

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**АБДУСАМАТОВ БОБИР ЗАКИРОВИЧ**

**БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИ ЭХИНОКОККОЗИДА  
ДАВОЛАШ ВА ТАШХИСЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.35 – Болалар хирургияси**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА  
ДОКТОРЛИК (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2017**

**Докторлик (DSc) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата докторской (DSc) диссертации**

**Contents of the abstract of doctoral (DSc) dissertation**

**Абдусаматов Бобир Закирович**

Болаларда қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкозида даволаш ва  
ташхислашни такомиллаштириш ..... 3

**Абдусаматов Бобир Закирович**

Совершенствование лечебно-диагностической  
тактики эхинококкоза органов брюшной полости у детей..... 29

**Abdusamatov Bobir Zakirovich**

Improvement of medical diagnostic tactics  
echinococcosis abdominal in children ..... 53

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 58

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**АБДУСАМАТОВ БОБИР ЗАКИРОВИЧ**

**БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИ ЭХИНОКОККОЗИДА  
ДАВОЛАШ ВА ТАШХИСЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.35 – Болалар хирургияси**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА  
ДОКТОРЛИК (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2017**

**Докторлик (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2017.2.DSc/Tib136 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) веб-саҳифасида [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz) ҳамда «ZiyoNet» ахборот - таълим тармоғига ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий маслаҳатчи:** **Салимов Шавкат Тешаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:** **Поддубный Игорь Витальевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор (Россия)

**Шамсиев Жамшид Азаматович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Эргашев Насриддин Шамсидинович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:** «Н.И. Пирогов номидаги Россия миллий тадқиқот тиббиёт университети» Федерал олий касбий таълим давлат бюджет таълим муассаси (Россия Федерацияси).

Диссертация ҳимояси Тошкент педиатрия тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.29.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2017 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100140, Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223-уй. Тел./факс: (+99871) - 262-33-14; e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz)).

Докторик (DSc) диссертацияси билан Тошкент педиатрия тиббиёт институти Ахборот – ресурс марказида танишиш мумкин ( \_\_ - сон билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100140, Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани, Боғишамол кўчаси, 223 - уй. Тел./Факс: (+99871) 262-33-14).

Диссертация автореферати 2017йил «\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.  
(2017 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А. В. Алимов**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Э. А. Шамансурова**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий  
котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**А.М. Шарипов**  
Илмий даражалар берувчи илмий  
кенгаш қошидаги илмий семинар раиси,  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (докторлик диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра дунёда йилига бир миллионга яқин кишида эхинококк касаллиги туфайли жаррохлик амалиёти ўтказилади, буларнинг 25%гача қисмини болалар ташкил этади, операциядан кейин 6,5% ҳолатларда қайталанишлар кузатилиб, узоқ муддатли тикланиш даврини талаб этади. Операциядан кейинги асоратлар 6–80%, ўлим ҳолатлари кузатилиши 3,1-8,6%, қайталанувчи ва резидуал эхинококкоз беморларнинг 3–54% кузатилади<sup>1</sup>. Эхинококкозни ташхислаш ва даволашда эришилган мувоффақиятларга қарамай, кўп тадқиқотчилар олинган натижалар билан қониқишмаяпти. «Сўнгги йилларда олинган маълумотлар бўйича, кистозли эхинококкоз ҳар йили бир миллиондан уч миллионгача ДАЛИ (ДАЛИ – ногиронлик сабабли бир йиллик тўлақонли ҳаёт кечириб имкониятининг йўқотилиши) йўқотилишига сабаб бўлади»<sup>2</sup>.

Мустақиллик йилларида мамлакатимиз аҳолисига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифати яхшиланди, касалликларни самарали даволаш учун кенг кўламдаги мақсадли чора-тадбирлар амалга оширилди, замонавий моделлар жорий этилиб, пировардида салмоқли ижобий натижаларга эришилди. Бу жиҳатдан болалардаги жигар эхинококкозида кенг кўламда дастурий чора-тадбирлар амалга оширилиб, натижада саломатликнинг тикланилишига ҳамда операциядан кейинги асоратларни 18,4 дан 4,0% гача камайтиришга эришилди. Бугунги кунда 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда муҳим вазифалар, жумладан, эхинококкоз касаллигини профилактика ва ташхислаш, замонавий технологияларни қўллашни кенгайтириш орқали юқори малакали, сифатли тиббий хизмат кўрсатиш болаларнинг ҳаёт сифатини оширишда муайян аҳамият касб этади<sup>3</sup>.

Жаҳон миқёсида эхинококкоз касаллигини эрта ташхислаш, даволаш ва унинг олдини олишга қаратилган тадбирларнинг юқори самарадорлигига эришиш мақсадида қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда, бу борада, организмда патологик ўчоқ ривожланишининг заминий асосларини ўрганишга, эхинококкоз хасталигига дучор бўлган беморларни эрта ташхислаш ва даволаш усуллари ишлаб чиқиш ва такомиллаштиришга, ушбу патологиянинг юқишида ташқи хатар омилларининг таъсир эҳтимолини пасайтиришга қаратилган кенг қамровли илмий изланишлар

<sup>1</sup>Ибодов Х.И., Шарипов А.М. Оптимизация диагностики эхинококкоза легких у детей// Детская хирургия. – 2011. - №3. - С. 38-40; Kadry Z., Renner E. C., Bachmann L. M., Attigah N., Renner E. L., Ammann R. W. et al. Evaluation of treatment and long-term follow-up in patients with hepatic alveolar echinococcosis // Br J Surg. - 2005. – Vol. 92, №9. - P. 1110-1116.

<sup>2</sup>ЖССТнинг информацион бюллетени № 377, 2015.

<sup>3</sup>2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси

олиб борилмоқда; болалар ўртасида скринингли ташхислаш чора-тадбирларининг мутаносиб схемалари ишлаб чиқилмоқда; касаллик қайталанишларининг олдини олиш масалаларига, операциядан кейинги тикланиш даврида ҳамда хатар гуруҳига мансуб болалар орасида иммунологик тестларни ўтказишга, ташхислашнинг замонавий асбоб-ускуналарни усулларини қўллаш заруратини асослаб беришга катта эътибор қаратилмоқда; аҳоли орасида уларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ҳамда касалликнинг олдини олишга йўналтирилган профилактика ишларининг туркум схемалари ишлаб чиқиш кабилар алоҳида аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 28 ноябрдаги ПҚ-1652-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2014 йил 19 февралдаги ПҚ-2133-сон «Соғлом бола йили» Давлат дастури тўғрисидаги ва 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари стратегияси тўғрисида» Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг V. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи<sup>1</sup>.**

Болаларда қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкозини ташхислаш ва хирургик даволашга йўналтирилган илмий изланишлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасалари, жумладан, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Франция), Université de Franche Comté (CHU) Jean Minjoz (Франция), University of Connecticut Health Center (АҚШ), National Health and Medical Research Council (Австралия), Privat Hospital Obach (Швейцария), Post Graduate Institute of Medical Education and Research (Ҳиндистон), Xinjiang Medical University (Хитой), University of Pavia (Италия), Dokuz Eylul University (Туркия), Казанский медицинский институт (Россия), академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази ва Тошкент тиббиёт академияси (Ўзбекистон)да олиб борилмоқда.

Эхинококкоз касаллигини ташхислаш ва хирургик даволаш натижаларининг самарадорлигини оширишга йўналтирилган жаҳонда олиб борилган тадқиқотлар натижасида қатор, жумладан, куйидаги илмий натижаларга эришилган: эхинококк кистасининг қолдиқ бўшлиғига кимёвий, физикавий ва комбинацияланган сколексоцид ишловини бериш

---

<sup>1</sup>Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи: <https://www.anses.fr/>, <http://www.univ-fcomte.fr>, <http://www.uconn.edu/>, <https://www.nhmrc.gov.au/>, <https://www.obach.ch/>, <http://www.pgimer.edu.in/>, <http://www.en.xjmu.edu.cn/>, <http://www.unipv.eu/>, <http://www.deu.edu.tr/>, <http://www.kgmu.kcn.ru/>, <http://www.tma.uz> ва бошқа манбалари асосида амалга оширилган.

максадида кўпроқ 100 фоизли глицерин эритмаси маъқул деб топилган; даволашнинг пункцияли ва эндоскопик усуллари ва эндовизуал эхинококкэктомиядан кейинги эрта қайталанишлар частотаси 30 фоизлиги аниқланган (Ўзбекистон, академик В.Вохидов номли Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази); паразитар кисталарни кам инвазив ҳамда робототехника билан хирургик даволаш вақтида 13% асорат кузатилган Federal Universiti of Acre (Бразилия); юқори эндемик ҳудудларда молекуляр, иммунологик ва визуализацияловчи кистоз ва альвеоляр эхинококкозни ташхислаш марказида кистоз эхинококк хажми бир йилда 1-2 мм.дан 10 ммга қадар ўсиши аниқланган Xinjiang Medical University (Хитой); эрта ташхислаш учун иммунофермент, полимераза занжир реакциялари ҳамда нур билан ташхислаш усуллари бажарилиши натижасида сезувчанлиги 80-90 фоизлиги исботланган University of Pavia (Италия), Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Франция), Université de Franche Comté, Centre hospitalier univervtaire (CHU) Jean Minjot (Франция); болаларда қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкозида даволаш ва ташхислашни такомиллаштирилган (Тошкент тиббиёт академияси (Ўзбекистон)).

Дунёда болалар эхинококкози касаллигини ташхислаш, аниқлаш ва жаррохлик амалиёти асосида даволаш бўйича қатор устувор йўналишларда тадқиқотлар олиб борилмоқда, жумладан, болаларда эхинококкоз касаллиги билан хасталанишини олдини олиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқиш; жигар ва ўпка қўшма эхинококкозида оптимал дифференциал даволаш усуллари яратиш; эхинококкэктомияларнинг кам инвазив, эндовизуал усуллари қўллашга кўрсатмаларни такомиллаштириш; болаларда қайталанувчи ва резидуал эхинококкоз касаллигини эрта ташхислашни такомиллаштириш.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ҳозирги вақтда болаларда кам инвазив эхинококкэктомия усуллари катта эътибор қаратилган, бироқ тиббиётга тааллуқли нашрларда катталардаги эхинококкозга оид муаммолар ҳамда тадқиқотлар натижалари кўпроқ ўрин эгаллайди (Накверди С., 2008; Bristow В.Н., 2012). Замоनावий илмий манбаларда қайд этилишича, ҳозирги вақтга келиб жигар эхинококкозига учраган болаларнинг атиги 20-40% мутлақ кўрсатмаларга мувофиқ эндовизуал технологиялар, хусусан лапароскопия усулида операция қилинмоқда (Коеа J. В., 2012; Polat F. R., 2012). Болалардаги кам инвазив - эндовизуал эхинококкэктомияларга кўрсатмалар ниҳоятда чекланган, чунки болаларда қорин бўшлиғи аъзолари ва ўпкаларда ўтказилувчи эхинококкэктомияларда конверсиялар ва интраоперацион асорат-ларнинг асосий сабабларидан бири сифатида кўрилатган эндоскопик очиб киришни таъминлаш техникаси етарлича ишлаб чиқилмаган. А.А. Гумеров, Р.Х. Шангарееваларнинг фикрича (2010, 2013), мутлақ монеликлар туфайли: эхинококк кисталарининг (ЭК) диафрагма остида (VII-VIII сегментларда) жойлашуви, асоратланган, кўп сонли (2 тадан кўп кисталар), шунингдек диаметри 7-10 см дан ортиқ бўлган кисталар анъанавий - «очик» усул ёрдамида операция қилиниши лозим. Ўпкалар ва жигарнинг эхинококкозли қўшма зарарланишларида ҳозирги

вақтгача симультан торако - ва лапароскопик ЭЭ ўтказиш имкониятлари ҳамда, кўп сонли ва асоратланган паразитар кисталарни хирургик даволаш мунозарали масала бўлиб қолмоқда. З.Х. Шангареевнинг маълумотларига кўра (2013), эндовизуал эхинококкэктомиядан кейинги эрта қайталанишлар частотаси 6,2% га тенглашади.

Ўзбекистонлик олимлар эндовизуал эхинококкэктомия ҳамда эрта ташхислашда янгича усулларнинг ишлаб чиқилишига катта ҳисса қўшишган. Жигар эхинококкозини каминвазив технологиялар ёрдамида ташхислаш ва операция қилиб даволашни янада такомиллаштириш лозимлиги ҳақида деярли барча тадқиқотчиларнинг фикрлари муштаракдир. Эхинококкоз касаллигида видеоэндотехникани қўллашнинг аксарият масалалари ҳанузгача ишлаб чиқиш босқичида қолмоқда (Каримов Ш. И., 2008; Назиров Ф. Г., 1999, 2016; Ильхамов Ф. А., 2005).

Ўтказилган адабиёт манбалари таҳлили шундан далолат берадики, жигар эхинококкози ҳамда унинг қорин бўшлиғи бошқа аъзолари билан қўшма зарарланишларини ташхислаш ва даволаш янада такомиллаштирилиши зарур. Болаларда эндовизуал эхинококкэктомия (ЭЭ)га кўрсатмалар ва монеликларни аниқлашга услубий ёндошув даркор. Болаларда эндовизуал ЭЭнинг янгидан-янги усулларини ишлаб чиқиш ва уларни жорий этиш, уларнинг устуворлигини асослаб бериш лозим, бу эхинококкозли беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради.

**Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академияси илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Болаларда қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкозида даволаш ва ташхислашни такомиллаштириш» (2012-2015 йй.) мавзуси доирасида бажарилган. ( Қайд рақами №011.00156 ).

**Тадқиқотнинг мақсади** эндохирургик операция усуллари кўрсатмаларини асосли тарзда кенгайтириш орқали болаларда жигар ҳамда қорин бўшлиғи бошқа аъзоларининг эхинококкозини даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

#### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

болаларда жигар эхинококкози, шунингдек жигар ва қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар (ҚБА), жигар ва ўпканинг қўшма жароҳатларида анъанавий хирургик даволаш усулларининг қониқарсиз натижалари ва асоратланиш сабабларини таҳлил қилиш;

болаларда жигарнинг VII-VIII сегменти кисталарини лапароскопик эхинококкэктомия (ЛЭЭ) қилишнинг янги усулини ишлаб чиқиш, ишчи троакарларни киритиш нуқталарини аниқ ва тўғри белгилаш учун асос бўлувчи мезонларини илмий жиҳатдан асослаб бериш. Операцион ҳаракатларни амалга ошириш бурчаги (ОХБ) ва операцион майдон визуализациясини кенгайтириш учун беморнинг операцион столдаги оптимал ҳолатини аниқлаш;

муаллифлик конструкциясига асосланувчи аппарат ёрдамида эндовизуал эхинококкэктомияни бажариш вақтида кистанинг хитин



пардасини вакуумли экстракциялашнинг янги усулини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этиш методикасини ишлаб чиқиш;

жигар ва ҚБА, жигар ва ўпканинг қўшма жароҳатлари аниқланган бемор болаларда касалликнинг клиник босқичидан, жигар эхинококк кисталари (ЖЭК)нинг ўлчамлари ва сонидан қатъи назар эндовизуал эхинококкэктомия (ЭЭ)ни бажаришнинг афзаллигини илмий жиҳатдан асослаб бериш;

болаларда жигар, шунингдек унга қўшимча равишда ҚБА ва ўпканинг жароҳатланиши кузатилган ҳолларда лапароскопик ЭЭни амалга оширишга монелик қилувчи (йўл қўймайдиган) нисбий ва абсолют кўрсатмаларни аниқлаш;

болаларда жигар лапароскопик эхинококкэктомияси (ЖЛЭЭ)ни амалга ошириш техник, тактик ва даволаш нуқтаи назаридан қанчалик самарадор эканлигини аниқлаш. Жигар эхинококкози, шунингдек жигар ва ҚБА, жигар ва ўпканинг қўшма жароҳатлари борлиги аниқланган бемор болаларда эхинококкозни ташхислаш, оператив даволаш ва даволанган беморни реабилитация қилишнинг алгоритмини такомиллаштириш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида жигар эхинококкози, шунингдек жигарнинг қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар (ҚБА) билан, жигар ва ўпканинг қўшма жароҳатлари мавжуд 208 нафар бемор болалар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** бўлиб болаларда жигарнинг ҚБА ва ўпка билан қўшма жароҳатларида анъанавий ва эндовизуал ЭЭ амалга оширишда эрта ва кейинги даврлардаги натижаларнинг қиёсий таҳлилини амалга ошириш.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотни амалга ошириш жараёнида клиник, клиник-инструментал, биокимёвий, статистик таҳлил усуллари қўлланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

жигар эхинококкози, жигар ҳамда қорин бўшлиғидаги бошқа аъзоларнинг қўшма зарарланишлари, жигар – ўпкалар зарарланишида ҳамда эхинококк кистаси йиринглаши, перфорацияси каби асоратли ҳолатларида беморларни оператив даволаш усули такомиллаштирилган;

илк маротаба болаларда жигарнинг VII-VIII сегментларидан эндовизуал лапароскопик эхинококкэктомияси ўтказилиши ишлаб чиқилган;

болаларда жигар ҳамда қорин бўшлиғидаги бошқа аъзоларнинг қўшма зарарланишларида бир босқичли эндовизуал лапароскопик эхинококкэктомия асослаб берилган;

болаларда жигар ҳамда ўпкаларнинг қўшма зарарланишларида симультан эндовизуал - торако ва - лапароскопик эхинококкэктомия ўтказилиш асослаб берилган;

ташхисловчи лапароскопия жараён тарқалишининг анатомик хусусиятларини аниқлаш ва оператив эхинококкэктомия тактикасини режалаштириш, қўшимча троакарларни киритишнинг қулай нуқталарини коррекциялаш имконини бериши исботланган;

жигардаги эхинококк кистасининг жойлашган ўрни, сони, ҳажми ва асоратларидан қатъий назар лапароскопик эхинококкэктомиянинг ўтказилиши эндовизуал эхинококкэктомияга кўрсатмаларни 87,5%га қадар кенгайтириш, операциядан кейинги нохуш асоратлар ҳолатларини қисқартириш, ва энг асосийси, боланинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини бериши исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

ЖЭ бор бўлган беморларда касалликни аниқлаш тактикаси, шунингдек ҚБАда, ўпкада паразитар ўчоқларнинг мавжудлиги ва кистанинг йиринглаши, перфорацияси каби асоратлар пайдо бўлгани аниқланган бемор болаларда қўшма жароҳатларни аниқлаш мақсадида УТТ, МСКТ, ташхисловчи лапароскопия (ТЛ) каби диагностик усуллардан фойдаланиб ташхис қўйиш алгоритми такомиллаштирилган;

