

Qo'lyozma huquqida

УДК:616.1+615.2.03:616-053.

AXMADOVA MAFTUNA AMIN QIZI

**Turli xil a'zolarida joylashgan exinokokkoz
kasalligini tashxislashda multispiral kompyuter
tomografiyaning o'rni**

5A510113– Tashxisning instrumental va funksional usullari(Tibbiy
radiologiya)

Magistr akademik darajasini olish
uchun yozilgan dissertatsiya

Ilmiy rahbar: t. f. n. Cho'liyev A.T

BUXORO-2021y

MUNDARIJA

Qisqartmalar ro'yxati	3
Kirish	2-8
1-BOB. ADABIYOTLARNI SHARHI Turli xil a'zolarida joylashgan exinokokkoz kasalligini tashxislash	
1.1.Exinokokkoz kasalligining keng tarqalishi.	9-12
1.2. Exinokokkoz kasalligi tashxisoti	13-21
2-BOB.MATERIAL VA TADQIQOT USULLARI	
2.1. Klinik materialning xususiyatlari	22-25
2.2. Kompyuter tomografiyasi texnikasi	26-27
2.2.3. Nur tekshirish usullari ma'lumotlarini tahlil qilish	27-28
3-BOB TADQIQOT USULLARI	
3.1. Qorin bo'shlig'i a'zolari exinokokkozi diagnostikasida multispiral kompyuter tomografiyasi	
3.1. 1. Jigarining exinokokkoz	29-34
3.1.2. Oshqozonosti bezi exinokokkozi	35-36
3.1.3. Taloq exinokokkozi	37
3.1.4. Buyraklarning exinokokk	37-38
3.1.5. Intrairetroperitoneal ecxinokokkoz	39-40
3.2. O'pka exinokokkozi diagnostikasida kompyuter tomografiyasi	40-50
3.3. Suyak tizimi va yumshoq to'qimalar exinokokkoz tashxisida multispiral kompyuter tomografiyasi	50-53

3.5. Miyaning exinokokkozi diagnostikasida kompyuter tomografiyasi _____53-55

Xotima_____56-67

Xulosa _____68

Amaliy maslahat

_____69

Adabiyotlar_____ 69-82

QISQARTMALAR RO'YXATI

MSKT	Multispiral kompyuter tomografiya
UTT	Ultratovush tekshirish
HU	Hounsfield
MRT	Magnit rezonans kompyuter tomografiya
RIO va RIATM	Respublika ixtisoslashgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tadqiqot markazi
IFA	Immunoferment analiz
SSK	Suyak sistemasi kasalliklari
AP	Amplituda
MNS	Markaziy nerv sistemasi
OIS	Oshqozon ichak siatemasi

KIRISH (Dissertatsiya mavzusi annotatsiyasi)

Dissertatsiya mavzusining dolzarbligi va zarurati. Exinokokk kasalligi hali ham tibbiyotda dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. Erta tashxis qo'yish qiyinligi, og'ir klinik kurs, ko'pincha o'lim va ulkan iqtisodiy zarar bilan birga, bu kasallik bugungi kunda muhim ahamiyatga ega bo'lgan global ijtimoiy va tibbiy muammoga aylandi. Exinokokkoz - bu ko'plab mintaqalarda tarqalgan parazitlar kasallik bo'lib, joylashuviga, rivojlanish bosqichiga, unga bog'liq bo'lgan asoratlarga va organizmning ta'siriga qarab o'zini namoyon qiladi.¹ Exinokokkoz - dunyoning ko'plab mamlakatlarida, Rossiyada jiddiy tibbiy muammo bo'lib, u yerda yirik endemik o'choqlar saqlanib qolmoqda va kasallik sonining ko'payishi kuzatilmoqda. Kasallik deyarli barcha organlar va tizimlarga ta'sir qiladi.² Exinokokkozni tashxislash va davolash muammosi dolzarb bo'lib qolmoqda va ijtimoiy xarakterga ega. So'nggi o'n yilliklarda jigar exinokokkozi bilan kasallanganlar sonining ko'payishi kuzatilmoqda. O'zbekiston Respublikasida yiliga 2300 ta tashxis qo'yilgan bemorlar ro'yxatga olinadi, exinokokkoz bilan kasallanishning o'sish tendentsiyasi mavjud.

Ushbu o'sish yuqori darajada informatsion diagnostika usullarini klinik amaliyotga tatbiq etilishi hamda tashxis qo'yilgan bemorlar sonining mos ravishda ko'payishi hamda ayrim mintaqalarda aholining ijtimoiy turmush darajasining yomonlashuvi bilan bog'liq. Exinokokkozni davolash samaradorligi ushbu kasallikni o'z vaqtida va to'g'ri tashxislash bilan bog'liq. Zamonaviy yuqori ma'lumotli instrumental tadqiqot usullarini (birinchi navbatda ultratovush va kompyuter tomografiyasi) klinik amaliyotga keng tatbiq etish jigar exinokokkozining erta tashxisini sezilarli darajada yaxshilashga imkon berdi.³

¹Akcakava N., 2009, Soylemez Y.,Cokugras H.,Avtac A.,Akalin F.A case of hydatid cyst with intramural cardiac localization.//Scand J Infect.-v.26.-S.765- 766.² Boger M.M., Mordvov S.A.,Subbotin V.M.,Kasatkina L.G.,Poliakova N.N.//Ultrasonic diagnosis of benign focal lesions of the liver.//Ter Arkh.- 1988.-V.60.-7.-P.66-69.³Demidov V,N,Lebedova O.D.Эхографическая диагностика эхинококкоза печени и почек\2007.Б.31-33

Exinokokkoz diagnostikasi samaradorligini oshirish muammosi dolzarb bo'lib qolmoqda. Keng qamrovli radiatsion tekshiruvdan so'ng bemorlarning atigi 46 foizida to'g'ri tashxis qo'yiladi. Parazitar kasallikning klinik asoratlari bosqichida kasalxonaga 37% dan 86% gacha kasalxonaga yotqizilgan. Shu bilan birga, turli xil lokalizatsiyalashgan exinokokkozning MSKT semiotikasi etarli darajada ishlab chiqilmagan, shunga o'xshash kasalliklar bilan exinokokkozning differentsial MSKT diagnostikasi mezonlari aniqlanmagan.

Dissertatsiya tadqiqotining dissertatsiya bajarilgan ilmiy tadqiqot muassasasining ilmiy-tadqiqot ishlari rejalari bilan bog'liqligi. Dissertatsiya tadqiqoti Buxoro davlat tibbiyot instituti "Buxoro viloyati issiq iqlim sharoitida organizmning patalogiya oldi va patalogik holatlarni erta tashxislash, davolash va oldini olish bo'yicha yangi yindashuvlarni ishlab chiqish" (2017-2021 yillar) ilmiy-tadqiqot ishlari doirasida bajarilgan.

Tadqiqot maqsadi. Multispiral kompyuter tomografiyasi bo'yicha turli xil a'zolarida joylashgan exinokokkoz kasalligining umumiy va o'ziga xos belgilarini ishlab chiqish.

Tadqiqot vazifalari:

exinokokkozda gumon qilingan kompyuter tomografiyasining texnikasini aniqlashtirish;

turli organlardagi exinokokk kistalarining umumiy va o'ziga xos semiotikalarini multispiral kompyuter tomografiyasi bo'yicha tizimlashtirish

kasallikning differentsial diagnostika mezonlarini ishlab chiqish.

Tadqiqot ob'yekti 2018-2020 yillar davomida o'rganish uchun exinokokkozga shubha qilingan bemorlarni 79 tasida aniqlangan bemorlar ro'yxati

Tadqiqot predmeti: exinokokkoz bilan kasallangan bemorlarning o'rtacha yoshi, a'zolarida uchrash darajasi, ularning o'tkazilgan tekshiruv natijalari olingan.

Tadqiqot usullari: klinik tekshirish usullari jumladan ultratovush tekshirish, raqamli rentgenografiya, immunoferment analiz, multispiral kompyuter tomografiya

Tadqiqot ilmiy yangiligi: turli xil lokalizatsiyadagi exinokokkozning MSKT semiotikasini ishlab chiqish, turli lokalizatsiyali a'zolar va tizimlari uchun kasallikning umumiy va o'ziga xos belgilarini aniqlash.

Tadqiqotning amaliy natijalari.Olingan natijalarni klinik amaliyotga tatbiq etish exinokokkozning qiyosiy tashxisi va topikal diagnostikasida multispiral kompyuter tomografiyasining imkoniyatlarini kengaytiradi. Exinokokkoz va boshqa organ kistalarini differentsial diagnostikasi mezonlari aniqlandi. Qorin exinokokkozini skrining va diagnostika qilish usuli aniqlandi.

Tadqiqot natijalari ishonchliligi: ishda qo'llanilgan nazariy yondashuv va tahlil qilingan usullar, olib borilgan klinik tadqiqotlarning uslubiy jihatdan to'g'riligi, bemorlar sonining yetarliligi, xulosa, olingan natijalarning vakolatli tuzilmalar tomonidan tasdiqlanganligi bilan asoslanadi.

Tadqiqot natijalarining joriy qilinishi: multispiral kompyuter tomografiyasi ma'lumotlariga ko'ra turli xil lokalizatsiyaning exinokokkozining umumiy belgilariga quyidagilar kiradi: kalsifikatsiyaning rivojlanish darajasi har xil bo'lgan, ko'p qavatli kapsula ishtirokidagi kista shakllanishi, ichki ona kistalari aks etgan.

Tadqiqot natijalarining e'lon qilinganligi: olingan natijalar asosida 3 ta maqola va 1ta tezis chop etildi. RIO va RIATM da tadbqiq etildi.

Dissertatsiya tuzilishi va hajmi .Dissertatsiya hajmi 80 bet Times Roman shriftida №14 chop etildi va quyidagi boblardan iborat:Kirish,3 bob, xotima, xulosa,amaliy ko'rsatmalar va ishlatilgan adabiyotlardan foydalanilgan ro'yxatidan iborat.Jadvallar 11 ta,diagrammalar,10 ta,rasmlar 16 tadan iborat.

I-BOB. Adabiyotlar sharhi. Turli xil a'zolarida joylashgan exinokokkoz kasalligini tashxislash

1.1.Exinokokkoz kasalligining keng tarqalishi.

O'rta Osiyo mamlakatlari shu jumladan O'zbekiston uchun ham endemik hisoblanadi. Kasallik asosan chorvachilik rivojlangan viloyatlarda ko'p uchraydi. O'zbekistonda har yili exinokokkoz bilan bog'liq 4000 ga yaqin jarroxlik amaliyoti o'tkaziladi. Exinokokk kasalligi hali ham tibbiyotda dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. Dunyo bo'ylab parazitologlar ushbu kasallik tarqalgan hududlari kengayganligi sababli exinokokkozni global muammo deb hisoblashadi. Endemik mintaqalar Shimoliy Kavkaz, Baykal mintaqasi, Sharqiy Sibirning shimoliy hududlari, O'rta Osiyo. Germaniya, Frantsiya, Avstriya, Shveytsariya har 100000 aholiga har yili 1,4 ga qadar kasallik qayd etiladi [93.B.110-112.].

Exinokokk kistalar, ayniqsa hajmi katta bo'lgan kistalar, nafaqat organlarning disfunktsiyasini keltirib chiqaradi, balki bir qator og'ir asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Bularga jigar shikastlangan astsitlar, kistaning yiringlashi, anafilaktik shok, ichki qonash, kista kapsulasi yorilishi bilan peritonit kiradi [7.B.78-82].

Asoratlarni hisobga olgan holda exinokokkozni o'z vaqtida aniqlash katta amaliy ahamiyatga ega. Exinokokkoz qo'zg'atuvchisi *Echinococcus granulosus* deb ataluvchi gijjaning lichinkalari bosqichidir. Gijjalar o'zining mushuk, bo'ri, shaqol, yovvoyi it va mushuklar, arslon singari hayvonlarning ingichka ichagida parazitlik qiladilar. Exinokokkning kistasi — 1-50 mm kattaligida, bir kamarli pufak (kista) dan iborat bo'lib, devori ikki kavat pardadan tashkil topadi. Pufakcha ichida suyuqlik va 100 ga yaqin gijja lichinkasi bo'ladi. Exinokokk uzunligi 2-7 mm keladigan mayda tasmasimon gijjadir. Uning boshida (skoleks) 4 ta so'rg'ichi va ikki kator joylashgan (38-40 ta) ilmoqlari bor. Tanasi 2-6 bo'lakchadan iborat bo'lib, oxirgi bo'lakcha ichi tuxumchalar bilan to'la bachadondan tashkil topadi. Odamning *E. granuloz* bilan yuqishi, ko'pincha jigar va o'pkada, kamroq suyaklar,

buyraklar, taloq, mushaklar va markaziy asab tizimida joylashgan bir yoki bir nechta gidatid kistani rivojlanishiga olib keladi. Exinokokkoz og'iz orqali yuqadigan zoonoz biogelmintoz hisoblanadi. Odam uchun asosiy invaziya manbai uy itlari, kamroq hollarda bo'ri, shoqol va shu kabi xayvonlardir. Yetilgan tuxumlar va gijjaning tuxumlar bilan to'la bo'lakchalari hayvonlarning axlati orqali ajralib, ularning junlari va atrof muhitni ifloslantiradi. Exinokokkning gidatid shakli ko'pincha aniqlanadi. Kasallik deyarli barcha organlar va to'qimalarga ta'sir qiladi, qadim zamonlardan beri ma'lum bo'lgan, qadimgi adabiyotlarda bir necha bor ta'riflangan, ko'pincha jigarda joylashgan. [2.B.150.]

Exinokokkozning geografik tarqalishi gelmintologiyaning muhim va kam o'rganilgan masalasidir. Yer sharida exinokokkoz bilan kasallanish to'g'risidagi ma'lumotlar juda ziddiyatli. Buning sababi shundaki, exinokokkzni aniqlash diagnostikada, ayniqsa rivojlanishning dastlabki bosqichida yuzaga keladigan qiyinchiliklar bilan bog'liq bo'lib, asosan mamlakatlar va mintaqalarning iqtisodiy holati - chorvachilikning ustun rivojlanishi jamiyatning ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanish darajasi va ushbu mamlakatlar va mintaqalar aholisining sanitariya madaniyati bilan bog'liq [35.B.73-74].

O'zbekiston dunyoda mavjud bo'lgan besh exinokokkoz o'chog'iga kiradi. Agar 90-yillarning o'rtalarida Respublikada yiliga 1,5 ming odam exinokok bilan operatsiya qilingan bo'lsa keyin so'nggi yillarda har yili amalga oshirilgan operatsiyalar soni 5 mingga yetdi. So'nggi 10-15 yil ichida kasallanish darajasi ozgina o'zgardi va har 10000 aholiga 5-8 kishidan to'g'ri keladi. MDHda endemik hududlar Qozog'iston, O'zbekiston, Qirg'iziston, Turkmaniston, Ozarbayjon, Armaniston, Gruziya, Moldova, Ukraina va Rossiyaning janubiy viloyatlari [10.B.136-144.].

Kasallikning ko'payishi respublikadagi ijtimoiy va siyosiy hayotning beqarorligi davriga qadar va undan keyin hayot darajasi, iqtisodiy, sanitariya va epidemiya sharoitlari bilan izohlanadi. Kasallikning odamlar orasida tarqalishi infeksiya bilan to'g'ridan-to'g'ri proporsionaldir. O'zbekiston Respublikasida hayvonlarning

exinokokkozining epizodik holatiga oydinlik kiritishda, Respublika veterinariya laboratoriyasining ma'lumotlariga ko'ra, kasallanish otlardan tashqari barcha turdagi qishloq xo'jalik hayvonlarida qayd etiladi. So'nggi 10 yil ichida (2009-2019) 38 ta fermer xo'jaligidan 18256 jonivor exinokokkozga qarshi gelmintologik tadqiqotlar davomida kolxoz bozorlarini veterinariya-sanitariya tekshiruvidan o'tkazish uchun go'shtni qayta ishlash korxonalari va laboratoriyalarida echinokokkozga tekshirildi. Skrining tekshiruv natijasida 8144 bosh mayda chorva mollari, 6679 qoramol, 1601 cho'chqa va 94 otning parenximatik a'zolari tekshirildi. Tadqiqot qilingan qo'y va echkilarning 1589 boshi exinokokkoz bilan kasallangan bo'lib, bu o'rtacha 20,0% ni tashkil etadi, kattalar qo'ylarining invaziyasi (EI) darajasi 20,5%, yosh qo'ylar 6,1%, echkilar 17,6% ni tashkil qiladi. Hayvonlarning zoti va respublika zonasidan qat'i nazar, o'rganilgan barcha qo'ylarning exinokokkoz bilan zararlanishi yoshga qarab ortib boradi. Ikkinchisi barcha yosh guruhlaridagi qo'ylarni doimiy ravishda qayta tiklash bilan bog'liq. Respublikada qoramollarning ekinokokkoz kasalligi keng tarqalmagan. Shunday qilib, turli zonalarda o'rganilgan 48 ta fermer xo'jaliklaridan 30 tasida (62,5%) exinokokkoz qayd etilgan. Tumanlararo qoramollarni yetkazib berish idoralarida va yem-xashak uylarida hayvonlarning exinokokkoz bilan yuqishi yuqori bo'lganligi qayd etilgan, bu yerda qishloq (itsiz) itlar bilan aloqa sanoat majmualariga qaraganda ancha yuqori. Exinokokkoz epizootologiyasida yirtqich hayvonlar muhim o'rin tutadi. Tutilgan va otilgan 140 ta yirtqich hayvonning (120 ta it, 4 ta shoqol) ichaklarini to'liq gelmintologik diseksiyasi. Ro'yxatda keltirilgan yirtqich hayvonlardan itlar exinokokkoz tarqalishida eng ko'p ishtirok etishi aniqlandi. Itlarda exinokokk yuqishi 15,2% ni tashkil qiladi. Exinokokkoz aholi salomatligiga katta xavf tug'diradi va chorvachilik rentabelligini keskin pasaytiradi [3.B.281]. Binobarin, echinokokkoz nafaqat tibbiy muammo, balki ijtimoiy muammo hamdir [12.B.376.]. Exinokokkoz bilan kasallangan bemorlarning yosh malakasini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 14 yoshgacha bo'lgan bolalar 7,8% ni tashkil qiladi. Voyaga etganlar kontingenti orasida 58,7% mehnatga layoqatli odamlar (18 yoshdan 48 yoshgacha), shuning uchun echinokokkoz jamiyat uchun

juda katta iqtisodiy zarar keltiradi. Shuni tan olish kerakki, profilaktika choralari odamlar va uy hayvonlari orasida echinokokkozni kamaytirish va yo'q qilishda hal qiluvchi rol o'ynaydi. Exinokokkozni erta tashxislash ko'pincha qiyin vazifadir, chunki kasallikning aniq belgilari yo'qligi sababli, ayniqsa uning rivojlanishining dastlabki davrida, kista organning tubida joylashgan. Ko'pincha, bemorlar parazitlar kista sezilarli darajada kattalashganda yoki uning ko'payishi, o't yo'llari, qorin va plevra bo'shliqlariga o'tish kabi asoratlar mavjud bo'lganda tibbiy yordamga murojaat qilishadi. So'nggi 50 yil ichida exinokokkozni tashxislashning yagona ishonchli usuli Katzonining teriga allergik tekshiruvi bo'lib qoldi [16.46-48.].

Biroq, ushbu tadqiqotlar lateks aglyutinatsiya reaksiyalari, bilvosita gemagglyutinatsiya va ferment immunoferment kabi serologik testlarni ishlab chiqishga va amaliyotga keng joriy etishga olib keldi. Ushbu reaksiyalarning ijobiy tomoni yetarli darajada o'ziga xoslik (65 dan 98% gacha), sub'ektlar uchun xavfsizligi, antikorlarning titrini boshqarish uchun operatsiya qilinganlarni qayta tekshirish imkoniyatidir. Bir qator gelmintlarni tashxislash uchun immunologik reaksiyalarni qo'llash ehtimoli ko'plab tadqiqotlar natijasida aniqlangan parazit kistalarning qon zardobida o'ziga xos antigenlarning mavjudligiga bog'liq. Yaqin vaqtgacha exinokokkoz tashxisi uchun eng keng tarqalgan reaksiyalardan biri bu 1912 yilda taklif qilingan intradermal Katzoni allergik tekshiruvi edi. Uzoq muddatli kuzatuvlar va adabiyot ma'lumotlari shuni ko'rsatdiki, echinokokkozda Katzoni reaksiyasi nisbiy o'ziga xosligi va sezgirliги bilan ajralib turadi [86.B.168-266].

Shu bilan birga, exinokokkoz bilan og'rigan bemorlarda ijobiy reaksiyalarning etarlicha yuqori bo'lmagan darajasi, anafilaktik shok paydo bo'lish xavfi, ayniqsa namuna takrorlanganda, kasallik qaytalanganda muhim diagnostik ahamiyatga ega emasligi, shuningdek, ko'plab kasalliklarda ijobiy natijalar muhim ahamiyatga ega. Katzoni reaksiyasidan foydalanishni cheklash, uning diagnostik qiymatini kamaytirish va shuning uchun uni amaliyotda keng qo'llash [79.B104-106].

Shuning uchun so'nggi yillarda turli xil serologik reaksiyalar taklif qilinmoqda va klinik amaliyotda sinovdan o'tkazilmoqda. Serologik reaksiyalar hech qanday aniq asoratlarni keltirib chiqarmaydi va deyarli hech qanday kontrendikatsiyaga ega emas. Ular qayta-qayta ishlatilishi mumkin va shuning uchun ayniqsa qulay va qimmatlidir. Bundan tashqari, ultratovush tekshiruvining ishonchliligiga bemorning konstitutsiyaviy xususiyatlari ham, tasvir shakllanishining ma'lum bir o'ziga xosligidan kelib chiqadigan buzilishlar ham ta'sir qilishi mumkin. Shunday qilib, ba'zi hollarda yuqori sifatli ultratovushga meteorizm, ortiqcha teri osti yog ', skanerlash sohadagi teri nuqsonlari, suyaklar va boshqalar xalaqit beradi. Exinokokkoz tashxisi ikki yoki undan ortiq belgilar birlashtirilganda amal qiladi [1.B141-142.].

