UNIVERSAL JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES
ISSN 2992-8826
https://sr-journals.org/index.php/UJMANS

O‘pka exinokokkozini jarrohlik yo‘li bilan davolash evolyutsiyasi: 30 yillik klinik tajriba tahlili

Berkinov Ulug‘bek Bozorboyevich
(ulugbek_b@mail.ru)
Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent, O‘zbekiston

Annotatsiya, Toshkent davlat tibbiyot universiteti ko‘p tarmoqli klinikasida 30 yillik davr mobaynida o‘pka exinokokkozini kompleks jarrohlik davolash natijalari baholandi va jarrohlik taktikasining evolyutsiyasi tahlil qilindi. Buning uchun o‘pka exinokokkozi bilan kasallangan 1886 nafar bemorni tekshirish va davolash natijalari retrospektiv tahlil qilindi.

Jarrohlik taktikasi va davolash natijalaridagi o‘zgarishlarni baholash maqsadida kuzatuv davri shartli ravishda uch bosqichga ajratildi: I davr (1993–2004 yy.), II davr (2004–2014 yy.) va III davr (2014–2025 yy.). Jarrohlik amaliyotlari tuzilmasi, asoratlar chastotasi, kasallik qaytalanishi va videoassist texnologiyalar samaradorligi baholandi.

Miniinvaziv texnologiyalarni joriy etish hamda albendazol bilan majburiy perioperatsion kimyoterapiya o‘tkazish o‘pka exinokokkozi qaytalanish chastotasini 4,2% dan 1,2% gacha kamaytirishga imkon berdi. Qoldiq bo‘shliq asoratlari va segmentar pnevmoskleroz rivojlanishi bilan bog‘liq qayta operatsiyalar chastotasi 5,9% dan 0,9% gacha kamaydi. Videoassist amaliyotlar uchun bemorlarni tanlash mezonlari ishlab chiqildi va chuqur qoldiq bo‘shliqlarni bartaraf etish uchun original kapitonaj usuli taklif qilindi.

Kalit so‘zlar: o‘pka exinokokkozi, exinokokkektomiya, videoassist exinokokkektomiya, albendazol.

Abstract, The outcomes of complex surgical treatment of pulmonary echinococcosis were evaluated, and the evolution of surgical strategy at the multidisciplinary clinic of Tashkent State Medical University over a 30-year period was analyzed. A retrospective analysis of examination and treatment results was performed in 1886 patients with pulmonary echinococcosis.

To assess changes in surgical strategy and treatment outcomes, the entire observation period was divided into three stages: period I (1993–2004), period II (2004–2014), and period III (2014–2025). The structure of surgical interventions, complication rates, disease recurrence, and the effectiveness of video-assisted technologies were evaluated.

The introduction of minimally invasive technologies and mandatory perioperative chemotherapy with albendazole reduced the recurrence rate of pulmonary echinococcosis from 4.2% to 1.2%. The frequency of reoperations associated with residual cavity complications and segmental pneumosclerosis decreased from 5.9% to 0.9%. Criteria for selecting patients for video-assisted interventions were developed, and an original method of capitonnage for deep residual cavities was proposed.

Keywords: pulmonary echinococcosis, echinococcectomy, video-assisted echinococcectomy, albendazole.

Аннотация, Оценены результаты комплексного хирургического лечения эхинококкоза легких и прослежена эволюция хирургической тактики в многопрофильной клинике ТГМУ за 30-летней период. Для этого проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 1886 больных эхинококкозом легких. Для оценки изменений хирургической тактики и результатов лечения весь период наблюдения условно разделен на три этапа: I период (1993–2004 гг.), II период (2004–2014 гг.) и III период (2014–2025 гг.). Оценивали структуру хирургических вмешательств, частоту осложнений, рецидивов заболевания и эффективность видеоассистированных технологий. Внедрение миниинвазивных технологий

и обязательной периоперационной химиотерапии альбендазолом позволило снизить частоту рецидивов эхинококкоза легких с 4,2% до 1,2%. Частота повторных операций, связанных с осложнениями остаточной полости и развитием сегментарного пневмосклероза, снизилась с 5,9% до 0,9%. Разработаны критерии отбора пациентов для видеоассистированных вмешательств и предложен оригинальный способ капитонажа глубоких остаточных полостей.

