

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АБДУЛХАЕВА БАРНОХОН ХАБИБИЛЛО ҚИЗИ

**ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ ДИССЕМИНИРЛАШГАН
ЭХИНОКОККОЗИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШИНИНГ ТАКТИК-
ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТ**

Андижон – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Абдулхаева Барнохон Хабибилло кизи

Қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминирлашган эхинококкозини жарроҳлик даволашининг тактик-техник жиҳатларини оптималлаштириш..... 3

Абдулхаева Барнохон Хабибилло кизи

Оптимизация тактико-технических аспектов в хирургическом лечении диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости..... 24

Abdulkhaeva Barnokhon Khabibillo kizi

Optimization of tactical and technical aspects in the surgical treatment of disseminated echinococcosis of the abdominal organs..... 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 47

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АБДУЛҲАЕВА БАРНОХОН ХАБИБУЛЛА ҚИЗИ

**ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ ДИССЕМИНИРЛАШГАН
ЭХИНОКОККОЗИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШИНИНГ ТАКТИК-
ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТ**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясида B2022.2.PhD/Tib2890 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.adti.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Ботиров Акрам Кодиралиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Хақимов Мурод Шавкатович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Нуриддинов Ориф Толипович
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

Тошкент давлат стоматология институти

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижон давлат тиббиёт институти).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2024 йил «___» _____ куни тарқатилди.

(2024 йил «___» _____ даги рақами реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

Илмий жаражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

М.Ф. Нишанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Б.Р. Абдуллажанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунёда ҳар йили 1 миллиондан ортиқ инсонлар эхинококкозга чалинадилар, 2015 йилда ушбу касаллик туфайли 19300 нафар инсонлар ҳаётдан кўз юмган. Эхинококкоз билан оғриган беморларни даволашга сарфланаётган ҳаражатлар, шунингдек ушбу ҳасталик томонидан чорвачиликка етказилаётган зарар миқдори бир неча миллиард долларни ташкил этади¹. Шунинг учун эхинококкоз мажозий маънода биринчи навбатда йўқ қилинишини талаб этадиган XXI асрнинг гельминтологик “саратони” деб ном олган. Бутун дунёда, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам, эхинококкоз билан касалланиш ҳолатларнинг тийиқсиз ва танқидий ўсишини эътироф қилиш мумкин. Жарроҳлар учун таъқидлаш муҳимки, сўнгги 20 йилда жигар эхинококкозининг (ЖЭ) асоратланган ҳолатлари кўрсаткичлари жиддий равишда ошиб, улар 84,6% ташкил этади. Бундай тенденциянинг айрим сабаблари, булар, эндемик ҳудудлар аҳолисини, шу жумладан ривожланаётган мамлакатлардан ишчи кучларни миграциясини ўсиши, туризмни ривожланиши, санитария-эпидемиологик назорат ва диспансеризациянинг паст сифати. Эришилган ютуқларга қарамай, Осиё минтақасининг аксарият мамлакатлари учун эхинококкоз муаммоси ўлка миқёсидаги патология бўлиб, бу ерда касалланиш 1000 нафар аҳолига 10 ёки ундан ортиқ ҳолатларни ташкил этиб, барқарор ўсиш тенденцияси мавжуд. Эхинококкоз кистасини (ЭК) ёрилиши йирик диссеминацияга олиб келиб, 5,9%-дан 30%-гача ҳолатларда бир неча бор жарроҳлик даволашни талаб этади ва ташриҳдан кейинги 7-18%-га етадиган ўлимлар сони билан кечади. Эхинококкоз муаммосига кўплаб тадқиқотлар бағишланган бўлиб, аммо ватан ва ҳориж адабиётини таҳлили, такрорий (рецидивли), резидуал ва диссеминацияланган эхинококкоз тушунчаларини ҳар ҳил талқин қилинишини, шунингдек қорин бўшлиғи аъзолари диссеминацияланган эхинококкознинг (ДЭ) клиник таснифини мавжуд эмаслигини тасдиқлайди.

Жаҳон амалиётида ҳозирга вақтда эхинококкэктомиядан кейинги қолдиқ бўшлиқни даволаш усулларини ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқотлар энг долзарб бўлиб қолмоқда, *Echinococcus granulosus* га қарши *in vitro* ва *ex vivo* шароитларда полиамидоамин наноэмульсиясининг протосколицид таъсири ўрганилмоқда, эхинококкозни турли хил хирургик даволаш усулларининг натижаларини баҳолаш, шунингдек, очик жарроҳлик билан солиштирганда, ҳатто катта кисталар ва тарқалган эхинококкоз билан солиштирганда, лапароскопик усулни даволашда жигар гидатидозини даволаш имкониятини аниқлаш бўйича тадқиқотлар давом эттирилмоқда, холангиогидатидозни даволашда эндоскопик ретроград холангиопанкреатографиянинг роли ўрганилмоқда.

¹ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг ҳозирги боскичида профилактика, консерватив ва хирургик даволашнинг илғор технологияларини жорий этиш орқали қорин бўшлиғи аъзоларининг эхинококкозини даволаш натижаларини яхшилаш бўйича кўплаб чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган². Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, тактик-техник жиҳатларни оптималлаштириш орқали қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозини хирургик даволаш натижаларини такомиллаштириш ушбу патологиянинг юқори тиббий ва ижтимоий аҳамияти туфайли хирургиянинг ва умуман тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон «Хирургия хизматини трансморфация қилиш, худудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида» ва Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 26 июлдаги ПҚ-5198-сон «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Айни пайтда бутун жаҳонда, ва хусусан Ўзбекистонда, ушбу касаллик эндемик характерга эга бўлган минтақаларни мавжудлиги билан ўлка миқёсидаги патология мақомини олган қорин бўшлиғи эхинококкозини жарроҳлик даволаш бўйича катта тажриба тўпланган (Каримов Ш.И., 2018; Назиров Ф.Г., 2022; Акилов Х.А., 2020; Хаджибаев А.М., 2020; Мусаев Г.Х., 2018; Азамов Ж.А., 2018). Аммо, сўнгги ўн йилликларнинг даврий адабиётини ўрганиш шуни кўрсатадики, тадқиқотчилар томонидан қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозига етарлича эътиборини қаратмайдилар. Ватан ва хорижий олимларнинг тадқиқотларида диссеминацияланган эхинококкоз тушунчани ўзига нисбатан зиддиятлар ва чалкашликлар сақланиб келмоқда, унинг клиник таснифи мавжуд эмас, қолдиқ бўшлиғига сколексга қарши ишлов бериш масалалари ва диссеминацияни олдини олиш йўллари охиригача

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг. 28. 01 2022 йилдаги «Янги Ўзбекистоннинг 2022-2026 йилларга мўлжалланган ривожланиш стратегияси тўғрисида» ПҚ-60 сонли Фармони.

тадқиқ қилинмаган (Шамсиев Ж.А., 2017; Каниев Ш.А., 2018; Отакузиев А.З., 2018; ВОЗ, 2021). Эхинококкоз муаммосининг долзарблиги дунёнинг кўплаб мамлакатларида эхинококкоз билан касалланиш кўрсаткичларини тобора ўсиши билан боғлиқ. Ушбу туфайли замонавий жарроҳларни ташрихдан кейинги асоратларнинг катта сони, беморларнинг узок муддатли меҳнатга лаёқатсизлиги ва уларни ногиронланиши ҳавотирга солмоқда (Акбаров М.М., 2019; Алиев М.Ж., 2015; Нишанов Ф.Н., 2018; Taylor M.A., 2017; Aydin Y., 2018). Тиббий фан ва техника ривожланишининг замонавий босқичида қорин бўшлиғи аъзоларини диссеминацияланган зарарланишини диагностикаси мураккаб бўлиб, муҳим амалий аҳамиятга эгадир, чунки аниқ ташҳисни аниқланиши оқилона жарроҳлик амалиётини танлаш, ҳамда даволаш тактикаси ва бўлажак ташриҳ ҳажмини аниқлаш имкониятини беради. Кўп сонли абдоминал эхинококкозда мавжуд бўлган кисталарни мукамал аниқлашда ҳар хил усулларнинг самарадорлигини баҳолаш учун бир қатор муаллифлар, касалликни такрорланишини олдини олиш мақсадида ташриҳ пайтида қорин бўшлиғини пухталиқ билан ревизия қилиш лозимлигини таъкидлайдилар (Ахмедов И.Г., 2018; Мирходжаев И.А., 2021; Гаибов А.Д., 2022; Низамов Ф.О., 2022).

ЖЭ жарроҳлигида, аксарият ҳолларда жарроҳлик аралашув ўрнини ҳеч нарса боса олмайди (Нишанов Ф.Н., 2019; Курбанов К.М., 2017). Бироқ, кўп ҳолатларда жарроҳлик аралашувлар асоратларни ривожланиши билан кечадилар, бунинг сабаби, беморнинг ҳолати ва паразитар ўчоқларнинг кенг жойлашиши, бунда асосий ҳал қилинмаган масалалар паразит, фиброз капсуласи ва ташувчи органга нисбатан тактикани аниқлаш, ташриҳолди тайёргарлик ва ташрихдан кейинги парвариш ҳажмини белгилаш, шунингдек жарроҳлик аралашувнинг босқиччилиги ҳамда энг қулай қириш йўлини танлаш билан боғлиқ (Mogo P., 2019; Tarpeh K.N., 2021). Айни пайтда, диссеминацияланган эхинококкозда жарроҳлик тактика ва техникасини такомиллаштириш қатъий лозимлиги сақланиб турибди, бу эса кисталарни олиб ташлаш учун қолдириш билан боғлиқ, айниқса, частотаси 5,9 дан 30%гача бўлган, эхинококкозни такрорланишига ва диссеминациясига олиб келадиган юқори мураккаб ҳолатларда (Нишанов Ф.Н., 2015; Пахнов Д.В., 2017).

Адабиёт маълумотларини таҳлили шуни кўрсатдики, қорин бўшлиғи аъзоларининг эхинококкози муаммосига кўплаб тадқиқотлар бағишланиб, улар асосан этиопатогенез, диагностика, даволаш ва профилактиканинг айрим жиҳатларини ўрганишга қаратилган. Бироқ, жарроҳлар томонидан диссеминацияланган эхинококкозга етарли даражада эътибор қаратмаслиги туфайли уни жарроҳлик даволаш натижалари қониқарсиз деб ҳисобланади, ва буни мақсадга йўналтирилган тадқиқотларни ва, тегишлича, мета-таҳлилларни йўқлиги тасдиқлайди. Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, рўй берган вазиятдан чиқиб кетиш йўлини, қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкоз тушунча таърифига аниқликни киритиш, унинг таснифини ва даволаш-диагностика алгоритминини ишлаб чиқиш, ҳамда

гепатопротекторларни қўллаш фонида ҚБ-га сколексга қарши комплекс ишлов бериш усулини такомиллаштириш орқали топиш мумкин. Буларнинг ҳаммаси жарроҳлик тактикасини оптималлаш ва ушбу касалликни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради. Мазкур диссертация иши айнан ушбу масалаларни ечишга бағишланган.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозида хирургик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларни оптималлаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

қорин бўшлиғи аъзоларининг “диссеминацияланган эхинококкози” тушунчасига таъриф бериш ҳамда касалликнинг янги таснифини ишлаб чиқиш;

қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкози ни жарроҳлик даволашни ретроспектив таҳлилдан ўтказиш ва диссеминация сабабларини ва частотасини аниқлаш;

қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозида гепатопротекторларни қўллаш фонида ҚБ-га сколексга қарши комплекс ишлов бериш усулини ишлаб чиқиш;

қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозида такомиллаштирилган тактик-техник жиҳатлар билан бирга жарроҳлик тактикасини оптималлаш имконини берадиган даволаш-диагностика алгоритминини жорий этиш;

қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозида оптималлаштирилган жарроҳлик тактикани қўллаш (асосий гуруҳ) ва анъанавий ёндашувларни (қийёслаш гуруҳи) қўллаб жарроҳлик даволашни қийёсий таҳлилинини ўтказиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2011-2022 йилларда Андижон давлат тиббиёт институти Клиникасининг 3-жарроҳлик бўлимида қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкози туфайли ташрих ўтказилган 87 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозининг хирургик даволашнинг оптималлаштирилган тактик ва техник жиҳатлари самарадорлигини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал ва статистик тадқиқот усуллари тадқиқот қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

қорин бўшлиғи аъзоларининг “диссеминацияланган эхинококкози” тушунчасига аниқлик киритилган;

қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозини хирургик даволаш ёндашувларини тизимлаштириш имконини берувчи янги тасниф таклиф этилган;

қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозининг структураси, учраш частотаси ва энг муҳим сабаблари аниқланган;

қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозида гепатопротекторларни қўллаш фонида қолдиқ бўшлиққа сколексларга қарши янги комплекс ишлов бериш усули ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкози тушунчасига таъриф берилиши ҳамда ишлаб чиқилган таснифни клиник қўлланилиши диагностикани осонлаштириш, сурункали равишда тараққийлашаётган ва парагидатидозли асоратларни ўз вақтида аниқлаш, ЭК-нинг сифат параметрларини якка тартибда баҳолаш, шунингдек касалликнинг барча аломатларини акс эттириш имконини яратиб, буларнинг ҳаммаси жарроҳлик тактикасини оптималлашга ёрдам берган;

қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозида гепатопротекторларни қўллаш фонида ҚБ-га сколексга қарши ишлаб чиқилган янги комплекс ишлов бериш усули касалликни қўзғатувчисининг муртак элементларига энг самарали таъсир қилиши билан бирга инсон организмига энг кам токсик таъсири ва минимал даражадаги ножўя кўринишлар билан кечиши аниқланган;

жорий этилган даволаш-диагностик алгоритм, такомиллаштирилган тактик-техник жиҳатлар билан биргаликда қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да жарроҳлик тактикасини оптималлаш имконини бериши асослаб берилган;

қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да таклиф этилган жарроҳлик тактикаси ташриҳдан кейинги ўзига хос асоратлар частотасини жиддий камайтириши ва узоқ натижаларни яхшилаш имконини бериши исботланган.

ташриҳдан аввалги даврда ташриҳ учун кириш йўлини танлаш, ҚБ-га ишлов бериш ва уни йўқ қилиш, ташриҳдан кейин парваришлаш юзасидан комплекс чораларни кўриш бўйича даволаш-диагностика алгоритми жорий этилиб, қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да жарроҳлик тактикасини оптималлаш имкони яратилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, ташҳислаш ва даволашнинг замонавий усуллари, услубий ёндашувлар ва статистик таҳлил тўпламларини тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва таклифлар назарий аҳамиятга эга бўлиб, таърифнинг ўзига аниқлик киритиш, таснифни ишлаб чиқиш, қорин бўшлиғи аъзоларининг тарқалган эхинококкози ҳақидаги тушунчани кенгайтиришга муҳим ҳисса қўшишига,

гепатопротекторларни қўллаш фонида қолдиқ бўшлиқни комплекс антисколекс даволашни жорий этишга, шунингдек, тактикани оптималлаштириш ва тезкор ва узоқ муддатли натижаларни яхшиловчи такомиллаштирилган тактик ва техник жиҳатлар билан биргаликда такомиллаштирилган даволаш ва диагностика алгоритмини ишлаб чиқишга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, ўтказилган тадқиқотлар қорин бўшлиғи аъзоларининг тарқалган эхинококкозида оптималлаштирилган жарроҳлик тактикасининг юқори самарадорлигини кўрсатишга, таснифнинг таърифи ва клиник қўлланилишига аниқлик киритишга, шунингдек, гепатопротекторларни қўллаш фонида қолдиқ бўшлиқни янги комплекс антисколекс даволашга, такомиллаштирилган тактик ва техник жиҳатлар билан биргаликда даволаш-диагностик алгоритм жорий этишга, бу эса қорин бўшлиғи аъзоларининг тарқалган эхинококкозини хирургик даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаш имконини берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Андижон давлат тиббиёт институти эксперт кенгашининг 2024 йил 29 апрелдаги 06/18-сон хулосасига кўра (илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Андижон давлат тиббиёт институти экспертлар кенгаши томонидан 2023 йил 30 ноябрдаги 61-27/х-сон маълумотномаси расмийлаштирилган):

биринчи илмий янгилик: қорин бўшлиғи аъзоларининг “диссеминацияланган эхинококкози” тушунчасига аниқлик киритилганлиги Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 26 октябрдаги 48-сонли буйруқ билан, Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 24 октябрдаги 296-сонли буйруқ билан ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 26 октябрдаги 83-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозини таърифига аниқлик киритиш орқали қорин бўшлиғи аъзоларида эхинококкоз касаллигининг тарқалишининг аниқ кўринишига эришилади, ташхис қўйиш, сурункали прогрессив ва парагидатидоз асоратларни ўз вақтида аниқлаш соддалаштиришга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозида даволаш натижаларини яхшилаш ва вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик муддатини қисқартириш ушбу усулнинг самарадорлигини баҳолашга имкон беради. Даволашнинг янги усулларини жорий этишда вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик муддатларини қисқартиришнинг иқтисодий самарадорлигини ҳисоблаш: $E_v = (90 - 30) \times (26923,1 + 13333,4) \times 40 - 0,15 \times 171938400 = 24178100$. Хулоса: қорин бўшлиғи аъзоларининг “диссеминацияланган эхинококкози” тушунчасига аниқлик киритиш операциядан олдинги тайёргарлик, операция киришни танлаш, қорин

бўшлиғи аъзолари диссеминациялашган эхинококкозида жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришга имкон беради. Натижада 241 178 100 сўм тежалишига имкон беради.