1.2.Exinokokkoz kasalligi tashxisoti

Jigar exinokokkozi diagnostikasini takomillashtirishning navbatdagi bosqichi ultratovush bilan taqqoslaganda panoramali tasvir bilan, ayrim lokalizatsiyalarda undan yuqori sezuvchanlikdan, differentsial va topikal diagnostika aniqligi bilan tavsiflangan MSKTdan foydalanish edi. MSKT buni aniqlashga imkon beradi. diametri 5 mm gacha bo'lgan kistalar, exinokokkozning "pseudosolid" shakllarini shishlardan farqlash samaraliroq. Exinokokkozda MSKT diagnostikasining umumiy aniqligi, adabiyotlarga ko'ra, 95% dan oshadi. KTning eng muhim ustunligi shundaki, bu kistalarning kattaligi, ularning soni va jigarda joylashishi, tomirlar va o't yo'llari bilan aloqasini ob'ektiv baholash, parazitning rivojlanish bosqichini baholash va exinokokkoz bilan boshqa organlarni mag'lub etish. Ushbu ma'lumotlar jarrohlik usulini aniqlashda, operatsiya turini, uning hajmini rejalashtirishda hal qiluvchi ahamiyatga ega va operatsiya davomida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni ko'rsatmoqda. [8.B. 14-15.].

Rentgenologik tekshiruvda yoki KTda exinokokkozning o'ziga xos xususiyati "yarim oy" ning alomatidir. Shu bilan birga, KT rentgen nurlanishi bilan bog'liq va bu juda qimmat tadqiqotdir. Jahon tajribasini tahlil qilib, ultratovush tekshiruvi rentgen usullaridan kistaning devorlarini baholashda,

gidatid qumini, qiz kistalarini va kistaning diafragma bilan bog'liqligini aniqlashda ustunroq degan xulosaga kelishimiz mumkin. Rentgen usullarining afzalligi kistdagi gazni aniqlash, devorlarni kalsifikatsiya qilish va kistaning anatomik joylashishini aniqlashdir [8.45-48.].

Inson tanasidagi o'zgarishlar organlarga o'sayotgan kistaning mexanik bosimi bilan bog'liq. Parazitning chiqindilari atrofdagi to'qimalarni bezovta qiladi va ularning surunkali yallig'lanishiga olib keladi. [56.23-26.,28-33.]Exinokokkozning to'rtta bosqichi mavjud: birinchisi onkosferaga kirib kelganidan (tanaga kirib borganidan) sub'ektiv belgilar paydo bo'lguniga qadar yashirin. ikkinchisi - engil, asosan sub'ektiv buzilishlar; uchinchisi - aniq, ob'ektiv alomatlar; to'rtinchisi - asoratlar. Exinokokk kistasining sekin o'sishini hisobga olib, bosqichlarning davomiyligini aniqlash qiyin. Shuni ta'kidlash kerakki, simptomlarning ko'payishi tezligi exinokokkning lokalizatsiyasi bilan bog'liq. Kista, jigar parenximasining periferik qismlarida rivojlanib, ko'p yillar davomida u hech qanday belgilar bermasligi mumkin, agar u jigar darvozasi yonida rivojlansa, u holda jigar yo'llarini siqib chiqarib, obstruktiv sariqlikni keltirib chiqaradi, portal venani siqib chiqaradi va astsitlarning rivojlanishiga olib keladi.. Kasallikning dastlabki bosqichlarida klinik ko'rinishlar odatda kam uchraydi, ular kista sezilarli darajada kattalashganda, organni siqib, uning funksiyalarini buzganda aniqlanadi.

Ichki organlarning exinokokk kistasi (jigar, buyraklar, taloq va boshqalar) odatda qattiq elastik o'sma sezilganda tan olinadi va o'pka va suyaklarning shikastlanishi kista shakllanishi ko'rinishidagi rentgen tasvirlarida aniqlanadi. Qiz pufakchalari ta'rifi buyrak exinokokkoziga xosdir. Yagona exinokokk kistasi va oddiy buyrak kistasi o'rtasida differentsial tashxis qo'yish qiyin. Exinokokk kistalarning ko'p kamerali shakllarini buyrak hujayrasi karsinomasining kistoz varianti bilan adashtirish mumkin. Yuqtirilgan kista buyrak xo'ppozi sifatida qabul qilinishi mumkin. Koscha-jom tizimiga bo'shatilgan kistaning yorilishi, gmaturiya va o'tkir buyrak kolikasining rivojlanishi holatlari tasvirlangan Exinokokkozning muhim umumiy simptomlari

vaqti-vaqti bilan rivojlanib boradigan allergik reaksiyaning belgilaridir (toshmalar va boshqalar), bu odatda exinokokk suyuqligini kista membranasining ko'z yoshlari singishi bilan bog'liq. Exinokokkoz, shuningdek boshqa gelmintik kasalliklar uchun eozinofiliya xarakterli bo'lib, 10-25% ga etadi [50.B.107-109.,139.B.315-323.].

Rivojlanish jarayonida kutikulyar membrana parchalanadi, suyuqlik xiralashadi, ohak massasiga aylanadi. Ba'zi parazitlar nobud bo'ladi, tolali membrana vayron bo'ladi, kaltsiy tuzlari bilan to'yingan (kalsifikatsiya - o'lishdan keyingi kech o'zgarishlar). Kasallikning asoratlari orasida qorin bo'shlig'iga yorilishi, peritonit kiradi. Ammo, patologoanatomik tadqiqotlar ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, uchrashi mumkin bo'lmagan exinokokk kistalari paydo bo'lishi mumkin [42.B.66-69., 77.B.196-198.].

Rentgenologik tadqiqotlar asosida sternum, klavikula, bo'yin muskullari, qalqonsimon bez exinokokkozining yagona kuzatuvlari tasvirlangan. Shuni ta'kidlash kerakki, exinokokkozning multispiral kompyuter tomografik tasnifini ishlab chiqish uchun jigarda o'zgarishlar qilingan [14.B.357-358.26.B.90-96.]. Mavjud adabiyotlarda turli organlar va tizimlarga zarar yetganda kasallik belgilarini tizimlashtirish bo'yicha ishlarni topish mumkin emas edi. Exinokokkozning differentsial diagnostikasi qiyin kechishi mumkin, chunki jigarning bitta kamerali suyuqlik tarkibidagi tarkibidan farqlar ahamiyatsiz. Ushbu shakllanishlarni bir qator murakkab, shikast etkazuvchi, malignizatsiyalanuvchi kistalar va ayrim o'ziga xos jigar kistalardan farqlashda qiyinchiliklar paydo bo'lishi mumkin; absess yoki gematoma bo'lgan kista yuqtirilganda differentsial diagnostikada qiyinchiliklar qayd etiladi [16.B.171-176.]

O'pka invaziyaning eng keng tarqalgan sohasi jigardan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, exinokokk kistalarining o'pka lokalizatsiyasi bemorlarning 10-35 foizida kuzatiladi. Shu bilan birga, asosan mehnatga layoqatli bolalar va yoshlar ta'sir ko'rsatadi. Gidatidli o'pka exinokokkozining klinik ko'rinishi nospesifik bo'lib, parazitning kattaligi va

rivojlanish bosqichiga bog'liq. Kist o'sishi bilan, yallig'lanish jarayoniga qo'shni to'qimalarning siqilishi yoki qo'shilishi bilan klinik alomatlar paydo bo'ladi: yo'tal, qon tupurish, ko'krak qafasidagi og'riqlar, kamroq nafas olish. O'pka invaziyaning eng keng tarqalgan sohasi jigardan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, exinokokk kistalarining o'pka lokalizatsiyasi bemorlarning 10-35 foizida kuzatiladi. Shu bilan birga, asosan mehnatga layoqatli bolalar va yoshlar ta'sir ko'rsatadi. Gidatidli o'pka exinokokkozining klinik ko'rinishi nospesifik bo'lib, parazitning kattaligi va rivojlanish bosqichiga bog'liq. Bundan tashqari, parazitning organizmga zaiflik, subfebril harorat, ESRning ko'tarilishi va allergik reaksiyalar ko'rinishidagi umumiy ta'sirining alomatlari bo'lishi mumkin. Klinik simptomlarning erta namoyon bo'lishi ko'pincha exinokokk kistasining kattaligiga va uning parazitlanish davomiyligiga emas, balki kistaning lokalizatsiyasiga bog'liq. Shunday qilib, plevra yaqinida joylashgan va plevra varaqlarini tirnash xususiyati beruvchi kichik exinokokk kistasi o'zini o'ziga xos og'riq bilan namoyon qiladi. Kistaning lokalizatsiyasi bilan bronxial magistralning klinik belgilari yo'tal va qon tomir kasalliklari bilan ifodalanadi [90.B.1645-1647]

Ko'pgina hollarda ular asta-sekin o'sib borishiga qaramay, ko'plab mualliflar ushbu shakllanishlarning juda tez o'sishini kuzatdilar. Katta gidatid kist qo'shni bronxlarni siqib chiqarishi va ularning o'tkazuvchanligini buzishi mumkin. Ba'zi hollarda, bu bo'lak yoki segment atelegtazining paydo bo'lishiga olib keladi. Ko'pgina hollarda bronxlar faqat orqaga va kamarga suriladi. O'pkaning murakkab exinokokk kistalari rentgenogrammasi turli xil. Kistlarning o'sishi peritsistga kiritilgan bronxiollarning eroziyasini keltirib chiqaradi va natijada havo tolali kapsula va xitinoz membrana orasiga kiradi. Havoning bunday to'planishi kistaning yuqori qismida cho'zilgan o'roqqa o'xshaydi va "havo yarim oyi" yoki "meniskus" belgisi sifatida tanilgan. Ba'zi mualliflar ushbu belgini tahdid qiluvchi va muqarrar yorilish alomati deb hisoblashadi va shoshilinch torakotomiya uchun ko'rsatma deb hisoblashadi. Hosil bo'lgan bo'shliqqa gaz

oqishi davom etar ekan, kistaning ikki membranasi butunlay ajralib, qisqaradi va yorilib, kist bo'shlig'iga havo kirib boradi. Kist ichidagi gaz fonida suyuqlik darajasi va "piyoz po'sti" naqshli membranalar orasidagi havo Cumbo belgisini hosil qiladi. Kista bronxni yorib chiqqanda, kista suyuqligi va skolekslarni qisman yo'talgandan so'ng, kista bo'shatiladi va kist bo'shlig'ida vayron qilingan membranalarni ko'rish mumkin ("ilon belgisi"). Bemorning tanasining holati o'zgarganda harakatlanadigan echinokokkning ajinlar qobig'ining soyasi "suv nilufagi" yoki suzuvchi muz parchasiga o'xshaydi (Garsiya-Sogers alomati). Agar suyuqlik yo'tal bilan to'liq evakuatsiya qilingan bo'lsa, qolgan qattiq komponent bo'shliqda pastki pozitsiyani egallaydi ("bo'shliq ichidagi massalar") [65.B.199-200]

Shuni ta'kidlash kerakki, ishlarning aksariyati o'pka exinokokkozi diagnostikasida an'anaviy rentgenografiyaga bag'ishlangan multispiral kompyuter tomografiya yordamida yagona kuzatuvlarga asoslangan holda ajratilgan. Turli xil rentgenologik tasvirlar tufayli o'pkaning globulyar shakllanishini differentsial diagnostikasida muayyan qiyinchiliklar mavjud, bu turli xil etiologiya va patogenezdagi 70 dan ortiq kasalliklarning aksidir. Rentgenogrammada o'pkaning yaxshi va xavfli o'smalari, aorta va o'pka tomirlari anevrizmasi, tish go'shti, retrosternal zob, perikard kistasi, subfrenik lokalizatsiya jigarining exinokokkozi, mediastinning nevrinomasi exinokokkozga o'xshash rasm berishi mumkin. o'pka. Parazitar kist yuqtirilganda o'pka absessi bilan differentsial tashxis qo'yish qiyin kechadi. Suyaklarning exinokokkozi - parazitar kistalarning keyingi eng keng tarqalgan lokalizatsiyasi, barcha lokalizatsiyalar orasida 0,5-1% ni tashkil qiladi. Exinokokkozning suyak lokalizatsiyasi qon tomir zonalarida uchraydi. Umurtqa pog'onasi, tos suyaklari, keyinchalik naycha suyaklari, bosh suyagi va qovurg'alar epifizlari tez-tez ta'sirlanadi. Gidatid kistalar suyak kanalida joylashgan bo'lib, u orqali tarqalib, kortikal qatlamga etib boradi, uni yo'q qiladi va yumshoq to'qimalarga kiradi. Naychali suyaklarda kistlar epifiz bezi yonida aniq bo'lmagan konturli ingichka devorli rentgen-salbiy

shakllanishlarga o'xshaydi. Suyaklarning exinokokkozi o'ziga xos belgilarga ega emas va o'simta yoki boshqa yallig'lanish jarayonlariga o'xshaydi, aniq cheklangan, ko'p qirrali, osteolitik lezyonlarni hosil qiladi. Kortikal plastinkaning ingichkalashi va asosiy to'qimalarga tarqalishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin [28.B.251-255].

Mahalliyashtirish orqali umurtqa pog'onasi ekinokokkozi besh guruhga bo'linadi.

A - birlamchi intramedullar

B - intradural va extramedullar

C - ekstradural va intraspinal

D - umurtqa pog'onasining exinokokkozi

E - paravertebral exinokokkoz

Umurtqa pog'onasida kistlar umurtqali tanadan boshlanadi, orqa miya kanaliga tarqaladi, bu esa umurtqa pog'onasining siqilishiga olib keladi. Boshqa turdagi birlamchi kistalar juda kam uchraydi. Tuberkulyozli spondilit bilan differentsial tashxis qo'yish ayniqsa qiyin. Suyakda sklerozning yo'qligi va disk yuzasining shikastlanishi umurtqali exinokokkozga xosdir. Qovurg'alarining ishtiroki suyak ichi va suyakdan tashqari bo'lishi mumkin. Suyakdan tashqari kistalarda exinokokk qovurg'alar eroziyasini keltirib chiqaradi [130.B.89-90].

Endemik mintaqalarda yumshoq to'qimalarning exinokokkozi 2-3% ni tashkil qiladi. Mavjud ishlar asosan ultratovushga bag'ishlangan. Yumshoq to'qimalar exinokokkozining semiotikasi ishlab chiqilmagan. Yumshoq to'qimalar kistalarining differentsial diagnostikasi xo'ppozni, surunkali gematomani, sinovial kistani va yumshoq to'qimalarning nekrotik o'smasini o'z ichiga oladi. Exinokokkoz retroperitenial yog'da paydo bo'lishi mumkin, femoral kanal orqali kirib boradi. Xavfli fibroz gistiositoma, eng keng tarqalgan zararli

yumshoq to'qimalar shishi, retroperitoneal umurtqa pog'onasiningning absessi yoki gematoma, exinokokk kistasi sifatida ko'rinishi mumkin. Lomber xo'ppozda kamdan-kam hollarda tashkil etilgan gematomadan farqli o'laroq, havo mavjud [131.B.101-105).

Oshqozon osti bezi va taloqning exinokokkozi turli mualliflarga ko'ra 1% dan oshmaydi. Exinokokkozning 50 foizida bosh, 35 foizida - tanada, 15 foizida - bezning dumida joylashgan. Taloqning exinokokkozi turli mualliflarning fikriga ko'ra 0,9-8% ni tashkil qiladi, splenomegaliya, qorinning chap yarmida og'riq, subfebril holat (60, 109, 110) bilan namoyon bo'ladi. Miya exinokokkozi 0,5-1% hollarda, hatto kasallik endemik bo'lgan mamlakatlarda ham uchraydi. Kistalar miyaning istalgan qismida, lekin ayniqsa ko'pincha temporal lobda joylashishi mumkin. Ko'pgina kistalar supratentorialdir. Ular bolalarda ko'proq uchraydi, odatda bitta kist. Kompyuter tomografiyasi aniq belgilangan oval yoki dumaloq kistani ko'rsatadi. Zichlik va intensivlik miya omurilik suyuqligi bilan bir xil. Odatda xo'ppoz yoki kista o'smalaridan farqli o'laroq, atrofdagi shish yo'q. Ammo sezilarli massa ta'siri mavjud, kalsifikatsiya juda kam uchraydi [121.B.496-499].

Jarayonga buyraklarning jalb qilinishi umumiy holatlarning 2-3 foizini tashkil qiladi. Kistalar odatda yolg'iz bo'lib, po'stloq qavatida joylashgan. Qiz pufakchalari ta'rifi buyrak exinokokkozigacha xosdir. Yagona exinokokk kistasi va oddiy buyrak kistasi o'rtasida differentsial tashxis qo'yish qiyin. Exinokokk kistalarning ko'p kamerali shakllarini buyrak hujayrasi karsinomasining kistoz varianti bilan adashtirish mumkin. Yuqtirilgan kista buyrak xo'ppozida sifatida qabul qilinishi mumkin. Koscha-jom tizimiga bo'shatilgan kistaning yorilishi, gidaturiya va o'tkir buyrak kolikasining rivojlanishi holatlari tasvirlangan [72.B.1283-1292.]

Intra va retroperitoneal exinokokk kistalar, odatda, jigar, buyrak kistalari, taloqning o'z-o'zidan, shikastlanish yoki jarrohlik yorilishining natijasidir va kasallikning 10% gacha. Intra- va retroperitoneal bo'shliqda birlamchi

kistalar juda kam uchraydi. Ular operatsiyadan keyin ikki yil ichida rivojlanadi. Yuqoridagi lokalizatsiyalarga qo'shimcha ravishda, exinokokkoz tananing deyarli barcha organlarida, to'qimalarida joylashishi mumkin. Ko'z, yurak, jinsiy a'zolar zararlanishi tasvirlangan. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, exinokokk kistalarini aniqlash boshqa organlarni to'liq tekshirishni talab qiladi. Bemorlar orasida kombinatsiyalangan exinokokkoz ehtimoli 10% ga etadi[109.B.18-19.].

Shunday qilib, turli xil lokalizatsiyali exinokokk kistalari MSKT diagnostikaning yetakchi usullaridan biridir. Biroq, hozirgacha exinokokkozning MSKT semiotikasi yetarli darajada o'rganilmagan o'pka, suyak tizimi, miya, tahlil qilish bo'yicha ish yo'q o'n olti turli xil lokalizatsiyalashgan exinokokkozning umumiy va o'ziga xos semiotikalari, shunga o'xshash suyuqlik, yumshoq to'qima bilan differentsial diagnostika tuzilmalar. Exinokokkozni tashxislash uchun serologik reaksiyalar orasida lateks agglutinatsiyasi, bilvosita gemagglyutinatsiya, gelda ikki marta diffuziya reaksiyasi va immunologik - fermentlar bilan bog'liq immunologik tahlil qo'llaniladi. Maxsus laboratoriya reaksiyasi - Katsoni reaksiyasi, bu exinokokkozda 89-90% hollarda ijobiy bo'ladi [71.B.21-25].

Parenximatoz organlar zararlanganda ultratovush tekshiruvi kasalliklarni aniqlash va aniqlashda yetakchi o'rinlardan birini egallaydi. Radiografiya, kompyuter tomografiyasi - o'pkada, miyada, osteoartikulyar sistemada parazitni skrining qilish usullari [87.B.359-360]. Patognomonik alomatlardan biri kista devorining kalsifikatsiyasi bo'lib, u odatda kasallik boshlangandan 5-10 yil o'tgach paydo bo'ladi. Jigar va o'pka ko'proq zararlanadi. Miya, osteoartikulyar tizim, buyraklar, qorin bo'shlig'ining shikastlanish chastotasi juda kam uchraydi. Tirik parazit holatida kista diagnostik titrda aniq reaksiyani o'z ichiga oladi va kasallikning murakkab kechishi bo'lgan bolalarning faqat 57 foizida aniqlanadi. O'pka echinokokkozini tashxislashda rentgenologik usullar, balg'am mikroskopiyasi, qonni to'liq tekshirish, serologik tekshiruvdan foydalaniladi.

