

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.28.02.2018.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

**АНВАРОВ ҲИКМАТ ЭРКИНОВИЧ**

**ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ УРГЕНТ АСОРАТЛАРИНИНГ  
ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.40 – Шошилинч тиббиёт**

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

**ТОШКЕНТ – 2019**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Анваров Ҳикмат Эркинович**

Жигар эхинококкози ургент асоратларининг

ташхисива даволашини такомиллаштириш ..... 3

**Анваров Ҳикмат Эркинович**

Совершенствование диагностики и лечения

ургентных осложнений эхинококкоза печени..... 25

**Anvarov Khikmat Erkinovich**

Improving of diagnostics and treatment of the

urgent complications of liver echinococcosis ..... 45

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published works ..... 49

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКА-  
ЗИҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.28.02.2018.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

**АНВАРОВ ҲИКМАТ ЭРКИНОВИЧ**

**ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ УРГЕНТ АСОРАТЛАРИНИНГ  
ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.40 – Шошилинч тиббиёт**

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

**ТОШКЕНТ – 2019**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2018.1.PhD/Tib533рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси ([www.emerg-centre.uz](http://www.emerg-centre.uz)) ҳамда «Ziyonet» ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Хаджибаев Фарход Абдухакимович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Расмий оппонентлар:**

**Арипова Назира Ўктамовна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Хакимов Мурод Шавкатович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:**

**Академик И.П.Павлов номидаги Биринчи Санкт-Петербург давлат тиббиёт университети (Россия Федерацияси)**

Диссертация ҳимояси Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази ҳузуридаги DSc.28.02.2018.Tib.63.01 рақамли илмий кенгашнинг 2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100115 Тошкент, Кичик халқа йўли кўчаси 2-уй. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05, e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru))

Диссертация билан Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент ш., Кичик халқа йўли кўчаси, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05.

Диссертация автореферати 2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ кунни тарқатилди.  
(2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.М.Хаджибаев**

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

**Д.А.Алимов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

**Б.К.Алтыев**

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

## КИРИШ (Фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Эхинококкоз хавфли паразитар касаллик бўлиб, дунёда энг тарқалган антропозоонозлардан биридир. Бугунги кунда бир қатор муаллифлар берган маълумотларга кўра, «...Ўзбекистон ҳудуди дунёда мавжуд бўлган бешта эхинококкоз ўчоқларидан биридир. Мазкур патология бўйича бажариладиган жарроҳлик амалиётларининг йиллик кўрсаткичи 4,5 минг, улардан 25,5% эхинококкоз асоратлари туфайли, 9,3%-рецидив ёки резидуал эхинококкоз сабабли бажарилади. Жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар даражаси ўртача 8,6% га, ўлим кўрсаткичи эса 0,5-8,2%гача етади....»<sup>1</sup> Инсон организмидаги барча эхинококкозлар орасида энг кўп (80%гача) жигарнинг эхинококкли шикастланиши кузатилади. 26-63% беморларда кузатиладиган асоратлар орасида энг кўп, оғир ва хавфли бўлиб, 17-26% ҳолатда учровчи жигарнинг эхинококкли кистасининг йиринглаши ҳисобланади. Кистани қорин бўшлиғига ёрилиши ва кенг тарқалган перитонитнинг клиникаси ривожланиши вазиятни янада чуқурлаштириди. Жигар эхинококкозининг ўт йўлларига ёрилиши ва уларни обтурацияси туфайли механик сарикликни ва йирингли холангит ривожланиши бошқа хавфли, шошилиш жарроҳлик аралашувини талаб этувчи асорати деб ҳисобланади.

Нурли ва эндовизуал технологияларнинг замонавий усулларини кенг жорий этиш йўли билан жигар эхинококкозининг (ЖЭ) турли асоратларини ташхислаш жараёнини такомиллаштириш талаб этилади. Шубҳасиз, булар асоратларни янада эрта аниқлашга ва уларни ўз вақтида даволаш соҳа олимлари олдида турган хал қилиниши зарур долзарб муаммолардан биридир.

Жаҳонда ЖЭнингургент асоратларни ташхис ва даволашни такомиллаштиришга қаратилган илмий-тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада ЖЭ асоратли шакллари билан оғирган беморларда цитокинлар спектрни (ИЛ-1β, ФНО-α, ИЛ-6) аниқлаш билан беморларнинг иммун статусини, турли асоратли шакллари кечиш оғирлиги тоифаларини башоратлашнинг интеграл шкаласини яратиш, жигар эхинококкозини турли асоратли шаклларида қолдиқ бўшлиқни дренажлашни янги усулини ишлаб чиқишдан иборат. ЖЭ ретроспектив таҳлили асосида турли асоратли шакллари ташхислашнинг анъанавий ва замонавий усулларини самарадорлигини баҳолаш, хасталиқни турли асоратли шаклларида қолдиқ бўшлиқни дренажлашни янги усулини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш ҳамда ЖЭ олдини олишга қаратилган соғломлаштирувчи чора-тадбирлар даволаш тизимини яратиш алоҳида касб этади.

«Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармонида<sup>2</sup> мамлакатимиз тиббий тизимини жаҳон андоза-

<sup>1</sup>Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза (монография). Москва, «Династия», 2016 й, 288 бет.

<sup>2</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони

лари талабларига мослаштириш ва даволаш самардорлигини ошириш мақсадида «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қуваатлаш ва касалликларни профилактика қилиш...» каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларда аҳоли орасида асоратланган жигар эхинококкозини ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали асоратларни камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985 «Шошилиш тиббий ёрдамни келгусида такомиллаштириш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида»ги, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари, 2018 йил 7 декабрдаги «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПФ-5590-сон Фармонлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Адабиёт маълумотларининг ўтказилган таҳлили исботладики, ўтказилган кўп сонли илмий тадқиқотларга қарамадан, абдоминал жарроҳликда ЖЭнинг асоратланган шакллари ташхислаш ва даволаш муаммолари ҳозирги вақтгача ўз долзарблигини сақлаб қолган. Унда шу ҳолат ўзига диққатни жалб этадики, кўплаб олиб борилган ишлар (Каримов Ш.И., 2017; Simsek Н., 2013) ЖЭнинг асоратланган шакллари ташхислаш ва даволашнинг анъанавий клиник-лаборатор ва инструментал усулларига оид масалаларни ўрганишга бағишланган бўлиб, улар жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни ривожланиш эҳтимоллиги ва патологик жараённинг оғирлигини доим ҳам аниқ акс эттирмайди. Сўнги йиллар адабиётларида ЖЭнинг асоратланган шакллари ажратиб олишда замонавий нурли ва эндовизуал усулларни қўллашга бағишланган илмий ишлар мавжуд. Бироқ, турли тадқиқотларда ушбу усулларнинг самарадорлиги ва ташхисий қиймати турли илмий изланишларда бир биридан фарқ қилади (Назирова Ф.Г., Шевченко Ю.Л., 2016). Афсуслар бўлсинки, ҳозирги кунгача олиб борилган кўп сонли тадқиқотларга

қарамасдан ЖЭнинг асоратланган шакллари даволаш тактикасига оид масалаларда кўплаб муаммолар мавжуд (Мовчун А.А., 2004; Sinner W.N., 2011). Жумладан, даволаш дастурида ЖЭнинг турли асоратларини аҳамияти ва ўрни, кичик инвазив эндоскопик ва лапроскопик аралашувларнинг ўрни ва аҳамияти ўрнатилмаган. ЖЭнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморларда кам инвазив ва анъанавий жарроҳлик аралашувларини қўллаш навбати белгиланмаган.

Ўзбекистонда жигар эхинококкози ва унинг асоратлари билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволашни яхшилаш бўйича илмий ишлар олиб борилган (Икрамов А.И., 2003; Илхамов Ф.А., 2005; Сирожиiddинов К.К., 2018). Шунингдек, шошилич стационар шароитида ҳаракатларнинг аниқ стандартларини кўрсатилиши билан ЖЭнинг асоратланган шакллари даволаш-ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилмаган (Хаджибаев А.М., 2018).

Олиб борилган тадқиқотларга қарамасдан ЖЭнинг асоратланган шакллари ташхислаш ва даволашга ягона ёндошув мавжуд эмас, бу эса даволаш-ташхислаш тактикасини келгусида такомиллаштиришни талаб этади ҳамда мазкур илмий ишни олиб бориш учун сабаб бўлди.

**Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг илмий ишлари режасига мувофиқ ССВ-АД-023 «Кам инвазив технологияларни қўллаган холда ҳавфсиз ва ҳавфли генезли механик сариқликни ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш» (2017-2018 йиллар) грант лойиҳаси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** жигар эхинококкозининг турли асоратли шакллари ташхислашнинг анъанавий ва замонавий усулларини такомиллаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

ретроспектив таҳлили асосида ЖЭнинг турли асоратли шакллари ташхислашнинг анъанавий ва замонавий усулларини самарадорлигини баҳолаш;

жигар эхинококкозининг асоратли шакллари билан оғриган беморларда цитокин спектрини (ИЛ-1β, ФНО-α, ИЛ-6) аниқлаш билан беморларнинг иммун статусини баҳолаш;

ишончли мезонларни ишлаб чиқиш асосида ЖЭ турли асоратли шакллари кечиш оғирлиги тоифаларини башоратлашнинг интеграл шкаласини яратиш;

жигар эхинококкозининг асоратланган шаклларида қолдиқ бўшлиқни дренажлашни янги усулни ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш;

жигар эхинококкозининг асоратланган шакллари даволашнинг асосланган дифференциялашган тактикасини танлови компьютер дастурини яратиш ва уни амалиётга жорий этиш;

**Тадқиқотнинг объекти** бўлиб 2005-2017 йиллар давомида Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказида (РШТЎИМ) стационар

даволанишда бўлган жигар эхинококкозининг турли асоратли шакллари билан оғриган 412 нафар бемор олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** турли ташхислаш усуллариининг натижалари, шунингдек жигар эхинококкозининг асоратли шакллари билан оғриган беморлардаги жарроҳлик аралашуви натижалари, ЖЭнинг турли асоратли шакллари бўйича жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларнинг иммун статусининг материаллари олинган.

**Тадқиқот усуллари.** Тадқиқотда клиник, иммунологик, инструментал УТТ, ЭРПХГ, контраст МСКТ, МРПХГ, ВЛС, тиббий-биологик ва статистик усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ургент асоратланган жигар эхинококкозининг комплекс ташхислашга цитокин спектрини аниқлаш йўли билан иммунофермент таҳлилни киритиш асосланган;

асоратланган жигар эхинококкозини даволашга дифференциал ёндашув ва касаллик оғирлигини башоратлашда бемор ёшининг ўзига хослиги, гемодинамик кўрсаткичлари, қон интоксикацияси ва қорин бўшлиғига перитонитнинг тарқалиши белгилари исботланган;

асоратланган жигар эхинококкоз билан беморларда жарроҳлик амалиётидан олдин ва босқичли интенсив консерватив даволашнинг ўтказилиши, ҳажми асосида жарроҳлик аралашувининг тури ва муддатлари белгиланган;

гемо- ва ўтстази ўтказишда аргон-плазмали коагуляциянинг самарадорлиги, шунингдек жигарда эхинококкэктомия ўтказилганда қолган бўшлиқни қайта ишлашда унинг юқори антипаразитарлик ва антибактериал хусусиятлари исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

РШТЁИМ маълумотларининг таҳлили асосида ЖЭнинг асоратланган шакллари ташхислаш ва даволашнинг анъанавий ва замонавий усуллари самарадорлик чегаралари баҳоланган;

ЖЭнинг турли асоратли шакллари кечиши оғирлик тоифаларини башорат қилишнинг интеграл шкаласи яратилди ва клиник амалиётга жорий этилган;

ЖЭнинг турли асоратли шаклларида қолдиқ бўшлиқни қайта ишлаш ва дренажлашнинг янги усуллари ишлаб чиқилган;

ЖЭнинг асоратланган шакллари даволаш дифференцияланган тактикасини танлаб олишга асосланган компьютер дастури ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи клиник, лаборатор, инструментал, микробиологик, биокимёвий ва статистикусуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, ўткир ичак тутилишида ичак етишмовчилиги синдроми ва уни коррекциялашда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган



натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларини илмий ва амалий аҳамияти.**Тадқиқот натижаларнинг илмий аҳамияти олинган ҳолатлар, ҳулоса ва таклифлар, ногиронлик ва узоқ вақт давом этувчи реабилитацияли жарроҳлик аралашувини талаб этувчи ЖЭнинг турли асоратли шакллари клиник-функционал ўзига хосликларини ўрганишга муносиб ҳиссасини қўшади.