илк бор бемор болаларда жигарнинг VII-VIII сегментларида жойлашган ЭКни ЛЭЭ усули ёрдамида даволашнинг янгича усули ишлаб чиқилиб амалда фойдаланишга таклиф этилган;

ТЛни бажариш босқичида касалликнинг ривожланиш босқичи, патологик жараёнларнинг қанчалик тарқалганлигини аниқлаш учун муҳим саналадиган анатомик хусусиятлар ўрганилган ва оператив даволаш тактикасини режалаштириш алгоритми яратилган. Бу оператив жиҳатдан ишчи троакарларни киритиш мақбул бўладиган нуқталарини танлаш имконини бериши исботланган;

жарроҳлик амалиётида биринчи мартаба жигарнинг лапароскопик эхинококкэктомияси (ЖЛЭЭ)ни амалга оширишга нисбатан кўрсатма бўладиган маълумотлар ҳажмини янада кенгайтиришга имкон берувчи мезонлар аниқланиб, тизимлаштирилган;

ЭКларини анъанавий ва эндовизуал эхинококкэктомия усули ёрдамида даволашнинг қиёсий самарадорлиги баҳоланган;

тадқиқотлар натижалари асосида жигар эхинококкози (ЖЭ), шунингдек унинг бошқа ҚБА, ўпка билан қўшма жароҳатлари мавжуд болаларда касалликка ташхис қўйиш, даволаш тактикаси ва реабилитациясини оптималлаштириш бўйича амалий тавсия ва таклифлар ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** илмий изланишда қўлланилган замонавий, бир-бирини тўлдирувчи клиник, клиник-инструментал, биокимёвий, статистик ва математик моделлаштириш усуллари билан тасдиқланган ҳамда етарли даражада беморларнинг сони, болаларда жигар ва қорин бўшлиғи бошқа аъзолари, ўпкаларнинг эхинококкозида даволаш ва ташхислашни ўзига хослигини такомиллаштирилганлиги, тадқиқот натижаларининг ҳалқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлангани билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, изланишларимиз давомида синовдан ўтказилган гипотезалар асосида шакллантирилган илмий қарашлар, чиқарилган хулосалар ва амалий таклифлар болаларда ЖЭ, шунин-

гдек унинг қорин бўшлиғида жойлашган бошқа аъзолар, ўпка билан қўшма жароҳатларини эрта аниқлаш ва хирургик йўл билан даволашга катта ҳисса қўшади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти жигар эхинококкози аниқланган бемор болалар организми томонидан радикал эндовизуал хирургик ЭЭ ҳамда адъювант кимётерапиясини кўтара олишини аниқлашга имкон берувчи прогнозлар яратиш мезонларининг ишлаб чиқиши даволаш амалиётида лапаротомияни беҳуда бажаришдан сақланиш(тийилиш)га, хирургик аралашувдан сўнг юзага чиқиши мумкин бўлган нохуш асоратлар ва ўлим билан яқун топиш ҳолатларининг олдини олишга имкон беради. Олиб борилган илмий тадқиқотларимизнинг тиббий-ижтимоий самарадорлиги шундаки, ЖЭ бор беморларни даволашнинг янги техникаси ва тактикасини амалда қўллаш уларнинг стационар шароитида даволаниш муддатларини, хирургик аралашувдан кейинги даврларда асоратланиш ҳолатларининг сонини сезиларли даражада камайтиришга имкон беради.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Болаларда жигар ва қорин бўшлиғи бошқа аъзолари, ўпкаларнинг эхинококкозида даволаш ва ташхислашни такомиллаштиришга доир тадқиқотлар натижалар асосида:

болалар жарроҳлари, педиатрлар, клиник ординаторлар, магистрлар, поликлиника врачлари учун «Болаларда жигар эхинококкозини ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари» ва «Болаларда ўпка эхинококкозини ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари» услубий қўлланмалар ишлаб чиқилган ва соғлиқни сақлаш амалиётига жорий қилинган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 24 августдаги 8д-3/71 сонли ҳулосаси). Мазкур қўлланмалар болаларда жигар ва ўпка эхинококкозини замонавий ташхислаш ва кам инвазив, эндовизуал жарроҳлик йўли билан бартараф қилиш имконини берган;

«Болаларда каминвазив эндовизуал хирургия» АТЛАСи, «Қорин бўшлиғи аъзоларининг эхинококкоз касаллиги», «Болаларда ўпка эхинококкози» ўқув-услубий қўлланмаси ишлаб чиқилган ва тасдиқланган («Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг» 2013 йил 20 декабрдаги қайд этиш рақами №484/094 – сон маълумотномаси);

Болаларда қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкозида даволаш ва ташхислашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси ва марказий касалхонаси, Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг болалар хирургияси бўлими жарроҳларининг клиник амалиётига жорий этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2016 йил 24 августдаги 8д-3/71 сонли маълумотномаси). Тадқиқот натижаларини амалиётга тадбиқ этилиши операциядан кейинги асоратлар сонини 19,6% дан 9,4% гача камайтириш ва даволаниш муддатини ўртача 5,6 кунга қисқартириш, жигар ва қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкозида 87,5% беморларда

лапароскопик эхинококкэктомияни муваффақиятли амалга ошириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари, жумладан 6 та халқаро ва 11 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 44 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 11 та мақола, жумладан, 8 таси республика ва 3 таси хорижий илмий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши.** Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулосалар ва фойдаланган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 187 бетни ташкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асослаб берилган; тадқиқотларнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предмети тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги 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 диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Болаларда қорин бўшлиғи аъзолари эхинококк-козида даволаш ва ташхислашни такомиллаштиришнинг замонавий тенденциялари**» деб номланган биринчи боби адабиётлар таҳлилига бағиш-ланган бўлиб, илмий изланишлар натижаларининг таҳлили, болаларда қорин бўшлиғи аъзолари (ҚБА) эхинококкозида ташхислаш ва эндовизуал эхинококкэктомиядаги замонавий муаммолари, ҳозирги кунда эхинококкэктомияларнинг мавжуд бўлган усуллари, адабиётларда ёритилган болаларда лапароскопик эхинококкэктомиясига мутлоқ ва нисбий қарши кўрсатмалар кўриб чиқилган. Операциядан кейинги яқин ва узоқ муддатларида кузатилиши мумкин бўлган иккиламчи асоратлари ва касалликнинг қайталаниши таҳлил қилинган. Ушбу боб таҳлилларни умумлаштирувчи хулосалар билан якунланади.

Диссертациянинг «**Болаларда қорин бўшлиғи аъзолари эхинококк-козида даволаш ва ташхислашни такомиллаштиришни методологияси**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқот учун хизмат қилган асосий иш материаллари ва тадқиқот усуллари баён этилган. Мазкур иш 1996 – 2016 йилларда ЖЭ, шунингдек ЖЭнинг ҚБА ва ўпка соҳасидаги ўчоқлар билан кўшилиб ривожланаётган жароҳатлар борлиги туфайли оператив даволаш амалиёти ўтказилган 208 нафар беморни клиник шароитда кузатиш натижалари таҳлилига асосланган. ЖЭ – 139 нафар

(66,8%), жигар ва ҚБАнинг қўшма эхинококкози – 23 нафар (11,0%), жигар ва ўпканинг қўшма жароҳати – 30 нафар (14,4%) ҳолатда аниқланди. Анъанвий ва экспериментал даволаш амалиётини қиёсий тавсифлаш учун беморлар 2 гуруҳга ажратилди. Биринчи, назорат гуруҳи - жигар ҚБА ва ўпка эхинококкози билан оғриган 112 (53,8%) беморни ўз ичига олиб, уларда 1996-2006 йилларда «очик» усулда анъанавий ЭЭ ўтказилган. Иккинчи, асосий гуруҳ 2007-2016 йилларда Республика болалар кам инвазив ва эндовизуал хирургия илмий-амалий маркази (РБКИваЭХИАМ)да даволанган 96 нафар (46,2%) бемордан иборат бўлиб, уларни оператив даволашда асосан кам инвазив эндовизуал технология қўлланилган.

Аксарият ҳолларда болалар клиникага жигарнинг чегараланган жароҳати билан қабул қилинган – 139 нафар (66,8%), эхинококкознинг қўшма шакллари 53 нафар (25,5%)ни ташкил қилди, кўп сонли ЖЭ 16 (7,7%) ҳолатда аниқланди (1-жадвал).

### 1-жадвал

#### Эхинококк кисталарини жойлашишига мос равишда беморларни тақсимланиши

Жароҳатнинг жойлашиши	Беморларнинг тақсимланиши					Жами	
	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ		P		
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Жигарнинг алоҳида соҳасида жойлашган эхинококкоз	73	65,2	66	68,8	>0,05	139	66,8
Жигарнинг кўп сонли жароҳатланиши	8	7,1	8	8,3	>0,05	16	7,7
Жигар ва ўпка эхинококкозининг қўшилиши	17	15,2	13	13,5	>0,05	30	14,4
Жигар эхинококкозининг ҚБАлар билан қўшилиши	14	12,5	9	9,4	>0,05	23	11,1
Жами	112	53,8	96	46,2	>0,05	208	100

Кўп ҳолатларда жигар эхинококки шикастланган аъзонинг VII-VIII сегментларида - 94 (45,2%) жойлашгани аниқланди, жумладан 32 (15,4%) болада кисталар жигарнинг VII-VIII сегменти ҳамда ёндош сегментларида жойлашгани аниқланди. 114 (54,8%) ҳолатда ЭК шикастланган аъзонинг VII-VIII сегментларида эмас, балки жигарнинг бошқа сегментларида жойлашгани маълум бўлди (2-жадвал).

**Жигар эхинококк кисталарининг жойлашишига кўра тақсимланиши**

ЭКнинг жойлашишига кўра тақсимланиши	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ		P	жами	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
7-8 сегмент	34	30,4	28	29,2	>0,05	62	29,8
7-8 ва бошқ.	19	17,0	13	13,5	>0,05	32	15,4
Бошқа сегментлар	59	52,7	55	57,3	>0,05	114	54,8
Жами	112	53,8	96	46,2	>0,05	208	100,0

Тадқиқотлар натижасида олинган маълумотлар статистик ишлов бериш функциялари киритилган Pentium-IV персонал компютерида Microsoft Office Excel-2007 дастурий пакети ёрдамида статистик ишланди.

Диссертациянинг «**Болаларда жигар, қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар ва ўпканинг анъанавий эхинококкэктомияси натижалари**» деб номланган учинчи бобида 3-17 ёшли 112 нафар болада 1996-2006 йилларда ўтказилган жигар, ҚБА ва ўпканинг анъанавий ЭЭ натижалари таҳлил қилинган.

Операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши ва иккиламчи битиши 8 (7,1%) ҳолатда, қолдиқ бўшлиқ (ҚБ)нинг йиринглаши 3 (2,7%) ҳолатда қайд этилди. 47 (42,0%) ҳолатда жигар эхинококкэктомия (ЖЭЭ)си ўтказилгандан сўнг кузатишнинг узоқ даврида ҚБнинг ривожланиши аниқланди. Эхинококк билан оғриган беморларни анъанавий усулда даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили эндовизуал ЭЭнинг янги, замонавий усуллари қўллаш билан ЖЭЭ нинг бажарилиши, шунингдек унга қўшимча равишда ҚБА жароҳатларининг кузатилиши касалликни аниқлаш ва даволаш тактикасини такомиллаштиришни давом эттириш лозимлигини кўрсатди.

Диссертациянинг «**Болаларда жигар, қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар ва ўпканинг кам инвазивли эхинококкэктомияси натижалари**» деб номланган тўртинчи бобида 2 та алоҳида гуруҳга ажратилган беморларни оператив йўл билан даволашнинг амалий натижалари қиёсий жиҳатдан таҳлил этилган.

Мавзуга оид илмий адабиётларда келтирилишича, бемор болаларда ЛЭЭни қуйидаги шарт-шароитларда мутлақо бажариш мумкин эмас: диаметри 8-10 смли бўлган эхинококк киста (ЭК)ларини (адабиётларда келтирилишича, бундай кисталар 20,7% ҳолларда, биз тўплаган маълумотлар бўйича эса 31,2% ҳолларда учраши аниқланган); ЭК жигарнинг ички қисмида, VII-VIII сегментлари соҳасида жойлашганида; қайталаниш хусусиятига эга бўлган эхинококк аниқланган ҳолларда, яъни жароҳатланган аъзодаги паразит ҳаётининг циклининг иккинчи (она

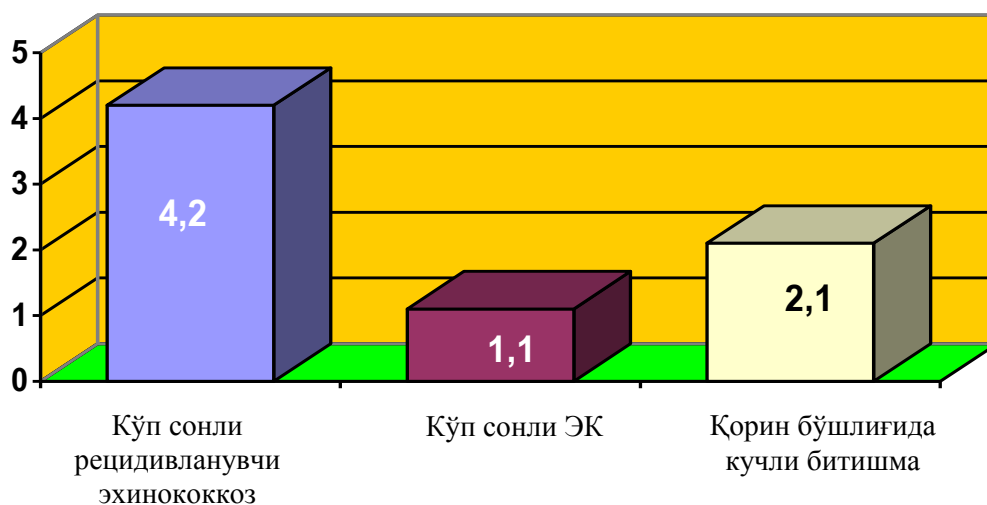
гидатиданинг ўлик ҳолдаги паразитар ҳосиласи аниқланган) ва учинчи (асоратлар келтириб чиқарган) даврларида.

Ҳозирги вақтда ЛЭЭни амалга оширишга мутлақ равишда монелик қилувчи шарт-шароитлар, биз томондан асосли равишда «нисбий» деб топилди. Бу ҳол бизни бемор болаларда ЛЭЭни бажариш учун тиббий кўрсатма бериш имкониятларини нисбатан кенгайтирилди.

Илмий тадқиқотларимиз давомида биз 2006 – 2016 йиллар мобайнида жигар соҳасида ЛЭЭ амалиёти бажарилган, ўртача ёш фарқи 3-17 ёшни ташкил қилувчи, 96 нафар беморни (улар асосий гуруҳни ташкил этишган) кузатишга муваффақ бўлдик. Асосий гуруҳдаги беморларнинг аксарияти 7 ёшдан катта (88,5%) болалар эди. Солитар кисталар 66 нафар беморда (68,7%), кўп сонли кисталар мавжудлиги 30 нафар беморда (31,3%), шу жумладан 21 нафар беморда (21,9 ±5,3%) бир вақтнинг ўзида 2 та киста борлиги аниқланди. Даволаш жараёнида жами 149 та, улар жумласида 55 ҳолда (36,9%) кичик ҳажмли, 59 ҳолда (36,9%) ўртача ҳажмли, 23 ҳолда (15,4%) катта ҳажмли, 12 ҳолда (8,1%) жуда катта ЭК аниқланиб, жарроҳлик йўли билан олиб ташланди.

Аксарият ҳолларда 41 нафар бемор (42,7%) ЭК жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида, улардан 13 нафарида (13,5%) кисталар бир вақтнинг ўзида жигарнинг VII-VIII сегментлари ҳамда кўшни соҳаларда жойлашгани маълум бўлди.

7 нафар бемор болаларда (7,3%) ташхисловчи лапароскопия (ТЛ) ўтказилди, бироқ техник сабабларга кўра ЭЭни охирига етказишни уддалаб бўлмади. Ушбу болаларда конверсия амалга оширилди. Бунга қуйидаги шарт-шароитлар сабаб бўлди: «кўп сонли рецидивланувчи эхинококкоз» ташхиси қўйилган 4 нафар бемор (4,2%); жигарнинг кўп сонли ЭК мавжуд бўлган 1 (1,1%) нафар беморда – жигарнинг ҳамма сегментларида тарқалган кисталар; 2 нафар беморда (2,1%) кучли битишма ва яллиғланиш жараёнлари мавжудлиги учун конверсия амалга оширилди (1-расм).



1-расм. Диагностик лапароскопияда конверсияга ўтиш сабаблари

Шундай қилиб, асосий гуруҳга киритилган жигарнинг ЛЭЭсини амалга

оширишга мутлақ равишда монелик кўрсатадиган шарт-шароитлар мавжудлиги аниқланган 12 нафар беморда (12,5%) анаъанавий ЖЭЭ, жумладан ТЛдан сўнг - 7 нафар беморда (7,3%) ўтказилди (3-жадвал).

3-жадвал

**Асосий гуруҳ беморларида ЛЭЭГа абсолют қарши кўрсатмалар ва уларнинг сегментлар бўйлаб жойлашуви (n=96)**

ЭБП асоратлари	ЭКнинг сегментар жойлашуви						жами	
	7-8 сегмент		7-8 ва бошқ.		Бошқа сегментлар			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рецидивли ЖЭК	3	3,1	2	2,1	2	2,1	7	7,3
Жароҳатланган аъзонинг ешилишига олиб келган ЭК	2	2,1	1	1,0	1	1,0	4	4,2
Кўп сонли ЭК	-	0	1	1,0	0	0	1	1,0
Жами	5	5,2	4	4,2	3	3,1	12	12,5

Кўриниб турибдики, ЖЭЭнинг рецидивланувчи ҳолатларида жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида аниқланган шикастланишлар аксарият кўпчиликни ташкил қилиши аниқланди. Улар билан бир қаторда жигарнинг бошқа ёндош сегментларидаги ЭК кўпчиликни ташкил қилиб, ушбу кўрсаткич 41,6% га тенг (12 тадан 5 ҳолатда).

**Жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида лапароскопик эхинококкэктомияни бажаришнинг янги усулини илмий жиҳатдан асослаш** деб номланган бўлимида, гарчанд ЛЭЭ бажариш вақтида эндовизуал кесмани амалга ошириб кириш йўлини (ЭКБК) белгилаш масалалари мутахассислар орасида кенг муҳокамага сабаб бўлсада, айрим ҳолатларда ЭКБКни бажариш тактикаси охиригача ўрганилмай қолмоқда. Мавзуга оид мавжуд адабиётларда биз диафрагма остида, айнан жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида жойлашган ЭКка оператив усулда таъсир қилиш мақсадида кириш йўлини танлаш учун экстраабдоминал жиҳатдан аниқ параметрларни белгилашга имкон берадиган кўрсаткичларини топа олмадик. Мазкур масаланинг ечимини топиш ва илмий жиҳатдан асослаш асосий вазифаларидан биридир.

Одатда, қорин бўшлиғидаги аъзоларда юз бераётган патологик ўзгаришларни аниқлаш учун бажариладиган текширув муолажалари фақатгина лапароскоп учун биринчи торакопортни жойлаштириш муаммосини ҳал этиш билан кифояланади, лекин, бизнинг назаримизда, операция вақтида ишчи инструментларни бўшлиққа киритиш учун зарур нуқталарни белгилашга имкон берувчи аниқ мезонлар мавжуд эмас. Шу билан бирга, фикримизча (кейинчалик ёндашувимиз тўғрилиги тасдиқланди), айнан беморнинг операцион столдаги ҳолатини тўғри белгилаш ва қўшимча портларни ўрнатиш учун тактик жиҳатдан қулай жойни аниқлаш жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида ЛЭЭни бажариш вақтида эндоскопик операциянинг муваффақиятини ка-



фолатловчи операцион майдонни визуал даражада аниқлаш доирасининг кенгайтирилишини таъминловчи асосий бўғинлардан бири ҳисобланади.

Ҳаракатларимизга асос қилиб олинган илмий ғояларни асослаш мақсадида биз авваламбор, «жароҳатланган бўшлиқни очик ҳолатдаги фазовий тавсифларини баҳолаш» масалаларига оид фикр-мулоҳазаларини, иш тажрибаларини баён этган ўтмишдаги ва ҳозирги вақтдаги қатор тадқиқотчиларнинг ишларига мурожаат этдик, қолаверса, ҚБА соҳасида лапароскопик операцияларни бажариш вақтида эндовизуал кириш йўлини тўғри танлаш масалалари хусусида фикр билдирган замонавий мутахассис олимларнинг маълумотларига таяндик. Ушбу муаллифларнинг таъкидлашича, « $90^\circ$  га тенг операцион ҳаракат бурчаги (ОХБ) – оператив ҳаракатларни ишонч билан,  $25^\circ$  - қатъий ишонч билан бажариб бўлмайдиган,  $10-14^\circ$  - амалга оширилиши жуда қийинчилик билан кечадиган нуқталар ҳисобланади».

Мазкур хулосаларга таяниб, биз клиник мисолда ОХБ имкониятларини оширишга имкон берувчи ҳисоб-китобларни амалга оширдик. Операция қилиниши лозим бўлган бемор бола горизонтал ҳолатда ётқизилиб пневмоперитонеум қўйилганидан сўнг ОХБ (операцион жароҳат чегаралари ва хирургик аралашув талаб этиладиган объектнинг ўрни билан белгиланади – жароҳат чегаралари жигарнинг висцерал юзаси ва ўнг қовурға остининг ички юзасидан ташкил топган)  $30^\circ-40^\circ$  ни ташкил этди (2 ва 3- расм). Бироқ, бемор бундай ҳолатда ётганида жигарнинг диафрагма юзасида жойлашган ЭК(лари) кўзга ташланмайди. Негаки, эндотрахеал наркоз қўлланилганида миорелаксантларнинг таъсири туфайли ва пневмоперитонеум қўйилгани сабабли босимнинг 14-16 мм симоб устунигача кўтарилиши оқибатида мазкур бурчак катталашади. Бу ҳол эластик хусусиятга эга бўлган кўкрак қафаси ва қорин девори бўшлиғи ичида кўтарилган босим таъсири остида чўзилади. Бу кузатилаётган объект соҳасини кенгайтириш имконини беради.



2-расм. Операцион столда беморнинг дастлабки горизонтал ҳолати



3-расм. Операцион столда беморнинг горизонтал ҳолатида жигарнинг визуализацияси (ОХБ =  $30^\circ-40^\circ$ )

Пневмоперитонеум қўйилгандан сўнг ОХБ даражасининг катталашувига кўшимча равишда таъсир қилувчи омил шундан иборатки, катта ёшлилардан фарқли ўлароқ болалар организмнинг тўқималари жуда чўзилувчан бўлиб бу ёшда тўш-қовурға бирикмаси тоғайсимон тузилмадан иборатлиги сабабли тўқималар босим остида осон чўзилади. Шунинг учун қорин бўшлиғи соҳасида босимнинг нисбатан озроқ оширилиши ҳам кузатув бурча-

гининг кенгайишини таъминлайди ва ички аъзоларнинг ҳолатини аниқ тасаввур этишга имкон беради. Жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида ЛЭЭ бажариш вақтида жароҳат ўрнини кўриш майдонини катталаштириш ва ишчи инструментлар билан муолажалар ўтказишнинг қулай бўлиши учун қуйидаги кетма-кетликдаги ҳаракатларни амалга оширдик:

- бемор бола операцион столда аниқ горизонтал ҳолатда ётқизилиб, пневмоперитонеум қўйилади ва ҚБА яхшилаб текширилади, қорин ичидаги аъзоларнинг ҳолати баҳоланади (битишма, аъзоларда ЭК мавжудлиги, кисталарнинг жойлашуви ва ҳ.к.);

- бемор бошини 30-35°га кўтарилган ҳолатда ётқизилса, жигар ўзининг вазни ва боғламларнинг эластиклиги, шунингдек мушакларнинг миорелаксацияси туфайли (эндотрахеал наркоз вақтида қўлланиладиган миорелаксантлар таъсирида) осилиб қолади. Бу ОХБнинг 50-60° гача катталашувини таъминлайди, бироқ бу жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида хирургик муолажаларни эркин бажариш учун етарли эмас;

- аввалги шартларга қўшимча равишда беморни 25-35° остида чап ёнга буриб ётқизсак жигар ўзининг оғирлиги туфайли янада кўпроқ осилади ва унинг диафрагмал юзаси яхшироқ кўринади. Бу ўз навбатида ОХБни 70-80° гача оширади ва жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида ЭКни аниқ кўриш, хирургик муолажаларни эркин ўтказиш, ЛЭЭни бевосита амалга ошириш имкони пайдо бўлади.

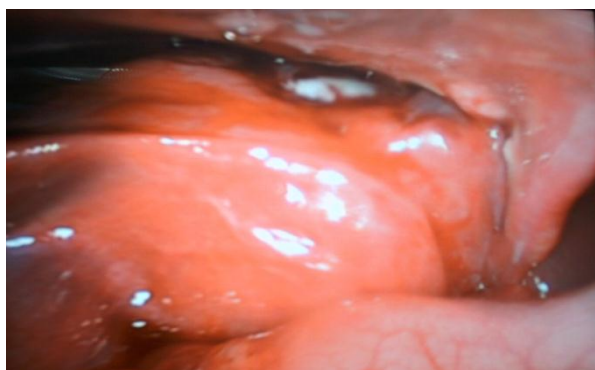
Операциянинг ишчи портларни киритиш нуқталарини аниқлашга қаратилган иккинчи босқичини амалга ошириш вақтида биз ҚБАда лапароскопик операцияларини бажариш учун муҳим оптимал шарт-шароитларни яратиш, яъни, троакарларни танага суқиш нуқталарини, бемор танасининг операцион столдаги ҳолатига (мазкур услуб бизнинг клиникамизда ишлаб чиқилди) боғлиқ ҳолда ишчи портлари орасидаги масофани аниқлаш мезонига амал қилдик. Ишлаб чиқилган усулбни ЭК билан зарарланган жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида ЛЭЭни бажаришда қўлладик.

Иккинчи босқичда асосий вазифамиз ишчи портларни киритиш нуқталарини тактик нуқтаи назардан тўғри танланганини асослаб беришдан иборат эди. Троакарларни жойлашиши «стандарт» схемалардан фарқ қилади, бироқ бу вазиятда оператив аралашувнинг самарали яқун топиши учун муайян шароитлар яратилдики, биз уларни математик ҳисоблар билан асослаб берганмиз. Тактик жиҳатдан аҳамиятли бўлган мазкур масалани ҳал қилиш учун хирургнинг ўнг ва чап қўлини операция қилинаётган аъзога нисбатан қандай жойлаштирилиши лозимлигини аниқлаш мақсадида турли режимлар синаб кўрилди. Режимлар 5 дан 85<sup>0</sup> гача бўлган ораликда 5<sup>0</sup> даражали фарқ билан текширилди. Режимларнинг умумий сони 289 ни ташкил этиб, уларнинг ҳар бири бўйича эксперт мутахассисларнинг фикр-мулоҳазалари ўрганилди.

Шундай қилиб, операция вақтида қорин бўшлиғида ўтказиладиган муолажаларни амалга ошириш учун яратилган шарт-шароитларни баҳолашнинг математик модели болаларда жигарнинг VII-VIII сегментлари

соҳасида ЛЭЭни бажариш вақтида биз таклиф этган тактикадан фойдаланишнинг тўғрилигини исботлайди.

**Жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида лапароскопик эхинококк-кэктомияни бажариш техникаси.** Операцион столда бемор орқаси билан ётади. Хирург чап, ассистент ўнг томонда жойлашади. Киндикдан паст ёки юқорироқда ярим ойсимон кесма амалга оширилиб, биринчи видеооптика сифатида хизмат қилувчи 11 мм троакар параумбиликал киритилади. Сўнгра ТЛ амалга оширилиб, ЭКни жойлашган ўрни аниқланади (4- ва 5 - расмлар).



4-расм. Жигарда ЭКни жойлашишини аниқлаш (IV-V сегмент эхинококк кистаси)

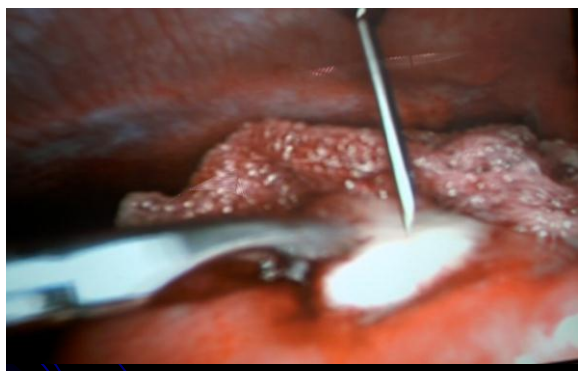


5-расм. Жигарнинг VIII сегментидаги ЭК

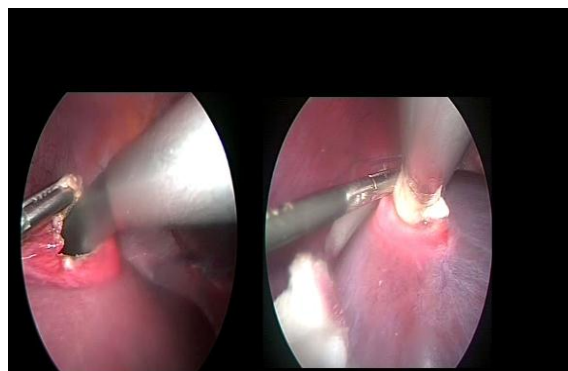
Шуни қайд этиш жоизки, жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида ЛЭЭни бажариш қатор техник қийинчиликларга эга, бундай операцияларни амалга оширишда маълум тажриба талаб қилинади. Киндикдан 0,5 см юқори соҳада биринчи 11 мм троакар киритилганидан сўнг пневмоперитонеумни ҳосил қилдик. Мазкур порт орқали видеокамера ўрнатилган 10 мм оптика киритилди ва юқорида ёзилган бемор ҳолати кетма-кетлиги қўлланилади.

Киста пункцияси ЖЛЭЭнинг биринчи босқичи ҳисобланади. Пункция техникаси ва паразит тарқалиши эҳтимолининг олдини олиш учун тегишли ускуналардан ўринли ва унумли фойдаланиш операциянинг асептиклигини таъминлаш ва ЭКнинг қорин бўшлиғига тушишига йўл қўймасликда биринчи даражали аҳамиятга эга. Пункцион игна кистанинг жойлашишига мос равишда 5 мм троакар орқали ёки тери остидан киритилди (6-расм).

Жигар капсуласи игна (игна узунлиги 150мм, диаметри - 20мм) билан тешилиб киста бўшлиғига киргандан сўнг электроотсос ёрдамида эхинококк суюқлиги олиб ташланди. Сўнгра игна орқали ҚБга 10 дақиқали экспозиция билан 100%ли глицерин эритмаси юборилиб сўнг электроотсос ёрдамида олиб ташланди. Кейин электрохирургик қайчи ёрдамида фиброз капсула очилди ва киста бўшлиғига хитин парданинг вакуумли экстракцияси бажарилди ва киста қолдиқларини олиб ташлаш учун киста бўшлиғига махсус мослама ўрнатилган вакуум отсос киритилди (7-расм).

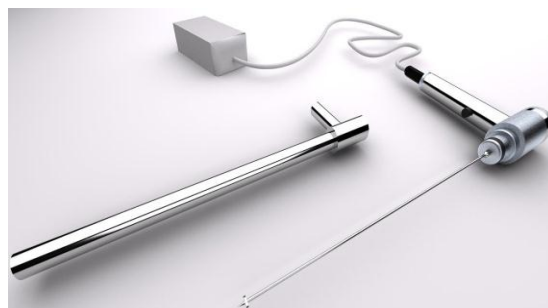


6-расм. Киста пункцияси ва эхинококк суюқлигининг аспирацияси



7-расм. Хитин парданинг вакуумли экстракцияси

Хитин парданинг вакуумли экстракцияси бизнинг клиникада ишлаб чиқилган хитиноэвакуатор аппарати ёрдамида амалга оширилди (8-расм).

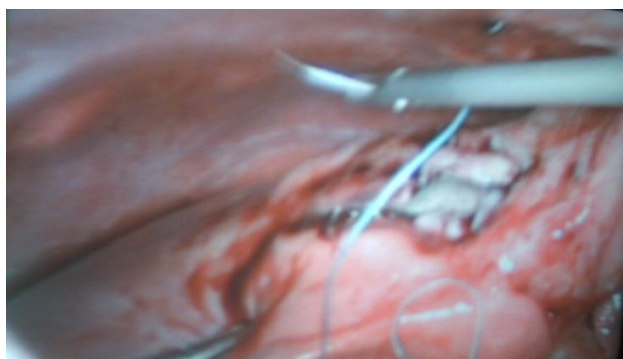


8-расм. Хитиноэвакуатор

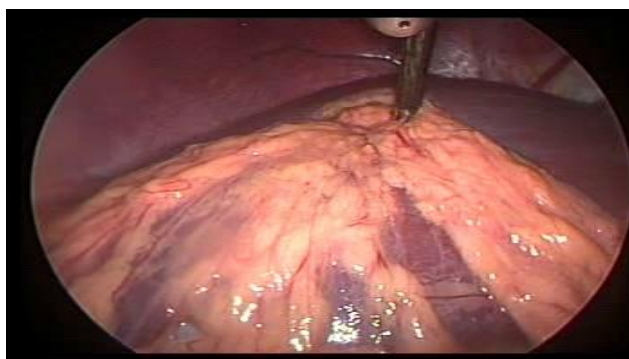
Киста ҚБни бартараф этиш оператив аралашувнинг сўнгги босқичи ҳисобланади. Кистанинг ҚБ чуқурлиги 5 смгача бўлганида биз жароҳат ўрнини Ethibond №2,0 ипи билан экстракорпорал чок қўйиб тикишни мақсадга мовофиқ деб топдик. ҚБ чуқурлиги 5 смдан ортиқ, бўшлиқнинг асоси кенг бўлган ҳолларда оментопексия билан абдоминизация амалга оширилди (9- ва 10-расмлар).

Чарвининг ўлчамлари кичик бўлганида унинг соҳасидаги патологик ўзгаришларни бартараф этиш учун ҚБни дренажлаш амалга оширилди. Бунинг учун учларида 2-3 ён тешиклари бўлган силикон найдан фойдаланилди.

Майда ўт оқмалари аниқланган ҳолларда улар коагуляцияланди ёки PDS 4/0 ипи ёрдамида тикилди.

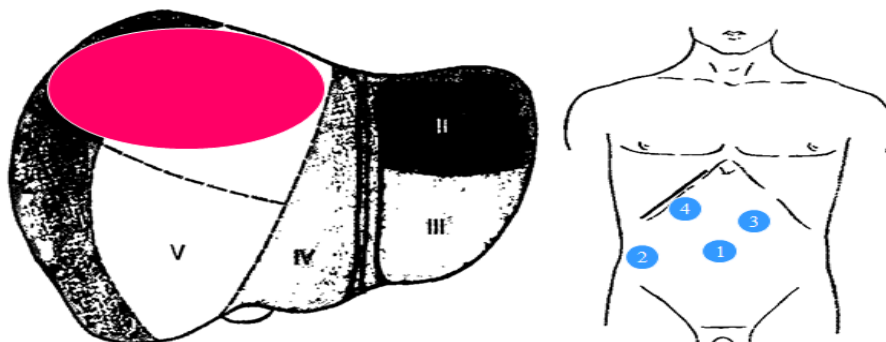


9-расм. Ethibond №2,0 ипи билан киста қолдиқ бўшлиғининг капитонажи



10-расм. Киста қолдиқ бўшлиғининг оментопексияси

Жигарнинг VII ва VIII сегментлари соҳасида ЛЭЭнинг кейинги босқичлари лапароскопик ЭЭнинг умумий қабул қилинган усуллари ёрдамида амалга оширилди.



11-расм. Кисталарнинг диафрагма остида жойлашишида троакарларни киритишнинг энг оптимал нуқталари (видеооптика учун - 1-11 мм троакар; ишчи инструментлар учун - 2,3-5,0 мм троакарлар; 4 – хитин парда, салфетка ва бошқаларни олиб ташлаш учун 11 мм ли троакар).

Шундай қилиб, биз жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида ЭК бор бемор болаларнинг операцион столда беморни жойлаштиришнинг оптимал ҳолатини ва ишчи портларни киритишнинг оптимал нуқталарини аниқладик (11-расм).

Асосий гуруҳдаги 70 нафар беморда (76,9%) таклиф этилган ЖЛЭЭни муваффақиятли яқунлашга эришилди (4-жадвал).

