikda aniqlanadi.

*Etiologiyasi.* Kistalarning hosil bo'lish sabablari turlicha. Ko'p tadqiqotchilarning fikricha chin kistalar embrional rivojlanish davrida o't yo'llarini noto'g'ri shakllanishi natijasida hosil bo'ladi. Bu yo'llarning involyutsiyasining

## O'quv qo'llanma

yo'qligi jigarda kistani hosil bo'lishiga olib keladi. Bunday hosilalarda suyuqlik ishlab chiqariladi, u kista hosil bo'lishiga olib keladi.

Chin kistalarda epithelial qoplam bo'lib tug'ma anomaliya hisoblanadi. Jigarning travmatik kistalari jigarning sentiral kapsula osti yorilishlaridan so'ng kelib chiqadi. Jigar to'qimasining ichida qon va safro bilan to'lgan bo'shliqlar shakllanadi. Chin kistadan farqli o'raloq travmatik kistalar epithelial (sohta kistlar) qoplama ega emas va o'zgarishga duch kelib fibroz qobiq hosil qilgan to'qimasidan shakllanadi. Chin kistalarning kattaligi sezilarli 1-5 mm. dan jigar to'qimasining yarmidan ko'pini buzilishiga sabab bo'ladigan gigant hosilalardir. Devorining qalinligi ham turlicha: ingichka, nozik, yupqa plastinkadan tortib, qo'pol qalin fibroz qopchalar kuzatiladi.

Ko'p hollarda solitar kistalar bo'laklararo to'siqlar yoki o'rta va o'ng portal to'siqlar bo'ylab joylashadi. Kistaning tarkibi tiniq suyuqlikdan tortib, qo'yiqlik, ivuvchi, tarkibida qon, o't suyuqligi mavjud yashil yoki sarg'imgir rangda bo'ladi. NJK ko'pincha jigarning o'ng tomonida, ba'zan chap tomonida, undanam kam hollarda ikkala tomonida joylashadi.

Ma'lumki, ko'pchilik kistalar jigarning diafragmada yuzasida joylashgan bo'ladi - bular II, VI va VII segmentlarga to'ri keladi. Shu bilan birgalikda 97 (71,9%). jigarning o'ng bo'lagi, 28 tasida (20,7%) - chapda, 10 tasida (7,4%) - ikkala bo'lakda parazitlar bo'lmagan kistalar lokalizatsiya qilinganligi qayd etilgan.

Kista hajmini oshishi yoshi va kasallikning davomiyligi bilan ortadi

*Sinflanishi.* Adabiyotlarda NJKning etiologiyasi, potogenezi, klinikasiga asoslanib bir qancha sinflanishi mavjud.

1. Polipistoz kasalligi yoki jigar polikistozi:
  - a) faqat jigarning zararlanishi;
  - b) buyrak va boshqa a'zolarining zararlanishi.
2. Solitar, chin jigar kistalari:
  - a) oddiy solitar;
  - b) jigarni ko'p kamerali tsistadenomasi;
  - c) dermoid;



d) retension.

3. Yolg'on jigar kistalari:

a) travmatik;

b) yallig'lanishli.

4. Jigar oldi kistalari.

5. Jigar boylamlari kistalari.

A.A. Shalimov (1993) bir guruhda cistadenoma va dermoid kistalarni birlashtirishni noo'rin deb hisoblaydi va jigar kistalarini soni bo'yicha bo'linadigan quyidagi tasnif taklif qiladi, bundan tashqari, bir nechta ko'plab kistalar deb hech bo'lmaganda jigar parenximasi hajmining 20% egallagan kistalar deb hisoblaydi.

Kist devorining tuzilishiga ko'ra:

a) chint;

b) sohta.

2. Kistlar soni bo'yicha:

a) yagona;

b) bir nechta;

v) jigarning polikistik kasalligi.

3. Klinik kechishiga ko'ra:

a) asoratlanmagan;

b) asoratlangan (yiringlash, kista bo'shlig'iga qon to'planishi, portal gipertenziya, mexanik sariqlik, jigar etishmovchiligi).

*Morfologik 3 tipdagi kistalar farqlanadi:*

I Tip - devori qalin, oddiy yoki bir muncha qalinlashgan epiteliy bilan qoplangan kolagen tolalaridan hosil bo'lgan va bir kamerali bo'ladi.

II Tip - ko'p kamerali, chuqurchasimon - hujayrali stromadan iborat, chegaralangan to'siqli. Ular (tsistadenoma) va yomon sifatli potensiyalga ega.

III Tip - qalin kollagen tolali, devorlari yallig'lanishining turli namoyonlangan elementi, epiteliy bilan qoplanmagan, odatda fibrin yoki fibroz - yiringli detrit bilan to'lgan. Kistalardagi suyuqlik ultra tovush nazorati ostida nina yordamida aspiratsiya yo'li bilan olinadi. Uning tarkibi va sekretinga reaksiyasi

## O'quv qo'llanma

shundan dalolat beradiki, suyuqlik, kista bo'shlig'ining o'rab turgan o't yo'llarining funksialovchi epiteliyasidan ajraladi.

*Klinikasi:* Ko'p hollarda jigar xastaligi tasodifan skanerlashda yoki autopsiyada aniqlanadi. Ayrim hollarda tekshiruv uchun sabab bo'lib buyrak politsistozini yoki boshqa biron kasallik bo'ladi. Jigarda noparazitar kistaning mavjudligi hech qanday klinik belgilarni ko'rsatmaydi. Katta o'lchamlarga etganda kistalar o'ng qovurg'a ostida sust og'riqlar chaqirishi mumkin va paypaslanganda aniqlanadi. Klinik simptomlari ko'pincha umrning 4 yoki 5 - o'n yilliklarda paydo bo'ladi. Tuqqan ayollarda kistalar odatda yirikroq bo'ladi. Bemorlarni nohushlik qorinda to'mtoq og'riqlar va qorinning yuqori qismidagi og'irlik hissi bezovta qiladi. Oshqozon va o'n ikki barmoq ichak sohalari bosib ko'rilganda oshqozonda nohushlik, ko'ngil aynish meteorizm ba'zi hollarda qayt qilish yuzaga keladi. Kista yorilganda yoki qon quyilganda o'tkir og'riqlarga sabab bo'ladi.

Jigar tekshirib ko'rilganda paypaslanmasligi mumkin lekin polikistozlarda katta bo'lib, qorin bo'shlig'ining ko'p qismini to'ldirib turishi mumkin. Qirralarda qattiq, yuzasi notekis. Kistani jigarda paydo bo'ladigan boshqa tugunlardan farqlab olish qiyin.

Gepatomegaliya ikkinchi eng keng tarqalgan alomat bo'lib, jigar kistalarning hajmi va soniga qarab biroz kattalashgani bo'ladi yoki 10 kg dan ortiq massagacha xam bo'lish mumkin. Bunday holda, safro yo'llarining ezilishi natijasida mexanik sariqlik sindromning rivojlanishi va xolangit, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichakning kichik egriligini ezilishi natijasida yuqori ichak tutilishi klinikasi kabi asoratlari rivojlanishi mumkin.

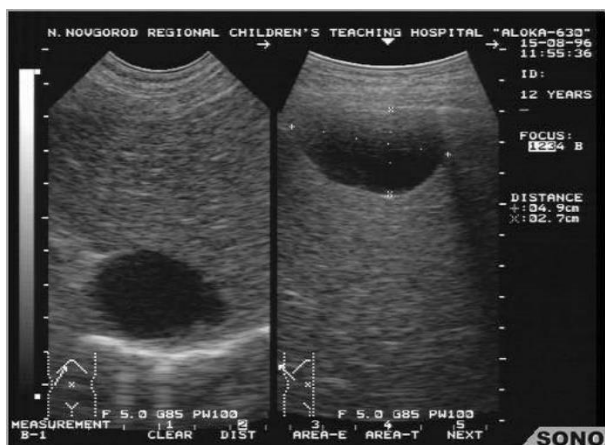
Jigar polikistozi, solitar kistalardan farqli o'laroq, kop xolatlarda simtomsiz kechad. Klinik belgilar kasallikning rivojlanishi bilan paydo boladi va 40-50 yildan keyin uchraydi.

### *Diagnostikasi:*

Afsuski, NJK ning klinik ko'rinishida o'ziga xos spetsifik belgilari yo'qligi jarrohga instrumental tadqiqot usullaridan foydalanmasdan tashxis qo'yish imkonini bermaydi.

Laboratoriya tadqiqot usullari tashis qo'yishda odatda muhim ahamiyatga ega emas. Jigar fermentlari (umumiy bilirubin, AST, ALT, ishqorli fosfataza) ko'pincha normal chegaralarda bo'ladi. Kuzatishlarning 9% umumiy bilirubin darajasining biroz oshishi kuzatiladi. O'zgarishlar kista katta hajmga yetganda va asoratlar paydo bo'lganda aniqlanishi mumkin: anemiya, qon ketish, tayoqcha yadroli siljish bilan leykotsitoz, kistani yiringlashi rivojlanishi bilan.

Yaxshi diagnostik usul bo'lib UTT va KT hisoblanadi. Ularning yordamida kistalarning genezini aniqlashtiruvchi, o'lchamlarini, sonini va jigardagi joylanishini aniqlash mumkin. Ultrasonografiyada noparazitar kistalar jigar parenximasida exonegativ zona hosil qilib, yumaloq, aniq chegarali kapsulasi ultratovush to'lqinlarini yaxshi o'tkazuvchi hosila sifatida nomoyon bo'ladi (18,19 - rasm). Ayrim bemorlarda kapsula ichki geterogen cho'kmani kuzatish mumkin. Ular tahlil paytida bemorlar o'z holatlarini o'zgartirganda siljiydi. Ko'p kamerali kistalarda esa to'siqlari bo'ladi. Katta razmerdagi kistalarni aniqlash exoskopiyada bir muncha qiyin.



18-rasm. Jigar solitar kistasining exografik ko'rinishi.

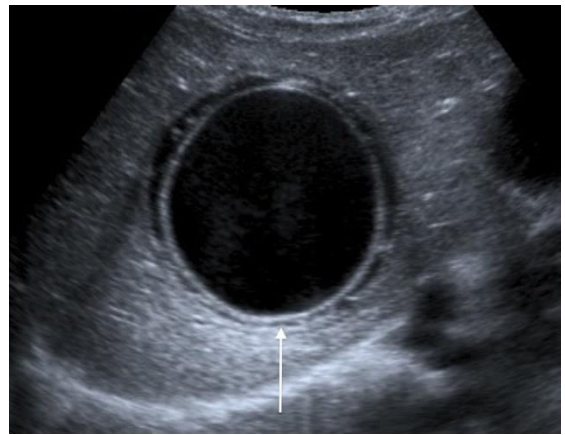
Jigarning o'ng bo'lagida yumaloq shaklli, aniq chegara yupqa devorli, exonegativ tarkibli hosila ko'rinyapti. Hosila ortida akustik zo'riqish ko'rinyapti. Jigarning 7-8 segmentlarida katta o'lchamdagi, yumaloq shakldagi aniq konturli, yupqa devorli va exonegativ tarkibli hosila ko'rinyapti. Hosila ortida akustik zo'riqish ko'rinyapti. Oldingi yuzasi tomirlarni siqib, qamrovchi efektini beryapti.

## O'quv qo'llanma

Jigar polikistozi o'zining akustik strukturasi ega. U jigarning ikkala bo'lagi kattalashgan fonida ko'plab har hil deametrli bo'shliqli hosilalar borligi bilan xarakterlanadi. Kista tarkibi ultra tovush to'lqinlari ulardan rangsiz (shaffof) muhit hisoblanadi. Bo'shliqlar odatda yumaloq shaklli, aniq konturli bo'ladi. 3/1 holatlarda jigar polistozi buyrakdagi analogik ko'rinishlar bilan qo'shiladi.



a

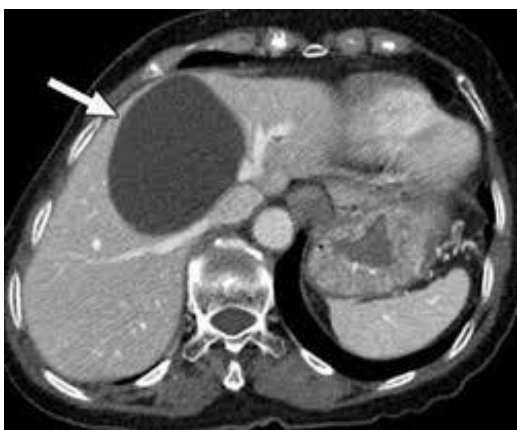


b

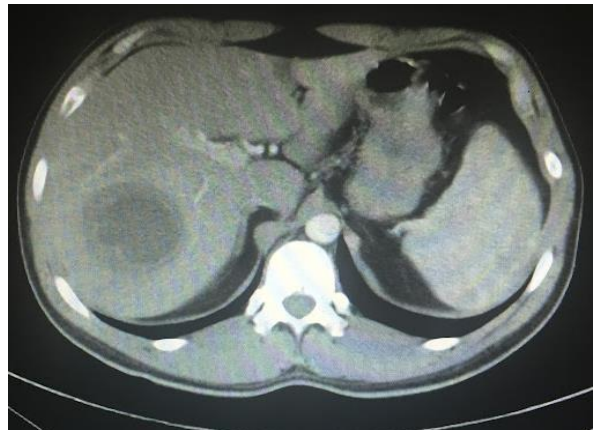
19 – rasm. a - jigar polikistozi, b – jigar exinokokkozi.

*Kompyuter tomografiya.* Ushbu usul kistaning strukturasi yanada aniq ko'rsatadi va diametri 0,5 bo'lgan jigar kistalarini ham aniqlaydi.

KTda jigar kistalarini aniq va tekis konturli, yumaloq shaklli, zichligi pasaygan, gonogen kovaklar ko'rinishida aniqlanadi (20, 21 - rasm). Noparazitar kistalarning zichligi jigarning exinokokkli kistalarning zichligidan past bo'ladi. Parazit rivojlanishining erta bosqichlarida qiyinchiliklar yuzaga keladi, chunki u va bu patologiyada densitometrik ko'rsatkichlar bir hil bo'ladi.

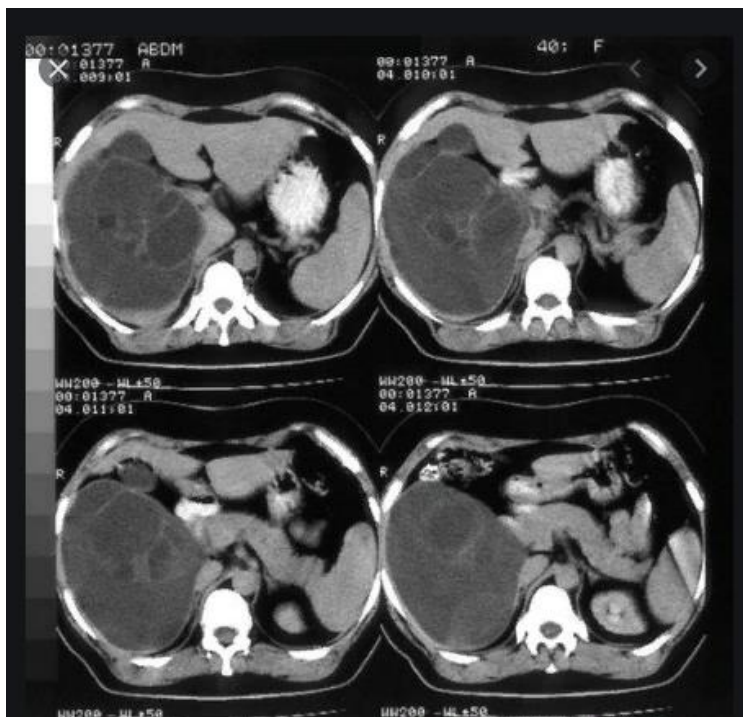


a



b

20 – rasm. a – jigar kistasi, b – jigar exinokokkozi



21-rasm. Jigar polikistozida KT.

Exinokokk kistalarida parazitning kapsulasi aniq ko‘rinadi. Qalinligi esa uning mavjudlik vaqti bilan to‘g‘ri proporsional. Noparazitar kistaning kapsulasi odatda diferensiyalanmaydi va chegaralangan struktura sifatida ko‘rinmaydi.

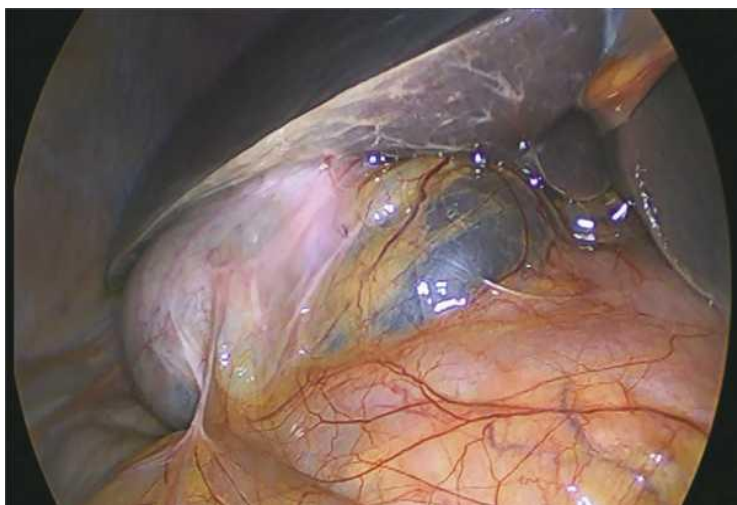
Noparazitar kistalarda qattiq, 3-4 mm. li nogomogen kiritmalar ko‘rinishida uchrashi mumkin.

Invaziv diagnostika usullariga laparaskopiya, MSKT va angiografiyalar kiradi.

*Laparoskopiya* - jigar kistalarida va odatiy, etarlicha effektiv diagnostik usul hisoblanadi. Noparazitar jigar kistalari yupqa devorli oqish yoki kulrangsimon pushti rangli hosila sifatida ko‘rinadi. Polikistozlarida ko‘plab turli o‘lchamdagi kistalar pushti rangsimon to‘q yoki yashilsimon rangda ko‘rinadi. Kistalar 2, 3, 5-segmentlarda va 4 segmentning quyi qismida joylashgan bo‘lsa laparaskopiya eng informativ usul hisoblanadi. 6- segmentning medial qismi ham yaxshi ko‘rinadi, lekin 7, 8- segmentlar odatda ko‘rinmaydi. Manipulyatorlarning ishlatilishi diagnostik bahoning 85-93 foizgacha ko‘taradi (22, 23-rasm).



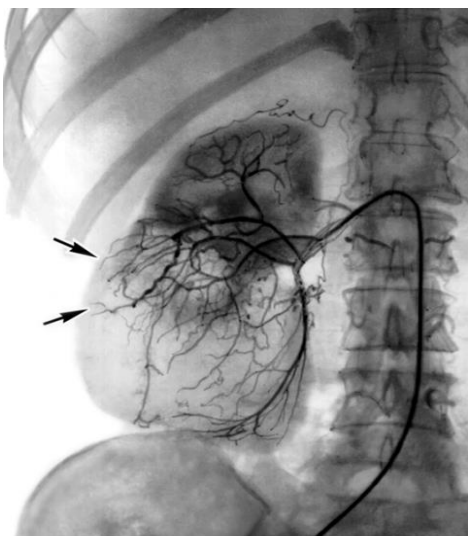
22-rasm. Jigar kistasi (laparoskopiya).



23 – rasm. Jigar darvozasi kistasi (laparoskopiya).

Ushbu usulning invazivligi va qarshi ko'rsatmalari borligi hisobga olingan holda ultratovush skanerlarda shubhalar uyg'onsagina o'tkaziladi.

*Angiografiya:* jigar parazitlar va noparazitlar kistalarida qimmatli usul hisoblanadi.



24-rasm. Jigar kistalarida angiografik tekshiruv.

Jigar kistalarida va exografik ko'rinishi o'ziga xosdir. Kistaning jigardagi joylashuviga ko'ra angiogrammada avaskular joylar aniqlanadi (24-rasm). Ushbu uslubning diagnostik qamrovi cheklanganligiga, shuningdek, uning o'tkazish qiyinligi, ko'p hollarda qarshi ko'rsatmalari borligi, katta nur zo'riqishlar, olingan informatsiyani sharxlashda qiyinchiliklarning yuzaga kelishi bu uslubni qo'llashdan

shoshilmaslikni va zarur hollarda ishlatilish maqsadga muvofiqdir.

Kistalarning asoratlari o'z ichiga: bo'shlig'iga qon quyilishi, yorilishi va qorin bo'shlig'iga qon quyilishi, malignizatsiya, kistaning buralib qolishi, ikkilamchi infeksiyasi, ichki va tashqi oqma kasalliklarning hosil bo'lishi, kovak a'zolari ezilib qolishi, yomon sifatga aylanishini o'z ichiga oladi. Kam hollarda kista magistral o't yo'llarini to'sib qolishi natijasida obturatsion og'irlik yuzaga keladi. Jigar parenximasining ko'p qismi polikistoz bilan zararlangan bo'lsa kasallikning kech bosqichlarida jigar etishmovchiligi rivojlanadi hamroh polikistozlar buyrakda ham kuzatiladigan bo'lsa buyrak etishmovchiligi ham kuzatiladi.

*Davolash:* NJK davolashga turli klinik ko'rinishlar, kistaning o'lchamlari undan kelib chiqqan asoratlari: yiringlash, qo'shni organlarning ezilishi, kista yorilishi xavfi, mexanik sariqlik ko'rsatmalar hisoblanadi. Agar kistalar 5-7 sm. diametrida bo'lsa ular klinik o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Ob'ektiv simptomlar ichida palpatsiya paytida jigar kattalashgani va hosilaning qo'lga urilishiga ahamiyat berish kerak.

NJKning davolash taktikasi mojaroli bo'lib qolmoqda. Ayrim olimlarning fikricha, jigar kistasi tashhisi qo'yilgan har bir bemor operativ yo'l bilan davolanishi kerak, chunki kistalarning kattalashuvi asorat chaqirishi muqarrar va inson hayoti uchun xavfli deb hisoblaydi. Boshqalari ham shu fikrni qo'llashadi, lekin ular kistani punksiya qilganda qonli ajralma chiqarganda operatsiya o'tkazishadi. Kichik jigar kistalari esa operatsiya qilinmaydi. Ko'p mualliflar jigar kistasi operatsiya qilinishi shart emas egan fikrda qolmoqda.

NJKni davolashning asosiy muammolari bu tashrixli davolashga printsiptial ko'rsatmalarni aniqlash zarurdir.

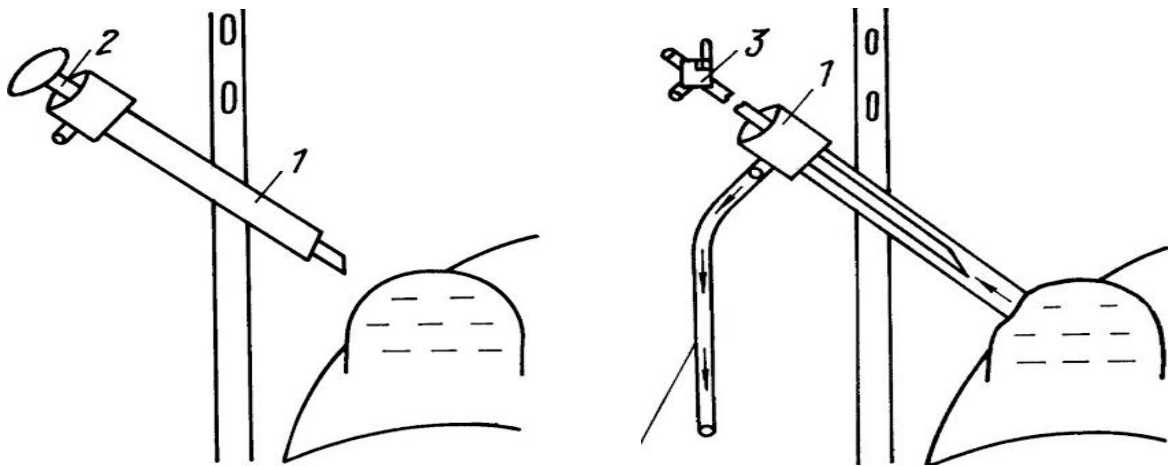
1. Jiddiy klinik belgilarning mavjudligi;
2. Katta kista o'lchamlari yoki ularning oxirgi 6 oylik kuzatuv davrida sezilarli darajada kattalashishi;
3. Asosiy kasallik tufayli gepatomegaliya;
4. Asosiy kasallikning asoratlari;

5. Birgalikda kechadigan jarrohlik patologiyasi.

Jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlaydigan asoratlar spektri quyidagi patologik holatlarni o'z ichiga oladi:

1. O't yo'llarini kistalar bilan ezilishi natijasida sariqlik rivojlanishi;
2. Kista bo'shlig'iga qon ketishi;
3. Kistaning infeksiyasi va yiringlashi;
4. Kistaning teshilishi yoki yorilishi;
5. Xavfli degeneratsiya;
6. O'sib borayotgan kista bosimi tufayli jigar parenximasi atrofiyasi;
7. Kista bilan pastki kovak vena kompressiyasi natijasida yuzaga keladigan trombotik asoratlar;
8. Patologik hepatomegaliya.

Transjigar punksiya bilan davolash mumkin deb ta'kidlashadi (25-rasm).



25 - rasm. Jigar kistasini davolashda punksiyon aspiratsion usul.

Kista bo'shlig'ini bartaraf qilish maqsadida kista boshlig'iga tortib olingan suyuqlikning 10-25 foiz xajmi nisbatiga qarab nisbatiga qarab 96 foizli etanol bilan sklerozlash mumkin.

Kasallik belgilari, o'lchamlari, bemorlarning samatik holatlarini hisobga olgan holda tahminan 12-27,4 foiz bemor xirurgik davoga muhtoj. Kistaning o'lchami 50 sm. dan katta bo'lsa, xirurgik davoga ko'rsatma hisoblanadi. Polikistozda operatsiya qilinganlar soni 60-70 foizdan ortiq. Xirurgiyada



noparazitar jigar kistasini davolashda quyidagi usullar qo'llaniladi: kistani olish, tozalash va drenajlash; kistaning bo'rtib chiqqan devorini qisman kesish va qolgan qismini tikish yoki drenajlash; kistani tanponada bilan marsupializatsiyalash va drenajlash; kista devorini qisman olish va marsupializatsiyalash; kistaning barcha qobiqlari bilan shilib olish zararlangan jigar qismining rezeksiyasi.

Ko'p tadqiqotchilarning fikricha hamma mavjud usullar ichida kistani hamma qobiqlari bilan shilib olish va zararlangan jigar qismining rezeksiyasi eng radikal hisoblanadi. Jigar rezeksiyasi kasallikning asoratlanganida, jigar yoki uning bo'lagini ko'plab kistalar bilan zararlanganda, kistoadenomalarda o'tkaziladi.

Kistaning hamma qobiqlari bilan shilib olish odatda jigar parenximasidan kistani oson ajratib bo'lsagina o'tkaziladi. Bu radikal - operatsiya shuningdek, etarlicha travmatik hisoblanadi, ayni vaqtda a'zo saqlovchi operatsiyalarda to'htalmoqda. Agar NJK butun joyini olib tashlashni iloji bo'lmasa (markaziy joylashuvi, katta kistalar), uning devorlarini qisman kesiladi qolgan qoldiq bo'shliq turli hil usullar bilan berkitiladi.

Retsidiv bo'lmasligi maqsadida ko'p mutaxassislar olib tashlanmagan kista qismiga o't suyuqligi oqishining oldini olinib, yiring bo'shlig'iga ochiq holda qoldirishadi. Majburiy holatlarda marsupializatsiya operatsiyalari o'tkaziladi. Operatsiyaning bu turi odatda operatsiya xavfi o'ta yuqori holatlarda o'tkaziladi. Bu operatsiya yuqoridagiga nisbatan operatsiyadan keyingi asoratlarning ko'pligi bilan tushuntiriladi (yiringlash, qon ketish, kistaning malignizatsiyalanishi).