Тадқиқот натижаларнинг амалий аҳамияти ташхислаш ва даволашнинг янги аниқ усуллари шакллантириш мақсадида ЖЭ даҳшатли асоратлари кечишини ўзига хосликларини келгусида ўрганиш учун база бўлиб ҳисобланади. ЖЭнинг турли асоратли шакллари ташхислаш ва даволаш бўйича олиб борилган ишнинг алоҳида натижалари талабалар, шунингдек клиник ординаторлар ва курсантларни ўқитиш дастурининг таркиби ва тузилмасини такомиллаштириш мақсадида қўлаш иш таркибидаги асосий ҳулосалар ва тавсиялар жарроҳлик аралашуви бажарилишини талаб этувчи ЖЭнинг турли асоратли шакллари ташхислаш ва даволашда қўлланилиши, ЖЭнинг турли асоратли шакллари ташхислаш ва даволаш жараёни уларнинг кечиши оғирлик тоифаларини башорат қилишнинг модификация қилинган интеграл шкаласини ва ЖЭнинг турли асоратли шакллари даволаш тактикаси асосланган танловнинг янги компьютер дастурини ишлаб чиқиш йўли билан сезиларли оптималлаштириш билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши.** Жигар эхинококкозининг ургент асоратларни ташхис ва даволашни такомиллаштириш бўйича олинган натижалар асосида:

«Жигар эхинококкозининг ургент асоратларни ташхис ва даволашни такомиллаштиришга замонавий ёндошув» услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 3 майдаги 8н-р/174 сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма жигар эхинококкозини асоратланган шаклларни ташхислаш ва самарали даволаш тактикасини баҳолаш имконини берган;

«Жигарнинг асоратланган эхинококкозининг даволашнинг оптимал тактикасини ташлаш компьютер дастури» бўйича Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг ихтирога патенти олинган (№DGU302525.06.2019 й). Ушбу дастур жигарнинг асоратланган эхинококкозларни бир қатор клиник, лаборатор параметрларни тўлдиришда автоматик равишда касалликни башорат қилишни, ташхислаш ва даволашнинг бирламчи режасини таклиф қилишга, шунингдек мазкур тоифа беморлари учун маълумотлар банкини яратиш имконини берган;

Жигар эхинококкозининг ургент асоратларни ташхис ва даволашни такомиллаштиришга қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд ва Бухоро филиаллари шошилич хирургия бўлимлари амалий фаолиятига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 25 июндаги 8н-д/158 сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши жигар эхинококкозининг асоратланган

шакллари билан хасталанган беморларни жарроҳлик усули билан даволашнинг танлаб олинган тактикасини оптималлаштириш ҳамда даволаш давомийлигини қисқартириш ва асоратлар сонини камайтириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 8та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 3 та халқаро ва 5 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 21 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг фан доктори диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 9 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 5 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ҳамда 20та расм ва 35та жадвалдан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 118 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва аҳамияти, ушбу ишга талаб асослаб берилган, тадқиқот мақсади, вазифалари, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, мазкур тадқиқотларнинг республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мос келиши кўрсатиб берилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва унинг амалий натижалари ўз ифодасини топган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг таркибий тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Жигар эхинококкозининг асоратланган шакллари ташхислаш ва даволашнинг замонавий аспекти»** деб номланган биринчи бобида жигар эхинококкозининг асоратли шакллари тарқалганлиги ва ташхислаш, жарроҳлик тактикаси ва антипротозой кимётерапия тўғрисидаги адабиёт манбаларининг таҳлили, келгусида тадқиқ қилиш талаб этиладиган бахс унозарали масалалар келтирилган

Диссертациянинг **«Жигар эхинококкозининг асоратланган шакллари ташхислаш ва даволаш материал ва усуллари»** деб номланган иккинчи бобида текширилган беморларнинг умумий тавсифи, шунингдек қўлланилган тадқиқот усуллари тўғрисидаги маълумотлар келтирилган. Тадқиқот иши 2006 йилдан 2017 йиллар даврида РШТЎИМнинг жарроҳлик бўлимида бизлар томонимиздан кузатилган жигар эхинококкозининг асоратли шакллари билан оғриган 412 нафар беморни ташхислаш ва даволаш натижаларини таҳлилига асосланган.

Бунда бизлар томонимиздан ЖЭнинг асоратланган шаклларига қуйидагилар киритилди: жигарнинг эхинококкли кистасини йиринглаб кетиши, перитонитни ривожланиши билан эркин қорин бўшлиғига

йиринглаган ЖЭнинг ёрилиши, шунингдек эхинококк кистасини ўт йўлига ўсиб кириши ва кейинчалик механик сариклик ва холангит клиникасини шаклланиши. Барча санаб ўтилган асоратлар асосий касаллик билан этиопатогенетик боғлиқдир, ўзининг хусусий қонунлари бўйича ривожланиш хусусиятига эга ва хусусан алохида даволаш дастурини талаб этади.

### 1-жадвал

#### Жигарни ва бошқа органларни эхинококкжойлашган ўрни бўйича текширилган беморларнинг тақсимланиши, n=412.

Эхинококкли зараланиш ўчоғининг локализацияси	Назорат гуруҳи, n=176		Асосийгуруҳ, n=236		Жами, n=412	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Жигар	156	88,6	209	88,6	365	88,6
ўнг бўлаги	93	52,8	119	50,4	212	51,5
Чап бўлаги	56	31,8	78	33,1	134	32,5
Иккала бўлаги	7	4,0	12	5,1	19	4,6
Жигар ва қорин бўшлиғининг бошқа органлари	9	5,1	13	5,5	22	5,3
Жигар ва ўпка	9	5,1	11	4,7	20	4,9
Кўп тармоқли зараланиш	2	1,1	3	1,3	5	1,2

Даволаш-ташхислаш амалиёти тактикаси ва усулига боғлиқ ҳолда ЖЭнинг асоратли шакллари билан оғриган беморлар 2 гуруҳга бўлинди: улар асосий ва назорат гуруҳларидар. Назорат гуруҳига 176 (46,7%) нафар бемор киритилган бўлиб, уларда анъанавий даволаш-ташхислаш тактикаси қўлланилди. Асосий гуруҳнинг 236 (57,3%) нафар беморларида даволаш-ташхислаш жараёни замонавий нурли ва эндовизуал ташхислаш жараёнлари, беморларнинг иммун статусини текшириш усуллари (жумладан эхинококкозга нисбатан антителоларга иммуноферментатив таҳлил ўтказилди), шунингдек асоратларни клиник кечиши оғирлигини башоратлаш билан тўлдирилди. Тадқиқ қилинган гуруҳлар ёши, жинси, асосий патология ва унинг асоратлари, йўлдош касалликлар бўйича репрезентатив бўлди. Улар бир биридан ЖЭ асоратларини коррекция қилиш учун қўлланилган даволаш-ташхислаш тактикаси бўйича фарқ қилди. Эркалар 176 (42,7%), аёллар 236 (57,2%) ни ташкил этди, яъни аёл жинсидаги беморлар кўпчилиқни ташкил этди. Беморларнинг ўртача ёши  $34,4 \pm 12,3$  йилни, беморларнинг 82,1% юқори меҳнатга яроқлилик ёшида (19 дан 60 ёшгача) бўлди.

Текширилган беморларнинг асосий қисми -392 (95,1%) клиникага ўзлари, кам ҳолатларда –бошқа тиббий муассасалардан йўлланма бўйича 11 (2,7%) ва тез тиббий ёрдам тизими бўйича 7(1,6%) келиб тушганлар. Беморлар клиникага ЖЭ асоратларининг бошланиш вақтидан бир неча соатдан то бир неча суткагача бўлган муддатда мурожат қилганлар. Демак, 11,6% беморлар ЖЭ асоратлари хуружи бошланган вақтидан 24 соатгача,

14,2%-48 соатгача, 22,8%-72 соатгача бўлган муддатда клиникага келиб тушганларни ташкил қилган.

Жигарнинг кўпроқ ўнг қисмида юзага келадиган алоҳидалашган шикастланишлари 365 (88,6%) нафар беморда, кўп сонли органлар билан ва биргаликдаги шикастланишлари эса -47 (11,4%) нафар беморда ташхисланди.

ЖЭнинг ургент асоратлари тузилмасида йиринглаш (81,5%) ва перитонит ривожланиши билан қорин бўшлиғида ёрилиши (8,2%) устунликка эга бўлди (2- жадвал).

## 2-жадвал

### Жигар эхинококкозининг асоратли шакллари турига боғлиқ ҳолда текширилган беморларнинг тақсимланиши, n=412

ЖЭ асоратларнинг турлари	Назорат гуруҳи, n=176		асосий, n=236		жами, n=412	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Жигарнинг эхинококкоки кисталарининг йиринглаши	143	81,3	193	81,8	336	81,6
Йиринглаган кисталарнинг қорин бўшлиғида ёрилиши асосида:	15	8,5	19	8,1	34	8,3
–чегараланган перитонит	3	1,7	5	2,1	8	1,9
–кенг тарқалган перитонит	12	6,8	14	5,9	26	6,3
ЖЭ ўт пуфагига ўтиши оқибатида:	18	10,2	24	10,2	42	10,2
–механик сариқлик	13	7,4	17	7,2	30	7,3
–механик сариқлик ва йирингли холангит	5	2,8	7	3,0	12	2,9

ЖЭнинг асоратли шакллари билан оғриган беморларда даволаш-тактикасини танлаб олиш учун мавжуд бўлган асоратларни кечиш оғирлигини башоратлаш имконияти ва бемор ҳолатининг оғирлигини холис аниқлаш муҳимдир. Бундай вазиятларда баъзи барчага маълум кўрсаткичлардан (SAPS, APACHE) тез тиббий ёрдам хизмати шифокори учун мўлжал олиш бирмунча қийиндир.

Шу мақсадда бизлар томонимиздан текширилган беморларда улар касалхонага келиб тушган вақтида, шунингдек жарроҳлик ёки жарроҳлик жонлантириш бўлимда бўлган вақтида аниқланадиган 18 дан ортиқ энг кўп қўлланувчи клиник-лаборатор ва инструментал текшириш усуллари ўз ичига олган ҳамда асоратларга мослаштирилган SAPS II модификация қилинган шкаласи қўлланилди.

Шкалага эхинококкли кистадаги яллиғланиш жараёнларини, эхинококк кистасидаги иммунологик параметрларни, умумий билирубин кўрсаткичлари ва унинг фракцияларини тавсифловчи ўзгартиришлар киритилди, бизнинг фикримизча улар ЖЭнинг асоратланган шакллари кечиш оғирлик тоифаларини башоратлаш ва беморлар ҳолатини оғирлигини объектив баҳолашда муҳим ўрин тутди. SAPS модификацияланган шкаласи томонидан тақдим этилган балларнинг умумий йиғиндиси ЖЭасорати билан

оғриган беморларда клиник холатни етарли даражада аниқ акс эттиради ва клиник кузатувларнинг турли танловларида ўзаро қиёсийдир (3- жадвал).

**3-жадвал**

**Модификацияланган шкала бўйича оғирлик тоифалари ва оғирлик холати бўйича беморлар тақсимооти (SAPS-РШТЎИМ), n=412**

Баллар йиғиндиси	Оғирлик даражаси	Беморлар сони (%)			
		Назорат гуруҳ, n=176		Асосийгуруҳ, n=236	
		Абс.	%	Абс.	%
11 баллгача	I	56	31,8	75	31,8
12-19 баллгача	II	72	40,9	98	41,5
20-32 баллгача	III	48	27,3	63	26,7

Ҳар икки гуруҳдаги беморларни текшириш умумклиик, лаборатор текширишлардан, беморларнинг умумий холатини баҳолашдан бошланди. Ушбу текширишларни ўтказишдан мақсад ЖЭ нинг асоратланган шакллари асосий клиник кўринишларини, беморларнинг умумий холат оғирлигини, заҳарланиш ва эндотоксемия даражаси, марказий гемодинамика ва микроциркуляция холатларини аниқлаш ҳисобланади. Қон ва пешобнинг лаборатор таҳлили барча беморларда ўтказилди ва ўз таркибига: қоннинг клиник ва биокимёвий кўрсаткичлари, кислота-ишқор холат тавсифи, гемоглобин, эритроцитлар, гематокрит ва лейкоцитар формула билан лейкоцитлар, СОЭ, билирубин ва унинг фракциялари кўрсаткичларини аниқлаш, АЛТ в АСТ, умумий оксил, мочевина, креатинин, кислороднинг парциал босими ва қоннинг рНи,  $K^+$  ва  $Na^+$  ионлари миқдорларини аниқлашни ўз ичига олди.Бизлар томонимиздан асосий гуруҳнинг 36 нафар беморида иммун статусни тадқиқ қилиш ўтказилди.

Тадқиқот натижасида олинган маълумотларни статистик қайта ишлашда “Statistica for Windows 7,0” персонал компьютерининг амалий дастур пакетидан фойдаланилган холда амалга оширилди.

Тадқиқот маълумотларини статистик қайта ишлашда ўртача арифметик катталики ( $M$ ) ҳисоблаш билан вариацион статистика усули, ўртача квадрат силжиш ( $\pm\sigma$ )ўртача арифметик катталик хатоликлари ( $\pm m$ ) ва нисбий катталик (частота%) ларда қўлланилди. Олинган ўзгаришларнинг статистик аҳамияти ўртача катталиклар билан таққосланиб Стьюдент мезони бўйича аниқланди ( $t$ ) ва бунда хатоликлар эҳтимоли ҳисобланади( $p$ ). Статистик белгилар ўзгариши учун ишонччилик даражаси қабул қилинди  $p < 0,05$ .

Диссертациянинг «**Жигар эхинококкозининг асоратли шакллари ташхислаш жараёнларини оптималлаштириш**» деб номланган учинчи бобида асоратлар турига боғлиқ холда ЖЭни ташхислашни баҳолаш ўтказилди. Демак асосий гуруҳ беморларида ташхислаш жараёни ўз ичига анъанавий текшириш усулларини, МСКТ, МРТ ва ВЛС кўринишидаги визуализациянинг замонавий усулларини, шунингдек жигарнинг эхинококкли шикастланиш асоратларини ташхислашнинг бизлар томонимиздан ишлаб чиқилган янги усулларини олди.

Олинган маълумотлар таҳлили кўрсатдики, беморларда энг кўп клиник синдромларни бирга келиши кузатилди. Масалан, жигар эхинококк кистасини йиринглашини унинг қорин бўшлиғига ёрилиши заҳарланиш 194 (47,2%) ва “ўткир қорин” 44 (10,7%) нафар кўп сонли беморларда кузатилди. Шу билан бир қаторда механик сариқлик синдроми 40 (9,8%), жигар етишмовчилиги 98 (23,6%) ва гемодинамик бузилишлар 36 (8,7%) жигар эхинококк кистасини ўт йўллариغا ёриб кириши кузатилган беморларда кўп сонда учради. ЖЭнинг асоратланган шакллари билан оғриган 56 нафар беморда кейинчалик ташхислаш жараёнида ярим позицион рентгеноскопия ва қорин бўшлиғининг рентгенографияси қўлланилди. Бундан ташқари барча беморларга қорин бўшлиғини УТТ текшириши ўтказилди. Асосий ва назорат гуруҳ беморларида кўп сонда 312 (75,7%) жигар эхинококк кистасини эхоскопик яллиғланиш белгиларининг мавжудлиги, унинг таркибини гетерогенлиги, ногомоген кўриниши қайд этилди. Бунда 34 нафар беморда дастлаб ЖЭнинг йиринглашини мавжудлигига шубҳа бўлди, бироқ бу кейинчалик тасдиқланмади.

Бундан ташқари, йиринглаган эхинококк кистасини қорин бўшлиғига ёрилишида бизлар томонимиздан 34 (8,2%) нафар беморда эхоскопик эркин суюқликнинг мавжудлиги қайд этилган бўлса, 28 (6,8%) нафар беморда ичаклар аперистальтикаси ва илмоқларининг кенгайиши аниқланди.