#### 4-жадвал

#### Асосий гуруҳ беморларида жигар эхинококкэктомияси натижалари

Оператив усул ва тактика	ЖЭКнинг жойлашиши						жами	
	VII-VIII сегментлар		VII-VIII ва бошқа сегментлар		Бошқа сегментлар			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ЖЛЭЭ	21	21,9	9	9,4	40	41,6	70	72,9
Видеоассистирлаш билан минилапаротомия	3	3,1***	0	0	11	11,5***	14	14,6***
ЖТЭЭ конверсияси	3	3,1***	2	2,1*	2	2,1***	7	7,3***
ДЛсиз ЖТЭЭ	1	1,0***	2	2,1*	2	2,1**	5	5,2***
Жами	28	29,1	13	13,5	55	57,3*	96	100,0***

Изоҳ: \* - фарқлар ЖЛЭЭ гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан аҳамиятли (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )

4-жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, таклиф этилган янги интраоперацион тактика туфайли болаларда ЖЛЭЭни амалга



оширишга нисбатан кўрсатмалар доирасини сезиларли равишда кенгайтириш имконияти пайдо бўлади. Ўйлашимизча, бу кўрсаткичлар – 87,5% гача (70 - ЖЛЭЭ + 14 видеоассистирлаш билан 14 ЭЭ, жами 84 нафар бемор) етиши мумкин. Бу илмий адабиётларда келтирилган маълумотларга нисбатан 2 мартадан зиёд.

ЭК жигарнинг VII-VIII сегментларида жойлашганида ўтказилган ЖЛЭЭ натижалари 5-жадвалда келтирилган.

Жадвалдан кўринишича, ЭК жигарнинг VII-VIII сегментларида жойлашганида 87,7% гача ҳолатларда каминвазив усуллар ёрдамида жигар ва қорин бўшлиғининг бошқа аъзоларида ЛЭЭни амалга ошириш мумкин. Агар болаларда ЖЛЭЭ амалга ошириш учун адабиётларда келтирилган кўрсатмаларга амал қилинса, асосий гуруҳдаги ЖЭ ва ҚБА ва ўпканинг қўшма эхинококкозлари билан хасталанган 96 нафар бемордан атиги 38 (39,6%) тасида ЛЭЭ ўтказиш мумкин бўларди, қолган барча ҳолатларда (61%) «очик» усулда анъанавий ЭЭ ўтказилиши лозим эди.

ЭЛЭЭнинг давомийлиги бизнинг ҳолатда 79,7±8,9 дақиқа, анъанавий операцияда 109,7±25,3 дақиқани ташкил қилди (P>0,01). ЛЭЭда операциянинг давомийлиги анъанавий ЖЭЭга нисбатан 1,4 марта қисқа бўлди. ЛЭЭда қон йўқотилишинг ҳажми - 24,5±10,3 мл.гача, анъанавий усулда эса – 90±20 мл. Очиқ оператив аралашувларда даволашнинг операциядан кейинги давомийлиги лапароскопик операция ўтказилган беморларникига нисбатан 1,5-2 марта катта (P<0,01). Анъанавий операциялардан сўнг қорин бўшлиғини дренажлашнинг давомийлиги 12,0±1,9 суткани ташкил қилиб, бу ЛЭЭ дан кейинги мазкур кўрсаткичга нисбатан 2,4 марта юқори (4,0±1,9 сут; P>0,01). Анъанавий ЭЭдан сўнг операциядан кейинги даврнинг асоратли кечиши 1,5 марта кўплиги қайд этилди.

#### 5-жадвал

#### Эхинококк кисталарининг VII-VIII жигар сегментларида жойлашувида оператив тактика (n=39)

Оператив усул ва тактика	ЖЭК жойлашиши VII-VIII сегментлар (n=41 - 42,7%)						жами	
	Солитар		Кўп сонли =2 -ЭК		Кўп сонли 3-ЭК			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс	%
ЖЛЭЭ	26	63,4	5	12,2	2	4,9	33	80,5
Видеоассистирлаш билан минилапаротомия	1	2,4***	2	4,9	0	0	3	7,3***
ЖТЭЭ конверсияси	2	4,9***	2	4,9	1	2,4	5	12,2***
Жами	29	70,7*	9	22,0	3	7,3	41	100,0**

Изох: \* - фарқлар ЖЛЭЭ гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан аҳамиятли (\* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001)

Ўтказилган тадқиқотларимиз натижалари асосида ЛЭЭни бажаришга нисбатан кўрсатмалар ва монеликлар қайта кўриб чиқилди. Бу болаларда ЛЭЭни амалга ошириш учун учта мезонни ажратиш имконини берди:

**1. ЖЛЭЭни амалга ошириш учун кўрсатмалар:**

- Кичик (30 мм.гача) ва ўрта ўлчамли якка ЭК;
- Қиз кисталарсиз ёки унча катта бўлмаган қиз кисталар мавжуд, диаметри 80-100 мм.дан катта бўлмаган солитар кисталар;
- Юзада жойлашган ЭК;
- Жигарнинг висцерал юзасида жойлашган ЭК.

**2. Нисбий қарши кўрсатмалар:**

- Рецидивланган ЖЭК ёки бемор анамнезида бошқа сабабларга кўра лапаротомияни бажаришга нисбатан кўрсатманинг мавжудлиги;
- Жигарнинг иккала бўлагида жойлашган кўп сонли ЭК;
- Жигарнинг ҚБА ва ўпка билан қўшма эхинококкози;
- Йиринглаган солитар ЭК;
- Катта ва жуда катта ўлчамли ЭК (диаметри >100мм);
- Жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасидаги ЭК;
- Кўп сонли, асоратланган (йиринглаган, қорин бўшлиғига тешилган) ЭК.

**3. ЖЛЭЭни амалга оширишга нисбатан мутлақо монелик қиладиган кўрсатмалар:**

- ЭК ўлчамларининг 3 см.дан кичиклиги;
- ЭКнинг марказий (паренхима ичида) жойлашуви;
- Қорин бўшлиғидаги кучли битишмалар.

**Олинган натижаларнинг қиёсий тавсифи.** ЛЭЭни бажарганимиздан кейинги даврларда интраоперацион асоратлар кузатилмади.

**6-жадвал**

**Таққосланадиган гуруҳларда беморларнинг стационар шароитида даволаниш муддатлари**

Койка/кун	ЖЛЭЭ (n=96)	ЖТЭЭ (n =112)	P
Операциягача	3,4±0,31	6,6±0,58	<0,001
Операциядан сўнг	7,2±0,68***	10,1±0,93**	<0,05
Жами	10,7±0,98	16,6±1,1	<0,01

Изоҳ: \* - фарқлар операциягача бўлган кўрсаткичларга нисбатан аҳамиятли (\*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001)

6-жадвалдан кўриниб турганидек, асосий гуруҳда ЖЛЭЭдан сўнг беморларни стационарда даволаниш муддати  $7,2 \pm 0,7$  к/кун, назорат гуруҳида эса  $10,1 \pm 1,1$  к/кунни ташкил этди (1,7 марта).

Назорат гуруҳида операциядан кейинги асоратлар 19,6% нафар беморда, ЛЭЭда эса 9,4% нафар беморда қайд этилди. Болаларда ЖЛЭЭнинг амалга

оширилиши операциядан кейинги давр асоратларини 2 мартадан зиёд қисқартириш имконини берди (7-жадвал).

#### 7-жадвал

### Лапароскопик ва абанавий операциялардан сўнг операциядан кейинги асоратларнинг қиёсий тавсифи (n=208)

Асоратлар тавсифи	Назорат гуруҳи (n=112)		Асосий гуруҳ (n=96)	
	абс.	%	абс.	%
Ўт суюқлигининг оқиши	9	8,0	6	6,3
ҚБнинг йиринглаши	3	2,7	2	2,1
Операциядан кейинги шикастнинг йиринглаши	8	7,1	3	3,1
Перитонит - реллапаротомия	2	1,8	0	0
Жами	22	19,6	9	9,4*

Изоҳ \* - фарқлар назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан аҳамиятли (\* - P<0,05)

Беморлар операциядан кейин 1 дан то 6 йилгача муддатларда кузатув остида бўлди. Касаллик рецидиви ЖЛЭЭдан сўнг 2 йил ўтгач 2 нафар беморда (2,1%) қайд этилди. ЭБнинг реинфицирланиши 3 нафар беморда (3,1%) қайд этилди.

Жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида ЛЭЭнинг биз томондан ишлаб чиқилган ва таклиф этилган жарроҳлик тактикасининг қўлланилиши 87,8%дан ортиқ ҳолларда муваффақиятли бўлиб, у стационар шароитида даволаниш муддатларини 5,9 к/кун, операциядан кейинги асоратларни 10,2%га қисқартиришга имкон берди.

Бу беморни эрта фаоллаштириш, ҳаёт сифатини яхшилаш ва сезиларли клиник-иктисодий самара олинишини таъминлади.

Диссертациянинг «**Болаларда жигар, қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар ва ўпканинг қўшма эхинококк касаллигида оператив даволаш натижалари**» деб номланган бешинчи бобида турли аъзоларда бирга қўшилган ЭКлари аниқланган 3 дан 17 ёшгача бўлган 53 нафар болани оператив даволаш натижалари таҳлил қилинган. Шулардан жигар ва қорин бўшлиғида жойлашган бошқа аъзоларнинг қўшма эхинококкози - 23 нафар беморда (11,1%), жигар ва ўпканинг қўшма жароҳатланиши 30 нафар беморда (14,4%) аниқланди (8-жадвал).

17 нафар беморда (56,6%) - ўнг ўпка ва жигар, 9 нафар беморда (30%) – чап ўпка ва жигар, 4 нафар беморда (13,3%) – иккала ўпка ва жигарнинг қўшма жароҳатлари аниқланди.

Барча бемор болаларда (30 нафар) оператив аралашув ўтказилди. Назорат гуруҳидаги 17 нафар беморда (15,2%) «очиқ» усулда босқичма-



босқич оператив даволаш амалга оширилди. Асосий гуруҳдаги 13 нафар беморда (13,5%) бир босқичли торако- ва ЛЭЭ бажарилди.

### 8-жадвал

#### Жигар ва бошқа аъзоларнинг қўшма жароҳатларида ЭЖнинг жойлашиши бўйича беморларни тақсимлаш

Бошқа аъзоларнинг қўшма жароҳатлари	Назорат гуруҳи (n=112)		Асосий гуруҳ (n=96)		P
	абс.	%	абс.	%	
Ўпка	17	15,2	13	13,5	>0,05
Қорин бўшлиғи	9	8,0	7	7,3	>0,05
Талок	5	4,5	2	2,1	>0,05
Жами	31	27,7	22	22,9	>0,05

Жигар ва ўпканинг қўшма эхинококкозида эндовизуал ЭЭ натижалари умуман қониқарли бўлди. Оператив аралашув вақтида асоратлар кузатилмади. Операциядан кейинги давр давомийлиги  $7,2 \pm 1,2$  к/кунни ташкил қилди, мазкур даврда асоратлар 6 нафар беморда (20,0%) қайд этилди, жумладан: ҚБнинг йиринглаши – 1 нафар беморда (3,3%), экссудатив плеврит – 1 нафар беморда (3,3%), – дренаждан ўт суюқлигининг чиқиши 2 нафар беморда (6,6%) (ўт суюқлигининг чиқиши 12-суткада тўхтади). Жигарнинг очик ЭЭ ўтказилган 1 нафар беморда (3,3%) операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши аниқланди. Анъанавий усулда операция қилинган барча беморлар операциядан сўнг  $10.1 \pm 0.95$  кундан сўнг ( $P > 0.05$ ) стационардан чиқарилди.

Жигар ва бошқа ҚБАнинг қўшма эхинококкози 23 нафар беморда аниқланган, шулардан 14 таси назорат ва 9 таси асосий гуруҳ беморлари.

Назорат гуруҳида жигар билан бир қаторда 5 нафар беморда - талок, 4 нафар беморда – катта чарви, қорин бўшлиғининг аъзолардан ташқари ва қорин орти клетчаткаси, 3 нафар беморда – тухумдон ва 2 нафар беморда - диафрагманинг жароҳатланиши қайд этилди.

Асосий гуруҳда жигар билан бир қаторда 2 нафар беморда - талок, 4 нафар беморда – катта чарви, қорин бўшлиғининг аъзоларидан ташқари қорин орти клетчаткаси, 3 нафар беморда – тухумдоннинг жароҳатланиши аниқланди. Асосий гуруҳдаги жигар ва бошқа ҚБАнинг қўшма жароҳатлари билан хасталанган барча 9 нафар беморда ЛЭЭ асоратларсиз муваффақиятли яқунланди. Операциядан кейинги даврда наркотик ҳисобланмайдиган анальгетиклар билан оғриқсизлантириш  $2,4 \pm 1,2$  кун, лапоратомик аралашувларда -  $4,7 \pm 0,9$  кун давомида ( $P > 0,05$ ) амалга оширилди.

208 нафар бемордан 171 таси (82,2%) операциядан кейинги узоқ даврда текширувдан ўтказилди. ЛЭЭ усулида операция қилинган асосий гуруҳ болаларида эхинококкоз рецидиви - 4 нафар беморда (4,2%), анъанавий ЭЭдан кейин – 11 нафар беморда (9,8%) қайд этилди. Фикримизча, касаллик рецидиви реабилитация даврида паразитга қарши дори воститасини мунтазам

қабул қилинмаслиги билан боғлиқ. ЛЭЭ самарадорлигини баҳолашда ҳисобга олиниши зарур бўлган муҳим омил – қорин бўшлиғида битишмаларнинг деярли бўлмаслигидир. Лапаратомияга асосланувчи операцияларда 8 нафар беморда (7,1%) юқорида қайд этилган асорат кузатилди.

Шундай қилиб, ЖЭК ташхиси қўйилган болаларда ЛЭЭнинг амалга оширилиши унинг конкрет афзалликларини кўрсатиб, мазкур даволаш усулни болалар хирургиясида истиқболли йўналиш сифатида тан олишга имкон беради.

ҚБни лапароскопик усул ёрдамида бартараф этиш операциядан кейинги асоратларнинг учраш тезлигини камайтириш, операциядан кейинги даврни ва беморнинг стационарда даволаниши давомийлигини анча қисқартиришга имкон яратади.

Тадқиқотларимиз натижалари бўйича болаларда ЖЭ ва унинг бошқа ҚБА, ўпка билан қўшма жароҳатларига ташҳис қўйиш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилди (12-расм). Биз томондан таклиф этилган касалликка ташҳис қўйиш ва даволаш алгоритми эндохирургия амалиётида даволовчи шифокорга жигар ва ҚБАдаги ЭКларни даволашнинг оптимал тактикасини белгилаб олишга имкон яратди.

## ХУЛОСА

«Болаларда қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкозида даволаш ва ташҳислашни такомиллаштириш» мавзусидаги докторлик диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Жигарнинг анъанавий «очик» эхинококкэктомияси операциядан кейинги шикастланиш эҳтимолига кўра аъзонинг ўзида ўтказилган оператив аралашувдан кейинги шикастланиш эҳтимолидан анча юқори. 19,2% нафар беморда - операциядан кейинги асоратлар, 9,8% нафар беморда - касаллик рецидиви кузатилди.

2. Болаларда жигарнинг VII ва VIII сегментлари соҳасида жойлашган эхинококк кисталарини бартараф этиш мақсадида бажариладиган лапароскопик эхинококкэктомиянинг янги усули асосий эндохирургик инструментлар ва материалларни киритиш нуқталарини оптимал танлаш учун жаррохнинг фазодаги ориентациясини тизимлаштириш имконини беради.

3. Янги ишлаб чиқилган конструкцияли аппарат катта ўлчамли эхинококк кисталарининг хитин пардасини вакуумли экстракция йўли билан бартараф этиш имконини яратади.

4. Жигарнинг VII-VIII сегментлари соҳасида лапароскопик эхинококкэктомиянинг таклиф этилган янги усули, шунингдек йиринглаш, перфорация билан асоратланган катта ва жуда катта ЭКни эндовизуал эхинококк-эктомияси болаларда видеоэндовизуал эхинококкэктомияни амалга ошириш учун кўрсатмаларни 2,5 марта кенгайтириш имконини берди.



5. Болаларда жигарнинг VII-VIII сегментларида жойлашган эхинококк кисталарини даволашда лапароскопик эхинококкэктомияни амалга оширишга нисбатан қарши кўрсатма ҳисобланади. Биз томондан тавсия этилаётган жаррохлик усул болаларда жигарнинг VII-VIII сегментлари эхинококкэктомиясида 73,2% лапароскопик усул ёрдамида бажариш имконини яратди.

6. Қорин бўшлиғида жойлашган аъзоларнинг кўп сонли ва қўшма эхинококкози, шунингдек йиринглаган, ёрилган эхинококк кисталари, жуда катта ўлчамли кисталар бор болаларда эндовизуал эхинококкэктомияни амалга ошириш учун нисбатан мақбул бўлмаган тиббий кўрсатма ҳисобланади.

7. Эхинококк кисталари ўлчамларининг 3 смдан кичиклиги; эхинококк кисталарининг марказий (паренхима ичи) жойлашуви; қорин бўшлиғидаги кучли битишма жараёни - жигарнинг лапароскопик эхинококкэктомиясини амалга ошириш учун абсолют қарши кўрсатмалар бериладиган ҳолатлар ҳисобланади.

8. Жигар эхинококкози, жигарнинг қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари, шунингдек ўпка билан қўшма жароҳатларида биз ишлаб чиққан даволаш тактикаси анъанавий усулга нисбатан даволашнинг госпитал даври муддатлари 1,5 мартага ва операциядан кейинги асорат ҳолатларини 2 мартагача қисқарди, шунингдек яхши косметик самара ва болалар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини яратди.

9. Жигар эхинококкози, жигарнинг қорин бўшлиғида жойлашган бошқа аъзолари, шунингдек ўпка билан қўшма жароҳатларида таклиф этилган ташҳис қўйиш ва даволаш алгоритми 87,5% беморларда лапароскопик эхинококкэктомияни муваффақиятли амалга ошириш имконини берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc 27.06.2017.Тib.29.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ  
ПЕДИАТРИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**  

---

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**АБДУСАМАТОВ БОБИР ЗАКИРОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ  
ТАКТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ  
У ДЕТЕЙ**

**14.00.35 – Детская хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ (DSc) ДОКТОРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТАШКЕНТ – 2017**

**Тема докторской диссертации (DSc) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2017.2.DSc/Tib136**

Докторская диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице по адресу [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz) и на Информационно - образовательном портале «ZiyoNet» по адресу [www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz).