Jigar polikistozining davolash borasidagi savollarga ayni damda bir fikrga kelinmagan. Ayrimlar, bu kasalliklar ayniqsa, boshqa a'zolar polikistozi birgalikda bo'lsa (buyrak, oshqozon osti bezi, tuxumdon) operatsiya qilib bo'lmaydi deb hisoblashadi. Lekin asoratlar kuzatilsa (yiringlash, yorilish, qon ketish) operatsiya qilish zarur, lekin operatsiya paliativ xarakterga ega bo'ladi. Boshqa mutaxassislarning fikricha jigar polikistozidagi uchragan bemorlar faqat jigar etishmovchiligi bilan asoratlansagina operatsiyaga olinmaydi.

Punktsiya UTT nazorati ostida aspiratsiya qilinadi va sklerozlovchi eritmalar kiritiladi. Jigar kistalarida kaminvaziv davo usullaridan PAIR-PD texnikasi

## O'quv qo'llanma

(puncture, aspiration, injection, reaspiration, percutaneous drainage) amaliyotda qo'llanib keladi (26-rasm). Eng effektiv sklerozlantiruvchi moddalar bo'lib 96 foizli etil spirti etiotrast, 0,2 foizli permaganat qaliy eritmasi, 96 foizli etonol + 5 foizli yod eritmasi 10:1 nisbatda; 96 foizli spirtni har hil kombinatsiyalari, tetrasiklin va doksosiklin.



26 - rasm. Jigar kistalarin davolashda PAIR-PD texnikasi.

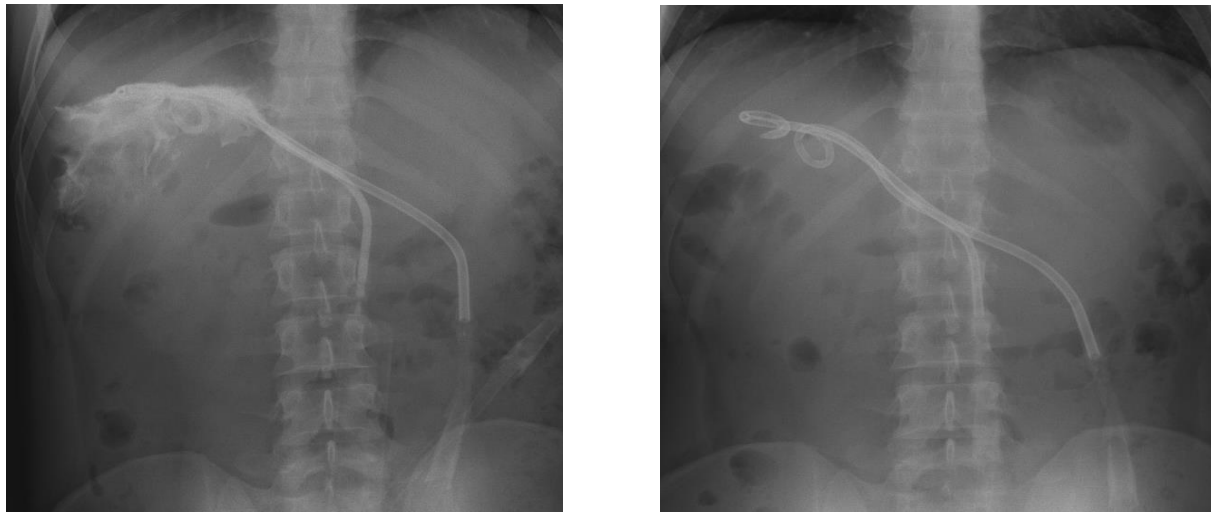
Ichki a'zolarning kompressiyasini chaqiruvchi katta va gigant kistalarda kista bilan birgalikda jigar rezeksiyasi yoki kista enukleatsiyasi, ichki anastamozni shakllanishi (kistoyeyunostomiya) o'tkaziladi. Jigar polikistozi jigar etishmovchiligi bilan asoratlanganda kistafenestratsiyasi o'tkaziladi. Elektro tig' yoki fonussizlantirilgan lazer nuri yordamida destruksiyalangan kista devorini qisman kesib tashlash. Ushbu operatsiya kistalar hisobiga jigar parenxomasining ezilishini va uning keyinchalik atrofiyaga uchrashini kamaytirish uchun o'tkaziladi.

Jigar kistalarini punksiyon davolashdan so'ng davo natijalarini o'rganishda fistulografiya o'tkazilish yordam beradi va aksariyat holatlarda tashrixdan so'ngi 2, 3 kunlarda bajariladi (27-rasm).

Paliativ operatsiyalarga kista devorlarini qisman kesish va tikish, qolgan bo'shliqni drenajlash, marsupializatsiya, kista fenestratsiyasi, teri orqali punksiyon aspiratsiya, qolgan kista devorlariga kriogen ta'sir ko'rsatishlar kiradi. Zararlangan

jigar qismining rezeksiyasi, kesish yoki kistaning qobig'i bilan kesish radikal operatsiya hisoblanadi.

Shuningdek, krioxirurgik apparatura yordamida jigar kistalarini sovuqlik bilan ham davolanadi.



27-rasm. Fistulografiya punktsiyadan so'ng.

Sovuq haroratni gemostatik xususiyati jigarning o'chog'ida zararlanganda o'tkaziladigan operatsiyalarda juda qo'l keladi, chunki juda past harorat organdagi potologik maydonda destruksiya chaqirish xususiyatiga ega.

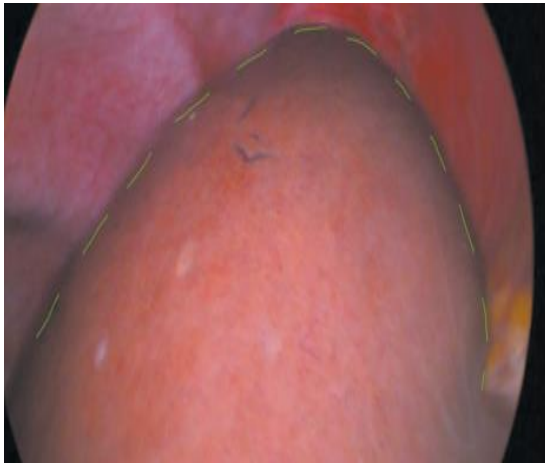
Jigar noparazitar kistalarini yana bir kaminvaziv davolash usullaridan biri bu laparoskopik davolash usuli (28-rasm).

Jigar kistalarini laparoskopik olib tashlash - bu kistada teshik ochish (fenestratsiya) va uning devorlarini kesishga qaratilgan minimal invaziv operatsiya. Fenestratsiya kistada hosil bo'lgan suyuqlikning qorin bo'shlig'iga erkin chiqishi va u erda so'rilishiga imkon beradi va kista devorlarning kesilishi uning qayta rivojlanishiga to'sqinlik qiladi.

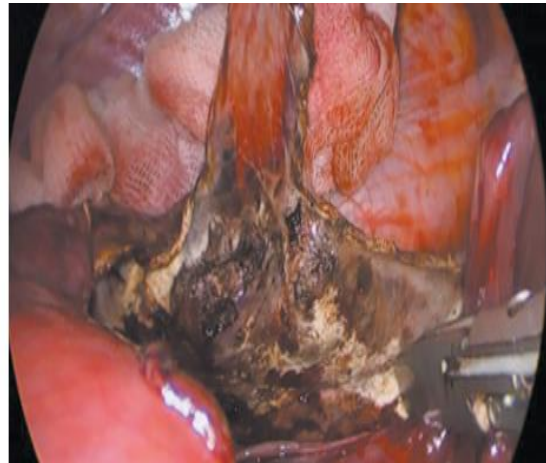
Operatsiyaning asosiy maqsadi - jigar to'qimalariga bosimni pasaytirish va uning atrofiyasini oldini olish, shuningdek kista yorilishi xavfini bartaraf etish.

Laparoskopik aralashuv aniq tibbiy ko'rsatmalarni talab qiladi:

1. Asoratlanmagan yagona va ko'p kistalar;
2. Kistlarning o'lchamlari besh santimetrdan o'n santimetrgacha diametrga bolganda.

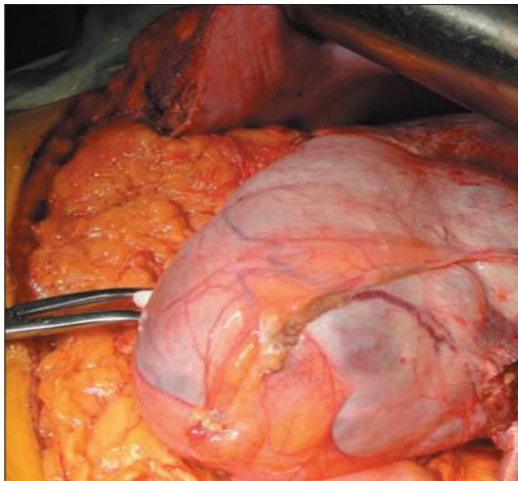


**a**



**b**

28 – rasm. Jigar kistasini laparoskopik bartaraf etish: a – jigar kistasi; kista o'rnini argonplazmalı koagulyatsiyadan so'ng.



29 – rasm. Jigar pastki qirg'og'i gigant kistasini laparoskopik tashrihi

## **JIGAR ABSSESLARI**

*Jigar absessi* - jigar parenximasiga mikroorganizmlarni yoki parazitlarning kirishi ta'sirida chegaralangan yiring to'planishi. Bakterial (mikrobli) va parazitar absesslar farqlanadi, undan tashqari exinokokk kistalarining yiringlashi natijasida shakllangan absesslar mavjud.

Bakterial absesslar etiologiya va patogenezini. Mikrofloraning jigar to'qimasiga kirishi quyidagi yo'llar bilan amalga oshadi: billiar yo'l orqali (o't yo'llari) - mexanik sariqlik va xolangitda (30-40 foiz), vena yo'li orqali (darvoza venasi orqali) - destruktiv appenditsitda, xoletsistitda, nospetsefik yarali kolitda va

h.k (20 foiz); arterial yo'l orqali (jigar orteriyalari orqali) - sepsis bilan kuzatiladigan turli kasalliklarda, bakteriyemilarda; kontakt yo'li bo'yicha - jigar to'qimasiga o't pufagi empiyemasi yorilishida, oshqozon yarasida, diafragma osti abscesslarida; travmatik yo'l bo'yicha - jigarining ochiq va yopiq jarohatlanishida. Bundan tashqari jigarining kriptogen abscesslari ham kuzatiladi (20 foiz), bunda kelib chiqish sababini aniqlab bo'lmaydi. Tahminan 30 foiz abscesslar qorin bo'shlig'idagi a'zolarida o'tkaziladigan tashrixlardan so'ng kelib chiqadi.

*Jigar abssesti tasnifi.*

Birlamchi jigar abscesslari:

1. Bacterial (kokkli, batsillyar, aralash),
2. Parazitar (amyobali, askaridli, exinokokkozli, opistorxoz, lyamblioz)

Ikkilamchi jigar abscesslari: Jigar patolgik xoslalarini yirinishi:

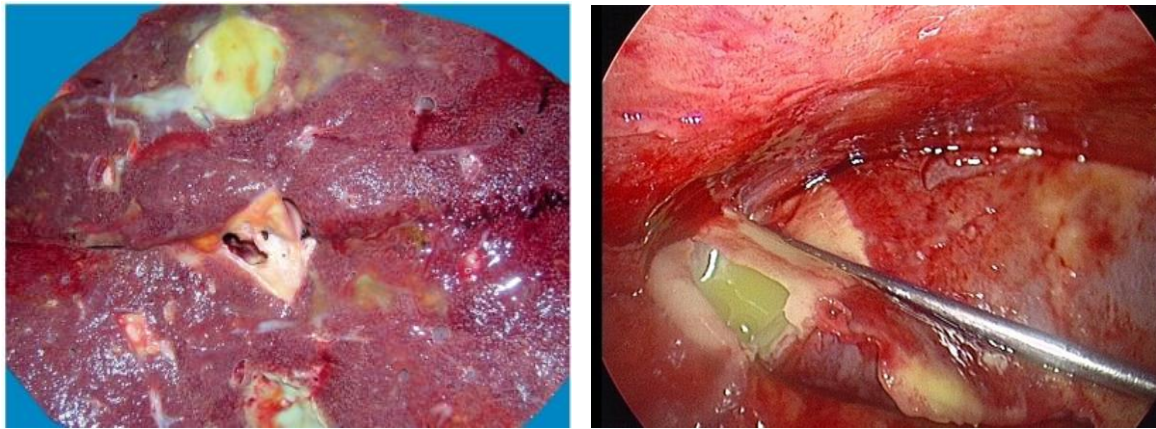
1. Noparazitar kistalarni yiringlashi;
2. Sifilitik va tuberkulez granulemalarni yiringlashi;
3. Jigar travmasidan so'ngi yiringli jarayonlari;
4. Jarohat yoki gematomani yiringlashi;
5. Jigar yot jismi atrofini yiringlashi.

Kelib chiqish yo'liga qarab:

1. Gematogen – arterial, venoz;
2. Limfogen;
3. Ko'tariluvchi biliar infetsiyav
4. Jigar jarohtlari.

Soni bo'yicha abscesslar: yakka va ko'plikda bo'lishi mumkin.

Ular ko'pincha jigarining o'ng bo'lagida joylashadi qo'zg'atuvchilari hamma turdagi bakteriyalar bo'lishi mumkin (30-rasm). Ko'pincha ichak tayoqchalari, enterobakteriya, pebsiyellar, streptokoklar topiladi. Yaqin 50 foiz noklostridial flora ekiladi (bakterioidlar peptoskreptokokklar).



30 - rasm. Jigar absessi.

*Klinikasi:* Kasallikning erta bosqichlarida klinik ko'rinishlari unchalik nomoyon bo'lmaydi. Asosiy simptomi tebranishi  $38^{\circ}\text{C}$  gacha bo'lgan intermitirlanuvchi harorat ko'tarilishi va kuchli terlash; o'ng qovurg'a ostida doimiy to'mtoq og'riq; ba'zan harakat paytida kuchayadi, ishtaha pasayishi, umumiy quvvatsizlik; uzoq davom etganda - ozish. Bundan tashqari absessga sabab bo'lgan kasallik belgilari paydo bo'ladi. Yiring va ko'p yiringli o'choqlar paydo bo'lsa jigar kattalashadi.

Absess klinikasi 3 gurux simptomlarga bo'linadi:

1 gurux – tana xarorati ko'tarilishi  $39 - 40^{\circ}\text{C}$ ., taxikardiya 1 min 130-140., qaltirash va terlash. Bemor axvoli tez yomonlashadi, gektik lixoradka, giperleykositoz,, apatik xolat, teri rangla rangsiz, yuzlari tekkislashgan o'tkirlashgan. O'tkazilgan xolatlarda oyoqlarda shish, astsit, siydikda buyrak kanalchalari elementlari.

2 gurux – ogriq, o'ng qovurga yoyi sotida muskullar taranglashishi, kattalashgan va ogriqli jigar aniqlanadi, jigar usti soxada shish. Nafasda yo'talda va xarakatda ogriqlarni kuchayishi va kurakka, o'ng ko'krak soxasiga irradiyasiyasi.

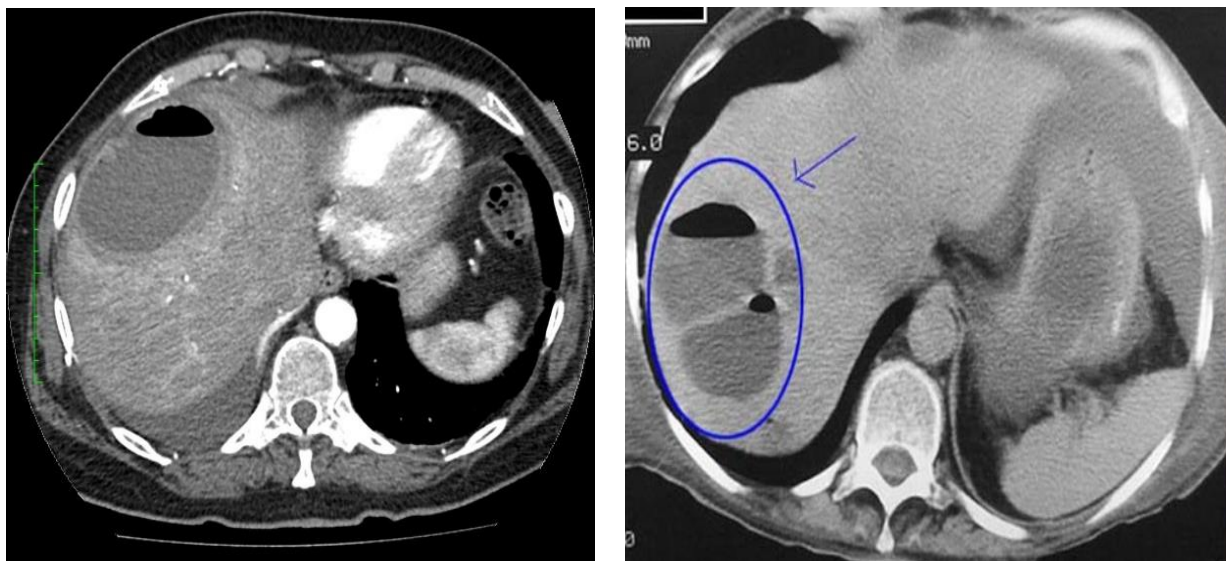
Jigar kompressiyasida kovurg'a yoyini oldingi va orqa soxalarida absess jigar yuzasiga qanachalik yaqin joylashgan bo'lsa ogriq shuncha kuchli. Kryukov siptomi.

Ko'plab abssezlarda va xolangiogen abssezlarda sariglik kuzatilishi mumkin.

*Diagnostikasi:* Yakka, mayda bo'lgan abssezlarni diagnostika qilish qiyin. To'g'ri diagnoz qo'yishda anamnez yordam beradi, shuningdek, mahalliy umumiy belgilar hisobga olingan ob'ektiv belgilar ahamiyatga ega.

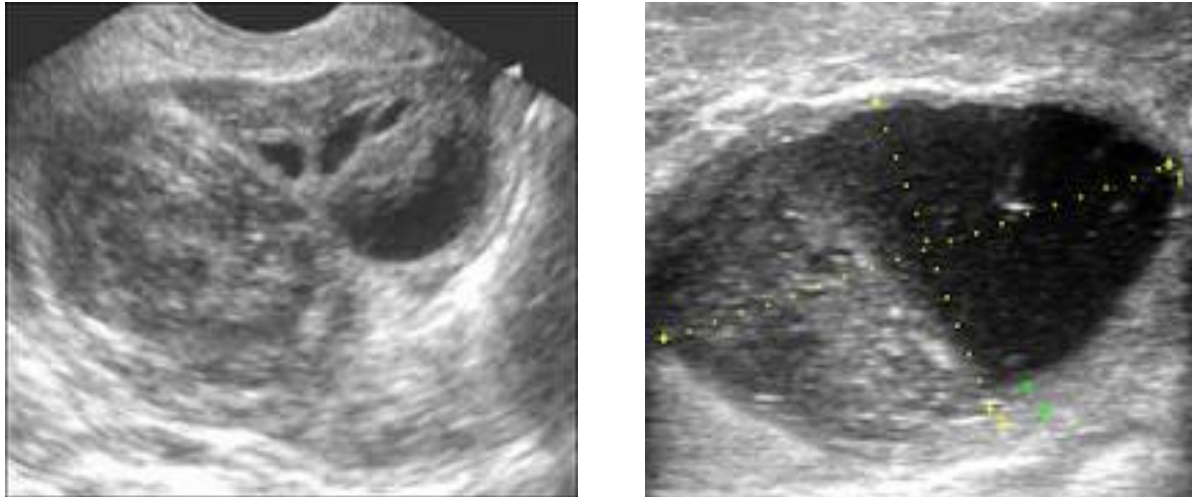
Fizikal tekshiruvda absess proyeksiyasiga mos holda maksimal perkutor yoki palpator og'riqli zonasi aniqlanadi. Qonning klinik anamnezida leykositoz formulasini chapga siljishi, kamqonlik aniqlanadi.

Rentgonologik tekshiruvda diafragmaning o'ng gumbazi harakatini cheklanganligi va yuqorida turganini, yiringlar diafragma yuzasida joylashgan bo'lsa, o'ng pleural bo'shlig'ida ajralma borligi aniqlanadi. Ayrim hollarda jigar to'qimasining proyeksiyasida suyuqlik va uning ustida gaz aniqlanadi va u absessning to'g'ridan - to'g'ri belgisi hisoblanadi. Eng informativ usullar bo'lib - UTT va KT hisoblanadi (31, 32-rasm).



31 - rasm. Jigar abssezsida KT va UTT tekshiruvi.

Bu usullar absessning joylashgan joyi va o'lganini aniqroq o'rganish imkonini beradi, shu qatori jigardagi boshqa patologik hosilalarini ham KT yoki UTT nazorati ostida diagnozni aniqlashtirish va qaysi antibiotikka sezuvchanligini aniqlash maqsadida absess punksiya qilinadi. Boshqa instrument - tekshiruv usullari (radioizotop tekshiruv, silidnografiya) kam axborot beradi va shu sababdan kam qo'llaniladi.



32 – rasm. Jigar absessi UTTda (gorizontal satx bilan suyuqlik saqlagan hosila).

Asoratlari 30 foiz holatlarda kuzatiladi. Ulardan eng ko'p uchraydigani qorin bo'shlig'iga, plevra va kam hollarda oshqozon va chambersimon ichak bo'shliqlariga absessni ochilishi kuzatiladi. Asorat bemor holatini sezilarli darajada og'irlashtiradi va kasallik natijasini salbiy tomonga o'zgartiradi. Ba'zan absess perforatsiyasi erozivlangan jigar tomirlaridan qon ketishi bilan kuzatiladi.

*Davolash:* Kichik abscesslarni (diametri 3 sm gacha) samarali antibiotik terapiya bilan jarrohlik qilmasdan yo'q qilish mumkin.

80 mm gacha bo'lgan o'lchamdagi shakllanishlar uchun teri orqali drenajlash ultratovush yoki KT nazorati ostida shprints yordamida tarkibni aspiratsiya qilish va dori-darmonlarni jo'natish orqali amalga oshiriladi va drenaj ham o'rnatiladi.

Katta jigar abscesslar uchun jarrohlik davolash laparoskopik yoki laparotomiya orqali amalga oshiriladi

Hozirgi paytda UTT va KT nazorati ostida jigar abscessiga teri orqali yuza drenajlash o'tkazilmoqda. Undan so'ng yiringli o'choq antiseptik moddalar va antibiotiklar yordamida yuviladi. Bu usullarni o'tkazish imkoni bo'lmasa yoki samarasiz bo'lsa xirurgik davolash qo'llaniladi - abscess bo'shlig'i ochiladi va drenajlanadi. Xolangiogen (ko'plab) abscesslarda yiringli o'choqlar ochilib umumiy o't yo'li sanatsiya va xolangitni oldini olish maqsadida tashqi drenajlash o'tkaziladi. Eng muhim davolash komponenti bo'lib passiv antibiotik davo hamda



abscessni yuzaga kelishiga sabab bo'lgan asosiy kasallik davolanadi. Noklostriidiol anaerob mikroflora sababidan kelib chiqqan abscesslarni davolash uchun metronidazol qo'llaniladi. Kasallik natijasi yomonroq bo'lgan xolongiogen ko'plab abscesslar hisoblanib 50-90 foiz ayanchli yakunlanadi.

**Jigarning parazitlar abscesslari** bakterial abscesslaridan 4-5 barobar kamroq uchraydi.

*Etiologiya va patogenez:* ko'p hollarda parazitlar abscesslarning yuzaga kelishiga turli omillar sabab bo'ladi. Jigar parazitlar abscesslari O'rta Osiyo, Qozog'iston, Kavkaz orti Respublikalarida ko'p uchraydi. Ko'pincha ular jigar o'ng bo'lagining yuqori va orqa bo'limlarida aniqlanadi. Parazitlar abscesslarning tarkibiy qismi ekib ko'rilganda 10-15 foiz bemorda mikroflora ham aniqlangan. Yuqish alirimentar yo'li bilan yuzaga keladi. Ingichka ichakdan amiyobalar qon oqimi orqali darvoza venasiga, so'ngra jigar parenximasiga o'tib, uni eritadi va katta yoki kichik hajmdagi to'qimasini bakterial abscesslaydi. Amyobali abscessning tarkibiy qismi bakterial abscessdan farqli o'laroq shokolad yoki to'q qizil rangida bo'ladi.

*Klinika va diagnostikasi:* Kasallikning boshlanishi yuqori harorat, kuchli junjikish, o'ng qovurg'a ostida to'mtoq, tarqoq og'riqlar bilan xarakterlanadi. Keyinchalik anoreksiya, gepatomegaliya, palpatsiyada jigar sohasidagi og'riqlar qo'shiladi. Bemorning holati katta abscesslarda og'ir bo'ladi, jigarning mikroblari yiringli o'choqlarida esa yanada og'irroq bo'ladi. Amyobiaz abscess bilan og'irgan bemorlarning yarmi parazitlar dizenteriyani tipik ko'rinishini beradi.

Diagnostikada etakchi bo'lib amyobiaz ko'rsatuvchi serologik sinamalar o'tkaziladi (gemaglyutinatsiya reaksiyalari pretsipitatsiya va lateks-test). Joylashuvini hamda o'lchamlarini UTT va KT aniqlashda yordam beradi. Bu ko'rsatilgan uslublarni o'tkazish imkoni bo'lmasa, radio izotop tekshiruv va tseliokografiya qo'llaniladi.

*Asorati:* Parazitlar abscesslar bakterial abscesslarga nisbatan ko'proq asoratlanadi. Ko'pincha abscesslar qorin va plevra bo'shlig'iga yoriladi, kam

## O'quv qo'llanma

hollarda esa yonma-yon turgan qorin bo'shlig'idagi g'ovak organga, bronxga, perikardga yoriladi, asoratning rivojlanishi o'limning yuzaga kelishini oshiradi.

*Davolash:* amyobiaz abscesslarni davolashning asosiy usuli ximioterapevtik, eng yaxshi ta'sir qiluvchilar metranidazol (trixopol) unumlidir. Shuningdek, emetin gidroklorid, xingamin ham qo'llaniladi. Parazitar va mikroob flora bilan birgalikda uchrasa keng ta'sirli antibiotiklar yuborish kerak. Intensiv konservativ davoning samarasi bo'lmay, bemorning umumiy holati yomonlashsa, abscesslar o'lchami katta bo'lsa UTT yoki KT nazorati ostida teri orqali drenajlash qo'llaniladi. Abscess jigarining qaysi qismida joylashganiga asoslanib turli xirurgik kesmalar qo'llaniladi. Agar abscess jigarining oldingi yuqori yuzasida hamda pastki yuzasida joylashgan bo'lsa, qorin boshlig'i orqali ochiladi.

Abscess jigarining orqa yoki yuqori yuzasida joylashgan bo'lsa, transplevral yoki ekstraplevral joydan ochiladi:

qorin bo'shlig'i orqali ochish usuli;

Folpman-Izrayel bo'yicha plevraaro ochish usuli;

A.B.Melnikov bo'yicha plevradan tashqari ochish usuli.

Qorin bo'shlig'i qiyshiq yoki pararektal kesish orqali ochiladi. Ko'ruv va palpatsiya usuli bilan abscessning joylashuvi aniqlanadi. Ayrim hollarda abscessni topish uchun jigar punksiyasi o'tkaziladi. Bunday hollarda qorin boshlig'i dokali salfetkalar bilan yaxshilab o'rab olinadi. Punksiya shpritsga kiritilgan uzun, yo'g'on igna bilan bajariladi. Yiringli o'choqlar kichik o'lchamda va ichkarida joylashgan bo'lsa, igna orqali unga tushish qiyin bo'ladi, shuning uchun turli joylarda va yo'nalishlarda o'tkazish kerak. Agar shpritsda yiring paydo bo'lsa, ignani sug'urmagan holda, skalpel bilan abscess ochiladi.

Abscess bo'shlig'i yiringdan tozalanib, antiseptik vositalar bilan yuviladi, "oqar tizimi" (protochnaya sistema) usulida, ya'ni keyinchalik abscess bo'shlig'ini yuvish maqsadida ikkita drenaj naycha qo'yiladi yoki dokali salfetkalar bilan g'ovakli qilib "Sigara" usulida tampon drenaj naycha qo'yiladi.