Таъкидлаш жоизки, биз, 12 нафар беморда қорин бўшлиғи УТТ текшириши ўтказилганда, қорин бўшлиғи соҳасида унча катта бўлмаган миқдорда эркин суюқлик, шунингдек ингичка ичак илмоқларининг ўртача кенгайиши аниқланди. Бу нохуш клиник-лаборатор маълумотлар билан бир қаторда шошилиш лапароскопия учун кўрсатма бўлиб хизмат қилди, уни ўтказиш жараёнида 8 нафар беморда киста ёрилишининг мавжудлиги ва перитонит ташхисланди. 4 нафар бемордаги қорин бўшлиғидаги эркин суюқликнинг мавжудлиги тўғрисидаги дастлабки тахминлар кейинчалик рад этилди. Бизлар томонимиздан 8 нафар беморда сонографик усул билан жигар остида (5) ва қорин бўшлиғининг бошқа соҳаларида (3) абсцесслар мавжудлиги аниқланди. Механик сариқлик ва йирингли холангит ривожланиши билан жигар йўллариغا эхинококк кистасини ўсиб кириши каби ЖЭнинг ҳавфли асоратларини ташхислашда УТТ энг информатив усул бўлиб ҳисобланди. Бизлар олиб борган тадқиқотларимизда асосий ва назорат гуруҳидаги 34 нафар беморларда умумий ўт йўллари кенгайишининг мавжудлиги, 22 нафар беморда эса жигар ичи йўллари кенгайиши аниқланди. Холедох кенгайишининг мавжудлиги бирламчи тахмин қилинган 5 нафар беморда бу ҳолат келгусида рад этилди.

Беморлар учун ўз кучи бўйича ноинвазивлиги, ҳаммабоплиги ва қийинчилик туғдирмаганлиги сабабли динамикада ультрасонографияни қўллаш мумкин бўлиб ҳисобланади. 52 нафар беморда динамик УТТ бажарилди, бунда 43,2% ҳолатда биринчи бор ўтказилган шу каби тадқиқотларда аниқланмаган. ЖЭнинг қорин ичи асорати белгилари эхографик аниқланди. ЖЭнинг асоратланган шакллари ташхислашда УТТ имкониятларини чегараламасдан шуни таъкидлаш зарурки, маълум

шароитларда унинг информативлиги пасаяди. Бу беморлар қорин бўшлиғида мавжуд бўлган газнинг салбий таъсири, жигар церрози ва асцит, қон айланишидаги етишмовчиликлар билан боғлиқ бўлиб, булар УТТ натижаларида ёлгон манфий натижаларнинг сонини ортишига олиб келди. Бу 36 нафар беморда шошилишч тиббий аралашувни кечиктирилишини оқланмаслигига олиб келди. Текширилган беморларда ЖЭнинг асоратланган шакллари аънавий ташхислашни яхшилаш мақсадида нурли визуализациянинг замонавий усуллари қўлланилди: 34 нафар текширилган беморларда кейинчалик 3D қайта тузилиши билан МСКТ қўлланилди, бунда 2 (5,88%) нафар беморда дастлаб тақдим этилган МСКТ маълумотлари кейинчалик тасдиқланмади.

Клиник перитонит белгилари бўлган асосий гуруҳнинг 36 (15,3%) нафар беморида ЖЭнинг қорин ичи асоратларини ташхислашни оптималлаштириш мақсадида ВЛС кўринишидаги эндовизуал ташхислашнинг замонавий усули қўлланилди, у қорин бўшлиғи тузилмаси ва ички органларни визуал баҳолаш, қорин бўшлиғи томонидан патологияларнинг мавжудлигини аниқлаш, уларни намоеън бўлиш даражасини белгилаш имкониятини яратади. Бунда ушбу аралашувни ўтказиш учун асосий шарт бўлиб марказий гемодинамиканинг стабил ҳолати ёки интенсив шокка қарши даволаш ўтказиш йўли билан уни турғун ҳолга келтириш ҳисобланди. Асоратланган кистанинг маргинал жойлашуви кузатилган 29 (80,6%) нафар беморда ВЛС алоҳидалашган ҳолда қўлланилди, яъни у бу беморларда охириги аралашув бўлди. 36 ҳолатдан 7 (19,4%) тасида “мураккаб” жойлашган ўрни (1), шикастланишларнинг кўп сонлилиги (4) ва қорин бўшлиғини чуқур санация қилиш зарурияти (2) билан боғлиқ ҳолда жарроҳ аънавий лапаротомия конверсиясини қўллашига тўғри келди (4- жадвал).

#### 4-жадвал

##### ВЛСнинг ташхислаш имконияти, n=36.

Патология турлари	Жами	
	Абс.	%
Жигарда эхинококкли кистани ёрилишининг мавжудлиги	11	30,6
Перитонитни тавсифи ва тарқалишини баҳолаш	11	30,6
хитин қобикли заррачалар билан серозли йиринг	3	8,3
ўтли перитонит	7	19,4
йирингли перитонит	1	2,8
Жигарда йирингли эхинококкли кистанинг мавжудлиги	25	69,4
Йиринглаган ЖЭни шикастланиш билан бирга келиши:	3	8,3
Талоқ	2	5,6
Ингичка ичак қат қорин қатлами	1	2,8
Қорин бўшлиғида абцессларнинг мавжудлиги	2	5,6
Гепатомегалия, жигарнинг қорамтирлиги	2	5,6
Асцитнинг мавжудлиги	2	5,6
Эрта чандикли тутилишнинг мавжудлиги	2	5,6

Асосий гуруҳнинг эхинококкли кистани жигар йўлига ўсиб кириши ва механик сарикликнинг (МС) клиник кўриниши, шунингдек йирингли холангитни (ЙХ) ривожланиши кузатилган 40 (22,7%) беморлари учун бизлар томонимиздан эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭРПХГ) усули қўлланилди.

Бунда мазкур усулни қўллаш бизларга ўт йўллари томонидан мавжуд бўлган патологияларни майда деталларгача баҳолаш имконини берди.

Биринчи навбатда келтирилган маълумотлар таҳлили шундан гувоҳлик берадики, барча текширилган 40 нафар беморларда умумий ўт йўлни обтурацияланиши натижасида юзага келадиган эхинококкли сколекслар ва хитин қобик заррачалари билан блоканишининг мавжудлиги аниқланди.

#### 5-жадвал

#### ЭРПХГ-паразитар этиологияли МСда семиотика

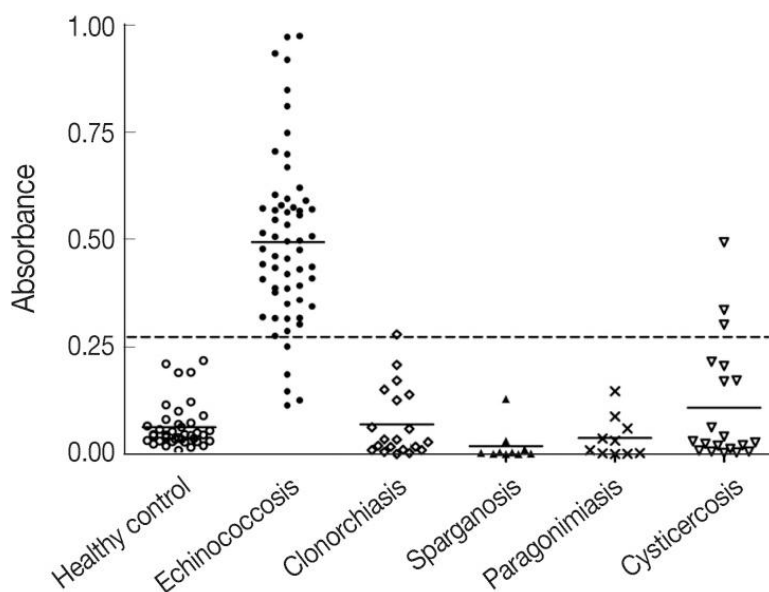
Белгилар	Жами беморлар	
	Абс.	%
Холедохнинг турли даражадаги блоклариди	40	100
Учдан бир қисми	11	27,5
Дистал қисми	29	72,5
Холедохоэктазия:	40	100
Паст 1,0 смгача	19	47,5
Ўртача 1,5 смгача	14	35
Ривожланган 1,5 см ортиқ	7	17,5
Жўё кенгайиши	36	90
Паст	31	77,5
Аниқ	5	12,5
Йирингли холангитлар сони	11	27,5
Папилляр соҳанинг дивертикуллари	3	7,5

ЭРПХГнинг инвазивлик кучи, ижобий томонлари билан бир қаторда ўткир панкреатит, қон кетиши, ўн икки бармоқ ичагининг перфорацияси кўринишидаги турли асоратларни ривожланиши хас бўлиб, шу сабабли бизлар томонимиздан асосий гуруҳнинг 24 ҳолатида магнит-резонанс панкреатохолангиография бажарилди. Бунда кўрсатма бўлиб, касаллик анамнезида меъда резекциясини ўтказган ёки билиодигестив анастомоз қўйилган беморлардан олинган маълумотларга кўра ЭП ва МСнинг мавжудлиги ҳисобланади.

Асосий гуруҳ беморларида эхинококк этиологияли мавжуд асоратларни ташхислашни яхшилаш мақсадида ташхислашнинг иммунологик усуллари қўлланилди. Жумладан Сеул Миллий Университетидаги ҳамкасабалар билан ҳамкорликда эхинококкоз учун иммуноферментатив таҳлилнинг (ИФТ) юқори махсуслиги исботланди (Jin Y., Anvarov Kh., Khajibaev A. et al., 2013), шунингдек Ўзбекистонлик беморларнинг текширилувчи намуналари учун бўсаға белгиси ҳисобланди (ютиш қобиляти 0,27 нм дан кам бўлган



намуналар салбий деб белгиланди, 0.27 нм дан катта бўлган намуналар эса ижобий деб олинди (1-расм).



**1-расм. Эхинококкли антигенни бошқа паразитар касалликлар билан қиёслаганда ИФТнинг оптик зичлигини тақсимланиши**

Асосий гуруҳнинг 99 (41,9%) нафар беморларида IgG- махсус зардоб антителоларининг ЕсАg (эхинококкоз антигенларига) га таъсирини қўллаш билан ўтказилган ИФТ юқори сезувчанликни (91,5%) ва махсусликни (96%) кўрсатди. Мазкур халқаро ҳамкорликдаги тадқиқотлар Ўзбекистонда истиқомат қилувчи жигарнинг асоратланган кистасини ва беморлардаги бошқа орган касалликлари этиологик сабабларини аниқ ташхислашни сезиларли оширишга имкон берди.

Сўнгги кўрсаткич беморлар периферик қон таркибидаги энг кўп учровчи асосий иммун тизимнинг яллиғланишга қарши цитокинлари бўлган хавфли ўсма некроз омили TNF- $\alpha$ , шунингдек IL-1 $\beta$ , IL-6 интерлейкинларининг миқдорини лабораторияда аниқлашдан иборат бўлади. Ушбу тадқиқотлар 36 нафар асосий гуруҳ беморларида, шунингдек 16 нафар жигар эхинококкози ва гепатитлар билан оғримаган, амалий соғлом кишиларда ўтказилди (6-жадвал).

**6-жадвал**

**Асосий гуруҳ беморлари периферик қонидаги цитокинли спектр, n=52**

Кўрсаткичлар	ЖЭ бўлмаган беморлар (n=16)	ЖЭ беморлар (n=36)	P
TNF- $\alpha$ , пг/мл	4,58 $\pm$ 0,81	8,22 $\pm$ 1,01	0,05
IL-1 $\beta$ , пг/мл	9,94 $\pm$ 1,78	14,72 $\pm$ 1,88	0,05
IL-6, пг/мл	3,42 $\pm$ 0,28	9,06 $\pm$ 0,98	0,05

ЖЭнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморларда IL-1 $\beta$ нинг даражаси, келиб тушган вақтда ўртача 14,72 $\pm$ 1,88 пг/млни ташкил этди, бу назорат белгиларидан сезиларли фарқ қилиб, сўнгги кўрсаткичлардан 1,48

марта ортиқ бўлди. Бу билан паралел равишда ЖЭнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморларнинг периферик қонида TNF- $\alpha$  миқдорини (8,22 $\pm$ 1,01пг/мл) ва IL-6 (9,06 $\pm$ 0,98 пг/мл) га сақланиш даражасини ортиқ бўлиши маълум бўлди, бу эса назорат белгиларидан мос холда 1,79 ва 2,65 марта ошди.

## 7-жадвал

### ЖЭ асоратларини кечиш оғирлиги тоифаларини башоратлашнинг модификацияланган шкаласи

#	Таҳлил қилинувчи белгилар	Баллар ва уларга мос бўлган рақамли кўрсаткич белгилари						
		3	2	1	0	1	2	3
X1	Ёши, йиллар				<45	46-55	56-65	66-75
X2	Ps, 1 дақиқада	<40	40-54	55-69	70-109	110-139	140-179	>179
X3	АД <sub>сис</sub> , мм симоб устуни	<40	40-54	55-79	80-149	150-179	180-189	>189
X4	Тана харорати, °С	30-31,9	32,0-33,9	34,0-35,9	36,0-37,4	37,5-38,4	38,5-38,9	39,0-40,9
X5	1 дақиқадаги ДБС сони	<6	6-9	10-11	12-24	25-34	35-49	>49
X6	Диурез, 24 л/соат	<0,2	0,20-0,49	0,50-0,69	0,70-3,49	3,50-4,99-	>5,0	
X7	Қондаги мочевина, ммоль/л			<3,49	3,50-7,4	7,50-28,9	29-35,9	36-54,9
X8	Қондаги калий, мэкв/л	<2,5	2,5-2,9	3-3,4	3,5-5,4	5,5-5,9	6,0-6,9	>6,9
X9	Қон лейкоцитози, 10 <sup>3</sup>				6,5-8,0	10,0 гача	15,0 гача	>15,0
X10	Хушда бўлиш				аниқ	пасайиш	Сопор	Кома
X11	ПИК, шартли бирлик				5,5 гача	5,6-7,0	7,1-11,0	11,1-15,0
X12	Қондаги билирубин				25 гача	25-100,0	100,0-200,0	>200,0
X13	IL-6, ммоль/л	>4	4-3,5	3,5-3	3,0			
X14	Ичак перистальтикаси				Фаол	Суст	Якка холда	Мавжуд эмас
X15	Клойбер косачалари				йўқ	Якка холда	Кўп сонли	Кўп сонли аралаш
X16	Перитонитни таркалиши				-	*	**	***

Шундай қилиб, ЖЭнинг ургент асоратлари бўлган беморларда яллиғланиш олди цитокинларини сезиларли фаоллашиши ривожланади, бу эса ЖЭ асоратланган кечиши оғирлигини башоратлашнинг ташхислаш мезони сифатида фойдаланиш мумкин (7- жадвал).

SAPS II асосида ишлаб чиқилган ЖЭ асоратларини кечиш оғирлигини башоратлаш тоифалари модификацияланган шкаласига қоннинг цитокин спектр кўрсаткичларидан ташқари бизлар умумий ҳолат оғирлигини ва ушбу

паразитар касаллик асоратлари кечишини ўзига хосликларини тавсифловчи яна 15 параметрларни киритдик (7- жадвал).