Ключевые слова: эхинококкоз легких, эхинококкэктомия, видеоассистированная эхинококкэктомия, альбендозол.

Dolzarbligi. Exinokokkoz butun dunyoda keng tarqalgan kasallikdir [6,7,9]. Afsuski, O‘zbekiston bu kasallik keng tarqalgan mamlakatlardan biridir. To‘plangan statistik ma’lumotlar shuni ko‘rsatdiki, respublikada exinokokkoz bilan kasallanishning intensivlik darajasi har 100 ming aholiga 5,82 kishini tashkil etadi, har yili 4,5 minggacha kishi jarrohlik yo‘li bilan davolanadi, ularning to‘rtdan bir qismidan ko‘prog‘i asoratlar tufayli aziyat chekadi [4,5,6]. Biroq bu muammo nafaqat O‘zbekistonga tegishli, JSST tomonidan kasallikning oldini olish va davolash bo‘yicha axborot markazi tashkil etilgani shundan dalolat beradi [7].

JSST ma’lumotlariga ko‘ra, 1 milliondan ortiq odam exinokokkoz bilan kasallanganligi aniqlangan. 2015 yilda tashkil etilgan JSSTning oziq-ovqat bilan bog‘liq kasalliklar epidemiologiyasi bo‘yicha ma‘lumot guruhi hisob-kitoblariga ko‘ra, exinokokkoz har yili 19,300 o‘limga va taxminan 871,000 nogironlikka bilan bog’liq hayot tarziga ega bo‘ladi. Exinokokk kistasi tufayli bemorlarni davolash va chorvachilikdagi yo‘qotishlarning yillik xarajatlari 3 milliard dollarga baholanmoqda [9].

Hozirgi kunda exinokokkozni davolashda konservativ va jarrohlik usullari qo‘llaniladi [1,8,9]. Ko‘pchilikning fikriga ko‘ra, jarrohlik davo eng samarali hisoblanadi [1,2,3,4,8]. Shu bilan birga, jarrohlik amaliyot usulini tanlashda, reinvaziya ehtimolini hisobga olgan holda, organ saqlaydigan amaliyotlariga ustunlik beriladi [3,4,5]. Boshqa mutaxassislarning fikriga ko‘ra, radikal amaliyot bajarilishi uchun kistani ochmasdan faqat yopiq exinokokkektomiya qilish kerak deb hisoblashadi ("ideal" exinokokkektomiya, a’zoni bir qismini kista bilan rezektsiya qilish, bir bo‘lagini olib tashlash). Bu tanlovning sababi, exinokokk kistasining uzoq yillar davomida shakllanishi natijasida parazitning fibroz membranasi qiz hujayralar bilan shimilishi, hattoki larvokistaning ekzogen kurtaklanishigacha sodir bo‘lishi mumkin deb hisoblashadi [1,2,8].

Ko‘pgina tadqiqotchilarning fikriga ko‘ra, exinokokkozni davolashning muhim komponenti kimyoterapiya hisoblanadi [1,3,5,7,9]. Albendazol bilan kimyoterapiya, ba’zi mualliflarning fikriga ko‘ra, exinokokkoz qaytalanish holatlarning 2% gacha kamaytirdi [6].

Ushbu maqolamizda biz o‘pka exinokokkozini (O’E) davolashdagi o‘z tajribamiz va 30 yildan ortiq davrdagi o‘zgarishlar bilan o‘rtoqlashmoqchimiz.