**Научный консультант:** **Салимов Шавкат Тешаевич**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:** **Поддубный Игорь Витальевич**  
доктор медицинских наук, профессор

**Шамсиев Жамшид Азаматович**  
доктор медицинских наук

**Эргашев Насриддин Шамсиддинович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Российская Федерация).

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г. в \_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.27.06.2017.Tib.29.01 при Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

По адресу: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, дом 223. Малый зал Ташкентского педиатрического медицинского института (Тел./факс: (+99871)-262-33-14; e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz))

С докторской (DSc) диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского педиатрического медицинского института (зарегистрирован за № \_\_\_), по адресу: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, дом 223. Тел./факс: (+99871) -262-33-14.

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года  
(Реестр протокола рассылки №\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2017 года).

**А. В. Алимов**  
Председатель Научного совета по  
присуждению ученых степеней,  
доктор медицинских наук, профессор

**Э. А. Шамансурова**  
Ученый секретарь Научного совета по  
присуждению ученых степеней,  
доктор медицинских наук, профессор

**А.М. Шарипов**  
Председатель научного семинара при  
Научном совете по присуждению ученых  
степеней, доктор медицинских наук,  
профессор

## ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации)

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире, ежегодно около миллиона людей оперируются по поводу эхинококковой болезни. При этом 25% составляют дети, у которых в 6,5% случаев после операции наблюдаются рецидивы, требующие длительного восстановительного периода. Послеоперационные осложнения достигают 6 - 80%, летальность 3,1-8,6%, рецидивный и резидуальный эхинококкоз наблюдается у 3 - 54% пациентов<sup>1</sup>. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечения эхинококкоза, многие исследователи отмечают неудовлетворенность полученными результатами. По последним оценкам, кистозный эхинококкоз ежегодно приводит к потере, как минимум, одного миллиона, а, возможно, и до трех миллионов ДАЛИ (один ДАЛИ - год жизни, скорректированный на инвалидность, что можно рассматривать как один потерянный год «здоровой» жизни)<sup>2</sup>.

За годы независимости, в нашей стране, качественно улучшился уровень оказания медицинской помощи населению, осуществлены целенаправленные широко масштабные меры для эффективного лечения заболеваний, внедрены современные технологии, позволившие получить ощутимые положительные результаты. В лечении эхинококкоза печени у детей, так же выполнены широкоплановые программные мероприятия, в результате которых достигнуто восстановление здоровья и снижение частоты послеоперационных осложнений с 18,4 до 4,0%. В настоящее время, согласно Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах, намечается дальнейшее улучшение оказания медицинской помощи населению страны, в том числе и при эхинококковой болезни. Первостепенными задачами ожидающими своего решения в настоящее время являются – своевременная профилактика и диагностика, оказание высококвалифицированной, качественной медицинской помощи, за счет расширения применения современных технологий, что позволит повысить качество жизни больных детей<sup>3</sup>.

В мире, для повышения эффективности мероприятий по ранней диагностике, лечению и профилактике эхинококковой болезни проводится широкий круг научных исследований, направленных на изучение фундаментальных основ развития патологического очага в организме, разработку и усовершенствование методов ранней диагностики и лечения больных с эхинококковой болезнью, выявление и снижение вероятности воздействия внешних факторов риска заражения этой патологией. Проводится разработка оптимальных схем скрининговых диагностических мероприятий среди детей. Большое

---

<sup>1</sup>Ибодов Х.И., Шарипов А.М. Оптимизация диагностики эхинококкоза легких у детей// Детская хирургия. – 2011. - №3. - С. 38-40; Kadry Z., Renner E. C., Bachmann L. M., Attigah N., Renner E. L., Ammann R. W. et al. Evaluation of treatment and long-term follow-up in patients with hepatic alveolar echinococcosis // Br J Surg. - 2005. – Vol. 92, №9. - P. 1110-1116.

<sup>2</sup>Информационный бюллетень ВОЗ № 377, 2015.

<sup>3</sup>Стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017 — 2021 годах

внимание уделяется вопросам профилактики рецидива болезни, в частности, обоснованию необходимости применения иммунологических тестов, инструментальных методов диагностики в послеоперационный период реабилитации и среди детей группы риска. Разрабатываются комплексные схемы профилактической работы среди населения, направленные на улучшение качества жизни и профилактику заболевания.

Данное диссертационное исследование, в определенной степени, служит выполнению задач, предусмотренных в Постановлении Президента Республики Узбекистан № ПП-1652 от 28 ноября 2011 года «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения», № ПП-2133 от 19 февраля 2014 года «Год здорового ребенка» и №УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», утвержденной Указом Президента Республики Узбекистан, а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики V. «Медицина и фармакология».

#### **Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации<sup>1</sup>.**

Научно-исследовательские работы, посвященные диагностике и хирургическому лечению эхинококкоза человека, проводятся в ведущих научных центрах и высших образовательных учреждениях мира – это Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) (Франция), Université de Franche Comté, Centre hospitalier universitaire (CHU) Jean Minjot (Франция), Department of Medicine, Division of Gastroenterology-Hepatology, University of Connecticut Health Center (США), National Health and Medical Research Council (Австралия), Privat Hospital Obach (Швейцария), Postgraduate Medical Institute, Advanced Pediatric Center, Post Graduate Institute of Medical Education and Research (PGIMER) (Индия), The First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University (Китай) University of Pavia (Италия), Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine (Турция), Казанский медицинский институт (Россия), Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова и Ташкентская медицинская академия (Узбекистан).

В проведенных исследованиях по диагностике и хирургическому лечению этого заболевания получены важные теоретические и практические данные, в том числе в РСЦХ им. акад. В.Вахидова, по химической, физической и комбинированной сколексоцидной обработке остаточной полости паразитарной кисты. Наиболее приемлемым раствором признан 100% раствор глицерина; после пункционных и эндоскопических эхинококкэктомий частота ранних рецидивов достигает до- 30%; при применении малоинвазивных ме-

---

<sup>1</sup> Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации: <https://www.anses.fr/>, <http://www.univ-fcomte.fr>, <http://www.uconn.edu/>, <https://www.nhmrc.gov.au/>, <https://www.obach.ch/>, <http://www.pgimer.edu.in/>, <http://www.en.xjmu.edu.cn/>, <http://www.unipv.eu/>, <http://www.deu.edu.tr/>, <http://www.kgm.kcn.ru/>, <http://www.tma.uz> и других источников.



тодов и робототехники в хирургическом лечении паразитарных кист интраоперационные осложнения наблюдались в 13% случаев (Acre State Hospital Foundation and Federal University of Acre) (Бразилия); в центре по развитию молекулярных, иммунологических и визуализирующих методов диагностики кистозного и альвеолярного эхинококкоза установлено, что рост кисты колеблется от 1-2 мм до 10 мм в год Xinjiang Medical University (Китай); в научных центрах выполнены иммуноферментные анализы, полимеразной цепной реакции и лучевой диагностики для раннего выявления заболевания - чувствительность которых оценивается до 80-90% (University of Pavia) (Италия) (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) (Франция), Université de Franche Comté, Centre hospitalier universitaire (CHU) Jean Minjot (Франция); усовершенствована лечебно-диагностическая тактика при эхинококкозе органов брюшной полости у детей (Ташкентская медицинская академия) (Узбекистан).

Несмотря на достигнутые успехи, продолжаются исследования по улучшению качества диагностики и хирургического лечения эхинококковой болезни у человека, в том числе, разработке рекомендаций и оптимизации мер по дальнейшей профилактике эхинококковой болезни у детей; разработке оптимальных методов дифференцированного лечения сочетанного эхинококкоза печени и легких; совершенствованию и обоснованию показаний к применению малоинвазивных, эндовизуальных методов эхинококкэктомий (ЭЭ); совершенствованию ранней диагностики рецидивного и резидуального эхинококкоза у детей.

**Степень изученности проблемы.** В настоящее время большое внимание уделяется малоинвазивным методам ЭЭ у детей, но в основном, освещаются проблемы и результаты исследований эхинококкоза у взрослых (Nakverdi S., 2008; Bristow B.N., 2012). По данным современной мировой медицинской литературы в настоящее время - только от 20 до 40% детей страдающих эхинококкозом печени, по абсолютным показаниям, оперируются малоинвазивными технологиями, в частности, лапароскопическим методом (Коеа J. B., 2012; Polat F. R., 2012). Показания к эндовизуальным эхинококкэктомиям у детей очень ограничены, так как недостаточно разработана техника обеспечения эндоскопического доступа в ряде случаев, что рассматривается как одна из основных причин конверсий и интраоперационных осложнений эхинококкэктомий органов брюшной полости и легких у детей. По мнению А. А. Гумерова, Р. Х. Шангареевой (2010, 2013), в силу абсолютных противопоказаний: поддиафрагмальное расположение эхинококковых кист (ЭК) (VII-VIII сегменты), осложнившиеся, множественные (более двух) кисты, а также кисты размерами более 7-10см в диаметре, должны оперироваться традиционным - «открытым» методом. При сочетанном поражении эхинококкозом легких и печени до настоящего времени остается дискуссионным вопрос о возможностях проведения симультанных торако - и лапароскопических ЭЭ, хирургическое лечение множественных, осложненных паразитарных кист. Ранние рецидивы после эндовизуальной эхинококкэктомии у детей по данным З.Х. Шангареевой (2013) составляют 6,2%.

Ученые Узбекистана, внесли немалый вклад в разработку новых методов ранней диагностики и эндовизуальной ЭЭ. Практически все исследователи едины во мнении, что диагностика и оперативное лечение эхинококкоза печени, малоинвазивными технологиями нуждаются в дальнейшем совершенствовании. Многие вопросы применения видеоэндотехники при эхинококкозе у детей остаются пока на стадии разработки (Каримов Ш. И. 2008; Назиров Ф. Г. 1999, 2016; Ильхамов Ф. А., 2005).

Проведенный анализ литературных данных свидетельствует о том, что диагностика и лечение эхинококкоза печени и его сочетанных поражений с другими органами брюшной полости, так же нуждаются в дальнейшем совершенствовании. Требуется методологический подход к определению показаний и противопоказаний к эндовизуальным ЭЭ у детей. Необходимо разрабатывать и внедрять новые методы эндовизуальных ЭЭ у детей, обосновать их приоритетность, что позволит расширить показания для малотравматичных операций, позволит улучшить качество жизни больных эхинококкозом.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно - исследовательских работ ТМА на тему: «Совершенствование лечебно-диагностической тактики эхинококкоза органов брюшной полости у детей» (2012-2015 гг.). Работа выполнялась в рамках Государственной программы НИР (Государственный регистрационный номер: №011.00156).

**Целью исследования** является улучшение результатов лечения детей эхинококкозом печени и других органов брюшной полости путем расширения показаний к эндохирургическим методам операций.

**Задачи исследования:**

проанализировать причины осложнений и неудовлетворительных результатов традиционных методов хирургического лечения эхинококкоза печени (ЭП), а также поражений печени - с органами брюшной полости (ОБП), печени и легких у детей;

разработать новый способ лапароскопической эхинококкэктомии (ЛЭЭ) кист VII-VIII сегментов печени у детей, обосновать критерии определяющие точки введения рабочих троакаров. Определить оптимальное положение больного на операционном столе для расширения угла операционного действия (УОД) и площади визуализации операционного поля.

разработать и внедрить новый метод вакуум - экстракции хитиновой оболочки кисты при эндовизуальной ЭЭ аппаратом собственной конструкции;

обосновать преимущества эндовизуальной ЭЭ у детей независимо от клинической стадии течения болезни, размеров, количества эхинококковых кист печени (ЭКП), а также при сочетанных поражениях; печени и ОБП; печени и легких;

определить относительные и абсолютные противопоказания к лапароскопической ЭЭ печени, а также при сочетанных ее поражениях с ОБП и легких у детей;

проанализировать эффективность разработанных технических, тактических и лечебных аспектов выполнения ЛЭЭ печени у детей. Усовершенствовать алгоритм тактики диагностики, оперативного лечения и реабилитации детей с ЭП, а также при его сочетании с ОБП и легкими.

**Объектом исследования** явились 208 детей с эхинококкозом печени, а также с сочетанными поражениями печени с ОБП, печени и легких.

**Предмет исследований** результаты и сравнительная характеристика ранних и отдаленных результатов традиционной и эндовизуальной ЭЭ печени у детей, а также ЭЭ при сочетанных поражениях печени и ОБП, печени и легких.

**Методы исследования.** Для решения поставленных задач использованы клинические, клинико-инструментальные, биохимические, иммунологические, статистические методы исследования.

**Научная новизна диссертационного исследования** заключается в следующем:

усовершенствован диагностический и лечебный алгоритм ведения больных с ЭП, а также сочетанных поражений печени с другими органами брюшной полости (ОБП), печени и легких, а также в случае осложнения ЭК нагноением, перфорацией;

впервые определены и разработаны новые методы, позволяющие выполнять ЛЭЭ в VII-VIII сегментах печени у детей;

обоснована и предложена новая тактика эндовизуальной ЭЭ при сочетанных поражениях печени с другими ОБП, печени и легких у детей;

обосновано, что ДЛ позволяет выявить анатомические особенности распространенности процесса и планировать тактику оперативной ЭЭ, а также выбрать рациональные точки введения дополнительных портов;

доказано, что применение ЛЭЭ печени по разработанному нами алгоритму тактики лечения эхинококкоза у детей позволяет расширить показания к эндовизуальной ЭЭ до 87,5% случаев, тем самым сократить случаи нежелательных послеоперационных осложнений, а главное – из-за минимизации операционной травмы улучшить качество жизни ребенка.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

усовершенствован диагностический алгоритм тактики ведения больных с ЭП, а также при сочетанных поражениях печени с другими ОБП, легкими, ЭК осложненных нагноением, перфорацией путем применения на диагностическом этапе УЗИ, МСКТ, МРТ, ДЛ;

впервые обоснована и предложена новая тактика ЛЭЭ у детей при локализации ЭК в VII-VIII сегментах печени;

определены анатомические особенности, которые на этапе ДЛ, позволяют точно определить стадию заболевания, распространенность процесса выбрать оптимальные точки введения рабочих троакаров и планировать интраоперационную тактику ЭЭ;

впервые систематизированы критерии позволяющие расширить показания к ЛЭЭ печени у детей;

проведена сравнительная оценка эффективности традиционных и эндо-

визуальных ЭЭ печени и его сочетанных поражений с другими ОБП и легких у детей;

разработаны практические рекомендации и предложения по оптимизации диагностики, лечебной тактики и реабилитации детей с ЭП, а также эхинококкоза печени, сочетанного с другими ОБП и легких у детей.

**Достоверность результатов исследования** подтверждена применением в исследованиях современных, взаимодополняющих клинических, клинико-инструментальных, биохимических, статистических методов, а также достаточным количеством обследованных больных, совершенствование лечебно-диагностической тактики при эхинококкозе печени и других органов брюшной полости, легких у детей, обоснованным набором методов статистического анализа, а также их корректным применением; полученные результаты основываются на сопоставлении с зарубежными и отечественными исследованиями; подтверждаются полномочным статистическим анализом данных.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость полученных результатов заключается в том, что усовершенствован алгоритм диагностики и тактики лечения больных ЭП, а также сочетанного поражения печени и других ОБП, печени и легких, что позволяет значительно ускорить диагностический поиск и улучшить результаты хирургического лечения детей.

Практическая значимость работы заключается в том, что разработанные критерии прогноза переносимости радикальных эндовизуальных хирургических ЭЭ в сочетании с адьювантной химиотерапией при ЭП позволят избежать напрасных лапаротомий, снизить риск возникновения нежелательных осложнений и фатальных последствий. Медико-социальная экономическая эффективность полученных результатов лечения включает снижение частоты осложнений и сокращение сроков периода стационарного лечения при использовании новых тактических и технических решений оперативных методов лечения ЭП у детей.

**Внедрение результатов исследования.** На основе результатов исследований по совершенствованию лечебно-диагностической тактики при эхинококкозе печени и других органов брюшной полости, легких у детей:

разработаны и утверждены методические рекомендации «Современные методы диагностики и лечения эхинококкоза печени у детей» и «Современные методы диагностики и лечения эхинококкоза легких у детей» для детских хирургов, педиатров, клинических ординаторов, магистров, поликлинических врачей, которые внедрены в практическое здравоохранение (заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 8д-3/71 от 24 августа 2016 г.). В представленных методических рекомендациях описаны возможности современной диагностики и эндовизуальные хирургические методы лечения эхинококкоза печени и легких у детей;

разработано и утверждено учебно-методическое пособие: атлас «Малоинвазивная эндовизуальная хирургия у детей», «Эхинококковая болезнь органов брюшной полости», «Эхинококкоз легких у детей» (Утвержденное

«Министерством высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан» регистрационный №484/094 от 20 декабря 2013 года.).

Результаты исследований по совершенствованию лечебно-диагностической тактики эхинококкоза органов брюшной полости у детей внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в клинической практике хирургов Самаркандского городского медицинского объединения и центральной больницы, детского хирургического отделения Наманганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Заключение № 8д-3/71 от 24 августа 2016 года Министерства здравоохранения Республики Узбекистан), что позволило снизить число послеоперационных осложнений с 19,6 до 9,4%, сократить сроки стационарного лечения в среднем на 5,6 койко/дней и позволило расширить показания к лапароскопической эхинококкэктомии при эхинококкозе печени и органов брюшной полости до 87,5%.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены, в том числе на 6 международных и 11 республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 44 научные работы, в том числе 11 журнальных статей, из них 8 в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 187 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

Первая глава диссертации **«Современные тенденции при совершенствовании лечебно-диагностической тактики эхинококкоза органов брюшной полости у детей»** посвящены обзору литературы, в которой представлено современное состояние проблемы диагностики и эндовизуальной эхинококкэктомии органов брюшной полости у детей, описаны существующие на сегодняшний день методы оперативной эхинококкэктомии, рассмотрены показания и абсолютные противопоказания к лапароскопической эхинококкэктомии у детей излагаемые авторами научных трудов. Проанализированы возможные вторичные осложнения, в ближайшем и отдаленном по-

слеоперационном периодах, рецидивы болезни. Главу завершают выводы, обобщающие изложенный материал.