иккинчи илмий янгилик: қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозини хирургик даволаш ёндашувларини тизимлаштириш имконини берувчи янги тасниф таклиф этилганлиги Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 26 октябрдаги 48-сонли буйруқ билан, Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 24 октябрдаги 296-сонли буйруқ билан ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 26 октябрдаги 83-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозини таснифлаш орқали қорин бўшлиғи аъзоларида эхинококкоз касаллигининг тарқалишининг аниқ кўринишига эришилади, ташхис қўйиш ва эхинококк кисталарини локализациясига қараб индивидуал киришни танлаш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: Ишлаб чиқилган қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозини хирургик даволаш ёндашувларини тизимлаштириш имконини берувчи янги таснифдан фойдаланиш ва эхинококк кисталарни "бирламчи" ва "иккиламчи" турларига аниқлик киритиш орқали, шу билан биргаликда эхинококк кисталарини локализациясига қараб индивидуал киришни танлашдан тўғридан-тўғри эхинококкэктомия билан боғлиқ асоратларни 34,1 дан 6,5% гача камайтиришга ва асоратларсиз беморлар сонини 65,9% дан 93,5% гача ошириш; яхши натижаларни 22,0 дан 79,4% гача ошириш; қониқарли натижалар сонини 29,3 дан 13,0% гача ва ёмон натижаларни 26,8 дан 4,3% гача камайтириш имконини берди.

Янги даволаш усулини жорий этишда ногиронликни камайтиришнинг иқтисодий таъсирини ҳисоблаш:

$$[(9826931+4800000)*(1-0,2)*40\%-10\%*0,6] *40$$

$$E_{инв} = \frac{[(9826931+4800000)*(1-0,2)*40\%-10\%*0,6] *40}{-0,15*11626000} = 138874635$$

Хулоса: қорин бўшлиғи аъзолари диссеминацияланган эхинококкозида ишлаб чиқилган таснифдан фойдаланиш орқали жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришга имкон беради ва касалликнинг қайталанишини 24,6% га кескин камайтириш орқали бюджет маблағларидан 138874635 сўмни иқтисод қилишга имкон беради.

учинчи илмий янгилик: қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозининг структураси, учраш частотаси ва энг муҳим сабаблари аниқланганлиги Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 26 октябрдаги 48-сонли буйруқ билан, Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 24 октябрдаги 296-сонли буйруқ билан ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 26 октябрдаги 83-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин

бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозининг структураси, учраш частотаси ва энг муҳим сабаблари аниқлаш жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш ташрихдан кейинги ўзига ҳос асоратлар частотасини камайтириши ва узоқ натижаларни яхшилаш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин бўшлиғи аъзолари диссеминацияланган эхинококкозида оптималлаштирилган жарроҳлик тактикасини тадбиқ этиш натижасида иқтисодий самарадорлик:

$$1. \text{ Ногиронликни камайтиришдан - } \\ [(9826931+4800000)*(1-0,2)*40\%-10\%*0,6] *40 \\ E_{\text{инв}} = \frac{\quad}{\quad} - 0,15*11626000 = \\ 138874635$$

$$2. \text{ Вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик муддатларини } \\ \text{қискартиришдан -} \\ E_{\text{в}} = (90-30) \times (26923,1+13333,4) \times 40 - 0,15 \times 171938400 = 24178100$$

Хулоса: клиник таснифни ҳисобга олган ҳолда, қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозининг структураси, учраш частотаси ва энг муҳим сабабларини аниқлаш, диссеминацияланган эхинококкоз учун жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришдан 40 бемор мисолида меҳнатга лаёқатлилиқни вақтинча йўқотишдан 241 178 100 сўмни тежашга, шунингдек ногиронликни камайтиришдан 138 874 635 сўмни тежашга имкон беради.

тўртинчи илмий янгилик: қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозида гепатопротекторларни қўллаш фониди қолдиқ бўшлиққа сколексларга қарши ишлаб чиқилган янги комплекс ишлов бериш усули Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 26 октябрдаги 48-сонли буйруқ билан, Наманган вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 24 октябрдаги 296-сонли буйруқ билан ва Фарғона вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023 йил 26 октябрдаги 83-сонли буйруқ билан амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкозининг структураси, учраш частотаси ва энг муҳим сабаблари аниқлаш жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш ташрихдан кейинги ўзига ҳос асоратлар частотасини камайтириши ва узоқ натижаларни яхшилаш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: сколексларга қарши ишлаб чиқилган янги комплекс ишлов бериш усулини тадбиқ этиш натижасида умумий характердаги асоратлар частотасини 9,7дан 2,2% гача, эхинококкэктомия билан боғлиқ бўлган асоратлар частотасини 34,1 дан 6,5% гача камайтириш, ҳамда аъло ва яхши натижалар частотасини 22,0 дан 79,4% гача ошириш имконини беради. Хулоса: ишлаб чиқилган янги комплекс ишлов бериш усулини тадбиқ этиш натижасида 40 нафар бемор мисолида меҳнатга лаёқатлилиқни вақтинча йўқотишдан 241 178 100 сўмни тежашга, шунингдек ногиронликни камайтиришдан 138 874 635 сўмни тежашга имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий анжуманларда, жумладан 3 та ҳалқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 106 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш қисмида** диссертация ишининг долзарблиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ифодалаб берилган, олинган натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилган, иш натижаларини пробацияси ва эълон қилинганлиги, диссертациянинг ҳажми ва тузилиши ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг **«Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ эпидемиологияси, таснифи, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси масалалари (адабиётлар шарҳи)»** деб номланган биринчи бобида 3-та кичик боблардан иборат бўлган адабиётлар шарҳи тақдим этилиб, бу ерда қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ эпидемиологияси, этиопатогенези, диагностикаси ва даволашнинг замонавий ҳолати, шунингдек тасниф ҳамда ҚБ-га паразитларга қарши ишлов беришнинг муаммолари акс эттирилган. Ушбу бобнинг хулоса қисмида мазкур тадқиқот учун асос солган, охиригача ечилмай қолган масалалар доираси белгиланган.

Диссертациянинг **«Материалнинг клиник тавсифи ва тадқиқот усуллари»** деб номланган иккинчи бобда турли жойларда жойлашган эхинококкозни даволаш бўйича 714-та ҳолатлар тажрибаси келтирилган, шу жумладан, 2 шартли гуруҳларга ажратилган қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ билан 87-нафар беморларни даволаш натижалари кўрсатилган.

- қиёслаш гуруҳини– 41-нафар (47,1%) беморлар ташкил қилиб, улар 2011 йилдан 2017 йилга қадарги даврда “анъанавий” ёндашувлар орқали жарроҳлик даволанган (ретроспектив тадқиқот).

- асосий гуруҳ – 46-нафар (52,9%) беморлардан иборат бўлиб, уларга 2018-2022 й.й. даврда оптималлаштирилган жарроҳлик тактика қўлланган ҳолда жарроҳлик даволаш ўтказилган (проспектив тадқиқот).

Адабиётлардан олинган маълумотлар, эхинококкознинг асоратланган шакллари, ва хусусан қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ атамашунослигида уларнинг моҳияти ва принципиал фарқларини очиб беришдаги зиддиятлар ва чалкашликларни мавжудлигини тасдиқлайди.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ тушунчасига аниқликни киритилиши ва унинг таснифини ишлаб чиқилиши жарроҳларнинг хушёрлигини оширади

ҳамда жарроҳлик тактикасини оптималлаштиради. Назиров Ф.Г. (2005), Шевченко Ю.Л. ва Назиров Ф.Г. (2016), Gharbi H. (1981)], Гулов М.К. ва ҳаммуаллифлари (2016), Токсанбаев Д.С. ва ҳаммуаллифлари (2015), Мусаев Г.Х. ва ҳаммуаллифлари (2017), Дейнека И.Я. с соавт. (1968), Глумов В.Я. ва ҳаммуаллифлари (1980), Гилевич М.Ю. ва ҳаммуаллифлари (2004), Нишанов Ф.Н. ва ҳаммуаллифлари (2011), Исмаилов Д.А. ва ҳаммуаллифлари (2008), Вафин А.З. ва ҳаммуаллифлари (2000), Мусаев Г.Х. ва ҳаммуаллифлари (2017) муаллифлик қилган патентланган адабиётлардан олинган бир қатор таснифлар ўрганилган. Ўтказилган таҳлил натижасида, юқорида кўрсатилган таснифлар қуйидаги камчиликларга эга бўлганлиги аниқланди:

- Gharbi (Schipper H.G., 2002) бўйича фақатгина 1 ва 2 турдаги ЭК-да қўлланиладилар:

- диссеминация мумкинлиги истисно қилинмайди;

- ЭК сифат кўрсаткичларига баҳо берилмаган. Бу нарса даволаш ва реабилитациянинг муайян босқичларида таъсирнинг муайян турларини самарали қўллаш имконини берар эди.

Прототип танқиди. Кўрсатилган таснифларнинг барчаси ЭК мавжудлигини аниқлаш, унинг маҳаллий топографик тавсифларини белгилашга йўналтирилган, аммо улар доимо ҳам ЭК сифат параметрларини аниқлаш учун етарли бўлмайди.

Шундай қилиб, биз томонимиздан таклиф қилинаётган таснифнинг **мақсади**, клиник амалиётида қўлланилиши мумкин бўлган қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-ни даволаш кетма-кетлигини ва тактикасини ишлаб чиқишдан иборат.

Биз қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ тушунчасига аниқликни киритдик. *Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ, бу* – касаллик асоратининг энг оғир шакли бўлиб, у паразитнинг муртак элементлари томонидан ташувчи орган (аксарият ҳолларда жигар) ва қорин бўшлиғи аъзоларини бирламчи, иккиламчи ёки учламчи уруғланиши, шунингдек учтадан кўп кисталар билан ифодаланади.

Бирламчи диссеминацияланган шакл - бемор касалхонага олиб келинган пайтида бирламчи текширув пайтида аниқланган ЖЭ ва қорин бўшлиғи аъзоларининг тарқалган уруғланиши. Аксарият ҳолатларда паразитар кистани ёрилиши ва қорин бўшлиғини уруғланиши туфайли ривожланади.

Иккиламчи диссеминацияланган эхинококкоз - эхинококкэктомия ташриҳидан кейинги жигар ва қорин бўшлиғи аъзоларининг иккиламчи уруғланиши.

Учламчи диссеминацияланган эхинококкоз - эхинококкэктомия ташриҳидан кейинги жигар ва қорин бўшлиғи аъзоларининг учламчи уруғланиши [Нишанов Ф.Н., 2015].

Қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкоз таснифи (AA2043725 , 19.06.2023 й.).

I. Патогенетик принципи бўйича:

1) Бирламчи диссеминацияланган (бемор касалхонага олиб келинган пайтида бирламчи текширув пайтида аниқланган ЖЭ ва қорин бўшлиғи аъзоларини тарқалган зарарланиши - D1);

2) Иккиламчи диссеминацияланган (қорин бўшлиғи аъзоларини аввал ўтказилган дастлабки эхинококкэктомиядан кейинги иккиламчи зарарланиши (аъзолар, шу жумладан жигар ҳам, санаб ўтилади - D2);

3) Учламчи диссеминацияланган (қорин бўшлиғи аъзоларини аввал ўтказилган иккинчи эхинококкэктомиядан кейинги учламчи зарарланиши (аъзолар, шу жумладан жигар ҳам, санаб ўтилади - D3).

II. ЭК сони бўйича (NC - number of cysts):

NC2 – 2-та киста; NC3 – 3-та киста; NC4 – 4-та киста; NC5 – кўп сонли кисталар (4 дан 10-20 гача кисталар).

III. Катталиги бўйича (SC -Size of cysts):

майда(5 см гача –SC1); ўртача (10 см гача - SC2); йирик (10 см дан катта - SC3).

IV. Шакли бўйича (Form):

-маҳаллий – (қорин бўшлиғининг битта аъзоси ёки битта анатомик соҳасининг кўп сонли зарарланиши– LF local form);

-тарқалган - (ЭК-лар бир биридан узоклашган, қорин бўшлиғининг 2-3-та анатомик соҳаларида аниқланадилар CF common form);

-генераллашган - (қорин бўшлиғи ва унинг аъзоларининг умумий зарарланиши, кўп ҳолатларда бошқа анатомик соҳалар ёки бўшлиқларнинг тўқималари ва аъзолари билан бириккан зарарланиши аниқланади– GF generalized form).

V. Кистани органдаги топографияси бўйича (T - cyst topography):

1) Капсула остидаги (SC); 2) Диафрагма остидаги (Sph); 3) Юзаки ёки периферик (Sp); 4) Орган ичидаги (IN).

VI. Диссеминацияланган кисталарни жойлашувининг хусусиятлари бўйича (L -localization of disseminated cysts):

жигарда (LL); талокда (LS); кичик чанок органларида ((LP); аралаш (LM).

VII. Асоратларни мавжудлиги бўйича (CU):

1) Асоратланмаган (U) - перипаразитар носпецифик гранулематоз; ўчоқли перипаразитар фиброз; фиброз капсулани кальцийланиши.

2) Асоратланган (C) – кистани йиринглаши; билиар йўлларга ўпирилиши билан диссеминация (1 тоифа – очик клиника билан, 2 тоифа – ўчган клиника билан, 3 тоифа - аломатларсиз); плевра бўшлиғига ўпирилиши билан диссеминация; қорин бўшлиғи аъзоларини қисилиши, жумладан, механик сариқ касаллик билан ўт йўлларини қисилиши; порталли гипертензия; кальцийсизланиш.

VIII. Касалликни клиник кечиши бўйича (Clinical course):

аломатларсиз босқич (AS); ифодаланган кўринишлар босқичи (PM); асоратлар босқичи (C).

Изоҳлар: I (D- dissemination); II (NC - **number of cysts**); III (SC -**Size of cysts**); IV - (**Form:** LF - local form; CF - common form; GF generalized form); V - (**T - cyst topography:** SC- subcapsular, Sph – subdiaphragmatic, Sp -surface, IN- intraorganic; VI - (**L -localization of disseminated cysts:** LL- localization in the liver, LS - localization in the spleen, LP - localization on the pelvic organs, LM - mixed localization; VII (**CU – uncomplicated, complicated**; VIII – (**clinical course:** AS - asymptomatic stage of initial, PM - pronounced manifestations, C – complicated.

Таклиф қилинган тасниф орқали қуйидагиларга эришилади:

- қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ ҳақида аниқлаштирилган тасаввур;
- диагностика осонлаштириш, сурунқали равишда тараққийлашаётган ва парагидатидозли асоратларни ўз вақтида аниқлаш;
- ЭК сифат параметрларини яқка тартибда баҳолаш;
- ташриҳ соҳасида иккиламчи кисталарни ҳосил бўлишини истисно қилиш;
- касалликнинг барча аломатларини акс эттириш умумий жарроҳлик тактикасини оптималлашга ёрдам беради;
- тиббий ҳужжатларнинг ҳисоб-ҳисобот шакллари сифатида қўлланилиши мумкин.

Таққосланаётган гуруҳларда эркак жинсли беморлар устун келган: қиёслаш гуруҳида эркак беморлар 24-нафар (58,5%), аёллар эса– 17-нафарни, асосий гуруҳда эса, тегишлича– 33 (71,7%) ва 13 (28,3%) ташкил қилган. Умуман олганида, қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-билан касалланиш ҳолатлари эркакларда– 57 (65,5%), айларда эса– 30 (34,5%) ташкил қилган, яъни, нисбат 1:1,9 – ($p < 0,001$) ташкил қилган. 36 ҳолатларда (41,4%) касаллик 19-44 ёшли беморларда ташҳисланган, 30 ҳолатларда (34,5%) –45-59 ёшда, ва 21 ҳолатларда (24,1%)– 60-дан катта, яъни, кекса ёшда аниқланган.

Шундай қилиб, қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-билан ташриҳ қилинган беморларнинг асосий контингенти энг меҳнатга лаёқатли ёшда бўлган шахслардан иборат бўлди 66 (75,9%), ва бу нарса мазкур муаммонинг қатъий долзарблигини белгилайди. 21 ҳолатларда (24,1%) касалликни кекса ёшда ташҳисланиши муаммонинг ижтимоий аҳамиятини тасдиқлайди.

ЭК тарқалганлиги ва жойлашуви характерини таҳлили бизга қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ учта шаклини аниқлаш имконини берди (маҳаллий; тарқалган; генераллашган).

Умуман олганида, қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-нинг маҳаллий шакли 29 (33,3%) ҳолатларда учраб, бу ерда кўпинча жигар зарарланган– 15 (17,2%). Касалликнинг тарқалган шакли 34 (39,1%) ҳолатларда қайд этилиб, аксарият ҳолларда жигар+талоқ+кичик чаноқ зарарланган– 11 (12,6%). Ва генераллашган шакл 24 (27,6%) ҳолатларда учраб, бу ерда кўпроқ жигар+катта сальник+кичик чаноқ+қорин орқасидаги бўшлиқ зарар кўрган– 10 (11,5%), яъни, қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-нинг барча шаклларида асосий ташувчи орган сифатида жигар бўлган.