Tadqiqot materiallari va usullari. 1993 yildan 2025 yilgacha bo‘lgan davrda Toshkent davlat tibbiyot universitetining ko‘p tarmoqli klinikasida 1886 nafar O’E kasalligi ko‘rikdan o‘tkazildi. Ularda 1824 (96,7%) hollarda jarrohlik amaliyotlar o‘tkazildi, qolgan bemorlarga albendazol bilan faqat konservativ davo qo‘llanilgan.

O’Eni davolash samaradorligini baholash uchun biz tahlil qilinayotgan davrni shartli ravishda 3ga ajratdik: I davr - 1993 yildan 2004 yilgacha, II davr - 2004 yildan 2014 yilgacha va III davr - 2014 yildan 2025 yilgacha.

I davrda 488 bemor, II davrda – 755, III davrda – 643 bemor davolangan. Bu davrlar o‘rtasidagi farq shundaki, I davrda amaliyotdan keyin kimyoterapiya qo‘llanilishi majburiy bo‘lmagan va kam invaziv amaliyotlarning nisbati kam edi. II va III davrlarda ikkinchisining ulushi ortdi va amaliyotdan keyingi davrda kimyoterapiya qo‘llanilishi majburiy edi. Bundan tashqari, III davrda, rejalashtirilgan amaliyotlarda, kimyoterapiya ham jarrohlik amaliyotdan 10 kun oldin o‘tkazildi.

Bemorlar 18 yoshdan 75 yoshgacha bo‘lgan (o‘rtacha yoshi - 36,7±2,4 yosh). Davolanganlar ichida 796 (42,2%) erkak, 1090 (57,8%) ayol bo‘lgan. Ushbu ko‘rsatkichlar bo‘yicha taqqoslanayotgan guruhlar ishonchli.

Umumiy ko‘rsatkichdan shahar aholisi 331 (17,6%), qishloq aholisi - 1555 (82,4%) tashkil qilgan. O’E bilan bemorlar orasida shaharliklar soni yildan-yilga ortib bormoqda. Bu bizning fikrimizcha, qishloq aholisini shaharlarga ko‘chishi bilan bog‘liq. Shunday qilib, bizning ishimiz boshida shahar va qishloq aholisining nisbati taxminan 1:8 nisbat bo‘lgan bo‘lsa, hozirga kelib u 1:4 nisbatga aylandi.

Murojaat qilganlarning 377 tasida (20%) profilaktika tekshiruvda O’E yoki jigar exinokokkozi aniqlangan bo’lsa, qolganlarida esa mavjud shikoyatlar bo‘yicha o‘tkazilgan tekshiruvlar davomida aniqlangan. Ta‘kidlash joizki, avval boshqa klinikalarda O’E bo‘yicha 262 (13,9%) bemor, bizning shifoxonada esa 40 holatda amaliyot bajarilgan. Taqqoslangan davrlarda avval o‘tkazilgan amaliyotlar soni 1-jadvalda aks ettirilgan.

1-jadval.

Davrlar bo‘yicha O‘Eda avval o‘tkazilgan amaliyotlar soni

Oldingi amaliyotlar soni	I davr (n=488)	II davr (n=755)	III davr (n=643)	Jami
1 marta	62	87	85	234 (12,4%)
2 marta	10	21	20	51 (2,7%)
3 marta	2	8	7	17 (0,9%)
Jami	74 (15,2%)	116 (15,4%)	112 (17,4%)	302 (16%)

Bitta kista 1523 (80,5%) holatda, qolgan 363 (19,5%) holatda - bir nechta kistalar aniqlangan. Shu bilan birga, 218 bemorda 2 ta kista, 84 tasida - 3 ta, 61 tasida - 4 ta va undan ortiq kistalar aniqlangan. 221 (11,7%) bemorda ikki tomonlama zaralanish qayd etilgan.

238 (12,6%) bemorda boshqa organlarning birgalikda zaralanishi aniqlandi: 211 (11,2%) ta bemorda jigar exinokokkozi bilan birgalikda, taloq exinokokkozi bilan - 19 ta holatda, bosh miya exinokokkozi bilan - 3 ta holatda va miokard exinokokkozi bilan - 5 holatda.