Танлаб олинган антропометрик, клиник, инструментал кўрсаткичларнинг башоратлаш қийматини аниқлаш мақсадида ҳар бир танлаб олинган кўрсаткич учун  $\chi^2$  белгисини ҳисоблаш билан ретроспектив тадқиқотлар ўтказилди. Беморлар балларини олинган йиғиндиси асосида бизлар томонимиздан ишлаб чиқилган ЖЭ асоратларини кечиши оғирлик тоифасини градацияси бўйича ранжирланди (8- жадвал).

#### 8-жадвал

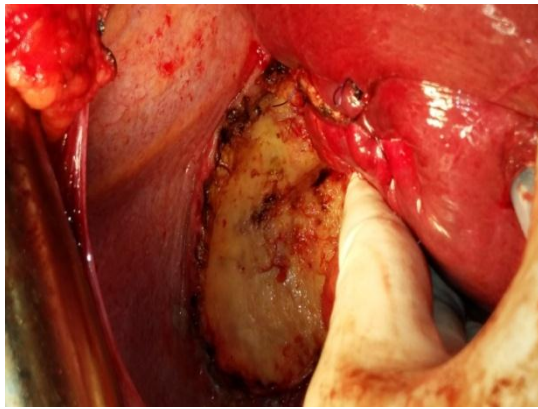
#### Модификацияланган шкала бўйича кечишнинг оғирлик тоифаси ва оғирлик даражаси (SAPS-РШТЎИМ), n=412.

Баллар йиғиндиси	Оғирлик даражаси	Назорат гуруҳи, n=176		Асосий гуруҳ, n=236	
		n	%	n	%
11 баллгача	I	56	31,8	75	31,8
12-19 баллгача	II	72	40,9	98	41,5
20-32 баллгача	III	48	27,3	63	26,7
$\chi^2$ -тест		Df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=0,022$ , $\chi^2_{\text{крит}}=5,991$ , p>0,05 (0,990)			

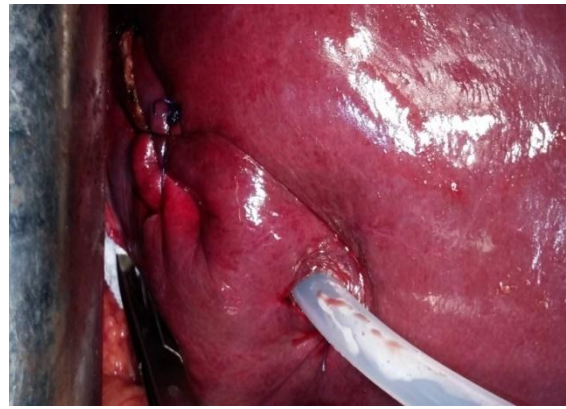
Оғирлик тоифасини ҳисоблаш жарроҳлик усули билан даволаш босқичлилиги ва ҳажмини танлаб олишда ҳисобга олинди: I тоифа- бир босқичли бирламчи-радикал аралашув; II тоифа- икки босқичли даволаш кўрсатилди (ўт ўтказувчи йўлларнинг шошилинич кичик инвазив декомпрессияси, кейинчалик кечиктирилган муддатдаги радикал жарроҳлик амалиёти). III тоифа-шошилинич тартибдаги энг кичик аралашув кўрсатилди.

Бунда шу нарса аниқландики, биз томонимиздан таклиф этилган ЖЭнинг асоратлар кечиш оғирлиги тоифаларини башорат қилиш интеграл шкаласи сезувчанликнинг юқори кўрсаткичлари (ўртача 85,7%), махсуслиги (ўртача 79,1%) ва умумий аниқлиги (ўртача 83,5%) лиги билан ЖЭнинг асоратланган шакллари ажралиб туради.

Диссертациянинг «**Жигар эхинококкози асоратланган шакллари билан оғриган беморларни даволаш тактикасини яхшилаш**» деб номланган тўртинчи бобида асосий гуруҳ беморларини юқорида тадбиқ этилган усуллар билан даволаш натижалари акс эттирилган. Назорат гуруҳидаги ЖЭнинг асоратли шакллари билан оғриган (176) беморларида даволашнинг фаол тактикаси қўлланилди, у ўз ичига лапаратом кириш билан бир вақтдаги жарроҳлик амалиётини шошилинич бажаришни олиб (2- расм), шулар қаторида 13 (7,4%) нафар МСли беморда эхинококкэктомия холедохотомия, хитинэктомия ва холедохнинг ташқи дренажланиши билан тўлдириш орқали амалга оширилди.



**А**



**Б**

**2-расм. ЖЭ да бажарилган турли жарроҳлик амалиётлар.**

**а- фиброз капсула майдонини аргон-плазма коагуляцияси билан қайта ишлаш**

**б-ташқи дренажлаш билан тўлик бўлмаган капитонаж**

Асосий гуруҳ (236 нафар) беморларида SAPS-РШТЁИМ шкаласини ҳисобга олган ҳолда фаол-индивидуаллашга даволаш усули қўлланилди. Демак, асосий гуруҳнинг 36(15,3%) нафар, SAPS-РШТЁИМ II тоифасида бўлган, шунингдек, шошилиш ташхисий ВЛСга кўрсатмалар бўлган беморларда муолажани лапароскопик эхинококкэктомия билан тўлдирилди. Бундан ташқари, МЖ кўринишида бўлган, шу гуруҳдаги 40 (16,9%) нафар беморда ЎЎЙнинг эндоскопик санацияси бажарилди. Чегараланган кўрсатмалар бўйича SAPS-РШТЁИМ III тоифали 6 (2,5%) беморларда паразитар кистанинг дренажлашни пункцион усули бажарилди (№9 жадвал). Бунда мазкур аралашув 4 нафар беморда УТТ назорати остида, 2-нафар беморда эса МСКТ назорати остида бажарилди.

Қолдиқ бўшлиқни анъанавий антипаразитар кимёвий қайта ишлаш (5%ли йоднинг спиртли эритмаси ёки бетадин, шунингдек 7-10 дақиқали экспозиция билан глицирин эритмаси) асосий гуруҳнинг 25 (10,6%) нафар беморида фиброз капсуланинг аргон-плазмали қайта ишлаши билан тўлдирилди.

SAPS-РШТЁИМ модифицирланган шкаласи бўйича беморларнинг оғирлик ҳолатини ҳисобга олиб ЖЭнинг ургент асоратларини жарроҳлик усули билан даволашнинг фаол-индивидуаллаштирилган тактикасини қўллаш ва кичик инвазив аралашувларга кўрсатмаларни кенгайтириш (ВЛС, ЎЎЙнинг эндоскопик санацияси, пункцион усуллар), қолган бўшлиқни аргон-плазмали қайта ишлашни қўллаш, жарроҳлик амалиётидан кейинги ҳам махсус (9,7%дан 3,0%гача), ҳам номахсус (23,9% дан 9,7% гача) статистик аҳамиятли пасайтиришга имкон берди ( $p < 0,001$ ) (10- жадвал).

Асосий гуруҳ беморларида бизлар томонимиздан даволашнинг бундай тактикасини қўллашдан асосий мақсад бўлиб қуйидагилар ҳисобланди: биринчидан, ЖЭ асоратларини коррекция қилиш усулларини аралаштиришга максимал интилиш, иккинчидан ўтказиладиган жарроҳлик аралашувларини

бин неча босқичларга бўлиш ва уларни шошилишч разрядидан зудлик билан ва кечиктирилган тоифага асосли ўтказиш.

**9-жадвал**

**Жигар эхинококкозининг ургент асоратларида аралашувнинг хажми ва тавсифи**

Аралашув хусусиятлари	Назорат, n=176		асосий, n=236		Жами, n=412	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Бирламчи бажарилган жарроҳлик амалиёти</b>						
Лапаротомия	176	100,0	154	65,3	330	80,1
–ёпиқ	62	35,2	37	15,7	99	24,0
–фиброз капсулани аргон-плазмали қайта ишлаш билан ёпиқ усул	0	0,0	25	10,6	25	6,1
–ярим ёпиқ	89	50,6	89	37,7	178	43,2
–идеал, атипик резекция	12	6,8	0	0,0	12	2,9
–эхинококкэктомия, холедохотомия, холедохни дренажлаш	13	7,4	3	1,3	16	3,9
ВЛС	0	0,0	36	15,3	36	8,7
Пункциялаш усули	0	0,0	6	2,5	6	1,5
Эндоскопик усул	0	0,0	40	16,9	40	9,7
$\chi^2$ -тест	Df=3, $\chi^2_{\text{стат}}=76.348$ , $\chi^2_{\text{крит}}=11,345$ , p<0,001					
<b>Иккинчи босқич жарроҳлик амалиёти (кечиктирилган жарроҳлик амалиётлари)</b>						
РПХГ+ЭПСТ дан кейинги лапаротомия	0	0,0	32	13,6	32	7,8
РПХГ+ЭПСТ дан кейинги лапароскопия	0	0,0	8	3,4	8	1,9

Бу асосий гуруҳдаги ЖЭнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморларига янада узоқроқ вақт давомида жарроҳлик амалиётидан олдинги ёки босқичли интенсив даволашни олишга ва уларнинг имкониятларини мавжуд бўлган заҳарланиш, тизимли патофизиологик ва иммунологик ўзгаришлар, гемодинамика, микроциркуляция ва коагуляциядаги ўзгаришлар белгиларини коррекция қилишда юқори даражада қўллаш имконини беради.

Биз томонимиздан модифицирланган, беморлар ҳолатини оғирлигини баҳолаш шкаласи ва асоратларни ривожланишини башоратлаш (SAPS-RPШТЎИМ) асосида, Windows дастур тизими учун илова ишлаб чиқилди (2-расм), ушбу илова навбатчи жарроҳ учун, 10- жадвалда келтирилган бир неча параметрларни киритиш йўли билан касалликни кечишини оғирлигини зудлик билан ҳисоблашга ва даволашнинг оптимал тактикасини танлаб олишга имкон беради.

**ЖЭ ургент асоратлари билан оғриган беморларни жарроҳлик усули билан даволашнинг умумий натижалари ва жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни сони ва тузилмаси**

Асорат хусусияти	Назорат, n=176		Асосий, n=236		Жами, n=412	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Асоратларсиз	117	66,5	206	87,3	323	78,4
Номахсус:	42	23,9	23	9,7	65	15,8
-жарроҳлик амалиётидан кейинги жароҳатни йирингглаши	15	8,5	8	3,4	23	5,6
-пневмония	22	12,5	13	5,5	35	8,5
- миокардининг ўткир инфаркти (МЎИ)	2	1,1	1	0,4	3	0,7
-УАТЭ	3	1,7	1	0,4	4	1,0
Махсус:	17	9,7	7	3,0	24	5,8
-қорин бўшлиғига қон кетиши	2	1,1	1	0,4	3	0,7
-қолдиқ бўшлиқни йиринглаши	6	3,4	1	0,4	7	1,7
-давом этувчи перитонит	4	2,3	1	0,4	5	1,2
-чандиқли ичак тутилиши	3	1,7	1	0,4	4	1,0
-ташқи ўт йўли оқмаси	2	1,1	1	0,4	3	0,7
$\chi^2$ -тест	Df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=26.059$ , $\chi^2_{\text{крит}}=9,21$ , p<0,001					
Беморларни касалхонада бўлиш муддати, койка-кун	14,5±2,1		9,8±1,3			
Жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлим	6	3,4	3	1,3	9	2,2
$\chi^2$ -тест	Df=1, $\chi^2_{\text{стат}}=23.50$ , $\chi^2_{\text{крит}}=9,609$ , p=0.002					

Изоҳ: бир нафар беморда икки ва ундан ортиқ асоратлар мавжуд бўлганда кўпроқ аҳамиятли клиник асорат ҳисобга олинади.

Кўрсатилганидек, қиёсий гуруҳлар ўртасидаги сезиларли фарқлардан бири бўлиб шу нарса ҳисобландики, бизлар томонимиздан бир қатор ҳолатларда асосий гуруҳ беморларида SAPS-РШТЎИМ шкаласи бўйича ҳисобга олиш билан босқичли аралашувни амалга оширилди. Демак, назорат гуруҳ беморларидаги барча 176 ҳолатнинг барчасида кенг лапаротомия амалга оширилган бўлса, асосий гуруҳдаги бундай беморлар 236 нафар бемордан 154 (65,3%) нафарни ташкил этди (9-жадвал). Жумладан, асосий гуруҳнинг 40 (16,9%) нафар беморида биринчи босқичда магистрал ўт ажралиш йўлларида хитин қобик фрагментларини чиқариб ташлаш билан РПХГ+ЭПСТ бажарилди, МЖ ва ГХ кўринишлари нивелирлангандан сўнг (одатда билирубин даражаси пасайгандан сўнг 3-7 кун ўтиб, тана ҳароратининг меъёрлашиши ва жигар етишмовчилигини қопланиши) кечиктирилган тартибда эхинококкэктомия ўтказилди.

Оценка тяжести течения и выбор тактики лечения

Ф.И.О. больного (ой)  № истории болезни

Оценка состояния | Выбор тактики лечения

Введите данные

Возраст, лет  Пульс, в 1 мин  Систол. АД, мм.рт.ст

Температура тела, С  Частота дыхания, в 1 мин  Диурез, л/24 ч

Мочевина крови, ммоль/л  Калий крови, мэкв/л  Лейкоцитоз крови,  $10^9$

Сознание  ПИК, усл.ед  Билирубин крови

ЦБ, ммоль/л  Перистальтика кишечника

Чаша Клойбера  Распространенность перитонита

Оценка тяжести течения  Тяжесть течения в баллах

Переход к выбору лечения  Очистка формы  Закрытие АРМа

### 3-расм. ЖЭ асоратланган шакл беморларини даволаш тактикасини танлаб олиш учун компьютер дастурининг интерфейси

Асосий гуруҳ беморларида босқичли жарроҳлик даволанишини қўллаш касалхонада даволаниш давомийлиги муддатларини ортишига олиб келмади, аксинча натижаларими, бу гуруҳ беморларида кичик инвазив аралашувни кенг қўллаш ҳисобига ўртача ўрин-кун  $14,5 \pm 2,1$  дан  $9,8 \pm 1,3$  кунгача пасайтиришга эришилди.

