

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
«YOSH OLIMLAR TIBBIYOT JURNALI»

TASHKENT MEDICAL ACADEMY
«MEDICAL JOURNAL OF YOUNG SCIENTISTS»

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ»

IXTISOSLASHUVI: «TIBBIYOT SOHASI»

ISSN 2181-3485

Mazkur hujjat Vazirlar Mahkamasining 2017 yil 15 sentabrdagi 728-son qarori bilan tasdiqlangan O'zbekiston Respublikasi Yagona interaktiv davlat xizmatlari portali to'g'risidagi nizomga muvofiq shakllantirilgan elektron hujjatning nusxasi hisoblanadi.

№ 2 (07), 2022



Jurnaldagi nashrlar O'zbekistonda va xorijda ilmiy darajalar uchun dissertatsiyalar himoya qilinganda chop etilgan ishlar deb hisoblanadi.

Ilgari hech qayerda chop etilmagan va boshqa nashrlarda chop etish uchun taqdim etilmagan maqolalar nashrga qabul qilinadi. Tahririyatga kelgan maqolalar ko'rib chiqiladi. Nashr mualliflari maqolalarda keltirilgan ma'lumotlarning to'g'riligi uchun javobgardirlar. Materiallardan foydalanganda jurnalga va maqola mualliflariga havola bo'lishi shart.

Materiallar mualliflik nashrida chop etiladi.

Публикации в журнале учитываются как опубликованные работы при защите диссертаций на соискание ученых степеней Узбекистана и зарубежья.

К публикации принимаются статьи, ранее нигде не опубликованные и не представленные к печати в других изданиях. Статьи, поступившие в редакцию, рецензируются. За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы публикаций. При использовании материалов ссылка на журнал и авторов статей обязательна.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Шадманов Алишер Каюмович

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Шайхова Гули Исламовна

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Алимухамедов Дилшод Шавкатович

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИИ:

т.ф.д., доцент Азизова Ф.Л.
профессор Камилов Х.П.
т.ф.д. Набиева Д.А.
профессор Тешаев О.Р.
профессор Хасанов У.С.

профессор Азизова Ф.Х.
профессор Каримжонов И.А.
профессор Наджмутдинова Д.К.
профессор Хайдаров Н.К.
т.ф.д. Худойкулова Г.К.

профессор Аллаева М.Ж.
профессор Каримова М.Х.
т.ф.д. Нуриллаева Н.М.
профессор Хакимов М.Ш.
профессор Эрматов Н.Ж.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аглиулин Д.Р.	к.м.н. (Россия)	Саломова Ф.И.	д.м.н. (Тошкент)
Ачилов Д.Д.	PhD (Термез)	Санаева М.Ж.	д.м.н. (Тошкент)
Ганиев А.А.	д.м.н. (Тошкент)	Сидиков А.А.	д.м.н. (Фарғона)
Искандарова Г.Т.	профессор (Тошкент)	Собиров У.Ю.	профессор (Тошкент)
Матназарова Г.С.	д.м.н. (Тошкент)	Тажиева З.Б.	PhD (Ургенч)
Мирзоева М.Р.	д.м.н. (Бухоро)	Ташкенбаева У.А.	д.м.н. (Тошкент)
Муртазаев С.С.	д.м.н. (Тошкент)	Тусунов Ж.Х.	PhD (Тошкент)
Нарзикулова К.И.	д.м.н. (Тошкент)	Хасанова Д.А.	д.м.н. (Бухоро)
Носиров М.М.	PhD (Андижон)	Хасанова М.А.	к.м.н. (Тошкент)
Орипов Ф.С.	д.м.н. (Самарканд)	Хван О.И.	д.м.н. (Тошкент)
Рахимов Б.Б.	д.м.н. (Жанубий Корея)	Холматова Б.Т.	профессор (Тошкент)
Рустамова М.Т.	профессор (Тошкент)	Чон Хи Ким	PhD (Жанубий Корея)

Адрес редакции:

Ташкентская медицинская академия 100109, г.
Ташкент, Узбекистан, Алмазарский район, ул. Фараби 2,
тел.: +99878-150-7825, факс: +998 78 1507828,
электронная почта: mjys.tma@gmail.com

**Toshkent tibbiyot
akademiyasi
«Yosh olimlar tibbiyot
jurnali»**



**Tashkent Medical
Academy
«Medical Journal of
Young Scientists»**

• № 2 (07) 2022 •

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОБЗОРЫ

- Karlibaev A., Dilsora M., Tillyashaykhov M.N.** Trimodal therapy as an organ-preserving method of treatment for bladder cancer 8
- Jamolov A.Sh., Ahmedova N.A.** Psychological aspects of commitment treatment of patients with rheumatoid arthritis 18
- Salimova M.R., Narmuratova F.Q.** When will the COVID-19 pandemic officially end? 19
- Акназарова Д.Б.** Биологически активные добавки к пище 21
- Dauletnazarov N.K., Matnazarova G.S., Madreimov A.M., Bryansteva E.V.** Specific prevention and diagnosis of tuberculosis 28
- Рахимова Ш.Э., Талипов Р.Р., Якубова М.М.** Кишечная микробиота - орган поддерживающий гомеостаз 33

НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

- Xalmuhamedov, B.T.** Bo'lajak oilaviy shifokorlarning kasbiy motivatsiyasini oshirishda teletibbiyot texnologiyalarining ahamiyati 39
- Хамидов Х.А.** Актуальные проблемы обучения латинскому языку в медицинском ВУЗе ... 45

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- Bobojonov O.H., Sattarov O.T.** Noparazitar taloq kistalarini jarrohlik yo'li bilan davolash 49
- Yuldosheva S.U.** Hemostatic changes in patients with autoimmune thyroiditis 57
- Salayeva N.M., Raxmonova N.X.** Qizlarda vulvovaginit uchrash chastotasi, xavf omillari va sinexiya bilan asoratlanish profilaktikasi 59
- Абдужабарова З.М., Худойбергенов М.Р.** Динамика клинических признаков у детей с целиакией на фоне различных методов лечения 63
- Абдужабарова З.М., Камалов З.С., Шодиева М.С., Худайбергенов М.Р.** Генетические маркеры helicobacter pylori ассоциированной язвенной болезни двенадцати перстной кишки 65

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК: 616.441-003.4-053.2-089.8

NOPARAZITAR TALOQ KISTALARINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH

Bobojonov Oybek Haydarovich

Ilmiy rahbar: **Sattarov O.T.**, t.f.d., dotsent

1-sonli fakultet va gospital xirurgiya kafedrası

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Rezyume. Taloqning noparazitar kistalari (NTK) ko'pincha simptomsiz xususiyatga ega bo'lgan kam uchraydigan kasallikdir. Ularning tasnifi ikkita asosiy guruhni o'z ichiga oladi: epiteliy qoplamasi mavjudligiga qarab haqiqiy va yolg'on kistalar. Parazitar bo'lmagan kistalarni jarrohlik yo'li bilan davolash zarurati asoratlarning rivojlanishi bilan bog'liq: yiringlash, kista bo'shlig'iga qon quyilishi va uning yorilishi. Biroq, klinik amaliyot shuni ko'rsatadiki, bu usullar faqat yuzaki kistalarni davolash uchun samarali qo'llanilishi mumkin va operatsiya paytida qon ketishi bilan patologik markazning kapsulasi yorilishi kuzatiladi. Travmatizatsiyani kamaytirish uchun jarrohlikning umumiy tendentsiyasiga muvofiq, ultratovush va rentgenoskopiya nazorati ostida teri orqali amaliyotlar qo'llanila boshlandi. Ushbu operatsiyalar quyidagilarni o'z ichiga oladi: kistaning sklerozi bilan drenajlash va patologik o'choqning oziqlantiruvchi tomirni superselektiv arterial embolizatsiya qilish. Ushbu usullarni qo'llash ularning zaif tomonlarini ham ochib berdi: sklerozdan keyin kistaning retsidivi chastotasi 30-50% ni tashkil etadi va operatsiyadan keyingi erta davrda 50% hollarda embolizatsiya qiluvchi vositalarni qo'llash organ segmentining ishemiyasi bilan asoratlanishi va infarkt zonasi paydo bo'lishi mumkin. Bugungi kunda tadqiqotchilarning e'tiborini mikroto'lqinli ablyatsiya jalb qilmoqda, uning termal ta'siri minimal umumiy toksik ta'sirga ega bo'lib, patologik o'choq va atrofdagi to'qimalarning koagulyatsion nekrozini chaqiradi. Ushbu texnika, albatta, qo'shimcha o'rganishlarni talab qiladi.

Kalit so'zlar: taloq kistasi, splenektomiya, navigatsiya aralashuvi, teri orqali drenajlash, arterial embolizatsiya, mikroto'lqinli ablyatsiya.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ

Бобожонов Ойбек Хайдарович

Научная руководитель: **Саттаров О.Т.**, д.м.н., доцент

Кафедра: факультетная и госпитальная хирургия №1

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Резюме. Непаразитарные кисты селезенки (НПКС) – редкое заболевание, часто имеющее асимптоматическое течение. Их классификация включает две основные группы: истинные и ложные кисты, отличающиеся наличием эпителиальной выстилки. Необходимость хирургического лечения непаразитарных кист обусловлена развитием осложнений: нагноением,

кровоизлиянием в полость кисты и ее разрывом. Исторически основным хирургическим методом являлась спленэктомия, однако полное удаление органа, особенно в молодом возрасте, часто приводило к появлению жизнеугрожающих инфекционных осложнений. Альтернативой спленэктомии стали органосберегающие операции: парциальная резекция селезенки и фенестация с иссечением стенки кисты. Однако, как продемонстрировала клиническая практика, данные методы могут эффективно применяться исключительно для лечения поверхностных кист, а в процессе операции наблюдаются разрывы капсулы патологического очага с кровотечением. В соответствии с общей тенденцией хирургии к снижению травматизации, стали применять чрескожные вмешательства под контролем УЗИ и рентгеноскопии. К данным операциям относят: дренирование со склерозированием кисты и деэпителизация с суперселективной артериальной эмболизацией питающей сосудистой ножки патологического очага. Изучение данных методик выявило их слабые стороны: частота рецидивирования кист после склерозирования составила 30-50%, а применение эмболизирующих агентов в 50% случаев осложняется ишемией сегмента органа с возможным формированием инфарктной зоны в раннем послеоперационном периоде. Сегодня внимание исследователей привлекает микроволновая абляция, тепловой эффект которой создает коагуляционный некроз патологического очага и окружающих тканей при минимальном общем токсическом воздействии. Данная методика, несомненно, требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: киста селезенки, спленэктомия, навигационные вмешательства, чрескожное дренирование, эмболизация артерий, микроволновая абляция

SURGICAL TREATMENT OF NON-PARASITIC CYSTS OF THE SPLEEN

Bobojonov Oybek Haydarovich

Scientific supervisor: **Sattarov O.T.**, d.m.s., associate professor

Department of faculty and hospital surgery №1

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Abstract. *Nonparasitic splenic cysts (NPSCs) are uncommon lesions of the spleen, clinically, they may be asymptomatic. Their classification includes two basic groups: the true cysts or primary cysts and false or pseudo cysts based on the presence or absence of an epithelial lining. The need for surgery of nonparasitic cysts is due to the development of complications: suppuration, hemorrhage into the cavity of the cyst and its rupture. Historically, the conventional surgical method was splenectomy, however, complete removal of the organ, especially at a young age, often led to life-threatening infectious complications. Spleen-preserving surgery is considered to be an alternative to classical splenectomy: partial resection of the spleen and fenestration with excision of extrahepatic cyst wall. However, as clinical practice has shown, these methods can be effectively used exclusively for the treatment of superficial cysts, and during the operation the ruptures of the capsule of the pathological focus with bleeding are observed. According to the general tendency in surgery to reduce the traumatization all patients were worked up with an ultrasound and X-Ray examination of the abdomen to look for the size and location of the splenic cysts. These operations include: drainage with sclerosing of the cyst and deepithelialization with superselective arterial embolization of the feeding vascular pedicle of the pathological focus. The study of these techniques revealed their weak points: the recurrence rate of cysts after sclerosis was 30-50%, and the use of embolizing agents in 50% of*

cases is complicated by ischemia of an organ segment with possible formation of an infarction zone in the early postoperative period. Nowadays the most promising method is considered to be a microwave ablation. Its thermal effect creates coagulation necrosis of the pathological focus and surrounding tissues with minimal toxic effects. This approach decidedly requires further research.

Keywords: splenic cyst, splenectomy, navigational surgery, percutaneous puncture, artery embolization, microwave ablation

Kirish.

Taloq kistalari kamdan-kam uchraydigan patologiya bo'lib, aholi orasida atigi 0,07% hollarda aniqlanadi [1], ular orasida noparazitar taloq kistalari (NTK) 85% ni tashkil qiladi [2]. Ko'pincha taloq kistalari simptomsiz kechib, qorin bo'shlig'i organlarini boshqa kasalliklar uchun tekshirish paytida tasodifan aniqlanadi. Kasallikning aniq klinik ko'rinishining yo'qligi bemorlarning 61% da kuzatiladi [3]. Bu omil tashxis qo'yishda qiyinchiliklar tug'diradi va o'z vaqtida tibbiy yordam ko'rsatilmashligiga olib keladi, bu nafaqat kistaning o'sishiga va uning devorlarining kalsifikatsiyasiga, balki bemorning hayotiga tahdid soladigan asoratlarni rivojlanishiga ham olib keladi. Bu asoratlarga quyidagilar kiradi: yiringlash, kista bo'shlig'iga qon quyilishi va uning yorilishi [2].

Umuman olganda, tibbiyot va xususan jarrohlikning faol rivojlanishiga qaramay, hozirgi vaqtda NTK ni davolash uchun jarrohlik taktikasini tanlash bo'yicha konsensus mavjud emas.

Taloq kistalarining tasnifi.

Bu patologiya birinchi marta 1829 yilda fransuz shifokori G. Andal tomonidan outopsiya paytida tasvirlangan [4]. 1953 yilda etarli miqdorda outopsiya materiali to'planganidan so'ng, R.H. Fauler taloq kistalarining birinchi tasnifini taklif qildi, ular ikkita asosiy guruhni o'z ichiga oladi: parazit va parazit bo'lmagan kistalar [5].

Ikkinchi guruh quyidagilarga bo'linadi:

I. Birlamchi (haqiqiy) kistalar:

- 1) tug'ma - mezotelial;
- 2) neoplastik;
- a) dermoid;

- b) epidermoid;
- v) gemangioma;
- d) limfangiomalar.

II) Ikkilamchi (soxta) kistalar:

- 1) travmadan keyingi;
- 2) yiringli (xo'ppozlar);
- 3) degenerativ (infarktdan keyingi).

Hozirgi vaqtda taloq kistalarining etiologiyasi, gistogenezi va bo'shliq tarkibining tabiati bo'yicha tasniflari mavjud [1, 6]. Ichki qobiqning epiteliy qobig'iga ega bo'lgan birlamchi yoki haqiqiy kistalar, shuningdek, epiteliy qobig'i yo'q bo'lgan ikkilamchi yoki soxta kistalar mavjud [7]. Haqiqiy kistalarning etiologiyasiga ko'ra tasnifi quyidagilarni o'z ichiga oladi: dermoid, epidermoid va tug'ma, ikkinchisi embriogenez jarayonida qorin parda hujayralarining taloq to'qimalariga ko'chishi natijasida hosil bo'ladi [8]. Taloqning ikkilamchi (yolg'on) kistalari organning barcha kistalarining 75% ni tashkil qiladi [9]. Tarkibining tabiati bo'yicha NTK tasnifi quyidagilarni o'z ichiga oladi: seroz, gemorragik, limfatik va aralash [10]. Hozirgi vaqtda klinik amaliyotda parazit bo'lmagan taloq kistalari epiteliy qoplaminin mavjudligi yoki yo'qligiga qarab faqat haqiqiy (birlamchi) va yolg'on (ikkilamchi) ga bo'linadi [1, 11].

Taloqning parazit bo'lmagan kistalarining etiopatogenezi.

Hozirgi vaqtda taloqning parazit bo'lmagan kistalarining patogenezi to'liq o'rganilmagan. Morfologik ma'lumotlarning to'planiishi bilan haqiqiy kistalarning patogenezi bo'yicha turli nazariyalar taklif qilindi. 1939-yilda A. Gosset epidermoid xosilalar tomirlardan kelib chiqishini taklif qildi, bu esa endoteliyn-

ing epidermatsiyasi bilan qon tomir malformatsiyasiga asoslangan [12].

Haqiqiy kistalar patogenezining ikkinchi gipotezasi ularning paydo bo'lishining sababi mezotelinyning taloqqa migratsiyasi bilan bog'liq bo'lgan va patologik o'choqning mezotelial ichki qoplaminig shakllanishiga olib keladigan embriogenez patologiyasi ekanligini ta'kidlaydi, keyinchalik u metaplaziya paytida qavatli yassi epiteliy bilan almashadi [13]. Talonqning soxta kistalari parazit bo'lmagan kistalarning umumiy sonining 75% ni tashkil qiladi. Ularning paydo bo'lishining eng keng tarqalgan sababi travma [12]. Talonqning kichik gematomalari ko'pincha organda patologik o'zgarishlar ko'rinmasdan o'tadi. Aksincha, katta gematomalar ohaklanish joylari bilan to'lali kapsulaning shakllanishiga olib keladi [14].

Taloq kistalarining davosi.

Talonqning o'choqli parazit bo'lmagan xosilasi mavjudligi jarrohlik davolash uchun ko'rsatma emas. So'nggi 10 yil ichida bir qator mualliflar kistaning o'lchami 5 sm gacha bo'lgan va klinik belgilar bo'lmaganda, jarrohlik yo'li bilan davolashga shoshilmaslikni tavsiya etadilar [15]. Yaqin vaqtgacha radikal splenektomiya katta hajmli NTK ni davolash uchun "oltin standart" bo'lib qoldi; ammo, organni to'liq olib tashlash bemorlarning 40% dan ko'prog'ida asplenik sindromning paydo bo'ladi, bu esa sepsis rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi [8, 10]. Postsplenektomiya sindromining eng xavfli asoratlari yashin tezligidagi sepsisning rivojlanishi bo'lib, uning qo'zg'atuvchisi MRSA, Neisseria meningitidis, Escherichia coli, haemofilis influenza [16]. Boshqa asoratlarga o'pka-plevra va qorin bo'shlig'idagi yiringli yallig'lanish jarayonlari kiradi, ulardan o'lim darajasi 70% ga etishi mumkin [17]. Yiringli asoratlardan tashqari, trombotsitopeniya va trombotsitlar agregatsiyasi faolligining pasayishi xavfi mavjud [18].

Postsplenektomiya asoratlarning oldini olish uchun taloq to'qimasini avtotransplantatsiya qilishning turli usullari ishlab chiqilgan va faol qo'llanilmoqda [19]. Biroq, kistasi bo'lgan bemorlarda asplenizmning oldini olishda eng yaxshi natijalarga organlarni saqlovchi amaliyotlar [14] orqali erishish mumkin, ular qisman rezektsiyalar, ultratovush tekshiruv ostida punktsion-sklerozlash operatsiyalari va endovaskulyar okklyuzionlarni o'z ichiga oladi. Talonq kistasining laparoskopik qisman rezektsiyasi birinchi marta 1995 yilda E. Poulin tomonidan amalga oshirilgan [20]. Ushbu usul hozirda samarali va xavfsiz deb hisoblanadi, biroq bir qator cheklolarga ega. Bu, birinchi navbatda, jarrohning mukammal ko'nikmalarini va ma'lum bir bemorning talonq tomirlari anatomiyasini chuqur bilishni talab qiladi, chunki intensiv qon tomir ta'minoti va turli xil qon tomirlari arxitektoniyasi organning qon ketishining ko'payishiga va intraoperativ gemostazda qiyinchiliklarga olib keladi. Bundan tashqari, so'nggi ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, talonqning ichki tomirlari konfiguratsiyasi operatsiya natijasiga katta ta'sir ko'rsatadi. Xususan, kistalar joylashuvining markaziy variantida organni saqlash taktikasi tavsiya etilmaydi [21].

Tizimli tekshiruv ma'lumotlariga ko'ra, operatsiya ichidagi va operatsiyadan keyingi asoratlar ehtimoli 10,7% ni tashkil etdi, ular orasida qon ketish va kistaning yorilishi eng ko'p uchraydi [22]. Kista bo'shlig'i devorini kesish va uni laparoskop ostida drenajlash birinchi marta 1985 yilda M. Salki tomonidan amalga oshirilgan [23]. Hozirgi vaqtda amaliyot texnikasi kista devorining eng nozik qismida kistning qobig'ini ochish va uning tarkibini aspiratsiya qilishdan iborat. Operatsiyaning keyingi bosqichida kistaning ekstraparenximal qismi kesiladi, so'ngra koagulyatsion usullar yordamida qoldiq bo'shliqni chuqurlashtirish amalga oshiriladi. Keyingi so'nggi bosqichda aralashuv marsupializatsiya,

ya'ni qoldiq bo'shliq sohasiga charvini tikish bilan to'ldirilishi mumkin [24].

Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu aralashuvlar paytida ko'pincha katta qon ketishining rivojlanishi bilan taloq kapsulasining intraoperativ yorilishi kuzatiladi. Ushbu asorat splenektomiya uchun mutlaq ko'rsatmadir. Asoratlanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli, plazma va radioto'lqinli "skalpel" va argon plazma koagulyatsiyasidan foydalanish tavsiya etiladi, ular to'qimalarga ta'sir qilib, bir vaqtning o'zida uning parchalanishi, koagulyatsiyasi, destruksiya (deepitelializatsiya) va sterilizatsiya qiladi [25]. Shikastlanishni kamaytirish uchun jarrohlikning rivojlanishidagi global tendentsiyaga muvofiq, ultratovush va rentgenoskopiya nazorati ostida teri orqali amalga oshiriladigan va laparoskopik usullarga muqobil bo'lgan minimal invaziv usullar eng istiqbolli hisoblanadi. Ushbu operatsiyalarga kistaning sklerozi va drenajlash hamda patologik sohani oziqlantiruvchi tomirni superselektiv arterial embolizatsiyasi kiradi. Laparoskopik usullar bilan solishtirganda, teri orqali drenajlash usullari kamroq shikast yetkazadi, tejamkorroq va endotraxeal narkozni talab qilmaydi [26].

Birinchi marta ultratovush nazorati ostida skleroterapiya bilan birgalikda 96% etanol bilan teri osti punktsiyasi J. Kavamura tomonidan 1984 yilda amalga oshirilgan, ammo bu tajriba yuqori retsdiv darajasi va bir necha marta takroriy amaliyotlar zarurligi tufayli keng qo'llanilmagan [27]. Klinik amaliyotda sklerozant sifatida 40% glyukoza eritmalari, 2% formalin eritmasi, fenol, 10% yod eritmasi kabi turli preparatlar qo'llanilgan, ammo davolash natijalari barcha hollarda yetarlicha samara bermaganligini ko'rsatdi [14]. Muqobil minimal invaziv amaliyot - bu kistaning oziqlantiruvchi tomirni superselektiv arterial embolizatsiya usulidir. Tadqiqotda taloq arteriyasining shoxlarini embolizatsiya qilish rentgenoskopiya nazorati ostida son orqali kiritilgan mikrokater yordamida polivinil spirtini

superselektiv yuborish orqali amalga oshirildi. Ushbu usul davolanishdan keyin retsdivlar yo'qligini, shuningdek, kistalar intraparenximal joylashganda yuqori samaradorlikni ko'rsatdi. Shu bilan birga, 50% hollarda embolizatsiya qiluvchi vositalardan foydalanish operatsiyadan keyingi erta davrda infarkt zonasi-ning shakllanishi mumkin bo'lgan organ segmentining ishemiyasi bilan asoratlanadi, buning natijasida 50% hollarda gipertermiya va og'riq sindromi kuzatiladi [28]. Ushbu usulning kamchiligi, shuningdek, o'rtacha 9 kuni tashkil etadigan uzoq muddatli kasalxonaga yotqizish davri deb atash mumkin. Kasalxonada qolish muddati kistani drenajlash va epitelizatsiyadan keyingi davrda qoldiq bo'shliqdan suyuqlik sekretsiyasi to'xtashiga bog'liq holda o'zgaradi [29, 30]. NTK ni davolashda mavjud bo'lgan minimal invaziv usullarning kamchiliklari mavjudligi potentsial alternativalariga e'tibor berishni talab qiladi.

Eng istiqbolli usul - bu mikroto'lqinli ablyatsiya (MTA). MTA ning termal ta'siri koagulyatsiya nekrozining rivojlanishiga olib keladi. Ushbu turdagi to'qimalarni yo'q qilish xavfsizdir va atrofdagi to'qimalarga va butun organizmga toksik ta'sir ko'rsatmaydi [31]. Mikroto'lqinli nurlanish har qanday to'qimalarga, shu jumladan suvsizlangan va kuygan tuzilmalarga erkin kirib boradi va ularning intensivligi deyarli bug'lanish ta'siriga bog'liq emas. MTA ta'sirida to'qimalarning harorati 150 ° C ga yetishi mumkin, bu juda qisqa vaqt ichida (2-7 minut) katta (8 sm gacha) nekroz zonalarini yaratishga imkon beradi [32]. Operatsiya davomida diametri 7,5 sm bo'lgan kistaning o'rtasiga teri orqali mikroto'lqinli ablyator kiritildi. Ablyatsiyaning davomiyligi 5 minut. Operatsiyadan keyingi davr asoratlarsiz o'tadi. Operatsiyadan keyingi 2-kuni bemorlarga ultratovush tekshiruv o'tkaziladi, bemor shifoxonadan chiqariladi. 4 oydan so'ng, keyingi kompyuter tomografiyasi o'tkaziladi va amaliyot samaradorligi baholanadi. Tadqiqot

davomida taloq kistasi bo'lgan bemorlarda teri orqali MTA xavfsizligini o'rganib chiqildi. Gemoglobinuriya ko'rinishidagi yagona operatsiyadan keyingi asorat faqat 1 bemorda (3%) kuzatildi, bu operatsiya xavfsizligini tasdiqlaydi. Ochiq MTA o'tkazilgan nazorat guruhida asoratlarning darajasi 32% ni tashkil etdi [33].

Xulosa

Taloq kistalarini tashxislash qiyin, shuning uchun ular bemorlarga tegishli davolanishni ta'minlamaslik tufayli ortib borayotgan xavfni anglatadi. Taloq parenximasiga har qanday amaliyot zarurati tug'ilganda klassik splenektomiya operatsiyadan keyingi davrda yiringli asoratlarni rivojlanish xavfi yuqori bo'lib, organ saqlovchi davolash taktikasi ishlab chiqishni talab etadi. Taloq kistalari davolashda organni rezektsiya qilish va kista bo'shlig'ini drenajlashga asosiy e'tiborni qaratish tavsiya qilinadi. Hozirgi vaqtda bu amaliyotlar laparoskopik usulda amalga oshiriladi. Bemorlarning travmatizatsiyasini kamaytirish uchun taloqning parazitlar bo'lmagan kistalarini davolashning minimal invaziv usullari taklif qilindi, ular ultratovush va rentgenoskopiya nazorati ostida teri orqali amaliyotlardir. Ushbu operatsiyalarga kistaning sklerozi va drenajlash hamda patologik markazni oziqlantiruvchi tomirni superselektiv arterial embolizatsiyasi kiradi. Biroq, tadqiqot ma'lumotlariga ko'ra, ikkala usul ham ulardan foydalanishni cheklaydigan kamchiliklarga ega, bu esa minimal invaziv amaliyot uchun muqobil texnikani ishlab chiqish zaruratini keltirib chiqaradi. Olingan birinchi ma'lumotlar taloqning patologik shakllanishini teri orqali mikroto'lqinli ablatsiya qilishning yuqori samaradorligi va xavfsizligini ko'rsatadi, ammo bu usul, shubhasiz, taloqning parazitlar kistalari bo'lgan bemorlarni davolashda haqiqiy klinik amaliyotda qo'shimcha o'rganishni talab qiladi.

ADABIYOTLAR

1. Stepanova Yu. A, Alimurzaeva M.Z, Ультразвуковая дифференциальная диагностика кист и кистозных опухолей селезенки. Мед Визуализация. 2020; 24(3):63-75. <https://doi.org/10.24835/1607-0763-2020-3-63-75>
2. Partial splenectomy: A case series and systematic review of the literature / F. Esposito [et al.] // Ann Hepatobiliary Pancreatic Surgery. – 2018. – Vol. 22, iss. 2. – P. 116-127. – <https://doi.org/10.14701/ahbps.2018.22.2.116>.
3. Chen YY, Shyr YM, wang SE. Epidermoid cyst of the spleen. J. Gastrointest Surg. 2013 Mar; 17(3):555-61. doi: 10.1007/s11605-012-2088-y
4. Partial laparoscopic splenectomy for trauma: technique and case report / E. C. Poulin [et al.] // Surg Laparosc Endosc. – 1995. – Vol. 5, iss. 4. – P. 306-310.
5. Fowler RH. Nonparasitic benign cystic tumors of the spleen. Int Abstr Surg. 1953 Mar; 96(3):209-27.
6. Posta CG. Laparoscopic management of a splenic cyst. J. Laparoendosc Surg. 1994 Oct; 4(5):347-54. doi: 10.1089/lps.1994.4.347
7. Hassoun J, Ortega G, Burkhalter LS, Josephs S, Qureshi FG Management of non-parasitic splenic cysts in children. J. Surg Res. 2018 Mar; 223:142-48. doi: 10.1016/j.jss.2017.09.036
8. Tuccari G, Giuffrè G, Muscara M. Epidermoid cyst of the spleen: diagnosis suggested by fine-needle aspiration biopsy. Diagn Cytopathol. 1992; 8(5):517-21. doi: 10.1002/dc.2840080512
9. Shukla RM, Mukhopadhyay M, Mandal KC, Mukhopadhyay B. Giant congenital infected splenic cyst: An interesting case report and review of the literature. Indian J Surg. 2010 Jun; 72(3):260-62. doi: 10.1007/s12262-010-0068-6
10. Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification, and treat-

ment. *J Am Coll Surg.* 2002 Mar; 194(3):306-14. doi: 10.1016/s1072-7515(01)01178-4

11. Preoperative selective embolization allowing a partial splenectomy for splenic hamartoma / F. Mignon [et al.] // *Ann Chir.* – 2003. – Vol. 128, iss. 2. – P. 112-116. – [https://doi.org/10.1016/s0003-3944\(02\)00033-0](https://doi.org/10.1016/s0003-3944(02)00033-0).

12. Schlittler LA, Dallagasperina Vw. Non-parasitic splenic cysts. *Rev Col Bras Cir.* 2010 Dec;37(6):442-46. doi: 10.1590/s0100-69912010000600011 [Article in English, Portuguese]

13. Kubishkin V.A, Ionkin D.A. Опухоли и кисты селезенки, Москва, РФ: ИД Медпрактика-М; 2007. 288 с.

14. Kenney CD, Hoeger YE, Yetasook AK, Linn JG, Denham Ew, Carbray J, Ujiki MB. Management of non-parasitic splenic cysts: does size really matter? *J. Gastrointest Surg.* 2014 Sep; 18(9):1658-63. doi: 10.1007/s11605-014-2545-x

15. Treatment of hemangioma of the spleen by preoperative partial splenic embolization plus laparoscopic partial splenectomy: a case report / L. Zheng [et al.] // *Medicine (Baltimore).* – 2018. – Vol. 97, iss. 17. – Art. e0498. – <https://doi.org/10.1097/md.00000000000010498>.

16. Selby C, Hart S, Ispahani P, Toghil PJ. Bacteraemia in adults after splenectomy or splenic irradiation. *Q J Med.* 1987 Jun; 63(3):523-30. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.qjmed.a06812217>. Pate Jw, Peters TG, Andrews CR. Postsplenectomy complications. *Am Surg.* 1985 Aug; 51(8):437-41.

17. Maslyakov V.V, Barsukov V.G, Chumanov A.Yu. Физиологическое обоснование органосохраняющих операций при травмах селезенки. *Казан Мед Журн.* 2011;92(3):335-40. <https://cyberleninka.ru/article/n/fiziologicheskoe-obosnovanie-organosohranyayuschih-operatsiy-pri-travme-selezenki>

18. Morgenstern L, Shapiro SJ. Partial splenectomy for nonparasitic splenic cysts. *Am J Surg.* 1980; 139(2):278-281. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(80\)90273-1](https://doi.org/10.1016/0002-9610(80)90273-1)

19. Poulin EC, Thibault C, DesCôteaux JG, Côté G. Partial laparoscopic splenectomy for trauma: technique and case report. *Surg Laparosc Endosc.* 1995 Aug; 5(4):306-10.

20. Vasilescu, C. Laparoscopic versus robotic subtotal splenectomy in hereditary spherocytosis. Potential advantages and limits of an expensive approach / C. Vasilescu, O. Stanciulea, S. Tudor // *Surg Endosc.* – 2012. – Vol. 26, iss. 10. – P. 2802-2809. – <https://doi.org/10.1007/s00464-012-2249-9>.

21. Liu G, Fan Y. Feasibility and safety of laparoscopic partial splenectomy: a systematic review. *World J Surg.* 2019 Jun; 43 6): 1505-18. doi: 10.1007/s00268-019-04946-8

22. Karfis E.A., Roustanis E., Tsimoyiannis E.C. Surgical management of nonparasitic splenic cysts. *J.S.J.S.* 2009; 13(2):207–12.

23. Milosavljevi V, Tadi B, Grubor N, Eri D, Mati S. Laparoscopic technique as a method of choice in the treatment of non-parasitic splenic cysts. *Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo.* 2019 Mar; 147(5):307-10. doi: <https://doi.org/10.2298/SARH181008029M>

24. Shiryaev A.A., Musaev G.X., Xarnas S.S, Рябова А.В., Кондрашин С.А., Ахмедова С.Н. Непаразитарные кисты селезенки, методы хирургического лечения. *Вестник хирургической гастроэнтелогии.* 2013; (4): 26–32.

25. Karfis EA, Roustanis E, Tsimoyiannis EC. Surgical management of nonparasitic splenic cysts. *JSLs.* 2009 Apr-Jun;13(2):207-12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3015942/>

26. Kawamura J, Hiura M, Ueda M, Higashi Y, Yoshida O, Kuwahara C, Ueda M. Ultrasoundguided renal cyst puncture and 95% ethanol injection. Part 1: Estimation of ethanol levels in the blood and urine following 95% ethanol injection. *Hinyokika Kiyo.* 1984 Mar;

30(3):287-94. https://repository.kulib.kyoto-u.ac.jp/dspace/bitstream/2433/118145/1/30_287.pdf

27. Karpova R, Mishin A, Guseinov S. Microwave ablation of splenic cyst: A case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2019 Apr 12;41:40-42. doi: 10.1016/j.amsu. 2019. 03. 014. eCollection 2019 May.

28. Akhan O, Dagoglu-Kartal MG, Ciftci T, Ozer C, Erbahceci A, Akinci D. Percutaneous Treatment of Non-parasitic Splenic Cysts: Long-Term Results for Single- Versus Multiple-Session Treatment. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2017 Sep;40(9):1421-30. doi: 10.1007/s00270-017-1650-0

29. Luo N, wang Y, Geng Z, Qin X. Analysis of feasibility, safety and effectiveness of ultrasound-guided percutaneous microwave ablation of splenic neoplasm. *Oncol Lett*. 2018 Oct;16(4):4807-12. doi: 10.3892/ol.2018.7845

30. Cairang Y, Zhang L, Ren B, Ren L, Hou L, wang H, Zhou Y, Zhang Q, Shao J, Fan

H. Efficacy and safety of ultrasound-guided percutaneous microwave ablation for the treatment of hepatic alveolar echinococcosis: A preliminary study. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Jul;96(27):e7137. doi: 10.1097/MD.00000000000007137

31. Kaiser M.M., Fischer F, Wessel M.L. The laparoscopic spleen-preserving approach to splenic cysts: advantages and limitations. *Zentralbl. Chir*. 2008; 133(2): 142–7.

32. Kaiwa Y., Kurokawa Y., Namiki K., Matsumoto H., Satomi S. Laparoscopic partial splenectomies for true splenic cysts. *Surg. Endosc*. 2000; 14(9): 865.

33. Cai H., An Y., Wu D., Chen X., Zhang Y., Zhu F. et al. Laparoscopic partial splenectomy: a preferred method for select patients. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A*. 2016; 26(12): 1010–4.