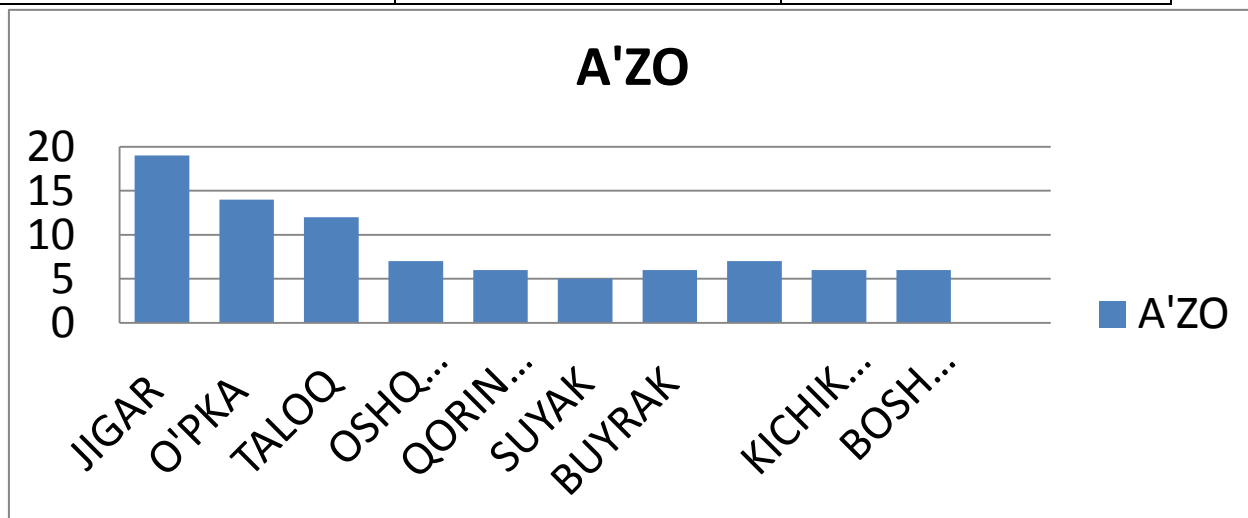
Anamnezni yig'ishda echinokokkozga nisbatan epidemik jihatdan noqulay mintaqalarda qolish, chorvachilik, ovchilik, hayvon terisini qayta ishlash bilan bog'liq mehnat faoliyatining mavjudligi muhim ahamiyatga ega. O'pka exinokokkozining skrining usuli - rentgenografiya, ko'krak qafasining KT. Asoratlanmagan exinokokk kistalarga xos belgilar o'pkada, odatda o'rta yoki pastki zonalarda bir yoki bir nechta aniq belgilangan bir xil soyalardir. Ko'pgina tadqiqotchilar o'ngdagi o'pkada gidatidomalarning tez-tez lokalizatsiyasiga e'tibor berishadi, bu esa chapga nisbatan kattaligi bilan izohlanadi. Parazitar kistalar 30% hollarda ko'p, ikki tomonlama - 20% da. Ular 60% hollarda o'pkaning pastki bo'laklarida joylashgan. Exinokokk kistaning shakli ko'p hollarda oval yoki yumaloq bo'lib, uning keng qismi pastki qismida, toraygan qutb esa tepada joylashgan. Asoratlanmagan parazitar kistaning soyasi aniq.

Shunday qilib, MSKT har xil lokalizatsiyaning exinokokk kistalarini tashxislashning yetakchi usullaridan biridir. Ammo shu paytgacha o'pka, suyak tizimi, miyaning exinokokkoz semiotikasining MSKT si yetarlicha o'rganilmagan, qilish bo'yicha ishlar yo'q qorin exinokokkozining umumiy va o'ziga xos semiotikasi, shunga o'xshash suyuqlik bilan differentsial diagnostika, yumshoq to'qimalarning tuzilishi.

II-BOB. Materiallar va tadqiqot usullari

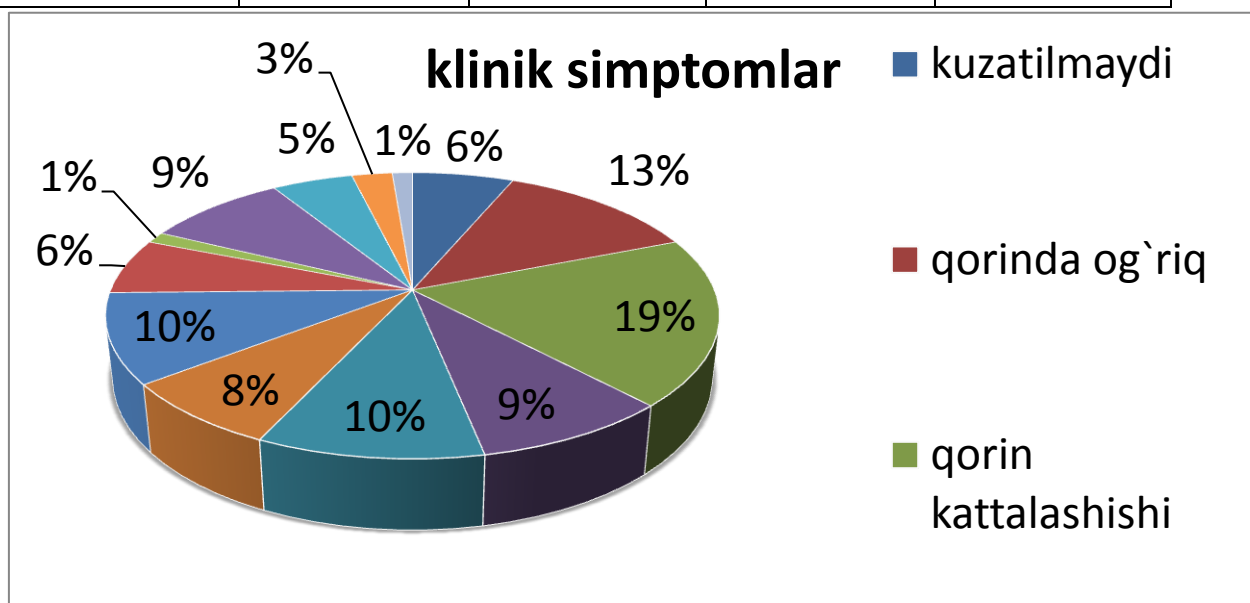
2.1. Klinik kuzatuvlarning umumiy xususiyatlari. Kasallikda gumon qilingan 201 bemorni tekshirish paytida aniqlangan turli xil lokalizatsiyadagi 79 nafar bemorning rentgenologik diagnostikasi ma'lumotlari tahlil qilindi. **Exinokokkozni lokalizatsiya qilish yo'li bilan bemorlarning taqsimlanishi jadvalda keltirilgan.**

A'zo	soni	%
Jigar	19	21,59
O'pka	14	15,9
Taloq	12	13,63
Oshqozon osti bezi	7	7,95
Qorin bo'shlig'i	6	6,81
Suyak	5	5,68
Buyrak	6	6,81
Yumshoq to'qima	7	7,95
Kichik chanoq a'zolari	6	6,81
Bosh miya	6	6,81
Barchasi	88	100



Jadvaldan ko'rinib turibdiki, eng katta guruh jigar va o'pka shikastlangan bemorlardan iborat edi. Ta'sir qilingan organlar soni bemorlarning sonidan oshib ketganligi sababli, 9 nafar bemorning ko'p organlari zararlangani, 4 nafari jigar va o'pkaning birgalikda zararlangani, 3 nafari buyrak va qorin bo'shlig'i, 1 nafari oshqozon osti bezi va taloq, 1 nafari jigar va taloq bilan kasallangan.

Yosh	Erkaklarda		Ayollarda	
	S	%	S	%
11-20	3	3,79	5	6,32
21-30	5	6,32	8	10,12
31-40	8	10,12	12	15,18
41-50	4	5,06	10	12,65
51-60	4	5,06	10	12,65
61 va undan katta	3	3,79	8	10,12
Barchasi	26	32,91	53	67,08

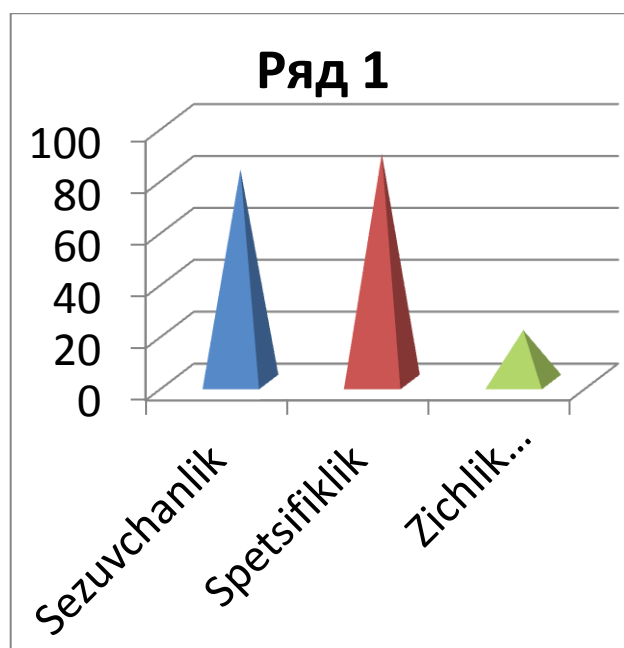
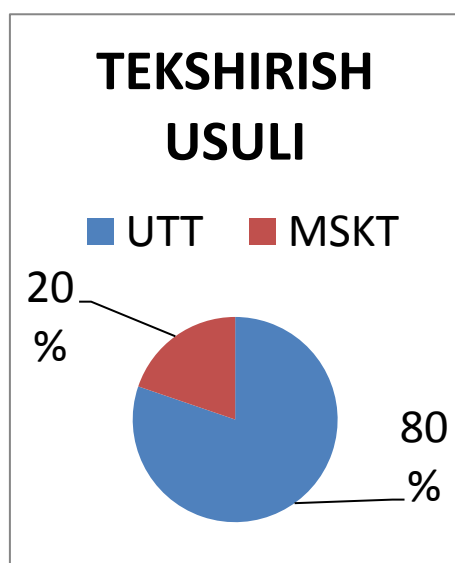


Jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, ayollarda kasallanish darajasi erkaklar bilan kasallanish darajasidan 2 baravar ko'p edi. Bizning fikrimizcha, bu ularning uy hayvonlari va uy ishlari bilan tez-tez aloqa qilishlari bilan bog'liq. Exinokokkozning turli yosh guruhlari orasida tarqalishi taxminan bir xil edi. Bemorlarda aniqlangan eng keng tarqalgan alomatlar 3-jadvalda keltirilgan. Jadvaldan ko'rinib turibdiki, "qorin o'sishi", qorin og'rig'i, najasning buzilishi, nafas qisilishi, quruq yo'tal, holsizlik, past darajadagi isitma, eozinofiliya - bu exinokokkozda eng tez-tez uchraydigan alomatlar bo'lib, bu o'sishni keltirib chiqaradi. parazit va uning atrofdagi organlar va to'qimalarga bosimi. 12 (5,94%) bemorlarda shikoyatlar bo'lmagan, asosan kist rivojlanishining dastlabki bosqichi bo'lgan bemorlar. Jarrohlik paytida tashxis 58 (73,41%) bemorda, 21 ta (26,59%) bemorda ultratovush tekshiruvi, rentgenografiya, kompyuter tomografiyasi, makrostrukturaviy o'zgarishlar va dinamik kuzatuv, serologik reaksiyalar bo'yicha morfologik tekshiruv o'tkazildi.

3-Jadval.Exinokokkoz klinik simptomlar uchrashi

Shikoyatlari	S	%
Kuzatilmaydi	12	5,94
Qorinda og'riq	24	11,88
“qorin kattalashishi”	34	16,83
Hansirash	15	7,42
Yo'tal	18	8,91
Ich o'tishi buzilishi	13	6,43
Eozinofiliya	39	19,3

Holsizlik	12	5,94
Gematuriya	3	1,48
Subfebrilitet	16	7,92
Ko'krak qafasida og'riqlar	9	4,45
Muchalarda og'riqlar	5	2,47
Bosh og'rig'i o'choqli simptomlar	2	0,99
Barchasi	202	100



2.2. Multispiral kompyuter tomografiyasi texnikasi.

X-ray KT tekshiruvi kompaniyaning "Somatom CR" apparatida o'tkazildi. MSKT tekshiruvi kompaniyaning "SIEMENS SOMATO MEMOTION -16(GerrSomatom CR" apparatida o'tkazildi

Tekshirish texnik parametrlari :kB -120.mAc-30;Tomografiya qavatlarlari -2-3 mm qalinligi 2-3 mm. standart usullar bo'yicha o'tkazildi. Quyidagi uslubiy shartlar bajarildi:

- Bemorni qo'llari bilan boshini ko'targan holda, uning orqa tomonidagi holati.
- Qorin bo'shlig'i organlarini o'rganishda, og'iz kontrastidan foydalanish.
- Derazaning kengligi 300-320HU, derazaning markazi 20-40HU.

Oshqozon-ichak traktining og'iz orqali kontrasti uchun yod tarkibidagi ionli suvda eruvchan kontrast moddasi (trazograf 76% yoki urografin 76%) 3 ml miqdorida preparatning 76% miqdorida har 100 ml uchun suvning umumiy hajmida ishlatilgan. 1000 ml dan. Bemorlar eritmani har dozada 250 ml dan 4 dozada o'rganish arafasida kechki soat 22: 00da, so'ngra tadqiqotdan 4 soat oldin, 2 soat oldin olishdi. Oxirgi doza to'g'ridan to'g'ri 4 dozada o'rganishdan 40 daqiqa oldin darhol olinadi. Ushbu doza oshqozon-ichak traktining barcha qismlarini bir xilda tekshirish uchun yetarli bo'ldi. Bosqichma-bosqich MSKTda rentgenkontrastli moddasning tomir ichiga yuborilgan reaktiv in'ektsiyasi ishlatilgan.

Qayta skanerlash dori yuborilgandan so'ng darhol boshlandi. Keyingi skanerlar 30 soniya, 1, 3 va 5 daqiqada qo'lga kiritildi. Multispiral kompyuter tomografiyasi (MSKT) parametrlari: rentgen naychasining kuchlanishi 120 KV, tok kuchi 200 - 350 mA, 512x512 tasvir matritsasi. Kesma qalinligi 7 mm yoki 5 mm, stolni berish tezligi ajratilgan qatlam qalinligiga mos keldi - 7 mm yoki 5 mm (balandlik = 1). Qayta qurish ko'rsatkichi - 5 mm yoki 4 mm.

Kontrastli MSKT texnikasi bo'yinturuq kateterga 2,5-3 ml / sek tezlikda 70 ml Ultravist 370 mg yod / ml ni bir marta yuborishni o'z ichiga oladi. Uch marta skanerlash o'tkazildi: birinchisi - arterial fazani olish uchun kontrastli muhit qo'llanilishi boshlangandan keyin 20-30 soniya kechikish bilan, ikkinchisi - 60-70 soniya kechikish bilan - venoz fazani olish uchun, uchinchisi - parenximal fazani olish uchun 120 soniya kechikish bilan olindi.

Olingan tasvirlarning metrik va densitometrik tahlili o'tkazildi. Organlar va to'qimalarning zichligi Xounsfield birliklarida (H birliklari)

aniqlandi. Ko'ndalang skanerlarni tahlil qilish bilan bir qatorda, ko'p rejali va uch o'lchovli rekonstruktsiyalarni qurish ishlatilgan. Jigarning umumiy hajmi, shikastlanishlar hajmi va buzilmagan jigar parenximasi hajmi "Roi Volume" dasturi yordamida ketma-ket skanerlash yordamida hisoblab chiqilgan.

2.3. Tadqiqot ma'lumotlarini tahlil qilish texnikasi

MSKT ma'lumotlarini baholashni ob'ektivlashtirish uchun qaror matritsasi prinsipi va axborotlilik ko'rsatkichlarini baholashdan foydalanilgan (prognostik testlar - noto'g'ri salbiy, haqiqiy-ijobiy, haqiqiy-salbiy, noto'g'ri-ijobiy fraktsiyalar. Ushbu belgilarning axborot tarkibi baholandi - sezgirlik, o'ziga xoslik, diagnostika aniqligi, ijobiy va salbiy testning bashorat qilinishi) ... Ushbu mezonlarni aniqlash uchun barcha bemorlar guruhlarga bo'lingan:

- ✓ MSKT diagnostika usuli yordamida PI tashxisini taxmin qilish mumkin bo'lgan va aslida PI bo'lgan bemorlar - to'g'ri ijobiy bashorat (PI)
 - ✓ PI borligi to'g'risida xulosa qilingan bemorlar, ammo natijada boshqa tashxis topilgan - noto'g'ri ijobiy prognozlar (LP)
 - ✓ boshqa diagnostika taxmin qilingan, ammo PI - noto'g'ri - salbiy prognoz (FN) bo'lgan bemorlar
 - ✓ boshqa tashhis qo'yilgan bemorlar, natijada boshqacha - to'g'ri-salbiy (IQ).
 - ✓ Usulning sezgirligi, usul mavjud bo'lgan barcha holatlarda patologik o'zgarishlarni qanchalik to'g'ri aniqlaganligini ko'rsatadi. Umuman olganda to'g'ri-salbiy (IQ) va noto'g'ri-ijobiy (LP) xulosalarga ega bemorlar kuzatuvlarning haqiqiy sonini ko'rsatadi, bu erda haqiqatda patologik o'zgarishlar bo'lmaydi. Ushbu mezon "uslubning o'ziga xosligi" (C) atamasi bilan belgilanadi.
-
- ✓ aslida mavjud bo'lmagan barcha holatlarda patologik jarayon.

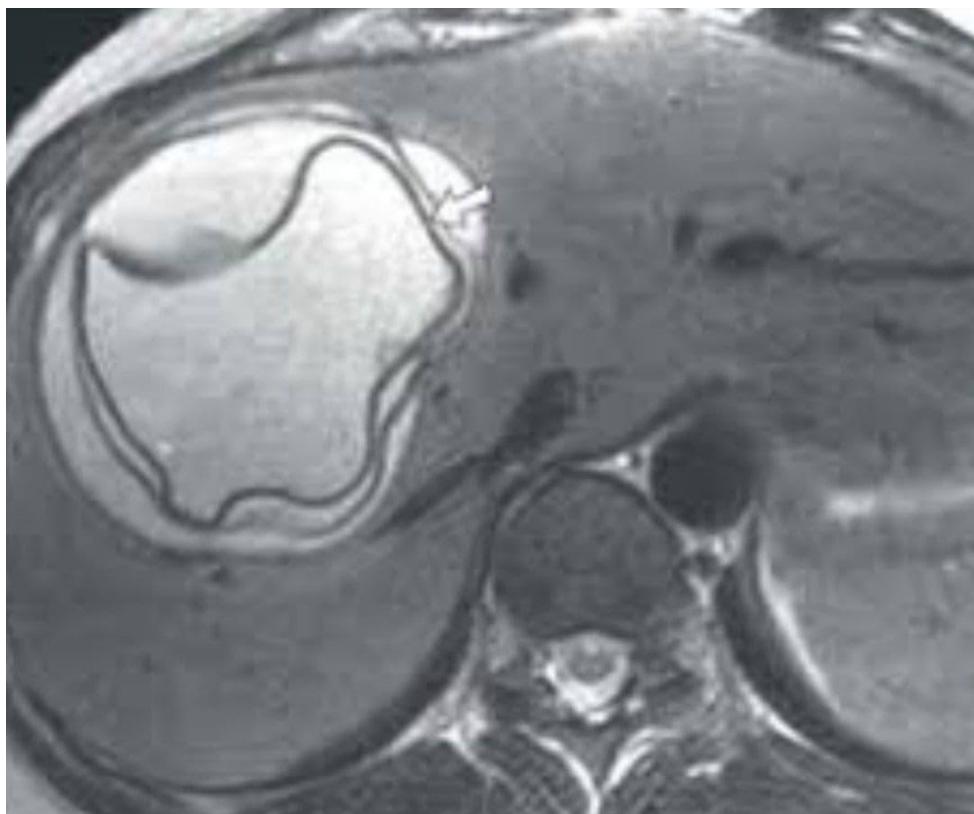
- ✓ Ta'sirchanlik va o'ziga xoslikdan tashqari, biz usulning prognoz qiymatini - ma'lum bir tadqiqot natijasi bilan kasallikning mavjudligi (yo'qligi) ehtimolini aniqladik.
- ✓ Ijobiy bashorat qiluvchi test - PPT (ijobiy bashorat qiluvchi qiymat) tadqiqotda patologik o'zgarishlarni aniqlagan kasallik ehtimolini ko'rsatadi.
- ✓ aslida mavjud bo'lmagan barcha holatlarda patologik jarayon.
- ✓ Ta'sirchanlik va o'ziga xoslikdan tashqari, biz usulning prognoz qiymatini - ma'lum bir tadqiqot natijasi bilan kasallikning mavjudligi (yo'qligi) ehtimolini aniqladik.
- ✓ Ijobiy bashorat qiluvchi test - PPT (ijobiy bashorat qiluvchi qiymat) tadqiqotda patologik o'zgarishlarni aniqlagan kasallik ehtimolini ko'rsatadi.
- ✓ Salbiy bashoratli test - OPT (salbiy taxminiy qiymat) kasallikning yo'qligi ehtimolligini salbiy (normal) test natijasi bilan ko'rsatadi.
- ✓ Parametrlarning diagnostik xususiyatlarining statistik ko'rsatkichlari formulalar yordamida hisoblab chiqilgan: $\text{Sensitivlik} = (\text{PI} / \text{LO} + \text{PI}) \times 100$;
- ✓ $\text{o'ziga xoslik} = (\text{IO} / \text{IO} + \text{LP}) \times 100$; Ijobiy testning taxmin qilinadigan qiymati = $(\text{PI} / \text{PI} + \text{LP}) \times 100$; Bashorat qilinadigan salbiy sinov qiymati = $(\text{RO} / \text{RO} + \text{LO})$

3-bob. Tekshirish natijalari

3.1.Qorin exinokokkozi diagnostikasida multispiral kompyuter tomografiyasi

3.2. Jigarining exinokokkozi

Jigar exinokokkozi bilan kasallangan 20 bemorning KT ma'lumotlari tahlil qilindi, ulardan 4tasida ular o'pkaning shikastlanishi bilan birlashtirildi. Aksariyatida - 13 bemor - skrining ultratovush tekshiruvi paytida kasallik aniqlandi, unda jigarda kist shakllanishi aniqlandi. 3 bemorda "qorin bo'shlig'ining kattalashishi", o'ng qovurg'a ostidagi og'riq (2 bemor), eozinofiliya, noaniq etiologiyaning subfebril holati (1 bemor) haqida tadqiqot o'tkazildi.