Asoratlanmagan abscesslarda o'lim foizi 5 foizdan oshmaydi, asorat kuzatilgan bo'lsa 40 foizdan ko'proq kuzatiladi.

Medikmentoz davolash (kasallikning og'irligiga qarab):

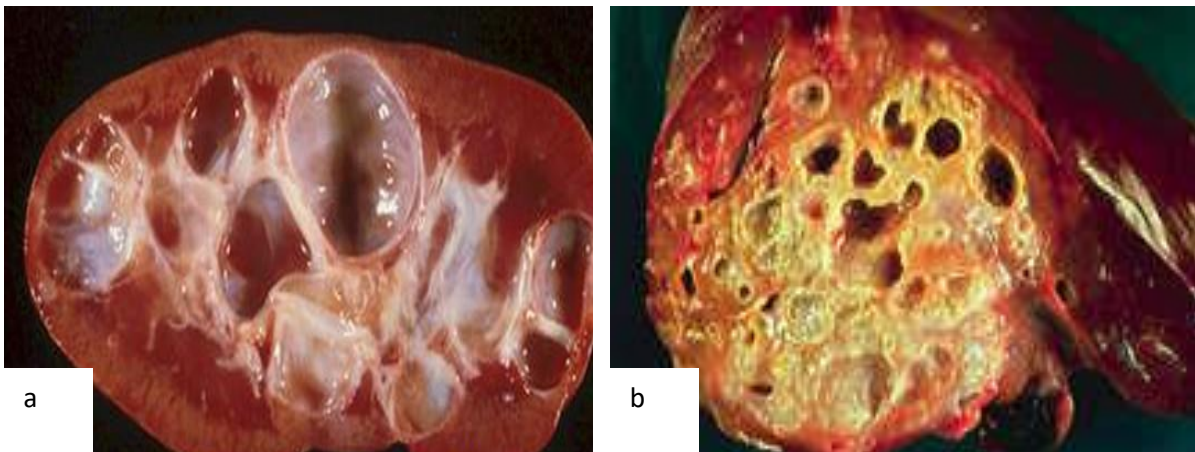
Mikrofloraning sezgirligiga muvofiq antibiotik terapiyasi;

tadqiqot natijalari olinmaguncha - sefotaksim (har 4-6 soatda 2 g); yoki klindamitsin (har 6 soatda 600 mg) va yoki gentamitsin sulfat (2-3 dozada 2-5 mg / kg / kun) meropenem (1-2 g 8 soatda) bilan birlashtirilishi mumkin;

jigarda antibiotikning yuqori konsentratsiyasini yaratish uchun, ayrim hollarda jigar arteriyasini (Seldinger bo'yicha) yoki kindik venasini kateterizatsiya qilish ko'rsatiladi;

### **JIGAR EXINOKOKKOZI**

Inson organizmida exinokokkozning qo'zg'atuvchisi Taeniidae gelmentlar oilasiga mansub *Echinococcus granulosus* va *E.multilocularis* hisoblanadi. *Echinococcus granulosus* invaziyasi insonda gidatitoz exinokokkozni (33(a)-rasm), *E.multilocularis* invaziyasi esa alveolyar exinokokkozni chaqiradi (33 (b) -rasm). Jigar exinokokkozi og'ir parazitar kasallik bo'lib - *Echinococcus granulosus* ning lichinkasi chaqiradi. Ushbu kasallik butun er yuzida uchraydi, lekin tarqalish tendensiyasi turli geografik regionlarda turlicha.



33 - rasm. Jigar parazitlar kasalliklari: a - jigar exinokokkozi; b - jigar aleveokokkozi.

Adabiyotlarda berilishicha, butun er yuzida exinokokkozning tarqalishi umumiy infeksiyon kasallik ichida 0,5-1,5 foizni tashkil qiladi. Ko'p tarqalish bo'yicha birinchi o'rinda Janubiy Amerika turadi. Bu erlarning qishloq tumanlarida katta aholi 30 foiz exinokokkoz bilan aziyat chekadilar. O'zbekiston hududida ham epizootik jarayonlar zo'riqish o'choqlarini tashkil qiladi. Shular qatoriga exinokokkozlar ham kiradi, ular ko'payishga mustahkam tendensiyaga ega.

O'tgan yuz yillikni 90-yillarida xar yili operatsiyalar soni 1,0-1,5 mingni tashkil qilingan, o'lim bilan tugaganlari 2,5-7 foizni tashkil qilgan bo'lsa, 2000 va 2001 yillarga kelib operatsiya qilinganlar soni yiliga 4,5 mingga oshgan.

*Etiologiya va patogenez:* exinokokkozda invaziya sirkulyatsiyasi aniqlangan sxema bo'yicha amalga oshadi: invaziya manbaasi (yakuniy ho'jayin - it, mushuk kabi hayvonlar), onkosfera va parazit chleniklari bilan ifloslangan tashqi muhit - oraliq ho'jayin (lichinka bilan zararlangan o'txo'r va boshqa hayvonlar) - zararlanmagan yakuniy ho'jayin.

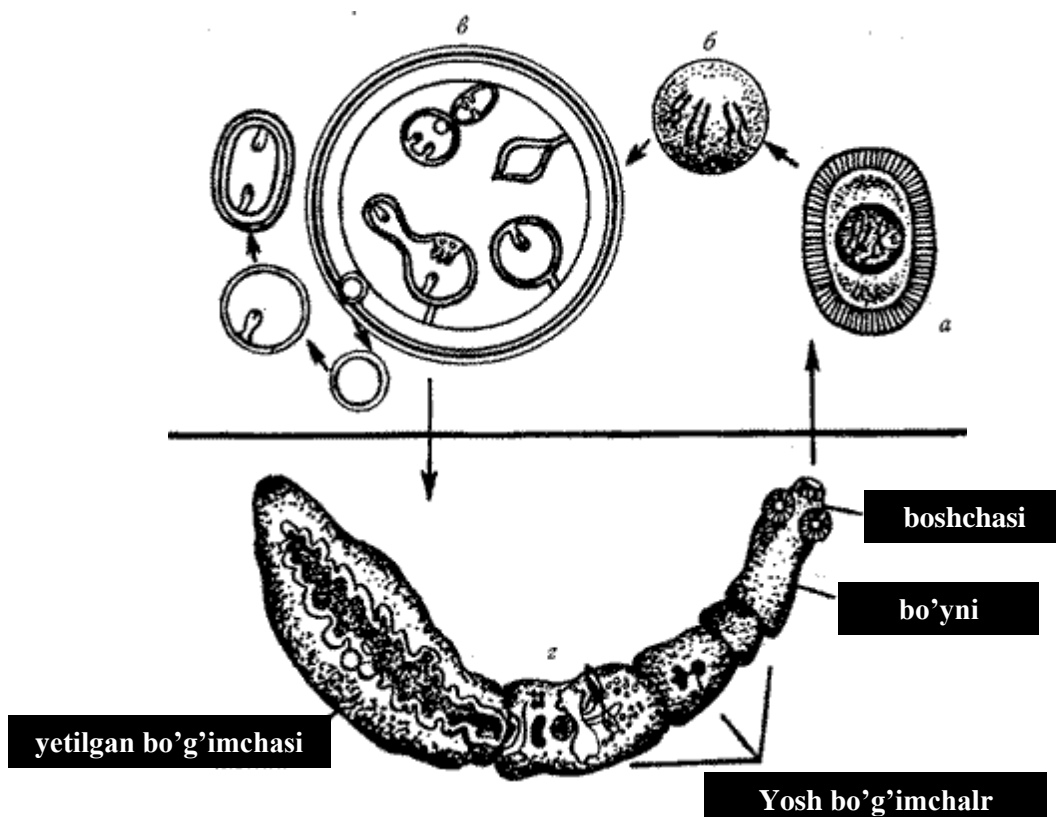
Ko'p mualliflarning axboroti bo'yicha, exinokokkozlarning 3 turi farqlanadi: E.veterinorum (E.veterinorum) - bo'shlig'ida exinokokkozli suyuqligi va chiqaruvchi kapsula lavrotsisti borligi va qiz (ya'ni mayda) pufakchalarning yo'qligi bilan xarakterlanadi. E.xominis (E.hominis) bo'shlig'ida exinokokk suyuqligi hosila kapsuladan tashqari protoskolekslar borligi bilan xarakterlanadi. Keyinchalik ularda qiz va nabira pufakchalar hosil bo'ladi. Qulay sharoitda ko'pincha bu exinokokk kistalari o'pka to'qimasida joylashganda kuzatiladi, qiz pufakchalar va mo'rtak skolekslar mavjud bo'lmaydi va bunday kistalar atsefalotsitalar - E.acefalotsistis (E.acephalocystis) deb ataladi.

*Yuqish yo'llari:* fekal - oral, aerogen, jarohat orqali.

Exinokokkozning rivojlanish ho'jayini 2 marotagacha almashishi bilan yuzaga keladi.

Yakuniy ho'jayin bo'lib itlar turkumidagi hayvonlar hisoblanadi (itlar, bo'rilar, chiyabo'rilar, sirtlonlar, shoqollar va boshqalar).

Uzunligi 2,7-5,4 mm, eni 0,25-0,3 mm bo'lgan echinokokk parazitining lentasimon jinsiy etuk bosqichi yuqorida sanab o'tilgan hayvonlarning ingichka ichaklarida rivojlanadi va bosh, bo'yin va segmentlardan iborat. Boshchasida ichak devoriga yopishish uchu so'rg'ichlardan va ichak devorini emirish uchun ilmoqchalardan iborat. Uchinchi segmentda etuk to'rtinchi segmentda 800 tagacha urug'langan tuxum to'plangan germafrodit reproduktiv tizim mavjud. Oxirgi segmenti ajratilganda, parazitning embrionlari - onkosferalar najas bilan tashqariga chiqariladi (34, 35-rasm).

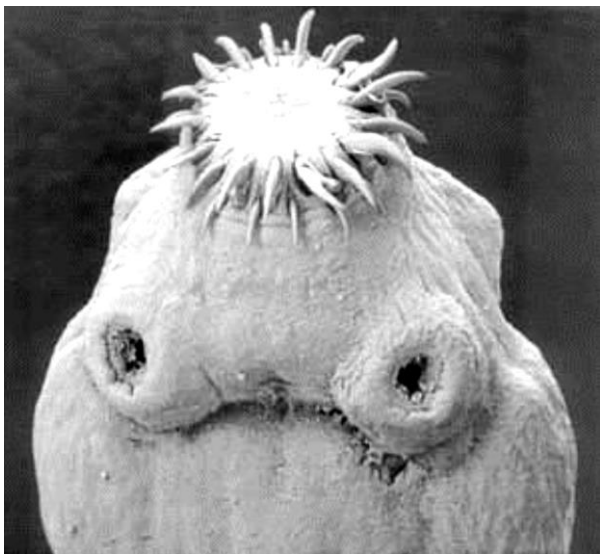


34 – rasm. Exinokokk parazitining lentasimon jinsiy etuk bosqichi.

Shunday qilib, parazitning tashuvchilari, ya'ni itlar, bo'rilar, tulkilar va boshqa yovvoyi go'shtho'r hayvonlar o'z mo'ynalarini, xamda bog'lar, yaylovlar, hovuzlarni exinokokkning yetilgan tuxum (finna) bilan ko'p miqdorda ifloslantiradi. Tuxumlar tashi muxit ta'siriga chidamli bo'lib, 10-26 ° S haroratda bir oy davomida, taxminan 0 ° S haroratda esa 116 kungacha hayotiyligini yo'qotmaydi.

Parazitning lenta shakli it, tulki, bo'ri va boshqa yirtqichlarning ichaklarida, oraliq xo'jayinda esa ovqat hazm qilish fermentlari ta'sirida gelmint embrioni uning membranalaridan ozod bo'ladi. U oshqozon-ichak traktining shilliq qavatiga, uning kapillyarlariga kirib, asosan qon oqimi bilan harakatlanadi.

Exinokk onkosferasini cho'kib o'rmasib qolishini eng keng tarqalgan joyi jigar parenximasidir, shuning uchun jigar echinokkkozi ko'p uchraydi (45,6 dan 77 foizgacha). Onkosferalar jigar kapillyarlaridan o'tib ketganda kichik qon aylanish tizimiga, yani ular o'pkaga o'rmasib qolishadi.



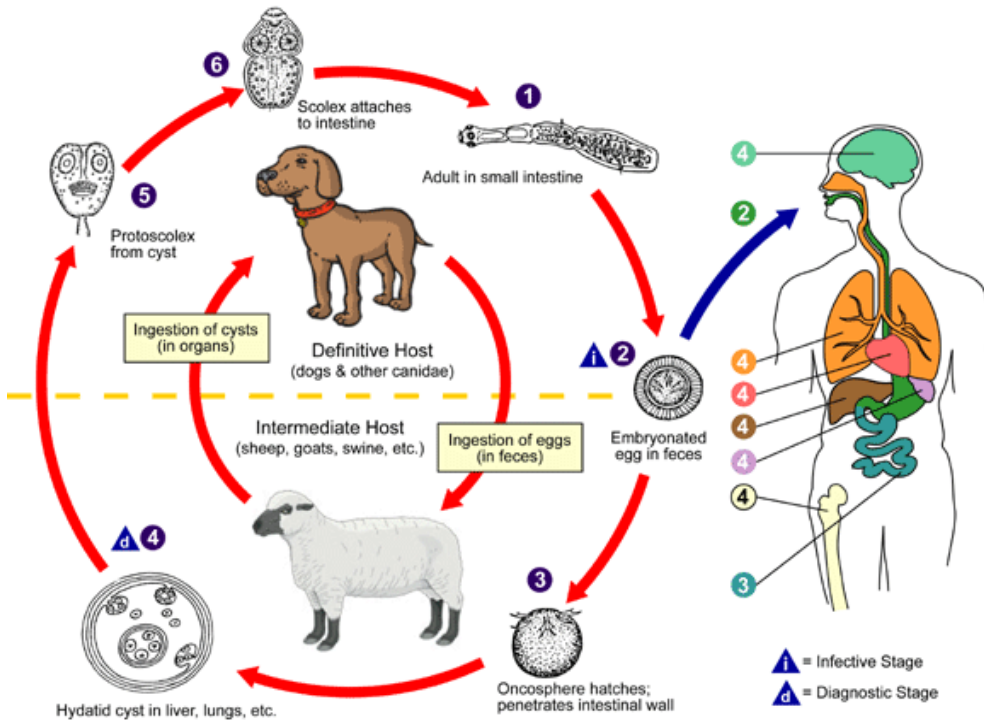
35 – rasm. Exinokk parazitining lentasimon shakli boshchasi.

Oraliq ho'jayinlar bo'lib 60 xil sut emizuvchilar, shular qatorida hamma qishloq xo'jaligi hayvonlari: qo'y, echki, cho'chqa, katta shoxdor hayvonlar, tuya, ayiq, maymunlar va boshqalar, shuningdek, inson gelmint uchun biologik tupik hisoblanadi.

Oraliq ho'jayinlarni zararlanish yo'llari turlicha amalga oshadi: o'txo'r qishloq xo'jalik hayvonlar, zararlangan, invazirlangan itlar najasi bilan ifloslangan suv, somon, o't-o'lanlar bilan birgalikda gelmintlar tuxum va zarralarini yutib yuborishadi (36-rasm).

Keyinchalik koprofag bo'luvchi qo'ylar itlarni najasini eb zararlanishadi. Odamlarga asosan zararlangan it yungida exinokkning tuxumi yoki bo'g'imi bo'lsa, shu it bilan aloqada bo'lganda, shuningdek, onkosferasi bor it najasi bilan zararlangan meva va sabzavotlarni yuvmasdan iste'mol qilganida yuqadi. Sog'lom

uy hayvonlari shuningdek, mexanik tashuvchi bo'lib qolishi ham mumkin. Bunda sog'lom it zararlangan it yungiga yopishgan exinokokk tuxumlarini yalaganda o'tadi.



36 - rasm. Exinokokkozlarda invazyaniyning sirkulyatsiyasi.

Odam exinokokkoz bilan peroral zararlanib, onkosfera gematogen yo'l bilan bog'langan holda hohlagan a'zo yoki to'qimani zararlashi mumkin. Ammo ko'pincha jigar (44-85 foiz), keyin o'pkalar (15-20 foiz) va kam hollarda katta qon aylanishi bo'ylab buyraklar, suyaklar, bosh va orqa miya va boshqa organlarni zararlashi mumkin.

Exinokokk mo'rtaklarini organizmga kirishining uchinchi usuli zararlangan it og'iz bo'shlig'i va tishlarida hayotiyligi saqlangan onkosferani odamni tishlashi natijasida paydo bo'lgan yara yoki mo'rtakni operatsion yaraga tushishi orqali amalga oshadi.

Odam ichaklari yoki oraliq ho'jayinda - hayvonda - tuxumlardan mo'rtaklar hosil bo'ladi va ular o'zlarini ilmoqchalari bilan ichak devorini teshib qon-tomirlar va darvoza vena orqali jigarga kiradi.

Bu qon oqimi bo'ylab yurgandagi birinchi bar'er hisoblanadi va bu erda onkosferaning ko'p qismi tiqilib qoladi. Jigar bar'erini enggan onkosferalar kichik

## O'quv qo'llanma

qon aylanishi bo'ylab o'pka tomon yo'naladi va bu erda ham bir qancha qismi cho'kib qoladi - bu ikkinchi bar'er hisoblanadi.

Katta qon aylanishiga tushib qolgan onkosferalar hohlagan boshqa a'zoga kirishi mumkin.

*Klinika va diagnostikasi:* hozirgi zamonaviy xirurgik gepatologiyaning erishgan yutuqlariga qaramasdan, jigar exinokokkozining erta diagnostikasi bir muncha qiyin. Sababi, kasallikning aniq simptomatologiyasining yo'qligi, ayniqsa, kasallik rivojlanishining erta davrlarida, shuningdek, kistalarning organ tubida joylashganligi. Diaqnoz epidemiologik, klinik, laborator tahlillar, instrumental va serologik reaksiyalar natijasiga asoslanadi. Jigar exinokokkoziga shubha jigarda sekin o'sib boruvchi palpatsiyada kam og'riqli hosila paydo bo'lganda yuzaga keladi.

Bemor asta rivojlanib boruvchi quvvatsizlikka, o'ng qovurg'a ostidagi to'mtoq, eziluvchi og'riqlarga shikoyat qiladi.

***A.V.Melnikovaning klassifikatsiyasi bo'yicha invaziya 3 bosqichga bo'linadi.***

*Birinchi bosqich* - boshlang'ich simptomsiz zararlanishning birinchi onlaridanoq birinchi klinik belgilarini paydo bo'lishiga qadar.

*Ikkinchi bosqich* - kasallikning simptomlari namoyon bo'lishi: bemorlar quvvatsizlikka, mehnat faoliyatining pasayishiga, ishtahaning tushishiga, ko'ngil aynishiga va qayt qilishga, ayrim hollarda ich kelishining buzilishiga shikoyat qiladilar. Shularning fonida o'ng qovurg'a ostida epigastral sohada og'irlik va ezilish hissi paydo bo'ladi, ayrim hollarda o'tkir, kuchli to'mtoq og'riqlar kuzatiladi. Jigar palpatsiyada kattalashgan, kam og'riqli, kistalar yuzada joylashganida - yumshoq, elastik, boshlanayotgan oxaklanishda - yog'ochsimon qattiq bo'lib qo'lga seziladi.

Kistaning o'lchamlari kattalashganda, kasallikning mahalliy belgilari paydo bo'lishni boshlaydi. Bemorlar o'ng qovurg'a ostidagi og'irlikka, oshqozon to'lib qolish hissiga, ko'ngil aynish, kekirishga shikoyat qilishadi. Ob'ektiv tekshiruv bu bemorlarda ko'pincha jigar notekis kattalashganini ko'rsatadi. Kista sohasida



palpatsiya kam yoki og'riqsiz aniqlanadi. Kistaning harakati chegaralangan va nafas olib chiqarilganda jigar bilan birgalikda yuqoriga va pastga siljiydi. Kamdan-kam uchraydigan qirg'oqda joylashgan kistalar bundan mustasno bo'lib mayatniksimon harakatlanishi mumkin. Darvoza yoki pastki kovak venaning ezilishi, shuningdek, jigar ichki va tashqi o't yo'llarining ezilishi obturatsion sariqlik rivojlanishiga olib keladi.

*Uchinchi bosqich* - yaqqol namoyon bo'lgan patologik o'zgarishlar va asoratlarni bosqichi.

Jigar exinokokkozining eng ko'p uchraydigan asoratlardan exinokokk kistasining yiringlashi uchraydi. Exinokokk kistasini yiringlashi va yorilish ehtimoli borligi, tana haroratini ko'tarilishi va junjikish, qorinning yuqori qismida og'riqlar paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Bunday holatda bemorning shishgan joyida birdaniga kuchli og'riq paydo bo'ladi. Kista kattalashadi, yanada taranglashadi, palpatsiyada keskin og'riq kuzatiladi.

Tana harorati 39-41°C gacha ko'tarilib septik xarakterga ega. Intoksikatsiya belgilari tez ko'tarilib, kuchli junjikish va kuchli terlash keyinchalik esa septik holat yuzaga kelishi mumkin. Shunday qilib yiringli o'choq plevra yoki qorin bo'shlig'iga, qorin orti yoki jigar atrofidagi klechatka yorilishi mumkin.

O'ta og'ir asorat shuningdek, jigar noinfeksion exinokokk kistasining yorilishi hisoblanib, har 6-9 hollarda uchrab turadi. Odatda bu yuzada joylashgan katta, devorlari ingichkalashgan pufaklarda yuzaga keladi. Kistalar shifokor ko'ruvi vaqtida - qorin paypaslanganda, ginekologik tekshiruvda yorilib ketishi mumkin. Bunday hollarda kistaning tarkibiy qismi qiz pufakchalari bilan qorin bo'shlig'iga oqib, exinokokkoz disseminatsiyasini chaqirishi mumkin. Bundan tashqari exinokokk kistalari o't pufagi, jigar ichki o't yo'llari, oshqozon yoki ichakka, jigarni diafragmal yuzasida joylashganida esa plevra bo'shlig'iga, o'pka, bronxlarga yorilib bo'shalishi mumkin.

Qorin boshlig'iga perforatsiya bo'lganda o'ng qovurg'a ostidan butun qorin sohasi bo'ylab to'satdan kuchli og'riq paydo bo'ladi. Plevra bo'shlig'iga yorilsa, ko'krak sohasida og'riq, hansirash, nafas olishning qiyinlashishi, quruq yo'tal

## O'quv qo'llanma

kuzatiladi. Sezuvchanligi ortgan bemorlarda anafilaktik shok rivojlanishi mumkin va ayrim hollarda bemor o'limiga olib keladi. Boshqa holatlarda shokni davolagandan so'ng allergiya simptomlari paydo bo'ladi - qichishish, mayda toshmalar, bo'g'ilish, taxikardiya, teri rangini oqarishi, yuzini sovuq ter bilan qoplanishi va hokazo.

Ko'pincha perforatsiya kuzatilgan daqiqadan boshlab bemor xushini yo'qotadi va arteriya qon bosimi tushadi.

Yiringlagan exonokokkli kistalar kuzatilgan hollarda birinchi o'rinda intoksikatsiya belgilari paydo bo'ladi, ayrim hollarda bu holat surunkali kechadi. Agar kista atrofidagi organga yorilsa, simptomlar zararlangan organga qarab namoyon bo'ladi (piopnevmotoraks, exinokokk elementlari mavjud yiringli bog'lam, o'tli peritonit, obturatsion sariqlik va hokazo).

*Sinflanishi.* Bundan tashqari jigar exinokokkozining klinik - morfologik klassifikatsiyasi ham farqlanadi:

Larvotsist morfologiyasi bo'yicha:

Morfologiyasi bo'yicha: E. Veterinorum; E.hominis; E.acephalocystis.

Kistalar soni bo'yicha: bittalik; ko'plik; bitta bo'lakni zararlashi bilan; ikkala bo'lakni zararlashi bilan.

Boshqa organlar bilan uyg'unlashganligi bo'yicha: jigarni izomerlangan zararlanishi; boshqa organlar bilan uyg'unlashgan zararlanish.

Kistaning diametri bo'yicha: kichik (5 sm. gacha); o'rta (6-10 sm.); katta (11-20 sm.); gigant (21 sm. va undan katta).

Kistaning segmentar joylashuviga ko'ra: I-VIII segmentar.

Kistaning joylashish xususiyatiga ko'ra: qirg'oqdagi joylashuv; diafragmal yuzadagi kistalar; visseral yuzadagi kistalar; ichki parenximatoz kistalar, jigar darvozasi sohasidagi kistalar; butun bo'lakni egallovchi kistalar.

Asorat borligi va turiga ko'ra: asoratlanmagan turi; asoratlangan turi; kistaning yiringlashi; biliar yo'lga yorilishi (1 tip - kuchli namoyonlangan klinika bilan; 2 tip - xiralashgan klinika bilan; 3 tip - simptomsiz); qorin boshlig'iga

yorilishi; plevra boshlig'iga yorilishi; o't yo'llari ezilishi sariqlik bilan; portal gipertenziya; oxaklanish; qo'shimcha asoratlash; kam uchraydigan asorati.

Kelib chiqishi bo'yicha: birlamchi; retsidiv; rezidual; implantatsion.

### ***Jigar exinokokkozining diagnostikasi***

*Klinik laborator tekshiruvlar.* Klinik - laborator usullar parazitning toksinlari organizmda allergizatsiya ta'sir qilishi natijasida qonda va jigarning funksiyasini o'zgarishiga, shuningdek, jigar to'qimasi exinokokkli kista mavjudligi sababli yuzaga kelgan yallig'lanish va funksional siljishlarga asoslanadi.

Ayrim holatlarda operatsiyadan oldingi davrda diagnozni va parazitning rivojlanish bosqichini aniqlashda eozinofillarning sonining ortishi etarlicha foydali axborotni beradi. Ammo eozinofiliya jigar exinokokkozida doimiy va ishonchli belgi hisoblanmaydi, chunki eozinofillarning sonining ortishi boshqa bir gijjali kasalliklarda ham kuzatiladi.

Unchalik yuqori bo'lmagan eozinofilli va ECHTni aniqlash bilan bir qatorda spetsifik immunologik tekshiruvlarga ahamiyat berish kerak. Immunoferment analiz (IFA), bilvosita gemaglyutinatsiya reaksiyasi (BGAR), rozetka hosil qiluvchi spontan reaksiya, blastroformatsiyalar (BTR), lateks reaksiyasi - agglyutinatsiyalar, ularning ishonchliligi 92 foizni tashkil qiladi.

Bir paytda bir nechta usullarni qo'llash, exinokokk kasalligini diagnostik samarasini 98 foizgacha oshiradi.

Ularni, ham birlamchi diagnostika uchun, ham kasallikni retsidivini aniqlash uchun ham ishlatilishi mumkin, shuningdek, bemor operativ davodan keyingi natijasini dinamikasini baholashda ham qo'llash mumkin. Exinokokk immunologik diagnostikasi bemor organizmda parazit agentlarini topishga va sonini aniqlashga, operatsiyadan oldingi hujayra bosqichidagi immunitetni yoki parazitlar antitelalarni va ularni komplekslarini ko'rsatkichlariga asoslangan. Klinik amaliyotda immunopretsipitatsiya fenomeniga asoslangan antitelani aniqlash uslublari ishlatiladi, sirkulanayotgan antigenlarni aniqlashda esa - immunoagglyutinatsiya ishlatiladi.

***Instrumental tekshiruvlar***

Rentgenologik tekshiruvlar. Bir qator kasallikni xarakterli belgilari rentgenologik usul bilan aniqlanadi: parazitlar kista devorlarining oxaklanishi, jigar o'lchamlarini kattalashishi, diafragma gumbazining yuqori turishi yoki turli hil deformatsiyalari, oxirgi aytilgan harakatni chegaralangani, joylashgan organlarning siljishi va hokazo.