SAPS-РШТЎИМ шкаласини ҳисобга олишга асосланган фаол-индивидуаллаштирилган тактика ва жарроҳлик усули билан даволашни кичик инвазив усулларини фаол қўллаш жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлимни икки мартадан кўпроққа-3,4 дан 1,3%га пасайтиришга имкон берди. Асосий гуруҳ беморларидаги касаллик якунидаги нохуш ҳолатларнинг асосий сабаби бўлиб барча ҳолатларда номахсус асоратлар хизмат қилди: сепсис ва септик заҳарланишни ривожланиши билан боғлиқ холда полиорган етишмовчилик (1), ЎЮИ (1) ва ЎАТЭ (1). ЖЭ асоратланган шакллари билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволашда қўлланилган усулларни асосий натижалари келтирилган. Мазкур илмий иш мавзуси бўйича олиб борилган тадқиқотлар, олинган маълумотларнинг таҳлили ва умумлаштирилиши натижасида ЖЭнинг асоратланган шаклларини даволаш-ташхислаш тактикаси бўйича тавсиялар бериш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланди. Ушбу тактика мос бўлган ташхислаш, асоратлар турига боғлиқ холда даволаш амалиётларини оқилона қўллаш, ЖЭни жойлашган ўрни ва беморнинг соматик статусига қўйиладиган талаблардан келиб чиқади.

### ХУЛОСАЛАР

«Жигар эхинококкозининг ургент асоратларини ташхис ва даволашни такомиллаштириш» мавзусидаги фалсафа доктори диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Жигар эхинококкози асоратланган шакллари ЭРХПГ, МРХПГ ва иммунологик ташхислаш усуллари ўртача диагностик сезувчанлиги 96%, диагностик махсуслиги 88,9% ва диагностик самародорлиги 92,6%га тенг бўлиб мазкур асоратлар турини ишончли таниб олишга имкон беради.

2. ЖЭнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморларнинг иммун статусини тадқиқ қилишда яллиғланиш олди цитокинларини ишончли ортиши кузатилди: IL-1 $\beta$ - 1,48 марта, TNF- $\alpha$ -1,79 марта ва IL-6 пг/мл-2,69 марта меъёрий белгилар билан солиштирилганда юқорилиги аниқланди.

3. Ишлаб чиқилган интеграл шкала ЖЭнинг асоратланган шакллари кечиш оғирлиги тоифасини башорат қилишни аниқлашга имкон беради ва сезувчанлик (ўртача 85,7%), махсуслик (ўртача 79,1%) ва умумий аниқлик (ўртача 83,5%) нинг юқори кўрсаткичлари билан фарқ қилади.

4. Ишлаб чиқилган компьютер дастури консерватив даволаш интенсивлигининг босқичи ҳамда жарроҳлик амалиётидан олдинги хажми аниқлаш билан ЖЭнинг асоратланган шакллари даволашни асосланган тактикасини, шунингдек жарроҳлик аралашуви турини танлаб олишни амалга ошириш имкониятини яратади.

5. Интеграл шкала ва компьютер дастурларини қўллаш ЖЭнинг асоратланган шакллари билан оғриган беморлардаги даволаш-ташхислаш жараёнларини оптималлаштиради ва даволаш натижаларини яхшилади, бу жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни 33,5% дан 12,7%гача, жарроҳлик амалиётидан кейинги ўлим ҳолатини 3,4% дан 1,3%гача қисқаришида ва беморларни касалхонада бўлиш кунларини 32,4%гача камайиши билан намоён бўлади.



**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.28.02.2018.Tib.63.01.ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ  
ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**  

---

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**АНВАРОВ ХИКМАТ ЭРКИНОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРГЕНТЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

**14.00.40 – Экстренная медицина**

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

**ТАШКЕНТ- 2019**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за номером В2018.1.PhD/Tib533.**

Диссертационная работа выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский и английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.emerg-centre.uz](http://www.emerg-centre.uz)) и информационно-образовательном портале «Ziynet» по адресу ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

<b>Научный консультант:</b>	<b>Хаджибаев Фарход Абдухакимович</b> доктор медицинских наук
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Арипова Назира Уктамовна</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Хакимов Мурод Шавкатович</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущая организация:</b>	<b>Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова (Российская Федерация)</b>

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г. в \_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc. 28.02.2018.Tib.63.01 при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (Адрес: 100081, г.Ташкент, Чиланзарский район, Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05; e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в информационно-ресурсном центре Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (зарегистрирована за № \_\_\_). Адрес: 100115, г.Ташкент, Чиланзарский район, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс: (+99878) 150-46-05;

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года).

**А. М. Хаджибаев**  
Председатель научного совета по присуждению  
учёных степеней, д.м.н., профессор

**Д. А. Алимов**  
Учёный секретарь научного совета  
по присуждению учёных степеней, д.м.н.

**Б. К. Алтыев**  
Председатель научного семинара при научном  
совете по присуждению учёных степеней, д.м.н.

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Эхинококкоз, являясь опасным паразитарным заболеванием, относится к одним из самых распространенных в мире антропозоонозам. На сегодняшний день, по данным ряда авторов, «..территория Узбекистана относится к одному из пяти существующих в мире эндемических очагов эхинококкоза. В настоящее время количество ежегодно выполняемых операций по поводу данной патологии превышает 4,5 тысяч, причем около 25,5% из них выполняются по поводу осложненного, 9,3% - рецидивного или резидуального эхинококкоза. Частота послеоперационных осложнений достигает в среднем 8,6%, с показателями летальности от 0,5% до 8,2%»<sup>1</sup>. Среди всех эхинококкозов организма человека наиболее часто (до 80%) наблюдается эхинококковое поражение печени. Среди осложнений, наблюдающихся у 26-63% больных, наиболее частым, тяжёлым и опасным является нагноение эхинококковых кист печени, которое встречается до 17-26%. Ситуация еще больше усугубляется при разрыве кисты в брюшную полость, с развитием клиники распространенного перитонита. Другим грозным, требующим неотложного хирургического вмешательства, осложнением эхинококкоза печени (ЭП) является прорыв кисты в желчные протоки с обтурацией желчных протоков и развитием механической желтухи с гнойным холангитом. К большому сожалению, приходится констатировать то, что вопросы диагностики и способов лечения данных осложнений ЭП до настоящего времени полностью не решены. В частности, нуждается в совершенствовании процесс диагностики различных осложнений ЭП путем широкого внедрения современных методов лучевой и эндовизуальной технологий для своевременного выявления и коррекции осложнений ЭП.

В мировой литературе придаётся особое значение научным исследованиям, направленных на улучшение диагностики и лечения осложненных форм ЭП. В частности, изучение иммунного статуса пациентов с осложненными формами ЭП наряду с цитокиновым спектром (ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6), создание различных интегральных шкал для прогнозирования тяжести течения заболевания, разработка новых методов дренирования остаточных полостей при ургентных осложнениях ЭП. В соответствии с вышеизложенным, данная научно-исследовательская работа посвящена улучшению результатов диагностики и лечения больных с различными осложнениями ЭП путем совершенствования методов диагностики и тактики лечения.

В нашей стране, с целью дальнейшего развития медицинской системы, Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан»<sup>2</sup> поставлен ряд задач, к которым относятся вопросы повышения её эффективности, качества и доступности диагностических и лечебных мероприятий осложненных форм ЭП, разработки стандартов диагностики и ле-

<sup>1</sup> Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза (монография). Москва, изд. «Династия», 2016, 288 стр.

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» №УП-5590 от 7 декабря 2018 года».

чения, эффективных моделей диспансерной и патронажной службы, уменьшение осложнений ЭП. Решение этих задач позволит внедрить в практику современные методы диагностики и лечения больных с осложнёнными формами ЭП, поднимет на новый уровень качество медицинской помощи, позволит уменьшить инвалидность от этого заболевания.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, обозначенных в Указах Президента Республики Узбекистан УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, №УП-4985 «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» от 16 марта 2017 года, УП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» от 20 июня 2017 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям развития науки и технологий в Республике Узбекистан.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетным направлением науки и технологий Республики Узбекистан VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Проведенный анализ литературных данных доказывает, что, несмотря на проведенные многочисленные научные исследования, проблема диагностики и лечения осложненных форм ЭП в абдоминальной хирургии до настоящего времени сохраняет актуальность. При этом обращает на себя внимание то обстоятельство, что большинство исследовательских работ (Каримов Ш.И. 2017, Simsek H. 2013) было посвящено изучению вопросов диагностики и лечения осложненных форм ЭП традиционными клинико-лабораторными и инструментальными методами, которые не всегда могут точно отражать тяжесть патологического процесса и вероятность развития послеоперационных осложнений. В литературе последних лет имеются научные работы, посвященные применению в распознавании осложненных форм ЭП современных лучевых и эндовизуальных способов. Однако эффективность и диагностическая ценность данных методов в различных исследованиях различна (Назиров Ф.Г. 2016, Шевченко Ю.Л., 2016).

К большому сожалению, несмотря на проведенные многочисленные исследования до настоящего времени имеются также пробелы в вопросах тактики лечения осложненных форм ЭП (Мовчун А.А., 2004, Sinner W.N. 2011). В частности, не установлена роль и место в лечебной программе различных осложнений ЭП, малоинвазивных эндоскопических и лапароскопических вмешательств, не установлена очередность применения традиционных и малоинвазивных хирургических вмешательств у больных с осложненными формами ЭП. Также, не разработан лечебно-диагностический алгоритм осложненных форм ЭП, с указанием четких стандартов действия в условиях экстренного стационара (Хаджибаев А.М., 2018). В Узбекистане были проведены работы по улучшению диагностики и лечения больных с ЭП и его осложнений (Икрамов А.И., 2003; Илхамов Ф.А., 2005; Сирожиддинов К.К., 2018). Несмотря на проведенные исследования, нет единого подхода в диа-

гностике и лечения осложненных форм ЭП, что требовало дальнейшего совершенствования лечебно-диагностической тактики и явилось поводом для выполнения настоящего исследования.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках прикладного грантового проекта ССВ-АД-023 «Совершенствование диагностики и лечения механической желтухи доброкачественного и злокачественного генеза с применением малоинвазивных технологий» (2017-2018 гг.).

**Цель исследования:** улучшение результатов диагностики и лечения осложненных форм эхинококкоза печени.

**Задачи исследования:**

изучить эффективность традиционных и современных методов диагностики различных осложненных форм ЭП на основании ретроспективного анализа материалов РНЦЭМП;

изучить иммунный статус пациентов с определением цитокинового спектра (ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6) у больных с осложненными формами эхинококкоза печени;

разработать интегральную шкалу прогноза категории тяжести течения различных осложненных форм ЭП.

разработать и внедрить в практику новый способ дренирования остаточной полости при различных осложненных форм ЭП;

создать и внедрить в клиническую практику компьютерную программу выбора дифференцированной тактики лечения осложненных форм ЭП.

**Объектом исследования** явились 412 больных ЭП с различными осложнениями, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Научном Центре Экстренной Медицинской помощи (РНЦЭМП) за период с 2005 по 2017 гг.

**Предмет исследования:** результаты различных диагностических методов, а также результаты хирургических вмешательств у больных осложненными формами эхинококкоза печени, а также состояние иммунного статуса пациентов, оперированных по поводу осложнений ЭП.

**Методы исследований.** Общеклинические, иммунологические, инструментальные (УЗИ, ЭРПХГ, контрастная МСКТ, МРПХГ, ВЛС) исследования, а также методы медико-биологической статистики.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

обосновано включение в комплексную диагностику различных форм эхинококкоза печени иммуноферментного анализа путем определения цитокинового спектра;

доказано значение возрастных особенностей, показателей гемодинамики, интоксикации крови, и распространенности перитонита в брюшной полости в определении прогноза тяжести заболевания и дифференцированного подхода к лечению осложненных форм эхинококкоза печени;

на основании объема, сроков проведения предоперационной и этапной интенсивной консервативной терапии у больных с осложненными формами эхинококкоза печени обоснованы разновидности и сроки хирургических вмешательств;

доказана эффективность аргоно-плазменной коагуляции в проведении гемо- и желчестазы, а также высокой её антипаразитарности и антибактериальности при обработке остаточной полости при выполнении эхинококкэктомии из печени;

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определены пределы эффективности традиционных и современных методов диагностики и лечения осложненных форм ЭП на основании анализа данных РНЦЭМП;

создана и внедрена в клиническую практику интегральная шкала прогноза категории тяжести течения различных осложненных форм ЭП;

предложен и внедрен в практику новый способ обработки и дренирования остаточной полости при различных осложнениях ЭП;

разработана и внедрена в клиническую практику компьютерная программа выбора обоснованной, дифференцированной тактики лечения осложненных форм ЭП.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена современными, широко используемыми в практике клиническими, морфологическими и статистическими методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость полученных результатов исследования заключается в том, что полученные положения, выводы и предложения вносят существенный вклад в изучение клинико-функциональных особенностей течения различных осложненных форм ЭП, требующих хирургического вмешательства с длительной реабилитацией и инвалидизацией. Основные теоретические результаты исследования являются базой для дальнейшего изучения особенностей течения этих грозных осложнений ЭП в целях формирования новых конкурентных методов диагностики и лечения. Отдельные результаты работы могут быть использованы в целях совершенствования содержания и структуры программы обучения студентов, а также магистров, клинических ординаторов и курсантов по диагностике и лечению больных с различными осложненными формами ЭП.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении различных осложненных форм ЭП, требующих выполнения оперативных вмешательств. Процесс диагностики и лечения различных осложненных форм ЭП значительно оптимизирован путем разработки модифицированной интегральной шкалы прогноза категории тяжести их течения

и новой компьютерной программы выбора обоснованной тактики лечения различных осложненных форм ЭП.

**Внедрение результатов исследования.** В ходе выполнения научного исследования по улучшению качества лечения осложненными формами ЭП получены следующие результаты:

выпущены методические рекомендации: «Современные подходы к диагностике ургентных осложнений эхинококкоза печени» (Справка Министерства Здравоохранения №8н-р/174 от 03.05.2019 года), которые позволят улучшить эффективность диагностики и результаты лечения осложненных форм ЭП;

разработана компьютерная программа для выбора оптимальной тактики лечения больных с осложненными формами ЭП, на что получено свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин (№DGU 3025 от 25.06.2019г.). Программа позволяет при заполнении ряда клинических, лабораторных параметров автоматически предложить прогноз заболевания, предварительный план диагностических и лечебных мероприятий, а также создать банк данных по данной категории больных;

разработанные методы внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности в работу отделения экстренной хирургии РНЦЭМП, а также хирургических отделений Самаркандского и Бухарского филиалов РНЦЭМП (справка Министерства Здравоохранения №8н-д/158 от 25.06.2019 года). Полученные результаты исследования позволили оптимизировать выбор тактики хирургического лечения пациентов с осложненными формами ЭП, снизить продолжительность лечения и уменьшить число осложнений.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 3 международных и 5 республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 21 научная работа, в том числе 9 журнальных статей, 4 из которых в республиканских и 5 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитированной литературы, а также иллюстрирована 20 рисунками и 35 таблицами. Объем текстового материала составляет 118 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологии республики, излагается научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость

полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе **«Современные аспекты диагностики и лечения осложнённых форм эхинококкоза печени»**, проведён анализ источников литературы о распространенности и диагностики осложненных форм эхинококкоза печени, хирургической тактики и антипротозойной химиотерапии, приведены дискуссионные вопросы, требующие дальнейших исследований.