624 (33,1%) holatda exinokokkozning asoratlangan kechishi qayd etilgan. Shundan 368 (19,5%) ta holatda kistaning bronxga yorilishi kuzatilgan. Kistaning yiringlashi 174 (9,2%) ta holatda, plevra bo‘shlig‘iga yorilishi - 82 (4,3%) ta bemorda kuzatilgan. Ushbu asoratlarning rivojlanishi bilan 62 (3,2%) ta holatda qon tuflash qayd etilgan. Taqqoslangan davrlarda ularning uchrash chastotasi taxminan bir xil.

Qoidaga ko‘ra, amaliyotlar rejalashtirilgan tarzda amalga oshirildi. Bronx yoki plevra bo‘shlig'iga kistaning yorilgan holatlarida shoshilinch amaliyotlar o‘tkazildi.

Ikki tomonlama zararlanish bilan kechganda 1 oydan 2 oygacha bo‘lgan davr mobaynida bosqichli amaliyotlar o‘tkazildi. Bunday holda birinchi bosqichda, asoratlanmagan tomonda intakt kista mavjudligini hisobga olgan holatda, jarrohlik amaliyoti asoratangan tomonda bajarildi.

Bosqichli jarrohli amaliyotlar qo‘shma exinokokkozda ham qo‘llanilgan. Shu bilan birga kam invaziv amaliyotni bajarish imkoniyati mavjud bo‘lmagan yaqin a’zolarning kistalarida (o‘ng o‘pkaning pastki bo‘lagi va jigarning o‘ng bo‘lagi, chap o‘pka pastki bo‘lagi va taloqdagi exinokokklarda) torakofrenolaparotomiya usuli bilan bir bosqichli amaliyot zarurligi ustunlik qilgan.

Jarrohlik amaliyoti turini tanlashda, bizning mintaqamizning exinokokkozga nisbatan endemikligini (reinvaziya ehtimoli), tez-tez uchraydigan ko‘plab zararlanishlarni hisobga olgan holda, a’zolarni saqlovchi jarrohlik - exinokokkektomiyaga (EE) urg’u berildi. Uni, tez reabilitatsiya va kosmetik ta‘sirni hisobga olgan holda, O‘E bilan kasallangan bemorlarda tabiiy ravishda, ayniqsa, faoliyatning II va III davrlarida, kam invaziv tarzda amalga oshirishga erishildi.

Jarrohlik amaliyotlarida rezektsiya usullari kamroq qo‘llanildi. Lobektomiyaga ko‘rsatmalar bitta bo‘lakning ko‘plab zararlanishi, gigant kistalar, og‘ir pnevmosklerozli kistalar hisoblangan. Turli davrlarda O‘Eda amalga oshirilgan operatsiya turlari 2-jadvalda keltirilgan.

Agar qoldiq bo‘shliqqa ishlov berish kerak bo‘lganda 100% glitserin ishlatilgan.

Natijalar va muhokamalar. Amaliyot bajarilgan bemorlarning 658 tasida (36,1%) video-assist exinokokkektomiya (VAEE) amalga oshirildi. VAEEni amalga kiritish davridagi kuzatilgan konversiyalar (5 ta holatda kuzatildi: shulardan 2 ta holatda bitishmali jarayon mavjudligi, 2 ta holatda kistaning chuqur joylashganligi, 1 ta holatda esa kuchli perifokal yallig‘lanishlar) va amaliyotdan keyingi davrda yuzaga kelgan asoratlar (8 ta holatda qoldiq bo‘shliq paydo bo‘lishi: 4 ta holatda kuchli perifokal yallig‘lanish holati, 3 ta holatda 15 sm dan katta kistalar mavudligi, 1 ta holatda asoratlangan kista mavjudligi) sababli bemorlarni tanlash mezonlarini ishlab chiqishga imkon berdi. Shunday qilib VAEE uchun O‘E bo‘lgan bemorlarni tanlashda quyidagilar e‘tiborga olingan: kistalar hajmi, soni, o‘pka to‘qimasining zararlanish darajasi, anamnezida zararlangan tomonda jarrohlik amaliyoti o‘tkazganlik.