Кўринганидек қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да 2-та кисталарни мавжудлиги қиёслаш гуруҳида фақат 7-нафар (17,1%), ва асосий гуруҳда– 9-нафар (19,6%) беморларда аниқланди. Аксарият ҳолатларда 3 – 4 – 5 ва ундан ортиқ ЭК-лар ташҳисланиб, бу кўрсаткич, тегишлича, 34 (82,9%) ва 37 (80,4%) ташкил қилди ($p < 0,01$). Энг кўп қайд этилган ЭК катталиклари 6-10 доирасида бўлган: қиёслаш гуруҳида 20-нафар (48,8%) ва асосий гуруҳда 19-нафар (41,3%) беморларда.

Диаметри 11-20 см ва ундан катта бўлган ЭК-ларни ташҳислаш муҳимроқ кўринадиди, ва ушбу кўрсаткич қиёслаш гуруҳида 10-нафар (24,4%) ва асосий гуруҳда 17-нафар (37,0%) беморларда қайд этилиб, жарроҳлик даволашда бошланғич фонини олдиндан жиддийлаштиради. Диаметри 5 см гача бўлган ЭК-лар қиёслаш гуруҳида 11-нафар (26,8%) ва асосий гуруҳда 10-нафар (21,6%) беморларда ташҳисланиб, ушбу касаллик диагностикасини ўтказишда алоҳида ҳушёрликни талаб этади. Касалликнинг асоратсиз кечиши қиёслаш гуруҳида 31-нафар (75,6%), асосий гуруҳда эса 22-нафар (47,8%) беморларда ташҳисланган. Шу билан бирга қиёслаш гуруҳида 10-нафар (24,4%) ва асосий гуруҳда 24-нафар (52,2%) касалликнинг асоратланган шакли қайд этилиб, бу нарса ушбу шаклнинг ўсиш тенденциясини тасдиқлайди (1-жадвал).

1-жадвал

Қорин бўшлиғи аъзоларини ДЭ билан зарарланиш тавсифи

| ЭК жойлашуви ва характери | Беморлар гуруҳлари | | | |
|--|--------------------|------|--------|------|
| | қиёслаш | | асосий | |
| | абс | % | абс | % |
| Эхинококкли кисталар сони (NC) | | | | |
| 2-та киста | 7 | 17,1 | 9 | 19,6 |
| 3-та киста | 13 | 31,7 | 14 | 30,4 |
| 4-та киста | 11 | 26,8 | 12 | 26,1 |
| 5-та ва ундан ортиқ кисталар | 10 | 24,4 | 11 | 23,9 |
| Жами: | 41 | 100 | 46 | 100 |
| Эхинококкли кисталар катталиги (SC) | | | | |
| 5 см (майда) | 11 | 26,8 | 10 | 21,7 |
| 6-10 см (ўртача) | 20 | 48,8 | 19 | 41,3 |
| 11-20 см (йирик) | 8 | 19,5 | 12 | 26,1 |
| 21 см катта (улкан) | 2 | 4,9 | 5 | 10,9 |
| Жами: | 41 | 100 | 46 | 100 |
| Асоратларнинг мавжудлиги (CU) | | | | |
| Асоратланмаган | 31 | 75,6 | 22 | 47,8 |
| Асоратланган | 10 | 24,4 | 24 | 52,2 |
| Жами: | 41 | 100 | 46 | 100 |

Кўриниб турганидек, қиёслаш гуруҳида бирламчи ДЭ 20-нафар (48,8%) беморлар, иккиламчи ДЭ 10-нафар (24,4%), ва учламчи ДЭ 11-нафар (26,8%)

беморларда ташҳисланган. Асосий гуруҳда бирламчи диссеминацияланган эхинококкоз 22-нафар (47,8%), иккиламчи диссеминацияланган 11-нафар (23,9%), ва учламчи диссеминацияланган 13-нафар (28,3%) беморларда қайд этилган. Учламчи диссеминациянинг юқори частотаси огоҳликка чақиради, чунки қиёслаш гуруҳида у 11-нафар (26,8%) ва асосий гуруҳда 13-нафар (28,3%) беморларда учраб, барча ҳолатларнинг $\frac{1}{4}$ қисмини ташкил қилган ($p < 0,01$) (2-жадвал).

2-жадвал

Диссеминациялар миқдори бўйича тақсимот

| Гуруҳлар | Диссеминациялар миқдори (D) | | | | | | Жами | |
|----------|-----------------------------|------|--------------|------|------------|------|------|-----|
| | бирламчи D1 | | иккиламчи D2 | | учламчи D3 | | | |
| | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Қиёслаш | 20 | 48,8 | 10 | 24,4 | 11 | 26,8 | 41 | 100 |
| Асосий | 22 | 47,8 | 11 | 23,9 | 13 | 28,3 | 46 | 100 |

Қиёслаш гуруҳида қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ ташҳиси дастлабки 6 ой ичида 16 ҳолатларда (39,0%) ва асосий гуруҳда 25 ҳолатларда (54,4%) қўйилган. 6 ойдан 2 йилгача муддатда 16 (39,0%) ва 17 (37,0%) ҳолатларда ташҳисланган. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ билан беморлар 3-4 ёки ундан кўпроқ вақт давомида азоб чекишни давом этган ҳолатлар ташвишни ўйғотади, улар, тегишлича, 9 (22,0%) ва 4 (8,7%) ҳолатларда учраган. Аммо кечиктирилган диагностика ва жарроҳлик даволаш билан беморлар сонини камайишига очик тенденция кузатилмоқда.

ДЭ клиникаси кўпроқ асоратларнинг кейинги тараққийлашиши билан тавсифланган. Умумий ҳолсизлик ва қувватсизлик 68-нафар (78,2%) беморларда ташҳисланган, оғриқ синдроми ва оғирлик ҳисси 41-нафар (47,1%), тана ҳароратини кўтарилиши 18-нафар (20,7%), сариқ касаллик 6-нафар (6,9%), ва гепатомегалия - 9 (10,3%) нафар беморларда қайд этилган. Ҳамроҳ терапевтик патология 16-нафар беморларда (18,4%) ташҳисланган, жумладан: юрак-томир тизими касалликлари – 5-нафар (5,7%), нафас олиш тизими – 3-нафар (3,4%), гепатобилиар тизими – 6-нафар (6,9%), сийдик-таносил тизими касалликлари 2-нафар (2,3%) беморларда кузатилган. Бириккан жарроҳлик патологиялар ҳам 16-нафар (18,4%) беморларда ташҳисланган. Фақатгина 55-нафар беморларда (63,2%) қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкози ҳамроҳ терапевтик ва бириккан жарроҳлик патологияларсиз кечган.

Қиёслаш гуруҳида қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да жарроҳлик тактика. Қиёслаш гуруҳида ЭК диссеминациясининг маҳаллий шаклида (9) асосий ташувчи орган сифатида жигар бўлган (12,2%), 3-кисталиқ шаклда 2-та ҳолатда (4,9%), 4-кисталиқ шаклда 1 ҳолатда (2,4%) ва 5-кисталиқ шаклда 2 ҳолатда (4,9%). Тарқалган шаклда (20) кўпроқ жигар+талоқ+кичик чанок

диссеминацияси кузатилган (14,6%), 2-кисталиқ шаклда 2 ҳолат (4,9%), 3-талиқ шаклда – 1 ҳолат (2,4%), 4-талиқ – 2 ҳолат (4,9%) ва 5-кисталиқ шаклда – 1 ҳолат учраган (2,4%). Генераллашган шаклда (12) 29,1% ҳолатларда барча ички аъзоларни диссеминация билан зарарланиши кузатилган, 2-кисталиқ шаклда – 2 ҳолат (4,8%), 3-талиқ – 6 ҳолат (14,6%), 4-талиқ – 2 ҳолат (4,9%) ва 5-кисталиқ шаклда – 2 ҳолатда (4,8%) учраган.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да 8-нафар беморларга (19,5%) ёпик эхинококкэктомия бажарилди. Улардан 4-нафарида (9,8%) кисталар диаметри 5 см-га етган. 12-нафар (29,3%) беморларга ярим ёпик ЭЭ бажарилган. Улардан 4-нафарида (9,8%) кисталар диаметри 6–10 см тенг бўлган. Очик ЭЭ 10-нафар (24,4%) беморларда ўтказилган. Улардан 4-нафарида (9,8%) кисталар диаметри 11-20 см-гача етган. Комбинацияланган ЭЭ 11-нафар беморларда бажарилиб (27,6%), улардан 5-нафарида (12,2%) кисталар диаметри 6-10 см тенг бўлган (3-жадвал).

3-жадвал

Қиёслаш гуруҳида киста диаметрига қараб ташриҳ характери

| Ташриҳ усули | Кисталар диаметри (см) | | | | | | | | Жами | |
|------------------|------------------------|------|------|------|-------|------|-------------|------|------|------|
| | 5 | | 6-10 | | 11-20 | | 21 ва катта | | | |
| | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Ёпик ЭЭ | 4 | 9,8 | 3 | 7,3 | 1 | 2,4 | - | - | 8 | 19,5 |
| Ярим ёпик ЭЭ | 3 | 7,3 | 4 | 9,8 | 2 | 4,9 | 3 | 6,9 | 12 | 29,3 |
| Очик ЭЭ | 2 | 4,9 | 2 | 4,9 | 4 | 9,8 | 2 | 3,4 | 10 | 24,4 |
| Комбинацияланган | 4 | 9,8 | 5 | 12,2 | 2 | 4,9 | - | - | 11 | 26,8 |
| Жами | 13 | 31,7 | 14 | 34,1 | 9 | 22,0 | 5 | 10,3 | 41 | 100 |

Қиёслаш гуруҳида беморларни ташриҳдан аввал ва кейинги парваришлаш бузилган функцияларни тўғрилашга қаратилиб, абдоминал жарроҳлик беморларини парваришлашдан фарқланмаган.

Жарроҳлик кириш йўлини, ташриҳ ҳажмини, ҚБ-га ишлов бериш ва йўқ қилиш усулини танлашда аниқ кўрсатмаларни мавжуд бўлмаганлиги ташриҳдан кейинги асоратларни ривожланиши ва узоқ даврдаги қонқарсиз натижаларнинг сабабчиси бўлиб, бу нарса жарроҳлик тактикаси алгоритминини ишлаб чиқилишини, ҚБ-га ишлов бериш ва йўқ қилишнинг янада самаралироқ усулини танланишини, шунингдек ташриҳдан кейинги даврда йирнги асоратларни олдини олиш усулини белгиланишини тақозо этган.

Асосий гуруҳдаги жарроҳлик тактикаси. Қиёслаш гуруҳида аниқланган камчилик ва нуқсонлар, жарроҳлик тактикасини, ҳам ташриҳдан аввалги тайёргарлик ва ташриҳдан кейинги парваришлаш жиҳатидан, ҳам оптимал кириш йўлини, ташриҳ ҳажмини танлаш ва ташриҳ пайтида ҚБ-га ишлов бериш ва йўқ қилиш жиҳатидан қайта кўриб чиқиш заруратини туғдирган. Асосий гуруҳда, кимёвий терапияни ўтказиш пайтида сколецидди препаратларнинг токсик таъсири фонида жигар функцияларини яхшилаш мақсадида 400 гр инфузион эритмага Гепамерц 10 гр., аскорбин кислотаси 5%- 6,0 мл ва Актовегин 5,0 мл т/и қўлланилган.

Дезинтоксикация учун Реосорбилакт 250 мл-дан т/и ва Альбендазол ёрдамида паразитларга қарши кимёвий терапия қўлланилган. Жигар паренхимасининг қувват заҳираларини ошириш учун томир ичига плазма ва Альбумин қуйилган. Ўртача, ташриҳолди тайёргарлик $3 \pm 1,3$ кун давом этган. Гепамерц препарати билан интенсив даволаш, бошланғич кўрсаткичларга нисбатан эндогенли интоксикация даражасини ва ифодаланганлигини пасайтириш имконини берган. Ташриҳдан аввал ва кейинги даврда Альбендазол ёрдамида кимёвий терапия ўтказилган: 2 маҳал, суткасига тана вазнига нисбатан 10-12 мг/кг стандарт дозировкада, ўсимлик ёғини мажбурий ичиш билан бирга. Иммуностимуляция мақсадида Тималин - 10,0 мг м/о, ёки Иммунал - 1 таблеткадан кунига 4 маҳал қўлланилган. Қорин бўшлиғида жипслашиш жараёнларини олдини олиш учун Лонгидаза 3000 МЕ м/о қўлланилган.

Препаратларнинг токсиклигини инобатга олган ҳолда, 15 кунда 1 маротаба қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлиллари ўтказилган. Барча беморларга, оғирлиги, ҳажми ва давомийлиги бўйича солиштириладиган турли жарроҳлик аралашувлар бажарилган.

Асосий гуруҳда ЭК диссеминациясининг маҳаллий шаклида (12) асосий ташувчи орган сифатида жигар бўлган (8,7%), 3-кristалик шаклда 3-та ҳолатда (6,5%), ва 5-кristалик шаклда 1 ҳолатда (2,2%). Тарқалган шаклда (19) кўпроқ жигар+талoқ+кичик чаноқ диссеминацияси кузатилган (13,0%), 3-кristалик шаклда – 2 ҳолат (4,3%), 4-талик – 1 ҳолат (2,2%) ва 5-кristалик шаклда – 3 ҳолат учраган (6,5%). Генераллашган шаклда (15) 8,7% ҳолатларда барча ички аъзоларни диссеминация билан зарарланиши кузатилган, 2-кristалик шаклда – 1 ҳолат (2,2%), 3-талик – 2 ҳолат (4,3%), ва 4-кristалик шаклда – 1 ҳолатда (2,2%) учраган. Бунда 1 ҳолатда, қорин бўшлиғининг кўп сонли кисталари ҳисобидан қорин ҳажмини катталашиши билан пайпасланадиган ва кўринадиган “шиш” аниқланган. Асосий гуруҳда ЭК диаметрига қараб ЭЭ-нинг ҳар ҳил турлари бажарилган. Лапаратомиядан кейин жигарнинг юқорироқ ҳаракатчанлиги учун думалоқ ва ўроқсимон пайлар кесилиб кейинчалик қайта тикланган. Лапаратомия ва қорин бўшлиғи аъзоларини ревизиясидан сўнг кисталарни жойлашуви ва катталиги, уларнинг миқдори аниқланган, шунингдек кистани жигар тўқимаси ва кўшни органлар билан ўзаро муносабатлари аниқланган. Тери ости тўқима ва қорин бўшлиғи ЭК-дан, натрий хлориднинг гипертоник эритмасида (20-30%) ҳўлланган дока тампонлари ёрдамида ажратилган.

Асосий гуруҳда ҚБ деворларига кўп компонентли ишлов бериш ўтказилган: фиброз капсуласининг ички юзасига- натрий хлориднинг 10%-эритмаси, илиқ фурацилин (70^0 С-гача), 70^0 -ли спирт, ва 5%-ли йод дамламаси орқали, уларнинг ҳар бирини 2 дақиқали экспозицияси билан, ишлов берилган, буларнинг якунида эса фиброз капсуласининг ички юзаси ва чеккаларига 2 дақиқали электрокоагуляция бажарилган, жами бўлиб 10 дақиқа (FAP 2023 0165). Жигарга кириш йўлини яхшилаш учун, катта

сальникка ДЭ-да, биз аввал катта сальникни олиб ташлаганмиз, кейинчалик жигар ЭЭ-си бажарилган.

Шундай қилиб, кимёвий (натрий хлориднинг 10% эритмаси, илик фурациллин 70°-75°С, 70°-ли спирт, 5%-ли йод дамламаси), жисмоний, термик (электрокоагуляция, илик фурациллин 70°-75°С), механик (фиброз капсуласини кесиш ва ИЭЭ), ва биологик (ўзига ҳос иммунитетни стимуллаш, Альбендазол ёрдамида кимёвий терапия) усуллар қўлланилган.

ҚБ-ни ёриш, бўшатиш ва зарарсизлантиришдан кейинги жарроҳлик аралашувнинг яқунловчи босқичи, бу, унинг бўшлиғини йўқ қилиш (очиқ, ярим ёпиқ, ёпиқ), ва кистанинг фиброз капсуласини тўлиқ ёки қисман олиб ташлашдан иборат бўлади. Жарроҳлик аралашув усулини танлаш кистанинг тавсифлари ва беморнинг умумий аҳволига боғлиқ бўлган (4-жадвал).