Во второй главе диссертации «**Методология совершенствования лечебно-диагностической тактики эхинококкоза органов брюшной полости у детей**» проведен анализ клинических наблюдений, охватывающий данные 208 пациентов, прооперированных по поводу эхинококкоза органов брюшной полости (ОБП) и легких в период с 1996 по 2016 гг. С ЭП было 139 (66,8%) детей, сочетанное поражение печени и ОБП установлено у 23 (11,0%), печени и легких у 30 (14,4%). Для сравнительной характеристики результатов лечения больные были разделены на 2 группы. Первая – контрольная, представлена 112 (53,8%) больными с ЭП, ОБП и легких, которым проводилась традиционная ЭЭ «открытым» методом в период с 1996 по 2006 гг. Вторая группа - основная - 96 (46,2%) больных, которые лечились в РНПЦМиЭХДВ в период с 2007 по 2016 гг. В оперативном лечении этой группы приоритетным явилось применение малоинвазивной эндовизуальной технологии.

Чаще дети поступали в клинику с изолированным поражением печени 139 (66,8%), сочетанные формы эхинококкоза составили 53 (25,5%), множественный ЭП был выявлен в 16 (7,7%) случаях (табл. 1).

**Таблица 1**

**Распределение больных в зависимости от локализации эхинококковых кист**

Локализация поражения	Распределение больных					Итого	
	Контрольная группа		Основная группа		р		
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Изолированный эхинококкоз печени	73	65,2	66	68,8	>0,05	139	66,8
Множественное поражение печени	8	7,1	8	8,3	>0,05	16	7,7
Сочетание эхинококкоза печени и легкого	17	15,2	13	13,5	>0,05	30	14,4
Сочетание эхинококкоза печени с другими ОБП	14	12,5	9	9,4	>0,05	23	11,1
Всего	112	100,0	96	100,0	>0,05	208	100

В подавляющем большинстве 94 (45,2%) случаев, ЭК печени локализовались в VII-VIII сегментах, из них у 32 (15,4%) детей кисты были обнаружены как в VII-VIII так и в смежных сегментах печени. В 114 (54,8%) случаях ЭК не затрагивали VII-VIII сегменты и локализовались в других сегментах печени (табл. 2).

Таблица 2

## Распределение эхинококковых кист печени по локализации

Распределение ЭК по локализации	Контрольная группа		Основная группа		р	Всего	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
7-8	34	30,4	28	29,2	>0,05	62	29,8±3,2
7-8 и др	19	17,0	13	13,5	>0,05	32	15,4±2,5
Другие сегменты	59	52,7	55	57,3	>0,05	114	54,8±3,5
Итого	112	100,0	96	100,0	>0,05	208	100

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2007, включая использование встроенных функций статистической обработки.

В третьей главе диссертации «**Результаты традиционной эхинококкэктомии печени, органов брюшной полости и легких у детей**» анализировались результаты традиционных ЭЭ печени, ОБП и легких у 112 больных в возрасте от 3 до 17 лет детей в период с 1996 по 2006 годы.

Нагноение и заживление послеоперационной раны вторичным натяжением наблюдалось в 8 (7,1%) случаях, нагноение ОП у 3 (2,7%). Развитие остаточной полости (ОП) в отдаленном периоде наблюдения, после выполнения ЭЭП, было установлено в 47 (42,0%) случаях. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения детей больных эхинококкозом печени и его сочетанных поражений с другими ОБП и легкими показал необходимость продолжения совершенствования лечебно-диагностической тактики ЭП, а также его сочетанных локализаций с ОБП с применением новых, современных методов эндовизуальной ЭЭ.

В четвертой главе диссертации «**Результаты малоинвазивных эхинококкэктомий печени, органов брюшной полости и легких у детей**» проанализированы результаты оперативного лечения 2 групп больных в сравнительном аспекте.

По данным литературы абсолютными противопоказаниями к ЛЭЭ у детей считаются: кисты диаметром более 8-10 см (согласно данным литературы ЭК печени диаметром более 8-10 см у детей наблюдаются в 20,7% случаев – по нашим данным 31,2%), внутривисцеральная локализация кист, ЭК VII-VIII сегментов; рецидивный эхинококкоз, второй (мертвый паразит материнской гидатиды) и третий (осложненный эхинококкоз) периоды жизнедеятельности паразита.

В наших исследованиях, большинство абсолютных противопоказаний к ЛЭЭ обоснованно определены как «относительные», что позволило нам расширить в целом показания к ЛЭЭ у детей.

Нами проведен анализ ЛЭЭП выполненных в период с 2006 по 2016 годы, у 96 больных (основная группа), в возрасте от 3 до 17 лет, большинство из них были в возрасте старше 7 (88,5%) лет. Солитарные кисты печени были установлены у 66 (68,7%), множественные у – 30 (31,3%) детей, в том числе у 21 (21,9±5,3%) установлены 2 кисты. Всего было обнаружено и удалено 149 ЭК, из них: малых размеров было 55 (36,9%), средних 59 (39,6%), больших 23 (15,4%) и гигантских 12 (8,1%).

В подавляющем большинстве случаев ЭК печени локализовались в VII-VIII сегментах 41 (42,7%) случаев, из них в 13,5% (13 детей) кисты были обнаружены как в VII-VIII так и в смежных сегментах печени.

У 7 (7,3%) больных была проведена ДЛ, завершить которую ЭЭ технически не удалось – была выполнена конверсия. Ее причинами явились: - у 4 (4,2%) больных рецидивирующий множественный эхинококкоз; у 1 (1,1%) больного множественные кисты во всех сегментах печени; у 2 (2,1%) больных - массивный спаечный процесс (рис.1).

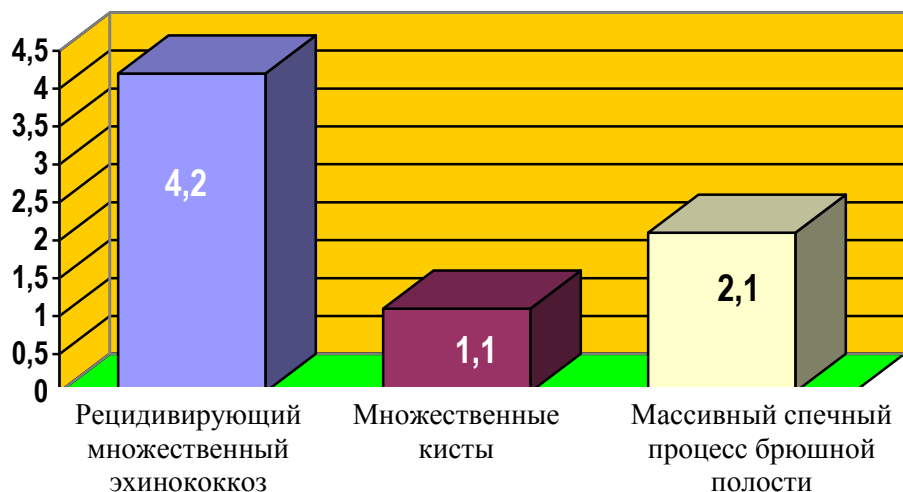


Рис.1. Причины конверсии при диагностической лапароскопии

Таким образом, всего в основной группе больных, с учетом абсолютных противопоказаний, было выполнено 12 (12,5%) традиционных ЭЭП, из них в 7 – (7,3%) случаях после ДЛ (табл. 3).

Установлено, что в рецидивных случаях ЭП преобладают кисты VII-VIII сегментов, а также их сочетание - с другими смежными сегментами, на долю, которых приходилось - 41,6% больных (5 случаев из 12).

#### **Обоснование новой методики лапароскопической эхинококкэктомии в VII-VIII сегментах печени.**

Хотя вопросы эндовизуального доступа (ЭД) довольно широко обсуждаемые при ЛЭЭ в ОБП представляются важными, тактика создания в некоторых случаях ЭД остается не до конца изученной. В доступной нам литературе, мы не нашли экстраабдоминальных точных параметров доступов к ЭК поддиафрагмальной локализации, а именно к ЛЭЭ в области VII-VIII сегментов печени – обоснование, которого явилось одной из главных задач нашей работы.



Таблица 3

**Абсолютные противопоказания к ЛЭЭП в основной группе больных при различной сегментарной локализации ЭК (n=96)**

Осложненная ЭБП	Сегментарная локализация ЭК						Всего	
	7-8 сег		7-8 и др.		Др. сегменты			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рецидивный ЭКП	3	3,1	2	2,1	2	2,1	7	7,3
Перфорированная ЭК	2	2,1	1	1,0	1	1,0	4	4,2
Множественный ЭК	-	0	1	1,0	0	0	1	1,0
Итого	5	5,2	4	4,2	3	3,1	12	12,5

Как правило, проводимые исследования в брюшной полости касаются лишь размещения первого торакопорта для лапароскопа, но нет четких критериев, определяющих точки для введения рабочих инструментов при операциях. В то же время на наш взгляд (что в последующем подтвердилось) именно создание определенного положения больного на операционном столе и точность установки дополнительных портов является одним из основных звеньев, определяющих расширение масштабов визуализации операционного поля, гарантирующих успех эндоскопической операции при ЛЭЭ в VII-VIII сегментах печени.

Для обоснования своих действий, мы сначала ссылались на работы ряда исследователей прошлого и настоящего времени, «оценку пространственных характеристик открытой раневой полости» современных авторов, обосновавших ЭД при лапароскопических операциях на ОБП. Как утверждают эти авторы «угол операционного действия» (УОД) равный 90° обеспечивает уверенное выполнение оперативных приемов, 25° - неуверенное, 10-14° - очень затруднительное».

Опираясь на эти выводы, мы на клиническом примере произвели расчеты, которые позволили нам увеличить УОД. При горизонтальном положении ребенка УОД (образован краями операционной раны и объектом вмешательства - стороны которого образованы висцеральной поверхностью печени и внутренней поверхностью правого подреберья), который составил после наложения пневмоперитонеума 30°-40° (рис.2. и рис.3.).

Но при этом, ЭК диафрагмальной поверхности печени не визуализируются. Под действием миорелаксантов используемых при эндотрахеальном наркозе и повышении давления при наложении пневмоперитонеума до 14-16 мм.рт.ст этот угол увеличивается за счет того, что эластичная грудная клетка и брюшная стенка растягиваются под действием повышенного давления, что способствует расширению объекта визуализации.



Рис. 2. Первоначальное, горизонтальное положение больного на операционном столе

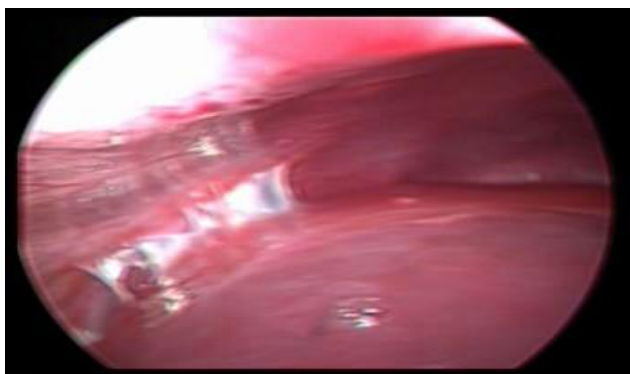


Рис. 3. Визуализация печени при горизонтальном положении больного на операционном столе УОД = 30°-40°

Дополнительным фактором увеличения УОД после наложения пневмоперитонеума является то, что в отличие от взрослых, ткани детского организма очень эластичные и, в этом возрасте, грудино-реберное сочленение представляет собой хрящевидное сочленение, вследствие чего ткани податливы и легко растяжимы под давлением. Поэтому создание даже относительно небольшого повышенного давления в брюшной полости способствует расширению угла обзора и визуализации органов. Для большей визуализации и удобства манипуляции рабочими инструментами, непосредственно при ЛЭЭ в VII-VIII сегментах, мы предпринимали следующие действия:

- в строго горизонтальном положении ребенка на операционном столе, накладывается пневмоперитонеум и проводится ревизия ОБП, оценивается внутрибрюшная ситуация (наличие спаек, сращений, ЭК других органов и т.д.):

- при придании больному положения с возвышенным головным концом, на 30-35°, печень в силу своей тяжести и эластичности тканей связочного аппарата, а также миорелаксации мышц (действие миорелаксантов, применяемых вовремя эндотрахеального наркоза) - свисает и способствует еще большему увеличению УОД до 50-60°, но все еще не достаточно для свободного манипулирования в зоне VII-VIII сегментов.

- дополнительный поворот больного на левый бок на 25-35° - при этом печень в силу своей тяжести еще более свисает, и ее диафрагмальная поверхность визуально оголяется. Это в свою очередь увеличивает УОД до 70-80°, что уже позволяет четко визуализировать ЭК в зоне VII-VIII сегментов и свободно манипулировать рабочими портами и проводить непосредственно ЛЭЭ.

При выполнении второго этапа операции – определения точки введения рабочих портов, мы придерживались принципов оптимальных условий при исполнении лапароскопических операций на ОБП в отношении: последовательности выбора точек вкола, расстояний между рабочими портами в совокупности с положением тела на операционном столе (что явилось нашей разработкой), и мы применили их при ЛЭЭ в VII-VIII сегментах печени.

Расположение рабочих троакаров на втором этапе отличается от «стандартных» схем, но при этом соблюдены определенные условия, которые нами были обоснованы математическими расчетами. Для решения этой задачи был разработан массив всевозможных режимов расположения правой и левой рук хирурга по отношению к оперируемому органу. Перебор режимов проводился с шагом  $5^{\circ}$ , в интервалах  $5^{\circ}$  -  $85^{\circ}$ . Общее количество режимов составило 289, на которые были получены экспертные оценки специалистов, которые подробно описываются в диссертации.

Таким образом, математическая модель оценки условий для манипуляции в брюшной полости во время операции подтверждает преимущество предложенной нами тактики при ЛЭЭ в VII-VIII сегментах печени у детей.

#### **Техника лапароскопической эхинококкэктомии в VII-VIII сегментах печени.**

Положение больного на операционном столе - на спине. Хирург стоит слева, ассистент – справа. Выполняется полулунный разрез ниже или выше пупка, первый троакар 11 мм для видеооптики вводится параумбиликально. Затем проводится ДЛ, определяется локализация ЭК (рис. 4 и рис. 5).

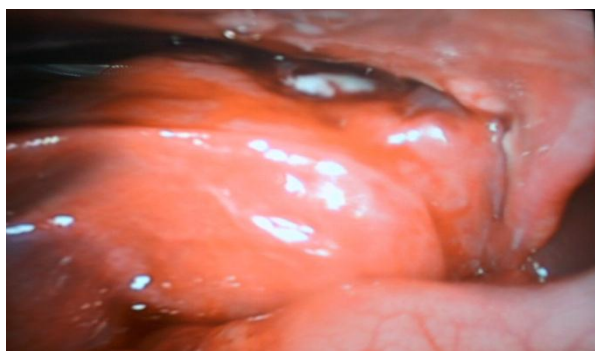


Рис. 4. Определение локализации ЭК печени (эхинококковая киста IV-V сегмента)



Рис. 5. ЭК - VIII сегмента печени)

Следует отметить, что ЛЭЭ в данной ситуации имеет свои технические трудности и требует определенного опыта выполнения подобных операций. После введение первого 11 мм троакара на 0,5 см выше пупка создавали пневмоперитонеум. Через этот порт вводилась 10мм оптика с подсоединенной к ней видеокамерой.

Пункция кисты является первым этапом ЛЭЭП. Техника пункции и соответствующие условия для профилактики обсеменения имеют первостепенное значение для соблюдения асептичности операции, недопущения попадания содержимого ЭК в брюшную полость. Пункционную иглу вводили через 5 мм троакар или чрескожно, в зависимости от локализации кисты (рис. 6).

После прокола полостной иглой (длина иглы 150мм, диаметр-20мм) капсулы печени, электроотсосом удаляли эхинококковую жидкость. Затем через иглу в остаточную полость (ОП) вводили 100% раствор глицерина с экспозицией на 10мин. Отработанный глицерин удаляли электроотсосом.



Рис. 6. Пункция кисты и аспирация эхинококковой жидкости

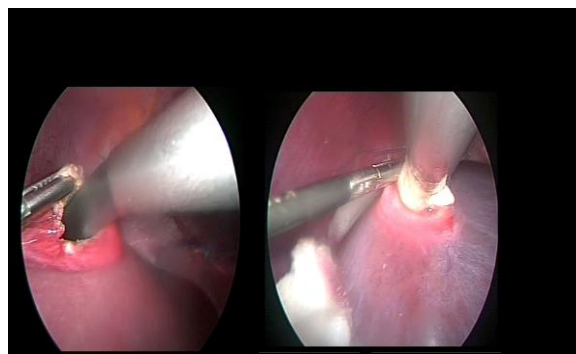


Рис. 7. Вакуум экстракция хитиновой оболочки

Далее - электрохирургическими ножницами вскрывалась фиброзная капсула и в полость кисты вводился электроотсос с наконечником для вакуумэкстракции хитиновой оболочки и удаления остаточного содержимого (рис. 7), которую выполняли аппаратом «хитиноэвакуатор» собственной конструкции (рис. 8).



Рис. 8. Хитиноэвакуатор

Ликвидация ОП кисты является заключительным этапом оперативного вмешательства. При глубине ОП кисты до 5см мы предпочитаем ушивание экстракорпоральными швами нитью Ethibond №2,0. При глубине ОП более 5 см и широком основании его – выполняли абдоминализацию ОП оментопексией (рис. 9, 10).

В случае малых размеров сальника, атрофии его проводили дренирование ОП силиконовой трубкой с 2-3 боковыми отверстиями на конце.

При выявлении мелких желчных свищей проводили коагуляцию, или ушивали их нитью PDS 4/0.

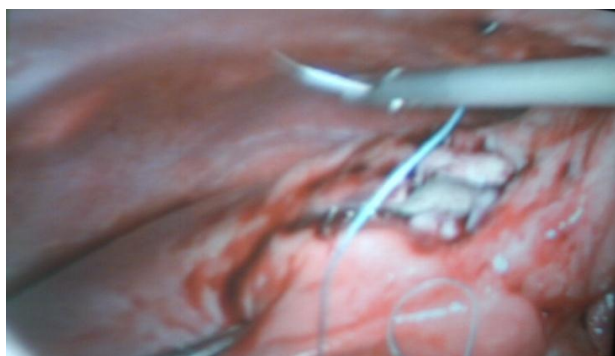


Рис. 9. Капитонаж остаточной полости кисты нитью Ethibond №2,0

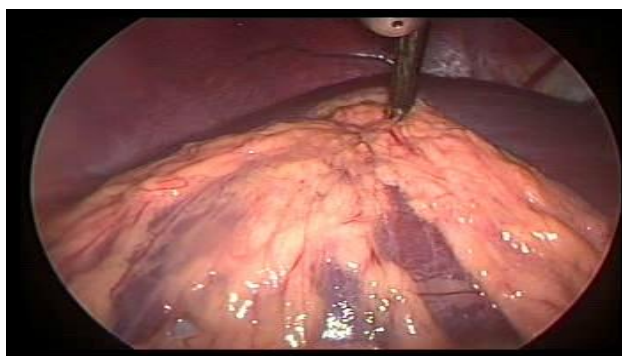


Рис. 10. Оментопексия остаточной полости кисты

Дальнейшие этапы ЛЭЭ в 7-8 сегментах печени проводились аналогично общепринятым методам лапароскопической ЭЭ.