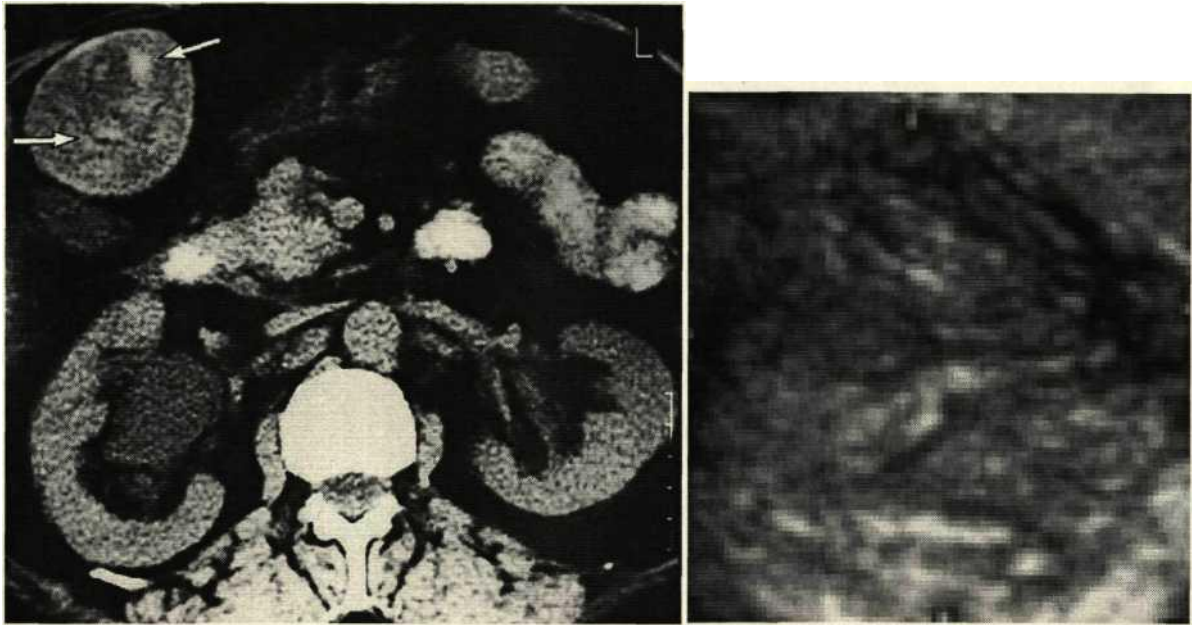


1-rasm.Jigar exinokokki

Kompyuter tomogrammlarini tahlil qilish segmentar tuzilishga muvofiq jigarda parazitlar kistalarning lokalizatsiyasini, parazitlar fokusning parenximaga, kapsulaga, jigar darvozasi, katta tomirlar, pastki kovak vena va qo'shni organlarga nisbatini aniqlashga imkon berdi. .

MSKT tasvirlarini o'rganishda kistaning shakli, tashqi va ichki konturlari, kist devorining qalinligi va zichligi, uning tarkibi va kalsiy tuzining cho'kindi jinsi belgilari baholandi. Kompyuter tomogrammlarida exinokokk kistalarning quyidagi belgilari aniqlandi: kist devorining qalinlashishi, konturlarining notekisligi, parazitlar membranalarining tabaqalanishi, tarkibining geterogenligi, qiz kistalari borligi, perifokal gipodensiya chekkasi. Kistalar tarkibining zichligi 9 dan 42 birlikgacha o'zgargan. H, exinokokk kasalligining so'nggi bosqichlarida ko'paygan. Qizning kistalari onaning kistasiga qaraganda kamroq zich edi. Ultratovush tasviridagi qattiq (o'lik) exinokokk varianti (3 bemor) parazitlar kist tarkibidagi zichlikning 36-42 H gacha ko'tarilishi bilan birga keldi. Gidatidoma lümeninde parazitlar membranalarining parchalari yuqori zichlikdagi konvolutsiyali chiziqli tuzilmalar ko'rinishida ingl.Vizualizatsiya qilindi; periferiya bo'ylab kapsulaning qobiqqa o'xshash kalsifikatsiyasi aniqlandi. 4 kasalda, ichida

Kistalar tarkibining zichligi 9 dan 42 birlikgacha o'zgargan. H, exinokokk kasalligining so'nggi bosqichlarida ko'paygan. ... Qizning kistalari onaning kistasiga qaraganda kamroq zich edi. Ultratovush tasviridagi qattiq (o'lik) echinokokk varianti (3 bemor) parazitlar kist tarkibidagi zichlikning 36-42 H gacha ko'tarilishi bilan birga keldi. Gidatidoma lümeninde parazitlar membranalarining parchalari yuqori zichlikdagi konvolutsiyali chiziqli tuzilmalar ko'rinishida ingl.Vizualizatsiya qilindi; periferiya bo'ylab kapsulaning qobiqqa o'xshash kalsifikatsiyasi aniqlandi. 4 kasalda, ichida ultratovush tekshiruvi bo'yicha anekoik zonaga ega bo'lgan giperekoik yoyning alomatini aniqlagan rentgenografiya tomografiyasida kapsulaning massiv kalsifikatsiyasi bilan ko'p kamerali kist shakllanishi aniqlandi (1-rasm). Bizning kuzatishlarimiz, parazitning o'limi har doim kapsulada kaltsiy tuzlarining massiv cho'kish bilan birga keladi degan nuqtai nazarga qo'shilmaslikka asos beradi (2-rasm, a, b).



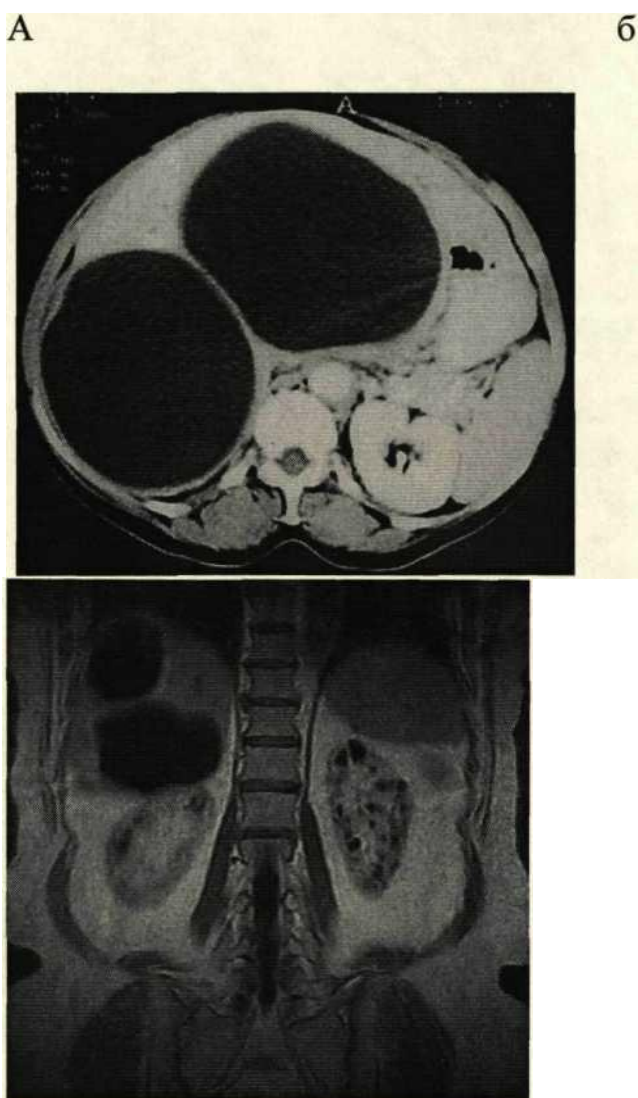
Rasm 2 a, b. MSKT a) olgan exinokokkning yumshoq to'qimalarning tuzilishi, kapsulada kalsinatlarning o'rtacha turib qolishi (—>) b) yaqinlashtirilgan tasvirda ko'rinishi

MSKT exinokokkni kolloid yo'g'on ichak saratoni metastatik shikastlanishidan farqlashda etakchi o'rinni egalladi. Metastazlar ichki qattiq tuzilishi bilan ajralib turardi, ular tarkibida kaltsiy tuzlarining ko'p qavatli qo'shilishlari mavjud edi.

Bizning kuzatishlarimiz, parazitning o'limi har doim kapsulada kaltsiy tuzlarining massiv cho'kishi bilan birga keladi degan nuqtai nazarga qo'shilmaslikka asos beradi (2-rasm, a, b). KT diagnostik jihatdan noaniq holatlarda parazitar va parazitar bo'lmagan jigar kistalari o'rtasida differentsial tashxis qo'yish uchun ishlatilgan. Differentsial diagnostika quyidagi KT mezonlari asosida amalga oshirildi. Echinokokk va parazitar bo'lmagan kistalarning densitometrik ko'rsatkichlari katta kistalar bilan farq qilib, 10-25 birlikni tashkil etdi. N, echinokokk kistasi va 0-15 birlik. Parazit bo'lmagan kist bilan N. Shakl 2 a, b. MSKT a) vafot etgan echinokokkning yumshoq to'qimalarining tuzilishi, kapsulada kaltsiy tuzlarining mo'tadil

cho'kishi (->) b) xuddi shu yaqinlik bu, boshqa differentsial diagnostik belgilar bo'lmasa ham, echinokokk kistalarni jigarning parazitar bo'lmagan va polikistik kistalaridan ajratib olishga imkon berdi. Parazit o'limidan so'ng echinokokk kisti tarkibining zichligi sezilarli darajada oshadi (20 birlik N va undan ko'p). Exinokokkoz bilan kasallangan 70% hollarda kist kapsulasi aniqlandi, uning qalinligi 2-3 mm. Uchdan bir holatda kapsulaning qisman yoki to'liq kalsifikatsiyasini aniqlash mumkin edi, bu lezyonning parazitar tabiatining o'ziga xos belgisi. Exinokokkoz bilan kasallangan 23% hollarda qiz kistalari va qorin bo'shlig'i a'zolarining (taloq, buyraklar, buyrak usti bezlari) ko'p zararlanishi qayd etilgan.

Mana klinik kuzatuv. Bemor G-VA V.A. 35 yoshda, shikoyat yo'q. Profilaktik tekshiruv vaqtida ultratovush tekshiruvida klinikada qo'shimcha tekshiruvga yuborilgan 2 ta jigar kistasi aniqlandi. Yurak tonlari bo'g'iqlik, puls daqiqada 78 marta, A / D 145/95 mm simob ustuni. Qorin yumshoq va og'riqsizdir. Laboratoriya ma'lumotlari - qonni to'liq hisoblash - eozinofiliya; koagulogramma yosh normasi doirasida. Qorin bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvida jigarning o'ng lobini egallagan ikkita kist shakllanishi aniqlandi. CT, MRI o'zgarishlarning kistik xususiyatiga, ularning lokalizatsiyasiga, qalin kapsulaning mavjudligiga oydinlik kiritdi (3-rasm, b). Turli xil alomatlarni har tomonlama tahlil qilish asosida exinokokk kistasi tashxisi qo'yildi, bu operatsiya davomida tasdiqlandi.



Shakl 3 a, b jigarning exinokokkozi: a) MSKT - jigarda ikkita kist, periferiya bo'ylab qalin kapsula, b) xuddi shu bemorning MPT T1 WI - jigar kistasi. MSKT rasmidagi jigarning exinokokk kistalari variantlari 4-jadvalda keltirilgan.

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, parazitar kistaning eng keng tarqalgan alomati suspenziyasi bo'lgan ko'p kamerali kist, individual kalsifikatsiyalangan ko'p qavatli qalin kapsuladir.

Jadval 4

MSKT tasvirida jigarning exinokokk kistalari variantlari

Turi	halqali	Chiziqli	Qalin kapsula	Kalsinatlar

Kista	3	1	2	-
ko'p kamerali	10	2	4	2
Kista uzuk halqasimon	3	-	-	-
O'lgan	3	3	-	3

Jigar exinokokkozini aniqlashda KT tadqiqotlarining diagnostik samaradorligi 5-jadvalda keltirilgan.

**Exinokokkozda MSKT tekshiruvining diagnostik samaradorligi
jigar tashxisning sezgirliги o'ziga xosligi**

Tashxis	Sezuvchanlik	spetsifiklik
Jigar exinokokkozi	82,5%	88,2%

Tahlillar ko'rsatganidek, bir qator usullarda MSKT jigar exinokokkozini aniqlashda eng o'ziga xos va sezgir usul bo'lgan.

3.1.1. Oshqozonosti bezi exinokokkozi

Oshqozonosti bezi exinokokkozi bilan kasallangan 7 bemorning MSKT diagnostikasi ma'lumotlari tahlil qilindi. Ikki bemorda exinokokkoz ultratovush tekshiruvi natijasida tasodifiy topilgan, 2 bemorda klinik tekshiruv paytida qorin bo'shlig'ining yuqori qismida hosil bo'lganligi aniqlangan, 1 bemorda "qorin o'sishi" qayd etilgan, 2 bemorda etiologiyasi noaniq bo'lganligi sababli tekshiruv o'tkazilgan epigastral sohada.

KT tekshirishda 3 ta bemorda ko'p kamerali strukturaning kistasi shakllanganligi aniqlandi, 3 ta bemorda pufak shakllanishi periferiyasi

bo'ylab ko'p qavatli kapsula, 1 tasida ko'p kamerali va ko'p qavatli kapsulaning birikmasi kuzatildi. Bizning kuzatuvlarimizda me'da osti bezi exinokokkozi bilan kapsulaning kalsifikatsiyasi aniqlanmadi. Bu, ehtimol, kasallikning dastlabki klinik ko'rinishlari, "yosh" exinokokk bosqichida parazitlar kistani tanib olish bilan bog'liq edi. KT tekshiruvi zararlangan hududning aniq joylashishini, uning atrofdagi organlar va to'qimalar bilan aloqasini, Wirsung kanaliga bosimni aniqlashga imkon berdi, bu esa o'z navbatida radikal jarrohlik davolashni amalga oshirishga imkon berdi.

Misol tariqasida biz quyidagi klinik kuzatuvni beramiz. Bemor G-tol, 18 yoshda, epigastral mintaqada og'riq, ikki kun davomida ko'ngil aynish shikoyatlari bilan qabul qilindi. Tekshiruvda: puls minutiga 105 marta, bosim 120/95 mmHg, tana harorati 38,5 ° S. Qon va siydik sinovlari normal edi. Qorin bo'shlig'ini palpatsiya qilishda kindik ustida og'riq aniqlandi va shu joyda elastik shakllanish paypaslandi. Qorin bo'shlig'ining oddiy rentgenografiyasida patologik o'zgarishlar aniqlanmadi. Ultratovush tekshiruvi me'da osti bezi boshida 43 x 35 mm bo'lgan ko'p kamerali kist shakllanishi mavjudligini ko'rsatdi. MSKT oshqozon osti bezi boshi mintaqasidagi o'zgarishlarning lokalizatsiyasini, shakllanishning suyuq tuzilishi periferiyasi bo'ylab ko'p qavatli kapsulaning borligini va oshqozonning orqa devoridagi kist bosimini tasdiqladi (2-rasm). 4). Laparotomiya o'tkazildi, kista olib tashlandi. Gistologik tekshiruv exinokokkoz tashxisini tasdiqladi. Oshqozonosti bezining exinokokkozi bezlar. MSKT - bilan kista shakllanishi ko'p qavatli kapsula, orqaga suriladi oshqozonning orqa devori.

Shunday qilib, exinokokk kistasining odatiy makrostrukturasi holatida operatsiyadan oldin kasallik tashxisi qo'yilishi mumkin. Ko'p hollarda "oddiy kista" uchraydi.

Taloqning exinokokkozi

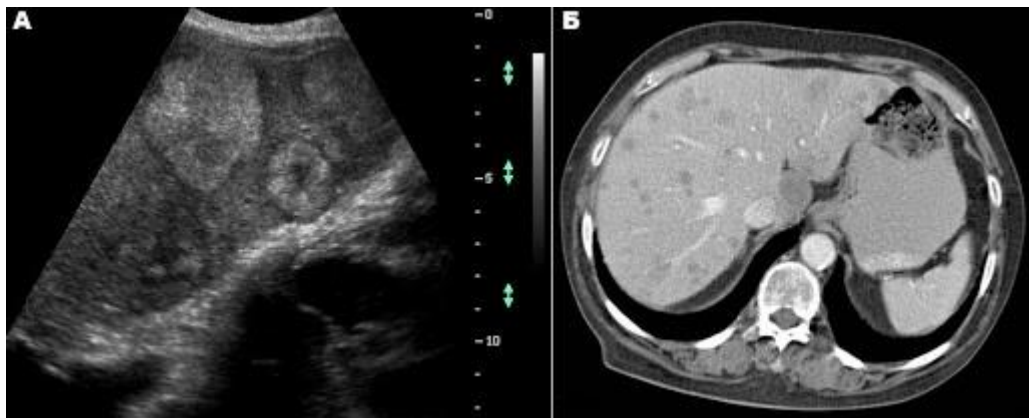
Taloqning exinokokkozi bilan kasallangan 12 nafar bemorning MSKT ma'lumotlari tahlil qilindi.



4-rasm.Oshqozonosti bezi exinokokkozi.

3.1.3.Taloqning exinokokkozi.

Taloqning exinokokkozi bo'yicha MSKT natijalariga ko'ra 12 ta bemorda aniqlangan. Bemorlar chap qovurg'a ostida og'irlik hissi haqida shikoyat qildilar, subfebril holat, 2 bemorda kengaygan taloq sezildi. Kistaning o'lchamlari diametri 6-11,2 sm. KTni tekshirish taloqning qorin echinokokk kistasi sifatida aniqlandi: zichligi teng bo'lgan ko'p kamerali, hajmli ta'lim yopishqoq suyuqlikning zichligi (15-20 birlik. H) (5-rasm). 9 ta bemorda MSKT xarakterli ko'p qatlamli kapsulaga ega edi. 3 bemorda kapsulaning kalsifikatsiyasi kuzatildi.



MSKT - ko'p kamerali ta'lim (->) ko'p qavatli kapsula bilan kengaygan taloq, qizaloq kistalari (^)

Shunday qilib, KT parazitlikni aniqlashda yuqori samaradorlikka ega edi. Taloqning shikastlanishi, lokalizatsiyasini aniqladi, ichki makrostrukturasi, atrofdagi to'qimalar va organlar bilan munosabatlar.

Jigar exinokokkozi semiotikasining KT ma'lumotlari bilan taqqoslash ko'rsatilgandek, oshqozon osti bezi, paytida taloqning exinokokkoz belgilari va belgilari ko'p jihatdan o'xshashdir.

3.1.4. Buyrakning exinokokkozi.

Buyrak exinokokkozi bilan kasallangan 6 nafar bemorning KT ma'lumotlari tahlil qilindi. UZI kista bilan og'rigan bemorlar ultratovush tekshiruvi paytida tasodifiy topilmalarga aylanishdi. Ultratovush gematuriya (1 kasal) uchun o'tkazildi, palpatsiya qilingan massa buyrak maydoni (2 bemor). Buyrak exinokokkozining makrostrukturasining variantlari MSKT ma'lumotlari bo'yicha 6-jadvalda keltirilgan.

6-jadval

MSKT tasvirida buyrakning exinokokk kistalari variantlari

ko'rinish	halqasimon	ma'lum	Qalin kapsula	Kalsinatlar	O'ng buyrak	Chap buyrak
kista	3	1	2	1	2	1
ko'p kameralar kista	2	2	-	1	1	1
halqasimon	1	-	-	-	-	-

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, buyrak exinokokkozida tomografiya aniqlandi

Makrostruktura taloqda o'xshash - oddiy kist, ko'p kamerali ko'p kamerali exinokokk kapsulasining kistasi yoki kalsifikatsiyasi. MSKT buyrak exinokokkozining belgilari taloq, jigar, oshqozon osti bezi (6-rasm).



Rasm- 6. Chap buyrakning exinokokkozi. MSKT - ko'p kamerali ta'lim, bilan qiz kistalari, qattiq komponent va qalin kapsula (->) 2 bemorda kalsifikatsiya bo'ldi. skanerlashga imkon beradigan diskret, boshlang'ich belgi individual kalsifikatsiyani, qalin kapsulani, ichki qismini aniqlang. ploisonne tuzilmalari.

3.1.5. Intra va retroperitoneal exinokokkoz

Adabiyotga ko'ra, exinokokkozning organik bo'lmagan lokalizatsiyasi sababi bu jigar kistasining yorilishi, buyrak yoki kistaning shikastlanishi jarrohlik aralashuvi. 6 ta bemorning MSKT ma'lumotlari tahlil qilindi. Exinokokkozning ekstrorganik lokalizatsiyasi bilan. Intraperitoneal lokalizatsiya - 4 bemor), retroperitoneal bilan - 2 bemor. Intraperitoneal 3 bemorda lokalizatsiya buyrakning exinokokkozi a bilan bog'liq edi.. Bilan bir yil o'tgach kasallikning qaytalanishi aniqlandi. ultratovushni boshqarish. 2 bemorda MSKTda relaps aniqlandi va topilmadi, ultratovush orqali tanilgan. Bu kistaning kichik o'lchamlari va uni ichak tutqichlari bilan qoplash. Ushbu kuzatish shuni ko'rsatdiki, jarrohlik algoritmidan keyin kasallikning qaytalanishini istisno qilish ultratovush tekshiruvi bilan birga tekshiruv qorin tomografiyasini ham o'z ichiga olishi kerak, bo'shliq va tos suyagi. Boshqa barcha holatlarda, ekstraorganik bilan aloqani

o'rnating, exinokokkozning oldingi operatsiya yoki exinokokkoz bilan joylashishi qorin bo'shlig'ining har qanday a'zosi mumkin emas edi. Bu haqiqat exinokokkozning paydo bo'lishi qorin bo'shlig'i, retroperitoneal bo'shliq har doim ham bog'liq emas yuqoridagi omillar bo'yicha va mustaqil sifatida mavjud bo'lishi mumkin. Parazitning tarqalish usuli. Echinokokk kistasining kattaligi edi 4 - 11,5 sm. 2 bemorda bitta kista bor edi, 4 bemorda ikki yoki undan ko'p. Maksimal aniqlangan exinokokk kistalari soni 6 tani tashkil etdi va undan keyin kuzatildi. Buyrakka jarrohlik aralashuvi. Exinokokkoz bilan kasallangan bemorlar monitoring davomida tan olingan, 1 ta bemorda shikoyatlar bo'lmagan qorin bo'shlig'ining sezgir yumshoq elastik o'smasi, 1 ta shikoyat qorin og'rig'i, najasni buzish. KTda exinokokkozning makrostrukturasi rasm 6-jadvalda keltirilgan.