4-жадвал

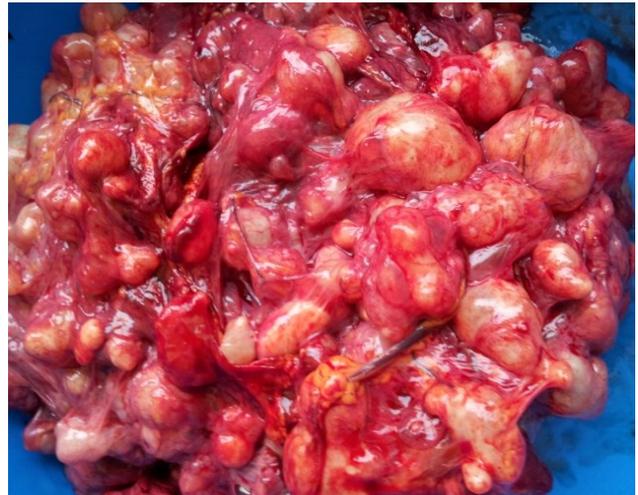
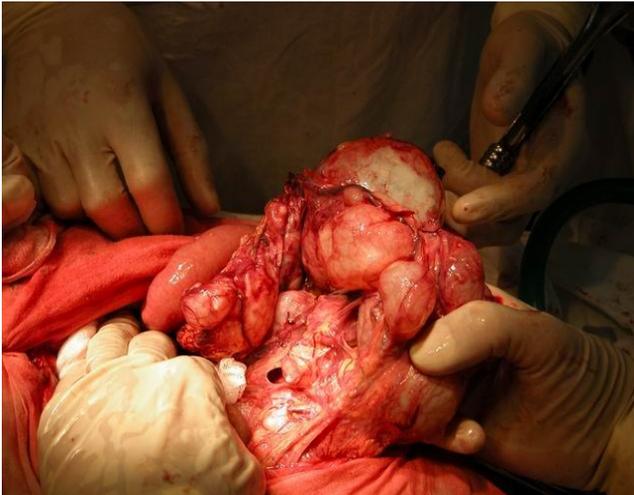
Асосий гуруҳда киста диаметрига қараб ташриҳ характери

| Ташриҳ усули | Кисталар диаметр (см) | | | | | | | | Жами | |
|------------------|-----------------------|------|------------------|------|------------------|------|------------------------------|------|------|------|
| | 5 (кичик) | | 6-10 (ўртача) | | 11-20 (йирик) | | 21 ва каттароқ (ўлкан) | | | |
| | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Ёпиқ ЭЭ | 6 | 13,0 | 6 | 13,0 | - | - | - | - | 12 | 26,1 |
| Ярим ёпиқ ЭЭ | 2 | 4,3 | 5 | 10,9 | 3 | 6,5 | 2 | 4,3 | 12 | 26,1 |
| Очиқ ЭЭ | 1 | 2,2 | 3 | 6,5 | 2 | 4,3 | 2 | 4,3 | 8 | 17,4 |
| Комбинацияланган | 3 | 6,5 | 3 | 6,5 | 5 | 10,9 | 3 | 6,5 | 14 | 30,4 |
| Жами | 12 | 26,1 | 17 | 37,0 | 10 | 21,7 | 7 | 15,2 | 46 | 100 |

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да асосий гуруҳда 12-нафар беморларга (26,1%) ёпиқ эхинококкэктомия бажарилди. Улардан 6-нафарида (13,0%) кисталар диаметри 5 см, ва 6-нафарида 6-10 см-га етган. 12-нафар (26,1%) беморларга ярим ёпиқ ЭЭ бажарилган. Улардан 5-нафарида (10,9%) кисталар диаметри 6–10 см тенг бўлган. Очиқ ЭЭ 8-нафар (17,4%) беморларда ўтказилган. Улардан 3-нафарида (6,5%) кисталар диаметри 6-10 см-гача етган. Комбинацияланган ЭЭ 14-нафар беморларда бажарилиб (30,4%), улардан 5-нафарида (10,9%) ЭК диаметри 11-20 см тенг бўлган.

ҚБ томонидан асоратларни олдини олиш учун фиброз капсуласининг бўртиб чиққан гумбази максимал даражада кесиб ташланган. Жигар дарвозаси соҳасида жойлашган ва ўт пуфаги билан жипслашган кисталар, “идеал” вариантда фиброз капсуласини очмасдан ўт пуфаги билан бирга олиб ташланган. Йиринглашни олдини олиш мақсадида ҚБ “оқар тизими” турида дренаж қилинган. Бунда асоратланган ЭК каби омиллар инобатга олинган: паразитни ҳалок бўлиши- дренажни ҚБ-дан чиқиб кетиши; атрофдаги йирик томир-секрет элементларининг ЭК; ички паренхиматоз жараёнининг кўп сонлиги; кальцийлашган фиброз капсуласини мавжудлиги. Очиқ ЭЭ катта ва ўлкан, кўпинча йирингланган ЭК-ларда бажарилган. Кистани йирингланиши 6-нафар беморларда, фиброз капсуласи бўшлиғини жигар ичидаги йўллар билан алоқаси 2-нафар беморларда қайд этилган.

Ўт пуфагини тешилиши билан бириккан жигар ДЭ-ли беморларда ЭЭ катта кисталардан бошланган. ҚБ-га бизнинг методикамиз бўйича ишлов берилган. Зарарланишнинг кўп сонлиги туфайли, биз томонимиздан ташрихнинг комбинацияланган усули қўлланилган. 2-та ҳолатда жигарнинг чап бўлагини кўп сонли зарарланиши бўйича чап томонлама ЭЭ бажарилган. Битта ҳолатда ЭК-лар сони 3 ва диаметри 5 см, иккинчи ҳолатда ЭК сони 2-та ва диаметри 10 см-дан ортиғини ташкил қилган. Иккала ҳолатда аслида гемигепатэктомия бажарилди (2-расм). Жигарга кириш йўлини яхшилаш учун дастлаб катта ва кичик чарвилар олиб ташланган (1-расм).



1 ва 2-расм. Бемор С., 26 ёшда. К/т № 7168/518. Ташрих пайтидаги фото. Катта салъик ва қатқориндаги кўп сонли диссеминацияланган ЭК (умумий зарарланиш) ва олиб ташланган макропрепарат (диссеминацияланган ЭК билан катта чарви қисми).

Шундай қилиб, дезинтоксикацион, гепатопротекторли воситалар ва паразитларга қарши кимёвий терапия, шунингдек оптималлаштирилган жарроҳлик тактика ўзини оқлаган тактик ёндашувлар ҳақида тасдиқлайдилар. Шу билан бирга, патологиянинг энг оғир шакли ҳисобланиб, қорин бўшлиғи аъзоларини кўп сонли зарарланиши туфайли жиддий қийинчиликларни туғдиради, ва бу нарса радикал жарроҳлик аралашувларни бажариш имконини чеклайди.

Диссертациянинг тўртинчи боби **“Қорин бўшлиғи ДЭ-да ишлов бериш усуллари тақомиллаштириш ва алгоритмни ишлаб чиқиш”**га бағишланган. Қиёслаш гуруҳида жарроҳлик даволашнинг қониқарсиз натижалари даволашнинг янги, юмшоқ ва юқори самарали усуллари излаш учун асос бўлиб қолган.

Биз томонимиздан ишлаб чиқилган усул қуйидагича амалга оширилади: ЭК қисмлари олиб ташланганидан сўнг фиброз капсуласига ички юзасига-натрий хлориднинг 10%-эритмаси, илиқ фурацилин (70⁰ С-гача), 70⁰-ли спирт, ва 5%-ли йод дамламаси орқали, уларнинг ҳар бирини 2 дақиқали экспозицияси билан, ишлов берилиб, яқунда фиброз капсуласининг ички

юзаси ва чеккаларига 2 дақиқали электрокоагуляция бажарилади. (Ихтиро учун ижобий қарор— 047543 ПВ Ўз.Р., 06.11.2023 й.).

Биз томонимиздан, танланган препаратларнинг айнан бундай экспозицияси ва фойизлар нисбати максимал даражада сколексоцидли таъсири билан гепатоксик самарани йўқлигини таъминлаши аниқланди.

Танланган препаратларнинг бундай таъсирининг механизми қуйидагилардан иборат. ЭК-га паразитларга қарши ишлов беришда натрий хлоридининг 10% эритмаси, 70°C-гача иситилган фурациллин, 70°-ли спирт ва 5%-ли йод дамламасининг бирикмаси айнан эхинококк ацефалоцисти учун ҳалокатли таъсирни ўтказди, улар экспозициясининг вақтини камайтириш эса жигарни зарарли таъсирдан ҳимоя қилади.

Шундай қилиб, ЭК ҚБ-га сколексга қарши ишлов беришнинг таклиф қилинган усули, эхинококкнинг барча элементларига фалокатли таъсирни ўтказадиган, фиброз капсуласининг барча қатламларига чуқур кирадиган, ҳамда жигар эхинококкиннинг ҳам режали, ҳам шошилиш жарроҳлигида самарали ва ишончли бўлган оммабоп воситаларни қўллаш йўли билан ташрихдан кейинги асоратларнинг камайишига олиб келади.

ЭК-га паразитларга қарши ишлов бериш самарадорлигини назорат қилиш мақсадида, экспресс-диагностика ўтказилиб, унда, 5-10 мл миқдордаги эхинококк суюқли дистилланган сувга солиниб термостатда, 37°C ҳароратда ва 10 дақиқа ичида инкубацияланган.

Микроскопик тадқиқотда предметли ойнадаги паразитнинг ҳаракатланиш қобилиятини йўқлиги ҚБ-га ишлов беришнинг самарадорлигини тасдиқлаган.

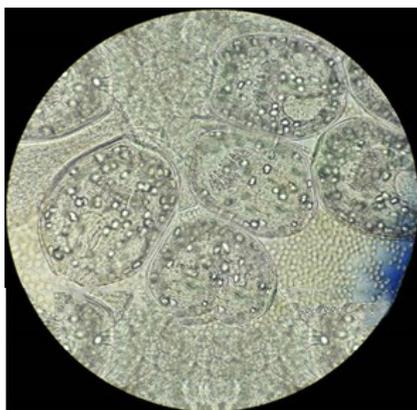
Мисол учун, анъанавий усулда (15-нафар беморлар) ишлов бериш самарадорлиги 75% ташкил қилиб, бошқа сколексоцидли препаратларни қўлланилишини тақозо этган ва жарроҳлик аралашувнинг давомийлигини узайтирган.

Бизнинг усулимиз билан (22-нафар беморлар) ишлов бериш самарадорлиги 100% ташкил қилган. Препаратлар бирикмаси билан бирга кўп компонентли ишлов беришни қўлланилиши учинчи дақиқадаёқ сколексларга фалокатли таъсир кўрсатган, ва бунда ҳам 90 % ҳалок бўлган сколекслар аниқланди.

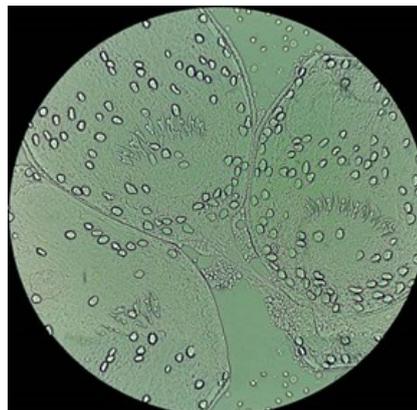
Бу нарса шунда намоён бўлдики, эхинококкнинг иккиламчи элементлари ҳаракатсиз бўлиб ва жадал равишда кўнғир рангга бўялиб, уларнинг ички тузилмаси деярли дифференцияланмаган.

Олтинчидан ўнинчи дақиқагача бўлган экспозиция билан ўтказилган тадқиқотлар, барча сколексларни ҳалок бўлишини кўрсатган; демак, экспозициянинг оптимал вақти 2-6 дан 10 дақиқагача ташкил қилади.

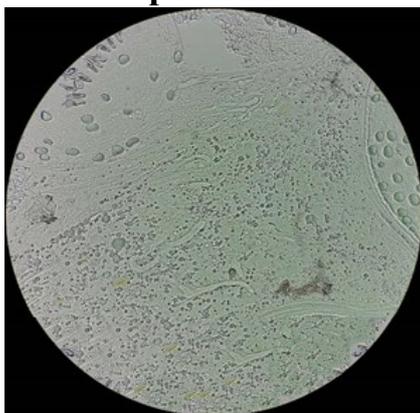
Экспозициянинг олтинчи дақиқасида сколекс шаклини чўзилиш ва ҳужайрали мембранани шишиши томон ўзгариши аниқланган (3, 4, 5, 6-расмлар). Экспозициянинг ўнинчи дақиқасида герминатив қобикни бузилиши, ҳужайра тузилмасини кўюлиши ва қисман кўнғир рангга бўялиши кузатилган.



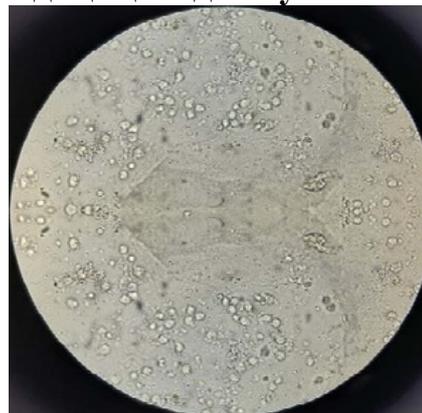
3-расм. Ишлов беришдан аввал тирик сколекс



4-расм. Экспозициянинг 2-чи дақиқасидан сўнг



5-расм. Экспозициянинг 6-чи дақиқасидан сўнг



6-расм. Экспозициянинг 10-чи дақиқасидан сўнг

Беморларнинг асосий гуруҳида ўтказилган цитологик тадқиқотлар натижаларини таҳлиliga якун яшадан аввал, шуни таъкидлаш жоизки, натрий хлоридининг 10% эритмасини 2 дақ экспозиция билан, 70°C-гача иситилган фурациллинни 2 дақ. экспозиция билан, 70°-ли спиртни 2 дақ. экспозиция билан ва 5%-ли йод дамламасини 2 дақ. экспозиция билан босқичма-босқич қўлланилиши ва фиброз капсуласи чеккаларини коагуляция қилиниши ўзининг сколкоцид таъсири бўйича бошқа гермицид препаратларнинг антисептик таъсирдан қолишмайди, ва бу нарса ушбу усулни, фиброз капсуласининг бўшлиғига зарарсизлантирувчи самарали восита сифатида клиникада қўлланилишига асос бўлган.

Ишлаб чиқилган усул касалликни такрорланишини, ташриҳдан кейинги даврда йирингли, ўт-йирингли тешикларни ҳосил бўлишини тўлиқ олдини олиш имконини беради, ҳам фиброз капсуласининг бўртмаларига миграцияланган, ҳам фиброз капсуласининг ташқарисида бўлган паразитларга фалокатли таъсирни ўтказди. Бактерицидли, гемо- ва холеостатик ва энг кам жароҳатли гепатотоксик самарани кўрсатади. Юқори самарадорлиги ва яхши узок натижалари билан ажралиб туради.

Тактикада яна бир такомиллаштирилган нарса, бу, қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да жарроҳлик тактикаси алгоритминини ишлаб чиқиш (DGU №24805, 13.04.2023 й.). (7-расм).



7-расм. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да жарроҳлик тактикаси алгоритми (№ DGU 24805. 13.04.2023).

Таклиф қилинган алгоритмга кўра, ташриҳолди тайёргарлигига кимёвий терапия, иммунотерапия, гепатопротекторлар киритилган. Лапаратомия ва қорин бўшлиғи аъзоларини ревизиясидан кейин кисталар жойлашувини ва катталигини, уларнинг миқдорини аниқлаганлар. Бундан кейин, кистанинг жигар тўқимаси ва кўшни органлар билан алоқаси аниқланиб, ўткир ва ўтмас йўллар орқали киста жипсланган ва ёпишган жойлардан ажратилган. Ташриҳнинг ушбу босқичи прецизион тарзда бажарилган.

Уруғланишни олдини олиш учун натрий хлоридининг гипертоник эритмасида (20-30%) хўлланган докали салфеткалардан фойдаланилган.

Фиброз капсуласига бизнинг усулимиз бўйича ишлов бериш (Ихтиро учун ижобий қарор – 047543 ПВ РУз, 06.11.2023 й.). Диаметри 5-7 бўлган кисталарда ёпиқ ЭЭ ва ҚБ КСП тампонлаш афзалроқдир; катта ва асоратланган кисталарда – “оқар тизим” тури бўйича ташқи дренажлаш. ЭК-нинг 6 дан 20 см гача бўлган диаметрида очик ЭЭ ва ҚБ-ни дренажлаш бажарилган. ЭК-нинг 6-10 см бўлган диаметрида очик билан бирга ярим ёпиқ ЭЭ, ҳамда Аскерханов усули бўйича ҚБ-ни тампонлаш ёки КСП-ни тампонлаш билан дренажлаш бажарилган. ЭК-нинг диаметри 5-10 см бўлганида ёпиқ ЭЭ ва ФК инвагинацияси бажарилган. Ташриҳдан кейинги даврда, гепатопротекторлар ва иммунологик тўғрилаш билан бириктирилган профилактик кимёвий терапия ўтказилган.

ЭК-ни чеккали жойлашувида ИЭЭ бажарилган; жигарнинг бутун бўлаги зарарланганида- ФК-ни олиб ташлаш билан чеккали резекция ва гемигепатэктомия қўлланилади. ЭЭ дан кейин ҚБга бизнинг усулимиз бўйича ишлов берилади (**FAР 2023 0165**). Ташриҳдан кейинги даврда ҳам паразитларга қарши кимёвий терапия, иммунотерапия ва гепатопротекторлар қўлланилган (Альбендазол 400 мг х 1 кунда 2 маҳал, Трихопол 1 таб х 1 кунда 3 маҳал, Фуразолидон, 28 кун, 1 таб х 1 кунда 3 маҳал. 15-кунлик танаффус билан 3-4-та курс ўтказилган), иммунотерапия- Тималин 1,0 м/о 15 кун, гепатопротектор ГепаМерц–10 мг т/и 15 кун (апаразитарлик тамойили).