Во второй главе **«Клиническая характеристика материала и использованные методы исследования»** приведены данные по общей характеристике обследованных больных, а также сведения об использованных методах исследования.

Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 412 пациентов с осложненными формами эхинококкоза печени (ЭП) наблюдавшихся нами в хирургических отделениях РНЦЭМП за период с 2006 по 2017 годы.

При этом к осложненным формам ЭП нами были отнесены: нагноение эхинококковой кисты печени, разрыв нагноившегося ЭП в свободную брюшную полость с развитием перитонита, а также прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки с последующим формированием клиники механической желтухи и холангита. Все перечисленные осложнения этиопатогенетически связаны с основным заболеванием, имели особенность прогрессировать по собственным законам, приобретали черты самостоятельного заболевания и, соответственно, требовали отдельной лечебной программы.

В зависимости от тактики и способа лечебно-диагностических процедур, все больные с осложненными формами ЭП были разделены на 2 группы: контрольную и основную. В контрольную группу вошли 176 (46,7%) больных, у которых применялась традиционная лечебно-диагностическая тактика. У 236 (57,3%) больных основной группы лечебно-диагностический процесс был дополнен современными способами лучевой и эндовизуальной диагностики, методами исследования иммунного статуса больных (в т.ч. проведен иммуноферментный анализ на антитела к эхинококкозу), а также прогнозом тяжести клинического течения осложнений. Исследуемые группы были репрезентативны по возрасту, полу, основной патологии и её осложнениям, сопутствующей патологии. Они различались между собой использованной лечебно-диагностической тактикой для коррекции осложнений ЭП.

Мужчин было 176 (42,7%), женщин - 236 (57,2%), т.е. преобладали лица женского пола. Средний возраст больных составил  $34,4 \pm 12,3$  года. При этом 82,5 % пациентов были в наиболее трудоспособном возрасте (19 - 60 лет).

В основном, обследованные больные поступили в клинику самотеком 392 (95,1%), реже – по направлению из других медицинских учреждений 11 (2,7%) и по линии скорой помощи 7 (1,6 %). Больные поступали в клинику в сроки от нескольких часов до нескольких суток от начала осложнения ЭП. Так, 11,6% больные поступили в клинику в течение до 24 часов с момента начала приступа осложнения ЭП, 14,2% - до 48 часов, 22,8% - до 72 часов.



Изолированное поражение печени, преимущественно ее правой доли, диагностирован у 365 (88,6%) больных, сочетанное и множественное поражение органов – у 47 (11,4%) (табл. 1).

**Таблица 1.**

**Распределение обследованных больных по локализации эхинококкового поражения печени и других органов, n= 412**

Локализация эхинококкового поражения	Контрольная группа, n=176		Основная группа, n=236		Всего, n=412	
	Авс.	%	Авс.	%	Авс.	%
Печень	156	88,6	209	88,6	365	88,6
правая доля	93	52,8	119	50,4	212	51,5
левая доля	56	31,8	78	33,1	134	32,5
обе доли	7	4,0	12	5,1	19	4,6
Печень и другие органы брюшной полости	9	5,1	13	5,5	22	5,3
Печень и легкие	9	5,1	11	4,7	20	4,9
Множественные поражения	2	1,1	3	1,3	5	1,2

В структуре urgentных осложнений ЭП преобладали нагноения (81,5%) и разрыв в брюшную полость с развитием перитонита (8,2%) (табл. 2).

**Таблица 2.**

**Распределение обследованных больных в зависимости от разновидностей осложненных форм ЭП, n=412**

Вид осложнений ЭП	Контрольная гр., n=176		Основная гр., n=236		Всего, n=412	
	Авс.	%	Авс.	%	Авс.	%
Нагноение эхинококковой кисты	143	81,3	193	81,8	336	81,6
Разрыв кисты в брюшную полость с развитием:	15	8,5	19	8,1	34	8,3
– ограниченного перитонита	3	1,7	5	2,1	8	1,9
– распространенного перитонита	12	6,8	14	5,9	26	6,3
Прорыв ЭП в желчные протоки с развитием:	18	10,2	24	10,2	42	10,2
– механической желтухи	13	7,4	17	7,2	30	7,3
– механической желтухи и гнойного холангита	5	2,8	7	3,0	12	2,9

У больных с осложненными формами ЭП для выбора лечебно-диагностической тактики, важно объективно определить тяжесть состояния больных и возможного прогноза тяжести течения имеющегося осложнения. В таких ситуациях по некоторым широко известным показателям (SAPS, APACHE II) врачу экстренной медицинской помощи трудно ориентироваться, в связи с чем, нами в этих целях у обследованных больных использована модифицированная шкала SAPS II, адаптированная к осложнениям ЭП и включающая 18 доступных клиничко-лабораторных и инструментальных па-

раметров, определяемых у них в момент поступления в клинику, а также нахождения в отделениях хирургии или хирургической реанимации (табл.3).

В шкалу внесены изменения, характеризующие степень воспалительных изменений эхинококковых кист, иммунологические параметры, показатели общего билирубина и его фракции которые, по нашему мнению, играют существенную роль в объективной оценке тяжести больных и прогнозировании категории тяжести течения осложненных форм ЭП.

Общая сумма баллов в представленной модификации шкалы SAPS достаточно точно отображает клиническое состояние больных с осложнениями ЭП и сопоставима в различных выборках клинических наблюдений.

**Таблица 3.**

**Распределение обследованных больных по тяжести состояния и категории тяжести течения по модифицированной шкале (SAPS-РНЦЭМП), n= 412**

Сумма баллов	Категория тяжести	Количество больных (%)			
		Контрольная гр., n=176		Основная гр., n=236	
		Абс.	%	Абс.	%
До 11 баллов	I	56	31,8	75	31,8
12-19 баллов	II	72	40,9	98	41,5
20-32 баллов	III	48	27,3	63	26,7

Обследование у обеих групп больных начинали с оценки общего состояния, проведения общеклинических, лабораторных исследований. Целью этих исследований являлось выяснение основных клинических проявлений осложненных форм ЭП, определение тяжести общего состояния больных, степени интоксикации и эндотоксемии, состояния центральной гемодинамики и микроциркуляции. Лабораторные анализы крови и мочи проводились всем обследованным больным и включали в себя определение клинических и биохимических показателей крови, характеристики кислотно-щелочного состояния, оценку уровня гемоглобина, эритроцитов, гематокрита и лейкоцитов с лейкоцитарной формулой, СОЭ, определения показателей билирубина и его фракции, АЛТ и АСТ, общего белка, мочевины, креатинина, парциального давления кислорода и рН-крови, содержания ионов  $K^+$  и  $Na^+$ .

У 36 (15,3%) больных основной группы нами проведено исследование иммунного статуса.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программы Microsoft Office Excel с вычислением среднего значения выборки и средней арифметической ошибки по способу моментов ( $M \pm m$ ), полученные данные подчинялись закону нормального распределения, в связи с чем, вычислялся критерий достоверности с использованием теста  $\chi^2$ .

В третьей главе «**Оптимизация процессов диагностики осложненных форм эхинококкоза печени**» проведена оценка диагностики ЭП в зависимости от вида осложнений. Так, диагностический процесс у больных основной группы включал в себя традиционные методы исследования, современные ме-

тоды визуализации в виде МСКТ, МРТ и ВЛС, а также разработанные нами новые методы диагностики осложнений эхинококкового поражения печени.

Анализ полученных данных показал, что наиболее часто у больных наблюдались сочетание клинических синдромов. Например, синдромы интоксикации 194 (47,2%) и «острого живота» 44 (10,7%) наблюдались у большинства больных с нагноением эхинококковой кисты печени или ее разрывом в брюшную полость. Наряду с этим, синдром механической желтухи 40 (9,8%), печеночной недостаточности 98 (23,6%) и гемодинамических расстройств 36(8,7%) чаще были у больных с прорывом эхинококковых кист печени в желчные протоки.

У 56 больных с осложненными формами ЭП в дальнейшем в диагностическом процессе применяли полипозиционную рентгеноскопию и рентгенографию брюшной полости.

Кроме этого, всем больным применялось УЗИ брюшной полости. Наиболее часто устанавливалось наличие эхоскопических признаков нагноения эхинококковых кист печени 312 (75,7%) в виде неомогенности, гетерогенности их содержимого. Причем у 34 пациентов вначале было подозрение на наличие нагноения ЭП, однако в дальнейшем это не подтвердилось.

Также, при разрыве нагноившейся эхинококковой кисты в брюшную полость эхоскопически у 34 (8,2%) больных было установлено наличие свободной жидкости, у 28 (6,8%) расширение петель и аперистальтики кишечника. Необходимо отметить, что во время произведения УЗИ брюшной полости нами у 12 (2,9%) пациентов обнаружено небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости, а также умеренное расширение петель тонкой кишки.

Это, наряду с неблагоприятными клинико-лабораторными данными, послужило показанием для экстренной лапароскопии, в ходе которого у 8 из них было диагностировано наличие разрыва кисты и перитонита. У 4 (1%) пациентов первоначальное предположение наличия свободной жидкости в брюшной полости в последующем было исключено. У 8 (1,9%) больных сонографически нами были установлены наличие подпеченочных(5) и другой локализации абсцессов брюшной полости (3).

Весьма информативным УЗИ оказалось при диагностике такого грозного осложнения ЭП, как прорыв эхинококковой кисты в печеночные протоки с развитием механической желтухи и гнойного холангита. В наших исследованиях у 34 (8,3%) контрольной и основной групп больных выявлялось наличие расширения общего желчного протока, а у 22 параллельное расширение внутрипеченочных ходов. У 5 больных предварительное предположение о наличие расширения холедоха в дальнейшем было исключено.

В силу ее неинвазивности, доступности и необременительности для больных, представляется возможным применение ультрасонографии в динамике. У 52 больных выполнялось динамическое УЗИ, при котором у 43,2% выявлялись эхографические признаки внутрибрюшных осложнений ЭП, которые отсутствовали при первом подобном исследовании.

Не умаляя достоинств УЗИ в диагностике осложненных форм ЭП, надо отметить, что в определенных ситуациях его информативность снижается. Это связано с отрицательным влиянием наличия у больных газов в брюшной полости, цирроза печени и асцита, недостаточности кровообращения, что приводило к увеличению числа ложно отрицательных результатов УЗИ. Это приводило у 36 больных к неоправданной задержке экстренного хирургического вмешательства.

Для улучшения традиционной диагностики осложненных форм ЭП у обследованных больных применялись современные способы лучевой визуализации: у 34 обследованных больных применялась МСКТ с последующей 3D реконструкцией, при этом у 2 (5,9%) больных представленные предварительные МСКТ данные в дальнейшем не подтвердились.

В целях оптимизации диагностики внутрибрюшных осложнений ЭП, у 36 (15,3%) пациентов основной группы с клиникой перитонита была применена ВЛС. При этом основным условием для проведения данного вмешательства считали стабильное состояние центральной гемодинамики или стабилизацию его путем проведения интенсивной противошоковой терапии. У 29 (80,6%) пациентов с маргинальной локализацией осложненной кисты ВЛС явилось окончательным вмешательством. В 7 (19,4%) случаях из 36 пришлось прибегнуть к конверсии на традиционную лапаротомию в связи с «трудной» локализацией (1), множественностью поражения (4) и необходимостью тщательной санации брюшной полости (2) (табл. 4).

**Таблица 4.**

**Диагностические возможности ВЛС, n=36**

Вид патологии	Всего больных	
	Абс.	%
Наличие разрыва эхинококковой кисты печени	11	30,6
Оценка характера и распространенности перитонита	11	30,6
серозный выпот с частичками хитиновой оболочки	3	8,3
желчный перитонит	7	19,4
гнойный перитонит	1	2,8
Наличие нагноившейся эхинококковой кисты печени	25	69,4
Сочетание нагноившейся ЭП с поражением:	3	8,3
селезенки	2	5,6
брыжейки тонкой кишки	1	2,8
Наличие абсцессов в брюшной полости	2	5,6
Гепатомегалия, бугристость печени	2	5,6
Наличие асцита	2	5,6
Наличие ранней спаечной непроходимости	2	5,6

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) нами применялась у 40 (22,7%) больных основной группы с прорывом эхинококковой кисты в печеночные протоки и развитием клинической картины механической желтухи (МЖ), а также гнойного холангита (ГХ). При этом

она предоставляла нам возможность детальной оценки имеющейся патологии со стороны желчных протоков (табл. 5).

**Таблица 5.**

**ЭРПХГ-семиотика при МЖ паразитарной этиологии, n=40**

Признаки	Всего больных	
	Авс.	%
Блок на различных уровнях холедоха:	40	100
средняя треть	11	27,5
дистальная часть	29	72,5
Холедохозктазия:	40	100
умеренная до 1,0 см	19	47,5
средняя до 1,5 см	14	35
выраженная более 1,5 см	7	17,5
Расширение ВПП:	36	90
умеренное	31	77,5
выраженное	5	12,5
Наличие гнойного холангита	11	27,5
Дивертикулы папиллярной области	3	7,5

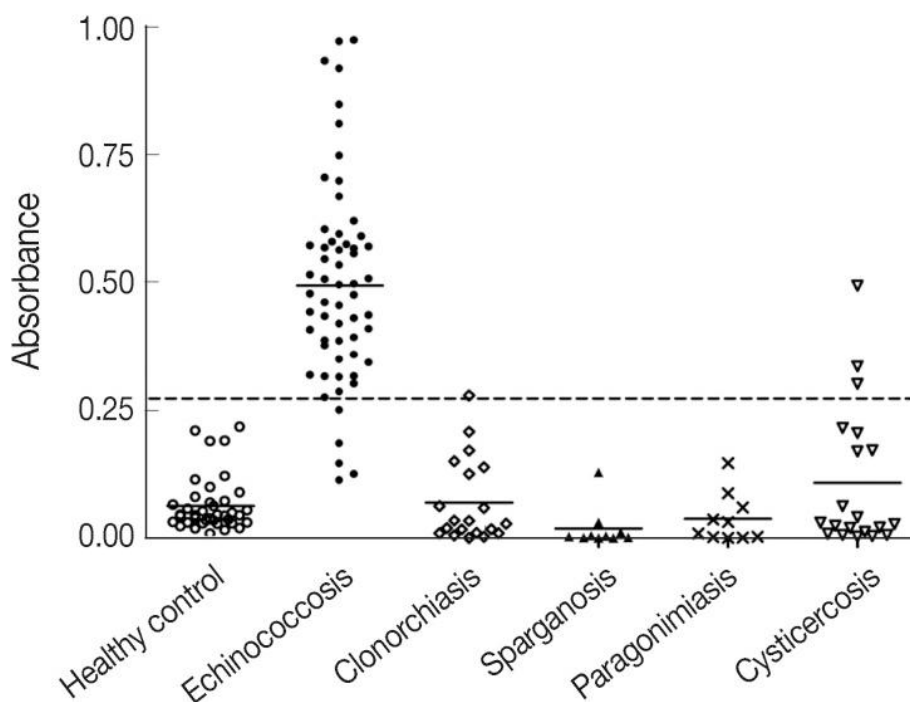
Анализ данных приведенных данных, прежде всего, свидетельствует о том, что у всех 40 больных выявлялось наличие блока общего желчного протока, вызываемое его обтурацией частями хитиновой оболочки и эхинококковыми сколексами.