6-jadval.

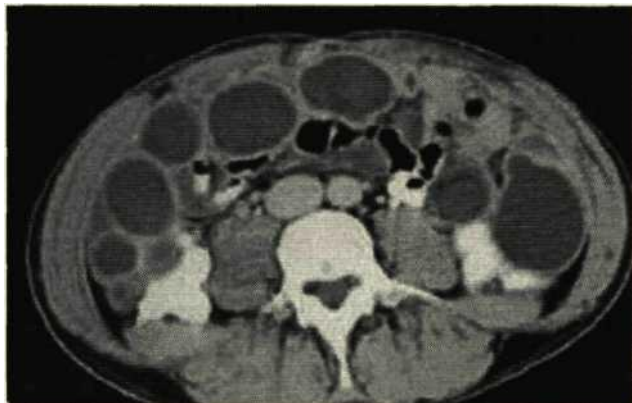
MSKTda exinokokk ichi va retroperitoneal kistalarning variantlari

Ko'rinishi	halqasimon	qoldiq	Qalin kapsula	Kalsinatlar	Qorin orti	Qorin ichi
kista	5	-	1	-	-	4
Ko'p kamerali kista	1	1	1	1	1	-

6-jadvaldan ko'rinib turibdiki, intra- va retroperitoneal exinokokkoz asosan "oddiy kista" bilan ifodalanadi, ehtimol bu ularga bog'liqdir. Operatsiyadan keyingi kelib chiqish, jarayonda erta aniqlash bemorlarni kuzatish. Boshqa hollarda, ko'p kamerali ta'lim, ulardan ikkitasida ko'p qavatli kapsula aniqlangan, ichki to'xtatib turish, eskirganlik belgilari.

MSKT aniqlashda aniqroq usul qorinni o'rganishda exinokokk kistalarning lokalizatsiyasi va soni ultratovushga qaraganda bo'shliq va retroperitoneal bo'shliq. Bu bilan bog'liq ultratovush tekshiruvi bilan exinokokkozni tanib olishning cheklangan imkoniyatlari ichak qovuzloqlari.

Ushbu lokalizatsiyaning exinokokkozining makrostrukturasi parenximatoz organlardan farq qilmadi va umuman olganda "oddiy kist" bilan ifodalangan. Faqat bitta bemor bor edi ko'p qatlamli kapsula (7-rasm).



Rasm 7. Exinokokk kistalari bir yildan keyin qorin bo'shlig'i exinokokk kistalarini olib tashlash jigar. MSKT - ko'p martalik ichki peritoneal echinokokk kistalari ko'p qatlamli kapsula bilan.

3.2 .O'pka exinokokkozi diagnostikasida kompyuter tomografiyasi

O'pka exinokokkozi bilan kasallangan 14 bemorning KT ma'lumotlari tahlil qilindi. U 4 o'pkaning exinokokkozi bo'lgan bemorlar rentgenografiyada tasodifiy topilma edi. Ko'krak qafasi yoki flyurografiya. Qolgan bemorlar murojaat qilishdi, nafas qisilishi, yo'tal, ko'krak qafasidagi og'irlik hissi, subfebril holat, sodir bo'lgan eozinofiliya rentgenografiyaning sababi bo'ldi . Kistaning o'lchamlari 4,3 dan 9,3 sm gacha, mahalliyashtirilgan o'ng (6 kasal) yoki chap (8 bemor) o'pka. Bitta kuzatuvda ikkala o'pka ta'sirlangan, ularning har birida kist aniqlangan.

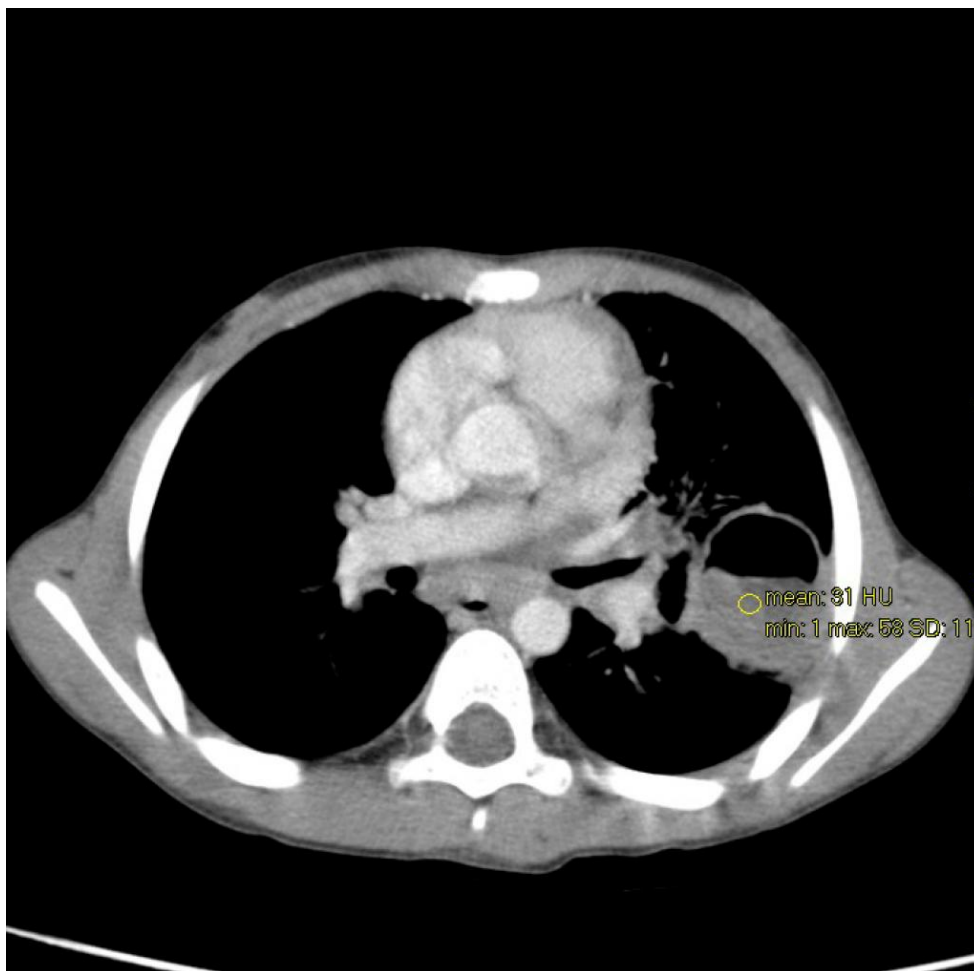
Patologik jarayon bemorlarning 60 foizida pastki bo'laklarda joylashtirilgan, o'pkaning yuqori qismlari -40%. ko'krak qafasi rentgenografiyasi va MSKT asosiy diagnostika usulidir. Biroq, 5 ta bemorda MSKT ko'rsatdi. Juda yuqori zichligi - 35 dan 41 donagacha N,

bu majburan yumshoq to'qimalariga ega bo'lishini taxmin qiling. Makrostrukturaviy MSKT ma'lumotlariga ko'ra o'pka exinokokkozining belgilari keltirilgan. MSKT bo'yicha o'pkaning echinokokk kistalari variantlaritoxtatilgan moddaning turi MSKT ma'lumotlariga ko'ra o'pka exinokokkozining belgilari 8-jadvalda keltirilgan.

Jadval 8.Rentgenologik MSKT bo'yicha o'pkaning exinokokk kistalari variantlari

Turi	Halqali	Kalsinat qoldig'li	Qalin kapsulali	Havoli kista
Kista	5	-	2	1
Ko'p kamerali kista	6	2	3	1
Yumshoq to'qimali kista	3	-	-	-

Oddiy rentgenografiyada 2 bemorda o'pka kistalari aniqlandi. O'pka to'qimasidan aniq chegaralangan holda, kapsulani kalsifikatsiyalash bilan kistalar yuqori zichlik 3 bemorda yuzaga keldi. Belgilangan kista tolali va kutikulyar membranalar orasidagi havo qo'shimchalari 2 bemorda kuzatilgan (8-rasm).

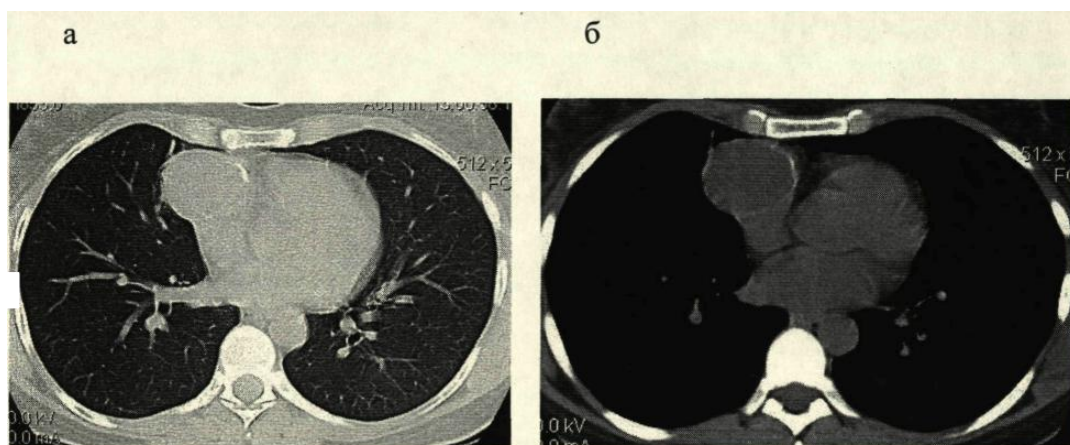


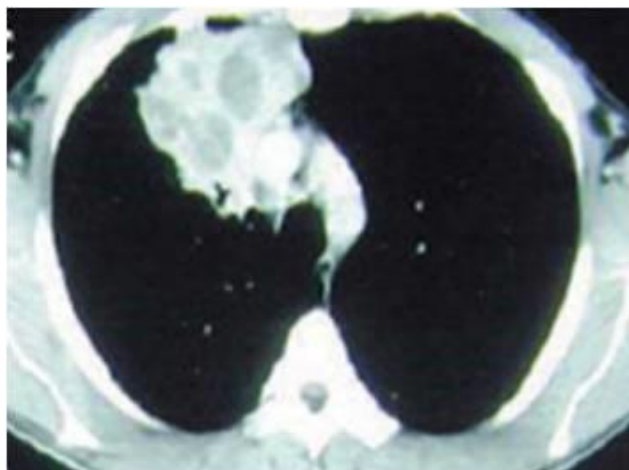
Rasm 8. O'ng o'pkaning эхинококкоз. MSKT - havo qo'shimchalari aniqlanadi kistaning tolali va kutikulyar qatlamlari o'rtasida, bu yuqori ekanligini ko'rsatadi. kapsulaning yorilishi ehtimoli. 2 bemorda o'roq shaklidagi havo qo'shimchalari yuqori qismida aniqlandi. bronxial eroziyaning keyingi bosqichini ko'rsatadigan kistaning qirrasi. Bular bemorlar orasidagi zichlik farqi tufayli suyuqlik darajasini aniqladik kistning suyuqligi va unga kirib kelgan havo (9-rasm). Kistlar aniq o'pka to'qimasidan ajratilgan, oval yoki biroz to'lqinli bo'lgan.



Rasm 9. O'ng o'pkaning exinokokkozi, MSKT

- yuqori qismida havo to'planishi kistalar (A) Kalsifikatsiyaning kichik joylari, qobiqqa o'xshash symptom kalsifikatsiya 2 bemorda kuzatilgan





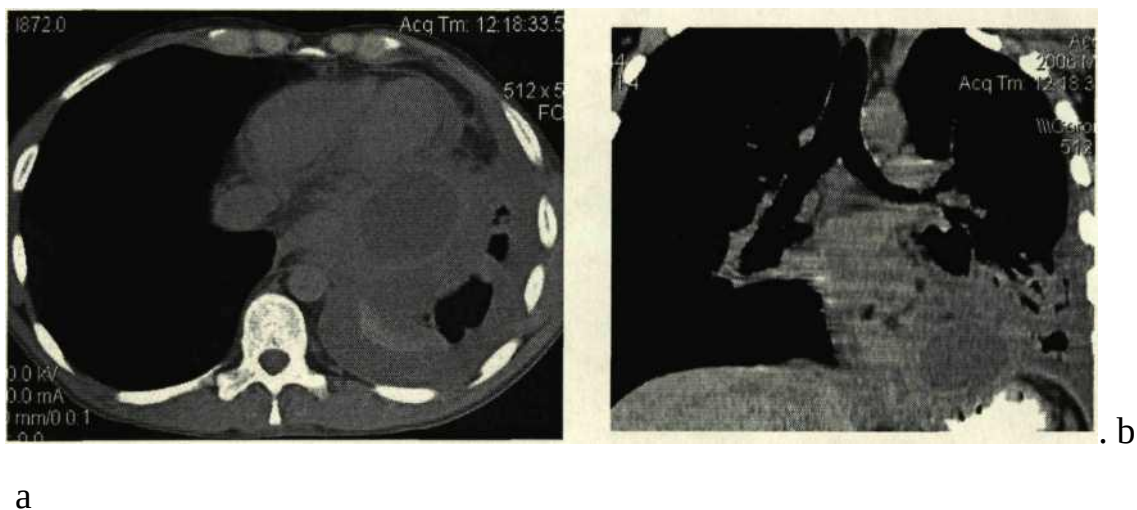
b



a

Rasm 10 a, b. O'pka ekinokokkozi. MSKT - kapsulani kalsifikatsiya qilish
exinokokk kistalari turli xil oynalar rejimida ko'rilganda.

1 bemorda kista plevral infuziya borligi bilan birlashtirildi (11-rasm, a, b). Yuqori aniqlikdagi multispiral kompyuter tomografiyasi, qatlamli vizualizatsiya va amalga oshirish imkoniyati densitometrik tahlil, exinokokk kistalarini aniqlashga imkon beradi va har qanday lokalizatsiya dagi (o'pka ildizlari, parakardial segmentlar, bazal o'pka bo'limlari) kistalarni tahlil qiladi.



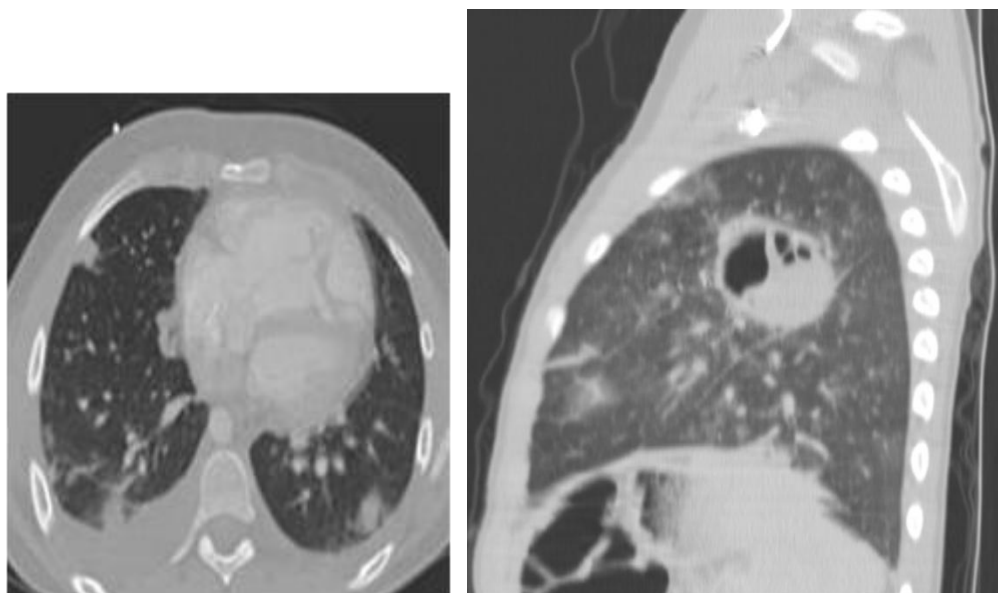
Rasm 11 a,b. O'ng o'pka exinokokkozi.MSKT - a) tO'ng o'pka va diafragma ustida ko'p qavatli kapsulali kista, plevra ta'sirlanishi bilan b) Frontal konstruksiya qilinganda diafragmning bronxga nisbati.

O'pka ichidagi exinokokk kistalarining rentgenologik tasvirida aniq konturli tasvirlar yoki dumaloq soyalar mavjud bo'lib, ular notekis bo'lishi mumkin (kistalarni atrofdagi to'qimalar siqib chiqarishi tufayli), kistalarning kattaligi 20 sm ga etishi mumkin (11-rasm) -2). Yallig'lanish jarayonining atrofdagi o'pka to'qimalariga tarqalishi konturlarning "xiralashishiga" olib keladi - ular noaniq bo'lib qoladi. Agar tolali kapsula va xitinoz membrana orasiga havo kirs, kist chetida cho'zilgan o'roq shaklidagi ma'rifat ingl. Ma'rifat - bronxda kist yutug'ining oldingi belgisi. Kista yorib chiqilganda rentgenogrammada gorizonta tarkibli bo'shliq aniqlanadi.

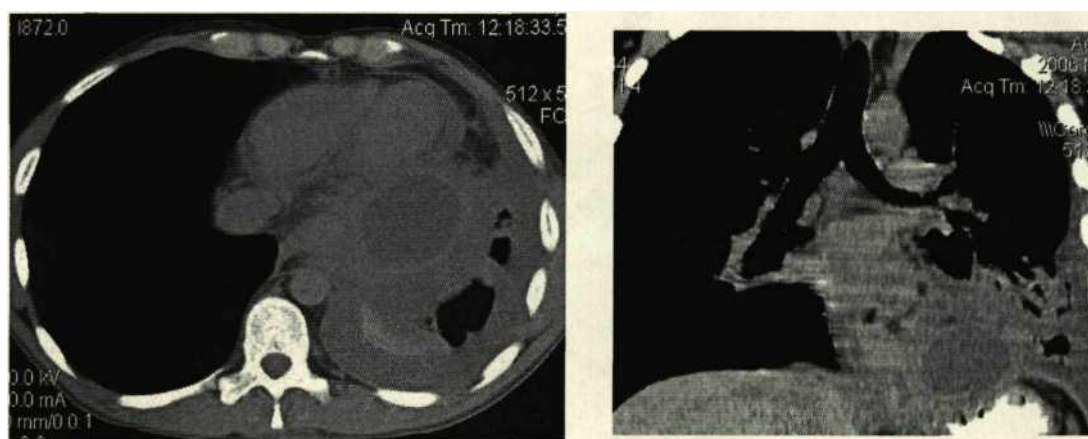
Instrumentalning yuqori ma'lumotli usuli,o'pka exinokokkozining diagnostikasi multispiral kompyuter tomografiya (tomografiya). Bu sizga exinokokkning munosabatlarini aniqlashtirishga imkon beradi ,tomirlar va bronxlar bilan kistalar, exinokokk kistalarning hayotiyiligini baholash, asoratlarning mavjudligi, tolali kapsulaning holati.Tasvirni 3D formatida qayta qurish kursni stimulyatsiya qilishga imkon beradi.Kutilgan jarrohlik

aralashuvi va mumkin bo'lgan holatlardan qochish operatsiya ichidagi asoratlar (11a-rasm, b).

a b

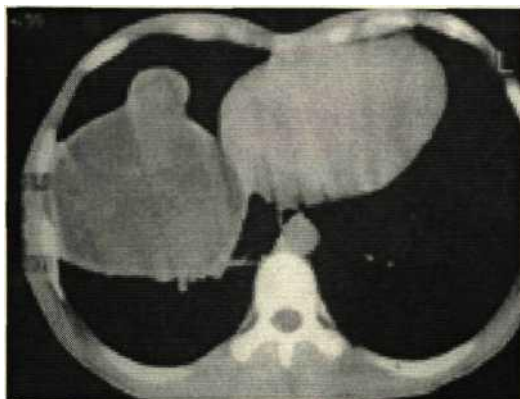


Rasm 11 a, b. Chap o'pkaning exinokokkozi. KT - a) chapdagi diafragma ustida ko'p qavatli kapsulali o'pka kistasi, reaktiv plevrit, b) Qachon frontal tekislikdagi qayta qurish nisbati bilan belgilanadi bronxlar, diafragma bilan parazit 6 bemorda ko'p kamerali kist kuzatilgan. Kistlarning KT semiotikasi ko'p qavatli kapsula bo'lgan qiz kistalari borligi haqida shubha qoldirmadi o'pkaning parazitlar zararlanishi (12-rasm).

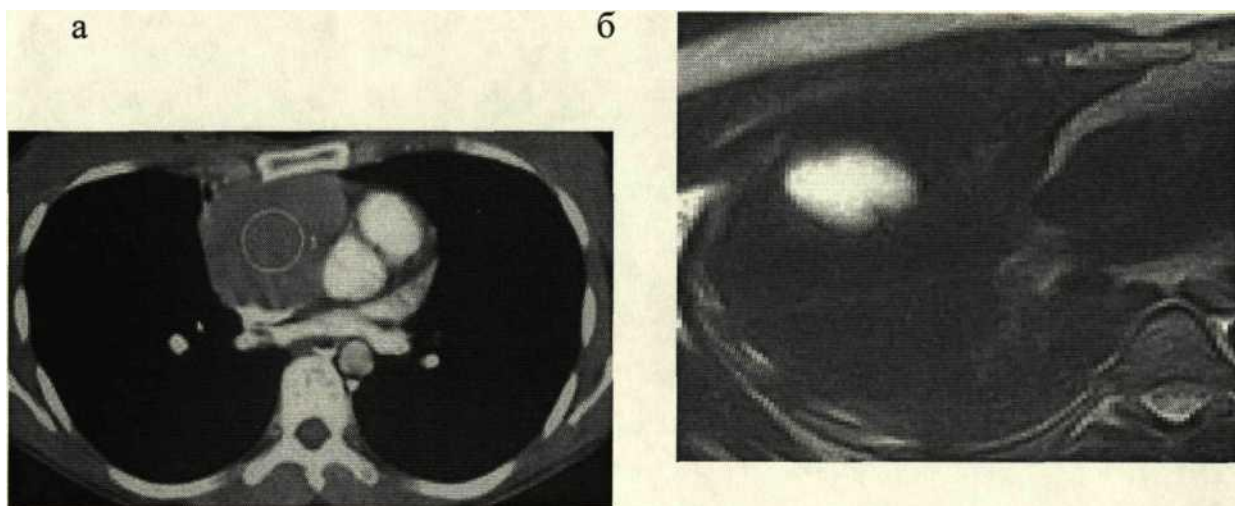


Rasm 12 O'ng o'pkaning exinokokkozi. MSKT - onada qiz kistalari kista. Birinchi marta biz plevranning exinokokk kistasini aniqladik. MSKT tuzilishi

plevral exinokokkoz o'pka exinokokkoziga o'xshash edi (12-rasm).