2-jadval.

Turli davrlarda O‘Eda amalga oshirilgan operarsiyalar turlari

Operatsiya turlari	I davr	II davr	III davr	Jami
Exinokokkektomiya	313 (65,7%)	122 (16,8%)	99 (15,9%)	534 (29,3%)
Exinokokkektomiya va o‘pka atipik rezektsiyasi	78 (16,4%)	168 (23,1%)	143 (23%)	389 (21,3%)
Exinokokkektomiya va plevrektomiya	19 (4%)	41 (5,6%)	22 (3,6%)	82 (4,5%)
Lobektomiya	18 (3,8%)	64 (8,8%)	79 (12,7%)	161 (8,8%)
VAEE	48 (10,1%)	332 (45,7%)	278 (44,8%)	658 (36,1%)
Jami	476	727	621	1824

O‘E da kam invaziv jarrohlik amaliyotlarini amalga oshirishdagi mavjud tajribamiz unga quyidagi qarshi ko‘rsatmalarni ishlab chiqishga imkon berdi:

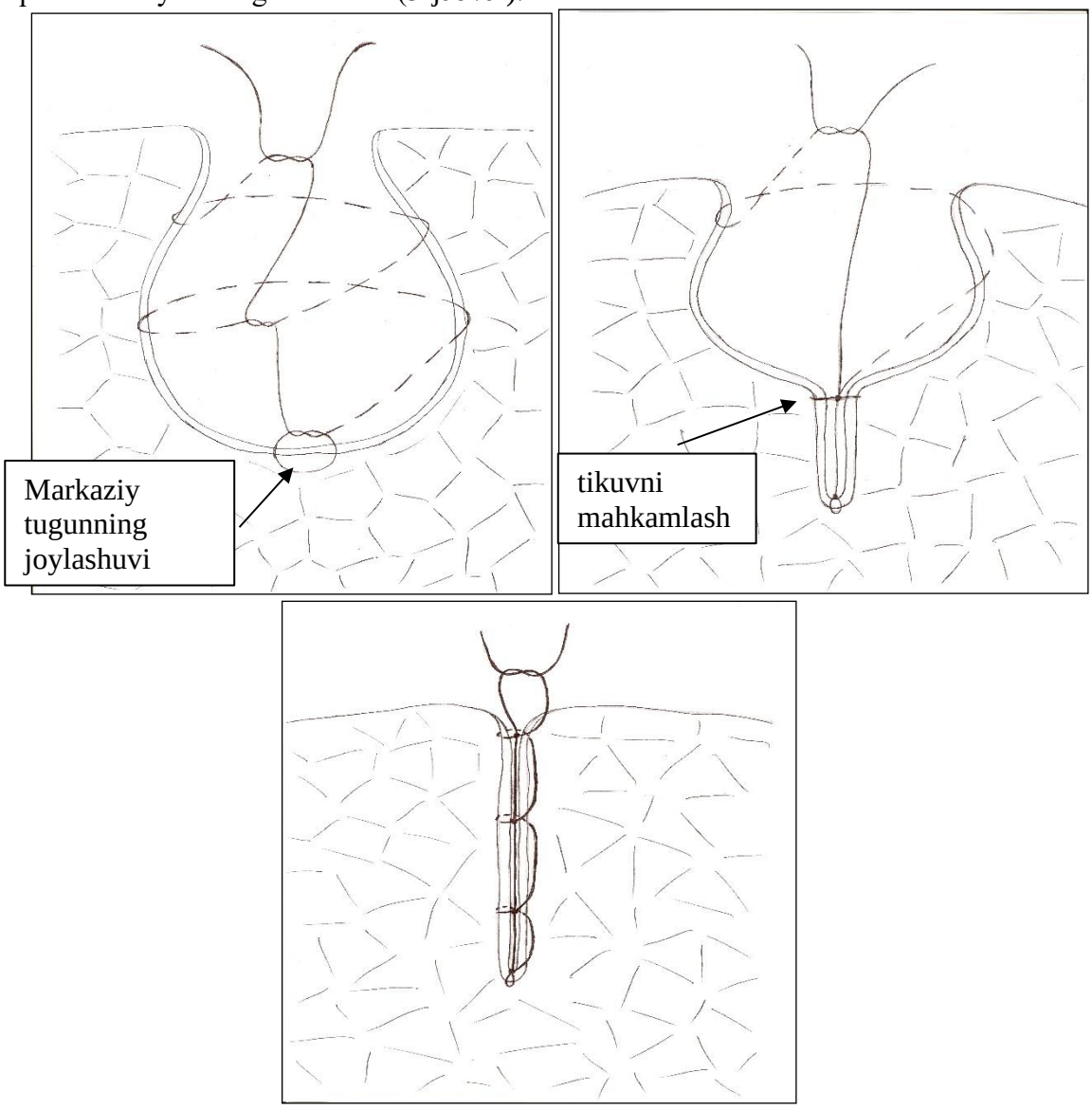
- o‘pkaning turli bo’laklarida joylashgan bir nechta kistlarning mavjudligi;
- diametri 15 sm dan katta kistalar;
- asoratlangan kistalar: kuchli perifokal yallig'lanish bilan kistaning yiringlashi; kistaning plevra bo'shlig'iga yorilishi;
- takroriy exinokokk kistlari yoki anamnezidan boshqa sabablarga ko‘ra zararlangan tomonda torakotomiya.