Шундай қилиб, қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да таклиф қилинган даволаш-диагностика алгоритми ва ҚБ-га кўп компонентли интраоперацион сколексларга қарши ишлов бериш усули жарроҳлик тактикасини оптималлаш имконини бериб жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилайти.

Диссертациянинг бешинчи боби “**Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-ни жарроҳлик даволашнинг қиёсий таҳлили**”га бағишланган.

Энг яқин натижаларни баҳолаш учун шартли равишда иккита кичик гуруҳлар ажратилган:

1. ЭЭ ташриҳи билан бевосита боғлиқ бўлган ташриҳдан кейинги асоратлар;

2. Умумий характердаги ташриҳдан кейинги асоратлар, организмнинг бошқа аъзолари ва тизимларида бажарилган жарроҳлик аралашувлардан кейин ҳосил бўлиши мумкин.

Қиёслаш гуруҳида 1-нафар беморда (2,4%) комбинацияланган ЭЭ бажарилганидан кейин бронх-ўпка асоратлари қайд этилган, ўткир юрак-

томир етишмовчилиги ҳам 1-нафар беморда (2,4%) очик ЭЭ-дан кейин, ва ўткир жигар-буйрак етишмовчилиги 2-нафар беморларда (4,9%) – ярим ёпик ЭЭ ва 1-нафар беморда (2,4%) комбинацияланган ЭЭ-дан кейин аниқланган.

Асосий гуруҳда ўткир юрак-томир етишмовчилиги 1-нафар (2,2%) беморда комбинацияланган ЭЭ-дан кейин қайд этилган. Қиёслаш гуруҳида энг яқин ташриҳдан кейинги даврда умумий характердаги асоратлар 4-нафар беморларда кузатилган (9,7%), асосий гуруҳда эса атиги 1-нафар беморда (2,2%). Қиёслаш гуруҳида асоратлар частотаси– 14-нафарни (34,1%), асосий гуруҳда эса фақатгина 3-нафар (6,5%) беморни ташкил қилган. ҚБ-ни дренажлашда узоқ вақтдан бери ишлаб турган ўт яраси қиёслаш гуруҳида 3-нафар (7,3%), ва асосий гуруҳда 1-нафар (2,2%) беморда, ҳамда ҚБ-ни йирингланиши, тегишлича 2 (4,9%) ва 1-нафар (2,2%) беморларда аниқланди. Асоратлар бўйича эртанги реллапаротомия, перитонит манбаидан қатъий назар, қиёслаш гуруҳида 2-нафар (4,9%) беморларда бажарилган бўлсада, асосий гуруҳда реллапаротомияга бўлган эҳтиёж мавжуд бўлмади. ташриҳдан кейинги ўлим қиёслаш гуруҳида 1-нафар беморда (2,4%), ўткир юрак-томир ва жигар-буйрак етишмовчилиги оқибатида содир бўлган.

Шундай қилиб, қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да жароҳлик тактикасини оптималлаш умумий жиҳатдан ташриҳдан кейинги энг яқин асоратлар частотасини камайтириш имконини берган. Натижада, ташриҳдан кейинги асоратлари бўлмаган беморларнинг сони қиёслаш гуруҳида 27-нафар (65,9%), асосий гуруҳда эса 43-нафарни (93,5%) ташкил қилган, умумий характердаги асоратлар кўрсатқичи минимал даражага туширилган– 7,8 дан 2,7%, гача. Шу жумладан, асосий гуруҳда реллапаротомия ҳолатлари – 4,9% дан ва ўлимлар сони 2,4 дан 0% гача туширилди (5-жадвал).

5-жадвал

Турли ташриҳларнинг узоқ муддатдаги натижалари

| Натижа | Қиёслаш гуруҳи | | Асосий гуруҳ | |
|-------------------------------|----------------|------|--------------|--------|
| | абс | % | абс | % |
| Аъло | 5 | 12,2 | 27* | 58,7* |
| Яхши | 4 | 9,8 | 10** | 21,7** |
| Қоникарли | 12 | 29,3 | 6** | 13,0** |
| Ёмон | 11 | 26,8 | 1** | 2,2** |
| Тадқиқ қилинмаган (аниқ эмас) | 9 | 22,0 | 1 | 2,2 |
| Жами: | 41 | 100 | 46 | 100 |

Изоҳ: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, * - асосий гуруҳга нисбатан.

Бешинчи жадвалдан кўриниб турганидек, аъло натижалар қиёслаш гуруҳининг 5-нафар (12,2%) беморларидан ва асосий гуруҳнинг 27-нафар (58,7%) беморларидан олинган. Яхши натижалар қиёслаш гуруҳида 4-нафар (9,8%) ва асосий гуруҳда 10-нафар (21,7%) беморларда кузатилган. Қоникарли натижалар қиёслаш гуруҳида 12-нафар (29,3%) ва асосий гуруҳда 6-нафар (13,0%) беморларда қайд этилган. Ёмон натижалар қиёслаш гуруҳининг 11-нафар (26,8%) ва асосий гуруҳнинг 1-нафар (2,2%) беморда

кузатилди (эхинококк касаллигини такрорланиши). Оптималлаштирилган жарроҳлик тактика аъло ва яхши натижалар частотасини 9-дан (22,0%) 37-гача (79,4%) ошириш, шунингдек қониқарли натижалар улушини 12 дан (29,3%) 6 гача (13,0%) ва ёмон натижалар улушини 11 дан (26,8%) 1 гача (2,2%) камайтириш имконини берган - ($p < 0,001$).

Шундай қилиб, қорин бўшлиғи аъзоларининг диссеминацияланган эхинококкоз аниқлик киритилган тушунчасига, таклиф қилинган таснифга, шунингдек ишлаб чиқилган ҳаракатлар алгоритмига амал қилиш натижасида мазкур контингентда жарроҳлик тактикасини оптималлаштиришга эришилган. Ўтказилган илмий-тадқиқот иши натижасида: умумий характердаги асоратлар частотаси 4 дан (9,7%) до 1 гача пасайтирилган (2,2%); бевосита ЭЭ билан боғлиқ бўлган асоратлар частотаси 14 дан (34,1%) 3 гача пасайтирилган (6,5%), асоратлари йўқ ҳолатлар сони 27 дан (65,9%) 43 гача оширилган (93,5%); аъло ва яхши натижалар сони 9 дан (22,0%) 37 гача оширилган (79,4%); қониқарли натижалар частотаси 12 дан (29,3%) 6 гача камайтирилган (13,0%), ва ёмон натижалар сони 11 дан (26,8%) 2 гача камайтирилган (4,3%). Умуман олганида, қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-ни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашга, яъни, тадқиқот олдида қўйилган мақсадга эришилди.

ХУЛОСА

1. Тушунчани муайянлаштириш ва ишлаб чиқилган тасниф ва алгоритмни ташриҳолди тайёргарлик босқичида, ташриҳга киришни танлашда, ҚБ-га ишлов бериш ва йўқ қилишда ва ташриҳдан кейинги парваришда қўллаш қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да жарроҳлик тактикани оптималлаш имконини беради.

2. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да маҳаллий шакл 33,3% беморларда, тарқалган- 39,1% беморларда ва генераллашган шакл 27,6% беморларда қайд этилган. Ҳолатларнинг $\frac{1}{4}$ қисмидан кўпроғини ЭК диаметри 6-21 см ва ундан кўпроқ, ҳамда кисталар сони 3-5 ва ундан ортиқ бўлган беморлар ташкил қилган. Шу билан бирга, ДЭ-нинг барча шаклларида асосий ташувчи орган сифатида жигар бўлган.

3. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ-да оптималлаштирилган жарроҳлик тактика умумий характердаги асоратлар частотасини 9,7 дан 2,2% гача, бевосита ЭЭ билан боғлиқ бўлган асоратлар частотасини 34,1 дан 6,5% гача камайтириш, ҳамда асоратлари бўлмаган натижалар сонини 65,9 дан 93,5% гача ҳамда аъло ва яхши натижалар сонини 22,0 дан 79,4% гача ошириш имконини берган; қониқарли натижалар частотаси 29,3 дан 13,0% гача ва ёмон натижалар частотаси— 26,8 дан 4,3% гача пасайтирилган.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ДЭ бўйича эхинококкэктомияда паразитларга қарши ишлов беришнинг таклиф қилинган усули йирингли-септик асоратлар частотасини 7,3 дан 2,2% гача, ва рецидивлар сонини 26,8 дан 2,2% гача камайтирди.

**УЧЕНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 ПРИ АНДИЖАНСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

АБДУЛХАЕВА БАРНОХОН ХАБИБИЛЛО КИЗИ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ В
ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИССЕМНИРОВАННОГО
ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

АНДИЖАН - 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан за №B2022.2.PhD/Tib2890.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.adti.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель: **Ботиров Акрам Кодиралиевич**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Хакимов Мурод Шавкатович**
доктор медицинских наук, профессор

Нуритдинов Ориф Толипович
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Ташкентский государственный
стоматологический институт**

Защита диссертации состоится «___» _____ 2024 г. в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 по присуждению ученых степеней при Андижанском государственном медицинском институте (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №___). Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2024 года.

(реестр протокола рассылки №___ от _____ 2024 года).

М.М. Мадазимов

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

М.Ф. Нишанов

Ученый секретарь научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Б.Р. Абдуллажанов

Заместитель председателя научного совета
по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным ВОЗ ежегодно эхинококкозом заболевают более миллиона человек, что в 2015 году привело к 19300 смертельным случаям. Ежегодно затраты на лечение больных эхинококкозом, а также ущерб животноводству составляют несколько миллиардов долларов¹. Поэтому, эхинококкоз образно называют гельминтологическим “раком” XXI века требующих первоочередной ликвидации. Во всем мире, в том числе и в Узбекистане, можно констатировать безудержный и критический рост заболеваемости эхинококкозом. Для хирургов важно заметить, что за последние 20 лет значительно возросли показатели осложненных случаев эхинококкоза печени (ЭП), которые достигают 84,6%. Такая тенденция обусловлена ростом миграции населения из эндемических районов, в том числе рабочей силы из развивающихся стран, развитием туризма, низким качеством санитарно-эпидемиологического контроля и диспансеризации. Несмотря на достигнутые успехи, для большинства стран азиатского региона проблема эхинококкоза является краевой патологией, где заболеваемость составляет 10 человек и более на 1000 населения, с тенденцией неуклонного роста. Разрыв эхинококковой кисты (ЭК) приводит к массивной диссеминации, требующих неоднократного оперативного лечения, которая колеблется от 5,9 до 30% и протекает с послеоперационной летальностью, достигающей 7-18%. Проблеме эхинококкоза посвящено множество исследований, однако анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о разнообразном толковании понятий рецидивный и резидуальный эхинококкоз и диссеминированный, а также отсутствия клинической классификации диссеминированного эхинококкоза (ДЭ) органов брюшной полости.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования, направленные на разработку способов обработки остаточной полости после эхинококкэктомии, изучается протосколицидное действие полиамидаминовой наноэмульсии *in vitro* и *ex vivo* против *Echinococcus granulosus*, продолжают исследования в отношении оценки результатов различных вариантов хирургического лечения эхинококкоза, а также по определению возможности лапароскопического метода при лечении гидатидной болезни печени по сравнению с открытой операцией, даже при больших кистах и диссеминированном эхинококкозе, изучается роль эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии при лечении холангиогидатидоза.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения проводится множество мер, направленных на улучшение результатов лечения эхинококкоза органов брюшной полости за счет внедрения передовых технологий профилактики, консервативного и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по

¹ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>

семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг². Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости путем оптимизации тактико-технических аспектов, является одним из актуальных направлений хирургии и медицины в целом, ввиду высокой медико-социальной значимости данной патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года и «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» за № ПП-5198 от 26 июля 2021 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в Республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. К настоящему времени во всем мире и в частности, в Узбекистане, накоплен значительный опыт в хирургическом лечении эхинококкоза органов брюшной полости, которая является краевой патологией с наличием регионов, где болезнь носит эндемический характер (Каримов Ш.И., 2018; Назиров Ф.Г., 2022; Акилов Х.А., 2020; Хаджибаев А.М., 2020; Мусаев Г.Х., 2018; Азамов Ж.А., 2018). Однако, изучение периодической литературы последних десятилетий показало, что исследователи не уделяют должного внимания диссеминированному эхинококкозу органов брюшной полости. В исследованиях отечественных и зарубежных исследователей имеются разногласия и сохраняется путаница в определении самого понятия диссеминированного эхинококкоза, отсутствуют клиническая классификация и не до конца исследованы вопросы антисколексной обработки остаточной полости и пути профилактики диссеминации (Шамсиев Ж.А., 2017; Каниев Ш.А., 2018; Отакузиев А.З., 2018; ВОЗ, 2021). Актуальность проблемы эхинококкоза связано с неуклонным ростом заболеваемости эхинококкозом во многих странах мира. В связи с чем, современных хирургов волнует большое число послеоперационных осложнений, длительная нетрудоспособность больных и их инвалидизация (Акбаров М.М., 2019; Алиев М.Ж., 2015; Нишанов Ф.Н., 2018; Taylor M.A., 2017; Aydin Y., 2018). На современном этапе развития

²Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов.

медицинской науки и техники, диагностика диссеминированного поражения органов брюшной полости сложна и имеет важное практическое значение, так как установление точного диагноза позволяет выбрать рациональный операционный доступ и определить лечебную тактику и объем предстоящей операции. Для оценки эффективности различных методов исследования в полноценном выявлении имеющихся кист при множественном абдоминальном эхинококкозе ряд авторов указывает на необходимость тщательной интраоперационной ревизии брюшной полости для профилактики рецидивов болезни (Ахмедов И.Г., 2018; Мирходжаев И.А., 2021; Гаибов А.Д., 2022; Низамов Ф.О., 2022).

В хирургии ЭП, оперативное вмешательство, в большинстве случаев, не имеет альтернативы (Нишанов Ф.Н., 2019; Курбанов К.М., 2017). Однако оперативные вмешательства нередко сопровождаются развитием осложнений, что обусловлено состоянием больного, множественной локализацией паразитарных очагов, при этом основные нерешенные вопросы сводятся к определению тактики по отношению к паразиту, фиброзной капсуле и к органу-носителю, определению объема предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, а также вопросов этапности оперативных вмешательств и выбора наиболее подходящего доступа (Мого Р., 2019; Таррећ К.Н., 2021). На сегодня сохраняется настоятельная необходимость совершенствования хирургической тактики и техники при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости, что обусловлено оставлением кист для последующего удаления, особенно в случаях повышенной сложности операции приводящим, к рецидивам и диссеминации эхинококкоза, частота которых колеблется от 5,9 до 30% (Нишанов Ф.Н., 2015; Пахнов Д.В., 2017).

Проведённый анализ литературных данных показал, что проблеме эхинококкоза органов брюшной полости посвящено множество исследований, направленные на изучение тех или иных аспектов этиопатогенеза, диагностики, лечения и профилактики. Однако, неудовлетворенность результатами хирургического лечения, в основном, обусловлен не достаточным вниманием хирургов диссеминированного эхинококкоза, о чем свидетельствуют отсутствие целенаправленных научных исследований, и соответственно, мета-анализов. В свете вышеизложенного, выход из сложившейся ситуации можно найти путем уточнения определения понятия диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости, разработать классификацию, а также разработать лечебно-диагностический алгоритм и усовершенствовать комплексную антисколексной обработку ОП на фоне применения гепатопротекторов. Все это позволит оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты хирургического лечения данного заболевания. Решению этих задач посвящена данная диссертационная работа.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено

согласно планам научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института.

Целью исследования является улучшение результатов лечения путем оптимизации тактико-технических аспектов хирургического лечения при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости.

Задачи исследования:

провести ретроспективный анализ оперативного лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости и установить частоту и наиболее возможные причины диссеминации;

дать определение в само понятие и предложить классификацию диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости, позволяющие систематизировать подходы к хирургическому лечению;

разработать комплексную антисколексную обработку остаточной полости на фоне применения гепатопротекторов при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости;

разработать и внедрить в клиническую практику лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий оптимизировать хирургическую тактику при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости;

оценить в сравнительном аспекте результаты оперативного лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости с применением оптимизированной хирургической тактики.

Объектом исследования явились 87 больных с диссеминированным эхинококкозом органов брюшной полости, оперированных в 3-хирургическом отделении Клиники Андижанского государственного медицинского института за период с 2011 по 2022 годы.

Предметом исследования является анализ эффективности оптимизированных тактико-технических аспектов хирургического лечение диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости.

Методы исследований. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач были применены общеклинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

уточнено понятие «диссеминированный эхинококкоз» органов брюшной полости;

предложена новая классификация, позволяющая систематизировать подходы хирургического лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости;

определены структура, частота встречаемости и наиболее значимые причины диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости;

разработан новый способ комплексной антисколексной обработки остаточной полости на фоне применения гепатопротекторов при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

дано определение и нашло клиническое применение классификация ДЭ органов брюшной полости, позволяющая упростить диагностику,

своевременно выявлять хронически прогрессирующие и парагидатидозные осложнения, индивидуально оценить качественные параметры ЭК, а также отражать все признаки заболевания, что в целом, способствует оптимизации хирургической тактики;

установлено, что разработанная новая комплексная антисколексная обработка ОП на фоне применения гепатопротекторов при ДЭ органов брюшной полости сопровождается наиболее эффективным воздействием на зародышевые элементы возбудителя болезни с наименьшим токсическим воздействием на организм и минимальными побочными проявлениями;

обосновано, что внедренный лечебно-диагностический алгоритм, в совокупности с усовершенствованными тактико-техническими аспектами, позволяют оптимизировать хирургическую тактику при ДЭ органов брюшной полости;

доказано, что предложенная хирургическая тактика при ДЭ органов брюшной полости позволяет существенно снизить частоту специфичных послеоперационных осложнений и улучшить отдаленные исходы.

Достоверность результатов исследования подтверждена использованием современных, дополняющих друг друга объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов диагностики и лечения, корректным применением методологических подходов и наборов статистического анализа. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные результаты и выводы имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в расширении представлений о диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости за счет внесения ясности в само определение, разработки классификации, внедрения комплексной антисколексной обработки остаточной полости на фоне применения гепатопротекторов, а также усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма в совокупности с усовершенствованными тактико-техническими аспектами, позволяющими оптимизировать тактику и улучшить ближайшие, и отдаленные результаты.

Практическая ценность работы заключается в том, что проведенные исследования позволили показать высокую эффективность оптимизированной хирургической тактики при диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости, за счет внесения ясности в определение и клиническое применение классификации, а также новой комплексной антисколексной обработки остаточной полости на фоне применения гепатопротекторов, внедренного лечебно-диагностического алгоритма в совокупности с усовершенствованными тактико-техническими аспектами, позволивший существенно улучшить результаты оперативного лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению результатов хирургического лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости:

разработаны методические рекомендации «Оптимизация тактико-технических аспектов в хирургическом лечении диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости» (заключение Экспертного совета АГМИ №06/18 от 29.04.2024 г.). Предложенные рекомендации позволили оптимизировать хирургическую тактику и улучшить результаты хирургического лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости;

полученные научные результаты внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в частности в практику Многопрофильного медицинского центра Ферганской, Наманганской и Андижанской области (заключение Экспертного совета АГМИ №06/18 от 29.04.2024 г.). Внедрение результатов исследования позволило оптимизировать хирургическую тактику и уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности при данной патологии.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 5 научно-практических конференциях в том числе на 3 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 106 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель, задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Вопросы эпидемиологии, классификации, диагностики, лечения и профилактики ДЭ органов брюшной полости (Обзор литературы)»** представлен обзор литературы, состоящий из 3 подглав, где отражены современное состояние эпидемиологии, этиопатогенеза, диагностики и лечения, а также проблемы

классификации и антипаразитарной обработки ОП при ДЭ органов брюшной полости. В заключении определен круг до конца не решенных вопросов, послужившие поводом для настоящего исследования.

Во второй главе «**Клиническая характеристика материала и методы исследования**» даны сведения об опыте лечения 714 случаев эхинококкоза различной локализации и в т.ч. 87 больных с ДЭ органов брюшной полости, которые условно разделены на 2 группы.

- группа сравнения – 41 (47,1%) больной, которые подлежали хирургическому лечению придерживаясь «традиционных» подходов с 2011 по 2017 гг. (ретроспективное исследование).

- основная группа - 46 (52,9%) больных, которые подлежали хирургическому лечению придерживаясь оптимизированной хирургической тактики с 2018 по 2022 гг. (проспективное исследование).

Данные литературы свидетельствуют о наличии разногласий и путаницы в терминологии осложненных форм эхинококкоза, и в частности, ДЭ органов брюшной полости, где раскрывались бы суть и принципиальные отличия.

Внесение ясности в определение и разработка классификации ДЭ органов брюшной полости, повысит настороженность хирургов, оптимизирует хирургическую тактику. Из патентной литературы изучены ряд классификаций: Назырова Ф.Г. (2005), Шевченко Ю.Л. и Назырова Ф.Г. (2016), Gharbi H. (1981), Гулова М.К. с соавт. (2016), Токсанбаева Д.С. с соавт. (2015), Мусаева Г.Х. с соавт. (2017), Дейнека И.Я. с соавт. (1968), Глумова В.Я. с соавт. (1980), Гилевича М.Ю. с соавт. (2004), Нишанова Ф.Н. с соавт. (2011), Исмаилова Д.А. с соавт. (2008), Вафина А.З. с соавт. (2000) и Мусаева Г.Х. с соавт. (2017). В результате анализа выявлено, что вышеуказанные классификации имеют следующие недостатки:

-применяются только при ЭК 1 и 2 типа по Gharbi (Schipper H.G., 2002):
-не исключена возможность обсеменения;
-не проводится оценка качественных характеристик ЭК, что позволило бы эффективно использовать определённые виды воздействия на конкретных этапах лечения и реабилитации.

Критика прототипа. Все указанные классификации ориентированы на установление факта наличия ЭК, определения её локальных топографических характеристик, что не всегда достаточно для определения качественных параметров ЭК.

Таким образом, **целью предлагаемой** классификации заключается в разработке, пригодного в клинической практике алгоритмов последовательности и выбора тактики лечения ДЭ органов брюшной полости.

Мы внесли уточнение в определение. ДЭ органов брюшной полости - это самая тяжелая форма осложнения болезни, проявляющееся первичным, вторичным или третичным обсеменением органа - носителя (преимущественно печени) и органов брюшной полости зародышевыми элементами паразита, а также проявляющегося более тремя кистами.

Первично-диссеминированная форма – это распространенное обсеменение ЭП и органов брюшной полости, выявленных первично, при обследовании поступивших больных в стационар. В большинстве случаев он развивается вследствие разрыва паразитарной кисты и обсеменения брюшной полости.

Вторично-диссеминированный эхинококкоз – это вторичное обсеменение печени и органов брюшной полости после перенесенной операции эхинококкэктомии. Третично-диссеминированный эхинококкоз – это третичное обсеменение печени и органов брюшной полости после перенесенной повторной операции эхинококкэктомии (Нишанов Ф.Н., 2015).

Классификация диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости (АА2043725 от 19.06.2023).

IX. По патогенетическому принципу

1) Первично-диссеминированный (распространенное поражение ЭП и органов брюшной полости, выявленных первично, при обследовании поступивших больных в стационар - D1);

2) Вторично-диссеминированный (вторичное поражение органов брюшной полости после перенесенной ранее первой эхинококкэктомии (перечисление органов, включая печень - D2);

3) Третично-диссеминированный (третичное поражение органов брюшной полости после перенесенной второй эхинококкэктомии (перечисление органов, включая печень - D3).

X. По числу ЭК (NC - number of cysts):

NC2 - 2 кисты; NC3 - 3 кисты; NC4 - 4 кисты; NC5 - множественные кисты (более 4 до 10-20 кист).

XI. По величине (SC -Size of cysts):

мелкие (до 5 см –SC1); средние (до 10 см - SC2); крупные (более 10 см - SC3).

XII. По форме (Form):

-локальная форма – (множественное поражение одного органа или одной анатомической области брюшной полости – LF local form);

-распространенная форма - (ЭК выявляются в отдалении друг от друга в 2-3 анатомических областях брюшной полости CF common form);

-генерализованная форма - (тотальное поражение брюшной полости и ее органов, нередко выявляется сочетанное поражение тканей и органов других анатомических областей или полостей – GF generalized form).

XIII. По топографии кисты в органе (T - cyst topography):

1) Подкапсульный (SC); 2) Поддиафрагмальный (Sph); 3) Поверхностный или периферический (Sp); 4) Внутриорганный (IN).

XIV. По особенностям локализации диссеминированных кист (L - localization of disseminated cysts):

локализация в печени (LL); локализация в селезенке (LS); локализация на органах малого таза ((LP); смешанная локализация (LM).

XV. По наличию осложнений (CU):

1) Неосложненный (U) - перипаразитарный неспецифический гранулематоз; очаговый перипаразитарный фиброз; обызвествление фиброзной капсулы.

2) Осложненный (C) - нагноение кисты; диссеминация с прорывом в билиарные протоки (1 тип - с выраженной клиникой, 2 тип - со стертой клиникой, 3 тип - бессимптомный); диссеминация с прорывом в плевральную полость; сдавление органов брюшной полости - желчных путей с механической желтухой; портальная гипертензия; обызвествление.

XVI. По стадиям клинического течения болезни (Clinical course):

бессимптомная стадия (AS); стадия выраженных проявлений (PM); стадия осложнений (C).

Примечания: I (D- dissemination); II (NC - number of cysts); III (SC - Size of cysts); IV - (Form: LF - local form; CF - common form; GF generalized form); V - (T - cyst topography: SC- subcapsular, Sph – subdiaphragmatic, Sp - surface, IN- intraorganic); VI - (L -localization of disseminated cysts: LL- localization in the liver, LS - localization in the spleen, LP - localization on the pelvic organs, LM - mixed localization); VII (CU – uncomplicated, complicated); VIII – (clinical course: AS - asymptomatic stage of initial, PM - pronounced manifestations, C – complicated).

Предлагаемой классификацией достигается:

- уточненное представление о ДЭ органов брюшной полости;
- упрощение диагностики, своевременное выявление хронически прогрессирующих и парагидатидозных осложнений;
- индивидуальная оценка качественных параметров ЭК;
- исключение образования вторичных кист в зоне операции;
- отражение всех признаков заболевания, что в целом, способствует оптимизации хирургической тактики;
- может быть использована в качестве учётно-отчётных форм медицинской документации.

В сравниваемых группах преобладали лица мужского пола: в группе сравнения мужчины составили 24 (58,5%), а женщины – 17 (41,5%), тогда как в основной группе – 33 (71,7%) и 13 (28,3%), соответственно. В целом, встречаемость ДЭ органов брюшной полости составило у мужчин – 57 (65,5%), а у женщин – 30 (34,5%), т.е. соотношение составило 1:1,9 – (p <0,001). Заболевание в 36 (41,4%) случаев диагностировано в возрасте 19-44 года, в 30 (34,5%) – в возрасте 45-59 лет и в 21 (24,1%) случаев – в возрасте старше 60 лет, т.е. в пожилом возрасте.

Таким образом, основной контингент оперированных больных с ДЭ органов брюшной полости составили лица наиболее трудоспособного возраста – 66 (75,9%), что определяет чрезвычайную актуальность данной проблемы. Диагностирование в 21 (24,1%) случаев в пожилом возрасте свидетельствует и о социальном значении данной проблемы.

Таблица 1

Характеристика поражений ДЭ органов брюшной полости

| Локализация и характер ЭК | Группы больных | | | |
|---|----------------|------|----------|------|
| | Сравнения | | Основная | |
| | абс | % | абс | % |
| Количество эхинококковых кист (NC) | | | | |
| 2 кисты | 7 | 17,1 | 9 | 19,6 |
| 3 кисты | 13 | 31,7 | 14 | 30,4 |
| 4 кисты | 11 | 26,8 | 12 | 26,1 |
| 5 кист и более | 10 | 24,4 | 11 | 23,9 |
| Всего: | 41 | 100 | 46 | 100 |
| Размеры эхинококковых кист (SC) | | | | |
| 5 см (мелкие) | 11 | 26,8 | 10 | 21,7 |
| 6-10 см (средние) | 20 | 48,8 | 19 | 41,3 |
| 11-20 см (крупные) | 8 | 19,5 | 12 | 26,1 |
| Более 21 см (гигантские) | 2 | 4,9 | 5 | 10,9 |
| Всего: | 41 | 100 | 46 | 100 |
| Наличие осложнений (CU) | | | | |
| Неосложненный | 31 | 75,6 | 22 | 47,8 |
| Осложненный | 10 | 24,4 | 24 | 52,2 |
| Всего: | 41 | 100 | 46 | 100 |

Анализ характера распространенности и локализации ЭК позволил нам установить три формы ДЭ органов брюшной полости (локальная; распространенная; генерализованная).

В целом, при ДЭ органов брюшной полости локальная форма отмечена в 29 (33,3%) случаев, где наиболее часто поражению подлежала печень – 15 (17,2%). Распространенная форма болезни отмечена в 34 (39,1%) случаев, с преимущественным поражением печени+селезенки+малого таза – 11 (12,6%) и генерализованная форма – в 24 (27,6%), с преимущественным поражением печени+большого сальника+малого таза+забрюшинного пространства – 10 (11,5%), т.е. при всех формах ДЭ органах брюшной полости органом – носителем преимущественно явилась печень.

Как видно, при ДЭ органов брюшной полости наличие 2-х кист в группе сравнения установлено лишь у 7 (17,1%) больных и в основной – у 9 (19,6%). Наиболее часто диагностировались 3 – 4 – 5 и более ЭК, что в целом, составило 34 (82,9%) и 37 (80,4%) больных, соответственно – ($p < 0,01$). Наиболее часто установлены ЭК в пределах 6-10 см: в группе сравнения - у 20 (48,8%) и в основной – у 19 (41,3%) пациентов.

Важным представляется диагностирование ЭК диаметром 11-20 см и более 21 см, что в целом составило в группе сравнения 10- (24,4%) и в основной – 17 (37,0%), что заведомо отягощает исходный фон при хирургическом лечении. Диагностирование ЭК диаметром до 5 см

установлено в группе сравнения у 11 (26,8%) больных и в основной у 10 (21,6%), что требует бдительности при проведении диагностики данного заболевания. В группе сравнения неосложненное течение болезни диагностировано у 31 (75,6%) больных, а в основной – у 22 (47,8%). При этом, в группе сравнения осложненное течение установлено – у 10 (24,4%) больных и в основной – у 24 (52,2%), что свидетельствует о сложившейся тенденции к росту осложненных форм данного.

Таблица 2

Распределение по количеству диссеминации

| Группы | Количество диссеминаций (D) | | | | | | Всего | |
|-----------|-----------------------------|------|--------------|------|--------------|------|-------|-----|
| | первичная D1 | | вторичная D2 | | третичная D3 | | | |
| | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Сравнения | 20 | 48,8 | 10 | 24,4 | 11 | 26,8 | 41 | 100 |
| Основная | 22 | 47,8 | 11 | 23,9 | 13 | 28,3 | 46 | 100 |

Как видно, в группе сравнения первично-ДЭ диагностирован у 20 (48,8%) больных, вторично-диссеминированный - у 10 (24,4%), третично-диссеминированная - у 11 (26,8%) больных. В основной группе первично-диссеминированный эхинококкоз диагностирован у 22 (47,8%) больных, вторично-диссеминированный - у 11 (23,9%), третично-диссеминированная - у 13 (28,3%) больных. Настораживает относительно высокая частота третичной диссеминации, что в группе сравнения составило 11 (26,8%) больных и в основной – 13 (28,3%) т.е. более чем ¼ случаев – (p < 0,01).

ДЭ органов брюшной полости диагностирован в первые 6 месяцев в группе сравнения в 16 (39,0%) случаев и в основной – в 25 (54,4%). В сроки 6 месяцев – 2 года, диагностировано в 16 (39,0%) и 17 (37,0%) случаев. Вызывает тревогу случаи, когда больные с ДЭ органов брюшной полости продолжали страдать в течение 3-4 лет и более, что составило 9 (22,0%) и 4 (8,7%), соответственно. Хотя имеется отчетливая тенденция к уменьшению числа больных с запоздалой диагностикой и хирургическим лечением.

Клиника ДЭ, чаще всего (64,7%) характеризовалась дальнейшим прогрессированием осложнений. Общая слабость и недомогание, диагностирована у 68 (78,2%) больных, болевой синдром и чувство тяжести - в 41 (47,1%) случае, повышение температуры тела - в 18 (20,7%) случаев, желтуха - в 6 (6,9%) и гепатомегалия - в 9 (10,3%). Сопутствующая терапевтическая патология диагностирована у 16 (18,4%) больных: заболевания сердечно-сосудистой системы – у 5 (5,7%), дыхательной – у 3 (3,4%), гепатобилиарной системы – у 6 (6,9%), мочеполовой системы - у 2 (2,3%) больных. Сочетанные хирургические патологии, диагностированы также у 16 (18,4%) больных. Лишь у 55 (63,2%) больного, диссеминированный эхинококкоз органов брюшной полости протекал без сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии.

Хирургическая тактика при ДЭ органов брюшной полости в группе сравнения. В группе сравнения при локальной форме диссеминации ЭК (9)

основным органом-носителем явилась печень (12,2%), с 3-мя кистами – в 2 (4,9%), с 4-мя – в 1 (2,4%) и 5-ю кистами – в 2 (4,9%) случаев. При распространенной форме (20), где в основном имело место диссеминация печени+селезенки+малого таза (14,6%), с 2-мя кистами – 2 (4,9%), 3-мя – в 1(2,4%), 4-мя – в 2 (4,9%) и 5-ю – в 1 (2,4%) случаев. При генерализованной форме (12), диссеминация (29,1%) имело место поражение всех внутренних органов, с 2-мя кистами – в 2 (4,8%), с 3-мя – в 6 (14,6%), с 4-мя – в 2 (4,9%) и 5-ю – в 2 (4,8%) случаев.

При ДЭ органов брюшной полости, закрытая эхинококкэктомия выполнена 8 (19,5%) больным. Из них у 4 (9,8%) больных диаметр кист достигал 5 см. Полузакрытая ЭЭ выполнена 12 (29,3%) больным. Из них у 4 (9,8%) диаметр кист достигал 6–10 см. Открытая ЭЭ выполнена 10 (24,4%) больным. Из них у 4 (9,8%) диаметр кист достигал 11-20 см. Комбинированные ЭЭ выполнены у 11 (27,6%) больных. Из у 5 (12,2%) диаметр кист достигал 6-10 см.