Наряду с положительными сторонами, ЭРПХГ в силу ее инвазивности, чревата развитием различных осложнений в виде острого панкреатита, кровотечения, перфорации стенки двенадцатиперстной кишки, в связи с чем, в 24 (5,8%) случаях основной группы нами выполнена магнитно-резонансная панкреатохолангиография, показаниями к которой были наличие ЭП и МЖ, наличие в анамнезе резекцию желудка или наложение билиодигестивных анастомозов.

С целью улучшения диагностики эхинококковой этиологии имеющих осложнений, у больных основной группы применен иммунологический способ диагностики. В частности, совместно с коллегами из Сеульского Национального Университета была доказана высокая специфичность иммуноферментного анализа (ИФА) для эхинококкоза, а также рассчитано пороговое значение для исследуемых образцов пациентов из Узбекистана (образцы с поглощающей способностью менее 0,27 нм были определены как отрицательные, а образцы с более чем 0,27 нм – положительными (рис. 1)).

Проведенный у 99 (41,9%) больных основной группы ИФА с применением специфических сывороточных IgG-антител к ЕсAg (антигенам эхинококкоза) показал высокую чувствительность (91,5%), и специфичность (96%). Это международное совместное исследование позволило существенно повысить точность диагностики этиологической причины осложненных кист

печени и других органов больных, проживающих в Узбекистане (Jin Y., Anvarov Kh., Khajibaev A. et al., 2013).



**Рис.1. Распределение оптической плотности ИФА с эхинококковым антигеном в сравнении с другими паразитарными заболеваниями**

Последний заключался в лабораторном определении в периферической крови больных содержания таких наиболее ключевых провоспалительных цитокинов иммунной системы, как фактор некроза опухолей TNF- $\alpha$ , а также интерлейкинов IL-1 $\beta$ , IL-6. Данные исследования были выполнены у 36 (15,3%) больных основной группы, а также у 16 практически здоровых людей без эхинококкоза печени и гепатитов (табл. 6).

**Таблица 6.**

**Цитокиновый спектр периферической крови у больных основной группы, n=52**

Показатели	Больные без ЭП (n=16)	Больные с ЭП (n=36)	p<
TNF- $\alpha$ , пг/мл	4,58 $\pm$ 0,81	8,22 $\pm$ 1,01	0,05
IL-1 $\beta$ , пг/мл	9,94 $\pm$ 1,78	14,72 $\pm$ 1,88	0,05
IL-6, пг/мл	3,42 $\pm$ 0,28	9,06 $\pm$ 0,98	0,05

Уровень IL-1 $\beta$  у пациентов с осложненными формами ЭП, при поступлении в среднем составлял 14,72 $\pm$ 1,88 пг/мл, что достоверно отличалось от контрольных значений, превышая последние в 1,48 раза. Параллельно с этим в периферической крови у пациентов с осложненными формами ЭП также повышенными оказались уровень содержания TNF- $\alpha$  (8,22 $\pm$ 1,01 пг/мл) и IL-6 (9,06 $\pm$ 0,98 пг/мл), что достоверно превышало контрольные значения соответственно в 1,79 и 2,65 раза.

Таблица 7.

**Модифицированная шкала прогноза категории тяжести течения  
осложнений ЭП**

#	Анализируемый признак	Баллы и соответствующие им числовые значения показателей						
		3	2	1	0	1	2	3
X1	Возраст, лет				<45	46-55	56-65	66-75
X2	Рs, в 1 мин	<40	40-54	55-69	70-109	110-139	140-179	>179
X3	АД <sub>сис</sub> , мм рт. ст.	<40	40-54	55-79	80-149	150-179	180-189	>189
X4	t тела, °С	30,0 - 31,9	32,0- 33,9	34,0- 35,9	36,0-37,4	37,5-38,4	38,5-38,9	39,0-40,9
X5	ЧДД в 1 мин	<6	6-9	10-11	12-24	25-34	35-49	>49
X6	Диурез, л/24 ч	<0,2	0,2- 0,49	0,50- 0,69	0,70-3,49	3,50-4,99-	>5,0	
X7	Мочевина крови, ммоль/л			<3,49	3,50-7,4	7,50-28,9	29-35,9	36-54,9
X8	Калий крови, мэкв/л	<2,5	2,5- 2,9	3,0-3,4	3,5-5,4	5,5-5,9	6,0-6,9	>6,9
X9	Лейкоцитоз крови, 10 <sup>3</sup>				6,5-8,0	до 10,0	до 15,0	>15,0
X10	Сознание				ясное	оглушение	сопор	кома
X11	ПИК, усл.ед				до 5,5	5,6-7,0	7,1-11,0	11,1-15,0
X12	Билирубин крови				до25,0	25-100,0	100,0-200,0	>200,0
X13	IL-6, ммоль/л	>4,0	4,0- 3,5	3,5-3,0	3,0			
X14	Перистальтика кишечника				активная	вялая	единичная	отсутств.
X15	Чаши Клойбера				нет	единичные	множ.	смеш. множ.
X16	Распространенность перитонита				-	*	**	***

Таким образом, у больных с urgentными осложнениями ЭП развивается существенная активация провоспалительных цитокинов, что может быть использовано как диагностический критерий прогноза тяжести течения, осложненного ЭП (табл. 7).

В модифицированную шкалу прогноза категории тяжести течения осложнений ЭП, разработанную на основе SAPSII, кроме показателей цитокинового спектра крови мы включили еще 15 параметров, характеризующих тяжесть общего состояния и особенности течения осложнений этого паразитарного заболевания (табл. 7).

С целью определения прогностической ценности выбранных антропометрических, клинических, инструментальных и лабораторных показателей были проведены ретроспективные исследования с расчётом значения  $\chi^2$  для каждого из выбранных показателей. На основании полученной суммы баллов больных ранжировали по разработанным нами градациям прогноза категории тяжести течения осложнений ЭП.

Категория I –одноэтапное первично-радикальное вмешательства;

Категория II –показано двухэтапное лечение (экстренная миниинвазивная декомпрессия ЖВП с последующей радикальной операцией в отсроченном порядке);

Категория III –показано минимальное вмешательство в экстренном порядке, (табл. 8).

**Таблица 8.**

**Тяжесть состояния и категории тяжести течения по модифицированной шкале (SAPS-РНЦЭМП), n= 412**

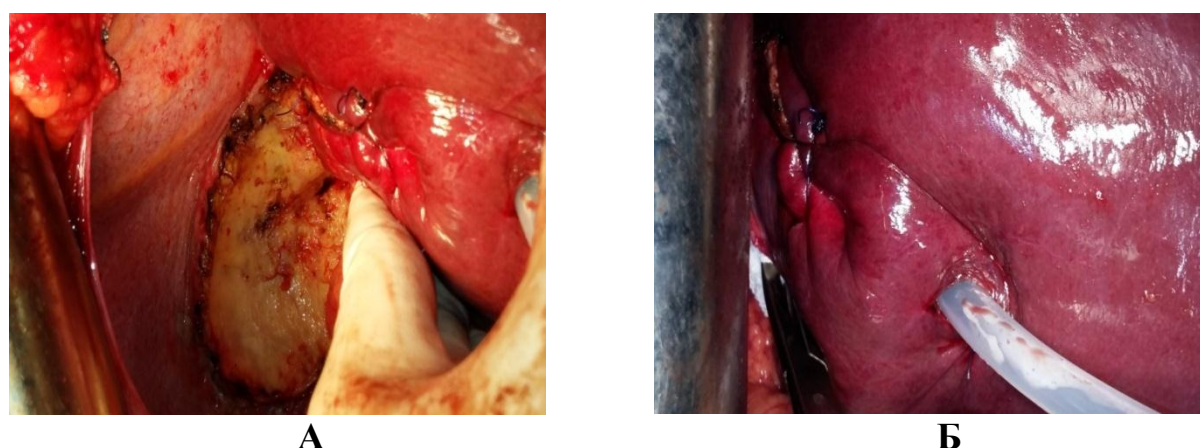
Сумма баллов	Категория тяжести	Контрольная гр., n=176		Основная гр., n=236	
		n	%	n	%
До 11 баллов	I	56	31,8	75	31,8
12-19 баллов	II	72	40,9	98	41,5
20-32 баллов	III	48	27,3	63	26,7
$\chi^2$ -тест		Df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=0,022$ , $\chi^2_{\text{крит}}=5,991$ , $p>0,05$ (0,990)			

Вычисленная категория тяжести учитывалась при выборе объема и этапности хирургического лечения:

При этом было установлено, что предложенная нами интегральная шкала прогноза категории тяжести течения осложнений ЭП отличается высокими показателями чувствительности (в среднем 85,7%), специфичности (в среднем 79,1%) и общей точности (в среднем 83,5%).

В четвертой главе, под названием «Улучшение тактики лечения больных с осложненными формами эхинококкоза печени» проведен анализ результатов лечения различных осложнений ЭП.

У больных осложненными формами ЭП контрольной группы (176) придерживались активной тактики лечения, подразумевавшей экстренное выполнение одномоментной операции лапаротомным доступом (рис. 2), в том числе у 13 (7,4%) пациентов с МЖ эхинококкэктомия была дополнена холедохотомией, хитинэктомией и наружным дренированием холедоха.



**Рис.2. Различные виды обработки остаточной полости**  
**а – обработка площадки фиброзной капсулы аргоно-плазменной коагуляцией**      **б – неполный капитонаж с наружным дренированием**

У больных основной группы (236) применялась активно-индивидуализированная тактика лечения с учетом шкалы SAPS-РНЦЭМП.



Так, у 36 (15,3%) больных основной группы, у которых были показания к экстренной диагностической ВЛС, а также при с SAPS-РНЦЭМП II категории, процедуру дополняли лапароскопической эхинококкэктомией. Кроме того, еще у 40 (16,9%) пациентов этой группы с картиной МЖ выполнена эндоскопическая санация ЖВП. По ограниченным показаниям у 6 (2,5%) больных с SAPS-РНЦЭМП III категории выполнен пункционный метод дренирования паразитарной кисты (табл. 9). При этом у 4 больных данное вмешательство выполнялась под контролем УЗИ, а у 2 - под контролем МСКТ.

**Таблица 9.**

**Объем и характер вмешательств при urgentных осложнениях ЭП**

Характер вмешательства	Контрольная гр., n=176		Основная гр., n=236		Всего, n=412	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Первично выполненные операции</b>						
Лапаротомия	176	100,0	154	65,3	330	80,1
– закрытая	62	35,2	37	15,7	99	24,0
– закрытая с аргоно-плазменной обработкой фиброзной капсулы	0	0,0	25	10,6	25	6,1
– полузакрытая	89	50,6	89	37,7	178	43,2
– атипичная резекция	12	6,8	0	0,0	12	2,9
– эхинококкэктомия, холедохотомия, дренирование холедоха	13	7,4	3	1,3	16	3,9
ВЛС	0	0,0	36	15,3	36	8,7
Пункционный метод	0	0,0	6	2,5	6	1,5
Эндоскопический метод	0	0,0	40	16,9	40	9,7
$\chi^2$ -тест	Df=3, $\chi^2_{\text{стат}}=76.348$ , $\chi^2_{\text{крит}}=11,345$ , $p<0,001$					
<b>Операции второго этапа (отсроченные операции)</b>						
Лапаротомия после РПХГ+ЭПСТ	0	0,0	32	13,6	32	7,8
Лапароскопия после РПХГ+ЭПСТ	0	0,0	8	3,4	8	1,9

Применение активно-индивидуализированной тактики хирургического лечения urgentных осложнений ЭП с учетом тяжести состояния пациентов по модифицированной шкале SAPS-РНЦЭМП и расширением показаний к миниинвазивным вмешательствам (ВЛС, эндоскопическая санация ЖВП, пункционные методы), использование аргоно-плазменной обработки остаточных полостей позволило статистически значимо ( $p<0,001$ ) снизить частоту как специфических (с 9,7 до 3%), так и неспецифических (23,9 до 9,7%) послеоперационных осложнений (табл. 10).

Таблица 10.

**Структура и частота послеоперационных осложнений и общие результаты хирургического лечения больных с urgentными осложнениями ЭП**

Характер осложнения	Контрольная гр., n=176		Основная гр., n=236		Всего, n=412	
	Абс	%	Абс	%	Абс.	%
Без осложнения	117	66,5	206	87,3	323	78,4
Неспецифические:	42	23,9	23	9,7	65	15,8
-нагноение п/о ран	15	8,5	8	3,4	23	5,6
-пневмония	22	12,5	13	5,5	35	8,5
-острый инфаркт миокарда	2	1,1	1	0,4	3	0,7
-ТЭЛА	3	1,7	1	0,4	4	1,0
Специфические:	17	9,7	7	3,0	24	5,8
-кровотечение в брюшную полость	2	1,1	1	0,4	3	0,7
-нагноение остаточной полости	6	3,4	1	0,4	7	1,7
-продолжающийся перитонит	4	2,3	1	0,4	5	1,2
-спаечная кишечная непроходимость	3	1,7	1	0,4	4	1,0
-наружный желчный свищ	2	1,1	1	0,4	3	0,7
$\chi^2$ -тест	Df=2, $\chi^2_{\text{стат}}=26.059$ , $\chi^2_{\text{крит}}=9,21$ , p<0,001					
Сроки пребывания в стационаре, койко-дни	14,5±2,1		9,8±1,3			
Послеоперационная летальность	6	3,4	3	1,3	9	2,2
$\chi^2$ -тест	Df=1, $\chi^2_{\text{стат}}=23.50$ , $\chi^2_{\text{крит}}=9,609$ , p=0.002					

**Примечание:** при наличии двух и более осложнений у одного пациента учитывали клинически наиболее значимое осложнение.

На основе модифицированной нами шкалы оценки тяжести состояния пациента и прогноза развития осложнений (SAPS-РНЦЭМП) разработана приложение для операционных систем Windows (рис. 3), которая позволяет дежурному хирургу, путем ввода указанных в табл. 7 нескольких параметров, оперативно рассчитать тяжесть течения заболевания и выбрать оптимальную тактику лечения.

Применение этапного хирургического лечения в основной группе пациентов не привело к увеличению продолжительности сроков стационарного лечения, наоборот, наши наблюдения показывают, что за счет широкого применения у этой группы пациентов миниинвазивных вмешательств удалось снизить средний койко-день с 14,5±2,1 до 9,8±1,3 дней.

Оценка тяжести течения и выбор тактики лечения

Ф.И.О. больного (ой)  № истории болезни

Оценка состояния | Выбор тактики лечения

Введите данные

Возраст, лет  Пульс, в 1 мин  Систол. АД, мм.рт.ст

Температура тела, С  Частота дыхания, в 1 мин  Диурез, л/24 ч

Мочевина крови, ммоль/л  Калий крови, мэкв/л  Лейкоцитоз крови,  $10^9$

Сознание  ПИК, усл.ед  Билирубин крови

Пб, ммоль/л  Перистальтика кишечника

Часы Клойбера  Распространенность перитонита

Оценка тяжести течения  Тяжесть течения в баллах

Переход к выбору лечения  Очистка формы  Закрытие АРМа

**Рис.3. Интерфейс компьютерной программы для выбора тактики лечения больных с осложненными формами ЭП.**

Активно-индивидуализированная тактика, основанная на учете шкалы SAPS-РНЦЭМП и активного использования минимально инвазивных методов хирургического лечения, позволило снизить послеоперационную летальность более чем в два раза – с 3,4 до 1,3%. В основной группе пациентов причинами неблагоприятного исхода во всех случаях послужили неспецифические осложнения: полиорганная недостаточность в связи с развитием сепсиса и септической интоксикации (1), ОИМ (1) и ТЭЛА (1).

В разделе «**Заключение**» приведены основные результаты применения методов диагностики и лечения больных с осложненными формами ЭП. В результате проведенных исследований по теме настоящей работы, анализ и обобщение полученных данных, сочтено целесообразным дать рекомендации по лечебно-диагностической тактике осложненных форм ЭП. Эта тактика исходит из требований адекватной диагностики, рациональности использования лечебных манипуляций в зависимости от вида осложнения, локализации ЭП и соматического статуса больного.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. ЭРХПГ, МРХПГ и иммунологическая диагностика осложненных форм эхинококкоза печени обладают в среднем высокими показателями ДЧ (96%), ДС (88,9%) и ДЭ (92,6%) и позволяют достоверно распознать виды осложнений эхинококкоза печени.

2. При исследовании иммунного статуса пациентов с осложненными формами ЭП наблюдается достоверное повышение провоспалительных цитокинов: IL-1 $\beta$  – в 1,48 раза, TNF- $\alpha$  – в 1,79 раза и IL-6, пг/мл – в 2,69 раза по сравнению с нормальными значениями.

3. Разработанная интегральная шкала позволяет определить прогноз категории тяжести течения осложненных форм ЭП и отличается высокими показателями чувствительности (в среднем 85,7%), специфичности (в среднем 79,1%) и общей точности (в среднем 83,5%).

4. Разработанная компьютерная программа создает возможность произвести обоснованный выбор тактики лечения осложненных форм ЭП с определением объема предоперационной и этапной интенсивной консервативной терапии, а также вида оперативного вмешательства.

5. Применение интегральной шкалы и компьютерной программы оптимизирует лечебно-диагностический процесс и улучшает результаты лечения больных с осложненными форм ЭП, что выражается в уменьшении числа послеоперационных осложнений с 33,5% до 12,7%, снижении послеоперационной летальности с 3,4% до 1,3% и уменьшении дней пребывания больных в стационаре на 32,4%.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES  
DSc.28.02.2018.Tib.63.01. AT THE REPUBLICAN RESEARCH CENTRE  
OF EMERGENCY MEDICINE**  

---

**REPUBLICAN RESEARCH CENTRE OF EMERGENCY MEDICINE**

**ANVAROV KHIKMAT ERKINOVICH**

**IMPROVING OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE URGENT  
COMPLICATIONS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS**

**14.00.40 – Emergency medicine**

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF  
PHILOSOPHY (PhD) IN MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2019**

**The subject of the doctoral (PhD) dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan with the number B2018.1.PhD/Tib533.**

The dissertation (PhD) has been prepared at the Republican research centre of emergency medicine.

Abstract of the dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council ([www.emerge-centre.uz](http://www.emerge-centre.uz)) and the informational-educational portal «Ziyonet» at ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Scientific mentor:** **Khadjibaev Farkhod Abdukhakimovich**  
Doctor of Medicine

**Official opponents:** **Aripova Nazira Uktamovna**  
Doctor of Medicine, Professor

**Khakimov Murod Shavkatovich**  
Doctor of Medicine, Professor

**The leading organization:** **The First Saint-Petersburg State Medical University  
named after acad. I.P.Pavlov  
(Russian Federation)**

The defense will be take place on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 at \_\_\_ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.28.02.2018.Tib.63.01 at the Republican research centre of emergency medicine (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 2, Republican research centre of emergency medicine; Phone: (99878) 150-46-00, fax: (99878) 150-46-05, e-mail: [uzmedicine@mail.ru](mailto:uzmedicine@mail.ru)).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican research centre of emergency medicine (Registration number № \_\_\_), ((Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 2, Republican research centre of emergency medicine; Phone: (99878) 150-46-00, fax: (99878) 150-46-05

Abstract of the dissertation sent out on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019.  
(mailing report № \_\_\_ of «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019).

**A.M. Khadjibaev**  
Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine, professor

**D.A. Alimov**  
Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine

**B.K. Altiev**  
Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award scientific degrees, doctor of medicine

## INTRODUCTION (abstract of (PhD) thesis)

**The aim of the research work:** improvement of results of diagnosis and treatment of urgent complicated forms of liver echinococcosis.

**The subject of the study:** 412 patients with liver echinococcosis with various urgent complications who were hospitalized at the Republican Research Centre of Emergency Medicine for the period from 2005 to 2017 inclusive.

**The scientific novelty of the research** is as follows:

the inclusion of an enzyme-linked immunoassay in the complex diagnosis of various complicated forms of liver echinococcosis by determining the cytokine spectrum has been substantiated;

the importance of age-related features, hemodynamic parameters, intoxication indicators, and the type of peritonitis in the abdominal cavity in determining the prognosis of the severity of the disease and a differentiated approach to the treatment of complicated forms of liver echinococcosis has been proven;

based on the volume and timing of preoperative and staged intensive conservative therapy in patients with complicated forms of liver echinococcosis, the type and timing of surgical interventions are substantiated;

effectiveness of argon plasma coagulation in hemo - and cholestasis, as well as its high antiparasiticity and antibacterial character in the treatment of the residual cavity when performing echinococectomy from the liver;

**Introduction of research results.** In the course of research on improving the quality of treatment with complicated forms of liver echinococcosis, the following were developed and implemented:

methodological recommendations “Modern approaches to the diagnosis of urgent complications of liver echinococcosis” (Reference of the Ministry of Health No. 8n-r/174 dated 03.05.2019), which will improve the efficiency of diagnosis and the results of treatment of complicated forms of liver echinococcosis;

a new computer program was developed to select the optimal tactics for treating patients with complicated forms of liver echinococcosis, upon which a certificate of official registration of a program for electronic computers was obtained (registration No. DGU 3025 on June 25, 2019); the program automatically proposes a disease prognosis, a preliminary plan of diagnostic and therapeutic measures, and also creates a database of data for this category of patients;

the developed methods have been introduced into the practice of health care, in particular, in the work of the department of emergency surgery of the Republican research center for emergency medicine, as well as the surgical departments of its Samarkand and Bukhara branches (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d/158 dated 06.25.2019). The results of the study allowed optimizing the choice of tactics of surgical treatment of patients with complicated forms of liver echinococcosis, shortening the duration of treatment and reducing the number of complications.

**The structure and scope of the dissertation.** The thesis consists of introduction, literature review, chapter of material and research methods, chapters of own research results, resume, conclusions, practical recommendations and references.

The volume of the text material is 118 pages of typewritten text, illustrated with 20 figures and 35 tables.



**СПИСОК ПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ  
НАШР ҚИЛИНГ АНИШЛАР РЎЙХАТИ  
LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Хашимов М.А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути. // Вестник экстренной медицины. – 2010. – №4. – С. 15-19. (14.00.00; №11).

2. Анваров Х.Э., Адылходжаев А.А., Хасанов В.Р. Роль МРТ-холангиографии в диагностике синдрома механической желтухи. // Вестник экстренной медицины. Ташкент. – 2011. – №4. – С. 25-28. (14.00.00; № 11).

3. Yan Jin, Khikmat Anvarov, Abdukhakim Khadjibaev, Samin Hong, Sung-Tae Hong. Serodiagnosis of Echinococcosis by ELISA using cystic fluid from Uzbekistan sheep. // Korean. J. Parasitol., 2013. – Vol. 51. – №3. – P. 313–317. (14.00.00. (24) IF 1,82).

4. Sung-Tae Hong, Yan Jin, Khikmat Anvarov, Abdukhakim Khadjibaev, Samin Hong, Yusufjon Ahmedov, Utkir Otaboev. Infection status of hydatid cysts in humans and sheep in Uzbekistan // Korean. J. Parasitol., 2013. – Vol. 51. – №3. – P. 383-385. (14.00.00. (24) IF 1,82).

5. Park S.J., Han S.S., Anvarov K., Khadjibaev A., Choi M.H., Hong S.T. Prevalence of serum IgG antibodies to cystic echinococcus antigen among patients in an Uzbekistan emergency hospital // Korean. J. Parasitol., 2015. – Vol.56. – №3. – P. 699-703 (14.00.00. (24) IF 1,82).

6. Анваров Х.Э. Особенности диагностики и лечения эхинококкоза печени и его осложнений. // Вестник экстренной медицины. – 2017. – Том X. – №1. – С. 97-103. (14.00.00; №11).

7. Хаджибаев А.М., Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Анваров Х.Э., Абдухалимов И.А. Опыт хирургического лечения эхинококкоза печени и сердца в условиях экстренного стационара. // Вестник экстренной медицины. 2018. – Том XI. – №1. – С. 61-65. (14.00.00; №11).

8. Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Анваров Х.Э., Гуломов Ф.К. Тактика ведения больных с гнойным холангитом на фоне механической желтухи опухолевого генеза. // Скорая медицинская помощь. 2019. – Том 20. – №1. – С. 61-64. (14.00.00; №133).

9. Khikmat Anvarov, Farkhod Khadjibaev. Surgical Management of Urgent Complications of Liver Parasite Invasions. // American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2019. – Vol.9. – №6. – P. 197-202. (14.00.00; №2).

**II бўлим (II часть; II part)**

10. Анваров Х.Э., Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Хашимов М.А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчевыводящие пути. // Материалы XIV Московского Международного Конгресса по эндоскопической хирургии. Москва. – 2010. – С. 12-14.

11. Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Хашимов М.А. Совершенствование диагностики и выбор тактики лечения эхинококкоза печени, осложненного

прорывом в желчные пути. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2011. – №3. – С. 55-56.

12. Анваров Х.Э. Комплексный подход к диагностике и лечению механической желтухи паразитарного генеза. // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. 2011. . – Том 6. – № 2. – С. 353.

13. Anvarov Kh., Khadjibaev A.M., Inamov O.Ya. Improvement of emergency medicine at emergency cases in the Republic of Uzbekistan. // The 2<sup>nd</sup> International Conference on Preparedness to Emergencies & Disasters. Tel-Aviv. . – 2012. – P.258.

14. Анваров Х.Э., Алтыев Б.К., Мельник И.В. Комплексный подход в диагностике и лечении некоторых ургентных осложнений эхинококкоза печени. // Материалы XX Международного Конгресса «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии». Донецк. – 2013. – С. 9.

15. Khadjibaev A., Anvarov Kh. Complex approach in diagnostics and treatment of obstructive jaundice causing by parasite. // International Surgical Week, Helsinki, 2013, P.185.

16. Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Анваров Х.Э. Применение оптимизированного алгоритма диагностики и лечения пациентов с ургентными осложнениями эхинококкоза печени. // Материалы XXII Международного Конгресса «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии». Ташкент. 2015. – С. 136-137.

17. Анваров Х.Э., Хаджибаев Ф.А. Аргоноплазменная коагуляция при эхинококкэктомии из труднодоступных сегментов печени // Вестник хирургической гастроэнтерологии. Москва, 2016. – №3. – С.44-45.

18. Анваров Х.Э. Применение бесконтактной аргоно-плазменной коагуляции при эхинококкэктомии из труднодоступных сегментов печени. // Материалы XXIII Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии». Минск. 2016. – С. 420.

19. Анваров Х.Э., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Мирзакулов А.Г., Тилемисов С.О. Этапное хирургическое лечение эхинококкоза печени с синдромом механической желтухи в условиях экстренного стационара. // Материалы XIV Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации экстренной медицинской помощи: вопросы ургентной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатобилиарной зоны». Ташкент. Вестник экстренной медицины. 2017. – Том X. – №4. – С. 45-46.

20. Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Эшмурадов А.Б., Анваров Х.Э. Роль высокотехнологичных эндовизуальных методов в диагностике и лечении фасциолеза печени, осложненного механической желтухой и холангитом. // Материалы XIV Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации экстренной медицинской помощи: вопросы ургентной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатобилиарной зоны». Ташкент. Вестник экстренной медицины. 2017. – Том X. – №4. – С. 112.

21. Анваров Х.Э., Хаджибаев Ф.А. Современные подходы к диагностике ургентных осложнений эхинококкоза печени / Методические рекомендации // Утверждено Министерством здравоохранения Республики Узбекистан за № 8н-р/174 от 03.05.2019 г. Ташкент - 22 с.

Автореферат «Шошилишч тиббиёт ахборотномаси»журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тиллардаги матнлари ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босишга рухсат этилди: \_\_\_\_\_2019 йил.  
Бичими 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>, «Times New Roman»  
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.  
Шартли босма табағи 3. Адади: 100. Буюртма: № \_\_\_\_\_.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,  
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68.

«АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»  
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.