Rentgen tekshiruvining axborotlik qimmati ko'p hollarda kistaning joylashishiga va turishiga bog'liq bo'lib, jigar exinokokkozida to'g'ri yoki nisbiy rentgenologik simptomlarni hosil bo'lishini aniqlaydi (37-rasm).



37 - rasm. Jigar ehinokokkida rentgenoskopiya.

Sun'iy pnevmoperitoneumni qo'llash, jigarni diafragmal yuzasidagi exinokokk kistasini diafragma relaksatsiyasidan yoki o'ng o'pka quyi qismidagi hosiladan differentsiatsiya qilish imkonini beradi. Yuborilgan gaz diafragma hamda jigar o'rtasida joylashib, yorug' chiziq ko'rinishida ifodalanadi va uning fonida avval yumaloq shakldagi kattalashgan jigar gumbazini ishigani yoki kistaning soyasi sinq farqlanadi.

Yiringlagan jigar exinokokkli kistasini jigar absesidan rentgenologik farqlash qiyin. Lekin bo'shliq atrofida kalsinoz suyuqlik chegarsi va ayniqsa xitin qobiq va qiz kistalar aniqlansa, exinokokkning diagnostikasi engillashadi.

Radioizotop gepatoskanerlash. Radioizotop gepatoskanerlash jigar

hujayralari orqali radioaktiv bo'yoqlarni Bengal pushti yoki radioaktiv tillani kollats eritmasini tanlab yutishga asoslanadi (38-rasm).

Jigar exinokokkozida eng ko'p spanigrafik belgi bo'lib bir yoki bir nechta radioaktiv apparatda deffekt to'planish mavjudligi hisoblanadi. Ayrim paytlarda izotopni deffekt to'planishi jigarni o'ng yoki chap bo'lagini butunlay egallaydi, organni funksiyalovchi maydon chegaralari esa pastga, chapga yo'nalgan pastga yoki faqat chapga siljiydi.

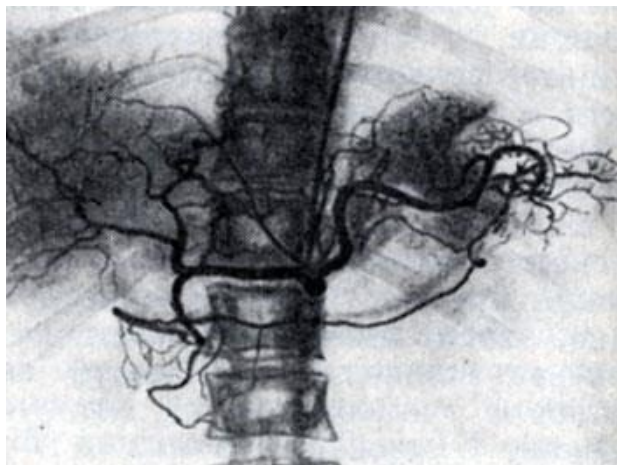
Selektiv tseliakografiya. Operatsiyadan oldingi jigar exinokokkozining diagnostikasida selektiv tseliakografiya muhim rol o'ynaydi, patologik o'choqni

joylashgan joyini, o'lchamlarini va xarakterini aniqlashga imkon beradi. Ehinokokkozda tomirlarni bir biriga yaqinlashishi, torayishi va kistaning periferiyasi bo'ylab yoysimon siljishi bilan xarakterlanadi. Shu shakldagi avaskulyar maydonni hosil qiladi (39-rasm).

Angiografiya spetsifik belgisi mavjudmasligi va invazivligi ko'pligi uchun kam qo'llaniladi. Ushbu usul o'lgan exinokokk kistalarini va parenximatoz organlarni o'smasi kasallik bilan zararlanganda differensiatsiya qilish uchun



38-rasm. Jigar exinokokkida radionuklid tekshiruvi.



39-rasm. Jigar exinokokkida selektiv tseliakografiya.

ko'rsatma hisoblanadi. Xuddi shu maqsadda kamdan-kam kuzatishlarda laporaskopiya ishlatiladi.

**Klinik kuzatuv.**

Bemor Ismoilov A., 54, 2018 yil may oyida ADTI klinikasining 3-jarrohlik bo'limiga yotqizilgan (kasallik tarixi №848/352), og'irlik va yonish hissi, shuningdek, o'ng hipokondriumda zaif og'riq, zaiflik, bezovtalik, bosh og'rig'i, ishtahani yo'qotish, isitma 380C gacha.

Kasallik tarixi. 2018 yil yanvar oyidan boshlab bemor og'irlik va yonish hissi, shuningdek o'ng hipokondriumda engil og'riqni qayd eta boshladi. Yuqorida tavsiflangan hislar bezovtalik, zaiflik, bosh og'rig'i, haroratning 380C gacha ko'tarilishi bilan birga keldi.

Ob'ektiv ravishda. O'rtacha og'irlikni qabul qilishda umumiy holat. Bemor kam ovqatlanish, teri va oddiy rangdagi shilliq pardalar. Nafas olish tizimi tomonidan patologik o'zgarishlar aniqlanmagan. Qon bosimining 180/90 mm HG gacha ko'tarilishi qayd etilgan.yurak urishi - 92 zarba. daqiqada qorin hajmi o'rtacha darajada oshadi, nafas olish harakatida ishtirok etadi. Palpatsiya paytida qorin yumshoq, o'ng va chap hipokondriumda, epigastral va suprapubik mintaqada og'riqli bo'ladi. Jigar hajmining oshishi aniqlandi.

Diagnostika dasturi umumiy qabul qilingan laboratoriya va instrumental tadqiqot usullarini, qorin bo'shlig'i organlarining ULTRATOVUSHINI o'z ichiga olgan.

Umumiy qon testida quyidagi o'zgarishlar aniqlandi: gemoglobin-88 g / l; eritrotsitlar- $3,56 \times 10^{12}$  / l; leykotsitlar –  $8,8 \times 10^9$  / l; neytrofillar: p / i-10%, s/i – 70%; limfotsitlar - 16%; eozinofillar-1%, cho'kish tezligining oshishi eritrotsitlar (ESR) soatiga 15 mm gacha.

Qonning biokimyoviy tahlilida bilirubinning barcha fraktsiyalarining ko'payishi aniqlandi: umumiy bilirubin - 42,59; to'g'ri-33,48 mmol/l; bilvosita – 9,11 mmol / l.

Siydikning umumiy tahlilida leykotsitlarning ozgina ko'payishi qayd etilgan (ko'rish sohasida 10-8-10).

HBsAg (gepatit b) – 0,032 – salbiy, Anti-HCV (gepatit C) - 0,020 - salbiy.

EKG: sinus ritmi to'g'ri. Yurakning elektr o'qining gorizontal holati.

Miyokarddagi gipoksiya.

Ko'krak qafasi rentgenografiyasida o'pka naqshlari kuchayadi, ildizlar kengayadi. Yurakning chap qorinchasining kengayishi, aortaning egilishi. Tashxis: surunkali bronxit.

Qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvida: jigar hajmi 1,5 sm ga oshadi, ekogenlik odatiy (buyrak parenximasi bilan taqqoslanadi), ekostruktura nozik taneli. II-III segmentlarning proektsiyasida jigarning chap lobida hosil bo'lishi aniqlanadi, o'lchamlari 102 x 91 x 110 mm, aniq konturlari, heterojen ekostrukturasi, heterojen qalin suyuqlik tarkibi va ichidagi kichik ko'p kamerali qo'shimchalar bilan, qalinligi 3-4 mm gacha bo'lgan shakllanish kapsulasi yotadi (40-rasm 1a), shakllanishning orqa devoridan o'rtacha aniq akustik soya kuzatiladi. Jigarning VII-VIII segmentlari proektsiyasida diafragma ostida tuzilishi o'xshash shakllanish aniqlanadi, heterojen qalin suyuqlik tarkibiga ega, o'lchamlari 56x52 mm, devor qalinligi 2-3 mm (40-rasm. 1b).

O't pufagi o'zgarmaydi. Intrahepatik o't yo'llari kengaymagan.

Oshqozon osti bezida patologik o'zgarishlar aniqlanmagan.

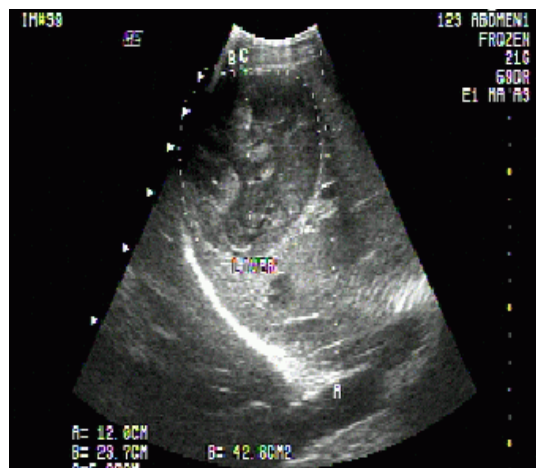
Taloq o'rtacha darajada kattalashgan (maydoni 51 sm<sup>2</sup>).

Xulosa: chap va o'ng jigar lobining Echinokokkozi. Taloqning o'rtacha kattalashishi.

Qabul qilish paytida bemor o'ng hipokondriyumda analjeziklar bilan to'xtatilmaydigan o'ng skapulaga tarqaladigan aniq og'riq hislarini qayd etdi.



a



b

40 - rasm. B rejimida bir hil bo'lmagan kist-qattiq jigar shakllanishining ultratovush tasviri: a - jigarining II - III segmentlarida; b - jigarining VII-VIII segmentlarida.

Shakllanishning sezilarli hajmi va og'riqni bartaraf etmaslik jarrohlik aralashuvni amalga oshirishga olib keldi: ideal – jigar chap bo'lagining echinokokkektomiyasi (II - III segment perisistektomiya), o'ng jigar lobining kistasini mukammal olib tashlash (VIII segment perisistektomiya) jarrohlik maydoni va jigar osti bo'shlig'ini drenajlash bilan.

Taftish paytida jigarining chap lobining II-III segmentlari proektsiyasida o'lchamlari 6x5 sm bo'lgan kalsifikatsiyalangan qalin kapsulada kist shakllanishi aniqlandi, o'ng lobning VIII segmentining proektsiyasida o'lchamlari 7x6 sm bo'lgan shunga o'xshash shakllanish aniqlandi.

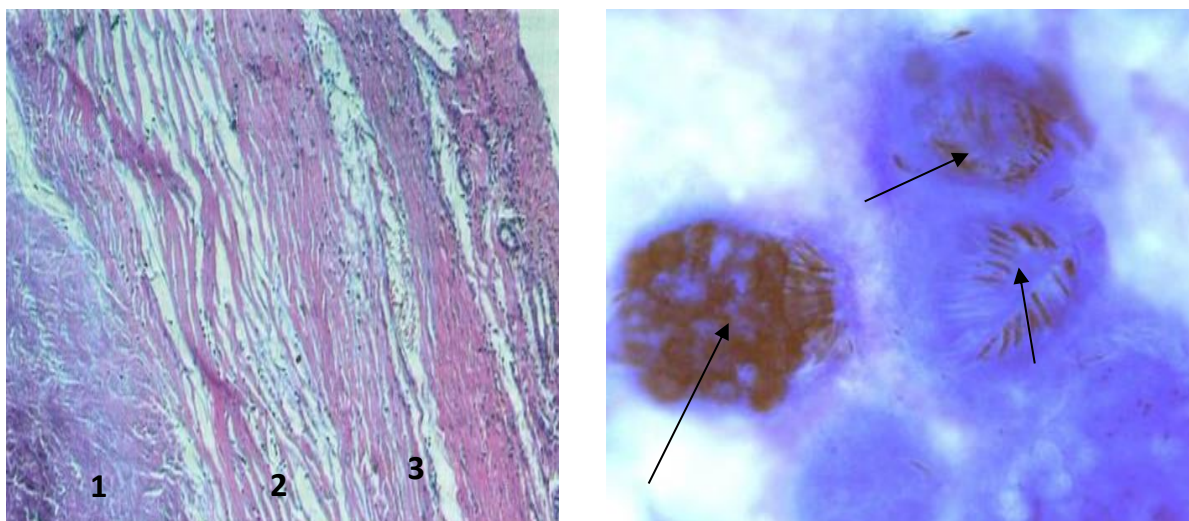
Jigarining II – III segmentlari kistasi 20% natriy xlorid bilan namlangan doka salfetkalari bilan cheklanganidan so'ng, kist ponksiyoni amalga oshirildi, qalin yiring paydo bo'ldi. Kistning tolali kapsulasi ochildi, xitin membranasi, o'lik qiz pufakchalari va nekrotik to'qimalar olib tashlandi. Gemostaz ishlab chiqarilgan. Qoldiq bo'shliq 20% formalin, furatsillin bilan 700, 96° gacha qizdirilgan spirt, 5% yod eritmasi bilan ishlov beriladi, kapsulaning ichki yuzasi va qirradi elektrokauter bilan koagulyatsiya qilinadi. Kapsula iloji boricha sog'lom to'qimalarga olib tashlanadi.



Keyinchalik, jigarining dumaloq ligamenti safarbar qilindi, VIII segment kistasi bilan manipulyatsiya qilish uchun o'roqsimon ligament ajratildi. Gemostaz ishlab chiqarilgan. Kistani 20% natriy xlorid bilan namlangan doka salfetkalari bilan cheklagandan so'ng, kist ponksiyoni amalga oshirildi, qalin yiring paydo bo'ldi.

Kista kapsulasi ochildi, shilimshiq yiringli soda va nekrotik to'qimalar olib tashlandi. Gemostaz. Qoldiq bo'shliq 20% natriy xlor, furatsillin bilan 70°, 96° gacha qizdirilgan spirt, 5% yod eritmasi bilan ishlanadi, kapsulaning ichki yuzasi va qirradi elektrokauter bilan koagulyatsiya qilinadi. Kapsula iloji boricha sog'lom to'qimalargacha olib tashlanadi. Jigar va qorin bo'shlig'i a'zolarini qayta tekshirish bilan patologik o'zgarishlar aniqlanmadi.

Jigarning II segmenti shakllanishining olib tashlangan xitin qobig'i, qiz kistalari va yiringli tarkibi va jigarining VIII segmenti shakllanishining shilimshiq suyuqlik tarkibi gistologik tekshiruvga yuborildi (41-rasm).



41 – rasm. Ehinokokk suyuqligi tarkibi gistologik tekshiruvi.

*Laparoskopiya.* Laparoskopiya orqali gidatid jigar va qorin bo'shlig'idagi boshqa organlarni exinokokkozini aniqlash bir muncha engil bo'ladi. Kistalar organ ichida joylashishi gumbaz sohasi yoki orqa yuzasi bo'ylab joylashishi bundan mustasno. Ehinokokkli kista jigar yuzasida joylashganda laporoskop orqali pushti sifat, moviy rang, yuzasi silliq, shar shaklidagi hosila sifatida aniqlanadi.

Exinokokk kistasining o'rab turgan jigar to'qimasi ko'pincha o'zgarishsiz, fibroz kapsulasining chegaralari aniq bo'ladi va bu exinokokkning xarakterli belgilari hisoblanadi.

Retsidivlanuvchi exinokokkning diagnostikasida katta laparoskop orqali qiyinchiliklar kuzatiladi chunki qorin bo'shlig'ida o'tkazilgan operatsiyadan keyin birikuvchi jarayon yuzaga kelib, ushbu tekshiruvning o'tkazilishiga to'sqinlik qiladi. Bunday hollarda skanerlash, tseliakografiya, shuningdek, serologik reaksiyalarni o'tkazish maqsadga muvofiq.

Teri-jigar orqali xolangiografiya. Teri-jigar orqali xolangiografiya jigar ichki yo'llari punksiyasi, ularga kontrast moddani yuborish va keyin rentgenologik tekshirishlardan iborat. Ayrim hollarda jigar ehinokokkozida jigar ichki va jigardan tashqaridagi o't yo'llari kista bilan ezilib qoladi va bu mexanik sariqlik bilan kuzatiladi. Bunday hollarda teri-jigar orqali xolangiografiya o'tkazish zarur bo'ladi. Ushbu usul ezilish joyini va mos keluvchi operatsiya turini aniqlashda yordam beradi.

Ehinokokkozni diagnostika qilishda xirurgiyadagi rivojlanishni yangi bosqichi ko'proq informativ diagnostik yo'llar bilan bog'liq UTT, KT, spiralli KT va magnitno-rezenansli tamografiyalar.

Ushbu usullarning asosiy afzalligi, klinik boshlang'ich bosqichdayoq, kichik o'lchamdagi parazitlar kistalarni aniqlaydi. Bu esa xavf-xatarli, yuqori samarali, organi saqlovchi aralashuv o'tkazish imkonini beradi.

Ultratovush diagnostika. Turli hil akustik qarshiligiga ega bo'lgan muhitdan UTT tebranishini aks etilishiga asoslangan. Turli zichlikka ega bo'lgan 2 muhit chegarasida tebratishning akslanishi hosil bo'ladi va u maxsus qurilma orqali ro'yxatdan o'tkaziladi. Jigarda suyuqlik to'plangan kista bo'lsa UTT tekshiruvida oson aniqlanadi.

H.A.Gharbi va JSSTning echinokokkoz bo'yicha norasmiy ishchi guruhi tasnifiga ko'ra (WHO-IWGE, 2003, 2010) quyidagi bosqichlarni ajratib turadi:

CL - (cystic lesion) kistoz hosila yoki bir kamerali kista shakllanishi, odatda sharsimon yoki oval shaklda, noaniq bir hil anexogen tarkibga ega, giperexogen zona bilan cheklangan (kista devori ko'rinmaydi).

CE1 - (cystic echinococcosis) holati: (active) faol, tirik parazit. Bir hil anexogenli tarkibga ega bo'lgan sferik yoki oval shakldagi bir kamerali kistoz hosila. Yagona giperexogen qo'shimchalar aniqlanishi mumkin. Kista devori aniq ko'rinadi (ikki qavatli kista kapsulasi xarakterlidir). Gidatid kistaning patognomonik belgilari - aniq ko'rinadigan kista devoridir.

CE2 - (cystic echinococcosis) holati: (active) faol, tirik parazit. Multivezikulyar, multiseptal kistalar, sharsimon yoki oval shaklga ega bo'lib, ularda qiz xujayralari ona kistasini qisman yoki to'liq to'ldirishi mumkin. Kista devori aniq belgilangan. Odatda kista asta-sekin o'sib boradi va yangi qiz xujayralarini hosil qilishi mumkin.

CE3 - (cystis echinococcosis) holati: (transitional) o'tish, oraliq fazadagi parazit. O'lgan ona va qiz kistalari bilan bir qatorda, suyuqlikda va membranalarda yashovchan protockolekslar bo'lishi mumkin. Bir kamerali kistada qiz kistalari bo'lishi mumkin. Kista qobig'i "suv nilufari" belgisi shaklida ko'rinishi mumkin. Ushbu kistalar ultratovushda "kopleks massa" sifatida namoyon bo'ladi.

CE4 - (cystis echinococcosis) holati: (inactive) noaktiv, parazit o'lik, odatda tirik protoskolekslarni o'z ichiga olmaydi. Geterogen, hipoexogen yoki bir xil bo'lmagan degenerativ tarkib. Qizi kapsulalar yo'q. Bu kista qobig'ini yo'q qilinishini ko'rsatadigan "jun to'pi" kabi ko'rinishida bo'lishi mumkin.

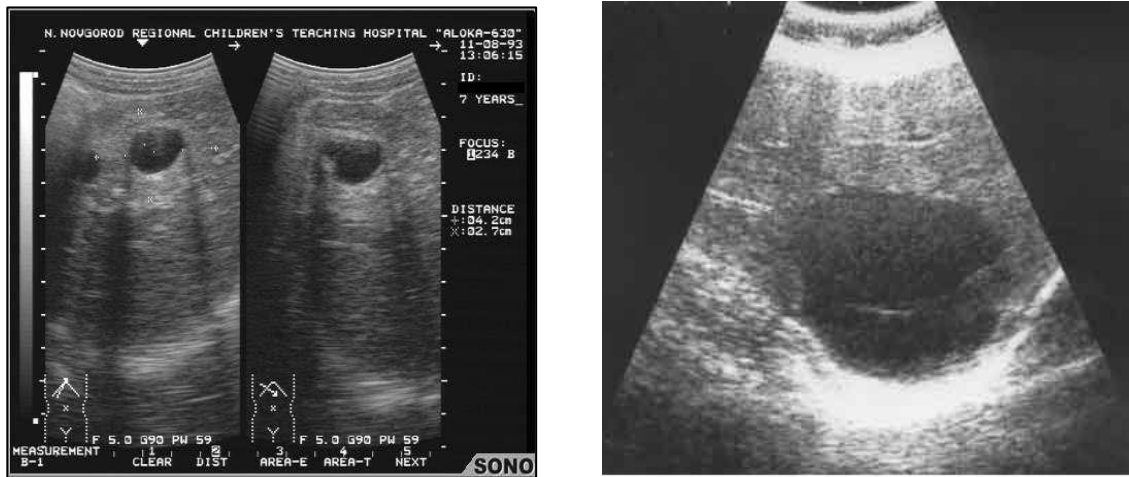
CE5 - (cystis echinococcosis). Kistalar yoy shaklidagi qalin, ohaklangan kapsula ko'rinishi bilan tavsiflanadi, uning orqasida konussimon eho-soya hosil bo'ladi. Kapsulaning kalsifikatsiyasi darajasi qismandan to to'liqqacha o'zgaradi. Ko'pgina hollarda kista rivojlanmaydi va odatda tirik protoskolekslarni o'z ichiga olmaydi.

Ushbu usul nafaqat kista mavjudligini, uning o'lchamlari, joylashishi, topografiyasini aniqlaydi, balki boshqa diagnostik usullar aniqlay olmaydigan mavjud bo'lgan qiz pufakchalar tasvirini, ularning sonini aniqlaydi (42,43-rasm).

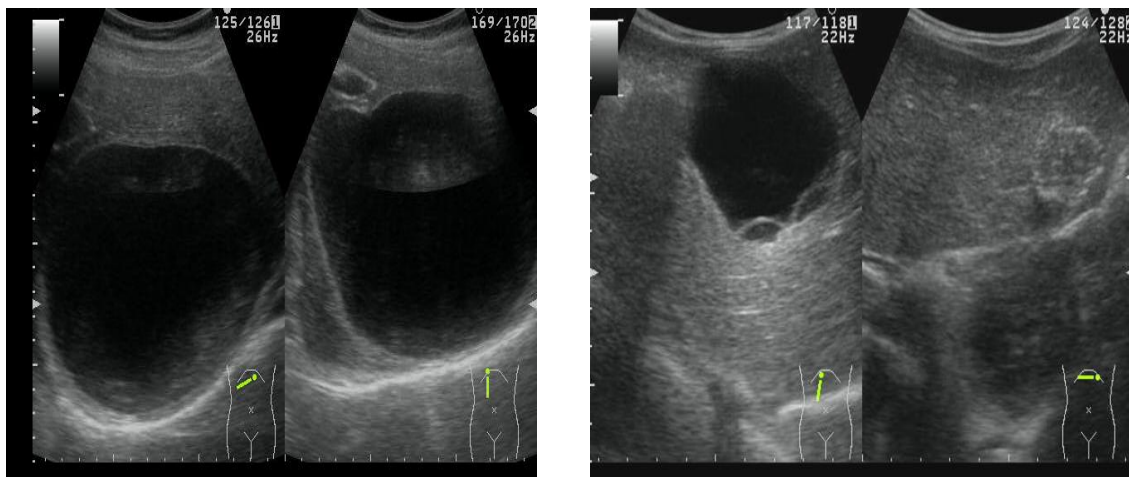
## *O'quv qo'llanma*

UTT da exinokokkoz uchun 5 ta belgi xarakterlidir: gipoexogen hosila, gipoexogen chamber, qiz kistalar, orqa zo'riqish simptomi, ikki konturli devor.

Jigar exinokokkini diagnostikasini yana ham aniqlash uchun keying qadamda KT qo'llaniladi. UTT ga nisbatan KT da tasvirli panoramliligi, yuqori sezuvchanligi, topik va differensiyani aniqligi 99 foizga, joylanishi, o'lchamlari, jarayonni tarqalganligini aniqroq ko'rsatadi.

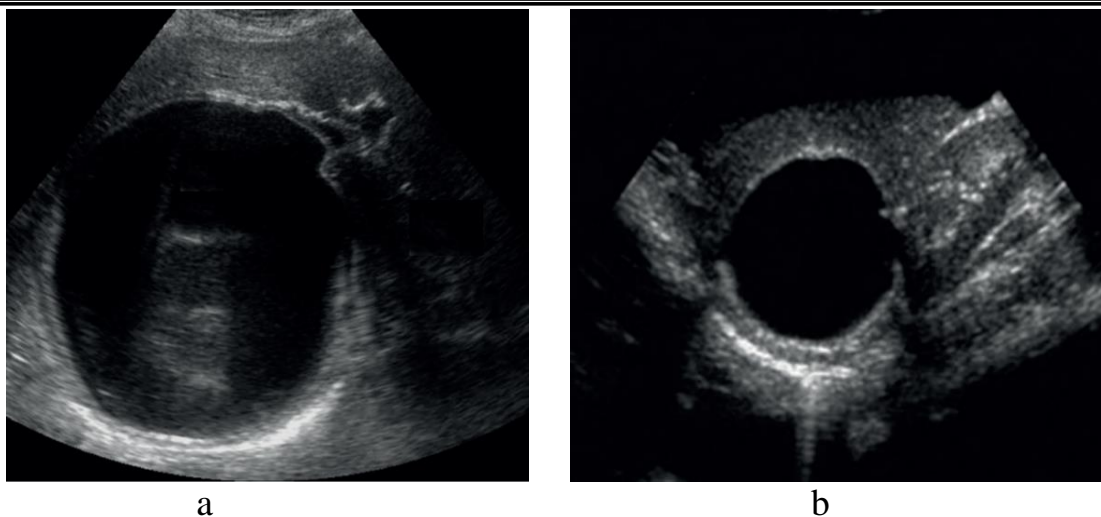


42 - rasm. Jigar ehiokokkozida UTT tekshiruvi.



43 – rasm. Jigar o'ng bo'lagi ehiokokkozida UTT tekshiruvi.

Shuni ta'kidlash kerakki, gidatid kistaning asosiy belgisi jigarda ikki konturli shakllangan xosila korinishi. 100% hollarda bu belgi kistaning parazitlar xususiyatini ko'rsatadi va differensial tashxisni talab qilmaydi (44-rasm a,b).



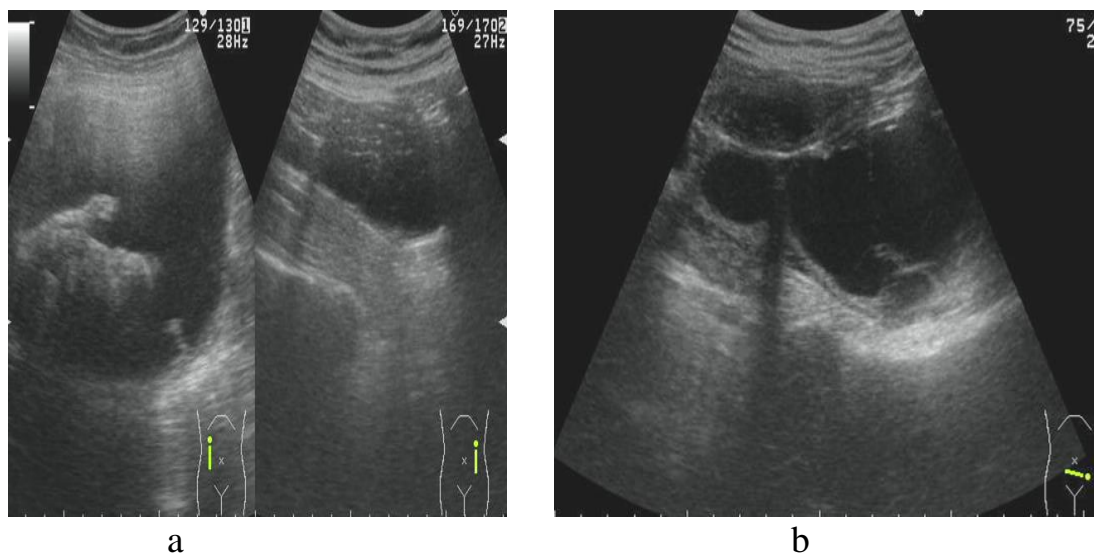
44 – rasm. Ehinokokk kistasining “ikki konturi”: a) ikkinchi konturning vizual tasvirini hosil qiluvchi xitinoz membrana, b) "echinokokk (gidat) qumi" hosil bo'lishi.