Таблица 3

Характер операции в зависимости от диаметра кисты в группе сравнения

| Метод операции | Диаметр кист (см) | | | | | | | | Всего | |
|-----------------|-------------------|------|------|------|-------|------|------------|------|-------|------|
| | 5 | | 6-10 | | 11-20 | | 21 и более | | | |
| | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Закрытая ЭЭ | 4 | 9,8 | 3 | 7,3 | 1 | 2,4 | - | - | 8 | 19,5 |
| Полузакрытая ЭЭ | 3 | 7,3 | 4 | 9,8 | 2 | 4,9 | 3 | 6,9 | 12 | 29,3 |
| Открытая ЭЭ | 2 | 4,9 | 2 | 4,9 | 4 | 9,8 | 2 | 3,4 | 10 | 24,4 |
| Комбинированные | 4 | 9,8 | 5 | 12,2 | 2 | 4,9 | - | - | 11 | 26,8 |
| Всего | 13 | 31,7 | 14 | 34,1 | 9 | 22,0 | 5 | 10,3 | 41 | 100 |

В группе сравнения пред - и послеоперационное ведение больных было направлено на коррекцию нарушенных функций и не отличалось от ведения оперированных при абдоминальной хирургии.

Отсутствие четких показаний при выборе хирургического доступа, объёма оперативного пособия, способа обработки и ликвидации ОП явились причиной развития различного рода послеоперационных осложнений и неудовлетворительных результатов в отделенном периоде, что диктовало разработку алгоритма хирургической тактики и выбор более эффективного способа обработки и ликвидации ОП, а также профилактики нагноительных осложнений в послеоперационном периоде.

Хирургическая тактика основной группе. Выявленные упущения и ошибки в группе сравнения, вызвало необходимость, пересмотра хирургической тактики как в плане предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, так и при выборе оптимального доступа, объёма операции, а также в обработке и ликвидации ОП во время операции. В основной группе для улучшения функции печени на фоне токсического воздействия сколецидных препаратов, при проведении химиотерапии

применяли гепамерц 10 гр. на 400 мл инфузионного раствора, аскорбиновая кислота 5%-6,0 мл и Актовегин 5,0 мл в/в.

Для дезинтоксикации применяли реосорбилакт по 250 мл в/в и антипаразитарную химиотерапию альбендазолом. Для увеличения энергетических резервов печеночной паренхимы, проводили внутривенное введение плазмы, альбумина. В среднем предоперационная подготовка продолжалась $3 \pm 1,3$ дня. Интенсивное лечение препаратом гепамерц позволила по сравнению с исходными величинами снизить уровень и выраженность эндогенной интоксикации. Пред - и послеоперационном периоде проводилась химиотерапия альбендазолом в 2 приема по стандартной дозировке 10-12 мг/кг веса в сутки с обязательным совместным приемом растительного масла. С целью иммуностимуляции применяли тималин - по 10,0 мг в/м или иммунал по 1 таблетке 4 раза в день. Для профилактики спаечных процессов в брюшной полости применяли Лонгидазу 3000 МЕ в/м.

Учитывая токсичность препаратов 1 раз в 15 дней проводили общий анализ и биохимические анализы крови. Все поступившие больные, подверглись различным оперативным вмешательствам, сопоставимым по тяжести, объему и длительности.

В основной группе при локальной форме диссеминации ЭК (12) основным органом-носителем явилась печень (8,7%), с 3-мя кистами – в 3 (6,5%), и 5-ю кистами – в 1 (2,2%) случаев. При распространенной форме (19), где в основном имело место диссеминация печени+селезенки+малого таза (13,0%), с 3-мя кистами – 2 (4,3%), 4-мя – в 1 (2,2%) и 5-ю – в 3 (6,5%) случаев. При генерализованной форме (15), диссеминация (8,7%) имело место поражение всех внутренних органов, с 2-мя кистами – в 1 (2,2%), с 3-мя – в 2 (4,3%) и с 4-мя – в 1 (2,2%) случаев. При этом в одном случае обнаружено наличие пальпируемой и видимой «опухоли» с увеличением объема живота, за счет множественных кист органов брюшной полости. В основной группе в зависимости от диаметра ЭК выполнялись различные виды ЭЭ. После лапаротомии для большей мобильности печени, производили рассечение круглой и серповидной связки печени с последующим их восстановлением. После лапаротомии, ревизии органов брюшной полости определяли локализацию и размеры кист, их количество, а также выясняли вопросы взаимоотношения кисты с тканью печени и соседних органов. Подкожную клетчатку, брюшную полость отграничивали от ЭК марлевых тампонов, смоченные гипертоническим раствором (20-30%) хлорида натрия.

В основной группе, нами проводилась многокомпонентная обработка стенок ОП: внутреннюю поверхность фиброзной капсулы 10%-ным раствором натрия хлорида, теплым фурацилином (до температуры 70° C), 70° -ным спиртом, и 5%-ной йодной настойкой с экспозицией каждого из них по 2 минуты и в конце, электрокоагуляция внутренней поверхности и краев фиброзной капсулы 2 мин., всего 10 минут (FAP 2023 0165).

Для улучшения доступа к печени, при ДЭ в большой сальник, мы сначала удаляли большой сальник, затем производили ЭЭ печени.

Сочетанное применение химических (10% раствор натрия хлор, фурациллин, подогретый до 70⁰-75⁰С, 70⁰-ный спирт, 5%-ная йодная настойка) физических, термических (электрокоагуляция, фурациллин нагретый до температуры 70⁰-75⁰С), механической (иссечения фиброзной капсулы, и ИЭЭ) и биологических (стимуляция специфического иммунитета, химиотерапия - альбендазолом).

Завершающий этап оперативного вмешательства после вскрытия, опорожнения и обеззараживания ОП состоит в ликвидации ее полости, которые были закрытыми, полузакрытыми или открытыми, а также полное или частичное удаление фиброзной капсулы кисты. Выбор способа оперативного вмешательства зависел от индивидуальных характеристик кисты и общего состояния больного (табл. 4).

Таблица 4

Характер операции в зависимости от диаметра кисты в основной группе

| Метод операции | Диаметр кист (см) | | | | | | | | Итого | |
|-----------------|-------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|----------------------------|------|-------|------|
| | 5 (малые) | | 6-10 (средние) | | 11-20 (крупные) | | 21 и более (гигантские) | | | |
| | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Закрытая ЭЭ | 6 | 13,0 | 6 | 13,0 | - | - | - | - | 12 | 26,1 |
| Полузакрытая ЭЭ | 2 | 4,3 | 5 | 10,9 | 3 | 6,5 | 2 | 4,3 | 12 | 26,1 |
| Открытая ЭЭ | 1 | 2,2 | 3 | 6,5 | 2 | 4,3 | 2 | 4,3 | 8 | 17,4 |
| Комбинированные | 3 | 6,5 | 3 | 6,5 | 5 | 10,9 | 3 | 6,5 | 14 | 30,4 |
| Всего | 12 | 26,1 | 17 | 37,0 | 10 | 21,7 | 7 | 15,2 | 46 | 100 |

При ДЭ органов брюшной полости, в основной группе, закрытая эхинококкэктомия выполнена 12 (26,1%) больным. Из них у 6 (13,0%) больных диаметр кист достигал 5 см и у (13,0%) - 6-10 см. Полузакрытая ЭЭ выполнена 12 (26,1%) больным. Из них диаметр кист у 5 (10,9%) достигал 6 – 10 см. Открытая ЭЭ выполнена 8 (17,4%) больным. Из них у 3 (6,5%) диаметр кист составил 6-10 см. Комбинированные ЭЭ выполнены у 14 (30,4%) больных. Из них у 5 (10,9%) диаметр ЭК составил 11-20 см.

Для предупреждения осложнений со стороны ОП максимально иссекали выступающий купол фиброзной капсулы. Кисты, расположенные в области ворот печени и спаянные с желчным пузырем, удалялись вместе с желчным пузырем в «идеальном» варианте без вскрытия фиброзной капсулы. Для профилактики нагноения проводилось дренирование ОП по типу «проточной системы». При этом учитывались такие факторы как осложненные ЭК: гибель паразита - вероятность выпадения дренажа из ОП; ЭК располагающимися вблизи крупных сосудисто-секреторных элементов; множественность внутрипаренхиматозного процесса; наличие кальцинированной фиброзной капсулы. Открытая ЭЭ выполнялась при больших и гигантских ЭК, часто с их нагноением. Нагноение кисты было у 6

больных, связь полости фиброзной капсулы с внутripеченочными протоками у 2 пациентов.

ЭЭ у больных с ДЭ печени при сочетании с желчным свищом, начинали с кист крупными размерами. ОП обрабатывалась по нашей методике. В связи с множественностью поражения, нами применялись комбинированные методы операций. В 2 наблюдениях левосторонняя ЭЭ выполнена по поводу множественного поражения левой доли печени. Число ЭК составило в одном случае 3 с диаметром ЭК 5 см, а в другом 2 с диаметром ЭК более 10 см. В обоих случаях фактически произведена гемигепатэктомия (рис. 2). Для улучшения доступа к печени, сначала удаляли большой и малый сальник (рис.1).



Рис. 1. и Рис. 2. Больная С. 26 лет. И/б № 7168/518. Интраоперационное фото. Множественные диссеминированные ЭК в большом сальнике и брыжейке (тотальное поражение) и удаленный макропрепарат (часть большого сальника с диссеминированными ЭК).

Таким образом, дезинтоксикационные, гепатопротекторные средства и антипаразитарная химиотерапия, а также оптимизированная хирургическая тактика свидетельствует об оправданных тактических подходах. При этом, ДЭ является самой тяжелой формой патологии, представляет значительные трудности в связи с множественностью поражения органов брюшной полости, что лимитирует возможность выполнения радикальных оперативных вмешательств.

Четвертая глава посвящена **совершенствованию методов обработки и разработке алгоритма при дэ органов брюшной полости.** Неудовлетворенность результатами хирургического лечения в группе сравнения явились основанием для разработки новых, щадящих и высокоэффективных методов лечения.

Разработанный нами способ осуществляется следующим образом: после удаления элементов ЭК, фиброзную капсулу 10%-ным раствором натрия хлорида, теплым фурацилином (температурой 70⁰С), 70⁰-ным спиртом, и 5%-ной йодной настойкой с экспозицией каждого из них до 2 минут и в конце,

электрокоагуляция внутренней поверхности фиброзной капсулы 2 мин. Всего 10 минут (положительное решение на изобретение – 047543 ПВ РУз от 06.11.2023).

Нами установлено, что именно такая экспозиция и процентное соотношение выбранных препаратов, обеспечивает отсутствие гепатотоксического эффекта с максимальным сколексоцидным воздействием.

Механизм такого воздействия выбранных препаратов заключается в следующем. Нами было выявлено, что сочетание при антипаразитарной обработке ЭК 10% натрия хлорида, фурациллина, подогретого до температуры 70°C, 70° -ного спирта и 5%-ной йодной настойки губительны именно для ацефалоцист эхинококка, а снижение времени их экспозиции, предохраняет от повреждающего действия на печень.

Таким образом, предложенный способ антисколексной обработки ОП ЭК приводит к снижению и уменьшению количества послеоперационных осложнений путем применения доступных средств, которые оказывают губительное воздействие на все элементы эхинококка, глубоко проникают во все слои фиброзной капсулы, которые эффективны и надежны как в плановой, так и в экстренной хирургии эхинококка печени.

С целью контроля эффективности, антипаразитарной обработки ЭК, проводилась экспресс-диагностика, где эхинококковую жидкость в количестве 5-10 мл помещают в дистиллированную воду и инкубируют в термостате при 37°C в течение 10 мин.

При микроскопическом исследовании, отсутствие двигательной способности паразита на предметном стекле свидетельствует о эффективности обработки ОП.

Так, в способе (группа 15 пациентов) эффективность обработки составила 75%, что потребовало применения других сколексоцидных препаратов, и увеличивало продолжительность оперативного вмешательства.

В нашем способе (в группе 22 пациента) эффективность обработки составила 100%. Использование многокомпонентной обработки с сочетанием препаратов, уже на третьей минуте оказывало губительное действие на сколексы, и при этом было выявлено 90% погибших сколексов.

Это проявилось тем, что вторичные элементы эхинококка были неподвижными, интенсивно окрашивались в бурый цвет, внутренняя их структура почти не дифференцировалась.

Исследования, проводимые при экспозициях с шестой по десятую минуту, выявили, что все сколексы были погибшими; установлено, что оптимальное время экспозиции составило 2-6 до 10 минут.

На шестой минуте экспозиции определялось изменение формы сколекса в сторону вытягивания и набухания клеточной мембраны. На десятой минуте экспозиции наблюдалось разрушение герминативной оболочки со сгущением клеточной структуры и частичным окрашиванием в бурый цвет (рис. 3-6).



Рис. 3. Живой сколекс до обработки

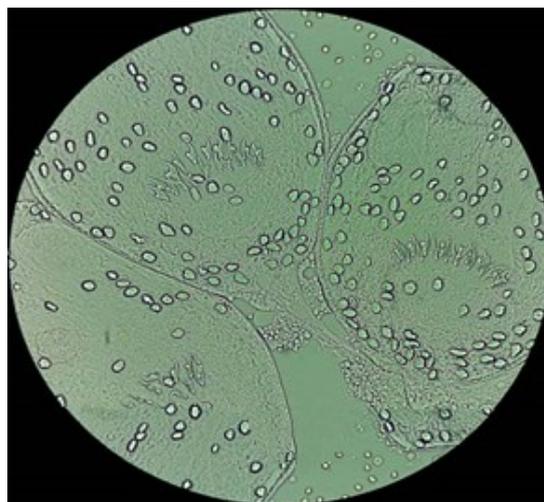


Рис. 4. Через 2 минуты после экспозиции

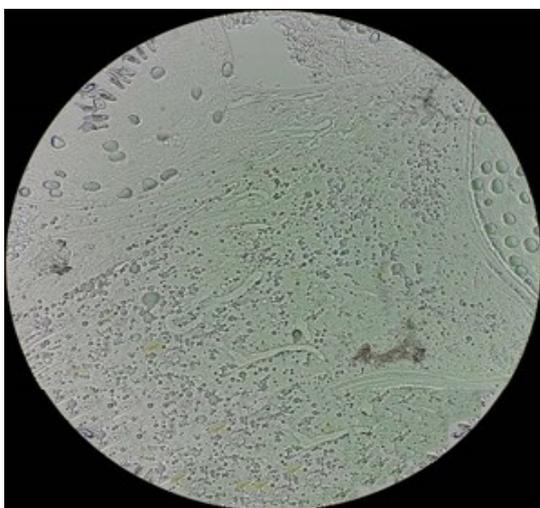


Рис. 5. Через 6 минут после экспозиции



Рис. 6. Через 10 минут после экспозиции

Подводя итог анализу результатов цитологических исследований в основной группе больных, можно полагать, этапное использование 10%-ного раствора натрия хлорида с экспозицией 2 мин, фурацилина, подогретого до 70° С 2 мин, 70°-ного спирта 2 мин, и 5%-ной йодной настойки с экспозицией 2 минуты и коагуляцией краев фиброзной капсулы по своему сколексоцидному действию не уступает антисептическому воздействию других гермицидных препаратов, что и явилось основанием для использования данной методики в клинике, как эффективное обеззараживающее средство полости фиброзной капсулы. Предлагаемый способ многокомпонентной антисколексной обработки ОП фиброзной капсулы отличается быстротой и простотой выполнения, нетравматичностью.

Разработанный способ позволяет полностью предупредить рецидив заболевания, возникновение гнойных, желчно-гнойных свищей в послеоперационном периоде, оказывая губительное действие и на паразитов, мигрировавших в завороты фиброзной капсулы, а также находящихся за фиброзной капсулой. Оказывает бактерицидное, гемо- и холестатический и наименее травматичным и гепатотоксичный эффект.

Способ отличается высокой эффективностью и хорошими отдаленными результатами.

Еще одним усовершенствованием при тактике была разработка алгоритма хирургической тактики при ДЭ органов брюшной полости (**DGU №24805 от 13.04.2023**).

Согласно предлагаемому алгоритму в предоперационную подготовку включали химиотерапию, иммунотерапию, гепатопротекторы, иммунотерапия. После лапаротомии, ревизии органов брюшной полости определяли локализацию и размеры кист, их количество, а также выясняли вопросы взаимоотношения кисты с тканью печени и соседних органов, в последующем острым и тупыми путями производили отделение кисты от спаек и сращений. Этот этап операции выполнялся прецизионно.

Для профилактики обсеменения использовали марлевые салфетки на гипертоническом растворе (20-30%) хлорида натрия.

Обработка фиброзной капсулы по нашей методике (**положительное решение на изобретение – 047543 ПВ РУз от 06.11.2023**). При кистах диаметром 5-7 см предпочтительны закрытая ЭЭ и тампонирование ОП КСП; при больших и осложненных - наружное дренирование по типу «проточной системы». При диаметрах ЭК от 6 до 20 см проводили открытую ЭЭ с дренированием ОП. При диаметре ЭК 6-10 см наряду с открытой выполняли полузакрытую ЭЭ с тампонадой ОП по Аскерханову или тампонаду КСП с дренированием. При диаметре ЭК 5-10 см выполняли закрытую ЭЭ и инвагинацией ФК. В послеоперационном периоде выполнялась профилактическая химиотерапия, в сочетании с гепатопротекторами, иммунологической коррекцией.

