

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР  
БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**САПАЕВ ДУСЧАН ШУХРАТОВИЧ**

**ЖИГАР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЙИРИНГЛИ –  
СЕПТИК АСОРАТЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА  
ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ - 2020**

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

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

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

**Сапаев Дусчан Шухратович**

Жигар эхинококкэктомиясидан кейинги йирингли-септик  
асоратларнинг олдини олиш ва ҳаёт сифатини баҳолаш..... 3

**Сапаев Дусчан Шухратович**

Оценка качества жизни и профилактика гнойно-септических  
осложнений после эхинококкэктомии из печени ..... 21

**Sapaev Duschan Shukhratovich**

The assessment of quality of life and prevention of purulent-septic  
complications after echinococcectomy from the liver..... 39

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 43

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА  
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ  
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР  
БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**САПАЕВ ДУСЧАН ШУХРАТОВИЧ**

**ЖИГАР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯСИДАН КЕЙИНГИ ЙИРИНГЛИ –  
СЕПТИК АСОРАТЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА  
ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ - 2020**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №В2020.2.PhD/Tib692 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент тиббиёт академияси ва Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) ва «Ziynet» ахборот-таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган

**Илмий раҳбар:** **Акбаров Миршавкат Миролимович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Расмий оппонентлар:** **Ибадов Равшан Алиевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор  
**Эшонходжаев Отабек Джураевич**  
тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи ташкилот:** **Андижон давлат тиббиёт институти**

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2020 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (111 рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2020 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.  
(2020 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Ф.Г. Назиров**

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

**А.Х. Бабаджанов**

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

**А.В. Девятов**

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

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, "эхинококкоз соғлиқни сақлашнинг энг долзарб муаммоларидан бири сифатида эътироф этилиб, устувор зооноз касалликлар рўйхатига киритилган ва мутахассислар томонидан ушбу касалликка қарши курашда биргаликда мувофиқлаштирилган саъй-ҳаракатларни амалга ошириш ташвиқот қилинмоқда»<sup>1</sup>. Ушбу муаммо, айниқса ҳар йили энг юқори касалланиш қайд этиладиган Марказий Осиё, Шимолий Африка ва Лотин Америкаси мамлакатларида энг долзарбдир. Бутун дунёда ҳар йили ушбу патология миллиондан ортиқ одамга таъсир қилади, уларни даволаш учун қарийб 3 миллиард доллар сарфланади ва 2015 йилда 19300 ўлим ҳолати қайд этилди. Шу аснода «нафақат эхинококкоз тарқалишини назорат қилиш бўйича профилактик чора-тадбирлар, балки ушбу патология билан касалланган беморларни даволашнинг клиник-диагностик жиҳатлари ҳам долзарб масала ҳисобланади»<sup>2</sup>. «Кўпинча эхинококк жигарни зарарлаб, хирургик даволаш заруратини келтириб чиқаради, унинг натижалари эса, ҳозирги вақтда ташриҳдан кейинги асоратларнинг юқори даражаси ва қайталаниш эҳтимоли сабабли мутахассисларни қониқтирмайди»<sup>3</sup>. Замонавий тиббиётга илмий-техник ривожланиш ютуқларини жорий этиш эхинококкозни даволашда янги усулларнинг пайдо бўлишига туртки берди, улардан бири ультратовушли кавитация (УТК) ҳисобланади. Бироқ, бу усул ҳам етарлича ўрганилмаган. Шу сабабли, ташриҳдан кейинги ўзига хос асоратлар ҳавфини камайтириш, шунингдек, касаллик қайталанишини олдини олиш мақсадида жигар эхинококкэктомиясидан сўнгги қолдиқ бўшлиққа ишлов беришнинг кимёвий ва физикавий усулларининг комплекс таъсир самарасини ўрганиш замонавий гепатологиянинг долзарб вазифаси бўлиб қолмоқда.

Жаҳон амалиётида ҳозирги кунда паразитнинг ҳар бир генотипи учун этиологик манбаларни аниқлаш билан ҳар хил турдаги эхинококкозларнинг генетик хусусиятларини текшириш, зарарланишнинг ва турли органларда жойлашувининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш билан бирга одамларда паразитизмнинг сабаб омиллари эпидемиологиясини ўрганиш энг долзарб тадқиқотлар бўлиб қолмоқда. Айниқса, эхинококкэктомиядан сўнгги қолдиқ бўшлиқларга ишлов беришнинг турли хил усулларини физик-кимёвий хусусиятлари ва антипаразитар хоссаларини ўрганиш масалалари долзарб ҳисобланади, хусусан, аниқланган гидатидларни олиб ташлаш ва фиброз қобиқ соҳасида паразит зарраларини сақланиб қолиш эҳтимоли асносида

<sup>1</sup> Meeting of the WHO Informal Working Group on Echinococcosis (WHO-IWGE), Geneva, Switzerland, 15–16 December 2016. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017 (WHO/HTM/ NTD/NZD/2017.01). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>2</sup> Wen H, Vuitton L, Tuxun T, Li J, Vuitton DA, Zhang W, McManus DP. Echinococcosis: Advances in the 21st Century. *ClinMicrobiol Rev.* 2019 Feb 13;32(2). pii: e00075-18. doi: 10.1128/CMR.00075-18. Print 2019 Mar 20. Review. PubMed PMID: 30760475; PubMed Central PMCID: PMC6431127.

<sup>3</sup> Nazirov FG, Akbarov MM, Sirojiddinov K.K. The Effect of Chronic Diffuse Liver Pathology on the Risk of Intra – and Post – Hepatectomy Complications // «Journal of life science and Biomedicine», Volume 8, Issue 3, May 2018, p.54-60.

касалликнинг қайталаниш хавфини камайтиришга йўналтирилган – кумуш оксиди, темир, мис, кремний диоксиди ва рух оксиди каби субстратлар нанозаррачаларининг сколексоцид самарадорлигини қиёсий ўрганиш бўйича тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Айни пайтда аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича кенг кўламли ишлар давом этмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан, жигар эхинококкози (ЖЭ) билан оғриган беморларни хирургик даволашни такомиллаштириш борасида ижобий натижаларга эришилди. Шу билан бирга, ушбу беморларга кўрсатилаётган тиббий ёрдамни яхшилаш учун асоратлар частотасининг пасайиши ва касалликнинг қайталанишини олдини олишни ҳисобга олган ҳолда хирургик аралашув самарадорлигини ошириш учун илмий асосланган натижалар талаб қилинади. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф қатламларининг тўлақонли ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган<sup>4</sup>. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, йирингли-септик асоратларнинг ривожланишини олдини олиш учун эхинококкэктомиядан сўнгги қолдиқ бўшлиққа ишлов бериш ва бартараф қилишнинг тактик жиҳатларини такомиллаштириш орқали жигар эхинококкозининг хирургик даволаш натижаларини яхшилаш долзарб муаммолардан биридир.

Ушбу диссертация тадқиқотлари маълум даражада Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 20 июндаги №266-сон «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлаш ташкилоти илмий-тадқиқот институтлари фаолиятини ташкил этиш тўғрисида»ги қарорлари ва ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда муайян даражада хизмат қилади.

**Диссертация мавзусининг Республика илмий-тадқиқот ишларининг устувор йўналишларига мослиги.** Диссертация тадқиқоти республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** *Echinococcus granulosus* инсон ҳаётига хавф солувчи дунё миқёсидаги касалликлардан бири ҳисобланади. Эхинококк 50-70% ҳолатларда жигарни зарарлайди, иккинчи энг тарқалган аъзо ўпка ҳисобланади (20-30%), бошқа аъзолар камроқ зарарланади. Бу касалликнинг ҳавfli хусусиятларидан бири симптомсиз бўлишидир, шунинг

---

<sup>4</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947- сонли Фармони, ЎЗР Қонун Ҳужжатлари тўплами 2017 йил.

учун «кисталар гигант ҳажмга етиб, уларнинг ёрилиши натижасида қорин бўшлиғига тарқалиш эҳтимоли юқори»<sup>5</sup>. «ЖССТ маълумотларига кўра, ҳар йили эндемик эхинококкоз ўчоқларида касалланиш даражаси ҳар 100000 аҳолига 50 нафардан ошади»<sup>6</sup>. Таклиф қилинаётган даволаш усуллари орасида «ҳозирги даврда кўпроқ уч хил усул талабгор: очиқ хирургик амалиёти, пункцион усуллар (PAIR усули) ва лапароскопик аралашувлар»<sup>7</sup>. Аксарият марказларнинг тажрибаси шуни кўрсатадики, «асоратланмаган ЖЭда каминвазив аралашувлар ҳаёт сифатини юқори бўлиши билан танланган ташриҳ усули бўлиши мумкин, лекин, асоратланган холларда бу усуллар яхши натижа бера олмайди»<sup>8</sup>. Шу билан бирга, ушбу ҳолатларда хатто анъанавай аралашувлар ҳам асоратлар ҳавфини юқорилиги билан тавсифланади. Symeonidis N. ва ҳаммуаллифлар шуни кўрсатдики, «хирургик асоратлар учраши, шу жумладан сафро оқмалари, қорин бўшлиғи абсцесслари, қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши, жароҳат инфекцияси ва қон кетиш асоратланган эхинококкоз гуруҳида анча юқори – 27,8% (15,2%), ўлим даражаси – 2,4% (0,9%) бўлган»<sup>9</sup>. Шунга кўра, жигардан эхинококкэктомия натижаларини яхшилаш муаммоси ҳали ҳам долзарб бўлиб қолмоқда.

Яна «ЖЭнинг хирургик даволашдаги бир муҳим масала қолдиқ бўшлиққа ишлов бериш, шу билан бирга уни бартараф қилиш усулларини танлашдир»<sup>10</sup>. Замонавий ёндашувлар ушбу масалага турли хил муносабат билан тавсифланади. Ҳозирги даврда кўплаб муаллифлар радикал ёндашувга, айнан жигар эхинококкозида резекцион аралашувларга риоя қилмоқдалар. Бироқ, «хаттоки узоқ муддат паразитга қарши даво ўтказилган шароитда ҳам бу касаллик қайталанишидан қафолатламайди»<sup>11</sup>. Ушбу ҳолатда, «гидатид киста очилиб, хитин қават олиниб ва қолдиқ бўшлиқ турли хил усуллар билан ишлов берилувчи очиқ эхинококкэктомия усуллари муҳим аҳамиятга эга»<sup>12</sup>. Касалликнинг диссеминацияси ва қайталанишини олдини олиш мақсадида гидатид муртак элементларини интраоператив зарарсизлантириш учун турли хил воситалар қўлланилади: йод, глицерин, спирт, симоб хлорид эритмаси, водород пероксид карбол кислота, кумуш фторид ва бошқалар. Шу билан бирга, «уларнинг аксарияти паразитга қарши фаоллиги пастлиги ёки

5 Akkucuk S, Aydogan A, Ugur M, et al. Comparison of surgical procedures and percutaneous drainage in the treatment of liver hydatid cysts: a retrospective study in an endemic area. *Int J ClinExp Med*. 2014;7:2280–5.

6 Chen X, Cen C, Xie H, et al. The comparison of 2 new promising weapons for the treatment of hydatid cyst disease: PAIR and laparoscopic therapy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2015;25:358–62.

7 Sokouti M, Sadeghi R, Pashazadeh S, Abadi SEH, Sokouti M, Ghojzadeh M, Sokouti B. A systematic review and meta-analysis on the treatment of liver hydatid cyst using meta-MUMS tool: comparing PAIR and laparoscopic procedures. *Arch Med Sci*. 2019 Mar;15(2):284-308.

8 Шевченко Ю.Л., Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Современные аспекты хирургии осложненного эхинококкоза печени // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, №4, 2018, стр.29-34.

9 Symeonidis N, Pavlidis T, Baltatzis M, et al. Complicated liver echinococcosis: 30 years of experience from an endemic area. *Scand J Surg*. 2013;102:171–7.

10 Botezatu C, Mastalier B, Patrascu T. Hepatic hydatid cyst - diagnose and treatment algorithm. *J Med Life*. 2018 Jul-Sep;11(3):203-209. doi:10.25122/jml-2018-0045. Erratum in: *J Med Life*. 2018 Oct-Dec;11(4):394.

11 Nikolic A, Rauchfuß F, Settmacher U. [Major liver resections in cystic echinococcosis of the liver]. *Chirurg*. 2019 Mar;90(Suppl 2):64.

12 Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Эволюция взглядов и современные тенденции при хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени. // *Журнал «Инфекция, иммунитет и фармакология»*. Ташкент. №5, 2018, стр.69-81.

юқори токсиклиги сабабли хирургик амалиётда кенг қўлланилмади»<sup>13</sup>. Шунингдек, қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш усуллари мунозарали бўлиб қолмоқда, айниқса, ЖЭ асоратланган ҳолатларда, беморлар ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтирувчи, узоқ даврдаги асоратлар ривожланиш ҳавфи бўлган беморларни узоқ муддатли дренажлашга маҳкум қилиниш ҳолати танланган мавзунинг долзарблигини яна бир бор таъкидлайди.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, ҳозирги даврда жигардан эхинококкэктомиядан сўнг қолдиқ бўшлиққа ишлов бериш тактикаси, антипаразитар таъсир турини танлаш, шу жумладан кимёвий ва физик усулларни биргаликда ишлатиш имконияти бўйича ҳал қилинмаган ва мунозарали масалалар мавжуд. Ўз навбатида, асоратланган жигар эхинококкозида, дренаж қўйиш зарурати ва давомийлиги, ажралманинг табиати, яқин ва узоқ муддатдаги асоратлар частотаси, шунингдек ушбу тоифадаги беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари каби баҳолаш мезонларини ҳисобга олган ҳолда қолдиқ бўшлиқни бартараф қилишнинг тактик жиҳатларини такомиллаштириш яна бир муҳим муаммо ҳисобланади.

**Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий – тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг 01070069-сон "Одам хирургик касалликлари диагностикаси ва даволашнинг патогенетик асосланган усулларини ишлаб чиқиш" (2014-2018 йиллар) мавзусидаги илмий амалий лойиҳаси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** эхинококкэктомиядан кейин йирингли – септик асоратларнинг олдини олиш учун фиброз капсула бўшлиғига ишлов бериш ва бартараф этишнинг тактик жиҳатларини такомиллаштириш йўллари орқали жигар эхинококкозининг жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

Хоразм вилоятида турли хил локализациядаги эхинококкоз тарқалишининг интенсив кўрсаткичини аниқлаш;

турли хил локализациядаги эхинококкоз бўлган беморларнинг оила аъзоларида паразитар инвазиянинг верификация эҳтимолини ўрганиш;

эхинококкоз билан оғриган беморларда ошқозоннинг кислота ҳосил қилувчи функциясини ўрганиш;

жигар эхинококкэктомиясидан кейин фиброз капсула бўшлиғига ишлов бериш ва бартараф қилишнинг тактик жиҳатларини такомиллаштириш;

жигар эхинококкэктомиясидан кейинги фиброз капсула бўшлиққа таклиф қилинган ишлов бериш усулининг клиник афзалликларини инобатга олган ҳолда узоқ муддатдаги натижаларни қиёсий жиҳатдан ўрганиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2010–2018 йилларда Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали Умумий жарроҳлик, травматология ва

---

<sup>13</sup> Norouzi R, Ataei A, Hejazy M, Noreddin A, El Zowalaty ME. Scolicidal Effects of Nanoparticles Against Hydatid Cyst Protoscolices in vitro. Int J Nanomedicine. 2020 Feb 17;15:1095-1100. doi: 10.2147/IJN.S228538. eCollection 2020. PubMed PMID: 32110009; PubMed Central PMCID: PMC7034968.