44 – rasm. Ehinokokk kistasini “suv nilufari” belgisi; b) yupqalashgan kapsula va qiz pufakchalar bilan ko'rinishi.

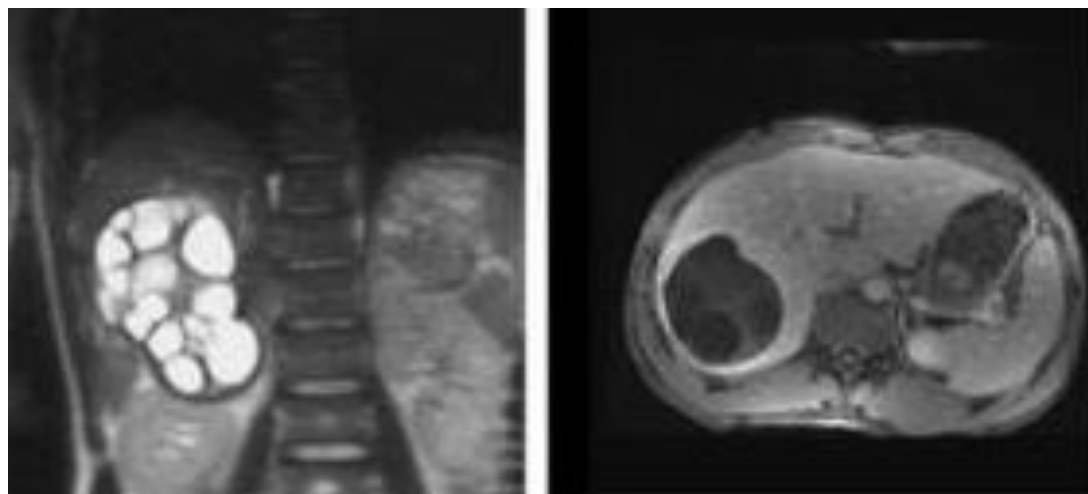
Ayrim xollarda kista hajmining kattalashishi, bo'shligida qo'yi giperexogen saqlama, noaniq konturli xitin membrananing devoridan ajrailshi yiringlagan ehinokokk kistasiga hos (45- a,b rasm).

Parazit nobud bo'lganda kutikulyar qobiq parchalanadi va suyuqlik loyqa bo'ladi. Ba'zi pufakchalar o'ladi, fibroz qobiq parchalanadi. Suyuqlik loyqa bo'lib, shlakka o'xshash massaga aylanadi.



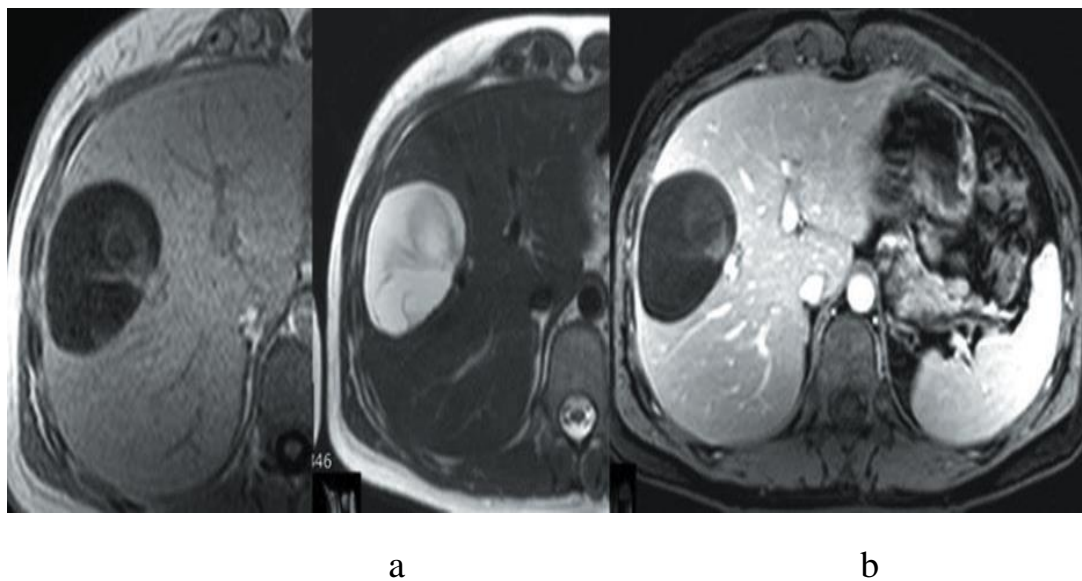
45 – rasm. a - Jigar chap bo'lagining ehinokokk kistasi; b - Jigarning o'ng bo'lagining o'lik hidatid kistasi.

Ehinokokk kistalar KT da absorbsiya koeffitsiyenti pasaygan, kutikulyar qavati aniq kesilgan, kistaning pastki segmentida gidatid “tuproq” li yumaloq shakldagi zonalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Ushbu usul 1 sm. gacha bo‘lgan hosilani aniqlash imkonini beradi. Tomogrammada bir qator hollarda ona kistaning bo‘shlig‘ida qiz pufakchalarni ko‘rish mumkin bo‘ladi (46-rasm).

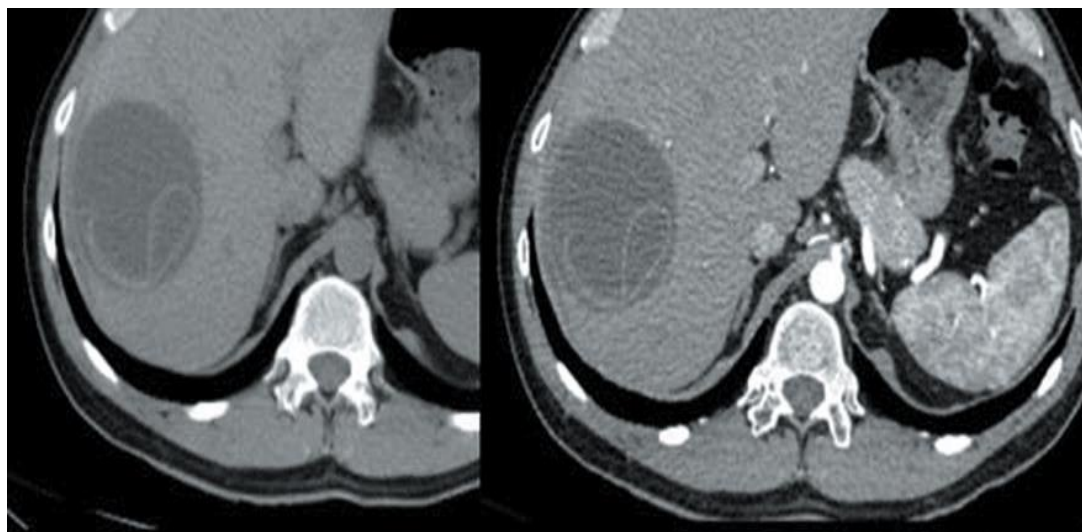


46-rasm. Jigar exinokokkozi kompyuter tomografiyasi.

MSKT va MRT da ehinokokk kista ko‘rinishi soloshtirganda ikkala usulda xam identikligi korinadi (47- a,b rasm).



47 – rasm. a - Jigar ehinokokkozi MSKT da.



48 – rasm. O'lik ehinokokk. “Suv nilufar” belgisi MSKT da aniqlanishi.

Ultratovush va MRT, MSKTdan kompleks foydalanish jigar va qorin bo'shlig'i a'zolaridagi gidatid kistalarning joylashishini va hajmini aniqlashga, fibroz kapsulaning holatini, asoratlarning mavjudligini va tabiatini baholashga va ehinokokk kistasiga eng maqbul kirish yo'lini tanlashga imkon beradi. Kistalarning lokalizatsiyasi, ularning kattaligi, atrofdagi tuzilmalar bilan aloqasi, operatsiyadan oldingi bosqichda kasallikning asoratlarini aniqlash, ratsional jarrohlik taktikasini tanlash va operatsiyadan keyingi erta va kech asoratlarning oldini olish imkonini beradi.

### *Jigar exinokokkozini davolash.*

Jigar exinokokkozi boshqa a'zo va to'qimalardagi kabi ximioterapiya va xirurgik aralashuv bilan davolanadi. Hozirgi vaqtda jigar parazitlar kasalligi, konservativ medikamentoz davolash va exinokokkozga qarshi vaksina o'tkazishdan tortib, og'ranni ko'p karra zararlanganida jigar transplantatsiyasini qo'llashgacha davolash usullari mavjud.

Exinokokkozni konservativ davolashga ko'rsatmalar: jigar yoki o'pkalarni ko'plab parazitlar bilan zararlanishi, chunki bunda operativ usul bilan davolash bemor hayoti uchun xavfli bo'lishi yoki texnik bajarishni iloji bo'lmaganligi mumkin. Shuningdek, konservativ davolashga qarshi davolash sifatida o'tkazilishi mumkin. Ayniqsa, exinokokkoz kistasi yorilgan bo'lsa.

Albendazol benzimidazolli karbomatlar qatoriga kirib, keng qamrovli antigelmint modda hisoblanadi. Ular tubolin, ya'ni eukoreativ hujayraning tsitastruktur proteinini hosil bo'lishini tormozlaydi, ya'ni to'xtatadi. Bunda benzimidazolli karbomatlar tsestod hujayralarda tsitoplazmotin mikro naychalarini yo'qolishini chaqiradi mikronaychalarni va mikrofilamentlarning yo'qolishi parazitning gemastaz samaradorligini ushlab turishi qobiliyatini tushiradi, chunki hujayralar orqali glyukozani absorbsiyasi buziladi va keyinchalik glikogeni endogen zahiralari qisqarib ATF hosil bo'lishi kamayadi.

Albendazol bilan davolashning turli sxemalari ishlatiladi. Kuniga 1 kg. tana vazniga 10-12 mg. gacha qabul qilish mumkin. Davolashning bitta uzluksiz siklning davomiyligi 20 kundan bir necha yilishi mumkin. Sikllar soni 1-20 gacha va ko'proq, sikllar o'rtasidagi intervallar 20-28 kungacha to'xtovsiz bir necha yillargacha davom etadi. Jigar exinokokkozidan butunlay davolanish imkonini beradigan yagona usul bu xirurgik davolash tashhis aniqlangan zahotiyoq istalgan onda inson hayoti uchun xavfli bo'ladigan asoratlarni yuzaga kelib qolishi e'tiborga olingan holda, vaqtni yo'qotmasdan xirurgik operatsiyani buyurish kerak.

Xozirda jigar exinokokkozini konservativ davolashni – antiparazit ximioterapiya deyiladi, va olib boriladigan terapiyaga nisbatan 3 guruxga bo'linadi (2-jadval):



**Jigar ehinokokkozida antiparazzitar ximioterapiya sxemasi**

<b>Davo turi</b>	<b>Ko'rsatma</b>
<p><i>1.Davo maqsadda:</i>  Albendozol - 10-12 mg/kg  tana vazniga.  Davomiyligi - 3 oy.  Kursi - 2-3 kurs</p>	<p>1.ko'p a'zolarning zararlanishi bilan,  jarrohlik yo'li bilan olib tashlash imkoni  bo'lmagan kichik ehinokokk kistalari;  2. noradikal ehinokotektomiyada;  3. 2 santimetr gacha bo'lgan yagona qiyin  joylashgan kistalar;  4.kasallikning qaytalanishini erta  aniqlanganda.</p>
<p><i>2.Davo - profilaktik maqsadda:</i>  Albendazol 10-12 mg/kg  tana vazniga  Davomiyligi - 3 oy  Kurs - 1 kurs  Boshlanish: operatsiyadan  3 hafta o'tgach.</p>	<p>1. asoratlangan ehinokokk tufayli o'tkazilgan  tashrixdan so'ng;  2. kista tarkibini qorin bo'shlig'iga beixtiyor  bo'shatilishi</p>
<p><i>3.Profilaktik maqsadda:</i>  Albendozol 10-12 mg/kg  tana vazniga  Davomiyligi - 1 oy  Kurs - 1 kurs  Boshlanish: operatsiyadan  4 hafta o'tgach.</p>	<p>1.asoratlanmagan ehinokokk tufayli  o'tkazilgan tashrixdan so'ng;  2.kista tarkibini qorin bo'shlig'iga beixtiyor  bo'shatilishi</p>

Jigar ehinokokkozining davosi, operatsion yo'lni ta'minlash, kista bo'shlig'ini zararsizlantirishi, ochiq yoki yopiq bo'lishi mumkin ehinokokkostomiyani, fibroz kapsulani olib tashlash, qoldirish va kista bo'shlig'i qoldiqlarini bartaraf qilishni o'z ichiga oladi.

Operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lib faqatgina yurak qon-tomir etishmovchiligining og'ir turi va ko'p sonli ehinokokkozida jigar to'qimasining ahamiyatli darajasidagi qismi olib qolishi tufayli yuzaga keladigan jigarning chuqur funksional o'zgarishi hisoblanadi.

Jigar exinokokkozi zamonaviy xirurgiyasida xirurgik aralashuvlar amalga oshirilishiga ko'ra quyidagicha tasniflash mumkin (F.G. Nazirov 2005y).

*Exinokokkoz kistasiga tanlangan yo'lga nisbatan:*

An'anaviy laporatomiya

Punksion - aspiratsion usul

Laparoskopik usul

Minilaporatomiya

*Fibroz kapsulaga nisbatan:*

Jigar rezeksiyasi (anatomik; noanatomik; shuningdek, qirg'oqli)

Perikistektomiya (total; subtotal; qisman)

Fibroz kapsulani qoldirgan holda exinokokkoektomiya

Ideal exinokokkstomiya (fibroz kapsulani ochish yoki ochmasdan).

*Kista devoriga antoparazitar ishlovi usullari bo'yicha:*

Ximik agentlar bilan zararsizlantirish

Fizik usullar bilan zararsizlantirish

Lazer koagulyatsiya

Ultratovush kovitatsiya

Kreo ta'sir

Yuqori haroratli ta'sir

*Kista bo'shlig'ini bartaraf qilish usuli bo'yicha:*

Yopiq exinokokketomiya (kapitonaj, qirg'oqlarni kista ichiga buklab qo'yish; bo'sh yoki ozod devorlarni kista tubiga tikib qo'yish)

Yarim yopiq exinokokkektomiya (oddiy yoki ikki tomonlama drenajlash)

Ochiq exinokokkektomiya (tashqariga drenajlash, marsupializatsiya)

Qoldiq bo'shliqni abdominizatsiyalash (omentogepatopeksiya bilan yoki u siz)

Bo'shliqni charvi bilan tamponadalash: kistodigestiv anastomoz.

Shu bilan birgalikda quyidagilarni aniqlab olish kerak: yopiq exinokokkektomiya deganda, xitin qobiq va exinokokk pufagining tarkibiy

qismiga fibroz kapsulasiz olib tashlash so'ngra qolgan bo'shliqni to'liq plastik berkitish tushuniladi.

Ochiq exinokokkektomiya ravishda exinokokk pufagining tarkibiy qismi va xitin qobiqni olib tashlab qolgan bo'shliq hamda qorin bo'shlig'ini drenajlab qo'yish.

Jigar exinokokkozida, operatsiya butunlay, parazitlar kista va uning tarkibiy qismini (suyuqlik, skolekslar, qiz va nabira pufakchalar) va germinativ va kutikulyar (xitin) qobiqlarni olib tashlashdan tashkil topishi kerak, shuningdek, devorlarida oxaklanish kuzatilganda rezidual bo'shliqni bartaraf qilish va fibroz kapsulani olib tashlash zarur bo'ladi.

Jigar exinokokkozida mavjud bo'lgan operativ qo'llanmalarining arsenali turli hildir. Ideal exinokokkektomiya peritsisektomiya, yopiq, yarim yopiq, ochiq, jigar bo'lagining rezeksiyasi operatsiyaning u yoki bu turi. Kistaning o'lchami, joylanishi, soni, asoratni mavjudligi, parazit rivojlanish bosqichi, bemorning umumiy holatiga qarab tanlanadi.

Kesmani tanlashda kistaning joylanishi, o'lchami, asorati bor yoki yo'qligi, bemorning tana tuzilishini hisobga olish kerak.

Optimal yo'lni tanlashda asosiy talabi bo'lib, kam travmatik va maksimal ko'rish imkonini beradigan uslublarni uyg'unlashuvi hisoblanadi.

Jigar exinokokkozida qo'llanadigan ko'p sonli operativ dostuplar abdominal transabdominal torakal, transplevral, kombinatsiyalashgan va bo'shliqdan tashqarilarga bo'linishi mumkin. Yana shuni ham hisobga olish kerakki tanlangan uslub bir tomonda operatsiya vaqtida jigardagi boshqa kistalarini topish maqsadida o'tkazilayotgan reviziyada, kistani olib tashlashda va uning asoratlarini bartaraf qilishda shifokorning harakatlarini chegaralamasligi kerak bo'lsa, ikkinchi tomondan haddan tashqari travmatik bo'lmasligi kerak.

A.Z. Vafin 1981 yilda echinokokkozni jarrohlik davolashda uchun aparazitarlik va antiparazitarlik umumiy tamoyillarini ishlab chiqdi.

Aparazitarlik tamoyili - kista tarkibini atrofdagi to'qimalar va qorin bo'shlig'i yuzasi bilan aloqa qilishning oldini olish.

Antiparazitarlik tamoyili – jarrohlik jarayonida exinokokk pufakchalarini zararsizlantirish maqsadida, kista qoldiq bo'shlig'ini davolashda kimyoviy va fizik ta'sirlar qo'llash va exinokokk suyuqligi to'kilib ketganda anatomik bo'shliqlarni skoleksotsidlar bilan sanatsiya (ishlov berish) qilish maqsadida amalga oshiriladigan chora-tadbirlar majmuidir:

Kistda - uning bo'shlig'iga kimyoviy moddalar kiritish orqali.

Operatsiyadan oldin yoki operatsiya vaqtida periparazitar bo'shliqqa kirgan exinokokk elementlarini zararsizlantirish uchun qoldiq bo'shliqda.

Jarrohlik vaqtida exinokokk suyuqligi bilan ifloslangan plevra yoki qorin bo'shlig'ida.

Operatsiya vaqtida ifloslangan operatsiyadan keyingi yarada

Exinokokktomiya operatsiyasi - parazitar kistani ochish va drenajlash, bir nechta bosqichlardan iborat:

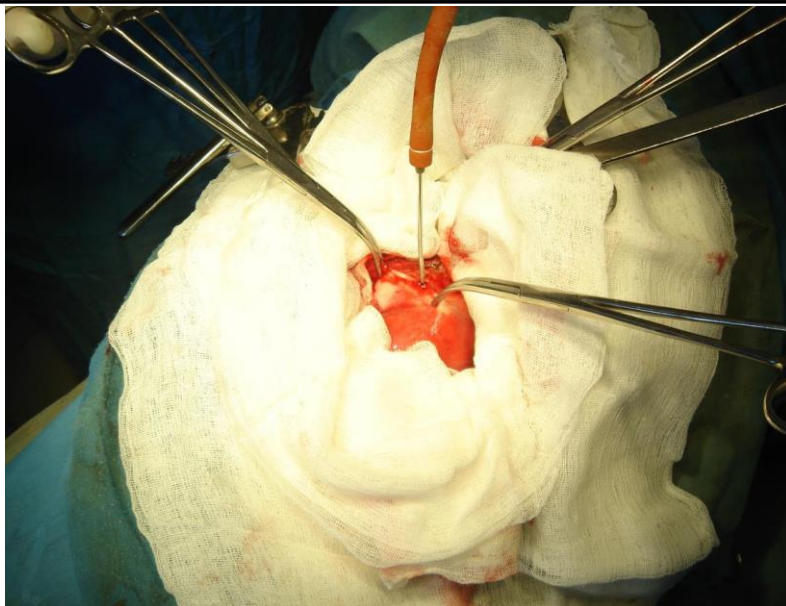
1. Exinokokk kistasi atrofini germetsid dori vositasi bilan shmdirilgan kata salfetkalar bilan o'raladi va punktsiya qilinadi – exinokokk suyuqligi tortib olinadi;
2. Fibroz kapsula kesib ichidan xitin qobig'I olinadi;
3. Qoldiq bo'shliqqa antiparazitar germetsid ishlov beriladi;
4. Qoldiq bo'shliq joylashishi, kista diametric va asoratlarga qarab qoldiq bo'shliq bartaraf etiladi.

A'zo saqlab qoluvchi tashrixlar: yopiq, yarim yopiq, ochiq.

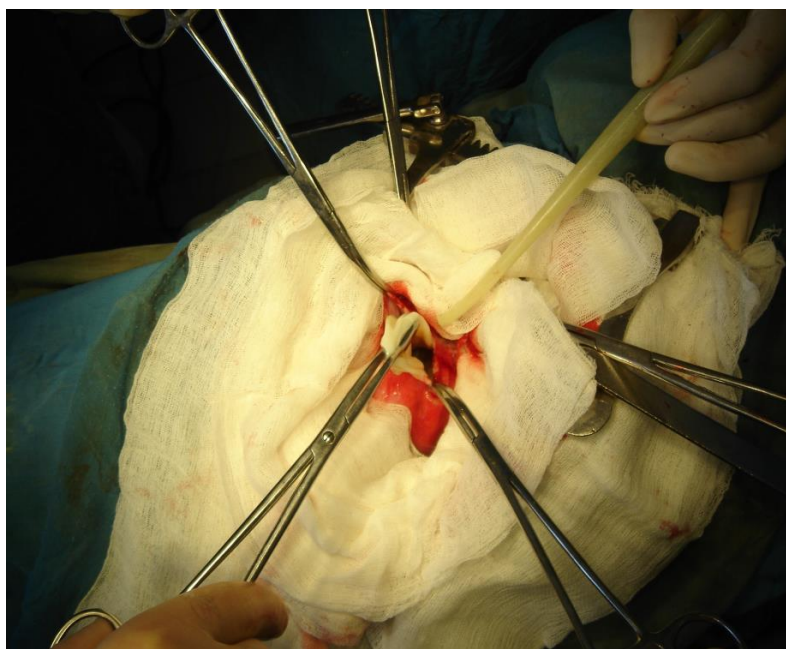
Rezeksion usullar: segentektomiya, gemigepatektomiya.

Exinokokktomiya katta diametrdagi yonboshlarida teshiklari bor igna yordamida punktsiya qilishdan boshlanadi. Qiz pufakchalar yo'q bo'lganda yoki ularning soni ko'p bo'lganda ushbu aralashuv ideal kechadi.

Suyuqlikni olib tashlagandan so'ng fibroz kapsula kesiladi yoki bir bo'lagi qirqiladi va shundan so'ng kutikulyal germinativ qobiqlar zajim yoki qisqichlar yordamida olib tashlanadi. (49,50,51-rasm).



49 – rasm. Exinokokk kistasi punktsiyasi



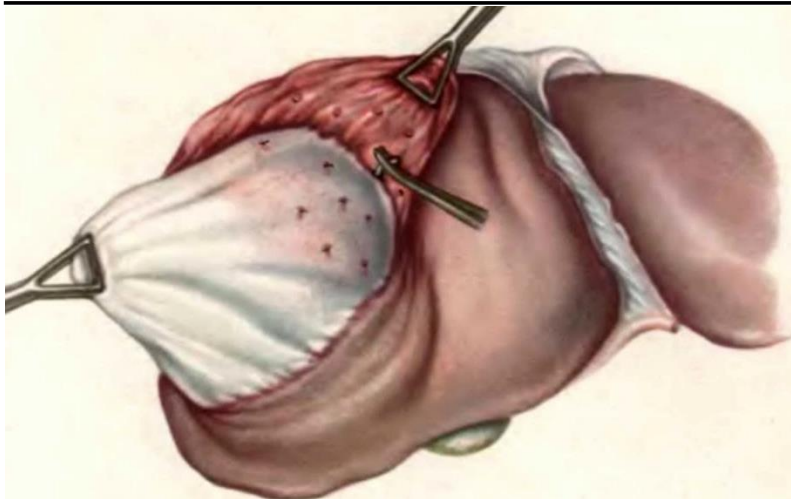
50 – Xitin qobigini olish bosqichi.

Exinokokkozni olib tashlagandan so'ng fibroz kapsulaga antiparazitar ishlov beriladi.

Exinokokk kistalarining protoskolekslariga ta'siri bo'yicha, antiparazitar ishlovlarning hamma ashyolarini ikkita asosiy guruhlarga bo'lish mumkin:

Ximik ta'sirini ustuvorligi bilan

Fizik ta'sirining ustuvorligi bilan



51-rasm. Jigar exinokokkektomiyasi. Xitin kapsulani qisqich (zajim) yordamida olib tashlash.

Hozirgi vaqtda ko'p ishlatadigan moddalar bo'lib: 20-30 foizli natriy xlorid eritmasi; 70 foizli etil spirti eritmasidagi 0,5 foizli xlorgeksidin eritmasi; 3 foizli vodorod peroksidi; 2 foizli formalin eritmasi, 10 foizli yodning spirtli eritmasi; 70<sup>0</sup>C gacha isitilgan furatsilin eritmasi; 96 foizli spirt; 80-100 foizli glitserin eritmasi; ximotripsin va atsidin-pepsin preparatlarini kombinatsiyasi.

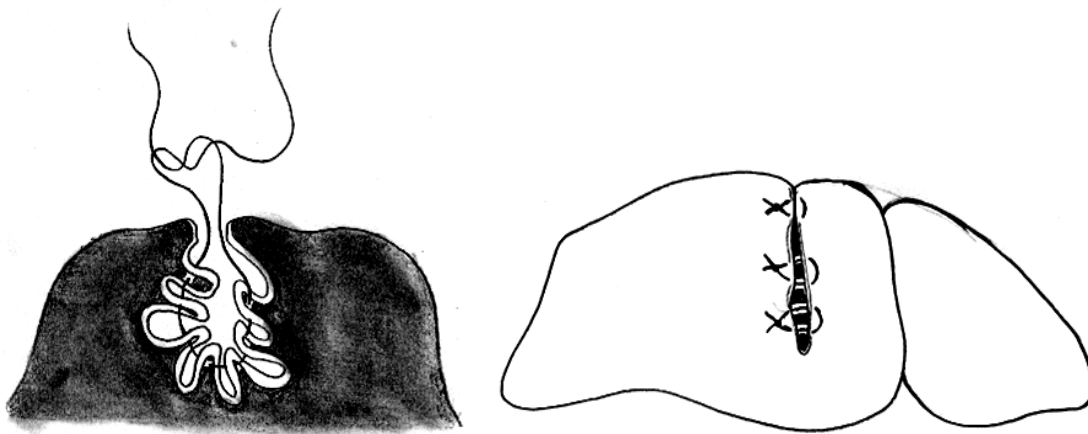
Exinokokkektomiyadan so'ngi qoldiq bo'shliqqa to'liq, keyinchalik retidivlar bo'lmasligini t'aminlovchi ishlov berish usuli klinika (IAP 05325-son patent, 2017 yil) usuli bo'lib quyidagi tratibda amalga oshiriladi:

Fibroz kapsula ichkiyuzasi ketma-ketlikda 20%ли Natriy hlor, 70-75<sup>0</sup> C qizdirilgan furatsillin eritmasi, 96%ли spirt va 5%li yod, 2,3,3,3 daqiqali ekspozitsiya bilan.

Jigar exinokokkozida plazmali qurilma xirurgiyada muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda. Plazma nayining 10 ming gradusgacha haroratda fibroz kapsulani deyarli parlanib ketishi kuzatildi. Ushbu uslubning afzalliklari an'anaviy "o'tkir" peritsistektomiyaga nisbatan kam qon yo'qotishida, parazitlar kistaning yiringlashi kuzatilganda ham ushbu usulni qo'llash mumkin.