При краевом расположении ЭК - выполняли ИЭЭ; краевую резекцию с удалением ФК и гемигепатэктомию - при поражении всей доли печени. ОП после ЭЭ обрабатывается по нашей методике (**FAP 2023 0165**). В после операционном периоде также проводилась антипаразитарная химиотерапия, иммунотерапия, гепатопротекторы (альбендазол 400 мг х 2 раза в день, Трихопол 1 таб. х 3 раза в день, фуразолидон по 1 таб. х 3 раза в день 28 дней 3 курса с 15 дневным перерывом. Проводили 3-4 курса), иммунотерапия- тималин 1,0 в/м 15 дней, гепатопротектор ГепаМерц–10 мг в/в 15 дней (принцип антипаразитарности).

Таким образом при ДЭ органов брюшной полости, предложенный лечебно-диагностический алгоритм и способ многокомпонентной интраоперационной антисколексной обработки ОП позволяет оптимизировать хирургическую тактику, что позволяет улучшить исходы хирургического лечения.

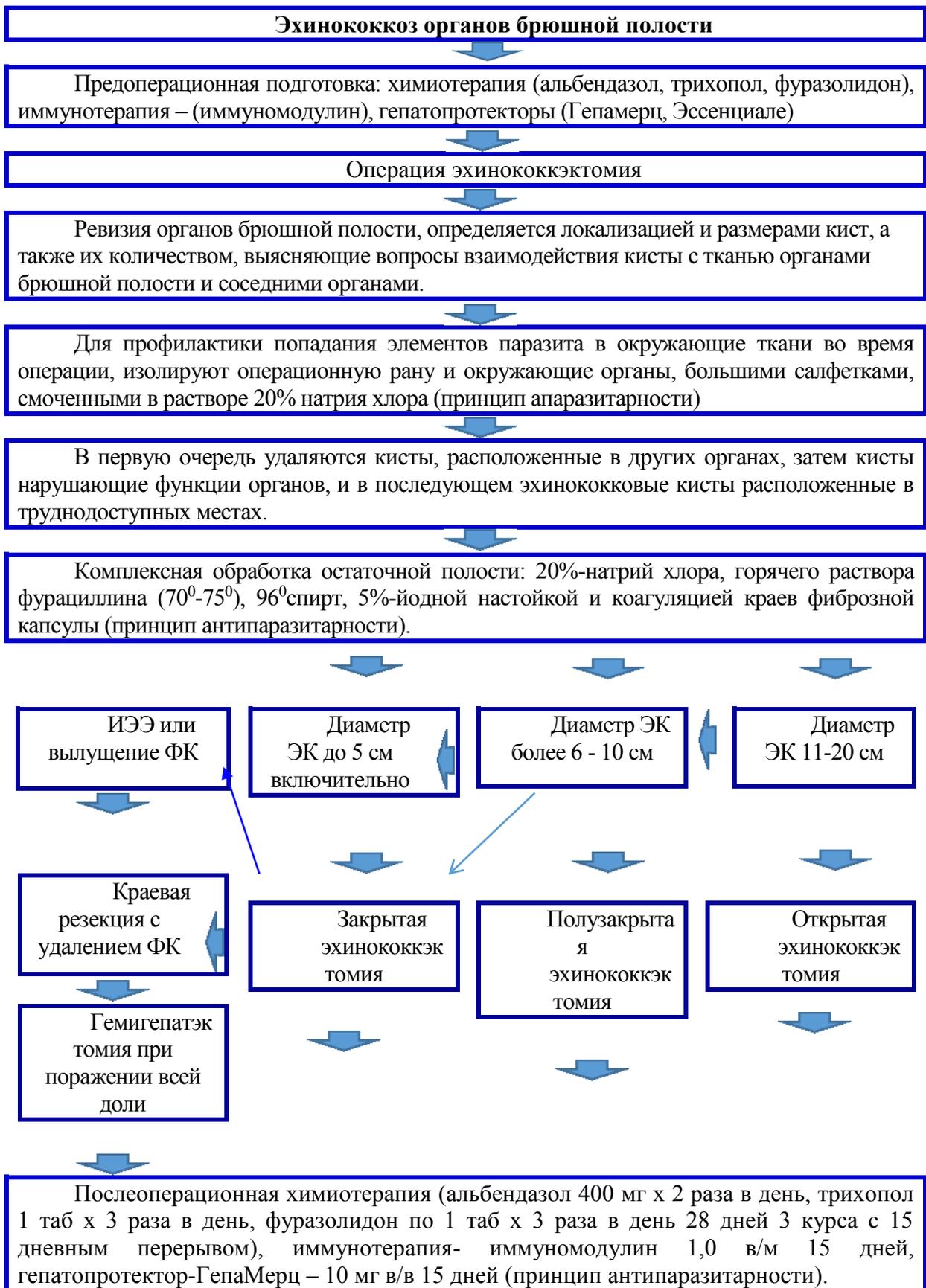


Рис. 7. Алгоритм хирургической тактики при ДЭ органов брюшной полости (№ DGU 24805 от 13.04.2023).

Пятая глава диссертации посвящена **“Сравнительному анализу хирургического лечения ДЭ органов брюшной полости”**.

Для оценки **ближайших результатов** условно выделены две подгруппы:

1. Послеоперационные осложнения, непосредственно связанные с операцией ЭЭ;

2. Послеоперационные осложнения общего характера, которые могут возникать при оперативных вмешательствах на других органах и системах организма.

В группе сравнения бронхолегочные осложнения отмечены у 1 (2,4%) больного после выполнения комбинированной ЭЭ, острая сердечно-сосудистая недостаточность также у 1 (2,4%) больного после открытой ЭЭ и острая печеночно-почечная недостаточность у 2 (4,9%) – после выполнения полузакрытой ЭЭ у 1 (2,4%) и комбинированной – у 1 (2,4%).

В основной группе острая сердечно-сосудистая недостаточность установлена у 1 (2,2%) больного после комбинированной ЭЭ. В группе сравнения осложнения общего характера в ближайшем послеоперационном периоде отмечены у 4 (9,7%) больных, тогда как в основной – лишь у 1 (2,2%) больного (улучшение на 7,5%).

Частота осложнений в группе сравнения составило – 14 (34,1%), тогда как в основной – лишь у 3 (6,5%) больных. Длительно функционирующий желчный свищ при дренировании ОП в группе сравнения отмечено у 3 (7,3%) больных, в основной – у 1 (2,2%) и нагноение ОП – у 2 (4,9%) и 1 (2,2%), соответственно. Ранняя релапаротомия по поводу осложнений, вне зависимости от источника перитонита в группе сравнения выполнено у 2 (4,9%) больных, тогда как в основной – необходимость в релапаротомии не возникла. Послеоперационная летальность наступила в группе сравнения у 1 (2,4%) больного, вследствие развития острой сердечно-сосудистой и печеночно-почечной недостаточности.

Таким образом, оптимизация хирургической тактики в лечении ДЭ органов брюшной полости позволило в целом, снизить частоту ближайших послеоперационных осложнений. В результате, число больных с отсутствием послеоперационных осложнений в группе сравнения составило – 27 (65,9%), тогда как в основной – 43 (93,5%), а осложнения общего характера сведены к минимуму – с 7,8 до 2,7%, соответственно. В том числе, в основной группе, также удалось избежать случаев релапаротомии – с 4,9% и летальности - с 2,4 до 0%, соответственно (таблица 5).

Как видно из таблицы 5., отличные результаты получены у 5 (12,2%) больных группы сравнения и у 27 (58,7%) - основной. Хорошие результаты наблюдались у 4 (9,8%) больных группы сравнения и у 10 (21,7%) - основной. Удовлетворительные результаты получены у 12 (29,3%) больных в группе сравнения и у 6 (13,0%) пациентов в основной. Плохой результат отмечен у 11 (26,8%) больных группы сравнения и у 1 (2,2%) – в основной (рецидив эхинококковой болезни). Оптимизированная хирургическая тактика позволила увеличить частоту отличных и хороших результатов с 9 (22,0%) до

37 (79,4%), а также уменьшить долю удовлетворительных результатов с 12 (29,3%) до 6 (13,0%) и плохих - с 11 (26,8%) до 1 (2,2%) - ($p < 0,001$).

Таблица 5

Результаты различных операций в отдаленные сроки

| Результат | Сравнения | | Основная | |
|--------------------------|-----------|------|----------|--------|
| | абс | % | абс | % |
| Отличный | 5 | 12,2 | 27* | 58,7* |
| Хороший | 4 | 9,8 | 10** | 21,7** |
| Удовлетворительный | 12 | 29,3 | 6** | 13,0** |
| Плохой | 11 | 26,8 | 1** | 2,2** |
| Не исследованы (не ясно) | 9 | 22,0 | 1 | 2,2 |
| Всего: | 41 | 100 | 46 | 100 |

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *- по сравнению с основной группой.

Таким образом, придерживались уточненного понятия о диссеминации эхинококкоза органов брюшной полости, предложенной классификации, а также разработанного алгоритма действий, позволили оптимизировать хирургическую тактику у данного контингента. В результате проведенного научно-исследовательской работы, частота осложнений общего характера с 4 (9,7%) до 1 (2,2%), осложнений, связанных непосредственно с ЭЭ - с 14 (34,1%) до 3 (6,5%) и повысить количество, с отсутствием осложнений с 27 (65,9%) до 43 (93,5%); улучшить отличные и хорошие результаты с 9 (22,0%) до 37 (79,4%); уменьшить частоту удовлетворительных результатов с 12 (29,3%) до 6 (13,0%) и плохих – с 11 (26,8%) до 2 (4,3%), что в целом, позволило улучшить результаты хирургического лечения ДЭ органов брюшной полости, т.е. добиться поставленной цели исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Конкретизация понятия и применение предложенной классификации и разработанного алгоритма действий в период предоперационной подготовки, выборе операционного доступа, обработки и ликвидации ОП с комплексом мер по послеоперационному ведению, позволяет оптимизировать хирургическую тактику при ДЭ органов брюшной полости.

2. При ДЭ органов брюшной полости локальная форма диагностирована у 33,3% больных, распространённая - у 39,1% и генерализованная – у 27,6%. Более чем в четверть случаев составили пациенты с диаметром ЭК 6-21 см и более, а также количеством – 3-5 и более. К тому же, при всех формах ДЭ органах брюшной полости органом – носителем явилась печень.

3. Оптимизированная хирургическая тактика при ДЭ органов брюшной полости позволила снизить частоту осложнений общего характера с 9,7 до 2,2%, осложнений, связанных непосредственно с ЭЭ с 34,1 до 6,5% и повысить количество, с отсутствием осложнений с 65,9 до 93,5%; улучшить

отличные и хорошие результаты с 22,0 до 79,4%; уменьшить частоту удовлетворительных результатов с 29,3 до 13,0% и плохих – 26,8 до 4,3%.

4. Разработанный способ антипаразитарной обработки при эхинококкэктомии по поводу ДЭ органов брюшной полости уменьшил частоту гнойно-септических послеоперационных осложнений с 7,3 до 2,2% и рецидивов - с 26,8 до 2,2%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
AT THE ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

ABDULKHAEVA BARNOKHON KHABIBILLO KIZI

**OPTIMIZATION OF TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS IN THE
SURGICAL TREATMENT OF DISSEMINATED ECHINOCOCCOSIS OF
THE ABDOMINAL ORGANS**

14.00.27 – Surgery

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

ANDIJAN–2024

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the №B2022.2.PhD/Tib2890.

The dissertation was completed at the Andijan state medical institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.adti.uz) and on the Information and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor: **Botirov Akram Kodiralievich**
doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Khakimov Murod Shavkatovich**
doctor of medical sciences, professor

Nuritdinov Orif Tolipovich
doctor of medical sciences

Leading organisation: **Tashkent state dental institute**

The dissertation will be defended on «____» _____ 2024 at ____ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan State Medical Institute (Registration number №____) (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on «____» _____ 2024.
(mailing report №____ of _____ 2024).

M.M. Madazimov
Chairman of the scientific council on award
of scientific degrees, doctor of medical
science, professor

M.F. Nishanov
Scientific secretary of the scientific council
on award of scientific degrees,
doctor of medical science, professor

B.R. Abdullajanov
Chairman of the scientific seminar at the
scientific council for the awarding of academic
degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study is to improve treatment results by optimizing the tactical and technical aspects of surgical treatment for disseminated echinococcosis of the abdominal organs.

The subjects of the study were 87 patients with disseminated echinococcosis of the abdominal organs, operated on in the 3rd surgical department of the Clinic of the Andijan State Medical Institute for the period from 2011 to 2022.

The scientific novelty of the study is as follows:

the concept of "disseminated echinococcosis" of the abdominal organs has been clarified;

a new classification has been proposed that allows systematization of approaches to surgical treatment of disseminated echinococcosis of the abdominal organs;

the structure, frequency of occurrence and most significant causes of disseminated echinococcosis of the abdominal organs have been determined;

a new method of complex antisclex treatment of the residual cavity has been developed against the background of the use of hepatoprotectors for disseminated echinococcosis of the abdominal organs.

Implementation of research results. According to the results of a scientific study to improve the results of surgical treatment of disseminated echinococcosis of the abdominal organs:

Methodological recommendations "Optimization of tactical and technical aspects in surgical treatment of disseminated echinococcosis of abdominal organs" were developed (conclusion of the Expert Council of ASMI No. 06/18 dated 04/29/2024). The proposed recommendations made it possible to optimize surgical tactics and improve the results of surgical treatment of disseminated echinococcosis of abdominal organs;

the obtained scientific results were implemented in practical healthcare activities, in particular, in the practice of the Multidisciplinary Medical Center of the Fergana, Namangan and Andijan Regions (conclusion of the Expert Council of ASMI No. 06/18 dated 04/29/2024). The implementation of the research results made it possible to optimize surgical tactics and reduce the incidence of postoperative complications and mortality in this pathology.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the dissertation is 106 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Абдулхаева Б.Х., Абдуллажанов Б.Р., Бозоров Н.Э. Современное состояние проблемы антисколецидной обработки остаточной полости // Журнал «Евразийский журнал медицинских и естественных наук»; №4 (3); 2023; стр. 236-247. (№23 Scientific Journal Impact Factor, IF -7.921).

2. Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости // Журнал «Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali»; №9 (2); 2023; стр. 4-8. (№23 Scientific Journal Impact Factor, IF - 5.453).

3. Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х. Особенности хирургической тактики при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости // Журнал «Новый день в медицине»; №2 (64); 2024; стр. 12-16. (14.00.00, №22).

4. Batirov A.K., Otakuziev A.Z., Bozorov N.E., Abdulkhaeva B.Kh. Results of surgical treatment of disseminated echinococcosis of the abdominal organs // “Science and Innovation” International scientific journal. Volume 3. Issue 1. 2024 UIF-2022: 8.2. P.135-140. (14.00.00. ОАКнинг 01-07/3099 сонли 2022 йил 30 декабрдаги қарори).

5. Batirov A.K., Otaquziev A.Z. Abdulkhaeva B.X. Disseminated echinococcosis of abdominal organs: Features of surgical tactics // American Journal of Medicine and Medical Sciences; 2023; 13(5): 545-548. doi:10.5923/j.ajmms.20231305.01. (14.00.00, №2).

II бўлим (II часть; part II)

6. Абдулхаева Б.Х., Ботиров А.К. Диссеминированный эхинококкоз органов брюшной полости – определение, классификация и лечебно-диагностический алгоритм // Методические рекомендации. Андижан 2023. с.25.

7. Абдулхаева Б.Х., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Қорин бўшлиғи аъзолари диссеминациялашган эхинококкозини хирургик даволашда тактик-техник аспектларни оптималлаштиришда дастурий таминот // Центр по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 13.04.2023 г., № DGU 24805.

8. Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х., Ботиров А.К., Бозоров Н.Э. Клинико-диагностические аспекты диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости // Материалы XXVII Республиканской научно-

практической конференции «Вахидовские чтения - 2023» «Роль малоинвазивных, высокотехнологичных и гибридных оперативных вмешательств в трансформации хирургической службы страны», Ташкент, 2023 г., стр. 71-72.

9. Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х. Лечение осложнений остаточной полости с использованием малоинвазивных хирургических вмешательств // Материалы XXVII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2023» «Роль малоинвазивных, высокотехнологичных и гибридных оперативных вмешательств в трансформации хирургической службы страны», Ташкент, 2023 г., стр. 38-39.

10. Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х. Улучшение результатов хирургического лечения диссеминированного эхинококкоза печени и органов брюшной полости // IX Всероссийской научной конференции с международным участием молодых специалистов, аспирантов, ординаторов. «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста» Сборник докладов. Рязань. 2023. стр. 232-233.

11. Отакузиев, А.З., Ботиров, А.К., Абдулхаева, Б.Х., Ботиров, Ж.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения диссеминированного эхинококкоза печени и органов брюшной полости // International scientific -online conference “Current approaches and new research in modern sciences”; Poland; December 2023; p.47-52.

12. Абдулхаева Б.Х., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Хирургические аспекты в лечении диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости // International scientific -online conference “Development of pedagogical technologies in modern sciences”; Turkey; September 2023; p.43-47.