VAEE dan keyin qoldiq bo‘shliqlar sonini kamaytirish uchun, biz chuqur qoldiq bo‘shliq (7 sm dan ortiq) uchun kapitonajni yangi original usulini ishlab chiqdik. Ushbu usulning mohiyati shundan iboratki, exinokokk kistasining xitin qobig‘i olinadi va qoldiq bo‘shliqqa ishlov berilib, qoldiq bo‘shliqni asosidan chok qoyish orqali qoldiq bo‘shliqni bartaraf qilinadi. Ipning bir uchi asosida, ikkinchi uchi spiralsimon chokdir. Qoldiq bo‘shliqning asosidan boshlab, exinokokk qoldiq bo‘shlig’ini devorlarini bo‘ylab, soat yo‘nalishi bo‘ylab spiral shaklda tikib chiqiladi. Bunda spiral burilish to‘liq tugagandan so‘ng va asosdagi ip bilan tugun hosil qilinadi. Keyin spiralsimon chok davom ettirilib, navbatdagi tugun hosil qilinadi. Xar bir spiralsimon choklar qadami imkon qadar qisqa bo‘lishi kerak, ya’ni 2 sm masofadan oshmasligi kerak (1-rasm). Kapitonajning bu usulini qo‘llashning hal qiluvchi vaziyatlardan biri uni bir o‘q atrofida amalga oshirishdir, bu o‘pkaning VAEE ni bajarishda muhimdir.

VAEE ning afzalliklari (torakotomiya bilan bog‘liq bo‘lgan asoratlar soni kamayishi, kam travmatikligi va kosmetik yutuqlari) va albendozolni qabul qilganda kasallik qaytalanishi kamayishi, ushbu usulni II va III davrlarda keng qo‘llashga, ko‘pchilik torakotomiya orqali qilinadigan exinokokkektomiya (TEE) o‘rnida qo‘llash imkonini berdi. 2-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, TEE lar soni II davrda 2,5 baravarga, III davrda esa 3 barobarga kamaydi. Ushbu omilga qo‘shimcha ravishda, TEE sonining kamayishiga, bundan tashqari og‘ir perifokal yallig‘lanish holatlarida, katta kistalarda, qoldiq bo‘shliqning rivojlanishi yoki qon tuflash bilan kechuvchi pnevmosirrozning rivojlanishida keyinchalik takroriy jarrohlik amaliyotini taqozo qilishi bo‘ldi.