Таким образом, на наш взгляд нами определены; оптимальное положение больного на операционном столе и точки введения рабочих портов при ЭЖ VII-VIII сегментов печени у детей (рис. 11).

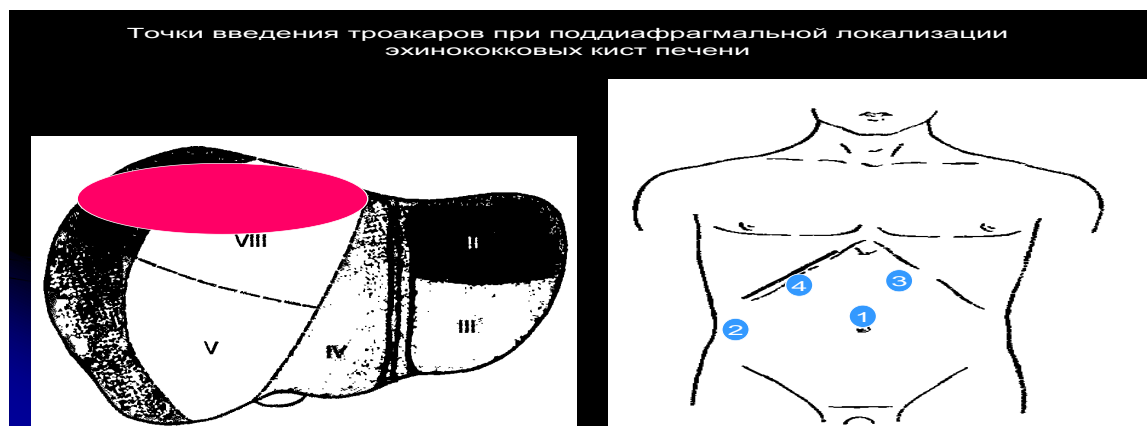


Рис. 11. Наиболее оптимальные точки введения троакаров при поддиафрагмальной локализации кисты (1-11 мм троакар для видеооптики; 2,3-5,0 мм троакары для рабочих инструментов; 4 – троакар 11мм, для удаления хитиновой оболочки, салфеток и др.).

В основной группе больных в 70 (76,9%) случаях ДЛ нам удалось успешно завершить собственно ЛЭЭП (табл. 4).

Как видно из таблицы - благодаря разработанной, новой интраоперационной тактике нам удалось расширить показания к ЛЭЭП у детей - до 87,5% (70 - ЛЭЭП + 14 ЭЭ с видеоассистированием, всего 84 больных) т.е. более чем в 2 раза (по сравнению с данными литературы) расширить показания к ЛЭЭП у детей.

Таблица 4

**Результаты эхинококкэктомии печени в основной группе больных**

Оперативный метод и тактика	Локализация ЭЖП						Всего	
	VII-VIII сегменты		VII-VIII и др. сегменты		Др. сегменты			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ЛЭЭП	21	21,9	9	9,4	40	41,6	70	72,9
Минилапаротомия с видеоассистированием	3	3,1***	0	0	11	11,5***	14	14,6***
Конверсия ТЭЭП	3	3,1***	2	2,1*	2	2,1***	7	7,3***
ТЭЭП без ДЛ	1	1,0***	2	2,1*	2	2,1**	5	5,2***
Итого	28	29,1	13	13,5	55	57,3*	96	100,0***

Примечание: \* - различия относительно данных группы ЛЭЭП значимы (\* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001)



Результаты проведенных нами ЛЭЭП при локализации ЭК в VII-VIII сегментах приведены в таблице 5.

**Таблица 5**

**Оперативная тактика при локализации эхинококковых кист в VII-VIII сегментах печени (n=39)**

Оперативный метод и тактика	Локализация ЭКП VII-VIII сегменты (n=41 - 42,7%)						Всего	
	Солитарные		Множественные=2 –ЭК		Множественные 3-ЭК			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс	%
ЛЭЭП	26	63,4	5	12,2	2	4,9	33	80,5
Минилапаротомия с видео-ассистированием	1	2,4***	2	4,9	0	0	3	7,3***
Конверсия ТЭЭП	2	4,9***	2	4,9	1	2,4	5	12,2***
Итого	29	70,7*	9	22,0	3	7,3	41	100,0**

Примечание: \* - различия относительно данных группы ЛЭЭП значимы (\* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001)

Как видно из таблицы при локализации ЭК в VII-VIII сегментах в 87,5% случаев, возможно выполнение ЛЭЭП и других ОБП малоинвазивными методами. Если бы мы придерживались литературных канонов показаний к ЛЭЭП у детей, то в данном конкретном случае, в основной группе больных ЛЭЭ была бы показана только в 39,6% (38) случаях из 96, что соответствует статистическим данным литературы, т.е. во всех остальных случаях (61%) должна была быть выполнена традиционная ЭЭ «открытым» методом.

Длительность ЛЭЭП в нашем случае составила 79,7±8,9 мин, при традиционной операции – 109,7±25,3 мин (P>0,01). При ЛЭЭ продолжительность операции оказалась короче, чем при традиционной ЭЭП в 1,4 раза. Объем кровопотери при ЛЭЭ составил не более – 24,5±10,3 мл, при традиционной – 90±20 мл. Продолжительность послеоперационного периода лечения при традиционных оперативных вмешательствах была в 1,5 -2 раза дольше, чем у больных, оперированных лапароскопически (P<0,01). В среднем продолжительность дренирования брюшной полости после традиционных операций составила 12,0±1,9 сут, что в 2,4 раза больше, чем после ЛЭЭ (4,0±1,9 сут; P>0,01). После традиционных ЭЭ в 1,5 раза чаще отмечалось осложненное течение послеоперационного периода.

На основании проведенных исследований, полученных результатов мы пересмотрели показания и противопоказания к ЛЭЭ, что позволило нам выделить три собственных критерия выполнения ЛЭЭ у детей:

### 1. Показания к ЛЭЭП;

- Одиночные ЭК малых (более 30 мм) и средних размеров;
- Солитарные кисты без дочерних кист или с наличием небольших дочерних кист, диаметр которых не превышает 80-100 мм;
- ЭК расположенные поверхностно;
- ЭК расположенные на висцеральной поверхности печени

### 2. Относительные противопоказания;

- рецидивные ЭКП, либо наличие в анамнезе лапаротомии выполненной по другой причине;
- множественные ЭК расположенные в обеих долях печени;
- сочетанный ЭП с эхинококкозом других ОБП и легких;
- нагноившиеся солитарные ЭК;
- ЭК больших и гигантских размеров (>100мм в диаметре);
- ЭК VII-VIII сегментов печени.
- ЭК осложненные нагноением, перфорацией;

### 3. Абсолютными противопоказаниями к ЛЭЭП считаем:

- размеры ЭК менее 3 см в диаметре;
- центральное (внутрипаренхиматозное) расположение ЭК;
- выраженный спаечный процесс в брюшной полости.

**Сравнительная характеристика полученных результатов.** Интраоперационных осложнений при ЛЭЭ, повлиявших на дальнейшую судьбу больных, мы не наблюдали.

Как видно из табл.6 средняя продолжительность пребывания больного в основной группе на койке после ЛЭЭП составила  $7,2 \pm 0,7$  к/дн., а в контрольной  $10,1 \pm 1,1$  к/дн., (1,7 раза).

**Таблица 6**

#### Сроки стационарного лечения в сравниваемых группах больных

Койко/дни	ЛЭЭП (n=96)	ТЭЭП (n =112)	P
До операции	$3,4 \pm 0,31$	$6,6 \pm 0,58$	$<0,001$
После операции	$7,2 \pm 0,68^{***}$	$10,1 \pm 0,93^{**}$	$<0,05$
Всего	$10,7 \pm 0,98$	$16,6 \pm 1,1$	$<0,01$

Примечание: \* - различия относительно данных до операции значимы (\*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )

В контрольной группе послеоперационные осложнения отмечены в 19,6%, а при ЛЭЭ в 9,4% случаях. Использование ЛЭЭП у детей позволило снизить количество осложнений в послеоперационном периоде более чем в 2 раза (табл. 7).

После операции пациенты наблюдались в сроки от 1 до 6 лет. Рецидив был отмечен у 2 (2,1%) больных через 3 года после ЛЭЭП. Реинфицирование ЭБ было отмечено в 3 (3,1%) случаях.

Таблица 7

**Сравнительная характеристика послеоперационных осложнений после лапароскопических и традиционных операций (n=208)**

Характер осложнений	Контрольная группа (n=112)		Основная группа (n=96)	
	абс.	%	абс.	%
Желчеистечение	9	8,0	6	6,3
Нагноение ОП	3	2,7	2	2,1
Нагноение послеоперационной раны	8	7,1	3	3,1
Перитонит - релапаротомия	2	1,8	0	0
Всего	22	19,6	9	9,4*

Примечание: \* - различия относительно данных контрольной группы значимы (\* - P<0,05)

Разработанная и предложенная нами тактика ЛЭЭ в VII-VIII сегментах печени в более чем 87,8% случаях была успешной. Выбранная нами тактика ЛЭЭ при ЭП у детей позволила сократить сроки стационарного лечения на 5,9 к/дней, случаи послеоперационных осложнений на 10,2%. Ранняя физическая активизация больного позволила улучшить качество жизни и получить значительный клиничко - экономический эффект

В пятой главе диссертации «**Результаты оперативного лечения сочетанной эхинококковой болезни печени, органов брюшной полости и легких у детей**» проанализированы результаты оперативного лечения 53 детей в возрасте от 3 до 17 лет, с эхинококковой болезнью сочетанной локализации. Из них сочетанный ЭП и других ОБП был диагностирован у – 23 (11,1%), а поражение печени и легких у 30 (14,4%) детей (табл. 8).

Таблица 8

**Распределение больных по локализации ЭК при сочетанном поражении печени и других органов**

Сочетанное поражение других органов	Контрольная группа (n=112)		Основная группа (n=96)		P
	абс.	%	абс.	%	
Легкие	17	15,2	13	13,5	>0,05
Брюшная полость	9	8,0	7	7,3	>0,05
Селезенка	5	4,5	2	2,1	>0,05
Всего	31	27,7	22	22,9	>0,05



У 17 (56,6%) больных было сочетанное поражение правого легкого и печени, у 9 (30%) – левого легкого и печени, у 4 (13,3%) больных – обеих легких и печени.

Оперативному вмешательству были подвергнуты все 30 детей. В 17 (15,2%) случаях (контрольная группа) было выполнено поэтапное оперативное лечение «открытым» традиционным методом. У 13 (13,5%) детей основной группы нами была выполнена одноэтапная торако - и ЛЭЭ.

Результаты эндовизуальных ЭЭ при сочетанном ЭП и легких были удовлетворительными. Осложнений во время оперативных вмешательств не было. Продолжительность послеоперационного периода составило  $7,2 \pm 1,2$  к/д. Осложнения в этом периоде наблюдались у 6 (20,0%) больных: это нагноение ОП - у 1 (3,3%), экссудативный плеврит - у 1 (3,3%), у 2 (6,6%) больных отмечалось подтекание желчи по дренажу, которое купировалось на 12 сутки. Нагноение послеоперационной раны было отмечено у 1 (3,3%) больного, которому была проведена открытая ЭЭ печени. Больные, оперированные традиционным методом, были выписаны на  $10,1 \pm 0,95$  сутки после операции ( $P > 0,05$ ).

Сочетание ЭП с другими ОБП было установлено у 23 больных из них у 14 детей контрольной и 9 основной группы.

В контрольной группе наряду с поражением печени было выявлено сопутствующее поражение селезенки у – 5 больных, большого сальника, внеор гангные кисты брюшной полости и забрюшинной клетчатки – в 4 случаях, яичника – у 3 и диафрагмы у 2.

В основной группе наряду с поражением печени было выявлено сопутствующее поражение селезенки – у 2 больных, большого сальника, внеорганые кисты брюшной полости и забрюшинного пространства в – 4, и яичника в 3 случаях. У больных основной группы ЛЭЭ завершилась успешно и без осложнений. В послеоперационном периоде этим больным обезболивание ненаркотическими анальгетиками проводилось в течение  $2,4 \pm 1,2$  суток, при лапаротомных вмешательствах -  $4,7 \pm 0,9$  ( $P > 0,05$ ).

Отдаленные результаты ЭЭ были изучены у 171 (82,2%) из 208 больных. В основной группе детей - оперированных методом ЛЭЭ рецидив эхинококкоза был установлен у 4 (4,2%) больных, после традиционной ЭЭ у – 11 (9,8%). Преимущественным фактором, который необходимо учитывать при оценке эффективности ЛЭЭ - это почти полное отсутствие спаек в брюшной полости. При лапаротомных операциях у 8 (7,1%) больных наблюдались клинические симптомы спаечной болезни брюшины.

Таким образом, ЛЭЭП, а также при сочетании ЭП с другими ОБП и легкими у детей, показало очевидные преимущества метода, что позволяет считать его перспективным направлением в детской хирургии.

ЛЭЭ позволяет эффективно снизить частоту послеоперационных осложнений, сократить длительность послеоперационного периода и стационарного лечения больных детей.



По результатам наших исследований составлен лечебно-диагностический алгоритм при ЭП и его сочетании с другими ОБП и легких у детей (рис. 12). Предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволит врачу эндохирургу, в практической деятельности, определять оптимальную тактику предстоящего лечения детей с эхинококковой болезнью печени и других ОБП.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования по докторской диссертации на тему: «Совершенствование лечебно-диагностической тактики эхинококкоза органов брюшной полости у детей» позволили нам сделать следующие выводы:

1. Традиционная «открытая» эхинококкэктомия печени по травматичности значительно превышает само вмешательство в целом. Послеоперационные осложнения наблюдались в 19,2%, а рецидив болезни в 9,8% случаев.

2. Новый метод лапароскопической эхинококкэктомии при эхинококковых кистах VII-VIII сегментов печени у детей позволяет систематизировать пространственную ориентацию хирурга для оптимального выбора точек введения основных эндохирургических инструментов и материалов, что делает возможным успешное выполнение собственно лапароскопической эхинококкэктомии печени.

3. Новый аппарат разработанной нами конструкции позволяет более эффективно выполнять вакуумэкстракцию хитиновой оболочки эхинококковой кисты особенно при её больших и гигантских размерах.

4. Новый метод лапароскопической эхинококкэктомии в VII-VIII сегментах печени, а также эндовизуальные эхинококкэктомии больших, гигантских и осложненных нагноением, перфорацией ЭК, позволили нам в целом в более чем 2,5 раза расширить показания к видеоэндовизуальной эхинококкэктомии у детей.

5. Эхинококковые кисты VII-VIII сегментов печени являются относительным противопоказанием к лапароскопической эхинококкэктомии печени у детей. По новой методике эхинококкэктомии в VII-VIII сегментах печени у детей, в 73,2% случаев удается выполнить ее лапароскопически.

6. Множественный и сочетанный эхинококкоз органов брюшной полости, а также нагноившиеся, перфорированные эхинококковые кисты, кисты больших и гигантских размеров являются относительными противопоказаниями к эндовизуальной эхинококкэктомии у детей.

7. Абсолютными противопоказаниями к лапароскопической эхинококкэктомии печени считаем: - размеры кист менее 3см в диаметре; центральное (внутрипаренхиматозное) их расположение; выраженный спаечный процесс в брюшной полости.

8. Разработанная нами тактика лечения эхинококкоза печени, сочетанного эхинококкоза печени и других органов брюшной полости, а также легких, позволила сократить сроки госпитального периода лечения более

чем в 1,5 раза, случаи нежелательных послеоперационных осложнений более чем в 2 раза по сравнению с традиционными методами, обеспечить хороший косметический эффект, а также улучшить качество жизни детей.

9. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволяет в 87,5% случаев успешно выполнить ЛЭЭ при эхинококкозе печени, сочетанном эхинококкозе печени и других органов брюшной полости, а также печени и легких у детей.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.27.06.2017.Tib.29.01 ON AWARD  
OF SCIENTIFIC DEGREE OF DOCTOR OF SCIENCES  
AT THE TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

---

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

**ABDUSAMATOV BOBIR ZAKIROVICH**

**IMPROVEMENT OF THE MEDICAL DIAGNOSTIC TACTICS  
FOR ABDOMINAL ECHINOCOCCOSIS IN CHILDREN**

**14.00.35 – Pediatric surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTORAL DISSERTATION (DSc)  
ON MEDICAL SCIENCE**

**TASHKENT – 2017**

**The theme of doctoral dissertation was registered at the Supreme Attestation Committee at the Cabinet of Ministers of Republic of Uzbekistan under number B2017.2.DSc/Tib136**

The doctoral dissertation has been prepared at the Tashkent medical academy.

The abstract of the dissertation is posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website Scientific Council [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz) and on the website of «ZiyoNet» Information and educational portal [www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz).

**Scientific consultant:** **Salimov Shavkat Teshaeovich**  
Doctor of medical sciences, professor

**Official opponents:** **Poddubniy Igor Vitalevich**  
Doctor of medical sciences, professor

**Shamsiev Jamshid Azamatovich**  
Doctor of medical sciences

**Ergashev Nasriddin Shamsiddinovich**  
Doctor of medical sciences, professor

**Leading organization:** Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education of the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow) “Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov”.

Defense will take place «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017\_\_ at \_\_ at the meeting of Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.29.01 at the Tashkent pediatric medical institute at address: (100140, Republic Uzbekistan, Tashkent, Yunusobod district, Bogishamol Street, 223. Phone/fax: (99871) 262-33-14; e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz)).

Doctoral dissertation is registered in Informational - resource centre of Tashkent pediatric medical institute, registration No. \_\_\_\_\_. The text of the dissertation is available at the Information Research Center at the following address: 100140, Republic Uzbekistan, Tashkent, Yunusobod district, Bogishamol street, 223. (99871) 262-33-14

Abstract of dissertation sent out on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 year  
(mailing report \_\_\_\_\_ on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 year)

**A.V. Alimov**  
Chairman of the Scientific Council for the  
award of the degree of Doctor of Science,  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**E.A. Shamansurova**  
Scientific Secretary of the Scientific Council  
For the award of the degree of Doctor of Science,  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**A.M. Sharipov**  
Chairman of the Scientific Seminar of the  
Scientific Council for the award of the degree  
of Doctor of Sciences,  
Doctor of Medical Sciences, Professor

## INTRODUCTION (abstract of DSc thesis)

**The urgency and relevance of the dissertation topic.** Echinococcosis of the liver is a serious common parasitic disease and continues to be a serious medical problem in many countries of the world. According to the World Health Organization (WHO), every year about one million people operated annually for echinococcosis disease, up to 25% of which are children and 6,5% in cases after the operation there are relapses, requiring a long recovery period. Postoperative complications reach 6 - 80%, mortality 3,1-8,6%, recurrent and residual echinococcosis observed in 3 - 54%<sup>1</sup>. According to the latest estimates, cystic echinococcosis annually leads to a loss of at least one million, and possibly up to three million DALY (one DALY adjusted-disability life year, that is, one lost year is «healthy» life)<sup>2</sup>.

**The aim of the research work** is to improve of the results of treatment of children with echinococcosis of the liver and other organs of the abdominal cavity by expanding indications for endosurgical methods of operations.

**The object of the research work:** included 208 children with liver echinococcosis and combined liver lesions with abdominal organs, liver and lungs.

**The scientific novelty of the research work** is the following:

to improved the diagnostic and treatment algorithm for managing of patients with echinococcosis of the liver, as well as combined lesions of the liver with other abdominal organs, liver and lungs, as well as in the case of complication of the cyst of echinococcus with suppuration, perforation;

in the first time have been identified and developed new methods that make it possible to perform laparoscopic echinococcectomy from VII-VIII segments of liver in children;

to proved and proposed a new tactic of endovisual echinococcectomy with combined lesions of liver with other abdominal organs, liver and lungs in children;

to justified that diagnostic laparoscopy allows anatomical features of the prevalence of the process and to plan tactics of operational echinococcectomy, as well as to choose rational points for the introduction of additional ports;

to proved that the application of laparoscopic echinococcectomy from liver by the developed us algorithm for the treatment of echinococcosis in children allows to extend the indications to endovisual echinococcectomy to 87.5% in cases, thereby reducing the incidence of undesirable postoperative complications and most importantly, because of minimizing the operating injury, improve the quality of life of the child.

**The practical results of the work** is the following:

to improve of the diagnostic algorithm of the tactics of managing patients with echinococcosis of the liver, as well as associated liver damage with other abdominal organs, lungs, cyst of echinococcus complicated by suppuration, perforation by using ultrasound investigation, MSCT, MRI, DL;

---

<sup>1</sup> Ibodov Kh.I., Sharipov A.M. Optimization of diagnostics of the echinococcosis of lungs in children //Pediatric surgery. 2011. No.3. P.38-40. Kadry Z., Renner E.C., Bachmann L. M., Attigah N., Renner E. L., Ammann R. W. et al. Evaluation of treatment and long-term follow-up in patients with hepatic alveolar echinococcosis. //Br J Surg. - 2005. – Vol. 92, №9. – P.1110-1116.

<sup>2</sup> WHO Information Bulletin No. 377, 2015.

in the first time new tactics of laparoscopic echinococcectomy in children for the localization of cyst of echinococcosis in the VII-VIII segments of the liver;

to determined the anatomical features which, at the diagnostic laparoscopy stage, allow to determine the exact stage of the disease, the prevalence of the process, to select the optimal points for the introduction of working trocars and to plan the intraoperative echinococcectomy tactics;

in the first time are systematized the criteria for extending the indications to the laparoscopic echinococcectomy from liver in children;

to carried out a comparative evaluation of the effectiveness of traditional and endovisual echinococcectomy of the liver and its combined lesions with other abdominal organs and lungs in children;

to developed practical recommendations and suggestions on optimization of diagnostics, treatment tactics and rehabilitation of children with echinococcus of the liver, as well as combined liver echinococcosis with other abdominal organs and lungs in children.

**Implementation of the research results.** Based on the results of research on improving treatment and diagnostic tactics for echinococcosis of the liver and other organs of the abdominal cavity, lungs in children:

to developed and approved methodological recommendations "Modern methods of diagnostics and treatment of liver echinococcosis in children" and "Modern methods of diagnostics and treatment of lung echinococcosis in children" for pediatric surgeons, pediatricians, clinical ordinators, masters, polyclinics, who are introduced in to practical health care (conclusion of Health care ministry of the Republic of Uzbekistan 8d-3/71 from August 24, 2016). In the presented methodical recommendations, the possibilities of modern diagnostics and endovisual surgical methods for the treatment of liver and lung echinococcosis in children;

to developed and approved the teaching and methodological manual ATLAS "Minimally invasive endovisual surgery in children", "Echinococcosis disease of the abdominal cavity organs", "Echinococcosis of the lungs in children" (approved by the "Ministry of Higher and Secondary Special Education of the Republic of Uzbekistan" order No 484, registration No 484/094 from December 20, 2013).

The results of the studies to improving the treatment and diagnostic tactics of the echinococcosis of abdominal organs in children have been introduced into practical public health, in particular, in the clinical practice of surgeons of the Samarkand city medical association and the central hospital, children's surgical department of the Namangan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (Conclusion No. 8d- 3/71 from August 24, 2016 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan), which reduced the number of post-operation complications from 19.6 to 9.4%, shorten hospital treatment an average of 5.6 bed/day and allowed to expand of indication to laparoscopic echinococcectomy to 87.5% at echinococcosis of the liver and abdominal organs.

**The outline of the thesis.** The presented study is based on the analysis of the clinical observations that covering 208 patients and improved treatment and diagnostic tactics with liver echinococcosis, as well as combined lesions of the liver in the abdominal cavity and lungs in children. Traditional «open» echinococcectomy



from liver in children is a relatively traumatic surgical intervention, postoperative complications are observed in 19,2% and recurrence of the disease in 9,8% in cases. The proposed new method of laparoscopic echinococectomy with echinococcal cysts from VII-VIII segments of liver in children allowed to systematized the spatial intraoperative orientation for the optimal choice of the points of introduction of the main endosurgical instruments and materials, which makes it is possible to successfully perform the laparoscopic echinococectomy from liver. To proposed original device of its own design allows more efficient vacuum extraction of the chitinous shell of the echinococcal cysts - especially its use in large and giant echinococcal cysts. In general, a new method of laparoscopic echinococectomy from the VII-VIII segments of the liver, as well as endovisual echinococectomy of large, giant and complicated with suppuration, perforation, allowed us to expand the indications to endovisual echinococectomy in children more than 2,5 times. The results of studies allowed us to consider that the echinococcal cysts from VII-VIII segments of the liver in children are relative contraindication to laparoscopic echinococectomy and in 73,2% in cases it is possible to successfully to perform it properly laparoscopic. As for relative contraindications to endovisual echinococectomy in children, we consider multiple and combined echinococcosis of the abdominal cavity, as well as echinococcal cysts complicated with suppuration, perforation, as well as large and giant cysts. The tactics to developed by us for the treatment of echinococcosis of the abdominal cavity, combined echinococcosis of the liver and lungs, made it possible to shorten the hospital treatment period by more than 1,5 times, the incidence of undesirable postoperative complications was more than 2 times, good cosmetic effect and improve the quality of life of children. To proposed treatment-diagnostic algorithm for echinococcosis of the liver, combined echinococcosis of the liver and other organs of the abdominal cavity, as well as liver and lungs in children, allowed to 87,5% in cases to successfully to perform endovisual echinococectomy.

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

**I Бўлим (I часть; I part)**

1. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Бердиев Э.А., Тажиметов Ф.А., Ниязов Ф.Е. Возможности эндовидеохирургических операции в детском возрасте // Ўзбекистон хирургияси. - 2008. - №4. - С.77-82 (14.00.00; №9).
2. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Усманов Х.С., Эргашев М.Р., Тажиметов Ф.А. Эффективность традиционных и торакоскопических эхинококкэктомии легкого у детей //Детская хирургия. – Москва, 2012. - №4. - С. 26-30 (14.00.00; №44)
3. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р. Эндовизуальная эхинококкэктомия при множественном эхинококкозе печени у детей //Ўзбекистон хирургияси. – Тошкент, 2013. - №4. - С.42-45 (14.00.00; №9).
4. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Усманов Х.С., Эргашев М.Р., Тажиметов Ф.А. Результаты инструментальных методов диагностики осложнившихся эхинококковых кист легких у детей //Педиатрия–Ташкент, 2013. - №1-2. - С. 74-76 (14.00.00; №16).
5. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. Эндохирургическое лечение осложненного эхинококкоза у детей //Детская хирургия. – Москва, 2015. - №3. - С. 9-13(14.00.00; №44)
6. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р. Лечение паразитарных кист печени у детей с применением эндовидеохирургии // Ўзбекистон хирургияси. – Тошкент, 2015. - №1. - С.42-45 (14.00.00; №9).
7. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Усманов Х.С. Роль лучевых методов диагностики эхинококкоза органов брюшной полости у детей //Педиатрия. – Ташкент, 2015. - №1-2. - С.96-100 (14.00.00; №16).
8. Салимов Ш. Т., Абдусаматов Б. З., Вахидов А. Ш., Усманов Х. С. Эндохирургическое лечение эхинококкоза печени у детей. //Вестник Ташкентской Медицинской Академии. – Ташкент,2015. - №2. - С. 83-86 (14.00.00; №13).
9. Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z. Vakhidov A.Sh. The choice of treatment of patients with liver echinococcosis in children //European science revive – Austria, 2015. - №9-10. – P. 95-98 (14.00.00; №19).
10. Салимов Ш. Т., Абдусаматов Б. З., Усманов Х. С. Выбор метода лечения больных с эхинококкозом печени у детей. // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. – Ташкент,2016. - №3. - С. 118-121 (14.00.00; №13).
11. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С. Лапароскопическая эхинококкэктомия при сочетанном эхинококкозе печени и органов брюшной полости у детей. //Педиатрия. – Ташкент, 2016. - №3. - С. 100-102 (14.00.00; №16).

## II Бўлим (II часть; II part)

12. Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z. Vakhidov A.Sh., UsmanovKh.S. Advantages of videothoracoscopic echinococcectomy of lungs in children // Medical and Health Science Journal. – 2010. – Vol. 4. С.39-43. (№43. Universal IF – 0, 4839).

13. Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z., UsmanovKh.S., Vakhidov A.Sh., Ergashev M.R., Tagimetov F.A. Low invasive operations in combined pulmonary and hepatic echinococcosis in children // Medical and Health Science Journal. – 2011. – Vol. 8. - С.50-54 (№43. Universal IF – 0, 4839).

14. Салимов Ш. Т., Абдусаматов Б. З., Вахидов А. Ш., Умаров К. М. Выбор метода лечения с эхинококкозом печени у детей // Новый день в Медицине. – Ташкент, 2015. - №1. - С. 77-81.

15. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Чориев М.П. Комплексное лечение эхинококкоза у детей // Материалы научно-практической конференции «Современные аспекты диагностики и хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости» посвященной памяти академика АН РУз и РАМН У. А. Арипова. – Ташкент, 2002. - С.55.

16. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Садирханов О.С., Тажиметов Ф.А. Тактика хирургического лечения эхинококкоза печени у детей //Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии, анестезиологии - реанимации, травматологии и нейрохирургии детского возраста». 5-6 октября 2004. - Ташкент, 2004. - С.40.

17. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Садирханов О.С. Иммунологические параметры эхинококкоза печени у детей // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии, анестезиологии-реанимации, травматологии и нейрохирургии детского возраста». 5-6 октября 2004 г. – Ташкент, 2004. - С.39.

18. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З. Химиотерапевтическое лечение эхинококкоза печени у детей // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии, анестезиологии-реанимации, травматологии и нейрохирургии детского возраста». 5-6 октября 2004г. – Ташкент, 2004. - С.42-43.

19. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Эргашев М.Р. Видеолапароскопическая эхинококкэктомия печени у детей // Республиканская научно-практическая конференция «Педиатрия Узбекистана: реформирование и стратегия развития». Сборник тезисов. II том. 4-6 октября 2007г. – Ташкент, 2007. - С.68-69.

20. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З. Противорецидивное лечение эхинококкоза у детей //VII Российский конгресс «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». Материалы конгресса. 21-23 октября 2008г. – Москва, 2008. - С.343.

21. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З. Видеолапароскопическая эхинококкэктомия печени у детей // VII Российский конгресс «Современные тех-

нологии в педиатрии и детской хирургии». Материалы конгресса. 21-23 октября 2008г. – Москва, 2008. - С.343-344.

22. Абдусаматов Б.З. Эндовидеохирургические технологии в лечение эхинококкоза печени у детей //Материалы Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения – 2008». «Новое в хирургии органов грудной и брюшной полости». г.Навоий. 17 октября. 2008г. Ўзбекистон хирургияси. - 2008. - №3. - С.112-113.

23. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. Видеолапароскопия как выбор метода лечения при эхинококкозе печени у детей // Актуальные вопросы детской хирургии. Сборник научных трудов 5-й Республиканской научно-практической конференции по детской хирургии, посвященной 40-летию Детского хирургического центра и кафедры детской хирургии БГМУ. 20-21 мая 2010г. – Минск, 2010. – С. 370-372.

24. Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z., Ergashev M.R., UsmanovKh.S. Treatment of hudatid hepatic custis in children // Abstracts of XII International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku. 13-16 October. - 2011. - С.178-179.

25. Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z., Ergashev M.R., UsmanovKh.S. The experience of endoscopic surgery in treating children's lung echinococcosis // Abstracts of XII International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. 13-16 October. – Baku, 2011. - С.296-297.

26. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р., Усманов Х.С. Эндовизуальные операции при сочетанном поражении эхинококковой болезнью правого лёгкого и печени у детей // Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Вопросы совершенствования диагностики и лечения пороков развития у детей; новое в педиатрии и детской хирургии». – Алматы, 2011. - С.182-185.

27. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р. Лапароскопическая эхинококкэктомия солитарных кист печени у детей //II съезд детских хирургов Республики Узбекистан. Сборник тезисов. – Ташкент, 2011. - С.85-86.

28. Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р. Малоинвазивные-эндовизуальные операции при сочетанном эхинококкозе правого легкого и печени у детей // Материалы научно-практической конференции «Новые технологии в детской хирургии, урологии, анестезиологии и реаниматологии». 3-4 сентябрь 2012г. Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2012. - №3 (70).- С.18-19.

29. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р., Усманов Х.С. Современные методы диагностики и лечения эхинококкоза печени у детей: Методические рекомендации. – Ташкент, 2012. – 28с.

30. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р., Усманов Х.С. Современные методы диагностики и лечения эхинококкоза легких у детей: Методические рекомендации. – Ташкент, 2012. – 26 с.

31. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р., Усманов Х.С. Роль эндовидеохирургии при сочетанном эхинококкозе легко-

го и печени у детей. // Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию со дня рождения член.корр. АН РТ, профессора А.Т. Пулатова «Достижения преспективы развития детской хирургии». 24-25 мая. – Душанбе, 2013г. С.196

32. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Факиров А.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М. Р., Усманов Х. С. Қорин бўшлиғи аъзоларида эхинококкоз касаллиғи. АТЛАС. Болалар кам инвазив эндовизуал хирургияси. – Тошкент, 2014. - С.216-233.

33. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Факиров А.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р., Усманов Х.С. Болаларда ўпка эхинококкози. АТЛАС. Болалар кам инвазив эндовизуал хирургияси. – Тошкент, 2014. - С.266-270.

34. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. Эндохирургическое лечение эхинококкоза печени у детей // Педиатрия и детская хирургия. – Казахстан, 2014.- №3. - С.126-127.

35. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. Эндовизуальная эхинококкэктомия при сочетанном эхинококкозе правого легкого и печени у детей // Болалар хирургияси ва анестезиология-реаниматологияда замонавий диагностика ва даволаш технологиялари. Илмийамалий конференция тезислар тўплами. 25-26 апрель. – Андижон, 2014. - С.33-34.

36. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Тажиметов Ф.А. Эндовидеохирургическая эхинококкэктомия при сочетанном эхинококкозе легкого и печени у детей // Болалархирургияси ва анестезиология-реаниматологияда замонавий диагностика ва даволаш технологиялари. Илмийамалий конференция тезислар тўплами. 25-26 апрель. – Андижон, 2014. - С.22-24.

37. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. Лапароскопическая эхинококкэктомия с диафрагмальных сегментов печени у детей // XIII съезд Общества эндоскопических хирургов России. 17-19 февраля 2015г. – Москва, 2015. - С. 475.

38. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. Эндохирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени у детей // Третья Всероссийская конференция «Неотложная детская хирургия и травматология», 12-15 февраля 2015 г. – Москва, 2015. - С. 388.

39. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С. Видеоторакоскопия при эхинококкэктомии у детей // Сборник материалов XIX Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», 12-14 февраля 2016 г. – Москва, 2016. - С. 493.

40. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Усманов Х.С. Осложненный эхинококкоз печени – относительное противопоказание к лапароскопической эхинококкэктомии у детей // Сборник материалов XIX Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», 12-14 февраля 2016 г. – Москва, 2016. - С. 494.

41. Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С. Сравнительная оценка традиционных и торакоскопических эхинококкэктомий у детей // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Современные лечебно-

диагностические технологии в хирургии и анестезиологии детского возраста» 27-28 мая 2016 г. Узбекистан, Ташкент. - С.10-12.

42. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А. Ш. Относительные противопоказания к лапароскопической эхинококкэктомии печени у детей //Материалы Республиканской научно-практической конференции «Современные лечебно-диагностические технологии в хирургии и анестезиологии детского возраста» 2016 г. – Узбекистан, Ташкент. - С. 83-84.

43. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. Лапароскопическая эхинококкэктомия с диафрагмальных сегментов печени у детей. //Материалы Республиканской научно-практической конференции «Современные лечебно-диагностические технологии в хирургии и анестезиологии детского возраста» 27-28 мая 2016 г. – Узбекистан, Ташкент. - С. 89-90.

44. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. Результаты эндовизируальных операций при сочетанном эхинококкозе легкого и печени у детей. //Материалы VIII республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы детской хирургии» Беларусь, Гомель. 25-26 мая 2017 г. - С.56-58.

Автореферат «Til va adabiyot ta'limi» журнали  
таҳририятида таҳрирдан ўтказилди.  
(04.09.2017 йил).

Босишга рухсат этилди: 16.09.2017 йил  
Бичими 60x45 <sup>1</sup>/<sub>8</sub>, «Times New Roman»  
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.  
Шартли босма табағи 4. Адади: 100. Буюртма: № 227.

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

«АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»  
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.