ортопедия кафедраси клиник базасидаги жигар эхинококкози билан даволанган 442 нафар беморлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида жигар эхинококкэктомиясидан кейин фиброз капсула бўшлиғига ишлов бериш ва бартараф қилиш усулини танлашда дифференциал ёндашув ёрдамида жигар эхинококкози билан оғриган беморларнинг комплекс текшириш ва жарроҳлик даволаш натижаларининг таҳлили ташкил қилади.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилди: умумий клиник, биокимёвий, инструментал ва статистик усуллар.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

турли хил локализацияли эхинококкоз билан касалланган беморларнинг оила аъзоларини мажбурий диспансер диагностикаси принципига мувофиқ клиник жиҳатдан қайд этилган ҳолатлар ва касалликнинг яширин шакллари текширишни ҳисобга олган ҳолда Хоразм вилояти аҳолисининг гидатидли зарарланиш частотасининг интенсив кўрсаткичи аниқланган;

паразит инвазияси аниқланган беморларнинг қариндошларида гидатидоз зарарланиш частотаси ва хусусиятини текширган ҳолда эхинококкоз билан оилавий касалланиш эҳтимоли аниқланган;

ошқозоннинг секретор функциясини инобатга олган ҳолда кислота баръерини пасайиши фонида эхинококк онкосфераси паразитар инвазияси эҳтимоли верификацияси билан гидатид зарарланиш ривожланишининг патогенетик жиҳатлари аниқланган;

йиринглаш билан асоратланган жигар эхинококкозида қолдиқ бўшлиққа декасан билан ишлов бериш ва фиброз капсулани ультратовушли кавитация қилиш маҳаллий йирингли-септик асоратлар ривожланиш ҳавфисиз фиброз капсулани тўлиқ ёки қисман бартараф этиш имконини бериши исботланган;

жигардан эхинококкэктомиядан сўнгги қолдиқ бўшлиққа ишлов бериш ва уни бартараф қилишнинг такомиллаштирилган тактик жиҳатларининг клиник афзалликлари асосий баҳолаш мезонларини – дренажлашнинг зарурати ва давомийлиги, ажралманинг табиати, яқин ва узоқ даврдаги асоратлар учрашини инобатга олган ҳолда очиб берилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

гидатид зарарланиш билан ташхисланган беморларнинг оила аъзоларида паразитар инвазиянинг яширин кечиш эҳтимолини аниқлаш йўли билан Хоразм вилоятида турли хил локализациядаги эхинококкоз билан касалланишнинг ҳақиқий қиймати топилган;

мажбурий диспансеризация ўтказиш ва аҳоли орасида санитария–оқартув ишлари тизимини такомиллаштиришни талаб қиладиган турли локализациядаги эхинококкоз бўйича жарроҳлик амалиётини ўтказган беморларнинг оила аъзоларида паразитар инвазиянинг юқори эҳтимоллиги исботланган;

ҳолатларнинг фақат 1/3 қисмида паразитар инвазия гигиена коидаларининг бузилиши ва бир вақтнинг ўзида кўп миқдорда онкосферанинг тушиши билан боғлиқлиги аниқланди, аксарият беморларда

гидатид зарарланишнинг ривожланиши бу омил билан бирга ошқозон кислота ҳосил қилувчи вазифасининг пасайиши фонида гипоацид ҳолатида келиб чиққан;

жигар эхинококкэктомиясидан кейин фиброз капсула бўшлиғига таклиф қилинган кимёвий ва физикавий ишлов бериш усуллари узоқ муддатга чиқарувчи найча зарурлигини пасайтириши, махсус асоратлар учрашини ва қайта анъанавий ёки кам инвазив аралашувлар ҳавфини камайтириши исботланган;

жигар эхинококкэктомиянинг таклиф қилинган тактик жиҳатларининг клиник самарадорлиги аниқланди, бу даволашнинг қониқарсиз натижалари эҳтимolini камайтиришдан, яхши натижалар улушини кўпайтиришдан иборат бўлиб, бу умуман реабилитация даврини қисқартириш ва ҳаёт сифати кўрсаткичларининг эртароқ тикланишини таъминлаш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** замонавий, амалиётда кенг қўлланиладиган клиник, лаборатор ва инструментал тадқиқот усуллари билан аниқланди. Барча олинган натижалар ва хулосалар кафолатли тиббиётнинг тамоилларига асосланган. Статистик ишлов бериш олинган натижаларнинг ишончлилигини тасдиқлайди.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти ошқозон кислота ҳосил қилувчи вазифаси ҳолатини ҳисобга олган ҳолда гидатид зарарланиш ривожланишининг патогенетик жиҳатларини ўрганишда катта ҳисса қўшган хулосалар ва таклифлар уларнинг назарий аҳамиятига эга эканлиги билан изоҳланди, шунингдек, асоратланган жигар эхинококкозида таклиф қилинган усул маҳаллий йирингли – септик асоратларнинг ривожланиш ҳавфисиз фиброз капсула бўшлиғига ишлов бериб, уни тўлиқ ва қисман бартараф қилишга имкон беради;

Ишнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, кимёвий ва физикавий усуллар билан ишлов беришнинг тактик ёндашувлари, шунингдек, жигар эхинококкэктомиясидан кейинги фиброз капсула бўшлиғини бартараф қилишни такомиллаштиришга, бу эса узоқ муддат чиқарув найчалаш заруратини қисқартиришга, ўзига хос асоратлар учраши ва яхши натижалар улушининг кўпайиши билан боғлиқ қайта кам инвазив ва анъанавий аралашувлар ҳавфини камайтиришга ва ҳаёт сифатини кўрсаткичларининг эртароқ тикланишига имкон беради.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Жигар эхинококкозининг жарроҳлик давосини яхшилаш бўйича илмий тадқиқотларнинг натижалари асосида:

«Жигар эхинококкозини эрта аниқлашда янги ёндашувлар ва даволаш – профилактика чоралари» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 26 августдаги 8н-з/104-сон маълумотномаси). Олинган натижалар жигар эхинококкэктомиясидан кейин фиброз капсула бўшлиғига ишлов беришнинг тактик жиҳатларини яхшилаш имконини берган;

жигар эхинококкоз беморларнинг жарроҳлик давоси сифатини яхшилашга кўра олинган илмий натижалар соғлиқни сақлашнинг амалий фаолиятига, хусусан, Урганч туман тиббиёт бирлашмаси ва Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказларига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 26 августдаги 8н-з/104-сон маълумотномаси) тадбиқ этилган. Бунинг натижасида жигар эхинококкэктомиядан кейин фиброз капсула бўшлиғини найчалаш зарурлигини 63,8% дан 36,6% гача камайтирди, жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар учрашини 12,5% дан 5,4% гача қисқартирди, бу ҳаёт сифати кўрсаткичларининг эртароқ тикланиши билан реабилитация даврини пасайтириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 8 та илмий анжуманларда муҳокама қилинган, жумладан 4 та халқаро ва 4 та республика илмий – амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 15 илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 2 та республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши.** Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 120 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисми ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва заруратини асослашга, текшириш мақсади ва вазифалари, объект ва предметларини тавсифлашга бағишланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган. Тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Жигар эхинококкози жарроҳлик давосининг долзарб масалалари»** деб номланган биринчи бобида жигар эхинококкоз муаммоси моҳиятини, касаллик этиопатогенези масалалари, замонавий диагностика усуллари, шунингдек, ушбу патологияси бўлган беморларнинг даволаш усулини танлашнинг долзарб масалаларини очиб берадиган адабиётлар шарҳи келтирилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **«Беморларнинг клиник тавсифи ва текшириш усуллари»** келтирилган. Тадқиқотнинг фундаменти бўлиб 2010–2018 йилларда Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали Умумий жарроҳлик, травматология ва ортопедия кафедраси клиник базасида жигар эхинококкози билан ташҳисланган ва даволанган 442 нафар беморларнинг

натижалари хизмат қилди. Барча беморлар иккита гуруҳга бўлинди: биринчи (асосий) гуруҳга 202 беморлар киритилган бўлиб, бунда жигар эхинококкэктомиясидан кейин фиброз капсула бўшлиғи такомиллаштирилган усул бўйича ишлов берилган, иккинчи гуруҳда 240 нафар беморлар киритилиб, фиброз капсула бўшлиғига ишлов бериш анъанавий усулларда олиб борилган (1-жадвал).

### 1-жадвал

#### Беморларнинг операция хусусиятлари ва гуруҳлари бўйича тақсимланиши

Усуллар	Асоратланмаган эхинококкоз		Асоратланган эхинококкоз		Жами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Асосий гуруҳ						
Фиброз капсула бўшлиғига декасан билан ишлов бериш	170	100,0%	32	100,0%	202	100,0%
Фиброз капсулани ультратовуш кавитацияси	121	71,2%	29	90,6%	150	74,3%
Фиброз капсула бўшлиғини баргараф қилиш (тўлиқ ва қисман)	140	82,4%	23	71,9%	163	80,7%
Таққослаш гуруҳи						
Фиброз капсула бўшлиғига анъанавий усулда ишлов бериш	206	100,0%	34	100,0%	240	100,0%
Фиброз капсула бўшлиғини баргараф қилиш (тўлиқ ва қисман)	129	62,6%	8	23,5%	137	57,1%

Иккала гуруҳда ҳам беморларнинг катта кўпчилигини иш фаолиятидаги ёшлар ташкил қилди: 156 нафар бемор асосий гуруҳда ва 176 нафар бемор таққослаш гуруҳида. Эркаклар ва аёллар ўртасидаги тақсимот унчалик фарқ қилмади: 229 нафар бемор эркаклар ва 213 нафар бемор аёллар эди.

Жигар эхинококкози локализациясига кўра, жигарнинг ўнг бўлаги ягона кистаси асосий гуруҳдаги 119 (58,9%) нафар беморда, таққослаш гуруҳидаги 114 (60,0%) нафар беморда, жигарнинг чап бўлаги ягона кистаси 26 (12,9%) нафар беморда ва мос равишда 34 (14,2%) нафар беморда аниқланган.

Ягона жигар эхинококк кистаси бўлган асосий гуруҳдаги беморларда жарроҳлик аралашувнинг асосий усули фиброз капсула бўшлиғини тўлиқ баргараф қилиш бўлиб, у 87 (60,0%) нафар беморда, таққослаш гуруҳида эса жами 56 (31,5%) нафар беморда ўтказилган. Асосий гуруҳдаги кўплаб кисталарда фиброз капсула бўшлиқлари 38,6% ҳолатларда, таққослаш гуруҳида эса 19,4% ҳолатларда тўлиқ баргараф қилинди.

Диссертациянинг учинчи бобида «**Хоразм вилоятида эхинококкоз билан касалланишнинг эпидемиологик жиҳатлари**» келтирилган. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, Хоразм вилояти Ўзбекистон Республикасининг энг кўп эндемик минтақаларидан бири бўлиб, эхинококкоз учрашига кўра касалланиш интенсив кўрсаткичи 100 минг аҳолига ўртача 6,27 ҳолатни, шундай кўрсаткич эса мамлакат бўйлаб 100 минг аҳолига ўртача 2,81 ( $t=7,34$ ;  $P<0,001$ ) ҳолатни

ташқил қилди, бунда 2015 – 2018 йиллар (3619 бемор) давомида тузилмадаги барча рўйхатга олинган гидатид зарарланишнинг Хоразм вилоятидаги улиши 12,2% (442 бемор) га тўғри келди.

Юқори зарарланишнинг сабаблари ва тарқалиш мезонлари бўлиб Хоразм вилоятида 2018 йилда эхинококкоз ташҳиси қўйилган 69 нафар беморларнинг оила аъзоларида текширилган маълумотга кўра эхинококкоз билан оилавий зарарланиш ҳолатлари эҳтимоллиги баҳоланди. Гидатид зарарланиш аниқланган беморларнинг оила аъзолари орасида ташҳисланмаган эхинококкоз шакллари аниқланиш кўрсаткичи 9,7% (22) ни ташқил қилди. Бундан ташқари, ягона кисталар 15 (6,6%) нафар беморда ташҳис қўйилди, кўплаб ва кўшма эхинококкоз – 7 (3,1) нафар беморда.

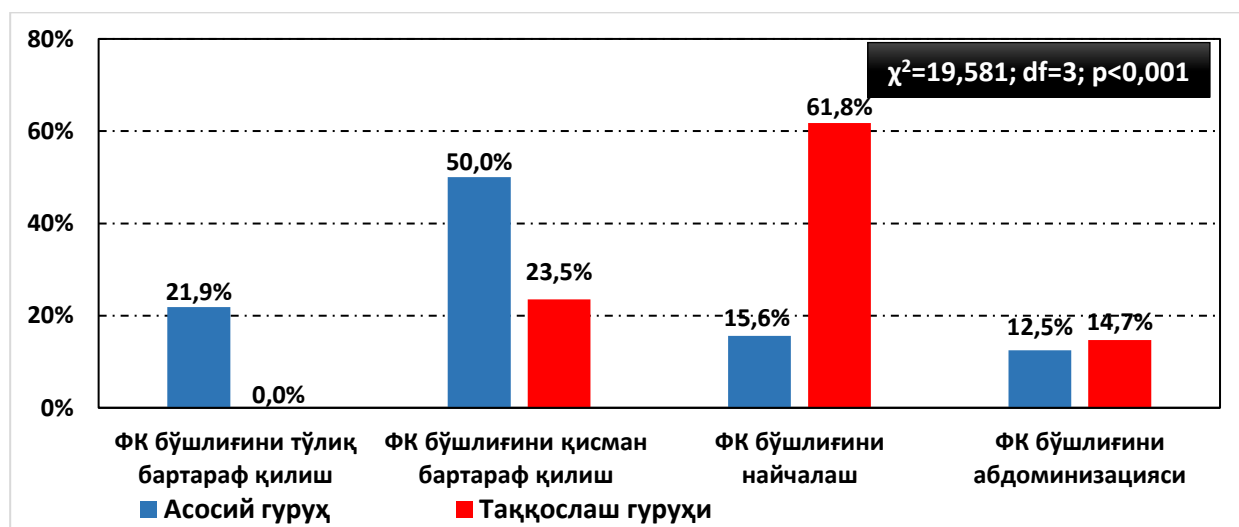
Оилавий анамнез сабабларини аниқлашда беморлар умумий клиник ва нурли текшириш усуллари билан ташқари, эхинококкоз алиментар йўллари билан юқишининг барьер механизм кўрсаткичларидан бири сифатида ошқозон шираси секрециясини текшириш ўтказилди.