UNIVERSAL JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES
ISSN 2992-8826
https://sr-journals.org/index.php/UJMANS

Shuni hisobga olgan holda, bunday holatlarda II va III davrlarda o‘pkaning atipik rezektsiyasi yoki to‘liq lobektomiya amalga oshirildi (3-jadval).



1-rasm. Biz taklif qilgan kapitonaj usulini sxemasi.

VAEE va TEE dan keyin II va III davrlarida O‘E ni davolashning majburiy komponenti kimyoterapiyani buyurish edi. Kimyoterapiya fonida VAEEdan keyin kasallikning qaytalanishi 3 ta holatda (0,5% ni) kuzatildi.

3-jadval.

O‘E da turli xil jarrohlik amaliyotlaridan so‘ng qon tuflash bilan asoratlangan qoldiq bo‘shliq va segmentar pnevmosirroz rivojlanishining qiyosiy ko‘rsatkichlari

Jarrohlik amaliyoti turlari	1-davr (n=476)	2-davr (n=727)	3-davr (n=621)	Jami (n=1824)
Exinokokkektomiya	15	3	2	20
Exinokokkektomiya va o‘pka atipik rezektsiyasi	3	2	2	7
Exinokokkektomiya va plevrektomiya	2	1	1	4
Lobektomiya	-	-	-	
VAEE	8	1	1	10

	28 (5,9%)	7 (0,9%)	6 (0,9%)	41 (2,2%)

Exinokokk kistasining holatiga qarab kimyoterapiya o‘tkazildi. Shunday qilib, asoratlanmagan kistalar uchun amaliyotdan keyin albendazol bir haftalik tanaffus bilan bemorning 1 kg vazniga 10-12 mg dozada 2 oy davomida buyurilgan, bu 1 kimyoterapiya kursiga to‘g‘ri keladi. Asoratlangan kistalar uchun bir oylik tanaffus bilan 2 ta kimyoterapiya kursi buyurildi.

62 ta holatda albendozol profilaktika maqsadida emas, balki terapevtik maqsadlarda buyurilgan. Bunday holda, kimyoterapiya kurslari 3 yoki undan ko‘p bo‘lgan. Qoidaga ko‘ra, bunday davolanish holatlari kichik o‘lchamdagi kistalar (2 sm gacha), intraparenximal joylashuvi (11 ta), shuningdek ko‘plab zararlanish (dissemenatsiya (51ta)) holatlarida qo‘llaniladi. Shuni ta'kidlashni istardikki, dissemenatsiyaning barcha holatlardan bittasi bizning jarrohlik amaliyotimizdan so‘ng rivojlangan (amaliyot davrida tarqalish sodir bo‘lgan). Ohirgisini hisobga olgan holda, bizning faoliyatimizning uchinchi davrida, rejalashtirilgan jarrohlik amaliyotdan 10 kun oldin albendozol ham buyurilgan.

Yuqoridagi davolash taktikasini va faoliyatning II va III bosqichlarida O‘E ning oldini olish sxemasini amalga oshirish orqali biz kasallikning qaytalanishi sonini kamaytirishga erishdik, ularning ma‘lumotlari 4-jadvalda aks ettirilgan.

4-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, O‘Ening qaytalanish chastotasi I davrdagi 4,2% dan II davrda 1,2% gacha kamaydi. III davrda bu ko‘rsatkich I davrga nisbatan past bo‘lsada, II davrga nisbatan 1,7% ga oshgan.