Exinokokkektomiyadan keyin jigardagi qolgan bo'shliqni bartaraf etish lozim. Qoldiq bo'shliqni bartaraf etishi, fibroz kapsulasining devoriga ketgutli kiset chok qo'yish bilan erishiladi ushbu uslub jigardagi va o't yo'llaridagi ko'p

tomirlarni zararlab qo'yishi mumkinligi sababli xavfli usul hisoblanadi. Shuning maqsadida ko'plab usullar taklif etilgan, ulardan eng tarqalgani Delbet bo'yicha bartaraf qiluvchi choklar. Katta charvi ishlatgan yoki ishlatmagan holda qavatsimon (etajsimon) choklar qo'yish (52-rasm).



52-rasm. Jigar exinokokkektomiyasidan so'ng qoldiq bo'shliqni Delbet usulida bartaraf qilish (kapitonaj usuli).

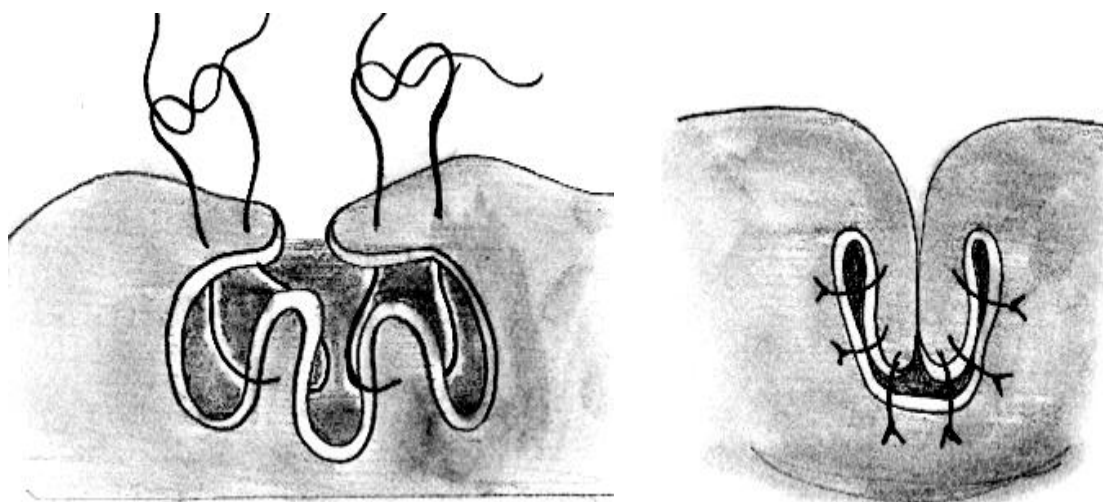
*Ideal exinokokketomiya* - exinokokk kistasini qobig'iga zarar etkazmasdan butunligicha olib tashlash hisoblanadi. Ushbu operatsiyani kista oyoqchasida osilib turgan bo'lsa yoki jigarning qirg'og'ida joylashgan bo'lsa amalga oshirish mumkin. Ideal exinokokketomiya operatsiyalarning eng optimal usuli hisoblanadi. Chunki kista xitin qobig'ini zararlamasdan olib tashlash qorin bo'shlig'ini exinokokk bilan urug'lanishi xavfini oldini oladi. Olingan exinokokk kista bilan birgalikda jigar rezeksiyasi, o'zining radikalliligiga qaramasdan, o'lim soni yuqori bo'lishi bilan kam qo'llaniladi.

Xavfsizroq va samaradorroq usul bo'lib invaginatsiya hisoblanadi. Bunda jigar bo'shlig'iga fibroz kapsula qirg'oqlari buklanadi va bir nechta qator qilib tashqaridan ichkariga fibroz kapsulani bo'sh qismlarini tikib qo'yiladi (Gilevich usuli) 53-rasm).

## O'quv qo'llanma

*Kapitonaj* - bo'shliq tubidan boshlab fibroz kapsulaning ichki yuzasiga yo'g'on ketgut bilan cho'ktirish hamda qavatma-qavat choklarni galma-gal qo'yishdir.

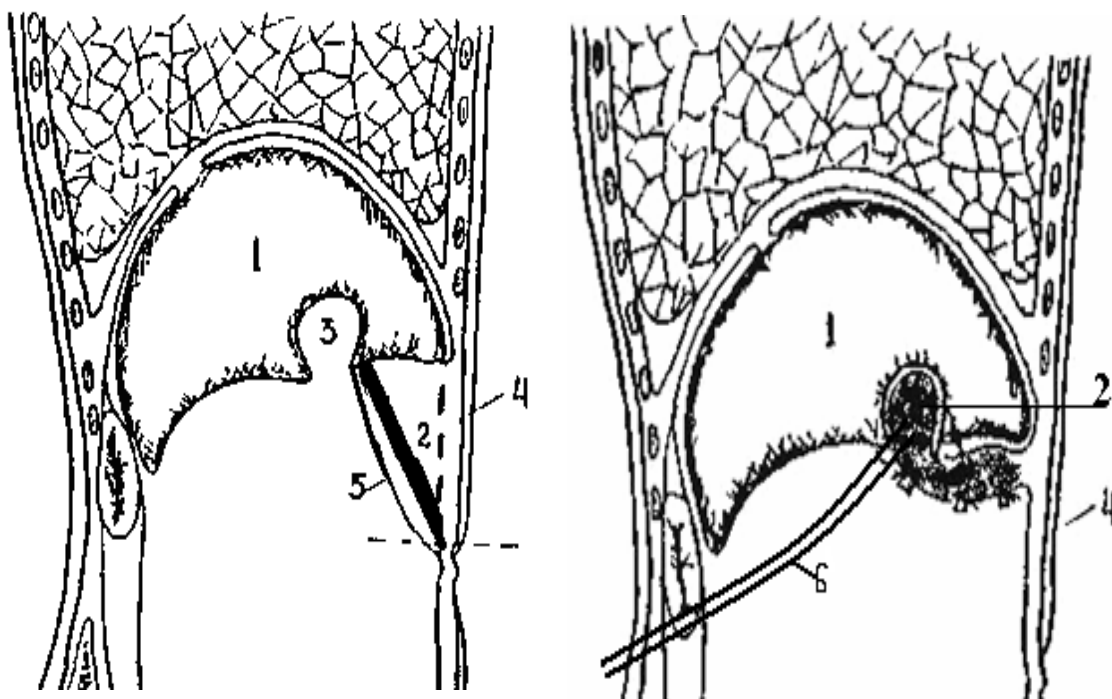
Qoldiq bo'shliqni jigar yumaloq bog'lami bilan tamponada qilish. Qaytalangan jigar exinokokklarini operatsiya yo'li bilan davolash natijalarini yaxshilashga yo'naltirilgan keyingi bosqichda tashrixni soddalashtiruvchi, qoldiq bo'shliqni yo'qotish usuli ishlab chiqildi (O'zbekiston Respublikasi Intellektual mulk agentligining 2011 yildagi ixtiro uchun IAP 04368-sonli patenti). Ushbu usul jigar yaqinidagi II va V segmentlarda jigar ichi qon-tomirlar, o't-qop yo'li shikastlanishi ehtimoli sabab qoldiq bo'shliq kapitonaji xavfli bo'lganda, kalsifikatsiyalangan fibroz kapsula va katta charvi etishmasligida qo'llaniladi.



53-rasm. Jigar exinokokkektomiyasidan so'ng qoldiq bo'shliqni Gilevich usulida bartaraf qilish (invaginatsiya usuli).

Qo'llanmaning mohiyati shundaki, kindikdan to xanjarsimon o'simtagacha (14 sm. uzunlikda va 2-5 sm. kenglikda) pariyetal qorin pardasi kindik vena tomiri bog'lanib jigarining yumaloq bog'lami mobilizatsiya qilinadi. Bo'shliqdagi kistaning pastki qismiga drenaj naychasi kiritiladi va jigarni yumaloq bog'lami bilan qoldiq bo'shliqqa tampon qilinadi. Bog'larning distal uchi esa fibroz kapsulaning chetiga ipak iplar yordamida bog'lami bilan bir qatorda tikiladi (54-rasm).





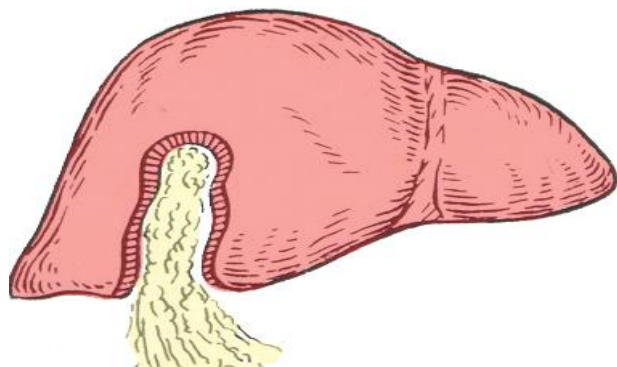
54-rasm. Jigardan exinokokkektomiyadan so'ng qoldiq bo'shliqning jigar yumaloq bog'lami bilan tamponada qilish: 1 – jigar; 2 – jigar yumaloq bog'lami; 3 – qoldiq bo'shliq; 4 – qorin oldi devori; 5 – qorinparda; 6 – qoldiq bo'shliqqa o'rnatilgan drenaj naycha.

Qoldiq bo'shliqning oziqlantiruvchi oyoqchada katta charvi bilan taponada qilish usuli. Qoldiq bo'shliqni bartaraf etilishdagi katta charvi bilan tamponada qilish quyidagicha:

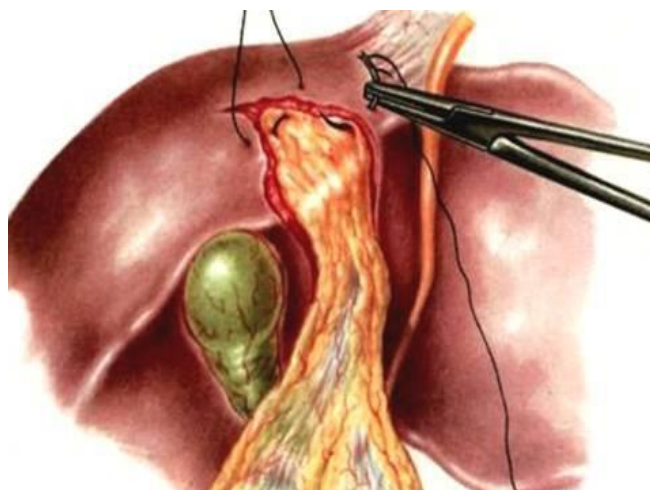
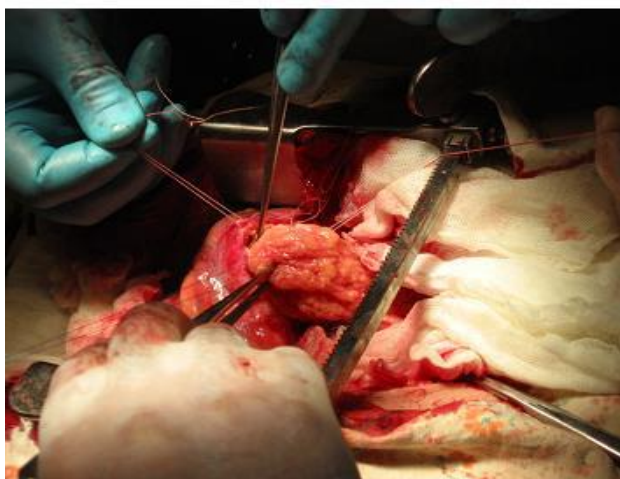
Exinokokk kistasining tarkibiy qismi uning qobiqlari olib tashlangandan so'ng fibroz kapsulaning ichki yuzasi 2 foizli formalinni glitserinli eritmasi bilan ishlov berilib, spirt va efir bilan yaxshilab quritiladi. Katta charvini yaxshi oziqlantiruvchi oyoqchada etarlicha qismi bo'shliqqa kiritilib qoldiq bo'shliqni fibroz kapsulasi qirg'oqlariga tikib fiksatsiya qilinadi va drenaj naycha o'rnatiladi (ochiq exinokokkektomiya).

Charvining sezilarli darajadagi reparativ xususiyati qolgan bo'shliqni tez oblitiratsiya bo'lishiga yordam beradi (55,56-rasm).

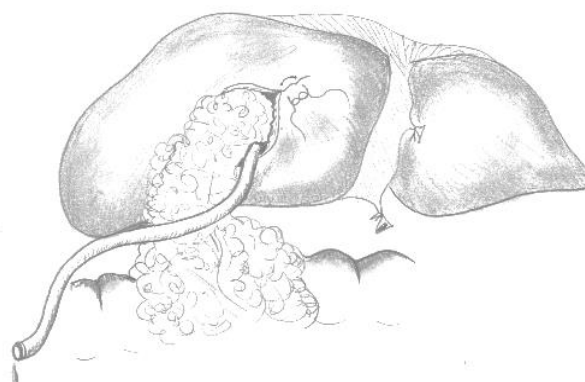
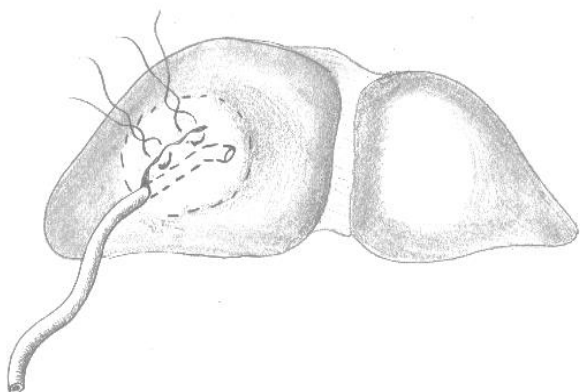
Qoldiq bo'shliqqa kata charvi tamponaalash va drenaj naycha o'rnatish Askerxanov usuli deyiladi (57-rasm).



55-rasm. Qoldiq bo'shliqni katta charvi bilan tamponada qilish.

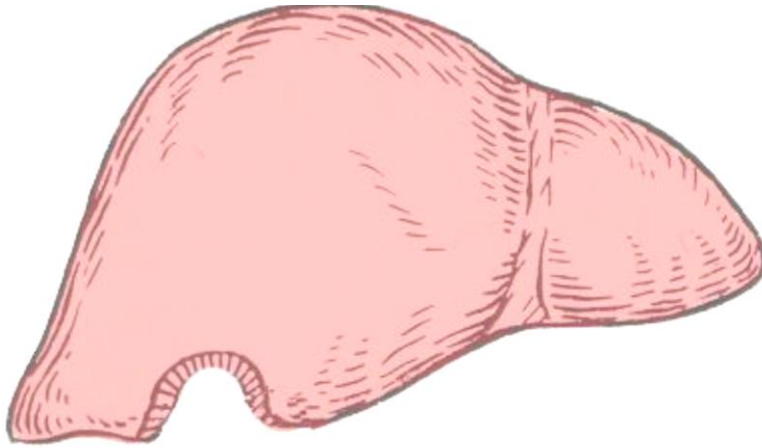


56-rasm. Qoldiq bo'shliqni katta charvi bilan tamponada qilish



57 – rasm. Qoldiq bo'shliqni Askerxanov usulida bartaraf etish.

Exinokokk kistasi qirg'oqli joylashuvida fibroz kapsula maksimzal darajada kesib olinadi, bunday xollarda kista tarelkasimon ko'rinishga keladi – ushbu usul abdominizatsiya deyiladi (58-rasm).

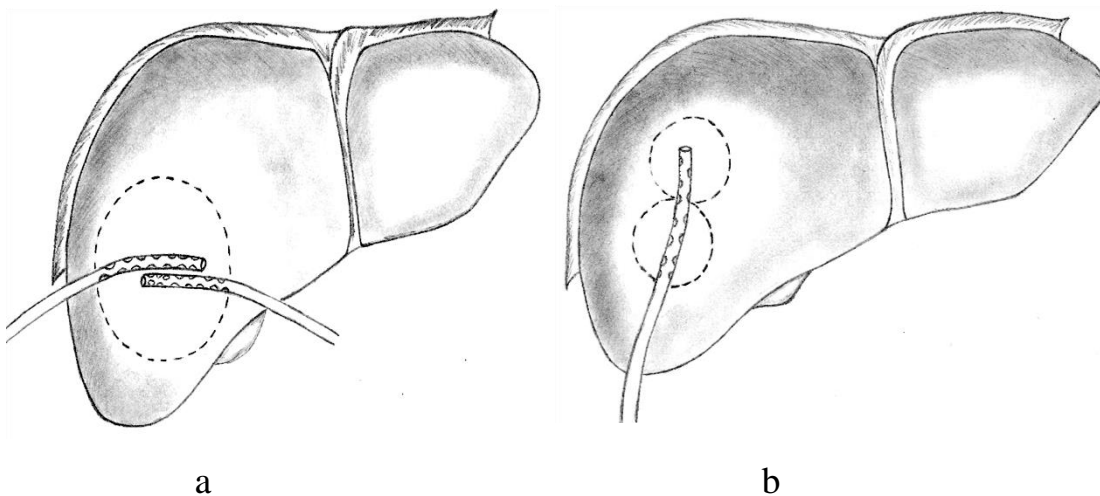


58- rasm. Abdominizatsiya.

Qoldiq bo'shliqni drenajlash odatda exinokokk kistalarning yiringlashida, parazit nobut bo'lib, kutikulyar va fibroz qobiqlarda yallig'lanishga xos o'zgarishlar kuzatilganda, katta kistalarda qo'llaniladi (59- rasm, a).

Ikkita bir-biriga yaqin joyashgan kata exinokokk kistalarida, ikkala kista qoldiq bo'shlig'ini birdaniga drenajlash mumkin (59-rasm, b).

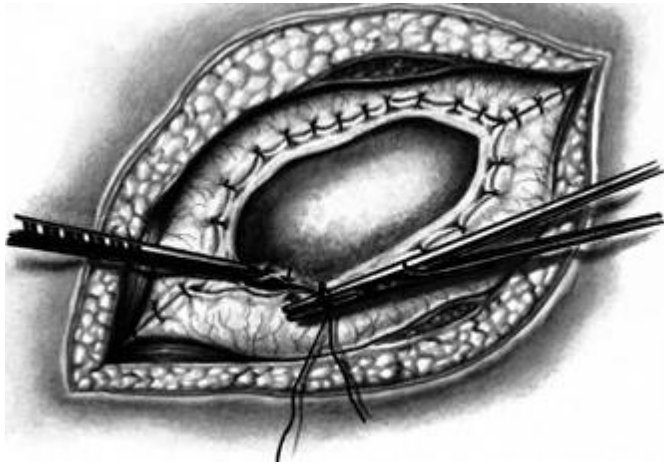
Taklif etilgan usullar qoldiq bo'shliqni tashrixdan keyingi o'ziga xos asoratlar chastotasini pasaytirishga va qoldiq bo'shliqni uzoq vaqt yopilishi ehtimolini qisqartirishga imkon beradi.



59-rasm. Qoldiq bo'shliqqa "oqar tizimi" usulida drenaj naycha o'rnatish.

Qoldiq bo'shliqni drenajlashdan maqsad operatsiyadan keyingi davrda uzoq muddat davomida qoldiq bo'shliqni "oqar tizm" usulida antiseptik (dekosan, diaksedin, furatsilin) moddalar bilan yuvib turish hamda individual sezuvchi antibiotiklarni yuborish imkonini beradi. Bo'shliqdan ajralma tushmasdan qolgandan so'ng nazorat UTT o'tkaziladi va drenaj naycha tortilib, keyinchalik olib tashlanadi.

Marsupializatsiya operatsiyasi. Bunda fibroz kapsulasining bo'sh chetlari qorin devori jarohatiga tikib qo'yiladi va granulyatsiya tubidan hosil bo'lishi uchun bo'shliq dokali salfetkalar bilan tamponada qilinadi (60-rasm).



60-rasm. Jigar exnokokkektomiyasida marsupializatsiya operatsiyasi.

Minimal invaziyali davolash usuli. Bu exinokokk kistalarini UTT, KT va laporaskopiya nazorati ostida teri orqali punksiyon drenaj usulidir.

Minimal invaziyali usullarga ko'rsatmalar:

Asoratlanmagan kista

Kista o'lchami – 6 sm.

Kistaning joylanishi 2-3-4-5 va 6 jigar segmentida bo'lsa

Minimal invaziyali usullarga qarshi ko'rsatma:

Katta va gigant o'lchamdagi kistalar

Ularni jigar parenximasi ichida joylashishi

Retsidiv exinokokkoz

## Kistalarni diafragma ostida joylashish

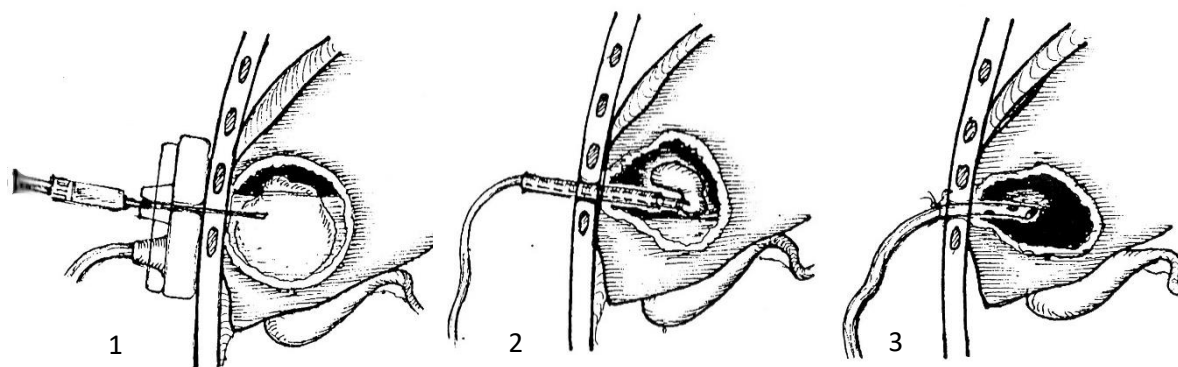
Punksiya mahalliy og'riqsizlantirish yo'li bilan rentgentelevizion apparati va UTT nazorati ostida o'tkaziladi (61-rasm).

Exinokokk kistasini UTT nazorati ostida o'tkaziladigan punksiya - drenaj davolash usuli quyidagicha amalga oshiriladi: UTT apparati yordamida drenaj naychani (piktelni) o'rnatish maqsadida instrumentni kiritish uchun optimal trayektoriyasi aniqlanadi, ushbu trayektoriya jigar parenximasining eng qalin joyidan o'tib instrumentni plevral sinus va jigarning qon-tomir shohlarini zararlamaslik imkonini berishi kerak (62-rasm).



61 – rasm Rentgentelevizion apparati va UTT.

Exinokokk kistaga yo'l uzluksiz UTT nazorati ostida igna katetorni kiritish orqali amalga oshiriladi, kista bo'shlig'iga tushganidan so'ng mandren stilet bilan olib tashlanib drenajning uchi kista bo'shlig'iga fiksatsiya qilinadi, so'ngra gidatid suyuqlikning o'rnatilgan drenaj orqali aspiratsiya qilinadi. Bo'shliqqa drenaj naycha o'rnatilgandan so'ng bir necha bor 70 foizgacha isitilgan furatsillin eritmasi bilan drenajdan toza suv chiqmaguncha yuviladi. Kista bo'shlig'iga sig'qan suyuqlik hajmiga qarab germitsid eritmalar yuboriladi: 80 foizli glitserin suvli aralshmasi, 2 foizli formalin va 5 foizli yod.



62-rasm. Jigar exinokokk kistasini punksiya drenajlash usuli: 1 – kistani punksiya qilish; 2 – bo'shliqqa drenaj naycha o'rnatish; 3 – drenaj naychani fiksatsiya qilish.

Laparoskopik usulda jigar exinokokkozini bartarf qilish. Laparoskopiya usuli bemorlarni operatsiyadan keyin tez reabilitatsiya bo'lishi, statsionar davoning qisqa muddatligi va operatsiyadan keyingi asoratlarning kam uchrashi tufayli jarrohlarni o'ziga jalb qiladi (63-rasm).

Laproskopik operatsiyalar yaxshi sifatli jigar hosilalari, birlamchi va metastatik o'smalarda bajariladi.

Laproskopiyaga ko'rsatmalar:

Kistani aniqlash.

Agar qoldiq bo'shliq 3 sm. gacha bo'lishi ehtimoli bo'lsa.

Keng abdominizatsiya yoki charvi yordamida tamponada imkoni bo'lsa.

Yiringlash belgilarining yo'qligi.



63-rasm. Laparoskopik usulda jigardan exinokokkektomiya.

Mutaxassislarning laporaskopik usulda exinokokkektomiya qilishga ko'rsatmalarini aniqlashda ko'p bahs va munozaralariga qaramasdan, ushbu usulni qo'llash muhimligi belgilandi. Shunday qilib asosiy ko'rsatkich omil exinokokkning joylashuvi, uning o'lchamlari, katta kista ichida qiz pufakchalarning borligi hisoblanadi. Endovideotexnika yordamida xirurgik aralashuv faqatgina ko'rish imkoni bo'lsagina o'tkaziladi. Ushbu davolash usuli parazitlar kista jigar parexmasi ichida joylashgan bo'lsa, o'tkazilmaydi.

Jigar exinokokkozi profilaktikasi. Exinokokkoz kasalligini ogohlantiruvchi keng ko'lamdagi profilaktik ishlar, shuningdek, shaxsiy gigiyena sanitar tadbir bilan uyg'unlashtirilsa, kasallikni sezilarli darajada pasayishiga olib keladi. O'z vaqtida aniqlangan kasallikning xirurgik davosi muvaffaqiyatli yakun topadi.

Yuqoridagi keltirilgan m'alumotlarga asosan exinokokkozda bir nechta tamoyillarni ta'kidab o'tish joiz:

Ekinokokkoz tashxisida qon tekshiruvi muhim, ammo hal qiluvchi emas!

Birinchi. Exinokokk uchun ijobiy yoki shubhali qon testi mavjud ko'rish usullari – immunologic (Ig G markeri), ultratovush, MRT, MSKT, yordamida jigar, o'pka va miyani tekshirishni talab qiladi.

Ikkinchi. Insonlarda exinokokk faqat kista shaklida mavjud. Agar yuqoridagi tadqiqotlar immunologic teshiru mafiyligi, organizmda kista yoki suyuqlik saqlovchi xosila aniqlamasa, bemorda exinokokk yo'qligi haqida ishonch bilan xulosa qilishimiz mumkin.

Uchinchi. Salbiy test natijasi exinokokk mavjudligini istisno qilmaydi. Har qanday klinik shubha mavjud bo'lganda immunologic (Ig G markeri) tekshiruv, ultratovush, MRT, MSKT usullaridan foydalangan holda jigar, o'pka va miyani tekshirishni talab qiladi.

To'rtinchi. Organizmdagi hidatid kista hayot davomida o'zgaradi va o'z-o'zidan o'lishi mumkin, shunday xollarda ultratovush, MRT, MST tekshiruvlarida o'smaga taqlid qilishi mumkin.

Beshinchisi. Exinokokk parazitlar kasallik bo'lib, uni jarrohlik yo'li bilan va maxsus parazitlarga qarshi (antiskoletsid) dorilar bilan kimyoterapiya bilan davolash mumkin.

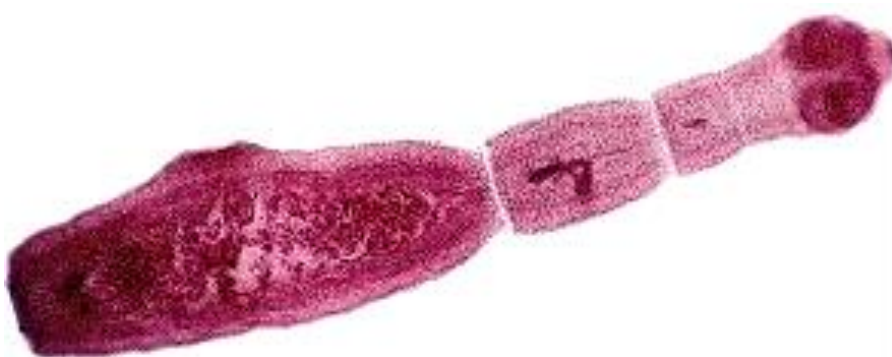
Exinokokkni tabiiy yoki boshqa vositalar, biorezonans usullari va "davolovchi vositalar" yordamida mustaqil ravishda davolash mumkin emas. Ammo exinokokk kistasini 20-30 sm gacha o'sishi, yiringlashi, exinokokkni o't yo'llariga, tomirlarga, qorin bo'shlig'iga yorilishi kabi asoratlari kelib chiqishi mumkin. Ushbu asoratlarsiz ham, exinokokk a'zolarida tashqi sezilmaydigan, qaytarilmas o'zgarishlarga olib kelishi mumkin, keyinchalik ular bilan kurashish qiyinchiliklarni keltiri chiqradi.