Турли локализациядаги эхинококкоз беморларда ошқозон секретор функцияси ҳолатини ўрганиш шуни кўрсатдики, ошқозон шираси рН кўрсаткичлари соғлом кишилар гуруҳидан етарли даражада фарқ қилди ( $2,54 \pm 0,06$  -  $1,78 \pm 0,06$  га қарши;  $t=8,96$ ;  $p<0,001$ ), бунда паразитар инвазия 66,7% (66 нафар эхинококкоз бемордан 44 нафарида) ҳолатда гипоацид ҳолат билан боғлиқ, бу ҳолат ошқозон кислота ҳосил қилиш функциясининг пасайишида юзага келган (соғлом кишилар гуруҳидаги 12,2% га қарши;  $\chi^2=30,554$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ), шундай экан 25,8% (17 нафар беморда) ҳолатда нормацидик верификацияланган ва 7,6% (5 нафар) ҳолатда гиперацид бўлиб, бунда гидатидоз зарарланиш бир вақтнинг ўзида онкосферани кўп миқдорда тушиши билан боғлиқ. Айнан шуни таъкидлаш керак: турли локализациядаги 226 нафар текширилувчи оила аъзоларида 22 (9,7%) ҳолатда ташҳисланмаган эхинококкоз аниқландики (оилавий зарарланиш), касалланиш ҳақиқий қийматининг статистик таҳлиллар маълумотларига кўра анча юқори бўлди. 2015 йилда гидатид зарарланиш 129 ҳолатда шундай рўйхатдан ўтказилган. Бизнинг маълумотлар шуни кўрсатадики, 1 нафар беморга 3 нафар оила аъзолари тўғри келиб, мос равишда 387 ҳолатни ташқил қилди. Эхинококкознинг оила аъзоларида верификация эҳтимоли 9,7% ташқил қилди, демак 387 нафар одамнинг тахминан 38 нафари паразитар инвазияга эга бўлади. Умуман олганда, эхинококкоз билан зарарланиш эҳтимоли 129 нафардан 167 нафар одамга ошади, бу эса касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига 7,5 дан 9,7 гача ўсиши билан боғлиқ бўлади.

Диссертациянинг тўртинчи бобда **«Жигар эхинококкозида жарроҳлик аралашув бажарилишининг тактик – техник жиҳатлари»** келтирилган. Жигар эхинококкозида жарроҳлик аралашув тактикасини, хусусан, фиброз капсула бўшлиғига ишлов беришнинг турли усуллари комбинацияси, устунлик қилиб келаётган эхинококкэктомия анъанавий усуллари (кистани очиш, фиброз капсула (ФК) бўшлиғини найчалаш, капитанаж турли усуллари билан тўлиқ ва қисман бартараф қилиш) ечимини

аниқлаш тўғрисида давом этаётган мунозараларга қарамай, аксарият жарроҳлар ўзларининг аниқланган усулларига риоя қилишади. Шу муносабат билан, бугунги кунда ФК бўшлиғига кимёвий, физикавий ёки комбинациялашган ишлов бериш усуллари ишлаб чиқилмоқда. Ушбу тадқиқот физик усул билан таъсир қилиш (ультратовуш кавитация) ва кимёвий реагентдан (декасан 0,02%) фойдаланиб ФК бўшлиғига такомиллаштирилган комбинациялашган усулни тақдим этади. Бизнинг клиникамизда ФК бўшлиғига ишлов бериш учун 70% спирт, бетадин, ундан кейин 0,02% Декасан эритмаси ёрдамида паст тўлқинли ультратовуш кавитацияни ишлатишни таъминлайдиган усул таклиф қилинди. ФК бўшлиғига антипаразитар воситалар билан ишлов берилгандан кейин 3 дақиқа давомида кимёвий реагент «Декасан» эритмаси орқали ультратовуш кавитация бажарилди. Тавсия қилинган усул ёрдамида ишлов бериш экспозицияси ФК ҳажмига қараб 4 – 5 дақиқани ташкил қилди.

Диссертациянинг «**Бирламчи жигар эхинококкози жарроҳлик давосининг қиёсий натижалари**» деб номланган бешинчи бобида таққослаш гуруҳларидаги операцияларнинг асосий натижалари келтирилган. Асоратланмаган жигар эхинококкозида ФК бўшлиғига ишлов беришга кўра беморлар тақсимланиши шуни кўрсатадики, ФК бўшлиғини тўлиқ бартараф қилиш асосий гуруҳнинг 108 (56,9%) нафар беморида, таққослаш гуруҳининг 71 (29,6%) нафар беморида ўтказилган; қисман бартараф қилиш асосий гуруҳнинг 32 (18,8%) нафар беморида ва таққослаш гуруҳининг 58 (32,0%) нафар беморида ўтказилган; ФК бўшлиғини найчалаш асосий гуруҳнинг 21 (12,4%) нафар беморида ва таққослаш гуруҳининг 66 (32,0%) нафар беморида ўтказилган; ФК бўшлиғининг абдоминализацияси асосий гуруҳнинг 9 (5,3%) нафар беморида ва таққослаш гуруҳининг 11 (5,3%) нафар беморида ўтказилган. Таққосланган гуруҳлар орасидаги фарқнинг ишончлилиги  $\chi^2=35,514$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$  доирасида аниқланди. Ўз навбатида, асоратланган жигар эхинококкозида ФК бўшлиғига ишлов бериш усуллари бўйича беморларнинг тақсимланиши 1-расмда кўрсатилган.



**1-расм. Асоратланган жигар эхинококкозида ФК бўшлиғига ишлов бериш усулига кўра беморларнинг тақсимланиши (барча асоратлар).**

ФК бўшлиғини найчалаш асосий гуруҳнинг 74 (36,6%) нафар беморида ва таққослаш гуруҳида эса – 153 (63,8%) нафар беморда ( $\chi^2=32,284$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ) ўтказилган. Қолдиқ бўшлиқдаги найчадан ажралаётган ажралма табиати ва миқдорига қараб, беморлар қуйидагича тақсимланди: сероз ажралма асосий гуруҳнинг 26 (12,9%) нафар беморида, максимал даражада (100 мл/кун кўпроқ) фақат уларнинг 2 (1,0%) нафарида қайд этилди; сероз ажралма таққослаш гуруҳида ҳам шундай 26 (10,8%) нафар беморда, аммо максимал ажралма уларнинг 5 (2,1%) нафарида қайд этилди. Сероз – геморрагик ажралма асосий гуруҳнинг 36 (17,8%) нафар беморида, максимал ажралма эса уларнинг 2 (1,0%) нафарида кузатилди; таққослаш гуруҳида – 82 (34,2%) нафар беморда, максимал ажралма уларнинг 5 (2,1%) нафарида. Йиринг табиатли ажралма асосий гуруҳнинг жами 3 (1,5%) нафар беморида, 100 мл/кун гача уларнинг 1 (0,5%) нафар беморида қайд этилди; таққослаш гуруҳида – 19 (7,9%) нафар беморда, максимал ажралма уларнинг 1 (0,4%) нафарида. Сафроли ажралма асосий гуруҳнинг 9 (4,5%) нафар беморида, максимал ажралма уларнинг жами 1 (0,5%) нафарида қайд этилди; таққослаш гуруҳида – 26 (10,8%) беморда, максимал ажралма уларнинг 6 (2,5%) нафарида. Жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларнинг учраши ва тузилмаси 2-жадвалда кўрсатилган.

## 2-жадвал

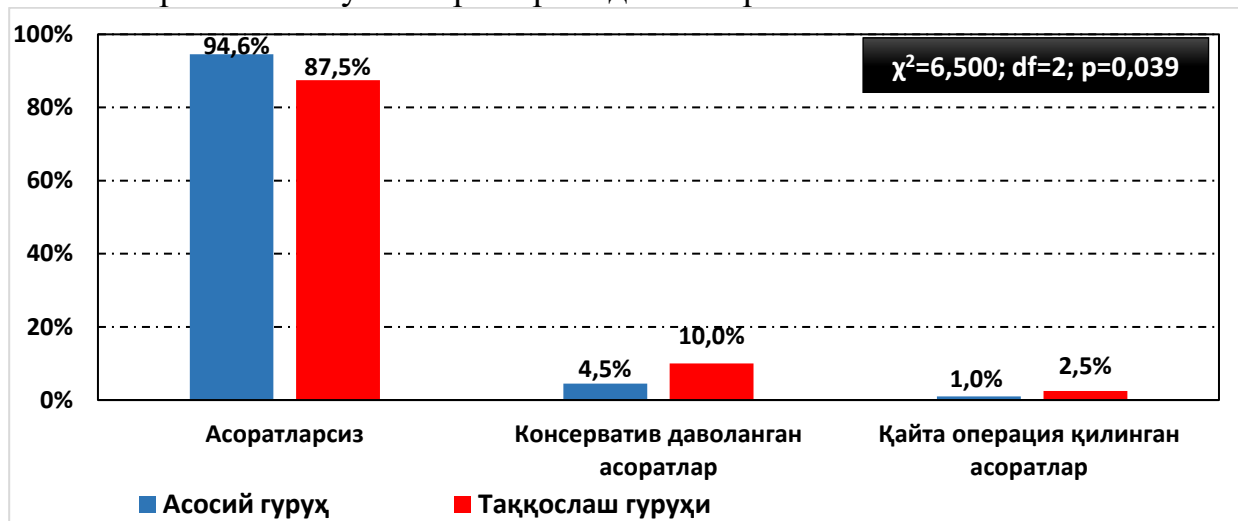
### Жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта асоратларнинг тузилмаси ва учраши

Асоратлар	Асосий гуруҳ (n=202)		Таққослаш гуруҳи (n=240)	
	абс.	%	абс.	%
ФК бўшлиғини ноадекват найчалаш (суюқлик йиғилиши)	2	1,0%	9	3,8%
Бронх – ўпка	6	3,0%	16	6,7%
Жигар паренхимасидан қон кетиш	1	0,5%	4	1,7%
Сафроли оқма	9	4,5%	26	10,8%
Қорин бўшлиғи абсцесси	1	0,5%	7	2,9%
Асоратлари бўлган беморлар	11	5,4%	30	12,5%
	$\chi^2=21,469$ ; $df=1$ мезонлари; $p<0,001$			

Асоратланган барча беморлар асосий гуруҳнинг 11 (5,4%) нафар беморида ва таққослаш гуруҳининг 30 (2,5%) нафар беморида кузатилган. Асоратларнинг моҳиятига кўра, ноадекват найчалаш билан боғлиқ қолдиқ бўшлиқда суюқлик йиғилиши асосий гуруҳдаги 2 (1,0%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 9 (3,8%) нафар беморларда кузатилган; бронх – ўпка асоратлар асосий гуруҳдаги 6 (3,0%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳидаги 16 (6,7%) нафар беморларда кузатилган; жигар паренхимасидан қон кетиш асосий гуруҳдаги 1 (0,5%) нафар беморда ва таққослаш гуруҳидаги 4 (1,7%) нафар беморларда қайд этилди; сафроли оқма асосий гуруҳдаги 9 (4,5%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 26 (10,8%)

нафар беморларда кузатилган; қорин бўшлиғи абсцесси асосий гуруҳдаги 1 (0,5%) нафар беморда ва таққослаш гуруҳдаги 7 (2,9%) нафар беморларда ташҳисланди. Таққосланган гуруҳлар орасидаги фарқнинг ишончлилиги  $\chi^2=21,469$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$  доирасида аниқланди.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта даврда асоратларни даволаш консерватив, қолдиқ бўшлиқни пункцион найчалаш билан комбинацияси, реллапаротомияни ўз ичига олади. Жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта натижаларнинг маълумотлари 2-расмда келтирилган.



**2-расм. Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврнинг эрта натижалари**

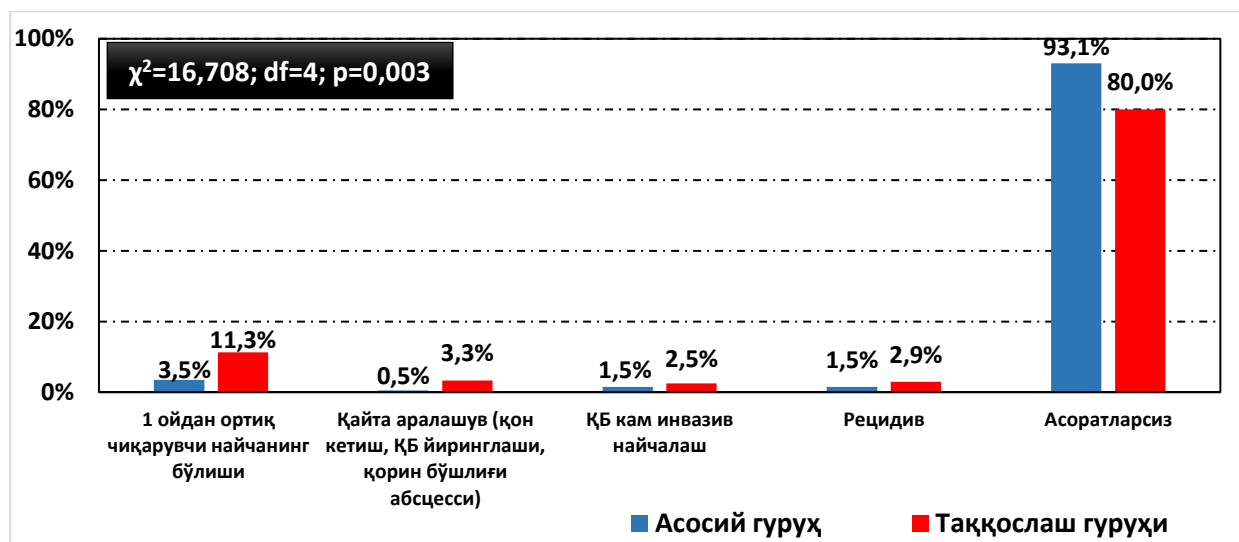
Қолдиқ бўшлиқ найчаси билан асосий гуруҳдаги 62 (30,7%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳидаги 138 (57,5%) нафар беморларда уйига рухсат берилган. Мос равишда чиқарув найчасиз асосий гуруҳдаги 140 (69,3%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 102 (42,5%) нафар беморларда уйига рухсат берилган. Жарроҳлик амалиётининг ўртача давомийлиги ва касалхона даврининг ўрин кунини таҳлил қилганда, асосий гуруҳда ўртача амалиёт давомийлиги 120,8 дақиқа, таққослаш гуруҳида эса 104,2 дақиқани ташкил этганлиги қайд этилди ( $t=1,76$ ;  $p>0,05$ ), шу билан бирга касалхонада ётқизиш ўртача муддати асосий гуруҳда 8,5 кун ва таққослаш гуруҳида эса 10,4 кунга тўғри келади ( $t=2,43$ ;  $p<0,05$ ).

Узоқ муддатли давр баҳоланишининг асосий мезонлари қуйидагилар: чиқарувчи найчанинг олиниш муддати; узоқ муддат даврдаги асоратлар; касалликнинг рецидиви; узоқ муддат даврдаги ҳаёт сифатини баҳолаш. Шундай қилиб, 10 кунгача чиқарув найчалар асосий гуруҳдаги 140 (69,3%) нафар беморлардан ва таққослаш гуруҳдаги 102 (42,5%) нафар беморлардан олиб ташланди; 11-20 кунларда – асосий гуруҳдаги 45 (22,3%) нафар беморлардан ва таққослаш гуруҳдаги 66 (27,5%) нафар беморлардан олиб ташланди; 21-30 кунларда – асосий гуруҳдаги 10 (5,0%) нафар беморлардан ва таққослаш гуруҳдаги 45 (18,8%) нафар беморлардан олиб ташланди; 1-2 ойдан кейин – асосий гуруҳдаги 5 (2,5%) нафар беморлардан ва таққослаш гуруҳдаги 21 (8,8%) нафар беморлардан олиб ташланди; 3 ой ва ундан кейин – асосий гуруҳдаги 2 (1,0%) нафар беморлардан ва таққослаш гуруҳдаги 6 (2,5%) нафар беморлардан олиб ташланди ( $\chi^2=41,096$ ;  $df=4$ ;  $p<0,001$ ).



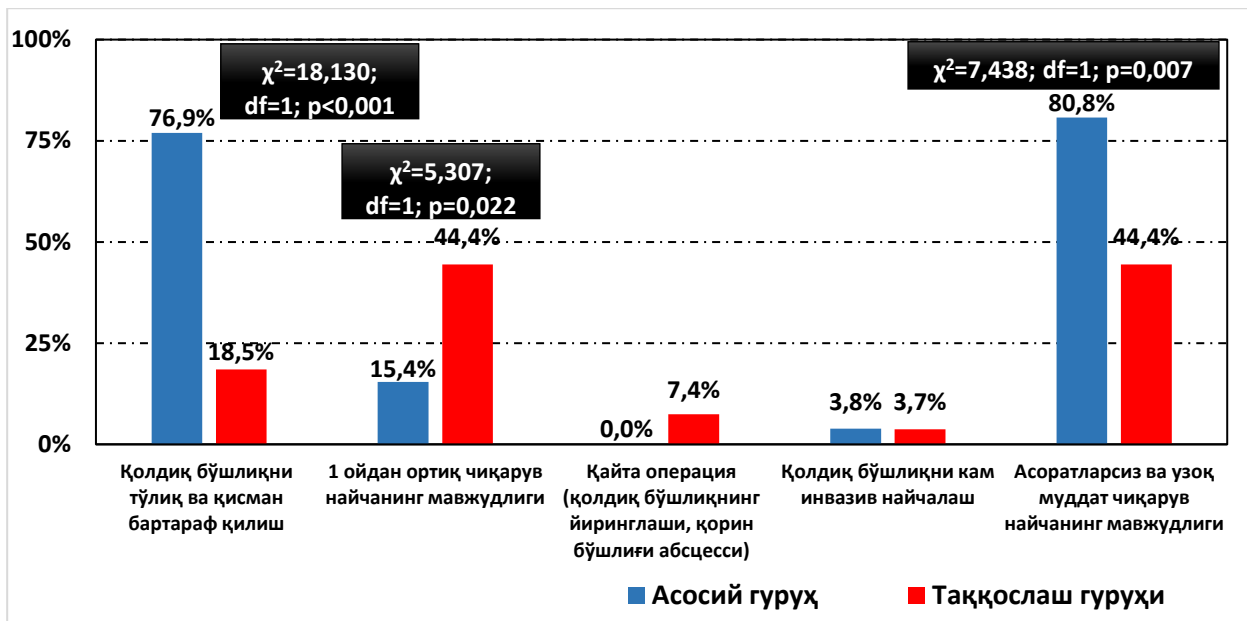
Умуман олганда, узоқ муддатли даврнинг асоратли кечиши асосий гуруҳдаги 9 (7,0%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 22 (15,0%) нафар беморларда кузатилди. Қолдиқ бўшлиққа суюқлик йиғилиши асосий гуруҳдаги 3 (2,3%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 8 (5,4%) нафар беморларда кузатилди; қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши – асосий гуруҳдаги 2 (1,6%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 5 (3,4%) нафар беморларда; қорин бўшлиғи абсцесси – асосий гуруҳдаги 1 (0,8%) нафар беморда ва таққослаш гуруҳдаги 2 (1,4%) нафар беморларда; жигар эхинококкозининг рецидиви асосий гуруҳдаги 3 (2,3%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 7 (4,8%) нафар беморларда кузатилди. Консерватив даволаш асосий гуруҳдаги 7 (5,4%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 11 (7,5%) нафар беморларда самарали бўлди; қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ва қорин бўшлиғи абсцесси туфайли қайта жарроҳлик амалиёти таққослаш гуруҳидан мос равишда фақат 3 (2,0%) ва 1 (0,7%) нафар беморларда ўтказилди; қолдиқ бўшлиқни пункцион найчалаш асосий гуруҳдаги 2 (1,6%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 4 (2,7%) нафар беморларда бажарилди. Рецидив жигар эхинококкозида қайта жарроҳлик аралашуви асосий гуруҳдаги 1 (0,8%) нафар беморда ва таққослаш гуруҳдаги 3 (2,0%) нафар беморларда ўтказилди.

Жигар эхинококкози жарроҳлик давосининг 3 йилгача бўлган муддатдаги кузатилган маълумотларга кўра, узоқ муддатли даврнинг янада аниқ тасвирини кўриш мумкин. Жарроҳлик амалиётидан кейин узоқ муддатли даврда асоратланмаган кечиш асосий гуруҳдаги 188 (93,1%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 192 (80,0%) нафар беморларда кузатилган ( $\chi^2=16,708$ ;  $df=4$ ;  $p=0,003$ ) (3-расм).



**3-расм. Жигар эхинококкози жарроҳлик давосининг 3 йил муддатдаги кузатилган натижалар маълумоти**

Узоқ муддатли даврнинг кечишида унга боғлиқлигини инобатга олиб, цистобилиар оқма ва (ёки) йиринглаш билан асоратланган жигар эхинококкози жарроҳлик давосининг баъзи тактик жиҳатлари ва натижаларини келтирамиз (4-расм).



**4-расм. Цистобилиар оқма ва (ёки) йиринглаш билан асоратланган жигар эхинококкоз жарроҳлик давосининг баъзи тактик жиҳатлари ва натижалари**

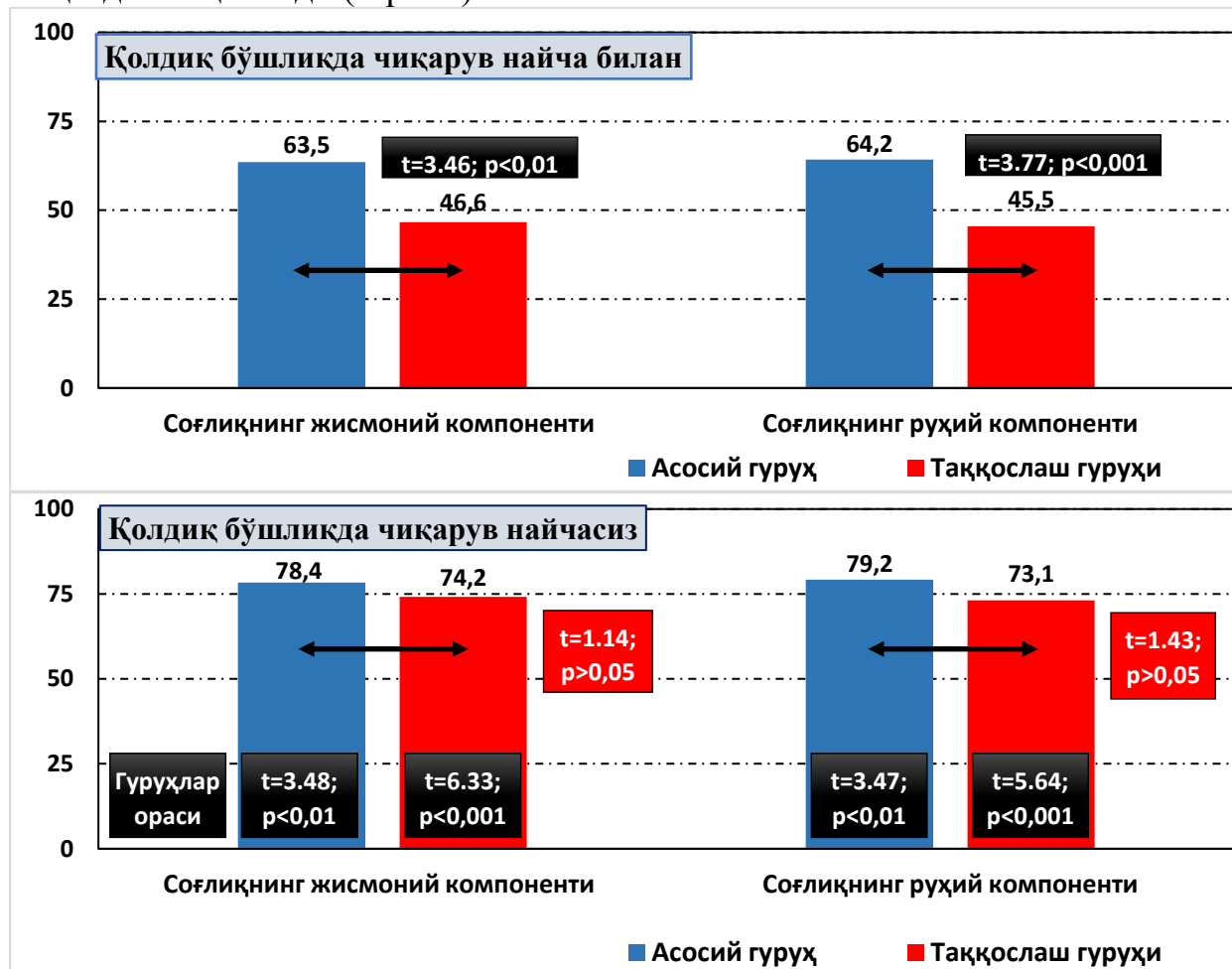
ЖЭ жарроҳлик даволаш натижаларини баҳолашнинг муҳим кўрсаткичларидан бири беморнинг ҳаёт сифатини аниқлашдир. Ушбу кўрсаткични баҳолаш SF-36 Health Status Survey сўровномасига муофик белгиланди. Натижа қуйидаги баҳоланди:

- яхши – чиқарув найчасиз, асоратларсиз;
- қониқарли – асоратлар, консерватив бажариладиган; узоқ муддат чиқарув найча мавжудлиги; қолдиқ бўшлиққа кам инвазив аралашув;
- қониқарсиз: А. Асоратларда қайта жарроҳлик аралашув; Б. Касаллик рецидиви.

Яхши натижа асосий гуруҳдаги 172 (85,1%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 157 (65,4%) нафар беморларда қайд этилди; қониқарли – асосий гуруҳдаги 26 (12,9%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 68 (28,3%) нафар беморларда; қониқарсиз – асосий гуруҳдаги 4 (2,0%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 15 (6,3%) нафар беморларда. Шу билан бирга, қониқарсиз «А» натижа асосий гуруҳдаги фақат 1 (0,5%) нафар беморда ва таққослаш гуруҳдаги 8 (3,3%) нафар беморларда, қониқарсиз «Б» натижа асосий гуруҳдаги 3 (1,5%) нафар беморларда ва таққослаш гуруҳдаги 7 (2,9%) нафар беморларда кузатилди ( $\chi^2=22,719$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). Иккала таққосланган гуруҳлардаги ҳаёт сифатини баҳолашнинг барча мезонлари бўйича улар орасида ишончли фарқлар мавжуд эди:  $p<0,01$  (жисмоний вазибалари, руҳий ҳолати билан боғлиқ бажарадиган вазибалари);  $p<0,05$  (жисмоний ҳолати билан боғлиқ бажарадиган вазибалари, оғриқ интенсивлиги, соғлиқнинг умумий ҳолати, руҳий соғлиқи, ижтимоий вазибалари).  $p<0,001$  ичида энг юқори оралиқ «ҳаётий фаолият» мезонига кўра қайд этилди (асосий гуруҳда  $73\pm 2,7$  га қарши  $60,1\pm 3,2$ ).

Асосий гуруҳдаги беморларда соғлом одамларга ҳаёт сифатининг энг яқин кўрсаткичлари қуйидагилар эди: «ҳаётий фаолият» - 91,7%; «ижтимоий

вазифалари» - 91,0%; «жисмоний вазифалари» - 88,0%; «руҳий саломатлиги» - 87,1%. Энг кичик кўрсаткич «оғриқ интенсивлиги» эди - 75%. Таққослаш гуруҳида ҳаёт сифатини баҳолашнинг барча кўрсаткичлари соғлом одамларга нисбатан 76,6%-71,8% оралиғида ўзгарган. Бундан ташқари, чиқарув найчасининг мавжудлигига қараб ҳаёт сифатининг кўрсаткичлари қиёсий жиҳатдан баҳоланди (5-расм).



**5-расм. Жарроҳлик амалиётидан 1 ойдан кейин чиқарув найчанинг давомийлигига кўра ҳаёт сифати кўрсаткичлари**

Шундай қилиб, жигар эхинококкэктомиясидан кейин ФК бўшлиғига таклиф қилинган ишлов бериш тактик жиҳатларининг 3 йил муддатгача кузатувида ва жарроҳлик амалиётидан кейинги мониторинг қиёсий жиҳатдан даволашнинг қониқарсиз натижалари туфайли қайта аралашувга сабаб бўладиган касалликнинг рецидиви ва асоратини 6,3% дан (таққослаш гуруҳидаги 240 нафар бемордан 15 нафаридан) 2,0% гача (асосий гуруҳдаги 202 нафар бемордан 4 нафаридан) камайтиришга, яхши натижалар улушини 65,4% дан (таққослаш гуруҳида 157 нафар) 85,1% гача (асосий гуруҳ – 172;  $\chi^2=22,719$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ) ошириш эҳтимолига имкон берди, бунда соғлиқнинг жисмоний ва руҳий компонентлари (1 ойдан 12 ойгача бўлган барча назорат муддатлари учун –  $p<0,05$  таққослаш гуруҳига нисбатан) ҳаёт сифати кўрсаткичларини нисбатан эрта тиклаш билан реабилитация даврини камайтирди.

## ХУЛОСА

1. Хоразм вилояти Республиканинг энг кўп эндемик минтақаларидан бири бўлиб, эхинококкоз учрашига кўра касалланиш интенсив кўрсаткичи 100 минг аҳолига ўртача 6,27 ҳолатни, шундай кўрсаткич эса мамлакат бўйлаб 2,81 ( $t=7,34$ ;  $P<0,001$ ) ташкил қилди, бунда 2015 – 2018 йиллар давомида тузилмадаги барча рўйхатга олинган гидатид зарарланишнинг Хоразм вилоятидаги улиши 12,2% га тўғри келди.

2. Оилавий зарарланиш эҳтимоллиги эхинококкознинг алиментар йўл билан инвазиясини ифодалайди, шунинг учун Хоразм вилоятида гидатид зарарланган 69 нафар беморларнинг 226 нафар оила аъзолари текширилиб 22 (9,7%) нафар паразитар инвазия ҳолати верификациясига имкон топилди, бунда жигар ягона кистаси 6,6% беморларда, кўплаб ёки қўшма табиатли зарарланиш 3,1% беморларда, шу ҳолат билан боғлиқ 2015 – 2018 йиллар давомида касалликнинг ўртача интенсив кўрсаткичи 100 минг аҳоли сонидан 8,1 ҳолатга етди ( $p<0,05$ ).

3. Турли локализациядаги эхинококкоз беморларда ошқозон секретор функцияси ҳолатини ўрганиш шуни кўрсатдики, ошқозон шираси рН кўрсаткичлари соғлом кишилар гуруҳидан етарли даражада фарқ қилди ( $2,54\pm 0,06$  -  $1,78\pm 0,06$  га қарши;  $p<0,001$ ), бунда паразитар инвазия 66,7% ҳолатда гипоацид ҳолат билан боғлиқ, бу ҳолат ошқозон кислота ҳосил қилиш функциясининг пасайишида юзага келган (соғлом кишилар гуруҳидаги 12,2% га қарши;  $p<0,001$ ), шундай экан 25,8% ҳолатда нормацидлик верификацияланган ва 7,6% ҳолатда гиперацид бўлиб, бунда гидатидоз зарарланиш бир вақтнинг ўзида онкосферани кўп микдорда тушиши билан боғлиқ.

4. Жигар эхинококкоз давосида таклиф қилинган жарроҳлик тактик жиҳатларни инобатга олиб, катта ёки асоратланган кисталарда физик ва кимёвий усуллар билан ишлов беришнинг ўзига ҳослиги ва унинг кенг қўлланилаётган тўлиқ ва қисман бартараф қилиниши, фиброз капсула бўшлиғини найчалаш эҳтиёжини 63,8% дан 36,6% ( $p<0,001$ ) гача камайтиришга, жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар учрашини 12,5% дан 5,4% ( $p<0,001$ ) гача пасайишига ва умуман олганда, беморларнинг назорат найчасиз амбулатор рухсат берилиши сонини 42,5% дан 69,3% ( $p<0,001$ ) гача ошишига имкон берди.

5. Жигар эхинококкэктомиясидан кейин фиброз капсула бўшлиғига таклиф қилинган ишлов бериш тактик жиҳатларининг 3 йил муддатгача кузатувида ва жарроҳлик амалиётидан кейинги мониторинг қиёсий жиҳатдан даволашнинг қониқарсиз натижалари туфайли қайта аралашувга сабаб бўладиган касалликнинг рецидиви ва асоратини 6,3% дан 2,0% гача камайтиришга, яхши натижалар улушини 65,4% дан 85,1% ( $p<0,001$ ) гача ошириш эҳтимолига имкон бердики, бу соғлиқнинг жисмоний ва рухий компонентлари ҳаёт сифати кўрсаткичларини нисбатан эрта тиклаш билан реабилитация даврини камайтирди ( $p<0,05$ ).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01  
ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

---

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**САПАЕВ ДУСЧАН ШУХРАТОВИЧ**

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-  
СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ  
ИЗ ПЕЧЕНИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТАШКЕНТ - 2020**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2020.2.PhD/Tib692.**

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии и Ургенчском филиале Ташкентской медицинской академии.

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

**Научный руководитель:** **Акбаров Миршавкат Миролимович**  
доктор медицинских наук

**Официальные оппоненты:** **Ибадов Равшан Алиевич**  
доктор медицинских наук, профессор  
**Эшонходжаев Отабек Джураевич**  
доктор медицинских наук

**Ведущая организация:** **Андижанский государственный медицинский институт**

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. в \_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова (Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10.Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru), Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирована за № 111). Адрес: 100115, г. Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 года.  
(реестр протокола рассылки №\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2020 года).

**Ф.Г. Назиров**  
Председатель научного совета по присуждению ученых степеней,  
доктор медицинских наук, профессор,  
академик

**А.Х. Бабаджанов**  
Ученый секретарь научного совета по присуждению  
ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**А.В. Девятов**  
Председатель научного семинара при научном совете по  
присуждению ученых степеней,  
доктор медицинских наук, профессор

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

**Актуальность изучаемой проблемы.** По данным ВОЗ «эхинококкоз признан одной из актуальных проблем общественного здравоохранения, в связи с чем, включён в список приоритетных зоонозных заболеваний, в отношении борьбы с которыми эксперты пропагандируют проведение совместных согласованных усилий»<sup>1</sup>. Особенно остро эта проблема стоит в странах Центральной Азии, Северной Африки и Латинской Америки, где ежегодно регистрируется наибольшая частота заболеваемости. В целом по миру каждый год эта патология затрагивает более миллиона человек, на лечение которых затрачивается около 3 миллиардов долларов, при этом в 2015 году было зарегистрировано 19300 случаев смерти. На этом фоне «актуальными вопросами являются не только профилактические мероприятия по контролю распространённости эхинококкоза, но и клинико-диагностические аспекты ведения пациентов с этой патологией»<sup>2</sup>. «Наиболее часто эхинококк паразитирует в печени, обуславливая необходимость хирургического лечения, результаты которого в настоящий период не удовлетворяют экспертов ввиду высокой частоты послеоперационных осложнений и вероятности рецидива заболевания»<sup>3</sup>. Внедрение достижений научно-технического прогресса в современную медицину способствовало появлению новых методов лечения эхинококкоза, одним из которых является ультразвуковая кавитация (УЗК). Однако и этот метод изучен недостаточно. Поэтому исследование эффективности комплексного воздействия химических и физических способов интраоперационной обработки остаточной полости после эхинококкэктомии из печени с целью снижения риска развития специфических послеоперационных осложнений, а также профилактики рецидивов заболевания остается актуальной задачей современной гепатологии.

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться исследования по верификации генетической характеристики различных видов эхинококкоза с определением этиологических источников для каждого генотипа паразита, эпидемиологии причинных факторов паразитирования у человека с выявлением особенностей поражения и локализации в различных органах. Особо актуальными являются вопросы изучения физико-химических характеристик и антипаразитарных свойств различных способов обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии, в частности, проводятся исследования по сравнению сколексоцидной эффективности наночастиц таких субстратов как оксид серебра, железа, меди, кремнезема и оксид цинка, что в целом будет

---

<sup>1</sup> Meeting of the WHO Informal Working Group on Echinococcosis (WHO-IWGE), Geneva, Switzerland, 15–16 December 2016. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017 (WHO/HTM/ NTD/NZD/2017.01). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>2</sup> Wen H, Vuitton L, Tuxun T, Li J, Vuitton DA, Zhang W, McManus DP. Echinococcosis: Advances in the 21st Century. *ClinMicrobiol Rev.* 2019 Feb 13;32(2). pii: e00075-18. doi: 10.1128/CMR.00075-18. Print 2019 Mar 20. Review. PubMed PMID: 30760475; PubMed Central PMCID: PMC6431127.

<sup>3</sup> Nazirov FG, Akbarov MM, Sirojiddinov K.K. The Effect of Chronic Diffuse Liver Pathology on the Risk of Intra – and Post – Hepatectomy Complications // «Journal of life science and Biomedicine», Volume 8, Issue 3, May 2018, p.54-60.

направлено на снижение риска рецидивирования заболевания на фоне удаления верифицированных гидатид и вероятности сохранения частиц паразита в области фиброзной капсулы.

В настоящее время продолжается широкомасштабная работа по социальной защите населения и совершенствованию системы здравоохранения. В этом направлении, в частности, в улучшении хирургического лечения больных с эхинококкозом печени (ЭП) достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для улучшения оказываемой помощи этим больным требуются научно-обоснованные результаты по повышению эффективности хирургического вмешательства с учетом снижения частоты осложнений и профилактики рецидива заболевания. В стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности<sup>4</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени, путем совершенствования тактических аспектов обработки и ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии для профилактики развития гнойно-септических осложнений является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года, Постановлением Кабинета Министров за №266 от 10 мая 2017 года «Об организации деятельности научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

**Степень изученности проблемы.** *Echinococcus granulosus* относят к одному из глобальных заболеваний, угрожающих жизни человека. В 50-70% случаев эхинококк поражает печень, вторым наиболее распространенным органом является легкое (20-30%), другие органы поражаются реже. Бессимптомность является одной из опасных характеристик этого заболевания, поэтому «размер кист может достигать гигантских, что чревато

---

<sup>4</sup> Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. N УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.



возможностью их разрыва с обсеменением брюшной полости»<sup>5</sup>. «Согласно докладу ВОЗ в эндемических по эхинококкозу очагах уровень заболеваемости ежегодно превышает 50 на 100 000 населения»<sup>6</sup>. Среди предлагаемых методов лечения «в настоящий период наиболее востребовано три вида: открытая хирургия, пункционные методы (PAIR методика) и лапароскопические вмешательства»<sup>7</sup>. Опыт многих центров показывает, что «при неосложненном ЭП миниинвазивные вмешательства могут быть операцией выбора с более высоким качеством жизни, однако в случаях осложненного течения эти методы не могут обеспечить хороший результат»<sup>8</sup>. В тоже время, даже традиционные операции в этих ситуациях характеризуются высоким риском осложнений. Так, Symeonidis N с соавт. показали, что «частота хирургических осложнений, включая желчный свищ, абсцессы в брюшной полости, нагноение остаточной полости, раневую инфекцию и кровотечения, была значительно выше в группе осложненного эхинококкоза – 27,8% против 15,2% с уровнем летальности – 2,4% против 0,9%»<sup>9</sup>. Соответственно проблема улучшения результатов эхинококкэктомии из печени по-прежнему сохраняет свою актуальность.

Другим «ключевым вопросом хирургического лечения ЭП является выбор способа обработки остаточной полости, включая варианты ее ликвидации»<sup>10</sup>. Современные подходы характеризуются различным отношением к этому вопросу. В настоящий период многие авторы придерживаются радикального подхода, а именно резекционных вмешательств при ЭП. Однако, «это не гарантирует от рецидива заболевания, даже при условии проведения длительной противопаразитарной терапии»<sup>11</sup>. На этом фоне «определенное значение имеют методы открытой эхинококкэктомии, когда киста подлежит вскрытию, удалению хитина и различным вариантам обработки остаточной полости»<sup>12</sup>. В целях профилактики рецидивов заболевания и диссеминации для интраоперационного обеззараживания зародышевых элементов используются самые различные агенты: йод, глицерин, спирт, раствор сулемы, перекись водорода, карболовая кислота, фтористое серебро и другие.

---

<sup>5</sup> Akkucuk S, Aydogan A, Ugur M, et al. Comparison of surgical procedures and percutaneous drainage in the treatment of liver hydatid cysts: a retrospective study in an endemic area. *Int J ClinExp Med*. 2014;7:2280–5.

<sup>6</sup> Chen X, Cen C, Xie H, et al. The comparison of 2 new promising weapons for the treatment of hydatid cyst disease: PAIR and laparoscopic therapy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2015;25:358–62.

<sup>7</sup> Sokouti M, Sadeghi R, Pashazadeh S, Abadi SEH, Sokouti M, Ghojazadeh M, Sokouti B. A systematic review and meta-analysis on the treatment of liver hydatid cyst using meta-MUMS tool: comparing PAIR and laparoscopic procedures. *Arch Med Sci*. 2019 Mar;15(2):284–308.

<sup>8</sup> Шевченко Ю.Л., Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Современные аспекты хирургии осложненного эхинококкоза печени // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, №4, 2018, стр.29-34.

<sup>9</sup> Symeonidis N, Pavlidis T, Baltatzis M, et al. Complicated liver echinococcosis: 30 years of experience from an endemic area. *Scand J Surg*. 2013;102:171–7.

<sup>10</sup> Botezatu C, Mastalier B, Patrascu T. Hepatic hydatid cyst - diagnose and treatment algorithm. *J Med Life*. 2018 Jul-Sep;11(3):203–209. doi:10.25122/jml-2018-0045. Erratum in: *J Med Life*. 2018 Oct-Dec;11(4):394.

<sup>11</sup> Nikolic A, Rauchfuß F, Settmacher U. [Major liver resections in cystic echinococcosis of the liver]. *Chirurg*. 2019 Mar;90(Suppl 2):64.

<sup>12</sup> Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Эволюция взглядов и современные тенденции при хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени. // *Журнал «Инфекция, иммунитет и фармакология»*. Ташкент. №5, 2018, стр.69-81.

При этом, «большинство из них не нашли широкого применения в хирургической практике ввиду либо низкой противопаразитарной активности, или высокой токсичности»<sup>13</sup>. Также, спорным остается вопрос о методах ликвидации остаточной полости, особенно в условиях осложненного ЭП, когда пациенты могут быть обречены на длительное дренаженосительство с риском развития отдаленных осложнений, которые значительно снижают их качество жизни, что еще раз подчеркивает актуальность выбранной темы.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период остаются нерешенными и противоречивыми вопросы по тактике обработки остаточной полости после эхинококкэктомии из печени, выбора вида противопаразитарного воздействия, включая возможности сочетания химических и физических методов. В свою очередь, не менее значимой проблемой является совершенствование тактических аспектов ликвидации остаточной полости в условиях осложненного ЭП с учетом таких критериев оценки как необходимость и длительность дренирования, характер отделяемого, частота ближайших и отдаленных осложнений, а также показателей качества жизни этой категории пациентов.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках прикладного научного проекта Ташкентской медицинской академии за №01070069 по теме: «Разработка патогенетических обоснованных методов диагностики и лечения хирургических заболеваний человека» (2014-2018 гг.).

**Целью исследования** является улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени путем совершенствования тактических аспектов обработки и ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии для профилактики развития гнойно-септических осложнений.

**Задачи исследования:**

определить интенсивный показатель заболеваемости эхинококкозом различной локализации в Хорезмской области;

изучить вероятность верификации паразитарной инвазии у членов семей больных с эхинококкозом различной локализации;

исследовать состояние кислотообразующей функции желудка у больных с эхинококкозом;

усовершенствовать тактические аспекты обработки и ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии из печени;

в сравнительном аспекте изучить отдаленные результаты с верификацией клинических преимуществ предложенной методики обработки остаточной полости после эхинококкэктомии из печени.

---

<sup>13</sup> Norouzi R, Ataei A, Hejazy M, Noreddin A, El Zowalaty ME. Scolicidal Effects of Nanoparticles Against Hydatid Cyst Protoscolices in vitro. Int J Nanomedicine. 2020 Feb 17;15:1095-1100. doi: 10.2147/IJN.S228538. Collection 2020. PubMed PMID: 32110009; PubMed Central PMCID: PMC7034968.

**Объектом исследования** явились 442 больных с эхинококкозом печени, пролеченных на базе кафедры общей хирургии, травматологии и ортопедии Ургенчского филиала ТМА за период с 2010 по 2018 гг.

**Предмет исследования** составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с ЭП с использованием дифференцированного подхода к выбору метода обработки и ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: общеклинические, биохимические, инструментальные и статистические методы.

**Научная новизна исследований** заключается в следующем:

уточнен интенсивный показатель частоты гидатидного поражения населения Хорезмской области с учетом клинически зарегистрированных случаев и верификации скрытых форм заболевания, выявленных по принципу обязательной диспансерной диагностики членов семей пациентов с эхинококкозом различной локализации;

определена вероятность семейного заражения эхинококкозом с верификацией частоты и характера гидатидозного поражения у родственников пациентов с диагностированной паразитарной инвазией;

уточнены патогенетические аспекты развития гидатидного поражения с учетом состояния секреторной функции желудка с верификацией вероятности паразитарной инвазии онкосфер эхинококка на фоне угнетения кислотного барьера;

доказано, что при эхинококкозе печени, осложненным нагноением, обработка остаточной полости декасаном в совокупности с ультразвуковой кавитацией фиброзной капсулы позволяет произвести полное или частичное ее ушивание без риска развития локальных гнойно-септических осложнений;

раскрыты клинические преимущества усовершенствованных тактических аспектов обработки и ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени с учетом основных критериев оценки: необходимость и длительность дренирования, характер отделяемого, частота ближайших и отдаленных осложнений.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определено истинное значение заболеваемости эхинококкозом различной локализации в Хорезмской области с выявлением вероятности скрытого течения паразитарной инвазии в семьях пациентов с диагностированным гидатидным поражением;

доказана высокая вероятность паразитарной инвазии у членов семей больных, оперированных по поводу эхинококкоза различной локализации, что обуславливает необходимость проведения обязательной диспансеризации и совершенствования систематической санитарно-просветительной работы среди населения;

определено, что только в 1/3 случаев паразитарная инвазия связана с нарушением правил гигиены и одномоментным поступлением большого

количества онкосфер, тогда у большинства пациентов развитие гидатидного поражения обусловлено сочетанием этого фактора с гипоацидным состоянием на фоне угнетения кислотообразующей функции желудка;

доказано, что предложенная методика физической и химической обработки и ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени позволяет снизить необходимость длительного дренирования, сократить частоту специфических осложнений и риск повторных миниинвазивных или традиционных вмешательств;

определена клиническая эффективность предложенных тактических аспектов эхинококкэктомии из печени, заключающаяся в снижении вероятности неудовлетворительного исхода лечения, увеличении доли хороших результатов, что в целом позволило сократить период реабилитации и обеспечить более раннее восстановление показателей качества жизни.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение патогенетических аспектов развития гидатидного поражения с учетом состояния секреторной функции желудка, также доказано, что при эхинококкозе печени, осложненным нагноением, предложенная методика обработки остаточной полости позволяет произвести полную или частичную ее ликвидацию без риска развития локальных гнойно-септических осложнений.

Практическая ценность работы заключается в том, что оптимизированы тактические подходы к физической и химической обработке, а также ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени, что позволило снизить необходимость длительного дренирования, сократить частоту специфических осложнений и риск повторных миниинвазивных или традиционных вмешательств с увеличением доли хороших результатов и обеспечением более раннего восстановления показателей качества жизни.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению хирургического лечения эхинококкоза печени:

разработаны методические рекомендации «Жигар эхинококкозини эрта аниқлашда янгича ёдашувлар ва даволаш – профилактика чоралари» (справка Министерства здравоохранения №8н-з/104 от 26 августа 2020 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить тактические аспекты обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени;

полученные научные результаты по улучшению качества хирургического лечения больных с эхинококкозом печени внедрены в

практическую деятельность здравоохранения, в частности, в Ургенчском районном медицинском объединении, Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре (справка Министерства здравоохранения №8н-з/104 от 26 августа 2020 года). Внедрение результатов исследований за счет совершенствования тактических аспектов хирургического лечения эхинококкоза печени позволили снизить необходимость в дренировании остаточной полости с 63,8% до 36,6%, сократить частоту послеоперационных осложнений с 12,5% до 5,4%, что обусловило сокращение периода реабилитации с более ранним восстановлением показателей качества жизни.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 8 научно-практических конференциях, в том числе на 4 международных и 4 республиканских.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, из них 5 журнальных статей, 2 из которых в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

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

В первой главе диссертации «**Актуальные вопросы хирургического лечения эхинококкоза печени**» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы ЭП, вопросы этиопатогенеза заболевания, современных методов диагностики, а также актуальные вопросы выбора способа лечения больных с данной патологией.

Во второй главе диссертации представлена «**Клиническая характеристика больных и методов исследования**». Фундаментом исследования послужили результаты диагностики и лечения 442 больных с ЭП, пролеченных на базе кафедры общей хирургии, травматологии и ортопедии Ургенчского филиала ТМА за период с 2010 по 2018 гг. Все больные разделены на две группы: в первую (основную) группу включены 202 пациента, которым обработка остаточной полости после

эхинококкэктомии из печени выполнена по усовершенствованной методике, во вторую группу включены 240 пациентов, которым обработка остаточной полости производилась традиционными способами (табл. 1).

**Таблица 1**

**Распределение больных по группам и характеру операции**

Методика	Неосложненный эхинококкоз		Осложненный эхинококкоз		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Основная группа</b>						
Обработка остаточной полости декасаном	170	100,0%	32	100,0%	202	100,0%
Ультразвуковая кавитация фиброзной капсулы	121	71,2%	29	90,6%	150	74,3%
Ушивание (полное или частичное) остаточной полости	140	82,4%	23	71,9%	163	80,7%
<b>Группа сравнения</b>						
Традиционная обработка остаточной полости	206	100,0%	34	100,0%	240	100,0%
Ушивание (полное или частичное) остаточной полости	129	62,6%	8	23,5%	137	57,1%

Наибольшее количество пациентов в обеих группах были лицами трудоспособного возраста: 156 пациентов в основной группе и 176 пациентов в группе сравнения. Распределение между мужчинами и женщинами было не столь различимо: 229 пациентов были лицами мужского пола и 213 пациентов - женского пола.

По локализации ЭП отмечено, что солитарная киста правой доли печени диагностирована у 119 (58,9%) пациентов из основной группы и у 144 (60,0%) пациентов из группы сравнения, солитарная киста левой доли печени диагностирована у 26 (12,9%) и 34 (14,2%) пациентов соответственно.

Доминирующим способом хирургического вмешательства в основной группе среди пациентов с солитарным ЭП явилось ушивание остаточной полости, которое выполнено у 87 (60,0%), а в группе сравнения данное вмешательство выполнено всего у 56 (31,5%) больных. При множественных кистах в основной группе выполнено ушивание всех остаточных полостей в 38,6% случаев против 19,4% - в группе сравнения.

В третьей главе диссертации представлены «**Эпидемиологические аспекты заболеваемости эхинококкозом в Хорезмской области**». Исследование показало, что Хорезмская область является одним из наиболее эндемичных районов Республики Узбекистан по частоте эхинококкоза со средним интенсивным показателем заболеваемости 6,27 случаев на 100 тыс. населения, тогда как по стране в целом это значение составило 2,81 случаев на 100 тыс. населения ( $t=7,34$ ;  $P<0,001$ ), при этом в структуре всех зарегистрированных гидатидных поражений за 2015-2018 гг. (3619 пациентов) на долю Хорезмского региона пришлось 12,2% (442 больных).

Следующим критерием распространенности и причин высокой заболеваемости явилась оценка вероятности семейных случаев заболеваемости эхинококкозом в Хорезмской области, по данным обследования 69 семей пациентов с диагностированным эхинококкозом за 2018 год. Частота верификации не диагностированных форм эхинококкоза среди членов семей пациентов с выявленным гидативным поражением составила 9,7% (22). При этом одиночные кисты в печени диагностированы у 15 (6,6%) пациентов, множественный и сочетанный эхинококкоз - у 7 (3,1%) больных.

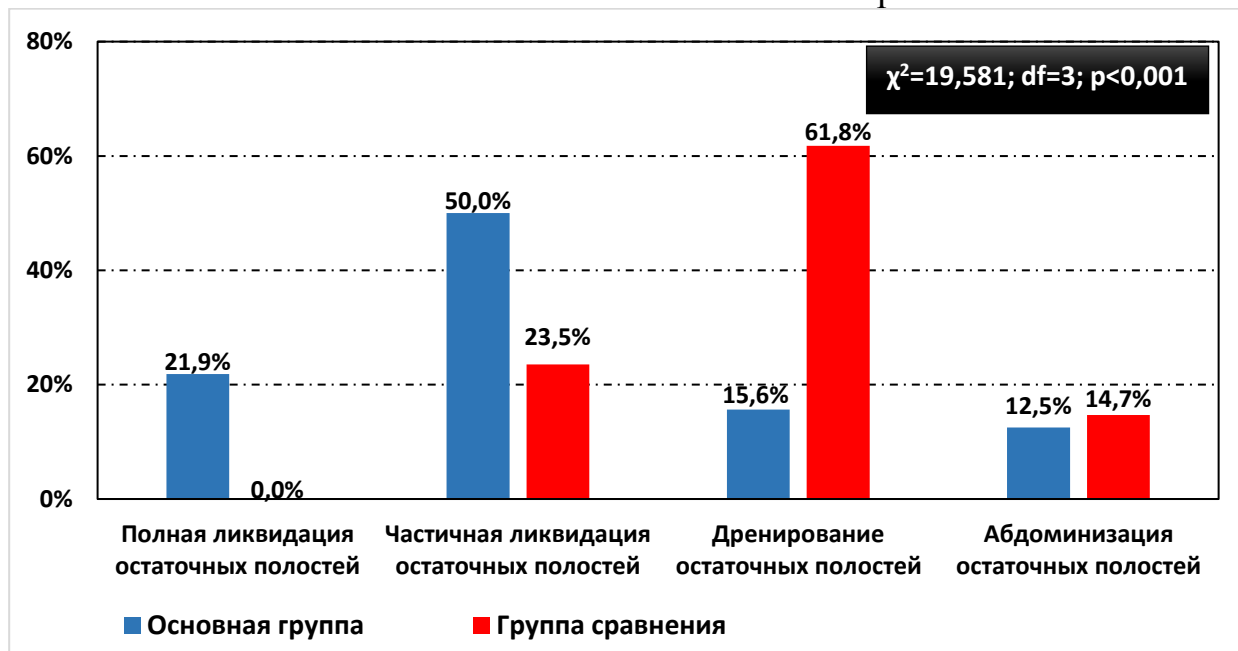
При выявлении причин семейного анамнеза, пациентам помимо общеклинических и лучевых методов обследования, проводилось исследование секреции желудочного сока, как одного из показателя барьерного механизма при заражении эхинококкозом алиментарным путем.

Изучение состояния секреторной функции желудка у больных с эхинококкозом различной локализации показало, что рН желудочного сока достоверно отличался от показателя в группе здоровых лиц ( $2,54 \pm 0,06$  против  $1,78 \pm 0,06$ ;  $t=8,96$ ;  $p<0,001$ ) при этом паразитарная инвазия в 66,7% (у 44 из 66 пациентов с эхинококкозом) случаев связана с гипоацидностью на фоне угнетения кислотообразующей функции (против 12,2% в группе здоровых лиц;  $\chi^2=30,554$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ), тогда как в 25,8% (у 17 пациентов) верифицирована нормаацидность и у 7,6% (5 пациентов) - гиперацидность, у которых гидатидозное поражение связано с одномоментным поступлением большого числа онкосфер. Следует особо отметить: с учетом того, что у 226 обследованных родственников было выявлено 22 (9,7%) случая, не диагностированного эхинококкоза различной локализации (семейное заражение), то истинное значение заболеваемости будет несколько выше, чем частота по данным статистического анализа. Так, в 2015 году было зарегистрировано 129 случаев гидатидного поражения. Наши данные показали, что в среднем на 1 пациента приходится около трех родственников, соответственно это 387 человек. Вероятность верификации у родственников эхинококкоза составила 9,7%, значит из этих 387 человек паразитарную инвазию имеют около 38. Это в целом увеличивает вероятность заражения эхинококкозом от 129 до 167 человек, что обуславливает рост показателя заболеваемости с 7,5 до 9,7 на 100 тыс. населения.

В четвертой главе диссертации изложены **«Тактико-технические аспекты выполнения хирургического вмешательства при эхинококкозе печени»**. Несмотря на сохраняющую дискуссию по поводу определения тактики хирургического вмешательства при ЭП, а именно, в отношении комбинации различных видов обработки остаточных полостей, оставляя приоритет за традиционными способами эхинококкэктомии (вскрытие кисты, дренирование остаточной полости, частичная или полная ликвидация остаточной полости путем различных вариантов капитонажа), большинство хирургов придерживаются собственных наработанных методик. В связи с этим, на сегодняшний день продолжают разрабатываться способы химической, физической или комбинированной обработки остаточной

полости. В данном исследовании представлен оптимизированный комбинированный способ обработки остаточной полости с использованием физического метода воздействия (ультразвуковая кавитация) и химического реагента (декасан 0,02%). В нашей клинике предложен метод, предусматривающий использование для обработки остаточной полости 70% спирта, бетадина с последующей ультразвуковой кавитацией низкой частоты (УЗНЧ) с Декасаном - 0,02%. После обработки остаточной полости антипаразитарными средствами в течение 3 мин осуществляли ультразвуковую кавитацию через раствор химического реагента «Декасан». Экспозиция обработки, предложенным способом, составляла от 4 до 5 минут в зависимости от размера остаточной полости.

В пятой главе диссертации «Сравнительные результаты хирургического лечения первичного эхинококкоза печени» изложены основные результаты операций в группах сравнения. Распределение больных по способу обработки остаточных полостей с неосложненным эхинококкозом печени показало, что полная ликвидация остаточной полости выполнена у 108 (56,9%) из основной группы и у 71 (29,6%) больного из группы сравнения; частичная ликвидация остаточной полости выполнена у 32 (18,8%) больных из основной группы и у 58 (32,0%) больных из группы сравнения; дренирование остаточных полостей выполнено 21 (12,4%) пациенту из основной группы и 66 (32,0%) пациентам из группы сравнения; абдоминализация остаточных полостей выполнена 9 (5,3%) пациентам из основной группы и 11 (5,3%) пациентам из группы сравнения. Достоверность отличия в сравниваемых группах определялась в пределах  $\chi^2=35,514$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ . В свою очередь, распределение больных по способу обработки остаточных полостей с осложненным ЭП показано на рис. 1.



**Рис. 1. Распределение больных по способу обработки остаточных полостей после операции по поводу осложненного эхинококкоза (все осложнения)**



В основной группе дренирование остаточной полости выполнено у 74 (36,6%) пациентов, а в группе сравнения – у 153 (63,8%) пациентов ( $\chi^2=32,284$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ). По характеру и количеству отделяемого из дренажа остаточной полости пациенты распределились следующим образом: серозное отделяемое отмечено у 26 (12,9%) пациентов из основной группы, с максимальным (более 100 мл/сут) только у 2-х (1,0%) из них; в группе сравнения серозное отделяемое также отмечено у 26 (10,8%) пациентов, но с максимальным отделяемым у 5 (2,1%) из них. Серозно-геморрагическое отделяемое имело место у 36 (17,8%) пациентов из основной группы, с максимальным отделяемым у 2-х (1,0%) из них; в группе сравнения - у 82 (34,2%) пациентов, с максимальным отделяемым у 5 (2,1%) из них. Гнойный характер отделяемого отмечен всего у 3 (1,5%) пациентов из основной группы, с отделяемым до 100 мл /сут у 1 (0,5%) из них; в группе сравнения - у 19 (7,9%) пациентов, с максимальным отделяемым у 1 (0,4%) из них. Желчное отделяемое отмечено у 9 (4,5%) пациентов из основной группы, с максимальным отделяемым всего у 1 (0,5%) из них; в группе сравнения - у 26 (10,8%) пациентов, с максимальным отделяемым у 6 (2,5%) из них. Структура и частота послеоперационных осложнений показана в табл. 2.