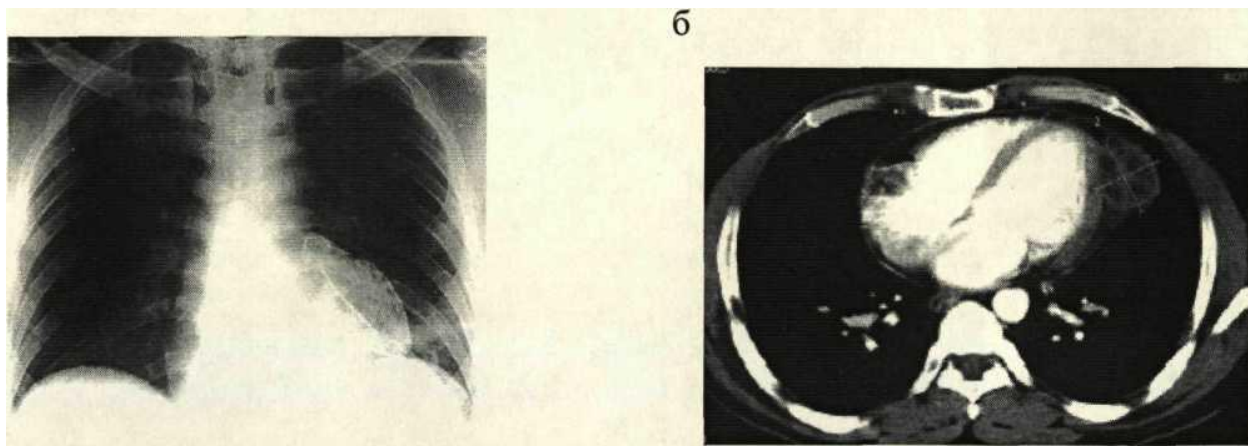
Rasm 13. Plevraning exinokokkozi. MSKT o'pka to'qimalarining fonida aniqlandi. Plevrada joylashgan bo'lgan exinokokkoz .3 bemorda MSKTdagi exinokokk kisti yumshoq to'qimalarni simulyatsiya qilgan hosil bo'lishi - kapsula va suyuqlik tarkibi aniq aniqlanmagan. Shakllanish zichligi 50 - 63 HU ni tashkil etdi, shu bilan birga tashqi konturlar o'pka to'qimasidan aniq chegaralangan edi. Ta'limning tashqi shakli to'lqinli yoki hatto konturga ega bo'lib, kistani ko'rsatdi. O'sma va kista belgilari bu havo pufakchalarining mavjudligi, kistada ham haqiqiy yallig'lanish jarayoni, ham bronxoalveolyar tizimdan havoning kirib borishi. Usul ushbu holatlarda yaxshilangan tashxis T2 da MRT bo'lishi mumkin, ichki suyuq xususiyatini ishonchli tarzda o'rnatdi. Operatsion natijalar shuni ko'rsatdiki, yuqori ko'rsatkich MSKTda ushbu exinokokkoz guruhining intensivligi kistaning infeksiyasi edi, ajralish va ichki membrananing kichik qismlariga parchalanish sho'ba korxonasi parazit kistalari (14-rasm, a). MRIda suyuqlikning MP signali bo'lishi mumkin kapsula parchalari signalidan ancha yuqori, gidratli "qum", bu ichki tarkibning suyuqligini aniqlashtirishga imkon beradi.



Rasm 14. O'ng o'pkaning exinokokkozi, a)MSKT kuchayishi bilan – yumshoq to'qimalar o'ng o'pka darvozasida hosil bo'lib, vena kava, aorta, o'ng o'pka magistrali. Yuqori o'ng segmentdagi havo pufagi kistalar b) MRT – qatlam tarkibidagi suyuqlik miqdori. Shunday qilib, ikkilamchi infeksiya paytida membranalar mumkin qulashi, kistaning devori qalinlashadi, kistaning zichligi oshadi va kista o'simtadan farqlanishi kerak. "Havo ko'pik "bu vazifani engillashtiradi. MSKT bilan parazitar kistada, nozik havo pufakchalari. Ular asosan joylashgan fokusning periferik qismi - periostit va parazitar o'rtasida membranalar, kamroq - markaziy bo'laklarda g'ijimlangan parazitar membranalar. Erroziya tufayli havo gidatid kistaga kiradi bronxiollar, kista bronxga tushganda, shuningdek infeksiya tufayli gaz beruvchi bakteriyalar.

Mana klinik kuzatuv.Bemor B.A. 35 yoshga to'lganligi haqida shikoyatlar bilan klinikaga murojaat qilishdi.6 oy ichida nafas qisilishi, ayniqsa jismoniy kuch bilan,vaqti-vaqti bilan yo'tal. Uzoq muddatli ishlarga e'tiborni qaratdi.chorvachilik fermasi. Qabulda - o'ng o'pkaning pastki qismlarida xirillash . Yurakning bo'g'i q tovushlari, puls daqiqada 79 marta, A / D-140 / 95mm simob ustuni Qorin yumshoq va og'riqsizdir. Laboratoriya ma'lumotlari -umumiy, biokimyoviy qon tekshiruvlari, siydikni umumiy tahlil qilish, koagulogramma normasining chegaralari. Tashqi nafas olish ko'rsatkichlari kamayadi - VC- 50%, MOD - 99%. Qorin bo'shlig'i organlarini rentgenologik tekshirish patologik o'zgarishlar uchun

ma'lumotlar aniqlanmadi. Oddiy rentgenografiya ko'krak qafasi chap o'pka shakllanishini aniqladi, chap qorinchaga ulashgan. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi unga aniqlik kiritdi kistik xarakter, zich kapsulaning mavjudligi (15-rasm, a). Ko'rgazmada jarrohlik aralashuv yo'li bilan tasdiqlangan o'pka exinokokkozi diagnostikasi.



Rasm 15. Chap o'pkaning exinokokkozi, a) o'pkaning rentgenogrammasi - chap qorinchaga ulashgan kalsifikatsiyalangan kista b) MSKT - chapda o'pkada zich kapsulali kista aniqlanadi.

Shunday qilib, ko'krak qafasi rentgenogrammasi MSKT aniqlashda yetakchi usuldir o'pkaning exinokokkozi. Patogenetik belgilar kistalarning parazitar tabiati: ko'p kamerali, suyuqlikning mavjudligi tarkibida o'pka to'qimasidan aniq ajratilgan ta'lim mavjud "gidatny qum". Bunday mavjud bo'lganda tashxisning ishonchliligi oshadi ko'p qavatli kapsula kabi qo'shimcha funktsiyalar, uning belgilari kalsifikatsiya, "suzuvchi nilufar" belgisi, o'roqsimon kistaga havo kiritish, plevrit shaklida reaktiv plevrit. O'pka exinokokkozini aniqlashda MSKT samaradorligi 9-jadvalda keltirilgan.

O'pka exinokokkozida MSKT diagnostik samaradorligi

Tashxis	Sezuvchanlik	spetsifiklik
O'pka exinokokkozi	94,5%	98,2%

Qorin bo'shlig'i a'zolari zararlanganda bo'lgani kabi, kompyuter tomografiyasi ham o'pka kasalligining parazitar xususiyatini aniqlashda etakchi usuldir. Qorin bo'shlig'i a'zolari zararlanganda bo'lgani kabi kompyuter tomografiyasi -kasallikning parazitar xususiyatini tan olishda yetakchi usul.

3.3. Suyak exinokokkozi diagnostikasida kompyuter tomografiyasi

Suyak exinokokkozi diagnostikasida kompyuter tomografiyasi tizimlari Exinokokkozning multispiral kompyuter tomografiyasi ma'lumotlari tahlil qilindi. 5 bemorda suyak tizimi. Umurtqa pog'onasi 1da, 1da qovurg'a, 1da sakrum, 2 bemorda femur. Asosiy shikoyat bemorlarda lokalizatsiya sohasida aniq og'riq sindromi mavjud edi parazit, o'murtqa kanalga tarqalganda - paydo bo'ldi nevrologik alomatlar. Kistlarning kattaligi 5 dan 7,3 sm gacha.

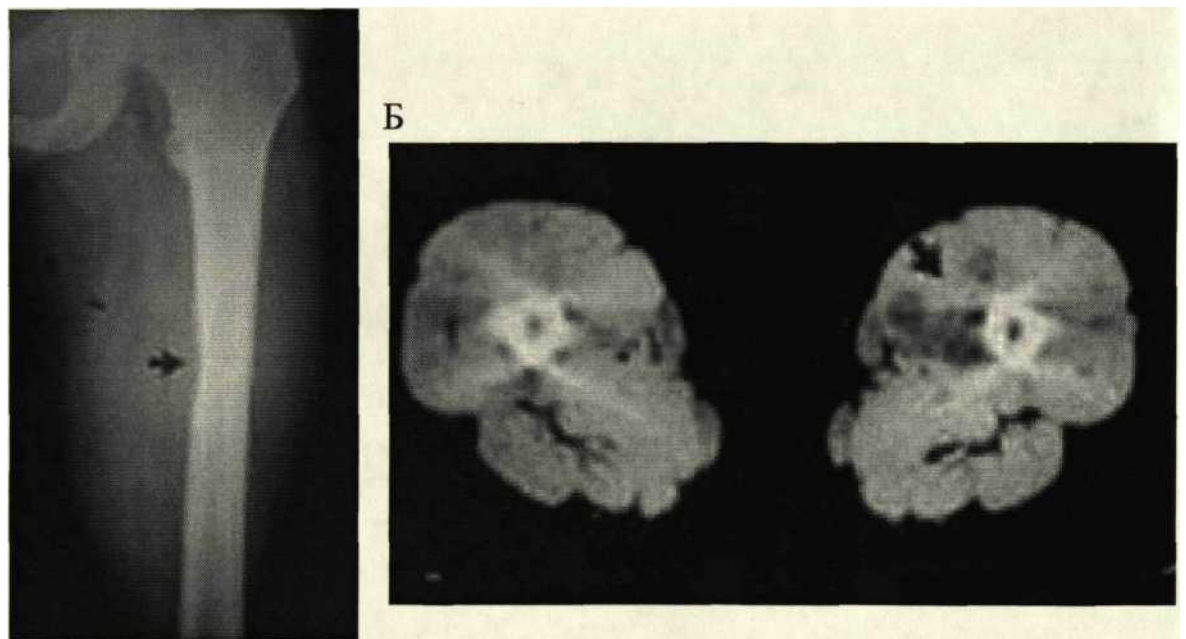
Suyak exinokokkozi tashxisida etakchi o'rinni rentgen oldi MSKTni tekshirish. Oddiy rentgenografiya aniqlandi. Jarayonning yumshoq to'qimalarga chiqishi paytida patologik o'zgarishlar, yo'q qilish kortikal plastinka, ammo bu har doim ham mumkin emas edi, kamdan-kam holatlar

bundan mustasno, kasallikning parazitari xususiyatini aniqlangan. Kista kapsulasining semirishining vizualizatsiyasi (1 bemor). Ultratovush o'rganish exinokokkning tarqalishi bilan mumkin bo'ldi, yumshoq to'qimalar (2 bemor). Bundan tashqari, faqat 2 bemorning bittasi bor edi. Exinokokkozning xarakterli sonografik belgilari kista devoridir taxmin qilish uchun asos bo'lgan exogenik suspenziya parazitari kasallik. Ammo, o'pka exinokokkozida bo'lgani kabi, ultratovush aniq aniqlashda samarasiz edi. Jarayonning mavzulari, uning tarqalishi, suyak ichi borligi o'zgarishlar. Exinokokk suyaklaridagi shikastlanishlar universal xarakterga ega edi. Kompyuter tomografik belgilari - ko'p kamerali mavjudligi tarkibida massa, tarkibida qalin kapsula bo'lgan suyuqlik lokalizatsiya joyida trabekulalarni yo'q qilish, kortikalni yo'q qilish plitalar, suyakdan chiqayotganda mushak to'qimalarining siqilishi. Qachon 2 bemorda umurtqadagi jarayonning lokalizatsiyasi sodir bo'ldi kistning kosta-vertebral qo'shilishi orqali boshga tarqalishi qovurg'alar, 1 kasalda - umurtqa kanalida bosim bilan umurtqa kanalida.

Ta'kidlash kerakki, intervertebral disklar lokalizatsiya paytida saqlanib qoladi. Umurtqali tanadagi kistalar. Umurtqa pog'onasi echinokokk kistasining o'ziga xos xususiyati o'sishi va suyakdan tashqariga chiqishi bilan uning tarqalishi subperiostal, subglottik bo'shliqda, orqa miya kanal, umurtqaga ulangan qismda. Yoyish qo'shni vertebra tanalarida intervertebral disklar aniqlanmadi. Biz olgan ma'lumotlar asosiy sifatida ishlatilishi mumkin sil kasalligi bilan differentsial - diagnostika printsipli spondilit, umurtqaning surunkali osteomiyeliti. 2 bemorda kompyuter tomografiyasida suyak o'zgarishi o'xshash edi perimetri bo'ylab ingichka kapsula bilan yumshoq to'qima hosil bo'lishi, densitometrik ko'rsatkichlar 32-44 birlik. Suyaklarni yo'q qilish bilan birga, sistit komponentining kanalga kirib borishi sakrum, og'ir og'riq sindromi bilan gluteal mushaklar va nevrologik alomatlar.

Shunday qilib, radiatsiyaga ko'ra suyaklarga exinokokk shikastlanishi

diagnostikani osteoliz zonasining yo'q qilinishi bilan aniqlash mumkin kortikal plastinka va jarayonning yumshoq to'qimalarga chiqishi yoki ko'p ko'zli kist rivojlanishi tufayli umurtqa kanal qisiladi. Suyaklarda exinokokkning turli xil lokalizatsiyasi va ko'p sonli bir xil lokalizatsiya, exinokokkozning o'ziga xosligi va sezgirligini parametrsiz tahlil qilish suyak tizimining exinokokkozini tashxislash usullari. Biroq, kerak suyak exinokokkozining radial semiotikasi asosan ekanligini ta'kidlash parenximatoz organlarda joylashganda bunga mos keladi, o'pka, qorin bo'shlig'i. Ichaklar palpatsiya qilinganida og'riq aniqlandi.



Rasm 15. Suyak exinokokkozi. A) rentgen – nuqson femoral diafiz (- ^). B) kompyuter tomografiyasi -femurdan kelib chiqqan ko'p kamerali kist shakllanishi (->)chap sonning yuzasi, uning shishishi. Chapdagi rentgenografiyalarda kestirib, chapdagi diafizning kortikal qatlaminig chekka nuqsoni femur (A rasm (->).

Ultratovush yordamida, kompyuter tomografik tadqiqotlar - ko'p kamerali kista shakllanishi, chap son suyagi diafizidan chiqqan, son mushaklarini siqib chiqargan rasm B). Suyak exinokokkozi tashxisi qo'yilgan. Serologik reaksiyalar salbiy. Masofaviy tadqiqotlar preparat

exinokokkozning gidatik shaklini ko'rsatdi. MSKT exinokokkozning makrostrukturasini rasm 10-jadvalda keltirilgan.

Jadval 10

MSKTda exinokokk suyak kistalarining variantlari

ko'rinish	halqasimon	ma'lum	Qalin kapsula	Kalsinatlar	O'ng buyrak	Chap buyrak
kista	3	1	2	1	2	1
ko'p kameralar kista	2	2	-	1	1	1
halqasimon	1	-	-	-	-	-

Exinokokk diagnostikasida multispiral kompyuter tomografiyasi miya shikastlanishi 6 bemorning kompyuter tomografiya diagnostikasi tahlili o'tkazildi. (4 erkak, 2 ayol) miyaning echinokokk kistasi bilan intraoperativ va patogistologik jihatdan qo'shimcha ravishda tasdiqlandi.

Exinokokkozning klinik ko'rinishlari hajmi va joylashishiga bog'liq kistalar. Kistaning atrofdagi to'qimalarga mexanik ta'siri bilan bir qatorda, toksik ta'sir ham mavjud. Klinik belgilar miya exinokokkozi asosan klinik ko'rinishga o'xshaydi miya shishi. Kasallik jarayoni ikkalasining mavjudligi bilan tavsiflanadi miya (bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish) va fokal (qisman tutqanoq, engil gemiparez, dismetriya) alomatlar. Ikki holatda, umumiy miya yarim simptomlari bilan bir qatorda patopsixologik o'zgarishlar aniqlandi: xotira buzilishi, qo'zg'aluvchanlik, tushkunlik. Barcha holatlarda, fundus ko'rsatdi. Optik asab boshining turg'unligi. 4 ta holatda allergiya mavjud edi. Toshma va eozinofiliya reaksiyasi exinokokk

kistalarning lokalizatsiyasi quyidagicha taqsimlandi: frontal bo'laklarda - 3 bemor, yilda parietal - 1, oksipitalda - 1, vaqtinchalik - 1, barcha holatlarda exinokokk kistasi yolg'iz edi. Ko'p hollarda, u o'rta miya arteriyasi havzasida lokalize qilingan. Multispiral kompyuter bilan tomografik tekshiruv natijasida ingichka bilan miya kistasi aniqlandi. Miya to'qimasidan aniq ajratilgan kapsula, sferik, gipodens tabiati (8-14 H birlik) (tarkib zichligi miya suyuqligining zichligiga to'g'ri keldi). Kuchaytirish bilan tadqiqot o'tkazayotganda exinokokkda kontrastli moddalarning to'planishi, uning kapsulasi yo'q aniqlandi. Kapsula izodense yoki shaklida taqdim etildi miya to'qimalariga nisbatan giperexogen tuzilishi. Qachon katta hajmdagi exinokokk, ikkinchisi esa medianing siljishini keltirib chiqardi

Bosh suyagining ichki yuzasiga mahkam yopishgan tuzilmalar, 4 ta bemorda qorincha tizimining mo'tadil deformatsiyasi va siljishini aniqladi. Miyaning o'rtacha tuzilmalari. Multispiral kompyuter tomografiyasi – yetakchi parazit qobig'ining kalsifikatsiyasini aniqlash usuli. 5 bemorda bitta kamerali kista kuzatilgan va faqat bittasida ko'p kamerali kista bor edi. U 2 perifokal miya shishi bilan og'rigan bemorlar kuzatildi. Tomir ichiga kuchaytirish paytida shish paydo bo'lgan joyda kontrastli moddalarni to'plash. Kompyuter tomografiyasida exinokokk kistalarning makrostrukturasi rasm 11-jadvalda keltirilgan.

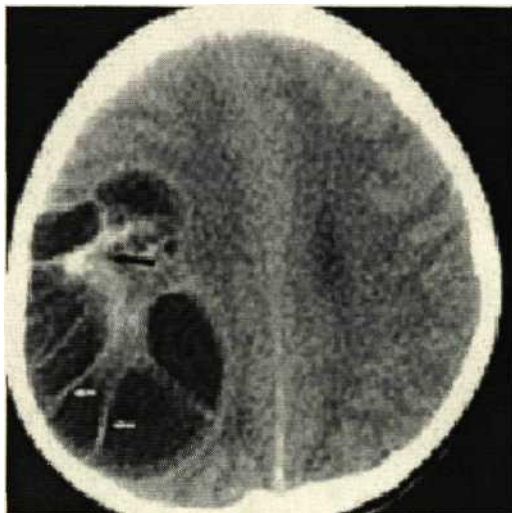
Jadval 11

Kompyuterda miyaning exinokokk kistalari variantlari MSKT ko'rinishi

ko'rinish	halqasimon	ma'lum	Qalin kapsula	Kalsinatlar
Kista	5	1	1	-

ko'p kamerali kista	-	-	-	-
Yarim halqasimon	5	1	-	-
Qattiq	-	1	-	-

Shunday qilib, asosiy kompyuter tomografik belgisi, miyaning exinokokkozini ko'rsatadigan qalinligi bor edi. Kapsulalar va ko'p kamerali kista shakllanishi. Misol tariqasida biz quyidagi klinik kuzatishni beramiz: B-oh Ma-s, 50 yoshda (erkak) klinikaga intensiv shikoyatlar bilan murojaat qildi. Serviko-oksipital mintaqada bosh og'rig'i. Bosh og'rig'I ko'ngil aynish va gijjalar bilan birga. Klinik tekshiruv aniqlandi qattiq bo'yin va anizokoriya. Laboratoriya tahlillari xususiyatlari. Boshning tomografiyasida kista aniqlandi. O'ng kamerada mustahkam ichki komponentga ega bo'lgan ko'p kamerali kapsula parietal - oksipital mintaqada (16-rasm). Amalga oshirildi aralashuv, keyingi morfologik tekshiruv aniqlandi. Exinokokk kistasi, shu jumladan, qizi bilan ichki jinsiy qavat kistdagi kistalar va skolekslar aniqlandi.



Rasm-16. Bosh miya exinokokkozi. MSKT qattiq komponentli o'ng oksipital –parietal mintaqada ko'p kamerali kista shakllanishi.