Shunga asoslanib, bemorlar bu murakkab muammoni o'zi hal qilishga urinmasligi kerak. Exinokokkni tashxislash va jarrohlik yo'li bilan davolashni bevosita shug'ullanadigan mutaxassis bilan bog'lanish kerak.

### **JIGAR ALVEOKOKKOZI**

Alveokokkoz tenidoz guruhiga mansub *E.multilocularis* lichinkalari orqali chaqiriladigan gelmintlar ayrim Yevropa davlatlarida ko'proq qayd qilinadi.

Alveokokk katta bo'lmagan o'lchamli 1,3-2,2 mm. tasmali gelmint bo'lib, boshcha, bo'yin va 3-4 bo'g'imdan iborat (64-rasm). Lichinkali shakli mayda pufakchali konglomerat ko'rinishda bo'lib, biriktiruvchi to'qima bilan bog'langan bo'ladi va infiltrativ o'sish hamda ekzogen ko'payishi bilan xarakterlanadi.



64-rasm. *E.multilocularis* lichinkasi ko'rinishi.



Alveokokkoz ko'pincha Rossiyaning Yakutiya, Madagen va Kamchatka viloyatlari shuningdek, Krasnoyarsk qirg'oqlari, Novosibirsk, Omsk va Tomsk viloyatlarida, Xabarovsk qirg'oqlarida uchraydi. Alveokokkozning parazit tabiati 1856 yilda Virxov tomonidan aniqlangan.

**Etiologiya va patogenez.** Alveokokk biogelment, hujayralarini almashtirib rivojlanadi. Yakuniy ho'jayinlari tulki, it, ba'zan bo'ri va mushuk bo'ladi. Oraliq ho'jayinlar yovvoyi kemiruvchilar va odamlar hisoblanadi.

Voyaga etgan parazitlar yakuniy ho'jayinni ingichka ichagida parazitlik qiladi va urug'langandan so'ng tuxum qo'yadi. Yetilgan bo'g'imlar parazit tanasidan ajralib, najas bilan tashqariga chiqib, ortidan tuxumlarni qoldiradi. Tuxumlar tashqi muhitda rivojlanishga muhtoj bo'lmaydi. Tarkibida shakllangan lichinka - onkosfera bo'ladi. Onkosferani keyinchalik rivojlanishi gelmint tuxumini yutib yuborgan oraliq ho'jayinning tanasida sodir bo'ladi. Uning ichaklarida onkosfera qobiqlaridan ozod bo'lib, 6 ta ilmog'i yordamida ingichka ichakdagi kapilyarlarni teshib kirib, qon oqimi bo'ylab jigarga tushadi va shu erda parazit tugun shakllanadi. Yakuniy ho'jayinga tarkibida skolekslari bilan shakllangan Alveokokkoz pufakchalari bo'lgan oraliq ho'jayin jigarini yorganda yuqadi.

Odam invaziyaning berilishida faol ishtirok etmaydi va biologik yakuniy joy hisoblanadi. Uning jigarida shakllangan parazit tugunlarga yakuniy ho'jayin etisha olmaydi.

*E.multilocularis* ning o'ziga xosligi shundaki, infiltrativ o'sish va metastazlanish xususiyatiga ega. Ko'pincha birlamchi zararlanish jigarining o'ng bo'lagida, ba'zi hollarda chap bo'lagida sodir bo'ladi. Jigar Alveokokkozi uzoq muddat, ayrim hollarda ko'p yillar simptomlarsiz kechadi. Bu parazitning sekin o'sishiga bog'liq. Spetsifik klinik simptomlarga ega emas va asosan zararlanishning hajmi va joylashishiga qarab aniqlanadi.

Asoratlari. Alveokokkozning ko'p uchraydigan asoratlari mexanik sariqlik va portal gipertenziya hisoblanadi. Infiltrativ o'sish xususiyatiga ega bo'lganligi sababli Alveokokk yaqin turgan organlarga o'sib ketish ehtimoli bor - diafragma,

## O'quv qo'llanma

buyraklar, o'pka, qorinparda orti bo'shlig'i va parazitlar o'sma ichidagi emirilish bo'shlig'i hosil bo'ladi. Shuningdek, istalgan organga metastaz berishi mumkin (ko'pincha o'pkalarga).

Gidatid exinokokkozdan farqli o'laroq jigar alveokokkozida to'xtovsiz o'suvchi parazitlar tugun hosil qiladi. Parazit gioliranidaza ajratish xususiyatiga ega bo'lganligi sababli atrofdagi to'qimalarni eritish xususiyatiga ham ega. Bu parazitlar tugunni jigarining qo'shni bo'limlari va yaqin turgan organlarga o'sib ketishiga olib keladi (65-rasm).

B.I.Alperovich Alveokokkni diafragma orqali yurak mushaklariga o'sib ketganini ta'riflagan. Shuningdek, alveokokk jigarining darvoza tomirlariga va pastki kovak venaga o'sib ketadi.



65-rasm. Jigar alveokokkozi makroskopik ko'rinishi.

Alveokokkni qon va limfa tomirlarni ichiga o'sib ketishi ayrim pufakchalarni uzilib ketishiga va ularni regionar limfa tugunlari, o'pka va bosh miya kapilyarlariga kirib shu erda metastatik parazitlar o'smalarni hosil qilishiga olib keladi.

Alveokokkozning klinik sinflanishi (B.I.Alperovich bo'yicha):

Simptomsiz kechish bosqichi;

Asoratsiz kechish bosqichi;

Asoratlangan kechish bosqichi: bittalik, a) mexanik sariqlik, ikkitalik, b) portal gipertenziya, v) jigar darvozasiga va qo'shni organlarga o'sib ketishi, g)

emirilish, d) emirilgan bo'shliqning yorilishi, e) o't-bronxial oqmalar, yo) metastazlar, j) atipik formalar ya'ni shakllar "niqob".

*Klinika va diagnostikasi.* Jigar Alveokokkozining diagnostikasi bemorni yashash joyiga qarab o'ta qiyin va juda oson bo'lishi mumkin.

Kasallikning dastlabki oylarida, hatto yillar davomida simptomsiz kechishi mumkin. Kechroq o'ng qovurg'a ostida ezilish hissi to'mtoq sust og'riqlar bezovta qila boshlaydi va bu paytga kelib zich, notekis, yuzali jigarni paypaslash mumkin.

De-Kuyervinning aytishicha, jigar Alveokokkozining tashhisini murdalarda aniqlash mumkin, kasallik esa faqatgina patologoanatomik qiziqish ko'rinishida bo'ladi holos.

Oxirgi yillarda shifokorlarning qarashlari o'zgardi, to'plangan bilimlar Alveokokkozning diagnostikasi bemor hayotligida nafaqat aniqlash, balki hamma holatda shifokor to'g'ri tashhis qo'yishi mumkin.

Endemik joylarda shifokorlar ushbu kasallik bilan yaxshi tanish bo'lib, hattoki oddiy klinik tekshirishlar yordamida Alveokokkoz tashhisini ishonch bilan qo'yish mumkin.

Bemorni yashash va ish joylari epidemiologik omillar sifatida rol o'ynaydi. Ko'p hollarda qishloq xo'jalik ishlab chiqarish bilan bog'liq holda ishlaydigan odamlar (ovchi, terini qayta ishlovchi), shuningdek, hayvon boquvchi ferma ishchilari kasallanadilar. Simptomsiz kechish davrida bemorlar hech qanday shikoyat bildirmaydilar va ular dispanserizatsiya paytida aniqlanishi mumkin. Asosiy va yagona simptom bo'lib jigarda tog'aysifat qattqlikdagi tugunning borligi bo'lib, u palpatsiya paytida aniqlanadi.

Asoratlangan alveokokkozda bemorlar o'ng qovurg'a ostidagi og'riq va og'irlik hissiga shikoyat qilishadi. Og'riqlar ovqatlanish bilan bog'liq bo'lmaydi. Ob'ektiv simptomning asosiysi bo'lib Lyubimova belgisi hisoblanadi, jigarda toshdek qattiq tugun borligi aniqlanadi. Tugun yuzasida silliq yoki mayda bo'rtmalar bo'lishi mumkin. Paypaslanganda sust og'riq kuzatiladi, ayrim bemorlarda toshma yoki torvoq toshish ko'rinishidagi allergik holatlar kuzatiladi.

Alveokokkozni asoratlangan bosqichining diagnostikasi qiyinchilik tug'dirmaydi. Bemorda bir necha yillar davomida rivojlanib borayotgan gepatomegaliyada o'ng qovurg'a ostida og'riq va og'irlik hissi kuzatiladi. Jigar sezilarli darajada kattalashadi. Ko'p hollarda bemorlar o'zlarining qattiq jigarlarini ushlaydi. Dispepsik holatlar ham bo'ladi. Bemorning umumiy holati uzoq muddat davomida qoniqarli bo'lib qoladi. Mexanik sariqlik va portal gipertenziya kasalligining terminal bosqichi belgilari hisoblanadi. Bunda kattalashgan jigardagi tosh kabi qattiqlik saqlanadi, katta bo'shliqlarning emirilishida jigarda yumshagan o'choqlar paydo bo'ladi. Tana harorati me'yorda qoladi, faqat katta o'lchamdagi yiringli kovernalar bo'lsa, gektik bo'lib qoladi. O't pufagi sohasiga o'sib ketganda og'riq o'ng elka va o'ng kurakka irradiatsiyalanadi. Qorin bo'shlig'iga emirilgan bo'shliqning yorilishi o'tkir rivojlangan perforativ peritonit klinik ko'rinishini beradi. Plevra bo'shlig'iga yorilishida, diagnostika qilish bir muncha qiyin, chunki ular sust kechadi. O't-bronxial oqma yaralar alveokokkozda etarlicha oson aniqlanadi. O't-yiringli balg'amning ajrashi, ovqat iste'mol qilgandan keyin va yotgan holatda balg'am miqdori ortishi gepatomegaliya kasalligiga to'g'ri diagnoz qo'yish imkonini beradi.

Qo'shimcha tekshiruv usullari nafaqat diagnostikada balki ushbu jarayonni operatsiya qilish mumkin yoki aksinchaligini aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Maxsus tekshirish usullari. Maxsus tekshirish usullari ichida eng eskisi va qoniqarli samaradorlik rentgenologik usulda aniqlanadi.

Birinchi marta alveokokkozning rentgenologik diagnostikasida Preuschoff (1933) urinib ko'rib, alveokokkoz va exinokokkoz bilan zararlangan bemorlarning jigarida ko'plab oxaklanish jarayoni kuzatilgan maydonlarni qayd qilgan. U suratga qarab parazitlar tugunning o'lchamlarini aniqlash mumkinligini ta'kidlagan.

Rentgenogrammada mayda oxaklanish o'choqlarini oxakli sachratmalarni ko'rish mumkin. Sun'iy pnevmoperitoneum bilan tekshirilganda jigar deformatsiyasini ko'rish mumkin, lekin uning xarakterini aniqlash qiyin. To'lqinsimon yirik bukrisimon jigar konturlari alveokokkozdan dalolat beradi,

ayniqsa, organning zararlanmagan maydonlarida gipertrofiya, hamda zararlangan maydonlarda oxaklanishning soylari kuzatilsa.

Jigar qon tomirlari kontrast tekshiruvi diagnostikasi muhim ahamiyatga ega. A.S.Yalinskiy klinikasida turli patologik jarayonlarda jigar qon-tomir arxitektonikasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, jigar alveokokkozida avvalo darvoza vena sistemasi, so'ngra arterial sistema zararlanadi. Alveokokkozning diagnostikasida splenoportografiya ko'p qimmatli axborotlar berib, parazitar tugunlarning o'lchamlari, uning topografiyasi jigarning darvoza elementlari bilan o'zaro aloqalarini aniqlash imkonini beradi. Lekin ushbu uslub bir qator kamchiliklarga ega, ularning asosiy - kattalashmagan taloq punksiyasining xavfliligi bo'lib ortidan jiddiy asoratlar chaqishi mumkin.

Zamonaviy angiografiya usuli yordamida aorta va uning shohlarini tekshirish, jigar arteriyasi yoki qorin aortasini selektiv angiografiyasini nisbatan oson amalga oshiriladi. Alveokokkozda aorta shohlari orqali arterial angiografiya V.F.Faberkevich tomonidan ishlab chiqilgan. Alveokokkozda ushbu usul jigardagi parazitar tugunning topografiyasi aniqlanadi. Bunda qon-tomir arxitektonikasida alveokokkozga xos o'zgarishlar o'z o'rniga ega.

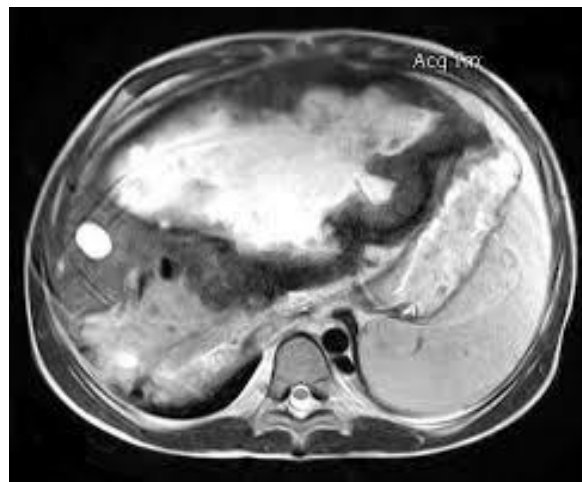
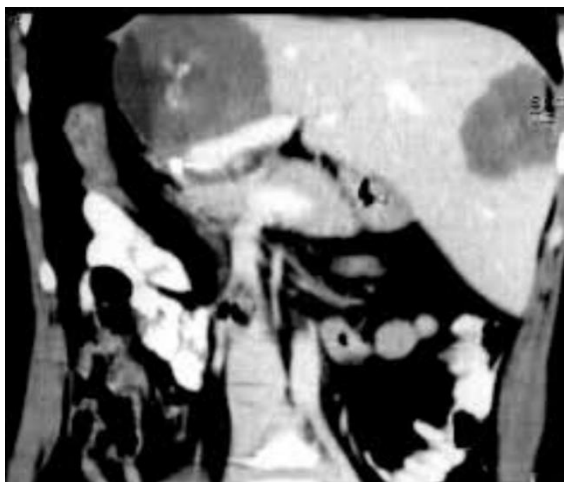
Jigar alveokokkozining diagnostikasida shuningdek, laporoskopiya qo'llaniladi. Shuni nazarda tutish kerakki, ushbu usul alveokokk tugunlari jigarning ko'rish imkoni bo'lgan qismlarida joylashgan bo'lsa parazitar tugun organning yuzasiga chiqqan hollarda diagnostika qilish mumkin. Jigarning yuzasidagi alveokokk tuguni o'zining xarakterli oqish - sarg'imtir "o'sma" ko'rinishida aniqlanadi.

KT alveokokkozni aniqlashda ko'p axborotlar beradi. Ushbu usullar yordamida jigarda parazitar tugunning borligini va uning topografiyasini yanada aniqlash mumkin. Oxirgi yillar davomida UTT tekshiruvi alveokokkozning diagnostikasidagi instrumental tekshiruvlarga bo'lgan taassurotlarimizni butunlay o'zgartirdi (66-rasm).

Ushbu usul shuningdek, parazitar tugunlardagi emirilish bo'shlig'ini aniqlashda, ya'ni patologik jarayon to'g'risida tengsiz axborotni berib jarohatga

## O'quv qo'llanma

oldinda jigar operativ aralashuvi rejasini operatsiyadan oldingi davrda to'g'ri va ishonchli aniqlash imkonini beradi.



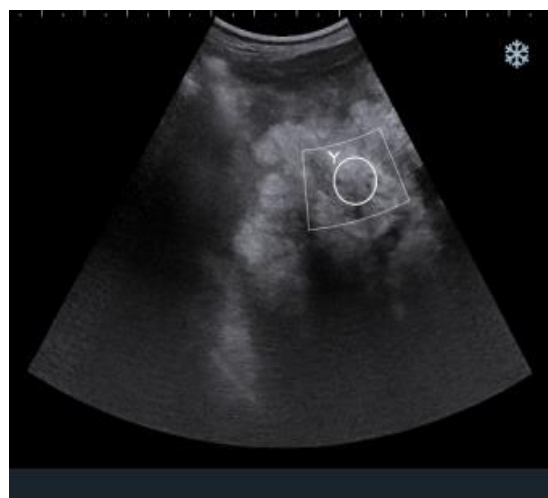
66-rasm. Jigar alveokokkozida KT tekshiruvi.

Alveokokkozning ultratovush surati quyidagi belgilar bilan xarakterlanadi (67-rasm):

Noto'g'ri shaklning paydo bo'lishi qattqlik, ya'ni zichlik bo'yicha jigar to'qimasining zichligidan toshdek qattqlikkacha;

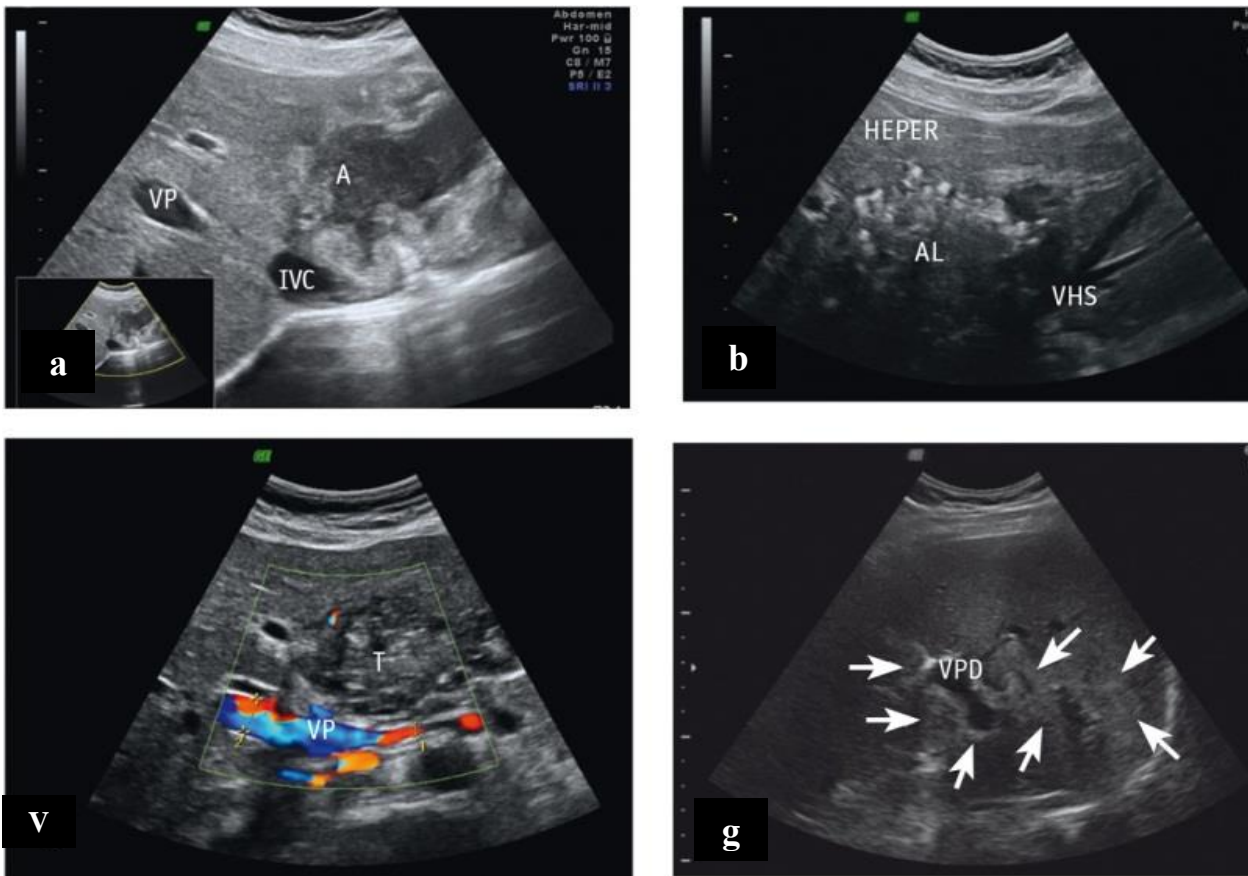
Jigar va o'choq o'rtasidagi aniq chegaraning bo'lmasligi.

Agar parazitlar to'qima nekrozga uchrasa, hosilaning markaziy qismida noto'g'ri shakldagi ayrim paytlarda zichligi asosiy o'choq bilan teng bo'lgan kiritmalari bilan exonegativ maydon paydo bo'ladi.



67-rasm. Jigar alveokokkozida ultratovush tekshiruvi.

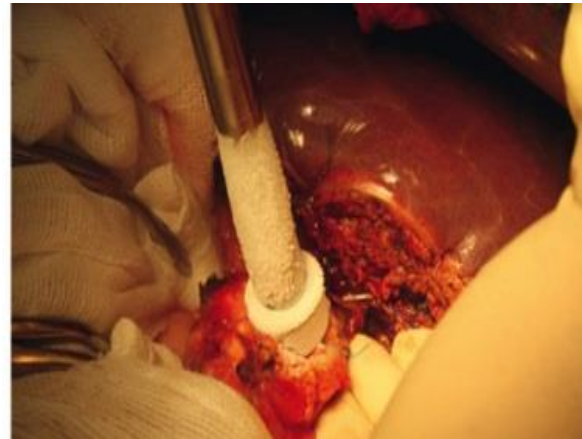
Jigar katta tomirlarining zaralangaligini o'rganilganda venalar odatdagidan kura ko'proq ta'sirlanadi: pastki kovak vena va uning shoxlari (67 a, b-rasm); portal venasi va uning shoxlari - 10 da (68 v,g-rasm).



68 - rasm. Jigar alveokokkozidagi patologik jarayonda jigarning katta tomirlarini jalb qilishning ultratovush tasviri: **a** - pastki kovak venasining ishtiroki (A - alveokokk, IVC - pastki kovak vena, VP - portal vena); **b** - pastki kovak venaning ishtiroki, o'ng va o'rta jigar venalari va chap jigar venasining ozagi (AL - alveokokk, HEPAR - jigar, VHS - chap jigar venasi); **v** - portal vena magistrali devorining zararlanishi (T - alveokokk, VP - portal vena), rangli Doppler rejimi; **g** - darvoza venasining o'ng shoxchasining zararlanishi (VPD, strelkalar bilan ko'rsatilgan).

Jigar alveokokkozini operatsion diagnostikasi har doim ham oson bo'lavermaydi (69-rasm). Kasallikni kam uchrashi jigarda toshdek zich tugun yoki tugunlarning borligi qorin bo'shlig'ida zichlashgan regional limfa tugunlarni ko'rish ehtimoli borligi, metastazlar bilan zararlanishlar ko'p hollarda jigar o'smasini belgilarini berishi mumkin. Alveokokkozning yemirilayotgan tugunini jigar absessi yoki yemirilayotgan o'sma bilan oson adashtirish mumkin. Ko'p

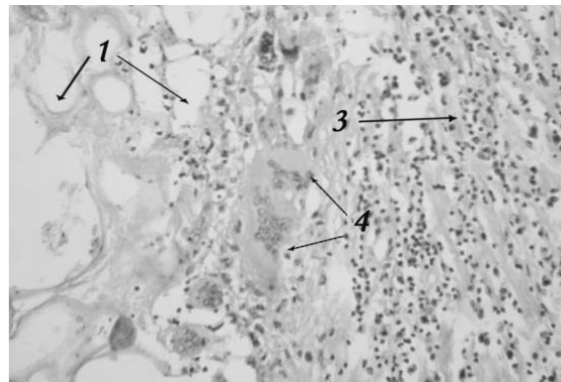
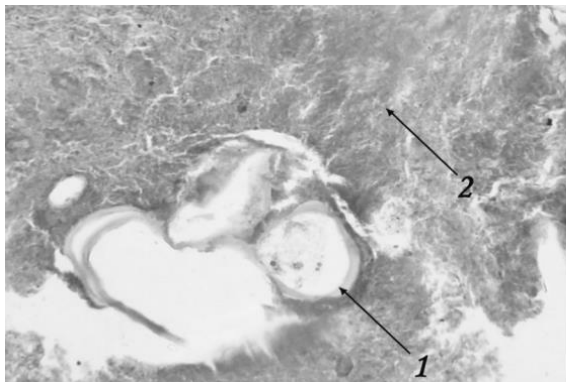
tadqiqotchilar alveokokkozning aniq diagnozini preparatni gistologik tekshiruvdan keyingina aniqlash mumkin deb hisoblashadi (70-rasm).



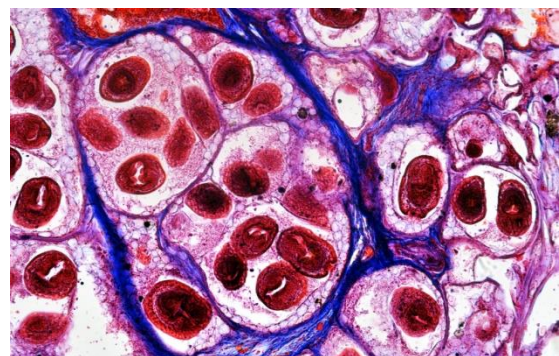
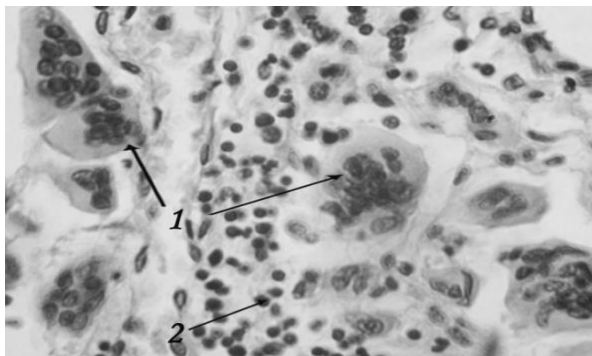
a

b

69- rasm. Jarrohlik aralashuvining bosqichlari. a - qorin bo'shlig'i a'zolarini qayta ko'rib chiqish, gepatoduodenal bog'lamning parazitlar zararlanishi; b - alveokokk tugunining kriodestruksiyasi



70 – rasm. 1 – alveokokk kistalari xitin qobig'i bilan; 2 - nekroz joylari; 3 – alveokokk kistalari atrofidagi limfogistiotsitar to'plam; 4 - begona jismlarning gigant hujayralari. Gematoksilin-eozin bilan bo'yash; uv.  $\times 150$



71 – rasm. Jigarning o'ng bo'lagining mikroskopik namunasi: 1 – begona jismlarning gigant hujayralari; 2 - limfotsitlar. Gematoksilin-eozin bilan bo'yash; uv.  $\times 600$



*Alveokokkozni davolash.* Alveokokkoz bilan kasallangan odam o'lim xavfiga uchraydi. Jigarda parazit tugunini o'sishining o'ziga xosligi, atrofdagi to'qimalarni infiltratlanish xususiyati, jigarning boshqa qismlari yoki qo'shni organlarga hosilaning o'sib ketishi, o'pkalarga va bosh miyaga metastazlar berishi, shuningdek, hayot uchun xavfli asoratlarni berishi, yomon sifatli o'sma insonga olib keladigan asoratlarni ushbu kasallik bilan taqqoslash imkonini beradi.