**Таблица 2**

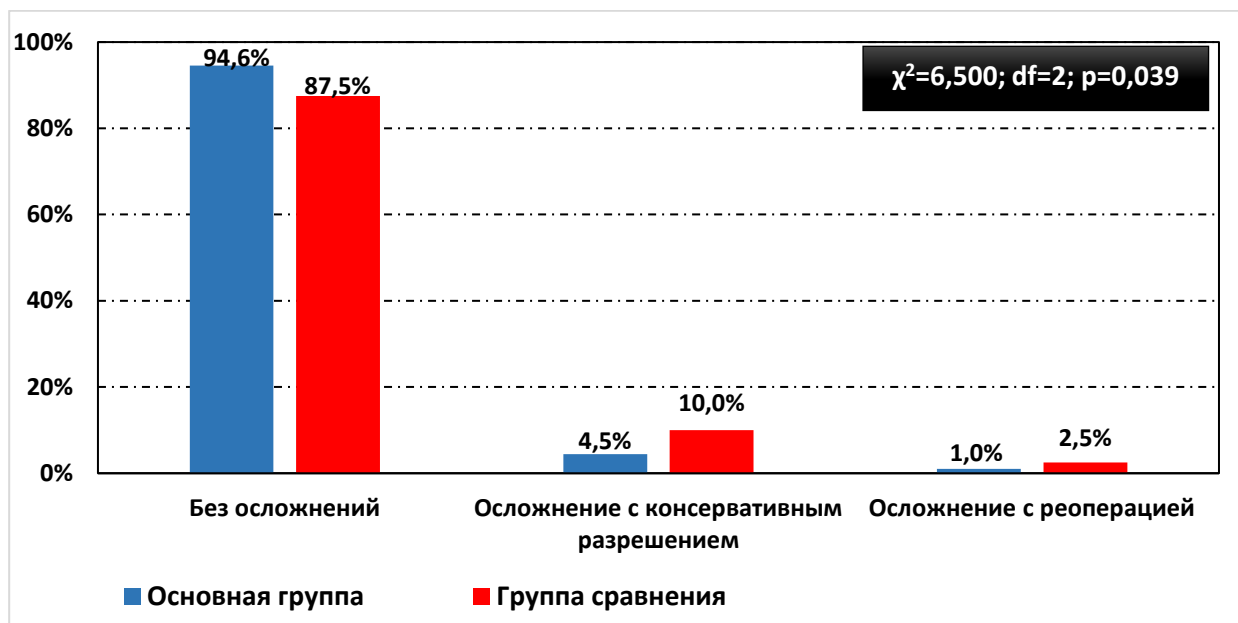
**Структура и частота ранних послеоперационных осложнений**

Осложнение	Основная группа (n=202)		Группа сравнения (n=240)	
	абс.	%	абс.	%
Неадекватное дренирование остаточной полости (скопление жидкости)	2	1,0%	9	3,8%
Бронхолегочные	6	3,0%	16	6,7%
Кровотечение из паренхимы печени	1	0,5%	4	1,7%
Желчный свищ	9	4,5%	26	10,8%
Абсцесс брюшной полости	1	0,5%	7	2,9%
Больных с осложнениями	11	5,4%	30	12,5%
	Критерий $\chi^2=21,469$ ; $df=1$ ; $p<0,001$			

Всего больных с осложнениями было 11 (5,4%) пациентов в основной группе и 30 (12,5%) пациентов в группе сравнения. Из характера осложнений отмечено, что скопление экссудата в остаточной полости связанного с неадекватным дренированием последней, наблюдалось у 2 (1,0%) пациентов из основной группы и у 9 (3,8%) пациентов из группы сравнения; бронхолегочные осложнения наблюдались у 6 (3,0%) пациентов из основной группы и у 16 (6,7%) пациентов из группы сравнения; кровотечения из паренхимы печени отмечены у 1 (0,5%) пациента из основной группы и у 4 (1,7%) пациентов из группы сравнения; желчный свищ наблюдался у 9 (4,5%) пациентов из основной группы и у 26 (10,8%) пациентов из группы сравнения; абсцесс брюшной полости диагностирован у 1 (0,5%) пациента из

основной группы и у 7 (2,9%) пациентов из группы сравнения. Достоверность отличия в сравниваемых группах определялась в пределах  $\chi^2=21,469$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ .

Лечение осложнений в ближайшем послеоперационном периоде заключалось в консервативном лечении, в комбинации последнего с пункционным дренированием остаточной полости, релапаротомией. Сводные результаты ближайшего послеоперационного периода представлены на рис. 2.



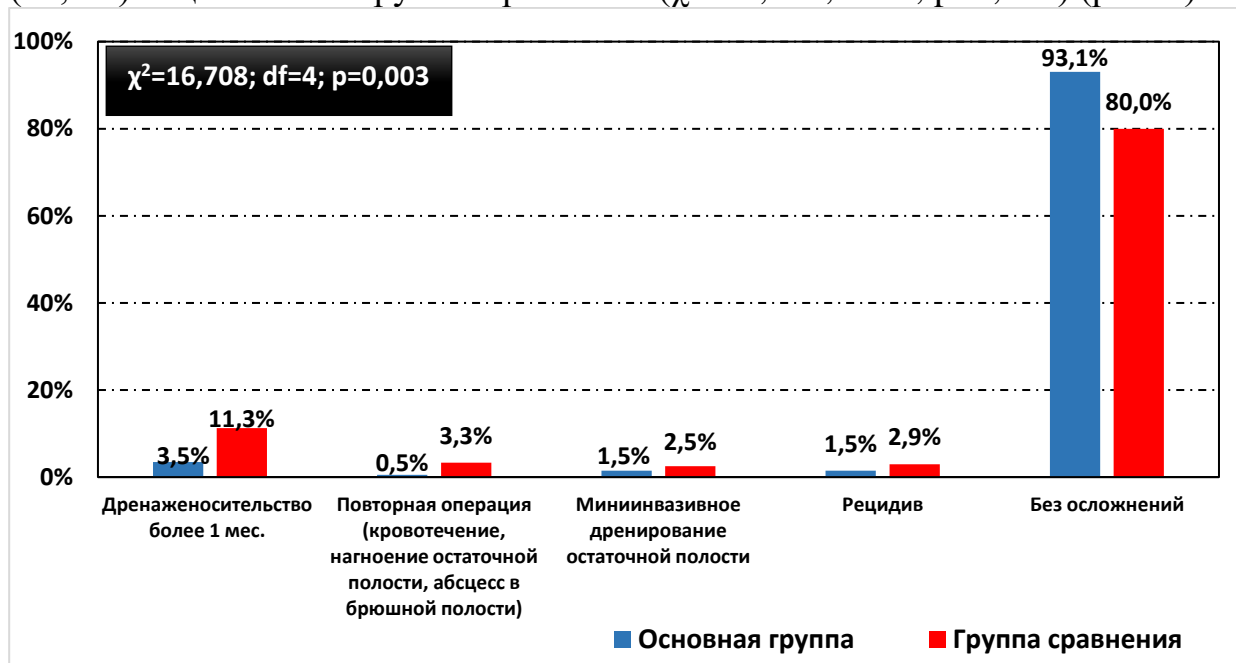
**Рис. 2. Результаты ближайшего послеоперационного периода**

С дренажем в остаточной полости выписано 62 (30,7%) пациента из основной группы и 138 (57,5%) пациентов из группы сравнения. Соответственно без дренажей выписано 140 (69,3%) пациентов из основной группы и 102 (42,5%) пациента из группы сравнения. При анализе средней продолжительности операции и длительности госпитального периода, отмечено, что в основной группе показатель длительности операции в среднем соответствовал 120,8 мин., а в группе сравнения – 104,2 мин. ( $t=1,76$ ;  $p>0,05$ ), тогда как длительность госпитализации в среднем соответствовала в основной группе 8,5 сут, а в группе сравнения -10,4 сут. ( $t=2,43$ ;  $p<0,05$ ).

Основными критериями оценки отдаленного периода явились: сроки удаления дренажей; осложнения в отдаленном периоде; рецидив заболевания; оценка качества жизни в отдаленном периоде. Так, до 10 суток дренажи удалены у 140 (69,3%) пациентов из основной группы и у 102 (42,5%) пациентов из группы сравнения; на 11-20 сутки – у 45 (22,3%) пациентов из основной группы и у 66 (27,5%) пациентов из группы сравнения; на 21-30 сутки – у 10 (5,0%) пациентов из основной группы и у 45 (18,8%) пациентов из группы сравнения; через 1-2 месяца – у 5 (2,5%) пациентов из основной группы и у 21 (8,8%) пациента из группы сравнения; через 3 месяца и более – у 2 (1,0%) пациентов из основной группы и у 6 (2,5%) пациентов из группы сравнения ( $\chi^2=41,096$ ;  $df=4$ ;  $p<0,001$ ).

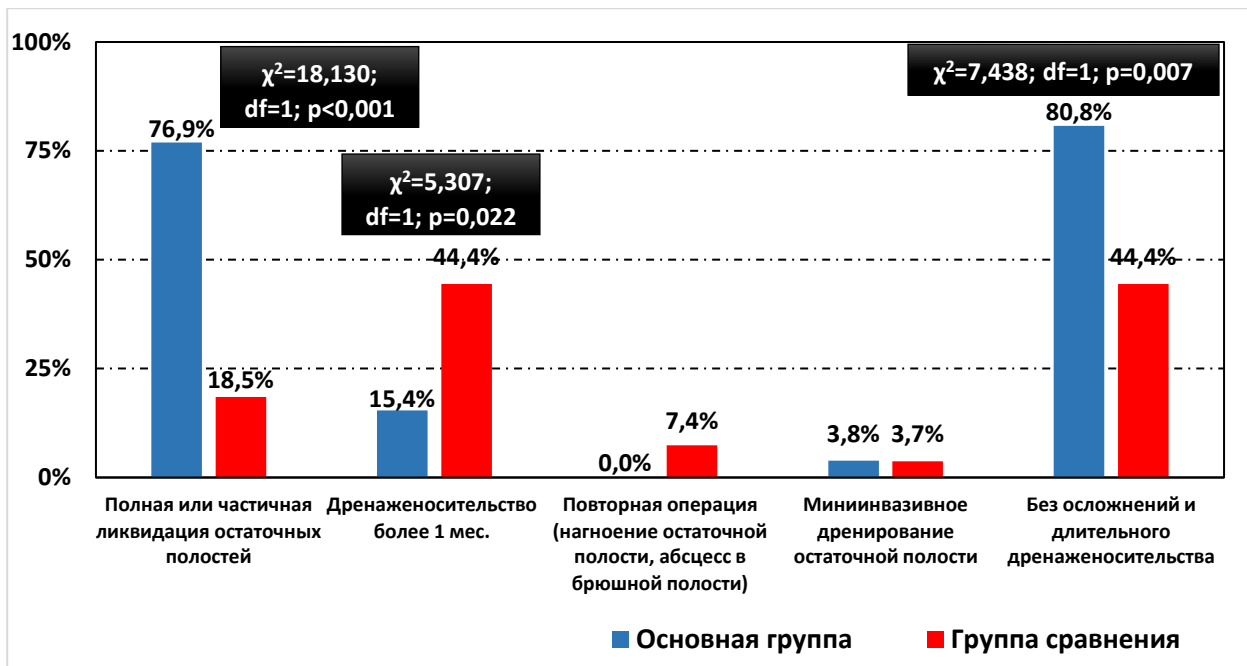
Всего осложненное течение отдаленного периода наблюдалось у 9 (7,0%) пациентов из основной группы и у 22 (15,0%) пациентов из группы сравнения. Скопление жидкости в остаточной полости наблюдалось у 3 (2,3%) пациентов из основной группы и у 8 (5,4%) пациентов из группы сравнения; нагноение остаточной полости – у 2 (1,6%) пациентов из основной группы и у 5 (3,4%) пациентов из группы сравнения; абсцесс брюшной полости – у 1 (0,8%) пациента из основной группы и у 2 (1,4%) пациентов из группы сравнения; рецидив эхинококкоза печени у 3 (2,3%) пациентов из основной группы и у 7 (4,8%) пациентов из группы сравнения. Консервативное лечение было эффективным у 7 (5,4%) пациентов из основной группы и у 11 (7,5%) пациентов из группы сравнения; повторная операция по поводу нагноения остаточной полости и абсцесса брюшной полости выполнена только 3 (2,0%) и 1 (0,7%) пациенту соответственно, из группы сравнения; пункционное дренирование остаточной полости выполнено 2 (1,6%) пациентам из основной группы и 4 (2,7%) пациентам из группы сравнения. Повторное хирургическое вмешательство при рецидивном эхинококкозе печени выполнено 1 (0,8%) пациенту из основной группы и 3 (2,0%) пациентам из группы сравнения.

Более наглядную картину отдаленного периода можно проследить по сводным результатам хирургического лечения эхинококкоза печени в сроки до 3-х лет наблюдения. Неосложненное течение отдаленного периода после операции отмечено у 188 (93,1%) пациентов из основной группы и у 192 (80,0%) пациентов из группы сравнения ( $\chi^2=16,708$ ;  $df=4$ ;  $p=0,003$ ) (рис. 3).



**Рис. 3. Сводные результаты хирургического лечения эхинококкоза печени в сроки до 3-х лет наблюдения**

Учитывая тот факт, что от этого напрямую зависит течение отдаленного периода, приводим некоторые тактические аспекты и результаты хирургического лечения ЭП, осложненного цистобилиарным свищем и (или) нагноением (рис. 4).



**Рис. 4. Некоторые тактические аспекты и результаты хирургического лечения эхинококкоза печени, осложненного цистобилиарным свищем и (или) нагноением**

Одним из самых важных показателей оценки результатов хирургического лечения ЭП является определение качества жизни пациента. Оценка данного параметра определена по опроснику SF-36 Health Status Survey. Результат оценивался как:

хороший - без дренажей, без осложнений;

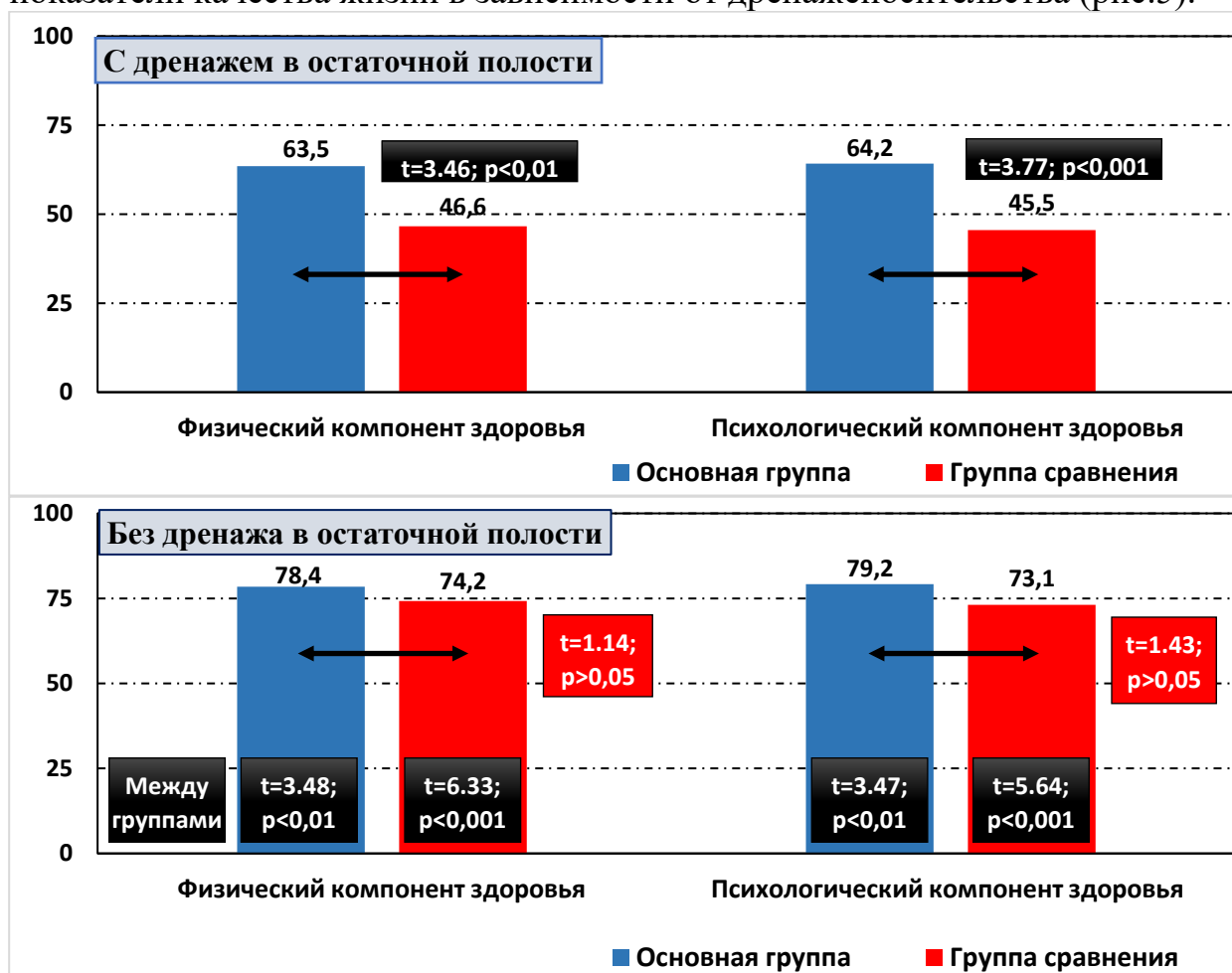
удовлетворительный - осложнения, разрешенные консервативно; длительное дренирование; малоинвазивные вмешательства на остаточной полости;

неудовлетворительный: А. Повторные операции на фоне осложнений; Б. Рецидив заболевания.