Shunday qilib, MSKT miyaning exinokokkozini tashxislashning asosiy yetakchi usuli hisoblanadi. Bu ko'p kamerali kistalar ,kalsifikatsiyali kistalar mavjudligini ko'rsatuvchi o'ziga xos belgilarni aniqlash imkonini beradi.

Xotima

Exinokokkoz bilan kasallangan 79 bemorning rentgenologik diagnostikasi ma'lumotlari tahlil qilindi. 201 bemorni tekshirish paytida aniqlangan turli xil lokalizatsiya shubha qilingan kasallar tahlil qilindi. Bemorlarning soni ko'plab organlarning shikastlanishi, 19 ta jigar shikastlanishi va 14 o'pka, 12 - buyrak va qorin bo'shlig'i, 19 - oshqozon osti bezi va taloq. Ayollarning kasallanish darajasi ko'proq erkaklarning kasallanish darajasidan 2 baravar yuqori, chunki ular ko'proq uy hayvonlari bilan tez-tez aloqa qilish, uy ishlariferma. Exinokokkozning turli yosh guruhlari orasida tarqalishitaxminan bir xil edi.

"Qorin bo'shlig'ining o'sishi", qorin og'rig'i, g'ayritabiiy najas, nafas qisilishi, quruqlik yo'tal, zaiflik, past darajadagi isitma, eozinofiliya - eng ko'p tez-tez uchraydigan exinokokkoz belgilari kasallikning lokalizatsiyasi va parazitning o'sishi, bosim tufayli yuzaga keldi.

Atrofdagi organlar va to'qimalarda. 19 (24.05%) bemorda shikoyat bor edi, asosan rivojlanishning dastlabki bosqichidagi bemorlar kichik kistalar. Radiatsion tekshirish (ultratovush, X-ray) rejalashtirilgan xarakterga ega edi yoki amalga oshirildi. Tashxis morfologik - operativ usul bilan tasdiqlandi. 58 (73,41%) bemorga aralashuv. 21 (26,59%) bemorda tashxis qo'yilgan xarakterli ultratovush asosida tasdiqlangan, Rentgen, kompyuter tomografik rasm makrostrukturaviy o'zgarishlar va dinamik monitoring, serologik reaksiyalar. Qurilmada kompyuter tomografiyasi bo'yicha tadqiqotlar o'tkazildi. Siemens "Somatom CR" pog'onali tomografiya, spiral uchun "Toshiba" kompaniyasining "Asteion" kompyuter tomografiyasi.

Quyidagi uslubiy shartlar bajarildi:

1. Bemorning orqa tomonidagi holati, qo'llarini boshi orqasiga ko'targan holda. Organ tekshiruvda og'iz kontrastidan foydalanish qorin bo'shlig'i.
2. Derazaning kengligi 300-320HU, markazning markazi 20-40HU.

Oshqozon-ichak traktining og'iz kontrastini kuchaytirish uchun yod tarkibidagi ionli suvda eruvchan kontrast moddasi ishlatilgan dori (trazograf 76% yoki urografen 76%) 3 ml preparatning 76% miqdorida suvning umumiy hajmidagi har 100 ml uchun 1000 ml. Bosqichli multispiral kompyuter tomografiyada rentgen nurlarini tomir ichiga yuborish kontrastli vosita. Qayta skanerlash darhol boshlandi. Dorilarni qabul qilish. Keyingi skanerlar 30 soniyada, 1, 3 va 5-da sotib olindi daqiqa. multispiral kompyuter tomografiyasi parametrlari: kuchlanish yoqilgan 120 KV rentgen naychasi, tok kuchi 200 - 350 tA, tasvir matritsasi 512x 512. Dilim qalinligi 7 mm yoki 5 mm, stolni berish tezligi tanlangan qatlamning qalinligiga mos keldi - 7 mm yoki 5 mm (pitch = 1).

Qayta qurish ko'rsatkichi - 5 mm yoki 4 mm. Kontrastli spiral kompyuter tomografiyasi texnikasi 100 mg Omnipak preparatidan 300 mg yod / ml dan bitta in'ektsiya kiritildi Yoki Ultravist 300-300 mg yod / ml kubital kateterda 2,5-3 nisbatda ml / sek. Uch marta skanerlash amalga oshirildi: birinchisi keyin 20-30 soniya kechikish bilan kontrastli agentni in'ektsiyasini boshlash - arterial fazani olish, ikkinchisi - 60-70 soniya kechikish bilan - venoz fazani olish uchun, uchinchisi esa bilan 120 sekundlik kechikish bilan - parenximal fazani siljitish uchun. Olingan metrik va densitometrik tahlil tasvirlar. Organlar va to'qimalarning zichligi Xounsfield birliklarida aniqlandi (birlik HU). Ko'ndalang kesimdagi skanerlarni tahlil qilish bilan bir qatorda, biz qurilishni ishlatdik. Ko'p planli va uch o'lchovli qayta qurish. Jigarning umumiy hajmi, kistalar hajmi va buzilmagan jigar parenximasi hajmi ketma-ketlik yordamida "Roi Volume" dasturi yordamida hisoblab chiqilgan ketma-ket skanerlash. Kompyuter tomografiya ma'lumotlarini baholashni ob'ektivlashtirish ko'rsatkichlarni baholashda qaror matritsasi printsiptan foydalanildi informatsionlik - bashoratli testlar (noto'g'ri salbiy, to'g'ri - ijobiy, haqiqiy - salbiy, yolg'on musbat kasrlar). Ushbu belgilarning axborotliligi baholandi - sezgirlik, o'ziga xoslik, diagnostika aniqligi, ijobiy prognozlash va salbiy testlar.

boshqa tashxis qo'yilishi taxmin qilingan va natijada bemorlar ikkinchisi to'g'ri-salbiy (RO).

Exinokokkoz bilan kasallangan 19 bemorning kompyuter ma'lumotlari tahlil qilindi. Jigar, ulardan 4tasida ular o'pkaning shikastlanishi bilan birlashtirilgan. Skrining ultratovush tekshiruvi, unda jigar kista shakllanishini aniqladi. 3 bemorlari tadqiqot o'tkazdilar. "qorinni kattalashishi", o'ng hipokondriyumdagi og'riq (2 bemor), eozinofiliya, noaniq etiologiyaning subfebril holati (1 bemor). Multispiral kompyuter tomogrammalarini tahlil qilish lokalizatsiyani aniqlashga imkon berdi. segmentar tuzilishga muvofiq jigarda parazitar kistalar, parazitik fokusning parenximaga, kapsulaga, jigar eshiklariga nisbati, katta tomirlar, pastki vena kava, qo'shni organlar. O'qish paytida kompyuter tomografik tasvirlari shakli, tashqi va uchun baholandi. Ichki konturlari, kist devorining qalinligi va zichligi, uning tarkibidagi moddalar, kaltsiy tuzlarini cho'ktirish belgilari. Kompyuterda tomogrammalarda exinokokk kistaning quyidagi belgilari aniqlandi: kista devorining qalinlashishi, konturlarining notekisligi, parazitlik tabaqalanishi membranalar, tarkibidagi heterojenlik, qiz kistalari borligi, perifokal gipodenserim. Kistalar tarkibining zichligi 9 dan 42 HU gacha o'zgarib turdi. Exinokokk kasalligining kech bosqichlarida urg'ochi kistalari qattiq jismning bir varianti (vafot etgan) ultratovush tasvirida exinokokk (2 bemor) parazitar kista tarkibidagi zichlikning oshishi bilan birga 36-42 birlikgacha N. Parchalar hidatidoma lümeninde ingl parazitar membranalar yuqori zichlikdagi konvolutli chiziqli tuzilmalar shaklida, periferiya bo'ylab kapsulaning qobiqsimon kalsifikatsiyasi aniqlandi. U 4 anexogen bilan giperexogen yoy alomatini ko'rsatgan bemorlar ultratovushli tomografiya, kompyuter tomografiyasi bo'yicha zona massivli ko'p kamerali kist shakllanishini aniqladi. Kapsulaning kalsifikatsiyasi. Kompyuter tomografiyasi etakchi o'rinni egalladi. Exinokokkozning ushbu shaklini metastatik bilan farqlash kolloid yo'g'on ichak saratoni shikastlanishi

Metastazlar boshqacha edi. Ko'p qavatli ichki qattiq tuzilish ichidagi kaltsiy tuzlarining qo'shilishi.

Kistalar, ularning miqdori 10-25 donani tashkil qiladi. Exinokokk kistasi va 0-15 birlik bilan N. H da parazitlar bo'lmagan kista. Bu exinokokk kistalarini ajratib olishga imkon berdi, parazitlar bo'lmagan kistalar va boshqalar bo'lmagan taqdirda ham jigarning polikistik kasalligi differentsial – diagnostika qilinadi. Tarkibning zichligi exinokokk kistasi sezilarli darajada ortadi (20 birlik N va undan ko'p) parazitning o'limi. Exinokokkoz bilan kasallanganlarning 70 foizida kapsula aniqlangan. Qalinligi 2-3 mm bo'lgan kistalar. Hollarning uchdan birida bu mumkin edi. Kapsulaning qisman yoki to'liq kalsifikatsiyasini aniqlang, bu kistaning parazitlar tabiatiga xos belgi. 23% da exinokokkoz bilan kuzatuvlar, qiz kistalari mavjudligi va qorin bo'shlig'i organlarining ko'plab zararlanishi (taloq, buyraklar, buyrak usti bezlari). Exinokokkoz bilan kasallanganlarning 70 foizida kapsula aniqlangan qalinligi 2-3 mm bo'lgan kistalar. Hollarning uchdan birida bu mumkin edi kapsulaning qisman yoki to'liq kalsifikatsiyasini aniqlang, bu kistaning parazitlar tabiatiga xos belgi. 23% da exinokokkoz bilan kuzatuvlar, qiz kistalari mavjudligi va qorin bo'shlig'i organlarining ko'plab zararlanishi (taloq, buyraklar, buyrak usti bezlari). 7 bemorning kompyuter tomografiya ma'lumotlari tahlil qilindi. Oshqozon osti bezi exinokokkozi. 2 bemorda exinokokkoz bo'lgan ultratovush tekshiruvi jarayonida tasodifiy topilma, 2 yilda -yuqori qorinda shakllanish paypaslandi, 1da - qayd etildi. "qorin bo'shlig'i o'sishi", 2 da - aniqlanmagan og'riq uchun tekshiruv o'tkazildi epigastriumdagi etiologiya.

Pankreasda, jigardan farqli o'laroq, ikki xil bo'lgan exinokokk makrostrukturasi - oddiy kista va ko'p kamerali kista aniqlandi.

7 bemorning kompyuter tomografiya ma'lumotlari tahlil qilindi. Taloqning exinokokkozi. Bemorlar og'irlik tuyg'usidan shikoyat qildilar chap qovurg'a ostida og'riq, subfebril holat, 2da - ko'paygan taloq. Qorin bo'shlig'ini kompyuter tomografik tekshiruvi bilan taloqning echinokokk kistasi

volumetrik deb aniqlandi zichligi yopishqoq suyuqlik zichligiga teng bo'lgan (15-20 dona H). Multispiral kompyuter tomografiya ma'lumotlariga ko'ra, 2 bemorda xarakterli qalinlashgan kapsula. 2 nafar bemor bor edi.

Kapsulaning kalsifikatsiyasi.6 bemorning multispiral kompyuter tomografiya ma'lumotlari tahlil qilindi : buyrakning exinokokkozi, 3 ta kistada bu jarayon tasodifiy topilgan bemorlarni ultratovush tekshiruvini, ultratovush tekshiruvini gematuriya (1 kasal) uchun o'tkazildi, palpatsiya qilingan massa buyrak maydoni (2 bemor). Buyrakning exinokokkozi bilan, kompyuter tomografiyada taloqqa o'xshash makrostruktura aniqlandi - bu oddiy kist, ko'p kamerali kist yoki ko'p kamerali kapsulaning kalsifikatsiyasi echinokokk. Echinokokkning tomografik belgilari taloq, jigar, oshqozon osti bezida bo'lganlarga to'g'ri keldi. U 2 bemorlarning kalsifikatsiyasi tabiatan boshlangan diskret edi individual kalsifikatsiyani aniqlash uchun skanerlash paytida ruxsat etilgan, qalin kapsula, ichki kloizon tuzilmalari.Exinokokkoz bilan kasallangan 6 bemorning kompyuter tomografiyasi ma'lumotlari exinokokkozning ekstraorganik lokalizatsiyasi - intraperitoneal (4 da) retroperitoneal (2 bemorda) Intraperitoneal lokalizatsiya 3 kasallari oldingi operatsiya bilan bog'liq edi.Buyrakning exinokokkozi, kasallikning qaytalanishi bir yil o'tgach aniqlandi.Ultratovush tekshiruvini boshqarish. 2 bemorda relaps kuzatildi kompyuter tomografiyasi bilan aniqlangan va tan olinmagan ultratovush tekshiruvini. Bu kichik tufayli edi.Kistaning kattaligi 4 sm, ichak qovuzloqlari bilan qoplanadi. Bu kuzatuv shuni ko'rsatdiki, kasallikning qaytalanishini istisno qilish uchun nazorat tekshiruvining jarrohlik aralashuvi algoritmi ultratovushli tekshiruv, multispiral kompyuter tomografiyasini o'z ichiga olishi kerak .

Xulosa

1.Multispiral kompyuter tomografiyasi - exinokokkozning gidatid shakli diagnostikasida yetakchi usul. Deyarli barchasida inson tanasining organlari va tizimlari, qorin bo'shlig'i organlarining parazitlar zararlanishlarini aniqlash, miya, o'pka, osteoartikulyar tizim, retroperitoneal a'zolar uchun eng yaxshi tanlov usuli.

2. Har qanday lokalizatsiyaning exinokokk kistalari bir xil MSKTga ega belgilar - kista shakllanishi, turli darajadagi kalsiy tuzlari qatlamiga ega bo'lgan ko'p qatlamli kapsula aniqlash imkonini beradi. Exinokokkoz differentsial diagnostikasini ko'rsatadigan belgi zich kapsula, 1 mm va undan ortiq, suyuqlikning zichligini 10 - 15 HU gacha oshirib, kalsifikatsiyalarni ko'rsatadi.

3. Ichki, yumshoq to'qimalarning zichligi (40-50 HU dan) paydo bo'lishi, chiziqli shakl qo'shimchalari, atrofdagi kalsiy qo'shimchalari, vena ichiga yuborilgandan keyin kontrastli moddalarni to'plashning yetishmasligi amplifikatsiya exinokokkning o'limini ko'rsatadi va o'sma jarayonining belgilaridan farqlanadi.

Amaliy ko'rsatmalar

1. Kistani aniqlashda parazitlar kistalarni istisno qilish kalsifikatsiyalangan birikmalar MSKT qilinadi. Ko'p qavatli kapsulali kista ko'p kamerali shakllanish, bemorning organlarida aniqlangan kapsulaning kalsifikatsiyasi elementlari va to'qimalar, yuqori ehtimollik bilan exinokokk kistasiga tegishli.
2. Exinokokkoz uchun endemik bo'lgan joylarda "oddiy" kistani aniqlash uchun diagnostika ishlari kompleks o'tkazish talab qiladi. Jarrohlik aralashuvlardan keyin kasallikning qaytalanishi uchun exinokokk "oddiy" kista xarakterlidir. Jarrohlik amaliyotini o'tkazadigan bemorlarning dinamik MSKT monitoring exinokokkozga o'tkazish, har 3 usulni bajarish kerak bo'ladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Abdurahmonov E.A., Dairov A.B., Jigar exinokokkozini tashxislash va davolash // Хирургия. 2006. В.141-142
2. Abidjanov R.A. Осложненный и рецидивный эхинококкоз печени: Дис. канд. мед. наук. М., 2005. 150 с.
3. Астафьев Б.А., Яроцкий Л.С., Лебедева М.Н. Экспериментальные модели паразитов в биологии и медицине. // М., 2007 стр. 281
4. Богер М.М., Мордвов С.А., Субботин В.М. Ультразвуковая диагностика доброкачественных очаговых поражений печени // Тер. архив. 2007. № 7. С. 66-69 Брегадзе И.Л. Распространение альвеококкоза среди населения земного шара//Хирургия. 1981. N12. С.81-83.
5. Е.С. Бельшева, В.Г. Быченко, А.Н. Лотов, Г.Х. Мусаев, В.Е. Синицын, С.С. Харнас, С.К. Терновой Магнитно_резонансная томография в комплексной диагностике гидатидозного эхинококкоза печени// МЕДИЦИНСКАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ. -№ 2. -2003.-С. 45 -49
6. Брегадзе И.Л. Унификация терминологии при альвеококкозе// Хирургия. 2008. N6. С.78-82.
7. Григорьянц Р.Г. Диагностика и клиническо-экспериментальное обоснование хирургического лечения эхинококкоза печени: Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 2007
8. Гаджиев Ш.М. Оценка методов хирургического лечения эхинококкоза легких по данным ближайших и отдаленных результатов //авторефер. диссер. канд. мед. наук Баку, 2004 - стр. 14
9. Ю.Гилевич Ю.С., Вафин А.З., Гилевич М.Ю. К определению понятия "рецидивный эхинококкоз"// Хирургия. 2005. N4. С.71-73.
10. Демидов В.Н., Затикян Е.П., Лебедева О.Д., Амосов А.В. Эхографическая диагностика эхинококкоза печени и почек// Клиническая медицина.

2007.N4. С.31-33

11. Демидов В.Н., Пономарева Н.Н. Ультразвуковая диагностика двух форм эхинококкоза печени// Терапевтический архив. 2009. Т.ЛII. N 8. С.141-142.
12. Дейника И.Я. Эхинококкоз человека // М.Медицина.Хирургия. 2006. С.376.
13. Кармазановский Г.Г., Вилявин М.Ю., Никитаев Н.С. Компьютерная томография печени и желчных путей. М.: Паганель_бук, 2007. 357 с
14. Комеков Н.Х. Диагностика и хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза печени и легких// Афтореф.дисс.д.м.н. - С-Петербург. 2008.
15. Котляров П.М. Ультразвуковое исследование в уточнении природы и распространенности объемных образований органов грудной клетки// Эхография. 2000. N1. С.171-176.
16. Мамедов М.М.Алиев М.А.Сейсенбаев М.А.Алкароева А.А., Применение СО2 при хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени // Хирургия. 2008..С.46-48
17. Микаэлян М.Р. Некоторые аспекты диагностики и лечения эхинококкоза печени и брюшной полости// Афтореф.дисс.к.м.н. - Ереван. 2008.
18. Милонов О.Б., Мовчун А.А., Смирнов В.А. Хирургическая тактика при распространенном эхинококкозе органов брюшной полости // Диагностика и лечение эхинококкоза. Баку, 2007. С. 139-140.
19. Митьков В.В., Брюховецкий Ю.А. Ультразвуковое исследование печени//Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т.1-Москва.- Видар.2007. С.27-93.
20. Нихинсон Р.А., Лубенский Ю.М., Краковский А.И. Функциональное и морфологическое состояние печени при эхинококкозе и выбор

- оперативного вмешательства // Диагностика и лечение эхинококкоза. Баку, 2009. С. 144-146
21. Садыков В.М., Стреляева А.В., Чебышев Н.В., Бирюков Ю.В., Ильхамов Ф.А., Коваленко Ф.П., Садыков Р.В., Расулов С.М. Эшанкулов У.С. Совершенствование нового способа хирургического лечения эхинококкоза. // Медицинская паразитология. - 2000. - №3. - С. 40-433.
22. Смирнов В.А., Милонов О.Б., Османов А.О., Милонова В.И., Чемисова Г.Г. Современная диагностика рецидивов эхинококкоза органов брюшной полости // Хирургия. 2006. N4. С. 67-70.
23. Тумольская Н.И., Дворяковский И.В. Ультразвуковое исследование печени при эхинококковой болезни // Клиническая медицина. 2006. N4. С. 58-61.
24. Харченко В.П., Котляров П.М. Ультразвуковое исследование грудной клетки при пристеночных, диафрагмальных очаговых образований // Пульмонология. 2007. N4. С. 52-57
25. Черемисинов О.В. Эхинококкоз легких: классические и необычные проявления // Медицинская визуализация - 2004. - №4. - С. 90 -96.
26. Abendstein B., Ziemet A., Rieger M, Widschwendter M., Offner F., Muller-Holzner E. Alveolar echinococcosis with bulky peritoneal spread—a rare but important diagnosis in gynaecological practice. // BJOG. - 2000. - v. 107. - 5. - S. 695-697
27. Agarwal S., Shah A., Kadhi S.K. Dooney R. J. Hydatid bone disease of the pelvis. A report of two cases and review of the literature. // Clin Orthop. - 2008. - V. 280. - S. 251-255
28. Aimino R., Fourcade A., Ayme Y. Pelvic hydatid cyst: atypical ultrasonographic findings in one case // Acta Radiol. - 2006. - V. 40. - 3. -

S.320- 323.

29. Akcakava N., Soylemez Y., Cokugras H., Avtac A., Akalin F. A case of hydatid cyst with intramural cardiac localization. // Scand J Infect. -2007. -v.26. -S.765-766.
30. Akin O., Isiklar I. Hepatic alveolar exinococcosis. A case report. // Acta Radiol. -2006. V.40. -3/S326-328.
31. A1-Naaman Y.D., Samarra A.R., Al-Ani H.R. Hydatid disease of the heart // Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi. -2005. -V.26. -3. -P.267-275
32. Allree M. Scanning in hydatid disease. // Clin. Radiol. - 2007. -V.30. -6. -S.691-697.
33. Anadol D., Ozcelik U., Kiper N. Gocmen A. Treatment of hydatid disease. // Paediatr. Drugs. - 2001 -V.3-2. -S.123-135.
34. Arkun R., et al. Musculooskeletal system involvement in hidatid disease. European Radiology, 2006, March 3-7/Vienna/Austria, S.594
35. Atalay F., , Kirimlioglu V., , Gundogdu H. , Akincioglu T., Gencer A. Surgery for hydatid cysts of the liver. // Hiroshima J. Med. Sci. - 2006. -V.44. -4. - S.89-92.
36. Ascenti G., Scribano E., Loria G. et al. Computerized tomography in the assessment of obstructive jaundice caused by hepatic hydatid cysts. // Radiol. Med. Torino. 2006. V. 89. P. 804-808
37. Bastani B., Dehdashti F. Hepatic hydatid disease in Iran, with review of the literature // Mt. Sinai. J. Med. 2007. V. 62. P. 62-69.
38. Beggs I. The radiological appearances of hydatid disease of the liver. // Clin. Radiol. - 2006-V.34. -5. -S.555-563
39. Bezzi M., Teggi A., De Rosa F., Capozzi A., Tucci G., Bonifacino A., Angelini L. Abdominal hydatid disease: US findings during medical treatment. // Radiol. Med. Torino. 2006. V. 88. P. 807-808.
40. Bilge A., Sozuer F.M. Diagnosis and surgical treatment of hepatic hydatid

disease.//HPB Surg.-1994.-V.8.-2.P.77-81.

41. Boger M.M., Mordvov S.A., Subbotin V.M., Kasatkina L.G., Poliakova N.N.//Ultrasonic diagnosis of benign focal lesions of the liver.//Ter Arkh.-2007.-V.60.-7.-P.66-69.
42. Bouree P. Hydatidosis: dynamics of transmission.//World J Surg.-2001.-V.25.-1.- P.4-9.
43. Beji M, Messoud B, Louzir B at al. Localisation cervico-thoracique d'un kista hydatique//Journal de radiologie 2004-V85-N-2-C1 b135-137
44. Bagatur A., UUUR A., ZORER G. at al. Uylukta primer dev hidatik kist. Primary giant hydatid cyst in the thigh// Acta Orthop Traumatol Turc.- 2002-V36 -P72-75
45. Buktea Y, Kemanog~lub S, Nazaroqlua H. at al. Cerebral hydatid disease: CT and MR imaging findings// SWISS MED WKLY.- 2004-V134 -P459-467
46. Bostanci B., Tetik C., Ozben A. Efficiency of ultrasound in the detection of the viability of hydatid cysts in the liver.//Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.-2009.-V.9.-6.-P.392-394.
47. Braithwaite P.A., Thomas R.J., Thompson R.C. Hydatid disease: the alveolar variety in Australia. A case report with comment on the toxicity of mebendazole.//Aust N Z J Surg.-2005V.5 5 .-5 .-P.519-23.
48. Braithwaite P.A., Lees R.F. Vertebral hydatid disease: radiological assessment.//Radiology.- 2001 .-V. 140.-3.-P.763-766.
49. Calder J.F., Okelo G.B., Chemtai A., Stass B. Ultrasonic diagnosis of abdominal hydatid disease in Kenya.//Diagn Imaging.-2006.-V.50.-2.-P. 107-109.
50. Caprai S., Moscato G., Massimetti M., Maggiore G. Clinical quiz. Hydatid

- disease.//J Pediatr Gastroenterol Nutr.-1999.-V.29.-1.-P.85, 100.
51. Caremani M., Benci A., Maestrini R. et al. Abdominal cystic hydatid disease (CHD): classification of sonographic appearance and response to treatment // J. Clin. Ultrasound. 2006. V. 24. № 9. P. 491-500.
 52. Constantine C.C., Thompson R.C., Jenkins D.J. et al. Morphological characterization of adult Echinococcus granulosus as a means of determining transmission patterns // J. Parasitol. 2003. V. 79. № 1. P. 57-61.
 53. Chai J.Y., Seo M., Suh K.S., Lee S.H. An imported case of hepatic unilocular hydatid disease//Korean J Parasitol.-2007.-V.33.-2.-P, 125-130.
 54. Choji K., Fujita N., Chen M., Spiers A.S., Morita Y., Shinohara M., Nojima T., Irie G. Alveolar hydatid disease of the liver: computed tomography and transabdominal ultrasound with histopathological correlation// Clin Radiol.-2006.-V.46.-2.-P.97-103.
 55. Clarkson M.J. Hydatid disease// J Med Microbiol.-1997.-V.46.-1.-P.24-26.,28-33.
 56. Claikens B., Van Hoe L., Vansteenbergen W. Images in clinical radiology. MRI features of hydatid disease// JBR-BTR.-2006.-V.82.-4.-P.167.
 57. Clements R., Gravelle I.H. Radiological appearances of hydatid disease in Wales//Postgrad Med J.-2006.-V.62.-725.-P.167-173
 58. DeCock K.M., Calder J.F. Ultrasonic diagnosis of abdominal disease in Kenya//Trans R Soc Trop Med Hyg.-2001.-V.75.-5.-P.632-636.
 59. Cjsme A., Bujianda L., Ojeda E., Castiella A., Elorza J.L. CT Findings of pancreatic hydatid disease//J Comput Assist Tomogr.-2006.-V.20.-5.-P.815-815.
 60. Diebold-Berger S., Khan H., Gottstein B., Puget E., Frossard J.L., Remadi S.

Cytologic diagnosis of isolated pancreatic alveolar hydatid disease with immunologic and PCR analyses. A case report//Acta Cytol.-2007.-V.41.-4.-P.1381-1386.

61. Dilsiz A.,Acikgozoglu S.,Gunel E.,Dagdonderen L.,Koseoglu B.,Gundogan A.H. Ultrasound-guided percutaneous drainage in the treatment of children with hepatic hydatid disease//Pediatri Radiol.-2006.-V.27.-3.-P.230-233.
62. Doi R. A critical situation of the prevalence of echinococcosis (alveolar hydatid disease)—necessity of immediate action for the prevention.// Nippon Koshu Eisei Zasshi.-2005 .-V.42.-2.-P.63-68.
63. Filce C.,Brunetti E. Echo-guided diagnosis and treatment of hepatic hydatid cysts.// Clin Infect Dis.-2007.-V.25.-1.-P.169-171.
64. Francis K.R. Computerised tomography of hydatid disease.// Radiography. - 1987.-V.53.-610.-P. 177-180. Frider B. Hepatic hydatidosis.//Acta Gastroenterol Latinoam.-2006.-V.26.-3.-P. 199-200.
65. El Abbassi S, El Amraoui F. at al. Hydatid cyst of the mediastinum // Journal de Radiologie.- 2000 -V 81 - N2 p. 154 - 154
66. Erkan M., Hacıyanlı M², Yildirim M. at al. A Case Report of the Unusual Presence of Hydatid Disease in the Pancreas and Breast// JOP. J Pancreas - 2004; -V5 -N5 -P368-372
67. Ersfeld K.,Gasser R.B.,Craig P.S.The immunodiagnostic potential of Echinococcus granulosus adult worm antigens in human cystic echinococcosis //Parasitol Res 2013/V/83 N 1p 90-92.
68. Gangopadhyay A.N., Sahoo S.P., Sharma S.P.,Gupta D.K.,Sinha C.K., Rai S.N. Hydatid disease in children may have an atypical presentation.// Pediatr Surg Int.- 2000.-V. 16.- 1-2.-P.89-90.
69. Gangopadhyay K.,Abuzeid M.O.,Kfoury H. Hydatid cyst of the terygopalatine

- infratemporal fossa//J Laryngol Otol.-1996.V.1 10.-10.-P.978-980
70. Garcia de Lucas M.D.,Merino Romero J.,Ramires Ortiz L.M.,Trujilo-Santos A. J., Palomares L. Anaphylaxis and hydatid cyst of the liver// Gastro-enterol Hepatol.-2000.-V.23 .-4.-P.21 I
 71. Gimba E.R.,Chemale G.,Farias S.S.,Zaha A. Cloning and characterization of Echinococcus granulosus (Ceestode) EgactI and EgactH actin gene promoters and their functional analysis in the NIH3 mouse cell // Braz J Med Biol Res.-2000.-V.33.-11 .-P. 1283-1292
 72. Gogus O., Beduk Y.,Topukcu Z. Renal hydatid disease// Br J Urol.-2009.-V.68.-5.-P.466-469
 73. Gottstein B. Epidemiology and systematics of cystic and alveolar hydatid disease//Chirurg.-2000.-V.71.-1.-P.1-8
 - 74.Graham R.J., Berlin J.W., Ghahremani G.G. Hydatid disease of the chest wall// J Comput Assist Tomogr.-20066.-V.20.-3.-P.471-472.
 - 75.GUVEN A, SOKMEN G, YUKSEL M. at al. A Case of Asymptomatic Cardiopericardial Hydatid Cyst// Jpn Heart J.- 2004 -V 45 P541-545
 - 76.Gluneiae I, Roje Z, Bradarisel N, at al. Primary Echinococcosis of the Sternocleidomastoid Muscle// Croat Med J.- 2001 -V42 -P196-198
 - 77.Haddad M.C.,al Awar O., Abu Fakher F.,al A war G.,Hajjar B., el Hajj I. Hydatid disease// J Med Liban.-2009.-V.47.-4.-P.243-245.
 78. Hakami F., Tourneur G., Daher N., Dahmani F., Devoldere G., Abourachid H. Hydatid cyst of the kidney. Contribution of imaging techniques//Prog Urol. 2003.-V.3.-1.-P.61-65
 - 79.Hioseliani G.D.Bokeria R.I.,Sharashidze [Hepatic hydatid disease: diagnosis and treatment]// Diagnosis Hepatol.-2009.B.104-106..
 - 80.Hussain S. Diagnostic criteria of hydatid disease on hepatic sonography// J Ultrasound Med.-2005.-V.4.-11.-P.603-607.

81. Ihara T., Imai T., Saito H., Tashiro K., Onmura Y. Cerebral alveolar hydatid cyst-case report//Neurol Med Chir (Tokyo).-1991.-V.31.-6.-P.342-345.
82. Itzhak Y., Rubinstein Z., Heyman Z., Gerzof S. Role of ultrasound in the diagnosis of abdominal hydatid disease// J Clin Ultrasound.- 2008.-V.8.-4.- P.341-345
83. Jung G., Krug B., Zieren H.U., Hemme A., Lackner K. Postoperative follow-up in hepatic echinococcosis// Dtsch Med Wochenschr.-2006.-V.121.-19.-P.611-616
84. Karavias D.D., Vagianos C.E., Kakkos S.K., Panagopoulos C.M., Androylakis J.A. Peritoneal echinococcosis// World J Surg.-2006.-V.20.-3.-P.337-340.
85. al Karawi M.A., el-Shiekh Mohamed A.R., Yasawy M.I. Advances in diagnosis and management of hydatid disease//Hepatogastroenterology.-2007.-V.37.-3.-P.327-331.
86. Kaxarov A.N. Jigar exinokokkozi jarrohligida ionlangan plazmadan foydalanishni klinik baholash //2007.B.168-266.
87. Kirschner L.P., Ferris R.A., Mero J.H., Moss M.I. Case report hydatid disease of the liver evaluated by computed tomography //J Comput Assist Tomogr.-2008.-V.2.-2.-P.229-230
88. Kjossev K.T., Losanof O.R. Hydatid cysts of the liver: TN(R)C classification// Int Surg.-2008.- V.83 .-4.-P.311-313
89. Koul P.A., Koul A.N., Wahid A., Mir F.A. CT in pulmonary hydatid disease: unusual appearances// Chest.-2000.-V.118.-6.-P. 1645-1647
90. Kumar A., Lai B.K., Chattopadhyay T.K. Hydatid disease of the liver surgical options// Trop Gastroenterol.-2002.-V. 13.-3 .-P. 102-105.
91. Lahmar S., Kilani M., Torgerson P.R. Frequency distributions of Echinococcus granulosus and other helmi stray dogs in Tunisia// Ann Trop Med Parasitol.-

2001.-V.95.-1.-P.69-76.

92. Lamberti R., Calvo C., Pombar A., GinoL., Alvarez E., Agyado C. Larrieu E. Hydatidosis in the province of La Pampa, Argentina, 1998//Bol Chil Parasitol. - 2007.-V.54.-3-4.-P.110-112
93. Lenarcik D., Religioni J., Seweryniak W. A case of lung and liver cystic hydatid disease in a 31 -year old man.//Pneumonol Alergol Pol.-2007.-V.65.-9-10.-P.672-675
94. Leow C.K., Lau W.Y. Soft-tissue images. Hydatid disease of the liver// Can J Surg.-2000.-V.43.-5.-P.330-331
95. Li T. Ultrasonic diagnosis of liver hydatid disease //Zhonghua Wai Ke Za Zhi. -2005.-V.29.-12.-P.772-773, 799
96. Little J.M., Hollands M.J., Ekberg H. Recurrence of hydatid disease// World J Surg.-2008.-V. 12.-5.-P.700-704
97. Lu J., Zou P.F., Wang Y.H. An approach to the pathologic basis of ultrasonography in hepatic hydatid disease // Zhongguo Ji Sheng Chong Xue Yu Ji Sheng Chong Bing Za Zhi.-2010.-V.8.-4.-P.298-293
98. Marwah S, Subramanian P, Marwah N. at al. Infected primary intramuscular echinococcosis of thigh// The Indian J of Pediatrics.- 2005- V72 P 799-800
99. Meneghelli U.G., Martineili A.L., Villanova MG. Hydatid disease//Gut.- 2005.-V.37.-4.-P.589
100. Merran S. Hydatid cyst of the liver// Presse Med.-1997.-V.26.-12.-P.584
101. Meyer P., Blezat C., Bretagnolle M., Duquesnel C., Pouillaude J.M., Tran-Minh V. Echographic aspects of pulmonary hydatid cysts in children. Apropos of 7 case reports//Ann Pediatr (Paris).-1983.-V.30.-4.-P.257-261
102. Miguët J.P., Monange C., Ricatte J.P., Weill F., Camelot G., Gillet M., Carayon P., Gisselbrecht H. Alveolar hydatid disease of the liver an experience based on 20 cases. I. Epidemiological, clinical, biological and radiological studies (author's transl)//Arch Fr Mai App Dig.-2006.-V.65.-1.- P.9-21
103. Morris D.L., Buckley J., Gregson R., Worthington B.S. Magnetic resonance imaging in hydatid disease//ClinRadiol.-1987.-V.38.-2.-P.141-144

104. Omer T, Levent Y, Bilgin E. at al. Giant Hydatid Cyst in the Interventricular Septum of a Pregnant Woman// Tex Heart Inst J. -2002-V 29(4) -P 333-335
105. Ozmen M, Moran M, Karakahya M. at al. Recurrent Acute Pancreatitis Due to a Hydatid Cyst of the Pancreatic Head: A Case Report and Review of the Literature //JOP. J Pancreas.- 2005 -V 6 N4 -P354-358
106. Oneto A.R., Salgueiro F.O., Fiorentino J.A., Ceraci P., Galoppo M.C., Ferro A., Badia A., Cassella R.N. Complicated liver hydatid: experience at one center//Cir Pediatr.-2008.-V.11.1.-P.30-36
107. Oostburg B.F., Vrede M.A., Bergen A.E. The occurrence of polycystic echinococcosis in Suriname//Ann Trop Med Parasitol.-2000.-V.94.-3.-P.247- 252
108. Ozsarlak O., De Schepper A.M., Vergauwen S., Corthouts B. Recurrent hepatic disease with secondary splenic infestation//Beige Radiol.-2006.- V.79.-1.-P.18-19
109. Pandeli C., Koutaba E., Burlea M. Hepatic hydatid cyst and splenic hydatid cyst-their surgical treatment with splenic preservation//Rev Ved Chir Soc Med Nat Iasi.-2007.-V101.-1 -2.-P.233-235.
110. Papaioannides D., Papagianni A., Akritides N. Images in medicine. Hydatid disease of the liver// Postgrad Med J.-1999.-V.75.-886.-P.462
111. Parvaiz A, Koul N, Wahid A. at al. CT in Pulmonary Hydatid Disease // Chest -2000 - VI18 P. 1645-1647
112. Pushparaj K, Sundararajan M, Madeswaran K. at al. Primary spinal intradural hydatid cyst—a short report.// The Indian J of Pediatrics.- 2001 - V 49 -P 203-204
113. Pedrosa I., Saiz A., Arrazola J., Ferreiros J., Pedrosa C.S. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications// Radiographics.-2000-V.20.-3.-P.795-817
114. MacPherson C.N., Romig T., Zeyhle E., Rees P.H., Were J.B. Portable ultrasound scanner versus serology in screening for hydatid cysts in a nomadic

population//Lancet.-1987.-V.2.-8553.-P.259-261

115.Pietri H., Roussille M., Duquesnel C. [Hydatid cysts of the liver examined by echography]//J Radiol Electrol Med Nucl.-1976.-V.57.-8-9.-P.606-607

116.Pinna A.O., Marongiu L., Cadoni S., Luridiana E., Nardello O, Pinna D.C. Thoracic extension of hydatid cysts of the liver// Surg Gynecol Obstet.-2010.- V. 170.-3.-P.233-238

117.Plonka W. Cestode infections in 1998// Przegl Epidemiol.-2000.-V.54.-№ 2- P.181-187

118.Radermecker R., Nkoghe D., Labasse J.M.,Moutschen M., Demonty J. Image of the month. Hepatic hydatid cyst /Rev Med Liege.-2013.-V.54.-1.-P.4- 5

119.Roberts E., Finnic I.A. Longstanding liver cysts and obstructive jaundice// Postgrad Med J.-2008.-V.74.-875.-P.563-564

120.Rudwan M.A., Khaffaji S. CT of cerebral hydatid disease// Neuroradiology. - 2008.-V.30.-6.-P.496-499

121. Rumboldt Z, Jednasak H, Talan-Hranilovi J. et al. Unusual Appearance of a Cisternal Hydatid Cyst // American Journal of Neuroradiology.-2003 - **V24** - PI 12-114

122.Sahin E, Bilen A, Hatipoglu A. Unusual radiologic manifestations of the echinococcus infection in the thorax. J Thorac Imaging. 2006 Mar-V21 -N1 - P32-36

123.Saint Martin G., Chiesa J.C. "Falling snowflakes," an ultrasound sign of hidatid sand// J Ultrasound Med.-2004.-V.3.-6.-P.257-260

124.Sasaki F.,Ohkawa Y.,Sato N., Uchino J.,Hata Y. Imaging diagnosis of alveolar echinococcosis in young patients// Pediatr Radiol.-2007.-27.-1.-P.63- **66**

125.Safioleas M., Misiakos E., Manti C., Katsikas D., Skalkeas G. Diagnostic evaluation and surgical management of hydatid disease of the liver//World J Surg.- 2007.-V. 18.-6.-P.859-865

126.Schaefer J.W.,Khan M.Y. Echinococcosis (Hydatid disease): lessons from experience with 59 patients// Rev Infect Dis.-2004.-V.13.-2.-P.243-247v

127.Schertr U., Weinzierl M., Sturm R., Schildberg F.W., Zrenner M., Lissner J.

- Computed tomography in hydatid disease of the liver: a report on 13 cases.// J Comput Assist Tomogr.-2008.-V.2.-5.-P.612-617v
128. Sel9uklu A, Oztirk M, Kiilahl I. at al. Successful Surgical Management of an Intraorbital Hydatid Cyst through a Transmaxillary Approach: Case Report // Skull Base. - 2003 - V 13 P.101-105v
129. Sharma N, Chitkara N, Bakshi N. at al. Primary spinal extradural hydatid cyst// The Indian J of Pediatrics. - 2003 - V51 - P 89-90
130. Sel9uklu A, M Oztirk M, Ktilahh I at al. Successful Surgical Management of an Intraorbital Hydatid Cyst through a Transmaxillary Approach: Case Report// Skull Base. -2003 -V13 -N2 -P101-105 Sel9uklu A, M Oztirk M, Ktilahh I at al. Successful Surgical Management of an Intraorbital Hydatid Cyst through a Transmaxillary Approach: Case Report// Skull Base. -2003 -V13 -N2 -P101-105v
131. Shulman A.,van Jaarsveld J.,Loxton A.J.,Grove W.H. Pseudosolid appearance of simple and echinococcal cysts on ultrasonography. A report of 2 cases// S Afr Med J.-2003.-V. 63.-23.-P.905-906
- 132.von Sinner W.N. New diagnostic signs in hydatid disease; radiography, ultrasound, CT and MRI correlated to pathology// EurJ Radiol.-2004.-V. 12.-2.- P. 150-159
133. Thompson W.M.,Chisholm D.P.,Tank R. Plain film roentgenographic findings in alveolar hydatid disease-Echinococcus multilocularis// Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.-2008.-V.16.-2.-P.345-358
134. Turan T.,Tuncay L.,Kayik S.,Atahan O.,Aybek Z. Retrovesical hydatid cyst// Urol.-2008.-V. 159.-6.-P.2085-2086
135. Tuzun M.,Hekimoglu B. Pictorial essay. Various locations of cystic and
- 136.alveolar hydatid disease:CT appearances// J Comput Assist Tomogr.-2008.-V-25.-1.-P.81-87
137. Vamsy M.,Parija S.C.,Sibal R.N. Abdominal hydatidosis in Podicherry,India// Southeast Asian J Trop Med Public Health.-2009.-V.22.- P.363-370
138. Wilson J.F.,Rausch R.L.,Wilson F.R. Alveolar hydatid disease.Review of the

surgical experience in 42 cases of active disease among Alaskan eskimos// Ann Surg.2005.-V.221 .-3.-P.315-323

139.Williams D.F., Williams G.A.,Caya J.G.,Werner R.P.,Harrison T.J. Intraocular Echinococcus multilocularis// Arch Ophthalmol.-2007.-V. 105.-8.- P.106-110

140. Xin W.F.,Wu X.M.,Zheng D.W. Alveolar hydatid disease:report of 90 cases//Zhonghua Wai Ke ZaZhi.-2014.-V.32.-7.-P.393-394

141.Ustunsoy H, AKDEMIR I, TAHTACI N. Cardiac hydatid cyst Heart//Tex Heart Inst J.-2009.-V84. -P464-468