Alveokokkozda hamma operatsiyalar 2 ta katta guruhga bo'linadi - radikal va palliativ operatsiyalar.

Radikal operatsiyaga bitta - jigar rezeksiyasi kiradi (72-rasm).



72-rasm. Jigar rezeksiyasi turlari.

Radikal operatsiyalarda dostup jigarning chap bo'lagi yoki chap bo'laging kesimini egallovchi parazitlar tugunlarning o'lchami va joylashuviga bog'liq. O'rta laparotomiya maqsadga yaqinroq. Ko'p hollarda, ayniqsa, yosh sub'ektlarda to'sh o'rtasigacha kesiladi. Dostup etarlicha bo'lmagan bo'lsa, qovurg'a oralig'i bo'ylab ko'ndalang kesim bo'lib qoladi, lekin operatsiyadan keyingi davrning kechishi bir muncha qiyin bo'ladi (73-rasm).

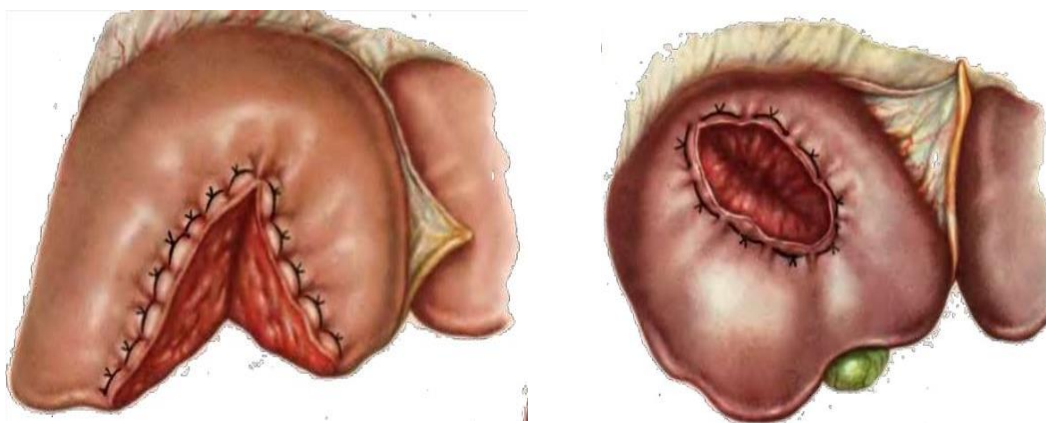


73-rasm. Alvekokkozda tashrix uchun kesma usullari.

Parazitar o'sma odatda bitta anatomik qismni egallab, qo'shni segment va bo'laklarga o'sib ketishi hisobiga tipik rezeksiyalarni deyarli kam bajarishadi, ko'pincha ular ekskoxleatsiya bilan uyg'unlashadi.

Alveokokkozda tipik rezeksiya texnikasi boshqa kasallikdagi rezeksiyalardan kam farq qiladi.

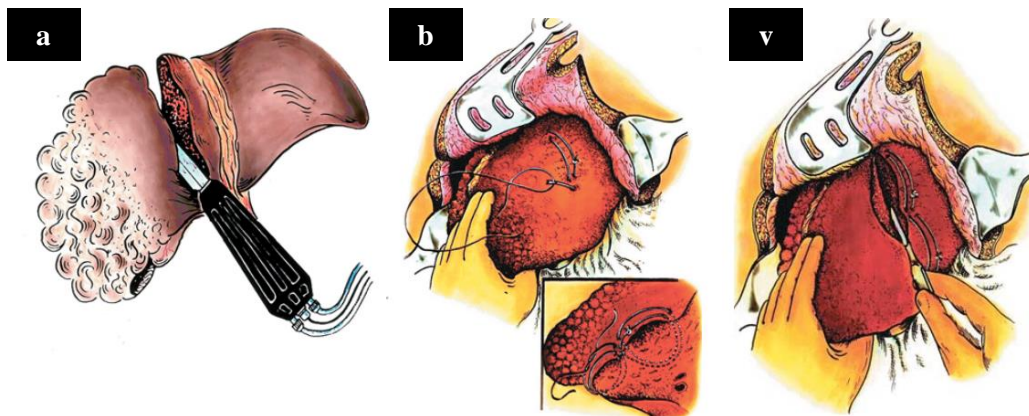
Ekskoxleatsiya ko'pincha jigarining anatomik qismini olib tashlashga asos bo'lmaganda qo'llaniladi. Agar u jigar darvozasi va segment hamda bo'laklarning magistral qon-tomiridan uzoqroqda joylashgan bo'lsa tugunning ajralishi qiyinchilik tug'dirmaydi (74-rasm).



74-rasm. Jigarni atipik rezeksiyasi.

Ekskokleatsiya to'g'ri o'tkazilganda xuddi jigar rezeksiyasi kabi radikal hisoblanadi, lekin bajarish jarayonida ayrim qoidalarga amal qilishni talab qiladi. Qon-tomirlar parazitlar tugunning chegarasidan 2-3 sm. qoldirib kesilishi va albatta bog'lab qo'yilishi kerak. Chunki parazitlar tugun boshqa joydagilarga nisbatan tomirlar adenititsiyasida bir muncha tez o'sadi.

Jigarni radikal anatomic rezeksiyasi krioultratovushli scalpel yordamida amalga oshiriladi (76-rasm).



76 - rasm. Jigarni kriorezeksiya qilish sxemasi: a – jigarni kriorezeksiya qilish; b – rezeksiya chizig'i bo'ylab blokli chok; v - jigar to'qimasini kesish.

*Palliativ operatsiyalar.*

Jigarning polliativ rezeksiyasi.

Marsupializatsiya operatsiyalari - parazitlar bo'shliqlarining drenajlash.

Parazitni bo'laklash operatsiyalari - keyinchalik marsupializatsiyasi bilan.

O't suyuqligini o'tkazuvchi operatsiyalar.

Yiringli va o'tli oqmalarning ichakka ko'chirish.

Yemirilgan bo'shliqlarni tana bo'shliqlariga yorilishida o'tkaziladigan operatsiyalar.

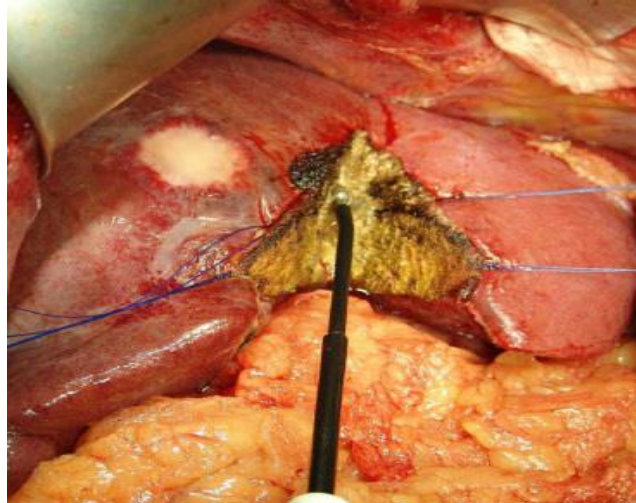
O't - bronxial oqmalarida o'tkaziladigan operatsiyalar.

Palliativ operatsiyalarni amalga oshirishdagi prinsiplar quyidagicha: texnik jihatdan sodda va bemor uchun kam xatarli bo'lishi kerak. Parazitlar to'qimani maksimal olib tashlashga intilish kerak. Poliativ operatsiyaning muvaffaqiyati

## O'quv qo'llanma

parazitar to'qimada qolgan parazitar tugunning qismlari uchun noqulay sharoit tug'dirishi tabiiy. Busiz o'tkazilgan operatsiya o'z ma'nosini yo'qotadi.

Klinik amaliyotga krioxirurgik operatsiyalarni kirib kelishi, ushbu bemorlarni davolashning yangi qirralarini ochib berdi (77-rasm).



77 - rasm. Jigarni plazmali skalpel yordamida rezeksiya qilish.

Krioxirurgik texnikaning qo'llanilishi bemorlarni davolanish ko'rsatkichlarini ko'tardi. Ayniqsa, u bilan jigarning palliativ yoki radikal rezeksiyasi amalga oshirilganda davolanish samarasi yanada yuqori bo'ladi. Ushbu operatsiyalarning uzoq vaqtdan keyingi natijalari ijobiy. Palliativ operatsiyalar bemorlarning umrini uzaytiradi, ayrim hollarda uzoq yillarga.

Alveokokkozning noxirurgik, ya'ni konservativ davolash davosi ko'p hollarda effekt bermagan. Jigar alveokokkozi bilan og'rigan bemorl konservativ davosi o'ziga xos antiparazitik davolashni o'z ichiga olishi kerak.

Diametri 3,0 sm dan kam bo'lgan parazitar o'sma (alveokokkoz) aniqlansa, konservativ antigelmintik davolash zarur va tanlagan dori albendazol, 60 kg dan kam tana vazniga 30 mg/kg/kun va 800 mg 1 yoki 2 marta/ tana vazni 60 kg dan ortiq bo'lgan 28 kun davomida, kurslar orasidagi ikki haftalik tanaffuslar bilan 3 kursgacha.

Ammo quyidagi konservativ davolashdan so'ng sezilarli natijalar olish mumkin. Ushbu sxematik konservativ davolashdan so'ng bemorda alveokokkoz xastaligining keyingi rivojlanishi to'htashi mumkin (3-jadval).

## Alveokokkozda konservativ davo sxemasi

№	Dori nomi	vosita	Dozasi	Muolaja sxemasi	Qo'llash turi	Davomiyligi
<b>Antiparazitar vosita</b>						
1	Albendazol (Albezol, Zentel)		400 mg. 10 ml. Susp.	1 tabl. 2 mahal 10 ml. 2 mahal	per oral	28 kun
2	Furazolidon		0,05 mg.	1 tabl. 3 mahal	per oral	10 kun
3	Metronidazol		250 mg. 2 mahal	100 ml. 2 mahal 1 tabl. 2 mahal	vena ichiga per oral	10 kun
<b>Antibakterial vositalar</b>						
1	Seftriakson		1.0 gr.	1.0 x 2 mahal	muskul orasiga vena ichiga	10 kun
2	Klaforan		1,0	1.0 x 2 mahal	muskul orasiga vena ichiga	10 kun
<b>Gepatoprotektorlar</b>						
1	Geptral		400 mg. Lifolizat 5 ml.	har 12 soatda	per oral vena ichiga 250 ml. 5 foizli glyukoza eritmasida	28 kun
2	Gepa-Mers		Granula 3 g. Ampula 10 ml.	har 12 soatda	per oral 250 ml. 5 foizli glyukoza eritmasida	28 kun
<b>Immunostimulyatorlar</b>						
1	Timolin		1 ml.	xar 12 soatda	muskul orasiga	10 kun
<b>Ko'rsatma bo'yicha qon komponentlari</b>						
1	Albumin		100-200 ml.	kun ora	vena ichiga	bemor holatidan kelib chiqib
2	Yangi muzlatilgan plazma		250 ml.	kun ora	vena ichiga	bemor holatidan kelib chiqib

Dinamik kuzatish paytida, agar jigarning o'choqli shikastlanishi kuchaygan bo'lsa va nazorat tekshiruvi hech qanday ijobiy dinamikani yoki davolanish samarasini ko'rsatmasa, u holda jarrohlik davolash foydasiga keyingi taktikani aniqlash kerak.

**TESTLAR**

1. Jigar exinokokkozi profilaktik ximioterapiyasi o'tkaziladi?

A. Sefazolin, ampitsillin bilan

B. Albendazol, metronidazol, mebendazol, furazolidon bilan\*

V. Ampitsillin, metronidazol bilan

G. Keng spektrli antibiotiklar, og'riq qoldiruvchilar

2. Jigar abscesslarida ko'rsatilgan davolash yo'llari?

A. Xirurgik abscessni ochish, bo'shatish va drenirlash bilan, abscessni perkutan drenajlash\*

B. kechiktirilgan operatsiya

V. Fizioterapiya

G. konservativ

3. Jigar abscessida asosiy diagnostik usullar qasilar?

A. Rentgenoskopiya, UTT laparaskopiya, KT\*

B. Xolangografiya, EKG, UTT, FEGDS

V. Rentgenkontrast tekshiruv. UTT

G. Gastroskopiya, Endoskopiya, UTT

4. Jigarning ko'plab mayda abscesslarinig sabalarini ko'rsating?

A. o'tkir destruktiv xoletsistit

B. askaridalarnig jigar yo'llariga o'tishi

V. og'ir yiringli xolangit\*

G. jigardagi yot jismnig yiringlashi

5. Jigar exinokokkozi asoratlarin ko'rsating?

A. oshqozon o'tkir yarasinig xosil bo'lishi

B. exinokokk kistasinig yiringlashi\*

V. oshqozon osti bezi kistasi

G. o'pka arteriyasi trombemboliyasi

**Ziddiyatli masalalar**

1- Bemor 38 yosh, kasbi–cho‘pon. Tana xarorati o‘zgarmagan xolatda, o‘ng qovurg‘a ostidagi og‘riqlarga shikoyat qilyapti. Avval allergic reaksiya torvoq ko‘rinishida kuzatilib, terisi qichishgan. Qorni paypaslanganda yumshoq, jigar qirg‘og‘I yoyi ostidan 4 sm chiqib turibdi, lekin qirg‘oqlari yumaloqlashgan va og‘riqsiz. Obzor rentgenoskopiyada diafragmaning o‘ng gumbazida yarimshar shaklida do‘mpayish aniqlanyapti.

Sizning diagnozingiz. Teshirishr ejasi. Davolash.

2. Bemor 36 yosh, qornidagi qattiq og‘riqlar, bosh aylanishiga shikoyat qilib klinikaga keldi. Og‘riqlar kutilmaganda fizik zo‘riqishda yuzaga keladi. Umumiy xolati o‘rta og‘ir. AQB 90/60 mm.sim.ust. puls 95 zar/min. qorni tarang, barcha sohalarda og‘riqli. Qorin pardoning qitiqlanishi simptomlari musbat. Qon analizida eozinofillar belgilanadi. Qorin bo‘shlig‘i UTSi jigarda suyuqlik darajasi bor kovakli xosila aniqlanyapti.

Diagnoz. Davolashtaktikasi.

3. Jarroxlik bo‘limiga 36 yoshli exinokokk xastaligi bilan kasallangan bemor kelib tushgan. Bemorda o‘tkazilgan radikal va palliativ tashrixlarni sanabbering.

Bemorda qaysi tashrix xajmini o‘tkazishkerak.

Bemorga antiparazitar terapiyani o‘tkazing.

4. Bemor 42 yoshda shifoxonaga shoshilinch ravishda qon aralash qayt qilishga shikoyat qilibkeldi. Bemorda qon qayt qilish birdaniga yuzaga kelgan. 12 yilav va Botki xastaligi bilan og‘rib o‘tgan. Ob‘ektiv qorin devorida venoz qontomirlari to‘rsimon ko‘rinib turibti. Palpator taloq kattalashgan puls 105 ta min, ritmik AD100/60 mm.sm.ust.t. Um.qon taxlilida: eritrotsitlar  $2,7 \cdot 10^{12}/l$ , gemoglobin 78 g/l, gematokrit 0,31.

Bemorga dastlabki tashxis qo‘ying.

Qon yo‘qotish xajmiini aniqlang.

Bemorda davolash taktikasini tanlang.

5. 18 yoshli bemor shoshilinch ravishda shifohonaga olb kelindi. Bemor shikoyati qorindagi, o'ng qovurga soxasida ogriqlarga, nafas olish qiyinligiga, yurak o'ynashiga va bosh aylanishiga.

Anamnezdan 2 soat avval sport maydonida futbol o'ynayotib yiqilib tushgan.

Ob'ektiv ko'rilganda, teri ranglari oargan, nafas olishi tez-tez, qorin nafas aktida orqada qolmoqda. Palpator qorin o'ng qovurg' oyi osti sohalari va boshqa sohalar og'riqli. Puls 110 ta 1 min, to'lishi sust, AD 80/40 mm.sm.ust.t. Um.qon taxlilida: eritrotsitlar  $2,7 \cdot 10^{12}/l$ , gemoglobin 78 g/l, gematokrit 18%.

UTT da – qorin boshlig'ida gomogen suyuqlik aniqlandi.

Bemorga dastlabki tashxis qo'ying.

Qon yo'qotish xajmiini aniqlang.

Bemorda davolash taktikasini tanlang.



**FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:**

1. Anvarov X. E. Osobennosti diagnostiki i xirurgicheskogo lecheniya exinokokkoza pecheni i ego oslojneniy: nauchnoe izdanie // Vestnik ekstremnoy meditsiny. - Tashkent, 2017. - Tom 10 №1. - С. 97-103.
2. Abdokov A.D. Klinicheskaya otsenka principov aparazitarnosti i antiparazitarnosti v xirurgii exinokokkoza pecheni: Avt. diss. ... kand. med. nauk. - Stavropol, 2012. - 21 s.
3. Abdiev T. A., Zubitskaya M.A., Kovalenko A.F. i dr. Otsenka ekonomicheskogo usherba ot kishhechnyx gelmintofov v Uzbekskoy SSR // Med. parazitol. i parazit, b-ni. - 1990. - N 2. - S. 37-39.
4. Alperovich Xirurgiya pecheni i jelchnyx putey Tomsk, 1997.
5. Alysheva N.O. Epidemiologicheskii nadzor za parazitarnymi invaziyami na primere exinokokkoza: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. - Almata, 2010. - 21 s.
6. Vafin A. Z., Aydemirov A.N., Popov A.V., SHushanov P.A., Malanka M.I., Abdokov A.D., Dyadkov A.V., Xushvaktov U.SH. Klinicheskaya otsenka primeneniya principov aparazitarnosti i antiparazitarnosti xirurgii exinokokkoza // Annaly xirurgicheskoy gepatologii. - 2008. - Tom 13, №3. - S. 217.
7. Vafin A.Z., Popov A.V., Mnatsakanyan E.G., SHushanov P.A., Xushvaktov U.SH., Malanka M.I., Dyadkov A.V., Abdokov A.D. Novyy effektivnyy sposob profilaktiki posleoperatsionnyx oslojneniy v xirurgii exinokokkoza pecheni // Annaly xirurgicheskoy gepatologii. - 2008. - Tom. 13, №3. - S. 42.
8. Vishnevskiy V.A., Ikramov R.Z., Kaxarov M.A. Radikalnoe xirurgicheskoe lechenie exinokokkoza pecheni //Annaly xirurgicheskoy gepatologii.- 2002, - T.7.N1.-C.315-316.
9. Vishnevskiy V.A., Kubyshkin V.A., CHjou A.V., Ikramov R.Z. Operatsii na pecheni (Rukovodstvo dlya xirurgov) Moskva, 2003. 156 str.

10. Devyatov A. V., Maxmudov U. M., Babadjanov A.X. Exinokokkoz pecheni i drugix organov bryushnoy polosti // Xirurgiya Uzbekistana. - 2009. - №1. - S. 54-56.
11. Dubrovin I. A., Dubrovina I. A., CHirkov R. N., Volodko S. N. Morfologiya razryvov pecheni // 2022. 214.s
12. Ilxamov F. A. Sovershenstvovanie traditsionnyx i razrabotka novyx metodov xirurgicheskogo lecheniya exinokokkoza pecheni: Avtoref. diss. ... d-ra med. nauk. - Tashkent, 2005. - 43 s.
13. Itala E. Atlas abdominalnoy xirurgii. V 3-x tomax. Per. s angl. Pod redaksiyey YU.B. Martova. - M.: Meditsinskaya literatura, 2006 g.
14. Karimov SH.I. Xirurgicheskie bolezni. T. 2005g.
15. Karimov SH. I., Nishanov X. T., Eshanov A. T., Durmanov B. D. Epidemiologicheskie aspekty exinokokkoza // Med. jurnal Uzbekistana. - 1997. - №3. - S. 59-62.
16. Karimov Sh.I. Xirurgik kasalliklar. T. 2011 y.
17. Karimov SH.I. Xirurgik kasalliklar. T. 2005 y.
18. G.G. Karmazanovskiy, A.P. Dunaev, N.V. Nudnov, J.V. SHeyx, M.V. Popov. Ochagovye obrazovaniya pecheni: differensialnaya diagnostika pri MSKT i MRT // Uchebnoe posobie. – Moskva, 2018. – 116.s.
19. Kovanova V.V. Operativnaya xirurgiya i topograficheskaya anatomiya /. - 4-e izd., dopolnen. - M.: Meditsina, 2001 g.
20. Kondratenko P.G. Rukovodstvo po klinicheskoy xirurgii// Donetsk, 2005. -572s.
21. Krivoruchko I.A. Kurs leksiy po fakultetskoy xirurgii. X.: Prapor, 2006 g.
22. Lapina T. V. Diagnostika i lechenie retsidivnogo exinokokkoza legkix i pecheni mnojestvennoy i sochetannoy lokalizatsii: Diss. ... kand. med. nauk. - Dushanbe, 2004. - 229 s.
23. Lloyd M., Nayxus L. i dr. Bol v jivote. M. 2000 g.

24. Maxmudov U. M. Takticheskie aspekty profilaktiki i xirurgicheskogo lecheniya retsidivnyx form exinokokkoza pecheni i bryushnoy polosti: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. - Tashkent, 2005. - 23 s.

25. Maystrenko N. A., Movchan K. N., Volkov V. G. Neotlojnaya abdominalnaya xirurgiya// Praktikum. - SPb: Piter, 2002. -304 s.

26. Maystrenko N.A., Movchan K.N., Volkov V.G. Neotlojnaya abdominalnaya xirurgiya: praktikum. SPb: Piter, 2002 g.

27. Navruzov S.N. Xirurgicheskie bolezni. T. 2004g.

28. Navruzov S. N., Yuldashev G. I., Niyazmetov A. N., YAkubova F. U. Retsidivnyy exinokokkoz // Materialy Mejdunarodnogo simpoziuma «Xirurgiya exinokokkoza». - Xiva (Urgench), 1994. - S. 68-69.

29. НАЗЫРОВ F.G. Exinokokkoz Tashkent, 1999. 207 str.

30. Nazirov F.N., Aripova N.U., Nazarov E.E., Djamalov S.I., Pulatov M.M. Puti uluchsheniya xirurgicheskogo lecheniya exinokokkoza pecheni // Xirurgiya Uzbekistana. - 2001. - №3. - S.49-50.

31. НАЗЫРОВ F. G. Ilxamov F. A. Klassifikatsiya exinokokkoza pecheni i metodov ego xirurgicheskogo lecheniya // Annaly xirurgicheskoy gepatologii. - 2005. - Tom 10, №-1. - S. 8.

32. НАЗЫРОВ F. G., Devyatov A.V., Maxmudov U.M. Kriticheskie situatsii pri povtornyx operatsiyax u bolnyx s retsidivami exinokokkoza organov bryushnoy polosti // Materialy XVIII mejdunarodnogo kongressa xirurgov - gepatologov stran SNG «Aktualnye problemy xirurgicheskoy gepatologii» (Almanax Instituta xirurgii im. A.V. Vishnevskogo). - 2011. - Tom 6, №2. - S. 108.

33. M.A. Nartaylakov, I.A.Safin, M.A. Galeev, E.R. Muldashev, A.X. Mustafin i dr. Xirurgiya pecheni i jelchnyx putey // Rostov n/D: Izd-vo «Feniks», 2007. – 400 s.

34. Nishonov F. N., Otakuziev A. Z., Abdullajonov B. R. Diagnostika i izbor metodov operatsiy retsidivnogo i disseminirovannogo exinokokkoza pecheni // Teoreticheskoy i klinicheskoy meditsiny. - Tashkent, 2011. - №3. - S. 72-76.

35. Nishanov F.N., Nishanov M.F., Nosirov M.M., Bozorov N.E. Sbornik testov po xirurgicheskim zabolevaniyam. / Uchebnoe posobie. Andijan, 2019 g.

36. Nishanov F.N., Otakuziev A.Z., Bozorov N.E., Abdullajonov B.R., Nishanov M.F., Kurbonov X.A. Profilaktika retsidiva pri mnojestvennom exinokokkoze organov bryushnoy polosti // Nauchno prakticheskiy jurnal. «Infeksiya, immunitet i farmakologiya». - Uzbekistan. Tashkent, 2015. - №3. – S. 146-153.

37. Nishonov F.N., Abdullajonov B.R., Bozorov N.E., Nishanov M.F., Xamidov F.SH., Otakuziev A.Z. / Xirurgik kasalliklari darsligi 1 - tom – 2020 y. – 519 b.

38. Nishonov F.N., Abdullajonov B.R., Bozorov N.E., Nishanov M.F., Xamidov F.SH., Otakuziev A.Z. / Xirurgik kasalliklari darsligi 2 - tom – 2020 y. – 533 b.

39. Nishanov X. T., YAriev A. R., Rasulov SH. A. К выбору метода exinokokkektomii pecheni // Xirurgiya Uzbekistana. - 2008. - №3. - S. 46.

40. Otakuziev A.Z., Botirov A.K., Tursunov B.K. / Retsidivnyy exinokokkoz pecheni // LAR LAMBERT Academic Publishing RU International Bok market Germaniya. 2021. IZBN:978-620-3-83956-2.

41. Rasulov SH.M., Saitmuratov M.A. EXINOKOKKOZ KUZGATUVCHISINING TAVSIFI // Zamonaviy psixologiya, pedagogikada fan, ta'lim va amaliyot integratsiyasi: muammo va yechimlar. 2023. 1014-1019 bet.

42. Teshayev O.R., Olimov N.K., Alimov S.U. Novyy sposob obrabotki ostatochnoy polosti posle exinokokkektomii pecheni // // Materialy XXII mejdunarodnogo kongressa stran SNG «Aktualnye problemy gepatopankreatobiliarnoy xirurgii». Tashkent. – 2015. – S.135.

43. SHEvchenko YU.L. CHastnaya xirurgiya. M. 2000 g.

44. SHEvchenko YU.L., Nazыrov F.G. Xirurgiya exinokokkoza / M.: Izdatelstvo «Dinastiya», - 2016. - 288 s.: il.

45. Fèdorov V.D., Emelyanov E.I. Xirurgicheskie bolezni. Rukovodstvo dlya internov /– M.: ООО «Meditinskoe informatsionnoe agenstvo», 2005 g.

46. Aeberhard P., Fuhrmann R., Strahm P., Thommen A. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: an experience from outside the endemic area // *Hepatogastroenterology*. - 1996. - Vol. 43, №9. - P. 627-636.

47. Crețu CM, Codreanu RR, Mastalier B, Popa LG, Cordoș I, Beuran M, Ianulle DA, Simion S. Albendazole associated to surgery or minimally invasive procedures for hydatid disease--how much and how long // *Chirurgia (Bucur)*. 2012. - Vol.107, №1. - R. 15-21.

48. Dziri C, Nouria R. Surgical treatment of liver hydatid disease by laparotomy // *J Visc. Surg.* - 2011. - Vol.148, - №2. R. 103-10.

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

50. Tarasow E. Imaging diagnosis of alveolar echinococcosis Text. /E. Tarasow, A. Grzeszczuk, B. Kubas, Walecki J. // *Pol.Merkuriusz Lek* 2002-Vol. 75, N.13,-P. 221-224.



O'QUV QO'LLANMA

Abdullajanov B.R., Otaqo'ziyev A.Z.

# JIGAR XIRURGIK KASALLIKLARI

**Muharrir:** Baxridinov K.B

**Korrektor va dizayn:** Baxridinova G.B

Tasdiqnoma № 188180, TPBT № X-25264. 15.12.2023.

Bosishga 15.02.2024 da ruxsat berildi.

Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi: [https://pancreatus.com/wp-content/uploads/2018/03/bolezni\\_pecheni\\_152157\\_5ab1709d1ffae.jpg](https://pancreatus.com/wp-content/uploads/2018/03/bolezni_pecheni_152157_5ab1709d1ffae.jpg)

Shartli b.t. 6.5. Adadi 10 dona. Buyurtma № 21.

«JAHONA NASHR» nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

170127, Andijon, Yu. Otabekov ko'chasi, 1-uy.

Телефон: +998900601058, +998901703415

g-mail: [jahonanashr@gmail.com](mailto:jahonanashr@gmail.com)

<http://jahonanashr.uz>



9337