Хороший результат отмечен у 172 (85,1%) пациентов из основной группы и у 157 (65,4%) пациентов из группы сравнения; удовлетворительный – у 26 (12,9%) пациентов из основной группы и у 68 (28,3%) пациентов из группы сравнения; неудовлетворительный - у 4 (2,0%) пациентов из основной группы и у 15 (6,3%) пациентов из группы сравнения. При этом, неудовлетворительный результат «А» отмечен всего у 1 (0,5%) пациента из основной группы и у 8 (3,3%) пациентов из группы сравнения, а неудовлетворительный результат «Б» отмечен у 3 (1,5%) пациентов из основной группы и у 7 (2,9%) пациентов из группы сравнения ( $\chi^2=22,719$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). По всем критериям оценки качества жизни в двух сравниваемых группах имелись достоверные отличия в пределах:  $p<0,01$  (физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием);  $p<0,05$  (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья, психическое здоровье, социальное функционирование).

Самый высокий интервал в пределах  $p < 0,001$  отмечен по критерию «жизненной активности» ( $73 \pm 2,7$  в основной группе против  $60,1 \pm 3,2$ ).

У пациентов из основной группы наиболее приближенными параметрами качества жизни к здоровым лицам явились: «жизненная активность» - 91,7%; «социальное функционирование» - 91,0%; «физическое функционирование» - 88,0%; «психическое здоровье» - 87,1%. Наименьшим параметром была «интенсивность боли» - 75%. В группе сравнения все параметры оценки качества жизни варьировали в пределах 76,6%-71,8% по отношению к здоровым лицам. Далее в сравнительном аспекте оценены показатели качества жизни в зависимости от дренаженосительства (рис.5).



**Рис. 5. Показатели качества жизни через месяц после операции с учетом длительности дренирования**

Таким образом, в сравнительном аспекте в сроки наблюдения до трех лет после эхинококкэктомии из печени, предложенные тактические аспекты обработки остаточной полости и послеоперационного мониторинга позволили снизить вероятность неудовлетворительного исхода лечения с учетом повторных вмешательств по поводу осложнений и рецидива заболевания с 6,3% (у 15 из 240 больных в группе сравнения) до 2,0% (у 4 из 202 пациентов в основной группе), увеличить долю хороших результатов с 65,4% (157 в группе сравнения) до 85,1% (172 - в основной группе;  $\chi^2=22,719$ ;  $df=2$ ;  $p < 0,001$ ), что обусловило сокращение периода реабилитации с более

ранним восстановлением показателей качества жизни по физическому и психологическому компонентам здоровья (по всем контрольным срокам от 1 до 12 месяцев -  $p < 0,05$  по отношению к группе сравнения).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Хорезмская область является одним из наиболее эндемичных районов Республики Узбекистан по частоте эхинококкоза со средним интенсивным показателем заболеваемости 6,27 случаев на 100 тыс. населения, тогда как по стране в целом это значение составило 2,81 ( $t=7,34$ ;  $P < 0,001$ ), при этом в структуре всех зарегистрированных гидатидных поражений за 2015-2018 гг. на долю Хорезмского региона пришлось 12,2%.

2. Алиментарный путь инвазии эхинококкоза характеризуется вероятностью семейного заражения, так в Хорезмской области обследование 226 человек из 69 семей пациентов с гидатидозом позволило верифицировать 22 (9,7%) случая паразитарной инвазии, при этом солитарное поражение печени определено у 6,6% больных, а множественный или сочетанный характер поражения у 3,1% пациентов, соответственно, расчетное значение среднего интенсивного показателя заболеваемости за 2015-2018 гг. может достигать 8,1 случаев на 100 тыс. населения ( $p < 0,05$ ).

3. Изучение состояния секреторной функции желудка у больных с эхинококкозом различной локализации показало, что рН желудочного сока достоверно отличался от показателя в группе здоровых лиц ( $2,54 \pm 0,06$  против  $1,78 \pm 0,06$ ;  $p < 0,001$ ) при этом паразитарная инвазия в 66,7% случаев связана с гипоацидностью на фоне угнетения кислотообразующей функции (против 12,2% в группе здоровых лиц;  $p < 0,001$ ), тогда как в 25,8% верифицирована нормацидность и у 7,6% - гиперацидность, у которых гидатидозное поражение связано с одномоментным поступлением большого числа онкосфер.

4. Предложенные тактические аспекты хирургического лечения эхинококкоза печени с учетом особенностей физической и химической обработки остаточной полости и расширенного применения ее ликвидации путем полного или частичного ушивания, включая большие или осложненные кисты, позволили снизить необходимость в дренировании остаточной полости с 63,8% до 36,6% ( $p < 0,001$ ), сократить частоту послеоперационных осложнений с 12,5% до 5,4% ( $p < 0,001$ ), и в целом увеличить долю выписанных пациентов без страховочного дренажа с 42,5% до 69,3% ( $p < 0,001$ ).

5. В сравнительном аспекте в сроки наблюдения до трех лет после эхинококкэктомии из печени предложенные тактические аспекты обработки остаточной полости и послеоперационного мониторинга позволили снизить вероятность неудовлетворительного исхода лечения с учетом повторных вмешательств по поводу осложнений и рецидива заболевания с 6,3% до 2,0%, увеличить долю хороших результатов с 65,4% до 85,1% ( $p < 0,001$ ), что обусловило сокращение периода реабилитации с более ранним восстановлением показателей качества жизни по физическому и психологическому компонентам здоровья ( $p < 0,05$ ).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 AT THE  
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL  
MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN  
V.VAKHIDOV ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

---

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

**SAPAEV DUSCHAN SHUKHRATOVICH**

**THE ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AND PREVENTION OF  
PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS AFTER  
ECHINOCOCECTOMY  
FROM THE LIVER**

**14.00.27 – Surgery**

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

**TASHKENT–2020**

**Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the №B2020.2.PhD/Tib692.**

The dissertation was made at Tashkent medical academy and Urgench branch of Tashkent medical academy.

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

**Scientific advisor:** **Акбаров Миршавкат Миролимович**  
Doctor of Medical Sciences

**Official opponents:** **Ибадов Равшан Алиевич**  
Doctor of Medical Sciences, professor  
**Ешонходжаев Отабек Джуроевич**  
Doctor of Medical Sciences

**Lead organization:** **Andijan state medical institute**

The defense will be take place on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 at \_\_\_\_ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; Phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru)).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number № 111), (Address 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of the dissertation sent out on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020.  
(mailing report № \_\_\_\_ of \_\_\_\_\_ 2020).

**F.G. NazYROV**  
Chairman of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, professor, academician

**A.Kh. Babadjanov**  
Scientific secretary of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, professor

**A.V. Devyatov**  
Chairman of the scientific seminar at the scientific council on award of scientific degrees doctor of medical science, professor



## INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

**The aim of the study** is to improve the results of surgical treatment of liver echinococcosis by improving the tactical aspects of processing and eliminating the residual cavity after echinococcectomy for the prevention and development of purulent-septic complications.

**The tasks of the research** are:

determine the intensive indicator of echinococcosis incidence of various localities in the Khorezm region;

to study the probability of verifying parasitic invasion in family members of patients with echinococcosis of various localization;

to investigate the state of acid forming function of the stomach in patients with echinococcosis;;

improve tactical aspects of the treatment and elimination of the residual cavity after echinococcectomy from the liver;

in a comparative aspect, to study long-term results with verification of the clinical advantages of the proposed methodology for treating the residual cavity after echinococcectomy from the liver.

**The object of the research** were 442 patients with liver echinococcosis treated at the Department of General Surgery, Traumatology and Orthopedics of the Urgench Branch of TMA for the period from 2010 to 2018 .

**Scientific novelty of the research** consistsof the following:

the intensive indicator of the frequency of hydatid damage to the population of the Khorezm region was specified, taking into account clinically registered cases and verification of latent forms of the disease, identified by the principle of mandatory dispensary diagnosis of family members of patients with echinococcosis of various localization;

the probability of family infection of echinococcosis with verification of the frequency and nature of hydatidosis in relatives of patients with diagnosed parasitic invasion was determined;

the pathogenetic aspects of the development of hydatid lesions are specified taking into account the state of secretory function of the stomach with verification of the probability of parasitic invasion of echinococcal oncospheres against the background of acid barrier suppression;

it has been proved that with echinococcosis of the liver complicated by suppuration, treatment of the residual cavity with decasan in combination with ultrasonic cavitation of the fibrous capsule allowsto make full or partial suturing of it without the risk of local purulent-septic complications;

the clinical advantages of the improved tactical aspects of the treatment and elimination of residual cavities after echinococcectomy from the liver are disclosed, taking into account the main evaluation criteria: the need and duration of drainage, the nature of the discharge, the frequency of immediate and distant complications.

**Implementation of the research results.** According to the results of a scientific study to improve the surgical treatment of liver echinococcosis:

methodical recommendations “Jigar exinokokkozini erta aniqlashda yangicha yondashuvlar va davolash – profilaktika choralari” (certificate of the Ministry of Health №8n-z/104 dated August 26, 2020). The proposed recommendations have improved the tactical aspects of the treatment of residual cavities after echinococcectomy from the liver;

the obtained scientific results on improving the quality of surgical treatment of patients with liver echinococcosis have been implemented in the practice of healthcare, in particular, in the Urgench district medical association, the Khorezm regional multidisciplinary medical center (certificate of the Ministry of Health №8n-z/104 dated August 26, 2020). Implementation of research results by improving the tactical aspects of surgical treatment of liver echinococcosis reduced the need for drainage of the residual cavity from 63.8% to 36.6%, reduced the frequency of postoperative complications from 12.5% to 5.4%, which led to a reduction in the period of rehabilitation with earlier recovery of quality of life indicators.

**Publication of research results.** On the topic of the thesis published 15 scientific papers, including 5 journal articles, 2 of which are national and 3-in foreign journals, recommended by the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for publication of the main scientific results of dissertations.

**The structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, five chapters, summary, conclusions, practical recommendations, and quoted literature list. The volume of text material is 120 pages.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ  
НАШР ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ  
LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю. Изучение аспектов лечения эхинококкоза печени // Инфекция, иммунитет и фармакология. – Узбекистан, 2017. – №1. – С. 242-246. (14.00.00. №15)
2. Сапаев Д.Ш. Эхинококкоз – актуальная проблема современной медицины// Инфекция, иммунитет и фармакология. – Узбекистан, 2017. – №1. – С. 262-266. (14.00.00. №15)
3. Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю., Якубов Ф.Р. Современная комплексная диагностика и хирургическое лечение осложненных форм эхинококкоза печени // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – Санкт - Петербург, 2018. – №4(177).– С. 19-23. (14.00.00. №26)
4. Рузибаев Р.Ю., Курьязов Б.Н., Сапаев Д.Ш., Якубов Ф.Р, Рузमतов П.Ю., Бабаджанов А.Р. Современная оценка проблем диагностики и хирургического лечения эхинококкоза // Вестник Национального медико – хирургического центра имени Н.И. Пирогова. – Москва, 2019. –№ 1(14). – С. 134-139. (14.00.00.№16)
5. Sapaev D.Sh., R.Yu.Ruzibaev, B.N.Kuryazov, F.R.Yakubov. Problems of diagnostics, treatment and prevention of multiple hydatid echinococcosis of the liver // Vestnik of Saint Petersburg university. Medicine. – Sankt - Peterburg, 2019. – No 1 (14). – pp. 42 – 48. (23.00.00.№16)

**II бўлим (II часть; part II)**

6. Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю., Якубов Ф.Р. Жигар эхинококкозини эрта аниқлашда янгича ёндашувлар ва даволаш – профилактика чоралари // Услубий тавсиянома. – Тошкент, 2019. – Б. 20.
7. Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю., Курьязов Б.Н. Пятилетний опыт современных операций в лечении эхинококкоза печени // Профилактическая и клиническая медицина. – Санкт - Петербург, 2017 – № 4 (65). –С.74-78.
8. Сапаев Д.Ш., Курьязов Б.Н., Якубов Ф.Р. Жигар эхинококкэктомия операциясидан кейинги плеврал асоратларни диагностикаси ва даволаш // 14 – Республика илмий – амалий анжумани материаллари «Шошилинич тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муоммалари: Гепатопанкреато-дуоденал соҳасининг ўтқир хирургик касалликлари ва шикастланишлари», 12 декабрь 2017 й (№4). – Тошкент, Ўзбекистон. – Б. 96 – 97.
9. Sapaev D.Sh., Ruzibaev R.Yu., Yakubov F.R., Ruzmatov P.Yu. Diagnosis and surgical treatment of liver echinococcosis complicated by cystibiliary fistulas // Abstracts of Papers Submitted to the IASGO World Congress «Surgery, Gastroenterology and Oncology», September 9-12, 2018 (23), (Supplement I). – Moscow, Russia. –pp. 184 – 185.

10. Сапаев Д.Ш. Оценка результатов после эхинококкэктомии печени с использованием классификации Clavien–Dindo // IX Конференция молодых ученых с международным участием «Трансляционная медицина: возможное и реальное», 2018 г, Том II. – Москва, Россия. С. 141 – 143.

11. Сапаев Д.Ш. Хоразм вилоятида жигар эхинококкозининг эпидемиологик ўзига хослиги // 72 – й научно-практической конференции студентов-медиков и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины», 11-12 мая 2018 г. – Самарканд, Узбекистан, - С. 182.

12. Рузибаев Р.Ю., Сапаев Д.Ш., Рузматов П.Ю., Якубов Ф.Р. Жигар рецидив эхинококкозида адъювант химиятерапия // Республика илмий – амалий анжумани материаллари «Тиббиёт ва жарроҳликда миниинвазив технологияларнинг ривожланиши ва истиқболлари», конференция, 2-3 май 2018 й. – Урганч, Ўзбекистан. – Б. 176-177.

13. Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю., Курьязов Б.Н., Якубов Ф.Р. Вопросы профилактики рецидивирования эхинококкоза печени // Материалы XXV международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии», спецвыпуск № 1, 2018 г. – Алмата, Казакстан. – С. 90.

14. Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю., Якубов Ф.Р. Современная диагностика и хирургическое лечение нагноившегося эхинококкоза печени // Общероссийского хирургического форума-2018 с международным участием «Альманах института Хирургии имени А.В. Вишневского», 3-6 апреля 2018 г. – Москва, Россия. – С. 59-60.

15. Рузибаев Р.Ю., Курьязов Б.Н., Рузматов П.Ю. Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш. Анализ эпидемиологической структуры рецидивного эхинококкоза печени в Хорезмской области // Материалы международной научно – практической конференции «Миниинвазивные технологии в медицине: вчера, сегодня и завтра. Проблемы и перспективы развития», 24-25 октября 2019 г. – Ургенч, Узбекистан. – С. 262.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди

Бичими 60x84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Рақамли босма усули. Times гарнитураси.  
Шартли босма табағи: 3. Адади 100 нусха. Буюртма № 181.

Гувоҳнома № 10-3719

“Тошкент кимё технология институти” босмахонасида чоп этилган.  
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Навоий кўчаси, 32-уй.