Shunday qilib, O‘E davolash bo‘yicha 30 yillik tajribamizni tahlil qilib, biz hozirda mavjud bo‘lgan turli xil jarrohlik amaliyotlar orasida a’zolarlarni saqlovchi exinokokkektomiyani o‘tkazish oqlangan usul deb hisoblaymiz. Mavjud sharoitlarda (15 sm gacha bo‘lgan asoratlanmagan kistalar, periferik joylashgan) uni videoendoskopik texnologiyadan foydalangan holda kam invaziv usulda bajarish afzaldir.

4-jadval.

Turli jarrohlik amaliyotlardan so‘ng O‘E qaytalanishining qiyosiy ko‘rsatkichlari

Jarroxlik maliyoti turlari	I davr (n=476)	II davr (n=727)	III davr (n=621)	Jami
Exinokokkektomiya	8	3	4	15
Exinokokkektomiya va o‘pka atipik rezektsiyasi	6	2	3	11
Exinokokkektomiya va plevrektomiya	4	2	2	8
Lobektomiya	1	1	1	3
VAEE	1	1	1	3
Jami	20 (4,2%)	9(1,2%)	11 (1,7%)	40 (2,2%)

Kichik asoratlangan kistalar bo‘lsa, o‘pka to‘qimasini qisman olib tashlash bilan exinokokktomiyani maqsadga muvofiq deb hisoblaymiz. Lobektomiya - bitta bo‘lakda bir nechta kista yoki katta kista bo‘lsa va shuningdek, og‘ir pnevmoskleroz bilan asoratlangan kista bo‘lsa tavsiya etiladi.

Biz O‘Eni jarrohlik yo‘li bilan davolashning zaruriy sharti deb rejalashtirilgan amaliyotlarni bajarishdan oldin, ya’ni jarrohlik amaliyotidan 10 kun oldin va amaliyotdan keyingi davrda sxemaga muofiq albendazol bilan kimyoterapiya deb hisoblaymiz.

Jarrohlik amaliyotini otkazish imkoniyati yo‘qligi (yuqori xavf) yoki zarurat yo‘qligi (kichik kistlarning intraparenximal joylashuvi, zararlanishlarning ko‘pligi) hollarida O‘Eni davolashning asosiy usuli sifatida albendazol bilan kimyoterapiya qo‘llaniladi.

O‘Eni davolashda qo‘llanilgan taktika rivojlangan asoratlar bilan bog‘liq qayta amaliyotlar sonini 5,9% dan 0,9% gacha, shuningdek kasallikning qaytalanishini 4,2% dan 1,2% gacha kamaytirishga imkon berdi. Shu bilan birga, ko‘plab yoki qo‘shma zararlanishlarda, bizning

fikrimizcha, kimyoterapiyaning profilaktik kurslari bilan klinik kuzatuv kamida 5 yil davomida o‘tkazilishi kerak.

Adabiyotlar:

1. Аскерханов Г.Р., Магомедов С.З. Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза легких. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2006; 5: 49–54.
2. Журавлев В.А., Черемисинов О.В. Традиционное, новое и спорное в хирургии эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии. 2005; 10(2): 109.
3. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Беркинов У.Б. Возможности эндовидеохирургии в лечении эхинококкоза легких. Вестник новых медицинских технологий, 2010; XVII,3: 145-147.
4. Кротов Н.Ф., Исмаилов А.С., Шоумаров З.Ф. и др. Возможности противопаразитарной терапии эхинококкоза человека. Анналы хирургической гепатологии, 2005; 10(2): 114–5.
5. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. М.: Издательство «Династия», 2016. – 288 с.
6. Rasulov Sh.M., Matnazarova G.S, Mirtazayev A., Xamzayeva N.T. Improving the epidemiology, epizootology, and prevention of echinococcosis in Uzbekistan. European Journal of Molecular & Clinical Medicine ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 02, 2020: 3029-3052.
7. Brunetti E., Kern P. et al. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Acta tropica, 2010; 114: 1-16.
8. Sadrizadeh A., Haghi S.Z. et all. Evaluation of the effect of pulmonary hydatid cyst location on the surgical technique approaches. Lung India. 2014, 31(4): 361-365.
9. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis