

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
«АКАДЕМИК В.ВОХИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ–АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ» ДАВЛАТ МУАССАСАСИ**

**“КЎКРАК ҚАФАСИ ОРГАНЛАРИ ЭХИНОКОККОЗИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
БАЁННОМАСИ**

Тошкент – 2025

**«ТАСДИҚЛАЙМАН»
«Академик В.Вохидов номидаги
РИХИАТМ» ДМ директори
С.И. Исмаилов**



[Handwritten signature] 2025 йил

**“КЎКРАК ҚАФАСИ ОРГАНЛАРИ ЭХИНОКОККОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ**

Тошкент - 2025

"КЎКРАК ҚАҒАСИ ОРГАНЛАРИ ЭХИНОКОККОЗИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ

Тошкент - 2025

1. КИРИШ ҚИСМИ

1.1 ХКТ-10 ва 11 код(лари):

Код		Номи: Кўкрак қафаси органлари эхинококкози
МКБ-10	МКБ-11	
B67.1	1F73.1	Ўпканинг echinococcus granulosus билан жароҳатланиши
B67.2	1F73.2	Суякларнинг echinococcus granulosus билан жароҳатланиши
B67.3	1F73.Y	Бошқа аъзоларнинг echinococcus granulosus билан жароҳатланиши ва кўпламчи эхинококкозлар
B67.6	1F73.Z	Бошқа аъзоларнинг echinococcus multilocularis билан жароҳатланиши ва кўпламчи эхинококкозлар
Юклаб олиш (МКБ дан ҳавола)		https://mkb-10.com/index.php?pid=8338 ва https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#255141529%2Fother

Баённомани қайта кўриб чиқиш ва ишлаш санаси: Ушбу протокол 2025 йил ишлаб чиқилди; қайта кўриб чиқиш режалаштирилган: 2028 йил

Асосий ва қўшимча муаллифлар жамоасининг рўйхати (Ф.И.О., Иш жойи, унвони/лавозими):

Ишчи гуруҳ раҳбари	Исмаилов Сайдимурод Ибрагимович «Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ» ДМ директори, т.ф.д., профессор
Ишчи гуруҳ аъзолари	Эшонходжаев Отабек Джураевич «Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ» ДМ директори биринчи ўринбосари, т.ф.д., профессор
	Турсунов Насритдин Тошович «Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ» ДМ ўпка ва кўкс оралиғи хирургияси бўлими мудири.

Такризчилар (2 ташқи, республика ва халқаро даражадаги) (Ф.И.О., Иш жойи, унвони/лавозими):

Рецензентлар :	Попов Арсен Юрьевич Руководитель отделением хирургии №2 в клинике НИИ Краевая клиническая больница № 1 имени профессора Очаповского, д.м.н.
	Ирисов Ортикали Тулаевич Тошкент тиббиёт академияси факултет ва госпитал хирургия кафедраси, кафедра доценти, т.ф.д.

Қачон муҳокамалар ўтказилган (тиббийёт муассасалар Илмий Кенгашлари муҳокамаси баённомасидан кўчирма санаси ва сони); «Академик В.Вахидов номидаги РИХИАТМ» ДМ Илмий Кенгашининг 2025-йил 15 мартдаги №3-сонли протоколидан кўчирма.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И., Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Клиник протоколларнинг мақбуллиги ва амалиётда қўлланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлаш амалиёт бўғини вакиллари билан биргаликда ўтказилди.

Ушбу нозология баённомаси фойдаланувчилари:

соғлиқни сақлаш ташкилотчилари,
умумий амалиёт шифокори,
терапевтлар,
пульмонологлар,
торакал хирурглар,
нейрохирурглар,
кардиохирурглар,
рентгенологлар,
абдоминал хирурглар,
ангиохирурглар,
умумий хирурглар,
гельминтологлар,
анестезиолог-реаниматологлар,
функционал диагностик шифокорлари,
нур диагностикаси шифокорлари,
лабаротория шифокорлари,
патоморфолог шифокорлар,
микробиолог шифокорлар.

8) Ушбу нозологияда беморлар тоифаси: катталар.

9) Ташхислаш усуллари (ташхислаш ёндашувлари) учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Ёритиб бериш
1	Малумот назорати билан тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар назорати ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш билан алоҳида тадқиқотлар
3	Йўналтирувчи усул билан изчил назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган маълумотнома усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

Профилактик, даволовчи ва реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Ёритиб бериш
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари, ҳар қандай дизайн тадқиқотларга тизимли шарҳлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатлар тавсифи, «ишларни назорат қилиш» бўйича тадқиқотлар
5	Фақат ёндашувнинг таъсир механизми (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

Профилактик, диагностик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини (ТИД) баҳолаш шкаласи

ТИД	Ёритиб бериш
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга)

	эга эмас ва/ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсиялар (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

Баённомада қўлланилган қисқартмалар:

ОИВ	одам иммунодефицити вируси
ИФА	иммунофермент анализ
АТЗВ	Активлашган тромбопластин заррачалари вақти
ХНМ	халқаро нормаллашган муносабат
ПТИ	протромбин индекси
УСТ	умумий сийдик таҳлили
УҚТ	умумий қон таҳлили
ЭЧТ	эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
КҚА	кўкрак қафаси аъзолари
ЭКГ	электрокардиограмма
ЭхоКГ	эхокардиография
УТТ	ультратовуш текшируви
КТ	компьютер томографияси
МСКТ	мультиспирал компьютер томографияси
МСКТА	Мультиспирал компьютер-томография ангиографияси
МРТ	магнитно-резонанс томография
ТБФС	трахеобронхофиброскопия
ЭГДФС	эзофагогастроуденофиброскопия
ТНОФ	ташқи нафас олиш функцияси
АБ	артериал босим
ЎЭ	ўпка эхинококкози
ЎАЭ	ўпка асоратланган эхинококкози
ЭЭК	эхинококкэктомия
ИД	исботланганлик даражаси

Мундарижа

1	<u>"КЎКРАК ҚАФАСИНИГ ЭХИНОКОККОЗИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ</u>	4
2	<u>"КЎКРАК ҚАФАСИНИГ ЭХИНОКОККОЗИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ</u>	22
3	<u>"КЎКРАК ҚАФАСИНИГ ЭХИНОКОККОЗИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ</u>	34

2. АСОСИЙ ҚИСМ.

Кириш

Эхинококк касаллиги - бутун дунёда кенг тарқалган зооноз паразитар инвазия бўлиб, Echinococcus (CE) турига мансуб цестодларнинг личинка босқичлари томонидан чақирилади. Эхинококкларнинг тўрт тури жамоат саломатлиги учун хавф туғдиради, улардан Echinococcus granulosus одамларда кистоз эхинококкоз билан намоён бўлиб, энг кўп инвазияларни келтириб чиқаради. [<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>]

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ҳисоботида кўра, «дунёда CE билан касалланиш бир қанча мамлакатларда 100 000 кишига 50 дан ортиқ ҳолатлар билан баҳоланмоқда. Ушбу касаллик дунёнинг кўплаб минтақаларида, хусусан, Перу, Чили, Марказий Осиё ва Ғарбий Хитойда эндемик ҳисобланади»¹. Локализациясига кўра эхинококкоз кўпинча жигарни зарарлайди, частотаси бўйича иккинчи нишон-аъзо ўпкалар бўлиб ҳисобланади. Ўпка эхинококкозининг (ЎЭ) жарроҳлиги касалликнинг тез-тез асоратланган кечиши ва операциядан кейинги асоратларнинг юқори улуши туфайли ўткир долзарб муаммога киради.

[<https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7596-47363-69541>]

Умумий статистика бўйича Ўзбекистон Республикасида эхинококкоз билан касалланиш кўрсаткичи 100000 аҳоли сонига 5,82 кишини ташкил қилади, ҳар йили 4,5 минг кишида жарроҳлик амалиёти ўтказилади, улардан 25% да ҳар хил асоратлар кузатилади. [<http://pbim.uz/web/upload/1605185589.pdf>]

2). Таъриф:

Кўкрак қафаси ва кўкс оралиғи аъзолари эхинококкози – бу кўкрак қафаси аъзоларининг паразитлар билан жароҳатланиши, яъни ўпка, плевра бўшлиғи, кўкс оралиғи, юрак эхинококкози, яна қорин бўлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларининг қўшма жароҳатланиши, кўпламчи ва солитар кисталар, ҳамда касалликнинг ўпка абсцесси, плевра эмпиемаси ва нафас етишмовчилиги симптомокомплекси билан тавсифланган асоратланган ва гигант кисталар кузатилади. [<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>]

3). Клиник таснифи:

Касалликнинг клиник кўриниши жароҳатланиш даражасига, локализациясига, кисталар сонига ва юзага келган асоратларга боғлиқ:

Эхинококкознинг таснифи, М.Ю. Гилевич (1987й)

I. Бирламчи эхинококкоз:

- а). Аъзо ва тўқималарнинг маҳаллий эхинококкози.
- б). Алоҳида аъзо ёки тўқималарнинг бирламчи кўп эхинококкози.
- в). Турли бўшлиқлар, аъзолар ва тўқималарнинг қўшма эхинококкози.

¹ Dorjsuren T, Ganzorig S, Dagvasumberel M. Prevalence and risk factors associated with human cystic echinococcosis in rural areas, Mongolia. PLoS One. 2020 Jul 2;15(7):e0235399. doi: 10.1371/journal.pone.0235399.

г). Ўз-ўзидан тарқалиб кетган сочма эхинококкоз (кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ва бошқалар).

II. Паразитнинг реинвазияси натижасида такрорий эхинококкоз (жароҳатланишнинг худди шундай локализацияси билан).

III. Қолдиқ эхинококкоз:

- а). Маҳаллий.
- б). Бирламчи-кўп эхинококкоз.
- в). Кўшма эхинококкоз.
- г). Тарқалган эхинококкоз ва ҳ.к.

IV. Такрорий эхинококкоз:

- а). Ягона, кўпламчи.
- б). Олдин жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўшлиқлар, аъзолар ва тўқималарда қайталаниши.
- в). Қайта-кўпламчи жароҳатланиш билан қайталаниши.
- г). Кўшма жароҳатланиш билан қайталаниши.
- д). Бир марта ва кўплаб қайталанишлар.

V. Асоратланмаган ва асоратланган эхинококкоз:

- а). Бирламчи эхинококкоз.
- б). Такрорий эхинококкоз.
- в). Қолдиқ эхинококкоз.
- г). Қайталанган эхинококкоз.

А.В.Мельников томонидан тавсифланиш

Кўпгина клиницист шифокорлар касаллик кечишининг уч босқичга бўлинишига риоя қилишади:

- I босқич: яширин босқич – касаллик билан жароҳатланган вақтдан бошлаб, касалликнинг биринчи белгилари пайдо бўлгунга қадар;
- II босқич: клиник кўринишлар босқичи.
- III босқич: асорталар босқичи.

Клиник тасниф:

I. Бирламчи

- солитар;
- кўпламчи

II. Иккиламчи (метастатик)

- гидатик;
- бронхоген;
- гематоген;
- альвеоляр;
- ўчоқли;
- тугунли;
- бўшлиқли.

Босқич бўйича:

- ёрилмаган киста фазаси;

- кистанинг ёрилиши фазаси.

Кистанинг ҳажми бўйича:

- кичик (до 2 см);
- ўртача (2-4 см);
- катта (4-6 см);
- гигант (>6 см).

Кисталар сони бўйича:

- солитар;
- кўпламчи.

Шакли бўйича:

- шарсимон;
- деформациланган.

Тузилиши бўйича:

- бир текис;
- суюқлик сатҳи билан.

Асоратларнинг мавжудлигига кўра:

- асоратланмаган;
- асоратланган (йиринглаш, ателектаз, пиопневмоторакс ва бошқалар).

3. ДИАГНОСТИК УСЛУБЛАР, ЁНДАШУВЛАР ВА ПРОЦЕДУРАЛАР

Асосий ва қўшимча ташхислаш тадбирлари рўйхати.

Амбулатор шароитда ўтказиладиган асосий (мажбурий) ташхислаш текширувлари:

- шикоятлар, касаллик тарихи ва ҳаёт тарихини тўплаш;
- физикал текширув;
- УСТ
- УҚТ
- Қоннинг биохимик таҳлили: умумий оқсил, албумин, сийдикчил, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза;
- Эхинококка қарши антитаначаларни аниқлаш (миқдорий);
- Юрак патологиясини истисно қилиш учун ЭКГ (УД-В);
- Икки проекцияда кўкрак қафаси аъзоларининг оддий рентгенографияси;

Амбулатор шароитда ўтказиладиган қўшимча диагностик текширувлар:

- Қорин бўшлиғи аъзоларининг ултратовуш текшируви (жигар, ўт пуфаги ошқозон ости бези, талоқ, буйраклар);
- Ташхисловчи бронхоскопия;
- Кўкрак қафаси аъзоларининг МСКТ текшируви;
- Бош мия МСКТ текшируви;
- Кўкрак қафаси аъзолари ултратовуш текшируви;
- Спирография;

Касалхонага шошилич равишда ётқизиш пайтида ва таҳлил ўтказилгандан 10 кундан ортиқ вақтдан кейин шифохона шароитида ўтказиладиган асосий (мажбурий) ташхислаш текширувлари:

- шикоятлар, касаллик ва ҳаёт тарихини тўплаш;
- физикал текширув;
- УҚТ;
- УСТ;
- қоннинг биохимик таҳлили: умумий биллирубин, тўғридан – тўғри ва билвосита биллирубин, АлТ, АсТ, умумий оксил, албумин, сийдикчил, креатинин, электролитлар, глюкоза;
- коагулограмма (АЧТВ, МНО, фибриноген, ПТИ);
- қонни ОИТС га текшириш;
- қонни захмга карши текшириш;
- қон зардобиди гепатита В (HBsAg) маркерини аниқлаш;
- қон зардобиди гепатита С (HCV) маркерини аниқлаш;
- қон гуруҳини АВ0 тизимида аниқлаш;
- қоннинг резус омилини аниқлаш;
- балғамни (томоқдан суртма) ни микробиологик текшируви;
- антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш;
- кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммаси ёки флюорограммаси, рентгеноскопияси);
- ЭКГ

Касалхонага шошилич равишда ётқизиш пайтида ва таҳлил ўтказилгандан 10 кундан ортиқ вақтдан кейин шифохона шароитида ўтказиладиган кўшимча ташхислаш текширувлари::

- Кўкрак қафаси МСКТ текшируви;
- Қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текшируви
- ЭхоКГ;
- Кўкрак қафаси Рентгенография –скопияси;
- Ташхислаш гастроскопияси.
- Ташхислаш бронхоскопияси

Шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида ўтказиладиган ташхислаш тадбирлари:

- шикоятлар, касаллик тарихи ва ҳаёт тарихини тўплаш;
- физикал текширув;
- ЭКГ.
- икки проекцияда кўкрак қафаси аъзоларининг оддий рентгенографияси;

II. Ташхислаш мезонлари (жараённинг оғирлигига қараб касалликнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

1. Шикоятлар: касалликнинг биринчи босқичида, ёрилмаган, аста-секин ўсиб бораётган, инфекцияланмаган кисталар мавжуд бўлганда, беморнинг умумий аҳволида деярли ўзгаришлар кузатилмайди, шикоятлари бўлмайди. Умумий

аҳволидаги ўзгаришлар катта кисталар мавжуд бўлганда кузатилади, бунда кўкрак қафаси деворларига босим ўтказилиши, катта магистрал қон томирларни, бронхларни ва кўкс оралиғи аъзоларининг сиқилиши кузатилади. Кисталар йиринглаганда, беморнинг аҳволи кескин ёмонлашади.

Носпецифик шикоятлар:

- сезиларсиз ноқулайликлар;
- тошма тошиши;
- қичишиш;
- нафас олиш ва қон айланишининг қийинлашиши.

Типик шикоятлар:

- кўкрак қафасидаги оғриқ (киста жойлашган томонда ва дастлаб даврий бўлиб, кейин доимий бўлиб, йўтал ва жисмоний зўриқишда кучаяди). Оғриқлар табиати санчикли, чимчиловчи ёки симиллаб оғрийдиган бўлади. Кучли маҳаллий оғриқлар рецидив эхинококкозларда кузатилади. Оғриқлар белга, юрак соҳасига, сут беги соҳасига, эпигастрал соҳага тарқалиши мумкин;
- доимий кучли йўтал (ўпка илдизи ва диафрагма соҳасида жойлашган кисталарда. Касаллик кучайиб бориши билан қуруқ йўтал ўрнига оз миқдорда шиллиқ ёки шиллиқ йирингли балғам пайдо бўлиши мумкин).
- қон туфлаш (беморни шифокорга мурожаат қилишга мажбурловчи биринчи аловчи);
- нафас қисилиши (катта ва кўп кисталари бўлган беморларда, айниқса кисталар тез ўсиб кетган ҳолатларда).

2. Анамнез:

- эндемик ҳудудларда яшаш (чорвачиликка мослашган ҳудудларда, яйловлари бўлган тоғли ҳудудларда)
- кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларида эхинококкоз касаллиги бўйича олдин жарроҳлик амалиёти ўтказилганлиги ҳақида маълумот;
- оилавий анамнез (оила аъзолари ичида эхинококкоэктомия амалиёти ўтказилганлари бор ёки йўқлиги), уйда итларнинг мавжудлиги;

3. Физикал текширув:

Умумий текширув:

- кўкрак қафасининг бўртиб чиқиши (кўпинча болалар ва ёшларда кисталар ўпканинг юқори бўлакларида жойлашаганида кузатилади);
- асимметрия, кўкрак қафаси бир томонининг нафас олиш актидан орқада қолиши.
- қовурғалар орасининг текисланиб қолиши;
- тери ости веаларида қоннинг димланиб қолиши, кўкрак қафаси деворларининг ва қўллардаги шишлар (катта ҳажмли кисталарда):
- балғамли қичима йўтал;
- қон туфлаш ёки ўпкадан қон кетиш;

палпация:

- қовурғалар орасини пайпаслаганда оғриқ (қовурғалар аро неврит ва яллиғланиш жараёнида қовурға плеврасининг иштирок этиши);

аускультация:

- нормал везикуляр нафас:
- нафас олишнинг сусайиши;
- қаттиқ, бронхиал нафас:
- амфорик нафас:
- куруқ ва нам нафас,
- нафаснинг бўлмаслиги (ателектаз ва катта кисталарда);

4. Лаборатор текширувлар:

- лейкоцитоз;
- эозинофилия;
- лимфоцитоз;
- ЭЧТ ошиши;

коагулограмма:

- қон ивишининг ошиши.

5. Инструментал текширувлар.

Кўкрак қафаси рентгенографияси:

- Ўпка майдонида овалсимон соя;
- Ўпка майдонида айланасимон соя;
- Кўплаб овалсимон ва айланасимон соялар;
- Ярим ой симптоми;
- Ёжимланган қоғоз симптоми;
- Нейменов симптоми;
- Сузувчи хитин қобик симптоми;
- Пневмогидроторакс тасвири;

Кўкрак қафаси УТГи

- Ўпка ва плевра бўшлиғининг периферик, париетал жойлашган эхинококкозида кистасимон ҳосила кузатилади;
- ЭхоКГ да миокарда кистоз ҳосила борлиги аниқланади;
- Плевра бўшлиғида суклик мавжудлиги плевра бўшлиғига ёрилган асоратланган эхинококкозларда аниқланади;

Кўкрак қафаси МСКТси:

- Кисталар сони;
- Кисталар жойлашуви;
- Асоратлар характери;
- Атрофдаги тўқималарга инвазия даражаси.

МСКТ:

- Томир деворининг интим жойлашуви ёки эхинококк кистасининг ўпка ва кўкс оралиғи томирларига инвазия билан ҳолати;
- ўпка ва кўкс оралиғи таъсирланган томирлари деворининг ҳолати;
- қон томир контрастининг йўқлиги (окклюзия);

- артериал тромбоз белгилари;
- миокардга инвазия белгилари ва даражаси.

5. Тор мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар:

- бошқа бирга келадиган патология мавжуд бўлганда ихтисослашган мутахассисларнинг маслаҳати.

6. Дифференциал диагноз:

Ўпканинг эхинококкозини бошқа айланасимон ўпка ҳосилалари, паразитар бўлмаган кисталар, плевра эмпиемаси, сил касаллигидан фарқлаш керак. Дифференциал ташхис 1-жадвалда келтирилган.

Таблица №1.

Ўпка эхинококкози

дифференциал диагностикаси

Нозология	Характерли синдромлар / аломатлар	Дифференциалловчи тест
Плевра Эмпиемаси	Санчилган оғрик, шикастланиш томонида оғирлик, тананинг мажбурий ҳолати, курук йўтал, фебрил иситма, кўкрак деворидаги оқмадан йиринг чиқиши	МСКТ-плевра бўшлиғида сиқилган ўпка, суюқлик (турли зичликдаги) ва ҳаво мавжудлиги, кўкс оралиғи органларининг соғлом томонга силжиши, шунингдек чандиқлар, қотишмалар ва ари уясидаги сингари ғовак бўшлиқлар мавжуд бўлади.
Нопаразитар кисталар	Нафас олиш қийинлишуви, тўмтоқ кўкрак оғриғи, акроцианоз.	Ўпка кенг рентгенографияси – кам ифодаланган ўпканинг шикастланиши, соғлом йўналишда ўпканинг сиқилиши.
Сил касаллиги	Интоксикация синдроми ва касалликнинг бронхопулмонар кўринишлари ифодаланади. тана ҳарорати доимий 39-40 °С гача кўтарилиши. Бундан ташқари, диспептик аломатлар ва вазн йўқотиб анорексиягача, иштаҳани йўқолиши. Беморлар кўкрак қафасидаги оғриқлар, нафас қисилиши, балғам билан йўтал, баъзида рангли занглаган ёки йирингли балғамдан шикоят	Рентген тасвири: бутун бўлакга ёки бутун ўпкага таъсир қилади ва жараён икки томонлама бўлиб, кўп сонли бўшлиқлар мавжудлиги, ўпканинг деструкция бўлиши, диафрагма гумбазининг баланд туриши

	қиладилар.	
Ўпка, плевра ва кўкс оралиғи ёмон ва яхши сифатли ўсмалари	кўкрак қафасидаги оғриқ, нафас қисилиши, терининг рангпарлиги ва цианози, терлаш, прогрессив вазн йўқотиш, ёмон ҳидли балғам кўп ажралиши	Ўпка рентгенографияси-бу қўшни бўлақларга ёки бутун ўпкага тарқалиш тенденцияси билан бўлақ ичидаги кенг қорайиш (бир ҳил бўлмаган зичликнинг емирилиш бўшлиғи). МСКТ-катта бўшлиқларда турли ўлчамдаги тўқима секвестрлари аниқланади. Балғамни микроскопик текшириш: Дитрих тикинлар, ўпка тўқималарининг некротик элементлари, эластик толаларнинг йўқлиги.
Артериовеноз аневризмалар	Нормал ҳолатда нафас олганда ўткир оғриқ пайдо бўлиши, аниқ клиниканинг йўқлиги билан.	Кўкрак қафаси аъзолари Рентгенографияси – ўпка тузилишида ўзгаришлар мавжудлиги; Аналгетикларни берилганда бошқа аломатларнинг йўқолиши. Аускултация-ўпкада шовқин
Кўкрак қафаси аортаси аневризмаси	Юрак уриши, ритм, пулсинг бузилиши, совуқ тер, тахикардия, қон томир спазми, қон босимининг ўйнаши.	ЭКГ, миография, қизилўнгачни рентген контрастли найча ёки барий суспензияси билан текшириш, ЭФГДС. ЭхоКГ.
Диафрагма релаксацияси	Оғриқлар, мустақил тўхтатилади, иситма бўлмаслиги мумкин, лейкоцитоз формуласи ўзгармасдан ўртача.	Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси кенг рентгенографияси. КТ текшируви диафрагма ва иккита бўшлиқнинг уланишига нисбатан патологик жараённинг аниқ локализациясини кўрсатади.
Кўкс оралиғи ва кўкрак қафаси ўсмалари (Юинг саркомаси, PNET, мезотелиома, плеврага МТС)	Оғриқ кам бўлиши мумкин, ва аналгетиклар тасирида қолади. НЕ вақти-вақти билан катта ҳажмдаги ўсмаларда органларнинг сиқилиши билан кузатилади. Ўсимта интоксикацияси. Бошқариб бўлмайдиган иситма.	Биопсия-торақоскопия пайтида ўсимта хужайраларини аниқлаш. УҚТ, ҚБ/хТ патологик хужайралар бўлиши – ЛДГ. ИФ.

7. Даволаш мақсадлари:

- * ўпканинг ўчоқли (паразитар) шикастланишини бартараф этиш;
- * эхинококк кисталарининг кейинги ўсиши ва уларнинг асоратланишини олдини олиш;
- * ўпка функциясини сақлаш/тиклаш;
- * эхинококкознинг қайталанишининг олдини олиш;
- * эхинококк касаллигини тарқалишни олдини олиш;
- * инструментал тадқиқот усулларида қоникарли хусусиятларга эришиш.;
- * мураккаб эхинококкозда беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш.

4. ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

Касалхонага ётқизиш турини кўрсатган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

Касалхонага шошилиш ётқизиш учун кўрсатмалар:

- * эхинококк кистасининг бронхга ёрилиб, қон туфлаш кузатилса
- * эхинококк кистасининг плевра бўшлиғига ёрилиши
- * қон туфлаш
- * ўпкадан қон кетиши

Режалаштирилган тратибда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- ўрта (3 см дан ортиқ), катта ёки улкан ҳажмдаги ўчоқли кистали паразитар ўпка шикастланиши мавжудлиги.

Хирургик даволаш:

Ўпка ва кўкрак қафасининг бошқа органлари эхинококкози бўйича операция эндотрахеал наркоз остида амалга оширилади.

Ўпкадан видеоторакоскопик эхинококкэктомия амалиёти ўпкада периферик жойлашувган кисталарида амалга оширилади.

ЎЭнинг такрорий шакллари (айниқса, бир неча бор, бир нечта шикастланишлар, тарқалган шакл) бўлса, операция режасини ва унинг бажарилишини аниқлаш учун тажрибали жарроҳнинг торакотомия усули билан бажарилиши лозим.

Хирургик давонинг маъқул усулини танлаш:

ЎЭ ва кўкрак қафасининг бошқа органлари учун жарроҳлик икки босқичда амалга оширилади:

- * паразитни олиб ташлаш;
- * қолдиқ бўшлиқни йўқ қилиш;
- * ўпка ва кўкрак қафаси ревизияси;
- * паразитар кистани аниқлаш, унинг ҳажмини, локализациясини, кисталар сонини ва паразитар шикастланиш табиатини аниқлаш;
- * фиброз капсулаларга ишлов бериш учун стандарт антипаразитар воситалардан фойдаланган ҳолда, таниқли апаразитар ва антипаразитар тамойилларига қатъий риоя қилиш;
- * қолдиқ бўшлиқни йўқ қилиш усулларида фойдаланиш. 3 см дан кичик эхинококкоз ва тарқалган эхинококкозларда, ёрилиш хавфи бўлмаса ва асосий томирларга инвазия кузатилмаса, албендазол билан химиотерапия кўрсатилади,

жарроҳлик даволаш зарурлиги тўғрисида қарор торакал жарроҳ томонидан қабул қилинади. Ҳар 6 ойда бир марта инструментал диагностика усуллари назорати остида кутиш тактикаси қабул қилинади.

1. Эхинококкэктомия усуллари:

* ёпиқ - кистани очмасдан ("идеал", органни киста билан резекция қилиш, органни киста билан олиб ташлаш).

* очик - кистани тешиш ёки очиш ва унинг таркибини олиб ташлаш билан.

* бирлаштирилган - кўплаб ЎЭда - баъзиларини ёпиқ олиб ташлаш ва бошқаларини очик олиб ташлаш комбинацияси.

2. Қолдиқ бўшлиғини йўқ қилиш усуллари:

* қолдиқ бўшлиқни тўлиқ йўқ қилиш: капитонаж, фиброз капсуланинг инвагинацияси, фиброз капсуланинг тотал ва субтотал резекцияси.

* қолдиқ бўшлиқни ташқи дренажлаш билан тўлиқ йўқ қилиш: капитонаж, фиброз капсуланинг тнвагинацияси ва бошқалар.

* Қолдиқ бўшлиқни фақат ташқи дренажлаш.

Ўпкадан торакоскопик эхинококкэктомия учун кўрсатмалар паразит ҳаётнинг дастлабки икки даврида учрайди ягона, юзаки жойлашган эхинококк кисталари бўлиб, диаметри 5,0 см дан ошган ҳолларда. Операция, албатта, қолдиқ бўшлиқни дренажлаш билан якунланиши керак.

ЎЭ ва кўкрак қафасининг бошқа органларидаги барча операциялар плевра бўшлиғини дренажлаш билан якунланиши керак.

Анъанавий операциялардан ташқари, клиник амалиётда қуйидаги миниинвазив аралашувлар тобора кўпроқ қўлланилмоқда: мини-торакотомия усули.

* икки томонлама торакотомия, ўпкадан эхинококкэктомия амалиёти, ўпка перифериясида жойлашган ўпка эхинококкози билан амалга оширилиши мумкин;

Даволашнинг бошқа турлари: ўтқазилмайди (*Аммо эхинококкоз 3,0 см дан кичик ва тарқалган эхинококкоз таъхиси қўйилганда албендазол билан химиотерапия ўтказишга кўрсатма бўлади. Консерватив чораларнинг асосий тамойиллари қуйидагилардан иборат: схема бўйича Антипаразитар терапия: Албендазол кунига 10-12 мг / кг вазнда 30 кун давомида, даволаш, давомийлиги 3 курс 30 кундан, курслар орасидаги танаффус 2 ҳафта*)

1. Дорисиз даволаш:

Режим: умумий.

Диета - №15;

2. Дорилар билан даволаш (касалхонада жарроҳлик амалиётидан кейин):

Антигистамин терапия:

- Диазолин 1 кунда 2 марта оғиз орқали;
- Цетиризин 1 кунда 2 марта 10 мгдан перорал;
- Левоцетиризин 1 кунда 2 марта 5 мгдан перорал

Аллергик фонни камайтириш учун антигистамин терапия буюрилади.

Анальгетик терапия:

- (НЯҚВ (кеторолак, диклофенак бошқалар), паравертебрал симпатик эпидурал блокадалар).
- опиоидлар – НЯҚВ билан оғриқ симптомқ пасаймаганда стандарт дозада фентанил, морфин ва бошқалар.

Наркотик бўлмаган ва наркотик аналгетиклар (трамадол ёки кетопрофен ёки кеторолак; парацетамол). Оғриқни йўқотиш учун НЯҚВ оғиз орқали буюрилади. Операциядан кейинги беҳушлик учун НЯҚВларни вена ичига операция тугашидан 30-60 дақиқа олдин бошлаш керак. Операциядан кейинги оғриқни йўқотиш учун НЯҚВларни мушак ичига юборишга, дориларнинг қон зардобидида концентрациясининг ўзгарувчанлиги ва инъекция натижасида оғриқ туфайли кўрсатма қўйилмайди, истисно кеторолак (мушак ичига юбориш мумкин). НЯҚВлар анамнезда ошқозон-ичак трактидан ярали шикастланишлар ва қон кетиши бўлган беморларда қўлланилмайди. Бундай ҳолатда, парацетамол ошқозон-ичак трактининг шиллиқ қаватига таъсир қилмайдиган дори воситаси ҳисобланади. НЯҚВлар бир-бири билан комбинацияланиши мумкин эмас. Tramadol ва парацетамолнинг комбинацияси самарали ҳисобланади.

Антибактериал терапия:

- цефалоспоринлар 1 кунда 1гдан х 2 маҳал, вена ичига ёки мушак орасига
- аминогикозидлар 1 кунда 1гдан х 2 маҳал, вена ичига ёки мушак орасига
- фторхинолонлар 1 кунда 2 маҳал 5мг/мл - 100,0 мл, вена ичига ёки таблетка 500 мгдан х 2 маҳал per os.
- Карбапенем 1гдан 3 маҳал, вена ичига

Операциядан кейинги яранинг яллиғланиши ва операциядан кейинги яллиғланиш жараёнларининг олдини олиш учун антибактериал препаратлар қўлланилади. Шу мақсадда цефазолин ёки б-лактамларга аллергия бўлса гентамицин ёки метициллинга резистентлилик даражаси хавфи юқори бўлган/ метициллинга чидамли Staphylococcus aureus бўлган тақдирда ванкомицин қўлланилади. Ушбу турдаги жарроҳлик амалиётлари учун антибиотик профилактикаси Scottish Intercollegiate Guidelines ва ҳоказолар тавсияларига мувофиқ катъий тавсия етилади. Антибиотик профилактикаси мақсадида ИТТни эндоскопик олиб ташлаш ҳолатларида қуйидаги дорилардан бири буюрилади. Йирингли-яллиғланишли асоратлар кузатилганда, турли гуруҳ антибиотикларнинг (2-3) комбинациясига урғу бериш керак. Операция олди профилактикаси учун антибиотиклар рўйхатини ўзгартириш касалхонада микробиологик мониторингни ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак.

Муколитик терапия:

- Амброксол 1 кунда 15мг/мл - 2,0 мл 3 маҳал, вена ичига ёки мушак орасига;
- Амброксол 30 мг 1 таблеткадан 3 маҳал, per os;
- Ацетилцестин 100мг/мл – 3,0 мл 2 маҳал в сутки вена ичига ёки мушак орасига;
- Ацетилцестин 600 мг 2 маҳал, per os.

- Лазолван (ингаляция учун эритма) – 2,0 мл 3 маҳал небулайзерда нафас олиш

Дезинтоксикацион терапия:

- Аскорбин к-та 5%-10,0 + Натрия хлорид 0,9%- 200,0 томчилаб вена ичига.
- Кальция хлорид 10% - 10,0 + Натрия хлорид 0,9% - 200,0 томчилаб вена ичига
- Рингер эритмаси 200,0 томчилаб вена ичига.

Бронхолитик терапия:

- Эуфиллин 2,4 % - 10,0 вена ичига жилдиратиб
- Сальбутамол 2,0 мл х 2 маҳал небулайзерда нафас олиш
- Теофил 200 по 1 капсула 2 маҳал, per os.

3. Даволашнинг бошқа турлари: (касалхонада жарроҳлик даволанишдан кейин)

Нафас олиш машқлари: соатига 3 км тезликда юриш машқи, шар ёки тўпни пуфлаш.

Физиотерапия: (Бернар токи, электрофорез, УВЧ-терапия);

Плевра бўшлиғидаги чандикли оғриқларда ёки реабилитация пайтида буюрилади.

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- * касалликнинг тўлиқ даволаниши ва/ёки қайталанишининг йўқлиги;
- * ҳаёт сифатини яхшиланиши;
- * инструментал маълумотларга кўра (Флороскопия, рентгенография, кўкрак қафаси МССТ) ўпканинг тўлиқ кенгайиши, ўпка майдонларининг шаффофлиги, инфилтратив, фокал сояларнинг ва ўпка паренхимасининг фибрози йўқлиги.

4. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги ҳақида маълумот: йўқ.
- 2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);
- 3) протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш: ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлса.

"КЎКРАК ҚАФАСИ ОРГАНЛАРИ ЭХИНОКОККОЗИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

АСОСИЙ ҚИСМ.

Кириш

Эхинококк касаллиги - бутун дунёда кенг тарқалган зооноз паразитар инвазия бўлиб, Echinococcus (CE) турига мансуб цестодларнинг личинка босқичлари томонидан чақирилади. Эхинококкларнинг тўрт тури жамоат саломатлиги учун хавф туғдиради, улардан Echinococcus granulosus одамларда кистоз эхинококкоз билан намоён бўлиб, энг кўп инвазияларни келтириб чиқаради. [<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>]

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ҳисоботида кўра, «дунёда CE билан касалланиш бир қанча мамлакатларда 100 000 кишига 50 дан ортиқ ҳолатлар билан баҳоланмоқда. Ушбу касаллик дунёнинг кўплаб минтақаларида, хусусан, Перу, Чили, Марказий Осиё ва Ғарбий Хитойда эндемик ҳисобланади»¹. Локализациясига кўра эхинококкоз кўпинча жигарни зарарлайди, частотаси бўйича иккинчи нишон-аъзо ўпкалар бўлиб ҳисобланади. Ўпка эхинококкозининг (ЎЭ) жарроҳлиги касалликнинг тез-тез асоратланган кечиши ва операциядан кейинги асоратларнинг юқори улуши туфайли ўткир долзарб муаммога киради.

[<https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7596-47363-69541>]

Умумий статистика бўйича Ўзбекистон Республикасида эхинококкоз билан касалланиш кўрсаткичи 100000 аҳоли сонига 5,82 кишини ташкил қилади, ҳар йили 4,5 минг кишида жарроҳлик амалиёти ўтказилади, улардан 25% да ҳар хил асоратлар кузатилади. [<http://pbim.uz/web/upload/1605185589.pdf>]

2). Таъриф:

Кўкрак қафаси ва кўкс оралиғи аъзолари эхинококкози – бу кўкрак қафаси аъзоларининг паразитлар билан жароҳатланиши, яъни ўпка, плевра бўшлиғи, кўкс оралиғи, юрак эхинококкози, яна қорин бўлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларининг қўшма жароҳатланиши, кўпламчи ва солитар кисталар, ҳамда касалликнинг ўпка абссесси, плевра эмпиемаси ва нафас етишмовчилиги симптомокомплекси билан тавсифланган асоратланган ва гигант кисталар кузатилади. [<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>]

3). Клиник таснифи:

Касалликнинг клиник кўриниши жароҳатланиш даражасига, локализатсиясига, кисталар сонига ва юзага келган асоратларга боғлиқ:

Эхинококкознинг таснифи, М.Ю. Гилевич (1987й)

И. Бирламчи эхинококкоз:

- а). Аъзо ва тўқималарнинг маҳаллий эхинококкози.
- б). Алоҳида аъзо ёки тўқималарнинг бирламчи кўп эхинококкози.
- в). Турли бўшлиқлар, аъзолар ва тўқималарнинг қўшма эхинококкози.
- г). Ўз-ўзидан тарқалиб кетган сочма эхинококкоз (кўкрак қафаси, қорин

¹ Dorjsuren T, Ganzorig S, Dagvasumberel M. Prevalence and risk factors associated with human cystic echinococcosis in rural areas, Mongolia. PLoS One. 2020 Jul 2;15(7):e0235399. doi: 10.1371/journal.pone.0235399.

бўшлиғи ва бошқалар).

ИИ. Паразитнинг реинвазияси натижасида такрорий эхинококкоз (жароҳатланишнинг худди шундай локализатсияси билан).

ИИИ. Қолдиқ эхинококкоз:

- а). Маҳаллий.
- б). Бирламчи-кўп эхинококкоз.
- в). Қўшма эхинококкоз.
- г). Тарқалган эхинококкоз ва ҳ.к.

ИВ. Такрорий эхинококкоз:

- а). Ягона, кўпламчи.
- б). Олдин жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўшлиқлар, аъзолар ва тўқималарда қайталаниши.
- в). Қайта-кўпламчи жароҳатланиш билан қайталаниши.
- г). Қўшма жароҳатланиш билан қайталаниши.
- д). Бир марта ва кўплаб қайталанишлар.

В. Асоратланмаган ва асоратланган эхинококкоз:

- а). Бирламчи эхинококкоз.
- б). Такрорий эхинококкоз.
- в). Қолдиқ эхинококкоз.
- г). Қайталанган эхинококкоз.

А.В.Мелников томонидан тавсифланиш

Кўпгина клинитсист шифокорлар касаллик кечишининг уч босқичга бўлинишига риоя қилишади:

- И босқич: яширин босқич – касаллик билан жароҳатланган вақтдан бошлаб, касалликнинг биринчи белгилари пайдо бўлгунга қадар;
- ИИ босқич: клиник кўринишлар босқичи.
- ИИИ босқич: асорталар босқичи.

Клиник тасниф:

И. Бирламчи

- солитар;
- кўпламчи

ИИ. Иккиламчи (метастатик)

- гидатик;
- бронхоген;
- гематоген;
- алвеоляр;
- ўчоқли;
- тугунли;
- бўшлиқли.

Босқич бўйича:

- ёрилмаган киста фазаси;
- кистанинг ёрилиши фазаси.

Кистанинг ҳаёми бўйича:

- кичик (до 2 см);

- ўртача (2-4 см);
- катта (4-6 см);
- гигант (>6 см).

Кисталар сони бўйича:

- солитар;
- кўпламчи.

Шакли бўйича:

- шарсимон;
- деформатсиланган.

Тузилиши бўйича:

- бир текис;
- суюқлик сатҳи билан.

Асоратларнинг мавжудлигига кўра:

- асоратланмаган;
- асоратланган (йиринглаш, ателектаз, пиопневмоторакс ва бошқалар).

3. ДИАГНОСТИК УСЛУБЛАР, ЁНДАШУВЛАР ВА ПРОЦЕДУРАЛАР муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

- ўпканинг ўчоқли (паразитар) зарарланишини бартараф этиш;
- эхинококк кисталарининг кейинги ўсиши ва уларнинг асоратларини олдини олиш;
- ўпка функциясини сақлаб қолиш/тиклаш;
- эхинококкоз қайталанишининг олдини олиш;
- эхинококкоз касаллиги тарқалишининг олдини олиш;
- инструментал тадқиқот усуллари маълумотлари бўйича қониқарли хусусиятларга эришиш;
- асоратланган эхинококкозларда бемор ҳаётини сақлаб қолиш.

Муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар:

Касалхонага шошилишч ётқизиш учун кўрсатмалар:

- эхинококк кистасининг бронхга ёрилиши ва қон туфлаш
- эхинококк кистасининг плевра бўшлиғига ёрилиши
- қон туфлаш
- ўпкадан қон кетиши

Касалхонага режали ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Ўпкаларда ўрта (3 см дан ортиқ), катта ёки гигант ўлчамдаги ўчоқли паразитар кисталарнинг мавжудлиги.

Муолажа ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:

бошқа йўлдош касалликлар мавжуд бўлганда тор мутахассислар маслаҳати:

- юрак ритми бузилганда, АҚБ юқори бўлганда, юрак соҳасида оғриқ бўлганда кардиолог маслаҳати;
- терапевтик профилдаги касалликлар мавжуд бўлганда терапевт маслаҳати;
- кўриш ўткирлиги ва майдонлари бузилганда офтальмолог маслаҳати;
- эндокрин тизими томонидан касалликлар мавжуд бўлганда эндокринолог маслаҳати;
- сийдик-таносил тизимининг ёндош касалликлари мавжуд бўлганда нефролог маслаҳати;
- ҳомиладорлик ёки генитал патология мавжуд бўлган аёлларда акушер-гинеколог маслаҳати;
- юрак қон томирлари шикастланишлари ёки нуқсонлари мавжуд бўлганда кардиохирург маслаҳати.
- аритмия мавжуд бўлганда кейинги даволаш тактикасини аниқлаштириш мақсадида аритмолог маслаҳати.
- асаб тизимининг ёндош касалликлари мавжуд бўлганда невропатолог маслаҳати;

Муолажа ёки аралашувларга тайёргарлик вақтида ўтказиладиган асосий ва қўшимча ташхислаш тадбирлари рўйхати.

1. Амбулатор шароитда ўтказиладиган асосий (мажбурий) ташхислаш текширувлари:

- шикоятлар, касаллик тарихи ва ҳаёт тарихини тўплаш;
- физикал текширув;
- УСТ
- УҚТ
- қоннинг биохимик таҳлили: умумий оқсил, албумин, сийдикчил, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза;
- эхинококка қарши антитаначаларни аниқлаш (микдорий);
- юрак патологиясини истисно қилиш учун ЭКГ (УД-В);
- икки проекцияда кўкрак қафаси аъзоларининг оддий рентгенографияси;

2. Амбулатор шароитда ўтказиладиган қўшимча диагностик текширувлар:

- Қорин бўшлиғи аъзоларининг ултратовуш текшируви (жигар, ўт пуфаги ошқозон ости бези, талоқ, буйраклар);
- Ташхисловчи бронхоскопия;
- Кўкрак қафаси аъзоларининг МСКТ текшируви;
- Бош мия МСКТ текшируви;
- Кўкрак қафаси аъзолари ултратовуш текшируви;
- Спирография;

3. Касалхонага шошилич равишда ётқизиш пайтида шифохона шароитида ўтказиладиган асосий (мажбурий) ташхислаш текширувлари:

- шикоятлар, касаллик ва ҳаёт тарихини тўплаш;
- физикал текширув;
- УҚТ;
- УСТ;
- қоннинг биохимик таҳлили: умумий биллирубин, тўғридан – тўғри ва билвосита биллирубин, АлТ, АсТ, умумий оқсил, албумин, сийдикчил, креатинин, электролитлар, глюкоза;
- коагулограмма (АЧТВ, МНО, фибриноген, ПТИ);
- қонни ОИТС га текшириш;
- қонни захмга қарши текшириш;
- қон зардобиди гепатита В (ХБсАг) маркерини аниқлаш;
- қон зардобиди гепатита С (ХСВ) маркерини аниқлаш;
- қон гуруҳини АВ0 тизимида аниқлаш;
- қоннинг резус омилини аниқлаш;
- балғамни (томоқдан суртма) ни микробиологик текшируви;
- антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш;
- кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммаси ёки флюорограммаси, рентгеноскопияси);
- ЭКГ

4. Касалхонага шошилич равишда ётқизиш пайтида шифохона шароитида ўтказиладиган қўшимча ташхислаш текширувлари:

- Кўкрак қафаси МСКТ текшируви;
- Қорин бўшлиғи аъзоларининг ултратовуш текшируви
- ЭхоКГ;
- Кўкрак қафаси Рентгенография –скопияси;
- Ташхислаш гастроскопияси.
- Ташхислаш бронхоскопияси

5. Шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида ўтказиладиган ташхислаш тадбирлари:

- шикоятлар, касаллик тарихи ва ҳаёт тарихини тўплаш;
- физикал текширув;
- ЭКГ.
- икки проексияда кўкрак қафаси аъзоларининг оддий рентгенографияси;

Ташхислаш мезонлари (жараённинг оғирлигига қараб касалликнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

1. Шикоятлар: касалликнинг биринчи босқичида, ёрилмаган, аста-секин ўсиб бораётган, инфекцияланмаган кисталар мавжуд бўлганда, беморнинг умумий аҳволида деярли ўзгаришлар кузатилмайди, шикоятлари бўлмайди. Умумий аҳволидаги ўзгаришлар катта кисталар мавжуд бўлганда кузатилади, бунда кўкрак қафаси деворларига босим ўтказилиши, катта магистрал қон

томирларни, бронхларни ва кўкс оралиғи аъзоларининг сиқилиши кузатилади. Кисталар йиринглаганда, беморнинг аҳволи кескин ёмонлашади.

Носпесифик шикоятлар:

- сезиларсиз ноқулайликлар;
- тошма тошиши;
- қичишиш;
- нафас олиш ва қон айланишининг қийинлашиши.

Типик шикоятлар:

- кўкрак қафасидаги оғриқ (киста жойлашган томонда ва дастлаб даврий бўлиб, кейин доимий бўлиб, йўтал ва жисмоний зўриқишда кучаяди). Оғриқлар табиати санчикли, чимчиловчи ёки симиллаб оғрийдиган бўлади. Кучли маҳаллий оғриқлар ресидив эхинококкозларда кузатилади. Оғриқлар белга, юрак соҳасига, сут беги соҳасига, эпигастрал соҳага тарқалиши мумкин;
- доимий кучли йўтал (ўпка илдизи ва диафрагма соҳасида жойлашган кисталарда. Касаллик кучайиб бориши билан қуруқ йўтал ўрнига оз миқдорда шиллиқ ёки шиллиқ йирингли балғам пайдо бўлиши мумкин).
- қон туфлаш (беморни шифокорга муружаат қилишга мажбурловчи биринчи аловчи);
- нафас қисилиши (катта ва кўп кисталари бўлган беморларда, айниқса кисталар тез ўсиб кетган ҳолатларда).

2. Анамнез:

- эндемик ҳудудларда яшаш (чорвачиликка мослашган ҳудудларда, яйловлари бўлган тоғли ҳудудларда)
- кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларида эхинококкоз касаллиги бўйича олдин жарроҳлик амалиёти ўтказилганлиги ҳақида маълумот;
- оилавий анамнез (оила аъзолари ичида эхинококкозектомия амалиёти ўтказилганлари бор ёки йўқлиги), уйда итларнинг мавжудлиги;

3. Физикал текширув:

Умумий текширув:

- кўкрак қафасининг бўртиб чиқиши (кўпинча болалар ва ёшларда кисталар ўпканинг юқори бўлақларида жойлашаганида кузатилади);
- асимметрия, кўкрак қафаси бир томонининг нафас олиш актидан орқада қолиши.
- қовурғалар орасининг текисланиб қолиши:
- тери ости веаларида қоннинг димланиб қолиши, кўкрак қафаси деворларининг ва қўллардаги шишлар (катта ҳажмли кисталарда):
- балғамли қичима йўтал;
- қон туфлаш ёки ўпкадан қон кетиш;

палпация:

- қовурғалар орасини пайпаслаганда оғриқ (қовурғалар аро неврит ва яллиғланиш жараёнида қовурға плеврасининг иштирок этиши);

аускультация:

- нормал везикуляр нафас:

- нафас олишининг сусайиши;
- қаттиқ, бронхиал нафас:
- амфорик нафас:
- куруқ ва нам нафас,
- нафаснинг бўлмаслиги (ателектаз ва катта кисталарда);

3. Лаборатор текширувлар:

- лейкоцитоз;
- эозинофилия;
- лимфоцитоз:
- ЭЧТ ошиши;

коагулограмма:

- қон ивишининг ошиши.

4. Инструментал текширувлар.

Кўкрак қафаси рентгенографияси:

- Ўпка майдонида овалсимон соя;
- Ўпка майдонида айланасимон соя;
- Кўплаб овалсимон ва айланасимон соялар;
- Ярим ой симптоми;
- Гижимланган қоғоз симптоми;
- Нейменов симптоми;
- Сузувчи хитин қобиқ симптоми;
- Пневмогидроторакс тасвири;

Кўкрак қафаси УТТи

- •Ўпка ва плевра бўшлиғининг периферик, париетал жойлашган эхинококкозида кистасимон ҳосила кузатилади;
- •ЭхоКГ да миокарда кистоз ҳосила борлиги аниқланади;
- •Плевра бўшлиғида суқлик мавжудлиги плевра бўшлиғига ёрилган асоратланган эхинококкозларда аниқланади;

Кўкрак қафаси МСКТси:

- Кисталар сони;
- Кисталар жойлашуви;
- Асоратлар характери;
- Атрофдаги тўқималарга инвазия даражаси.

МСКТА:

- Томир деворининг интим жойлашуви ёки эхинококк кистасининг ўпка ва кўкс оралиғи томирларига инвазия билан ҳолати;
- ўпка ва кўкс оралиғи таъсирланган томирлари деворининг ҳолати;
- қон томир контрастининг йўқлиги (окклюзия);
- артериал тромбоз белгилари;
- миокардга инвазия белгилари ва даражаси.

4. ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

Даволаш кўкрак қафаси органларидан паразитар кисталарни йўқ қилишга қаратилган. Ўпка ва кўкрак қафасининг бошқа органларининг эхинококкози бўйича операция эндотрахеал наркоз остида амалга оширилади. Ўпкадан видеоторакоскопик эхинококкэктомия ўпкада кисталарнинг периферик жойлашган ҳолларда амалга оширилади. ЎЭ нинг такрорий шакллари (айниқса бир нечта, кўпламчи шикастланишлар, тарқалган шакл) бўлса, операция режасини ва унинг бажарилишини аниқлаш учун тажрибали жарроҳ томонидан торакотом кириш орқали амалга оширилиши зарур. Адекват жарроҳлик кириш усулини танлаш:

ЎЭ ва кўкрак қафасининг бошқа органларининг жарроҳлик икки босқичдан иборат:

- * паразитни олиб ташлаш;
- * қолдиқ бўшлиқни йўқ қилиш;
- * ўпка ва кўкрак бўшлиғининг ревизияси;
- * паразитар кистани аниқлаш, унинг ҳажмини, локализациясини, кисталар сонини ва паразитар табиатини аниқлаш;
- * фиброз капсулаларни даволаш учун стандарт антипаразитар воситалардан фойдаланган ҳолда апаразитар ва антипаразитар таниқли тамойилларига қатъий риоя қилиш;
- * қолдиқ бўшлиқни йўқ қилиш усулларида фойдаланиш. 3 см дан кичик эхинококкоз ва тарқалган эхинококкоз билан, ёрилиш хавфи бўлмаса ва асосий томирларга инвазии бўлмаса, албендазол билан химиотерапия кўрсатилади, жарроҳлик даволаш зарурлиги тўғрисида қарор торакал жарроҳ томонидан қабул қилинади. Ҳар 6 ойда бир марта инструментал диагностика усуллари назорати остида кутиш ва кўриш тактикаси қабул қилинади.

1. Дори дармон воситаларисиз даволаш:

Режим: умумий.

Диета - №15;

2. Дори дармон воситалари билан даволаш (касалхонада жарроҳлик амалиётидан кейин):

Антигистамин терапия:

- Диазолин 1 кунда 2 марта перорал;
- Цетиризин 1 кунда 2 марта 10 мгдан перорал;
- Левоцетиризин 1 кунда 2 марта 5 мгдан перорал

Аллергик фонни камайтириш учун антигистамин терапия буюрилади.

Антигистаминная терапия назначаются с целью снижения аллергического фона, назначаются на срок от 1-2 недели.

Анальгетик терапия:

- (НЯҚВ (кеторолак, диклофенак бошқалар), паравертебрал симпатик эпидурал блокадалар).
- опиоидлар – НЯҚВ билан оғриқ симптомқ пасаймаганда стандарт дозада фентанил, морфин ва бошқалар.

Наркотик бўлмаган ва наркотик аналгетиклар (трамадол ёки кетопрофен ёки кеторолак; парацетамол). Оғриқни йўқотиш учун НЯҚВ оғиз орқали буюрилади. Операциядан кейинги беҳушлик учун НЯҚВларни вена ичига операция тугашидан 30-60 дақиқа олдин бошлаш керак. Операциядан кейинги оғриқни йўқотиш учун НЯҚВларни мушак ичига юбориш дориларнинг қон зардобидида концентрациясининг ўзгарувчанлиги ва инъекция натижасида оғриқ туфайли кўрсатма қўйилмайди, истисно кеторолак (мушак ичига юбориш мумкин). НЯҚВлар анамнезда ошқозон-ичак трактидан ярали шикастланишлар ва қон кетиши бўлган беморларда қўлланилмайди. Бундай ҳолатда, парацетамол ошқозон-ичак трактининг шиллиқ қаватига таъсир қилмайдиган дори воситаси ҳисобланади. НЯҚВлар бир-бири билан комбинацияланиши мумкин эмас. Tramadol ва парацетамолнинг комбинацияси самарали ҳисобланади. Аналгетиклар операция ҳажмига қараб 3 кундан 7 кунгача буюрилади.

Антибактериал терапия:

- цефалоспоринлар 1 кунда 1гдан х 2 маҳал, вена ичига ёки мушак орасига
- аминогикозидлар 1 кунда 1гдан х 2 маҳал, вена ичига ёки мушак орасига
- фторхинолонлар 1 кунда 2 маҳал 5мг/мл - 100,0 мл, вена ичига ёки таблетк 500 мгдан х 2 маҳал per os.
- Карбапенем 1гдан 3 маҳал, вена ичига

Операциядан кейинги яралинг яллиғланиши ва операциядан кейинги яллиғланиш жараёнларининг олдини олиш учун антибактериал препаратлар қўлланилади. Шу мақсадда цефазолин ёки б-лактамларга аллергия бўлса гентамицин ёки метициллинга резистентлилик даражаси хавфи юқори бўлган/ метициллинга чидамли Staphylococcus aureus бўлган тақдирда ванкомицин қўлланилади. Ушбу турдаги жарроҳлик амалиётлари учун антибиотик профилактикаси Scottish Intercollegiate Guidelines ва ҳоказолар тавсияларига мувофиқ қатъий тавсия етилади. Антибиотик профилактикаси мақсадида ИТТни эндоскопик олиб ташлаш ҳолатларида қуйидаги дорилардан бири буюрилади. Йирингли-яллиғланишли асоратлар пайдо бўлганда, турли гуруҳ антибиотикларнинг (2-3) комбинациясига урғу бериш керак. Операция олди профилактикаси учун антибиотиклар рўйхатини ўзгартириш касалхонада микробиологик мониторингни ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак.

Муколитик терапия:

- Амброксол 1 кунда 15мг/мл - 2,0 мл 3 маҳал, вена ичига ёки мушак орасига;
- Амброксол 30 мг 1 таблеткадан 3 маҳал, per os;
- Ацетилцестин 100мг/мл – 3,0 мл 2 маҳал в сутки вена ичига ёки мушак орасига;
- Ацетилцестин 600 мг 2 маҳал, per os.

- Лазолван (ингаляция учун эритма) – 2,0 мл 3 маҳал небулайзерда нафас олиш

Дезинтоксикацион терапия:

- Аскорбин к-та 5%-10,0 + Натрия хлорид 0,9%- 200,0 томчилаб вена ичига.
- Кальция хлорид 10% - 10,0 + Натрия хлорид 0,9% - 200,0 томчилаб вена ичига
- Рингер эритмаси 200,0 томчилаб вена ичига.

Дезинтоксикацион терапия асоратларга қараб 3 кундан 5 кунгача ўтқазилади.

Бронхолитик терапия:

- Эуфиллин 2,4 % - 10,0 вена ичига жилдиратиб
- Сальбутамол 2,0 мл х 2 маҳал небулайзерда нафас олиш
- Теофил 200 по 1 капсула 2 маҳал, per os.

Бронхолитик терапия операция ҳажми, табиати асоратларга қараб 1 кундан 2 ҳафтагача бўлган муҳлатда амалга оширилади.

3. Даволашнинг бошқа турлари: ўтқазилмайди (Аммо эхинококкоз 3,0 см дан кичик ва тарқалган эхинококкоз таъхис қўйилганда албендазол билан химиотерапия ўтқазилади. Консерватив чораларнинг асосий тамойиллари қўйидагилардан иборат: *схема бўйича Антипаразитар терапия: Албендазол кунига 10-12 мг / кг вазнда 30 кун давомида, даволаш, давомийлиги 3 курс 30 кундан, курслар орасидаги танаффус 2 ҳафта*)

4. Жарроҳлик аралашуви:

Жарроҳлик аралашуви касалхонада шароитида амалга оширилади:

Жарроҳлик амалиёт турлари:

* кичик ва периферик жойлашган кисталар учун видеоторакоскопик

эхинококкэктомия:

* ягона кисталар учун эхинококкэктомия;

* кўп кисталар учун эхинококкэктомия;

* икки томонлама шикастланиш ҳолатларида бир вақтнинг ўзида босқичма босқич эхинококкэктомия;

* кўкрак ва қорин бўшлиғи органларининг комбинацияланган эхинококкозида бир вақтнинг ўзида босқичма босқич эхинококкэктомия:

* кўп сонли эхинококкозда комбинацияланган эхинококкэктомия:

* ўпка қисман резекцияси;

* лобэктомия:

* билобэктомия:

* пневмонэктомия:

Гибрид жарроҳлик:

* юқоридаги жарроҳлик даволаш усулларининг комбинацияси

Жарроҳлик учун кўрсатмалар:

* ўпкада ўрта (3 см дан ортик), катта ёки улкан ҳажмдаги ўчоқли паразитар кисталар мавжудлиги;

Жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатмалар:

* жарроҳлик хавфи касалликнинг табиий кечиши хавфидан ошиб кетганда яъни оғир ёндош касалликлар фонида икки томонлама тарқалган эхинококк касаллиги;

* 2 см гача бўлган кичик эхинококкоз. (эхинококкоз 3,0 см дан кичик ва тарқалган эхинококкоз таъхис қўйилганда албендазол билан химиотерапия ўтказилади. Консерватив чораларнинг асосий тамойиллари қуйидагилардан иборат: *схема бўйича Антипаразитар терапия: Албендазол кунига 10-12 мг / кг вазнда 30 кун давомида, даволаш, давомийлиги 3 курс 30 кундан, курслар орасидаги танаффус 2 ҳафта*)

5. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги ҳақида маълумот: йўқ.

2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);

3) протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш: ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлса;

"КЎКРАК ҚАФАСИ ОРГАНЛАРИ ЭХИНОКОККОЗИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

2. АСОСИЙ ҚИСМ.

Кириш

Эхинококк касаллиги - бутун дунёда кенг тарқалган зооноз паразитар инвазия бўлиб, Echinococcus (CE) турига мансуб цестодларнинг личинка босқичлари томонидан чақирилади. Эхинококкларнинг тўрт тури жамоат саломатлиги учун хавф туғдиради, улардан Echinococcus granulosus одамларда кистоз эхинококкоз билан намоён бўлиб, энг кўп инвазияларни келтириб чиқаради. [<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>]

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ҳисоботида кўра, «дунёда CE билан касалланиш бир қанча мамлакатларда 100 000 кишига 50 дан ортиқ ҳолатлар билан баҳоланмоқда. Ушбу касаллик дунёнинг кўплаб минтақаларида, хусусан, Перу, Чили, Марказий Осиё ва Ғарбий Хитойда эндемик ҳисобланади». Локализациясига кўра эхинококкоз кўпинча жигарни зарарлайди, частотаси бўйича иккинчи нишон-аъзо ўпкалар бўлиб ҳисобланади. Ўпка эхинококкозининг (ЎЭ) жарроҳлиги касалликнинг тез-тез асоратланган кечиши ва операциядан кейинги асоратларнинг юқори улуши туфайли ўткир долзарб муаммога киради.

[<https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7596-47363-69541>]

Умумий статистика бўйича Ўзбекистон Республикасида эхинококкоз билан касалланиш кўрсаткичи 100000 аҳоли сонига 5,82 кишини ташкил қилади, ҳар йили 4,5 минг кишида жарроҳлик амалиёти ўтказилади, улардан 25% да ҳар хил асоратлар кузатилади. [<http://pbim.uz/web/upload/1605185589.pdf>]

Профилактика ва реабилитация – тушунчаси:

Профилактика бирон-бир ҳодисанинг олдини олиш ва/ёки хавф омилларини бартараф этишга қаратилган турли хил тадбирлар мажмуасидир. Профилактик соғлиқни сақлаш (профилактик тиббиёт ёки профилактика) касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, касалликлар ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини назарда тутди. Саломатлик турли жисмоний ва рухий ҳолатларни ўз ичига олгандек, касаллик ва меҳнатга лаёқатсизликка ҳам ташқи муҳит омиллари, ирсий мойиллик, касаллик қўзғатувчилари ва турмуш тарзи таъсир кўрсатади. Касалликларнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чораларига бўлиниши мумкин бўлган тадбирларга асосланади. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1]

Реабилитация "соғлиғида нуқсонли бўлган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда инсоннинг функционал имкониятларини тиклаш ва ногиронлик даражасини пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" сифатида таърифланади. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1]

(ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ)
(СОҒЛОМ КОНТИНГЕНТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯСИ/”Д” НАЗОРATГА ОЛИНГАН БЕМОР ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯСИ)

Диспансеризация тартиблари	Тиббий хизматлар номи	ОШП/ОП	КТМП	Тадбирлар минимал сони	Диспансер назорати муддати
Мутахассис (шифокор) маслаҳати)	1. Объектив кўрик	+	+	Кўрсатма бўйича	
	2. Клиник текширув	+	+	Кўрсатма бўйича	
Изоҳ: Кўкрак қафаси аъзолари эхинококкози ОШП/ОП ва КТМП шароитида даволанмайди					
Лаборатор текширувлар	1. Умумий қон таҳлили	+	+	Кўрсатма бўйича	
	2. Қон биокимё таҳлили;	+	+	Кўрсатма бўйича	
Изоҳ: Беморни кўриқдан ўтказиш вақтида ёндош касалликлари аниқланса, тиббиёт муассасалари даражасидан келиб чиқиб кўрсатмага кўра қўшимча текширувлар ўтказилади					
Инструментал текширувлар	1. Кўкрак қафаси Рентгеноскопия/графия текшируви		+	Кўрсатма бўйича	
	2. Қорин бўшлиғи УТТ текшируви		+	Кўрсатма бўйича	
Изоҳ: Беморни кўриқдан ўтказиш вақтида ёндош касалликлари аниқланса, тиббиёт муассасалари даражасидан келиб чиқиб кўрсатмага кўра қўшимча текширувлар ўтказилади					

3. ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ.

Профилактика ёки реабилитация турлари:

Саломатлик ҳолатига ёки аниқ патологияга қараб, профилактиканинг уч тури кўриб чиқилади:

- бирламчи;
- иккиламчи;
- учламчи.

Бирламчи профилактика емлаш, иш ва дам олиш рационал режими, мунтазам мувозанатли овқатланиш ва жисмоний фаолликни ўз ичига олади.

Иккиламчи профилактика маълум шароитларда касалликнинг қайталанишига олиб келадиган хавф омилларини бартараф этишни ўз ичига олади.

Учинчи даражали профилактика тўлиқ ҳаёт кечириш имкониятидан маҳрум бўлган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида қаралади.

Реабилитация босқичлари:

Босқич 1. Даволаш ва реабилитация. Бу касаллик ёки шикастланишнинг ўткир даврида амалга оширилади.

Босқич 2. Эрта стационар тиббий реабилитация. Касалликнинг ўткир ва эрта тикланиш даврида ёки эрта тиббий реабилитациянинг стационар бўлимларида амалга оширилади.

Босқич 3. Амбулатория. Реабилитацияда, агар йўқ бўлганда — соғлиқни сақлаш ташкилотларининг ихтисослаштирилган амбулатория поликлиника бўлимларида амалга оширилади.

[\[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1\]](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)

Оммавий профилактика чоралари ва индивидуал профилактика тамойиллари:

Бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактикадан ташқари, индивидуал ва оммавий касалликларнинг олдини олиш ҳам ажралиб туради.

Индивидуал профилактика инсоннинг ўзи томонидан амалга ошириладиган касалликларнинг олдини олиш, соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш чораларини ўз ичига олади ва амалда соғлом турмуш тарзи, шахсий гигиена, рационал овқатланиш ва оқилона меҳнат ва дам олиш режими, фаол жисмоний тарбия меъёрларига риоя қилиш.

[\[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1\]](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)

Оммавий профилактикаси – бу фуқароларнинг жисмоний ва маънавий кучларининг ҳар томонлама ривожланишини таъминлаш, аҳоли саломатлигига салбий таъсир кўрсатадиган омилларни бартараф этиш мақсадида давлат муассасалари ва жамоат ташкилотлари томонидан мунтазам равишда амалга

ошириладиган ижтимоий, маърифий, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва терапевтик тадбирлар.

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1]

Профилактика усуллари ва процедуралари:

Профилактиканинг мақсади (профилактика мақсадларини кўрсатинг):

- * рецидивлар профилактикаси;
- * ўпка функциясини сақлаш/тиклаш;
- * асоратларнинг олдини олиш;
- * ҳаёт сифатини яхшилаш;
- * ўпканинг мураккаб эхинококкозида ҳаётни сақлаш.

Бирламчи профилактика-хавф омиллари (чўпонлар, чорвачилик фермаси ишчилари, соғувчилар, қассоблар, ошпазлар, ит етиштирувчилар, эндемик зоналар аҳолиси) бўлган одамларнинг онкосфералари билан инфекцияни олдини олиш, шунингдек санитария-эпидемиология меъёрларига риоя қилиш, аҳолини йиллик мунтазам тиббий кўрикдан ўтказиш чоралари кўрилади.

- * Йилига бир марта кўкрак қафаси рентгенограммаси ёки флуорографияси;
- * Қорин бўшлиғи органларининг йилига 1 марта ултратовуш текшируви;
- * Чорвачилик ҳудудларида ветеринария ва санитария-эпидемиология хизматларини ташкил этиш ва мустаҳкамлаш;
- * профилактик чора-тадбирлар комплексини ўтказиш

Иккиламчи профилактика кўкрак қафаси эхинококкозининг мураккаб шакллари бўлган беморларда касалликнинг асоратлари, қайталаниши ва тарқалишини камайтиришга қаратилган тиббий аралашувлар ва турмуш тарзини ўзгартиришдан иборат.

Даволаш ўпка, плевра бўшлиғи ва кўкс оралиғидан паразитларни олиб ташлаш, ўпка фаолиятини тиклаш, касалликнинг қайталанишини олдини олиш ва ногиронликни камайтиришга қаратилган. Бўлак ёки 2 та бўлак ёки бутун ўпка миқёсида ўзгаришлар ривожланганда - лоб, –билоб, пневмонэктомия амалиётлари бажарилади. Ҳажми 3 см дан кам бўлган кичик кисталар мавжуд бўлганда, албендазол схема бўйича буюрилади: Албендазол кунига 10-12 мг / кг вазнда 30 кун давомида, даволаш давомийлиги 3 курс 30 кун, курслар орасидаги 2 ҳафталик танаффус билан қабул қилинади. Жарроҳлик даволаш зарурати тўғрисида торакал жарроҳ томонидан қарор қабул қилинади. Ҳар 6 ойда бир марта инструментал диагностика усуллари назорати остида кутиш тактикаси қўлланилади.

Реабилитация усуллари ва процедуралари:

Кўкрак бўшлиғининг эхинококкозини реабилитация қилиш тана функцияларини тиклашга қаратилган комплекс терапияни ўз ичига олади.

1. Жисмоний реабилитация.
2. Психологик реабилитация.
3. Ҳаёт тарзи.
4. Дори терапияси.

5. Кўллаб-қувватлаш.

Кейинги кузатув:

- * йилига 2 марта торакал хирург кўриги
- * Йилига 2 марта кўкрак қафаси рентгенограммаси;
- * шубҳали ҳолатларида йилига 1 марта кўкрак қафаси МСКТ си.
- * Схема бўйича бронх ёки плевра бўшлиғига ёрилиш билан асоратланган эхинококкоз учун албендазол билан профилактик химиотерапия: Албендазол кунига 10-12 мг / кг вазнда 30 кун давомида, даволаш давомийлиги 3 курс 30 кун, курслар орасидаги 2 ҳафталик танаффус билан қабул қилинади
- * албендазол билан химиотерапия пайтида биллирубин, АЛТ ва АСТни назорат қилиш;
- * албендазол билан химиотерапия пайтида консерватив ресторатив, гепатотроп, метаболик, детоксификация терапияси ўтказиш.
- * ЭЭЖ кейин ўпкада фиброз ўзгаришлар учун нафас олиш терапияси

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- * операциядан кейинги даврда эхинококкоз қайталанишининг бўлмаслиги;
- * ҳаёт сифатини яхшилаш;
- * операциядан кейинги даврда нафас олиш функциясини инструментал маълумотларга мувофиқ тиклаш (Кўкракқафаси аъзолари рентгенографияси ёки кўкрак қафаси МСКТ, ФВД).

Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги ҳақида маълумот: йўқ.
- 2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);
- 3) протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш: ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлса;

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Акилов Х.А., Исмаилов Д.А. Лазеры в хирургии легких. - Ташкент: 2001.- 152 с.
2. Вахидов В. В, Исламбеков Э. С. Эхинококкоз легких. - Ташкент: - Медицина. 1972. - 174 с.
3. Исламбеков Э. С. Хирургия эхинококкоза легких. Автореф. дис. докт. мед. наук - Т.: 1992г.- 38с.
4. Исламбеков Э. С. Хирургия эхинококкоза легких (новые методы и пути улучшения лечения).: Автореф. дисс. докт. мед. наук - М.: НЦХ РАМН. 1992. - 38с.
5. Кариев Т. М, Исламбеков Э. С. Принципы хирургического лечения эхинококкоза легких. Метод. рекомендации.-Ташкент.1980г.- 16с.

6. Кротов Н.Ф., Шаумаров З.Ф. Расулов А.Э. и др. Сравнительная характеристика различных методик оперативного лечения эхинококкоза легких. //Ж. Патология. 1997. М.С. 35 – 36.
7. Максумов Д.Т. Диагностика и хирургическое лечение множественных и сочетанных форм эхинококкоза легких и печени. Автореф. дисс. канд. мед. наук - Т. 1-ый Таш. МИ. 1990. 20с.
8. Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А., Леонов Ф.В., Байбеков И.М. Монография «Эхинококкоз» (Морфологическое обоснование хирургического лечения) Ташкент, -1999, -с. 107.
9. Эхинококкоз органов грудной полости. / Н.В.Чебышев, А.В. Стреляева и др.; под ред. Н.В.Чебышева.- М.: Медицина. 2002. - 413с.
10. Шевченко, Ю.Л. Хирургия эхинококкоза: монография / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назыров. – М.: Династия, 2016. 288с.: ил
11. Aydin Y, Ulas AB, Ince I, Kalin A, Can FK, Gundogdu B, Kasali K, Kerget B, Ogul Y, Eroglu A. Evaluation of albendazole efficiency and complications in patients with pulmonary hydatid cyst. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2022 Jan 18;34(2):245-249. doi: 10.1093/icvts/ivab259. PMID: 34587626; PMCID: PMC8766210
12. Aydin Y, Ulas AB, Ince I, Kuran E, Keskin H, Kirimli SN, Kasali K, Ogul H, Eroglu A. Modified capitonnage technique for giant pulmonary hydatid cyst surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2021 Oct 29;33(5):721-726. doi: 10.1093/icvts/ivab152. PMID: 34041544; PMCID: PMC8932517.
13. Bagheri R, Golhasani Keshtan F, Shahri MM, Taghizadeh B, Dost RV. Evaluating the rate of post-surgical complications between three surgical methods in management of pulmonary hydatid disease. *Kardiochir Torakochirurgia Pol.* 2021 Mar;18(1):23-26. doi: 10.5114/kitp.2021.105183. Epub 2021 May 15. PMID: 34552640; PMCID: PMC8442088.
14. Balta, Cenk, Ismail Can Karacaoglu, Duygu Mergan Iliklerden and Ali Cem Yekdeş. “Comparison of Videothoracoscopy and Thoracotomy in Surgical Treatment of Pulmonary Hydatid Cyst Disease.” *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP* 30 10 (2020): 1063-1068 .
15. Baumann S, Shi R, Liu W, et al. Worldwide literature on epidemiology of human alveolar echinococcosis: A systematic review of research published in the twenty-first century. *Infection* 2019;47:703–727.
16. Ben Abdallah AK, Zouari M, Haj Mansour M, Abid I, Ben Dhaou M, Jallouli M, et al. Hydatid cyst of the lung in children: a diagnosis not to be missed. *Iran J Pub Health.* 2019;48:767–769.